

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Zdeňka Filipová

Vliv ústavní léčby na fenomén sebehodnocení pacientů léčících se ze závislosti na oddělení léčby závislostí Psychiatrické nemocnice Kosmonosy

The influence of institutional treatment on the phenonemon of self-esteem of patients in recovery from addiction diseases at the department of addictions of the Psychiatric Hospital Kosmonosy

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 13. 7. 2023

Zdeňka Filipová

Identifikační záznam:

FILIPOVÁ, Zdeňka. *Vliv ústavní léčby na fenomén sebehodnocení pacientů léčících se ze závislosti na oddělení léčby závislosti Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. [The influence of institutional treatment on the phenomenon of self-esteem of patients in recovery from addiction diseases at the department of addictions of the Psychiatric Hospital Kosmonosy].* Praha, 2023. 60 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velice poděkovat Mgr. Lence Šťastné Ph.D., za její cenné rady, profesionální přístup a zejména za její ochotu a vstřícnost.

Abstrakt

Východiska: Sebehodnocení bývá vnímáno jako ukazatel emocionálního a duševního pocitu osobní pohody a životní spokojenosti. Jak vnímáme sami sebe je důležité i pro naše okolí. Závislost narušuje postoj k sobě samému a sebehodnocení je pak problematické. Proto je důležité se v rámci terapie zaměřovat na posilování vlastní hodnoty.

Cíle: Zjistit změnu v sebehodnocení pacientů, kteří podstupují ústavní léčbu závislosti na oddělení léčby závislostí Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Prokázat vliv zkoumaných kategorií (vzdělání, zaměstnání, počet léčeb a délka závislosti) na sebehodnocení. Porovnat změnu v subjektivním vnímání psychologického pojetí kvality života v souvislosti se sebehodnocením. Analyzovat změnu v psychickém a fyzickém zdraví. Na základě zjištěných výsledků doporučit možné intervence.

Metody: Jedná se o kvantitativní výzkum prováděný za pomoci dotazníků, které byly zadávány na počátku léčby a při jejím ukončení. Pro posouzení sebehodnocení byla použita Rosenbergova škála sebehodnocení. Jako další byla použita Schwartzova škála hodnocení terapie měřící psychologický aspekt kvality života. Pro posouzení výsledku léčby byl zadáván dotazník Maudsley Addiction Profile, ve kterém jsme se zaměřili na doménu fyzické a psychické zdraví. Pro získání socio-demografických údajů byl vytvořen dotazník.

Výsledky: Bylo zjištěno, že sebehodnocení pacientů na počátku léčby je nižší než průměrná hodnota pro českou populaci. Dále bylo potvrzeno, že sebehodnocení pacientů na počátku léčby je nižší než jejich sebehodnocení při ukončení léčby. U pacientů při ukončení léčby dochází ke zvýšení skóre v subjektivní vnímání psychologického aspektu kvality života. Zlepšení v rámci vnímaného psychického a fyzického zdraví souvisí se zlepšením v sebehodnocení. Nepodařilo se nám ale prokázat souvislosti mezi sebehodnocením a zkoumanými kategoriemi vzdělání, zaměstnanosti, počtem léčeb a délkou trvání závislosti.

Závěr: Na základě zjištěných výsledků výzkumu lze částečně potvrdit teoretická východiska, ze kterých jsme čerpali. Léčba závislosti pacientům přináší změnu, která je žádoucí a může tak přispět ke zlepšení kvality života.

Klíčová slova: sebehodnocení, léčba závislosti, kvalita života, změna

Abstract

Baseline: Self-esteem is often perceived as an indicator of emotional and mental well-being and life satisfaction. How we perceive ourselves is also important for our environment. Addiction disrupts the attitude towards oneself, and self-esteem becomes problematic. Therefore, it is important to focus on strengthening self-esteem in therapy.

Goals: To determine the change in self-esteem of patients undergoing inpatient treatment for addiction at the Department of Addiction Treatment of the Kosmonosy Psychiatric Hospital. To demonstrate the influence of the studied categories (education, occupation, number of treatments and length of addiction) on self-esteem. To compare the change in the subjective perception of psychological quality of life in relation to self-esteem. To analyze the change in psychological and physical health. To recommend possible interventions based on the findings.

Methods: This is a quantitative research conducted using questionnaires administered at the beginning and at the end of treatment. The Rosenberg Self-esteem Scale was used to assess self-esteem. The Schwartz Therapy Assessment Scale measuring the psychological aspect of quality of life was used as an additional measure. To assess treatment outcome, the Maudsley Addiction Profile questionnaire was administered, focusing on the physical and psychological health domains. A questionnaire was designed to obtain socio-demographic data.

Results: It was found that patients' self-esteem at the beginning of treatment is lower than the average value for the Czech population. It was also confirmed that patients' self-esteem at the beginning of treatment is lower than their self-esteem at the end of treatment. Patients at the end of treatment have higher scores in the subjective perception of the psychological aspect of quality of life. Improvements in perceived psychological and physical health are related to improvements in self-esteem. However, we were unable to find associations between self-esteem and the examined categories of education, employment, number of treatments and duration of addiction.

Conclusion: Based on the research findings, we can partially confirm the theoretical assumptions from which we drew. Addiction treatment brings about a change in patients that is desirable and can thus contribute to an improved quality of life.

Key words: self-esteem, addiction treatment, quality of life, change

Obsah

1	Úvod	9
2	Problematika Jáství.....	10
2.1	Vztah k vlastnímu Já	10
2.2	Já a jeho dualita	10
2.3	Jáská zkušenost	11
3	Pojem sebepojetí.....	11
3.1	Ohlédnutí do historie.....	12
3.2	Vývoj sebepojetí.....	13
3.3	Aspekty sebepojetí	15
3.3.1	Kognitivní aspekt Já - Sebeobraz	16
3.3.2	Konativní aspekt Já -Seberegulace.....	17
3.3.3	Afektivní aspekt Já - Sebehodnocení	18
3.4	Aspekty sebehodnocení.....	19
3.5	Dimenzionalita sebehodnocení	20
3.6	Výzkumy sebepojetí v souvislosti se závislostí	21
4	Kvalita života.....	22
4.1	Psychologie a kvalita života.....	22
4.2	Měření kvality života	23
5	Psychoterapie.....	23
5.1	Skupinová psychoterapie	24
5.2	Behaviorální terapie	25
5.3	Kognitivně-behaviorální terapie.....	25
5.3.1	Základní charakteristiky kognitivně-behaviorální terapie	25
5.4	Psychodynamické a integrované přístupy	26
5.5	Účinné faktory psychoterapie	27
5.6	Změna v psychoterapii	29
5.7	Výzkumy psychoterapie.....	30
6	Střednědobá ústavní léčba	31
7	Oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy	32
7.1	Průběh léčby na oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy	32

8	Cíl práce.....	33
8.1	Výzkumné otázky a hypotézy	33
9	Metody získávání dat.....	34
9.1	Nástroje	34
10	Zpracování dat a analýza	35
11	Etické aspekty.....	36
12	Výzkumný soubor	36
13	Výsledky.....	36
13.1	Socio-demografické údaje.....	36
13.2	Rosenbergerova škála sebehodnocení.....	39
13.3	Schwartzova škála hodnocení terapie	40
13.4	Maudsley Addiction Profile	41
13.5	Statistický rozbor hypotéz.....	44
14	Diskuze	50
14.1	Limity výzkumu	55
15	Závěr.....	56
16	Seznam použité literatury	57

1 Úvod

Sebehodnocení hraje významnou roli v léčbě závislosti. To, jak člověk vnímá sám sebe a jaký má k sobě postoj, se odráží nejen ve vztazích s druhými. Jak uvádí Twenge a Campbell (2001), sebehodnocení je totiž jednou z nejdůležitějších složek zdravého a šťastného života. Myers a Diener (1995) staví jednoznačně vztah sebehodnocení a vnímání kvality života do přímé souvislosti, když tvrdí, že lidé s vysokým sebehodnocením jsou spokojenější se svým životem.

Pro pojem sebehodnocení existuje mnoho definic, většina z nich charakterizuje sebehodnocení emočním a hodnotícím aspektem. Emoční rovina sebehodnocení postihuje vztah k vlastní osobě a míru přijetí sebe sama. V sebehodnocení se odráží to, jak je jedinec sám se sebou spokojen, zda o sobě uvažuje pozitivně nebo negativně. Blatný (2010) udává sebehodnocení jako mentální reprezentaci emočního vztahu k sobě, neboli představu sebe z hlediska vlastní hodnoty a kompetence. Emocionální prožívání *Já* je terminologicky ustálené v pojmech jako sebeúcta, sebehodnocení, sebevědomí, sebedůvěra apod. (Blatný & Plháková, 2003).

U závislých osob dokládá odborná literatura nedostatečné sebehodnocení. Jak popisuje Kalina (2015), mezi nejčastější problémy pacientů v léčbě patří také problémy v sebepojetí, nedostatek sebeúcty, nízká sebedůvěra, nízké vědomí totožnosti s vlastním tělem, necitlivost k vlastním emocím, potlačování negativních pocitů. Těžkosti pacientů v léčbě jsou spolu navzájem propojeny. Problémy vztahující se k návykovým látkám a léčbě souvisí s problémy v sebepojetí, nepřiměřené sebepojetí se odráží v problémových vztazích, komplikované vztahové potíže a nezvládnuté sociálních schopnosti vytvářejí rizikové situace pro relaps.

Dvořáček (2003) popisuje střednědobou léčbu závislosti u nás, která vychází z apolinářského modelu a směřuje k abstinenci jako k prostředku zajištění vyšší subjektivní kvality života, ke zvládnutí životních rolí a mezi individuální cíle řadí především zlepšení sebehodnocení. Tato práce si proto dává za cíl zjistit změnu sebehodnocení u pacientů absolvující ústavní léčbu závislosti a také zda dochází ke zlepšení sebehodnocení současně s pozitivním efektem terapie. Hlavní součástí střednědobé ústavní léčby závislostí je psychoterapie. Hlavním cílem psychoterapie je podle Vymětala (2003) změna v osobnosti, projevu nebo v nejbližším sociálním prostředí klienta, která je předem naplánovaná. Kalina

(2013) mezi účinné faktory psychoterapie závislých, které jsou důležité pro změnu, uvádí sebepoznání, korektivní emoční i kognitivní zkušenost, náhled, přijetí odpovědnosti jako základ k adaptivnějšímu chování. Změna tedy neznamena pouze náhled nebo porozumění, zahrnuje souhrn sebepojetí a pojetí ostatních lidí. Z výše uvedeného vyplývá, že je podstatné zabývat se změnou sebehodnocení a přinášet důkazy o procesech v průběhu léčby.

2 Problematika Jáství

Fenomén sebehodnocení je klíčovým tématem této práce a je neoddelitelnou součástí sebepojetí, proto je důležité jednotlivé pojmy související s Jástvím neboli sebesytémem vysvětlit.

2.1 Vztah k vlastnímu Já

To, jak se k vlastnímu Já vztahujeme, jsou jedinečné charakteristiky lidské psychiky, dávající lidskému životu zásadní rozměr a subjektivní smysl. Psychologie se pojmu Já věnuje od konce 19. století, velkého rozmachu tzv. psychologie jáství (self psychology) dosahuje především v posledních čtyřiceti letech (Macek, 2008). Já je klíčovou součástí osobnosti i jejím činitelem. Já představuje vědomí o vlastní neustálé existenci a totožnosti (Cakirpaloglu, 2012). Koncept pojmu Já se stal významným propojovacím článkem mezi sociální psychologií, vývojovou psychologií a psychologií osobnosti (Macek, 2008).

2.2 Já a jeho dualita

William James jako první vymezil dva aspekty Já a to Já jako subjekt duševní činnosti - poznávajícího Já a Já jako objekt duševní činnosti poznávaného Já. William James rozlišuje tuto dualitu lidského Já i pojmově – Já jako subjekt „I“ („I-self“) a Já jako objekt „Me“ („Me-self“) (Blatný & Plháková, 2003). Dualita jáství je vyjádřena na jedné straně podmětným Já, tedy toho, kdo si uvědomuje sám sebe, je v tom vyjádřen subjekt činnosti a prožívání. Na druhé straně je naše Já jako předmět nebo objekt vlastního poznávání, představa o sobě a svoje vlastní hodnocení (Macek, 2008). Self koncept v sobě obsahuje aspekt sebehodnocení s hodnocením vnějšího okolí. Vnímání vlastního Já prochází dlouhým vývojem, vývoj self konceptu obsahuje dva aspekty sebepoznání: Self jako objekt a self jako subjekt. Self jako objekt je představa o tělesných, osobnostních a sociálních vlastnostech. Self jako subjekt je představa o vlastní kontinuitě a jedinečnosti, tuto rovinu self tvoří sebehodnocení, sebereflexe a sebeúcta (Cakirpaloglu, 2012). Vágnerová (2010) v teoretické rovině rozděluje Já jako subjekt a Já jako objekt. Já jako subjekt, kdy je já aktivním

činitelem, který je potřebný v selekci a zpracování informací, uplatňuje se také v rozhodování a usměrňování vlastního jednání. Já jako objekt je představován jako obraz sebe sama. Obraz já je i mentální reprezentací sebe sama, která obsahuje všechny poznatky o sobě i názor na sebe sama, je sebedopisem i sebehodnocením.

2.3 Jáská zkušenost

Jáská zkušenost, je zážitek ze sebe sama, každý jedinec jí prožívá bezprostředně, jedinečně a subjektivně. Jáská zkušenost je složitě definovatelná a sdělitelná.

Macek (2008) ukazuje specifickou jáskou zkušenost v různých podobách, jako například pohled na vlastní obraz v zrcadle, zážitek vlastního studu nebo pýchy na sebe sama, pocit vlastní kompetence nebo naopak vědomí vlastního handicapu. Vědomí vlastního já se vyskytuje v jednáních, ve kterých úmyslně o něco usilujeme a kde zapojujeme vůli. Mezi jáskou zkušeností lze zařadit také zážitek z vlastní jedinečnosti a neopakovatelnosti, stejně tak jako potřebu někam a k někomu patřit. Vztahování se k sám sobě má také rozměr vlastní minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Vztah k sobě samému se objevuje také v tom, co chci, co mohu, co se ode mě očekává a kým bych si nikdy nepřál být. Balcar (1991) prezentuje jáskou zkušenost jako zážitek ze sebe sama.

Podstatným znakem jáství je jeho subjektivní jedinečnost, jedná se o zkušenost neopakovatelnou, nesdělitelnou a nepřenositelnou. Zásadní součástí jáské zkušenosti je zpravidla nějaký pocit, který jedinec ztotožňuje se sebou samým jako nedílnou součástí sebe. Při uvědomění ho obvykle porovnává se svojí dřívější zkušeností. Tímto se vědomí vlastního já zvětšuje, získává nové kvality. Problém nastává, pokud má být taková jáská zkušenost nějak jasně vyjádřena. Další problém nastává, pokud se zamýšlíme nad tím, co je v naší jáské zkušenosti proměnlivé a co stálé (Macek, 2008). Říčan (1970) udává, že je potřebné dbát také na to, že struktura a diferencovanost jáské zkušenosti může být při zkoumání závěrem použitého nástroje a nemusí svědčit o skutečné struktuře.

3 Pojem sebepojetí

I když autoři definují pojem sebepojetí z pohledu různých teoretických a metodologických přístupů odlišně, tak obecně lze sebepojetí charakterizovat jako mentální reprezentace Já, která je jako znalostní struktura uložena v paměti a vyvíjí se prostřednictvím interakce jedince s prostředím, zejména sociálním. Je činitelem psychické regulace chování a slouží jako prostředek pro orientaci a jako stabilizátor činnosti (Blatný, 2001). Sebe-
pojetí

může být chápáno jako soubor vlastností, které jsou pro danou osobu charakteristické a kterými se liší od ostatních (Kilhstrom & Cantor, 1984).

Sebepojetí má podle Vágnerové (2010) spíše popisný a hodnotící charakter, jedná se především o poznání a vyjádření toho, co si o sobě jedinec myslí, co o sobě ví a také zahrnuje jedincovo posuzování sebe sama.

3.1 Ohlédnutí do historie

Zmínky o pojmu Já nalezneme v západním filozofickém myšlení až v 17. století a to zejména v pracích Descarta, Locke a Humea. Tito významní myslitelé a filozofové kladli důraz na to, že Já je základní součástí vědomí (Hayesová, 1998). Za zakladatele psychologie Já je považován americký psycholog William James a také symboličtí interakcionisté C. H. Cooley a G. H. Mead (Blatný & Plhánková, 2003). Psycholog W. James poukazoval na to, že významnou součástí sebepojetí je sociální srovnání. Sociální srovnání probíhá ve vztahu k důležitým osobám, se kterými se jedinec srovnává, jedná se zejména o osoby, které jedinec považuje za sobě podobné a vidí v nich i zosobnění cílů, které by sám chtěl dosáhnout (James, 1890). C. H. Cooley v roce 1902 přišel s myšlenkou, že důležitou složkou sebepojetí je zpětná vazba, kterou dostáváme od druhých. Podle Cooleyho může být pojem sebepojetí nahrazeno termínem „zrcadlové Já“ a tvrdí, že naše představy o tom, jak nás vnímá naše okolí, jsou esenciální složkou našeho sebepojetí (Hayesová, 1998). Mead (1934) tvrdí, že sociální kontakt a to, jak na jedince působí reakce jeho okolí, jsou důležitými aspekty tvořící sebepojetí. Ústředním pojmem zejména pro psychoanalytické teorie osobnosti je Já neboli ego. Z pohledu psychoanalytických teorií osobnosti považují ego za základní součást struktury osobnosti, jedná se o složku vědomou a je ve vztahu s dalšími nevědomými vrstvami osobnosti i s vnějším světem. Carl Gustav Jung jako zástupce analytické psychologie popisuje ego jako ústřední bod osobnosti, jenž ji určuje jako individualitu, má jistou kontinuitu a může usměrňovat samo sebe (Vágnerová, 2010). C. G. Jung popisuje vývoj osobnosti jako dynamický proces, který provází celý život osobnosti, jedinec se vyvíjí s cílem získat a rozvinout Já (Mikšík, 1999). Ještě větší důraz na studium teorií o fungování ega klade neoanalytický směr, zejména v pracích E. H. Eriksona vnímá ego jako autonomní systém, který je základem pro směřování osobnosti a je důležitým aspektem pro zvládnutí různých požadavků prostředí. Pro vývoj osobnosti je důležitá proměna ega, což se děje především v období dospívání, pro které je zásadní úkol vytvoření vlastní identity (Vágnerová, 2010). Dispoziční teorie osobnosti, kterými se zabýval G. W. Allport je self v roli centrálního dynamického a sjednocujícího činitele, označoval self specifickým

pojmem proprium, popsal sedm vývojových stádií propria, jehož závěrečným stádiem má být sjednocená lidská schopnost sebepoznání a sebeuvědomění (Mikšík, 1999).

