

TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

EXISTENCIÁLNE A SPIRITUÁLNE KORELÁTY
SCHOPNOSTI ABSTINOVAŤ U BÝVALÝCH
ALKOHOLIKOV

Diplomová práca

Študijný odbor:	Psychológia
Školiace pracovisko:	Katedra psychológie FF TU
Študijný program:	7701 Psychológia
Vedúci práce / školiteľ:	Prof. Peter Halama, PhD.
Konzultant:	Prof. Peter Halama, PhD.

Trnava 2018

Bc. Michelle Ujvári

Podakovanie

Na tomto mieste by som rada poďakovala môjmu konzultantovi Prof. Petrovi Halamovi, PhD. za spoluprácu, odborné vedenie, ochotu, cenné rady a pripomienky pri písaní práce a štatistickom spracovaní dát. S úctou chcem poďakovať aj všetkým klubom a respondentom, ktorí sa zapojili do výskumu.

ABSTRAKT

UJVÁRI, Michelle: Existenciálne a spirituálne koreláty schopnosti abstínovať u bývalých alkoholikov. [Diplomová práca] / Ujvári Michelle. – Trnavská univerzita v Trnave. Filozofická fakulta; Katedra psychológie. – Školiteľ: Prof. Peter Halama, PhD. – Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister. – Trnava: FF TU, 2018, 90 s.

Cieľom diplomovej práce je zistiť vzťah medzi zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou, a pokušením piť u bývalých alkoholikov. Výskum pozostával z dvoch fáz. Výskumný súbor v prvej fáze výskumu tvorilo 107 bývalých alkoholikov vo veku 24-79 rokov. Druhej fázy výskumu, o 6 mesiacov neskôr, sa zúčastnilo 84 respondentov z prvej fázy výskumu. Údaje boli získané pomocou Škály životnej zmysluplnosti [ŠŽZ, Halama, 2002], Snyderovej škály nádeje [The Hope Scale, Snyder, et al., 1991], Škály spirituálnej pohody [SWBS - Spiritual Well-Being Scale, Paloutzian, Ellison, 1982] a Škály abstinenčnej sebaúčinnosti [AASE - Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale, DiClemente, et al., 1994] v oboch fázach výskumu. Výsledky potvrdili pozitívny vzťah medzi zmyslom života a abstinenčnou sebaúčinnosťou, a negatívny vzťah s pokušením piť. Negatívny vzťah spirituálnej pohody sme zistili len s pokušením piť, ako aj medzi nádejou a pokušením piť. Výsledky nepotvrdili vzťahy medzi zmenami zmyslu života, spirituálnej pohody, nádeje a zmenami abstinenčnej sebaúčinnosti po uplynutí 6 mesiacov. Zistili sme vzťahy medzi zmenami zmyslu života a zmenami spirituálnej pohody so zmenou pokušenia piť. Počiatočné úrovne zmyslu života, spirituálnej pohody, nádeje neboli prediktormi abstinenčnej sebaúčinnosti a ani pokušenia piť o šesť mesiacov neskôr. Podrobnejšie výsledky sú diskutované.

Kľúčové slová: Abstinenčná sebaúčinnosť. Nádej. Pokušenie piť. Spiritualita. Zmysel života.

ABSTRACT

UJVÁRI, Michelle: Existential and spiritual correlates of the capacity for abstinence in former alcoholics. [Master thesis] / Ujvári Michelle. – Trnava University in Trnava. Faculty of Philosophy and Arts; Department of Psychology. Supervisor: Prof. Peter Halama, PhD. – Grade of Professional Qualification: Master. – Trnava: FF TU, 2018, 90 pp.

The aim of the master thesis is to investigate the relationship between meaning in life, spiritual well-being, hope and abstinence self-efficacy, and temptation to drink among former alcoholics. The research consisted of two phases. The sample in first phase of the research consisted of 107 former alcoholics in age between 24 to 79 years. The second phase of the research, 6 months later, attended 84 respondents from the first phase of research. Data were collected by Life Meaningfulness Scale [LMS, Halama, 2002], The Hope Scale, [HS, Snyder, et al., 1991], Spiritual Well-Being Scale [SWBS, Paloutzian, Ellison, 1982] and Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale [AASE, DiClemente, et al., 1994] in both phases of the research. The results confirmed a positive correlation between meaning in life and abstinence self-efficacy, and negative correlation between meaning in life and temptation to drink. The negative correlation of spiritual well-being was found only with temptation to drink, as well as between hope and temptation to drink. The results did not confirm the correlation between changes in meaning in life, spiritual well-being, hope and changes in abstinence self-efficacy after 6 months. We found correlations between changes in meaning in life and changes in spiritual well-being with the changes in temptation to drink after 6 months. The initial levels of meaning in life, spiritual well-being, hope were not predictors of abstinence self-efficacy, nor temptation to drink six months later. The detailed results are discussed.

Key words: Abstinence self-efficacy. Hope. Temptation to drink. Spirituality. Meaning in life.

Obsah

ÚVOD	9
1 ZÁVISLOSŤ NA ALKOHOLE	10
1.1 Vznik závislosti na alkohole	10
1.1.1 Bio-psycho-socio-spirituálny model závislosti	11
1.2 Syndróm závislosti	12
1.3 Abstinencia – laps – recidíva	13
1.3.1 Abstinencia	13
1.3.2 Recidíva	16
2 ZMYSEL ŽIVOTA	17
2.1 Problém zmyslu života v psychológii	17
2.1.1 Bezzmyselnosť	18
2.2 Definícia zmyslu života	19
2.2.1 Trojkomponentový model zmyslu života	20
2.3 Zmysel života v kontexte závislosti	21
3 SPIRITUALITA	24
3.1 Spiritualita v psychológii	24
3.1.1 Pojem spiritualita vs. religiozita	25
3.2 Definícia spirituality	26
3.3 Spiritualita v kontexte závislosti	27
4 NÁDEJ	30
4.1 Nádej v psychológii	30
4.2 Snyderova teória nádeje	31
4.2.1 Komponenty nádeje	31
4.3 Ľudia so silnou a slabou nádejou	32
4.4 Nádej v kontexte závislosti	33
5 SEBAÚČINNOSŤ	36

5.1	Definícia sebaúčinnosti	36
5.1.1	Zdroje sebaúčinnosti	36
5.2	Dôležitosť sebaúčinnosti v živote človeka	38
5.3	Sebaúčinnosť v kontexte závislosti	39
5.3.1	Pokušenie piť	42
6	METODOLÓGIA VÝSKUMU	43
6.1	Výskumný problém a ciele výskumu	43
6.2	Výskumné otázky a hypotézy	44
6.3	Metódy zberu údajov	47
6.3.1	Škála životnej zmyslupnosti	47
6.3.2	Snyderova škála nádeje	47
6.3.3	Škála spirituálnej pohody	48
6.3.4	Škála abstinencnej sebaúčinnosti	49
7	REALIZÁCIA VÝSKUMU	51
7.1	Predvýskum	51
7.2	Hlavný výskum	52
7.3	Výskumný súbor a deskripcia dát	54
7.4	Spôsob analýzy dát	56
8	VÝSLEDKY VÝSKUMU	57
8.1	Deskriptívna analýza	57
8.2	Korelačná analýza	58
8.3	Regresná analýza	66
9	DISKUSIA	69
9.1	Prínosy a limitácie	75
	ZÁVER	77
	POUŽITÁ LITERATÚRA	78
	PRÍLOHY	90

Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1 Deskriptívna analýza nameraných hodnôt skóre jednotlivých dotazníkov v predvýskume	52
Tabuľka č. 2 Popis výskumného súboru vzhľadom na pohlavie	54
Tabuľka č. 3 Prehľad podstupených liečení v minulosti	54
Tabuľka č. 4 Popis výskumného súboru vzhľadom na rodinný stav	55
Tabuľka č. 5 Popis výskumného súboru vzhľadom na ukončené vzdelanie	55
Tabuľka č. 6 Popis výskumného súboru vzhľadom na vierovyznanie	55
Tabuľka č. 7 Koeficienty Cronbachovej alfy jednotlivých škál a ich subškál v prvej fáze výskumu	56
Tabuľka č. 8 Deskriptívna analýza nameraných hodnôt skóre jednotlivých dotazníkov v prvej fáze výskumu	57
Tabuľka č. 9 Deskriptívna analýza nameraných hodnôt skóre jednotlivých dotazníkov v druhej fáze výskumu	58
Tabuľka č. 10 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi zmyslom života a abstinenčnou sebaúčinnosťou	59
Tabuľka č. 11 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy vzťahu medzi zmyslom života a pokušením piť	60
Tabuľka č. 12 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi spirituálnou pohodou a abstinenčnou sebaúčinnosťou	61
Tabuľka č. 13 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi spirituálnou pohodou a pokušením piť	62
Tabuľka č. 14 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou	63
Tabuľka č. 15 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi nádejou a pokušením piť	64
Tabuľka č.16 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien medzi spirituálnou pohodou a abstinenčnou sebaúčinnosťou v priebehu času počas 6-mesiacov.	65

Tabuľka č. 17 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien medzi zmyslom života, nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou v priebehu času počas 6-mesiakov.	65
Tabuľka č. 18 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien zmyslu života a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov.	66
Tabuľka č. 19 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien spirituálnej pohody, nádeje a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov.	66
Tabuľka č. 20 Výsledky viacnásobnej lineárnej regresnej analýzy č.1	67
Tabuľka č. 21 Koeficienty modelu č. 1	67
Tabuľka č. 22 Výsledky viacnásobnej lineárnej regresnej analýzy č.2	68
Tabuľka č. 23 Koeficienty modelu č. 2	68

Zoznam skratiek

AA – Anonymní alkoholicy

AASE [Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale] – Škála abstinenčnej sebaúčinnosti

AASEC [Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Confident] - Abstinenčná sebaúčinnosť

AASET [Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Temptation] – Pokušenie piť

CNS – Centrálny nervový systém

EWB [Existential Well-Being] – Existenciálna pohoda škály SWBS

MKCH 10 – Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia

RWB [Religious Well-Being] – Náboženská pohoda škály SWBS

SHS [The Hope Scale] - Snyderova škála nádeje

SWBS [Spiritual Well-Being Scale] – Škála spirituálnej pohody

ŠŽŽ – Škála životnej zmyslupnosti

ÚVOD

Prevažná väčšina ľudí má vo svojom živote osobnú skúsenosť s pitím alkoholu. Alkohol je často prostriedkom pre uvoľnenie, odbúranie stresu či navodenie dobrej nálady. Tak ako alkohol dokáže v malých množstvách navodiť dobrú náladu a uvoľniť atmosféru, rovnako tak dokáže vo veľkých množstvách zničiť životy ľudí. Problém nastáva, keď alkohol preberá kontrolu nad životmi ľudí, a z občasnej konzumácie sa stáva závislosť. V súčasnosti často počujeme o tom, ako alkohol rozvracia množstvo životov a rodín, alebo je príčinou domáceho násillia či páchania rôznych trestných činov. Ľudia neraz až pod tlakom rôznych okolností, akými sú napr. intervencia blízkych príbuzných, objavenie sa zdravotných problémov, ale aj z vlastnej vôle vyhľadajú pomoc a absolvujú liečbu.

Príčinami a faktormi vzniku závislosti u ľudí, ktoré sú podľa Kudrleho (2003a) veľmi komplexné a zahŕňajú ako biologické, psychologické a sociálne, tak aj spirituálne faktory, sa zaoberá mnoho vedných odborov. Preto sa aj prevencia a liečba závislosti zameriava na tieto faktory (Kudrle, 2003b). Absolvovaním liečby sa boj zo závislosťou nekončí. Po liečbe sa ľudia často vracajú späť do prostredia, kde ich závislosť začala, čo poskytuje pre vedné odbory ďalší priestor pre zaoberanie sa touto problematikou a identifikáciu faktorov, ktoré prispievajú k udržaniu abstinencie, a tým k uzdraveniu závislých. Úspešné alebo neúspešné zvládanie abstinencie má veľký vplyv nielen na život závislého, ale aj na celé jeho blízke okolie, preto táto problematika vzbudila aj náš záujem.

V našej výskumnej práci sme sa zaoberali súvislosťami faktorov, ktoré sa ukázali ako protektívne nielen počas liečby, ale aj pri udržaní abstinencie. Z rôznych faktorov úzko súvisiacich s abstinenciou sme si vybrali tri existenciálne a spirituálne faktory, akými sú zmysel života, spiritualita a nádej, a dva faktory súvisiace so schopnosťou ľudí abstinovať, konkrétne abstinenčnú sebaúčinnosť a pokušenie piť, ktoré sa rovnako ukázali ako dôležité predovšetkým pri zvládaní náročných situácií, s ktorými sú abstinujúci často konfrontovaní a ktoré sa vo výraznej miere môžu podieľať na recidíve.

V teoretickej časti našej práce sa zaoberáme vymedzením jednotlivých konštruktov a ich dôležitosťou nielen v živote človeka, ale aj v kontexte závislosti. Vo výskumnej časti našej práce sme sa inšpirovali predovšetkým zahraničnými štúdiami, ktoré poukázali na súvislosť jednotlivých existenciálnych a spirituálnych konštruktov so schopnosťou abstinovať (napr. Gordon et al., 2006; Irving et al., 1998; Kimball et al., 2017; Marsh et al., 2003; Mason et al., 2009; Piderman et al., 2007; Roos et al., 2015).

1 ZÁVISLOSŤ NA ALKOHOLE

1.1 Vznik závislosti na alkohole

Alkohol predstavuje spoločenskú drogu zvyčajne konzumovanú v skupine, ritualizovane, napr. vo forme prípitkov na oslavách, a taktiež s pomerne tolerantným postojom spoločnosti, ktorý sa však mení pri nadmernej konzumácii alebo vzniku závislosti. Zvyčajne alkohol pôsobí anxiolyticky, pretože uvoľňuje psychickú úzkosť, napätie, zlepšuje náladu, prípadne zvyšuje sebavedomie. Alkohol v malých dávkach má stimulačný účinok, naopak vo väčších dávkach je účinok tlmivý (Vágnerová, 2008). Pri striedanej konzumácii možno rekreačne piť alkohol prakticky po celý život, a to bez vzniku vážnejších problémov alebo závislosti (Okruhlica, 1998).

V našej spoločnosti možno alkohol zaradiť medzi najčastejšie užívanú psychoaktívnu látku. Psychoaktívnymi sú označované látky, ktoré môžu meniť psychický stav človeka a dôsledkom ktorých môže vzniknúť akútna intoxikácia, abúzus a závislosť (Vágnerová, 2008). *Akútna intoxikácia* je prechodným stavom po užití látky, keď dochádza k poruchám na úrovni psychofyziologických reakcií a funkcií. *Abúzus*, teda *škodlivé užívanie*, predstavuje taký vzorec užívania návykovej látky, ktorý poškodzuje psychické alebo fyzické zdravie, alebo vyvoláva opakované sociálne problémy. *Syndróm závislosti* zahŕňa skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých má užívanie látky pre človeka značne väčšiu prednosť ako iné jednanie (Pecinovská, 2011).

Ako uvádza Vágnerová (2008), závislý na užívaní psychoaktívnych látok sa môže za istých okolností stať každý jeden človek, avšak dôležitú úlohu v počiatkovej fáze pri prvej skúsenosti s psychoaktívnou látkou zohrávajú nasledovné faktory: aktuálna stresová situácia, ktorá je spúšťačom a spôsob jej emocionálneho a racionálneho spracovania, a taktiež schopnosť človeka uvedomiť si riziko riešenia problémov prostredníctvom alkoholu alebo drog. Dobré sociálne zázemie a fungujúce vzťahy s ľuďmi poskytujúce potrebnú oporu znižujú pravdepodobnosť takého spôsobu reagovania na problémy.

Následkom dlhodobého a pravidelného nadmerného užívania alkoholu je závislosť (Vágnerová, 2008), označovaná aj ako alkoholizmus, ktorá je chronickým, recidivujúcim a často progredujúcim ochorením (Popov, 2002). Závislosť na alkohole môže byť psychická, keď si človek už zvykol riešiť svoje problémy únikom do alkoholového opojenia, alebo biologická, ktorá sa prejavuje abstinенčným syndrómom. Dĺžka vývoja závislosti na

alkohole je individuálna (Vágnerová, 2008). Závisí od dispozícií jednotlivca, veku pri začatí pitia a spôsobe zneužívania alkoholu (Pecinovská, 2011). Prechod od škodlivého užívania k závislosti na alkohole prebieha pomerne nenápadne (Popov, 2003).

Počet závislých na alkohole je vyšší ako počet osôb závislých na iných nealkoholových drogách. Alkoholizmus predstavuje problém častejšie pre mužskú populáciu, hoci počet žien, ktoré sú alkoholičkami, stále narastá (Vágnerová, 2008). Príčiny vzniku závislosti na alkohole sú veľmi komplexné, pretože doteraz nebolo potvrdené nič, čo by jednoznačne preukazovalo predispozície pre vznik závislosti, a teda predisponovanú alkoholickú osobnosť. U niektorých ľudí sa závislosť rozvíja na základe excesívneho pitia pre psychické problémy, u iných zas môžu prevažovať genetické predispozície alebo sociokultúrne väzby na alkohol. Pri vzniku závislosti však najčastejšie ide o kombináciu rôznych faktorov. Komplexnosť tejto choroby odzrkadľuje bio-psycho-socio-spirituálny model závislosti (Kudrle, 2003a).

1.1.1 Bio-psycho-socio-spirituálny model závislosti

Biologická úroveň sa sústreďuje na hľadanie biologických príčin a súvislostí pri vzniku závislosti, a na tejto úrovni podľa Kudrleho (2003a) možno považovať za rizikové faktory problematické okolnosti tehotenstva matky, okolnosti pri pôrode, genetické, dedičné predispozície u potomkov rodičov alkoholikov, ako aj odlišnosti CNS.

Na *psychologickej úrovni* sú skúmané tzv. psychogénne faktory, ktoré sa týkajú vývinových štádií a môžu sa objaviť už počas prenatálneho obdobia. Ďalšími významnými faktormi sú úroveň postnatálnej starostlivosti, podpora rodičov v dobe dospievania, pomoc v prípadoch duševných porúch a chorôb (Kudrle, 2003a). Najčastejšími faktormi na začiatku abúzu návykových látok sú zvedavosť, prežívanie nudy, absencia programu, narušené hranice, nízke sebahodnotenie a prežívanie nudy (Kudrle, 2003b).

Sociálna úroveň zahŕňa vplyvy vzťahu s okolím, ktoré ovplyvňujú, resp. deformujú zrenie jednotlivca. Táto úroveň obsahuje celú škálu vplyvov od najvšeobecnejších ako rasová príslušnosť, spoločenský status, prostredie, v ktorom človek vyrastá a žije, až po špecifickejšie a konkrétnejšie vplyvy na úrovni rodinných vzťahov (Kudrle, 2003a).

Spirituálna úroveň sa týka spirituality človeka, jeho vzťahov k tomu, čo ho presahuje, k najvyššej autorite, poriadku alebo ideí. Je intímnou oblasťou zážitku toho, čo je za každodenným úsilím a čo dáva tomuto úsiliu zmysel, čo dáva zmysel životu vôbec (Kudrle,

2003a). Rizikovým faktorom abúzu návykových látok v tejto oblasti je často absencia zmyslu života, duchovných hodnôt alebo autority (Kudrle, 2003b).

Wallace (1999) poukazuje na bludný kruh v rámci modelu bio-psycho-socio-spirituálnych následkov užívania alkoholu, keď excesívne užívanie alkoholu vedie k negatívnym biologickým, psychologickým, sociálnym a spirituálnym následkom, s ktorými sa spája úzkosť provokujúca ďalšiu excesívnu konzumáciu alkoholu, a tým ešte negatívnejšie následky a vyššia úzkosť, čím vzniká bludný kruh udržiavajúci užívanie alkoholu.

1.2 Syndróm závislosti

Syndróm závislosti možno definovať ako súbor psychických, teda emočných, kognitívnych, behaviorálnych a somatických zmien vytvorených ako dôsledok opakovaného užívania psychoaktívnej látky. Predstavuje životný štýl, ktorého dominantou je preferované zameranie na túto látku (Vágnerová, 2008).

Ako uvádza Popov (2002), syndróm závislosti na alkohole možno diagnostikovať podľa MKCH 10, ak sa u pacienta vyskytnú aspoň tri zo šiestich diagnostických znakov v priebehu jedného roka:

1. silná túžba alebo pocit baženia (*craving*) po konzumácii alkoholu;
2. problémy v sebaovládaní na začiatku a pri ukončení konzumácie alkoholu alebo problémy v kontrole množstva konzumovaného alkoholu;
3. prejavy somatického odvykacieho stavu počas prerušenia alebo pri ukončení konzumácie alkoholu;
4. zmeny tolerancie, ktorá súvisí s pravidelnou konzumáciou alkoholu;
5. zanedbávanie iných potešení alebo záujmov v dôsledku zvýšeného množstva času venovaného získavaniu a konzumácii alkoholu;
6. pokračovanie v konzumácii alkoholu aj napriek jasnému dôkazu jeho škodlivých účinkov.

Centrálnou charakteristikou syndrómu závislosti je silná túžba, ktorej súčasťou nie je len samotná chuť na alkohol, ale aj ďalšie prejavy závislosti ako zhoršené sebaovládanie alebo neschopnosť poučiť sa z negatívnej skúsenosti (Popov, 2002). Abstinencia je základnou podmienkou liečby závislosti na alkohole (Popov, 2003).

Liečba závislosti je dobrovoľná, s výnimkou stavu ohrozujúceho život, keď nedobrovoľnú liečbu musí odsúhlasiť súd, ktorý rovnako môže nariadiť ochrannú liečbu. Liečba je etapová a môže prebiehať ambulantnou, ústavnou alebo stacionárnou formou.

Zvyčajne začína detoxikáciou a liečbou zdravotných následkov. Ďalšou etapou je dlhodobá liečba v špecializovaných zdravotných alebo nezdravotných zariadeniach. Ako posledná je niekoľkoročná etapa doliečovania, v rámci ktorej je podporované aj členstvo v organizáciách abstinujúcich závislých. Záver liečebného procesu je tvorený obdobím zameraným na prevenciu recidívy a v podstate trvá doživotne (Kolibáš, Novotný, 2007).

1.3 Abstinencia – laps – recidíva

1.3.1 Abstinencia

Liba (2016, s.7) charakterizuje abstinenciu ako „zdržanlivosť, striedmosť, úplne vzdanie sa určitých pôžitkov“. Abstinencia je zložitým a diferencovaným mechanizmom, ktorý je viazaný na subjekt a na ktorý vplyvajú rôzne exogénne a endogénne činitele. Abstinencia je stavom, keď sa jednotlivec vedome a z vlastnej vôle zrieka užitia (použitia) niečoho, napr. alkoholu alebo nejakej činnosti z etických, rozumových, zdravotných alebo iných dôvodov. Abstinencia je mimoriadne ťažká podlieha celému radu vplyvov, tlakov a podnetov, a realizovateľná je dvoma spôsobmi:

Abstinencia ako životný štýl je výsledkom pôsobenia väčšinou práve exogénnych činiteľov a opiera sa o vzájomné pôsobenie vzdelávania a výchovy, o vlastné skúsenosti, o životnú filozofiu rodiny a známych, o postoje a hodnotové orientácie a o motiváciu abstinujúceho.

Abstinencia ako ochranný mechanizmus predstavuje výsledok ako exogénnych, tak aj endogénnych činiteľov. Akceptácia abstinencie má zdravotné pozadie často súvisiace s ohrozením života drogovo závislých alebo chorobou postihnutých ľudí, keď abstinencia ovplyvňuje jej zvládanie a je životnou nevyhnutnosťou (Liba, 2016).

Stav abstinencie delí Okruhlica (1998) do troch kvalitatívne odlišných úrovní:

1. *Neplnohodnotná abstinencia*

- a) keď je človek v chránenom uzatvorenom prostredí, kde je látka nedostupná;
- b) ak počas abstinencie človek trpí abstinennými príznakmi;
- c) pri čiastočnej abstinencii, keď abstinujúci od určitej návykovej látky užíva inú návykovú látku;
- d) stav človeka bez závislosti, keď napr. rekreačne konzumuje návykovú látku.

2. *Abstinencia po prekonanej závislosti* - ide o tzv. vynútenú abstinenciu, keď jej porušením hrozí vážne riziko poškodenia zdravia s pravdepodobnosťou rozvoja aktívnej závislosti.

3. *Abstinencia bez prekonanej závislosti* - je kvalitatívne najvyššou, pretože pri jej porušení vzniká malé nebezpečenstvo poškodenia zdravia (Okruhlica, 1998).

Podľa Skálu (1988) abstinenti dokážu uhasiť smäd a uspokojiť svoju chuť nápojom, ktorý neobsahuje alkohol, pretože užívanie alkoholických nápojov odmietajú z rôznych dôvodov. Označenie abstinent je často znevažované a býva predmetom posmeškov, no z medicínskeho hľadiska ide o ťažko dosiahnuteľný stav.

Křivohlavý (2001) píše, že po ukončení odvykacej liečby sa v priebehu času znižuje počet tých, ktorí dokážu odolať pokušeniu alkoholu a drog. Po roku sa počet abstinujúcich znižuje zo 100 % na 35 %. Autor rovnako poukazuje na údaje, podľa ktorých sa tento počet po štyroch rokoch znižuje na 7 % a po desiatich rokoch na 4 %.

Kritériom úspešnej liečby závislosti však nie je len trvalá abstinencia, ale aj maximálna dĺžka neprerušenej abstinencie a celková doba abstinencie, kedy je závislý na alkohole stabilizovaný a schopný normálneho života, čo možno liečbou dosiahnuť u 40 až 50 % závislých pacientov (Popov, 2003).

Závislosť na alkohole pretrváva aj za podmienok, že sa závislý človek naučí abstinovať, preto už nikdy nesmie piť, ani len v malých dávkach (Vágnerová, 2008), keďže pre túto poruchu je charakteristická strata schopnosti kontrolovať piť alkohol (Popov, 2003). Uzdravenie, nie vyliečenie, je podmienené trvalou a disciplinovanou abstinenciou, ktorá by nemala byť cieľom, ale prostriedkom. Pre závislého by mala predstavovať ako návod a nácvik zdravého spôsobu života, tak aj úpravu hodnotového systému (Skála, 1987).

Okruhlica (1998) uvádza, že „byť čistý“ bez prítomnosti návykovej látky v tele je pôvodným, prirodzeným a zdravým stavom človeka, a preto má abstinencia pre závislého človeka obrovskú hodnotu, ktorú užívaním návykovej látky stratil. Pri abstinencii nemá človek drogu, ale má všetko ostatné. Čím menej je závislý, tým je slobodnejší a jeho život je zdravší a kvalitnejší.

Medzi významné priaznivé faktory uzdravenia v súvislosti s užívaním návykových látok Kalina (2008) zaraďuje zníženie užívania návykových látok, zníženie kriminality, zlepšenie psychického stavu a zvýšenú sociálnu integrovanosť. Zníženie užívania návykových látok je na prvom mieste (Kalina, 2008). Obdobie abstinencie dlhšie ako 3 mesiace vytvára predpoklady pre ďalšie a dlhšie obdobie abstinencie. Všetky obdobia abstinencie sú dôležitými pre zmeny v rôznych oblastiach života, napr. v oblasti vzťahov, sociálneho zázemia alebo práce, no na druhej strane, aktuálna abstinencia sama o sebe, ktorá nie je sprevádzaná týmito zmenami v živote nie je spoľahlivým ukazovateľom dobrej prognózy.

