

MASARYKOVA UNIVERZITA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
PSYCHOLOGICKÝ ÚSTAV

Strategie zvládání stresu a self-efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Bc. Veronika Wranová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph. D.

2021

MASARYK UNIVERSITY
FILOZOFICKÁ FAKULTA
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Coping strategies and self-efficacy among drug addicts

THESIS

Author: Bc. Veronika Wranová
Supervisor: doc. PhDr. Hana Příkladová Kučerová, Ph.D.

2019

ABSTRAKT

Diplomová práce pojednává o strategiích zvládání stresu a self-efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách. Data byla sbírána u klientů doléčovacích center, která se zabývají léčbou závislostí na návykových látkách. Cílem teoretické části bylo blíže vymezit problematiku návykových látek, stresu a copingových strategií a self-efficacy. Ve výzkumné části bylo našim cílem srovnat využívání jednotlivých strategií zvládání stresu a míru self-efficacy u výzkumného souboru lidí se závislostí na návykových látkách a u kontrolního souboru osob bez závislosti na návykových látkách. Také jsme u lidí se závislostí na návykových látkách zjišťovali souvislost mezi strategiemi zvládání stresu a self-efficacy a jak tyto fenomény souvisí s pohlavím. Data byla získána za použití dotazníků Strategie zvládání stresu (SVF-78) a Dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE). U výzkumného souboru 45 osob se závislostí na návykových látkách jsme zjistili, že se odlišují oproti kontrolnímu souboru v užívání strategií zvládání stresu a to konkrétně ve strategiích odmítání viny, potřeba sociální kontroly a sebeobviňování. Byl prokázán rozdíl ve využívání negativních strategií zvládání stresu ve srovnání s kontrolním souborem. Nepotvrdilo se, že lidé se závislostí využívají méně pozitivní strategie zvládání stresu oproti kontrolnímu souboru. Také se neprokázalo, že by lidé se závislostí na návykových látkách měli nižší míru self-efficacy oproti kontrolnímu souboru. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pozitivními i negativními strategiemi zvládání stresu a self-efficacy. U lidí se závislostí na návykových látkách se nepotvrdila souvislost mezi pohlavím a strategiemi zvládání stresu a také se nepotvrdila souvislost mezi pohlavím a self-efficacy.

Klíčová slova: stres, strategie zvládání stresu, self-efficacy, návykové látky

ABSTRACT

This master's thesis is concerned with coping strategies and self-efficacy among drug addicts, that are in aftercare treatment for substance abuse. The goal of the theoretical part was to define stress, coping strategies, self-efficacy and addictive substances. In the empiric part we determined the goal to compare using individual coping strategies and self-efficacy among drug addicts and control group. We also want to find out the connection between coping strategies and self-efficacy. The last goal of our part was to find out connection between sex and these phenomenas. Data were gained by using questionnaire named SVF-78 and DOVE. In the group of 45 drug addicts we found out that they are different from the control group in using coping strategies called refusal blame, the need for social control and self-blame. We proved that drug addicts are using more negative coping strategies than control group. We did not prove that there is a difference in using positive coping strategies and level of self-efficacy between drug addicts and control group. Significant relationship was proven between coping strategies and self-efficacy. We did not prove any relationship between sex and coping strategies and self-efficacy among drug addicts.

Keywords: stress, coping strategies, self-efficacy, addictive substances

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že text odevzdané závěrečné práce jsem vypracovala samostatně s využitím zdrojů, které jsou v práci citovány.

V Brně dne 5. 7. 2021

.....
podpis studenta/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce doc. Ph.D. Haně Přikrylové Kučerové PhDr. za její cenné rady, systematické vedení, ochotu a vřelý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem pracovníkům doléčovacích center, kteří mi umožnili sběr dat v jejich zařízení a za jejich ochotu a laskavost. Mé poděkování patří také všem respondentům za jejich účast v našem výzkumu. Také bych chtěla poděkovat všem lidem v mém okolí, kteří mě po celou dobu podporovali.

V Brně dne 5. 7. 2021

.....

(podpis)

OBSAH

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH.....	11
1.1 Definice a vymezení závislosti.....	11
1.2 Druhy závislostí dle užívání návykové látky	12
1.2.1 Specifika užívání a závislosti na alkoholu.....	13
1.2.2 Specifika užívání a závislosti na konopných drogách	14
1.2.3 Specifika užívání a závislosti na pervitinu	15
1.3 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti	16
1.4 Vztah závislosti na návykových látkách a stresu	17
1.4.1 Strategie zvládání stresu u osob se závislostí na návykových látkách	19
1.5 Léčba	20
1.5.1 Principy efektivní léčby závislosti na návykových látkách	21
1.5.2 Systém péče	22
2 STRES A COPING.....	27
2.1 Vymezení pojmu stres.....	27
2.2 Teorie stresu	28
2.3 Projevy a důsledky stresu.....	31
2.3.1 Projevy stresu.....	31
2.3.2 Důsledky stresu.....	32
2.4 Coping	34
2.5 Typy strategií zvládání stresu.....	34
2.6 Vnitřní zdroje zvládání stresu	36
2.7 Metody měření copingových strategií.....	37
3 SELF- EFFICACY	39
3.1 Definice a vymezení pojmu self-efficacy	39
3.2 Sociálně kognitivní teorie	40
3.3 Obecný či specifický konstrukt.....	41
3.4 Zdroje self-efficacy	42
3.5 Self-efficacy u osob užívajících návykové látky	43
3.6 Metody měření self-efficacy	44

II. EMPIRICKÁ ČÁST	46
4 FORMULACE VÝZKUMNÝCH CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	46
5 PRŮBĚH VÝZKUMU A JEHO MOŽNÁ RIZIKA.....	48
6 TYP VÝZKUMU A METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	50
6.1 Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)	50
6.2 Strategie zvládnání stresu (SVF-78)	51
7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO A KONTROLNÍHO SOUBORU.....	54
7.1 Výzkumný soubor	54
7.2 Kontrolní soubor	57
8 STATISTICKÁ ANALÝZA DAT.....	59
9 VÝSLEDKY	60
10 ZHODNOCENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ	67
8 DISKUZE	71
8.1 Limity výzkumu	75
8.2 Budoucí výzkum	77
ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
SEZNAM GRAFŮ	90
SEZNAM TABULEK.....	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

Tato diplomová práce se zaměřuje na lidi se závislostí na návykových látkách a klade si za cíl u nich srovnat strategie zvládání stresu a self- efficacy s kontrolní skupinou osob bez závislosti na návykových látkách. Dále se snaží naleznout souvislosti mezi strategiemi zvládání stresu a self-efficacy a zjistit, jak se tyto fenomény liší mezi muži a ženami se závislostí. Zneužívání návykových látek je považováno v současnosti za jeden ze závažných problémů po celém světě, jelikož s sebou přináší dalekosáhlé důsledky v oblasti zdravotnické, sociální, ale i ekonomické. Závislost tedy ovlivňuje nejen život jedince, ale i společnost okolo něj. Považujeme tedy za významné se této problematice věnovat, jelikož nové poznatky mohou přispět nejenom ke zkvalitnění léčby a poskytovaných služeb pro lidi se závislostí, ale mohou také vést ke zmírnění následků pro jedince a společnost a ke zlepšení preventivních opatření.

U lidí se závislostí na návykových látkách se zabýváme tématy strategií zvládání stresu a self-efficacy. Výzkumů, které se týkají těchto témat, je celé množství a můžeme naleznout i takové, které se vztahují k problematice závislostí. Většinou se však jedná o zahraniční výzkumy a proto věříme, že náš výzkum může vést k zajímavým výsledkům na české populaci lidí se závislostí na návykových látkách. Výzkum byl prováděn u klientů doléčovacích center, která jsou na samém konci léčebného kontinua, což může přispět ke zmapování toho, jaké tito lidé využívají strategie zvládání a míru self-efficacy v závěru léčby. To může posloužit pro nastavení efektivní terapeutické práce s lidmi, kteří se léčí se závislostí na návykových látkách. V průběhu léčby a abstinence se lidé se závislostí setkávají s různými stresovými situacemi a právě výběr vhodných strategií zvládání stresu může mít výrazný vliv na průběh léčby a také na každodenní život po jejím ukončení. Další fenomén, který v této práci bude zkoumán, je self-efficacy. Přesvědčení jedince o svých schopnostech má vliv nejen na jeho motivaci a stanovení si cílů v průběhu léčby a života po jejím absolvování, ale také bývá self-efficacy považován za prediktor dlouhodobé abstinence. Zmapování tohoto fenoménu a jeho souvislostí se strategiemi zvládání stresu u lidí se závislostmi na návykových látkách může najít své uplatnění v rámci léčby závislostí a tím přispět k rozšíření poznatků o této problematice.

Téma této diplomové práce jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o problematiku závislostí na návykových látkách. V rámci svých praxí v terapeutické komunitě a terapeutickém centru pro drogově závislé jsem měla možnost vidět průběh léčby a dopady

užívání návykových látek na život jedinců. Zaujalo mě, že velmi mnoho jedinců se po absolvování léčby navrací k užívání návykových látek. Domníváme se, že pokud budeme znát, jaké strategie zvládnání stresu lidé se závislostí na návykových látkách využívají, můžeme se pokusit o jejich rozvoj a lepší využití. Právě z tohoto důvodu jsem si dala za cíl prozkoumat strategie zvládnání stresu a míru self-efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

1.1 Definice a vymezení závislosti

Můžeme nalézt velké množství definic a kritérií, které se snaží vymežit pojem závislost. V této diplomové práci vycházíme především z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která závislost definuje jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance*“ (WHO, 2017, p. 200). V MKN-10 se výše zmíněná definice označuje jako syndrom závislosti a ten může být přítomen pro určitou látku jako je například diazepam či tabák, či pro celou skupinu látek jako jsou například opioidy nebo pro širší řadu různých látek. Typicky zde dochází k jevům:

- **Silná touha užít látku:** setkáváme se s tím také pod pojmem bažení či craving.
- **Narušené sebeovládání** při užívání látky a to především pokud se jedná o množství látky nebo o začátek či ukončení užívání
- **Pokračování v užívání i přes škodlivé následky**, které sebou pravidelné užívání přináší. Se škodlivým užíváním alkoholu se pojí poškození jater. Nadměrné užívání psychoaktivních látek může vést také k toxickému poškození myšlení nebo k depresivním stavům. Aby se jednalo o znak závislosti, musí být jedinec o škodlivých následcích informován například lékařem.
- **Nadřazenost drogy** v životě jedince před ostatními aktivitami a zájmy. Jedinec tráví většinu svého času získáváním psychoaktivní látky, jejím užíváním nebo zotavováním se z jejího účinku.
- **Růst tolerance k návykové látce**, které se vyznačuje vyžadováním vyššího množství psychoaktivní látky, aby byl jedinec schopen dosáhnout účinku, který původně vyvolávalo nižší množství této látky.
- **Tělesný odvykací stav:** aby mohl být diagnostikován odvykací stav, měly by být splněny 3 kritéria. Prvním z nich je, že psychoaktivní látka byla vysazena nebo redukována po dlouhodobém či opakovaném užívání. Druhým kritériem je, že

příznaky jsou ve shodě se známými znaky odvykacího syndromu. Posledním kritériem je, že příznaky nemohou být vysvětleny jiným tělesným onemocněním nebo psychickou či behaviorální poruchou. Aby se zmírnily příznaky odvykacího stavu, může být použita příbuzná látka, která má podobné účinky (Nešpor, 2007).

Pokud u jedince došlo v průběhu posledního roku k projevům tří či více těchto symptomů, můžeme ho diagnostikovat jako závislého. V definici podle MKN-10 jsou zahrnuty symptomy jak fyzické tak psychické závislosti. Podle Kaliny a kol. (2015) psychická závislost je podmíněna psychickým cravingem neboli bažením, ke kterému se přidružuje zaujetí užíváním, zhoršená kontrola užívání a trvání užívání i přes zjevné následky. Oproti tomu fyzická závislost se vyznačuje růstem tolerance a výskytem odvykacího stavu, který vznikne v důsledku vysazení psychoaktivní látky nebo při snížení či vynechání dávky. Většinou se oba tyto typy závislosti rozvíjí u jedinců současně, ale každá psychoaktivní látka se odlišuje v míře potencionálu vyvolat fyzickou či psychickou závislost. Typické psychoaktivní látky, které vyvolávají psychickou závislost, jsou amfetaminy, nikotin či tetrahydrokanabinol. Naopak fyzická závislost se vyskytuje typicky u opioidů či benzodiazepinů.

Ve světě se také k diagnostice závislostí používá Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5). Jeho kritéria závislosti mají velmi blízko ke kritériím podle MKN-10. Vymezením závislosti podle DSM-5 se ale v této práci blíže zabývat nebudeme, jelikož v naší zemi se řídíme podle MKN-10 (Nešpor, 2007).

1.2 Druhy závislostí dle užívání návykové látky

V MKN-10 se na místo, které je před desetinou tečkou dává příslušná návyková látka. Podle WHO (2017, pp. 202-203) MKN-10 rozlišuje následující druhy poruch:

„F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik

F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu

F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel

F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek“

Tato práce bohužel svým rozsahem neumožňuje popsat podrobněji účinky všech návykových látek a specifika závislosti na nich. Blíže se budu soustředit na několik konkrétních psychoaktivních látek a to na alkohol, pervitin a konopné drogy. Specifika užívání a závislosti na těchto látkách budou popsány zejména kvůli nejčastějšímu výskytu ve výzkumné části této práce. Zároveň ale také tyto látky patří k nejčastěji užívaným látkám v České republice. Podle Mravčíka et al. (2018) patří k nejčastěji užívaným nelegálním látkám konopné drogy (26,2 %), dále extáze (5,3%), halucinogeny (3,5%), pervitin (2%) a kokain (1,3%). Nejrozšířenější ilegální návykovou látkou je mezi problémovými uživateli drog pervitin, jehož uživatelé tvoří většinu (až 80%) klientů adiktologických služeb a to ve všech krajích. Alkohol pije denně či téměř denně celkem 7,8% populace a odhadovaná roční spotřeba je 7,4 litrů alkoholu na osobu. Běžně se také vyskytuje užívání více než jednoho druhu návykových látek. Nebezpečí také představují nové syntetické drogy, které nejsou dostatečně prozkoumány, a jejich užívání může být velmi riskantní. Jsou spojeny s mnoha případy otrav (Palamar & Le, 2019).

1.2.1 Specifika užívání a závislosti na alkoholu

V průběhu života se většina z nás dostane do prostředí, kde lidé užívají alkohol. Většina z nás ho i sama zkusí. Závažným problémem je tolerance alkoholu veřejností. Závislost na alkoholu tak může zůstat dlouhou dobu nepovšimnutá, rozvíjet se a stát se náplní života jedince. Závislost se typicky vyvíjí při nadměrném pití, které trvá dlouhou dobu, což způsobuje adaptaci buněk organismu na permanentní přísun alkoholu a zvyšující se toleranci. Toto vede k postupnému zvyšování dávek až k rozvinutí syndromu odnětí při přerušení pití (Hosák et al., 2015).

Přechod jedince od škodlivého užívání alkoholu k závislosti je většinou nenápadný a probíhá zde postupné změny charakteristické zvyšováním tolerance, ztrátou kontroly nad užíváním či nadřazeností alkoholu v životě jedince. Člověk začíná zanedbávat své původní zájmy a jeho svět se točí hlavně kolem alkoholu. Také dochází ke změnám v chování a myšlení, tak že si jedinec vytváří nové adaptační mechanismy, kterými reaguje na konfliktní situace, které vznikají v důsledku nadměrného pití. Při již rozvinuté závislosti se vyskytuje zvýšená tolerance, odvykací stav při vysazení alkoholu a poruchy paměti. Co se týče tolerance, tak dochází v průběhu užívání alkoholu k jejímu zvyšování. Jedinec tak dokáže zkonsumovat vysoké množství alkoholu bez nápadných doprovodných projevů. Postupem však dochází k výraznému snížení tolerance, vlivem snížení schopnosti metabolizovat alkohol. Vysoká tolerance a častá intoxikace alkoholem u dospívajících jsou spojeny s vyšším výskytem úmrtí v dospělosti (Levola et al, 2020). U závislého se objevují alkoholová okénka, která se vyznačují tím, že si jedinec nepamatuje, co se dělo během intoxikace alkoholem (Kalina a kol., 2013).

Závislost na alkoholu je brána jako chronické recidivující onemocnění, které má vliv nejen na zdraví jedince, ale hraje důležitou roli v dalších oblastech jeho života. Je zde nutná trvalá abstinence, která je uváděna jako základní podmínka léčby, jelikož jedinec ztrácí kontrolu nad pitím a nedokáže přestat (Kalina a kol., 2003). Padwa & Cunningham (2010) uvádí, že velká část jedinců, léčených pro závislost na alkoholu se navrací k užívání alkoholu. Trvalá abstinence je ztěžována tím, že alkoholické nápoje se užívají při spoustě společenských situací a člověk se jim tedy jen stěží vyhne.

1.2.2 Specifika užívání a závislosti na konopných drogách

Konopí je rostlina, v níž jsou obsažené kanabinoidy, z nichž nejvýznamnější je THC. Kanabinoidy působí prostřednictvím vazby na kanabinoidní receptory, což jsou specifické struktury buněčných membrán, které se nacházejí v centrálním nervovém systému, ale i v periferních tkáních a orgánech. Intenzita účinků THC závisí na řadě faktorů, kterými jsou způsob aplikace, kvalita konopí, forma a množství konopné drogy a další (Miovský a kol, 2008). V každém konopí je různý obsah THC. Di Forti et al. (2015) zkoumali vliv konopí s vyšším obsahem THC na lidi a došli k závěru, že vysoké množství THC v konopí má škodlivější účinky na zdraví jedince a nese sebou zvýšené riziko psychózy.

Jaký účinek bude mít konopí na jedince, závisí na množství faktorů, mezi něž patří i setting neboli nastavení člověka. Mezi hlavní účinky se řadí euforie, zklidnění, veselost či zostření smyslového vnímání. Mohou se objevit nežádoucí účinky, jako jsou úzkostné či psychotické stavy, které mohou přetrvávat i po odeznění účinků konopí (Kalina a kol., 2015). I když tyto účinky mohou být pro některé uživatele velmi nežádoucí, žádný z těchto příznaků by jej neměl ohrozit na životě (Vyskočilová & Praško, 2015). U konopných drog však nevzniká tělesná závislost, ale může vzniknout závislost psychická.

1.2.3 Specifika užívání a závislosti na pervitinu

Pervitin můžeme zařadit pod skupinu návykových látek nazývajících se stimulantia. Tyto látky se vyznačují tím, že mají nefyziologicky budivý efekt na centrální nervový systém (Kalina a kol., 2003). Ke známým stimulantům se řadí kokain, amfetamin a další. Z těchto látek je ale nejvíce užíván právě pervitin. Například Renarkon o.p.s. (2019) ve své výroční zprávě uvádí, že v Doléčovacím centru převažovala klientela s diagnostikovanou primární závislostí na pervitinu. Více než 50% klientů se závislostí na pervitinu uvádí také Doléčovací centrum organizace P-centrum (2019) ve své výroční zprávě.

Užití pervitinu ovlivňuje nejen psychomotoriku, ale také i psychické funkce. Z účinků se vyskytuje euforie, snížení únavy a stereotypní chování. V těle se po užití pervitinu uvolňují velké zásoby energie, které zvyšují výkonnost celého organismu, což může vést až do jeho vyčerpání. Pervitin také urychluje tok myšlenek, zvyšuje soustředěnost a pozornost. Při prvním požití se poměrně často dostavuje bolest v čele a úzkost. Jedinec závislý na pervitinu bývá často neklidný, pociťuje úzkost a napětí, má potíže se spánkem a může cítit nevolnost. U uživatelů se mohou objevit také nežádoucí účinky jako strach, halucinace, neklid, sebevražedné tendence, stavy zmatenosti, deprese či chorobná žárlivost. Jedinec má problém s koncentrací a poruchami paměti (Kalina a kol., 2013).

Tělesný odvykací stav se u pervitinu nevyskytuje či vyskytuje pouze nevýrazně. Odvykací syndrom je spíše psychického rázu a nastupuje zpravidla po dvou dnech od posledního užití návykové látky. Vyskytuje se v podobě dysforie, únavy, psychomotorického neklidu, cravingu, afektivní lability, nauzey či deprese. Nemusí se ale také dostavit vůbec (Hošek et al, 2015).

Častým důvodem pro vyhledání léčby je výskyt příznaků toxické psychózy. V případě rozvinuté psychotické poruchy je léčena podobně jako jiná psychotická onemocnění

(Kalina a kol. 2015). Výzkumné studie poukazují na skutečnost, že přibližně dvě třetiny uživatelů pervitinu mají další psychiatrickou diagnózu a to především psychotické poruchy, depresivní či úzkostné stavy nebo poruchy osobnosti (Akindipe et al, 2014). Léčba závislosti na pervitinu spočívá v psychoterapii. Ta by měla být dlouhodobá a vždy by měla vést k abstinenci, jelikož zde není možná žádná vhodná substituční léčba. Jedinci mohou využít širokou nabídku zařízení, které se věnují léčbě závislostí ať už ambulantní léčbou, léčbu ústavní či rezidenční v terapeutických komunitách (Kalina a kol., 2003).

1.3 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Chápání závislosti popisují ve své práci Kalina a kol. (2003) tak, že na samém začátku stál biomedicínský model. Ten předpokládal, že závislost na návykových látkách je chorobná porucha mozkových funkcí, která má do jisté míry dědičné dispozice. Pokládá se za nemoc, která je chronická a téměř nevyléčitelná. Jako léčebné metody byly používány ústavní izolace, detoxifikace či pracovní terapie. K ambulantnímu léčení individuální psychoterapií téměř vůbec nedocházelo.

V šedesátých až sedmdesátých letech 20. století se pojetí rozšířilo a vznikl bio-psycho-sociální model. Ten se zaměřuje i na psychické funkce a sociální faktory. Léčba závislosti proto musí zahrnovat všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tento přístup umožňuje rozvíjet spolupráci mezioborových týmů a nepohlíží na nemoc jako na téměř nevyléčitelnou, ale připouští, že se jedinec může uzdravit za příznivých vnějších i vnitřních podmínek (Kalina a kol., 2003).