Fenomén self je důležitý i pro humanistický směr, jehož reprezentant Carl Rogers vyzdvihuje dynamickou oblast Já a jeho potenciál ve smyslu regulace vlastního rozvoje (Vágnerová, 2001). Klíčovým pojmem v Rogersově teorii osobnosti je pojem jáství (self), Rogers používá self a sebepojetí jako synonyma. Rogers udává, že sebepojetí znamená pojetí jedince o tom, jakou osobou je. Sebpójetí se rozvíjí interakcí s druhými a proto se skládá s různorodě vnímanými a prožívanými obrazy o sobě samém v různých životních rolích. Sebpójetí neobsahuje pouze vnímání toho, jací se domníváme, že jsme, ale také toho, jací bychom mohli být, přesněji řečeno, chtěli být (Mikšík, 1999).

V současnosti je za nejvhodnější považován přístup sociálně-kognitivní psychologie. Vnímá Já jako subjekt a Já jako objekt duševní činnosti (sebpójetí) za dynamický systém oboustranně propojených funkcí (Bandura, 1999).

3.2 Vývoj sebepójetí

Sebpójetí se utváří již od raného dětství prostřednictvím interakce s okolím, konkrétně především s matkou. V dětství se vztah k sobě odvíjí od přístupu a chování rodičů vůči dítěti. Dítě vstřebává všechny informace, které přicházejí z okolí, pozitivní postoj rodičů pravděpodobně přispívá k vytvoření správného sebepójetí a naopak (Vágnerová, 2010). Podobně jako osobnost, tak i vývoj sebepójetí prochází změnami především v období dětství a dospívání. Změny mohou být náhlé, ale obvykle probíhají postupně a vyplývají z prostředí a ze zkušeností (Obereignerů, 2017).

Rozvoj sebepójetí souvisí s nárůstem zkušeností a informací, vztahující se k vlastní osobě, ale také s jejich rozlišením, propojením a zobecněním jednotlivých aspektů. Zhruba ve druhé polovině kojeneckého věku dochází k prvnímu projevu sebeuvědomění, v tomto období se rozvíjí důležitá složka sebepójetí obraz sebe sama, tj. to, co dítě vidí a vnímá. V batolecím období však ještě není sebepójetí koherentní, jedná se především o souhrn jednotlivých poznatků. U batolete dochází k uvědomění si vlastních možností, v tomto období se zlepšuje ovládání vlastního těla, schopnost projevit své potřeby a přání a také se snažit o jejich naplnění. Batole vnímá sebe jako aktivního činitele a má potřebu stvrzení hodnoty svých kompetencí. Sebpójetí batolete je víceméně dáno tím, co je schopné dělat. V tomto období se dítě již začíná hodnotit a z toho plyne i rozvoj sebedůvěry, objevují se i první snahy o autoregulaci (Vágnerová, 2010). Podle Langmaiera a Krejčířové (2006) se

základy sebepojetí utvářejí již v batolecím období a ve dvou letech děti dokážou uvést své základní charakteristiky. Ve třech letech dítě již používá slovo „já“ a hovoří o sobě v první osobě.

Vývoj sebepojetí se odvíjí od úrovně poznávacích procesů, děti o sobě nejdříve uvažují podle jednoznačně daných kritérií (věk, jméno, pohlaví apod.), ale také rolí, které mají v rodině a posléze i mezi vrstevníky. Charakter sebepojetí se odvíjí od způsobu zpracování informací, které se k němu vážou. Dítě si je vykládá tak, jak mu aktuální úroveň jeho uvažování a prožívání dovolí. U dětí v předškolním a raném školním věku jsou významným měřítkem sebepojetí jejich stávající schopnosti a dovednosti. Dítě se hodnotí podle toho, co vidí, že dokáže, ale také na základě toho, jak je jeho výkon posuzován. (Vágnerová, 2010). V předškolním období děti k „Já“ začínají přiřazovat různé vlastnosti, umí popsat i své vlastní tělesné rysy, své vlastnictví i to, co má a nemá rádo. Tyto popisy však ještě nejsou příliš přesné, typicky je dítě zaměřeno na objektivní rysy přítomné v určité situaci. U většiny dětí v předškolním věku je sebehodnocení docela vysoké, ale nestabilní a odvíjí se od aktuální sociální situace a kladné sebehodnocení souvisí především s jistotou ve vztahu k rodičům. Ke stabilitě sebehodnocení dochází až po osmém roce věku. Ve školním věku se děti začínají více soustředit i na psychologické vlastnosti, schopnosti a emoce. Z rozličných rolí, které dítě přijímá, i ze svého postavení ve skupině vrstevníků nabývá uvědomlejší sebepojetí a sebehodnocení (Langmeier & Krejčířová 2006).

V období dospívání se význam stabilního a konzistentního sebepojetí zvyšuje, stejně tak, jak se více zapojuje do procesu regulace vlastního chování a prožívání. Během dospívání se na jedné úrovni potkávají tělesné, kognitivní, emoční i sociální změny, spojené s vývojovým úkolem nalezení osobní identity, která v sobě zahrnuje i sebepojetí (Macek, 1999). Míra sebehodnocení na začátku dospívání společně s otázkami o vlastní totožnosti u většiny dětí strmě klesá a začíná pozvolně narůstat až kolem 15 - 16 roku věku. Tento věk je typický pro posuzování se zejména podle reakcí okolí na ně samé a také podle toho, jak je vidí okolí, zejména vrstevníci, schopnost takto založeného sebehodnocení se však odvíjí od kognitivní zralosti a rozvíjí se především s nástupem formálních operací (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Během života může dojít ve spojitosti s různými významnějšími změnami ke zpochybnění sebepojetí, resp. identity, které se projeví tendencí o vytvoření nové a adekvátnější varianty sebepojetí. Tlak na změnu, resp. pocit krize identity doprovází pocity úzkosti a nejistoty, ty podněcují snahu o korekci sebepojetí, o jeho nové vymezení, které by

dokázalo tyto změny vhodným způsobem zpracovat a integrovat je do dosavadního názoru na sebe sama. Tyto krize identity se objevují ve stádiu dospívání, ve středním věku i ve stáří. V období dospívání se jedná o sebepojetí vnímané jako budoucí program, který by měl být teprve naplněn (Vágnerová, 2010). Jak uvádí Erikson (2002) pro období dospívání je typické hledáním sama sebe a rozvojem vlastní identity. Dospívající se cítí nejistý ve své vlastní roli mezi lidmi, hledá vlastní identitu, smysl lidského života, v tomto období osciluje jedincovo sebevědomí a sebeoceňování.

Ve středním věku se jedná spíše o úsilí přizpůsobit své sebepojetí i nastávající cíle aktuální realitě. Krize středního věku může být způsobena nespokojeností se sebou, kdy se představy o životě liší od reality. Sebepojetí ve stáří bývá často spojené s minulými charakteristikami (krása, výkon, úspěch), které však už pominuly, ale i tak jsou součástí jejich osobnosti. Úkolem stáří je proto přijmutí uplynulého života i sebe sama bez iluzí (Vágnerová, 2010).

3.3 Aspekty sebepojetí

Dle Blatného (2001) můžeme sebepojetí charakterizovat třemi aspekty. Jedná se o kognitivní aspekt, který se týká obsahu sebepojetí a jeho organizaci a struktury, emoční (afektivní) aspekt, vycházející z emocionálního vztahu k sobě (sebehodnocení) a konativní aspekt, který vyplývá z toho, že sebepojetí má také motivační a seberegulační funkci. Rozdělení na tyto tři složky vychází z třídění psychických procesů a jejich projevů na poznávání, prožívání, chování (Macek, 2008). Na jednotlivé aspekty sebepojetí můžeme nahlížet také podle toho, jestli jsou uvědomované (explicitní) nebo neuvědomované (implicitní), dále také reálné nebo jen hypotetické (Vágnerová, 2010).

Koncept sebepojetí lze rozlišovat do různých jednotlivých aspektů, které nemají stejný vývoj ani stejně nefungují.

V případě explicitního sebepojetí se jedná o uvědomovaný soubor názorů a poznatků na svou vlastní osobu, které má jedinec pod kontrolou a může je dále ovlivňovat a ovládat. Utváří se na podkladě kognitivního zpracování informací, které se vztahují k vlastní osobě, jedná se o poznatky deklarativní povahy, jenž si lze vědomě vybavit (Vágnerová, 2010).

Pravděpodobně nevědomé hodnocení sebe sama, které je automatické a nenaučené nazýváme implicitní sebehodnocení (Greenwald & Banaji, 1995). Implicitní sebepojetí je neuvědomované, je především emoční povahy a nelze ho tak snadno regulovat. Jedná se o intuitivní zpracování především raných citových prožitků. Implicitní zkušenost může mít

vliv na názory, pocity a chování jedince, aniž by si jedinec uvědomoval nebo chápal, proč jedná tak, jak jedná. Implicitní sebehodnocení není rozpoznatelné prostřednictvím introspekce, jedinec o něm nemůže nic sdělit, i když na něj působí a má vliv na jeho prožívání i chování (Vágnerová, 2010). Podle autorů Sulse a Krizana (2005) byla mezi explicitním a implicitním sebehodnocením prokázán jen slabá korelace, proto je možné, aby jedinec měl různé kombinace v úrovni explicitního a implicitního sebepojetí. Předpokládáme tedy, že self zahrnuje souběžné fungování ovládaných a reflektovaných procesů a procesů automatických a nereflektovaných.

3.3.1 Kognitivní aspekt Já - Sebeobraz

Kognitivní aspekt Já se týká obsahu a struktury sebepojetí. Souhrn znalostí o sobě samém, který je označován jako obsah sebepojetí, je určitým způsobem kognitivně uspořádáno, jedná se o strukturu sebepojetí (Blatný, 2008).

Jedna z významných koncepcí, zkoumající organizaci poznatků v rámci sebepojetí byla teorie H. Markusové (1977), která definuje Já jako systém kognitivních schémat. V této koncepci je Já vnímáno jako paměťová struktura tvořená souborem schémat. Jednotlivá schémata jsou generalizací poznatků o sobě samém, obsahující informace o předchozích zkušenostech a osobních charakteristikách. Schémata Já se tvoří na podkladě opakovaných obdobných kategorizací a hodnocení svého vlastního chování sám sebou nebo druhými lidmi. Schémata Já pomáhají lidem pochopit svou vlastní sociální zkušenost a sjednotit tak podněty o sobě do smysluplných vzorců. Jedinec tak dostává jasnou představu o sobě, i o tom, jaký je v různých oblastech chování (Blatný, 2001). Schémata mají funkci filtrování informací, které si jedinec připustí ke svému já. Díky schématům jsme schopni si rychle vybavit a zrekonstruovat různé dřívější události. Schémata také stabilizují a integrují sebepojetí (Macek, 2010).

K dalším kognitivním pojetí Já lze zařadit model Já jako prototyp (Kilhstrom & Cantor, 1984). Prototypické pojetí Já je založeno na předpokladech, že každý akt percepce je zároveň aktem kategorizace, tedy vytvářením pojmu a že pojem Já, který je uložen v paměti jako struktura znalostí, je svou povahou shodný s ostatními pojmy, jenž si jedinec utváří o svém světě (Blatný, 2001). Jak uvádí Kihstrom a Cantor (1984) je Já uloženo v paměti jako struktura znalostí a zkušeností jako tzv. prototyp Já. Nejedná se o kategorii, která by byla jasně ohraničená, má svoje ústřední a okrajové charakteristiky. Ústřední charakteristiky jsou docela stabilní a významné, periferní charakteristiky jsou méně stabilní

a vstupují do jiných kategorií. Pojmenování Já prototyp znamená také zobecnělou zkušenost, která vznikne při pozorování sebe sama v různých situacích, proto je celá řada Já prototypů integrovaných do různých úrovní abstrakce (Macek, 2010).

Sebepojetí se rozvíjí v procesu socializace jedince, během jeho interakce se sociálním prostředím. Vzhledem k různé sociální zkušenosti je obsah sebepojetí u každého člověka jiný, obecně však lze charakterizovat určité společné rysy sebepojetí (Blatný, 2001). Zkoumání obsahu sebepojetí se pojí s metodologickými problémy, o obsahu sebepojetí je možné se dozvědět pouze na základě přímé subjektivní výpovědi. Při použití strukturovaných metod, jako je dotazník, tak nastává obtíž v tom, zda to, co zjišťujeme a měříme, dotazovaný jedinec skutečně vztahuje k vlastnímu Já, proto hrají nezastupitelnou roli metody založené na volné výpovědi (Macek, 2010).

3.3.2 Konativní aspekt Já -Seberegulace

Konativní aspekt Já nazývaný také jako motivační nebo behaviorální vychází z toho, že představa Já, ať už z pohledu dosavadní skutečnosti (aktuální Já) nebo z hlediska možných Já (především ideálního Já) se během vývoje stává nejdůležitějším faktorem psychické regulace chování (Blatný, 2001). Výrost & Slaměník (2008) demonstrují příklad seberegulačního mechanismu na situaci, kdy se jedinec snaží prostřednictvím prezentováním sám sebe ovlivnit to, co si oněm myslí okolí a tím zároveň ovlivňuje mínění o sobě samém. Blatný (2001) z pohledu sociálně-kognitivního přístupu k seberegulaci vyzdvihuje důležitost osobních standardů-norem, cílů nebo aspirací, které jsou ústředními měřítky sebehodnocení a pohnutkami chování, patří do sebepojetí v podobě takových jeho součástí, jako je ideální nebo požadované Já, dále je také důležitá aktivita jedince při formulaci standardů.

I když je určitá míra sebeprezentace součástí každého člověka, tak si někteří jedinci více všímají toho, jaký dojem vyvolávají u druhých lidí. Někteří lidé vnímají jako důležitou strategickou sebeprezentaci, pro jiné je to strategie sebepotvrzení. Teorie, která pomáhá vysvětlit tyto rozdíly M. Snyder (1979) označuje jako *sebemonitorování* (Macek, 2010). Jedinci s vysokou mírou sebemonitorování jsou vysoce citliví k signálům, které vysílají druzí lidé a jsou schopni měnit svoje chování tak, aby co nejlépe odpovídalo požadavkům situace. Lidé s nízkou mírou sebemonitorování přisuzují menší pozornost sociálním informacím a celkově jednají ve větší shodě se svými vnitřními prožitky a postoji (Blatný, 2001).

Důležitým předpokladem pozitivního vztahu k sobě je pocit vlastní autonomie, jedinec však ovlivňuje a řídí sám sebe velmi často také prostřednictvím společenských a osobních standardů (Macek, 2010). Teorie *diskrepancí* v sebepojetí podle Higginse (1987) vychází jednak z teorie, podle které konflikty nebo nestálost v sebepojetí mají za následek emoční problémy a za další vychází z teorie motivace vyzdvihující úlohu standardů, cílů a aspirací a s nimi související reprezentace Já jako pohnutek lidského chování (Blatný, 2001). Jedinec se porovnává s vnitřní nebo vnější normou, aby ověřil svůj pocit sebejistoty a hodnoty a směřoval svojí aktivitu k důležitým cílům a požadavkům. Takto se uplatňují konstrukty ideálního a požadovaného Já, které představuje životní standardy, pojmenované Higginsem jako vodítka (self-guides), pomocí nichž jedincovo jednání směřuje k vytyčeným cílům, ale také zároveň reguluje emoční prožívání (Macek, 2010).