Medzi dôležité ukazovatele zmeny a dobrej prognózy abstinencie patrí v oblasti vzťahov nachádzanie priateľov a partnerov mimo skupiny užívateľov návykových látok (Kalina, 2003). Pri opätovnej integrácii do spoločnosti sú závislí na alkohole často vystavení trvalému riziku všadeprítomného alkoholu v spoločnosti, a preto kontakt s akýmkoľvek abstinujúcim prostredím má pre nich významnú hodnotu psychickej a sociálnej podpory (Kalina, 2008). Priaznivým je aj nadviazanie nového a silného intímneho vzťahu k trvalo neužívajúcemu partnerovi (Kalina, 2003). Aj keď sa vzťahy v rodine obvykle nachádzajú v rôznom stupni rozvratu, dôležité a užitočné je zapojenie rodiny do liečby. Tam, kde separácia už pokročila, je priaznivým ukazovateľom uzmiernenie, riešenie prípadných dlhov, obnova komunikácie a získanie ľudskej podpory. Intenzívne užívanie návykových látok často poznačí vzdelávací a pracovný proces človeka. Život na sociálnych dávkach nie je pre trvanie abstinencie priaznivý, naopak, všetko, čo vedie k zlepšeniu pracovnej kvalifikácie a šancí na trhu práce, upevňuje priaznivé podmienky abstinencie (Kalina, 2003, 2008). Ďalšími faktormi dobrej prognózy sú časové faktory ako vek na začiatku závislosti, pričom platí, čím je neskoršia manifestácia, tým je lepšia prognóza alebo dĺžka trvania závislosti - čím dlhšie trvá závislosť, tým je prognóza náročnejšia a menej nádejná (Kalina, 2003). Prognózu rovnako ovplyvňujú psychopatologické komplikácie, kriminálna anamnéza a motivácia k liečbe závislosti (Kalina, 2008).

Vo svojej metaanalýze štúdií Adamson, Sellman a Frampton (2009) skúmali charakteristiky závislých pacientov ako prediktory výsledku liečby a zistili, že medzi kľúčové prediktory patria počiatočná spotreba alkoholu, závažnosť závislosti, pohlavie, zamestnanosť, socioekonomický status/príjmy, hodnotenie psychopatológie, história liečby, neuropsychologické fungovanie, sebaúčinnosť súvisiaca s alkoholom, motivácia, cieľ liečby a náboženstvo. Hodnotenie sebaúčinnosti súvisiacej s alkoholom predstavuje jeden z najkonzistentnejších prediktorov výsledku liečby u závislých alkoholikov, vrátane závažnosti závislosti, hodnotenia psychopatológie, motivácie a cieľa liečby (Adamson, Sellman, Frampton, 2009). Viacerí autori (napr. Bandura, 1999; DiClemente, 1986; Marlatt, Bear, Quigley, 1995) zdôrazňujú sebaúčinnosť ako dôležitý faktor pri zmene návykového správania a udržaní abstinencie. Bližšie sa tejto téme venujeme v kapitole č. 5.

Existenciálna prázdnota, depresia, či strata zmyslu života sú dôležitými témami aj pri stabilizácii abstinencie u človeka (Grofová, in Kudrle, 2003a). Nešpor, Csémy (2006) poukazujú na dôležitosť a prospešnosť duchovného života, spirituality a jej jednotlivých prvkov, ako napr. zmysel života, transcendencia v oblasti závislosti a abstinencie.

Existenciálnym a spirituálnym protektívnym faktorom, akými sú spiritualita, zmysel života a nádej v kontexte závislosti sa bližšie venujeme v nasledujúcich troch kapitolách.

Podľa Okruhlicu (1998) vlastná abstinencia začína až vtedy, keď závislý človek vychádza z uzatvoreného a chráneného prostredia, v ktorom neabstinuje, iba neužíva návykovú látku, do prostredia, v ktorom je vystavený návykovým látkam a riziku ich užitia. V súlade s kritériami na stanovenie diagnózy syndrómu závislosti po roku abstinencie, počas ktorej mal závislý človek možnosť užiť, a pritom neužíval návykovú látku v nechránenom prostredí, už nemožno u takého človeka hovoriť o závislosti od návykovej látky a možno ho považovať za vyliečeného.

1.3.2 Recidíva

Recidívu možno ľahko definovať ako opätovné začatie užívania návykovej látky po období abstinencie. Keďže je však závislosť chronickou, opakujúcou sa poruchou, recidíva teda predstavuje prirodzenú súčasť procesu uzdravenia závislého a túto udalosť možno konštruktívne využiť, preto je lepšie definovať recidívu ako otvorený proces, v ktorom opätovné začatie užívania látky predstavuje poslednú udalosť v dlhej sérii maladaptívnych odpovedí na vonkajšie alebo vnútorné stimuly či stresory. Recidíva je často dôsledkom rôznych faktorov, ktoré sú u každého človeka individuálne a tieto faktory často pôsobia vo vzájomnej kombinácii. Medzi kľúčové faktory patria predovšetkým stres, negatívne a pozitívne emócie, interpersonálne konflikty, spoločenská záťaž, požitie iných psychoaktívnych látok či prítomnosť spúšťačov spojených s návykovou látkou (Okruhlica, 1994).

Recidívu možno rozdeliť na dva typy: laps a relaps. Relaps je dlhá recidíva, ktorá má obvykle bolestivé následky a je nebezpečná. Laps predstavuje krátku recidívu, ktorú sa podarí rýchlo zastaviť (Nešpor, 2013). Jednorazové požitie návykovej látky môže, ale nemusí vyústiť do plne rozvinutej recidívy, a preto sa považuje za pošmyknutie, ktoré dáva možnosť poučiť sa do budúcnosti. Najčastejšie sa recidíva vyskytuje u ľudí, ktorí majú záznamy o trestnej činnosti, dlhšiu históriu nezamestnanosti a rovnako ťažkej závislosti, súčasne trpia psychickou poruchou, a nie sú rozhodnutí pre úplnú abstinenciu (Okruhlica, 1994).

2 ZMYSEL ŽIVOTA

2.1 Problém zmyslu života v psychológii

Otázky a problém zmyslu života boli spočiatku dlhé obdobie predovšetkým v rukách filozofie a teológie, avšak ani psychológia sa nevyhla naliehavosti tejto problematiky. Na rozdiel od teológie, filozofie či iných vedných disciplín sa psychológia nezaujíma o všeobecný zmysel života, ale o komplexnejšiu percepciu zmyslu života (Halama, 2007), pretože tvorba a nachádzanie zmysluplnosti života sú považované za základný a dôležitý psychický proces človeka (Křivohlavý, 2006), a „pocit zmyslu života“ v jeho antropologicko-existenciálnom smere je predmetom predovšetkým pre psychológiu (Popielski, 2005). Frankl (2011) píše, že to nie je všeobecný zmysel života, na čom záleží, ale špecifický a jedinečný zmysel života každého človeka.

Koncepciu zmyslu života v psychológii najviac ovplyvnil, aj keď zmysel života explicitne nedefinoval, zakladateľ existenciálnej analýzy a logoterapie orientovanej na zmysel života, V. E. Frankl (1997, 2011, 2013) svojím motivačno-teoretickým konceptom pojmu „vôľa k zmyslu“, podľa ktorého je primárnou motiváciou v živote človeka túžba po nájdení a naplnení zmyslu života, ktorý je jedinečný pre každého človeka, pretože ho môže nájsť a naplniť len konkrétny človek sám a nikto iný. Frankl (1997) chápe človeka ako bytosť, ktorá má tri dimenzie, ktoré sú navzájom prepojené. K biologickej a psychologickej dimenzii človeka pridal dimenziu duchovnú, ktorá podľa neho náleží jedine človeku a umožňuje mu zamerať sa na nejaký zmysel, ktorý ho presahuje a má byť naplnený, a obohatiť tak svoju existenciu čo najväčším možným zmyslom. Duchovná dimenzia však nie je výlučne spojená s náboženstvom (Frankl, 1997). Možnosťou ako objavovať a vytvárať zmysel života sú tvorivé, zážitkové a postojové hodnoty. Ľudská schopnosť sebatranscendencie umožňuje človeku aj v tej najhoršej situácii a za každých okolností presiahnuť hranice seba samého k hodnotám a nejakému zmyslu mimo neho, ktorý má byť naplnený, pretože neexistuje žiadna životná situácia bez skutočného zmyslu (Frankl, 1997, 2011, 2013). Život vždy obsahuje možnosti zmyslu, pretože zmysel je nevyhnutný pre prežitie človeka. Pokiaľ človek žije, vždy vedome alebo nevedome zápasí s otázkou zmyslu (Längle, 2002). Zmysluplnosť života má svoje miesto aj v poňatí celoživotného vývoja osobnosti, obzvlášť v oblasti rastu a zrenia, v priebehu starnutia a adaptácie na zmeny, alebo pri zvládaní životných problémov (Křivohlavý, 2007). Tvorba zmyslu života je teda pre

človeka celoživotnou úlohou, ktorá sa osobitne vynára v ťažkých životných situáciách (Křivohlavý, 2006).

Ak sa podľa Yaloma (1980) človek pýta „Čo je zmyslom môjho života?“, pýta sa na pozemský zmysel vlastného života, ktorý zahŕňa ciele a hodnoty, ktoré človek naplňa. Ale otázka „Čo je zmyslom života?“ sa týka kozmického zmyslu života vzťahujúceho sa k niečomu mimo človeka samotného, k vyšším silám, k niečomu magickému alebo spirituálnemu. V týchto otázkach hľadá človek odpoveď na to, či život všeobecne alebo prinajmenšom ten ľudský život, zapadá do určitého koherentného rámca, či má zmysel.

Ako uvádza Längle (2002) zmyslupne žiť znamená: 1. plniť práve tú úlohu, ktorá pred človekom stojí; 2. rozpoznať a nájsť zmysel, pretože ho nemožno dať; 3. rozpoznať a nájsť možno len to, čo je vopred dané, pretože v každej situácii sú skryté možnosti v podobe hodnôt a úloh; 4. vidieť zmysel znamená uchopiť celok a dať tak vzájomnú súvislosť duchovnou väzbou navonok nesúvisiacemu; 5. zmysluplný život presahuje rovinu prostriedkov, ako pohodlie, kariéra alebo blahobyt, ktoré nie sú konečným cieľom; 6. zmysluplný život si vyžaduje pružnosť vo vnímaní hodnôt, keďže zmysel sa mení zároveň s každou situáciou; 7. to čo je zmyslom, to sa človeka plne zmocní, to vycíti skôr, ako si to uvedomí; 8. zmysel je schopný nájsť každý, kto je schopný robiť rozhodnutia; 9. zmysluplný život spočíva v postoji, ktorý je otvorený otázkam.

Pojmom zmysel života možno označiť pocit, pociťovanie, prežitie, reflexiu, motiváciu alebo skúsenosť jednotlivca definujúce spôsob prežívania jeho vlastnej existencie. Zmysel v existenciálnom ponímaní nezahŕňa len poznanie, ale berie do úvahy aj moment prežívania a osobného presvedčania sa o zmyslupnosti. Zmysel predstavuje vždy niečo, čo je pre človeka najhlbšie osobitným, vlastným a individuálnym (Popielski, 2005).

2.1.1 Bezzmyselnosť

Hľadanie zmyslu môže v človeku vzbudzovať viac pocity vnútorného napätia ako harmónie, avšak toto napätie je nevyhnutným predpokladom duševného zdravia, pretože to sa zakladá na určitej miere napätia medzi tým, čo človek dosiahol a tým, čo by chcel dosiahnuť v podobe výzvy potencionálneho zmyslu, ktorý čaká na naplnenie (Frankl, 2011). Podľa Křivohlavého (2007) má zmyslupnosť života úzky vzťah k problematike psychológie zdravia, pretože len ťažko možno hovoriť o bezzmyselnom živote ako o duševne zdravom. Ak človek nie je schopný nájsť a naplniť zmysel svojho života dochádza k stavu

existenciálnej frustrácie sprevádzanej nudou, apatiou, pocitmi prázdnoty a bezzmyselnosti. Existenciálna frustrácia nie je vo svojej podstate patologická ani patogénna, ale môže ísť o existenciálne ťažkosti pri hľadaní zmyslu. Ak sú tieto pocity dlhotrvajúce, vedú k existenciálnemu vákuu, ktoré je možným etiologickým faktorom pri vzniku psychických porúch alebo problémov, predovšetkým neuróz, depresie, závislostí (Frankl, 1997, 2011, 2013). Strata zmysluplnosti sa signalizuje ako strata neodlúčiteľných komponentov zmyslu života, akými sú napr. vytyčovanie si cieľov, túžba po hodnotách, nádej, chuť žiť (Popielski, 2005). Zmyslupnosť života vplýva ako na fyzické a duševné zdravie, tak aj na kvalitu života (Křivohlavý, 2007).

2.2 Definícia zmyslu života

Ako uvádza Halama (2000), pojem zmyslu života sa týka prežívania vlastného života ako hodnotného a zmysluplného a súvisí s odpoveďami na položené existenciálne otázky „Čo je zmyslom môjho života?“. Práve táto otázka môže pomôcť pri definovaní samotného pojmu, pretože odpoveďou sú konkrétne presvedčenia o účele a postate života, alebo o cieľoch človeka (Halama, 2007). Hoci je zmysel života a prežívanie životnej zmysluplnosti ťažko postihnuteľným a zložitým javom, napriek tomu sa usilujú niektoré psychologické teórie popísať tento jav alebo isté jeho aspekty (Halama, 2000). Pre túto zložitosť neexistuje teória alebo definícia, ktorá by bola všeobecne akceptovaná (Křivohlavý, 2006).

Steger (2009) pri analýze definícií zmyslu života zistil, že sa zaoberajú niekoľkými komponentmi. V literatúre sa môžeme stretnúť s dvomi hlavnými jednodimenzionálnymi prístupmi k definícii zmyslu života, a to motivačnými, sústredzujúcimi sa na cieľ, alebo kognitívnymi, ktoré sú zamerané na význam slova zmysel. Viacdimeznionálne definície zmyslu života často obsahujú okrem motivačnej a kognitívnej dimenzie aj dimenziu afektívnu, súvisiacu s pocitmi naplnenia života. Ako ďalej uvádza, v definíciách zložených z niekoľkých komponentov práve dva komponenty sú ústredné a jedinečné pre životnú zmyslupnosť, a to porozumenie a cieľ. Porozumenie zahŕňa schopnosť človeka nájsť ideál, jedotu a význam v udalostiach a životných skúsenostiach. Cieľ sa týka dlhodobých a motivujúcich cieľov, ktorým je človek oddaný (Steger, 2009). Keďže zmysel života nie je jednoduchým fenoménom, ukazuje sa, že súčasťou jeho prežívania sú rovnako ako presvedčenia, tak aj ciele vo vzájomnej interakcii, čo malo za následok integráciu oboch aspektov a snahu chápať zmysel života ako dvojdimenzionálny konštrukt (Halama, 2002,

2007), avšak v tomto chápaní do istej miery chýba významný aspekt týkajúci sa emocionálnej oblasti zmyslupnosti života (Halama, 2002).

Jednou z viacdimenzionálnych definícií je aj definícia Reker a Wonga (1988), podľa ktorých je zmyslom života uvedomenie si poriadku, súvislostí a účelu vlastnej existencie, dosahovanie hodnotných cieľov a sprievodný pocit naplnenia. Wong (1989) neskôr definoval životnú zmyslupnosť ako individuálne vytvorený kognitívny systém založený na subjektívnych hodnotách, ktorý naplňa život osobným významom a spokojnosťou. Halama (2007) uvádza, že zmysel života konkrétneho človeka možno chápať ako individuálny systém presvedčení, hodnôt a cieľov, ktorý umožňuje jednotlivcovi prežívať, uvedomovať si a taktiež riadiť vlastný život ako účelný, hodnotný a naplňajúci. Podľa Krivohlavého (2006) je zmyslupným životom cieľavedomé zameranie človeka k pre neho dôležitému a hodnotnému cieľu.

2.2.1 Trojkomponentový model zmyslu života

V našej práci sme vychádzali z vyššie uvedeného trojkomponentového modelu zmyslu života Reker a Wonga (1988), ktorý v odbornej literatúre zaznamenal najväčší ohlas (Halama, 2007). Podľa Reker a Wonga (1988) je zmysel života viacdimenzionálnym konštruktom, ktorý pozostáva z troch navzájom súvisiacich komponentov: kognitívneho, motivačného a afektívneho komponentu.

Kognitívny komponent zahŕňa individuálne skonštruovaný systém presvedčení a interpretáciu sveta, seba a svojho života ako celku. Rovnako zahŕňa porozumenie životných udalostí, pochopenie ich hodnôt a významu pre človeka (Reker, Wong, 1988; Wong, 1989). Naopak nerozvinutý kognitívny komponent pozostáva z nefunkčných životných presvedčení, ktoré sa prejavujú ako životný chaos, bezúčelnosť a existenciálna úzkosť (Halama, 2007). *Motivačný komponent* sa vzťahuje k osobnému systému hodnôt, ktoré v živote vedú jednotlivca a určujú ciele, o ktoré sa v živote usiluje, pričom sú tieto osobné ciele v súlade s hodnotami, potrebami a presvedčeniami (Reker, Wong, 1988; Wong, 1989). Nedostatočne rozvinutý komponent je charakteristickým nedostatkom životných cieľov, aktivít, a taktiež pocitmi nudy, apatie a beznádeje pri možnom dosiahnutí cieľa (Halama, 2007). Posledný *afektívny komponent* sa týka pocitov naplnenia a uspokojenia prameniach zo životných zážitkov, cieľov a presvedčení (Reker, Wong, 1988; Wong,

1989). Pocity nespokojnosti, smútku, depresie, nešťastia, úzkosti či depresie sú prejavom nedostatočne rozvinutého afektívneho komponentu (Halama, 2007).

2.3 Zmysel života v kontexte závislosti

Frankl (1997, 2011, 2013) poukazuje na to, že i napriek rozšírenému blahobytu a nižšej úrovni núdze, čoraz viac ľudí trpí pocitmi bezcieľnosti, nudy, prázdnoty a bezzmyselnosti, čo odráža aj nárast hlboko nespojných ľudí, trpiacich existenciálnym vákuom, ktoré môže byť príčinou kriminality, samovrážd, neuróz a depresií, vrátane alkoholizmu. Strata zmysluplnosti sa môže manifestovať v podobe rozličných foriem závislostí (Popielski, 2005). Problémy súvisiace so závislosťou môžu vznikáť v dôsledku pokusu utlmiť pocity bezzmyselnosti a získať šťastie pomocou konzumácie alkoholu (Frankl, 2013). Na to poukazuje aj Gerwood (1998), ktorý píše, že závislí klienti v liečbe sú vynikajúcimi kandidátmi Franklovej koncepcie existenciálneho vákua, pretože svoje existenciálne vákuum vyplňujú alkoholom. Vo svojich knihách Frankl uvádza niekoľko výskumov (napr. Annemarie von Forstmejerová, James C. Crumbaugh, Stanley Krippner, Betty Lou Padelfordová) podporujúcich jeho teóriu existenciálnej frustrácie u závislých (pozri Frankl, 1997, 2013).

Nicholson et al. (1994) v súvislosti s Franklovou teóriou upozorňujú na to, že nedostatok životnej zmysluplnosti môže prispievať k užívaniu drog, čo potvrdili aj výsledky ich výskumu. Ďalšie realizované štúdie podobne zistili nižšiu životnú zmysluplnosť u alkoholikov v porovnaní s bežnou populáciou pred liečbou (Waisberg, Porter, 1994), na začiatku liečby (Kavenská, 2009) a počas hospitalizácie (Ondrejka a kol., 2008). Jacobson, Ritter, Mueller, (1977) zistili strednú úroveň prežívanej zmysluplnosti u alkoholikov, čím nepotvrdili výskyt Franklom opísaného existenciálneho vákua alebo frustrácie u závislých, ale ani jasnú vôľu k zmyslu alebo zmysel života. Vo výskume Tumpachovej (2005) sa taktiež nepotvrdil Franklov predpoklad existenciálnej frustrácie u závislých. Podobné výsledky o priemernej úrovni naplnenia zmyslu u väčšiny závislých respondentov potvrdili aj ďalšie novšie výskumy (napr. Ďanovský, 2016; Kavenská, 2009; Samková, Dolejš 2014).

Zmysel života, náboženské a duchovné hodnoty, viera vo vyššiu moc a súvisiace konštrukty často zohrávajú dôležitú úlohu v prístupoch k liečbe alkoholizmu (Jacobson, Ritter, Mueller, 1977), čo potvrdzuje aj rastúci počet dôkazov, keďže mnohé výskumy preukázali signifikantné zvýšenie prežívanej úrovne zmysluplnosti závislých v priebehu liečby a liečebných programov (napr. Jacobson, Ritter, Mueller, 1977; Robinson, et al.,

2007; Waisberg, Porter, 1994) alebo aj po liečbe (napr. Krentzman, 2017; Martin et al., 2011; Roos et al., 2015). Zmenami úrovne zmyslu života sa vo svojom výskume zaoberala aj Kavenská (2009), ktorá u závislých na alkohole zistila signifikantný rozdiel na začiatku a na konci liečby, a to prevažne v pozitívnom smere. Tumpachová (2005) rovnako vo svojom výskume, zaoberajúcom sa významnosťou roly zmyslu života, jeho naplnenia a životných hodnôt zistila množstvo signifikantných zmien v prežívaní zmysluplnosti, taktiež zlepšenie kladného zakotvenia v oblasti životných hodnôt a zmyslu života u alkoholikov a závislých na iných psychoaktívnych látkach v priebehu liečby. Dlhodobejšie signifikantné zmeny prežívanej zmysluplnosti a jej zvýšenie nielen počas 6- mesačnej liečby, ale aj následnom 24-mesačnom sledovaní po liečbe zistila Krentzman (2017). Pri výskume životnej zmysluplnosti a životnej spokojnosti rôznych skupín v kontexte manifestovaného správania vo vzťahu k alkoholu, Verešová a Pohánka (2009) poukazujú na inú úroveň oboch premenných, ich komponentov a zložiek medzi príležitostnými užívateľmi alkoholu, závislými od alkoholu a abstinujúcimi alkoholikmi. Najnižšie úrovne autori zaznamenali u závislých od alkoholu, zatiaľ čo vyššie úrovne u abstinujúcich alkoholikov, ktorí zvládli úspešne liečbu závislosti od alkoholu, a ktorým sa darilo vyhýbať recidíve. Najvyššia priemerná životná zmysluplnosť a spokojnosť sa ukázala v poslednej skupine bežných príležitostných konzumentov (Verešová, Pohánka, 2009).

Životná zmysluplnosť sa rovnako ukázala aj ako významný prediktor súvisiaci s dobrými výsledkami vo vzťahu k užívaniu drog a alkoholu. Martin et al. (2011) skúmali zmysel v živote pred liečbou ako prediktor účinku 30-dňového liečebného programu u závislých na kokaíne. Zistili, že vyššia zmysluplnosť sa na začiatku liečby ukázala ako signifikantný prediktor lepších výsledkov liečby v súvislosti s recidívou a frekvenciou užívania kokaínu a alkoholu (Martin et al., 2011). Podobne aj Robinson et al. (2007) zistili signifikantný nárast úrovne zmysluplnosti počas 6 mesiacov ambulantne liečených respondentov a úroveň zmysluplnosti sa rovnako ukázala ako významný prediktor abúzu alkoholu, keďže jej nárast bol spojený s väčšou pravdepodobnosťou, že sa u respondentov nevyskytlo nadmerné užívanie alkoholu počas 6 mesiacov. Rovnaké výsledky nadobudli Robinson et al. (2011) taktiež vo svojej novšej štúdií na rozmanitejšej a väčšej vzorke respondentov, ktorú netvorili len respondenti v liečebných programoch, ale aj neliečení alkoholici. Výsledky zhodne potvrdili, že zvyšovanie prežívanej zmysluplnosti počas 6 mesiacov bolo signifikantným prediktorom priaznivých výsledkov v súvislosti s pitím alkoholu počas dlhšej doby, a to 9 mesiacov.

Ako vo svojich zisteniach uvádzajú Marsh et al. (2003), závislí alkoholicy trpia nižšou úrovňou zmyslupnosti, ktorá je rovnako spojená so zníženou kontrolou nad pitím alkoholu v rôznych situáciách.

Novší výskum zaoberajúci sa túžbou piť v podobe pokušenia a zmyslupnosťou života u alkoholikov zrealizovali Roos et al. (2015). Podľa autorov môže práve táto túžba v podobe pokušenia piť u závislých ľudí, ktorých cieľom je abstinencia, so sebou prinášať stresujúcu existenciálnu krízu, v ktorej je túžba piť v konflikte s rozhodnutím zostať abstinentom. Výsledky ich výskumu preukázali signifikantný negatívny vzťah zmyslu života a pokušenia piť v priebehu času, keďže vyššie počiatkové úrovne zmyslupnosti a ich zvýšenie v priebehu času sa prejavili ako spojené s nižšími počiatkovými úrovňami pokušenia piť a ich znížením sa v čase. Okrem toho sa preukázalo, že vyššia úroveň pokušenia piť na začiatku a jej zvýšenie, a nižšia úroveň zmyslu života na začiatku a jej zníženie v čase boli signifikantne spojené s vyššou intenzitou a frekvenciou pitia alkoholu a taktiež s väčšími následkami vyplývajúcimi z pitia alkoholu počas 15-mesačného sledovania respondentov.

Lukasová (2012) na základe Klingsmannových fáz samoliečby drogovu závislých, ktorých práve pozitívna motivácia v podobe nového životného obsahu, orientácie a plánov podnietila rozhodnutie začať sa liečiť, argumentuje, že nejde ani tak o priebeh za sebou nasledujúcich fáz, ale rozhodujúcou je práve orientácia na zmysel a hľadanie zmyslu, ktorý poháňa samotné rozhodnutie sa a zotrvanie v abstinencii. Práve tento existenciálny motív podnecuje závislého, aby pokračoval v abstinencii. A tu hrá dôležitú úlohu duchovná dimenzia človeka, ktorá umožňuje človeku prekročiť seba samého k vyšším hodnotám, ktoré musí závislý naplniť. Ďalšou podmienkou možnosti zmyslupného života je taktiež sebaovládanie a zdržanlivosť závislého. Len dostatočne zmyslupné hodnoty a ciele umožňujú človeku zničiť prekážky a povzniesť sa nad krátkodobé príjemnosti, aby svoj rozpoznaný zmysel naplnil. Zmysel života tak môže byť kľúčom k prekonaniu závislosti a plnohodnotnému a zmyslupnému životu závislého (Lukasová, 2012). Viaceré štúdie (Carroll 1993; Laudet, Morgen, White, 2006) naznačili, že pocit zmyslupnosti sa môže zvyšovať s pokračujúcou abstinenciou. Dokonca aj výročie abstinencie sa u anonymných alkoholikov viaže s väčším pocitom zmyslupnosti (Wnuk, 2008).

