

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ



**Porovnání výsledků žen se závislostí na alkoholu  
v dotaznících struktury osobnosti PSSI a příčinné orientace DOPO**

Bc. Karolína Pilná

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D.

**Praha 2019**

PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES



**Comparison of results of women with alcohol dependence in questionnaires  
personality structure PSSI and causality orientation DOPO**

Bc. Karolína Pilná

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D.

**Prague 2019**

## ANOTACE

Diplomová práce se zabývá osobností a příčinnou orientací žen pozdní dospělosti, potýkajících se se závislostí na alkoholu. Teoretická část se zabývá zachycením důležitých pojmů a nabízí průřez dosud shromážděných poznatků týkajících se tohoto tématu. Praktická část se zabývá výzkumem, mapujícím osobnost a příčinnou orientaci výzkumného souboru žen ve věku 40 až 72 let. Těchto 72 žen byly v době výzkumu hospitalizovány v léčebném zařízení v souvislosti s abúzem alkoholu. Data byla sebrána pomocí dotazníků PSSI a DOPO. Závěry výzkumu ukazují, že se osobnosti zkoumaného souboru extrémně liší od normy a že existuje korelace mezi typem příčinné orientace a stylem osobnosti.

### **Klíčová slova**

alkoholismus, ženy pozdní dospělosti, léčba závislostí, struktura osobnosti, PSSI  
příčinná orientace, DOPO

### **ABSTRACT**

This thesis is focused on the personality and causality orientation of women in late middle adulthood dealing with alcohol dependence. The theoretical part describes the implementation of important concepts and presents the current academic knowledge on the topic. The research part maps the personality and causality orientation of a research sample population consisting of 72 women with ages between 40 and 72 years. At the time of the research, these subjects were hospitalized in an alcohol treatment facility. Data was collected using PSSI and DOPO questionnaires and the conclusion of this research shows that personalities are extremely different from population norms and a correlation between causality orientations.

### **Key words**

alcoholism, late middle aged women, addiction treatment, personality structure, PSSI,  
causality orientation, DOPO

### Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne .....

Podpis .....

## Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Markétě Niederlové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její psychickou podporu a nekonečnou trpělivost. Ráda bych také poděkovala Doc. PhDr. Karlu Hnilicovi, CSc. za cenné rady v oblasti statistiky. V neposlední řadě patří veliké díky Pavlu Konopáskovi za formální úpravy a MUDr. Václavě Fenclové za korekturu.

## Obsah

1. Úvod .....	8
2. Teoretická část .....	9
2.1 Vymezení věkové skupiny .....	9
2.1.1 Ženy mezi čtyřicátým a padesátým rokem .....	10
2.1.2 Ženy mezi padesátým a šedesátým rokem .....	12
2.1.3 Rizikové faktory v životě žen během období pozdní dospělosti .....	14
2.1.4 Ženy pozdního věku a alkoholismus .....	22
2.2 Alkoholismus .....	25
2.2.1 Příčiny alkoholismu .....	27
2.2.2 Fáze alkoholismu .....	29
2.2.3 Možnosti léčby .....	31
2.3 Používané výzkumné nástroje .....	33
2.3.1 Dotazník PSSI .....	33
2.3.2 Dotazník PSSI a závislosti .....	37
2.3.3 Dotazník DOPO .....	38
2.3.4 Dotazník DOPO a závislosti .....	40
3. Praktická část .....	42
3.1 VÝZKUMNÝ CÍL, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....	42
3.1.1 Výzkumný cíl .....	42
3.1.2 Výzkumné otázky a hypotézy .....	43
3.2 METODOLOGICKÝ RÁMEC .....	46
3.2.1 Typ výzkumu .....	46
3.2.2 Výběr a charakteristika souboru .....	46
3.2.3 Metody sběru dat .....	46
3.2.4 Administrace dotazníku a zpracování dat .....	48

3.3	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU .....	49
3.4	VÝSLEDKY .....	50
3.4.1	Interpretace výsledků.....	61
4.	Diskuze .....	65
4.1	Výzkumné nástroje .....	65
4.2	Výzkumný soubor .....	66
4.3	Sběr a analýza dat .....	66
4.4	Naplnění výzkumného cíle, výsledky .....	67
4.5	Porovnání s již existujícími výzkumy .....	68
4.6	Návrhy na další výzkumy .....	68
5.	Závěr .....	70
5.1	SEZNAM LITERATURY .....	72
	Bibliografické údaje .....	77

# 1. Úvod

---

Během svých studií jsem měla možnost podívat se do několika institucí, které se věnují péči o lidi s psychickými obtížemi. Mezi ně patřilo i zařízení, které se věnovalo léčbě závislostí. Byla jsem velmi vděčná, když jsem dostala šanci získat praxi na protialkoholním oddělení pro závislé ženy.

Během mé práce tam jsem se naučila mnoho nového a užitečného. Jedna věc mě tam zarazila. Viděla jsem okolo sebe tolik žen v období starší dospělosti, které splňovaly požadavky „normy“ a přesto se potýkaly se závislostí na alkoholu. Bez duálních diagnóz, bez objektivně traumatických zkušeností, bez rizikového rodinného zázemí. Jednoduše, viděla jsem ženy, které se ocitly v komplikovaném bodě svého života a jako řešení si zvolily alkohol.

Po této zkušenosti jsem se začala o tuto věkovou skupinu a užívání návykových látek více zajímat. K mému překvapení jsem zjistila, že mnoho výzkumů, věnující se této problematice, není k nalezení. Pokud někdo padl do oka psychologickým výzkumníkům, byli to převážně muži, či soubory smíšené. Rozhodla jsem se tedy svou diplomovou práci věnovat právě této skupině.

Tato diplomová práce se zaměřuje na ženy pozdní dospělosti, konkrétně ve věku 40-60 let, které se potýkají se závislostí na alkoholu. Respondentky se zapojily do výzkumu v době pobytu v některém zařízení, věnujíc se léčbě alkoholismu. Sběr dat proběhl pomocí dvou dotazníků. První byl osobnostní dotazník PSSI, sebesposuzovací inventář stylů osobnosti, zjišťující nepatologické varianty poruch osobnosti. PSSI se opírá o předpoklad, že ke každé z klinických kategorií poruch existuje analogický osobnostní styl. Druhý byl dotazník DOPO zjišťující osobní příčinnou orientaci. Inspirován „Locus of control“ se zaměřuje na příčinné přisuzování vyšetřované osoby.

V neposlední řadě se práce snaží o deskripci osobností a příčinných orientací žen, trpících alkoholismem a nashromážděné poznatky nabízí k využití k dalším výzkumům, či psychoterapii s touto skupinou.



## 2. Teoretická část

---

### 2.1 Vymezení věkové skupiny

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla věnovat ženám, které se nachází přibližně ve věku pozdní dospělosti.

Pozdní dospělost je časový úsek mezi střední dospělostí a stářím. Pokud se rozhodneme tento čas vymezit za pomoci odborné literatury, zjistíme, že „co autor, to názor“. Proto zde uvádím popis tohoto časového úseku lidského života, jak jej vidí někteří autoři.

Začínáme-li u známých teorií, Erickson vidí tento věk jako sedmý „schod“, kdy se člověk nachází v konfliktu mezi rozvojem a stagnací. Rozvíjenou ctností je v tomto případě péče. Člověk se ohlíží za svým životem a ptá se, zda se na něj může podívat s hrdostí a pocitem naplnění. (Langmeier & Krejčíková, 2007)

Říčan (2008) toto období rozděluje na dvě, takzvaně „druhý dech“ (40-50 let) a období mezi 50. a 60. rokem života. Langmeier a Krejčíková (2007), popisují pozdní dospělost jako časový úsek mezi 40-45 let až do zhruba 65 let. Křivohlavý (2011) dokonce období v tomto časovém rozmezí nazývá jako Střední věk (30-65 let).

Další možné rozlišení (Whitbourne & Weinstock, 1982) dělí tento čas do dvou úseků, a to na první fázi dospělosti, jenž začíná po třicátém pátém roku života a graduje krizí středního věku, což je fáze druhá, nastávající okolo 45 let. Tato krize poté přechází do fáze třetí, která přináší novou integraci osobnosti. Skorunková (2013) vymezuje věk mezi 45-60 lety jako „starší dospělost“. Autoři se však povětšinou shodují na tom, že údaje je nemožné striktně vymezit. Každý jedinec prožívá svůj věk specificky.

Pro účel své diplomové práce se zaměřím na ženy od čtyřicátého roku výše. Ty poté dělím na dvě skupiny, stejně jako Říčan, tedy na skupinu mezi čtyřicátým a padesátým rokem života a padesátým a šedesátým rokem života. Roky však můžeme vnímat pouze jako údaj orientační, na co se zaměřujeme, jsou charakteristiky tohoto období.

### 2.1.1 Ženy mezi čtyřicátým a padesátým rokem

Pokud se toto období může něčím pyšnit, pak jsou to charakteristiky jako houževnatost, vytrvalost a trpělivost. Ke způsobu, jak získat v tomto věku sebevědomí a naplnění, patří úspěšný výkon v práci. V mnohých profesích toto období znamená vrchol kariéry. Jedinec svou práci dobře zná, je v ní odborníkem zkušenějším než jeho mladší okolí, a zároveň má síly na její provádění. Pokud se žena dříve věnovala rodině, toto je čas, kdy může začít být více soustředěná na svou kariéru. V tomto věku se může motivace k pracovnímu výkonu proměnit z touhy po okamžitém úspěchu a touhy se ukázat v cíl v podobě trvajících a dlouhodobého výsledku a radosti plynoucí provádění práce samotné. Tempo rozhodování a svižnost mohou ustupovat, zato narůstá kvalita úsudku. Právě díky získaným zkušenostem. Žena dokáže lépe integrovat detaily do logických celků. Také však narůstá myšlenková rigidita a opatrnost, nové způsoby řešení problémů nejsou přijímány vřele. (Říčan, 2008)

V osobní a emocionální stránce tohoto období je žena poměrně stabilní. Výjimkou může být nespokojenost, pramenící z bilancování svého dosavadního života.

Je to totiž také období, které je významné tím, že některé možnosti v životě člověka se zužují a uzavírají. Možnost vybudovat novou kariéru, či možnosti mít potomka se pomalu zmenšují. Život ženy se přehupuje do své druhé části. Nicméně její životní cesty jsou stále velmi ovlivňovány mateřstvím. Pokud má žena děti, většinou se dostávají do adolescentního věku. (Vágnerová, 2007)

Dochází k většímu zaměření na životosprávu a zdravý způsob života, jelikož je člověk nucen více naslouchat potřebám vlastního těla v důsledku úbytku tělesných sil. (Říčan popisuje, že v extrémních případech může toto vést až k rozvoji hypochondrie a nosofobie.)

Co se týče partnerského života, ten v tomto období prochází určitou zkouškou. V protikladu k sobě stojí stereotyp ověřené jistoty a potřeba zažít „ještě“ něco vzrušujícího a zábavného. Děti v rodině nevyžadují už tolik péče, role matky se proměňuje a redukuje. To může chování ženy ve vztahu značně ovlivnit. (Vágnerová, 2007)

V tomto období se objevuje fenomén, který se mnoho psychologů snažilo popsat. Někteří autoři do tohoto věku zasazují *krizi středního věku*.

Pozdní dospělost, jak víme, následuje po dospělosti střední. V obou těchto období se člověk nachází na vrcholu svých sil. Tím pádem je na něj vinut tlak ze všech možných oblastí jeho života. Zažívá tedy tlak na lepší pracovní výkon, který si musí stále více obhajovat před mladšími kolegy. Také čelí nárokům, které kladou jak děti, tak partner a vlastně celá společnost, která očekává, že právě teď je jedinec nejsilnější. (Kurcic & Blatný, 2006)

Na rozdíl od dospělosti střední je jedinec, nacházející se v pozdní dospělosti, pod tímto tlakem už nějakou dobu. Přidáme-li k tomu pocit, že se žena nachází již za polovinou svého života, kdy prožívá konfrontaci s nenaplněnými cíli a možné neuspokojivé bilancování, může se stát, že střední dospělost (či pozdější období), vygraduje krizí, objevující se právě v pozdní dospělosti. (Kurcic & Blatný, 2006)

Dalším faktorem, umocňujícím tuto krizi v životě ženy může být úbytek tělesné atraktivity, jenž souvisí biologickými změnami (Vágnerová, 2008). Autoři Kuric a Blatný (2006) však uvádí, že když porovnáme krizi středního věku mezi muži a ženami, ženy toto období zvládají lépe. Vysvětlení vidí v tom, že ženy jsou během života schopny zvládat vícero různých rolí.

Tato krize se projevuje primárně tím, že je žena nespokojená se svým životem a směrem, kudy se její cesta ubírá. Jedním z faktorů může být právě onen stereotyp popsaný výše (Vágnerová, 2008). Kalina, který se ve své knize věnuje adiktologii (2015), přímo popisuje, že tento zlom v lidském životě je často spouštěčem pro alkoholismus, či jiné užívání návykových látek. Dodává, že i pro dlouhodobé abstinenty může být krize středního věku důvodem k recidivě.

Krizi středního věku jsem se rozhodla nezahrnout do následující kapitoly „Rizikové faktory v životě žen během pozdní dospělosti“, protože myslím, že se týká převážně žen mezi čtyřicátým a padesátým rokem života. Z tohoto důvodu se jí věnuji pouze v této kapitole.

### 2.1.2 Ženy mezi padesátým a šedesátým rokem

Změny, které žena prožívá mezi čtyřicátým a padesátým rokem, se budou projevovat i v období tomto. Některé budou náročnější a větší výzvou než doposud. Jako v každém věku, je individuální, jak se člověk s takovými změnami dokáže vyrovnat. Na druhou stranu, období mezi padesátým a šedesátým rokem života je specifické svou klidností a zmírněním tempa. Ačkoliv stárnutí má stále ještě negativní konotaci, mnozí odborníci se shodují na tom, že se i v tomto věku dá objevit mnoho nového a dobrého. (Říčan, 2008)

Pokud se autoři v něčem ještě v něčem shodují, tak v tom, že toto období je období bilancování. V tomto období totiž dochází ke zhodnocování dosavadního života. Velkým mezníkem bývají právě padesáté narozeniny, kdy dochází k přelomu z prvního „poločasu života“. Tím, že se zpomalilo životní tempo, má jedinec čas a prostor se za svým životem poohlédnout a kriticky jej zhodnotit. Žena porovnává, zda ty cíle, které si vytyčila v období mladé dospělosti, byly naplněné. Také přemýšlí, zda tyto cíle má stále prostor vybudovat a završit. Hodnotí své rozhodnutí ve výběru povolání, ve zvolení životního partnera či způsobu výchovy dětí. Tato bilance se pak odvíjí od ženina zhodnocení, zda na vytyčené cíle dosáhla a pokud ne, zda to vidí jako svoje vlastní selhání. (Langmeier, Krejčířová, 2007)

S těmito prožitky se lidé vypořádávají porůznu. Může se stát, že v rámci určitého útěku od výše popsaných myšlenek se žena uchýlí do určité intenzivní zájmové činnosti, která přináší rozptýlení. Stejně tak mohou fungovat i sexuální dobrodružství s mladšími partnery mimo manželství. Reakce může být i opačná, například ve formě deprese, úzkostí nebo vzteku. Ideální změnou je, když se ženě podaří tyto vývojové problémy vyřešit tak, že dospěje do další úrovně vývoje osobnosti. Tento proces zrání totiž přináší mimo jiné i neodkladný fakt, že věci a činy už nelze odkládat. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Intelligence v tomto věku začíná být mírně v poklesu. Myšlení je méně pružné a žena spíše spoléhá na nabyté zkušenosti a znalosti. Prakticky se umocňují změny popsané v předchozí kapitole. Záleží však i na jedinci samotném. Pokud žena „drží krok s dobou“ a učí se stále nové informace, úbytek v kognici nemusí být vůbec znát. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

I v tomto věku dochází k vývoji sociálních schopností. Žena v tomto věku je schopná stále více rozumět protichůdným postojům a různým názorům lidí okolo sebe. To je postoj, který není specifický pro již uplynulé mládí.

Postoj ženy v tomto období ke svému já se stává více stabilním. Napomáhají k tomu zkušenosti, jichž má žena v tomto věku nemálo. Zároveň žena objevuje a definuje nové role ve svém životě. V tomto období přicházejí téměř nevyhnutelně veliké zásahy do života, jako je například smrt rodičů, odchod dětí z domu či možný odchod do důchodu. Těmto tématům se budu věnovat v příští kapitole. Tyto události nutí ženu, aby předefinovala v životě své cíle a role a našla nové. (Vágnerová, 2007)

Jednou z velkých změn v tomto období je menopauza, která sebou přináší jedné ženě úlevu od každoměsíčních strastí, druhé stres a pocit ztráty mládí či možnosti mít potomka. Tento pocit ovšem může ustoupit do pozadí díky vnoučatům, které do rodiny přicházejí obvykle v tomto životním období. Role babičky přináší radost a šanci si znovu prožít mládí i rodičovství. Také dodává pocit, že je žena potřebný a neodmyslitelný článek rodiny. (Skorunková, 2013)

Říčan (2008) uvádí, že emocionalita v tomto věku může být u každé ženy velmi rozdílná. Zatímco některé ženy začínají být emocionálně nestabilní, snadno podrážděné a nemají daleko k slzám, ženy, které postavily do centra svého zájmu něco jiného než jen sami sebe, jsou odolné a duševně pevné.

V tomto období už nedochází k výrazným změnám životního stylu. Profesní část ženina života se může pomalu chýlit ke konci (Vágnerová, 2007). Mnoho autorů se v knihách o vývojové psychologii věnuje odchodu do důchodu. V dnešní době se však čas odchodu do důchodu posunul. Web Finance uvádí, že pro ženy je v době vydání této práce průměrná doba odchodu do důchodu v České republice 64 let. Tento věk již nepatří do skupiny, na kterou se ve svém výzkumu soustředím.