3.3.3 Afektivní aspekt Já - Sebehodnocení

Sebepojetí není jen souborem představ o sobě, je v něm zahrnut i vztah k sobě, charakterizovaný emocionálními prožitky Já. Za mentální reprezentaci emočního vztahu k sobě se zpravidla pokládá sebehodnocení neboli představa sebe z pohledu vlastní kompetence (Blatný, 2001). Sebehodnocení chápeme jako emoční aspekt jáství, ale můžeme ho koncipovat také jako míru hodnocení kognitivního obsahu sebepojetí, tedy jako součást sebepojetí. V odborné literatuře se lze setkat také s tím, že jsou pojmy sebehodnocení a sebepojetí používány jako synonyma. Blatný (2001) se přiklání k rozlišení těchto dvou pojmů. Sebepojetí se vedle hodnotící složky skládá i z pouze deskriptivní znalosti o sobě. Předpokládá se, že každá mentální reprezentace Já obsahuje kognitivní i emoční složku (Markus & Wurf, 1987), proto se jedná spíše o rozsah vyjádření hodnotícího aspektu sebepojetí. S přihlédnutím k tomu, že je sebepojetí dynamické a to nejen v situacích, ale také v čase, může se na základě vnitřních nebo vnějších podmínek některá z okrajových mentálních reprezentací stát jádrovou koncepcí s velkým stupněm osobního významu (Blatný, 2001). Je důležité rozlišovat sebehodnocení od obecnějšího pojmu sebepojetí (self-concept), protože se tyto dva termíny snadno zaměňují. Sebepojetí zahrnuje kognitivní přesvědčení, která o sobě lidé mají (jméno, pohlaví) a také popis (výška, váha), naproti tomu je sebehodnocení emoční složkou. I když je sebehodnocení spojeno se sebepojetím, je možné, aby lidé věřili objektivním pozitivním věcem, jako jsou uznané dovednosti ve vědě, umění, sportu, ale pořád nemají rádi sami sebe. Naopak je možné, aby se lidé měli rádi a proto mají vysoké sebehodnocení, i když jim chybí jakékoliv objektivní ukazatele, které by

podporovaly sebehodnocení. I když je ovlivněna obsahem sebepojetí, sebehodnocení není to samé (Heatheron & Wyland, 2003).

3.4 Aspekty sebehodnocení

Jedním z významných aspektů sebehodnocení je jeho pozitivita a negativita. Rozdíly v sebehodnocení mají vliv na chování jedince v různých oblastech a jsou spojovány s pocity spokojenosti a duševního zdraví (Campbell, 1990). Původně byl kladen důraz na negativní důsledky nízkého sebehodnocení, v současnosti je však ukazuje, že i vysoké sebehodnocení může mít negativní dopad (Baumeister, 1993). Jedinci s vysokým sebehodnocením mohou mít sklon k tomu, dělat o sobě nadhodnocené závěry a jejich odhady o vlastní výkonnosti mohou překračovat jejich schopnosti a to může ve svém důsledku vést až k selhání (Blatný, 2001). Vágnerová (2010) uvádí, že vysoké sebehodnocení bývá konzistentnější a stabilnější. Jedinci s vysokým sebehodnocením mohou mít tendenci přisuzovat si větší množství kladných vlastností. Lidé s tímto hodnocením bývají optimističtí, emočně stabilní, spokojení a nepoddávají se tak snadno stresu. Tito jedinci mívají také dostatečnou sebedůvěru, tudíž se nebojí více riskovat, zabývají se více na docílení něčeho pozitivního, než aby se snažili vylučovat možná rizika. Podobné vlastnosti u osob s vysokým sebehodnocením uvádí i Baumeister (2005), který udává, že jsou tito jedinci podnikavější, mají na sebe pozitivní náhled a dovedou se lépe ocenit.

Naproti tomu může vysoké sebehodnocení souviset například se sklonem k přílišnému sebeprosazování, k dominanci a někdy i k agresivnímu chování. Pokud by nesouviselo s dostatečnou sebejistotou, může se projevat větší potřebou stálého sebestopírání. Tito jedinci si mohou na sebe klást přehnaně vysoké cíle, přeceňují své schopnosti a tak mohou být ohroženi zvýšeným rizikem neúspěšnosti, než ti, kteří jsou ve svém odhadu realističtí. Jedinci s přiměřeným sebehodnocením bývají více realističtí s odpovídajícími ambicemi (Vágnerová, 2010). Jedinci s vysokým sebehodnocením se domnívají, že jsou chytřejší, úspěšnější, oblíbenější, sympatičtější a atraktivnější než jiní lidé (Baumeister, 2003). Lidé s nízkým sebehodnocením bývají méně stabilní a méně konzistentní. Tito jedinci mívají také zvýšený sklon k pesimismu, pochybují o sobě, trpí často úzkostmi a strachem ze selhání, jsou nespokojeni nejen se sebou samým, ale někdy také s celým okolním světem, s poměrně vysokou úrovní prožívaného distresu. U těchto lidí převládá tendence vyhnout se neúspěchu a kritice. Objevuje se zde potřeba ochrany sebepojetí, projevující se zejména sklonem k eliminaci případného neúspěchu a selhání než snahou o lepší výkon (Vágnerová, 2010). Nízké sebehodnocení je jedním z prediktorů

behaviorálních a emocionálních problémů (Leary, Schreidhofer & Haupt, 1995). Jedinci s nízkým sebehodnocením prožívají více negativních pocitů a je také spojeno se sociální úzkostí a plachostí, tito jedinci se také snadněji vzdají při neúspěchu, jsou důvěřivější a emočně labilnější (Leary & McDonald, 2003).

Jsou prokázané souvislosti mezi nízkým sebehodnocením a depresí, plachostí a osamělostí. Takovým způsobem ovlivňuje sebehodnocení požitky ze života, i když nebyl prokázán vliv na kariérní úspěch nebo produktivitu. Pokud by si lidé mohli vybrat, tak by většina lidí upřednostňovala spíše vysoké sebehodnocení (Heatherton & Wyland, 2003).

K dalším aspektům sebehodnocení patří stabilita. V současnosti je známé, že pro výkon a reakce na interpersonální zpětnou vazbu je významnější stabilita sebehodnocení. Jedinci s nestabilním sebehodnocením mají příznivější reakce na pozitivní zpětnou vazbu a více obrannou reakci na negativní zpětnou vazbu. Na jejich globální sebehodnocení má navíc výraznější vliv jednotlivé hodnocení sebe sama. To je propojeno se zvýšenou tendencí začlenit své Já do každodenních aktivit a s nízkou vnitřní motivací (Blatný, 2001).

3.5 Dimenzionalita sebehodnocení

Sebehodnocení se může vztahovat k celkovému já nebo ke specifickým aspektům sebe sama, kam patří například to, jak lidé vnímají své společenské postavení, rasovou nebo etnickou skupinu, tělesné rysy, sportovní dovednosti, pracovní nebo školní výkon a jiné. Můžeme na sebehodnocení pohlížet jako na jednodimenzionální koncept, který známe pod pojmem globální sebehodnocení nebo jako vícedimenzionální. Důležitá otázka ohledně sebehodnocení se nabízí, zda je sebehodnocení konceptualizováno jako jednotný globální rys nebo jako multidimenzionální s nezávislými subkomponenty.

Pro psychologický výzkum bylo globální sebehodnocení pojímáno jako jednodimenzionální konstrukt, zabývající se poměrně konstantním vnímáním hodnoty vlastního já (Rosenberg 1965). Podle globálního přístupu je sebehodnocení považováno za celkový postoj, který proniká všemi aspekty lidského života (Heatherton & Wyland, 2003). Globální sebehodnocení je afektivní a souvisí s psychickou pohodou jedince, zatímco specifické sebehodnocení je spíše kognitivní a je prediktorem chování nebo výkonu (Rosenberger et al., 1995). Tafordi a Swann (1995) formulují dichotomii sebehodnocení obsahující dvě složky. Jedná se o složku vlastní kompetence (self-competence) a sebezřetivost (self-liking). Tyto dvě součásti sebehodnocení jsou na sobě závislé, ale zároveň kvalitativně rozdílné a tvoří celkové globální sebehodnocení.

3.6 Výzkumy sebepojetí v souvislosti se závislostí

Výzkumy na téma sebepojetí u závislých jedinců byla provedena řada, my v této části uvádíme některé z nich. Výzkum prováděný na dospívajících v Severním Irsku zjistil, že problematická konzumace alkoholu souvisí s vyšším sebehodnocením v sociální dimenzi ale nižším sebehodnocením v emocionální dimenzi (McKay et al., 2012).

Ve studii studentů konzumujících alkohol byla prokázána hypotéza, že studenti s nižším sebehodnocením zkonsumovali větší množství alkoholu než studenti s vyšším sebehodnocením (Glindemann et al., 1999).

Ve srovnávací studii provedené v roce 2004 u žen a mužů závislých na alkoholu bylo pomocí dotazníků Tennessee Self Concept Scale a Self Esteem Inventory zjištěno, že ženy a muži závislí na alkoholu mají snížené sebehodnocení oproti kontrolní skupině (Aubry et al., 2004).

Maierová (2010) ve své práci zkoumala sebehodnocení u osob závislých na nealkoholových drogách v doléčovacím programu a zjistila, že je jejich sebehodnocení podprůměrné v porovnání s jinými skupinami populace.

Výzkum prováděný Jeřábkem (2005) na osobách závislých na alkoholu pomocí Rorschachova testu poukazuje na problémy v jejich sebepojetí.

Beckman (1978) při svém výzkumu sebepojetí u závislých na alkoholu prováděném pomocí Rosenbergerova dotazníku zjistil, že ženy před léčbou vykazovaly nižší sebehodnocení než muži. U žen se po roce léčby projevilo výraznější zlepšení sebehodnocení v porovnání s muži. Výzkum prováděný Vymětalem a Spiererem (1999) u osob závislých na alkoholu měl za cíl zachytit změny v osobnosti, na které měl vliv léčebný pobyt, byly zaznamenány pozitivní změny v sebedůvěře a příznivé sebepojetí.

Banský a Heretik (2004) zkoumali vztah mezi sebehodnocením a neúspěchem u osob závislých na alkoholu podstupující ústavní léčbu. Zjistili, že zvládnutí výkonové úlohy vedlo u pacientů k nárůstu sebehodnocení a naopak nezvládnutí vedlo k poklesu sebehodnocení a pacient je v tomto případě závislý na své kognitivní výbavě.

4 Kvalita života

Pojem kvalita života v sobě zahrnuje několik odlišně významových dimenzí. Řadí se mezi ně pojetí materiální, psychologické, kulturně antropologické, morální nebo sociologické. Mezi další významovou dimenzi kvality života lze zařadit i medicínské pojetí (Heřmanová, 2012). Světová zdravotnická organizace v devadesátých letech minulého století definovala kvalitu života jako vnímání jednotlivce své pozice v životě v souvislosti se svou kulturou a hodnotovým systémem a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o rozsáhlý koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k důležitým oblastem jeho životního prostředí (Vaňurová & Mühlpachr, 2005).

Na kvalitu života lze pohlížet také ze subjektivního nebo objektivního hlediska. V současnosti se odborná veřejnost více přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. Subjektivní dimenze kvality života je vymezována jako zásadní pro lidský život. Subjektivní kvalita života znamená jedincovo individuální hodnocení života, tak jak jej jedinec vnímá ze svého pohledu. Vztahuje se k lidské emocionalitě a celkové spokojenosti se životem, jak člověk vidí a hodnotí své postavení ve světě v souvislosti s kulturou a uspořádáním hodnot, ve kterých žije a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Vymětal, 2003).

4.1 Psychologie a kvalita života

Psychologické pojetí kvality života je odvozeno od subjektivity člověka, od jeho prožívání, myšlení a hodnocení. Jedinec posuzuje svůj život jako kvalitní, pokud jsou naplněna jeho očekávání o kvalitním životě. Spokojenost propojená s pocitem štěstí přichází, pokud my sami a naši nejbližší nacházíme uplatnění a zároveň získáváme a prožíváme pozitivní citovou odezvu od svého nejbližšího sociálního okolí. Aby náš život měl smysl, je pro nás významné uznání od okolí, které nám pomáhá v budování stabilní sebeúcty. Důležitou roli ovlivňující kvalitní život z psychologického hlediska hraje i kompetentnost jedince, jak dokáže porozumět okolí a jak jej může ovlivňovat. V psychologickém měřítku kvality života je význačná také autonomie člověka, která nám umožňuje samostatné rozhodování a sebeřízení. V posuzování kvality života z pohledu psychologie má také nezastupitelnou roli autenticita, která nám umožňuje být sami sebou a je v souladu s naší hodnotovou orientací (Vymětal, 2003). Křivohlavý (2002) zaměřuje psychologické pojetí kvality života na subjektivní prožívání životní pohody a spokojenosti se životem jako takovým. Psychologický přístup nejvíce používá termíny subjektivní pohoda a spokojenost.

Má složku kognitivní, která představuje racionální hodnocení vlastního života a emocionální, která vyjadřuje citové prožívání a negativní či pozitivní emoce (Hnilicová, 2005).

4.2 Měření kvality života

Obecné nástroje pro měření kvality života obsahují měření v jednotlivých oblastech života a profily zdraví, které jsou pojímány jako dotazníky zkoumající nejdůležitější aspekty kvality života. Tyto dotazníky jsou multidimenzionální, zasahují mnoho oblastí a mohou být použity u jedinců s různým zdravotním stavem nebo typem onemocnění. Tyto nástroje jsou méně citlivé při hodnocení specifických změn. Na rozdíl od specifických nástrojů pro měření kvality života, zabývají se ústředními aspekty pro měření v dané oblasti, např. specifické pro určitou nemoc, proto dokážou cíleně zhodnotit danou oblast (Vaňurová & Muhlpackr, 2005). Kirby (In Dragomirecká & Škoda, 1997) uvádí, že kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv: 1. jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí); 2. jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem; 3. jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi. Ukazatele v první perspektivě jako je bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny v současné době většina autorů nevnímá jako součást kvality života, ale jako faktory, které kvalitu života ovlivňují (Kebza & Hrachovinová, 2011).

5 Psychoterapie

Pro termín psychoterapie existuje mnoho definic. Vymětal (2003) vymezuje psychoterapii jako interdisciplinární a transdisciplinární obor, který vychází z psychologie a prostřednictvím psychologických prostředků pomáhá jedinci v dosahování normality, kdy normalitu chápe jako život jedince, který žije podle svých pozitivních možností ve společnosti s okolím i s ohledem na druhé lidi.

Psychoterapie je podle Kratochvíla (2017) léčebná činnost působící pomocí psychologických prostředků, působících na nemoc, poruchu nebo anomálii. Psychoterapie má pomoci odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny. Během psychoterapie dochází ke změnám v chování a prožívání pacienta. Dále rozlišuje dva cíle psychoterapie. Zaprvé je cílem psychoterapie odstranění potíží, které jedince trápily a jako další cíl je přetváření osobnosti směrem ke správné adaptaci nebo ve směru zrání a realizování svého osobního životního poslání. Ještě udává, že je nezbytné, aby psychoterapii prováděla kvalifikovaná osoba. Prochaska & Norcross (1999) definují psychoterapii jako

odborné a záměrné používání klinických metod a interpersonálních postupů vyplívajících ze zavedených psychologických principů za účelem pomoci změnit chování jedince, jeho myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky takovým směrem, který bude pro obě strany žádoucí.

Psychoterapie je odborné používání psychologických postupů a prostředků při prevenci, terapii a rehabilitaci poruch zdraví. Jedná se o bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a obvykle je součástí terapeutické péče nejen léčba o klienta, ale také o osoby pro něj důležité, zejména jeho rodinu. Psychoterapie je interdisciplinární obor, tudíž má obsáhlé možnosti využití. Od psychoterapie se očekává odstranění nebo zmírnění obtíží, které jsou psychologicky ovlivnitelné a v nejlepším případě také zbavení se příčin těchto potíží. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v chování a prožívání jedince (Miovský & Bartošíková, 2003). Psychoterapie je jedním ze základních součástí systému péče o jedince se závislostí. Uplatnění psychoterapie, v různých podobách, lze najít na všech úrovních základních typů péče o jedince trpící závislostí

5.1 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je postup využívající k léčbě skupinovou dynamiku, to znamená vztahy a interakce mezi členy a terapeutem a mezi členy navzájem. Tím se odlišuje od individuální psychoterapie, kde se jedná o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, tak od kolektivní nebo hromadné psychoterapie, ve které terapeut působí psychologickými prostředky na více pacientů současně, ale nepoužívá k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje (Kratochvíl, 2005).

Za významnou, ne-li klíčovou roli v léčbě závislostí se pokládá skupinová psychoterapie. Terapeutické programy lůžkových oddělení pro léčbu závislostí většinou používají principy terapeutické komunity. Jedním z hlavních terapeutických cílů pacienta v léčbě je získání náhledu a jeho přechod od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu, kdy je pacient schopen uskutečňovat důležité změny životního stylu a z toho vyplívající upevněné rozhodnutí pro abstinenci (Popov, 2003).

Stěžejní část terapeutické práce v ústavní léčbě závislostí je soustředěna zejména do skupinové psychoterapie, i když nelze opomíjet i určitou roli individuální psychoterapie. Individuální psychoterapie v ústavní léčbě závislostí má jasně vymezený svůj prostor a je citlivě začleněna do léčebného programu (Miovský & Bartošíková, 2003).

Psychoterapie v léčbě závislostí má své specifické prvky zdůrazňující zejména strukturu a její zvnitřnění, sociální učení pomocí nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a osobní růst (Miovský & Bartošíková, 2003). Behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální psychoterapie jsou v léčbě závislostí dominantním přístupem.

5.2 Behaviorální terapie

Behaviorální terapeutické přístupy vycházejí z toho, že je závislost na návykových látkách naučené chování. K problémovému chování dochází prostřednictvím některých základních forem jako je klasické podmiňování, operantní podmiňování, sociální učení v behaviorálním smyslu a proto je podobné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, je mohou změnit. Mezi specifické metody, které behaviorální terapie používá ke změně závislého chování, patří zejména klasické podmiňování a operantní podmiňování. Behaviorální terapie používá také nespécifické přístupy, zejména nácvikové metody, mezi které patří například nácvik relaxace, nácvik sociálních a komunikačních dovedností a asertivní trénink apod. (Kalina & Mladá, 2015).

5.3 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie vznikla v Anglii koncem 70. let minulého století sloučením historicky starších přístupů, behaviorální a kognitivní terapie. Terapeut kognitivně-behaviorálního směru analyzuje maladaptivní vzorce chování a myšlení, snaží se vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje a během terapie pomáhá jedinci změnit je na vhodnější, konstruktivnější a efektivnější strategie. Pomocí těchto účinnějších strategií je žádoucí, aby došlo ke zmírnění nebo vymizení negativního emočního prožívání. (Možný & Praško, 2007).