3 SPIRITUALITA

3.1 Spiritualita v psychológii

Za posledné desaťročia sa pojem spiritualita čoraz frekventovanejšie vyskytuje v rôznych kontextoch aj v psychológii, o čom okrem iného svedčí nárast publikovaných teoretických a výskumných prác z psychológie náboženstva (Stríženec, 2007). Značne narastajúci teoretický a vedecký záujem psychológie o náboženské fenomény, religiozitu a spiritualitu, so sebou priniesol množstvo dát, informácií a teórie, no aj napriek snahe jasne vymedziť a definovať jednotlivé konštrukty, neexistuje medzi psychológmi jasný konsenzus (Zinnbauer, Pargament, 2005). Ako uvádzajú Hill a Pargament (2008) prínosom pre psychológiu bolo potvrdenie významnej súvislosti spirituality a religiozity s fyzickým a duševným zdravím prostredníctvom empirických štúdií, čo sa odrazilo na spoločnom konsenze lepšie pochopiť, objasniť a popísať jednotlivé pojmy, ktoré sú teoreticky a funkčne prepojené so zdravím a pohodou. Koenig (2012) na základe veľkého systematického preskúmania empirických štúdií náboženstva/spirituality v oblasti duševného zdravia za posledné desaťročia poukazuje na pozitívne výsledky v súvislosti so zvládaním, osobnou pohodou, šťastím, nádejou, optimizmom, vďačnosťou, a taktiež na negatívne výsledky zahŕňajúce depresiú, samovraždu, úzkosť, psychózu, zneužívanie návykových látok či kriminalitu.

Nešpor (2013) poukazuje na praktické dôsledky spirituality pre človeka, medzi ktoré zaraďuje lepší duševný stav nielen počas zdravia, ale aj počas choroby, vyššiu odolnosť voči stresu a lepšie zvládanie záťažových situácií, lepšiu spoluprácu počas liečby a jej lepší priebeh, prevenciu a liečbu návykových ochorení, nižšie riziko predčasnej smrti a lepšiu schopnosť vyrovnáť sa so smrťou. Rovnako poukazuje na to, že niektoré náboženské zásady sú prospievajúce a motivujúce pre zdravie, že duchovný život môže zlepšovať sebaovládanie, posilňovať nádej a napomáhať stabilite rodinných vzťahov. Náboženské a duchovné rituály taktiež poskytujú človeku pocit istoty a bezpečia.

Na základe predchádzajúcich súhrnov a výskumov uvádzajú Zinnbauer a Pargament (2005) niekoľko všeobecných záverov o religiozite a spiritualite:

1. spiritualita a religiozita predstavujú kultúrne fakty, ktoré nemožno redukovať na iné procesy alebo javy;
2. väčšina ľudí sa zároveň považuje za nábožensky a duchovne veriacich;

3. niektorí ľudia sa považujú za duchovne, ale nie nábožensky veriacich, pričom odmietajú náboženskú vieru;
4. religiozita a spiritualita sa vo všeobecnosti považujú za vzájomne súvisiace, avšak nie zhodné konštrukty;
5. religiozita a spiritualita sú komplexné a viacdimenzionálne konštrukty;
6. religiozita a spiritualita môžu byť spojené s duševným zdravím a emocionálnym distresom ľudí;
7. existujú podstatné a funkčné aspekty spirituality a religiozity;
8. spiritualita a religiozita sú viacúrovňovými konštruktmi, pretože súvisia s biologickými, afektívnymi, kognitívnymi, morálnymi, osobnostnými, sociálnymi, kultúrnymi a globálnymi javmi;
9. v priebehu času sa môže religiozita a spiritualita jednotlivcov a skupiny vyvíjať a meniť;
10. pojmy religiozita a spiritualita pri používaní nadobúdajú rôzne významy, pričom religiozita sa často považuje za sociálnu a spiritualita za individuálnu.

Neostre hranice, vzájomná súvislosť religiozity a spirituality, podobnosť alebo naopak ich polarizácia sú príčinou sporu o jasnú definíciu jednotlivých pojmov (Zinnbauer, Pargament, 2005).

3.1.1 Pojem spiritualita vs. religiozita

Pojem spiritualita, z lat. *spiritualis* – duchovný, sa vzťahuje k duchovnej dimenzii človeka, presahuje jeho existenciu a zahŕňa individuálne naplnenie tejto potreby. Spiritualita v širšom chápaní môže, ale aj nemusí byť realizovaná v religióznej forme (Hacklová, Kebza, 2014). V súčasnosti sa spiritualita chápe skôr ako individuálny jav súvisiaci s osobnou transcenciou, zmysluplnosťou, so zdôraznením duchovnej skúsenosti, ako mystické zážitky alebo viera ako hľadanie. Prejavuje sa úsilím človeka nájsť, udržať a transformovať vzťah s posvätným (Stríženec, 2001).

Pojem religiozita, z lat. *religio* - viera, náboženstvo, vyjadruje priamo vieru v Boha, zbožnosť, a taktiež presvedčenie o správnosti, prípadne pravdivosti náboženstva (Hacklová, Kebza, 2014). V súčasnej dobe je viac chápaná ako formálne štruktúrovaná, viazaná na náboženské rituály, učenie a inštitúcie (Stríženec, 2001).

3.2 Definícia spirituality

Aj napriek tomu, že neexistuje všeobecne akceptovaná definícia spirituality, a ako uvádzajú Harris, Howell a Spurgeon (2018) jednotlivé pojmy sú stále zle definované, no i napriek tomu sa niektorí autori snažia objasniť alebo podať vlastnú definíciu spirituality.

Koenig, King, Carson (2012) definujú spiritualitu ako spojenie človeka s niečím posvätným a transcendentným, čo ho presahuje, a napriek tomu je v ňom. Spiritualita zahŕňa hľadanie a objavenie niečoho transcendentného. Hoci je spiritualita úzko spätá s nadprirodzeným, mystickým a organizovaným náboženstvom, rozširuje rámec tohto organizovaného náboženstva a taktiež začína pred ním.

Na rozlíšenie náboženských pojmov navrhujú Harris, Howell a Spurgeon (2018) štyri definície. Podľa autorov je spiritualita koncept viery, ktorý zahŕňa hľadanie alebo vzťah s posvätným. Religiozita predstavuje koncept viery týkajúcej sa rituálnej, inštitucionálnej alebo kodifikovanej spirituality, ktorá je kultúrne schválená. Viera je synonymom spirituality alebo religiozity. Posvätno je viera, ktorá sa vzťahuje na prejavy božskej, existenciálnej zmysluplnosti alebo na konečné záležitosti vnímané jednotlivcom.

Podľa Dysonovej, Cobba a Formanovej (1997) sú kľúčovými zložkami definície spirituality vlastné ja, ostatní a Boh, a rovnako kontext týchto troch kľúčových zložiek zahŕňa zmysel, nádej, spriaznenosť alebo spojitosť, vieru alebo systém viery a prejavy duchovnosti.

Spiritualitu ako dimenziu osobnosti, ktorá je viacdimenziálnym psychologickým konštruktom vymedzuje Stríženec (2007). Podľa neho spiritualita predstavuje hľadanie subjektívneho spojenia s niečím transcendentným, čo presahuje človeka, a rovnako uznanie určitej závislosti od tejto transcendentnej skutočnosti a jej prežívanie v bežnom živote. So spiritualitou je rovnako spojený osobný zážitok posvätna, zaoberanie sa poslednými záležitosťami, hľadanie zmyslu, istoty, súvislosti a výšin ľudských možností.

Spiritualitu ako univerzálnu dimenziu ľudského bytia, reflektujúcu zažívanie a vyjadrenie ľudského ducha v jeho jedinečnom a dynamickom procese definujú Farský, Žiaková a Ondrejka (2010). Podľa autorov spiritualita posilňuje, rozvíja a integruje jednotlivca, rodinu a komunitu, a taktiež dáva silu pre nájdenie účelu a zmyslu života, nádeje a odpustenia aj počas ťažkých období v živote. Hoci kultúra, religiozita a historický kontext nie sú podmienkami religiozity, môžu ovplyvňovať prejavy spirituality navonok v bežnom živote (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2010). Spiritualita sa prejavuje v bežnom živote formou

rôznych spirituálnych potrieb, ako napr. potreba zmyslu a účelu, nádeje a sily, vyjadrenia vlastného presvedčenia a hodnôt, udržiavania spirituálnej praxe, pričom v prípade ich naplnenia prežíva človek spirituálnu pohodu (Farský, Smetánka, Dubinská, 2012).

3.3 Spiritualita v kontexte závislosti

Téma spirituality vzbudzuje čoraz väčší záujem lekárov a výskumníkov v oblasti závislosti, čomu nasvedčuje aj množstvo literatúry venujúcej sa konceptu spirituality a závislostiam, ako však uvádza Cook (2004) na základe analýzy 265 kníh a článkov o spiritualite a závislosti bola odhalená rozmanitosť a nejasnosti v porozumení pojmu spiritualita. Identifikoval 13 koncepčných zložiek spirituality používaných pri definovaní spirituality, z ktorých najčastejšie používanými boli pojmy spriaznenosť a transcendencia. V dokumentoch zaoberajúcich sa spiritualitou a závislosťou boli menej často používané pojmy zmysel/účel života, celistvosť, (ne)religióznosť a vedomie v porovnaní s článkami zaoberajúcimi sa spiritualitou vo vzťahu k iným oblastiam.

Miller (1998) a Bliss (2007) na základe dôkazov uvádzajú, že spirituálne zapojenie a spiritualita predstavujú protektívny faktor proti zneužívaniu alkoholu, drog či závislosti, z čoho logicky vyplýva ako poznamenáva Miller (1998), že závislí jednotlivci by mali byť menej duchovne aktívni alebo nábožensky zainteresovaní. Nadmerné užívanie psychoaktívnych látok môže mať negatívny vplyv nielen na fyzické a psychické zdravie, ale rovnako aj na duchovnosť (Miller, 1998).

Ďanovský (2016) vo svojom výskume zistil u závislých pacientov počas hospitalizácie aj napriek nízkej spirituálnej pohode až tiesni relatívne vysoký záujem o duchovné potreby, ako napr. potrebu prehodnotiť svoj život, vidieť zmysel v utrpení, čo sa nepotvrdilo pri religiózných premenných, ako napr. rôzne náboženské činnosti, prípadne modlitby. Signifikantné rozdiely v celkovej spirituálnej pohode a existenciálnej pohode v neprospech pacientov závislých na alkohole v porovnaní s kontrolnou skupinou uvádzajú Ondrejka a kol. (2008).

Spiritualita už dlho predstavuje dôležitý faktor pri uzdravovaní sa zo závislosti (Bliss, 2007; Miller, 1998). Vyššia úroveň spirituality súvisí so zlepšeným fungovaním v mnohých životných oblastiach, vrátane abstinencie (Bliss, 2007), čo preukázali mnohé štúdie, v ktorých spiritualita mala spojitosť s lepšími výsledkami súvisiacimi s užívaním alkoholu (Piderman et al., 2008), drog (Conner et al., 2009) alebo s dĺžkou abstinencie (napr. Carroll, 1993; Poage, Ketzenberger, Olson, 2004; Laudet, Morgen, White, 2006).

Ďanovský (2016) zistil rozdiel medzi pacientami s vyššou mierou spirituálnej pohody a zároveň aj vyššou mierou úspešnosti liečby v porovnaní s pacientami s nižšími úrovňami v oboch premenných, čo naznačuje, že čím vyššiu spirituálnu pohodu pacienti prežívajú, tým je u nich väčšia pravdepodobnosť úspešnej odvykacej liečby a jej efektu, a s tým súvisiacej abstinencie.

Viacere štúdie zaznamenali zmeny spirituálnych premenných u závislých pacientov počas liečby. Robinson et al. (2007) odhalili počas 6-mesačného sledovania signifikantné zmeny v 5 z 10 spirituálnych a religióznych premenných. Konkrétne zmeny zaznamenali v miere denných spirituálnych skúseností, zmyslu života, spirituálnych a religióznych praktík, odpustenia a pozitívneho náboženského zvládania, pričom sa ukázalo, že nárast denných spirituálnych skúseností, vrátane zmyslu života u respondentov súvisel s absenciou ťažkého pitia alkoholu počas 6 mesiacov (Robinson et al., 2007) Trochu odlišné 6-mesačné zmeny v 8 z 12 spirituálnych a religióznych premenných, ktoré zahŕňali súkromné spirituálne a religiózne praktiky, vieru, denné spirituálne skúsenosti, odpustenie seba a iným, negatívne náboženské zvládanie, zmysel života uvádzajú Robinson et al. (2011). Tieto premenné sa okrem viery prejavili aj ako prediktory priaznivých 9-mesačných výsledkov v súvislosti s pitím alkoholu.

Piderman et al. (2007) skúmali viaceré aspekty spirituality, t. j. spirituálnu pohodu, frekvenciu súkromných náboženských praktík a pozitívne náboženské zvládanie spolu s premennými súvisiacimi s dobrými výsledkami uzdravovania, t. j. abstinencia sebaúčinnosť a pripojenie k AA a ich vzájomné vzťahy u alkoholikov počas liečby. Zistili signifikantné zvýšenie úrovni vo všetkých premenných po troch týždňoch ambulantnej liečby a taktiež najsilnejšie korelácie medzi spirituálnou pohodou a abstinencia sebaúčinnosťou. Týmito výsledkami poukázali na to, že jednotlivé spirituálne premenné sa môžu meniť a zlepšiť už vo veľmi počiatočných fázach liečby, a rovnako tak na existenciu prepojenia duchovných premenných s premennými predikujúcimi uzdravenie (Piderman et al., 2007). Tento záver autori čiastočne potvrdili vo svojej neskoršej nadväzujúcej štúdií, v ktorej zistili najsilnejšie vzťahy medzi úrovňou existenciálnej pohody, abstinencia sebaúčinnosti a frekvenciou súkromných duchovných praktík s následnou nepretržitou abstinenciou počas 1 roka po prepustení z liečby (Piderman et al., 2008). Conner et al. (2009) uvádzajú, že vysoké alebo rastúce úrovne spirituálnej pohody počas liečby v ich výskume súviseli s nižším užívaním drog počas nasledujúcich 6 mesiacov po liečbe, zatiaľ čo úroveň religiozity nemala preukázateľný vplyv na výsledky užívania drog. Gordon et al. (2006)

zistili súvislosť medzi nižšou úrovňou spirituality a sebaúčinnosti s väčšou hlásenou túžbou piť alkohol počas liečby, pričom táto túžba bola spojená s následným užívaním alkoholu počas troch mesiacov. Podobne štúdia Mason et al. (2009) potvrdila vzťah medzi spiritualitou, sebaúčinnosťou a túžbou piť alkohol, pričom sa prejavil negatívny vzťah medzi spiritualitou a túžbou piť, a pozitívny vzťah medzi spiritualitou a sebaúčinnosťou. Rovnako regresnou analýzou zistili, že spiritualita a sebaúčinnosť mali významný vzťah s túžbou piť. Sebaúčinnosť sa ukázala ako mediátor vzťahu medzi spiritualitou a túžbou (Mason et al., 2009).

Vo výskume Poage, Ketzenberger, Olson (2004) zistili, že dĺžka abstinencie významne súvisela so spiritualitou, ale nie s úrovňou spokojnosti a stresu. Podobne Laudet, Morgen, White (2006) uvádzajú, že dlhšia doba abstinencie v ich súbore respondentov významne súvisela, vrátane zmysluplnosti aj s vyššou mierou spirituality, náboženskej aktivity, sociálnej opory, kvality života a nižšou úrovňou stresu. Na pozitívnu koreláciu medzi spiritualitou a dĺžkou abstinencie vo svojom výskume poukázala aj Carrollová (1993).

Aj keď spiritualita zohráva dôležitú úlohu v rámci uzdravenia sa z alkoholizmu, nie je jediným dôležitým faktorom. Nápomocnými sú aj sociálna opora, náboženská angažovanosť, zručnosti pri prevencii recidívy a zvládání stresu, kognitívne zvládacie zručnosti alebo zmena životného štýlu (Bliss, 2007).

4 NÁDEJ

4.1 Nádej v psychológii

Ako píše Křivohlavý (2010) nádej sprevádza človeka na každom kroku, pretože vždy žije v nádeji, v nádejných očakávaniach, že sa mu podarí niečo dokončiť alebo zrealizovať, čo vyjadruje aj zaužívané príslovie „nádej umiera posledná“. Nádej je bežne vnímaná ako očakávanie niečoho dobrého, nejakého priania, a to aj v prípade, keď je pravdepodobnosť želaného malá až takmer žiadna (Halama, 2001).

Nádej je však témou, ktorá sprevádza ľudstvo od dávnych čias, čo potvrdzujú najstaršie dokumenty a filozofické spisy. Už v antickej filozofii predstavovala nádej jednu z tzv. cností, a taktiež v kresťanstve patrila do trojice základných cností „viera – nádej – láska“. Do psychológie sa nádej dostala až potom, ako si ju začali všímať klinickí psychológovia pri práci s ťažko chorými a bolesťami trpiacimi ľuďmi (Křivohlavý, 2010). Pozornosť sa jej venovala od päťdesiatych rokov minulého storočia, keď bola spájaná s prítomnosťou pozitívnych očakávaní pre dosahovanie cieľov, ktoré boli kľúčovými a nevyhnutnými pre duševné a fyzické zdravie. Nedostatok očakávaní spojených s cieľmi bol naopak odrazom fyzických a duševných ťažkostí, čo naznačili aj výsledky neskorších empirických štúdií, kde nádej a podobné konštrukty, ako napr. optimizmus, boli spojené s psychickou a fyzickou pohodou (Irving, Snyder, Crowson, 1998). Na základe pozitívnych výsledkov podporujúcich dôležitosť nádeje v oblasti duševného a fyzického zdravia sa začali z rozličných oblastí, predovšetkým psychológie a ošetrovateľstva, rozvíjať rôzne prístupy a teórie nádeje (Snyder, 2000).

Snyder (in Halama, 2001) hovorí o dvoch skupinách prístupov pri chápaní nádeje. Prvým je kognitívny prístup zdôrazňujúci predovšetkým kognitívnu stránku nádeje, kde je nádej koncipovaná ako vnímaná pravdepodobnosť dosiahnutia cieľa. Druhý prístup sa zameriava na emocionálny aspekt a chápe nádej ako pozitívnu emóciu objavujúcu sa pri možnom dosiahnutí cieľa. Snyderova koncepcia nádeje patrí medzi kognitívne (in Halama, 2001). Halama (2001) ďalej poukazuje na to, že v psychológii je tiež prítomný aj existenciálny prístup k nádeji.

V našej práci sme vychádzali zo Snyderovej teórie nádeje. Ako uvádza Halama (tamtiež), od čias vzniku konštruktu nádeje chápanej podľa tejto teórie, bolo zrealizovaných množstvo

výskumov, ktoré potvrdili jej pozitívny vplyv na duševné zdravie a pohodu, a taktiež jej užitočnosť v chápaní a predikcii zvládacích mechanizmov.

4.2 Snyderova teória nádeje

Pôvodne boli základné princípy teórie nádeje sformulované už v osemdesiatych rokoch minulého storočia pri výskume toho, ako ľudia ospravedlňujú svoje chyby a zlé výsledky. Ukázalo sa, že respondenti uvádzali aj iný motív, a to pozitívne ciele, čo prispelo k počiatkom teórie nádeje. Neskôr sa Snyder (2000, 2002) snažil sformulovať komplexnú teóriu nádeje podľa toho, ako ľudia uvažujú o svojich cieľoch. Na základe rozhovorov zistil, že dôležitú úlohu pri uvažovaní ľudí zohrávajú tzv. cesty k cieľom, ako plánovanie dosiahnutia cieľa, a rovnako aj motivácia využívať cesty k cieľom pre dosiahnutie vytýčených cieľov. Zistil taktiež konzistenciu týchto dvoch komponentov pri uvažovaní o cieľoch, a teda, že ľudia pri uvažovaní o svojich cieľoch, teda pri nádejnom myslení dokážu nájsť cesty k cieľom a zároveň sú motivovaní využiť tieto cesty, aby dosiahli svoje ciele.

Snyder, Irving a Anderson (in Snyder, 2000) spočiatku chápali nádej ako pozitívny motivačný stav založený na vzájomne odvodenom vnímaní úspešného snaženia (ako energie k dosahovaniu cieľov) a cesty (ako plánovania spôsobov pre dosiahnutie cieľa). Taktiež Snyder et al. (1991) definovali nádej ako kognitívny proces založený na vzájomne odvodenom vnímaní úspešného snaženia (ako odhodlania k dosahovaniu cieľov) a cesty (ako plánovania spôsobov pre dosiahnutie cieľa). Snaha, cesta a cieľ tak podľa definícií tvoria triádu teórie nádeje (Snyder, 2000).

4.2.1 Komponenty nádeje

Ciele tvoria prvý kognitívny komponent nádeje, pretože Snyder predpokladal, že ľudská činnosť a správanie sú zamerané na cieľ. Ciele označuje ako mentálne zameranie, ktoré určuje postupy ľudskej činnosti. Tieto ciele môžu mať u ľudí podobu verbálnej alebo vizuálnej reprezentácie. Ciele sa odlišujú aj z hľadiska časového rámca, od krátkodobých po dlhodobé. Rovnako sa diferencujú aj v stupni špecifickosti, pretože u ľudí s vysokým nádejným myslením je menej pravdepodobné, že sa u nich objavia vágne ciele. Pre človeka je taktiež dôležitá dostatočná hodnota týchto cieľov, aby udržiavali jeho trvalé vedomé premýšľanie o nich (Snyder, 2002). Ciele by mali byť dosiahnuteľné, ale zároveň

realizované s istou mierou neistoty, pretože ciele so 100 % istotou dosiahnutia si nevyžadujú nádej (Snyder, 2000).

Ďalším komponentom je *cesta*, ktorá je mentálnou reprezentáciou nevyhnutnou pre nádejné myslenie. Uvažovanie o cestách predstavuje vnímanú schopnosť človeka vytvárať si cesty k dosiahnutiu svojho cieľa (Snyder, 2000). Ľudia s vyššou mierou nádeje sú schopní vytvárať okrem primárnej cesty k cieľu aj pravdepodobné alternatívne cesty, predovšetkým pri prekážkach pri snahe za určitým cieľom (Snyder, 2002). Viaceré výskumy preukázali, že vysoká miera nádeje u ľudí je spojená s hľadáním väčšieho počtu životných cieľov, väčšou dôverou v ich dosiahnutie a vytvorením väčšieho počtu alternatívnych ciest pri prekážkach, ktoré umožňujú dosiahnutie vytýčených cieľov (Irving, Snyder, Crowson, 1998).

Snaha tvorí posledný motivačný komponent nádeje, ktorý poháňa ľudí na ich vnímanej ceste k cieľu. Odzrkadľuje vnímanú schopnosť človeka využívať tieto cesty k dosiahnutiu vytúženého cieľa. Zahŕňa uvažovanie o snahe a myšlienky, ktoré sú dôležitou mentálnou energiou, aby človek inicioval činnosti v smere cesty k svojmu cieľu a naďalej zotrval v tejto činnosti. Pri každom úsilí o vytýčený cieľ je snaha dôležitá, avšak obzvlášť dôležitou sa stáva v prípade prekonávania prekážok (Snyder, 2000, 2002).

Teória nádeje je založená na princípe nádejného myslenia vyžadujúceho vnímanú schopnosť človeka vytvárať si cesty k cieľom a zároveň vnímanú schopnosť tieto vytvorené cesty k cieľu využiť, ktoré sa od začiatku nádejného myslenia navzájom neustále dopĺňajú a ovplyvňujú v celom procese dosahovania cieľa (Snyder, 2000, 2002). Snyder (2000, s. 8) definuje nádej ako: „Súhrn vnímaných schopností nachádzať cesty k vytýčeným cieľom a vnímanou snahou tieto cesty využiť“. V teórii nádeje autor zdôrazňuje predovšetkým kognitívne procesy. Avšak vnímanie úspechu alebo neúspechu pri dosahovaní osobných cieľov ovplyvňuje následne aj emócie človeka, pričom pozitívne emócie by mali byť odrazom vnímania úspešného dosahovania cieľa (Snyder, 2002).

4.3 Ľudia so silnou a slabou nádejou

Ako uvádza Křivohlavý (2010), s ťažkosťami a prekážkami v živote sa stretávajú ľudia rovnako, bez ohľadu na úroveň ich nádeje. Ako sa ukázalo na základe empirických dôkazov, rozdiel je v tom, ako sa ľudia s rozdielnou úrovňou nádeje stavajú k prekážkam.

Výsledky štúdií odhalili, že ľudia so silnou vôľou a nádejou sa tvárou v tvár prekážkam na ceste k cieľu nevzdávajú a prekážku berú ako výzvu, pričom sa sústreďujú na úspešné zvládnutie problému. Prežívajú nižšiu intenzitu negatívnych emócií, pretože majú viac

schopností hľadať a nachádzať alternatívne cesty a v prípade potreby aj ciele. Najdôležitejšou je zakorenenosť cieľa v hodnotovom rebríčku človeka. Voľba cieľa nie je náhodná ani prikázaná. Ľudia s vysokou nádejou si volia cieľ v súlade s tým, čo dáva zmysel ich životu, prečo žijú (Křivohlavý, 2010). Nádejnejšie ciele možno definovať v termínoch duchovnej dimenzie života, tzv. spirituálne ciele presahujúce egocentrické záujmy človeka, počítajúce s priateľskými vzťahmi a spoluprácou, zamerané na tvorbu a nie na konzum (Křivohlavý, 2006). Naopak pre ľudí so slabou vôľou a nádejou predstavuje prekážka niečo neovladateľné, pascu, z ktorej nie je východisko, pričom sa sústreďujú na svoju vlastnú neschopnosť a bezmocnosť. Prežívajú vyššiu mieru negatívnych emócií, pretože im chýbajú zručnosti na hľadanie alternatívnych ciest k cieľu. Pri úplnom zablokovaní cieľa alternatívny cieľ neprichádza do úvahy. Títo ľudia si vyberajú ciele bez osobného vzťahu, čo sa odráža na sile ich motivácie (Křivohlavý, 2010).

4.4 Nádej v kontexte závislosti

Skúmaniu úrovne nádeje, resp. beznádeje u závislých ľudí sa venovali viaceré štúdie, pričom výsledky priniesli rozličné závery. Karamat a Ahmed (2015) zistili, že závislí ľudia sú v porovnaní s ľuďmi bez závislosti viac beznádejní. Mierne úrovne beznádeje u závislých žien uvádzajú Beck, Steer, Shaw (1984), nižšiu a strednú mieru nádeje u väčšiny závislých hospitalizovaných pacientov zistil Ďanovský (2016). Medzi abstínujúcimi anonymnými alkoholikmi a študentmi nezistil Wnuk (2008) žiadne rozdiely v úrovni nádeje alebo pocitoch beznádeje. Irving et al. (1998) uvádzajú zaujímavé výsledky, ktoré ukázali vysoké úrovne nádeje liečiacich sa závislých v porovnaní s normami, rovnako ako aj u absolventov tejto liečby, teda žiadne rozdiely v úrovni nádeje medzi liečiacimi a absolventmi liečby sa neprejavili. Autori ďalej poukazujú na to, že jednotlivci s vyššou nádejou sú viac obratní pri vytváraní a realizácii stratégií na zabránenie recidívy a taktiež pri obnovení ich záväzku k uzdraveniu po recidíve (Irving et al., 1998).

Kimball et al. (2017) zdôrazňujú nádej a zvládanie ako kľúčové prvky pri uzdravovaní sa zo závislosti. Vo svojej kvalitatívnej štúdií zistili dôležitosť prítomnosti nádeje a rovnako zvládania pre ľudí počas uzdravovania sa zo závislosti. Pre mnohých respondentov bola prítomnosť pocitu nádeje najdôležitejším činiteľom na ceste k uzdraveniu. Mnohí našli nádej práve v uzdravení iných ľudí a taktiež ju spájali s vyššou mocou. Pre respondentov bolo počas uzdravovania dôležité nájsť nové, zdravšie spôsoby na zvládanie ich závislosti a nahradiť tak staré modely návykového správania. Najčastejšie spájali zvládanie so

zvládaním závislosti a vyhľadáním pomoci. Autori na základe odpovedí zistili dynamický a recipročný vzťah medzi nádejou a zvládaním, aj keď nie explicitne vyjadrený, čo naznačuje, že vnútorné pocity nádeje môžu závislých ľudí motivovať a viesť k zdravým zvládacím činnostiam (Kimball et al., 2017). Bradshaw et al. (in Kimball et al., 2017) poukázali na dôležitosť nádeje aj ako mediátora vzťahu medzi túžbou piť a etapou zmeny počas liečby u závislých ľudí, kedy prítomnosť nádeje môže pomôcť závislým zmierniť túžbu po pití a zlepšiť etapu zmeny počas liečby.