### **2.1.3 Rizikové faktory v životě žen během období pozdní dospělosti**

V této kapitole se pokusím shrnout rizikové faktory, které mohou ženu v období pozdní dospělosti negativně ovlivnit a potenciálně spustit tendence k abúzu alkoholu.

Dlouho jsem váhala, zda mám tuto kapitolu taktéž dělit dle věku mého výzkumného vzorku, tedy na skupinu 40 až 50 let a na skupinu 50 až 60 let. Čím více jsem však pronikala do odborné literatury a do různorodosti problémů dané tematiky, tím více se mi zdálo příliš rigidní udělat v půli pozdní dospělosti řez.

Nejprve jsem se následující kapitolu pokoušela psát rozděleně, dle určených věkových skupin, ale každé téma jsem si sama zpochybňovala a vyvracela. Problémy a výzvy těchto dvou věkových skupin se často prolínají, souvisejí spolu a jsou velmi individuální. Závisí na faktorech, jako je sociální prostředí, kariéra, zralost ženy a mnoho dalších. Z těchto důvodů jsem se rozhodla popsat rizikové faktory v životě žen během pozdní dospělosti sloučeně.

Námět na všechny rizikové faktory, které lze nalézt níže, jsem čerpala hlavně z knih o vývojové psychologii a výzkumů spojených se skupinou žen středního věku. Nicméně několikrát se mi povedlo získat informace přímo od respondentek mého výzkumu.

Abych data shromáždila, obvykle jsem navštěvovala různé psychiatrické nemocnice a jiná zařízení, která se věnují léčbě závislosti v České republice. Měla jsem tedy skvělou příležitost ženy potkat osobně, dotazníky administrovat a být nápomocná, když měla některá nějaký dotaz. Tyto zkušenosti byly velmi příjemné, většinou v prostředí, kde probíhaly skupinové terapie. Ženy, účastníci se výzkumu, byly milé a těšil je můj zájem o jejich skupinu. Proto se několikrát stalo, že se rozvinula debata o jejich životech a cestách, které končily v tom či onom zařízení. Jejich otevřenost a upřímnost mi poskytla příležitost získat náměty pro tuto kapitolu snad lépe, než je hledat v knihách. O to víc pro mě mé návštěvy těchto zařízení byly cennější.

### 2.1.3.1 Pozvolná změna fyzického stavu

V tomto období se projevuje velmi mnoho fyziologických změn. Bohužel, bývají to změny většinou nevídané.

Nastává úbytek sil a pokles ve výkonu. Regenerace těla už není funkční tak rychle, jako dosud. Dochází k úbytku svalových tkání a zpomaluje se metabolismus. V tomto věku také dochází ke zhoršení smyslových orgánů. Hlavně u zraku, kde čočka ztrácí pružnost a způsobuje tak zhoršení schopnosti oka, zvláště na krátkou vzdálenost. To vede k potřebě používání brýlí. Postupné ztrácení citlivosti se objevuje i u sluchu a chuti. U některých žen se také mohou projevit chronické nemoci, jako je artritida nebo diabetes. (Vágnerová, 2007)

Velkou roli začínají hrát genetické predispozice ženy, které ovlivňují její stárnutí, možná onemocnění a vzhled. Další z faktorů je to, jak moc je žena zvyklá na fyzické aktivity. Pokud se do současnosti sportu a péči o své zdraví nevyhýbala, změna může být sotva znatelná. Na druhou stranu; žena, která byla během života fyzicky spíše pasivnější a sportovním aktivitám neholdovala, může pociťovat tělesné změny silně. (Langmeier & Krejčířová, 2006)

Adaptace na tyto změny může být pro ženu dlouhá a složitá. Ačkoliv povětšinou nejde o razantní zásahy do vzhledu, subjektivně mohou být prožívány velmi těžce. Žena je totiž konfrontována s vlastní zranitelností a myšlenkou stáří a smrti. Začíná se vyskytovat strach z těžkých nemocí. Vědomí vlastní konečnosti a ubíhající doby je více a více zřejmé. V tomto období si často klade otázky, kolik času jí ještě zbývá a zda už má vrchol svého života za sebou. Tato změna se nepromítá pouze do ženina osobního prožívání a sebepercepce, ale i do partnerského vztahu či do širších sociálních kontaktů. (Říčan, 2008)

Tento proces nemusí být však nutně traumatický, může se jednat pouze o další z mnoha životních výzev, která vyústí v dokonalejší chápání sama sebe i druhých a v životní moudrost (Langmeier, Krejčířová, 2006).

### 2.1.3.2 Vnímání společenského tlaku

Se změnou fyzického stavu nedochází pouze k poklesu ve výkonu, ale ke změně zjevu. Žena může v zrcadlech sledovat řídnuoucí vlasy, příbytek vrásek, postupné ztracení pružnosti kůže, či nabývání na váze. Zkrátka dochází k úbytku sexuální atraktivity, která je z biologického pohledu již nepotřebná, protože lidé v tomto věku ztrácí možnosti reprodukce (Langmeier & Krejčířová, 2006). S tím přichází obavy, že dnešní společnost, jež adoruje mladiství vzhled a mládí celkově, tuto změnu nepřijme bez negativního hodnocení.

V naší společnosti je stárí spojeno se ztrátou výhod, které přinášel fyzicky přitažlivý vzhled. A co více, když dojde na projevy stárnutí, jsou „tolerovány“ spíše u mužské populace. Šediny a vrásky se muži většinou nesnaží zakrýt. Oproti tomu jsou ženy pod tlakem dostat společenskému standartu.

Záleží tedy na každé ženě, jak se s touto sociokulturní zátěží vyrovná. Může se stávat, že se ženy snaží vypadat více mladicky, změnit styl oblékání a celkově se snažit vizuální dopad stárnutí zpomalit či skrýt. Některé ženy se rozhodnout vést boj s časem a za každou cenu si mladistvý vzhled udržet. Toho se snaží dosáhnout například plastickými operacemi. Jiné mohou reagovat opačně, rezignací a ztrátou snahy udržovat a pěstovat svůj vzhled. (Langmeier & Krejčířová, 2006)

Taktéž se žena může snažit mládí „nadbíhat“, což se projevuje obměnou či rozšířením své sociální sítě o mladší jedince, ať už v podobě spolupracovníků, přátel nebo partnerů. Vyrovnat se se změnou vzhledu a neporovnávat se s mladšími ženami je skutečná výzva tohoto období (Říčan 2008).

Ostatně, nemusí jít vždy jen o dojem dané ženy. Pro společnost, ve které žijeme, je typický *kult mládí*. Stárí a stárnutí ztratilo svou autoritu a je chápáno pouze jako nedostatek mládí (Říčan, 2008). V okolí ženy v období pozdní dospělosti skutečně může docházet k ageismu a externímu tlaku, v podobě komentářů, vtipů a podobně.



### 2.1.3.3 **Problémový partnerský vztah**

V tomto období se poprvé statisticky projevuje vyšší úmrtnost mužů, která vede k tomu, že ve společnosti je více žen v období pozdní dospělosti než mužů. S věkem přibývá počet vdov či žen rozvedených, které hledají partnera (Říčan, 2008).

Ačkoliv u žen po čtyřicátém roku života potřeba sexuální aktivity ještě neklesá u mužů tomu tak často bývá. Tento fakt může hluboce ovlivnit jak partnerský vztah, tak ženino sebevědomí a sebejistotu (Říčan, 2008).

Říčan, inspirován Plzákovou statistikou o manželských vývojových krizích, upozorňuje, že se po třicátém sedmém roku života dostává do manželství do „druhé vývojové krize“, která nezřídka končí rozvodem. Tato krize může být umocněna i dospíváním či odchodem dětí z domu. Tomuto tématu se blíže věnuji v podkapitole Rodičovství, jež je k nalezení níže v této kapitole. Další jev, na který autor ve svém díle (2008) upozorňuje, jsou psychosomatické obtíže, jež může druhá manželská krize vyvolat.

Je jasné, že stav ženiny sexuality se promítá do ženina partnerského života. Proto se mnoho výzkumů zaměřovalo na sexualitu a sexuální obtíže žen v období pozdní dospělosti. Již výzkum z roku 1988 (Osborn et al.), zaměřující se na ženy ve věku 35 – 59 let, uvádí, že sexuální dysfunkce signifikantně souvisejí se zvýšeným věkem (a také psychickou nemocí). Tento výzkum uvádí, že každá desátá žena sama sebe vnímá jako člověka trpícím problémem v sexualitě. Do výzkumu bylo zapojeno přes čtyři sta respondentek.

Sexualitě žen v tomto období se však věnují i výzkumy pozdějšího data. Obdivuhodný výzkum provedený Avisovou a jejími kolegyněmi (2005), zkoumající soubor 3 167 žen ve věku nad 42 rokem života, poukazuje na etnické rozdíly v sexualitě těchto žen. Dle této studie má stárnutí nejmenší vliv na sexualitu a libido afrických žen a největší na ženy z Číny a Japonska. Tento výzkum však nepřičítá změnu pouze stárnutí, ale hlavně hormonálním změnám, kterým se věnuji níže v této kapitole.

Studie z roku 2004 (Laumenn et al.), nesleduje pouze ženy, ale porovnává ženy a muže ve věku 40 až 80 let. Zatímco pozorovaní muži v tomto věku se potýkali hlavně s fyzickou stránkou stárnutí, jako například neschopnost erekce, u žen studie prokázala snížený zájem o sex.

#### 2.1.3.4 **Hormonální změny**

V tomto věku žena zpravidla prochází klimakteriem. To je období, kdy dochází k regresivní změně vnitřně sekretorického systému. Hlavním projevem klimakteria je ztráta menstruace. Toto období je provázené radou jak fyzických, tak psychických příznaků. Mezi tělesné příznaky menopauzy patří návaly horka a pocení (hlavně v nočních hodinách), dále pak bolesti kloubů či poruchy spánku. Mezi závažnější dopady pak spadá osteoporóza, vedoucí ke zlomeninám kostí i při malém nárazu. Taktéž se zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob.

Dopad klimakteria na ženskou psychiku je taktéž nezpochybnitelný. Projevuje se celou řadou příznaků a změn. Objevuje se zvýšená unavitelnost a podrážditelnost. Dochází ke zvýraznění negativních povahových vlastností. Biologická a celková změna životní role může vést k depresím a propadům nálady. Klimakterium se může odrážet i v sexuálním chování a prožívání ženy.

Ve fyzických symptomech jsem zmiňovala poruchy spánku. Ty si však vybírají i daň psychickou. Hůře se usíná a dochází k častým probuzením. To vede k spánkovým deficitům a snížením psychické výkonnosti. To může vést ke ztrátě sebedůvěry a prohlubování depresivních stavů. (Vokurka et al., 2012), (Pavlovský, 2012)

Klimakterické obtíže se dají řešit hormonální substituční léčbou. Žena si dnes může vybrat z mnoha druhů přípravků, jež se dají podávat v rozličných formách, jako jsou tablety, gely, náplasti či podkožní implantáty. Tato léčba však nese určitá zdravotní rizika, z nichž je nejdiskutovanější a nejzávažnější karcinom prsu. (Chlebowski et al., 2003; Beral et al, 2003).

Během sběru dat jsem měla opakovaně možnost si s respondentkami ve skupině promluvit o jejich současném stavu. Nezávisle na sobě se téma hormonálních změn často objevovalo. Jedna pacientka si postěžovala, že zatímco o hormonálních změnách, které provázejí adolescenty v pubertě je i laik informován, klimakterium je téma stále tabu. I když, dle jejího názoru, je to změna stejné závažnosti.

### 2.1.3.5 Rodičovství

Lidé po čtyřicátém věku život se nacházejí mezi generacemi. Na jedné straně do jejich života obvykle stále patří jejich rodičové, na druhé straně už jsou součástí vlastní rodiny, která bývá zpravidla tvořena dětmi.

Role potomka se v tomto věku drasticky mění, stává se kompetentnějším a více pečující než jeho rodič. Mohou nastat situace, kdy je třeba pomáhat a třeba i rozhodovat za vlastního rodiče. To je pozice velmi náročná, jelikož do této doby jsme zvyklí být „na druhé straně“. Sledovat své rodiče slábnout je jistě úkol těžký a bolestivý. (Matejček, 1986)

Velká zátěž přichází s úmrtím vlastního rodiče, ke kterému dochází povětšinou v tomto časovém období. Krom nepopiratelné ztráty jednoho z nejbližších lidí, to je také připomínkou naší vlastní konečnosti a úmrtí, ke kterému jednou musí dojít (Říčan, 2009). Cicirelli (2006) zkoumal strach ze smrti u 117 žen střední dospělosti a jeho závěr byl, že ty, které ve svém životě nevnímají smysl, se bojí smrti více.

Na druhé straně je jedinec v tomto věku rodičem obvykle odrůstajících dětí. Pokud jsou potomci mladší a stále žijící pod jednou střechou, jsou to zpravidla adolescenti. Role dospělého se tak mění. Z pozice, kdy určoval, co je správné a co ne, se dostává spíše do pozice, kdy je nutné dítě začít vnímat jako dospělého. To se nemusí obejít bez konfliktu, není snadné získat potřebný odstup. (Říčan, 2008)

V adolescenci probíhá odpoutávání se, které vyvrcholí odchodem dítěte z domu. Tím se dostáváme ke známému, psychology mnohokrát popisovanému fenoménu *syndromu prázdného ptačího hnízda*.

Syndrom prázdného hnízda je pocit zármutku a osamělost rodiče se mohou cítit, když jejich děti opustí domov poprvé, například žít sami nebo chodit na vysokou školu. Rodiče, zejména pak matky, mohou prožívat pocit významné a hluboké ztráty, když jejich děti opustí domov. Výsledkem mohou být deprese, alkoholismus, krize identity a manželský konflikt. (Mitchell, Lovegreen, 2009)

Již v roce 1969 si Curleeová povšimla spojitosti mezi ženským alkoholismem a syndromem prázdného hnízda. Krom tvrzení, že oproti mužům, ženy spíše pijí z nějakého

konkrétního důvodu, autorka uvádí, další zajímavý poznatek. Pro některé ženy je odchod dítěte z domu trauma, který v kombinaci s krizí střední věku a menopauzou spouští alkoholismus.

Tomuto tématu se samozřejmě věnují i články novější. Metanalýza z roku 2008 (Epstein et al.) varuje, že rozdíl v prevalenci užívání alkoholu mezi ženami střední dospělosti a starší dospělosti je výrazně vyšší, než takovýto rozdíl mezi muži střední a pozdní dospělosti. Jako jeden z faktorů uvádí právě syndrom prázdného hnízda. Tento závěr potvrzuje i nepálská studie, která přímo popisuje syndrom prázdného hnízda jako podmínku, jež ztěžuje alkoholovou abstinenci. (Shakya, 2013)

Odborníci ovšem uvádějí, že se podmínky syndromu prázdného hnízda pomalu mění. Ženy v dnešním světě mají i jinou roli, než jen mateřskou a také se účastní více aktivit, které je naplňují. Ani situace dětí není stejná. Věk odchodu se z ekonomických, sociálních či jiných důvodů zvyšuje a již dávno neplatí, že potomek, který z domu odchází, se už nevrátí. (Mitchell, Lovegreen, 2009)

### 2.1.3.6 Setrvávající profesní kolbiště

Tento úderný termín jsem si vypůjčila z knihy *Dospělost a její variabilita* (Farková, 2009). Autorka v knize skvěle popisuje, jak se vlivem času záležitosti v pracovním poměru této věkové skupiny změnily. Zatímco dříve to bylo období klidně a beze změn, ve kterém jedinec takzvaně „sklízal, úrodu, kterou zasel“ dnes tomu už dávno tak není.

Ženy v této fázi se většinou nacházejí na vrcholu své kariéry, kdy se protíná dobře naučená teorie a léty ozkoušená praxe. Jsou pracovnicemi stabilními a výkonnými. Hlavním znakem tohoto období vzhledem ke kariéře je houževnatost a trpělivost. Na to zaměstnavatelé mohou reagovat dvojitým způsobem. Buď se snaží tyto ženy motivovat k setrvání v zaměstnání různými benefity, jako například zvyšováním platu, či nefinančními odměnami. V horším případě se však aplikuje motivace pomocí strachu. Snadno se dá vzbudit dojem, že v dnešním světě je jedinec snadno nahraditelný a že po něm přicházejí mladší, dravější a silnější. Pohrůžka snížením platu či dokonce ukončením pracovního poměru se stává v rukou zaměstnavatele mocným nástrojem.

V kombinaci s malým množstvím informací, které zaměstnavatelé poskytují, či si je sama žena schopna vyhledat, razantně narůstá nejistota a pocit stresu. Víze, že si pracovnice bude nucena hledat nový pracovní poměr, což je v době požadavků na rekvalifikační kurzy, nutnosti ovládat nové technologie a stále rostoucím ageismem představa budící tenzi. (Farková, 2009; Říčan, 2008). Samozřejmě, lze mluvit jen o určitých typech pracovnic. Věkem nabyté znalosti a pevná mohou poskytovat velký náskok oproti mladším kolegyním.

Další rizikový faktor, který v této podkapitole stojí za zmínku je syndrom vyhoření. Tento fenomén se často týká věkové skupiny 40 a více let. Stále více vzrůstá požadavek na vysoký a nekolísající výkon. Ten je již považován za normu a není poskytnut prostor pro úlevu či zpomalení tempa (Kebza & Šolcová, 2003).