5.3.1 Základní charakteristiky kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je poměrně krátká a časově omezená, celá léčba trvá převážně několik měsíců. Tato terapie se vyznačuje strukturovaností, zaměřující se na zvládnutí jasně formulovaných problémů a dosažení dohodnutých cílů. Zásadní je pro terapeutický vztah aktivní a otevřená spolupráce. Použití určitého terapeutického postupu je teoreticky podloženo a vychází z analýzy určitých problémů a potřeb konkrétního jedince. Kognitivně-behaviorální léčba se soustředí především na řešení současných problémů, jen zřídka se zaměřuje na řešení minulých příčin problémů. Zároveň se kognitivně-behaviorální léčba se zaměřuje zejména na změny v životě jedince, typické je nasměrování klienta k soběstačnosti. Klient se postupně učí novým dovednostem a používá je v přirozeném

prostředí, které mu pomáhají ve zvládnání negativních vnitřních stavů i vnějších situací, což vede ke zvyšování sebevědomí a pocitům vlastní zdatnosti (Možný & Praško, 2007).

Kognitivně-behaviorální terapie vychází z předpokladu teorie učení, že závislost na návykové látce je naučeným chováním, které je upevňováno pozitivními působením návykové látky, kam lze zařadit například navození stavu euforie, zmírnění úzkosti a napětí nebo pocitu vyššího sebevědomí. Kognitivně-behaviorální terapie dále vychází z předpokladu, že chování člověka je výsledkem procesu učení a proto může být opětovně procesem učení změněno nebo odstraněno. Nejdůležitější podmínkou nutnou pro změnu chování je přítomnost nového adaptivního vzorce chování a motivace ke změně. Podle behaviorální teorie se na vzniku a udržování syndromu závislosti se podílí několik základních procesů, mezi které patří klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení. Jedná se zejména o pozitivní upevnění maladaptivního chování, tedy užití návykové látky, jejími pozitivními účinky jako je například euforie nebo naopak negativní upevnění užívání alkoholu nebo benzodiazepínů eliminací úzkosti v náročné situaci. V terapii lze poté následně využít stejné principy. Jde o upevnění proabstinenčního chování odměnami, jako například udělením ocenění, výhodou nebo pochvalou. Sociální učení je významné při vzniku závislosti, v tomto případě například naučení se patologického vzorce chování závislého rodiče, tak poté i v léčbě, kdy lze využít při práci ve skupině při učení se adaptivnějšího způsobu chování, například nácviku asertivity, komunikace, řešení konfliktů a podobně. Kognitivní procesy jsou také důležité při vzniku závislosti, udržování a změně návykového chování. Ke změně závislostního chování může dojít pomocí plánovaného procesu sebekontroly – prostřednictvím změny a kontroly svého myšlení (Kuklová, 2016). Lze obecně říci, že cílem těchto terapeutických směrů je změna konkrétního chování jedince a zabraňuje mu v jeho nezávislém fungování. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické a cílem může být: a) zmírnění intenzity, frekvence nebo trvání nežádoucího chování působící potíže pacientovi nebo okolí; b) vytvořit nové dovednosti pacienta; c) zvýšení intenzity, frekvence nebo trvání chování, které pacient má v repertoáru, ale tím, že není dostatečně používáno, tak působí problémy (Miovský & Bartošíková, 2003).

5.4 Psychodynamické a integrované přístupy

Schlesinger (1969) uvádí, že integrovaný model dynamické a kognitivně-behaviorální psychoterapie pro závislé může být aplikován jako soubor podpůrných a účinných intervencí. V začátcích léčby, kdy je zásadní udržet abstinenci, bude terapeut

postupovat podpurným a strukturujícím způsobem za použití kognitivně-behaviorálních postupů. Pokud však léčbu nebo abstinenci ohrožuje odpor, obrana nebo nevědomé konflikty, je na místě použít terapeutické techniky umožňující vyjádření pacienta.

Integrovaný psychodynamicko-kognitivně behaviorální přístup se zaměřuje na interpersonální proces, který se utváří mezi pacientem a terapeutem (Rotgers, 1999). Současné psychodynamické přístupy jsou obměnnou psychoanalytické psychoterapie, ze které přejímají část teoretických a pro léčbu důležitých principů. K dalším charakteristikám náleží vnímání intra a interpersonálních problémů a kladou důraz na přenosové a nepřenosové rozměry terapeutických vztahů (Kalina & Hajný, 2015). Integrovaný psychodynamicko-kognitivně-behaviorální model cílí na interpersonální proces, který se vytváří mezi pacientem a terapeutem. Tento proces může podpořit nebo naopak bránit ve zvládnání a zachování abstinence (Keller, 1999). V integrovaném psychodynamicko/kognitivně-behaviorálním přístupu mohou prvky kognitivně-behaviorální významně přispět k dosažení a udržení abstinence tím, že pacienta učí znát fenomény podporující závislost a rozvíjet strategie zvládnání. Na druhé straně psychodynamický přístup může hodnotu kognitivně-behaviorální zintenzivnit tím, že věnuje pozornost obranám, odporu a nevědomým konfliktům v psychoterapeutickém procesu a vztahu (Kalina & Hajný, 2015).

5.5 Účinné faktory psychoterapie

Kratochvíl (2005) shrnuje účinné faktory psychoterapie do deseti bodů, u kterých předpokládá, že ve skupinové terapii působí léčebně a jsou nositelem požadované změny. Jako první udává *členství ve skupině*, kdy samotná účast ve skupině může pozitivně ovlivňovat léčbu a vyvolat změnu. Společně s pocitem jednoty a sounáležitosti se skupinou působí v terapii jako podpurný faktor. Dalším bodem je *emoční podpora*, která se ve skupinové psychoterapii uplatňuje tak, že si jedinci vzájemně naslouchají a snaží si porozumět, společně s akceptováním a empatií. Jako další faktor Kratochvíl udává *pomáhání jiným*, léčebně může působit nejen to, že se jedinci dostávají podpory, ale také to, že sám pomáhá druhým, že nabízí podporu, empatii, rady a sdílí jejich problémy. Jedinci s nízkou sebedůvěrou a nízkým sebehodnocením můžou při skupinové terapii pociťovat, že mohou být užiteční a potřební pro druhé. K dalšímu faktoru patří *sebeexplorace a sebeprojevení*, skupinová psychoterapie pomáhá otevřenému sebeprojevení i projevením skrytých myšlenek, skrývaných zážitků a přání. Při sebeprojevení ve skupině na sebe jedinec přijímá riziko projevení chování, citů a motivů, které byly skryté, tajné. Pokud má mít sebeodhalení

pozitivní význam, měli by na ně ostatní reagovat porozuměním a podporou, pokud jedinec nedostane podporu, může to být pro něj traumatizující. K dalšímu faktoru patří *odreagování*, silné projevení afektu je významnou složkou terapeutického procesu, i když samo patrně nevede ke změně, spíše pro ni může vytvářet předpoklady. Jako další faktor je *zpětná vazba, konfrontace*. Zpětná vazba znamená, že jedinec získává informace od druhých, jak na ně působí jeho chování. Zpětná vazba může být záporná, ale také kladná. Pro výrazně negativní zpětnou vazbu se někdy používá pojem konfrontace. Následujícím faktorem je *náhled*, který znamená pochopení dříve neuvědomovaných spojitostí ve vlastní psychice a vztazích v souvislosti s maladaptivním chováním. Náhled lze z určitého pohledu vnímat jako na výsledek psychoterapie. Je zejména prostředkem ke změně maladaptivního chování a k odstranění neurotických symptomů. Za další faktor lze považovat *korektivní emoční zkušenost*, v případě emoční korekce se okolí chová jinak, než jedinec s neadekvátním chováním na podkladě své chybné generalizaci předpokládá. Tato skutečnost za doprovodu silného emočního zážitku umožňuje opětnou diferenciaci, tj. odpovídající rozlišování situací, v nichž je určitá reakce vhodná a kdy naopak nevhodná. K dalšímu patří faktor *zkoušení a nácvik nového chování*, společně s poznáním nevhodných starých způsobů chování dochází ke zkoušení nových a vhodnějších způsobů. Skupinová psychoterapie k tomu dává dostatek příležitostí. Pokrok závisí na jedincově motivaci ke změně, jeho identifikaci se skupinou a na strnulosti jeho dřívějších postojů a osobnostních rysů. Ke zvládnutí nových reakcí má důležitý význam posilování ze strany skupiny. Za poslední faktor udává *získání nových informací a sociálních dovedností*, ve skupině získává jedinec spoustu nových poznatků o tom, jak se lidé chovají, dostává informace o interpersonálních vztazích a o vhodných a nevhodných interpersonálních strategiích. Z této formy učení mohou ve skupinové terapii profitovat i ti jedinci, kteří se do dění ve skupině neangažovali a byli jen pasivními pozorovateli (Kratochvíl, 2005).

Za účinné faktory psychoterapie uvádí Vymětal (2003) terapeutem navozené děje, které u jedince nebo v jeho nejbližším sociálním prostředí způsobí změnu, kdy je tato změna přímo spojená s jednáním terapeuta. Dále rozděluje účinné faktory psychoterapie na obecné (nespecifické) a specifické. Mezi nespecifické účinné faktory uvádí děje a postupy, kterými jsou navozeny žádoucí změny a které jsou téměř u všech terapeutických směrů a přístupů. Jako první uvádí důležitost *strukturovanosti a důvěryhodnosti* celkové situace terapie. Za další považuje za významnou *osobnost terapeuta*, který má mít vlastnosti a chování odpovídající rogerovskému pojetí psychoterapie, jako je *akceptace, empatie, autenticita* a

kongruence terapeuta. Za další faktor je důvěra klienta v klienta v terapeuta, klient má být kladně vyladěn a očekávat zlepšení. Pro klienta také důležité získávání porozumění. Přehledu a kontroly, kdy se pomocí pojmenování z neznámého stává známé. Patří sem také motivace klienta ke změně. Zásadním bodem pro terapii je sebeexplorace, která se skládá ze dvou souvisejících procesů z otevírání a objasňování. Ve vztahu terapeut – klient je důležité, aby k sobě cítili náklonnost a respekt. Současně s celkovou situací léčby, osobností terapeuta, klienta a jejich vztahu, kde se objevují obecné účinné faktory, se uplatňují i mechanismy změny, kam patří dodávání informací, sugesce a učení. Mezi specifické účinné faktory psychoterapie jsou zařazeny děje a postupy, kterými jsou navozeny žádoucí změny a jsou typické jen pro některé psychoterapeutické směry a přístupy. Sem patří: 1. rozumové stránky jedince, pojmy, pomocí kterých vyjadřujeme působení a změnu v této oblasti jsou náhled, kognitivní korektivní zkušenost, pravdivé sebepoznání. 2. citové stránky jedince patří abreakce-odžití, katarze, emocionální korektivní zkušenost a transcendentální fenomén. 3. akční stránky jedince, změna chování nastává pomocí různých typů učení.

5.6 Změna v psychoterapii

Kalina (2013) udává, že pro změnu v psychoterapii je nejdůležitější sebepoznání, korektivní emoční a kognitivní zkušenost, náhled a přijetí odpovědnosti jako podstata k získání adaptivnějšího chování. Změnou tedy nerozumíme pouze vhled nebo porozumění, ani jenom nácvik. Zahrnuje souhrn sebepojetí a pojetí druhých lidí, interpersonálních vztahů, hodnot a chování. Hájek (2004) definuje psychoterapeutickou změnu ve smyslu změny osobnosti zvládnutím patologie, dále také kompetentním osvojováním situací, které odpovídají realitě a poskytují osobnostní růst jedince.

Transteoretický model Prochaska a DiClementa popisuje proces změny v psychoterapii, model má integrativní charakter, který čerpá z celé škály hlavních teorií s dodržением rozdílnosti i jednoty systémů psychoterapie (Prochaska & DiClemente, 1982). Tento cyklický model vychází ze studie na klientech se závislostí na nikotinu, brzy se rozšířil na problematiku závislostí i mimo ní (Kalina, 2013). Model má šest stádií:

1. Prekomtemplance – v tomto stádiu jedinec ještě o změně neuvažuje, nevnímá užívání návykové látky jako problém. Nepřipouští si změnu jako žádoucí (Miller & Rollnick, 2003).

2. Kontemplace – užívání návykové látky stále přináší uspokojení, ale začínají se objevovat pochybnosti o vhodnosti dalšího pokračování (Kalina, 2013). Tato fáze je charakteristická ambivalentním postojem ke změně (Miller & Rollnick, 2003).

3. Rozhodování – nevýhody plynoucí ze závislosti převažují, jedinec reálně přemýšlí o změně. Rozhodnutí ke změně, ke které dochází na konci této fáze, znamená již výběr určitého postupu (Kalina, 2013).

4. Jednání, aktivní změna – v tomto stadiu dochází k uskutečnění změny (terapie, léčba).

5. Udržování změny – v této fázi jedinec obhájí svou schopnost zvládnout život bez návykové látky.

6. Relaps – nebo také uklouznutí je v „kole změny“ očekávatelnou a běžnou událostí ve snaze změnit dlouhodobý návyk. K relapsu může dojít v kterékoli z fází tohoto modelu, důležité je neustrnout v tomto stádiu a pokračovat na kole změny (Miller & Rollnick, 2003).

5.7 Výzkumy psychoterapie

Psychoterapie se od svého počátku opírá o empirická zjištění. První výzkumy efektu psychoterapie (hodnocení účinnosti psychoanalýzy) pocházejí z dvacátých let minulého století. Behaviorální a kognitivní směry procházely empirickým testováním už od počátku svého vývoje (Timuřák, 2005).

Kratochvíl (2017) popisuje šest výzkumných studií, zabývajících se efektem psychoterapie, ze kterých vyplývá, že terapeutickou účinnost prokazují behaviorální psychoterapie, i jiné druhy psychoterapií analyticky orientované psychoterapie, rogersovské psychoterapie, racionálně-emoční, kognitivně-behaviorální a interpersonální. Ve výzkumech byly popsány rozdílné účinky rozličných forem psychoterapie, s přihlédnutím k typu jedince a jeho potíží i různé mechanismy, kterými se k výsledkům dospělo. Také dokazují vliv nespecifických faktorů v psychoterapii, který je většinou význačně nižší než účinek specifických psychoterapeutických faktorů.

Timuřák (2005) poukazuje na to, že se současné výzkumy efektu psychoterapie od sebe odlišují podle způsobu měření efektu a typu výzkumného plánu, který je ve výzkumu použit. Měření výsledku psychoterapie je složité, jelikož je obtížné vymezit žádoucí terapeutickou změnu a způsobu jejího dosažení, ale také kvůli otázkám spojených s volbou vhodného způsobu měření předpokládaného výsledku. Vybraný způsob měření totiž míru

naměřeného efektu významně ovlivňuje. Grawe (1992) rozlišuje psychotherapeutický výzkum do 4 fází na základě stěžejních otázek, které pokládá: 1. fáze legitimizace: je terapie účinná? 2. fáze kompetice: Jaká forma psychoterapie je účinnější než ostatní? 3. fáze tzv. preskriptivní psychoterapie: Která forma terapie je pro koho určená? 4. fáze výzkumu procesu: Jak psychoterapie funguje? První tři otázky nepřispívají k vývoji lepší psychoterapie, tím se zabývá poslední čtvrtá otázka. Neznamena to však, že by první otázky neměly význam, přispívají k lepšímu vědeckému uchopení současných terapií.

Timulák (2005) rozděluje výzkum v psychoterapii obvyklým způsobem na výzkum efektu (výsledku) terapie a výzkum procesu psychoterapie. Výzkumu efektu psychoterapie (tzv. outcome research) se obvykle věnuje větší pozornost, navzdory tomu, že přímo nepřispívá k vývoji léčebných postupů, ale zejména k jejich validizaci. Výzkum procesu psychoterapie (tzv. process research) zjišťuje, jak k terapeutické změně dochází a které faktory k tomu pomáhají, jak tedy psychoterapie funguje.

6 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá léčba závislosti v našich podmínkách je myšlena ústavní léčba v délce 3-6 měsíců, která je poskytována některými psychiatrickými nemocnicemi (léčebnami) nebo některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Pro účely této práce popíšeme střednědobou ústavní léčbu v její klasické podobě, poskytované zdravotnickým zařízením.

Multidisciplinární tým je složen zejména zdravotnickým personálem, obsahující lékaře, střední zdravotnický personál, klinického psychologa, adiktologa, sociálního pracovníka, pracovní terapeuti a eventuálně dalšími pracovníky.

Léčba pacientů probíhá v léčebném společenství nazývaném terapeutická komunita, předlohou pro uspořádání vztahů v takové komunitě je tým zaměstnanců. Terapeutický tým by měl být pod pravidelnou supervizí.

Střednědobé ústavní léčby vycházejí z apolinářského modelu mířícího k abstinenci, jako ke způsobu k vyšší subjektivní kvalitě života a ke kompletnímu ujetí se původních životních rolí a další individuální cíle. Program střednědobé léčby je komplexní, obsahuje přístupy terapeutické a výchovně-edukativní. Převládající terapeutické přístupy mají povahu zdravotnických postupů, psychotherapeutických a sociální péče. Podstatou komplexního programu je strukturovaná léčba s režimem. Průběh léčby je strukturovaný, rozdělených do

několika fází, kterými pacienti procházejí za předpokladu splnění terapeutických úkolů. Strukturovaný program také zajišťuje vyvážené psychoterapeutické, pracovní i volnočasové aktivity. Se strukturou terapie souvisí soubor pravidel - režim. (Dvořáček, 2003). Klíčovými aktivitami v rámci strukturovaného programu jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení, součástí také bývá individuální psychoterapie a také rodinná terapie. Pacienti se ve střednědobé léčbě také podílejí na chodu oddělení. Celkově jsou nejúčinnější změny, ke kterým dochází během pobytu v původním prostředí, proto pacienti během léčby realizují propustky do domácího prostředí. Střednědobá ústavní léčba je jedna z fází dlouhodobého terapeutického procesu.