Beck, Steer a Shaw (1984) pri skúmaní rozdielov v miere beznádeje medzi ženami závislými od alkoholu a heroínu nezistili žiadne rozdiely. Zistili však, že závislé ženy sa líšili v určitých položkách beznádeje. Ženy závislé od alkoholu očakávali väčší úspech a lepší život počas nasledujúcich 10 rokov ako ženy závislé od heroínu.

Ďanovský (2016) vo svojom výskume rovnako nezistil medzi skupinami závislých rozdiely v celkovej miere nádeje. Nižšie úrovne v subškálach snaha a cesta pri meraní nádeje u alkoholikov v porovnaní s drogovovo závislými uvádza Ručková (2018). Podľa Ujhelyiovej, Carsona a Hollanda (2016) sú závislí ľudia s duálnou diagnózou viac ohrození nižšou nádejou, menšou odolnosťou a nižšou duševnou pohodou ako závislí ľudia bez iného psychického ochorenia.

Nádej sa ukázala aj ako prediktor vyhľadania pomoci pri problémoch s návykovými látkami. U ľudí s nižšou nádejou a vyššími pocitmi beznádeje bola vyššia pravdepodobnosť vstupu do liečby (Jackson, Wernicke, Haaga, 2003) alebo vstupu k AA u závislých adolescentov (Hohman, LeCroy, 1996). Jackson, Wernicke, Haaga (2003) píše, že vysoká úroveň nádeje môže byť odrazom nadmernej sebadôvery a podcenenia potreby profesionálnej liečby, a teda aj menšej pravdepodobnosti vyhľadania pomoci pri problémoch so zneužívaním návykových látok, zatiaľ čo Irving et al. (1998) diskutujú o tom, že závislí, ktorí sa rozhodnú vyhľadať liečbu, môžu mať vysokú úroveň nádej v porovnaní s tými, ktorí liečbu nevyhľadajú, čo sa môže prejaviť vysokou mierou nádeje počas liečby.

Irving et al. (1998) zistili prepojenie medzi vyššou úrovňou nádeje a dĺžkou abstinencie, lepšou kvalitou života a vyššou sebaúčinnosťou, vnímanou sociálnou oporou a menším dôrazom na výhody užívania látok. Prepojenie medzi vyššou úrovňou nádeje a dĺžkou abstinencie sa však po kontrole premenných nepotvrdilo.

Snyder (2000, 2002) poukazuje na podobnosť teórie nádeje a Bandurovej teórie sebaúčinnosti založenej na predpoklade, že výsledok súvisiaci s cieľmi musí mať dostatočnú hodnotu pre zachytenie pozornosti a aktivácie snahy človeka, čo je podobným

predpokladom aj v prípade teórie nádeje. Avšak podľa Banduru sa kognitívne spravovanie, ktoré charakterizuje sebaúčinnosť zameriava na ciele konkrétnej situácie, a tu sa teória nádeje odlišuje v tom, že u človeka môžu existovať nielen situačné a špecifické ciele, ale aj dlhodobé ciele, na ktoré človek zameriava pozornosť.

Taktiež Wnuk (2017), ktorý sa zaoberal súvislosťou nádeje s duševným zdravým závislých alkoholikov, zhodne nepotvrdil pozitívnu koreláciu medzi úrovňou nádeje a dĺžkou abstinencie, ani medzi úrovňou nádeje a dĺžkou doby návštevnosti AA, čo naznačilo nezávislosť úrovne nádeje od oboch dôb trvania. Ďalej však zistil, že existuje pozitívna korelácia medzi nádejou a hodnotením života doteraz a negatívna korelácia medzi nádejou a úrovňou stresu.

Mathis et al. (2009) sa zaujímali o prospešnosť nádeje pri uzdravovaní sa závislých, pričom sa konkrétne zaoberali súvislosťou medzi 2 dimenziami nádeje, snažením a cestou, a abstinenciou, kde výsledky ukázali, že dimenzia snaženie bola prediktorom hlásenej abstinencie na začiatku, zatiaľ čo dimenzia cesty nie. Počas následného 8-mesačného sledovania sa zistilo, že obidve dimenzie boli prediktormi užívania drog, nie však alkoholu, čím sa preukázalo, že nádej môže byť prediktorom abstinencie a užívania návykových látok v neskorších štádiách uzdravovania závislosti. Výsledky rovnako poukázali na silnejší vzťah medzi nádejou a užívaním drog v porovnaní s užívaním alkoholu, čo mohlo byť spôsobené výskumnou vzorkou, ktorú tvorili obyvatelia komunitného liečebného zariadenia, u ktorých bola menšia pravdepodobnosť hlásenia užívania drog ako alkoholu z dôvodu právnych dôsledkov.

McCoy (in Krentzman, 2013) vo svojej práci, zaoberajúcej sa súvislosťou medzi nádejou, spirituálnou transcenciou, prúdením [*flow*] a známymi prediktormi recidívy u abstinujúcich závislých, zistila silné korelácie nádeje so spirituálnou transcenciou, prúdením, zmysluplnosťou života, sociálnou oporou, abstinenciou sebaúčinnosťou a psychiatrickými symptómami. Medzi spirituálnou transcenciou a prúdením, ako ani v prípade skúmania súvisu s väčšinou prediktorov recidívy, sa nepreukázal žiadny vzťah. Výsledky naznačili, že nádej, ktorá bola pôvodne v oblasti závislosti podhodnocovaná, by mohla predstavovať potenciálne silný prediktor dobrých výsledkov u závislých ľudí.

5 SEBAÚČINNOSŤ

5.1 Definícia sebaúčinnosti

Do psychológie priniesol koncept sebaúčinnosti [*self-efficacy*] jeho tvorca Albert Bandura, predstaviteľ sociálno-kognitívnej psychológie, ktorá je založená na modeli triadického recipročného determinizmu, podľa ktorého je ľudské fungovanie ovplyvnené vzájomnou integráciou správania sa jednotlivca, jeho kognitívnymi a inými osobnostnými faktormi a životným prostredím, ktoré na seba vzájomne pôsobia (Bandura, 1986).

Sebaúčinnosť Bandura (1986) definuje ako presvedčenie človeka o svojich schopnostiach a kompetenciách mať kontrolu nad udalosťami, ktoré ovplyvňujú jeho život, teda týka sa to toho, ako je človek schopný ovládať vlastné správanie a udalosti vo svojom živote (Bandura, 1994). Krivohlavý (2001) píše o sebaúčinnosti ako o vnímanej osobnej zdatnosti, ktorú charakterizuje ako subjektívnu predstavu človeka o vlastnej schopnosti kontrolovať alebo riadiť priebeh diania, v ktorom sa nachádza. Vnímaná sebaúčinnosť zohráva ústrednú úlohu v ľudskom snažení. Presvedčenie ľudí o vlastných schopnostiach ovplyvňuje ich myšlienkové vzorce, výber a realizáciu aktivít, mobilizáciu úsilia, vytrvalosť pri prekážkach a neúspechoch a prežívané emócie pri zvládaní požiadaviek prostredia (Bandura, 1986). Podľa Madduxa (2002) je sebaúčinnosťou viera človeka v jeho schopnosti organizácie a koordinácie svojich zručností a schopností v meniacich a náročných situáciách.

Bandura (1977) rozlišuje očakávanú sebaúčinnosť od očakávaných výsledkov, kde očakávaný výsledok definuje ako odhad jednotlivca, že určité správanie povedie k určitým výsledkom. Avšak, aby bol človek schopný dosiahnuť tento výsledok, mal by byť presvedčený o svojej schopnosti úspešne zrealizovať toto správanie (Bandura, 1977; Maddux, 2002).

5.1.1 Zdroje sebaúčinnosti

Ako uvádza Bandura (1977, 1994, 1995), vnímaná sebaúčinnosť každého človeka je vytváraná a rozvíjaná prostredníctvom štyroch hlavných zdrojov.

Zážitok majstrovstva predstavuje spomedzi všetkých zdrojov najúčinnější zdroj. Úspechy vytvárajú silné presvedčenia o sebaúčinnosti, kým predchádzajúce zlyhania ich znižujú, predovšetkým, ak sa tieto zlyhania vyskytli predtým, ako bolo vedomie vlastnej

účinnosti pevne vytvorené. V prípade dostatočne silne vytvoreného vedomia sebaúčinnosti cez opakované úspechy, ani občasné zlyhania nemajú negatívny vplyv na presvedčenie o vlastných schopnostiach, ale práve naopak, ak sú tieto zlyhania neskôr prekonané, môžu posilniť presvedčenia o schopnostiach a vlastnú motiváciu človeka vytrvať vďaka skúsenosti (Bandura, 1977, 1994, 1995).

Druhým zdrojom je *zástupná skúsenosť* prostredníctvom sociálnych modelov, keď iní ľudia slúžia ako modely správania. Pozorovanie a porovnanie sa s týmito modelmi a ich úspechmi alebo zlyhaniami ovplyvňuje presvedčenie pozorovateľa o vlastných schopnostiach. Sebaúčinnosť pozorovateľa sa zvyšuje pozorovaním úspechu iných ľudí a vnímanou podobnosťou s modelmi (Bandura, 1994, 1995). Sebaúčinnosť jednotlivca sa môže zvyšovať aj v rámci podporných skupín pri zdieľaní osobných skúseností s prekonávaním spoločného problému, napr. závislosti (Maddux, 2002).

Sociálna persuázia je tretí zdroj, pri ktorom sa zvyšuje sebaúčinnosť jednotlivca prostredníctvom presvedčania okolia o jeho vlastnostiach a výkone. Toto presvedčanie jednotlivca okolím o jeho schopnosti zvládnuť určitú činnosť zvyšuje jeho úsilie a vytrvalosť. Vysoká miera presvedčania a podpory napomáha rozvoju zručností a schopností človeka. Pre jednotlivca má však tento zdroj svoje obmedzenia, v podobe nerealistického zvyšovania alebo znižovania sebaúčinnosti presvedčaním. V porovnaní so zvyšovaním sebaúčinnosti presvedčaním je ho oveľa ľahšie znížiť (Bandura, 1994, 1995), pretože tak ako pozitívne presvedčania môžu pôsobiť povzbudzujúco a posilňujúco, tak negatívne môžu zas oslabovať a znižovať sebaúčinnosť (Schunk, Pajares, 2009).

Posledný zdroj tvoria *emocionálne a fyziologické stavy*, na ktoré sa ľudia sčasti spoliehajú pri posudzovaní svojich schopností. Tieto stavy ovplyvňujú vnímanú sebaúčinnosť nielen pozitívne, ale aj negatívne. Negatívny vplyv na sebaúčinnosť má zlá nálada, únava, bolesť, stres, strach či napätie. Naopak dobrá nálada zvyšuje sebaúčinnosť. Dôležitú úlohu zohráva vnímanie a interpretovanie týchto stavov a nie ich intenzita, pretože v prípade niektorých ľudí s vysokou sebaúčinnosťou môže afektívne vzrušenie podporovať ich výkon (Bandura, 1994, 1995). Silné emocionálne stavy, ako napr. strach, ovplyvňujú mieru istoty človeka v určitej činnosti. Jedným zo spôsobov, ako môže človek zvýšiť sebaúčinnosť, je, ak zlepší svoju fyzickú a emocionálnu pohodu, čím zníži negatívne emocionálne stavy. Človek je schopný meniť svoje pocity a myšlienky a zvyšovať tak pocit sebaúčinnosti, čím následne môže ovplyvniť svoje fyziologické stavy (Schunk, Pajares, 2009).

5.2 Dôležitosť sebaúčinnosti v živote človeka

Ľudské správanie ovplyvňuje vnímaná sebaúčinnosť prostredníctvom štyroch hlavných procesov, zahŕňajúcich kognitívne, motivačné, afektívne a selektívne procesy, ktoré pri regulácii správania zvyčajne pôsobia súčasne, a nie izolovane (Bandura, 1995).

Kognitívne procesy umožňujú ľuďom predvídať udalosti a rozvíjať spôsoby na ovládanie tých udalostí, ktoré ovplyvňujú ich život. Miera vnímanej sebaúčinnosti ovplyvňuje výber osobných cieľov a zároveň aj veľkosť záväzkov voči nim. Čím silnejšia je človekom vnímaná sebaúčinnosť, tým náročnejšie sú jeho ciele a väčší záväzok voči nim. Na začiatku je priebeh cesty k cieľu vytvorený pomocou predstáv v mysli. Presvedčenia o sebaúčinnosti vplývajú na v mysli vytvárané anticipačné scenáre o úspešnosti dosiahnutia cieľa. Tieto predpoklady sa vytvárajú na základe minulých skúseností. Ľudia s vysokou mierou sebaúčinnosti si vytvárajú scenáre úspešného dosiahnutia cieľa, čo následne pozitívne ovplyvňuje a podporuje ich výkon (Bandura, 1994, 1995).

Z kognitívneho procesu vychádza nasledovný *motivačný proces*, pretože vo veľkej miere je ľudská motivácia vytváraná kognitívne, na základe stanovených cieľov a plánov, postupov potrebných pre ich budúcu realizáciu. V motivácii hrá pocit sebaúčinnosti kľúčovú rolu. Bandura (1994, 1995) uvádza tri rôzne formy kognitívnych motivátorov, medzi ktoré zaraďuje atribúcie, očakávanie výsledkov a poznanie cieľov. Atribúcie ovplyvňujú prostredníctvom sebaúčinnosti motiváciu, výkonnosť a emocionálne reakcie pri prekonávaní neúspechov a prekážok. Človek s vysokým pocitom sebaúčinnosti pripisuje svoj prípadný neúspech nedostatočnému úsiliu a snahe, nestráca motiváciu, ale práve naopak zvyšuje svoju snahu a úsilie (Bandura, 1994, 1995). Stajkovic a Sommer (2000) na základe empirického overovania Bandurovej teórie atribúcií, potvrdili existenciu vzťahu medzi vnímanou úrovňou sebaúčinnosti a pripisovaním príčin vnútorným alebo vonkajším okolnostiam, keďže osoby s nízkou mierou sebaúčinnosti pripisovali svoj neúspech vnútorným príčinám, na rozdiel od osôb s vysokou sebaúčinnosťou.

Motiváciu pre činnosť ďalej regulujú očakávania budúcich výsledkov, ktoré prinesie určité správanie a hodnota týchto výsledkov pre človeka, k čomu čiastočne prispieva aj vnímaná sebaúčinnosť. Hodnotu očakávaného výsledku posilňuje pocit sebaúčinnosti človeka, čo sa odráža na jeho motivácií. Ak je pre človeka hodnota výsledku dostatočne vysoká, rovnako ako jeho presvedčenie o schopnostiach, jeho motivácia bude narastať. Najdôležitejším pre motiváciu k určitému správaniu je poznanie cieľov. Vnímaná

sebaúčinnosť ovplyvňuje výber osobných cieľov, vynaložené úsilie, vytrvalosť a odolnosť voči prekážkam a zlyhaniu. Ľudia so silnou vierou vo svoje schopnosti berú prekážky ako výzvu a vyvíjajú väčšie úsilie pre dosiahnutie cieľa (Bandura, 1994, 1995).

Sebaúčinnosť ovplyvňuje *afektívne procesy* počas ťažkých situácií, predovšetkým mieru stresu, úzkosti a depresie pri prekonávaní prekážok, a rovnako aj úroveň motivácie. Čím silnejší pocit sebaúčinnosti ľudia vnímajú, tým lepšie zvládajú prekážky a nepríjemné emocionálne stavy (Bandura, 1994, 1995).

Selektívne procesy sa prejavujú prostredníctvom vnímanej sebaúčinnosti, keď si ľudia vyberajú prostredie, aktivity a ciele, o ktorých predpokladajú, že sú ich schopní zvládnuť. Vďaka výberu si ľudia kultivujú rôzne kompetencie, záujmy a sociálne siete, ktoré následne ovplyvňujú ich osobný rozvoj a život (Bandura, 1994, 1995).

Pocity kontroly nad vlastným správaním, prostredím, myšlienkami a emóciami sú základom pre pocity pohody a šťastia, pretože, ak sa pre človeka svet javí byť predvídateľný a kontrolovateľný, keď sa mu jeho správanie, myšlienky a emócie zdajú byť pod kontrolou, je schopný lepšie zvládať životné výzvy, budovať zdravé vzťahy a rovnako dosahovať osobnú spokojnosť a pokoj. Vnímaná sebaúčinnosť zohráva dôležitú úlohu aj v psychických problémoch (Maddux, 2002). Ako sa ukázalo, je veľmi dobrým ochranným faktorom proti stresu a rovnako úzko súvisí s kvalitou života, s úspešným zvládaním ťažkostí, a taktiež so zmenou návykového správania a lepším zvládaním kognitívnych úloh (Křivohlavý, 2001).

5.3 Sebaúčinnosť v kontexte závislosti

Dôležitú a jedinečnú úlohu zohráva vnímaná sebaúčinnosť aj v oblasti návykového správania (Bandura, 1999; DiClemente, 1986; Marlatt, Baer, Quigley, 1995). Sebaúčinnosť je užitočným konštruktom pre posúdenie zmien v návykovom správaní, hlavne pri predikcii recidívy a udržania abstinencie (DiClemente, 1986). Presvedčenia o vlastnej účinnosti neovplyvňujú len proces zmeny na prerušenie návykového správania a udržanie abstinencie, ale ovplyvňujú aj začiatok návykového správania, napr. či sa človek stane fajčiarom. Ľudia sú na začiatku užívania návykových látok konfrontovaní s voľbou, či ich začnú alebo nezačnú užívať. Ľudia, ktorí už začali, sa rozhodujú medzi pokusom ukončiť či neukončiť užívanie návykových látok (Marlatt, Baer, Quigley, 1995).

Marlatt, Baer, Quigley (1995) navrhli päť typov vnímanej sebaúčinnosti v oblasti návykového správania, a to od jeho začiatku, cez zmeny až po zachovanie zmien. V počiatkovej fáze, ktorá sa týka prvotného užitia alebo experimentovania s návykovou

látkou, rozlišujú autori *odolnosť sebaúčinnosťou* [*resistance self-efficacy*], teda vedomie človeka o jeho schopnosti vyhnúť sa prvému užitiu návykovej látky, a *zmiernenie škôd sebaúčinnosťou* [*harm-reduction self-efficacy*], ktorá znižuje riziko po prvotnom užití látky.

V prípade, ak už nastalo návykové správanie, ďalšou fázou je zmena tohto správania, ktorá zahŕňa *pôsobenie sebaúčinnosti* [*action self-efficacy*], teda presvedčenia človeka o jeho schopnosti dosiahnuť želaný cieľ, ktorým je abstinencia alebo kontrolované užívanie návykovej látky (Marlatt, Baer, Quigley, 1995). Podľa Banduru (1999), úroveň sebaúčinnosti človeka ovplyvňuje každý zo základných procesov osobnej zmeny, teda, či sa človek pokúsi prekonať závislosť a dosiahne úspech a požadované zmeny. Rovnako ovplyvňuje aj zotavenie sa z prípadných recidív a dlhodobé udržanie abstinencie.

Na posledné uvedené procesy nadväzuje posledná fáza Marlatta, Baera a Quigleyovej (1995), fáza udržania zmien, kde sa sebaúčinnosť diferencuje na *zvládanie sebaúčinnosťou* [*coping self-efficacy*], ktorá sa zameriava na predvídateľnú účinnosť s cieľom zvládnuť krízy, a *obnovu sebaúčinnosti* [*recovery self-efficacy*], ktorá posilňuje zvládanie po epizódach lapsu alebo recidívy. Ľudia v tomto štádiu často zažívajú lapy alebo sklúznutia späť, čo môže oslabovať ich vlastnú účinnosť, čo zas môže následne viesť k recidíve alebo k úplnej rezignácii pokusu o zmenu návyku (Marlatt, Baer, Quigley, 1995). Presvedčenia o sebaúčinnosti ovplyvňujú interpretáciu zlyhania v prípade užitia alkoholu alebo drog. Osoby s vysokou mierou sebaúčinnosti v prípade lapsu považujú toto sklúznutie za dočasné zlyhanie a obnovia svoju kontrolu, zatiaľ čo u osôb s nízkou sebaúčinnosťou je väčšia pravdepodobnosť vynaloženia malého úsilia na návrat kontroly, a tým aj úplnej recidívy (Bandura, 1995, 1999).

Podľa modelu recidívy Marlatta a Gordonovej (in Marlatt, Baer, Quigley, 1995) sú ľudia v štádiu udržania abstinencie veľmi často konfrontovaní s vysoko rizikovými situáciami, ktoré ohrozujú sebakontrolu, a preto tieto situácie môžu byť spúšťačom počiatočného lapsu až recidívy.

Tieto situácie môžu byť na jednej strane všeobecné, rozmanité, ale aj špecifické pre konkrétneho človeka. Na základe výskumu a klinickej praxe Marlatt a Gordon (in Kuda, 2003) definovali tri široké skupiny rizikových situácií v podobe negatívnych emočných stavov, interpersonálnych konfliktov, sociálneho tlaku, a medzi rizikové situácie taktiež zaradili negatívne fyzické stavy, testovanie kontroly a baženie.

Ako však potvrdili mnohé štúdie baženie možno považovať za bežnú komplikáciu abstinencie a často sa spája s príčinou recidívy. Aj keď je prítomné v 100 % recidív, je len

hybnou silou celého procesu, pretože baženie alebo túžbu rôznej intenzity zažíva v prvých mesiacoch abstinencie väčšina závislých, no aj napriek tomu u nich nemusí prísť k recidíve (Kuda, 2003). Podobne Okruhlica (1994) píše, že recidívu nemožno výlučne vysvetliť len ako fyziologickú odpoveď na odňatie návykovej látky, pretože sa často vyskytuje aj po tom, ako došlo k skončeniu užívania návykových látok a fyzická závislosť sa stratila.

Nízka sebaúčinnosť, ciele alebo príjemné spomienky na návykové látky sú silnými prediktormi túžby užiť návykovú látku. Vnímaná sebaúčinnosť zohráva významnú úlohu pre abstinujúceho, ktorý je vystavený rôznym rizikovým situáciám, spojeným s užívaním návykových látok a môžu u neho vyvolať túžbu po látke. Táto expozícia však môže byť aj prospešným faktorom, pretože bez ohľadu na to, či sú stimulátory v podobe životného prostredia, negatívnych emócií, príjemných spomienok alebo života bez zmyslu a účelu, plného nudy, vnímaná sebaúčinnosť ovplyvňuje reakciu človeka, či sa vráti k užívaniu návykovej látky, alebo si zvolí inú formu adaptácie v danej situácii (Bandura, 1999). Skúsenosti s efektívnym zvládaním rizikových situácií pozitívne zvyšujú pocit vlastnej účinnosti a v priebehu abstinencie aj schopnosť kontroly, čomu sa úmerne znižuje riziko recidívy (Kuda, 2003).

Osobitný a čoraz väčší záujem v oblasti výskumu návykového správania vzbudzuje vnímaná abstinencia sebaúčinnosť (Chavarria et al., 2012). Ako sa ukázalo, úroveň sebaúčinnosti po liečbe predstavuje protektívny faktor, ktorý chráni liečených alkoholikov pred recidívou (Allsop, Saunders, Phillips, 2000; Connors, Maisto, Zywiak, 1996).

Výsledky viacerých štúdií preukázali, že vyššia sebaúčinnosť je prediktorom lepších výsledkov v súvislosti s pitím po liečbe a nižšieho rizika lapsu a recidívy počas 12-mesačného sledovania (napr. Allsop, Saunders, Phillips, 2000; Connors, Maisto, Zywiak, 1996; Greenfield et al., 2000), nižšieho rizika včasných recidív (Tate et al., 2008), a tiež prediktorom 3-mesačnej abstinencie (Goldbeck, Myatt, Aitchison, 1997), 6-mesačnej abstinencie (Vielva, Iraurgi, 2001), 12-mesačnej abstinencie (Ilgen, McKellar, Tiet, 2005; Piderman et al., 2008), 24-mesačnej abstinencie (Chavarria et al., 2012), 3 ročnej remisie a nižšej pravdepodobnosti recidívy počas 16 rokov (Moos, Moos, 2006).

Štúdia Chavarria et al. (2012) poukázala na to, že nárast sebaúčinnosti, bez ohľadu na počiatočnú úroveň, je dôležitým faktorom pri zdržaní sa užívania návykových látok, pričom nárast úrovne sebaúčinnosti sa prejavil ako prediktor následnej 24-mesačnej abstinencie. Ako píše Ilgen, McKellar a Tiet (2005) optimálna hranica úrovne sebaúčinnosti po liečbe, ktorá je najlepším prediktorom 1-ročnej abstinencie, je maximálna úroveň abstinenciej

sebaúčinnosti, t. j. 100 % sebadôvera. Naopak Burling et al. (1989) zistili u závislých, ktorí hlásili nadmerne vysoké úrovne sebaúčinnosti, vyššiu pravdepodobnosť recidívy počas 6-mesačného sledovania v porovnaní s abstinujúcimi s nižšími úrovňami sebaúčinnosti (Burling et al., 1989). Goldbeck, Myatt a Aitchison (1997) uvádzajú, že jedným z vysvetlení obmedzenej prediktívnej schopnosti sebaúčinnosti alkoholikov po liečbe je predpoklad stropného efektu, teda možnosti, že u niektorých osôb zo skupiny s vysokým hodnotením vlastnej sebaúčinnosti je ich úsudok založený na neprímerane optimistickom vnímaní ich zvládacích schopností, avšak len vysoká úroveň sebaúčinnosti s ohľadom na schopnosť človeka zostať abstinentom, predstavuje dôležitú súčasť jeho následného úspechu

5.3.1 Pokušenie piť

Pokušenie piť je odrazom toho, do akej miery má človek nutkanie piť alkohol v prítomnosti vnútorných alebo vonkajších podnetov súvisiacich s alkoholom (Roos et al., 2015). Práve silná túžba alebo pocit baženia konzumovať alkohol boli v mnohých prípadoch identifikované ako významný prediktor užívania alkoholu a recidívy po absolvovaní liečby. Ukázalo sa, že jednoduché subjektívne hodnotenie pokušenia piť môže byť prediktorom aj dlhodobých výsledkov v súvislosti s pitím po liečbe, keď sa nízka úroveň pokušenia ukázala ako prediktor lepších výsledkov aj po 3 rokoch liečby (Witkiewitz, 2013).

Podľa DiClementeho (2003) je pokušenie sprievodným ukazovateľom sebaúčinnosti. Pokušenie označuje ako silnú túžbu alebo sklon človeka k určitému správaniu v konkrétnej situácii. Sebaúčinnosť a pokušenie sú hodnotené pomocou rovnakých podnetov alebo spúšťačov, pričom pokušenie zvyčajne negatívne koreluje so sebaúčinnosťou, resp. sebadôverou človeka zdržať sa návykového správania, napr. ak niekto nepocití uje pokušenie užiť návykovú látku v určitej situácii, zvyčajne dôveruje svojim schopnostiam odolať tomuto pokušeniu. Neplatí to však v každom prípade, napr. v priebehu liečby môžu závislí pocíťovať silné pokušenie užiť v určitých situáciách návykovú látku, no zároveň môžu dôverovať svojim schopnostiam odolať tomuto pokušeniu (DiClemente, 2003). Ako zistili Carbonari a DiClemente (2000), veľký rozdiel medzi pokušením piť a abstinenciou sebaúčinnosťou, teda vysoká úroveň sebaúčinnosti a zároveň nízka úroveň pokušenia piť, pozitívne súvisí s abstinenciou.