V poslední době se klade také důraz na složku spirituální. Spiritualitu podle Zinnbauera & Pargamenta (2005) můžeme chápat jako lidskou potřebu duchovních aspektů života jedince, jež jej přesahují. Dle Pargamenta (1997) umožňuje spiritualita vnímat jedinci krizi jako příležitost k jeho růstu a zvyšuje vnímání smysluplnosti. Důvodem pro užívání psychoaktivních látek může být spirituální nenaplněnost. Jestliže jedinec ztratí svůj smysl života či prožívá pocit prázdnoty, může se snažit naplnit tuto potřebu rychlou cestou k uspokojení a to prostřednictvím drogy. Spiritualita se dostala do podvědomí v kontextu závislostí především díky Anonymním alkoholikům a jejich metodou nazývanou „12 kroků“. Zde právě vztah k Vyšší moci přispívá k obnovení zdraví a navrací životu smysl. Nejde zde ale o účast v nějaké církvi, ale o prožitek Božství (Kalina a kol., 2003). Pardini et al. (2000) zkoumali spiritualitu u osob, kteří se léčili se závislostí na psychoaktivních

látkách a uvádějí, že vyšší spiritualita je spojena s větším pocitem sociální opory, nižší úzkostí, větší odolností vůči stresu a s optimističtější životní orientací. Nešpor & Csémy (2006) také poukazují na to, že spiritualita se pojí s nižším výskytem kouření i nižším výskytem pití alkoholu v tazích.

1.4 Vztah závislosti na návykových látkách a stresu

Schreiber (2000) uvádí, že vztah mezi stresem a užíváním návykových látek má tři aspekty. Mezi tyto aspekty řadí obranu proti stresu pomocí návykové látky, stresové působení návykové látky a dále stresové projevy návyku na psychoaktivní látce.

Lidé mají občas sklon reagovat na stresové situace užitím návykové látky. Nemusí se jednat pouze o stres, který je lidem nepříjemný, ale i o stres, který vzniká z pozitivních zážitků tedy eustres. Tato tendence se označuje jako sebeléčba stresových situací. Vyskytuje se běžně, jelikož někomu návyková látka pomáhá snášet situace, které jedinci nejsou příjemné, a prohlubuje pocit potěšení z příjemných chvil. Pozitivní účinek, který s sebou tato sebeléčba návykovou látkou nese, je ale pouze krátkodobý a většinou je pak následován ještě zhoršeným stresovým stavem. Takové chování může vést k rozvinutí závislosti na návykové látce (Schreiber, 2000). Je nutno ale podotknout, že nadměrný stres není nezbytnou podmínkou pro rozvoj závislosti na návykových látkách. Je pouze jedním z rizikových faktorů, a ne každý stres vyústí v užití návykové látky (Nešpor, 2003).

Druhé hledisko pohlíží na intoxikaci psychoaktivní látkou jako na stresor, který může míru stresu dále zvyšovat. Toto se odvíjí od farmakodynamických účinků dané návykové látky (Sinha, 2005). Stresogenně působí především pervitin a kokain. Stresová reakce u jedinců nastává v průběhu intoxikace návykovou látkou. Například ale při intoxikaci opioidy je stresová reakce spíše tlumena (Nešpor, 2003).

Sinha (2005) zmiňuje, že chronické užívání návykových látek může vést k neuroadaptivním změnám v mozku a mít vliv na individuální reakci na stres a způsoby odměňování. Tyto změny souvisejí s obdobím abstinence od návykových látek, kdy je častý nárůst úzkosti, podrážděnosti a distresu. Při vysazení látky tedy vzniká často stresová reakce a to s ohledem na to, jakou jedinec zažívá duševní nepohodu v období, kdy prožívá odvykací stav (Nešpor, 2003).

Stres patří mezi jeden z rizikových faktorů, které stojí za vznikem a rozvojem závislosti na návykové látce. Obzvláště pokud jde o stres, který trvá dlouhou dobu a vyznačuje se svou nadměrností. Někteří jedinci, kteří užívají návykové látky, nedostatečně využívají adaptivní copingové strategie a na stresové reakce reagují užitím návykové látky. Tímto si rozvinou maladaptivní strategie zvládání stresu a přispívá to ke vzniku a rozvoji závislosti (Christine et al., 2002). Zvládání stresu je jedním z cílů programů prevence relapsu. V programech prevence relapsu se jedinci učí snížit riziko relapsu rozpoznáním rizikové situace a učí se rozvíjet účinné copingové strategie. Při léčbě závislosti je tedy nezbytné nejen naučit se zvládat stresové situace, ale také jim předcházet. Svou roli mají i preventivní programy, zaměřující se na téma stresu (Gossop et al., 2002; Sinha, 2001). Nešpor (2003) zdůrazňuje, že však samotná prevence stresu sama o sobě nestačí. Je však důležitou součástí programů prevence závislosti a jejich léčby. Naučené dovednosti mohou pomáhat lépe stres zvládat či mu předcházet. Ti, u kterých nejsou dostatečně rozvinuté dovednosti zvládat chronický stres, mohou mít zvýšené riziko relapsu.

V souvislosti se zvládáním stresových situací, Prochaska et al. (1992) charakterizují proměny závislosti na návykových látkách v modelu změn závislostního chování. Popisuje zde jednotlivé fáze, které odpovídají specifickým copingovým strategiím. Během jednotlivých fází dochází k posunům v chování, postojích i záměrech jedince. V první fázi jedinec nevidí problém v užití návykové látky a neprojevuje snahu o změnu chování. V druhé fázi už dochází k uvědomění si svého problému a zvažování různých možností, jak daný problém řešit. Následuje přípravná fáze, kdy se u jedince dostavují změny v chování ve vztahu k psychoaktivní látce, i když pouze mírné. V průběhu fáze akce se již vyskytují výraznější změny chování a dochází k abstinenci v různé době od prvního dne po šest měsíců. Během udržovací fáze se u jedince stabilizují dosažené behaviorální změny a klade se za cíl prevence proti relapsu. V každé fázi jedinec používá určité zkušenosti a aktivity, které uplatňuje k dosažení změny svého chování ve vztahu k návykovým látkám a docílení abstinence. Tyto aktivity a zkušenosti odpovídají specifickým zvládacím strategiím.

1.4.1 Strategie zvládání stresu u osob se závislostí na návykových látkách

Každý člověk se během života setkává se stresovými událostmi a musí najít cestu, jak se s danými situacemi vypořádá. Volí si určité strategie, které mohou být adaptivní či maladaptivní. Coping, který se u nás překládá jako zvládání, Hartl & Hartlová (2010, p. 77) popisují jako: „*schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadlimitní zátěž. Může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje*“. A právě schopnost využívat efektivních a adaptivních strategií zvládání stresu se řadí k významným protektivním faktorům rozvoje závislosti na návykových látkách. Eitle & Eitle (2014) upozorňují, že existují strategie zvládání stresu, které nemají žádný význam v souvislosti s užíváním návykových látek.

Mnohé studie, které se věnují vztahu mezi závislostmi na návykových látkách a variabilitou zvládacích strategií, vychází z koncepce strategií zvládání orientovaných na emoce a na problém, která byla formulována Lazarusem. Bavojdan et al. (2011) se ve své studii zabýval tím, jaké strategie lidé používají, když se setkají s problémovou situací. Někteří se zaměří na daný problém či událost, která stresovou reakci vyvolává. Jiní využívají strategie zaměřené na emoce, kdy se snaží potlačit napětí vyvolané stresem. Jedincům, kteří se snaží daný problém řešit, toto hledání řešení pomáhá zlepšit jejich duševní zdraví a chrání jedince před užíváním návykových látek. Tedy lidé s tímto zaměřením zvládání jsou do problému přímo zapojeni a využívají svou sílu, která má dopad i na emoce, jelikož snižuje emoční třesy. Naopak lidé, kteří používají strategie zaměřené na zvládání emocí, se i přes snahu ovládnout své emoce, jimi bývají více ovlivňováni. To vede k akutním problémům a duševním poruchám. Sudraba et al. (2013) uvádí, že lidé, kteří využívají více strategie zaměřené na emoce, se s větší pravděpodobností uchýlí k užívání návykových látek. Tito jedinci využívají návykové látky, aby se vyrovnali se svými problémy a cítili se uvolněněji. Bohužel to ale v konečném důsledku zvýší jejich negativní emoce a způsobí větší rozrušení. Hassanbeigi et al. (2013) uvádí, že i když jedinci se závislostí na návykových látkách využívají poměrně často strategie zvládání zaměřené na emoce, není zde významný rozdíl mezi užíváním strategií zaměřených na problém a strategií zaměřených na emoce ve srovnání se zdravou populací.

Ve své longitudinální studii Brechting et al. (2007) zkoumali vztah religiozity v souvislosti s užíváním návykových látek a došli k závěru, že copingové strategie, které souvisí s religiozitou, vedou k menší pravděpodobnosti užívání návykových látek. K tomuto závěru se přiklonili i Eitle & Eitle (2014) v jejichž výzkumu se religiózní copingové strategie také ukázaly jako ochranný faktor, který brání užívání návykových látek.

Některé studie se zabývají rozdíly v copingových strategiích v závislosti na délce léčby. Z výsledků studie od Fahrudin & Nurdin (2010) plyne, že délka pobytu jedinců v terapeutických komunitách nemá vliv na jejich zvládnání stresujících událostí ani na nutkání užívat návykové látky.

1.5 Léčba

Na území České republiky je dnes celá řada zařízení, která se zabývají léčbou závislostí na psychoaktivních látkách. V současnosti existuje komplexní síť služeb, která pokrývá různé typy problémů spojené s užíváním psychoaktivních látek. Nabízené služby na sebe bývají návazné a mohou být současně pro klienty s látkovou i nelátkovou závislostí (Miovský a kol., 2013). Většinou bývá léčba závislosti na psychoaktivních látkách dobrovolná. Může ale dojít k nedobrovolné hospitalizaci a to především, jestliže se jedinec ocitne následkem užití návykové látky v ohrožení života, či může být umístěn na záchytnou stanici v důsledku intoxikace návykovou látkou (Hosák a kol., 2015).

První zdravotnické zařízení, které bylo specializované na léčbu alkoholových závislostí, bylo založeno Jaroslavem Skálou v roce 1948 v Praze u Apolináře (Kalina, 2013). Před tímto rokem se na péči o jedince se závislostí na návykových látkách podílela pouze státní zdravotnická zařízení a to především lůžková oddělení psychiatrie a protialkoholní poradny. Po roku 1990 však již postupně začaly vznikat první terénní programy, nízkoprahová zařízení, doléčovací programy, stacionáře či terapeutické komunity a to v rámci nestátního a neziskového sektoru. Dřívější bio-medicínský přístup se tedy změnil na bio-psycho-sociální (Miovský a kol., 2013).

1.5.1 Principy efektivní léčby závislosti na návykových látkách

Americký národní institut pro závislosti na návykových látkách definoval 13 principů pro efektivní léčbu závislosti na návykových látkách (Principles of Drug Addiction Treatment, 2018). Jelikož tyto zásady nemůžeme aplikovat zcela na naše poměry, Nešpor (2007) je přeformuloval do několika principů aplikovatelných v našich podmínkách.

- Pro každého člověka je vhodná jiná léčba a nemusí pro něj být vhodné to, co se osvědčilo u jiného. U každého člověka se tedy individuálně posuzuje, která léčba je pro něj nejvhodnější. Léčba se liší například podle typu užívané návykové látky či charakteristik uživatelů.
- Léčba by měla být pro uživatele návykových látek snadno dostupná. Čím dříve jedinec nastoupí do léčby, je u něj vyšší pravděpodobnost pozitivních výsledků léčby.
- Při léčbě se musí myslet na potřeby jedince a to především na ty zdravotní, sociální, právní a psychologické. Také by léčba měla být přiměřená věku, pohlaví a kultuře uživatele.
- Důležitá je pružnost léčby, která dokáže okamžitě reagovat na změny potřeb jedince. Plán léčby by měl být vždy upraven tak, aby bylo zajištěno, že splňuje měnící se potřeby.
- Aby byla léčba efektivní, měla by být dostatečně dlouhá. Čím déle jedinec v léčbě setrvá, tím lepších výsledků zpravidla dosáhne.
- Léčba by měla obsahovat skupinové, rodinné a individuální poradenství a také zahrnovat kognitivně- behaviorální postupy.
- Podávání vhodných léků je pro mnoho uživatelů důležitou součástí jejich léčby a to především v kombinaci s jinými formami léčby, jakou jsou psychoterapie či poradenství.
- Uživatel návykových látek může mít také i jinou duševní poruchu. Závislost se často vyskytuje společně s jinými duševními chorobami. Když se tyto problémy vyskytnou současně, měli by být jedinci integrativně léčeni pro obojí.
- Detoxikační léčba je první fází léčby, ale nemá výrazný efekt na dlouhodobou abstinenci, pokud jedinec po detoxifikaci nepokračuje v následné péči. Důležité

je pracovat a zlepšovat motivaci v průběhu detoxikace, aby po jejím ukončení jedinci pokračovali v další léčbě.

- Aby léčba byla efektivní, nemusí být nutně zcela dobrovolná. Vliv rodiny, systému trestního práva či pracovního prostředí mohou působit žádoucím směrem na přijetí či setrvání v léčbě.
- V průběhu léčby se musí sledovat, zdali jedinec neužívá návykové látky a zda je dodržována abstinence. Právě vědomí toho, že je sledován průběh abstinence, může být pro závislé podnětem, aby v abstinenci setrvali a zvládli nutkání užít návykovou látku.
- Závislí mohou trpět různými zdravotními problémy. V průběhu léčby by proto měli být testováni na přítomnost onemocnění, které se mohou vyskytovat u závislých uživatelů. Mezi tyto onemocnění patří HIV/AIDS, žloutenka typu B a C, tuberkulóza a další. Rizika jsou vyšší u injekčních uživatelů (Tavitian-Exley et al, 2015). Je důležité poskytovat poradenství, které předchází vzniku těchto nemocí, ale také pomáhá již nakaženým zvládnout jejich onemocnění.
- Léčba závislostí na návykových látkách je dlouhodobý proces, při kterém může docházet k řadě relapsů a nutnosti opakovaných léceb. Existuje také řada svépomocných programů, které pomáhají jedincům ke zvládnání abstinence.

1.5.2 Systém péče

V současnosti můžeme rozlišovat dva základní typy adiktologických služeb a to služby zdravotní a nezdravotní, které jsou označovány jako sociální. Tyto zařízení můžeme také dále dělit na ambulantní a lůžkové. Do ambulantních adiktologických služeb se mohou řadit například AT ambulance, nízkoprahové, kontaktní a poradenské centra, centra následné péče a další. Lůžková péče je poskytována především v psychiatrických nemocnicích či jiných oddělení v rámci nemocničních komplexů pro léčbu závislostí. Také je lůžková péče součástí chráněného ubytování, kde je lidem poskytováno ubytování na přechodnou dobu pro lepší stabilizaci jedince (Miovský a kol., 2013).

Detoxikační jednotky slouží ke zvládnání odvykacích stavů a intoxikací psychoaktivní látkou. Pomáhají odstraňovat komplikace, které doprovází odvykací stavy. Detoxikací zpravidla léčba začíná. Při těžším odvykacím stavu jedinci bývají hospitalizováni na

lůžkových zařízeních. Lze však i využívat detoxikační ambulantní programy a to především u závislosti na nikotinu či na alkoholu, která není doprovázená těžkým somatickým stavem (Hosák a kol., 2015). Většinou trvá tato léčba přibližně dva až tři týdny a je zde důležitá farmakologická léčba. Je používána i psychoterapie a to především pro práci s motivací jedince a technikami na její posilování. Po absolvování detoxikační léčby je doporučováno v léčbě pokračovat v jiném návazném zařízení (Bear et al., 2016).

Ústavní léčba probíhá ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Zpravidla se jedná o psychiatrické nemocnice s oddělením pro léčbu závislosti. Můžeme ji členit na krátkodobou a střednědobou podle délky trvání, která se většinou pohybuje v rámci týdnů až několika měsíců. Obvykle přichází jedinci do ústavní léčby po absolvování detoxifikace (Miovský a kol., 2013). V rámci léčby jedinci musí dodržovat strukturovaný program a stanovená pravidla, v rámci kterých se uskutečňují komunitní setkání, farmakoterapie, skupinové či individuální psychoterapie, pracovní terapie, volnočasové aktivity a rodinná poradenství. Pracuje se s motivačním cyklem změny a klade se důraz na dosažení a udržení abstinence, zlepšení a stabilizaci tělesného a duševního stavu (Kalina a kol., 2008). Dle studie od Schmidt et al. (2009) je vhodnější pro léčbu v počáteční fázi zvolit nemocniční zařízení, jelikož většina uživatelů se vyznačuje v této fázi nižší mírou motivace k abstinenci.

Ambulantní zařízení jsou místa, kde osoba se závislostí na návykových látkách dochází v určitých termínech. Jsou sociálního či zdravotnického charakteru. Typy zařízení, kde je poskytován tento typ léčby bývají různorodé, od AT ordinací, po psychiatrické ambulance či psychologické nebo terapeutické poradny, které mohou pracovat i s nelátkovými typy závislostí. Pro klienty mohou být ambulantní zařízení přínosná zejména proto, že nemusí opustit své zaměstnání či školu a mohou zůstat ve svém známém sociálním prostředí. Důležitou roli zde hraje motivace klienta k léčbě a jeho sociální stabilita. Mohou zde však docházet i klienti, kteří experimentují s návykovými látkami, nejsou dostatečně motivovaní či mají soudně nařízenou léčbu. Služba je určena i pro rodinné příslušníky a jiné blízké osoby uživatelů. Ambulantní léčba může mít řadu cílů, mezi základní však patří změna životního stylu, tak aby jeho součástí byla abstinence a životní stabilizace klienta (Kalina a kol., 2003).

Denní stacionáře řadíme k ambulantním zařízením, které mají každodenní strukturovaný program a jsou na pomezí pobytové léčby a ambulantní léčby. Do denního

stacionáře klienti pravidelně dochází přes pracovní dny minimálně na šest hodin na stanovený program a zbytek času pobývají ve svém zázemí. Cíle vychází z cílů ambulantních zařízení a to je především změna životního stylu směřující k abstinenci. Stacionáře jsou určeny především pro ty klienty, kteří mají stabilní sociální zázemí a chtějí změnit svůj životní styl, ať už se nacházejí v jakékoli fázi rozvoje závislosti. Režim je zde podobný jako v terapeutických komunitách, kdy je zde stanoven přesný rozvrh a pravidla režimu (Kalina a kol., 2008).

Poradenské či terapeutické centra poskytují jedincům ohroženým návykovým chováním nebo osobám závislým na návykových látkách ambulantní individuální, párové či rodičovské poradenství nebo skupinové terapie. Mohou mít své speciální zaměření a svou cílovou skupinu jako jsou například uživatelé, kteří jsou v konfliktu se zákonem či uživatelky, které mají děti. Snaží se jedinci pomoci s hledáním příčin závislosti a vhodným řešením různých situací, aby se zlepšila jeho kvalita života. Mohou také jedinci zprostředkovat kontakt na jinou odbornou pomoc, která je vhodná pro jeho situaci (Renarkon, 2019; P-centrum, 2019).

Nízkoprahová kontaktní centra slouží pro jedince aktivně užívající psychoaktivní látky, kteří se vyznačují menší motivací k léčbě. Abstinence zde tedy není podmínkou a respektuje se svobodná volba klienta, zda se rozhodne abstinovat či nikoliv. Také tyto služby mohou využívat závislí, kteří si svůj problém pomalu začínají uvědomovat a uvažují o možné další léčbě, ale i lidé blízcí uživatelům, kteří hledají pomoc a podporu. Klientům jsou zde poskytovány včasné krizové intervence, sociální a zdravotní pomoci a poradenství a zahrnují programy nazývané harm reduction či motivační tréninky. Klienti si zde mohou udělat si test na HIV či jiné nemoci, vyměnit použitý injekční materiál za čistý a je jim poskytnut hygienický a potravinový servis. Vše je poskytováno anonymně a zdarma (Geregová & Čtvrtečková, 2020; Kalina a kol., 2008).

Terénní programy jsou specifické tím, že služby uživatelům návykových látek jsou poskytovány na veřejných prostranstvích, ulicích či v bytech uživatelů. Typické je zde také to, že pracovník terénního programu sám vyhledává a oslovuje uživatele návykových látek, tedy možné zájemce o službu. Klienti se mohou nacházet v různých fázích rozvoje závislosti a jejich motivace k abstinenci a změně životního stylu může být odlišná. Často jsou terénní programy první službou v rámci systému péče o osoby se závislostí, se kterou se uživatel setká. Mezi základní cíle patří snižování negativních důsledků užívání

návykových látek a snaha uživatele motivovat k zásadní změně jejich životního stylu směřující k abstinenci. Zároveň nám terénní programy přinášejí informace o drogové scéně v konkrétním regionu, což slouží k vývoji účinnějších strategií pro boj s užíváním návykových látek. Uživatelé od pracovníků získávají potřebný zdravotnický materiál a vyměňují si injekční náčiní za nepoužité. Může jim být také poskytnuto poradenství a informace o návykových látkách, jejich účincích, rizicích a návazných službách (Kalina a kol., 2008).

Substituční léčba je provozována ambulantně, a spočívá v tom, že osobám se závislostí je podávána bezpečnější náhrada návykové látky, která má podobné účinky. Jedná se o lék, který se vydává na lékařský předpis, je užíván perorálně a má dlouhodobější účinek. Nejčastěji se k této léčbě používá metadon, což je syntetický opioid či buprenorpfín. Substituční léčba je bezpečnější oproti užívání návykových látek, jelikož klasické drogy jsou často užívány rizikovým způsobem, kdy jedinec nezná koncentraci dané látky či zda tam není obsažena toxická příměs. Jde tedy o to co nejvíce snížit zdravotní poškození. Substituční náhrada je podávána legálně a většinou i zdarma. Je zde také snaha o sociální stabilizaci uživatele. Jedná se o udržovací terapii, která posouvá konečný cíl, kterým je trvalá abstinence, až na dobu, kdy bude uživatel schopen léčbu směřující k abstinenci podstoupit. Někteří klienti ale mohou setrvat u substituční terapie, která přispívá ke zlepšení kvality jejich života. Aby byl člověk zařazen do substituční léčby, musí splnit určitá kritéria. Mezi tyto kritéria patří, že jedinec musí být závislý na opiátech, které užívá neinjekčně nejméně 6 měsíců nebo užívá opiáty injekčně. Také substituční léčba nesmí zvýšit poškození, které vzniklo ve spojitosti s užíváním opiátů (Bleckwenn et al, 2016; Kalina a kol., 2003; Miovský a kol., 2013).