Stanetiřová a Teřanoviřová ve svém vyzkumu (2013) uvádějí, že zkoumaní jedinci s věkem nad 46 let a délkou výkonu povolání více než 21 let měli statisticky významně vyšší úroveň stresu a emoční vyčerpání než mladší účastníci a účastníci s kratší délkou vykonávané profese. Vyzkum značí, že věk a doba vykonávané profese má významný vliv na úroveň stresu a na vznik syndromu vyhoření. 83% souboru byly ženy.

### 2.1.4 Ženy pozdního věku a alkoholismus

Jelikož celou svojí diplomovou práci věnuji ženám v období pozdní dospělosti, které se potýkají se závislostí na alkoholu, rozhodla jsem se věnovat tuto kapitolu průřezu některých, již zjištěných poznatků a provedených výzkumech, věnující se této problematice.

Jedinci, kteří v tomto věku nadměrně pijí alkohol, zajímají odborníky dlouhý čas. Můžeme najít spousty výzkumu z osmdesátých a devadesátých let minulého století. Shledávám zajímavým, že okolo devadesátých let byl v USA upřen velký focus na muže ve středním věku vyrovnávající se s krizí středního věku pomocí alkoholu. Ve své práci se však věnuji ženám.

Pokud se podíváme do historie, nemohu nezmínit knihu „Alcohol and Drug Problems in Women“ napsanou již roku 1980 Orianou Kalantovou. Tato autorka dala dohromady sedmnáct rozsáhlých studií, které se z různých úhlů pohledu věnovali ženám a ženské problematice. V této knize můžeme dokonce nalézt longitudinální výzkum uskutečněný na dvojčatech. Co se týče pozdní dospělosti, Kalantová upozorňuje, počátek tohoto období (40-44 let) je období s nejvyšší úmrtností alkoholiček v porovnání s běžnou populací.

Jeden ze starších, ale velmi zajímavých výzkumů se věnoval ženám a jejich spotřebě alkoholu vzhledem k pracovnímu procesu. Článek je však třeba zasadit do kontextu doby, kdy nebylo tolik běžné, že žena pracuje. Dílo se totiž věnuje myšlence, zda to, že se žena chodí do práce, může zvýšit či snížit její potřebu pití alkoholu. Článek je pozoruhodné sledovat z perspektivy dnešní doby. Manželé Wilsnackovi (1992) ve své metaanalýze uvažují nad myšlenkou, že ženy v pozdní dospělosti mají sklony k depresím a alkoholismu protože děti již odrostou, odejdou z domu a matky tak „ztratí strukturu dne“. Díky shromážděným studiím však uvádí, že na tuto otázku se nedá nalézt jednoduchá odpověď. Varují, že takto „zjednodušené uvažování vědců“ může být na škodu a vyvrací tak přímou korelaci pracovního vyčerpání a sklonům k nadužívání alkoholu.

Pojďme se se však podívat na výzkumy současnějšího data.

Grant a jeho kolegové (2004) se rozhodli porovnat, jaké jsou rozdíly v závislosti a zda se liší američtí uživatelé alkoholu mezi lety 1991–1992 a 2001–2002. Chtěli tak vysledovat,

zda v alkoholismu dochází k nějakému vývoji. Dospěli k závěru, že zatímco v roce 1992 měli respondenti více rozvinutý syndrom závislosti, v roce 2002 syndrom závislosti u respondentů ustoupil, dochází však k většímu škodlivému užívání. Dle výsledků tohoto výzkumu nejsou ženy v období pozdní dospělosti tolik ohroženy. V největším riziku jsou muži mladé dospělosti.

Tento výzkum Grant a kolegové (2017) zopakovali v letech 2012 -2013. V tomto výzkumu upozorňují, že zjištěné poznatky, které tvrdí, že muži pijí více než ženy, přestávají platit. Ženy se začínají v abúzu alkoholu přibližovat mužům

Epsteinová s kolegy v roce 2008 zveřejnila studii, jejímž závěrem bylo, že v porovnání s muži je veliký rozdíl v prevalenci alkoholismu mezi ženami rané dospělosti a ženami pozdní dospělosti. To tedy znamená, že u žen se syndrom závislosti rozvine během života, na rozdíl u mužů. Tento výzkum taktéž předvídá, že se v příštích dvaceti letech zvýší počet žen v období pozdní dospělosti, které trpí alkoholismem.

V roce 2009 Blazer a Wu zveřejňují pozoruhodnou studii, která se zaměřuje na užívání alkoholu, zvláště pak na binge drinking u jedinců v období pozdní dospělosti. Binge drinking je způsob užívání alkoholu, při kterém dochází k jednorázovému pití v krátkém časovém úseku, například v rozmezí dvou až tří hodin. K takovému pití většinou dochází o víkendech a jeho účelem je pocit opilosti.

Autorům se podařilo shromáždit téměř jedenáct tisíc respondentů nad padesát let, z nichž bylo 55% žen. Výzkum ukazuje, že skupina, která má největší sklony k nadužívání alkoholu a binge drinkingu jsou afroamerické ženy, které mají nižší vzdělání než zbytek respondentek. Taktéž upozorňují, že ačkoliv je užívání alkoholu záležitost, kterou máme tendenci si spojovat spíše s jedinci v období mládí a rané dospělosti, počet lidí potýkajících se s alkoholismem v období pozdní dospělosti prokazatelně roste.

Další autoři, kteří se alkoholismem u jedinců v období starší dospělosti zabývali, jsou Windleovi. Ti v roce 2014 zveřejňují výsledky deset let trvajícího longitudinálního výzkumu. Jejich hlavní záměr byl zjistit, jaký vliv má na alkoholový abúzus partnerský život a partner sám. Do studie bylo zahrnuto 874 žen a data byla sesbírána třikrát po pětiletém rozestupu. Tento výzkum odhalil, že u konkrétních jedinců a párů nedochází ke snížení ani zvýšení užívání alkoholu během let. Ti, co pili více na začátku výzkumu, pili více i na jeho konci a naopak. Tento výzkum taktéž uvádí, že ženy mají větší vliv na užívání alkoholu mužů, zatím co u žen tomu tak není.

Výzkum z roku 2016 (Virtanen et al.) se zabývá teorií, že mladí dospělí, kteří jsou nezaměstnaní mají mnohem silnější sklony k alkoholismu, než jedinci v pracovním poměru. Tyto tendence přetrvávají během celého života a mohou se objevovat i v pozdní dospělosti. Za začátku tohoto výzkumu byla sebrána data, týkající se alkoholové konzumace od 488 dívek v posledním roce základní školy. Následovaly tři další vlny sběru dat, které probíhali v rozmezí 27 let. Výzkum skutečně prokázal, že mezi nezaměstnaností a alkoholismem je korelace, která může jedince provázet celý život. Výzkum poukazuje na to, že muži jsou více ohroženější skupinou než ženy.

Wieben a jeho kolegové (2018) se soustředili na dvě skupiny lidí trpícím alkoholismem. V jedné skupiny byli jedinci pozdní dospělosti, ve druhé lidé nad šedesát let. Ve druhé skupině bylo více žen než ve skupině první. Oběma těmto skupinám byla poskytnuta léčba a péče. K dispozici měli například kognitivně behaviorální terapii, rodinou terapii, či podpůrné konzultace. Po šesti měsících této léčby autoři výzkumu tyto dvě skupiny porovnali. Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že druhé skupině, kde byly ženy ve větším zastoupení, se více dařilo dosáhnout vyléčení.

Informace, které se v odborných publikacích často shodovaly, se týkaly převážně toho, že muži mají větší klony k alkoholismu než ženy. Mnoho odborníků však upozorňuje, že rozdíl mezi ženami a muži v konzumaci alkoholu se snižuje a bohužel tím způsobem, že ženy pijí více a více a ne naopak.



## 2.2 Alkoholismus

Pojem „alkoholismus“ je v psychologii velmi známý a každý student či odborník by měl mít tuto nemoc v povědomí. Jelikož se ve svém výzkumu soustředím právě na tento fenomén, je ale podstatné poskytnout informace týkající se tohoto druhu závislosti. V následující kapitole se proto budu věnovat pojmu alkoholismu jako takovému, jeho zařazení mezi ostatní diagnózy, příznakům alkoholismu, dopadům alkoholismu, jeho fázím a možnostem léčby.

Nadužívání alkoholu se začíná vnímat jako nemoc okolo 18. století. V knize Dějiny pijáctví (Sourinia, 1999) můžeme nalézt, že se v tomto období poprvé začínají některé duševní nemoci odůvodňovat právě nadměrnou konzumací alkoholu. Na základě této myšlenky se alkoholem a jeho dopadem na lidskou psychiku začínají zabývat lékaři a odborníci.

Pokud bychom se chtěli podívat na definice alkoholismu, je jich, jako ve většině případů známých a mnohokrát popsaných nemocí, mnoho. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, pro psychologii a psychiatrii knihou tolik důležitou, se alkoholismus řadí pod „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek“. A závislost na alkoholu MKN10 definuje takto: *Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha užívat... alkohol.* Považuji tuto definici za nejlépe vystihující alkoholismus a MKN10 byl jeden z mých hlavních zdrojů informací pro tvorbu této kapitoly. Přesto ještě nabízím definici dle WHO.

Světová zdravotnická organizace má shodné zařazení alkoholismu. Patří taktéž mezi závislosti. WHO definice zní: *Opakované užívání alkoholu v rozsahu, v jakém je uživatel periodicky nebo chronicky intoxikován a vykazuje nutkání přijmout preferovanou látku. Má velké potíže s dobrovolným ukončením užíváním látky a projevuje odhodlání získat alkohol téměř všemi prostředky. Typická je významná tolerance a výskyt abstinčního syndromu při přerušení užívání látky.*

Již jsme si tedy objasnili, že alkoholismus spadá pod závislosti, konkrétně tedy pod **poruchy vyvolané požíváním alkoholu**. Jak na tyto poruchy nahlíží MKN10?

Ta rozlišuje osm diagnóz, způsobených požitím alkoholu. První je **akutní intoxikace**, což je stav, při kterém má jedinec látku v těle, a to v takovém množství, že dochází k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Laik bude tento znát pod pojmem „opilost“.

Další diagnóza spojená s abúzem alkoholu je **škodlivé použití**. K tomu dochází, pokud je užitím alkoholu zapříčiněn negativní důsledek psychického či fyzického rázu. Jedná se například o sekundární deprese.

Diagnóza, na kterou se soustředí celá tato diplomová práce a kterou chápeme pod pojmem „alkoholismus“ je právě **syndrom závislosti**. O této nemoci bude k nalezení mnoho informací níže v této kapitole.

Čtvrtý stav, spojený s požíváním alkoholických látek je **odvykací stav**. Pod touto diagnózou můžeme nalézt soubor nepříjemných projevů. K těm dochází, pokud jedinec, jenž je navyklý na jeho užívání (trpící tedy syndromem závislosti), příjem alkoholu přeruší. Pro tento stav jsou typické křeče, zrychlení pulsu a poruchy srdečního rytmu, či svalový třes. Podobná diagnóza je **odvykací stav s deliriem**. Nejtěžší formu této diagnózy známe pod pojmem „delirium tremens“. Tento stav je shodný s odvykacím stavem výše popsaným, přidávají se k němu však poruchy vědomí, pozornosti a vnímání. Velmi často pak ve formě iluzí či halucinací. Typická pro tento stav je mikrozoopsie, kdy zasažený jedinec vidí malá zvířata, například brouky nebo myši, bez existujícího podkladu. (Dušek & Procházková, 2015)

Vážná diagnóza, spjatá s abúzem alkoholu je **psychotická porucha**. Ta se projevuje souborem příznaků, které se objevují během požití alkoholického nápoje nebo po něm, nedají se však vysvětlit akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Psychotická porucha způsobena intoxikací alkoholu může mít například žárlivostní nebo paranoidní podobu. S tímto stavem úzce souvisí i **psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem**, která je diagnostikovaná, když k příznakům souvisejícím s užíváním alkoholu dochází bez přímého účinku látky.

Poslední stav, který si se souvislostí s alkoholem zmíníme, je **amnestický syndrom**, jehož hlavním příznakem je ztráta paměti.

### 2.2.1 Příčiny alkoholismu

Poslední veřejně přístupná výroční zpráva Úřadu vlády české republiky uvádí, že přibližně 640 000 obyvatelů České Republiky pije ve škodlivé míře. Co k tomu tyto lidi, či jedince za naší hranicí vede? Je nad míru jasné, že odpověď na tuto otázku je nesmírně komplikovaná, až nemožná. Přesto teď nahlédneme do knih a článků, které se pokoušejí příčiny alkoholismu přiblížit.

Jedna z prvních příčin, kterou se odborníci zabývali, je dědičnost. Ženami s tendencí k pití alkoholu se v roce 1992 zabýval Kendler a jeho kolegové. Ti zkoumali dvojčata, což je ke zkoumání genetických faktorů ideální. Pomocí hloubkových strukturovaných rozhovorů s rozsáhlým souborem 1030 žen-dvojčat došli k závěru, že pravděpodobnost výskytu potíží s užíváním alkoholu, způsobená genetickými faktory, se pohybuje okolo 50%. Tuto tezi podporují i následující výzkumy. Tyndaleová se ve své publikaci z roku 2003 soustředila na to, zda je na užívání alkoholu a nikotinu ovlivněno geny. Uvádí, že genetická dědičnost hraje významnou roli v abúzu těchto látek. Autorka věří, že pokud se nám podaří hlouběji proniknout do genetiky, pomůže to s řešením všech závislostí. I další odborníci se shodují na tom, že genetika má nezanedbatelnou roli ve vztahu k alkoholu (a návykovým látkám obecně). (Enochová, 2012; Verhulst et al. 2014; Chartier et al. 2017; Edenberg et al. 2019)

Pokud se zabýváme dědičností, nesmíme opomenout ani prostředí jedince. Je možné, aby rizikový vztah k alkoholu byl ovlivněn okolím člověka? Na tuto otázku se snažila odpovědět Enochová ve své publikaci z roku 2006. Autorka se zabývala resiliencí vůči alkoholismu. Je přesvědčená, že okolí jedince může být velkým rizikovým faktorem. Dítě, které vyrůstá v rodině, ve které minimálně jeden z rodičů pije má čtyřikrát větší šanci, že začne také pít, píše Enochová. Jako majoritní faktory uvádí dostupnost alkoholu, tlak vrstevníků a rodičovský přístup. Podobně vidí vliv prostředí na alkoholovou závislost i Scott (2017). Ten současně dodává, že tyto faktory se dají pozorovat napříč etnickým spektrem. Stejně jako v případě dědičnosti se výzkumníci shodují na tom, že rizikové okolí může ve velké míře podpořit problémový vztah k alkoholu. (Wallová et al. 2016; Carbonneau et al. 2017; Sofinová et al. 2017)

Člověk se tedy stává velice ohroženým alkoholismem, pokud u něj dochází ke souběhu genetického zatížení a rizikového okolí. Přesto mohou existovat i jiné důvody, které

vedou jedince k abúzu alkoholu. Často to bývá určitá traumatická či zátěžová událost, kterou jedinec nedokáže zpracovat vlastními mechanismy, a tak volí alkohol. Dušek a Procházková (2015) se ve své knize zabývají příčinami a důvody, které lidi vedou ke alkoholovému zneužívání a cíli, kterých se uživatelé skrz pití snaží dosáhnout. Podle těchto cílů poté stanovují různé druhy lidí trpících alkoholismem. **Alfa typem** jsou takoví, kteří pijí kvůli zábavě, pocitům štěstí a euforii, kterou v nich požití alkoholu vyvolává. Ti mívají většinou svůj příjem alkoholu pod kontrolou a sahají po něm spíše jako po maladaptivní copingové strategii, často v boji s jinou psychickou chorobou. **Beta typ** jsou lidé, používající alkohol příležitostně, ale pravidelně. Není vypěstována závislost. Pod **Gama typ** autoři řadí ty uživatele alkoholu, kteří mají sníženou schopnost kontrolovat sami sebe v užívání. Tato skupina trpí silnou psychickou závislostí na látce, kterou nedokáží ovládnout a to je motivuje k abúzu. **Delta typ** jedince, potýkajícího se s alkoholem poznáme tak, že má vytvořený tělesný návyk. Alkohol musí pít pravidelně, protože jinak se začne projevovat abstinční syndrom ve fyzické podobě. A konečně **Epsilon typ**, kam jsou zařazeni takzvaní kvartální uživatelé. Tito lidé nepijí pravidelně, ale když se napijí, jsou k nezastavení a pijí „do němoty“. To může způsobovat závažné zdravotní i sociální problémy. Navíc se postupně proluky mezi absolutním opitím zkracují. Do tohoto typu spadá binge drinking. Motivace tohoto druhu uživatelů, je touha po uvolnění a pocit, že si musí užít momentální volnost a možnost se opít.

Poslední příčina alkoholismu, které se v této kapitole chci věnovat, je jiná psychická nemoc. Nezřídka bývá alkohol využíván jako pomocník, či sebemedikace v boji s jinými duševními chorobami. Ruizová a její kolegové (2015) zjišťují, že ženy trpící alkoholismem vykazují známky neurotismu a psychoticismu. Shamala a kolegové (2018) se zase zaměřují na posttraumatickou stresovou poruchu. V jejich článku můžeme nalézt, že PTSD je velmi rizikovým faktorem pro rozvinutí alkoholismu či jiné závislosti. Nešpor (2011) uvádí, že v ohrožení jsou jedinci s poruchami osobnosti, úzkostnou poruchou, poruchou příjmu potravy, poruchami nálady i ti, kteří trpí jinou závislostí. Je nutné si uvědomovat, že psychické poruchy s sebou kromě dalších obtíží přinášejí i riziko rozvinutí závislosti.