6 METODOLÓGIA VÝSKUMU

6.1 Výskumný problém a ciele výskumu

Alkoholizmus a jeho príčiny predstavujú závažný komplexný problém súčasnosti, ktorý už dlhú dobu zamestnáva rôzne vedné odbory, ktoré sa snažia identifikovať faktory prispievajúce k uzdraveniu závislých ľudí. Čoraz častejšie je v oblasti psychológie venovaná pozornosť práve existenciálnym a spirituálnym premenným v súvislosti so závislosťou, na čo poukazuje aj množstvo empirických štúdií zaoberajúcimi sa úrovňami, zmenami úrovni alebo predikciou jednotlivých premenných v kontexte návykového správania.

V teoretickej časti našej práce sme sa snažili poukázať na to, že hoci zmysel života, nádej a spiritualita predstavujú osobité konštrukty no aj tak zároveň prelínajúce sa konštrukty, ktoré v našej práci označujeme ako existenciálne a spirituálne premenné. Teoretické a výskumné pozadie uvedených konštruktov naznačuje pozitívny vzťah s duševným zdravím (napr. Frankl, 2011; Irving, Snyder, Crowson, 1998; Koenig, 2012; Křivohlavý, 2007 a iní) a s lepšími výsledkami v súvislosti s pitím alkoholu a abstinenciou u závislých ľudí (napr. Carroll, 1993; Irving et al., 1998; Piderman et al., 2007; Robinson et al., 2011).

Keďže závislosť na alkohole je považovaná za chronické a často recidivujúce ochorenie (Popov, 2002; Okruhlica, 1994) aj vplyvom vonkajších alebo vnútorných stimulov či stresorov (Okruhlica, 1994), v ktorých môže človek pociťovať túžbu piť, označovanú ako pokušenie piť (Roos et al., 2015). Práve vnímaná sebaúčinnosť v období abstinencie pomáha zvládať závislým ľuďom kritické situácie a udržať tak abstinenciu (Bandura, 1999; DiClemente, 1986; Marlatt, Baer, Quigley, 1995). Abstinенčná sebaúčinnosť odzrkadľuje sebadôveru človeka v jeho schopnosti zdržať sa návykového správania, čiže odolať pokušeniu piť (DiClemente, 2003). Keďže abstinенčná sebaúčinnosť a pokušenie piť sú dôležité pre udržanie abstinencie, čo potvrdili napr. aj Carbonari a DiClemente (2000), pre účely našej práce označujeme obe premenné ako premenné súvisiace so schopnosťou abstinovať.

Na základe predchádzajúcich zistení, by sme chceli nadviazať na výskumy, ktoré sa zaoberali a naznačili súvislosť medzi existenciálnymi a spirituálnymi premennými s premennými súvisiacimi so schopnosťou abstinovať (Gordon et al., 2006; Irving et al., 1998; Kimball et al., 2017; Marsh et al., 2003; Mason et al., 2009; Piderman et al., 2007;

Roos et al., 2015) a zistiť tak, či vyššia úroveň zmyslu života, spirituálnej pohody a nádeje súvisí s vyššou úrovňou abstinencie sebaúčinnosti a nižšou úrovňou pokušenia piť.

V našom výskume sa zaoberáme aj prediktívnou schopnosťou zmyslu života, spirituality a nádeje. Predošlé výskumy sa zaoberali skôr predikciou abstinencie, resp. recidívy uvedených existenciálnych a spirituálnych konštruktov a poukázali na pozitívne súvislosti (napr. Mathis et al., 2009; Martin et al., 2011; Piderman et al., 2008; Robinson et al., 2011). Na základe týchto pozitívnych výsledkov nás zaujímalo, či sú zmysel života, spirituálna pohoda a nádej prediktormi práve tých konštruktov, ktoré súvisia so schopnosťou abstinovať, a to abstinencie sebaúčinnosti a pokušenia piť.

Empirické pozadie naznačuje súvislosti medzi spirituálnymi a existenciálnymi premennými, a vnímanou sebaúčinnosťou a pokušením piť, ale aj napriek tomu, že bolo zrealizovaných niekoľko výskumov venujúcich sa danej problematike, išlo predovšetkým o zahraničné výskumy. V našich domácich podmienkach sme nenašli výskum, ktorý by venoval danej problematike, preto sme sa rozhodli stanoviť si to ako náš výskumný problém.

Cieľom nášho výskumu bolo skúmať vzťahy medzi vybranými existenciálnymi a spirituálnymi premennými a premennými súvisiacimi so schopnosťou abstinovať. Rovnako sme sa zaoberali aj zmenami a ich vzťahom medzi vybranými existenciálnymi a spirituálnymi premennými a premennými súvisiacimi so schopnosťou abstinovať počas 6-mesačného sledovaného obdobia. Ďalším cieľom bolo identifikovať existenciálne a spirituálne premenné, ktoré sú najlepším prediktorom premenných súvisiacich so schopnosťou abstinovať aj o 6 mesiacov neskôr.

6.2 Výskumné otázky a hypotézy

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo overiť, či existuje vzťah medzi zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou a sebaúčinnosťou abstinovať a pokušením piť u bývalých alkoholikov. Ako ďalší cieľ sme si zvolili zistiť vzťah medzi zmenami zmyslu života, spirituálnej pohody, nádeje a zmenami abstinencie sebaúčinnosti a pokušenia piť počas 6-mesiacov. Ako posledný cieľ sme si určili zistiť, či zmysel života, spirituálna pohoda a nádej sú prediktormi abstinencie sebaúčinnosti a pokušenia piť u bývalých alkoholikov aj o 6 mesiacov neskôr. Vedľajšími cieľmi bolo zistenie vzťahu medzi sledovanými premennými navzájom.

Na základe výskumných cieľov sme si stanovili nasledovné výskumné otázky:

VO 1: Aký je vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti, a pokušením piť u bývalých alkoholikov?

Marsh et al. (2003) poukazujú na to, že závislí alkoholici trpia nižšou úrovňou zmysluplnosti, ktorá je rovnako spojená so zhoršenou kontrolou nad pitím alkoholu v rôznych situáciách. Roos et al. (2015) zistili signifikantnú negatívnu súvislosť zmyslu života a pokušenia piť v priebehu času, keďže vyššie počiatočné úrovne zmysluplnosti života a ich zvýšenie v priebehu času sa ukázali ako spojené s nižšími počiatočnými úrovňami pokušenia piť a ich znížením sa v čase.

H1: Predpokladáme, že existuje signifikantný pozitívny vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti.

H2: Predpokladáme, že existuje signifikantný negatívny vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou pokušenia piť.

VO 2: Aký je vzťah medzi úrovňou spirituálnej pohody a abstinenčnej sebaúčinnosti, a pokušením piť u bývalých alkoholikov?

Piderman et al. (2007) vo svojom výskume poukazujú na najsilnejšie korelácie spomedzi spirituálnych premenných medzi spirituálnou pohodou a abstinenčnou sebaúčinnosťou. Podobne vo výskume Gordonovej et al. (2006) sa potvrdila súvislosť medzi nižšou úrovňou spirituality a nižšou úrovňou sebaúčinnosti s väčšou túžbou piť alkohol u alkoholikov počas liečby. Na negatívny vzťah medzi spiritualitou a túžbou piť, a na pozitívny vzťah medzi spiritualitou a sebaúčinnosťou poukazuje aj štúdia Masonovej et al. (2009).

H3: Predpokladáme, že existuje signifikantný pozitívny vzťah medzi úrovňou spirituálnej pohody a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti.

H4: Predpokladáme, že existuje signifikantný negatívny vzťah medzi úrovňou spirituálnej pohody a úrovňou pokušenia piť.

VO 3: Aký je vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti, a pokušením piť u bývalých alkoholikov?

Kimball et al. (2017) považujú nádej a zvládanie za kľúčové prvky pri uzdravovaní sa závislých a rovnako poukazujú na ich vzájomný a recipročný vzťah. Irving et al. (1998)

zistili súvislosť medzi vyššou úrovňou nádeje a vyššou sebaúčinnosťou, čiže schopnosťou vyhnúť sa užívaniu návykových látok vo vysokorizikových situáciách. Rovnako McCoy (in Krentzman, 2013) poukázala vo svojom výskume na silné korelácie nádeje s abstinenčnou sebaúčinnosťou. Bradshaw et al. (in Kimball et al., 2017) naznačili, že prítomnosť nádeje môže zmierňovať túžbu piť.

H5: Predpokladáme, že existuje signifikantný pozitívny vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti.

H6: Predpokladáme, že existuje signifikantný negatívny vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou pokušenia piť.

VO4: Aký je vzťah medzi sledovanými zmenami existenciálnych a spirituálnych premenných (zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou) a zmenami abstinenčnej sebaúčinnosti, a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov?

Piderman et al. (2007) vo výskume poukázali na zvyšovanie úrovne spirituálnej pohody a abstinenčnej sebaúčinnosti a ich vzájomné pozitívne korelácie v priebehu času.

H7: Predpokladáme, že existuje signifikantný pozitívny vzťah medzi zmenami úrovne spirituálnej pohody a zmenami úrovne abstinenčnej sebaúčinnosti v priebehu času počas 6-mesiakov.

VO4a: Aká je súvislosť aj medzi zmenami úrovne zmyslu života, nádeje a zmenou abstinenčnej sebaúčinnosti v priebehu času počas 6-mesiakov?

Ako sme uviedli vyššie Roos et al. (2015) poukázali na signifikantný negatívny vzťah zmyslu života a pokušenia piť v priebehu času.

H8: Predpokladáme, že existuje signifikantný negatívny vzťah medzi zmenami úrovne zmyslu života a zmenami úrovne pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov.

VO4b: Aká je súvislosť aj medzi zmenami úrovne spirituálnej pohody, nádeje a zmenou pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov?

VO 5: Ktoré zo sledovaných existenciálnych a spirituálnych premenných (zmysel života, spirituálna pohoda, nádej) sú prediktormi abstinenčnej sebaúčinnosti a pokušenia piť u bývalých alkoholikov o šesť mesiacov neskôr?

6.3 Metódy zberu údajov

Výskumné dáta boli zisťované pomocou vytvorenej testovej batérie, ktorá pozostávala z informovaného súhlasu, sociodemografického dotazníka a súboru dotazníkov, ktoré merali úroveň vybraných existenciálnych a spirituálnych premenných, a rovnako aj schopnosť abstinovať. Na meranie existenciálnych a spirituálnych premenných boli použité Škála životnej zmysluplnosti, Snyderova škála nádeje a Škála spirituálnej pohody. Schopnosť abstinovať bola meraná prostredníctvom Škály abstinenčnej sebaúčinnosti, ktorá pozostáva z dvoch častí, na meranie abstinenčnej sebaúčinnosti a pokušenia piť. Všetky použité metódy možno označiť ako sebaopisovacie škály.

6.3.1 Škála životnej zmysluplnosti

Na meranie úrovne zmysluplnosti života (vid'. Príloha A) sme použili slovenskú Škálu životnej zmysluplnosti [ŠŽZ, Halama, 2002], ktorá reflektuje trojdimenzionálne chápanie zmyslu života Rekeru a Wonga (1988), ktorý má kognitívny, motivačný a afektívny komponent. Škála pozostáva z 18 položiek, z ktorých 6 položiek je formulovaných negatívne. Tvoria ju tri dimenzie a každú dimenziu tvorí 6 položiek. *Kognitívna dimenzia* pozostáva z položiek, ktoré sa týkajú životnej filozofie, celkového životného nasmerovania, životného poslania alebo pochopenia života (napr. *Svoj život považujem za hodnotný a užitočný*). *Motivačnú dimenziu* tvoria položky týkajúce sa plánov, cieľov, a taktiež aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich (napr. *V mojom živote sú veci v ktorých sa naplno angažujem*). Poslednú *afektívnu dimenziu* tvoria položky, ktoré sa týkajú životnej naplnenosti, spokojnosti, optimizmu, alebo v negatívnej rovine znechutenia, pocitov jednotvárnosti atď. (napr. *Som so svojim životom spokojný/á aj keď je niekedy ťažký*). Respondent označuje odpovede na 5-bodovej Likertovej škále, od 1-vôbec nesúhlasím po 5-úplne súhlasím. Skóre pre jednotlivé dimenzie sa môže pohybovať v rozmedzí od 6 do 30, celkové skóre od 18 do 90. Škála má vyhovujúce psychometrické vlastnosti pre výskumné a diagnostické účely, ako vnútornú konzistenciu Cronbachovo alfa 0,87, faktorovú štruktúru a dobrú validitu s ohľadom na podobné škály (Halama, 2002).

6.3.2 Snyderova škála nádeje

Pre zmapovanie úrovne nádeje sme vybrali Snyderovu škálu nádeje [The Hope Scale, Snyder et al., 1991], ktorá vychádza zo Snyderovej teórie nádeje, kde nádej alebo nádejné

myslenie je založené na vnímanej schopnosti vytvárať *cesty* k cieľom a *snahe* využívať tieto cesty k cieľu. Škála meria nádej ako osobnostnú črtu, konzistentnú v čase a situáciách. Škála pozostáva z dvoch dimenzií, cesty a snaženia, a každú dimenziu tvoria 4 položky. Celkovo škálu tvorí 12 položiek, ktoré sú hodnotené na 4-bodovej Likertovej škále, od 1-úplne nepravda po 4-úplne pravda, z toho 4 položky sa nezapočítavajú a 8 položiek sa započítava do celkového skóre. *Dimenziu cesty* tvoria položky týkajúce sa schopnosti človeka vidieť spôsoby ako prekonávať prekážky súvisiace s cieľmi a dosahovať ciele (napr. *Dokážem vidieť mnoho spôsobov ako sa dostať z nepríjemnej situácie*). *Dimenzia snaha* pozostáva z položiek týkajúcich sa odhodlania zameraného k cieľom človeka všeobecne (napr. *Dosahujem ciele, ktoré si vytýčim*). Možné skóre pre každú dimenziu je rozmedzí od 4 do 16, pričom celkové skóre je súčtom oboch dimenzií od 8 do 32. Pôvodne autor udáva vysokú vnútornú konzistenciu škály, hodnoty Cronbachovo alfa v rozmedzí od 0,74 do 0,84 (Snyder et al., 1991). Slovenskú verziu Snyderovej škály nádeje nám poskytol Halama (2001), ktorý škálu preložil do slovenského jazyka a overil jej psychometrické vlastnosti. Rovnako zistil, že slovenský preklad Škály nádeje vykazuje po adaptácii uspokojivé psychometrické vlastnosti, dostatočnú vnútornú konzistenciu, Cronbachovo alfa 0,71, a rovnako dobrú validitu (Halama, 2001). Snyderovu škálu nádeje prikladáme v Prílohe B.

6.3.3 Škála spirituálnej pohody

Autormi Škály spirituálnej pohody [SWBS - Spiritual Well-Being Scale] sú R. F. Paloutzian a C. W. Ellison. Škála sa používa na meranie vnímanej subjektívnej spirituálnej pohody a pozostáva celkom z 20 položiek, ktoré sú hodnotené na 6-bodovej Likertovej škále, od veľmi súhlasím po veľmi nesúhlasím. Škálu tvoria dve dimenzie, z ktorých každú dimenziu tvorí 10 položiek. *Náboženská pohoda* (RWB) sa týka vertikálnej dimenzie, a toho ako človek vníma pohodu vo svojom spirituálnom živote, ktorý je vyjadrený vzťahom k Bohu (napr. *Verím, že Boh ma miluje a stará sa o mňa*). *Existenciálna pohoda* (EWB) sa týka horizontálnej dimenzie a existenciálnych otázok o zmysle života a spokojnosti so životom, prispôsobenia sa komunite a prostrediu (napr. *Pociťujem, že život je kladná skúsenosť*). Škála má vysokú reliabilitu a validitu (Ellison, 1983; Stríženec, 2007). Ellison (1983) uvádza pôvodné Cronbachovo alfa 0,89 pre SWBS, 0,87 pre RWB a 0,78 pre EWB. Celkové skóre môže byť od 20 do 120, pre jednotlivé subškály od 10 do 60. Vyššie celkové skóre znamená vyššiu spirituálnu pohodu.

Slovenský preklad tejto škály nám poskytol Mgr. Ivan Farský, PhD. (viď. Príloha C).

6.3.4 Škála abstinenčnej sebaúčinnosti

Pre posúdenie schopnosti abstinovať sme použili Škálu abstinenčnej sebaúčinnosti [AASE-Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale, DiClemente et al., 1994], ktorá je podľa autorov krátka, ľahko použiteľná a psychometricky spoľahlivá na meranie sebaúčinnosti jednotlivca zdržať sa pitia alkoholu. Škála vychádza z pôvodného konceptu Bandurovej sebaúčinnosti, ktorá je aplikovaná na abstinenciu od alkoholu. Škálu tvorí 20 otázok, ktoré sú hodnotené na 5-bodovej Likertovej škále, od 1-vôbec nie po 5-úplne najviac. Otázky sa týkajú 20 rizikových situácií podnecujúcich návykové správanie, ktoré zahŕňajú negatívne pocity, sociálne/pozitívne situácie, fyzický a iný nepokoj, odopretie a túžbu. Škála je na základe situácií rozdelená na štyri subškály. Prvá subškála *negatívne pocity* obsahuje 5 otázok týkajúcich sa intrapersonálnych a interpersonálnych negatívnych emočných stavov (napr. *Keď sa cítim depresívne*). Druhá subškála *sociálne/pozitívne situácie* obsahuje 5 otázok, ktoré reprezentujú sociálne situácie súvisiace s užitím alkoholu, sociálnym tlakom a podnetmi, ako aj pozitívnymi vplyvmi situácií, ktoré možno zvýšiť užitím alkoholu (napr. *Keď som na dovolenke a chcem si oddýchnuť* alebo napr. *Keď ma ľudia s ktorými som zvykol/a piť navádzajú, aby som sa napil/a alkoholu*). Subškála *fyzický a iný nepokoj* zahŕňa 5 otázok, ktoré sa týkajú fyzických nepríjemných pocitov alebo bolesti, znepokojenia o iných (napr. *Keď ma bolí hlava* alebo *Keď som kvôli niekomu znepokojený/á*). Posledná subškála *odopretie a túžba* obsahuje 5 otázok týkajúcich sa odopierania alkoholu, túžby a testovania vôle (napr. *Keď cítim fyzickú potrebu alebo túžbu po alkohole*) (DiClemente et al., 1994).

Škála AASE sa skladá z dvoch častí. AASE-C [Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Confident] (viď. Príloha E) meria abstinenčnú sebaúčinnosť, resp. sebadôveru jednotlivca nepiť vo vyššie uvedených 20 situáciách, pričom respondent hodnotí na 5-bodovej Likertovej škále abstinenčnú sebaúčinnosť, resp. sebadôveru nepiť, od 1-vôbec nie po 5-úplne najviac. Celkové skóre môže byť v rozmedzí od 20 do 100 a pre jednotlivé subškály od 5 do 25. Vyššie celkové skóre znamená vyššiu abstinenčnú sebaúčinnosť. Autori uvádzajú pôvodné Cronbachovo alfa pre AASE-C 0,92, pre subškálu negatívne pocity $\alpha=0,88$, pre subškálu sociálne/pozitívne situácie $\alpha=0,82$, pre subškálu fyzický a iný nepokoj $\alpha=0,83$, pre subškálu odopretie/túžba $\alpha=0,81$. Druhá časť AASE-T [Alcohol Abstinence

Self-Efficacy Scale – Temptation] (viď. Príloha D) naopak hodnotí percipované pokušenie piť jednotlivca v rovnakých 20 situáciách, kedy jednotlivec hodnotí na podobnej 5-bodovej Likertovej škále jeho pokušenie piť v uvedených situáciách, od 1-vôbec nie po 5-úplne najviac. Celkové skóre môže byť v rozmedzí od 20 do 100 a pre jednotlivé subškály od 5 do 25. Čím vyššie je celkové skóre, tým je vyššie pokušenie. Autori škály uvádzajú pôvodné Cronbachovo alfa 0,99 pre subškálu negatívne pocity, pre subškálu sociálne/pozitívne situácie $\alpha=0,86$, pre subškálu fyzický a iný nepokoj $\alpha=0,60$ a pre subškálu odopretie/túžba $\alpha= 0,70$. Pokušenie sa javí ako samostatný ale zároveň súvisiaci konštrukt so sebaúčinnosťou. Skóre pokušenie možno vnímať ako hodnotenie intenzity podnetu v každej situácii aj z hľadiska schopnosti zdržať sa konzumácie alkoholu, a tak pokušenie piť môže byť nízke a sebadôvera nepiť vysoká v konkrétnych situáciách (DiClemente et al., tamtiež).

Keďže škála bola používaná len v zahraničných štúdiách museli sme zabezpečiť preklad do slovenského jazyka, na ktorom sa podieľali tri nezávislé osoby a rovnako sme zabezpečili aj odborný preklad prekladateľskou agentúrou. Na základe konsenzu pri preklade sme škálu AASE, teda jej dve varianty AASE-T a AASE-C preložili do slovenského jazyka a overili sme ich správnosť a porozumenie počas predvýskumu.

7 REALIZÁCIA VÝSKUMU

7.1 Predvýskum

Pre overenie fungovania a porozumenia použitých zahraničných výskumných metód medzi respondentami sme sa rozhodli uskutočniť predvýskum, ktorý sa konal v mesiaci máj 2017. Zber dát sa uskutočnil prostredníctvom zostavenej testovej batérie z vyššie uvedených dotazníkov, ktorých súčasťou bol informovaný súhlas, pre oboznámenie s cieľmi výskumu, dobrovoľnosťou účasti, anonymitou a využitím získaných údajov výlučne pre výskumné účely, a taktiež sociodemografický dotazník. Vyplnením dotazníkov respondenti súhlasili s účasťou vo výskume. Pre analýzu dát sme získali celkom 13 dotazníkov. Výskumnú vzorku tvorilo 13 abstinujúcich alkoholikov z rôznych klubov AA, z čoho bolo 54% mužov (n=7). Priemerný vek respondentov bol 53,23 rokov (SD=13,61). Dĺžka abstinencie bola v rozpätí od 1 mesiaca do 408 mesiacov (M=117,23, SD 123,49). Podľa rodinného stavu bolo 23,1% (n=3) slobodných, 53,8% (n=7) ženatých/vydatých, 15,4% (n=2) rozvedených a 7,7% (n=1) bolo ovdovených. Podľa vierovyznania bolo 84,6% (n=11) rímskokatolíckeho vierovyznania, 7,7% (n=1) evanjelického a 7,7% (n=1) bez vierovyznania. Podľa vzdelania malo 7,7% (n=1) ukončené základné, 30,8% (n=4) stredoškolské bez maturity, 53,8% (n=7) stredoškolské s maturitou a 7,7% (n=1) vysokoškolské vzdelanie. 12 respondentov podstúpilo v minulosti liečenie.

V prvom rade sme sa orientovali na správne fungovanie a porozumenie predovšetkým zahraničných škál. Pre zisťovanie vnútornej konzistencie škál sme použili koeficient Cronbachovo alfa a zistili sme pre celú škálu pokušenie (AASE-T) $\alpha = 0,97$ a jej subškál negatívne pocity $\alpha = 0,96$, sociálne/pozitívne situácie $\alpha = 0,90$, fyzický a iný nepokoj $\alpha = 0,89$, odopretie a túžba $\alpha = 0,86$. Škála abstinenčnej sebaúčinnosti (AASE-C) rovnako vykazovala vysoké hodnoty Cronbachovo alfa pre celú škálu 0,99 a jej subškál negatívne pocity $\alpha = 0,99$, sociálne/pozitívne situácie $\alpha = 0,98$, fyzický a iný nepokoj $\alpha = 0,98$, odopretie a túžba $\alpha = 0,98$. Keďže respondentov nebolo možné opätovne kontaktovať po uplynutí 6-mesiacov a zahrnúť tak získané dáta do našej hlavnej analýzy uvádzame v tab. č. 1 základnú deskripciu získaných výskumných dát.

Tabuľka č. 1 Deskriptívna analýza nameraných hodnôt skóre jednotlivých dotazníkov v predvýskume

Názov škály a subškály	Priemer	SD	Názov škály a subškály	Priemer	SD
ŠŽZ kogn. dimenzia	27,38	2,99	AASET neg. pocity	6,69	3,82
ŠŽZ motiv. dimenzia	24,15	3,89	AASET soc./poz. sit.	6,62	3,18
ŠŽZ afekt. dimenzia	26,85	3,56	AASET fyz. nepokoj	6,54	3,21
ŠŽZ celkom	78,38	9,31	AASET odopretie/túžba	6,08	2,36
SHS cesta	13,38	1,90	AASET celkom	25,92	12,12
SHS snaha	13,23	1,59	AASEC neg. pocity	20,92	6,05
SHS celkom	26,62	3,23	AASEC soc./poz. sit.	21,23	6,04
SWBS RWB	49,77	7,10	AASEC fyz. nepokoj	21,23	6,04
SWBS EWB	50,62	7,17	AASEC odopretie/túžba	21,15	6,16
SWBS celkom	100,38	12,97	AASEC celkom	84,54	24,22

ŠŽZ – Škála životnej zmysluplnosti; SHS – Snyderova škála nádeje; SWBS – Škála spirituálnej pohody, RWB – Náboženská pohoda, EWB – Existenciálna pohoda; AASET – Pokušenie piť, AASEC – Abstinencia sebaúčinnosť

Na základe pripomienok od respondentov k jednotlivým nástrojom merania sme sa rozhodli upraviť hodnotenie odpovedí Škály spirituálnej pohody na 6-bodovej Likertovej škále z pôvodného hodnotenia (*od 1-veľmi súhlasím po 6-veľmi nesúhlasím*) vzostupne (*od 1-veľmi nesúhlasím po 6-veľmi súhlasím*). Toto upravené hodnotenie odpovedí na Likertovej škále bolo zhodné s hodnoteniami odpovedí na Likertovej škále ostatných použitých nástrojov merania. Podobne sme na základe pripomienok sprehľadnili pre lepšie porozumie hodnotenie odpovedí škál AASE.

7.2 Hlavný výskum

Pre účely tejto práce bolo nevyhnutné vyhľadať a zabezpečiť dostatočný počet respondentov. Kritériom účasti vo výskume bola aktuálna abstinencia od alkoholu u bývalých závislých alkoholikov. Pre získanie čo najväčšieho počtu respondentov pre náš výskum sme sa rozhodli osloviť svojpomocné kluby abstinujúcich alkoholikov pre spoluprácu. Účasť a následnú spoluprácu vo výskume potvrdilo celkom 8 klubov abstinentov: Klub abstinentov Levice - Nový začiatok, Handlovský Abstinčný Klub, KRASA A-klub Kanianka, Stretnutia abstinentov v Galante, A-klub Trnava, ALFA – PEZINOK, KAPP - Klub abstinujúcich priateľov v Prievidzi, Abstinentský klub ARCHA - HLOHOVEC a 1 skupina AA Siccus z Nových Zámok. V snahe zabezpečiť dostatočný

počet skúmaných osôb sa okrem respondentov z klubov do výskumu zapojilo aj 7 abstinujúcich alkoholikov mimo uvedených klubov .