Terapeutické komunity jsou specializované pobytové zařízení, kde jsou klienti vedeni k trvalé abstinenci a sociální rehabilitaci. Je zde poskytována střednědobá až dlouhodobá léčba v rozpětí od 6 až po 18 měsíců a zpravidla jí předchází detoxifikační léčba či krátkodobá až střednědobá léčba. Terapeutické komunity jsou tu především pro jedince se středně těžkým až těžkým stupněm závislosti, kteří mohou mít kriminální historii, či se u nich vyskytlo somatické poškození. Většinou jsou zřizovány jako sociální zařízení, ale mohou mít i status zdravotnického zařízení. V terapeutických komunitách se dodržuje pevný režim, který obsahuje soubor pravidel, časovou strukturu dnů či sankce za porušení pravidel. Klienti se účastní řady povinných aktivit, které zahrnují komunitní setkávání, skupinové či individuální terapie, pracovní terapie, edukace, sociální práce, práce

s rodinou, volnočasové a rehabilitační aktivity. Klient v rámci léčby v terapeutické komunitě prochází různými fázemi, které se vyznačují jinými právy, povinnostmi a mírou přijímané odpovědnosti. Je zde především snaha o to, aby došlo u jedince ke změně životního stylu, kdy prostřednictvím změn ve vztazích, v sebepojetí, prožívání i svém chování bude prožívat svůj život jako uspokojivý a bude schopen se zodpovědně rozhodovat a žádoucí změny si udrží i po odchodu z terapeutické komunity. Po dokončení léčby je možné dále pokračovat v doléčování v některém z doléčovacích programů (Kalina a kol., 2008).

Doléčovací programy jsou posledním článkem v léčebném kontinuu a vyskytují se v podobě ambulantních doléčovacích programů nebo doléčovacích programů s chráněným bydlením. Chráněné bydlení je poskytováno především těm klientům, kteří po ukončení léčby neměli zajištěné bezpečné bydlení, a návrat do rodin u nich nebyl možný. Toto bydlení je pouze na přechodnou dobu. Klienti si na něj musí přispívat, musí dodržovat pravidla a pravidelně docházet na program. Doléčovací program může poskytnout pomoc a podporu lidem, kteří si již prošli základní léčbou a mají již za sebou první měsíce abstinence. Cílem je zde udržení změn v chování a nového životního stylu a zvládnout návrat do běžného života ve společnosti. Oproti předchozím léčebným zařízením v doléčovacích programech začíná pro jedince období samostatné abstinence, jelikož do té doby abstinovat pod dohledem léčebných zařízení, kde absolvoval léčbu. V programu doléčování bývají zahrnuty aktivity jako psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, práce s členy rodiny, volnočasové aktivity, lékařská péče, pracovní činnosti či možná rekvalifikace. Najít si pracovní místo je jedním z důležitých úkolů, jelikož je součástí normálního života jedince bez návykové látky. Klient buď dochází do svého nalezeného zaměstnání, nebo do chráněných dílen, které mu pomáhají vytvořit pracovní návyky (Renarkon, 2019; Kalina a kol., 2003).

2 STRES A COPING

Každý z nás určitě někdy slyšel či sám mluvil o fenoménu stres. S tímto pojmem se setkáváme nejen v odborné sféře, ale i v běžných tématech s lidmi. Tento pojem, přestože není zcela jednotně vymezován, poukazuje na nepříjemné situace, které nás mohou ohrožovat a narušovat naši rovnováhu nepřiměřenými nároky. Přestože si v průběhu času lidé pod pojmem stres vybavují spíše jen nepříjemné věci, ne veškerý stres je nežádoucí. Stres nám přináší i rozvojové podněty, příjemné intenzivní zážitky a další. Jelikož se nedokážeme vyhnout veškerým stresovým situacím, je důležité vědět, jak se stresem pracovat a jak mu čelit. Stres má dopad na lidské zdraví a může být příčinou zhoršeného zdravotního stavu. Je to jeden z faktorů, který má značný vliv na život člověka (Schreiber, 2000). Jednou z oblastí, kterými se v této práci budeme zabývat, jsou strategie zvládnání stresu. K tomu je nutné, abychom blíže vymezili pojem stres.

2.1 Vymezení pojmu stres

Předtím než se pojem stres začal uplatňovat jako psychologický termín, používal se k popisu různých fyzických tlaků. Již v antickém Římě chápali význam sil působících na objekt, díky nimž stavěli objekty využívající tlakové napětí (Robinson, 2018). Dlouhou dobu se pojem stres používal v technických směrech, kdy se jednalo o stav, kdy byl určitý materiál vystaven zátěži. Křivohlavý (2009) uvádí, že u lidí jde o stres v těch chvílích, kdy se jedinec dostane do zátěžové situace a je na něj kladen určitý tlak. Stres představuje reakci organismu na nepřiměřenou zátěž. Jedince stresu vystavují určité situace či podněty. Tyto faktory, které u jedince vyvolávají stresovou reakci, se nazývají stresory, což jsou negativní faktory, které přispívají k napětí. Stresory mohou být vlivy vnější, například fyzikální, chemické, psychické povahy, či vlivy vnitřní, například nevyřešené konflikty. Stresovou situaci můžeme chápat jako takovou, kde je míra stresoru vyšší než možnosti jedince danou situaci zvládnout. Je zde tedy důležitý poměr vlastních sil či schopností a mírou stresogenní situace neboli stresoru. Oproti tomu existují salutory, které naopak jedince v těžkých situacích posilují a poskytují mu sílu, kterou potřebuje na střet se stresorem (Orel, 2009).

Běžně je stres spojován s nepříjemnými zážitky a lidi ho vnímají jako škodlivý či nepotřebný. Avšak určitá míra stresu, která nepřesáhne určitou hranici, je pro člověka

dokonce potřebná, jelikož bez této formy stresu bychom neměli dostatek podnětů, které potřebujeme k překonávání každodenních překážek. Jedná se o eustres. Vyskytuje se v situacích, když se snažíme překonat něco, do čeho musíme vložit určitou námahu, ale máme z toho radost. Z tohoto hlediska tedy rozlišujeme stres na eustres a distres. Distres chápeme jako negativně prožívaný stres, kdy jedinec vnímá situaci, ve které se vyskytuje, jako ohrožující. Provází jej pocit, že pro překonání nastalé situace nemá dostatek sil a toto vědomí jedinci přináší nepříjemné pocity (Křivohlavý, 2009). Obě formy stresu, jak distres či eustres, se tělesně projevují obdobně. Pro jedince je stres škodlivý především v případě, když překročí jistou individuální hranici toho, co člověk snese a také podle toho, jak často jej jedinec prožívá (Praško & Prašková, 2007).

Můžeme od sebe také odlišovat stres akutní a chronický. Akutním stresem rozumíme takový stres, který trvá zpravidla krátkou dobu a to v rozpětí minut až hodin. Při prožívání akutního stresu se výrazně mobilizují síly v organismu jedince. Dochází k aktivaci sympatiku a zvýší se činnost nervového, pohybového a endokrinního systému. Naopak ale činnosti některých jiných systémů jako je vylučovací, reprodukční či trávicí, jsou utlumeny. Chronický stres může působit na jedince hodiny až roky. Při chronickém stresu se aktivují dlouhodobější imunologické, hormonální či nervové mechanismy. Časem se objevují u jedince strukturální změny v podobě zvětšených nadledvinek, snížení počtu lymfocytů, zmenšení sleziny a další. Také může dojít k potlačení sexuálních funkcí a růstu jedince (Bartůňková, 2010; Orel, 2009).

2.2 Teorie stresu

Již v minulosti byly prováděny experimenty, kdy byly subjekty stavěny do nepříjemných situací, které můžeme označit za stresové. Velké množství těchto experimentů bylo prováděno na zvířatech, kdy se studovalo především jejich chování a průběh dějů v organismu. Mezi takové experimentátory můžeme řadit Pavlova, Cannona či Selye, kteří zkoumali především fyziologické změny v organismu zvířat. Právě Cannon patří mezi hlavní průkopníky teorie stresu, mezi které se dále řadí Hans Selye a Richard Stanley Lazarus (Schreiber, 2000). Dnes již je celá řada různých teorií a pojetí stresu. Obecně je můžeme dělit na dva tábory a to na fyziologické a psychologické teorie (Robinson, 2018). V této práci uvedeme ty nejznámější z nich.

Cannon je znám pro svůj výzkum regulačních mechanismů. Popsal koncepci homeostázy, kterou chápeme jako rovnováhu vnitřního prostředí organismu. Tuto rovnováhu mají na starost právě regulační mechanismy jedince. Dále dospěl ke zjištění, že v ohrožující situaci dochází u jedince k mobilizaci organismu a k nárůstu činnosti sympatického nervového systému. Dochází k vyplavení adrenalinu do krevního oběhu, který umožňuje organismu odpovědět tím, že se připraví na „boj“ či „útěk“. Sympatoadrenální systém má také významnou roli při emocích jako je strach, úzkost, vztek a jim podobným. Tedy takových, které signalizují blížící se nebezpečí (Baštecká & Goldmann, 2001; Křivohlavý, 2009).

Velmi významně do teorie stresu přispěl **Hans Selye**. Při svých výzkumech Selye (1976) zjistil, že na jedince působí stresory, které za různých podmínek u něj mohou vyvolat určité změny. Dochází tak k reakcím těla, které se vyznačují stejnou odpovědí. Selye tedy chápe stres jako nespecifickou reakci organismu na kterýkoliv podnět prostředí, která organismus připravuje na biologickou reakci organismu (Baštecká & Goldmann, 2001). Tuto reakci těla označil pojmem stres a popsal všeobecný adaptační syndrom, který můžeme naléznout pod označením GAS. Tento syndrom má tři fáze a to poplachovou reakci, odolnost a vyčerpání (Tan & Yip, 2018). Selye byl některými však kritizován za to, že nebral v potaz duševní stránku jedince, jelikož role kognitivní afektivity jedince byla později shledána jako velmi důležitá.

- **Poplachová reakce** je první fáze, která následuje po vystavení se stresoru, kdy se začínají projevovat první změny. Selye (1936) uváděl, že tato reakce trvá od 6 do 48 hodin, kdy je aktivován autonomní nervový systém a dochází k uvolnění většího množství adrenalinu. U jedince tak dochází ke zvýšení srdeční činnosti a vyšší frekvenci dýchání. Organismus tak mobilizuje všechny své obranné schopnosti. Baštecká & Goldmann (2001) upozorňují na fakt, že může následkem silného tlaku docházet k tvorbě vředů v gastrointestinálním traktu či zmenšení brzlíku nebo ke zvětšení nadledvinek.
- **Fáze rezistence** značí stav, kdy je organismus ve stavu vypětí a nastává, když je opakovaně vystaven působení stresoru. Podle Selye (1936) začíná přibližně 48 hodin po vystavení stresoru. V této fázi je tělo schopné snášet poškození a to i takové, které je nad jeho běžnou úroveň. Postupně se normalizují všechny mechanismy, které přispívají ke zvládnutí stresu. Jestliže se jedinec nedovede

vyrovnat s dlouhodobým stresem, který na něj působí, může to mít za následek vznik některých chorob, jako jsou například choroby psychosomatické (Bartůňková, 2010).

- **Fáze vyčerpání** je poslední fáze, kdy se začne dosažená rezistence postupně ztrácet. Za vyčerpáním většinou stojí přílišná intenzita stresu či porucha adaptačních mechanismů (Bartůňková, 2010). Tato fáze boje se stresorem vede k poškození organismu. Může dojít i k selhání některých orgánů či rozvoji autoimunitního onemocnění (Ilchmann-Diounou & Ménard, 2020).

K dalším průkopníkům teorie stresu patřil **Lazarus**. Ve své teorii se zaměřil především na to, co se odehrává v psychice jedince, který se ocitne v obtížné životní situaci. Tvrdil, že jedinec reaguje na nebezpečí, pouze pokud jej vnímá jako ohrožující. Stres začneme prožívat v okamžiku, kdy se nám situace zdá natolik ohrožující, že přesahuje naše možnosti tuto situaci zvládnout (Lazarus & Folkman, 1984). Tato teorie brala v úvahu také zranitelnost člověka a předpokládá se, že ten, který s určitou situací doposud neměl zkušenosti, bude zranitelnější než ten, který si již podobnou situací prošel (Křivohlavý, 2009). Zájem o kognitivní aspekt zvládání těžkostí dal vzniku teorii dvojího zhodnocování situace ohrožení.

- **Prvotní zhodnocení situace** se vztahuje ke zvážení dané situace a to podle možného ohrožení v různých oblastech jako je zdraví, pověst, vlastní existence a další. Týká se to nejen aktuálního stavu ohrožení, ale i toho, co by mohlo nastat poté. Nejde pouze o posouzení objektivních faktorů, ale především o posouzení subjektivních faktorů, tedy o to, jak člověk hodnotí určitou situaci (Křivohlavý, 2009).
- **Druhotné zhodnocení situace** se vztahuje k tomu, jaké má jedinec možnosti danou situaci zvládnout. Snaží se odpovědět si na otázku „co můžu s danou situací dělat?“ Na základě této otázky zvažuje, jaká je naděje na to, že by mohl překonat situaci, která jej ohrožuje nebo jak může předejít hrozbě či zmírnit její následky. K tomu používá své strategie a schopnosti ubránit se nebezpečí (Lazarus & Folkman, 1984). I zde se bere v úvahu nejen objektivní stav dané situace, ale i subjektivní pohled (Křivohlavý, 2009).

2.3 Projevy a důsledky stresu

2.3.1 Projevy stresu

Většinou když slyšíme, že někdo v našem okolí mluví o tom, že je ve stresu, tak to daný člověk popisuje tak, že cítí obavy a strach nebo že cítí, jak mu rychleji buší srdce. Také může být podrážděný a stranit se lidí. Stres se týká celého jedince a obecně se projevy stresu vyskytují na rovině fyzické, psychické a behaviorální. Křivohlavý (2010) uvádí přehled příznaků podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která dala sestavit seznam nejčastějších příznaků, objevujících se při stresových situacích.

Mezi **fyziologické příznaky** dle Orla (2009) řadíme reakce všech integračních systémů (imunitního, nervového či hormonálního) a systémů řízení (trávicí, dýchací, vylučovací systém a další). Tyto reakce se mohou projevit ve formě zrychleného či nepravidelného bušení srdce. Často se také objevují silné bolesti hlavy a zvýšené napětí svalů v krční oblasti či spodní části páteře, které může přecházet až v silnou bolest. Vyskytuje se také puzení k močení a pocity nechutenství a plynatosti. Stresový stav bývá také doprovázen křečemi a bolestmi ve spodní části břicha. Někdy se vyskytují i průjmy (Křivohlavý, 2010).

K **psychickým příznakům** patří především výrazné proměny nálady, které se pohybují v rozmezí od obrovské radosti až k velkému smutku. Vyskytuje se vyšší míra podrážděnosti či úzkostnosti. Jedinec také může pociťovat obrovskou únavu a více se zajímá o svůj zdravotní stav. Zároveň se také velmi trápí nad okolnostmi, které pro něj nejsou tak významné a nezbytné (Křivohlavý, 2010). Herman & Doubek (2008) uvádějí, že jedinec také reaguje na stresové situace stažením se do sebe a apatií. Pokud ale trvání stresu je dlouhé a jedinec se s ním nedokáže vypořádat, může apatie přerůst až v depresivní stav. Může také docházet ke změnám kognitivních funkcí a to především v oblasti vnímání a myšlení. Ty se mohou projevovat potížemi v soustředění či nelogickým uspořádáním myšlenek (Orel, 2009).

Behaviorální příznaky jsou takové, které se projevují v chování jedince. Vrozenou reakcí na stresové situace je reakce boj či útěk, které mohou mít podobu ústupu v názorech, verbální agresí, obviňováním se a podobné (Orel, 2009). Při stresové reakci se jedinci potýkají s nerozhodností a to především v situacích, kde mají vícero možností. Také se objevují problémy se spánkem, které mohou přejít až ke změně denního režimu.

Jedinec si také může často stěžovat a bědovat jak sám nad sebou či nad světem. Často stresová reakce bývá také doprovázena zvýšenou nepozorností a také menším množstvím odvedené práce spojené se zhoršením její kvality. Můžeme si také všimnout změn ve vztahu k jídlu, kdy se může vyskytnout přejídání či naopak úbytek chuti k jídlu. (Křivohlavý, 2010). Jedinec prožívající stresovou situaci může také užívat ve zvýšeném množství alkoholické nápoje a tabákové výrobky (Pressy Dallia et al., 2019).

2.3.2 Důsledky stresu

Působení stresu má vliv na mnoho oblastí života jedince. Co se týče fyzických důsledků, úsilí vydané v důsledku stresových situací přináší únavu. Běžně se únavy můžeme zbavit odpočinkem. Může ale dojít až k patologické únavě vlivem silné intenzivní námahy (Paulík, 2010). Ve výsledcích mnoha studií se uvádí, že stres má vliv na náš zdravotní stav. Jaký dopad na každého má, ale závisí na řadě faktorů, jako jsou osobnostní předpoklady a genetické predispozice. To, jak se vypořádáváme se stresem, ovlivňují také takzvané vnější faktory, mezi které můžeme zařadit sociální oporu, životní styl jedince a jeho sociální prostředí (Čablová, 2010). Podle výzkumu od Obrové et al. (2020) stres ovlivňuje vznik a vývoj kardiovaskulárního onemocnění. Jedním ze spouštěčů kardiovaskulárních příhod může být i akutní stres, přestože ale není přesně stanoven jeho klinický význam. K nebezpečí rozvoje kardiovaskulární choroby a také ke zhoršení prognózy přispívá dále stres chronický. V souvislosti s aktuální situací probíhající pandemie onemocnění COVID-19 zkoumali Newby et al. (2020) akutní reakce v oblasti duševního zdraví na pandemii nemoci COVID-19 u Australanů. Ve výzkumu většina respondentů cítila zhoršení jejich duševního zdraví v průběhu pandemie. Více než polovina respondentů uvedla zvýšenou hladinu úzkosti, stresu a depresivních stavů. Při porovnání jedinců s duševní diagnózou se u nich projevila vyšší míra úzkosti a stresu než u jedinců bez stanovené diagnózy. Toto nás přivádí k otázce našich výsledků, jelikož data byla sbírána v průběhu pandemie nemoci COVID-19, a proto mohou být naše výsledky ovlivněny touto událostí.

Stres s sebou přináší také psychické důsledky. V MKN-10 můžeme nalézt sekci poruch, které jsou spojeny se stresem a to pod označením F40-F49 (WHO, 2017). Jde o skupinu neurotických poruch, poruch vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Nejvíce

spjatá se stresem je právě skupina poruch pod F43, kde patří reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Řadíme zde:

- **Akutní stresovou reakci-** jde o okamžitou reakci na závažný stres. Trvá v zásadě pár hodin až dní. Mívá proměnlivý průběh, kdy se vyskytuje zúžené vědomí, dezorientace, emoční reakce či vegetativní symptomatika.
- **Posttraumatickou stresovou poruchu-** Může se vyskytnout v případě vystavení silného stresoru. Rozvoj této poruchy bývá do 6 měsíců od prožití silné stresové události. Jedinec může znovuprožívat danou zkušenost, která pro něj byla traumatizující. Také se objevují flashbacky, což jsou záblesky z traumatizující události a vtíravé myšlenky. Člověk se může cítit v neustálém napětí, které jej vedou ke zvýšené ostražitosti, a může se snadněji vylekat nečekanými událostmi. Také se může vyskytovat snížená schopnost prožívat radost, vegetativní hyperaktivita a často se vyskytuje prožívání úzkosti (Bartůňková, 2010). Jedinec se může setkat ale i s nespavostí, průjmy a může se cítit pod napětím. Ve výzkumech je uváděna významná spojitost posttraumatické stresové poruchy s užíváním alkoholu a jiných návykových látek (Debell et al., 2014; Mikulincer, 2013).
- **Poruchy přizpůsobení-** Rozvíjí se do měsíce od stresující situace. Projevuje se poruchami chování, úzkostí, depresivními reakcemi a dalšími subjektivními potížemi.

Dlouhodobá zátěž může u jedince přejít až do stavů deprese. Obzvláště pokud se stres dostavuje delší dobu a stane se chronickým, může začít jedinec pociťovat větší únavu, která může přejít až ve vyčerpanost (Cungi & Šimková, 2001).

Někteří jedinci, kteří prožívají stres, se můžou uchýlit ke škodlivým způsobům ve snaze o jeho zmírnění. Mohou například začít více užívat alkoholické nápoje či tabákové výrobky, zneužívat léky na zklidnění a jiné. Tyto nezdravé způsoby mohou mít ale na jedince velmi výrazný vliv a může dojít k rozvoji závislostí, zdravotním komplikacím, prohloubení stresu a dalším negativním důsledkům. Může z toho vzniknout bludný kruh, kdy stres tvoří stres a celá situace se tak může více komplikovat. Aby nedocházelo ke komplikacím, je důležité myslet na prevenci ale také i na vytvoření účinných strategií zvládnání stresových situací (Cungi & Šimková, 2001; Christine et al., 2002).

2.4 Coping

Coping můžeme chápat jako zvládání stresových situací. Každý jedinec má své strategie zvládání, které představují hledání cest či východisek jak ze stresových situací ven. Lazarus & Folkman (1984) popisují coping jako ustavičně měnící se kognitivní a behaviorální úsilí jedince o zvládnutí vnitřních nebo vnějších tlaků, napětí či požadavků, které jedinec hodnotí jako náročné či převyšující jeho osobní zdroje. Janke & Erdmannová (2003) rozlišují strategie zvládání podle toho, zda nastupují plánovitě či neplánovitě, vědomě či nevědomě. Chápou je jako psychické pochody, které nastupují ve stresových situacích, a snaží se dosáhnout ukončení či zmírnění stresu. S tím, jakou strategií zvládání si jedinec zvolí, souvisí také charakteristiky jako pohlaví, věk či kultura (Yönet et al., 2016; Dölen et al, 2015).

Od copingu rozlišujeme termín adaptace, který se také vztahuje k vyrovnávání se se stresem. Adaptace se vyznačuje vyrovnáním se se zátěží, která je pro jedince zvládnutelná. Zvládání se týká naopak nepřiměřených zátěží, které se vyznačují vysokou intenzitou a delší dobou trvání. Na řešení těchto situací nejsme předem dostatečně připraveni a musíme tedy hledat nové (Křivohlavý, 1994).