## **2.2.2 Fáze alkoholismu**

Jako každou nemoc, i alkoholismus můžeme rozdělit do určitých stádií podle intenzity. V této kapitole se tedy budeme věnovat tomu, jaké má alkoholismus fáze, jak se tyto fáze projevují a podle čeho se dají projevy nemoci vyzorovat.

Pokud se podíváme do literatury a odborných článků, věnující se tomuto tématu, opakovaně narazíme na rozdělení, které zavádí doktor E. M. Jellinek. Tento psycholog zasvětil většinu své práce výzkumu alkoholismu. V knihách (např. Kissin & Begleiter 2012; Dušek & Procházková, 2015) ze kterých jsem čerpala, se autoři odvolávají k fázím zavedených právě Jellinkem.

### **2.2.2.1 Fáze první – před-alkoholická**

Během před-alkoholické fáze lze na jedinci upozorovat jen málo důkazů o problémovém vztahu k pití. Dá se říct, že v této fázi se člověk chová jako příležitostný uživatel, pití je především sociální záležitost. Hlavní fyziologickou charakteristikou této fáze je, že si člověk začíná vyvíjet toleranci k alkoholu. V této fázi je třeba sledovat, zda jedinec pije spíše pro sociální důvody (party, po práci s kolegy), nebo jestli se pití stává copingovým mechanismem ve chvíli úzkosti, či nástrojem k zapomenutí nepříjemných myšlenek.

### **2.2.2.2 Fáze druhá – Ranný alkoholik**

Do druhého stádia se jedinec dostává, pokud sám začíná vnímat, že pije více než je normou. Zároveň má však craving po alkoholu a pití nedokáže odolat. V této fázi dochází ke zlomu v nemoci – uživatel začíná tajit svůj abúzus před okolím. Pije sám, schovává lahve, nebo si přilévá látku do nealkoholického pití. Tolerance stále roste a přidávají se obsesivní myšlenky na alkohol. Celý tento stav se neobejde bez důsledků. V práci se snižuje výkon a roste nespolehlivost pijícího jedince. Snahou o zatajování celého problému se nabourávají sociální vztahy.

### **2.2.2.3 Fáze třetí – Pokročilý alkoholik**

Ve třetí fázi nemoci je obvyklé, že si problému začíná všimnout rodina a blízké okolí. Nelze přehlédnout, že uživatel podává horší výkon v práci, či čas od času nepřijde, protože mu to kocovina nedovolí. Jedinec již pije i v nevhodném čase a situacích (např. řízení, péče

o dítě). I fyzická stránka jedince se v důsledku užívání alkoholu mění. Tvář se stává zarudlou, začínají žaludeční obtíže a změny v tělesné hmotnosti. Pro některé uživatele může být tato fáze fází poslední. Oni, nebo jejich nejbližší, si mohou uvědomit, že nemají nad svým pitím kontrolu a vyhledají odbornou pomoc.

#### **2.2.2.4 Fáze čtvrtá – Alkoholik v pozdním stádiu**

Během pozdního alkoholického stádia jsou již zřejmé účinky dlouhodobého abúzu alkoholu a mohou se vyvinout vážné zdravotní problémy, jako je cirhóza jater nebo demence. Pití se stává celodenní záležitostí a vše v životě, včetně rodiny a přátel, se pití alkoholu podřizuje. Pokud k tomu ještě nedošlo, jedinec zpravidla ztrácí zaměstnání. V této fázi se může objevit i paranoia. Pokud je snaha o přerušování užívání, je zcela jistě doprovázená abstinenčními příznaky. I v této fázi se však stále dá vyhledat odborná pomoc a existuje možnost jedince potýkajícího se s nemocí vyléčit. Možností léčby je v dnešním světě mnoho.

### 1.2.3 Možnosti léčby

Ačkoliv je závislost na alkoholu nebezpečná nemoc, existují cesty, jak se jí zbavit. Jedná se o náročné a mnohdy zdlouhavé léčení. Podstatné je, aby byl uživatel sám motivován ke změně. Podmínkou léčby je téměř vždy úplná abstinence od alkoholu.

V raném stádiu léčby je žádoucí kombinovat vícero druhů léčby. Ideální je farmakoterapie v kombinaci s individuální a skupinovou terapií. Velmi se osvědčila například podpůrná skupina známá pod názvem Anonymní Alkoholici, pocházející z amerického Ohaia. Důraz na intenzitu léčby by se měl klást hlavně v prvním roce, kdy nedochází k abúzu a při stresových událostech. (Nešpor, 2011)

Obecně si můžeme rozdělit léčbu alkoholismu do tří hlavních kategorií a tou jsou ústavní odvykací léčba, denní stacionáře a ambulantní léčba.

**Ústavní odvykací léčba** probíhá zpravidla v psychiatrických nemocnicích. Je to druh léčby, kdy pacient zůstává hospitalizován a nemocnici neopouští. Tuto metodu volí závislý v případě, že se rozhodl skoncovat s pitím, ale bez pomoci to nezvládá a potřebuje podporu. Té se mu dostává v podobě medikace a skupinové i individuální psychoterapie. Specifikum spojené s ústavní léčbou závislostí je poměrně náročný režim oddělení. Ústavní léčení je jediné, ve kterém není podmínkou dobrovolnost klienta. Tuto možnost může v určitých případech nařídit soud. (Marková, Venglářová & Babiaková, 2005)

Pokud mluvíme o tomto druhu léčby, nelze nezmínit práci doktora Jaroslava Skály. Tento přední český odborník se mimo jiné zasadil o vznik protialkoholních záchytných stanic, které sloužily jako první pomoc lidem bojujícím se závislostí na alkoholu. Své znalosti doktor předává ve svých knihách, například *Až na dno...* (1960), či *Závislost na alkoholu a jiných drogách* (1987).

**Denní stacionář** je služba, kterou můžeme považovat za jakýsi mezník mezi ústavní odvykací a ambulantní léčbou. Volí se v případě, že pro člověka potýkajícího se s nemocí je nedostatečná ambulantní léčba, ale zároveň není třeba pobyt v ústavu. Často navazuje právě na ústavní pobyt, aby měl pacient snazší a plynulejší přechod do běžného života. Pro nástup je obvykle nutné doporučení lékaře. Jak už název napovídá, jedinec bojující se závislostí do tohoto druhu zařízení dochází denně, obvykle na osm hodin. Takové

informace uvádí Klinika adiktologie pod 1. Lékařskou fakultou (<https://www.alkoholpodkontrolou.cz/lecba-zavislosti/denni-stacionare/>).

Náplň denního stacionáře se liší podle toho, zda nemocný trpí duální diagnózou, nebo se potýká pouze se závislostí. Jedinci, kteří trpí i jiným onemocněním, se v zařízení soustředí více na aktivizaci, kognitivní trénink, rozvoj sociálních a jiných dovedností. Stacionáře soustředěné jen na závislosti mají více psychologické nádech, dochází v nich například k osobnímu rozvoji, vědomějšímu zacházení s emocemi či rozvojem komunikačních strategií. V obou dvou variantách samozřejmě dochází k terapiím zaměřeným na léčbu závislosti. Tyto informace jsem získala rešerší o různých denních stacionářích a jejich nabízených.

Výhodou **ambulantní léčby** je, že jedinec není vytržen ze svého přirozeného prostředí. Pouze dochází do instituce, kde je mu léčba zprostředkovávána. Na rozdíl od denního stacionáře je tato varianta léčby méně časově náročná. Jedinec v rámci docházení na ambulanci může například chodit do práce. Tento druh se obvykle volí, pokud je jedinec v pokročilejší fázi léčby, či má velmi podpůrné prostředí a zázemí. Při ambulantní léčbě také dochází ke kontrole abstinence. Podstatná je pravidelnost docházení, doporučuje se nejméně dvě, lépe tři sezení týdně. Jak jsem však viděla v praxi, často na takovou intenzitu bohužel není prostor a nemocní dochází spíše několikrát do měsíce.

Tato léčba může probíhat jak individuálně, tak skupinově. V léčbě závislosti se osvědčuje podpůrnost skupiny (Lo Coco et al. 2019). Proto je to častá léčebná metoda při docházení na ambulanci. Další formou psychoterapie, kterou některé zařízení tohoto typu nabízejí, je rodinná terapie. U alkoholismu není výjimkou, že rodina vyhledává léčbu pro nemocného. A právě blízcí jedince mohou hrát pozitivní roli v posilování motivace a napomáhání ke změně životního stylu. (Nešpor, 2011)

Zvláštní forma psychoterapie je takzvaná unilaterální terapie. V té psycholog pracuje například s partnerem závislé, která léčbu odmítá. Důvodem je lepší zvládnutí stresové situace blízkého a možné probuzení motivace u člověka trpícího alkoholismem (Nešpor, 2011).



## 2.3 Používané výzkumné nástroje

V poslední třetině teoretické části své diplomové práce se budu věnovat nástrojům, pomocí kterých jsem prováděla sběr dat. Jedná se o rozsáhlejší osobnostní dotazník a kratší dotazník příčinné orientace. Také nabídnu již zjištěné poznatky v oblasti závislosti, které byly změřeny těmito testy.

### 2.3.1 Dotazník PSSI

Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI je sebehodnotící dotazník, jehož název vychází z německého Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar. Byl vytvořen Juliušem Kuhlem a Miguelem Kazénem v roce 1997. PSSI pomáhá v diagnostice vyhraněných osobnostních stylů, které autoři chápou jako neextrémní a nepatologické varianty poruch osobnosti. Výsledný profil, který tento dotazník poskytne, odhalí strukturu osobnosti. (Švancara, 2002)

Dotazník byl vytvořen na základě Teorie interakcí systému osobnosti (PSI). Autoři testu, kteří jsou zároveň tvůrci této teorie, chápou rysy osobnosti jako uchopení intenzity osobnostního stylu. Hodnota určitého rysu je různá, od neutrální až po zvýrazněnou či vyhocenou. Pokud je naměřená hodnota určitého rysu extrémní, může to poukazovat až na poruchu osobnosti.

Kuhl a Kazén (1997) lze na základě teorie PSI rozlišují 14 osobnostních stylů, tedy 14 potenciálních poruch osobnosti. Tyto osobnostní styly měří dotazník PSSI pomocí 140 položek, které se vztahují právě k těmto 14 osobnostním stylům. Těmi jsou:

**nedůvěřivý – paranoidní** - Jedinci s takovýmto osobnostním stylem nenavazují snadno důvěru ke svému okolí. Pokud je tento styl zvýrazněný, projevuje se pochybováním o loajalitě svých blízkých a podezíráním okolí z nekalých záměrů. V patologické podobě pak mluvíme o paranoidní poruše osobnosti

**rezervovaný – schizoidní** - Tento styl osobnosti je specifický sníženou schopností prožívat a projevovat emoce. V intenzivnější formě je jedinec s tímto stylem emočně oploštělý a straní se společnosti. Extrémní hodnoty na této škále naznačují schizoidní poruchu osobnosti.

**intuitivní – schizotypní** - Jedinec tohoto stylu osobnosti má často dojem, že tuší, či předvídá určité události, aniž by pro to měl logické opodstatnění. Lidé s extrémní

formou tohoto stylu často věří v nadpřirozené jevy či paranormální aktivity. Patologická forma je schizotypní porucha osobnosti.

**impulzivní – borderline** - Tento osobnostní styl je typický intenzivní emotivitou a častým spontánním nadšením. Takovíto lidé velmi rychle zapomínají negativní zážitky a neradi se vystavují nepříjemným zážitkům. V patologické podobě se jedná o hraniční poruchu osobnosti.

**příjemný – histriónský** - Specifické pro tento styl je velmi sociálně proaktivní a impulsivní chování. Ve větší intenzitě může jít o přehnanou společensky orientovanou emotivitu a snahu být středem pozornosti. V patologické podobě se jedná o histriónskou poruchu osobnosti.

**ctížadostivý – narcistický** - Lidé s tímto osobnostním stylem jsou přesvědčeni, že jsou výjimeční. Ve vyhrocené podobě tohoto typu mají pocit, že si zaslouží od života víc než ostatní a vyznačují se nedostatečnou empatií. V extrémním případě se bavíme o narcistické poruše osobnosti.

**sebekritický – sebenejistý** - Jedinec s tímto typem stylu osobnosti je přehnaně citlivý na kritiku a zpochybňuje sám sebe. V patologické podobě to může vypadat tak, že se například stydí mluvit s lidmi či trpí silnými pocity nedůvěry. U extrémních hodnot tato škála odhaluje úzkostnou poruchu osobnosti.

**loajální – závislý** - Tato dimenze měří, do jaké míry je respondent schopný vzdát se vlastních tužeb, pokud nekolidují s přáním blízkých osob. Ve vyhrocené formě se tento osobnostní styl projevuje neschopností se rozhodnout sám, neadekvátním podřizujícím se chováním a strachem z opuštění. Z diagnostického hlediska tato škála měří poruchu osobnosti vyznačující se závislostí.

**pečlivý – nutkavý** - Osobnostní styl tohoto typu je k rozpoznání svým precizním a důkladným prováděním úkonů. V intenzivní podobě můžeme u jedince s tímto typem nalézt kladení přemrštěných požadavků na sebe i na ostatní a neúměrným perfekcionismem. V extrémních případech mluvíme o nutkavé poruše osobnosti.

**kritický – negativistický** - Člověk s tímto osobnostním stylem má klidný až flegmatický životní přístup. Při zvýšené hodnotě této dimenze se jedinec může působit lhostejně a pasivně. Specifickými rysem odpovídajícím negativistické poruše osobnosti je pasivní agresivita. Jedinec klade odpor, ale nepřímo. V MKN10 není připodobnění pro tuto poruchu.

**klidný – depresivní** - Takovíto styl osobnosti je spíše pasivního ladění s intenzivním prožíváním negativních emocí a utlumeným prožíváním pozitivních podnětů. Ve

vyhrocené podobě tomuto jedinci můžou být vlastní pocity viny a nedostačivosti. Ve veliké intenzitě škála pokazuje na depresivní poruchu osobnosti.

**ochotný – obětující se** - Lidé tohoto osobnostního rysu se vyznačují sociální angažovaností, empatií a ochotou být vždy nápomocen. V intenzivní podobě tito jedinci podřizují své zájmy zájmům ostatních a jsou neschopní se těšit z vlastních příjemných zkušeností. Tato osobnostní porucha není zahrnuta v nám známé diagnostické klasifikaci, ani nemá přípodobnění.

**optimistický – rapsodický** - Tento osobnostní styl je rozpoznatelný podle svého celkově pozitivně laděného životního postoje. Ve vystupňované formě si jedinec neuvědomuje negativní stránky ve svém prožívání, i prožívání ostatních a je chronicky entusiastický. V extrému to poukazuje na rapsodickou poruchu osobnosti, lze najít určitou podobu s histriónskou poruchou osobnosti.

**sebejistý – disociální** - Specifika tohoto rysu jsou sebejisté prosazování vlastních cílů a chování k druhým. V patologické formě může být takový člověk bezohledný a zraňující. Z diagnostického hlediska tato dimenze měří disociální poruchu, která se vyznačuje neschopností dodržování norem, asociálním a nezodpovědným chováním.

Definice těchto dimenzí jsou k nalezení ve vyhodnocující příručce patřící k testu PSSI (Švancara, 2002).

V každé škále je obsaženo 5 otázek s pozitivní a 5 položek s negativní konotací. To proto, aby dotazník obsahoval jak kladné, tak záporné projevy měřených rysů. Při vyhodnocování je nutné myslet na to, že 14 položek je reverzních a tudíž při vyhodnocování musíme obrátit jejich hodnotu. Dotazované ženy hodnotily pomocí Likertovy škály s možnostmi 0–3 body. Součtem bodů poté získáváme jednotlivé hrubé skóry v rozpětí 0–30, které jsou normalizované na percentily (0–100) a T-skóry. Poté lze vyhodnotit celkový profil propojením všech škál dohromady. (Švancara, 2002)

Dotazník velmi dobře nasedá na psychiatrické diagnostické manuály jako DSM-III-R, DSM-IV a ICD-10. PSSI se tedy opírá o předpoklad, že ke každé z klinických kategorií poruch existuje analogický osobnostní styl. Příslušná porucha skýtá zajímavou heuristickou výchozí základnu pro měření každého stylu: pomáhá identifikovat „jádro konstruktů“ odpovídající nepatologické osobnostní dimenzi. Nutno podotknout, že tento test nebyl původně vytvořen jako nástroj pro výzkum, ale jako pomocná metoda

psychologovi v rámci psychoterapie. PSSI totiž napoví, jak se bude náš pacient chovat ve stresové situaci, nebo jak bude reagovat na určitý psychický diskomfort.

Velké výhody v této metodě shledávám v tom, že nám dává celostní představu o osobnosti člověka a velké propojení s poznatky a diagnózami z klinické praxe. Já osobně oceňuji i možnost vizualizace výsledků a celkového profilu osobnosti. Nevýhoda, kterou sebou tento dotazník nese, je ta, že bohužel nenesedá na MKN10. Další komplikací, na kterou jsem narazila při administraci dotazníku, bylo nepochopení určitých slov či vět respondentkami. O to větší shledávám důležitost v osobním zadávání dotazníku.

### 2.3.2 Dotazník PSSI a závislosti

V této kapitole shrnuji poznatky o různých závislostech, naměřených právě testem PSSI. Soustředila jsem se na české výzkumy, vzhledem k národnosti mého vlastního výzkumného souboru. Pomocí této testové metody uskutečňovali svůj výzkum Procházka, Mahrová & Laštovica (2014). Ti se zaměřovali na vztah mezi alexithymií, tedy neschopností prožívat pozitivní emoce, a její vztah k osobnostním stylům u lidí závislých na psychoaktivních látkách. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 55 probandů. Většina z nich se potýkala se závislostí na pervitinu, 16 jich trpělo alkoholismem. Zvýšené hodnoty byly oproti normě sledovány u škál sebejistý – disociální, kritický – negativistický, loajální – závislý, impulzivní – borderline, klidný – depresivní a ochotný – obětující se. Dimenze kritický – negativistický byla nejextrémnější. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že více než 40% testovaného souboru trpí alexithymií. Tato nemoc se nejvíce projevuje u sebejistého – disociálního stylu osobnosti.