7 Oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy

Oddělení léčby závislostí se nachází v areálu Psychiatrické nemocnice Kosmonosy a specializuje na střednědobou až dlouhodobou léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství mužů i žen od 18 let. Oddělení má kapacitu 36 lůžek. Jádrem léčebného společenství tvoří pacienti, kteří jsou na tzv. základní léčbě. Každý týden je komunita posílena o 4-5 pacientů, kteří přicházejí v rámci následné péče na týdenní posilovací pobyty. Dále mohou být do komunity přijati 1-2 pacienti v rámci přeléčení relapsu.

7.1 Průběh léčby na oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy

O pacienty se stará terapeutický tým skládající se z primáře oddělení, lékaře-psychiatra, psychologa, adiktologa, vrchní sestry, sociální sestry a 10 všeobecných sester. Na oddělení je zajištěn nepřetržitý provoz a celý tým pravidelně absolvuje supervizi. Terapeutický tým zajišťuje všestrannou péči začleňující psychoterapeutické, edukativní, léčebné postupy a sociální poradenství. Léčba je členěna do čtyř fází, kterými pacient postupně prochází, každá fáze zahrnuje určité úkoly, které pacient plní a vytváří tak svůj individuální plán. Terapeutický program oddělení obsahuje pevná režimová pravidla s prvky terapeutické komunity. Důležitou složkou v léčbě je psychoterapie, která je prováděna zejména skupinově, ale i individuálně a vychází především s kognitivně-behaviorální terapií. Léčba se zaměřuje také na zvládnutí bažení, prevence relapsu, trénink sociálních dovedností, nácviky sebeovládání, stále se pracuje na motivaci ke změně, plánování řešení problémů, zlepšení sebehodnocení, identifikaci rizikových situací apod. Důležitou součástí léčby je také farmakoterapie. Pacienti v terapeutickém programu pravidelně navštěvují pracovní terapii (hobby dílnu, šicí dílnu, textilní dílnu, keramickou dílnu), práce na zahradě, arteterapii, hiporehabilitaci, relaxaci, imaginaci, kognitivní trénink. V léčbě pacienti pořádají

výlety, které mají za cíl zejména zlepšení fyzické kondice. Ke zvýšení fyzického zdraví přispívají i jiné pohybové aktivity, které jsou v rámci léčebného programu, jako je pravidelná ranní rozcvička a sportovních aktivity.

V průběhu léčby se pacienti aktivně podílejí na chodu oddělení prostřednictvím funkce ve spolusprávě. Spoluspráva má tři členy (předseda, kulturní a sportovní referent) a je volena komunitou na období 14 dní a každá z funkcí má určité povinnosti. V průběhu pobytu pacienti tráví vymezený čas ve svém původním prostředí, vyjíždí na tzv. dovolenky. Plánování a hodnocení dovolenek je důležitou součástí programu, jelikož dochází k nácviku životu po léčbě. V závěru léčby je kladen důraz na plánování následné péče, oddělení léčby závislostí pro své pacienty zajišťuje tzv. týdenní posilovací opakovací léčby, také jednou za měsíc setkávání abstinujících na socioterapeutických klubech. Opakovací léčby využívají abstinující pacienti v rámci následné péče.

8 Cíl práce

- Cílem diplomové práce je zjistit změnu v sebehodnocení po prodělané ústavní léčbě závislosti a doporučit možné intervence.

8.1 Výzkumné otázky a hypotézy

- Jaké je sebehodnocení pacientů na počátku léčby?
- Existují rozdíly v sebehodnocení pacientů na počátku léčby a při ukončení léčby?
- Které faktory (sociodemografické údaje, trvání závislosti, počet léčeb) mají vliv na největší odchylku v sebehodnocení?
- Jaký vztah pozorujeme mezi sebehodnocením pacientů a jejich hodnocením psychologického aspektu kvality života?
- Jaký vztah pozorujeme mezi sebehodnocením pacientů a jejich hodnocením psychického a fyzického zdraví?

H1: Sebehodnocení pacientů na počátku léčby je nižší než průměrná hodnota pro českou populaci.

H2: Sebehodnocení pacientů na počátku léčby je nižší než jejich sebehodnocení při ukončení léčby.

H3: Vyšší dosažené vzdělání pacientů souvisí s větší odchylkou v sebehodnocení na počátku léčby a při jejím ukončení.

H4: Nezaměstnaní pacienti mají menší odchylku v sebehodnocení

H5: Pacienti podstupující opakovanou léčbu mají menší odchylku v sebehodnocení.

H6: Pacienti s déle trvající závislostí mají menší odchylku v sebehodnocení.

H7: Větší odchylka ve vnímaném psychologickém aspektu kvality života souvisí s vyšším sebehodnocením.

H8: Pozitivní vnímání psychického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

H9: Pozitivní vnímání fyzického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

9 Metody získávání dat

Sběr dat probíhal formou dotazníkového kvantitativního šetření, které se uskutečňovalo ve dvou fázích. V první fázi byla pacientům zadávána baterie dotazníků – sociodemografický dotazník, Rosenbergerův dotazník, Schwartzova škála hodnocení terapie a dotazník Maudsley Addiction Profile v počátečních dnech od přijetí pacienta na oddělení, s přihlédnutím k jejich aktuálnímu somatickému a psychickému stavu. V druhé fázi byly zadávány dotazníky v den řádně ukončené léčby – Rosenbergerův dotazník, Schwartzova škála hodnocení terapie a Maudsley Addiction Profile. Baterie dotazníků byla respondentům administrována v písemné podobě, dotazníky zadávala tazatelka osobně. Celkový čas vyplňování jedné fáze dotazníků byl v průměru 15 minut.

9.1 Nástroje

Pro posouzení sebehodnocení bude použita Rosenbergova škála sebehodnocení (Svoboda, 2010). Rosenbergova Self Esteem Scale (RSES) je desetipoložková unidimenzionální škála Likertova typu měřící globální vztah k sobě. Původně byla vyvinuta pro adolescenty, ale používá se u širší populace. Jedná se o jednu z nejrozšířenějších unidimenzionálních metod s poměrně dobrou reliabilitou. Dotazovaný vyjadřuje míru souhlasu s jednotlivými položkami na čtyřbodové škále-od silného souhlasu po silný nesouhlas (Blatný & Osecká, 1994).

Schwartzova škála hodnocení terapie. Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10) je deseti položková škála, na které respondenti odpovídají pomocí sedmi bodové škály, měřící psychologický aspekt kvality života. Tento dotazník byl vytvořen za účelem měření efektivity psychiatrické léčby pro psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice v Bostonu,

USA. Podnětem vytvoření tohoto dotazníku byla poptávka po rychlém, levném a neinvazivním nástroji pro měření efektivit psychiatrické léčby. Na tvorbě škály se podíleli psychiatři, psychologové a neurolog. Na začátku vývoje dotazník obsahoval 81 položek s Likertovou škálou, z nichž se nakonec zachovalo pouze 10, které zachycovaly signifikantní rozdíly v odpovědích pacientů psychiatrických léčeben a kontrolní skupiny pracovníků v psychiatrických léčebnách. Dotazník úspěšně prošel několika validizačními studiemi (Blais et al., 1999). Tento nástroj je citlivý na změnu ve smyslu fázového modelu efektu psychoterapie, zaznamenává první stupeň změny, obnovení psychické pohody. Ověření české verze SOS-10 se uskutečnilo v Psychiatrickém centru na souboru 193 pacientů s různými duševními poruchami. Měření při počátku a po skončení léčby prokázalo významné zvýšení hodnoty psychické pohody po léčbě u všech diagnostických skupin (Dragomirecká et al., 2006).

Dále pro posouzení výsledků léčby byl v první fázi administrován také dotazník Maudsley Addiction Profile (MAP). Dotazník Maudsley Addiction Profile hodnotí chování a potíže uživatelů drog ve čtyřech oblastech - užívání návykových látek, rizikové chování, zdravotní problémy a osobní a sociální fungování. Tento dotazník byl vyvinut ve Velké Británii, pro účely zkoumání výše uvedených čtyřech oblastí u lidí s problémy s alkoholem a nealkoholovými drogami (Marsden et al., 1998). Pro potřeby našeho výzkumu jsme se zaměřili na doménu, která se dotazuje na zdravotní problémy – vnímání psychického a fyzického zdraví.

10 Zpracování dat a analýza

Sebraná data z vyplněných dotazníků byla přepsána do programu MS Excel. Data byla analyzována za pomoci statistického programu Jamovi. Byly použity metody deskriptivní statistiky pro průzkum dat. Pro testování hypotézy H1 byl použit Studentův jednovýběrový t-test a pro hypotézu H2 poté Studentův párový t-test. Pro testování hypotéz H3 až H5 byl použit Studentův t-test pro dva nezávislé výběry. Hypotéza H6 byla zkoumána za pomoci jednofaktorové analýzy rozptylu ANOVA. Pro hypotézy H7 až H9 byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledky byly interpretovány na základě stanovené statistické hladině významnosti pro zamítání hypotéz - hodnota $p < 0,05$.

11 Etické aspekty

Během výzkumného šetření byly dodrženy etické aspekty výzkumu. Pacienti se výzkumného šetření účastnili dobrovolně. Anonymita byla zajištěna přidělením číselného kódu. Pacienti byli obeznámeni s tím, že mohou od výzkumu kdykoliv odstoupit. Při zahájení instruktáže k dotazníku každý pacient podepsal informovaný souhlas o poskytnutí údajů pro účely výzkumné studie potřebné pro diplomovou práci. Realizování výzkumného šetření bylo před jeho zahájením schváleno etickou komisí PN Kosmonosy. O provedení výzkumného šetření byl také ústně seznámen terapeutický tým v čele s primářem oddělení.

12 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří pacienti, kteří nastoupili na střednědobou ústavní léčbu závislosti PN Kosmonosy v období od měsíce června 2019 do měsíce listopadu 2019. Dotazník byl zadán celkem 60 pacientům. Do výzkumné studie se však nezapojilo 20 % pacientů, kteří zahájili léčbu ve sledovaném období, jelikož 10 pacientů vyplnilo pouze první část dotazníků. Tito pacienti neukončili léčbu v řádném termínu – 2 pacienti byli disciplinárně propuštěni, 4 pacienti ukončili léčbu předčasně a 4 pacienti podepsali negativní reverz. Ve dvou případech pacienti účast ve výzkumné studii odmítli. Konečný výzkumný soubor tvořilo 48 pacientů, z toho 35 mužů a 13 žen. Většina pacientů (43) uvedlo jako svou hlavní návykovou látku alkohol, 2 pacienti mají kombinovanou závislost, 2 pacienti mají diagnózu patologické hráčství a 1 pacient je závislý na nealkoholových drogách.

13 Výsledky

Interpretace výsledků bude prezentována podle jednotlivých dotazníků a následně budou vyhodnoceny hypotézy.

13.1 Socio-demografické údaje

Tabulka č. 1 ukazuje, že výzkumný soubor tvořilo 48 respondentů, z toho 13 žen a 35 mužů. Nižší podíl žen vyplývá z celkově nižšího podílu žen v léčbě.

Tabulka č. 1: Složení souboru dle pohlaví

		četnost	%
Pohlaví:	Muž	35	73%
	Žena	13	27%
	Total	48	100%

Tabulka č. 2 předvádí složení souboru dle věkových kategorií, kde věkový průměr dotazovaných činil 37 let. U dotazovaných žen byl průměrný věk 45 let a u mužů 35 let. Nejmladšímu dotazovanému bylo 20 let a nejstaršímu 62 let.

Tabulka č. 2: Složení souboru dle věkových kategorií

		četnost	%
Věková kategorie:	20-30	10	21%
	31-40	20	42%
	41-50	11	23%
	51+	7	15%
	Total	48	100%

V tabulce č. 3 lze vidět složení souboru dle dosaženého vzdělání, 52,1 % respondentů uvedlo jako svoje nejvyšší vzdělání střední školu s maturitou, 39,6 % dotazovaných má střední školu bez maturity, 4,2 % (2 pacienti) má vysokou školu a 4,2 % dotazovaných má dokončené pouze základní vzdělání.

Tabulka č. 3: Složení souboru dle dosaženého vzdělání

		četnost	%
Nejvyšší dosažené vzdělání:	Střední škola bez maturity	19	40%
	Střední škola s maturitou	25	52%
	Vysoká škola	2	4%
	Základní škola	2	4%
	Total	48	100%

Tabulka č. 4 ukazuje složení souboru dle rodinného stavu. Téměř polovina souboru tj. 48 % respondentů je svobodných, 29 % je rozvedených a pouze 19 % respondentů je v manželství.

Tabulka č. 4: Složení souboru dle rodinného stavu

		četnost	%
Rodinný stav:	Ovdovělý/á	2	4%
	Rozvedený/á	14	29%
	Sezdaný/á	9	19%
	Svobodný/á	23	48%
	Total	48	100%

Tabulka č. 5 představuje složení souboru dle místa bydliště. Většina respondentů bydlí ve Středočeském kraji 29 %, v Libereckém kraji bydlí 29 % respondentů a 27 % respondentů žije v Královéhradeckém kraji.

Tabulka č. 5: Složení souboru dle místa bydliště

		četnost	%
Bydliště:	Královehradecký	13	27%
	Liberecký	14	29%
	Moravský	1	2%
	Pardubický	2	4%
	Praha	1	2%
	Středočeský	14	29%
	Ústecký	2	4%
	Vysočina	1	2%
	Total	48	100%

Tabulka č. 6 ukazuje složení souboru podle zaměstnání. 54,2 % dotazovaných jsou zaměstnaní, 27,1 % respondentů je nezaměstnaných, ale hlášených na ÚP (úřad práce), 14,6 % pacientů je bez zaměstnání a 2 respondenti jsou v důchodu.

Tabulka č. 6: Složení souboru dle stavu zaměstnání

		četnost	%
Zaměstnání:	Nezaměstnaný/á (Hlášený/a na ÚP)	13	27%
	Nezaměstnaný/á (Nehlášený/a na ÚP)	7	15%
	Starobní důchod	2	4%
	Zaměstnaný/á	26	54%
	Total	48	100%

Tabulka č. 7 představuje soubor podle toho, zda respondenti podstupují první nebo opakovanou léčbu. 54,2 % respondentů má svoji prvoléčbu, ovšem u 46 % respondentů se jedná o opakovanou léčbu.

Tabulka č. 7: Složení souboru dle první léčby/opakované léčby

		četnost	%
První léčba?	Ano	26	54%
	Ne	22	46%
	Total	48	100%

V tabulce č. 8 lze vidět složení respondentů podle délky jejich závislosti. Méně než 10 let trvání závislosti deklarovalo 42 % respondentů, 10 až 20 let trvání závislosti uvedlo 44 % respondentů a pouze 15 % uvádí délku trvání závislosti delší než 20 let.

Tabulka č. 8: Složení souboru dle délky závislosti

		četnost	%
Délka závislosti:	10 až 20 let	20	42%
	Méně než 10 let	21	44%
	Více než 20 let	7	15%
	Total	48	100%

Respondenti v 87,5 % uvedli jako svou návykovou látku alkohol, 4 % pacientů uvedlo jako svůj hlavní problém nelátkovou závislost, 4 % z dotazovaných jsou závislí na nealkoholových drogách, 1 pacient uvedl kombinovanou závislost na alkoholu a nealkoholových drogách

13.2 Rosenbergerova škála sebehodnocení

Rosenbergerova škála sebehodnocení obsahuje 10 otázek. Skóre škály pro tento výzkum se pohybuje v rozmezí 10-40, kdy 40 značí nejvíce pozitivní sebehodnocení.

V tabulce č. 9 jsou zobrazeny jednotlivé položky Rosenbergerovy škály sebehodnocení před léčbou s počtem odpovědí pacientů, kdy nejvyšší počet (32) pacientů uvedlo, že naprosto souhlasí s tím, že by si chtěli sami sebe víc vážít.

Tabulka č. 9: Rosenbergerova škála sebehodnocení před léčbou

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
Počty odpovědí					
Mám pocit, že jsem jako člověk při nejmenším stejně hodnotný jako ostatní.	0	4	25	19	48
Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností	1	4	25	18	48
Celkově mívám tendenci považovat se za neúspěšného člověka	2	25	10	11	48
Jsem schopný dělat věci stejně dobře, jako většina ostatních lidí	1	3	22	22	48
Mám pocit, že nemám moc vlastností, na které mohu být hrdý	3	15	17	13	48
Mám k sobě kladný vztah	5	14	20	9	48
Celkově jsem se sebou spokojený	4	19	20	5	48
Chtěl bych si sám sebe víc vážít	32	13	2	1	48
Občas mám dost pocit, že nejsem užitečný	5	27	9	7	48
Někdy si myslím, že jsem naprosto nemožný	11	18	7	12	48

V tabulce č. 10 lze vidět, jak pacienti hodnotili Rosenbergerovu škálu při řádném ukončení léčby. Při ukončení léčby 28 pacientů odpovědělo, že naprosto nesouhlasí s tím, že mají řadu dobrých vlastností a stejný počet pacientů (28) naprosto nesouhlasí s tím, že jsou schopni dělat věci stejně dobře, jako většina ostatních lidí.