Výskum mal longitudinálny dizajn a zber výskumných dát sa realizoval v dvoch fázach, s odstupom 6 mesiacov medzi jednotlivými fázami. Prvá fáza výskumu prebiehala v období od 1. do 30. júna 2017. Zber dát prebiehal formou „ceruzka – papier“, za prítomnosti realizátorov výskumu prevažne skupinovo, ale aj individuálne v závislosti od aktuálnych podmienok a okolností. Respondenti z uvedených klubov vyplňali dotazníky skupinovo počas stretnutia so súhlasom predsedov klubov. Individuálne vyplňanie sa týkalo respondentov mimo uvedených klubov. Všetci respondenti výskumu boli vopred informovaní o jeho podstate, dobrovoľnosti účasti a práva odmietnuť sa zúčastniť, resp. odísť v ktorejkoľvek fáze výskumu, časovej náročnosti, využití získaných dát pre výskumné účely a taktiež záruke anonymity prostredníctvom informovaného súhlasu. Pre zachovanie anonymity bolo jednotlivým účastníkom pridelené identifikačné číslo, ktoré slúžilo aj pre následnú identifikáciu respondentov po uplynutí 6 mesiacov. Aby sme zabezpečili jednak anonymitu a rovnako čo najpresnejšiu identifikáciu jednotlivých respondentov aj po uplynutí 6 mesiacov, sme so súhlasom a pomocou členov a predsedov klubov spísali zoznam, ktorý obsahoval identifikačné číslo testovej batérie a krstné meno respondenta. Zoznam bol vložený do obálky, ktorá bola následne zalepená a v tomto stave uchovaná počas nasledujúcich 6 mesiacov. Vyplnením testovej batérie respondenti súhlasili so spracovaním získaných dát pre účely tejto diplomovej práce.

Druhá fáza výskumu prebiehala o 6 mesiacov neskôr, v období od 1. do 31. decembra 2017. Respondenti, ktorí sa zúčastnili prvej fázy boli požiadaní o účasť v druhej fáze výskumu a vyplnenie rovnakej testovej batérie. Pre správnu identifikáciu respondentov zúčastnených v prvej fáze a správne pridelenie testovej batérie so zhodným identifikačným číslom bola pred respondentami a predsedami klubov otvorená obálka so zoznamom, na základe ktorého boli respondentom rozdane testové batérie a následne bol zoznam zničený. Identifikačné čísla jednotlivých respondentov a ich vyplnených testových batérií nám umožnilo dotazníky spárovať pri celkovej analýze dát. Zber dát aj v druhej fáze výskumu prebiehal formou „ceruzka – papier“, za prítomnosti realizátorov výskumu prevažne skupinovo, ale aj individuálne v závislosti od aktuálnych podmienok a okolností. Respondenti z klubov vyplňali dotazníky skupinovo počas stretnutia so súhlasom predsedov klubov. Individuálne vyplňanie sa týkalo respondentov mimo klubov. Taktiež boli všetci respondenti výskumu vopred informovaní o jeho zameraní, dobrovoľnej účasti a práva

odmietnuť sa zúčastniť, resp. odísť v ktorejkoľvek fáze výskumu, využití získaných dát výlučne pre výskumné účely a taktiež zachovaní anonymity, alebo o časovej náročnosti prostredníctvom informovaného súhlasu. Vyplnením testovej batérie v druhej fáze výskumu respondenti súhlasili so spracovaným získaných dát pre účely tejto diplomovej práce.

7.3 Výskumný súbor a deskripcia dát

V prvej, počiatočnej fáze sa do výskumu zapojilo celkom 111 respondentov. Z výskumného súboru sme vyradili 1 respondenta pre patologické hráčstvo a nie závislosť na alkohole, a ďalších 3 respondentov pre neúplne vyplnenie dotazníkov. Konečný výskumný súbor v prvej fáze pozostával zo 107 respondentov, ktorí boli aktuálne abstinujúcimi bývalými alkoholikmi, z čoho bolo 79 mužov, vid' tab. č. 2. Vek respondentov bol v rozmedzí od 24 do 79 ($M=54,99$, $SD 10,54$).

Tabuľka č. 2 Popis výskumného súboru vzhľadom na pohlavie

Pohlavie	N=107	Počet osôb (N)	Percentá (%)
Muži		79	73,8%
Ženy		28	26,2%

92,5% ($N=99$) respondentov podstúpilo v minulosti liečbu alkoholizmu a 7,5% ($N=8$) nepodstúpilo. Prehľad podstúpených liečení uvádzame v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Prehľad podstúpených liečení v minulosti

Počet podstúpených liečení	N=107	Počet osôb (N)	Percentá (%)
0		8	7,5%
1		67	62,6%
2		19	17,8%
3		7	6,5%
4		2	1,9%
7		1	0,9%
8		1	0,9%
10		1	0,9%
13		1	0,9%

Popis výskumného súboru podľa rodinného stavu uvádzame pre prehľadnosť v tab. č. 4.

Tabuľka č. 4 Popis výskumného súboru vzhľadom na rodinný stav

Rodinný stav	N=107	Počet osôb (N)	Percentá (%)
Slobodný/á		15	14%
Vydatá/ženatý		66	61,7%
Rozvedený/á		20	18,7%
Vdovec/vdova		6	5,6%

Popis výskumného súboru podľa ukončeného vzdelania uvádzame pre prehľadnosť v tabuľke č. 5. Jeden respondent neuviedol ukončené vzdelanie.

Tabuľka č. 5 Popis výskumného súboru vzhľadom na ukončené vzdelanie

Vzdelanie	N=106	Počet osôb (N)	Percentá (%)
Základné		6	5,6%
Stredoškolské bez maturity		31	29%
Stredoškolské s maturitou		43	40,2%
Vysokoškolské		26	24,3%

Popis výskumného súboru z hľadiska uvedeného vierovyznania uvádzame pre prehľadnosť v tabuľke č. 6.

Tabuľka č. 6 Popis výskumného súboru vzhľadom na vierovyznanie

Vierovyznanie	N=107	Počet osôb (N)	Percentá (%)
Rímskokatolícke		77	72%
Evanjelické		6	5,6%
Iné vierovyznanie		5	4,7%
Bez vierovyznania		19	17,8%

V čase zberu dát bolo podľa aktuálneho stavu 87,9% (n=94) respondentov abstinujúcich po ukončenej liečbe, 7,5% (n= 8) abstinujúcich v procese liečby a 4,7% (n=5) abstinujúcich bez predchádzajúcej liečby.

V druhej fáze výskumu, o šesť mesiacov neskôr, sa z pôvodného počiatčného počtu 107 respondentov zúčastnilo 84 respondentov. Dvaja respondenti odmietli účasť v druhej fáze výskumu, jeden respondent zomrel a ostatných 20 respondentov sa nám nepodarilo v priebehu zberu dát zastihnúť. Všetkých 84 respondentov zúčastnených v druhej fáze výskumu o 6 mesiacov neskôr od prvej fázy uviedlo pretrvávajúcu abstinenciu počas

predchádzajúcich 6 mesiacov, resp. neuviedlo žiadne užívanie alkoholu počas tohto obdobia. Žien bolo 23,8% (n=20) a mužov 76,2% (n=64).

7.4 Spôsob analýzy dát

Pre štatistické spracovanie dát nášho výskumu sme použili štatistický program IBM SPSS. Pri práci so zozbieranými výskumnými dátami sme použili nástroje deskriptívnej štatistiky pri popise výskumného súboru z hľadiska sociodemografických údajov ako napr. pohlavie, vek, rodinný stav, vzdelanie, vierovyznanie, atď, a rovnako aj pri popise nameraných hodnôt skóre skúmaných premenných.

Pre overenie normálneho rozloženia skúmaných jednotlivých premenných sme použili testy normality SPSS, konkrétne vzhľadom na veľkosť výskumnej vzorky v oboch fázach výskumu sme použili Kolmogorov-Smirnov test. Vzťahy medzi jednotlivými existenciálnymi a spirituálnymi premennými a premennými súvisiacimi so schopnosťou abstinovať sme analyzovali prostredníctvom korelačnej analýzy. Pre určenie prediktorov abstinenčnej sebaúčinnosti a pokušenia piť sme použili regresnú analýzu.

Pred samotnou analýzou dát uvádzame tabuľku č. 7 s hodnotami Cronbachovej alfy pre jednotlivé použité nástroje merania v prvej fáze výskumu.

Tabuľka č. 7 Koeficienty Cronbachovej alfy jednotlivých škál a ich subškál v prvej fáze výskumu

Názov škály a subškály	α	Názov škály a subškály	α
ŠŽZ kognitívna dimenzia	0,68	AASET negatívne pocity	0,90
ŠŽZ motivačná dimenzia	0,74	AASET socialne/pozitívne situácie	0,87
ŠŽZ afektívna dimenzia	0,75	AASET fyzický a iný nepokoj	0,87
ŠŽZ celkom	0,89	AASET odopretie a túžba	0,80
SHS cesta	0,54	AASET celkom	0,95
SHS snaha	0,66	AASEC negatívne pocity	0,98
SHS celkom	0,74	AASEC socialne/pozitívne situácie	0,98
SWBS RWB	0,89	AASEC fyzický a iný nepokoj	0,98
SWBS EWB	0,80	AASEC odopretie a túžba	0,97
SWBS celkom	0,88	AASEC celkom	0,99

ŠŽZ – Škála životnej zmysluplnosti; SHS – Snyderova škála nádeje; SWBS – Škála spirituálnej pohody, RWB – Náboženská pohoda, EWB – Existenciálna pohoda; AASET – Pokušenie piť, AASEC – Abstinenčná sebaúčinnosť

8 VÝSLEDKY VÝSKUMU

8.1 Deskriptívna analýza

Zo zozbieraných údajov sme vypočítali priemerné hodnoty skóre, medián, štandardnú odchýlku, minimálnu a maximálnu hodnotu dosiahnutých skóre z odpovedí respondentov v jednotlivých výskumných dotazníkoch. Na úvod uvádzame prehľad deskriptívnych výsledkov z prvej fázy výskumu (tab. č. 8) a z druhej fázy výskumu (tab. č. 9)

Tabuľka č. 8 Deskriptívna analýza nameraných hodnôt skóre jednotlivých dotazníkov v prvej fáze výskumu

Názov škály a subškály	N= 107	Priemer	Medián	SD	Min.	Max.
ŠŽZ kognitívna dimenzia		26,24	26	3,14	16	30
ŠŽZ motivačná dimenzia		25,40	26	3,49	16	30
ŠŽZ afektívna dimenzia		26,41	27	3,28	16	30
ŠŽZ celkom		78,06	79	9,03	51	90
SHS cesta		12,36	12	2,13	5	16
SHS snaha		12,74	13	2,06	4	16
SHS celkom		25,10	25	3,73	9	32
SWBS RWB		41	40	11,52	10	60
SWBS EWB		47,18	48	7,74	30	60
SWBS celkom		88,18	83	16,47	52	120
AASET negatívne pocity		6,59	5	3,47	5	22
AASET sociálne/pozitívne situácie		5,90	5	2,47	5	22
AASET fyzický a iný nepokoj		6,13	5	2,82	5	21
AASET odopretie a túžba		6,07	5	2,53	5	21
AASET celkom		24,68	20	10,44	20	100
AASEC negatívne pocity		21,36	25	5,87	5	25
AASEC sociálne/pozitívne situácie		21,98	25	5,75	5	25
AASEC fyzický a iný nepokoj		21,83	25	5,73	5	25
AASEC odopretie a túžba		21,89	25	5,76	5	25
AASEC celkom		87,07	100	22,77	20	100

ŠŽZ – Škála životnej zmysluplnosti; SHS – Snyderova škála nádeje; SWBS – Škála spirituálnej pohody, RWB – Náboženská pohoda, EWB – Existenciálna pohoda; AASET – Pokušenie piť, AASEC – Abstinenčná sebaúčinnosť

Tabuľka č. 9 Deskriptívna analýza nameraných hodnôt skóre jednotlivých dotazníkov v druhej fáze výskumu

Názov škály a subškály	N=84	Priemer	Medián	SD	Min.	Max
ŠŽZ kognitívna dimenzia		26,71	27	2,66	18	30
ŠŽZ motivačná dimenzia		25,76	26	2,96	17	30
ŠŽZ afektívna dimenzia		26,70	27	3,12	15	30
ŠŽZ celkom		79,18	80	7,50	56	90
SHS cesta		13,07	13	1,60	10	16
SHS snaha		13,05	13	1,58	10	16
SHS celkom		26,12	26	2,87	21	32
SWBS RWB		41,38	40	11,56	10	60
SWBS EWB		47,50	47	7,31	31	60
SWBS celkom		88,88	84,50	16,22	48	120
AASET negatívne pocity		5,75	5	2,20	5	21
AASET sociálne/pozitívne situácie		5,49	5	1,27	5	11
AASET fyzický a iný nepokoj		5,44	5	1,21	5	12
AASET odopretie a túžba		5,55	5	1,69	5	13
AASET celkom		22,23	20	5,48	20	47
AASEC negatívne pocity		22,86	25	4,23	5	25
AASEC sociálne/pozitívne situácie		23,21	25	3,92	5	25
AASEC fyzický a iný nepokoj		23,10	25	4,12	5	25
AASEC odopretie a túžba		22,79	25	4,24	5	25
AASEC celkom		91,95	100	16,28	20	100

ŠŽZ – Škála životnej zmysluplnosti; SHS – Snyderova škála nádeje; SWBS – Škála spirituálnej pohody, RWB – Náboženská pohoda, EWB – Existenciálna pohoda; AASET – Pokušenie piť, AASEC – Abstinenčná sebaúčinnosť

8.2 Korelačná analýza

V prvej výskumnej otázke nás zaujímal vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti, a pokušením piť u bývalých alkoholikov. Z tejto výskumnej otázky boli stanovené nasledovné dve hypotézy, ktoré sme overovali s využitím Spearmanho korelačného koeficientu, pretože sa nám nepotvrdila normalita distribúcie hodnôt.

Hypotéza č. 1 predpokladala signifikantný pozitívny vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 10.

Tabuľka č. 10 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi zmyslom života a abstinenčnou sebaúčinnosťou

N=107	AASEC celkom	AASEC negat. pocity	AASEC soc./poz. situácie	AASEC fyz. a iný nepokoj	AASEC odopretie a túžba
Kognitívna dimenzia ŠŽZ	0,187*	0,206*	0,180*	0,212*	0,162*
Motivačná dimenzia ŠŽZ	0,248**	0,233**	0,187*	0,261**	0,258**
Afektívna dimenzia ŠŽZ	0,233**	0,196*	0,170*	0,208*	0,221*
Zmysel života celkom	0,242**	0,228**	0,190*	0,250**	0,235**

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *jednosmerný test signifikancie*
 AASEC – Abstinenčná sebaúčinnosť, ŠŽZ – Škála životnej zmysluplnosti

Na základe uvedených výsledkov sme zistili signifikantný pozitívny slabý vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti ($\rho = 0,242$, $p < 0,01$). Hypotéza č. 1 sa potvrdila.

Ďalej sme pri tejto korelačnej analýze zistili signifikantné vzťahy medzi zmyslom života a jeho jednotlivými dimenziami, a abstinenčnou sebaúčinnosťou a jej subškálami. Na základe týchto výsledkov možno ďalej skonštatovať, že úroveň zmyslu života má signifikantný pozitívny slabý vzťah so všetkými subškálami abstinenčnej sebaúčinnosti, s negatívnymi pocitmi ($\rho = 0,228$), odopretím a túžbou ($\rho = 0,235$), fyzickým a iným nepokojom ($\rho = 0,250$) na hladine významnosti $p < 0,01$, a taktiež so sociálnymi/positívnymi situáciami ($\rho = 0,190$) na hladine významnosti $p < 0,05$.

Výsledky poukázali aj na signifikantné pozitívne slabé vzťahy medzi jednotlivými dimenziami zmyslu života a celkovou úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti, ako aj so všetkými jej subškálami. Kognitívna dimenzia zmyslu života má signifikantný pozitívny slabý vzťah s celkovou úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti ($\rho = 0,187$), a jednotlivými subškálami odopretím a túžbou ($\rho = 0,162$), sociálnymi/positívnymi situáciami ($\rho = 0,180$), negatívnymi pocitmi ($\rho = 0,206$) a fyzickým a iným nepokojom ($\rho = 0,212$) na hladine významnosti $p < 0,05$. Motivačná dimenzia vykazuje signifikantný pozitívny slabý vzťah s celkovou úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti ($\rho = 0,248$, $p < 0,01$), so subškálou fyzický a iný nepokoj ($\rho = 0,261$), odopretie a túžba ($\rho = 0,258$), negatívne pocity ($\rho = 0,233$) na hladine významnosti $p < 0,01$, a taktiež so subškálou sociálne/positívne situácie ($\rho = 0,187$, p

< 0,05). Posledná afektívna dimenzia vykazuje signifikantnú slabú pozitívnu koreláciu ($\rho = 0,233$, $p < 0,01$) s celkovou úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti a taktiež signifikantnú slabú pozitívnu koreláciu so subškálami sociálne/pozitívne situácie ($\rho = 0,170$), negatívne pocity ($\rho = 0,196$), fyzický a iný nepokoj ($\rho = 0,208$), a odopretie a túžba ($\rho = 0,221$) na hladine významnosti $p < 0,05$.

Hypotéza č. 2 predpokladala signifikantný negatívny vzťah medzi úrovňou zmyslu života a úrovňou pokušenia piť. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 11.

Tabuľka č. 11 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy vzťahu medzi zmyslom života a pokušením piť

N=107	AASET celkom	AASET negat. pocity	AASET soc./poz. situácie	AASET fyz. a iný nepokoj	AASET odopretie a túžba
Kognitívna dimenzia ŠŽZ	-0,120	-0,199*	-0,128	-0,208*	-0,070
Motivačná dimenzia ŠŽZ	-0,180*	-0,263**	-0,166*	-0,311**	-0,114
Afektívna dimenzia ŠŽZ	-0,218*	-0,252**	-0,219*	-0,277**	-0,127
Zmysel života celkom	-0,177*	-0,251**	-0,176*	-0,286**	-0,097

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *jednosmerný test signifikancie*
 AASET – Pokušenie piť, ŠŽZ – Škála životnej zmyslupnosti

Z uvedených výsledkov sme zistili, že úroveň zmyslu života má signifikantný negatívny slabý vzťah s úrovňou pokušenia piť ($\rho = -0,177$, $p < 0,05$). Hypotéza č. 2 sa potvrdila.

Výsledky ďalej pri analýze vzťahu medzi zmyslom života a jeho dimenziami s pokušením piť a jeho subškálami ukázali, že úroveň zmyslupnosti života tiež vykazuje slabú negatívnu koreláciu so subškálou negatívne pocity ($\rho = -0,251$) a so subškálou fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,286$), avšak signifikantnú na hladine významnosti $p < 0,01$, a taktiež slabú negatívnu signifikantnú koreláciu so subškálou sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,176$, $p < 0,05$).

Medzi jednotlivými dimenziami zmyslupnosti života a úrovňou pokušenia piť, a jeho subškálami výsledky ukázali signifikantný slabý negatívny vzťah medzi kognitívnou dimenziou zmyslu života a subškálou negatívne pocity ($\rho = -0,199$) a fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,208$) na hladine významnosti $p < 0,05$. Medzi motivačnou dimenziou zmyslu života

sme zistili signifikantný slabý negatívny vzťah s celkovou úrovňou pokušenia piť ($\rho = -0,180$), so subškálou sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,166$) na hladine významnosti $p < 0,05$, a so subškálou negatívne pocity ($\rho = -0,263$) a fyzický a iný nepokoj ($\rho = 0,311$) na hladine významnosti $p < 0,01$. Medzi afektívnou dimenziou sa ukázal signifikantný slabý negatívny vzťah s celkovou úrovňou pokušenia piť ($\rho = -0,218$), so subškálou sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,219$) na hladine významnosti $p < 0,05$, a so subškálou negatívne pocity ($\rho = -0,252$) a fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,277$) na hladine významnosti $p < 0,01$.

V druhej výskumnej otázke nás zaujímal vzťah medzi úrovňou spirituálnej pohody a abstinenčnej sebaúčinnosti, a pokušením piť u bývalých alkoholikov. Stanovené výskumné hypotézy sme overovali použitím Spearmanovej neparametrickej korelačnej analýzy.

Hypotéza č. 3 predpokladala signifikantný pozitívny vzťah medzi úrovňou spirituálnej pohody a úrovňou abstinenčnej sebaúčinnosti. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 12.

Tabuľka č. 12 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi spirituálnou pohodou a abstinenčnou sebaúčinnosťou

N=107	AASEC celkom	AASEC negat. pocity	AASEC soc./poz. situácie	AASEC fyz. a iný nepokoj	AASEC odopretie a túžba
Náboženská pohoda SWBS	-0,023	-0,030	0,003	-0,026	-0,066
Existenciálna pohoda SWBS	0,229**	0,215*	0,175*	0,229**	0,229**
Spirituálna pohoda celkom	0,096	0,083	0,089	0,101	0,082

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *jednosmerný test signifikancie*
AASEC – Abstinenčná sebaúčinnosť, SWBS – Škála spirituálnej pohody

Zistili sme, že medzi spirituálnou pohodou a abstinenčnou sebaúčinnosťou nebol preukázaný signifikantne významný vzťah ($\rho = 0,096$, $p > 0,05$). Hypotéza č. 3 sa nepotvrdila.

Rovnako sme nezistili žiadny signifikantný vzťah medzi spirituálnou pohodou a jednotlivými subškálami abstinenčnej sebaúčinnosti ($p > 0,05$). Avšak pri analýze

jednotlivých dimenzií spirituálnej pohody sme zistili medzi existenciálnou pohodou a celkovou abstinenčnou sebaúčinnosťou, vrátane všetkých jej subškál, signifikantne slabé pozitívne korelácie. Existenciálna pohoda má signifikantný slabý pozitívny vzťah s celkovou abstinenčnou sebaúčinnosťou ($\rho = 0,229$) na hladine významnosti $p < 0,01$, rovnako ako so subškálami fyzický a iný nepokoj ($\rho = 0,229$, $p < 0,01$) a odopretie a túžba ($\rho = 0,229$, $p < 0,01$), a negatívne pocity ($\rho = 0,215$), sociálne pozitívne situácie ($\rho = 0,175$) na hladine významnosti $p < 0,05$. Medzi náboženskou pohodou a abstinenčnou sebaúčinnosťou a jej subškálami nebol preukázaný signifikantný vzťah ($p > 0,05$).

Hypotéza č. 4 predpokladala signifikantný negatívny vzťah medzi úrovňou spirituálnej pohody a úrovňou pokušenia piť. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 13.

Tabuľka č. 13 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi spirituálnou pohodou a pokušením piť

N=107	AASET celkom	AASET negat. pocity	AASET soc./poz. situácie	AASET fyz. a iný nepokoj	AASET odopretie a túžba
Náboženská pohoda SWBS	-0,160	-0,173*	-0,187*	-0,158	-0,085
Existenciálna pohoda SWBS	-0,221*	-0,244**	-0,186*	-0,284**	-0,168*
Spirituálna pohoda celkom	-0,182*	-0,205*	-0,184*	-0,225*	-0,123

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *jednosmerný test signifikancie*
AASET – Pokušenie piť, SWBS – Škála spirituálnej pohody

Hypotéza č. 4 sa potvrdila. Spirituálna pohoda má signifikantný slabý negatívny vzťah ($\rho = -0,182$, $p < 0,05$) s pokušením piť.

Rovnako sme zistili signifikantne slabé negatívne vzťahy spirituálnej pohody s tromi subškálami pokušenia piť, a to sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,184$), negatívne pocity ($\rho = -0,205$) a fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,225$) na hladine významnosti $p < 0,05$. Ďalej sme zistili signifikantne slabé negatívne vzťahy medzi dimenziami spirituálnej pohody a jednotlivými subškálami pokušenia piť. Existenciálna pohoda vykazovala signifikantne slabé negatívne korelácie so všetkými subškálami pokušenia piť, vrátane celkovej úrovne pokušenia piť ($\rho = -0,221$, $p < 0,05$). Zistili sme signifikantné slabé negatívne vzťahy medzi existenciálnou pohodou a subškálou odopretie a túžba ($\rho = -0,168$), sociálne/pozitívne

situácie ($\rho = -0,186$) na hladine významnosti $p < 0,05$, a negatívne pocity ($\rho = -0,244$), fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,284$) na hladine významnosti $p < 0,01$. Náboženská pohoda vykazovala signifikantne slabé negatívne korelácie s dvomi subškálami pokušenia piť, negatívne pocity ($\rho = -0,173$) a sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,187$) na hladine významnosti $p < 0,05$.

V rámci tretej výskumnej otázky nás zaujímal vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou abstinencie sebaúčinnosti, a pokušenia piť u bývalých alkoholikov. Stanovené hypotézy sme overovali využitím Spearmanovej neparametrickej korelačnej analýzy.

Hypotéza č. 5 predpokladala signifikantný pozitívny vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou abstinencie sebaúčinnosti. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tab. č. 14.

Tabuľka č. 14 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi nádejou a abstinenciou sebaúčinnosťou

N=107	AASEC celkom	AASEC negat. pocity	AASEC soc./poz. situácie	AASEC fyz. a iný nepokoj	AASEC odopretie a túžba
Cesta SHS	0,099	0,057	0,084	0,096	0,098
Snaha SHS	0,148	0,138	0,136	0,142	0,108
Nádej celkom	0,142	0,113	0,127	0,137	0,120

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *jednosmerný test signifikancie*
 AASEC- Abstinencia sebaúčinnosť, SHS – Snyderova škála nádeje

Na základe výsledkov sme nezistili signifikantný vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou abstinencie sebaúčinnosti ($\rho = 0,142$, $p > 0,05$). Hypotéza č. 5 sa teda nepotvrdila.

Nezistili sme ani signifikantné vzťahy medzi nádejou a jednotlivými subškálami abstinencie sebaúčinnosti ($p > 0,05$). Rovnako jednotlivé dimenzie nádeje nevykazovali žiadne signifikantné vzťahy ($p > 0,05$) s celkovou úrovňou abstinencie sebaúčinnosti a jej jednotlivými subškálami.

Hypotéza č. 6 predpokladala signifikantný negatívny vzťah medzi úrovňou nádeje a úrovňou pokušenia piť. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 15.

Tabuľka č. 15 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy medzi nádejou a pokušením piť

N=107	AASET celkom	AASET negat. pocity	AASET soc./poz. situácie	AASET fyz. a iný nepokoj	AASET odopretie a túžba
Cesta SHS	-0,226**	-0,232**	-0,273**	-0,279**	-0,218*
Snaha SHS	-0,092	-0,182*	-0,092	-0,186*	-0,028
Nádej celkom	-0,187*	-0,240**	-0,192*	-0,266**	-0,155

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *jednosmerný test signifikancie*
 AASET – Pokušenie piť, SHS – Snyderova škála nádeje

Hypotéza č. 6 bola potvrdená. Výsledky preukázali signifikantne slabý negatívny vzťah medzi nádejou a pokušením piť ($\rho = -0,187$, $p < 0,05$).