Na coping můžeme pohlížet z teoretického pohledu vícero způsoby. Mezi ty hlavní se řadí situační, dispoziční a interakční přístup. Dispoziční přístup vymezuje zvládání jako predispozici, která je v čase stabilní a umožňuje nám na stres reagovat určitým způsobem. Preferované copingové strategie jedinec volí bez ohledu na určitou situaci či stresový podnět. Každý z nás může mít jiné preferované copingové strategie. Situační přístup klade důraz na vliv situace, která je příčinou našeho chování. V kontextu konkrétního typu situace si jedinec vybírá copingové strategie. Další přístup je interakční, který klade důraz na interakci situace a osobnosti jedince. Chování je tedy výsledkem těchto interakcí, zahrnujících dispozice jedince a kontext konkrétní situace (Výrost & Slaměnik, 2001).

2.5 Typy strategií zvládání stresu

Janke & Erdmannová (2003) uvádějí, že každý z nás se odlišuje ve způsobech zvládání. Způsoby zvládání stresu můžeme rozlišovat dle druhu, zaměření, funkce a také dle jejich účinnosti.

Lazarus (1966) ve své starší práci vyčlenil čtyři kategorie strategií zvládání stresu. Mezi tyto kategorie spadá:

- **Útočná reakce vůči stresoru-** je zde typická snaha eliminovat stresor, který jedince ohrožuje.
- **Aktivity, které posilují obranyschopnost člověka-** jde o využívání rozmanitých druhů aktivit, které člověka posílí a zvýší mu šanci na výhru při střetnutí se se stresorem.
- **Výhýbání se stresorům-** jedinec prožívá strach při setkání se se stresorem a to vede ke snaze se tomuto stresoru vyhnout.
- **Apatie-** jedinec prožívá pociti bezmocnosti, deprese a beznaděje a nemá snahu nakládat svou energii k boji s podnětem, který v něm vyvolává stresovou reakci.

Ve svých pozdějších publikacích Lazarus vyčlenil dva základní typy copingu, které se dostaly do všeobecného povědomí. Tyto typy nazval coping zaměřený na emoce a coping zaměřený na problém.

- **Coping zaměřený na emoce-** tento typ copingu spočívá v tom, že člověk usoudí, že se s jeho situací nic dělat nedá a jeho snaha se přesouvá na zvládnutí emocí, které v něm stresová situace vyvolává. V důsledku se tedy snaží například vyhnout myšlenkám na stresovou situaci, znovu hodnotí a mění názor na to, co se přihodilo a dává jevům jinačí význam.
- **Coping zaměřený na problém-** tento styl zvládání jedinec volí, když usoudí, že se stresorem může něco udělat a situaci jakkoliv změnit. Jde o aktivní přístup, kdy jedinec získává informace a snaží se je využít ke změně svého chování či změně situace. Patří sem i získání pomoci od ostatních lidí.

Janke & Erdmannová (2003) rozlišují dva druhy způsobů zpracování stresu a to akční způsoby a intrapsychické. Akční způsoby zpracování stresu směřují k jednání, které vede ke změně. Můžou se také zaměřit na odstranění situace způsobující zátěž či reakcí na danou zátěž. Mezi intrapsychické způsoby zpracování stresu patří kognitivní procesy, jako je vnímání, myšlení, představy a další. Jedinci používají strategie jako odklon, popírání, podceňování či ale také nadhodnocení svých zdrojů pro překonání stresoru.

2.6 Vnitřní zdroje zvládání stresu

Je velké množství různých faktorů, které souvisí se zvládáním stresu. Mohou to být faktory trvající krátkodobě, jako je aktuální stav jedince, jeho okamžité dispozice či nálada. Na copingu se podílejí také trvalé faktory, k nimž se řadí osobnostní charakteristiky.

Zvládání stresu pomáhá jedinci obecně snížit ohrožení a dopady stresoru, který na něj působí. Člověk se snaží vyrovnat se stresovou situací tak, aby jeho sebeobraz zůstal pozitivní a zároveň byla zachována jeho emoční rovnováha. Ke zvládání stresu napomáhají různé vnitřní zdroje. Vnitřní zdroje můžeme chápat jako osobnostní charakteristiky, které se vyznačují podpurným účinkem pro zvládnutí dané situace. Pomocí vnitřních zdrojů může jedinec zvýšit pravděpodobnost lepšího zvládnutí stresové situace. Naopak při jejich nepřítomnosti se tato pravděpodobnost může snižovat (Paulík, 2010).

Pojem **hardiness** formulovala Kobasová. Chápala jej jako pevnost, zocelenost či nezdolnost, díky které má jedinec schopnost vytrvale bojovat s obtížemi. V naší literatuře se tento pojem vyskytuje právě pod názvem nezdolnost a je podobný konceptu sense of coherence. Hardiness obsahuje tři složky a to přesvědčení o svých možnostech zvládat stresové situace, výzvu a osobní zaujetí (Paulík, 2010). Jedinec, který nemá rozvinutou tuto charakteristiku, bude pociťovat větší beznaděj. Podle výsledků různých studií se ukazuje, že nezdolnost má pozitivní vliv na strategie zvládání stresu a chrání jedince před riziky spojenými se stresovými situacemi. Tato charakteristika osobnosti nám umožňuje zmírňovat vliv negativních životních situací (Vagni et al., 2020).

Sense of coherence je pojem, jehož autorem je Antonovsky (1987), který jej chápal jako globální orientaci, vyjadřující míru pocitu důvěry v to, že vnitřní či okolní podněty jsou pochopitelné, předvídatelné a strukturované. Z tohoto významu vyplývají tři dimenze sense of coherence. Jedinci s vysokou mírou sense of coherence snadněji dokáží čelit stresovým situacím, vnímají svět jako předvídatelný a nároky, které jsou na ně kladeny, vnímají jako výzvu. Také tito jedinci také pociťují menší stres a mají větší sociální podporu, která pozitivně působí na coping (Peker et al., 2012). Co se týče závislosti na návykových látkách, má dle Andersena & Berga (2001) sense of coherence spojitost s dřívějším odchodem uživatelů návykových látek z léčby.

U pojmu **resilience** se setkáváme s různými překlady, jako je houževnatost, elasticita a další. Baštecká & Goldman (2001) ji chápou nejen jako schopnost, ale i jako proces či výsledek zdařilé adaptace jedince navzdory negativním podmínkám. Pro její chápání je důležitá také flexibilita, díky níž je jedinec schopen se dobře adaptovat na pro něj ohrožující podmínky. Resilience bývá ve výzkumech uváděna jako důležitý prediktor duševního zdraví. Čím větší je resilience, tím vyšší je u jedince spokojenost se životem a se schopností lépe zvládat a vyrovnávat se se stresovými situacemi (Konaszewski et al., 2021).

Pojem **locus of control** je brán jako předpoklad člověka, že jeho vykonané činy určí podobu a míru trestů a odměn. Jde o přesvědčení, zda jedinec může ovlivnit či změnit důsledky svých činů. V různých situacích se toto přesvědčení proměňuje. Tento termín zavedl Rotter a můžeme se setkat s jeho překlady nazvané jako „umístění vlivu“ či „místo kontroly“ (Baštecká & Goldmann, 2001). Můžeme rozlišovat dva typy místa kontroly a to interní a externí. Jedinci s vnitřním místem kontroly věří, že osud mají ve svých rukou a mohou ovlivnit důsledky svých činů svými schopnostmi. Oproti tomu lidé, kteří mají externí místo kontroly, se domnívají, že nemají zodpovědnost za své chování (Kliment, 2014). Co se týče uživatelů návykových látek, studie od Haider et al. (2020) poukazuje, že většina z nich má vnější místo kontroly.

Self-efficacy je termín, který formuloval Bandura (1997) a definuje jej jako přesvědčení lidí o svých vlastních schopnostech a zda si myslí, že jsou schopni organizovat kroky potřebné k dosažení určitých úspěchů. Tento pojem bývá u nás často překládán jako „vnímaná osobní zdatnost“ či jako „vlastní zdatnost“. Self-efficacy může mít vliv na výběr chování a úsilí, které určuje, jak se zachováme při střetu se stresovými situacemi (Zamirinejad et al., 2016). Lidé s vysokou mírou self-efficacy lépe zvládají své emocionální stavy a využívají více aktivní strategie zvládání stresu, kdy se čelem staví nepříjemným situacím (Křivohlavý, 2009). Více se tomuto konstruktu budeme věnovat v samostatné kapitole.

2.7 Metody měření copingových strategií

Existuje velké množství nástrojů k měření copingových strategií. Převážně bývají copingové strategie měřeny prostřednictvím dotazníků. Tyto metody můžeme také odlišovat dle toho, jestli vychází z dispozičního či situačního přístupu.

Mezi jedny z nejznámějších dotazníků, které se využívají ve výzkumech pro určení copingových strategií patří dotazník **Ways of Coping Questionnaire (WCQ)**, jehož autoři jsou Lazarus a Folkmanová. Tento dotazník prošel již několika úpravami, kdy se výsledná verze skládá z 66 položek. Respondenti odpovídají pomocí čtyřstupňové stupnice. Tento dotazník se zaměřuje na zjišťování emocionálního zvládnání, řešení problému a sociální opory (Výrost & Slaměnik, 2001).

Pro účely naší našeho výzkumu byl použit dotazník **Strategie zvládnání stresu** neboli **SVF-78**. Janke & Erdmannová (2003) jsou autoři této metody. Tento dotazník zaznamenává postupy, které se využívají při zpracovávání stresu. Více se popisu této metody budeme věnovat ve výzkumné části naší práce.

Mezi metody sloužící k měření copingových strategií patří také dotazník **COPE**. Autory tohoto dotazníku jsou Carver et al. (1989). Dotazník obsahuje 60 položek a popisuje copingové strategie ve třech oblastech. Těmi jsou strategie, které jsou zaměřené na problém, strategie zaměřené na orientaci emocí a maladaptivní strategie.

K měření copingových strategií se používá také dotazník od Tobina et al. (1989) s názvem **Coping Strategy Inventory (CSI)**. Jedinec si má nejprve vzpomenout na stresovou, jemu nepříjemnou situaci, která se odehrála v posledních dvou měsících. Poté ji má krátce popsat a označit, jak tuto situaci vnímal. Dále v následujících tvrzeních označuje na pětibodové škále, zda s výrokem souhlasí či nikoliv. Copingové strategie se zde řadí dle jejich orientace nebo podle toho, zdali jsou to strategie příklonu či odklonu.

Většina metod měření copingových strategií je určena pro dospělé. Existují ale však i metody, které jsou zaměřeny na dětskou a dospívající populaci. Mezi takové dotazníky se řadí například Škála strategií zvládnání pro děti (CCSC) od autorů Ayerse & Sandlera (1996), či Adolescent Coping Orientation for Problem Strategies Questionnaire (A-COPE), jehož autoři jsou Patterson et al. (1987).

3 SELF-EFFICACY

Self-efficacy je koncept, který hraje důležitou roli v životě mnoha lidí. Ovlivňuje naše myšlení, prožívání a chování a významně se podílí na tom, jakým způsobem lidé se svými dovednostmi a znalostmi nakládají (Pajares, 2002). S konceptem self-efficacy se setkáváme především ve výzkumech v rámci psychologie osobnosti, sociální psychologie, psychologie zdraví, klinické psychologie či pedagogické psychologie (Draberová, 2016). V této kapitole si tento koncept blíže představíme.

3.1 Definice a vymezení pojmu self-efficacy

Koncept self-efficacy zavedl do psychologie Bandura (1997) v rámci jeho sociálně-kognitivní teorie. Uvedl jej jako přesvědčení o svých vlastních dovednostech a schopnostech při cestě za dosahováním svých cílů. Jde tedy o to, co si daný jedinec myslí, že může zvládnout v určitých situacích díky svým schopnostem. Jedinec, který věří, že úspěšně dosáhne vytyčeného cíle, bude mít větší motivaci započít určitou aktivitu, která k tomu vede. Pokud se ale domnívá, že jeho úsilí nepovede k úspěchu, spíše se činnosti vyhne. Míra motivace tedy bývá podmíněná mírou self-efficacy. Vlastní vnímané přesvědčení může mít různé důsledky, na čemž se podílí čtyři procesy a to kognitivní, afektivní, motivační a selektivní. Právě díky odlišné míře self-efficacy je možné, že dva jedinci, kteří mají objektivně stejné schopnosti, mohou dosahovat zcela rozdílných výkonů.

V naší literatuře se můžeme setkat s mnoha překlady tohoto termínu. Self-efficacy bývá překládáno jako vědomí vlastní účinnosti, sebeuplatnění, obecná vlastní efektivita, osobní účinnost a další (Blatný, 2010). Často se ale také ponechává původní anglické znění. Jelikož není v naší literatuře zcela jednotné používání českého ekvivalentu, budeme tak v naší práci používat původní anglický termín.

Bandura uvádí, že self-efficacy můžeme přiřadit i celé sociální skupině, organizaci, pracovnímu týmu či například školní třídě. V tomto případě jde o vnímanou zdatnost kolektivu. Jedná se o skupinové přesvědčení o schopnosti skupiny, která je nezbytná k provedení aktivit, které směřují k určitému výsledku. Členové skupiny však mohou mít rozdílný pohled na tuto jejich skupinovou charakteristiku. V této práci se však budeme zabývat self-efficacy čistě jako charakteristice samotného jedince (Bandura, 1997; Gavora, 2020).

Při vymezování konceptu self-efficacy si musíme dát pozor na jeho odlišení od podobných konceptů, jako jsou **self-confidence** či **self-esteem**.

- **Self-esteem** je koncept, který vychází z celkového sebepojetí jedince. Charakterizuje to, jakým způsobem na sebe jedinec nahlíží a zda si sebe dokáže vážít. Můžeme jej chápat jako sebeocnění či sebeúctu. Oproti self-efficacy, které se týká především čistě posouzení svých schopností úspěšně čelit situaci, se self-esteem pojí spíše s citovými prožitky a nemá takový vliv na úspěšné splnění úkolu. Avšak jedinec, který si více cení sám sebe, je schopný se lépe adaptovat na nové situace (Mareš, 2013). Při výskytu negativních událostí bývají jedinci s vyšší mírou self-esteem méně dotčeni těmito událostmi a dostávají se z nich rychleji než ti s nižší mírou. Self-esteem působí tedy jako protektivní faktor (Borders, 2014). Na naše sebeocnění má také vliv společnost či komunita, ve které žijeme. Můžeme svůj pohled na nás samotné měnit dle toho, jaké charakteristiky považuje společnost za žádoucí nebo které naopak odsuzuje (Bandura, 1997).
- **Self-confidence** můžeme chápat dle Paulíka (2010) jako sebedůvěru. Bývá provázena pozitivními emocemi týkající se vlastní osoby. Jestliže člověk věří ve své předpoklady a předem se neobává možného neúspěchu, může to mít pozitivní vliv na přijímání výzev. Bandura (1997) označuje self-confidence jako nescifický pojem, který neposkytuje žádná specifika týkající se úrovně kompetence, v níž si jedinec věří. Oproti tomu koncept self-efficacy bere v potaz nejen úroveň dané kompetence, ale i sílu přesvědčení jedince.

3.2 Sociálně kognitivní teorie

Výchozí teorií pro sociálně kognitivní teorii byla teorie sociálního učení. V této teorii jsou ale navíc obsaženy i autoregulační a motivační mechanismy jedince. Co se týče lidského chování, vychází tato teorie z triadického recipročního determinismu. To znamená, že oproti jednostrannému pojetí chování, které vysvětluje chování pouze na základě vlivů prostředí nebo vnitřních dispozic, bere v potaz tři skupiny faktorů. Mezi tyto tři skupiny faktorů řadí chování, vnější prostředí a osobnostní faktory (Janoušek, 1992). Tyto faktory jsou v interakci a vzájemně se ovlivňují. Může se ale také stát, že pouze jeden faktor vystoupí do popředí.

V této teorii Bandura (1986) vymezil základní lidské schopnosti. U každého jedince se může stát, že tyto schopnosti zůstanou buď nerozvinuté, nebo naopak budou stále více rozvíjeny. V důsledku toho může dojít k tomu, že budou mít u každého zcela jinou podobu. Jde o schopnosti:

- **Symbolizace**- Tato schopnost umožňuje jedinci zpracovávat a transformovat přechodné zkušenosti, dodávat jim význam, formu a časovou souvislost.
- **Myšlenková atribuce**- Díky této schopnosti můžeme předvídat, jak dopadnou budoucí činnosti.
- **Zástupné učení**- K učení nedochází pouze z přímé zkušenosti, ale i zástupně například prostřednictvím pozorování ostatních a důsledků jejich chování. Díky tomu si lidé mohou osvojovat nové vzorce chování, aniž by musely neustále získávat zkušenosti formou pokus omyl.
- **Autoregulace**- Díky této schopnosti můžeme hodnotit nesoulad mezi chováním a vnitřními standardy. To, k čemu dojdeme během tohoto hodnocení, může poté ovlivnit naše chování.
- **Autoreflexe**- Jde o posouzení a hodnocení svých schopností a také o změnu svého myšlení.
- **Symbolická komunikace**- Tuto schopnost Bandura podrobněji nerozebírá. V některých dílech ji však přiřazuje k hlavním schopnostem.

Self-efficacy se v tomto modelu chápe jako moment vlastního ovlivňování interakce mezi faktory a člověkem. Je chápána jako schopnost, která se projevuje ve víře a usuzování o svých schopnostech a sebeuplatnění. Také představuje účinnost ve zvládnání okolního prostředí (Janoušek, 1992).

3.3 Obecný či specifický konstrukt

Self- efficacy nemusíme chápat pouze jako celkovou víru ve své schopnosti. Bandura (1997) uvedl, že tento koncept nelze brát jen zcela obecně, ale vždy musíme myslet na kontext určité situace. Chápal jej tedy jako úkolově a situačně podmíněný koncept. Specifická self-efficacy tedy popisuje víru přinést dobré výsledky v určité oblasti života. Jedinec tedy může mít v jedné oblasti vysoké self-efficacy a v jiné oblasti naopak nízké.

Yeo & Neal (2006) poukazují na to, že se specifické i obecné self-efficacy jsou relativně stabilní v čase. Bandura však uznává, že obecné self-efficacy existuje, ale nemůžeme podle něj předvídat specifické self-efficacy.

I další autoři souhlasí s tím, že self-efficacy je především specifické podle dané oblasti a rozpracovávají dále tuto myšlenku. Jednou z nejvíce studovaných oblastí je například akademické self-efficacy (Zimmerman, 2010). Aby se ale mohla oblast specifického self-efficacy zkoumat, je nutné vytvořit škálu, která bude určena přímo pro danou oblast a bude obsahovat dílčí druhy úkolů, které daná oblast zahrnuje (Bandura, 1997).

Je zde ale také spousta autorů, kteří pokládají za přínosný také koncept obecného self-efficacy. To především z důvodu, že nám může přinést cenné informace o tom, jakou má jedinec obecnou jistotu v to, že dokáže zvládnout nové životní situace (Scholz et al., 2002). Luszczynska et al. (2005) zkoumali obecné self-efficacy a jeho univerzálnost na různých místech ve světě. Z jejich zjištění pramení, že self-efficacy můžeme pokládat za dobrý prediktor mnoha faktorů, jako je například úspěšná adaptace na stresující setkání. Dále také jedinci s vyšší globální self-efficacy jsou více přístupní, budou mít vyšší výkon a budou vytrvalejší při různých typech činností (DeWitz et al., 2009). Pro potřeby naší práce jsme si zvolili dotazník, který měří obecné self-efficacy a to právě z důvodů jistých nejasností, vyplývajících v rozličnosti chápání tohoto konstruktů. Dále také proto, že může přinést poznatky o tom, jak člověk vnímá všeobecně své schopnosti zvládnout různě náročné či nové situace v jeho životě.

3.4 Zdroje self-efficacy

Self-efficacy je pokládána za charakteristiku, která se vyvíjí během celého života. Na tento vývoj mají vliv právě zážitky a zkušenosti a také to, jak je daný jedinec vyhodnotí. Nejprve dochází k interpretaci událostí a na základě těchto informací si jedinec vytvoří přesvědčení o vlastních schopnostech (Gallagher & Kaufman, 2005). Na vývoj self-efficacy mají dle Bandury (1997) vliv čtyři zdroje. Tyto zdroje mohou působit na jedince společně ale i izolovaně.

- **Zážitek mistrovství-** Jde o opakující se zkušenosti s vydařeným výkonem a to především, když pro dosažení tohoto výsledku musel jedinec využít určité úsilí a překonal jisté překážky. To vede ke zvýšení self-efficacy. Při neustálém prožívání neúspěchu se míra self-efficacy může snižovat. Vliv na prožití

úspěchu má obtížnost úlohy, jestli ji splnil sám či s pomocí, kolik na to jedinec vynaložil úsilí a zda si myslí, že využití schopnosti pro dosažení úspěchu byly získané či vrozené. Právě tento zdroj patří k těm, které mají největší vliv na self-efficacy (Bandura, 1997).

- **Zástupná zkušenost-** Self-efficacy se může u jedince zvyšovat, když jemu podobná osoba v jeho okolí docílila úspěchu díky svým schopnostem. Právě pozorování ostatních lidí může u jedince vyvolat přesvědčení, že i on může dosáhnout stejného úspěchu. Důležitá je zde právě podobnost, jelikož čím podobnější daný vzor člověku je, tím víc na něj mají jeho úspěchy vliv (Bandura 1997).
- **Slovní přesvědčování jedince-** Tímto chápeme přesvědčování jedince o tom, že má všechny potřebné schopnosti k dosažení úspěchu (Janoušek, 1992). Tuto oporu a ubezpečení mu poskytují pro něj důležité osoby z jeho okolí. Povzbuzující zprávy o svých schopnostech od ostatních zvyšují self-efficacy a naopak negativní tvrzení od osoby, kterou daný jedinec respektuje, může jeho self-efficacy snížit (DeWitz et al., 2009). Je nutné myslet na to, zda je jedinec nabádán k realistickým cílům. Jestliže není a následkem toho úspěchu nedosáhne, může to snížit víru ve vlastní schopnosti.
- **Úsudek o vlastním fyzickém a emocionálním stavu-** I to, jak se cítíme, ovlivňuje naše hodnocení svých schopností. Když jedinec cítí bolest nebo se cítí unavený, bývá to považováno za příznak fyzické neschopnosti úspěšně dokončit úkol. Pozitivní emoce mohou člověka naopak motivovat a nabít jej pozitivní energií (Janoušek, 1992). Právě zmírnění stresu a celkové zlepšení fyzického stavu člověka může vést ke zvýšení self-efficacy (Bandura, 1997).