Další odbornice na české scéně, které používaly PSSI a zajímaly se o drogovou problematiku, jsou Kavenská a Simonová (2015). Tyto autorky zajímala halucinogenní rostlina známá pod názvem Ayahuasca. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké styly osobností vyhledávají tuto drogu. Respondentů bylo 77 a byli to lidé, kteří cestovali do střední Ameriky, aby mohli látku požit v rámci šamanského rituálu. Oproti normě byly zvýšené dimenze: intuitivní – schizotypní, optimistický - rapsodický, ctižádostivý – narcistický, příjemný – histriónský a ochotný – obětující se. Nejvyšší hodnoty měla škála optimistický – rapsodický.

Můžeme tedy vidět, že dimenze **ochotný – obětující se** je naměřena v obou výzkumech extrémně.

Závislostí na hraní hazardních her, tedy gamblingu se ve svém výzkumu zabývali i Maierová & Charvát (2015). Snažili se vysledovat, jaký styl osobnosti převažuje u léčených patologických hráčů. Data byla sebrána od 147 pacientů hospitalizovaných pro léčbu gamblingu v psychiatrických nemocnicích. Překvapivé bylo, že všechny subškály PSSI byly vyšší oproti normě. Primárně to však byly dimenze sebekritický - sebenejistý, loajální –závislý a klidný – depresivní. Zde můžeme vidět

překryv z výzkumu týkajících se uživatelů psychoaktivních látek, a to na škálách **loajální –závislý a klidný – depresivní**.

### 2.3.3 Dotazník DOPO

Sebehodnotící dotazník, jehož názvem je zkratka pro „Dotazník Osobní Příčinné Orientace“ byl vytvořen panem docentem Balcarem v roce 1966. Test se snaží odhalit příčinné přisuzování respondenta.

Abychom rozuměli pohnutkám, proč byl test vytvořen, pojďme se nejprve podívat na teorii, ze které vychází. To, jak si lidé vysvětlují a obhajují události v jejich vlastních životech a životech ostatních, zajímalo mnoho psychologů. Heider (1958 v Balcar, 1993) přispívá svým „příčinným přisuzováním“, Rotter (1966 v Balcar, 1993) přináší „Locus of Control“. Dotazník DOPO však nejužěji nasedá na teorii, kterou přinášejí Deci a Ryan.

Ti vytvářejí typologii osobní příčinné orientace, která definuje tři druhy lidského vnímání a očekávání, jaký zdroj vlivu a s jakou intenzitou ovlivňuje události lidského života. Výsledky testu se snaží vystihnout, jak jedinec vnímá svůj vlastní podíl, moc, bezmoc, podíl na událostech, které se v životě dějí a v následcích, které pak z těchto událostí pro něj a jeho okolí vyplývají. Tyto tři typy jsou:

**Vnitřní příčinná orientace** – Jedinec vnímá sám sebe jako hlavní rozhodující faktor, který ovlivňuje jeho život a směřování. Věřící tedy, že on sám vlastními činy rozhoduje o tom, co v jeho životě nastane a jaké to bude mít důsledky. Tato příčinná orientace vzniká, pokud člověk vnímá, že lidé v jeho okolí na jeho činy reagují a získává tak zpětnou vazbu o přiměřenosti svých činů.

**Vnější příčinná orientace** – Člověk vnímá své okolí a druhé lidi jako hlavního hybatele věcí a událostí v jeho vlastním životě. Z jeho perspektivy není možné dosáhnout toho, co chce, vlastními počínáním. Události a výsledky jsou závislé na splnění požadavků, které si ostatní kladou. Tento typ příčinné orientace dává jedinci pocit ovlivnitelnosti vlastních potřeb, avšak jen skrz naplnění očekávání, které určuje okolí, nikoli on sám. To může vést k přehnanému snažení naplnit očekávání okolí, nakládání si nadměrných úkolů a selhání kvůli stresu. U jedinců, jež mají tento typ příčinné orientace se mohou objevovat psychosomatické potíže.

**Neosobní příčinná orientace** - Dotyčný věří, že hybatelem událostí v lidském životě jsou síly mimo lidskou moc. Vnímá, že akce kolem něj jsou spíše lidským úsilím neovlivnitelné náhody či díla osudu, které na lidské snaze nezávisí. Neosobní příčinná orientace se tvoří na základě zkušenosti, ve které okolí jedince nereaguje na jeho snahy a počínání. Jedinci se dostává výsledků, které on sám nemůže ovlivnit svým chováním. Tento typ příčinné orientace může naznačovat pocity bezmoci a depresivní potíže. Jedinec mohl rezignovat na vlastní úsilí, což nezdědka vede k pocitům úzkosti a méněcennosti.

Z hlediska psychoterapeutické léčby je žádoucí, abychom vedli lidi k osvojení si spíše vnitřní příčinné orientace, ke které patří přijímání odpovědnosti za své činy a víra ve vlastní úsilí a účinnost (Balcar, 1993).

Nutno podotknout, že ani jedna z předložených variant příčinné orientace není správná ani špatná. Všechny tři vysvětlení se v našem životě mísí. Existují události, které ani s veškerou snahou nedokážeme ovlivnit a zbývá nám je jen přijmout. Jiné skutečnosti opravdu záleží na volbách a akcích našeho okolí, které se může rozhodnout právě podle toho, zda splňujeme určité nároky. A jsou také události, které můžeme ovlivnit naší volbou a naším úsilím. (Balcar, 1993)

Na základě této teorie konstruuje Balcar dotazník DOPO. Je to test poměrně krátký, jeho vyplnění trvá přibližně 15 minut. Dotazník má trochu neobvyklou podobu. Odpovídajícímu je představeno 24 životních okolností a jeho úkolem je rozdělit u každé situace tři body, podle jeho vlastního uvážení, kdo nebo co je za situaci zodpovědný. Respondent má na výběr ze tří variant. Záleží na: člověku samém/někom jiném/příčinách mimo lidskou vůli. Závisí na jedinci vyplňujícím dotazník, zda dá všechny tři body jiné příčině, nebo body rozdělí. Dělení bodů je přípustné až na 0,5 bodu. V ČR se jedná o první vytvořenou standardizovanou metodu k měření příčinné orientace (Balcar, 1993).

Extrémnější hodnoty ve výsledcích mohou odhalovat významnější zkušenostní, postojevé nebo kognitivní odlišnosti v přisuzování příčin. Určité výkyvy mohou souviset s duševní, tělesnou nebo i sociální poruchou. Já vidím veliký přínos této testové metody na poli psychoterapie se závislými. Díky výsledkům můžeme lépe pracovat s pacientovou motivací a náhledem.

Hlavní výhodou tohoto dotazníku je jeho stručnost a rychlost vyplnění. Velice oceňuji pečlivě vypracované pokyny pro vyplnění dotazníku. I když se bodový systém může zdát složitý, autor nepodceňuje vysvětlení a nabízí i nácvičné položky.

Při zadávání dotazníku se mi opakovaně stávalo, že respondentky měly velké potíže v rozhodování, nemyslím si však, že by to byla primárně chyba dotazníku.

### **2.3.4 Dotazník DOPO a závislosti**

Bohužel, nenašla jsem výzkumy, které by byly prováděné pomocí dotazníku DOPO a zároveň se týkaly závislostí. Nejblíže tomuto tématu (pokud chceme uvažovat o obezitě jako o problému se závislostí na jídle) byla studie, která se soustředila na snížení nadváhy u účastnic kurzu pomocí KBT. Výsledky tohoto výzkumu odhalily, že ženy s vnější příčinnou orientací nedosahovaly svého vytyčeného cíle - snížit svou váhu - tak úspěšně jako ty, které věřily, že jsou sami zodpovědné za svůj stav.

Podívejme se tedy na testové metody, které se DOPO podobají.

Výzkum (Shaghaghy et al., 2011), ve kterém docházelo ke komparaci mužů bojujícími se závislostí na návykových látkách a mužů bez závislosti, odhalil signifikantní rozdíly v atributních stylech a v naučené bezmocnosti. Do výzkumu bylo zahrnuto 81 závislých a 91 nezávislých mužů. Výzkumníci zjistili, že jedinci, kteří se potýkají se závislostí, mají tendence k pesimistickému atributnímu stylu a co více, k naučené bezmocnosti (ve které můžeme vidět podobu s neosobní příčinnou orientací), která je překážkou v léčbě a terapiích.

Heidari a Ghodusi (2016) se ve svém výzkumu zaměřili na Locus of Control, sebevědomí a kvalitu života. Studie se účastnilo 150 pacientů, kteří se léčili s drogovou závislostí. Autoři dospěli k závěru, že internalizovaný Locus of Control vysoce koreluje s kvalitou života i mírou sebevědomí.

K podobnému závěru došli i Lassi a jeho kolegové (2018), kteří zkoumali vztah mezi Locus of Control a užíváním alkoholu a tabáku u jedinců mladé dospělosti. Do rozsáhlého výzkumu bylo zahrnuto 4546 respondentů. Výsledky ukázaly, že jedinci, kteří mají Locus of Control více externalizovaný (můžeme připodobnit k vnější příčinné orientaci), mají



tendence ke většímu užívání alkoholu i tabákových výrobků. Výzkum také odhalil korelaci mezi vyšším IQ a vyššími skóry u internalizovaného Locus of Control.

## 3. Praktická část

---

### 3.1 VÝZKUMNÝ CÍL, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

#### 3.1.1 Výzkumný cíl

Výzkumný záměr, který se tato práce snaží naplnit, je bližší porozumění a porovnání dvou skupin žen se závislostí na alkoholu, rozdělených na základě věku, 40-50 let a 50< let. Porovnávání probíhá dvojím způsobem. Prvním je komparace celkového vzorku s českou populací. K tomu dochází pouze v případě dat získaných pomocí dotazníku PSSI, jelikož dotazník DOPO v době tvorby práce nemá naměřené normy populace. Druhé je porovnávání těchto dvou skupin mezi sebou. To šlo provést v případě dat z obou dvou dotazníkových metod.

Věřím, že výsledky tohoto výzkumu mohou do budoucna přispět k poznatkům o léčbě závislosti, o psychoterapii se ženami pozdní dospělosti potýkající se s alkoholismem. S osobnostními styly, jejich vyhraněností a s příčinnou orientací a jejím typem se dá pracovat jak při individuálních, tak při skupinových terapiích.

Sebraná data pomocí PSSI zjišťují vyhraněnost osobnostního stylu. Tento test nám napovídá, jak bude pacientka reagovat pod tlakem či v nějaké stresové situaci. Bude se rozčilovat nebo se její obavy projeví úzkostí? Je možné, že soubor tohoto výzkumu má určité společné osobnostní styly? A lze usuzovat, zda se tyto styly mění s věkem a zráním?

Velkým tématem v léčbě jakékoliv závislosti je náhled a jeho zvyšování. S tím úzce souvisí přijímání zodpovědnosti. Získaná data pomocí dotazníku DOPO se dají použít jako podklad pro stavby terapie v této oblasti. Věřím dotazované ženy výzkumného souboru, že je na nich samých, jak se svým životem naloží? Myslí si, že své směřování mohou ovlivňovat, nebo to

nechávací na ostatních či „osudu“? Podobají se tázané ženy v tomto ohledu? Mění se tyto postoje společně s věkem, nebo možným posunem v terapii?

A konečně, otázka, jež se nabízí: mohou tyto dvě charakteristiky souviset? Lze usuzovat, že respondentky, které mají určitý typ příčinného usuzování, mají současně i konkrétní styl osobnosti?

Cílem tohoto výzkumu je odpovědět na tyto otázky a přiblížit jak testovaný soubor, tak snad i nastínit charakteristiky všech žen, jež v období pozdní dospělosti bojují s alkoholismem.

### **3.1.2 Výzkumné otázky a hypotézy**

#### **Výzkumné otázky:**

V. O. 1: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen?

V. O. 2: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72?

V. O. 3: Existuje statisticky významný rozdíl mezi typy příčinné orientace mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72?

V. O. 4: Souvisejí vybrané škály testu PSSI statisticky významně s konkrétním typem příčinné orientace dotazníku DOPO?

#### **Hypotézy týkající se PSSI:**

H01: Neexistuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu a osobnostních stylech normativního souboru žen.

H1: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu a osobnostních stylech normativního souboru žen.

H1a. Existuje statisticky významný rozdíl na škále nedůvěřivý – paranoidní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1b. Existuje statisticky významný rozdíl na škále rezervovaný – schizoidní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1c. Existuje statisticky významný rozdíl na škále intuitivní – schizotypní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1d. Existuje statisticky významný rozdíl na škále impulzivní – borderline mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1e. Existuje statisticky významný rozdíl na škále příjemný – histriónský mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1f. Existuje statisticky významný rozdíl na škále ctižádostivý – narcistický mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1g. Existuje statisticky významný rozdíl na škále sebekritický – sebenejistý mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1h. Existuje statisticky významný rozdíl na škále loajální – závislý mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1i. Existuje statisticky významný rozdíl na škále pečlivý – nutkavý mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1j. Existuje statisticky významný rozdíl na škále kritický – negativistický mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1k. Existuje statisticky významný rozdíl na škále klidný – depresivní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1l. Existuje statisticky významný rozdíl na škále ochotný - obětující se mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1m. Existuje statisticky významný rozdíl na škále optimistický – rapsodický mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H1n. Existuje statisticky významný rozdíl na škále sebejistý – disociální mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72.

#### **Hypotézy týkající se DOPO:**

H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve sklonech příčinné orientace mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl ve sklonech příčinné orientace mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72.

#### **Hypotézy týkající se PSSI a DOPO:**

H04: Vybrané škály testu PSSI statisticky významně nesouvisí s konkrétním typem příčinné orientace dotazníku DOPO.

H4: Vybrané škály testu PSSI statisticky významně souvisí s konkrétním typem příčinné orientace dotazníku DOPO.

## **3.2 METODOLOGICKÝ RÁMEC**

### **3.2.1 Typ výzkumu**

Pro účely toho výzkumu byl použit kvantitativní přístup, jehož výhodou je sběr od většího množství respondentek. Testové baterie pro účastnice výzkumu, byly sestaveny včetně pokynů pro vyplnění testů, informovaného souhlasu a poděkování. Celkově jsem rozeslala 100 testových baterií, data jsem obdržela zpět od 73 respondentek.

### **3.2.2 Výběr a charakteristika souboru**

Do výzkumu se zapojil soubor tvořen ženami v rozmezí od 40 do 72 let, které se potýkají se závislostí na alkoholu. Respondentky byly v době vyplňování testové baterie hospitalizovány v institucích, jež se zabývají léčbou závislosti na alkoholu. Soubor byl volen metodou dostupnosti. Účastnicím výzkumu byla předložena testová baterie. Testové baterie byly rozdány 73 ženám. 1 účastnice odevzdala nevyplněný osobní dotazník, tudíž byla její data z výzkumu vyřazena (bez věkového údaje nebylo možné data použít). 1 účastnice nevyplnila dotazník DOPO.

Tento soubor byl následně rozdělen do dvou skupin a to do skupiny 40 – 49 let a 50 až 72 let. K tomuto rozdělení jsem se uchýlila, protože zastávám názor, že toto věkové rozmezí je příliš široké k tomu, aby se na něj nahlíželo jako na jednu skupinu. Ačkoliv podle některé odborné literatury majorita vzorku spadá do období pozdní dospělosti, pronikneme-li hlouběji do problematiky, ukáže se, že ženy na začátku tohoto období prožívají a potýkají se s jinými situacemi, než ženy v druhé polovině tohoto období. Této tématice se blíže věnuji v teoretické části této práce. Skupiny jsou rozděleny v poměru 39 (mladší ženy v souboru) a 33 (starší ženy v souboru).

### **3.2.3 Metody sběru dat**

Testová baterie, která obsahovala Informovaný souhlas, Osobní dotazník, Dotazník DOPO zjišťující osobní příčinnou orientaci. Inspirován „Locus of control“ se dotazník zaměřuje na příčinné prisuzování respondentky. V ČR se jedná o první vytvořenou standardizovanou metodu k měření příčinné orientace. Lidé se liší ve sklonu příčinné orientace, který u nich převládá a na základě kterého je ovlivněno jejich chování, motivovanost, snažení a mimo jiné také zdraví. Administrace může být individuální i skupinová, vyplnění dotazníku je na 15 až 30 minut.

Dotazník PSSI. To je sebeposuzovací inventář stylů osobnosti, zjišťující nepatologické varianty poruch osobnosti. PSSI se opírá o předpoklad, že ke každé z klinických kategorií poruch existuje analogický osobnostní styl. Příslušná porucha skýtá zajímavou heuristickou výchozí základnu pro měření každého stylu: pomáhá identifikovat „jádro konstruktů“ odpovídající nepatologické osobnostní dimenzi.

Dimenze dotazníku jsou /nedůvěřivý – paranoidní/rezervovaný – schizoidní/intuitivní – schizotypní/ impulzivní – borderline/příjemný – histriónský/ctižádostivý – narcistický/sebekritický – sebenejistý/loajální – závislý/pečlivý – nutkavý/kritický – negativistický/klidný – depresivní/ochotný – obětující se/optimistický – rapsodický/sebejistý – disociální. Administrovat lze individuálně i skupinově, čas není omezený, vyplnění dotazníku trvá přibližně 40 minut.