Zistili sme, že úroveň nádeje má signifikantne slabé negatívne vzťahy aj so subškálami pokušenia piť, a to sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,192$, $p < 0,05$) a negatívne pocity ($\rho = -0,240$), fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,266$) na hladine významnosti $p < 0,01$. Dimenzia nádeje, cesta vykazovala s celkovým pokušením piť ($\rho = -0,226$, $p = 0,01$), vrátane jeho všetkých subškál signifikantne slabé negatívne vzťahy. Zistili sme medzi dimenziou cesta signifikantne slabé negatívne vzťahy so subškálou negatívne pocity ($\rho = -0,232$), sociálne/pozitívne situácie ($\rho = -0,273$), fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,279$) na hladine významnosti $p < 0,01$, a taktiež odopretie a túžba ($\rho = -0,218$, $p < 0,05$). Dimenzia snaha mala signifikantne slabé negatívne vzťahy so subškálou negatívne pocity ($\rho = -0,182$) a fyzický a iný nepokoj ($\rho = -0,186$) na hladine významnosti $p < 0,05$.

V rámci štvrtej výskumnej otázky sme sa zaoberali vzťahom medzi zmenami sledovaných existenciálnych a spirituálnych premenných (zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou) a zmenami abstinenciej sebaúčinnosti, a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiacov.

Na základe stanovenej výskumnej otázky sme ako sa ako prvým zaoberali vzťahom medzi zmenami zmyslu života, spirituálnej pohody, nádeje a zmenami abstinenciej sebaúčinnosti v priebehu času počas 6-mesiacov použitím Spearmanovej neparametrickej korelačnej analýzy.

Hypotéza č. 7 predpokladala, že existuje signifikantný pozitívny vzťah medzi zmenami úrovne spirituálnej pohody a úrovňou abstinenciej sebaúčinnosti v priebehu času počas 6-mesiakov.

Na základe výsledkov sa hypotéza č. 7 nepotvrdila. Zistili sme, že zmeny spirituálnej pohody nemajú signifikantný vzťah ($\rho = -0,027$, $p > 0,05$) so zmenami úrovne abstinenciej sebaúčinnosti. Výsledky uvádzame v tabuľke č. 16

Tabuľka č.16 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien medzi spirituálnou pohodou a abstinencnou sebaúčinnosťou v priebehu času počas 6-mesiakov.

N=84	Zmena spirituálnej pohody t ₁ - t ₂
Zmena abstinenciej sebaúčinnosti t ₁ - t ₂	-0,027

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$
t₁- na začiatku, t₂ – o 6-mesiakov neskôr

jednosmerný test signifikancie

Na základe výskumnej otázky nás zaujímali aj vzťahy zmien v ostatných premenných, a to vzťah medzi zmenou zmyslu života, nádeje a zmenou abstinenciej sebaúčinnosti počas 6-mesiakov. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 17.

Tabuľka č. 17 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien medzi zmyslom života, nádejou a abstinencnou sebaúčinnosťou v priebehu času počas 6-mesiakov.

N=84	Zmena zmyslu života t ₁ - t ₂	Zmena nádeje t ₁ - t ₂
Zmena abstinenciej sebaúčinnosti t ₁ - t ₂	0,109	0,025

Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$
t₁- na začiatku, t₂ – o 6-mesiakov neskôr

dvojsmerný test signifikancie

Na základe výsledkov korelačnej analýzy sme nezistili signifikantný vzťah ($p > 0,05$) medzi zmenami zmyslu života, nádeje a zmenou abstinenciej sebaúčinnosti v priebehu času.

Ako druhým v rámci štvrtej výskumnej otázky sme sa zaoberali súvislosťou zmien medzi zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou a pokušením piť v priebehu času počas 6-mesiakov využitím Spearmanovej neparametrickej korelačnej analýzy.

Hypotéza č. 8 predpokladala, že existuje signifikantný negatívny vzťah medzi zmenou úrovne zmyslu života a zmenou úrovne pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov. Hypotéza č. 8 bola potvrdená. Zistili sme signifikantný slabý negatívny vzťah medzi zmenami úrovne zmyslu života a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov ($\rho = -0,246$, $p < 0,05$). Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 18.

Tabuľka č. 18 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien zmyslu života a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov.

N=84	Zmena zmyslu života $t_1 - t_2$
Zmena pokušenia piť $t_1 - t_2$	-0,246*
Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ t_1 - na začiatku, t_2 – o 6-mesiakov neskôr	

Na základe výskumnej otázky nás ako posledné zaujímali aj vzťahy zmien v ostatných premenných, a to vzťah medzi zmenou spirituálnej pohody, nádeje a zmenou pokušenia piť počas 6-mesiakov. Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v tabuľke č. 19.

Tabuľka č. 19 Výsledky Spearmanovej korelačnej analýzy zmien spirituálnej pohody, nádeje a pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov.

N=84	Zmena spirituálnej pohody $t_1 - t_2$	Zmena nádeje $t_1 - t_2$
Zmena pokušenia piť $t_1 - t_2$	-0,253*	-0,103
Hladina významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ t_1 - na začiatku, t_2 – o 6-mesiakov neskôr		

Z uvedených výsledkov sme zistili signifikantný slabý negatívny vzťah len medzi zmenami spirituálnej pohody a zmenami pokušenia piť v priebehu času počas 6-mesiakov ($\rho = -0,253$, $p < 0,05$)

8.3 Regresná analýza

Ako posledné nás zaujímalo, ktoré zo sledovaných existenciálnych a spirituálnych premenných (zmysel života, spirituálna pohoda, nádej) sú prediktormi abstinencie sebaúčinnosti a pokušenia piť u bývalých alkoholikov aj o šesť mesiacov neskôr.

Túto výskumnú otázku sme si stanovili s predpokladom, že medzi skúmanými existenciálnymi a spirituálnymi premennými budú preukázané signifikantné vzťahy

s premennými súvisiacimi so schopnosťou abstinovať, ktoré budeme hlbšie skúmať prostredníctvom regresnej analýzy s cieľom, aby sme odhalili spomedzi sledovaných existenciálnych a spirituálnych premenných možné prediktory abstinenčnej sebaúčinnosti a pokušenia piť aj o šesť mesiacov neskôr.

Ako prvé sme skúmali spomedzi existenciálnych a spirituálnych premenných prediktory abstinenčnej sebaúčinnosti o 6 mesiacov neskôr. Previedli sme viacnásobnú regresnú analýzu za účelom zistenia lineárnej kombinácie nezávislých premenných: *zmysel života, spirituálna pohoda, nádej* pre predikciu *abstinenčnej sebaúčinnosti* o 6 mesiacov neskôr (závislá premenná).

Z výsledkov vyplýva, že táto kombinácia nezávisle premenných nie je signifikantným prediktorom úrovne abstinenčnej sebaúčinnosti o 6 mesiacov neskôr $F = 1,153$, $p > 0,05$ (tab. č. 21), pričom ani jedna z nezávislých premenných signifikantne neprispieva k predikcii. Hodnota koeficientu determinácie je $R^2 = 0,041$, čo vysvetľuje len 4,1% rozptylu hodnôt skóre abstinenčnej sebaúčinnosti o 6 mesiacov neskôr (tab. č. 20).

Tabuľka č. 20 Výsledky viacnásobnej lineárnej regresnej analýzy č.1

Model	N=84	R	R ²	Upravený R ²	Smer. chyba odhadu
		0,204	0,041	0,006	16,238

Tabuľka č. 21 Koeficienty modelu č. 1

Kritérium	Prediktor	B	Beta	t	Sig.
Abstinenčná sebaúčinnosť	Zmysel života t ₁	0,409	0,216	1,549	0,125
	Spirituálna pohoda t ₁	-0,054	-0,056	-0,408	0,684
	t ₂ Nádej t ₁	0,160	0,033	0,274	0,785

t₁- na začiatku, t₂ – o 6-mesiacov neskôr

Ako druhé sme skúmali spomedzi existenciálnych a spirituálnych premenných možné prediktory pokušenia piť o 6 mesiacov neskôr. Rovnako sme previedli viacnásobnú regresnú analýzu za účelom zistenia lineárnej kombinácie nezávislých premenných: *zmysel života, spirituálna pohoda, nádej* pre predikciu *pokušenia piť* o 6 mesiacov neskôr (závislá premenná).

Rovnako výsledky ukázali, že táto kombinácia nezávisle premenných nie je signifikantným prediktorom úrovne pokušenia piť o 6 mesiacov neskôr $F = 0,557$, $p > 0,05$

(tab. č. 23), pričom ani jedna z nezávislých premenných signifikantne neprispieva k predikcii. Hodnota koeficient determinácie je $R^2 = 0,020$, čo vysvetľuje len 2% rozptylu hodnôt skóre pokúšenia piť o 6 mesiacov neskôr (tab. č. 22).

Tabuľka č. 22 Výsledky viacnásobnej lineárnej regresnej analýzy č.2

Model	N=84	R	R ²	Upravený R ²	Smer. chyba odhadu
		0,143	0,020	-0,016	5,520

Tabuľka č. 23 Koeficienty modelu č. 2

Kritérium	Prediktor	B	Beta	t	Sig.
Pokúšenie piť t ₂	Zmysel života t ₁	-0,104	-0,163	-1,159	0,250
	Spirituálna pohoda t ₁	0,026	0,079	0,570	0,570
	Nádej t ₁	0,164	0,102	0,824	0,413

9 DISKUSIA

V našom výskume sme sa venovali existenciálnym a spirituálnym faktorom, ktoré sa ukázali ako protektívne v kontexte závislosti, a ktoré by tak mohli súvisieť aj so schopnosťou abstinovať u bývalých závislých alkoholikov. Keďže centrálnou charakteristikou závislosti na alkohole je práve silná túžba piť a problémy v sebaovládaní (Popov, 2002), ktoré sa prejavujú v strate schopnosti kontroly nad pitím alkoholu, je nutnosťou uzdravenia závislých práve abstinencia (Popov, 2003; Skála, 1988). Závislosť na alkohole je však chronickým a často recidivujúcim ochorením (Popov, 2002; Okruhlica, 1994) aj vplyvom rôznych vnútorných či vonkajších stimulov (Okruhlica, 1994). V období abstinencie sú závislí ľudia často ohrození rôznymi rizikovými situáciami, ktoré pre nich môžu vzbudzovať pokušenie piť alkohol. Vnímaná sebaúčinnosť v tomto období pomáha abstínujúcim zvládať tieto situácie a udržať tak ich abstinenciu (Bandura, 1999; DiClemente, 1986; Marlatt, Baer, Quigley, 1995), a preto sme považovali za dôležité bližšie skúmať abstinenčnú sebaúčinnosť a pokušenie piť u bývalých alkoholikov, ktoré odrážajú ich schopnosť abstinencie v bežnom živote.

V našej prvej výskumnej otázke sme sa zaoberali vzťahmi zmyslu života a abstinenčnou sebaúčinnosťou, a pokušením piť. Ako prvé sme overovali vzťah zmyslu života a abstinenčnej sebaúčinnosti, pričom sme vychádzali z výskumu, ktorý naznačil súvislosť medzi nižšou zmyslupnosťou a zhoršenou kontrolou nad pitím alkoholu v rôznych situáciách u závislých alkoholikov (Marsh et al., 2003). Naša hypotéza o tom, že zmysel života pozitívne súvisí s abstinenčnou sebaúčinnosťou bola potvrdená. Výsledky korelácie naznačili rovnako pozitívny vzťah nie len medzi celkovou úrovňou zmyslupnosti života a abstinenčnej sebaúčinnosti, ale aj vzájomné pozitívne vzťahy medzi ich jednotlivými dimenziami a subškálami. Zistili sme tak, že vyššia zmyslupnosť súvisí s vyššou abstinenčnou sebaúčinnosťou u bývalých alkoholikov. V tomto prípade si dovoľíme poukázať aj na štúdiu Waisbergovej a Portera (1994), ktorí ako sme uviedli, zistili nárast prežíanej zmyslupnosti u závislých počas liečby, avšak táto štúdia poukázala aj na nejednotné výsledky, čo sa týka predikcie úrovne zmyslu života a následnej abstinencie. Ako sa ukázalo, nie všetci závislí s vysokou úrovňou zmyslupnosti na konci liečby následne aj abstinovali. V skupine absolventov liečby zameranej na duchovné hodnoty aj napriek vysokým úrovňam zmyslupnosti dochádzalo k recidívam, kým skupina s vysokými

úrovňami zmysluplnosti, ktorá absolvovala liečbu zameranú na získanie zvládacích zručností abstinovала. Autori na tieto výsledky argumentovali tým, že zmysel života tejto skupiny absolventov mohol byť odvodený ako vedľajší produkt napr. sociálnych zručností či sebaúčinnosti (Waisberg, Porter, 1994). Domnievame sa, že tento prípad, aj keď nie explicitne, naznačuje pozitívnu súvislosť medzi zmysluplnosťou života a vnímanou sebaúčinnosťou u absolventov liečby. Lukasová (2012) hovorí rovnako o dôležitosti zmyslu života pre abstinujúcich, ktorého súčasťou je aj sebaovládanie a zdržanlivosť závislého.

V našej druhej hypotéze sme predpokladali negatívny vzťah medzi zmyslom života a pokušením piť. Výsledky našej korelačnej analýzy potvrdili tento negatívny vzťah medzi zmysluplnosťou života a pokušením piť u bývalých alkoholikov, čo je v súlade so zisteniami štúdie Roos et al. (2015), ktorí rovnako zistili negatívne korelácie medzi zmyslom života a pokušením piť u závislých počas liečby, taktiež pri následnom 15 mesačnom sledovaní. Rovnako sme zistili na základe výsledkov negatívne vzťahy nie len medzi celkovou životnou zmysluplnosťou a pokušením piť, ale aj medzi ich jednotlivými dimenziami a subškálami. Zaujímavosťou je, že celková úroveň zmyslu života a jej dimenzie nemali vzťah so subškálou odopretie a túžba škály pokušenia piť. Roos et al. (2015) vo svojom výskume použili práve túto subškálu škály pokušenia piť, na rozdiel od nás, kedy my sme použili celú škálu pokušenia piť. Predpokladáme, že tieto rozdiely medzi našimi výsledkami a uvedenou štúdiou sú v tom, že pacienti počas liečby, hlavne na jej začiatku môžu pociťovať pokušenie piť, ktoré sa týka predovšetkým odopretia alkoholu a túžby piť, na rozdiel od našej výskumnej vzorky, ktorá pozostávala prevažne z dlhšie abstinujúcich bývalých alkoholikov, pre ktorých pokušenie piť predstavujú skôr rizikové situácie, s ktorými sa stretávajú v bežnom živote v podobe negatívnych pocitov, sociálnych/pozitívnych situácií či fyzického a iného nepokoja. Ako uvádzajú Roos et al. (2015), pre závislých ľudí, ktorých cieľom je práve abstinencia môže pokušenie piť priniesť existenciálnu krízu, pri ktorej je rozhodnutie zostať abstinantom v konflikte s touto túžbou. Ako ukázali výsledky našej analýzy vyššia životná zmysluplnosť súvisí s nižším pokušením piť u bývalých alkoholikov. Aj keď je tvorba zmyslu života celoživotnou úlohou, vynára sa predovšetkým v ťažkých životných situáciách (Křivohlavý, 2006). Frankl (2013) poukazuje na to, že v živote človeka neexistuje žiadna životná situácia bez zmyslu, a že človek môže premeniť svoje utrpenie na výkon a na niečo pozitívne prostredníctvom pre neho dôležitých hodnôt. V rámci našej výskumnej otázky č. 1 výsledky možno zhrnúť nasledovne, čím vyššiu zmysluplnosť života bývalí alkoholici prežívajú, tým je ich abstinčná sebaúčinnosť vyššia a pokušenie piť nižšie.

V druhej výskumnej otázke sme sa zaoberali vzťahom spirituálnej pohody a abstinencnej sebaúčinnosti, a pokušením piť. Na základe predchádzajúcich štúdií (Mason et al., 2009; Piderman et al., 2007) sme v našej hypotéze č. 3 predpokladali pozitívny vzťah medzi spirituálnou pohodou a abstinencnou sebaúčinnosťou. Výsledky korelácie nepreukázali vzťah a predpoklad sa tak nepotvrdil. Domnievame sa, že výsledok mohol ovplyvniť aj fakt, že v uvedených štúdiách pozostávali výskumné vzorky prevažne z respondentov, ktorí boli súčasťou liečebných programov a tieto liečebné programy zahŕňali aj duchovne založené 12-krokové programy. Ako uvádzajú Piderman et al. (2008) v nadväznosti na svoju pôvodnú štúdiu, kde výskumná vzorka pozostávala z pôvodných respondentov, ktorí boli sledovaní aj rok po ukončení liečebného programu, vo svojich výsledkoch uvádzajú, že spirituálna pohoda nesúvisela s následnou 1-ročnou abstinenciou, ale existenciálna pohoda a abstinencná sebaúčinnosť, vrátane súkromných duchovných praktík áno. Výsledky našej korelačnej analýzy poukázali práve na pozitívny vzťah existenciálnej pohody a abstinencnej sebaúčinnosti, rovnako ako s jej všetkými subškálami. Keďže existenciálna pohoda sa týka predovšetkým horizontálnej dimenzie človeka a existenciálnych otázok o zmysle života (Ellison, 1983; Stríženec, 2007), považujeme tento výsledok za blízky, ale nie identický s hypotézou č. 1, kde sa potvrdil vzťah medzi zmyslom života a abstinencnou sebaúčinnosťou.

V rámci 4. hypotézy sme predpokladali negatívny vzťah medzi spirituálnou pohodou a pokušením piť. Výsledky korelačnej analýzy potvrdili našu hypotézu a preukázali negatívny vzťah medzi spirituálnou pohodou a pokušením piť, čo je v súlade so zisteniami štúdií (Gordon et al., 2006; Mason et al., 2009), ktorých výsledky poukázali na negatívny vzťah spirituality s túžbou piť. Naše výsledky ďalej preukázali aj na negatívny vzťah medzi spirituálnou pohodou a ostatnými subškálami pokušenia piť, okrem subškály odopretie a túžba, na základe tohto zistenia predpokladáme, že vyššia spirituálna pohoda súvisí s celkovým nižším pokušením piť v rôznych situáciách, predovšetkým v situáciách týkajúcich sa negatívnych pocitov, fyzického a iného nepokoja, a v sociálnych alebo pozitívnych situáciách, s ktorými sú abstinujúci bývalí alkoholicy často privádzaní do pokušenia napiť sa alkoholu. Rovnako aj v tomto prípade sme na základe výsledkov korelačnej analýzy zistili negatívny vzťah medzi existenciálnou pohodou a pokušením piť, a všetkými jej subškálami, podobne ako pri hypotéze č. 2, kde bol potvrdený negatívny vzťah zmyslu života a pokušenia piť.

V rámci vzťahov sme sa zaoberali vo výskumnej otázke č. 3 súvislosťou medzi nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou, a pokušením piť. Na pozitívnu úlohu nádeje v súvislosti so zvládaním návykového správania poukazujú Kimball et al. (2017). Taktiež viacerí autori (Irving et al., 1998; McCoy in Krentzman, 2013) zistili pozitívnu súvislosť medzi nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou, na základe čoho sme v hypotéze č. 5 predpokladali pozitívny vzťah nádeje a abstinenčnej sebaúčinnosti. Tento predpoklad sa však nepotvrdil na základe výsledkov korelačnej analýzy, ktorá nepreukázala vzťah medzi nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou. Predpokladáme, že rozdielne výsledky môžu byť odrazom rozdielnosti jednotlivých výskumných vzoriek, ako aj rozdielných použitých výskumných metód. Kimball et al. (2017) použili semištrukturované rozhovory a výskumnú vzorku tvorili študenti zúčastňujúci sa programu pre uzdravenie a programu založenom na 12-krokoch. Výskumnú vzorku štúdie McCoy (in Krentzman, 2013) tvorili ako závislí na alkohole, tak aj od drog, ktorí abstinovali minimálne 6 mesiacov. Vo výskume Irving et al. (1998) výskumná vzorka pozostávala z obyvateľov a absolventov rezidenčného liečebného programu pre závislých veteránov bezdomovcov a skúmali aktuálnu nádej.

Aj keď Irving et al. (1998) zistili pre uvedenú výskumnú vzorku, že vyššia nádej súvisela s vyššou sebaúčinnosťou, no pri rozdelení výskumnej vzorky na obyvateľov a absolventov liečebného programu zistili rozdiely. Nádej bola spojená s abstinenčnou sebaúčinnosťou, väčšou vnútornou motiváciou pre odvykanie od drog, väčšou sociálnou oporou a lepšou kvalitou života pre súčasných obyvateľov liečebného programu, na rozdiel od absolventov. U absolventov liečby nádej súvisela len s kvalitou života. Ako možné vysvetlenie autori poznamenávajú, že pre absolventov liečby ich súčasné nádejné myslenie môže odrážať viac cieľ, ktoré sa týkajú aj iných oblastí ako len uzdravenia, akými sú napr. pracovné a osobné vzťahy. Podobne Laudet, Morgen a White (2006) vo výskume poukázali aj na to, že dlhšou dobou abstinencie sa môže zvyšovať kvalita života závislých ľudí.

Na rozdielnosť výsledkov mohol vplývať aj fakt, že sme skúmali nádej ako osobnostnú črtu, ktorá je podľa autorov (Snyder et al., 1991) konzistentná v čase a situáciách. Ako poznamenáva Snyder (2000, 2002), nádej sa netýka len konkrétnej a špecifickej situácie, ale zahŕňa dlhodobejšie a všeobecnejšie ciele na rozdiel Bandurovej sebaúčinnosti, z ktorej vychádza aj abstinenčná sebaúčinnosť, ktorá sa podľa autorov (DiClemente et al., 1994), týka práve schopnosti človeka zdržať sa pitia alkoholu v konkrétnych rizikových situáciách.

V rámci tejto otázky sme sa v hypotéze č. 6 zaoberali aj vzťahom nádeje a pokušenie piť, kde sme predpokladali negatívny vzťah medzi nádejou a pokušením piť. Tento predpoklad

bol potvrdený, čo je v súlade so zisteniami Bradshaw et al. (in Kimball et al., 2017), ktorí poukázali na to, že prítomnosť nádeje môže zmiernovať túžbu piť. Ako uvádza Krivohlavý (2010) ľudia so silnou nádejou a vôľou sa pri prekážkach nevzdávajú na ceste k ich cieľu, ale práve naopak, berú ich ako výzvy a sústreďujú sa na to, aby zvládali úspešne ich problém. Naše výsledky naznačili, že vyššia nádej pomáha bývalým alkoholikom zvládať pokušenie piť nie len celkom, ale aj v situáciách, kedy prežívajú negatívne pocity, fyzický alebo iný nepokoj a taktiež v sociálnych a pozitívnych situáciách. Zaujímavosťou je aj to, že výsledky poukázali aj na negatívne vzťahy medzi dimenziou cesty a všetkými subškálami pokušenia piť, vrátane celkového pokušenia piť. Ľudia s vyššou mierou nádeje sú schopní vytvárať okrem primárnej cesty k cieľu aj pravdepodobné alternatívne cesty, predovšetkým pri prekážkach pri ich snahe za určitým cieľom (Snyder, 2002), čo sa môže u závislých ľudí odrážať aj na väčšej obozretnosti pri vytváraní a zavádzaní stratégií na zabránenie recidívy a obnovení ich záväzku k uzdraveniu po prípadnej recidíve (Irving et al., 1998). Dimenzia snaha mala negatívny vzťah s pokušením piť, týkajúceho sa negatívnych pocitov a fyzického a iného nepokoja. Snaha poháňa ľudí na ceste k ich cieľu, hlavne pri prekonávaní prekážok (Snyder, 2000, 2002), ktoré, ako sa ukázali v našom prípade môžu byť v podobe negatívnych pocitov či fyzického nepokoja pre bývalých alkoholikov.

V rámci výskumnej otázky č. 4 sme sa venovali vzťahom zmien medzi premennými. Prvým sme sa zaoberali vzťahom zmeny medzi zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou a zmenou abstinencnej sebaúčinnosti. Ako prvé sme overovali v hypotéze č. 7 predpoklad pozitívneho vzťahu medzi zmenou spirituálnej pohody a zmenou abstinencnej sebaúčinnosti počas 6-mesiakov, pričom sme vychádzali zo štúdie Piderman et al. (2007), ktorej výsledky poukázali na možnú súvislosť týchto zmien Tento predpoklad sa v našej korelačnej analýze však nepotvrdil. Domnievame sa, že tento výsledok môže súvisieť so skutočnosťou, že ani hypotéze č. 3 sa nepotvrdil ani vzťah medzi spirituálnou pohodou a abstinencnou sebaúčinnosťou. Výsledok samozrejme môže byť ovplyvnený aj skutočnosťami, na ktoré sme poukázali vyššie v prípade nepotvrdeného vzťahu v hypotéze č. 3, rovnako aj rôznym časovým horizontom. Aj keď sa väčšina našich respondentov na základe vierovyznania označila za veriacich, ako uvádzajú Farský, Žiaková a Ondrejka (2010) religiozita môže, ale nemusí ovplyvňovať prejavy spirituality navonok v bežnom živote ľudí. Spiritualita sa prejavuje v živote ľudí v podobe spirituálnych potrieb, z ktorých pramení prežívaná spirituálna pohoda (Farský, Smetánka, Dubinská, 2012).

Taktiež sme ďalej nezistili vzťahy ani medzi zmenou abstinenčnej sebaúčinnosti a zmenami nádeje a zmyslu života počas 6-mesiakov. To, že zmeny nádeje nesúviseli so zmenami abstinenčnej sebaúčinnosti môže taktiež rovnako súvisieť s hypotézou č. 5, kde sme nezistili žiadny vzťah medzi nádejou a abstinenčnou sebaúčinnosťou, a taktiež odlišnosťou oboch premenných, na ktorú sme vyššie poukázali. Zaujímavosťou je zistenie, že i napriek počiatočnej súvislosti zmyslu života s abstinenčnej sebaúčinnosti sa nepotvrdil vzťah medzi zmenou zmysluplnosti života a zmenou abstinenčnej sebaúčinnosti počas sledovaného obdobia. Domnievame sa, že na uvedené zmeny mohla vplývať pokračujúca abstinencia respondentov, ktorá by nemala byť cieľom, ale prostriedkom pre kvalitnejší a hodnotnejší život (Skála, 1987), a ktorá umožňuje zamerať sa pre človeka na hodnotné ciele (Lukasová, 2012), s čím môžu súvisieť zmeny hodnôt a teda aj zmyslu života, ktorý sa podľa Frankla (2011) neustále mení. Rovnako tak aj v prípade nádeje sa ciele pokračujúcou abstinenciou môžu meniť na dlhodobejšie a môžu sa týkať aj iných oblastí akou je abstinencia (Irving et al., 1998).

Rovnako nás zaujímal vzťah medzi zmenou existenciálnych a spirituálnych premenných a zmenou pokušenia piť v priebehu 6-mesiakov. Na základe zistení štúdie Roos et al. (2015) sme v hypotéze č. 8 predpokladali negatívny vzťah medzi zmenou zmyslu života a zmenou pokušenia piť v priebehu času. Tento predpoklad bol potvrdený a výsledky preukázali negatívny vzťah medzi uvedenými zmenami. Zvyšujúce úrovne zmysluplnosti súviseli so znižujúcimi úrovňami pokušenia piť u bývalých alkoholikov. Roos et al. (2015) poukázali na to, že zvyšujúcou zmysluplnosťou súvisí znižujúce sa pokušenie piť v priebehu času. Rovnako sme zistili negatívny vzťah medzi zmenou spirituálnej pohody a zmenou pokušenia piť, teda zvyšujúca spirituálna pohoda súvisela so znižujúcim pokušením piť. Podľa Mason et al. (2009) rastúcou spiritualitou sa znižuje túžba piť. Taktiež Zinnbauer a Pargament (2005) uvádzajú, že v priebehu času sa môže spiritualita ľudí vyvíjať a meniť. Aj keď sa spočiatku v našom výskume v hypotéze č. 6 potvrdil vzťah medzi vyššou úrovňou nádeje a nižším pokušením piť, avšak počas 6-mesačných zmien sme na základe výsledkov nezistili vzťah medzi zmenou nádeje a zmenou pokušenia piť. Taktiež sa domnievame, že vplyv mohla mať pokračujúca dĺžka abstinencie a s ňou súvisiace zmeny predovšetkým v oblasti nádeje.