3.5 Self-efficacy u osob užívajících návykové látky

Lidé se závislostí na návykových látkách, v porovnání s lidmi bez závislosti, vykazují nižší úroveň self-efficacy. Self-efficacy může mít vliv také na to, zdali jedinec zanechá pití alkoholu či užívání jiných návykových látek (Křivohlavý, 2001). Z výsledků studií vyplývá, že self-efficacy předpovídá množství konzumace návykových látek. Vyšší self-efficacy se spojuje s menším užíváním návykových látek (Dolan et al., 2008). Zkoumá se také, jaký má vztah self-efficacy a relaps po absolvování léčby. U jedinců s vyšší mírou

self-efficacy je menší pravděpodobnost relapsu v následujících dvanácti měsících po ukončení léčby na návykových látkách. Self-efficacy můžeme dále pokládat i za prediktor dlouhodobé abstinence. Můžeme tedy říci, že self-efficacy je tedy považováno za významný prediktor úspěšnosti léčby (Allsop et al., 2000).

V průběhu léčby se doporučuje pracovat na zvýšení self-efficacy jedince. V jednotlivých fázích léčby by se měla zjišťovat úroveň self-efficacy a poté být posilována. U jedince může být posilována tím, že s ním budeme pracovat na jednoduchých a dobře splnitelných cílech. Podpora self-efficacy by měla prostupovat celým procesem léčby daného jedince (Sovinová & Csémy, 2003). Již Bandura (1977) uvedl, že pro léčbu závislosti je důležité posílit self-efficacy. Zároveň tvrdí, že každá úspěšná psychoterapie by měla vést ke zvýšení self-efficacy. Posilování self-efficacy má význam i u jedinců, kteří kromě závislosti na návykových látkách trpí ještě jinou duševní poruchou a mají závažnější klinický průběh a horší výsledky léčby než jedinci, kteří trpí pouze závislostí. Warren et al. (2007) uvádí, že právě větší míra self-efficacy se vztahovala u těchto jedinců k menšímu užívání návykových látek při následném sledování.

Kadden & Litt (2011) podotýkají, že relativně málo léčebných technik bylo navrženo speciálně pro změnu self-efficacy. Na změnu self-efficacy může mít v průběhu léčby vliv řada zcela různých intervencí. Úspěšné v tomto ohledu mohou být zkušenosti s úspěchem či aktivní účast na stanovení cílů (Lozano & Stephens, 2010). Na zvýšení self-efficacy může mít dále významný vliv léčba prevence relapsu (Hyde et al., 2008). Také kognitivně-behaviorální terapie se ukázala jako vhodná pro posílení self-efficacy (Finney et al., 1998). Ilgen et al. (2007) uvádí, že budování nových dovedností, jako je zvládání stresu, je také spojeno se zvýšením self-efficacy. Především se to týká aktivních strategií zvládání. Ve studii, ve které se zaměřovali její autoři Litt et al. (2008) na uživatele marihuany, došli k závěru, že zvýšení self-efficacy a používání adaptivních strategií v průběhu léčby vede po jejím ukončení k dlouhodobé abstinenci.

3.6 Metody měření self-efficacy

K měření self-efficacy existuje spousta nástrojů. Při volbě metod musíme brát v úvahu, zdali chceme měřit specifické self-efficacy či obecné. K měření self-efficacy můžeme použít kvalitativní metody jako rozhovor či pozorování. Avšak nejvíce využívané metody

k měření tohoto konceptu jsou dotazníkové metody, které řadíme pod kvantitativní metody (Gavora et al., 2020).

Jedním z nejpoužívanějších dotazníků k měření obecné self-efficacy je General self-efficacy scale (GPSE). Tento dotazník vytvořili Schwarzer a Jerusalem a do češtiny jej přeložil Křivohlavý pod názvem Dotazník obecné vlastní efektivity (Křivohlavý et al., 1993). Hodačová et al. (2020) uvádí, že psychometrické vlastnosti české verze tohoto dotazníku jsou dobré a dotazník pracuje jako celek smysluplně. Tento dotazník jsme použili ve výzkumné části naší práce, kde se budeme podrobněji zabývat jeho popisem. Mezi další dotazníky měřící obecnou self-efficacy patří New general self-efficacy (NGSE), která má 8 položek a zjišťuje přesvědčení jedince o tom, zda je schopný dosáhnout svých cílů i přes výskyt překážek (Chen et al., 2001).

Existují dotazníky měřící self-efficacy u osob se závislostí na alkoholu, které se zaměřují na zjištění jejich přesvědčení o schopnostech abstinovat či odolávat alkoholu. Mezi tyto dotazníky patří například Situational Confidence Questionnaire (SCQ) či The Drink Refusal Self-Efficacy Questionnaire. V některých výzkumech tyto dotazníky upravili a použili je u uživatelů návykových látek jiného typu (Kadden & Litt, 2011). Jsou vyvinuty také dotazníky, které jsou určeny pro děti a dospívající jako je například Children's perceived self-efficacy scale (CPSE), jehož autorem je Bandura nebo například Children's coping strategies checklist (CCSC), který vytvořili Ayers & Sandler (1996).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÝCH CÍLŮ A HYPOTÉZ

Pro náš výzkum jsme si stanovili tři následující cíle:

Cíl 1

Naším prvním cílem je srovnat využívání jednotlivých strategií zvládnání stresu a míry self-efficacy u výzkumné skupiny osob se závislostí na návykových látkách a u kontrolní skupiny osob bez závislosti na návykových látkách. K tomuto cíli se váží následující hypotézy:

- **H1:** Mezi osobami se závislostí na návykových látkách a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl v používání jednotlivých strategií zvládnání stresu.
- **H2:** Osoby se závislostí na návykových látkách ve výzkumném souboru dosahují vyššího skóru ve škále negativní strategie ve srovnání s kontrolní skupinou.
- **H3:** Osoby se závislostí na návykových látkách ve výzkumném souboru dosahují nižšího skóru ve škále pozitivní strategie ve srovnání s kontrolní skupinou.

Pro tyto hypotézy vycházíme ze zjištění, že osoby se závislostí na návykových látkách využívají více maladaptivní copingové strategie, z nichž tíhnou nejvíce k vyhýbavým strategiím zvládnání (Ribadier & Varescon, 2017).

- **H4:** Osoby se závislostí na návykových látkách mají nižší míru self-efficacy než kontrolní skupina osob bez závislosti na návykových látkách.

Tuto hypotézu jsme stanovili na základě studie od Dolan et al. (2008) ve které uvádějí, že nižší míra self-efficacy se očekává u lidí, kteří mají za sebou dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek.

Cíl 2

Jako druhý cíl jsme si stanovili zjistit, zdali u osob se závislostí na návykových látkách existuje souvislost mezi strategiemi zvládnání stresu a self-efficacy. Tento cíl bude zkoumán na základě korelací mezi škálami metody SVF-78 a DOVE. Tento cíl obsahuje dvě hypotézy:

- **H5:** Mezi užíváním pozitivních strategií zvládnání stresu a mírou self-efficacy existuje statisticky významná pozitivní korelace.
- **H6:** Mezi užíváním negativních strategií zvládnání stresu a mírou self-efficacy existuje statisticky významná negativní korelace.

Tyto hypotézy jsme si stanovili na základě zjištění, že vyšší míra self-efficacy souvisí s využíváním adaptivních strategií zvládnání, především s těmi orientovanými na problém. Naopak nižší míra self-efficacy souvisí s maladaptivními strategiemi zvládnání (Yang et al., 2010).

Cíl 3

Posledním vedlejším cílem jsme si stanovili porovnat self-efficacy a strategie zvládnání stresu mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách. Jelikož náš výzkumný soubor není vyvážený z hlediska pohlaví, nemůžeme zjišťovat vztah self-efficacy a strategií zvládnání stresu mezi všemi muži a ženami v našem výzkumném souboru. Přesto nás však tento vztah zajímal a proto uvádíme hypotézy, které se tohoto vztahu týkají a mohou dát podnět pro další výzkum. Abychom vyrovnali náš výzkumný soubor z hlediska pohlaví, vymezili jsme věkovou skupinu 25 až 38 let, do které spadalo 15 žen a 15 mužů. Jsme si vědomi, že se jedná o malý vzorek a výsledky tedy nemůžeme zobecňovat. Pro tuto věkovou skupinu osob se závislostí na návykových látkách jsme si stanovili tři hypotézy:

- **H7:** Muži se závislostí na návykových látkách dosahují signifikantně vyšší míry self-efficacy než ženy se závislostí na návykových látkách.
- **H8:** Mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání negativních strategií zvládnání stresu.
- **H9:** Mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání pozitivních strategií zvládnání stresu.

Při stanovení hypotéz jsme vycházeli z řady studií. Caprara et al. (2020) uvádí, že muži dosahují vyšší míry self-efficacy oproti ženám. Co se týče strategií zvládnání stresu, z výsledků studií vyplývá, že ženy trpí více stresem než muži a využívají více strategie zvládnání zaměřené na emoce (Alvi et al., 2021; Matud, 2004).

5 PRŮBĚH VÝZKUMU A JEHO MOŽNÁ RIZIKA

Sběr dat pro náš výzkum probíhal v období zimy 2020 a jara 2021. Původním záměrem bylo získat respondenty z terapeutických komunit, doléčovacích center a terapeutických center zabývajících se léčbou závislostí na návykových látkách, kdy by bylo primárním cílem porovnat u těchto skupin získaná data o strategiích zvládnání stresu a self-efficacy. Vzhledem k epidemiologické situaci na území České republiky a průzkumu, zdali by v těchto zařízeních mohl výzkum probíhat, jsme se omezili jen na doléčovací centra. Šlo tedy o záměrný výběr přes instituci. Byly oslovovány doléčovací centra na území celé České republiky. Po domluvě a získání povolení k výzkumu se do výzkumu zapojily zařízení:

- 1) Renarkon, Doléčovací centrum v Ostravě
- 2) Podané ruce, Doléčovací centrum ve Zlínském kraji
- 3) Podané Ruce, Doléčovací centrum v Brně
- 4) P-centrum, Doléčovací centrum v Olomouci

Administrace probíhala stylem tužka-papír. Vzhledem k epidemiologickým opatřením daných zařízení prováděli po předchozí domluvě administraci pracovníci těchto zařízení. Respondenti byli informováni o zachování anonymity a důvěrném zpracování informací a získali jsme jejich informovaný souhlas se zpracováním dat pro účely naší práce. Respondenti měli také možnost kdykoliv v průběhu vyplňování dotazníku odstoupit bez udání důvodu. Dohromady se nám podařilo se nám získat data od 53 osob se závislostí na návykových látkách. Kvůli nesplnění námi požadovaných kritérií či nevyplnění všech požadovaných položek jsme museli vyřadit z výzkumu 8 respondentů. Konečný výzkumný soubor tak tvořil celkově 45 respondentů.

Co se týče kontrolního souboru, snažili jsme se jej vytvořit tak, aby co nejvíce odpovídal výzkumnému souboru a to v kritériích pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání. Vzhledem k epidemiologickým opatřením a omezením pohybu na území ČR, jsme se rozhodli oslovovat potencionální respondenty metodou sněhové koule. Tato metoda je vhodná ke sběru specifických souborů, kdy je vybráno několik jedinců, kteří splňují předem daná kritéria. Každý z nich poté určí několik dalších osob, o kterých se domnívá, že by byli vhodní k zařazení do výzkumu. Doporučených jedinců se dotážeme na to stejné, čímž výsledný počet oslovených lidí stále stoupá (Reichel, 2009). Lidem, které se

nám podařilo získat pomocí této metody, jsme zaslali prostřednictvím sociálních sítí odkaz na stránku, kde mohli naleznout online dotazník.

6 TYP VÝZKUMU A METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Pro náš výzkum jsme zvolili formu kvantitativního výzkumu. Metodou zvolenou pro náš výzkum bylo dotazníkové šetření. Ferjenčík (2000) definuje dotazník jako „*standardizované interview v písemné podobě*“. K výhodám dotazníků patří úspora času a finančních prostředků. Co se týče nevýhod, může dojít k tomu, že respondenti nemusí některým otázkám rozumět. Také nemůžeme respondentům položit doplňující otázky.

Součástí úvodu našeho dotazníku byly položky, které se ptaly na sociodemografické údaje, především na jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav. Dále jsme se ptali na charakteristiky související s užíváním návykových látek- na návykovou látku, kvůli které vyhledali odbornou pomoc, délku užívání, délku abstinence a zdali se již v minulosti léčili ze závislosti. Aby nedošlo k identifikaci respondentů a byla zachována anonymita, respondenti nemuseli uvádět konkrétní údaje, ale mohli si vybírat z předem daných kategorií, doplněnou o pole pro možné volné vyjádření.

Dále následovaly testové baterie, které se skládaly ze dvou dotazníků a to Dotazníku obecné vlastní efektivity a Strategie zvládnání stresu.

6.1 Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)

Dotazník obecné vlastní efektivity byl přeložen z původní německé verze Křivohlavým et al. (1993) a jeho autory jsou Swarzer a Jerusalem. Jde o jednodimenzionální dotazník a řadí se mezi metody, které měří obecnou self-efficacy, tedy obecnou míru přesvědčení o svých schopnostech.

Dotazník obsahuje 10 položek. Průměrné vyplnění zabere respondentovi přibližně 2-3 minuty, ale čas na vyplnění dotazníku zde omezen není. U každé položky má respondent na výběr ze čtyř možností od „zcela nesouhlasím“, která je ohodnocena jedním bodem, až po „zcela souhlasím“, která je ohodnocena čtyřmi body. Hodnoty jsou pak následně sečteny a udávají nám hrubý skór, jenž se pohybuje v rozmezí hodnot 10 až 40 (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Ve studii od Scholze et al. (2002) došli ke zjištění, že mezinárodní průměrná míra self-efficacy je 29,55 bodů.

Tento dotazník je využíván mezinárodně a je přeložen do více než 25 světových jazyků. Co se týče reliability tohoto dotazníku, Crombachova alfa se pohybovala ve výzkumech v hodnotách od 0,76 po 0,90. O validitě tohoto dotazníku svědčí mnohé pozitivní korelace

s pracovní spokojeností či dispozičním optimismem. Negativní korelace se ukázala být s úzkostí, stresem, depresí či syndromem vyhoření (Jerusalem & Schwarzer, 1999). Také Hodáčová et al. (2020) poukazují na dobré psychometrické vlastnosti tohoto dotazníku a vysokou míru vnitřní konzistence, která v jejich studii dosahovala hodnoty 0,92.

6.2 Strategie zvládnání stresu (SVF-78)

Dotazník SVF-78, jehož autory jsou Janke & Erdmannová (2003, p. 10), je „*vicedimenzionální sebezpozorovací inventář, zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích*“. Jedná se o zkrácenou verzi původního dotazníku SVF-120. Do češtiny byl tento dotazník přeložen Švančarou. Dotazník slouží k zachycení postupů, které jedinec používá při zpracování stresu. Umožňuje analýzu strategií zvládnání stresu směřujících k redukci stresu či vedoucích k zesílení stresu. Janke & Erdmannová (2003) upozorňují, že výsledky tohoto dotazníku vypovídají o strategiích zvládnání jen v té míře, nakolik jsou respondenti ochotní k jejich sdílení a také nakolik jsou způsoby zpracování stresových situací přístupné jejich sebezpozorování.

SVF-78 obsahuje 78 položek, které jsou řazeny do 13 subtestů. Respondent odpovídá na otázky na pětibodové likertově škále, od hodnoty 0, která odpovídá možnosti „vůbec ne“ až po hodnotu 4, která znamená „velmi pravděpodobně“. U respondentů se zjišťují celkové pozitivní strategie, negativní strategie a dále ještě tři dílčí strategie. Vyplňování tohoto dotazníku zabere respondentům přibližně 10-15 minut (Janke & Erdmannová, 2003).

Pozitivní strategie

- **Strategie přehodnocení a strategie devalvace**- zde jde především o snahu snížit či přehodnotit význam stresoru či prožívání stresu. Tato oblast je tvořena dvěma subtesty:
 - *Podhodnocení*- Pro jedince je typická tendence podhodnocovat své reakce oproti ostatním lidem či je hodnotit příznivěji.
 - *Odmítání viny*- Jedinci s touto strategií odmítají vlastní zodpovědnost za zátěž. Je typický defenzivní strategií.

- **Strategie odklonu-** Zde jde o tendence lidí k jednání, které se orientují na odklon od stresoru či na příklon k náhradním možnostem či aktivitám. Tuto oblast tvoří také dva subtesty:
 - *Odklon-* Pro tuto strategii je typická tendence, která směřuje k odklonu při nastalé zátěži. Může jít o snahu navodit příjemné psychické stavy, které zmírňují prožívaný stres.
 - *Náhradní uspokojení-* Tento subtest zahrnuje sklon lidí k jednání, které je orientované na kladné city, které se ale zároveň nevztahují přímo ke stresové události. Tyto kladné pocity může jedinec získat vnějšími odměnami, jako například když se nají dobrého jídla, udělá si radost koupáním si něčeho, co mu přináší pocit radosti a další.
- **Strategie kontroly-** Zde jsou zahrnuty snahy po zvládnání situace, její kontroly a kompetenci. Tyto snahy jsou konstruktivní.
 - *Kontrola situace-* Jedinec se snaží získat kontrolu nad stresovými situacemi tím, že analyzuje vzniklou situaci, plánuje další kroky ke zlepšení této situace a aktivně se snaží zasáhnout.
 - *Kontrola reakci-* Jde o schopnost kontrolovat své reakce při stresových situacích. Jedinec se snaží nedovolit si se rozrušit stresovou situací či případné rozrušení na sobě nedat znát a čelit situaci.
 - *Pozitivní sebeinstrukce-* Tento subtest slouží ke zjištění toho, v jaké míře mají lidé tendenci přisuzovat kompetenci sami sobě a zda si ve stresových situacích dodávají odvalu. Při využívání této strategie se objevují nejen kladné myšlenky a postoje, které zvyšují sebedůvěru ale také sugesce, které se vztahují k tomu, ať se jedinec nevzdá a vydrží to.

Zřídka se vyskytující strategie

- **Potřeba sociální podpory-** Při této strategii zvládnání jedinec vyhledává kontakt s druhými lidmi a snaží se získat jejich podporu při řešení stresové situace. Tato podpora může být ve formě rady, rozhovoru či při konkrétní pomoci s řešením vzniklé situace. Využívání této strategie však může být výrazem nejen rezignačních či bezmocných postojů, ale může naopak naznačovat i aktivní hledání podpory při zvládnání stresových situací.

- **Vyhýbání se-** Zde jde o vyhnutí se stresovým situacím a snahu o zabránění se střetem s podobnými situacemi.

Negativní strategie

Negativní strategie jsou takové, které stres spíše zesilují. Jedinci chybí kompetence ke zvládnutí stresu. Má spíše sklon uniknout ze vzniklé situace, rezignovat a není schopen se uvolnit.

- **Úniková tendence-** Jedinec se snaží uniknout ze vzniklé stresové situace, jelikož jí není schopen čelit. Tuto strategii zvládnutí můžeme považovat za maladaptivní. Může u ní docházet spíše ke zvýšení míry stresu.
- **Perseverace-** Člověk není schopen se odpoutat od myšlenek spojených se stresovou situací. Jedinci se neustále vnucují negativní myšlenky a představy, které jej po dlouhou dobu zatěžují a zabírají kapacitu. To vede k většímu zatížení a pro jedince je těžší obnovit jeho výchozí stav před stresovou situací.
- **Rezignace-** Pro tuto strategii zvládnutí je typický subjektivní nedostatek možností zvládat stresové situace. Jedinec prožívá pocit beznaděje vztahující se k dané situaci a svým možnostem ji zvládnout, tak se raději předem vzdává, aniž by se o zvládnutí situace alespoň pokusil.
- **Sebeobviňování-** Jedná se o tendenci přisuzovat chyby svému jednání, které se týká stresové situace. Také má sklon k přisuzování si viny na vzniku dané situace a celkovému pocitu sklíčenosti (Janke & Erdmannová, 2003).

Pro dotazník SVF-78 byl standardizační vzorek tvořen 124 muži a 122 ženami. Zkoumání proběhlo dle dvoufaktorového plánu s faktory věk a pohlaví. Co se týče reliability a vnitřní konzistence, v manuálu dotazníku se uvádí, že byly tyto hodnoty zjišťovány metodou půlení a pohybovaly se v hodnotách 0,80. U některých subtestů dosahují hodnoty až 0,90. Nižší hodnoty jsou pouze u subtestů odklon a kontrola situace (Janke & Erdmannová, 2003).

7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO A KONTROLNÍHO SOUBORU

7.1 Výzkumný soubor

Náš výzkum byl prováděn na specifické populaci lidí se závislostí na návykových látkách, kteří jsou klienty doléčovacích center v rámci České republiky. Doléčovací centra poskytují služby klientům, kteří již absolvovali krátkodobou, střednědobou či dlouhodobou léčbu závislostí (Renarkon, 2019). Mezi naše stanovená kritéria pro zařazení probanta do výzkumného souboru patřilo:

- 1) Léčba v doléčovacích centrech zabývajících se léčbou závislostí na území České republiky
- 2) Probant se léčí s látkovou závislostí jakéhokoliv typu
- 3) Probant souhlasil s účastí na výzkumu

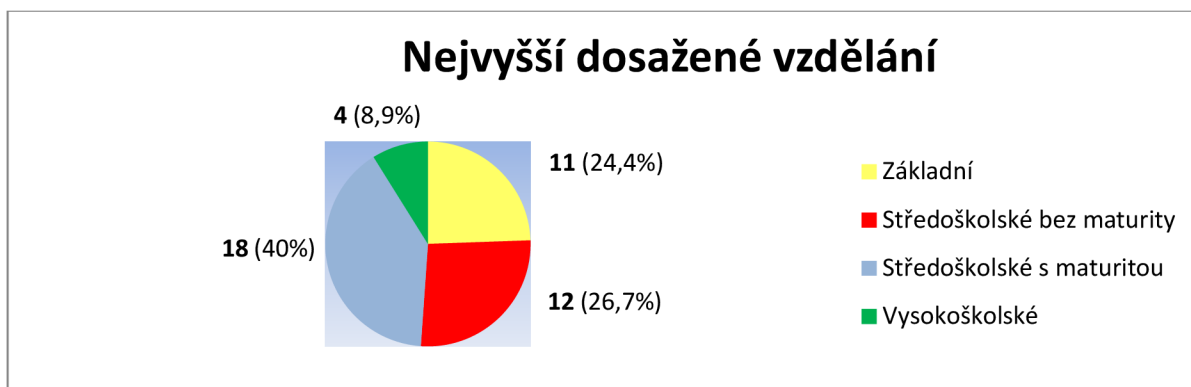
Náš výzkumný soubor tvořilo 45 respondentů, z nichž bylo 30 mužů a 15 žen. Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo od 24 do 64 let. Průměrný věk našich respondentů byl 35,42 let.