### 3.2.4 Administrace dotazníku a zpracování dat

K administraci dotazníku docházelo dvojím způsobem. Při navázání kontaktu s institucí jsem se vždy zeptala, jaký způsob by byl pro dané zařízení vyhovující, a dle jejich výběru jsem se přizpůsobila.

Prvním způsobem byl sběr poštou. V tomto případě byl postup následující: Po domluvě se zařízením, kolik je třeba baterií poslat, jsem dotazníky vytiskla a rozřadila, pro každou respondentku jednu. Do tohoto setu jsem vložila i krátký dopis, ve které jsem oceňovala jejich ochotu se ve výzkumu podílet a děkovala jsem jim za jejich úsilí. Dále jsem do celé zásilky přiložila i dopis pro psychologa, se kterým jsem v předchozím čase komunikovala prostřednictvím emailu či telefonními hovory. V dopise jsem taktéž vyjádřila své díky a připojila jsem krátký popis obou dotazníků a jejich administrace, aby si jedinec, jež dotazníky bude zadávat, věděl rady. Následně jsem k zásilce přiložila nadepsanou obálku se zpáteční adresou. Během sběru dat probíhala internetová komunikace mezi mnou a psychologem v daném zařízení. Poté mi testové baterie byly zaslány zpět pro vyhodnocení.

Druhá varianta byla, že jsem sama jela do léčebného zařízení dotazníky administrovat. V tomto případě jsem postupovala následovně: Po předchozí domluvě jsem dorazila s připravenými bateriemi do zařízení. Ve většině případů jsem dotazníky zadávala během času vyhrazeného na skupinovou terapii nebo na komunitní setkání. Před rozdáním dotazníků jsem se krátce představila a prezentovala jsem svůj výzkum a jeho cíle. Při vyplňování testové baterie jsem byla k dispozici pro dotazy, které respondentky měly. Po vybrání testových baterií jsem účastnicím výzkumu poděkovala a prodiskutovaly jsme, jak se jim baterie vyplňovala. Několikrát se z toho rozvinuly zajímavé debaty, ze kterých jsem čerpala témata do teoretické části této práce.

Dotazníky jsem následně vyhodnocovala ručně. Sebraná data jsem konzultovala a pomocí statistického programu jsem otestovala předem stanovené hypotézy.



### 3.3 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Všechny ženy zapojené do vyplňování testových baterií se výzkumu zúčastnili dobrovolně. Zodpovídání testů bylo také možné přerušit či ukončit v jakékoli jeho části, o čemž byly respondentky informovány.

V každé testové baterii byl vložen informovaný souhlas. V něm se respondentky mohly dočíst, že Výzkum probíhá pro účely zpracování diplomové práce a že cílem výzkumu je zmapovat situaci žen, které se potýkají se závislostmi a přispět ke zlepšení jejich podmínek v léčbě a v terapii. Byly taktéž ujištěny, že Pro účely výzkumu nejsou důležité osobní údaje respondentů a všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou použity anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na jejich osobu. Tento informovaný souhlas následně respondentky stvrdily podpisem.

V případě, že sběr dat probíhal poštou, byly ženy informovány právě v podobě informovaného souhlasu. V situacích, kdy jsem testové baterie zadávala osobně, docházelo ke krátké prezentaci z mé strany. Krom již zmíněných informací byly respondentky obeznámeny s časovým nárokem na vyplnění dotazníku. Během vyplňování jsem byla k dispozici pro možné dotazy.

Během zpracování dat jsem jako jediná měla přístup k podpisům na informovaném souhlasu a žádné jiné informace, sloužící k identifikaci, se v testových bateriích nevyskytovaly. Po zanesení do tabulky s hrubými skóry již nebylo možné poznat, která testová baterie přísluší které ženě.

Dlouho jsem váhala, zda mám zveřejňovat instituce, jejichž zaměstnanci byli natolik laskaví a poskytli mi možnost výzkum uskutečnit a provést sběr dat. V obou případech, ať jsem testové baterie posílala poštou, či jsem dotazníky administrovala osobně, jsem respondentkám slíbila anonymizaci. Nejsm si jistá, zda by zveřejnění zařízení, ve kterém se v roce sběru dat nacházely, nechápaly jako ohrožení tohoto slibu. Dospěla jsem tedy k závěru, že tak neučiním.

### 3.4 VÝSLEDKY

Pojďme se tedy podívat, co náš výzkum přinesl. Na konci této kapitoly je připojena interpretace výsledků

#### **V. O. 1: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen?**

*H1: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu a osobnostních stylech normativního souboru žen.*

Z výpočtů vyplývá, že ve dvanácti osobnostních stylech se soubor žen závislých a alkoholu a normativní soubor žen liší. Níže lze nalézt, které to jsou.

*H1a. Existuje statisticky významný rozdíl na škále nedůvěřivý – paranoidní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 1a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1 PSSI nedůvěřivý - paranoidní	72	17,04	3,359	,396

**Tabulka 1b**

	Test Value = 14.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
1 PSSI nedůvěřivý - paranoidní	7,179	71	,000		2,842	3,63

Zjistíme, že  $t(71) = 7,179$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=17,04$ ; Kritérium = 14,2

Víme tedy, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H1b. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále rezervovaný – schizoidní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 2a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
2, PSSI rezervovaný schizoidní	72	13,57	3,669	,432

**Tabulka 2b**

	Test Value = 9.27							
	t	df	Sig. (2-tailed)		Mean Difference		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
2, PSSI rezervovaný schizoidní	9,944	71	,000		4,299		3,44	5,16

Vidíme, že  $t(71) = 9,944$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=13,57$ ; Kritérium = 9,27

Mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je tedy statisticky významný rozdíl.

H1c. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále intuitivní – schizotypní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 3a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
3, PSSI intuitivní – schizotypní	72	16,60	4,034	,475

**Tabulka 3b**

	Test Value = 12.46							
	t	df	Sig. (2-tailed)		Mean Difference		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
3, PSSI intuitivní – schizotypní	8,703	71	,000		4,137		3,19	5,09

Vidíme, že  $t(71) = 8,703$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=16,60$ ; Kritérium = 12.46

Tabulka ukazuje, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H1d. Existuje statisticky významný rozdíl na škále impulzivní – borderline mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.

**Tabulka 4a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
4, PSSI impulsivní - borderline	72	13,58	4,487	,529

**Tabulka 4b**

	Test Value = 10.6							
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference			
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
4, PSSI impulsivní - borderline	5,642	71	,000		2,983		1,93	4,04

Vidíme, že  $t(71) = 5,642$  ;  $p < 0,0005$ ,  $M=13,58$ ; Kritérium = 10,6

Z tabulky lze vyčíst, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H01e. *Neexistuje statisticky významný rozdíl na škále příjemný – histriónský mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 5a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
5, PSSI příjemný - histriónský	72	15,36	4,968	,586

**Tabulka 5b**

	Test Value = 15.17							
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference			
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
5, PSSI příjemný - histriónský	,326	71	,745		,191		-,98	1,36

Zjišťujeme, že  $t(71) = -1,850$  ;  $p < 0,068$ ,  $M=12,22$  ; Kritérium = 12,99

Z tabulky tedy můžeme vyčíst, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen není statisticky významný rozdíl.

H1f. *Neexistuje statisticky významný rozdíl na škále ctižádostivý – narcistický mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 6a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
6, PSSI ctižádostivý – narcistický	72	12,22	3,521	,415

**Tabulka 6b**

	Test Value = 12.99									
	t		df		Sig. (2-tailed)		Mean Difference		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
6, PSSI ctižádostivý – narcistický	-1,850	71	,068		-,768		-1,60		,06	

Vidíme, že  $t(71) = -1,850$  ;  $p < 0,068$ ,  $M=12,22$  ; Kritérium = 12,99

Z tabulky 6b lze vyčíst, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen není statisticky významný rozdíl.

H1g. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále sebekritický – sebenejistý mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 7a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
7, PSSI sebekritický – sebenejistý	72	16,71	4,294	,506

**Tabulka 7b**

	Test Value = 13.48									
	t		df		Sig. (2-tailed)		Mean Difference		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
7, PSSI sebekritický – sebenejistý	6,380	71	,000		3,228		2,22		4,24	

Zjišťujeme, že  $t(71) = 6,380$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=16,71$  ; Kritérium = 13,48

Mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen tedy je statisticky významný rozdíl.

H1h. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále loajální – závislý mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 8a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
8, PSSI loajální – závislý	72	20,90	4,011	,473

**Tabulka 8b**

	Test Value = 14.86						
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	
8, PSSI loajální – závislý	12,783	71	,000		6,043	5,10	6,99

Vidíme, že  $t(71) = 12,783$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=20,90$ ; Kritérium = 14,86

Lze tedy vyčíst, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H1i. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále pečlivý – nutkavý mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 9a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
9, PSSI pečlivý – nutkavý	72	18,72	3,311	,390

**Tabulka 9b**

	Test Value = 14.07						
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	
9, PSSI pečlivý – nutkavý	11,922	71	,000		4,652	3,87	5,43

Tabulky 9 říkají, že  $t(71) = 11,922$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=18,72$ ; Kritérium = 14,07

Vidíme, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H1j. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále kritický – negativistický mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 10a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
10, PSSI kritický – negativistický	72	13,29	3,728	,439

**Tabulka 10b**

	Test Value = 8.65					
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
10, PSSI kritický – negativistický	10,564	71	,000	4,642	3,77	5,52

Z tabulek 10 lze zjistit, že  $t(71) = 10,564$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=13,29$ ; Kritérium = 8,65  
Vidíme tedy, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H1k. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále klidný – depresivní mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 11a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
11,PSSI klidný – depresivní	72	15,64	4,413	,520

**Tabulka 11b**

	Test Value = 11.86					
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
11,PSSI klidný – depresivní	7,266	71	,000	3,779	2,74	4,82

Vidíme, že  $t(71) = 7,266$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=15,64$ ; Kritérium = 11,86  
Lze tedy vyčíst, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.

H11. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále ochotný - obětující se mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 12a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
12,PSSI ochotný - obětující se	72	21,19	3,672	,433

**Tabulka 12b**

	Test Value = 13.68							
	t	df	Sig. (2-tailed)		Mean Difference		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
12,PSSI ochotný - obětující se	17,365	71	,000		7,514		6,65	8,38

Zjišťujeme, že  $t(71) = 17,365$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=21,19$ ; Kritérium = 13,68

Mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen tedy je statisticky významný rozdíl.

H1m. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále optimistický – rapsodický mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 13a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
13, PSSI optimistický – rapsodický	72	17,13	4,066	,479

**Tabulka 13b**

	Test Value = 13.29							
	t	df	Sig. (2-tailed)		Mean Difference		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
13, PSSI optimistický – rapsodický	8,003	71	,000		3,835		2,88	4,79

Tabulka ukazuje, že  $t(71) = 8,003$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=17,13$ ; Kritérium = 13,29

Vidíme, že mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen je statisticky významný rozdíl.



H1n. *Existuje statisticky významný rozdíl na škále sebejistý – disociální mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen.*

**Tabulka 14a**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
14, PSSI Sebejistý - disociální	72	10,93	3,570	,421

**Tabulka 14b**

	Test Value = 8.34					
	t	df	Sig. (2-tailed)		95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
14, PSSI Sebejistý - disociální	6,158	71	,000	2,591	1,75	3,43

Zjišťujeme, že  $t(71) = 6,158$ ;  $p < 0,0005$ ,  $M=10,93$ ; Kritérium = 8,34

Mezi souborem žen závislých na alkoholu a normativním souborem žen tedy je statisticky významný rozdíl.

**V. O. 2: Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72?**

H2: *Existuje statisticky významný rozdíl v osobnostních stylech měřených PSSI mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72.*

**Tabulka 15**

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
	Lower	Upper	Lower
1, PSSI nedůvěřivý - paranoidní	2,044	70	,045

V tabulce můžeme vidět, že  $t = 2,004$  (jednostranný test).

Mezi ostatními škálami dvou pozorovaných skupin nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Mladší skupina žen se od starší skupiny žen lišila pouze ve výsledcích škály paranoidní – nedůvěřivý. Vyšší skóry měla skupina mladších žen.

**V. O. 3: Existuje statisticky významný rozdíl mezi typy příčinné orientace mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72?**

H3: *Existuje statisticky významný rozdíl ve sklonech příčinné orientace mezi souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72.*

**Tabulka 16**

	t	df	Sig. (2-tailed)
DOPO IO	-1,783	69	,079
DOPO EO	,859	69	,393
DOPO MO	1,438	69	,155

Vidíme, že  $t(69) = -1,783$ ;  $p < 0,04$  (jednostranný test).

Víme tedy, že existuje statisticky významný rozdíl ve sklonech příčinné orientace mezi

souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 40 až 49 a souborem žen závislých na alkoholu ve věkovém rozmezí 50 až 72. Konkrétně je tento rozdíl ve skórech měřící interní příčinnou orientaci. Ženy spadající do starší věkové skupiny měly skóry vyšší.

**V. O. 4: Souvisejí vybrané škály testu PSSI statisticky významně s konkrétním typem příčinné orientace dotazníku DOPO?**

H4: *Vybrané škály testu PSSI statisticky významně souvisejí s konkrétním typem příčinné orientace dotazníku DOPO.*

**Tabulka 17**

		DOPO IO	DOPO EO	DOPO MO
1 PSSI nedůvěřivý - paranoidní	Pearson Correlation	-,127	,081	,119
	Sig. (2-tailed)	,291	,504	,322
	N	71	71	71
2, PSSI rezervovaný schizoidní	Pearson Correlation	-,176	,232	-,006
	Sig. (2-tailed)	,143	,052	,964
	N	71	71	71
3, PSSI intuitivní – schizotypní	Pearson Correlation	<b>-,235(*)</b>	,179	,174
	Sig. (2-tailed)	,049	,134	,146
	N	71	71	71
4, PSSI impulsivní - borderline	Pearson Correlation	<b>-,272(*)</b>	<b>,253(*)</b>	,163
	Sig. (2-tailed)	,022	,034	,174
	N	71	71	71
5, PSSI příjemný - histrionský	Pearson Correlation	,149	-,191	,002
	Sig. (2-tailed)	,215	,111	,989
	N	71	71	71
6, PSSI ctižádostivý – narcistický	Pearson Correlation	,126	-,022	-,179
	Sig. (2-tailed)	,296	,855	,136
	N	71	71	71
7, PSSI sebekritický – sebenejistý	Pearson Correlation	-,168	,121	,111
	Sig. (2-tailed)	,161	,314	,356
	N	71	71	71
8, PSSI loajální – závislý	Pearson Correlation	-,040	-,013	,101
	Sig. (2-tailed)	,743	,915	,402
	N	71	71	71
9, PSSI pečlivý – nutkavý	Pearson Correlation	,110	-,188	,034
	Sig. (2-tailed)	,362	,116	,776
	N	71	71	71
10, PSSI kritický – negativistický	Pearson Correlation	-,195	,226	,080
	Sig. (2-tailed)	,103	,058	,510
	N	71	71	71
11, PSSI klidný – depresivní	Pearson Correlation	<b>-,307(**)</b>	,178	<b>,306(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>,009</b>	,137	<b>,009</b>
	N	<b>71</b>	71	<b>71</b>
12, PSSI ochotný - obětující se	Pearson Correlation	-,107	,052	,147
	Sig. (2-tailed)	,373	,666	,220
	N	71	71	71
13, PSSI optimistický – rapsodický	Pearson Correlation	,099	-,177	,049
	Sig. (2-tailed)	,413	,140	,683
	N	71	71	71
14, PSSI Sebejistý - disociální	Pearson Correlation	,043	-,039	-,007
	Sig. (2-tailed)	,724	,746	,954
	N	71	71	71

\* Korelace je signifikantní na 0.05 stupni.

\*\* Korelace je signifikantní na 0.01 stupni.

V tabulce 17 můžeme vidět zvýrazněné statisticky významné korelace. Lze spatřit, že nejsilnější korelace je mezi škálou PSSI klidný – depresivní a dvěma styly příčinné orientace DOPO. Negativní korelaci můžeme nalézt v případě interní orientace – ženy, jež mají interní příčinnou orientaci, vykazují menší sklon k depresivitě. Ženy s mimovolní orientací mají vysoké skóry na téže škále dotazníku PSSI.

Další korelaci nalézáme mezi škálou PSSI impulzivní – borderline a dvěma styly příčinné orientace DOPO. Negativní korelaci lze opět nalézt s interní příčinnou orientací. Ženy s touto orientací mají nižší skóry v dimenzi měřící chování hraničního typu. Ženy s externí příčinnou orientací mají na této dimenzi skóry vysoké.

Poslední statisticky významnou korelaci nalézáme mezi škálou intuitivní - schyzotypní a interní příčinnou orientací. Korelace je to záporná. Ženy s tímto typem orientace mají menší sklony k schyzotpnímu chování.

### **3.4.1 Interpretace výsledků**

Na závěr kapitoly týkající se výsledků bych chtěla získané poznatky shrnout a zamyslet se nad nimi. Především, že uvedené interpretace jsou pouze mé úvahy a že na zjištěné informace mohlo mít vliv mnoho dalších faktorů a okolností.

Zkoumaná skupina měla statisticky rozdílné a vyšší skóry v majoritní většině škál v testu PSSI. To nám však jen říká, že soubor byl extrémní. Pojďme se tedy podívat, v čem jsou ženy zapojené do léčby alkoholismu stejné jako normální populace a v čem se liší nejvíce.

Rozdíl nebyl nalezen pouze mezi dvěma škálami; příjemný – histriónský a ctižádostivý – narcistický. Vysvětlení vidím v tom, že naměřené normy žen v případě první škály jsou v porovnání s muži poměrně vysoké. Ženy mohou mít tedy obecně silnější sklony k hysterii než muži. V případě narcismu jsou skóry obou souborů, jak normativního ženského, tak námi sledovaného, poměrně nízké. Dle celkových výsledků v dotaznících PSSI v kombinaci s odbornou literaturou můžeme vidět, že zkoumané ženy se potýkají spíše s pocitem provinění a studu, než aby si o sobě myslely, že jsou výjimečné s větším právem na uznání, než všichni ostatní.