Tabulka č. 10: Rosenbergerova škála sebehodnocení po prodělané léčbě

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
Počty odpovědí					
Mám pocit, že jsem jako člověk při nejmenším stejně hodnotný jako ostatní	0	1	21	26	48
Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností	0	2	18	28	48

Celkově mívám tendenci považovat se za neúspěšného člověka	3	16	18	11	48
Jsem schopný dělat věci stejně dobře, jako většina ostatních lidí	0	2	18	28	48
Mám pocit, že nemám moc vlastností, na které mohu být hrdý	2	8	19	19	48
Mám k sobě kladný vztah	1	4	26	17	48
Celkově jsem se sebou spokojený	2	4	24	18	48
Chtěl bych si sám sebe víc vážít	24	17	6	1	48
Občas mám dost pocit, že nejsem užitečný	2	17	13	16	48
Někdy si myslím, že jsem naprosto nemožný	5	15	15	13	48

13.3 Schwartzova škála hodnocení terapie

Schwartzova škála hodnocení terapie obsahuje 10 výroků, na které pacienti odpovídali kladně hodnotami 4, 5 a 6. Neutrální odpověď měla hodnotu 3 a záporné odpovědi měly hodnoty 0, 1 a 2.

V tabulce číslo 11 jsou uvedeny jednotlivé otázky Schwartzovy škály s počtem udaných odpovědí pacientů před léčbou. Nejvíce pacientů (40) kladně hodnotí položku – dovedu si užít legraci. Následující nejvyšší počet kladných odpovědí (32) získal výrok – často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu. Naopak nehorší hodnocení získala položka – můj život probíhá podle mého očekávání, na kterou záporné odpovědělo 26 pacientů.

Tabulka č. 11: Schwartzova škála hodnocení terapie před léčbou

	0	1	2	Záporné odpovědi	3	4	5	6	Kladné odpovědi	Celkem
					Neutrální odpovědi					
Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat	0	2	4	6	14	11	10	7	28	48
Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy	0	2	8	10	12	5	10	11	26	48
Do budoucna hledím s optimismem	0	6	2	8	9	6	10	15	31	48
Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu	1	0	6	7	9	15	10	7	32	48
Dovedu si užít legraci	0	1	4	5	3	10	12	18	40	48
Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím	2	5	8	15	17	5	7	4	16	48
Dovedu si odpustit svá vlastní selhání	2	6	12	20	12	8	7	1	16	48
Můj život probíhá podle mého očekávání	8	6	12	26	9	6	6	1	13	48
Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi	2	5	5	12	14	9	10	3	22	48
Mám klid v duši	5	5	10	20	12	10	3	3	16	48

Tabulka číslo 12 prezentuje počty odpovědí, které uvedli pacienti na jednotlivé položky ve Schwartzově škále po prodělané léčbě. Stejně tak jako před léčbou, tak i po léčbě pacienti nejvíce kladně hodnotili položku – dovedu si užít legraci. Se stejným počtem kladných odpovědí (43) pacienti udali také položku – do budoucnosti hledím s optimismem. Nejvíce záporných odpovědí (12) získala otázka – dovedu si odpustit svá vlastní selhání.

Tabulka č. 12: Schwartzova škála hodnocení terapie po léčbě.

	0	1	2	Záporné odpovědi	3	4	5	6	Kladné odpovědi	Celkem
					Neutrální odpovědi					
Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat	0	0	3	3	11	12	6	16	34	48
Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy	0	0	0	0	8	9	14	17	40	48
Do budoucnosti hledím s optimismem	0	0	0	0	5	15	16	12	43	48
Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu	1	0	1	2	7	14	13	12	39	48
Dovedu si užít legraci	0	1	1	2	3	7	16	20	43	48
Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím	0	0	3	3	6	12	18	9	39	48
Dovedu si odpustit svá vlastní selhání	2	3	7	12	14	8	11	3	22	48
Můj život probíhá podle mého očekávání	2	2	7	11	13	9	9	6	24	48
Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi	0	1	3	4	9	15	13	7	35	48
Mám klid v duši	0	1	6	7	9	10	14	8	32	48

V tabulce číslo 13 lze vidět výsledek analýzy Studentova párového t-testu, který porovnává data získaná na počátku a léčby a při jejím ukončení, ze které vyplývá, že rozdíl mezi průměrnou hodnotou Schwartzovy škály na počátku léčby a průměrnou hodnotou Schwartzovy škály při ukončení léčby se signifikantně liší.

Tabulka č. 13: Párový t-test Schwartzovy škály efektu terapie před léčbou a po léčbě

			statistic	df	p
Schwartzova škála - na začátku léčby	Schwartzova škála - na konci léčby	Student's t	-4.36	47.0	< .001

Note. $H_0: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} < 0$

13.4 Maudsley Addiction Profile

Pro náš výzkum jsme se zaměřili na výsledky v doménách zacílených na psychické a fyzické zdraví. Doména pro psychické zdraví obsahuje 11 položek, na které lze odpovědět 4 bodovým hodnocením - nikdy, zřídka, někdy, často nebo stále. Doména hodnotící psychické zdraví obsahuje 10 otázek se stejnými možnostmi odpovědí jako ve škále pro fyzické zdraví.

V tabulce číslo 14 lze vidět, jak pacienti hodnotili své fyzické zdraví před léčbou, nejvíce pacientů (20) pocívalo únavu/vyčerpání, 17 pacientů hodnotilo nechutenství jako problém, který se někdy objevuje. Bolest na hrudi nikdy nepocívalo 24 pacientů.

Tabulka č. 14: Maudsley Adiction Profile – fyzické zdraví před léčbou

Počty odpovědí	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Stále	Součet
Nechutenství	7	8	17	14	2	48
Únava/vyčerpání	1	7	16	20	4	48
Pocit na zvracení	14	12	10	10	2	48
Bolesti žaludku	12	12	13	10	1	48
Obtíže s dechem	22	10	5	9	2	48
Bolesti na hrudi	24	15	6	3	0	48
Bolesti kloubů/kostí	20	9	12	5	2	48
Bolesti svalů	15	14	11	8	0	48
Necitlivost/brnění v končetinách	23	8	8	6	3	48
Chvění/třes	7	11	15	10	5	48
Bolest zubů	23	15	5	5	0	48

Tabulka číslo 15 ukazuje, jak pacienti vnímají své fyzické zdraví po prodělané léčbě, nejvyšší počet negativní odpovědi získala položka bolest na hrudi – nikdy nepocívalo 35 pacientů. Stejný počet (35) pacientů nikdy nevnímalo chvění/třes.

Tabulka č. 15: Maudsley Addiction Profile – fyzické zdraví po prodělané léčbě

Počty odpovědí	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Stále	Součet
Nechutenství	22	17	6	2	1	48
Únava/vyčerpání	7	20	13	6	2	48
Pocit na zvracení	33	9	1	5	0	48
Bolesti žaludku	30	9	4	5	0	48
Obtíže s dechem	28	12	7	1	0	48
Bolesti na hrudi	35	12	1	0	0	48
Bolesti kloubů/kostí	21	13	6	7	1	48
Bolesti svalů	15	18	12	2	1	48
Necitlivost/brnění v končetinách	29	10	5	3	1	48
Chvění/třes	35	4	3	4	2	48
Bolest zubů	30	11	6	1	0	48

Tabulka číslo 16 porovnává hodnoty fyzického zdraví před léčbou a po prodělané léčbě. Pacienti před léčbou nejčastěji pocívali únavu a vyčerpání, dále pak nechutenství a třes. I po prodělané léčbě pacienti jako nejčastější problém ve fyzickém zdraví vnímali únavu/vyčerpání. Po léčbě však došlo ke zlepšení ve všech oblastech fyzického zdraví (snížením průměrné hodnoty). Nejvýraznější zlepšení bylo zaznamenáno u nechutenství a třesu.

Tabulka č. 16: Maudsley Addiction Profile – porovnání fyzického zdraví před/po léčbě

	Před léčbou		Po léčbě		Rozdíl průměrů
	Průměr	Standardní odchylka	Průměr	Standardní odchylka	
Nechutenství	1,92	1,11	0,81	0,96	-1,10
Únava/vyčerpání	2,40	0,92	1,50	1,03	-0,90
Pocit na zvracení	1,46	1,24	0,54	0,97	-0,92
Bolesti žaludku	1,50	1,15	0,67	1,02	-0,83
Obtíže s dechem	1,15	1,30	0,60	0,82	-0,54
Bolesti na hrudi	0,75	0,91	0,29	0,50	-0,46
Bolesti kloubů/kostí	1,17	1,21	1,04	1,17	-0,13
Bolesti svalů	1,25	1,08	1,08	0,96	-0,17
Necitlivost/brnění v končetinách	1,13	1,31	0,69	1,03	-0,44
Chvění/třes	1,90	1,21	0,63	1,18	-1,27
Bolest zubů	0,83	1,00	0,54	0,80	-0,29

V tabulce č. 17 je zaznamenána škála psychického zdraví před léčbou, 20 pacientů udává jako častý problém vnitřní nervozitu. Na otázku, zda mají myšlenky na to, že by skončili se životem, odpovídá 28 pacientů, že tuto myšlenku nikdy nemají.

Tabulka č. 17: Maudsley Addiction Profile – psychické zdraví před léčbou

Počty odpovědí	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Stále	Součet
Pocit napětí	5	6	19	15	3	48
Náhlé vyděšení bez důvodu	19	13	12	4	0	48
Pocit strachu	9	12	17	10	0	48
Vnitřní nervozita	2	8	17	20	1	48
Období strachu nebo paniky	11	15	14	8	0	48
Pocit beznaděje z budoucnosti	4	14	12	10	8	48
Pocity vlastní neschopnosti	6	16	8	16	2	48
Pocity nezájmu o cokoliv	4	11	18	13	2	48
Pocity samoty	4	12	16	13	3	48
Myšlenky, že by bylo lepší skončit se životem	28	9	5	6	0	48

Tabulka číslo 18 prezentuje výsledky psychického zdraví po prodělané léčbě, kdy nejvyšší počet negativních odpovědí (39) je na otázku – myšlenka na skončení se životem. 33 pacientů nikdy nepocituje náhlé vyděšení bez důvodů a 16 pacientů někdy vnímá vnitřní nervozitu.

Tabulka č. 18: Maudsley Addiction Profile – psychické zdraví po prodělané léčbě

Počty odpovědí	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Stále	Součet
Pocit napětí	18	11	14	5	0	48
Náhlé vyděšení bez důvodu	33	6	7	2	0	48
Pocit strachu	21	16	7	3	1	48
Vnitřní nervozita	2	23	16	5	2	48

Období strachu nebo paniky	28	10	6	3	1	48
Pocit beznaděje z budoucnosti	18	15	7	2	6	48
Pocity vlastní neschopnosti	19	17	4	4	4	48
Pocity nezájmu o cokoliv	19	15	8	5	1	48
Pocity samoty	23	9	10	4	2	48
Myšlenky, že by bylo lepší skončit se životem	39	1	5	3	0	48

Tabulka číslo 19 ukazuje porovnání škály psychického zdraví před léčbou a po prodělané léčbě. Největší psychické potíže jsou pocity vnitřní nervozity, pocity napětí a beznaděje z budoucnosti. Ve všech oblastech došlo po prodělané léčbě k určitému zlepšení, ačkoliv rozdíly nejsou tak výrazné jako u fyzického zdraví. Největší zlepšení je v položkách pocitu napětí, samoty a nezájmu o cokoliv.

Tabulka č. 19: Maudsley Addiction Profile – porovnání psychického zdraví před/po léčbě

	Před léčbou		Po léčbě		Rozdíl průměrů
	Průměr	Standardní odchylka	Průměr	Standardní odchylka	
Pocit napětí	2,10	1,06	1,13	1,04	-0,98
Náhlé vyděšení bez důvodu	1,02	1,00	0,54	0,90	-0,48
Pocit strachu	1,58	1,03	0,90	1,02	-0,69
Vnitřní nervozita	2,21	0,90	1,63	0,89	-0,58
Období strachu nebo paniky	1,40	1,03	0,73	1,05	-0,67
Pocit beznaděje z budoucnosti	2,08	1,23	1,23	1,34	-0,85
Pocity vlastní neschopnosti	1,83	1,15	1,10	1,26	-0,73
Pocity nezájmu o cokoliv	1,96	1,01	1,04	1,09	-0,92
Pocity samoty	1,98	1,06	1,02	1,19	-0,96
Myšlenky, že by bylo lepší skončit se životem	0,77	1,08	0,42	0,92	-0,35

13.5 Statistický rozbor hypotéz

Na základě dříve formulované hypotézy číslo jedna, jsme si vytvořili korespondující nulovou hypotézu.

H1: Sebehodnocení pacientů na počátku léčby je nižší než průměrná hodnota pro českou populaci.

H01: Sebehodnocení pacientů na počátku léčby není nižší než průměrná hodnota pro českou populaci.

V tabulce číslo 20 lze vidět testování první hypotézy, které probíhalo pomocí Studentova jednovýběrového t-testu. Porovnávali jsme tedy průměrnou hodnotu sebehodnocení před léčbou v našem vzorku s průměrnou hodnotou sebehodnocení pro českou populaci. Průměrná hodnota Rosenbergova dotazníku (RSES) u pacientů na počátku léčby je 26,8 se směrodatnou odchylkou 5,03. Na základě výzkumu Allik a Schmitt (2005) je český populační průměr Rosenbergerovy škály 28,47.

Tabulka č. 20: RSES na počátku léčby

	N	Mean	Median	SD	SE
Na počátku léčby	48	26.8	27.0	5.03	0.726

Naše data splňují podmínku normality pro použití Studentova t-testu. Na základě tabulky 21 můžeme vidět, že p hodnota testu se pohybuje nízko pod hladinou $\alpha = 0,05$. Můžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu H01 a přiklonit se k námi navržené hypotéze H1, která tvrdí, že existuje rozdíl mezi průběhem naměřeného sebehodnocení u pacientů před léčbou a českým populačním průměrem sebehodnocení.

Tabulka č. 21: RSES na počátku léčby – jednovýběrový t-test

		Statistic	df	p
Na počátku léčby	Student's t	-2.28	47.0	0.014

Note. $H_0: \mu < 28.47$

Opět jsme vytvořili k hypotéze H2 korespondující nulovou hypotézu H02.

H2: Sebehodnocení pacientů na počátku léčby je nižší než jejich sebehodnocení při ukončení léčby

H02: Sebehodnocení pacientů na počátku léčby není nižší než jejich sebehodnocení při ukončení léčby.

Tabulka číslo 22 ukazuje průměrné hodnoty Rosenbergerovy škály (RSES) na počátku léčby a při ukončení léčby, pacienti při zahájení léčby mají ve většině případů nižší hodnotu sebehodnocení než při jejím ukončení.

Tabulka č. 22: RSES na počátku léčby/po léčbě

	N	Mean	Median	SD	SE
Sebehodnocení - počátek léčby	48	26.8	27.0	5.03	0.726
Sebehodnocení - ukončení léčby	48	30.3	31.0	4.92	0.709

Pro druhou hypotézu jsme opět použili Studentův t-test, avšak tentokrát jsme použili jeho variantu pro párové měření. Porovnávány jsou skóry pacientů v Rosenbergově škále (RSES) na počátku a na konci léčby.

Data opět splňují podmínku normality a je tedy adekvátní použít Studentův párový t-test. Je vybrána varianta jednostranného testování. V tabulce číslo 23 lze vidět výsledek této analýzy, která porovnává data získaná na počátku a léčby a při jejím ukončení, a ze které vyplývá, že rozdíl mezi průměrnou hodnotou sebehodnocení pacientů před léčbou a průměrnou hodnotou sebehodnocení pacientů po léčbě se signifikantně liší. Nulová hypotéza H02 se zamítá. Sebehodnocení pacientů po léčbě se signifikantně zvýšilo oproti jejich sebehodnocení před léčbou.

Tabulka č. 23: RSES na počátku/při ukončení – párový t-test

		Statistic	df	p	
Sebehodnocení - počátek léčby	Sebehodnocení - ukončení léčby	Student's t	-4.36	47.0	< .001

Note. $H_0: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} < 0$

Na základě stanovené hypotézy H3, jsme vytvořili korespondující nulovou hypotézu:

H3: Vyšší dosažené vzdělání pacientů souvisí s větší odchylkou v sebehodnocení.

H03: Vyšší dosažené vzdělání pacientů nesouvisí s větší odchylkou v sebehodnocení.

Pro hypotézu číslo tři byl použit nepárový Studentův t-test porovnávající odchylku v sebehodnocení pacientů v rámci dvou kategorií úrovně vzdělání. Do kategorie vyššího dosaženého vzdělání jsme zařadili pacienty s maturitou a vysokou školou a do zbylé kategorie poté všechny ostatní pacienty. Tabulka číslo 24 popisuje průměrné odchylky v sebehodnocení v rámci těchto dvou kategorií.

Tabulka č. 24 : Sebehodnocení – dosažené vzdělání

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Sebehodnocení - odchylka	Bez maturity a nižší	21	4.14	4.00	5.28	1.15
	S maturitou a vyšší	27	2.93	2.00	5.71	1.10

V tabulce číslo 25 pomocí nepárového t-testu zachycujeme p hodnotu nad hladinou $\alpha = 0,05$ a nemůžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu H03 ani se přiklonit k naší stanovené hypotéze H3.

Tabulka č. 25: Sebehodnocení/vzdělání - nepárový t-test

		Statistic	df	p
Sebehodnocení - odchylka	Student's t	0.757	46.0	0.774

Note. $H_0: \mu_{\text{Bez maturity a nižší}} < \mu_{\text{S maturitou a vyšší}}$

K hypotéze H4 byla formulována nulová hypotéza H04.