Tabulka 1: Deskriptivní statistika věku výzkumného souboru

	N	M	SD	Min.	Max.
věk	45	35,42	8,75	24	64

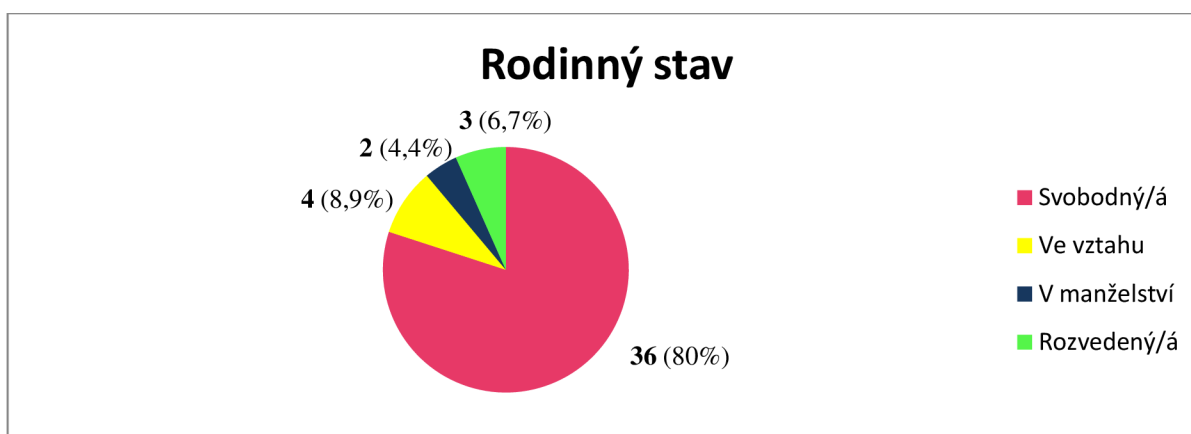
Respondentů jsme se dále ptali, jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Toto rozložení můžeme vidět na grafu č. 1. Základní vzdělání uvedlo 11 respondentů a středoškolské vzdělání bez maturity uvedlo 12 respondentů. 18 respondentů, což bylo nejvíce respondentů z našeho souboru, uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou. Čtyři respondenti byli s vysokoškolským vzděláním.

Graf 1: Rozložení výzkumného souboru z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání



Od respondentů jsme také zjišťovali rodinný stav, jehož rozložení můžeme vidět na grafu č. 2. Většina, a to přesně 36 respondentů, bylo svobodných. Ve vztahu s přítelem/přítečkyní byli 4 respondenti. Tři respondenti byli rozvedení a nejméně respondentů bylo aktuálně v manželství.

Graf 2: Rozložení výzkumného souboru z hlediska rodinného stavu



Od respondentů jsme dále zjišťovali charakteristiky, které se vztahovaly k užívání návykových látek. Nejprve jim byla položena otázka, kvůli jakým návykovým látkám vyhledali odbornou pomoc. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Celkově 12 respondentů uvedlo více než jednu návykovou látku. Z tohoto důvodu docházelo ke spojení různých odpovědí, které ale v rámci tohoto výzkumu nesledujeme. Respondenti měli možnost i vepsat svou odpověď, pokud jim žádná z nabízených možností nevyhovovala. V tabulce uvádíme pouze odpovědi, které byly vybrány alespoň jedním respondentem. Například tedy takový kokain, který měli respondenti v možnostech výběru, ale nikdo z našich respondentů jej nevybral, v tabulce č. 2 neuvádíme.

Tabulka 2: Rozložení výzkumného souboru z hlediska typu užívaných návykových látek

Typ návykové látky	Počet výběru dané položky
Alkohol	16
Pervitin	29
Heroin	6
Jiné opiáty	1
Kanabinoidy	8
Benzodiazepiny	1

Další položka se ptala na přibližnou délku užívání návykových látek. Dva respondenti uvedli užívání návykové látky v rozpětí 1-2 let. O něco více, tedy 6 respondentů odpovědělo, že užívalo návykovou látku 2-5 let. Nejvíce respondentů, a to 28, jich uvedlo, že užívali návykovou látku 5 let a více. Déle než 10 let potvrdilo užívání návykových látek devět respondentů (tab 3).

Tabulka 3: Rozložení výzkumného souboru dle délky užívání

Délka užívání	N	Četnost
1-2 roky	2	4,4%
2-5 let	6	13,3%
5-10 let	28	62,2%
10 a více	9	20%

Další položka našeho dotazníku se ptala na délku současné abstinence. Z našich respondentů jich 8 abstínuje méně jak půl roku. Nejvíce respondentů, kterých bylo 21, uvedlo, že abstínují půl roku až rok. Deset respondentů abstínuje rok až dva roky. Déle jak dva roky abstínuje šest respondentů. Toto rozložení můžeme vidět v tabulce č. 4.

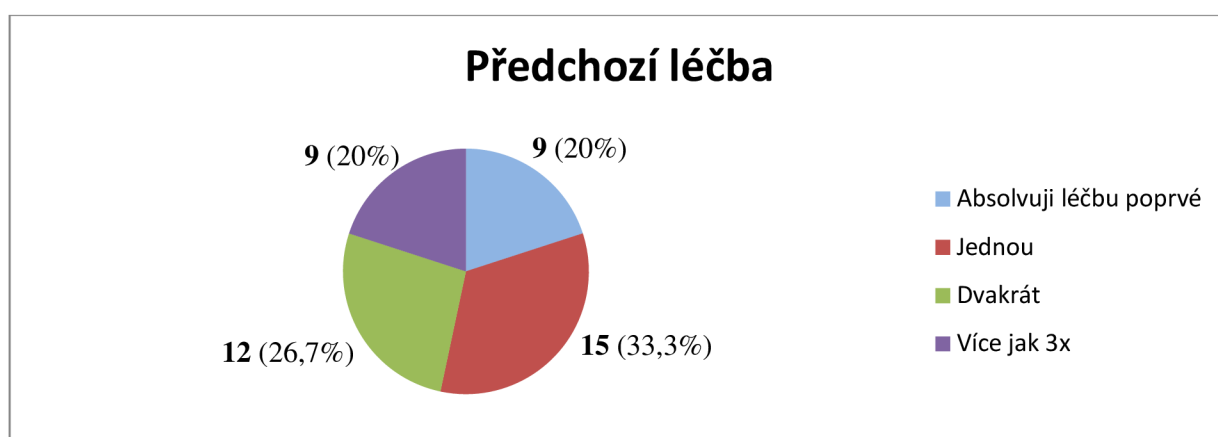
Tabulka 4: Rozložení výzkumného souboru z hlediska délky abstinence

Délka abstinence	N	Četnost
Méně než půl roku	8	17,8%
Půl rok až rok	21	46,7%
1 rok až 2 roky	10	22,2%

Více jak 2 roky	6	13,3%
-----------------	---	-------

V poslední řadě jsme se respondentů ptali, zdali již v minulosti absolvovali léčbu se závislostí na látkových návykových látkách ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Toto rozložení můžeme pozorovat na grafu č. 3. Nejvíce našich respondentů uvedlo, že již jednou léčbu v minulosti absolvovali. Devět respondentů se aktuálně léčí se závislostí poprvé. Dvakrát léčbu v minulosti absolvovalo 12 respondentů. Za zmínku stojí, že 9 respondentů se v minulosti léčilo více než 3x.

Graf 3: Rozložení výzkumného souboru z hlediska předchozí léčby



7.2 Kontrolní soubor

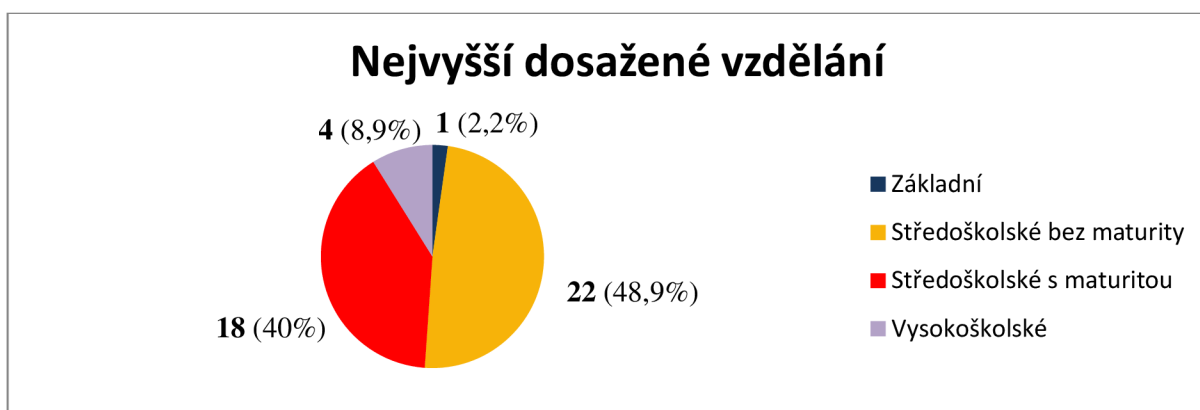
Kritériem pro to, aby jedinec mohl být zařazen do kontrolního souboru, byla podmínka, aby se v průběhu života nikdy neléčil s látkovou závislostí a zároveň mu nebyla diagnostikována žádná z duševních poruch či poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek. Kontrolní soubor jsme se snažili vytvořit tak, aby splňoval kritéria podle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání výzkumného souboru. Co se týče pohlaví, kontrolní soubor tvořilo 15 žen a 30 mužů, stejně jak tomu je u výzkumného souboru. Průměrný věk našeho kontrolního souboru je 35,49 viz tabulka č. 5.

Tabulka 5: Rozložení kontrolního souboru z hlediska věku

	N	M	SD	Min.	Max.
věk	45	35,49	8,68	24	64

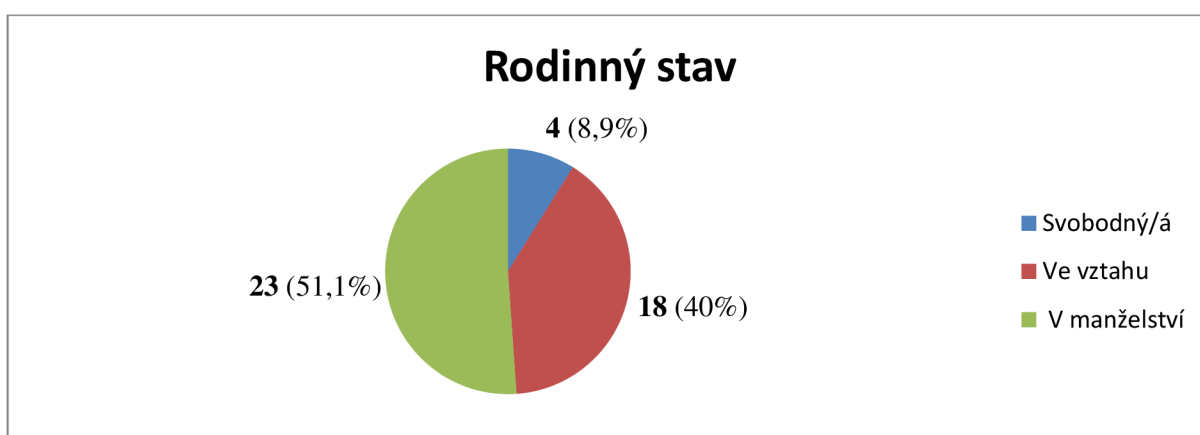
V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání se náš kontrolní soubor v jisté míře odlišoval od výzkumného souboru, jelikož se nám podařilo získat pouze 1 respondenta se základním vzděláním. Nejvíce respondentů v kontrolním souboru bylo se středoškolským vzděláním bez maturity, kterých bylo 22. Respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou bylo v našem kontrolním souboru 18 a s vysokoškolským vzděláním 4. Rozložení z hlediska dosaženého vzdělání můžeme vidět v grafu č. 5.

Graf 4: Rozložení kontrolního souboru dle dosaženého vzdělání



V poslední řadě jsme zjišťovali u kontrolního souboru rodinný stav, jehož rozložení můžeme vidět v grafu č. 5. Nejméně respondentů bylo svobodných a to přesně 4. Ve vztahu s přítelem či přítelkyní je 18 respondentů. 23 respondentů uvedlo, že je v manželství. Žádný z našich respondentů nebyl rozvedený.

Graf 5: Rozložení kontrolního souboru dle rodinného stavu



8 STATISTICKÁ ANALÝZA DAT

Pro statistické zpracování našich získaných dat byl použit statistický program SPSS. Prvním krokem bylo ověření reliability škál dotazníku SVF-78 a dotazníku DOVE prostřednictvím Cronbachovy alfy, která slouží ke zjištění vnitřní konzistence. Dále jsme zjišťovali, zdali je v našem výzkumném a kontrolním vzorku normální rozložení a to prostřednictvím Kologorov- Smirnova testu. Všechny získané hrubé skóry jednotlivých škál dotazníku SVF-78 jsme převedli na T-skóry, se kterými jsme pracovali ve výsledkové části této práce. Poté jsme ověřovali jednotlivé hypotézy, kdy jsme pro jednotlivé testy používali hladinu významnosti 0,05.

Hypotézy H1- H4, které se vztahují k našemu prvnímu stanovenému cíli, jsme ověřovali prostřednictvím parametrického t-testu či Man-Whitney U testu, v závislosti na tom, zdali se jednalo o normální rozložení či nikoli. Tyto testy slouží k porovnání výsledků jedné skupiny od výsledků skupiny druhé, abychom mohli zjistit, jak se tyto výsledky liší. Hypotézy H5 a H6 jsme ověřovali prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu (r_s) z důvodu neparametrického rozložení dat. Tento koeficient slouží ke zjišťování směru a těsnosti vztahu daných proměnných a nabývá hodnot od -1 do 1, které poukazují na negativní či pozitivní vztah proměnných. Pro ověření hypotéz H7- H9 jsme použili Man-Whitney U test, kvůli neparametrickému rozložení dat a nízkému počtu respondentů ve výběru stanoveného pro tyto hypotézy vztahující se ke třetímu výzkumnému cíli.

9 VÝSLEDKY

Naším prvním krokem bylo ověření psychometrických vlastností u dotazníků SVF-78 a DOVE. Dotazník DOVE prokázal vysokou míru vnitřní konzistence, kterou jsme ověřovali prostřednictvím Cronbachovy alfy. U lidí se závislostí na návykových látkách nám tato hodnota vyšla 0,90 a u kontrolního souboru nám vyšla míra vnitřní konzistence 0,84.

Co se týče reliability jednotlivých škál dotazníku SVF-78, uvádíme je níže v tabulce č. 6. U obou souborů ani v jednom případě hodnota Cronbachovy alfy neklesla pod hodnotu 0,70. Koeficient Cronbachovy alfy dosahoval u škály pozitivních i negativních strategií u obou souborů vyšších hodnot než 0,80. Můžeme tedy říci, že dotazník prokazuje dobrou vnitřní konzistenci.

Tabulka 6: Reliabilita dotazníku SVF-78

	Cronbachova alfa u výzkumného souboru	Cronbachova alfa u kontrolního souboru
Podhodnocení	0,87	0,74
Odmítání viny	0,70	0,72
Odklon	0,76	0,71
Náhradní uspokojení	0,77	0,80
Kontrola situace	0,83	0,70
Kontrola reakcí	0,71	0,70
Pozitivní sebeinstrukce	0,78	0,73
Potřeba sociální opory	0,92	0,88
Vyhýbání se	0,86	0,77
Úniková tendence	0,80	0,78
Perseverace	0,92	0,90
Rezignace	0,87	0,82
Sebeobviňování	0,87	0,84
Pozitivní strategie	0,83	0,81
Negativní strategie	0,83	0,85

Cíl 1: Naším prvním stanoveným cílem bylo srovnat využívání jednotlivých strategií zvládnání stresu a míru self-efficacy u výzkumného souboru osob se závislostí na návykových látkách a u kontrolní skupiny. Z tohoto cíle vycházely hypotézy H1 až H4, jejichž zhodnocení můžeme nalézt v následující kapitole.

V první hypotéze H1 jsme ověřovali, zdali mezi osobami se závislostí na návykových látkách a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl v používání jednotlivých strategií zvládnání stresu. Ke zhodnocení této hypotézy jsme nejprve museli zjistit, zdali máme normální rozložení a to prostřednictvím Kolmogorov-Smirnovova testu. Neparametrické rozložení jsme zjistili u několika škál a to přesně u škál podhodnocení, odmítání viny, náhradní uspokojení, kontrola situace a rezignace. Pro tyto škály jsme použili neparametrický Mann-Whitney U test. U ostatních škál s normálním rozložením jsme použili parametrický t-test. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny u škál odmítání viny, potřeba sociální opory a sebeobviňování. Můžeme tedy říci, že osoby se závislostí na návykových látkách více využívají strategie potřeba sociální opory a sebeobviňování oproti osobám bez závislosti. Naopak dosahují signifikantně nižšího skóre ve strategii odmítání viny. Jednotlivé výsledky uvádíme v následující tabulce č. 6.

Tabulka 7: Výsledky testování rozdílu jednotlivých škál SVF-78 u osob se závislostí na návykových látkách a kontrolním souborem

Škála	Výzkumný soubor		Kontrolní soubor		Sig
	M	SD	M	SD	
Podhodnocení	48,98	14,59	53,71	8,96	0,114
Odmítání viny	48,67	13,48	55,82	10,12	0,012
Odklon	50,93	11,80	50,38	9,37	0,805
Náhradní uspokojení	51,18	10,88	53,09	9,94	0,492
Kontrola situace	49,13	12,29	48,11	8,05	0,439
Kontrola reakce	49,36	9,50	48,47	8,52	0,641
Pozitivní	46,31	11,44	46,64	8,35	0,88
Potřeba soc. opory	56,24	11,31	51,36	10,52	0,037
Vyhýbání se	54,87	10,18	56,76	7,17	0,312
Úniková tendence	56,80	10,67	54,64	10,57	0,338
Perseverace	53,93	11,15	50,78	10,05	0,162
Rezignace	55,49	13,62	53,78	10,86	0,677
Sebeobviňování	55,53	14,03	49,69	11,93	0,036

Hypotézu H2, která se týkala toto, zda osoby se závislostí na návykových látkách dosahují vyššího skóru ve škále negativních strategií ve srovnání s kontrolní skupinou, jsme ověřovali prostřednictvím parametrického t-testu. Zjistili jsme totiž, že se podle Kolmogorov-Smirnov testu jedná o normální rozložení. Jak si můžeme všimnout v tabulce č. 7, byl zde zjištěn statisticky významný rozdíl. Dle našich výsledků můžeme tedy říci, že lidé se závislostí na návykových látkách využívají více negativní strategie zvládnání stresu oproti kontrolnímu souboru osob bez závislosti na návykových látkách.

Tabulka 8: Testování rozdílu negativních strategií mezi osobami se závislostí a kontrolním souborem

Škála	Výběrový soubor		Kontrolní soubor		Sig.
	M	SD	M	SD	
Negativní strategie	58,44	12,30	53,53	10,95	0,049

Hypotézu H3 jsme ověřovali pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu, jelikož jsme u škály pozitivních strategií zvládnání zjistili prostřednictvím Kolmogorov-Smirnovova testu nenormální rozložení. Tato hypotéza ověřovala, zdali osoby se závislostí na návykových látkách dosahují nižšího skóru ve škále pozitivní strategie ve srovnání s kontrolní skupinou. Přestože v našem výzkumu dosáhly osoby se závislostí na návykových látkách nižšího skóru v pozitivních strategiích zvládnání, jak si můžeme všimnout v tabulce č. 9, nebyl zde nalezen statisticky významný rozdíl.

Tabulka 9: Testování rozdílu pozitivních strategií zvládnání mezi osobami se závislostí a kontrolním souborem

Škála	Výběrový soubor		Kontrolní soubor		Sig.
	M	SD	M	SD	
Pozitivní strategie	50,56	13,08	52,40	10,67	0,409

Hypotézu H4 jsme ověřovali také pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu, jelikož jsme zjistili u škály self-efficacy nenormální rozložení. V této hypotéze jsme se

snažili ověřit, zdali osoby se závislostí na návykových látkách mají nižší míru self-efficacy než kontrolní skupina osob bez závislosti. Můžeme si v tabulce č. 10. všimnout, že navzdory našim očekáváním, v našem souboru je self-efficacy vyšší u osob se závislostí oproti kontrolní skupině osob bez závislosti. Nejedná se však o statisticky významný výsledek.

Tabulka 10: Testování rozdílu v self-efficacy mezi osobami se závislostí a kontrolním souborem

Škála	Výběrový soubor		Kontrolní soubor		Sig.
	M	SD	M	SD	
Self-efficacy	29,47	6,17	28,82	4,38	0,435

Druhý cíl naší práce se snaží zjistit, zdali u osob se závislostí na návykových látkách existuje souvislost mezi strategiemi zvládání stresu a self-efficacy. Z tohoto cíle vychází hypotézy H5 a H6. Tento cíl budeme zkoumat na základě korelací mezi škálami dotazníku SVF-78 a DOVE. Následně budou hypotézy zhodnoceny v kapitole č. 10.

Hypotézy H5 a H6 jsme ověřovali prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu, jelikož jsme zjistili nenormální rozložení dat. V tabulce č. 11 si můžeme všimnout, že subškály podhodnocení, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce pozitivně statisticky významně korelují se self-efficacy měřenou dotazníkem DOVE. Statisticky významnou negativní korelaci jsme zjistili u subškál únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Zjistili jsme také, že pozitivní strategie zvládání statisticky významně pozitivně korelují se self-efficacy a negativní strategie stresu statisticky významně negativně korelují se self-efficacy, kdy síla korelace je v obou případech středně silná.

Tabulka 11: Korelace self-efficacy se škálami SVF-78

	DOVE
Podhodnocení	0,51*
Odmítání viny	0,16
Odklon	0,28*
Náhradní uspokojení	0,28*

Kontrola situace	0,34*
Kontrola reakcí	0,30*
Pozitivní sebeinstrukce	0,47*
Potřeba sociální opory	-0,16
Vyhýbání se	0,19
Úniková tendence	-0,34*
Perseverace	-0,39*
Rezignace	-0,46*
Sebeobviňování	-0,38*
Pozitivní strategie	0,43*
Negativní strategie	-0,47*

*Pozn: * $p < 0,01$*

Poslední vedlejší cílem naší práce je porovnat self-efficacy a strategie zvládnání stresu mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách. Jelikož jsme zde zjistili nenormální rozložení a pro nízký počet respondentů, budeme ověřovat hypotézy H7, H8 a H9 pomocí Mann-Whitney U testu.