Jaké typy osobnostních stylů u zkoumaných žen převládaly? Nejvyšší skóry byly naměřené na dimenzi ochotný – obětující se, poté na loajální - závislý, následováno škálou pečlivý – nutkavý. Tyto osobnostní styly mají určité společné rysy (zvláště závislý a obětující se), což svědčí o podobnosti ve zkoumaných typech osobností.

Ženy těchto osobnostních rysů se mohou vyznačovat sociální angažovaností, empatií a ochotou být vždy nápomocny. Nezřídka se neváhají vzdát svých vlastních tužeb, pokud by měly být na překážku jiným. Nutkavost poukazuje na preciznost a pečlivost, možná i na přemrštěné požadavky jak sám na sebe, tak na okolí.

Co mohlo osobnosti zkoumaných žen takto ovlivnit? Důvodů je jistě mnoho. Myslím, že alkohol může být zvolen jako maladaptivní copingová strategie, když má dotyčná pocit, že ať se snaží sebevíc, ať obětuje a rozdává sebevíc, svět jí to nevrací. Sociální tlak na to být dobrá žena, matka, manželka, milenka, mají jeden společný jmenovatel. Tyto role jsou mimo jiné specifické svým *dáváním*. Darováním jak energie, tak lásky, s očekáváním, že jsou bezbřehé.

Zajímavé jsou vysoké skóry na škále loajální – závislý. V teoretickém pozadí dotazníku PSSI je tato dimenze chápána jako závislost na další osobě. A podívejme se, ženy bojující se závislostí na určité látce vykazují sklony k dependenci na jiné osobě. Nahrazuje tedy jedna závislost druhou? Pokud se odpoutají od alkoholu, stane se zdrojem jejich závislosti partner, či dítě? Či naopak, odchází-li muž od ženy s tímto osobnostním stylem, sáhne žena po útěše v podobě alkoholu (nebo lécích, drogách) a už jí nepustí?

Pozoruhodné jsou i vysoké skóry v případě nutkavosti. Myslím, že tato škála koresponduje s ostatními výsledky. V kombinaci s výše zmíněnými škálami vidíme obraz jisté úzkostlivosti. Představa, že je správné vzdávat se svých potřeb a přání pro osoby mě blízké proto, abych nebyla opuštěná, je doplněná touhou po tom, aby vše okolo bylo skvělé a perfektní.

Vzorek skládal i z mnoha žen, které byly v léčbě opakované. Napadá mě tedy, zda za silné tendence k tomuto typu osobnosti nejsou zodpovědné i terapie, kterými ženy prochází, nebo je zažily v předchozí léčbě. Alkoholismus je známý pro své časté

selhávání v boji s ním. Dovedu si tedy představit, že vedlejší důsledek tohoto zápasu je určitá tendence k naplnění perfektní představy svého já.

Co se týče srovnávání mladší a starší skupiny žen ve výsledcích testu PSSI, v téměř absolutní většině rozdíl nebyl naměřen. Odlišnost byla pouze na jediné škále a to na nedůvěřivý – paranoidní. Mladší skupina měla silnější sklony k tomuto typu osobnosti. Mladší ženy tedy mohou mít větší potíže s navazováním důvěry ke svému okolí, než ženy starší.

V případě dotazníku DOPO nám výsledky ukazují, že existuje statisticky významný rozdíl mezi mladší a starší skupinou žen. Nalézáme ho mezi výsledky na škále interní příčinné orientace. Ženy staršího věku mají skóry na této škále vyšší. To značí, že více vnímají sami sebe a svou osobnost jako rozhodující faktor, který ovlivňuje jejich životy. Mladší ženy zkoumaného soboru mají větší tendence k připisování zodpovědnosti svému okolí a lidem v něm. Otázka přijímání zodpovědnosti je vždy zajímavá, přijde-li na závislosti. Vnímají starší ženy svůj podíl na závislosti více, než ženy mladšího věku? Věřící ženy z mladší věkové skupiny, že jsou určitými „obětmi“ situace (Vzpomeňme si na vysoké skóry v dimenzi ochotný – obětující se ve výsledcích dotazníku PSSI)? Napadají mě dva faktory, které tyto výsledky mohou ovlivňovat. První z nich je zrání. V teoretické části práce se můžeme dočíst, že ženy v 50 a více letech již mohly projít svým bilancováním a s podobou a směřováním svého života se smířily. Nahlédly, že ve svých rukou drží kormidlo, které určuje jejich směr a rozumí tomu, že většina zodpovědnosti za průběh jejich života padá na ně. Druhý možný důvod mohou být prožité terapie. Již jsem zmiňovala, že ve zkoumaném vzorku jsou ženy, jež se do léčby vrací. Starší ženy byly ty, které léčbu častěji opakovaly. Mnoho terapií se v léčbě zaměřuje právě na přijetí zodpovědnosti. Je tedy možné, že díky tomu mají ženy ze starší věkové skupiny silnější náhled.

Poslední výzkumná otázka se týkala korelace. Lze najít nějakou souvislost mezi dvěma použitými testovými metodami? Statistické výsledky říkají, že ano. V tomto případě je interpretace celkem jasná, shodující se s předchozími výzkumy v této problematice. Ve výsledcích můžeme nalézt, že ženy s vyšší interní příčinnou orientací mají nižší skóry na škále PSSI, měřící sklony k depresi, hraničnímu a schyzotypnímu chování. Ženy, jež mají

externí či neosobní příčinou orientaci mají naopak sklony k intenzivnějším osobnostním stylům. Konkrétně k depresivnímu a hraničářskému.

Můžeme přemýšlet o příčině a následku. Je to tak, že je interní příčinná orientace predikátorem psychické stability? Nebo je to naopak – vyhraněnější osobní styl ženy vede k neschopnosti přijímat zodpovědnost?

V této kapitole jsem si dovolila volnější myšlenkové úvahy nad zjištěnými výsledky výzkumu mé diplomové práce. Věřím, že příčin a vysvětlení by se dalo nalézt mnoho. Nepochybuji však, že pro terapeuty zabývající se touto skupinou mohou být zjištěné a zmíněné závěry této části práce k užitku.



## 4. Diskuze

---

Svou diplomovou práci jsem se snažila uchopit dle svých aktuálních možností, znalostí a dovedností. V této kapitole se společně zamyslíme nad naplněním výzkumného cíle, průběhem práce a jejími limity.

### 4.1 Výzkumné nástroje

Podívejme se nejprve na zvolené nástroje, které byly pro výzkum použity. Výhoda obou dotazníkových metod je jednoznačně v tom, že je možnost zadávat je skupinově a že jejich časová náročnost není velká. Některým skupinám vyplňování celé testové baterie trvalo méně než hodinu. Velice si cením i úsilí autorů, kteří se úvodem k dotazníku snažili nejlépe vysvětlit pokyny.

Nevýhodou sebehodnotících dotazníků, z nichž se testová baterie použita ve výzkumu prakticky skládá, je právě ona nutnost sebereflexe. Nakolik můžeme očekávat, že ženy trpící psychickou chorobou jsou schopny „čisté“ sebereflexe, které je zatěžko dosáhnout i u zdravého jedince? Odpovídaly by stejně jejich blízcí, partneři, děti? Nesnažily se respondentky výsledky dotazníků vyplnit tak, aby se jevily v lepším světle? Tato myšlenka je zvláště palčivá, uvědomíme si, že nejvyšší skóry byly naměřeny na škále ochotný - obětující se dotazníku PSSI. V testu jsou totiž hodnoceny věty typu: *Cítím se dobře, když mohu o někoho pečovat.; Když mě druzí potřebují, jsem vždy ochotný (ochotná) pomoci;* či *Mnohdy je mně těžko, neboť si беру k srdci utrpení mnoha lidí.* Napadá mě tedy, zda síla těchto výsledků nemůže být způsobena záměrem budit dojem dobrého člověka. Při používání sebehodnotících testových metod musíme mít vždy na paměti toto omezení.

V případě obou testových metod jsem narazila i na menší komplikace spojené se slovníkem v nich užitým. Ve zkoumaném souboru byl určitý počet žen, které měly ukončené pouze základní vzdělání, největší skupinu tvořily ženy se středním vzděláním. Některé věty v dotaznících, jak v DOPO, tak v PSSI, se jim zdály složité a nerozuměly jejich významu. V případě mé přítomnosti během administrace to nemělo velké důsledky, jelikož se respondentky jednoduše doptaly, co dané slovo či věta znamená. Přemýšlím však nad tím, co když se některá ostýchala zeptat, či jsem u administrace dotazníků nebyla. Výsledky mohou být ovlivněné tímto faktorem.

V případě dotazníku DOPO bylo (V porovnáním PSSSI, či jinými testovými nástroji, využívající Likertovu škálu pro záznam odpovědí.) větší výzvou respondentkám vysvětlit, jak rozdělovat body v hodnocení výroků. Stávalo se, že ženy například řadily výroky do pořadí podle toho, jak jsou jim výsledky blízké. V takovémto případě jsem jednoduše toto pořadí převedla do bodů.

Bylo by jistě zajímavé, porovnat výsledky v dotazníku DOPO s normou české populace, tato testová metoda však normy naměřené zatím nemá. V případě PSSSI, jsou normy poněkud staršího data a jsou naměřeny na německé populaci. Normy byly poté naměřeny i na populaci české, ale respondenti jsou studenti vysokých škol. Otázkou tedy zůstává, do jaké míry odpovídají realitě.

## **4.2 Výzkumný soubor**

Zkoumaná skupina se skládala ze 72 žen, v rozmezí 40 až 72 let. Pro použité účely by mohl být vzorek jistě větší. Zároveň musím přiznat, že jsem se snažila data získávat do poslední chvíle. Mou vlastní podmínkou bylo, že respondentky se budou nacházet v léčebné instituci, abych měla jistotu, že závislost, se kterou se potýkají, je reálná. Tento fakt může však ještě více komplikovat schopnost sebehodnocení v dotaznících.

Roli při testování žen mohlo hrát poměrně široké věkové rozpětí respondentek, které zahrnovalo různě důležité životní období, vývoj hodnot, či celkového pokroku v léčbě. Zvláště psychoterapeutická práce se může odrazit na sebepojetí a vnímání světa. Rozdíl by taky mohl být v aktuální motivovanosti, únavě, pochopení tázaných otázek či shledání smyslu v celém výzkumu. To jsou proměnné, které mohly ovlivňovat výsledky v případech obou dotazníků.

## **4.3 Sběr a analýza dat**

Jak se již zmiňuji o odstavci výše, sběr dat byl poněkud náročný. Probíhal dvojím způsobem. Buď jsem jela dotazníky administrovat osobně, či jsem testové baterie zasílala poštou. Získat souhlas instituce k účasti ve výzkumu nebylo snadné. Více než polovina oslovených institucí se do výzkumu nechtěla zapojit, či nereagovala na mé pokusy o kontaktování. Pokud léčebné zařízení odpovědělo, zpravidla zažádalo o představení výzkumu etické komisi. To sběr dat zpomalovalo, jelikož každá etická komise měla trochu jiné požadavky a pravidla. Výzkum se také schvaloval na radě etické komise, která probíhala například jednou za měsíc, tudíž jsem dlouho čekala na odpověď. Při zpětném

hodnocení jsem opravdu ráda, že jsem si na diplomovou práci vyhradila dost času. Jinak bych potřebnou velikost zkoumaného souboru nenaplnila.

Naplnit potřebný zkoumaný soubor bych nedokázala ani v případě, když bych všechny skupiny zapojené do výzkumu potkala a administrovala s nimi testové baterie osobně. Proto si velice vážím ochoty některých léčebných zařízení (převážně komunit), které se angažovala natolik, že mi vyplněné testové baterie zaslala zpět. Zároveň to však otevírá otázku, zda nedošlo ke zkreslení naměřených výsledků. Nebyla jsem přítomná u zadávání ani průběhu vyplnění. Ačkoliv jsem se snažila tuto variantu co nejlépe podchytit posláním speciálních dopisů přímo psychologovi, pro kterého byla testová baterie určená, je možné, že to nestačilo.

Další časově náročná část výzkumu přišla v podobě vyhodnocování testů. Dotazníky jsem vyhodnocovala osobně. Zpracovat jednu testovou baterii, společně s přepisem do excelové tabulky, která následně sloužila jako podklad pro statistické operace, mi zabrala v průměru více než 30 minut. Ačkoliv jsem se výsledky počítala dle svých nejlepších schopností, a data jsem průběžně kontrolovala, nemohu vyloučit vlastní chybu v některém z výpočtů. Na druhou stranu, tento přístup mi umožnil prozkoumat každou testovou baterii a zdokonalit mé diagnostické schopnosti.

#### **4.4 Naplnění výzkumného cíle, výsledky**

Náplní výzkumného cíle bylo prozkoumat blíže skupinu žen pozdního věku, které se potýkají se závislostí na alkoholu, a porovnat tuto skupinu s normou.

. Porovnávání proběhlo dvojím způsobem. Nejprve jsme zkoumaný soubor zkoumali vůči české populaci. To bylo možné pouze v případě dat získaných v dotazníku PSSI. Dotazník DOPO v době tvorby práce nemá naměřené normy populace. Následně jsme porovnali dvě věkové skupiny, vytvořené uvnitř souboru. K tomu došlo v případě dat z obou dvou dotazníkových metod.

Výsledky odhalily, že zkoumaný soubor je oproti normě extrémní. V převážné většině byly odpovědi respondentek intenzivnější a jejich skóry byly vyšší. Při porovnání dvou skupin se výsledky nelišily v takové míře. Zajímavé je, že při každém porovnání těchto skupin, byly výsledky starších žen blíže normě či optimálním skórum. V případě PSSI se jednalo o méně vyhraněnější osobní styl, v případě DOPO o stoupající tendenci vnitřní příčinné orientace. Z výsledků bychom tedy mohli uvažovat nad tím, že díky

přibývajícím věku a získaným zkušenostem (terapie) narůstá psychická stabilita a přesvědčení o zodpovědnosti za svůj vlastní život. Hlubšího rozboru těchto poznatků jsem se zabývala v předchozí kapitole.

Výsledný výkon při testování mohl být ovlivněn mnoha nežádoucími faktory, jako například motivovaností, konstrukcí dotazníku, či mou částečnou nepřítomností při měření.

#### **4.5 Porovnání s již existujícími výzkumy**

Podíváme-li se na výzkumy, které se využívají stejných měřících nástrojů, jako tato diplomová práce, zjistíme, že získané výsledky korespondují s jejich poznatky. Výsledky potvrzují předchozí zjištění ohledně specifických osobnostních rysů lidí potýkající se se závislostí.

Velmi výrazně především v případě dotazníku PSSI. V teoretické části této práce můžeme nalézt shrnutí českých existujících výzkumů, které se soustředí na jedince trpícími závislostmi. Ve dvou z nich (Respondenti zapojení do výzkumu se potýkali s alkoholem pervitinem, halucinogeny a dalšími psychoaktivními látkami.) výsledky ukázaly, že respondenti mají vysoké skóre na škále ochotný – obětující se. Tento styl osobnosti byl statisticky nejsilnější v našem výzkumu. Data sebraná v rámci této diplomové práce jsou tedy shodná se závěry ostatních odborníků.

V případě dotazníku DOPO odpověď není tak jednoznačná, jelikož se nikdo na české scéně nezaobíral lidmi, potýkajícími se se závislostí pomocí tohoto testu. Taktéž ještě neexistují normy na českou populaci, závěr tedy nemůže být založen na porovnání se zdravými jedinci.

#### **4.6 Návrhy na další výzkumy**

Tato studie může být užitečná psychologům, psychoterapeutům a jiným odborníkům při práci se specifickou skupinou, jakou jsou ženy, bojující se závislostí na alkoholu.

Pochopení jejich osobnosti, jejich nahlížení a chápání světa okolo nás, jejich reaktivitě a sklonům, může dobře posloužit během procesu léčby i při vývoji nových terapií. Věřím, že jsem touto prací přispěla k většímu vhledu do problematiky této skupiny. Poznatky v této oblasti však ještě zdaleka nebyly vyčerpány.

Pokud bych měla možnost rozšířit výzkum s daty, jež jsou momentálně shromážděná, rozhodně bych prozkoumala další korelace. V osobnostním dotazníku, který byl součástí testové baterie, jsem se respondentek dotazovala na informace jako například: výskyt jiné psychické nemoci, počet absolvovaných léčeb, vzdělání, sociální anamnézu či počet dětí. Věřím, že by podrobnější zkoumání mezi jinými diagnózami, nebo počtem léčení, by odhalilo nové informace.

Velice zajímavý by byl taktéž longitudinální výzkum, soustředící se na tuto skupinu. Dalo by se tak pozorovat, zda se příčinná orientace žen mění vlivem terapie/zrání. Taktéž by bylo přínosné sledovat, zda se nějakým způsobem zintenzivňují či naopak ustupují osobnostní styly. Nebo zda se pod vlivem času osobnostní styly mění za jiné.

Další z možností v rámci této diplomové práce by bylo doplnit dotazníkové šetření hloubkovými rozhovory, které by lépe mapovali příčinu a následek korelace obou dotazníků. Také by to byla cesta ke zjištění, zda se osobnostní styly mění pod vlivem terapie, nebo zrání.

Kdybych začínala práci psát znovu, se stejnými informacemi, které znám teď, vyhradila bych si více času na kontaktování léčebných zařízení a komunikace s etickými komisemi. Snažila bych se taktéž lépe odstranit nežádoucí proměnné – například mou přítomností u každého zadávání testové baterie.