H4: Nezaměstnaní pacienti mají menší odchylku v sebehodnocení.

H04: Nezaměstnaní pacienti nemají menší odchylku v sebehodnocení.

Čtvrtá hypotéza byla zkoumána také za pomoci nepárového Studentova t-testu. Tento test porovnává průměrnou odchylku v sebehodnocení u zaměstnaných a nezaměstnaných pacientů. Tabulka číslo 26 ukazuje průměrnou odchylku v sebehodnocení nezaměstnaných pacientů a zaměstnaných pacientů. Na základě této tabulky, můžeme vidět, že zaměstnaní pacienti mají odchylku v sebehodnocení větší.

Tabulka č. 26: Sebehodnocení – zaměstnanost

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Sebehodnocení - odchylka	Nezaměstnaní	20	2.60	3.00	4.65	1.04
	Zaměstnaní	28	4.07	4.00	6.04	1.14

Po provedení Studentova jednostranného nepárového t-testu můžeme v tabulce číslo 27 vidět p hodnotu vyšší, než je stanovená hladina α . Nulová hypotéza H_0 se tedy nezamítá, a tudíž nebyla prokázána souvislost se zaměstnaností a sebehodnocením.

Tabulka č. 27: Sebehodnocení/zaměstnanost - nepárový t-test

	Statistic	df	p	
Sebehodnocení - odchylka	Student's t	-0.912	46.0	0.183

Note. $H_a: \mu_{\text{Nezaměstnaní}} < \mu_{\text{Zaměstnaní}}$

Byla formulovaná hypotéza H_5 a k ní nulová hypotéza H_{05} .

H_5 : Pacienti podstupující opakovanou léčbu mají menší odchylku v sebehodnocení.

H_{05} : Pacienti podstupující opakovanou léčbu nemají menší odchylku v sebehodnocení.

Pro pátou hypotézu byl také použit nepárový Studentův t-test. Porovnávány byly průměrné odchylky pacientů podstupující první léčbu a pacientů podstupující opakovanou léčbu. Zde na základě Tabulky 28 můžeme vidět rozdíl mezi průměrnými odchylkami v rámci těchto kategorií, který dosahuje pouze velikosti 0,5.

Tabulka č. 28: Sebehodnocení – první/opakovaná léčba

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Sebehodnocení - odchylka	Ano	26	3.23	3.00	5.78	1.13
	Ne	22	3.73	4.00	5.28	1.12

Po provedení jednostranného nepárového Studentova t-testu vidíme v Tabulce číslo 29, že p hodnota dosahuje hodnoty vyšší než hladina α a nebyl tak prokázán signifikantní rozdíl, proto nezamítáme nulovou hypotézu H_{05} .

Tabulka č. 29: Sebehodnocení/počet léčeb – nepárový t-test

	Statistic	df	p	
Sebehodnocení - odchylka	Student's t	-0.309	46.0	0.380

Note. $H_a: \mu_{\text{Ano}} < \mu_{\text{Ne}}$

Pro hypotézu H_6 byla vytvořena korespondující nulová hypotéza H_{06} .

H6: Pacienti s déle trvající závislostí mají menší odchylku v sebehodnocení.

H06: Pacienti s déle trvající závislostí nemají menší odchylku v sebehodnocení.

Pro hypotézu H6 byla použita jednofaktorová analýza rozptylu (ANOVA). Byly porovnávány průměrné odchylky v sebehodnocení v rámci jednoho faktoru o třech kategoriích, které odpovídají třem délkám trvání závislosti. V Tabulce číslo 30 lze vidět, průměrné odchylky v sebehodnocení v rámci těchto kategorií.

Tabulka č. 30: Sebehodnocení – délka závislosti

	Délka závislosti	N	Mean	SD	SE
Sebehodnocení - odchylka	10 až 20 let	22	3.77	6.41	1.37
	Méně než 10 let	10	2.50	5.30	1.67
	Více než 20 let	16	3.63	4.43	1.11

Data splňují jak podmínku normality, tak podmínky homogenity rozptylu. Po provedení jednofaktorového testu ANOVA, pozorujeme p hodnotu vyšší, než je stanovená hladina α , jak lze vidět v tabulce číslo 31. Ani v tomto případě se nám nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl v odchylkách sebehodnocení v rámci kategorií délky trvání závislosti. Nulovou hypotézu H06 tedy nezamítáme.

Tabulka č. 31 : Sebehodnocení/délka závislosti - jednovýběrová analýza rozptylu

	F	df1	df2	p
Sebehodnocení - odchylka	0.196	2	24.2	0.824

K hypotéze H7 byla formulována nulová hypotéza H07.

H7: Větší odchylka ve vnímaném psychologickém aspektu kvality života souvisí s vyšším sebehodnocením.

H07: Větší odchylka ve vnímaném psychologickém aspektu kvality života nesouvisí s vyšším sebehodnocením.

Pro hypotézu H7 byl použit Pearsonův korelační koeficient. Hledáme tedy vztah mezi odchylkami v psychologickém aspektu kvality života pacientů, měřené Schwartzovým dotazníkem a odchylkami sebehodnocení měřené Rosenbergovým dotazníkem.

Tabulka číslo 32 prezentuje výsledky Pearsonovy korelace, kde za předpokladu pozitivní korelace, zaznamenáváme p hodnotu nižší, než je hladina významnosti α . Mezi proměnnými tedy existuje pozitivní korelace. Zamítáme nulovou hypotézu H07. Větší odchylka ve vnímaném psychologickém aspektu kvality života pravděpodobně souvisí s vyšším sebehodnocením.

Tabulka č. 32 : Pearsonova korelace - Schwartzova škála a Rosenbergerova škála

		Odchylka - Schwartzova škála	Odchylka - Sebehodnocení
Odchylka - Schwartzova škála	Pearson's r	—	
	df	—	
	p-value	—	
	N	—	
Odchylka - Sebehodnocení	Pearson's r	0.364	—
	df	46	—
	p-value	0.005	—
	N	48	—

Note. H_a is positive correlation

Byla formulovaná hypotéza H8 a k ní nulová hypotéza H08.

H8: Pozitivní vnímání psychického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

H08: Pozitivní vnímání psychického zdraví nesouvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

Pro hypotézu H8 byla také použita Paersonova korelace. Zjišťujeme tedy, zda existuje vztah mezi psychickým zdravím pacientů na konci léčby a jejich sebehodnocením na konci léčby. Je třeba podotknout, že v dotazníku psychického zdraví MAP je nižší skóre hodnoceno jako pozitivní, zatímco dotazník sebehodnocení vidí vyšší hodnoty jako pozitivní, proto je v rámci testování očekávána negativní korelace.

V tabulce číslo 33 lze vidět výsledky Pearsonovy korelace, kde pozorujeme signifikantně nízkou p hodnotu za předpokladu negativní korelace mezi proměnnými. Můžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu H08. Lze tedy konstatovat, že pozitivní vnímání psychického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

Tabulka č. 33: Pearsonova korelace – Rosenbergerova škála a MAP psychické zdraví

		Psychické zdraví - na konci léčby	Sebehodnocení - na konci léčby
Psychické zdraví - na konci léčby	Pearson's r	—	
	df	—	
	p-value	—	
Sebehodnocení - na konci léčby	Pearson's r	-0.394	—
	df	46	—
	p-value	0.003	—

Note. H_a is negative correlation

Byla formulovaná hypotéza H9 a k ní nulová hypotéza H09

H9: Pozitivní vnímání fyzického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

H09: Pozitivní vnímání fyzického zdraví nesouvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

Pro hypotézu H9 byla také použita Paersonova korelace. Zjišťujeme tedy, zda existuje vztah mezi fyzickým zdravím pacientů na konci léčby a jejich sebehodnocením na konci léčby. Je třeba podotknout, že v dotazníku fyzického zdraví MAP je také nižší skóre hodnoceno jako pozitivní, zatímco dotazník sebehodnocení vidí vyšší hodnoty jako pozitivní, proto je v rámci testování očekávána negativní korelace.

V Tabulce číslo 34 vidíme výsledky Pearsonovy korelace, které za předpokladu negativní korelace, reportují signifikantní p hodnotu. Tudíž zamítáme nulovou hypotézu H09. Můžeme se tedy přiklonit k naší hypotéze, že pozitivní vnímání fyzického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

Tabulka č. 34 : Pearsonova korelace - Rosenbergerova škála a MAP fyzické zdraví

		Fyzické zdraví - na konci léčby	Sebehodnocení - na konci léčby
Fyzické zdraví - na konci léčby	Pearson's r	—	
	df	—	
	p-value	—	
Sebehodnocení - na konci léčby	Pearson's r	-0.260	—
	df	46	—
	p-value	0.037	—

Note. H_a is negative correlation

14 Diskuze

První zkoumaná hypotéza této diplomové práce se dotazovala na to, zda je sebehodnocení pacientů na počátku léčby nižší, než je průměrná hodnota pro českou populaci. Vycházeli jsme z teorií, které poukazují na snížené sebehodnocení u jedinců se závislostí. Kalina (2003) považuje problémové sebepojetí jako jednu z hlavních potíží osob závislých na návykových látkách. Tito jedinci pocítují především nedostatek sebeúcty, nízkou úroveň sebepřijetí a sebeúcty. Snížené sebehodnocení u závislých jedinců dokládá i výzkum Csémyho (1994), v němž kontrolní skupiny dotazovaných dosahovaly podstatně vyšších hodnot v sebehodnocení oproti závislým osobám. Stejně tak Skála (1987) ve svém výzkumu uvádí snížené hodnocení u osob závislých na alkoholu. Výzkum zabývající se vztahem mezi nízkým sebehodnocením a psychiatrickým onemocněním zjistil, že nejnižší sebehodnocení mají jedinci s depresivním onemocněním, s poruchou příjmu potravy a také osoby, kteří zneužívají návykové látky (Siverstone & Salsali, 2003). V našem výzkumu bylo sebehodnocení zkoumáno pomocí Rosenbergerovy škály sebehodnocení. Průměrná hodnota Rosenbergerova dotazníku pro českou populaci je 28,47, uvádí to tak ve svém výzkumu

Allik a Schmitt (2005). Průměrné skóre pacientů v Rosenbergerově škále při měření na počátku léčby dosahovalo 26,8. Analýza dat potvrdila signifikantní rozdíl mezi těmito hodnotami. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že sebehodnocení osob potýkajících se se závislostí je nižší než sebehodnocení u běžné populace a naše poznatky jsou tedy v souladu s dostupnou teorií a předešlými výzkumy, které pozorují negativní vliv závislosti na sebehodnocení.

Druhá zkoumaná hypotéza předpokládala, že sebehodnocení pacientů při zahájení léčby je nižší než jejich sebehodnocení při řádném ukončení léčby. Na základě výzkumu prováděného na ženách závislých na návykových látkách, u kterých došlo ke zlepšení sebehodnocení a sebedůvěry během ústavní léčby (Kubička & Csémy, 2003). Dále pak studie prováděná Vymětalem a Spiererem (1999), kdy vlivem léčebného pobytu byly prokázány pozitivní změny v sebedůvěře a v sebepojetí u osob závislých na alkoholu, jsem došla k předpokladu, že sebehodnocení pacientů před léčbou bude nižší než jejich sebehodnocení po řádně ukončené léčbě. Analýza dat zaznamenala signifikantní rozdíl mezi průměrnou sebehodnotou pacientů na počátku léčby a průměrnou sebehodnotou pacientů na konci léčby. Lze tedy konstatovat, že sebehodnocení po řádně ukončené léčbě zlepšuje, jsme tedy v souladu s dostupnými výzkumy.

Třetí formulovaná hypotéza zkoumala, zda dosažené vzdělání pacientů souvisí s větší odchylkou v sebehodnocení. Silverstone & Salsali (2003) při výzkumu vztahu mezi sebehodnocením a psychiatrickým onemocněním, včetně závislosti na návykových látkách zjistili, že výrazně zvýšené sebehodnocení souvisí s dosaženým vzděláním a příjmem. Při testování této hypotézy se však nepodařilo prokázat, že by vyšší dosažené vzdělání souviselo s větší odchylkou v sebehodnocení.

Další zkoumaná hypotéza měla za cíl zjistit, zda nezaměstnaní pacienti mají menší odchylku v sebehodnocení. Taylor (2008) popisuje spojitost mezi nezaměstnaností a užíváním návykových látek, vyšší pravděpodobnost nezaměstnaných je mezi jedinci závislými než mezi osobami bez závislosti, zaměstnání je spojeno s lepším sebehodnocením. Silverstone & Salsali (2003) ve svém výzkumu zjistili také souvislost mezi nezaměstnaností a sebehodnocením, kdy zaměstnaní pacienti vykazovali významně vyšší sebehodnocení ve srovnání s nezaměstnanými pacienty. V našem zkoumání však nedošlo k potvrzení této souvislosti. Mohli bychom se spíše přiklonit k výzkumu prováděných na ženách a mužích závislých na alkoholu, který sledoval jejich sebehodnocení a vlastní účinnost a také

nezaznamenala signifikantní rozdíl v sebehodnocení související s věkem, vzděláním nebo s aktuálním rodinným stavem (Trucco et al., 2007)

V páté hypotéze jsme chtěli najít souvislost mezi sebehodnocením a opakovanou léčbou závislosti, zkoumali jsme, zda pacienti podstupující opakovanou léčbu mají menší odchylku v sebehodnocení. Kalina (2015) popisuje, že nezvládnutí rizikové situace vede ke sníženému pocitu vlastní účinnosti projevující se souborem příznaků jako deprese, rezignace, pocit viny z vlastního selhání, hněv a snížené sebevědomí. Proto jsme předpokládali, že pacienti, kteří podstupují opakovanou léčbu, mohou být se svým sebehodnocením na nižší úrovni, než pacienti, kteří přicházejí na svou první léčbu. Tato hypotéza se nám ale nepodařila prokázat.

Další zkoumaná hypotéza se zajímala o to, zda pacienti s déle trvající závislostí mají menší odchylku v sebehodnocení. Jak uvádí Kalina (2003) čím déle trvá závislost, tím je dosažení léčebného účinku obtížnější a méně nadějně. Závislost, která vznikne až po 20. roce věku má lepší prognózu, je vyšší pravděpodobnost dosažení změny, jelikož závislostní kariéra nezablokovala zvládnutí důležitých vývojových úkolů v dospívání. Uvedené souvislosti mohou mít za následek problematické sebehodnocení. V tomto výzkumu však nebyla prokázána menší odchylka v sebehodnocení ve vztahu k délce závislosti.

V další zkoumané hypotéze jsme předpokládali, že větší odchylka ve vnímaném psychologickém aspektu kvality života souvisí s vyšším sebehodnocením. Vnímaná kvalita života byla v našem výzkumu měřena pomocí Schwartzovy škály hodnocení terapie, která měří psychologický aspekt kvality života a byla vytvořena za účelem měření efektivity psychiatrické léčby (Blais et al., 1999). Psychologické pojetí kvality života, jak uvádí Vymětal (2003) je odvozeno od subjektivity člověka, od jeho prožívání, myšlení a hodnocení. Hnilicová (2005) udává, že psychologické pojetí kvality života se snaží pojmout subjektivně prožívanou osobní pohodu a spokojenost s vlastním životem. Propojenost duševní rovnováhy, životní spokojenosti a kvality života s pozitivním sebehodnocením jedince popisuje Blatný (2001). K podobnému názoru se kloní také Šolcová a Kebza (2005), kteří uvádějí sebehodnocení jako významný zdroj ovlivňující prožitek osobní pohody, dokazují také, že vyšší míra realistického sebehodnocení souvisí téměř vždy s kvalitnějším prožitkem osobní pohody. Na základě těchto teorií jsme se domnívali, že subjektivní kvalita života bude souviset se sebehodnocením pacientů. V našem výzkumu se podařilo zjistit, že větší odchylka ve vnímané kvalitě života souvisí s vyšším sebehodnocením.

Za důležitý dílčí výsledek výzkumu považuji také zvýšení skóre ve Schwartzově škále hodnocení terapie při ukončení léčby. Párovým t-testem bylo zjištěno signifikantní zlepšení. Na základě tohoto výsledku bychom působení léčby na pacienty mohli hodnotit kladně. Jsme ve shodě s Vymětalem (2003), který popisuje vliv psychoterapie na jedince, kterému napomáhá k pravdivějšímu sebepoznání, tak aby svůj život prožíval v nahlédnutí. Zároveň prostřednictvím psychoterapie dochází k rozvoji osobnosti jedince, k odstraňování vnitřních omezení a překážek bránících v optimálním životě. Psychoterapie působí na zvyšování kvality života tak, že rozvíjí a naplňuje pozitivní možnosti jedince.