Hypotéza H7 se snaží ověřit, zdali muži se závislostí na návykových látkách dosahují signifikantně vyšší míry self-efficacy než ženy se závislostí na návykových látkách. Pro ověření této hypotézy použijeme Mann-Whitney U test. V tabulce č. 12 si můžeme všimnout, že přestože muži dosahují vyšší míry self-efficacy, výsledek není statisticky významný.

Tabulka 12: Testování rozdílu v míře self-efficacy mezi muži a ženami se závislostí

Škála	Muži		Ženy		Sig.
	M	SD	M	Škála	
DOVE	30,53	6,89	27,73	6,87	0,394

Hypotéza H8 ověřuje, zdali mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání negativních strategií zvládnání stresu. K ověření této hypotézy také použijeme Mann-Whitney U test z důvodu neparametrického rozložení dat. V tabulce č. 13 můžeme vidět, že ženy ve všech subškálách negativních

strategií zvládání stresu dosahují vyšších hodnot než muži. V celkové škále negativních strategií zvládání dosahují taktéž vyšší hodnoty. Přesto však žádný z výsledků není signifikantní.

Tabulka 13: Testování rozdílu ve škálách negativních strategií zvládání mezi muži a ženami se závislostí

Škála	Muži		Ženy		Sig.
	M	SD	M	SD	
Únikové tendence	55,40	10,03	58,40	10,51	0,56
Perseverace	51,20	11,36	54,53	12,06	0,519
Rezignace	54,93	10,83	55,40	16,25	0,917
Sebeobviňování	53,00	12,88	57,80	15,31	0,478
Negativní strategie zvládání	56,67	10,92	59,47	14,61	0,633

Naše poslední stanovená hypotéza H9 ověřuje, zdali mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání pozitivních strategií zvládání stresu. Tato hypotéza byla taktéž ověřována pomocí Mann-Whitney U testu, kvůli neparametrickému rozložení dat. Jak můžeme vidět v tabulce č. 14., muži dosahují ve všech subškálách pozitivních strategií zvládání stresu vyšších hodnot než ženy, kromě subškály kontrola situace, v které dosáhly vyšší hodnoty ženy. Celkově ve škále pozitivní strategie zvládání muži taktéž dosáhli vyšší hodnoty než ženy. Žádný z výsledků však není statisticky významný.

Tabulka 14: Testování rozdílu ve škálách pozitivních strategií zvládnání mezi muži a ženami se závislostí

Škála	Muži		Ženy		Sig.
	M	SD	M	SD	
Podhodnocení	54,93	10,10	47,20	15,02	0,152
Odmítání viny	51,00	13,46	48,27	12,85	0,724
Odklon	52,33	9,93	48,93	11,43	0,309
Náhradní uspokojení	51,93	10,18	49,40	10,20	0,546
Kontrola situace	46,93	13,63	50,00	13,37	0,755
Kontrola reakcí	52,80	8,52	46,13	11,03	0,096
Pozitivní sebeinstrukce	46,93	9,82	44,33	14,78	0,418
Pozitivní strategie zvládnání	52,60	11,93	48,60	14,22	0,480

10 ZHODNOCENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

Tato kapitola je určena pro závěrečné zhodnocení platnosti hypotéz, jejichž výsledky a tabulky můžeme najít v předchozí kapitole.

Hypotéza č. 1

V této hypotéze jsme zkoumali, zdali u osob se závislostí na návykových látkách je rozdíl v používání jednotlivých strategií zvládání stresu.

H1: Mezi osobami se závislostí na návykových látkách a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl v používání jednotlivých strategií zvládání stresu.

Zjistili jsme, že se osoby se závislostí na návykových látkách odlišují v používání strategií **odmítnutí viny, potřeba sociální kontroly a sebeobviňování**. Strategii odmítnutí viny používají uživatelé méně než osoby bez závislosti a naopak potřebu sociální kontroly a sebeobviňování používají více. Zde vyšli statisticky významné výsledky $p < 0,05$.

Hypotézu H1 tak můžeme přijmout.

Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2 ověřovala, zdali osoby se závislostí na návykových látkách dosahují vyššího skóru ve škále negativní strategie zvládání ve srovnání s osobami, které nejsou závislé na návykových látkách.

H2: Osoby se závislostí na návykových látkách ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále negativní strategie ve srovnání s kontrolní skupinou.

Parametrický t-test vyšel statisticky významně, jelikož $p < 0,05$ a proto **hypotézu H2 přijímáme**. Můžeme tedy říci, že osoby se závislostí využívají více negativní strategie zvládání stresu než osoby bez závislosti.

Hypotéza č. 3

V této hypotéze jsme ověřovali, zdali osoby se závislostí na návykových látkách dosahují rozdílu v používání pozitivních strategií zvládání stresu oproti osobám, které neužívají návykové látky.

H3: Osoby se závislosti na návykových látkách ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve škále pozitivní strategie ve srovnání s kontrolní skupinou.

Osoby se závislosti na návykových látkách dosahují v našem výzkumu nižších hodnot ve skóru pozitivních strategií zvládání než osoby bez závislosti. Nejedná se však o statisticky významné zjištění, jelikož $p > 0,05$, tudíž **hypotéza H3 byla zamítnuta.**

Hypotéza č. 4

Hypotéza H4 ověřovala, zdali osoby se závislosti na návykových látkách mají nižší míru self-efficacy než osoby bez závislosti na návykových látkách.

H4: Osoby se závislosti na návykových látkách mají nižší míru self-efficacy než kontrolní skupina osob bez závislosti na návykových látkách.

U osob se závislosti na návykových látkách jsme zjistili vyšší míru self-efficacy než u osob bez závislosti. Nebyl zde prokázán signifikantní výsledek, jelikož $p > 0,05$. **Hypotézu H4 zamítáme.**

Hypotéza č. 5

V hypotéze H5 jsme ověřovali, zdali u osob se závislosti na návykových látkách existuje souvislost mezi užíváním pozitivních strategií zvládání stresu a mírou self-efficacy.

H5: Mezi užíváním pozitivních strategií zvládání stresu a mírou self-efficacy existuje statisticky významná pozitivní korelace.

Všechny subškály pozitivních strategií kromě subškály odmítání viny prokázaly statisticky významnou korelaci se self-efficacy. Celkově pro škálu pozitivních strategií vyšel Spearmanův korelační koeficient $r_s = 0,43$ a $p < 0,05$. Jedná se tedy o statisticky významný výsledek a proto je **hypotéza H5 přijata.**

Hypotéza č. 6

V hypotéze H6 jsme zkoumali, zdali existuje souvislost mezi self-efficacy a negativními strategiemi zvládání stresu u osob se závislosti na návykových látkách.

H6: Mezi užíváním negativních strategií zvládnání stresu a mírou self-efficacy existuje statisticky významná negativní korelace.

U všech subškál negativních strategií zvládnání stresu jsme zjistili statisticky významnou negativní souvislost se self-efficacy. Pro škálu negativních strategií zvládnání stresu vyšel Spearmanův korelační koeficient $r_s = -0,47$ a $p < 0,05$. Jelikož je tato signifikance statisticky významná, hypotéza **H6 byla přijata**.

Hypotéza č. 7

Hypotéza H7 ověřuje, zdali muži se závislostí na návykových látkách dosahují signifikantně vyšší míry self-efficacy než ženy se závislostí na návykových látkách.

H7: Muži se závislostí na návykových látkách dosahují signifikantně vyšší míry self-efficacy než ženy se závislostí na návykových látkách.

U mužů se závislostí jsme naměřili vyšší hodnotu self-efficacy než u žen. Přesto ale Mann-Whitney U test vyšel statisticky nevýznamně, jelikož $p > 0,05$. Tudíž **hypotézu H7 musíme zamítnout**.

Hypotéza č. 8

V této hypotéze jsme se snažili zjistit, zdali mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje rozdíl v používání negativních strategií zvládnání stresu.

H8: Mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání negativních strategií zvládnání stresu.

U žen se závislostí jsme ve všech subškálách negativních strategií zvládnání stresu naměřili vyšší hodnoty než u mužů. Přesto nám vyšlo $p > 0,05$ a nemůžeme tedy říci, že mezi muži a ženami existuje statisticky významný rozdíl. **Hypotézu H8 tedy zamítáme**.

Hypotéza č. 9

Naše poslední stanovená hypotéza zjišťuje, zdali existuje rozdíl mezi muži a ženami, kteří užívají návykové látky, v používání pozitivních strategií zvládnání stresu.

H9: Mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání pozitivních strategií zvládnání stresu.

U mužů nám vycházely vyšší hodnoty u všech subškál pozitivních strategií zvládnání kromě subškály kontrola situace, avšak Mann-Whitney U test nám neukázal žádný statisticky významný rozdíl, protože $p > 0,05$. **Hypotézu H9 tedy zamítáme.**

8 DISKUZE

V této diplomové práci se zabýváme strategiemi zvládnání stresu a self-efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách. Tyto fenomény jsme srovnávali mezi osobami se závislostí na návykových látkách a mezi kontrolní skupinou osob bez závislosti na návykových látkách. Dále jsme zjišťovali, zdali u lidí se závislostí na návykových látkách existuje souvislost mezi strategiemi zvládnání stresu a self-efficacy. V poslední řadě jsme u lidí se závislostí na návykových látkách zkoumali u strategií zvládnání stresu a self-efficacy rozdíl mezi muži a ženami. Pro náš výzkum jsme použili dotazníky SVF-78 a DOVE u kterých jsme provedli test reliability u výzkumného i kontrolního souboru.

Výzkumný soubor lidí se závislostí na návykových látkách tvořilo 45 respondentů, jejichž průměrný věk byl 35,42 let. Z toho byl náš výzkumný soubor tvořen 30 muži (66,7 %) a 15 ženami (33,3%). Musíme tedy podotknout, že z hlediska pohlaví náš výzkumný soubor není příliš vyrovnaný. Tato nevyrovnanost v našem souboru z hlediska pohlaví může být způsobena tím, že v doléčovacích centrech bývá právě většinou převaha mužů (Renarkon, 2019). Při tvorbě kontrolního souboru jsme se snažili postupovat tak, aby co nejvíce odpovídal výzkumnému souboru a to v kritériích pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání. V otázce pohlaví se náš kontrolní soubor zcela shodoval s výzkumným. Průměrný věk u kontrolního souboru je 35,49 let, což se mírně odlišuje od výzkumného souboru. Ve vyšší míře se však kontrolní soubor odlišoval od výzkumného v otázce nejvyššího dosaženého vzdělání. Zde se nám podařilo získat pouze jednoho respondenta se základním vzděláním, kterých však ve výzkumném souboru bylo 11. Toto hodnotíme jako jeden z limitů našeho výzkumu. Vliv na možnosti sběru dat měla pandemie nemoci Covid-19, v jejímž průběhu panoval zákaz vycházení a bylo tedy obtížnější shánět respondenty.

Na základě prostudované literatury a výzkumných studií, jsme si stanovili 3 cíle, které byly zkoumány u výzkumného souboru lidí se závislostí na návykových látkách. Data byla získávána od klientů doléčovacích center zaměřených na léčbu závislosti. Naším prvním cílem bylo srovnat využívání jednotlivých strategií zvládnání stresu a míru self-efficacy u výzkumného souboru osob se závislostí na návykových látkách a u kontrolní skupiny lidí bez závislosti na návykových látkách. Druhým cílem této práce bylo zjistit, zdali u lidí se závislostí na návykových látkách existuje souvislost mezi

strategiemi zvládání stresu a self-efficacy. Třetím a zároveň posledním cílem bylo porovnat self-efficacy a strategie zvládání stresu mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách. Tento cíl jsme si stanovili jako vedlejší, jelikož náš výzkumný soubor není z hlediska pohlaví vyvážený a nemůžeme tedy v celém našem výzkumném souboru zjišťovat vztah mezi self-efficacy a strategiemi zvládání stresu. Přesto nás však tento vztah zajímal a proto jsme vyrovnali náš výzkumný soubor tím, že jsme vymezili věkovou skupinu osob se závislostí na návykových látkách od 25ti do 38 let, pro kterou jsme stanovili hypotézy. Jsme si vědomi toho, že se jedná o malý vzorek a nelze jej tedy zobecňovat. Na základě všech cílů jsme si stanovili devět výzkumných hypotéz.

V naší první hypotéze H1 jsme ověřovali, zdali se u lidí se závislostí na návykových látkách liší využívání strategií zvládání stresu oproti osobám bez závislosti. Statisticky významné rozdíly jsme našli u škál odmítání viny, potřeba sociální podpory a sebeobviňování. Můžeme tedy říci, že lidé se závislostí využívají více strategie potřeby sociální podpory a sebeobviňování než lidé bez závislosti. Naopak méně využívají strategii odmítání viny. Již z výsledků studie od Sudraba et al. (2015) vyplývá, že potřeba sociální podpory je jedna z nejčastějších způsobů zvládání pro lidi, kteří se léčí se závislostí na návykových látkách. Lidé, kteří mají více sociální podpory, mohou vnímat nově vzniklé situace jako méně stresující a dokáží se s nimi lépe vyrovnat (Jovanovič et al., 2019). Froushani & Akrami (2017) ve svém výzkumu uvádí, že schopnost regulovat své emoce, pozitivní myšlení a sebeobviňování mají významný vliv na rozvoj závislosti a její udržení. Sebeobviňování dále může vést ke zvýšené úrovni úzkosti a deprese a může tak komplikovat léčbu závislosti. Považujeme tedy za důležité v terapeutické práci pracovat s tématem viny a věnovat pozornost regulaci kognitivních emocí.

V hypotéze H2 jsme ověřovali, zda lidé se závislostí na návykových látkách využívají více negativní strategie zvládání stresu oproti lidem bez závislosti. Zjistili jsme, že lidé se závislostí mají signifikantně vyšší skóre využívání negativních strategií zvládání stresu oproti lidem bez závislosti. K podobnému zjištění došly i jiné výzkumy (Bavojan et al., 2011; Ribadier & Varescon, 2017). Naopak v některých studiích se nepotvrdila souvislost mezi maladaptivními strategiemi zvládání stresu a užíváním alkoholu a ostatních návykových látek (Laurent et al., 1997). Strategie zvládání stresu jsou považovány za jeden z významných faktorů přispívajících k návratu k užívání

návykových látek po absolvování léčby. Jelikož jsou doléčovací centra posledním článkem v léčebném kontinuu a často po jejich absolvování již lidé nepokračují v léčbě závislostí, využívání negativních strategií stresu může zvýšit pravděpodobnost, že dojde k relapsu (Sundin & Lilja, 2019). Také negativní strategie zvládání stresu, jako je například sebeobviňování, může mít škodlivé účinky na zdraví jedince (Blodorn et al., 2016). Proto považujeme za vhodné při léčbě závislostí věnovat značnou pozornost strategiím zvládání stresu a naučit lidi bojující se závislostí porozumět stresu a vypořádat se s ním pomocí správných strategií.

Hypotéza H3 ověřovala, zdali lidé se závislostí na návykových látkách dosahují nižšího skóru ve škále pozitivní strategie oproti lidem bez závislosti. Přestože lidé se závislostí dosáhli nižšího skóru v pozitivních strategiích zvládání stresu, nebyl tento výsledek statisticky významný. K podobným výsledkům dospěli Hassanbeigi et al. (2013), kteří ve svém výzkumu došli ke zjištění, že není rozdíl v používání adaptivních strategií zvládání stresu mezi lidmi se závislostí na návykových látkách a osobami bez závislosti. Přesto jsme však očekávali, že lidé se závislostí budou dosahovat signifikantně nižšího skóru ve škále pozitivních strategií oproti lidem bez závislosti. Přemýšlíme, že to může být způsobeno tím, že náš sběr dat probíhal v době pandemie nemoci Covid-19, kdy lidé, kteří se v průběhu života nepotýkali s žádnou formou závislosti, se vlivem okolností museli vyrovnávat s řadou nových stresujících událostí a se vzniklými úzkostnými stavy. Aby se vypořádali s emocionálním i psychickým dopadem pandemie, přijímali různé mechanismy zvládání, což mohlo mít vliv na výsledky našeho výzkumu (Soni et al., 2020).

V Hypotéze H4 jsme ověřovali, zdali lidé se závislostí na návykových látkách mají nižší míru self-efficacy než osoby bez závislosti. Zjistili jsme, že v našem výzkumném souboru lidé se závislostí na návykových látkách mají vyšší míru self-efficacy než osoby bez závislosti. Nebyl zde však zjištěn signifikantní výsledek. Přesto je však tento výsledek navzdory našim předpokladům, které vycházely ze zjištění od Dolana et al. (2008), že u osob, které dlouhodobě a intenzivně užívali návykovou látku se očekává nižší míra self-efficacy. Toto může být způsobeno tím, že doléčovací centra jsou posledním článkem v léčebném kontinuu a podle výzkumu od Loeber et al. (2006) se míra self-efficacy v průběhu léčby zvyšuje.

V hypotézách H5 a H6 jsme se snažili ověřit, zdali existuje souvislost mezi strategiemi zvládání stresu a self- efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách. Zjistili jsme, že se self-eficacy statisticky významně koreluje s subškálami podhodnocení, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Self-eficacy také statisticky významně pozitivně koreluje se škálou pozitivní strategie zvládání stresu. K podobným výsledkům dospěli i Yang et al. (2010), kteří ve svém výzkumu uvádí, že adaptivní strategie zvládání stresu souvisí se self-eficacy. Jediná subškála pozitivních strategií zvládání stresu, která v našem výzkumu signifikantně nekorelovala se self-eficacy, bylo odmítání viny. Toto může být způsobeno tím, že pocity viny mají i svou adaptivní funkci a vedou lidi k tomu, aby si jisté věci byli schopni přiznat, byli schopni se omluvit a projevit empatii. Podle výzkumu od Passanisi et al. (2015) lidé, kteří přijímají svou vinu, jsou schopni odolat negativnímu tlaku vrstevníků a mají dostatečnou víru ve své vlastní schopnosti. Co se týče souvislostí mezi self-eficacy a negativními strategiemi zvládání stresu u lidí se závislostí na návykových látkách, zjistili jsme statisticky významnou negativní souvislost self-eficacy se všemi škálami negativních strategií zvládání. Toto zjištění podporují i jiné studie (Błachnio et al., 2017; Gam et al., 2016).

V hypotéze H7 jsme se snažili ověřit, zdali muži se závislostí na návykových látkách dosahují vyšší míry self-eficacy než ženy se závislostí. Zjistili jsme, že přestože muži dosahují vyšší míry self-eficacy, není tento výsledek signifikantní. Vycházeli jsme z výsledků od Caprara et al. (2020), kteří dospěli ke zjištění, že muži oproti ženám mají vyšší míru self-eficacy. Také Fahle et al. (2019) poukazuje u mužů na vyšší míru self-eficacy ve srovnání se ženami. Naopak ale ve studii od Sarisan-Tungac et al. (2020) měly ženy vyšší míru self-eficacy oproti mužům, přestože však jejich výsledek nebyl signifikantní. V řadě studií dochází k odlišným výsledkům, co se týče vztahu mezi pohlavím a self-eficacy. Je tedy pravděpodobné, že existuje celá řada faktorů, co do tohoto vztahu vstupují a mají vliv na míru self-eficacy.

Hypotézy H8 a H9 ověřovaly, zdali existuje rozdíl u mužů a žen se závislostí na návykových látkách v používání negativních a pozitivních strategií zvládání stresu. Předpokládali jsme, že ženy využívají více maladaptivní strategie zvládání stresu než muži a že muži naopak využívají adaptivnější strategie zvládání stresu zaměřené na problém (Matud, 2004). Z našich výsledků vyplývá, že ženy více využívají negativní strategie zvládání stresu a muži využívají více pozitivní strategie zvládání, ale nejedná

se o signifikantní výsledky. Rozdíly mezi pohlavím ve volbě strategií zvládnání stresu mohou být způsobeny tím, že ženy a muži se mohou v průběhu života setkávat s jinými okolnostmi vyplývajícími z jejich pohlaví a rolí které se od nich očekávají a jsou jistým zdrojem stresu. Při setkání s těmito odlišnými okolnostmi jsou zapotřebí různé strategie zvládnání. Může mít zde svůj vliv socializace, kdy ženám bývá připisováno pasivnější a emočně zaměřené chování. Mnozí autoři poukazují na to, že se v průběhu času rozdíly ve využívání strategií zvládnání stresu u pohlaví vyrovnávají vlivem sociálních změn ve společnosti (Felsten, 1998; Lengua & Stormshak, 2000). Toto může vysvětlovat proč i nám nevyšel signifikantní výsledek.

V úvodu našeho dotazníku jsme se také ptali respondentů na sociodemografické údaje a na charakteristiky související s užíváním návykových látek. S řadou těchto charakteristik, které jsme zjišťovali, jsme dále nepracovali. Snažili jsme se však tímto způsobem dozvědět co nejvíce informací o našem výzkumném souboru, které by pak mohly sloužit jako podněty pro další možné studie. Především zjištění, že 80% lidí v našem výzkumném souboru již v minulosti absolvovalo léčbu se závislostí na návykových látkách, považujeme za zneklidňující. Přestože by bylo potřebné zjistit bližší informace, vztahující se k této položce, považujeme to za poměrně vysoké číslo. V jiných výzkumech také poukazují na množství lidí, kteří se opakovaně vracejí do léčby. Jen nízké procento lidí po absolvování léčby dokáže dlouhodobě abstinovat (Tibenská et al., 2016). Uvádí se, že u poměrně velkého množství osob se závislostí je závislost longitudinální charakteristikou, která se opakuje v cyklech abstinence a následné recidivity (Scott et al., 2011).

8.1 Limity výzkumu

Uvědomujeme si, že naše práce má řadu limitů. První z těchto limitů je skutečnost, že se nám podařilo získat do výzkumného souboru pouze 45 respondentů. Toto bylo způsobeno tím, že sběr dat probíhal v období pandemie nemoci Covid-19, kdy byla mnohá zařízení pro veřejnost zcela uzavřena a nepodařilo se nám s nimi navázat spolupráci. Dále jsme díky této situaci nemohli být u administrace testových metod přítomni, tudíž jsme nemohli osobně zodpovědět případné dotazy respondentů a vidět, za jakých podmínek administrace probíhala. To jsme se snažili předejít pečlivým informováním pracovníků doléčovacích center a vyhotovením informovaného

souhlasu pro respondenty. Při vyplňování dotazníků respondenty se mohla také projevit sociální desirabilita, tedy to, že se jedinec snaží dávat takové odpovědi na položky, o jakých si myslí, že jsou žádoucí.