Tato práce může být nápomocná psychologům a psychoterapeutům při práci takovou specifickou skupinou, jakou jsou ženy, potýkající se závislostí na alkoholu. Chápání jejich porozumění světa a nahlížení na svou vlastní osobnost je podstatné pro navázání kontaktu a s přiblížením se během terapie.

## 5. Závěr

---

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a výzkumné. V první části se zabývá definicemi důležitých pojmů, vymezení věkové skupiny a deskripce závislosti na alkoholu. Následující část je věnována popisu výzkumu, zabývajícím se porovnáním výsledků žen se závislostí na alkoholu v dotaznících struktury osobnosti PSSI a příčinné orientace DOPO. Odpovídali jsme si na čtyři výzkumné otázky, z nichž se dvě týkaly dotazníku PSSI, jedna dotazníku DOPO a jedna společné korelace těchto dvou testových metod.

Z výzkumu vyplynulo, že se soubor žen, který se do výzkumu zapojil, má většinu skóre v dimenzích dotazníku PSSI vyšší oproti normě. Určité rysy psychických patologií by se u nich tedy mohly projevit silněji než u normativního souboru. Test PSSI odhalil nejsilnější sklony k obětujícímu se, závislému a nutkavému stylu osobnosti. Výčet všech průměrných skóre zkoumaného vzorku a porovnání s normou je k nalezení v kapitole Výsledky.

Druhá výzkumná otázka, zahrnující dotazník PSSI, se týkala porovnávání dvou věkových skupin, ze kterých se výzkumný soubor skládal. Zjišťovali jsme, zda se styly osobnosti liší na základě věku respondentek. Statistický rozdíl byl k nalezení pouze u jedné z dimenzí dotazníku a to u „nedůvěřivý – paranoidní“. V ostatních škálách se ženy průkazně nelišily.

V případě dotazníku DOPO jsme se taktéž soustředili na rozdílnost mezi věkovými skupinami. Statisticky významný rozdíl, který jsme našli, poukazyval na rozličnosti v interní příčinné orientaci. Ženy ve starší věkové skupině měly silnější tento typ usuzování.

V poslední řadě jsme se zabývali otázkou, zda lze najít statisticky významnou souvislost mezi oběma dotazníky. Respondentky, jež mají silnější sklony k interní příčinné orientaci, mají slabší sklony k depresivitě. A naopak, ženy, jejichž orientace je neosobní, mají větší sklony k depresím. V tomto případě byla korelace nejsilnější. Souvislost byla naměřena i mezi slabou tendencí k schizotypnímu stylu osobnosti a silnou interní příčinou orientací, stejně tak u hraničního stylu osobnosti. V tomto případě se naše výsledky

shodují s jinými výzkumy zabývajícími se tímto tématem. Ti, kteří mají vnitřní příčinou orientaci, jsou psychicky stabilnějšími.

Výzkum provedený v rámci této diplomové práce lze využít jako podklady pro hlubší poznávání problematiky žen závislých na alkoholu, či jako zdroj informací pro odborníky pracující s touto skupinou.

## 5.1 SEZNAM LITERATURY

5. Million Women Study Collaborators. Breast Cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. (2003). *The Lancet*, 362, 419–427.

Balcar, K. (1993). *K psychologii osobní příčinné orientace* (Habilitační přednáška před Vědeckou radou FF UK v Praze 21. ledna 1993). Ineditní text. Archiv K. Balcara. Praha: PVŠPS, [1993]. Dostupný u autora.

Blazer, D. G., & Li-Tzy, W. (2009). The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Psychiatry*, 166(10). doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010016

Carbonneau, R., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2017). School Adjustment and Substance Use in Early Adolescent Boys: Association With Paternal Alcoholism With and Without Dad in the Home. *The Journal of Early Adolescence*, 38(7). doi: 10.1177/0272431617708054

Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in Mid-Old Age. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 61(2), 75-81.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

Edenberg, H. J., Gelernter, J., & Agrawal, A. (2019). Genetics of Alcoholism. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 26.

Enoch, M.-A. (2012). The Influence of Gene–Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence. *Curr Psychiatry Rep.*, 14(2), 150–158. doi: 10.1007/s11920-011-0252-9

Epstein, E. E., Fischer-Elber, K., & Al-Otaiba, Z. (2008). Women, Aging, and Alcohol Use Disorders. *Journal of Women and Aging*, 19(1–2), 31–48. doi: 10.1300/J074v19n01\_03

Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada.

Heidari, M., & Ghodusi, M. (2016). Relationship of Assess self-esteem and Locus of Control with Quality of Life during Treatment Stages in Patients Referring to Drug



Addiction Rehabilitation Centers. *Maters Sociomed.*, 28(4), 263–267. doi: 10.5455/msm.2016.28.

Hrdlička, M., Kuric, J., & Blatný, M. (2006). *Krize středního věku*. Praha: Portál.

Chartier, K. G., Thomas, N. S., & Kendler, K. S. (2017). Interrelationship between family history of alcoholism and generational status in the prediction of alcohol dependence in US Hispanics. *Psychological Medicine*, 47(1), 137–147. doi: 10.1017/S0033291716002105

Chlebowski, R. T., Hendrix, S. L., Langer, R. D. et al. (2003). Influence of Estrogen Plus Progestin on Breast Cancer and Mammography in Healthy Postmenopausal Women – The Women's Health Initiative Randomized Trial. *Jama*, 289, 3243–3253.

Kalant, O. J. (1980). *Alcohol and Drug Problems in Women*. New York: Plenum Press.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kavenská, V., & Simonová, H. (2015). Ayahuasca Tourism: Participants in Shamanic Rituals and their Personality Styles, Motivation, Benefits and Risks. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5), 351–359.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C., & Eaves, L. J. (1992). A Population-Based Twin Study of Alcoholism in Women. *JAMA*, 268(14), 1877–1882. doi:10.1001/jama.1992.03490140085040

Kissin, B., & Begleiter, H. (2012). *The Biology of Alcoholism: Volume 2: Physiology and Behavior*. Springer.

Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada.

Kuhl, J., & Kazén, M. (2002). *Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti – PSSI*. (Přeložil a upravil J. Švancara). Praha: Testcentrum.

Langmeier, J., & Krejčíková, D. (2007). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Lassi, G., Taylor, A. E., Mahedy, L., Heron, J., Eisen, T., & Munafò, M. R. (2019). Locus of control is associated with tobacco and alcohol consumption in young adults of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Royal Society Open Science*, 6, 1–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.181133>

- Lo Cocoa, G., Melchiorib, F., Oienid, V., Infurnab, M. R., Straussc, B., Schwartzec, D., Rosendahlc, J., & Gulloa, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 104–116. doi: 10.1016/j.jsat.2019.01.016
- Maierová, E., & Charvát, M. (2015). Léčení patologičtí hráči z pohledu inventáře stylů a poruch osobnosti. *Adiktologie*, 15(4), 342–352.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2005). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Matejček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.
- Mitchell, B. A., & Lovegreen B. D. (2009). The Empty Nest Syndrome in Midlife Families A Multimethod Exploration of Parental Gender Differences and Cultural Dynamics. *Journal of Family Issues*. doi: 10.1177/0192513X09339020
- MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018.
- Mravčík, V. (ed.). (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017* [Annual Report on Drug Situation 2017 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2011). Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. *Psychiatrie*, 15(3), 154–159.
- Osborn, M., Hawton, K., & Gath, D. (1988). Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *British Medical Journal*, 296, 959–962.
- Pauknerová, D. (2012). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- Pavlovský, P. et al. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada.
- Procházka, R., Mahrová, R., & Laštovica, M. (2014). Alexithymie a její vztah k osobnostním stylům u lidí závislých na psychoaktivních látkách Relationship of alexithymia to personality styles in people dependent on psychoactive substance. *Psychologie a její kontexty*, 5(Suppl.), 17–26.
- Ruiz, S. M., Valmas, M. M., Sawyer, K. S., Kempainen, M. I., & Oscar-Berman, M. (2015). Influence of alcoholism and gender on the relationship between personality and

drinking motivation. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), A56. doi: 10.1186/1940-0640-10-S1-A56

Říčan, P. (2006). *Cesta životem: Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

Samala, N., Lourens, S. G., Shah, V. H., Kamath, P. S., Sanyal, A. J., Crabb, D. W., Tang, Q., Radaeva, S., Liangpunsakul, S., & Chalasani, N. (2018). Posttraumatic Stress Disorder in Patients with Heavy Alcohol Consumption and Alcoholic Hepatitis. *Wiley Online Library*.

Scott, M. S., (2017). Commentary: Perspectives on alcohol-related gene and environment interplay in diverse populations. *The American Journal on Addiction*, 26(5), 526–531. doi: 10.1111/ajad.12584

Shakya, D. R. (2013). Alcohol ab/use in eastern Nepal: a review of studies. *Health Renaissance*, 11(1), 74–82.

Skorunková, R. (2013). *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Sofin, Y., Danker-Hopfe, H., Gooren, T., & Neu1, P. (2017). Predicting Inpatient Detoxification Outcome of Alcohol and Drug Dependent Patients: The Influence of Sociodemographic Environment, Motivation, Impulsivity, and Medical Comorbidities. *Hindawi, Journal of Addiction*. doi: 10.1155/2017/6415831

Sørensen, H. J., Holst C., Knop, J., Mortensen, E. L., Tolstrup, J. S., & Becker, U. (2019). Alcohol and delirium tremens: effects of average number of drinks per day and beverage type. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 518–525. doi: 10.1111/acps.13006

Sournia, J. Ch. (1999). *Dějiny pijáctví*. Praha: Garamond.

Stanetić, K., & Tešanović, G. (2013). *Influence of Age and Length of Ssrvice on the Level of Stress and Burnout Syndrome*. doi: 10.2298/MPNS1304153

Tyndale, R. F. (2003). Genetics of alcohol and tobacco use in humans. *Annals of Medicine*, 35(2), 94–121.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2014). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Medicine*, 45(5), 1061–1072. doi: 10.1017/S0033291714002165

Vokurka, M. et al. (2012). *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum.

Wall, T. L., Luczak, S. E., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2016). Biology, Genetics, and Environment – Underlying Factors Influencing Alcohol Metabolism. *Alcohol Research*, 38(1), 59–68.

Whitbourne, S. K., & Weinstock, C. S. (1982). *Die mittlere Lebensspanne: Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. München: Urban und Schwarzenberg.

Wieben, E. S., Nielsen, B., Nielsen, A. S., & Andersen, K. (2018). Elderly alcoholics compared to middle-aged alcoholics in outpatient treatment – 6-month follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. doi: 10.1080/08039488.2018.1522373

Windle, M., & Windle, R. C. (2014). A Prospective Study of Alcohol Use Among Middle-Aged Adults and Marital Partner Influences on Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), 546–556.

## **Bibliografické údaje**

**Jméno a příjmení autora/ky: Karolína Pilná**

**Studijní program: NMgr. Psychologie**

**Název práce: Porovnání výsledků žen se závislostí na alkoholu  
v dotaznících struktury osobnosti PSSI a příčinné orientace DOPO**

**Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D**

**Rok dokonření práce: 2019**

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)**

**Přímé citace: 548**

**Ostatní text: 108 047**

**Celkový počet znaků: 108 595**

**Názvy souborů umístěných na doprovodném CD**

**Text práce ve formátu PDF: PILNÁ DP19 Porovnání výsledků žen se závislostí  
na alkoholu WIP4**

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCS: -**

**Další soubory: -**

**Posudek vedoucího diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Karolína Pilná

Obor studia: NMgr. Psychologie

Název práce: Porovnání výsledků žen se závislostí na alkoholu v dotaznících struktury osobnosti PSSI a příčinné orientace DOPO

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		X		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			X	
--	--	--	---	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Zajímalo by mě, kde by autorka vnímala využitelnost zjištěných výsledků v psychologické praxi (i přes jejich uvedené limity).

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Cením si vcelku tvořivého přístupu autorky ke zkoumané problematice. Za přínosné pokládám kapitoly věnované „interpretacím výsledků“ a kapitoly „Diskuse“. Uvědomuji si, že za předloženým výzkumem stojí poměrně dost práce, zejména při sběru dat.

V teoretické části práce se vyskytuje řada formálních chyb: formátování textu a písma, chyby v citacích, nejednotný způsob citování v textu.

V rámci empirické části je chybný komentář na str. 58 k tabulce 16.

V seznamu literatury postrádám citace publikovaných článků k metodě DOPO.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Datum, podpis: **5. září 2019**





Autor práce **Karolína Pilná**  
 Název práce **Porovnání výsledků žen se závislostí na alkoholu v dotaznících struktury osobnosti PSSI a příčinné orientace DOPO**  
 Obor studia psychologie  
 Oponent doc. Karel Hnilica

stupnice\*\*

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

**Práce s odbornou literaturou**

Využití relevantních odborných časopiseckých zdrojů (množství)  
 Využití relevantních recentních pramenů (z posledních 2-5 let)  
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)

X					
X					
X	X				

**Teoretická část**

Členění, návaznost částí, rozvržení témat atp.  
 Jasně směřování k hypotézám výzkumu  
 Jsou definovány všechny konstrukty vyskytující se v hypotézách?  
 Je vymezení klíčových témat a pojmů založeno na studiu více nezávislých zdrojů?  
 Původnost zpracování odborné literatury, elaborace hypotéz  
 Rozsah textu nesouvisejícího bezprostředně s hypotézami výzkumu („vata“)  
 Odborný styl psaní, absence gramatických chyb, srozumitelnost, ...  
 Mohla by být teoretická část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X					
		X			
X					
X					
	X	X			
	X	X			
	X				
		X			

**Problém, cíle, otázky a hypotézy**

Jasnost a srozumitelnost stanovení cíle výzkumu  
 Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, závažnost...)  
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, specifikace vztahů, ...)  
 Teoretická / praktická relevantnost hypotéz  
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost, falzifikovatelnost)

X					
	X				
X					
					X
X					

**Výzkumná strategie, design, soubor, techniky sběru dat**

Předvýzkum: předběžné ověření psychometrických vlastností nástrojů  
 Předvýzkum: předběžné ověření dostupnosti a vhodnosti souboru  
 Výběrový soubor (popis - tabulka, vhodnost, velikost)  
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz  
 Popis použitých technik sběru dat (operacionalizace proměnných)  
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita  
 Jsou uvedeny potřebné údaje, aby bylo možno výzkum replikovat?

					X
					X
		X			
X					
X					
		X			
X					

**Prezentace dat a jejich analýzy**

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (M, SD, %, r, ...)?  
 Jsou tabulky a grafy správně vytvořeny a popsány?  
 Nejsou v textu údaje a data, která jsou irelevantní k testu hypotéz („vata“)?  
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy (správná volba testu)?  
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d,  $\eta^2$ , ...) a pravděpodobnosti?  
 Jsou výsledky testů prezentovány správně, přehledně a srozumitelně?  
 Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?  
 Jsou v textu uvedeny pouze relevantní údaje, tabulky a grafy?  
 Byly testovány všechny apriorní hypotézy a pouze ony?  
 Jsou uvedeny potřebné údaje, aby bylo možno analýzy replikovat?

		X			
		X			
X					
X					
	X	X			
	X				
	X				
X					
X					
X					

**Diskuse výsledků šetření a celkové zhodnocení výzkumu**

Je uvedeno stručné a srozumitelné shrnutí hlavních výsledků výzkumu?  
 Je provedena diskuse výsledků vzhledem k relevantní literatuře?  
 Jsou vyvozeny – je-li to relevantní – přiměřené závěry týkající se důsledků zjištění?  
 Mohla by být výzkumná část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X					
	X				
					X
	X	X			

\*\* 1 – výborně/ANO; 2 – velmi dobře /SPÍŠE ANO; 3 – dobře/STŘEDNĚ; 4 – velmi špatně/SPIŠE NE; 5 – nedostatečně/NE; 0 – nehodnoceno, nehodí se atp.



### Dodržování citačních a etických norem APA

- Citace pramenů (autorů) v textu
- Citace textu (správnost, elaborace citací, počet citací a parafrází textu, ...)
- Citace jednotlivých pramenů v seznamu literatury
- Vytvoření seznamu literatury (formát, abecední řazení, shoda s citacemi v textu, ...)
- Etické normy 1: plagiátorství, neuvádění zdrojů, ...
- Etické normy 2: informovaný souhlas, anonymizace, debriefing, ...
- Etické normy 3: formulování hypotéz na datech, reanalýzy, vylučování případů, ...

	X				
X					
	X	X			
X					
X					
X					
X					

### Uvedení všech náležitostí podle norem PVŠPS

- Počet znaků – přímé citace
- Počet znaků – ostatní text
- Počet znaků – celkem

X					
X					
X					

### Hodnocení jednotlivých částí (lze uvést hlavní nedostatky)

V teoretické části autorka probírá rozsáhle věci, které s vlastním výzkumem příliš nesouvisí. Nezřídka přitom vychází ze všeobecně známé literatury. Značně čerpá ze tří zdrojů (Říčan, Langmeier & Krejčířová a Vágnerová).

Některé odstavce měly být lépe formátovány (s. 33 a následující).

U hypotéz měl být stanoven směr rozdílů.

Výzkumný soubor je vzhledem k počtu testovaných hypotéz velmi malý.

V textu se citace neuvádí na konci odstavce po tečce, ale před ní. Jde o jednu, ale často opakovanou chybu.

V seznamu bibliografie je několik chyb. Zejména články měly být citovány pečlivěji.

### Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V práci jste realizovala velký počet testů. Pokud bychom vyšli z toho, že držíte globální hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$ , jaká by při tomto počtu testů byla kritériální hodnota každého testu?

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci a **doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: 2-3

Datum, podpis: 4. 8. 2019

Karel Hnilica