Osmá hypotéza našeho výzkumu měla za cíl zjistit, zda pozitivní vnímání psychického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby. Pozitivní sebehodnocení je pro duševní zdraví velice významné. Psychoterapeuticky orientovaní badatelé poukazují na to, že základ mnoha psychických potíží pramení z nejistoty o hodnotě vlastního „já“ (Langmeier & Krejčířová, 2006). Cast a Burke (2002) ve své teorii sebehodnocení předkládají, že sebehodnocení může jednotlivcům pomáhat zvládat různé stresory a tím umožňují smysluplně a efektivně fungovat ve společnosti. Sebehodnocení by mělo jedince chránit před negativními emocemi také by sebehodnota měla být spojena s vyšší úrovní osobní pohody. Výsledky našeho výzkumu potvrdili, že pozitivní vnímání psychického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

Poslední formulovaná hypotéza se dotazovala na to, zda pozitivní vnímání fyzického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby. Alkoholová závislost, která převažuje u pacientů v našem výzkumu, přináší somatické postižení, které se může týkat v podstatě všech částí lidského organismu, velice často se objevují chronické potíže a známky poškození gastrointestinálního traktu, časté jsou avitaminózy, postižení nervového systému. Pacienti závislí na alkoholu mívají také psychické obtíže, které z velké části odezní během několika týdnů od počátku abstinence. Abstinence za pomoci podpůrné farmakoterapie postupně stabilizují somatické příznaky. Jako vedlejší efekt odeznění somatických příznaků dochází ke zlepšení pacientova náhledu na abstinenci (Popov, 2003). Abstinence s sebou přináší odeznění části nepříjemných fyzických obtíží, jako jsou například pocity na zvracení, potíže se zažíváním, třes rukou apod. V léčbě jsou pacienti aktivizováni pravidelnou pohybovou aktivitou, která má za cíl zlepšit fyzickou kondici. Jak uvádí Šolcová a Kebza (2005), tak pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý kladný účinek na psychickou pohodu, především příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi, percepci stresu. Nepřítomnost somatických obtíží nebo jejich zmírnění společně se

zlepšením tělesné kondice má kladný vliv na sebehodnocení jedince. Jak udává Křivohlavý (2003), zdraví je celkový stav člověka (tělesný, psychický, sociální a duchovní), který umožňuje dosahovat optimální kvality života. Výsledky našeho výzkumu potvrdily, že pozitivní vnímání fyzického zdraví souvisí s vyšším sebehodnocením při ukončení léčby.

Souhrnně lze o získaných výsledcích říci, že se sebehodnocení po léčbě zvyšuje, stejně tak se zlepšuje i subjektivní vnímání psychologického aspektu kvality života. Vlivem léčby dochází také ke zlepšení vnímaného psychického a fyzického zdraví. Nepodařilo se nám ale prokázat souvislosti se sebehodnocením a zkoumanými kategoriemi vzdělání, zaměstnanosti, počtem léceb a délkou trvání závislosti. V druhé části výzkumného cíle jsme na základě zjištěných poznatků měli v úmyslu doporučit možné intervence. Vzhledem k tomu, že se sebehodnocení po prodělané léčbě zvyšuje, tak se můžeme domnívat, že to potvrzuje správný směr nastavených intervencí v rámci léčby. Pacienti v průběhu léčby procházejí čtyřmi fázemi, v každé fázi se pacienti zabývají plněním úkolů, které se přizpůsobují individuálním potřebám daného pacienta. Podle Miovského (2003) je schopnost vyjít vstříc skutečným potřebám klienta podmínkou efektivnosti programu, což znamená přizpůsobení programu směrem k problematice závislosti, ale také směrem k individuálním potřebám pacienta. Významnou součástí léčby je také prevence relapsu. Prevence relapsu má za cíl vybavit pacienta dovednostmi rozpoznáním rizikové situace, předvídat jí, vyhnout se jí nebo jí zvládnout připravenou strategií a případně zabránit rozvoji lapsu v relaps (Marlatt & Barrett, 1994). Tuto teorii potvrzuje výzkum, který byl zaměřený na zjišťování efektivity léčby v terapeutických komunitách, v němž bylo zjištěno, že je léčebný program efektivnější pokud obsahuje prevenci relapsu. Strategie prevence relapsu má klientovi poskytnout dostatek příležitostí k identifikování spouštěčů a následné zvládnutí obtížných situací (Van Voorhis, 2000). Důležitou součástí léčby je také budování náhledu na svou závislost a přijmutí důsledků, které jsou se závislostí spojeny. Vytvoření kritického náhledu může pacienta posílit k dalšímu pokračování v žádoucí změně. Kearney a O'Sullivan (2003) popsali, jak zvýšené sebevědomí pohání pokračující změny, jedná se o proces, kdy první kritický odhad sebe sama vede ke změně chování. V případě úspěchu začíná změna identity, která následně umožní nové chování. K posilování sebehodnocení v rámci léčby dochází také vlastní prací a zažitým úspěchem, jak uvádí Kooyman (1993). Podle Kaliny (2000) dochází ke zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění, překonávání strachu, že něco nezvládnou, tomu pomáhá aktivní účast v kreativních aktivitách a procesu výchovy, zvyšující se sebehodnocení zároveň snižuje strach z neúspěchu

a odmítnutí. K posilování sebehodnocení dochází také při pomoci ostatním, kdy se jedinec utvrzuje ve své hodnotě pro druhé. Z výše uvedených poznatků můžeme doporučit vhodné intervence zlepšující sebehodnocení, které jsou založené na individuálním přístupu k pacientovi, k jeho aktivizaci, kladením důrazu na zvládnání strategií prevence relapsu a vzájemnou propojeností jednotlivých metod.

14.1 Limity výzkumu

Velké omezení tohoto výzkumu spatřuji ve velikosti zkoumaného souboru, který je malý a nemůže tak zaručovat reprezentativnost dat. Vzhledem k tomu, že sběr dat probíhá ve dvou měřeních, tak by bylo vhodnější délku výzkumu protáhnout na celý rok. Limitem výzkumu je také v nerovnoměrné rozložení mužů a žen, ale to vyplývá z charakteru oddělení, které má převahu mužských pacientů. Nerovnoměrné rozložení je také v typu závislosti, která je převážně alkoholová, což opět vychází z charakteru oddělení, které se zaměřuje zejména na závislost na alkoholu. Další chybu ve výzkumu vidím v socio-demografickém dotazníku, především v otázce na rodinný stav, která se dotazovala na to, zda je pacient svobodný, rozvedený, sezdáný nebo ovdovělý. Původně jsme měli v úmyslu zjistit, zda rodinný stav ovlivňuje míru sebehodnocení. Jenže takto položená otázka nám nezjistí, zda je dotazovaný v partnerském vztahu, který udal spokojený, tak by měla být otázka na rodinný stav zacílená jinak, například zda dotazovaný žije s partnerem nebo bez partnera a zda je spokojený. Oddělení, na kterém výzkum probíhal, pro své pacienty, kteří řádně ukončili léčbu a dále abstinují, nabízí v rámci následné péče pravidelné týdenní pobyty tzv. opakovací léčby. Tyto opakovací léčby by bylo vhodné využít v katamnestickém sledování, ke zjištění stálosti změn, protože jak udává Blatný (2001), tak nejdůležitější je u sebehodnocení jeho stabilita, protože jedinci s ukotveným sebehodnocením jsou odolnější vůči negativním zevním vlivům. Tuto práci vnímám také jako podklad k další výzkumné činnosti, třeba k prozkoumání jednotlivých terapeutických technik a jejich vliv na sebehodnocení. Za úvahu by také stálo zapojit nebo nahradit některý z dotazníků dotazníkem na self-efficacy. Použitím dotazníkové metody k výzkumu self-efficacy zaměřující se na oblast závislosti na alkoholu například Situational Confidence Questionnaire (SCQ) nebo Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (Kadden & Litt, 2011).

15 Závěr

Tato práce si kladla za cíl prozkoumat změny v sebehodnocení u pacientů, kteří podstupují střednědobou ústavní léčbu závislosti na oddělení léčby závislosti Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Zabývali jsme se změnami v sebehodnocení, psychologickém pojetí kvality života, fyzickém a psychickém zdraví. Výzkum probíhal ve dvou fázích, první fáze byla uskutečněna při přijetí pacienta na oddělení a druhá fáze při řádném ukončení léčby.

Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno že, ve shodě s předchozími výzkumy, pacienti se závislostí mají nižší průměrnou hodnotu sebehodnocení, než jaká je průměrná hodnota pro českou populaci. Bylo zaznamenáno i signifikantně vyšší sebehodnocení u pacientů na konci léčby oproti jejich sebehodnocení na počátku léčby. Tento výsledek je v souladu s dostupnými výzkumy a teoriemi. Při zkoumání souvislostí mezi odchylkami v sebehodnocení a kategoriemi vzdělání, zaměstnanosti, počtu léceb a trvání závislosti se nám však nepodařilo prokázat signifikantní rozdíly. V rámci výzkumu odchylky ve vnímaném psychologickém aspektu kvality života v souvislosti se sebehodnocením byla zjištěna pozitivní korelace. Pozitivní korelaci se nám podařilo prokázat i u vnímání psychického a fyzického zdraví v souvislosti s vyšším sebehodnocením na konci léčby. Za důležitý poznatek, který ale nebyl formulován do hypotézy, je výsledek průměrné hodnoty Schwartzovy škály měřící psychologický aspekt kvality života, který se při ukončení léčby zvýšil.

Vzhledem k tomu, že se většina hypotéz našeho výzkumu podařila prokázat, tak tyto zjištění poukazují na to, že je léčba vedena správným směrem, při kterém dochází k pozitivní změně a pacienti tak dokáží zlepšit své sebehodnocení.

16 Seznam použité literatury

- Aubry, C., Gay, M. C., Romo, L., & Joffre, S. (2004). The alcoholic's self-image: *in Experimental Social Psychology*, 17, 1-47. Retrieved March 18, 2022 from: https://www.researchgate.net/publication/8672392_The_alcoholic%27s_self-image_A_comparative_study_between_men_and_women
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 154–196). Guilford Press. Retrieved January 15, 2022 from: <https://albertbandura.com/albert-bandura-social-cognitive-theory.html>
- Banský, J., & Heretik, A., (2004). Faktory sebaúčinnosti u závislých od alkoholu. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 39(4-5), 197-210.
- Baumeister, R. F. (2005). Self-concept, self-esteem, and identity. In V. Derlega, B. Winstead, & W. Jones (Eds.), *Personality: Contemporary theory and research* (s. 246-280). San Francisco, CA: Wadsworth.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 141–156. DOI: 10.1037/0022-3514.64.1.141
- Beckman, L. J. (1978). Self-esteem of women alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 491-498. DOI: /10.15288/jsa.1978.39.491
- Blais, M. A., Lenderking, W. R., Baer, L., DeLorell, A., Peets, K., Leahy, L., & Burns, C. (1999). Development and initial validation of a brief mental health outcome measure. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 359-373.
- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Psychologický ústav AV ČR
- Blatný, M. (2010). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný, M. Hřebíčková, K. Millová, A. Plháková, P. Říčan, A. Slezáčková (Eds.), *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy* (s. 105-136). Praha: Grada.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: Struktura globálního vztahu k sobě. *Československá Psychologie*, 6(38), 481-488
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Tišnov: SCAN.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538–549. DOI: /10.1037/0022-3514.59.3.538
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041–1068. DOI: 10.1353/sof.2002.0003
- Csémy, L. (1994). Psychologické profily čtyř typů závislosti na alkoholismu u mužů a žen. *Československá psychologie*, 38(2), 97-111.
- Dragomirecka, E., Lenderking, W. R., Motlova, L., Goppoldova, E., & Seleпова, P. (2006). A brief mental health outcomes measure: translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 15(2), 307-312. DOI: 10.1007/s11136-005-1389-y.

- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 195-200). Praha: Úřad vlády ČR.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Glindemann, K. E., Geller, E. S., & Fortney, J. N. (1999). Self-esteem and alcohol consumption: A study of college drinking behavior in a naturalistic setting. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 45(1), 60–71. Retrieved January 20, 2023 from: <https://psycnet.apa.org/record/2000-05236-005>
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43(3), 132–162. Retrieved November 15, from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Psychotherapieforschung-zu-Beginn-der-neunziger-Grawe/7aefd9c6f3af48fd52de5b4fb6137348b6fc3547>
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). *Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes*. *Psychological Review*, 102(1), 4–27. DOI:10.1037/0033-295x.102.1.4
- Hájek, K. (2004): Psychoterapeutická změna osobnosti a její zjišťování. In: J. Vymětal (Eds.), *Obecná psychoterapie, 2., rozšířené a přepracované vydání* (s. 47-65). Praha: Grada Publishing.
- Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). *Assessing self-esteem*. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (s. 219–233). American Psychological Association. DOI: /10.1037/10612-014
- Heřmanová, E. (2012). Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia* (4)44, 478-496.
- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological*
- Hnilicová, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205—216.
- Hrachovinová, T., & Kebza V. (2011). Přístupy ke kvalitě života v proměnách společnosti. In: *Psychologické aspekty změn v české společnosti*: Praha: Grada.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt and Company. DOI: /10.1037/11059-000
- Jeřábek, P. (2005). Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie Suppl.*, 2, 261-265.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120–1126. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- Kalina, K. & Mladá, K. (2015). Behaviorální terapie. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (s. 395-404). Praha: Grada.
- Kalina, K. (2000). Kvalita a efektivita v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Praha: Inverze/Sananim.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (s. 666-684). Praha: Grada.

- Kalina, K., & Hajný, M. (2015). Psychodynamické a integrované přístupy. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (s. 419-428). Praha: Grada.
- Keller, D., S. (1999). Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: příspěvek psychoanalýzy k léčbě užívání návykových látek. In F. Rotgers, *Léčba drogových závislostí* (s. 72-96). Praha: Grada Publishing.
- Kihlstrom, J. F., & Cantor, N. (1984). Mental Representations of the Self. *Advances*. DOI: 10.1016/S0065-2601(08)60117-3
- Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity Shifts as Turning Points in Health Behavior Change. *Western Journal of Nursing Research*, 25(2), 134–152. DOI: /10.1177/0193945902250032
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Portál: Praha
- Kooyman, M. (1993). The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Treatment Success. Lisse: Swets and Zeitlinger. Retrieved November 8, 2022 from: <https://core.ac.uk/download/pdf/18512679.pdf>
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubička, L., Csémy, L. (2003). Analýza průběhu ústavní léčby žen závislých
- Kuklová, M., (2016). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Leary, M. R., & MacDonald, G. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (s. 401–418). The Guilford Press. Retrieved March 20, 2022 from: https://www.researchgate.net/publication/200008860_Individual_differences_in_self-esteem_A_review_and_theoretical_integration
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S., & Haupt, A. L. (1995). *The Role of Low Self-Esteem in Emotional and Behavioral Problems: Why is Low Self-Esteem Dysfunctional?* *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(3), 297–314. DOI:10.1521/jscp.1995.14.3.297
- Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In I. Slaměník & J. Výrost (Eds.), *Sociální psychologie* (s. 89-107). Praha: Grada.
- Maierová, E. (2010). Sebehodnocení klientů doléčovacího programu pro uživatele
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299–337. DOI: /10.1146/annurev.ps.38.020187.001503
- Mardsen, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehman, P. et al. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857-1867.
- Marlatt, G. A., & Barrett, K. (1994). Relapse prevention. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *The textbook of substance abuse treatment* (s. 285-299). Retrieved January 3, 2022 from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf>

- McKay, M. T., Sumnall, H. R., Cole, J. C., & Percy, A. (2012). Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(1), 72-80. <http://DOI: 10.3109/09687637.2011.579585>
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mikšík, O. (1999). *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Miller, W. R., & Rollnick, S (2003). Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 15-18). Praha: Úřad vlády ČR.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642. DOI: /10.1037/0022-3514.89.4.623
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*, 2(1), 2. DOI: 10.1186/1475-2832-2-2
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 49(1), 1-8.
- Tarafordi, R. W. & Swan, W. B. (2001) Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(5) DOI:10.1016/S0191-8869(00)00169-0
- Taylor, S. (2008). Integrating vocational services within therapeutic community treatment. *Therapeutic Communities*, 29(1), 76-82.
- Timul'ák, L. (2005). *Současný vývoj psychoterapie*. Triton: Praha.
- Trucco, E. M., Connery, H. M., Griffin, L. M., & Greenfield, S. F.(2007). The relationship of self-esteem and self-efficacy to treatment outcomes of alcohol-dependent men and woman. *American journal of addictions*, 16(2), 85-92. Retrieved April, 1 2022 from: https://www.academia.edu/13415965/The_Relationship_of_Self-Esteem_and_Self-Efficacy_to_Treatment_Outcomes_of_Alcohol-Dependent_Men_and_Women
- Van Voorhis, P. (2000). Social learning models. In P. Van Voorhis, M. Braswell, & D. Lester (Eds.). *Correctional Counseling and Rehabilitation* . Cincinnati: Anderson.

17 Přílohy

Příloha číslo 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Název studie (projektu): Kvalita života mužů závislých na alkoholu před léčbou a při ukončení léčby na koedukovaném oddělení léčby závislosti PN Kosmonosy

Autor studie: Zdeňka Filipová

1. Já, níže podepsaný souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl jsem podrobně informován o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod kódem, skládajícím se z počátečních písmen mého jména a aktuálního data. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka: Podpis autora studie:

Datum:

Klinika adiktologie

1. LF UK a VFN V Praze

Apolinářská 4

128 00 Praha 2

Příloha č. 2: Socio-demografický dotazník

Dobrý den, dotazník je anonymní, ale pro mou identifikaci jednotlivých dotazníků, prosím vyplňte kód skládající se z počátečních písmen vašeho jména, příjmení a dnešního data (například: Pokud se jmenuji Zdeňka Filipová a dnes je 20. 09. 2019 napište: ZF20092019).

Váš kód

1. Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Věk

3. Druh závislosti:

- Alkohol
- Nealkoholové drogy
- Patologické hráčství

4. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vysokoškolské

5. Rodinný stav:

- Svobodný
- Ženatý
- Rozvedený
- Ovdovělý

6. V jakém kraji bydlíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Olomoucký kraj

- Moravskoslezský kraj
- Jihomoravský kraj
- Zlínský kraj
- Kraj Vysočina

7. Vaše zaměstnání?

- Zaměstnaný
- Nezaměstnaný - hlášen na ÚP
- Nezaměstnaný - nejsem hlášen na ÚP
- Starobní důchodce
- Invalidní důchodce

8. Je tato ústavní léčba vaše první?

- ano
- ne

9. Jak dlouho trvá vaše závislost?

- Méně než 10 let
- 10-20 let
- Více než 20 let