Dalším limitem naší práce je, že máme nevyvážený výzkumný soubor z několika hledisek. Co se týče pohlaví, byla v našem výzkumu převaha mužů (66,7 %) oproti ženám (33,3%). Nevyváženost v našem výzkumném souboru byla také z hlediska rodinného stavu, kdy 80% našich respondentů bylo svobodných. Nejvíce našich respondentů bylo ve věku mladé a střední dospělosti a to přesně 88,9%. Období mladé dospělosti, ve kterém bylo 51,1% našich respondentů, můžeme podle Vágnerové (2000) zařadit do věku od 20 let do 35 let. Do období střední dospělosti vymezené věkem 35-45 let můžeme zařadit 37,8% našich respondentů. Musíme brát také v potaz, že sběr dat probíhal u klientů doléčovacích center, která jsou na samém konci léčebného kontinua. Kdyby tedy výzkum probíhal u klientů jiného typu zařízení pro léčbu závislostí, mohly by být výsledky jiné. Vzhledem k tomuto faktu a k nízkému počtu respondentů v našem výzkumu a nevyváženosti souboru z hlediska pohlaví, nemůžeme naše výsledky zobecňovat na celou populaci lidí se závislostí na návykových látkách.

K dalším limitům pokládáme možný vstup dalších proměnných do našeho výzkumu, které mohly mít významný vliv naše výsledky. Od respondentů jsme nezjišťovali podrobnější údaje o délce užívání návykové látky, věk prvního užití návykové látky, jakou formou návykovou látku užívali, počet relapsů a další. Nezjišťovali jsme dále také další psychiatrické komorbidity ani jsme se neptali na zdravotní stav respondentů. Z důvodu zachování co nejvyšší anonymity jsme se respondentů neptali na konkrétní údaje, aby je nebylo možné žádným způsobem identifikovat a respondenti se tak nemuseli obávat účasti ve výzkumu. Dále se našeho výzkumu účastnili lidé se závislostí na všech typech návykových látek, což může mít také vliv na výsledky, jelikož každá návyková látka má svá specifika. Avšak z důvodu, že v doléčovacích centrech je nevyvážený poměr druhů závislostí, kdy převažuje především závislost na pervitinu, jsme se rozhodli nerozlišovat pouze jeden typ závislosti. Nebyli jsme si také jistí, kolik respondentů bychom byli schopni při větší specifikaci výzkumného souboru získat.

8.2 Budoucí výzkum

Tato práce se zaměřovala pouze na lidi se závislostí na návykových látkách, kteří se léčili v doléčovacích centrech. Další výzkumy by se mohly zaměřit na srovnání strategií zvládání stresu a self-efficacy u lidí, kteří se léčí v různých typech zařízení, zaměřující se na léčbu závislostí jako jsou například detoxikační jednotky, terapeutické komunity, terapeutická centra a další. Porovnání osob, které se nachází v jiné fázi léčby, by mohlo přinést zajímavé výsledky. Dále srovnání lidí, kteří jsou na počátku léčby se závislostí s těmi, kteří jsou již na jejím konci, může přinést zajímavé informace. Tyto výzkumy by mohly poskytnout zajímavá zjištění, které by mohly vést ke zlepšení léčby závislostí a snížení rizika relapsů.

ZÁVĚR

Naše diplomová práce se zabývala problematikou strategií zvládání stresu a self-efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách. Ve výsledcích našeho výzkumu se prokázalo, že lidé se závislostí na návykových látkách se odlišují od kontrolní skupiny osob bez závislostí v používání strategií odmítnutí viny, potřeba sociální kontroly a sebeobviňování. Potvrdilo se, že lidé se závislostí na návykových látkách využívají více negativní strategie zvládání stresu oproti kontrolní skupině osob bez závislosti. Hypotéza, že lidé se závislostí na návykových látkách používají méně pozitivní strategie zvládání stresu oproti lidem bez závislosti, se nepotvrdila. Dále se nepotvrdila hypotéza, že lidé se závislostí na návykových látkách mají nižší míru self-efficacy než kontrolní skupina. Zjistili jsme pozitivní souvislost mezi pozitivními strategiemi zvládání stresu a self-efficacy. Negativní souvislost byla prokázána mezi negativními strategiemi zvládání stresu a self-efficacy. Nepotvrdilo se nám, že muži se závislostí na návykových látkách dosahují vyšší míry self-efficacy než ženy se závislostí. Dále se nám nepotvrdilo, že mezi muži a ženami se závislostí na návykových látkách existuje statisticky významný rozdíl v používání pozitivních a negativních strategií zvládání stresu. Prozkoumání užívání strategií zvládání stresu a míry self-efficacy nám přináší zjištění, jakým způsobem se lidé se závislostí na návykových látkách vypořádávají se stresem a věří si ve své schopnosti. Tato práce poukazuje na problém toho, že v doléčovacích centech, které jsou na samém konci léčebného kontinua léčby závislostí, klienti stále využívají více maladaptivní strategie zvládání stresu. To může působit problémy po ukončení léčby. Tato práce může zahájit podnět pro další výzkum a následně najít své uplatnění v rámci léčby závislostí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Akindipe, T., et al. (2014). Psychiatric disorders in individuals with methamphetamine dependence: prevalence and risk factors. *Metabolic Brain Disease*, 29(2), 351–357.
- Allsop, S., et al. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95(1), 95-106. <http://doi.org/10.1007/s11011-014-9496-5>.
- Alvi, A. S. (2021). Coping Strategies among Pakistani Elderly: Coping in Everyday Life and in Stressful Conditions. *PalArch's Journal*, 18(4), 737-750.
- Andersen, S., & Berg, J. E. (2001). The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research & Theory*, 9(3), 239-251. <http://doi.org/10.3109/16066350109141752>.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health- How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey- Bass.
- Ayers, T., & Sandler, S. (1996). *Manual for the children's coping strategies checklist*. Arizona State University Program for Prevention Research.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, The Exercise of Control*. W. H. Freeman and Company.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Karolinum.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Portál.
- Bavojdan, M. B., et al. (2011). The Relationship between Mental Health and General Self-Efficacy Beliefs, Coping Strategies and Locus of Control in Male Drug Abusers. *Addiction & Health*, 3(4), 111-118.
- Bear, U. R., et al. (2017). Alcohol detoxification completion, acceptance of referral to substance abuse treatment, and entry into substance abuse treatment among Alaska Native people. *Addictive Behaviors*, 65, 25-32.

- Błachnio, A., et al. (2017). Type D personality, stress coping strategies and self-efficacy as predictors of Facebook intrusion. *Psychiatry Research*, 253, 33-37. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.022>.
- Blodorn, A., et al. (2016). Perceived discrimination and poor health: Accounting for self-blame complicates a well-established relationship. *Social Science & Medicine*, 153, 27–34. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.053>.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti- hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Bleckwenn, M., et al. (2016). Misuse of Substitution Drugs in the Substitution-Based Therapy, *European Addiction*, 22(6), 322-328.
- Borders, J. H. (2014). *Handbook on the psychology of self-esteem*. Nova Science Publisher.
- Caprara, M., et al. (2020). How self-efficacy beliefs in dealing with negative emotions are associated to negative affect and to life satisfaction across gender and age. *Public Library of Science*, 15(11), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242326>.
- Carver, C. S., et al. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>.
- Cungi, Ch., & Šimková, D. (2001). *Jak zvládat stres*. Portál.
- Čablová, L. (2010). Psychologické souvislosti výživy a zvládání stresu. *E-psychologie*, 4(4), 1-9.
- Debell, F., et al. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1401–1425. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7>.
- DeWitz, S., et al. (2009). College Student Retention: An Exploration of the Relationship Between Self-Efficacy Beliefs and Purpose in Life Among College Students. *Journal of College Student Development*, 50(1), 19–34. <https://doi.org/10.1353/csd.0.0049>.
- Di Forti, M., et al. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 233-238. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00117-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00117-5).

- Dolan, S., et al. (2008). Self-Efficacy for Cocaine Abstinence: Pretreatment Correlates and Relationship to Outcomes. *Addict Behaviors*, 33(5), 675–688. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.12.001>.
- Döllén, M., et al. (2015). A comparison of coping-styles of individual and team athletes of Australia and the Netherlands. *International Sports Studies*, 37(2), 36-48.
- Draberová, J. (2016). Vnímaná akademická účinnost u žáků středních škol. *Psychologie pro praxi*, 51(1), 81-94.
- Eitle, T. M., & Eitle, D. (2014). Race, Coping Strategies, and Substance Use Behaviors: A Preliminary Analysis Examining White and American Indian Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 49(3), 315-325.
- Fahle, E. M., et al. (2019). A Middle School Drop: Consistent Gender Differences in Students' Self-Efficacy. *Policy Analysis for California Education*, 31.
- Fahrudin, A., & Nurdin, D. (2010). Coping Strategies and Relapse of Substance Abusers: A Case Study of the Therapeutic Community Program in Indonesia. *Asian Social Work & Policy Review*, 4(2), 98-117. <https://doi.org/10.1111/j.1753-1411.2010.00040.x>.
- Felsten, G. (1998). Gender and coping: Use of distinct strategies and associations with stress and depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 11(4), 289–309.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Finney, J. W., et al. (1998). Evaluating substance abuse treatment process models: I. Changes on proximal outcome variables during 12-step and cognitive-behavioral treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 371–380. <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.371>.
- Froushani, M. A., & Akrami, N. (2017). The relationship between cognitive emotion regulation and tendency to addiction in adolescents. *Department of Psychology and Educational Sciences*, 3(4), 245-249. https://doi.org/10.4103/jepr.jepr_54_16.
- Gallagher, A. M., & Kaufman, J. C. (2005). *Gender differences in mathematics: An integrative psychological approach*. Cambridge University Press.

- Gam, J., et al. (2016). Influences of art therapists' self-efficacy and stress coping strategies on burnout. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.005>.
- Gavora, P., et al. (2020). *Self efficacy v edukačních souvislostech II*. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií.
- Geregová, M., & Čtvrtečková, M. (2020). Síťování při práci s lidmi, kteří užívají drogy. *Sociální Práce*, 20(5), 5-22.
- Gossop, M., et al. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259–1267. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x>.
- Haider, N., et al. (2020). Self esteem and locus of control in male substance dependents. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 17(2), 27-29.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Hassanbeigi, A., et al. (2013). The Relationship between Stress and Addiction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1333–1340. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.752>.
- Hodačová, L., et al. (2020). Psychometrické vlastnosti české verze dotazníku obecné self-efficacy u populace hospitalizovaných pacientů. *Československá psychologie*, LXIV(6), 639-655.
- Hosák, L., et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.
- Hyde, J., et al. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal of Health Psychology*, 13(5), 607–623. <https://doi.org/10.1177/1359105308090933>.
- Chen, G., et al. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational research methods*, 4(1), 62-83. <https://doi.org/10.1177/109442810141004>.
- Christine, M., et al. (2002). Coping and psychological distress for men with substance use disorders. *Current Psychology*, 21(1), 35–49.
- Ilgén, M., et al. (2007). Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 126–132. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.126>.

- Ilchmann-Diounou, H., & Ménard, S. (2020). Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions and Autoimmune Disorders: an overview. *Frontiers in immunology*, 11, 1-27. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01823>.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu- SVF 78*. Testcentrum.
- Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer-und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Freie Universität Berlin.
- Jovanovič, M., et al. (2019). The relation of stress coping strategies and self-handicapping strategies to the process of opiate addicts behavior changes. *Military Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia*, 76 (1), 13-18. <https://doi.org/10.2298/VSP170222047J>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. a kol. (2003a). *Drogy a drogové závislosti II: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada.
- Kalina, K. (2013). Therapeutic communities in the Czech republic. *Addictology*, 13(2), 83-88.
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada.
- Kliment, P. (2014). *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Univerzita Palackého.
- Konaszewski, K., et al. (2021). Resilience and mental health among juveniles: role of strategies for coping with stress. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 58-70. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01701-3>.

- Křivohlavý, J., et al. (1993). *Czech Adaptation of the General Self-efficacy Scale*.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Grada.
- Laurent, J., et al. (1997). Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences: a replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(6), 644–651. <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.644>.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, Gender Roles, and Personality: Gender Differences in the Prediction of Coping and Psychological Symptoms. *Sex Roles*, 43, 787–820. <https://doi.org/10.1023/A:1011096604861>.
- Levola, J., et al. (2020). Frequent Alcohol Intoxication and High Alcohol Tolerance During Adolescence as Predictors of Mortality: A Birth Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 692-699. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.034>.
- Loeber, S., et al. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 515-29. <https://doi.org/10.1348/014466505X82586>.
- Lozano, B. E., & Stephens, R. S. (2010). Comparison of participatively set and assigned goals in the reduction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 581–591. <https://doi.org/10.1037/a0021444>.
- Litt, M. D., et al. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, 103, 638–648. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02137.x>.
- Luszczynska, A., et al. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>.

- Mareš, J. (2013). *Pedagogická psychologie*. Portál.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>.
- Mikulincer, M. (2013). *Human learned helplessness: A coping perspective*. Springer Science & Business Media.
- Mioviský, M. a kol. (2008). *Konopi a konopné drogy*. Grada.
- Mioviský, M. a kol. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. 1. LF UK a VFN v Praze, Klinika adiktologie.
- Mravčík, V., et al. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2003). Alkohol, jiné návykové látky a stres. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 38(3), 155-160.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2006). Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Časopis Lékařů Českých*, 145(9), 743-745.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost* (3rd ed.). Portál.
- Newby, J., et al. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLOS ONE*, 15(7), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>.
- Obrová, J., et al. (2020). Stres jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění. *Hygiena*, 65 (2), 56-62. <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1737>.
- Padwa, H., & Cunningham, J. (2010). *Addiction: A Reference Encyclopedia*. ABC-CLIO, LLC.
- Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy*. Emory University.
- Palamar, J. J., & Le, A. (2019). Use of new and uncommon synthetic psychoactive drugs among a nationally representative sample in the United States, 2005–2017, *Human psychopharmacology*, 34(2), 1099-1077. <https://doi.org/10.1002/hup.2690>.

- Pardini, D., et al. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 347–354. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00125-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00125-2).
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, Research. Practice, 1*.
- Passanisi, A., et al. (2015). The Relationship Between Guilt, Shame and Self-Efficacy Beliefs in Middle School Students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 197(25), 1013-1017. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.07.295>.
- Patterson, J. M., et al. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. *Journal of adolescence*, 10(2), 163-186. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(87\)80086-6](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(87)80086-6).
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- P-centrum (2019). *Výroční zpráva 2019 z. ú. P-centrum*. P-centrum.
- Peker, K., et al. (2012). Factors Related to Sense of Coherence Among Dental Students at Istanbul University. *Journal of Dental Education*, 76(6), 774-782. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2012.76.6.tb05313.x>.
- Praško, J., & Prašková, H. (2007). *Asertivitou proti stresu*. Grada.
- Pressy Dallia, C. C., et al. (2019). Effect of emotional regulation training on depression, anxiety and stress among the patients with alcohol dependence admitted in selected de-addiction centers at south India. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 17(1), 1-19. <https://doi.org/10.1515/jcim-2019-0010>.
- Principles of Drug Addiction Treatment: A Research- Based Guide* (3rd ed.). (2018). United States: National Institute on Drug Abuse.
- Prochaska, J. O., et al. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.
- Renarkon. (2019). *Renarkon o.p.s. 2019 Výroční zpráva*. Renarkon o.p.s.

- Ribadier, A., & Varescon, I. (2017). Study of defense styles, defenses and coping strategies in alcohol-dependent population. *Encephale*, 43(3), 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.003>.
- Robinson, A. M. (2018). Let's Talk About Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334-342. <https://doi.org/10.1037/gpr0000137>.
- Sarisan-Tungac, A., et al. (2020). Comparison of decision making skills and self-efficacy perception levels in adolescents in terms of gender and grade variables. *Participatory Educational Research*, 7(2), 151-163. <https://doi.org/10.17275/per.20.25.7.2>.
- Scott, Ch. K., et al. (2011). Surviving Drug Addiction: The Effect of Treatment and Abstinence on Mortality. *American Journal of Public Health*, 101(4), 737-744. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197038>.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth.
- Schmidt, C., et al. (2009). Motivation to change and readiness for counseling in prescription-drug-dependent patients in a general hospital population. *Addiction Research and Theory*, 17(2), 186-190.
- Scholz, U., et al. (2002). Is General Self-Efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Psychology Journal*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>.
- Schreiber, V. (2000). *Lidský stres*. Academia.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In Weinman, J., Wright, S., & Johnston, M., *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. NFER-NELSON.
- Sinha, R. (2001). How does stress urease risk of drug abuse and relaps? *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359. <https://doi.org/10.1007/s002130100917>.
- Sinha, R. (2005). Stress and drug abuse. *Techniques in the Behavioral and Neural Sciences*, 15, 333-356.
- Soni, A., et al. (2020). To study the predictors of general health on coping strategies among adolescents. *Indian Journal od Positive Psychology*, 11(3), 186-190.

- Sovinová, H., & Csémy, L. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Státní zdravotní ústav.
- Sudraba, V., et al. (2015). Stress coping strategies of Drug and Alcohol Addicted patients in Latvia. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 205, 632-636. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.099>.
- Sundin, M., & Lilja, J. (2018). Substance use and strategies to avoid relapses following treatment: A narrative approach with clients undertaking a twelve-step program in Sweden. *Journal of Substance*, 24(2), 125-129. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1523959>.
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 170-171. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>.
- Tavitian-Exley, I., et al. (2015). Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 110(4), 572-584. <https://doi.org/10.1111/add.12846>.
- Tibenská, A., et al. (2016). Katamnestické sledování pacientů se závislostí po 5 letech od ukončení odvykací léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(4), 159-164.
- Tobin, D. L., et al. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vagni, M., et al. (2020). Hardiness and Coping Strategies as Mediators of Stress and Secondary Trauma in Emergency Workers during the COVID-19 Pandemic. *Sustainability*, 12(18), 7561. <https://doi.org/10.3390/su12187561>.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Grada.
- Vyskočilová, J., & Praško, J. (2015). Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(1), 14-22.
- Warren, J., et al. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.01.009>.

- World Health Organization. (2017). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů– Desátá revize. Aktualizovaná verze k 1. 1. 2018.* Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Yeo, G. B., & Neal, A. (2006). An examination of dynamic relationship between self-efficacy and performance across levels of analysis and levels of specificity. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1088–1101. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1088>.
- Yang, J., et al. (2010). Self-efficacy, social support, and coping strategies of adolescent earthquake survivors in China. *SOCIAL BEHAVIOR AND PERSONALITY*, 38(9), 1219-1228. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.9.1219>.
- Yönet, E., et al. (2016). Investigation of sports high school students coping with stress levels. *The Online Journal of Recreation and Sport*, 5(4), 1-14. <https://doi.org/10.22282/v5.i4.01>.
- Zamirinejad, S., et al. (2016). Predicting self-efcacy of students based on spiritual intelligence. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 23(2), 196–203.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82-91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>.
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 21-42.

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Rozložení výzkumného souboru z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání.....</i>	<i>55</i>
<i>Graf 2: Rozložení výzkumného souboru z hlediska rodinného stavu.....</i>	<i>55</i>
<i>Graf 3: Rozložení výzkumného souboru z hlediska předchozí léčby</i>	<i>57</i>
<i>Graf 4: Rozložení kontrolního souboru dle dosaženého vzdělání</i>	<i>58</i>
<i>Graf 5: Rozložení kontrolního souboru dle rodinného stavu</i>	<i>58</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Deskriptivní statistika věku výzkumného souboru</i>	54
<i>Tabulka 2: Rozložení výzkumného souboru z hlediska typu užívaných návykových látek...</i>	56
<i>Tabulka 3: Rozložení výzkumného souboru dle délky užívání</i>	56
<i>Tabulka 4: Rozložení výzkumného souboru z hlediska délky abstinence</i>	56
<i>Tabulka 5: Rozložení kontrolního souboru z hlediska věku</i>	57
<i>Tabulka 6: Reliabilita dotazníku SVF-78</i>	60
<i>Tabulka 7: Výsledky testování rozdílu jednotlivých škál SVF-78 u osob se závislostí na návykových látkách a kontrolním souborem.....</i>	61
<i>Tabulka 8: Testování rozdílu negativních strategií mezi osobami se závislostí a kontrolním souborem.....</i>	62
<i>Tabulka 9: Testování rozdílu pozitivních strategií zvládnání mezi osobami se závislostí a kontrolním souborem</i>	62
<i>Tabulka 10: Testování rozdílu v self-efficacy mezi osobami se závislostí a kontrolním souborem.....</i>	63
<i>Tabulka 11: Korelace self-efficacy se škálami SVF-78.....</i>	63
<i>Tabulka 12: Testování rozdílu v míře self-efficacy mezi muži a ženami se závislostí</i>	64
<i>Tabulka 13: Testování rozdílu ve škálách negativních strategií zvládnání mezi muži a ženami se závislostí</i>	65
<i>Tabulka 14: Testování rozdílu ve škálách pozitivních strategií zvládnání mezi muži a ženami se závislostí</i>	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1- Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní / Vážený pane

jmenuji se Veronika Wranová a jsem studentkou psychologie na Masarykově univerzitě v Brně. Pracuji na diplomové práci, ve které se zabývám strategiemi zvládnání stresu a self-efficacy u lidí se závislostí na návykových látkách.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dvou dotazníků, jejichž vyplnění je zcela **dobrovolné** a **anonymní**. Vyplňování by Vám mělo zabrat přibližně 20 minut. Získané informace budou použity výhradně a jen pro potřeby mé diplomové práce a eventuálně publikace z ní vyplývající. Můžete kdykoliv odmítnout vyplnění dotazníků či svůj souhlas během průzkumu odvolat. Odmítnutí nijak neohrozí Vaše působení v žádné organizaci. V případě Vašich dalších otázek nebo připomínek mě neváhejte kontaktovat na moji emailovou adresu: wranova.veronika@gmail.com

Tímto Vás žádám o udělení souhlasu s Vaší účastí na výzkumu.

Za Vaši pomoc Vám budu velmi vděčná.

Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumného šetření:

Bc. Veronika Wranová

Souhlasím s účastí ve výzkumu

V _____ dne _____

Podpis účastníka výzkumu: _____