Ako posledné nás vo výskumnej otázke č. 5 zaujímal, ktoré zo sledovaných existenciálnych a spirituálnych premenných sú prediktormi abstinenčnej sebaúčinnosti a pokušenia piť aj o šesť mesiacov neskôr. Ako sa ukázalo počiatočná úroveň zmysluplnosti,

príznakov na osobu u závislých na alkohole. Taktiež Ujhelyi, Carson a Holland (2016), poukazujú na odlišnosti medzi závislými bez iného psychického ochorenia a závislými s duálnou diagnózou. Ďalším obmedzením môže byť aj fakt, že i napriek zaručenej anonymite, nemuseli byť respondenti ochotní vypovedať o informáciách, ktoré považovali za veľmi osobné, no tiež si mohli subjektívne interpretovať niektoré položky v dotazníkoch.

Za prínos našej práce považuje zaoberanie sa problematikou závislosti z perspektívy abstinencie. Poukázali sme na to, že predošlé výskumy v kontexte závislosti, či už zamerané na zmysluplnosť života, nádej, spiritualitu a sebaúčinnosť sa venovali predovšetkým ich úrovniam, zmenám alebo predikciou výsledkov v súvislosti s návykovým správaním a abstinenciou. Na základe štúdií, hoci ich je podľa našich zistení len veľmi málo sme sa snažili zistiť súvislosti medzi existenciálnymi a spirituálnymi premennými nie s abstinenciou, ale práve s premennými, ktoré s abstinenciou úzko súvisia, a priniesť tak nové poznatky, a to aj z dlhodobej perspektívy. Aj keď považujeme výber výskumnej vzorky z časti za obmedzujúci, no zároveň ho možno považovať aj za prínos, keďže výskumov ktoré sa venujú abstinujúcim alkoholikom je málo. Za prínos taktiež považujeme komplexné skúmanie pokušenia piť týkajúceho sa rôznych situácií, ktoré môžu u abstinujúcich vzbudzovať rôznu intenzitu baženia po alkohole, a tým prispieť k ich recidíve.

Súhlasíme s názorom autorov Mathis et al. (2009), ktorí zdôrazňujú, že zneužívanie návykových látok je pre človeka zničujúcim utrpením, a preto akékoľvek poznatky o faktoroch, ktoré môžu zvyšovať šance na úspešné uzdravenie sú prospešné pre oblasť venujúcej sa danej problematike.

Výsledky našej práce otvorili do budúcnosti priestor pre úvahu a ďalšie overovanie, čo môže determinovať schopnosť abstinencie a čo sa môže podieľať na jej zlepšovaní. Bolo by zaujímavé venovať sa týmto otázkam z dlhodobej perspektívy, a to už od začiatku liečby závislých aj po následné, dlhodobejšie sledovanie po skončení liečby, a zachytiť tak výraznejšie zmeny v priebehu času.

ZÁVER

Na základe teoretických konceptov a výskumných zistení, ktoré poukazovali na prepojenie medzi existenciálnymi a spirituálnymi premenným s abstinenciou, sme sa rozhodli zrealizovať výskum zameraný na skúmanie vzťahu uvedených premenných s premennými, ktoré sa ukázali ako dôležité nie len pre samotnú abstinenciu, ale predovšetkým pre udržanie abstinencie. Abstinencia je dôležitá pre bývalých alkoholikov, ktorí môžu byť dennodenne vystavení rôznym situáciám, ktoré ju ohrozujú.

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť vzťahy medzi zmyslom života, spirituálnou pohodou, nádejou a abstinenciou sebaúčinnosťou, a pokušením piť u bývalých alkoholikov, a to aj z dlhodobej perspektívy. Výsledky nášho výskumu preukázali pozitívny vzťah medzi zmyslom života a abstinenciou sebaúčinnosťou, a taktiež negatívny vzťah zmyslu života s pokušením piť. Spirituálna pohoda negatívne súvisela len s pokušením piť, rovnako aj v prípade nádeje výsledky preukázali negatívny vzťah len s pokušením piť. Keďže sme skúmali vzťahy medzi uvedenými premennými aj z dlhodobej perspektívy, výsledky nepreukázali žiadny vzťah medzi zmenami zmyslu života, spirituálnej pohody, či nádeje so zmenami abstinenciou sebaúčinnosti počas 6-mesiakov. Naopak, v prípade zmien pokušenia piť sme zistili negatívny vzťah medzi zmenami pokušenia piť a zmenami zmyslu života, a taktiež negatívny vzťah sa preukázal aj medzi zmenou pokušenia piť a zmenou spirituálnej pohody počas sledovaného obdobia. Zaujímavosťou bolo zistenie, že ani jedna z počiatočných úrovní existenciálnych a spirituálnych premenných nebola prediktorom následnej abstinenciou sebaúčinnosti a pokušenia piť o 6 mesiacov neskôr.

Výsledky našich zistení naznačili prospešnosť existenciálnych a spirituálnych premenných predovšetkým v súvislosti s pokušením piť v rôznych situáciách, ktoré sa môžu podieľať na recidíve závislých, ktorí sa snažia udržať abstinenciu.

Keďže schopnosť udržať abstinenciu je dôležitým predpokladom pre plnohodnotný a kvalitný život nie len závislého človeka, ale aj jeho okolia, mala by sa venovať väčšia pozornosť nie len skúmaniu existenciálnych a spirituálnych premenných, ale aj ich vzájomného vzťahu so sebaúčinnosťou a pokušením piť závislého človeka, ktorý sa po liečbe vracia do prostredia, v ktorom jeho závislosť neraz začala a ktoré pre neho môže byť veľkým pokušením znova podľahnúť.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ADAMSON, S. J. – SELLMAN, J. D. – FRAMPTON, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 36, no. 1, pp. 75-86. ISSN 0740-5472.

ALLSOP, S. – SAUNDERS, B. – PHILLIPS, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, vol. 95, no. 1, pp. 95-106. ISSN 1360-0443.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, vol. 84, no. 2, pp. 191-215. ISSN 1939-1471.

BANDURA, A. (1986). From Thought to Action: Mechanisms of Personal Agency. *New Zealand Journal of Psychology*, vol. 15, no. 1, pp. 1-17. ISSN 0112-109X.

BANDURA, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). vol. 4. New York: Academic Press. 651 pp. ISBN 978-0-12-226920-2.

BANDURA, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45). 1st ed. New York: Cambridge University Press, 334 pp. ISBN 978-0-521-58696-2.

BANDURA, A. (1999). A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: An Agentic Perspective. *Psychological Science*, vol. 10, no. 3, pp. 214-217. ISSN 1467-9280.

BECK, A. T. – STEER, R. A. – SHAW, B. F. (1984). Hopelessness in alcohol- and heroin-dependent women. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 40, no. 2, pp. 602-606. ISSN 1097-4679.

BLISS, D. L. (2007). Empirical Research on Spirituality and Alcoholism: A Review of the Literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 7, no. 4, pp. 5-25. ISSN 1533-256X.

BURLING, T. A. – REILLY, P. M. – MOLTZEN, J. O. – ZIFF, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 50, no. 4, pp. 354-360. ISSN 0096-882X.

CARBONARI, J. P. - DICLEMENTE, C. C. (2000). Using Transtheoretical Model Profiles to Differentiate Levels of Alcohol Abstinence Success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, no. 5, pp. 810-817. ISSN 1939-2117.

CARROLL, S. (1993). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 54, no. 3, pp. 297-301. ISSN 0096-882X.

CONNER, B. T. – ANGLIN, M. D. – ANNON, J. – LONGSHORE, D. (2009). Effect of Religiosity and Spirituality on Drug Treatment Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 36, no. 2. pp. 189-198. ISSN 1556-3308.

CONNORS, G. J. – MAISTO, S. A. – ZYWIAK, W. H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, vol. 91, no. suppl., pp. 173-189. ISSN 1360-0443.

COOK, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, vol. 99, no. 5, pp. 539-551. ISSN 1360-0443.

ĎANOVSKEÝ, J. (2016). Úroveň spirituality a úspešnosť liečby u závislých. *Psychiatria pre prax*, roč. 17, č. 1, s. 33-36. ISSN 1339-4258.

DICLEMENTE, C. C. – CARBONARI, J. P. – MONTGOMERY, R. P. - HUGHES, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 55, no. 2, pp. 141-148. ISSN 0096-882X.

DICLEMENTE, C. C. (1986). Self-Efficacy and the Addictive Behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 4, no. 3, pp. 302-315. ISSN 0736-7236.

DICLEMENTE, C. C. (2003). *Addiction and Change. How Addictions Develop and Addicted People Recover*. 1 st. New York: The Guilford Press, 317 pp. ISBN 1-57230-057-4.

DYSON, J. – COBB, M. – FORMAN, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, no. 6, pp. 1183-1188. ISSN 1365-2648.

ELLISON, C. W. (1983). Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, vol. 11, no. 4, pp. 330-338. ISSN 0091-6471.

FARSKÝ, I. – SMETÁNKA, A. – DUBINSKÁ, S. (2012). Spiritualita pacientov s vybranými psychiatrickými diagnózami. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, roč. 3, č. 3, s. 433-441. ISSN 1804-2740.

FARSKÝ, I. – ŽIAKOVÁ, K. – ONDREJKA, I. (2010). Konceptualizácia spirituality. In: L. Sikorová - R. Bužgová (Eds.), *Ošetrovateľský výzkum a praxe založená na dôkazoch* (s. 30-36). Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 143 s. ISBN 978-80-7368-694-9.

FRANKL, V. E. (1997). *Vůle k smyslu*. 2. vyd. Brno: Cesta, 212 s. ISBN 80-85139-63-2.

FRANKL, V. E. (2011). *Hľadanie zmyslu života. Napriek všetkému povedať životu áno*. Bratislava: Eastone Book, 131 s. ISBN 978-80-8109-159-9.

FRANKL, V. E. (2013). *Utrpenie z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: LÚČ, 128 s. ISBN 978-80-7114-921-7.

GERWOOD, J. B. (1998). The Existential Vacuum in Treating Substance-Related Disorders. *Psychological Reports*, vol. 83, no. 3, pp. 1394-1394. ISSN ISSN: 00332941. eISSN: 1558691X.

GOLDBECK, R. – MYATT, P. – AITCHISON, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, vol. 92, no. 3, pp. 313-324. ISSN 1360-0443.

GORDON, S. M. – STERLING, R. – SIATKOWSKI, C. – RAIVELY, K. – WEINSTEIN, S. – HILL, P. C. (2006). Inpatient Desire to Drink as a Predictor of Relapse to Alcohol Use Following Treatment. *American Journal on Addictions*, vol. 15, no. 3, pp. 242-245. ISSN 1521-0391.

GREENFIELD, S. F. – HUFFORD, M. R. – VAGGE, L. M. – MUENZ, L. R. – COSTELLO, M. E. - WEISS, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 61, no. 2, pp. 345-351. ISSN 0096-882X.

HACKLOVÁ, R. – KEBZA, V. (2014). Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá psychologie*, roč. 58, č. 2, s. 120-140. ISSN 0009-062X.

- HALAMA, P. (2000). Teoretické a metodologické prístupy k problematike zmyslu života. *Československá psychologie*, roč. 44, č. 3, s. 216-236. ISSN 0009-062X.
- HALAMA, P. (2001). Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: preklada adaptácia. *Československá psychologie*, roč. 45, č. 2, s. 135-141. ISSN 0009-062X.
- HALAMA, P. (2002). Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie*, roč. 46, č. 3, s. 265-276. ISSN 0009-062X.
- HALAMA, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 223 s. ISBN 978-80-80950-23-1.
- HARRIS, K. A. – HOWELL, D. S. – SPURGEON, D. W. (2018). Faith Concepts in Psychology: Three 30-Year Definitional Content Analyses. *Psychology of Religion and Spirituality*, vol. 10, no. 1, pp. 1-29. ISSN 1943-1562.
- HILL, P. C. – PARGAMENT, K. I. (2008). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. *Psychology of Religion and Spirituality*, vol. 5, no. 1, pp. 3-17. ISSN 1943-1562.
- HOHMAN, M. – LECROY, C. W. (1996). Predictors of Adolescent A. A. Affiliation. *Adolescence*, vol. 31, no. 122, pp. 339-352. ISSN 0001-8449.
- CHAVARRIA, J. – STEVENS, E. B. – JASON, L. A. – FERRARI, J. R. (2012). The Effects of Self-Regulation and Self-Efficacy on Substance Use Abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 30, no. 4, pp. 422-432. ISSN 1544-4538.
- ILGEN, M. – MCKELLAR, J. – TIET, Q. (2005). Abstinence Self-Efficacy and Abstinence 1 Year After Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 6, pp. 1175-1180. ISSN 1939-2117.
- IRVING, L. M. – SEIDNER, A. L. – BURLING, T. A. – PAGLIARINI, R. – ROBBINS-SISCO, D. (1998). Hope and Recovery from Substance Dependence in Homeless Veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology*. vol. 17, no. 4, pp. 389-406. ISSN 0736-7236.

IRVING, L. M. - SNYDER, C. R. - CROWSON, J. J, Jr. (1998). Hope and Coping with Cancer by College Women. *Journal of Personality*, Vol. 66, No. 2, pp. 195-214. ISSN 1467-6494.

JACKSON, R. – WERNICKE, R. – HAAGA, D. A. F. (2003). Hope as a predictor of entering substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, vol. 28, no. 1, pp. 13-28. ISSN 0306-4603.

JACOBSON, G. R. – RITTER, D. P. – MUELLER, L. (1977). Purpose in life and personal values among adult alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 33, no. 1, pp. 314-316. ISSN 1097-4679.

KALINA, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In: K. Kalina – J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (s. 97-102). 1. vyd. Česká republika: Úřad vlády, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. (2008). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: K. Kalina a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 293-305). 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KARAMAT, M. – AHMED, S. (2015). Collective self-esteem and hopelessness among people with substance use. *Pakistan Journal of Psychology*, vol. 46, no. 2, pp. 69-80. ISSN 0030-9869.

KAVENSKÁ, V. (2009). Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu. *E-psychologie*, roč. 3, č. 1, s. 1-11. ISSN 1802-8853. [online], [citované 13.1.2018]. Dostupné na internete: < <http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska.pdf> >.

KIMBALL, T. G. – SHUMWAY, S. T. – AUSTIN-ROBILLARD, H. – HARRIS-WILKES, K.S. (2017). Hoping and Coping in Recovery: A Phenomenology of Emerging Adults in a Collegiate Recovery Program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 35, no.1, pp. 46-62. ISSN 1544-4538.

KOENIG, H. G. – KING, D. E. – CARSON, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. 2nd. New York: Oxford University Press, 1192 pp. ISBN 978-0-19-533595-8.

KOENIG, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, vol. 2012, pp. 1-33. ISSN 2090-7966.

KOLIBÁŠ, E. – NOVOTNÝ, V. (2007). *Alkohol, drogy, závislosti*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 260 s. ISBN 978-80-223-2315-4.

KRENTZMAN, A. R. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 27, no. 1, pp. 151-165. ISSN 1939-1501.

KRENTZMAN, A. R. (2017). Longitudinal Differences in Spirituality and Religiousness between Men and Women in Treatment for Alcohol Use Disorders. *Psychology of Religion and Spirituality*, vol. 9, no. 1, pp. 11-21. ISSN 1943-1562.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 204 s. ISBN. 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2007). *Problematika smysluplnosti života v psychologii*. [online], [citované 01.03.2018]. Dostupné na internete: <<http://jaro.krivohlavy.cz/problematika-smysluplnosti-zivota-v-psychologii>>.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2010). *Pozitivní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 200 s. ISBN 978-80-7367-976-7.

KUDA, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In: K. Kalina – J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (s. 117-121). 1. vyd. Česká republika: Úřad vlády, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. (2003a). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: K. Kalina - J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s. 91-94). 1. vyd. Česká republika: Úřad vlády, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. (2003b). Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: K. Kalina – J. Radimecký (Eds.), *Drogy*

a drogové závislosti 1: mezioborový přístup (s. 145-149). 1. vyd. Česká republika: Úřad vlády, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

LAUDET, A. B. – MORGEN, K. , WHITE, W. L. (2006). The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 24, no. 1-2, pp. 33-73. ISSN 1544-4538.

LÄNGLE, A. (2002). *Smysluplně žít*. 1. vyd. Brno: Cesta, 80 s. ISBN 80-7295-037-1.

LIBA, J. (2016). *Zdravie, drogy, drogová prevencia. Terminologický a výkladový slovník*. 2. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 111 s. ISBN 978-80-555-1556-4.

LUKASOVÁ, E. (2012). *Klíč k zmysluplnému životu*. 1 vyd. Bratislava: Lúč, 360s. ISBN 978-80-7114-885-2.

MADDUX, J. E. (2002). Self-Efficacy: The Power of Believing You Can. In: C. R. Snyder - S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 277-287). 1st ed. New York: Oxford University Press, 848 pp. ISBN 0-19-513533-4.

MARLATT, G. A. – BAER, J. S. – QUIGLEY, L. A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In: A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 289-315). 1st ed. New York: Cambridge University Press, 334 pp. ISBN 978-0-521-58696-2.

MARSH, A. – SMITH, L. – PIEK, J. – SAUNDERS, B. (2003). The Purpose in Life Scale: Psychometric Properties for Social Drinkers and Drinkers in Alcohol Treatment. *Educational and Psychological Measurement*, vol. 63, no. 5, pp. 859-871. ISSN 15523888.

MARTIN, R. A. – MACKINNON, S. – JOHNSON, J. – ROHSENOW, D. J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 40, no. 2 , pp. 183-188. ISSN 0740-5472.

MASON, S. J. – DEANE, F. P. – KELLY, P. J. – CROWE, T. P. (2009). Do Spirituality and Religiosity Help in the Management of Cravings in Substance Abuse Treatment? *Substance Use & Misuse*, vol. 44, no. 13, pp. 1926-1940. ISSN 1532-2491.

MATHIS, G. M. – FERRARI, J. R. – GROH, D. R. – JASON, L. A. (2009). Hope and Substance Abuse Recovery: The Impact of Agency and Pathways within an Abstinent Communal-living Setting. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, vol. 4, no. 1-2, pp. 42-50. ISSN 1556-0368.

MILLER, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, vol. 93, no. 7, pp. 979-990. ISSN 1360-0443.

MOOS, R. H. – MOOS, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, vol. 101, no. 2, pp. 212–222. ISSN 1360-0443.

NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. (2006). Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 102, č. 5, s. 269-271. ISSN 1212-0383.

NEŠPOR, K. (2013). *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!* 1. vyd. Praha: Portál, 152s. ISBN 978-80-262-0482-4.

NICHOLSON, T. – HIGGINS, W. - TURNER, P. - JAMES, S. - STICKLE, F. - PRUITT, T. (1994). The Relation Between Meaning in Life and the Occurrence of Drug Abuse: A Retrospective Study. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 8, no. 1, pp. 24-28. ISSN 1939-1501.

OKRUHLICA, Ľ (1998). *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach: príručka pre poradenskú činnosť*. 1. vyd. Bratislava: Inštitút drogových závislostí pri CPLDZ, 276 s. ISBN 80-968111-1-8.

OKRUHLICA, Ľ. (1994). *Heroín a abstinencia: ako predchádzať recidívam*. 1. vyd. Bratislava: CCJ, 76 s. ISBN 80-967110-8-3.

ONDREJKA, I. – FARSKÝ, I. – DÓCI, I. – FEDÁKOVÁ, E. – ADAMÍK, P. (2008). Spiritualita, psychopatológia a závislosť od alkoholu. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, roč. 43, č. 4, s. 205-220. ISSN 0862-0350.

PECINOVSKÁ, O. (2011). Vývoj závislosti. In: J. Heller – O. Pecinovská (Eds.), *Pavučina závislosti. Alkoholizmus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (s. 13-25). 1. vyd. Praha: Togga, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.

PIDERMAN, K. M. – SCHNEEKLOTH, T. D. – PANKRATZ, V. S. – MALONEY, S. D. – ALTCHULER, S. I. (2007). Spirituality in Alcoholics during Treatment. *The American Journal on Addictions*, vol. 16, no. 3, pp. 232-237. ISSN 1521-0391.

PIDERMAN, K. M. - SCHNEEKLOTH, T. D. – PANKRATZ, V. S. - STEVENS, S. R. – ALTCHULER, S. I. (2008). Spirituality during Alcoholism Treatment and Continuous Abstinence for One Year. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 38, no. 4, pp. 391-406. ISSN 1541-3527.

POAGE, E. D. – KETZENBERGER, K. E. – OLSON, J. (2004). Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addictive Behaviors*, vol. 29, no. 9, pp. 1857-1862. ISSN 0306-4603.

POPIELSKI, K. (2005). *Noetická dimenzia osobnosti*. 1.vyd. Trnava: Vydavateľstvo Trnavskej univerzity v Trnave, 279 s. ISBN 80-8082-042-2.

POPOV, P. (2002). Závislost na alkoholu. *Interní medicína pro praxi*, roč. 4, č. 10, s. 4 -7. ISSN 1803-5256.

POPOV, P. (2003). Alkohol. In: K. Kalina – J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s. 151-157). 1. vyd. Česká republika: Úřad vlády, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

REKER, G. T. - WONG, P. T. P. (1988) Aging as an Individual Process: Toward a theory of personal meaning. In: J. E. Birren - V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent Theories of Aging* (pp. 214-246). 1st ed. New York: Springer, 530 pp. ISBN 9780826162502.

ROBINSON, E. A. R. – CRANFORD, J. A. – WEBB, J. R. – BROWER, K. J. (2007). Six-Month Changes in Spirituality, Religiousness, and Heavy Drinking in a Treatment-Seeking Sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 68, no. 2, pp. 282-290. ISSN 1937-1888.

ROBINSON, E. A. R. – KRENTZMAN, A. R. – WEBB, J. R. – BROWER, K. J. (2011). Six-Month Changes in Spirituality and Religiousness in Alcoholics Predict Drinking Outcomes at Nine Months. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol.72, no. 4, pp. 660-668. ISSN 1937-1888.

ROOS, C. R. – KIROUAC, M. – PEARSON, M. R. – FINK, B. C. – WITKIEWITZ, K. (2015). Examining Temptation to Drink from an Existential Perspective: Associations among Temptation, Purpose in Life, and Drinking Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 29, no. 3, pp. 716-724. ISSN 1939-1501.

RUČKOVÁ, G. (2018). Závislosti na psychoaktívnych látkach a možný doliečovací proces v resocializačných zariadeniach. *Mladá veda. Young Science*, roč. 6, č. 1, s. 159-172. ISSN 1339-3189.

SAMKOVÁ, D. – DOLEJŠ, M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie*, roč. 14, č. 2, s. 158-166. ISSN 1213-3841.

SCHUNK, D. H. - PAJARES, F. (2009). Self-efficacy theory. In: K. R. Wentzel - A. Wigfield (Eds.), *Handbook of Motivation at School* (pp. 35-53). 1st. ed. New York: Routledge, 704 pp. ISBN 0-203-87949-X.

SKÁLA, J. (1987). Úvod k závislosti na alkoholu. In: J. Skála a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* (s. 11-16). 1. vyd. Praha: Avicenum, 208 s. ISBN 08-077-87.

SKÁLA, J. (1988). ...až na dno!?: *Fakta o alkoholu a jiných návykových látkach*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 144 s. ISBN 08-045-88.

SNYDER, C. R. – HARRIS, C. – ANDERSON, J. R. – HOLLERAN, S. A. – IRVING, L. M. – SIGMON, S. T. – YOSHINOBU, L. – GIBB, J. – LANGELLE, C. – HARNEY, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 60, no. 4, pp. 570-585. ISSN 1939-1315.

SNYDER, C. R. (2000). Hypothesis: There Is Hope. In: C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications* (pp. 3-21). 1st ed. San Diego, CA: Academic Press, 440 pp. ISBN: 9780080533063.

SNYDER, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, vol. 13, no. 4, pp. 249-275. ISSN 1532-7965.

STAJKOVIC, A. D. – SOMMER, S. M. (2000). Self-Efficacy and Causal Attributions: Direct and Reciprocal Links. *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 30, no. 4, pp. 707-737. ISSN 1559-1816.

STEGER, M. F. (2009). Meaning in life. In: C. R. Snyder - S. J Lopez (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 679-688). 2nd ed. New York: Oxford University Press, 709 pp. ISBN 978-0-19-518724-3.

STRÍŽENEC, M. (2001). *Súčasná psychológia náboženstva*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 237 s. ISBN 80-88778-33-6.

STRÍŽENEC, M. (2007). *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 166 s. ISBN 978-80-88910-24-4.

TATE, S. R. – WU, J. – MCQUAID, J. R. – CUMMINS, K. – SHRIVER, C. – KRENEK, M. – BROWN, S. A. (2008). Comorbidity of Substance Dependence and Depression: Role of Life Stress and Self-Efficacy in Sustaining Abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol 22, no. 1, pp. 47-57. ISSN 1939-1501.

TUMPACHOVÁ, N. N. (2005). Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. *Adiktologie*, roč. 5, č. 4, s. 504–515. ISSN 1213-3841.

UJHELYI, K. – CARSON, J. – HOLLAND, M. (2016). Positive psychology in dual diagnosis: a preliminary investigation. *Advances In Dual Diagnosis*, vol. 9, no. 4, pp. 139-153. ISSN 1757-0972.

VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VEREŠOVÁ, M. – POHÁNKA, M. (2009). Životná zmyslupnosť a spokojnosť užívateľov alkoholu. In D. Heller – M. Charvát - I. Sobotková (Eds.), *Psychologické dny 2008: Já & my a oni* (s. 1-6). Brno: FSpS MU a ČMPS. ISBN 978-80-210-4938-3. [online], [citované 11.02.2018]. Dostupné na internete: <<https://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/veresova-pohanka.pdf>>

- VIELVA, I. – IRAURGI, I. (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, vol. 96, no. 2, pp. 297-303. ISSN 1360-0443.
- WAISBERG, J. L. – PORTER, J. E. (1994). Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 33, no. 1, pp. 49-63. ISSN 2044-8260.
- WALLACE, J. (1999). Teorie modelu 12 kroků (12stupňové teorie). In: F. Rotgers a kol. *Léčba drogových závislostí* (s. 17-34). 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- WITKIEWITZ, K. (2013). Temptation to Drink as a Predictor of Drinking Outcomes Following Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 37, no. 3, pp. 529-537. ISSN 1530-0277.
- WNUK, M. (2008). Porównanie poziomu nadziei oraz psychologicznego dobrostanu Anonimowych Alkoholików i studentów. *Psychiatria*, vol. 5, no. 4, pp. 134-143. ISSN 1732-9841.
- WNUK, M. (2017). Hope as an important factor for mental health in alcohol-dependent subjects attending Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Use*, vol. 22, no. 2, pp. 182-186. ISSN 1475-9942.
- WONG, P. T. P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, vol. 30, no. 3, pp. 516-525. ISSN 1878-7304.
- YALOM, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. 1st. New York: Basic Books, 524 pp. ISBN 0-465-02147-6.
- ZINNBAUER, B. J. – PARGAMENT, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. In: R. F. Paloutzian - C. L. Park (Eds.), *Handbook of The Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 21-42). 1st ed. New York: The Guilford Press, 590 pp. ISBN 1-57230-922-9.

PRÍLOHY