

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

magisterské prezenční studium

2010 – 2012

Diplomová práce

Jaroslava Hálová

Vliv alkoholismu a gamblerství na suicidální chování
jedince

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Viola Rašínová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Full-Time Studies

2010-2012

Diploma Thesis

Jaroslava Hálová

Vliv gamblerství a alkoholismu na suicidální chování
jedince

Prague 2012

**The Diploma Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Viola Rašínová**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Kladně dne: 1.března 2012 *Jméno autorky: Jaroslava Hálová*

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PaedDr. Viole Rašínové za odborné vedení, za pomoc, trpělivost a cenné rady při zpracování této práce a dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Anotace

Tato diplomová práce popisuje vliv gamblerství a alkoholismu na suicidální jednání jedince. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů spojených se suicidiem, jeho historií, druhy a příčinami. Dále pak stručně popisuje závislost na alkoholu a hazardních hrách. Praktická část je tvořena poznatky, které vyplynuly z dotazníkového šetření. Pro interpretaci výsledků byly zvoleny názorné grafy, ke kterým jsou připojeny stručné popisky. Cílem práce bylo potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

Klíčové pojmy:

Alkoholismus, dotazník, gambler, gamblerství, hazardní hra, patologické hráčství, suicidium, suicidální chování, suicidální jednání, respondent, závislost

Annotation

This dissertation describes influence of gambling and alcoholism to human suicidal behaviour. Teoretical part is focused to clarifying of essential ideas related to suicide, its history, kinds and its causes. There is also mentioned addiction on alcohol and gambling. The practical part contains the results of questionnaire survey. All conclusions are clearly shown in charts including all necessary descriptions.

The target of this dissertation is to confirm or refuse chosen hypothesis.

Key words

Alcoholism, questionnaire survey, gambler, pathological gambling, suicide, suicidal behaviour, respondent, addiction

Obsah

1.	Úvod	9
2.	Teoretická část.....	11
3.	Suicidium.....	11
3.1.	Vymezení základních pojmů	11
3.2.	Historie sebevražd	12
3.3.	Statistika sebevražd v České republice	13
3.4.	Formy suicidálního chování	13
3.4.1.	Suicidní myšlenky	14
3.4.2.	Suicidální pokus	14
3.4.3.	Dokonané suicidium.....	14
3.5.	Druhy sebevražedného jednání	15
3.5.1.	Bilanční sebevražda.....	15
3.5.2.	Biická sebevražda.....	15
3.5.3.	Účelové suicidální jednání	16
3.5.4.	Demonstrativní suicidální jednání.....	16
3.5.5.	Zkratkovité suicidální jednání	16
3.5.6.	Suicidální dohoda	16
3.5.7.	Rozšířená sebevražda	17
3.6.	Způsoby suicidálního jednání.....	17
3.7.	Motivy suicidálního jednání	18
3.8.	Suicidální chování dětí a dospívajících	19
3.8.1.	Diagnostika sebevražedného chování u dětí a dospívajících ...	21
3.9.	Závislostní chování a suicidium	22
3.10.	Mýty o sebevraždách	23
4.	Gamblerství a alkoholismus	26
4.1.	Vymezení základních pojmů	26
4.2.	Kdo se může stát alkoholikem či hazardním hráčem	29
4.3.	Stadia patologického hráčství a alkoholismu	31
4.3.1.	Stadia gamblerství	31
4.3.2.	Stadia alkoholismu	33
4.4.	Zdravotní a sociální následky alkoholismu a patologického hráčství 34	
4.5.	Rozšířenost patologického hráčství a alkoholismu v České republice 36	
5.	Praktická část.....	39
6.	Průzkum – dotazníkové šetření	39
6.1.	Vymezení cíle – zaměření praktické části	39
6.2.	Stanovení výzkumných hypotéz.....	39
6.3.	Použité metody šetření	40
6.4.	Harmonogram postupu	41
6.5.	Popis zkoumaného vzorku.....	41
6.6.	Výsledky dotazníkového průzkumu	42
6.7.	Analýza vytyčených hypotéz	66
6.8.	Interpretace výsledků	67
7.	Závěr.....	70

8.	Seznam použité české literatury a pramenů	72
9.	Seznam použité zahraniční literatury a pramenů	74
10.	Příloha A – Dotazník	I

1. Úvod

Tato diplomová práce, jak už její samotný název napovídá, se věnuje patologickým jevům jako je alkoholismus a gamblerství a jejich vlivu na suicidální jednání a chování jedince.

V dnešní době, kdy je důraz kladen převážně na výkon a majetek, se můžeme ve svém okolí čím dál častěji setkat s někým závislým jak na alkoholu, tak hazardních hrách. Důvod je prostý. V hazardních hrách může člověk slepě vidět možnost snadného přivýdělku a často si ani neuvědomuje, nepřipouští, nebo prostě nezná rizika, která tento „snadný přivýdělek“ přináší a v alkoholu pak někteří lidé hledají způsob relaxace či odpočinku a vnímají ho jako prostředek, jak překonat stres a různé osobní problémy. Při takovémto životním stylu je cesta k závislosti velmi krátká a může se stát, že problémy, které tyto závislosti způsobují, mohou jedince dohnat až k sebevražednému chování, které, ačkoliv jeho výskyt u dospělých každý rok klesá, stále není v naší společnosti ničím výjimečným. Právě o tyto sociálně patologické jevy dnešní společnosti se zajímá tato práce, která je rozdělena do třech částí.

První část se věnuje samotnému suicidiu – popisuje jeho historii, vymezuje pojmy, které se týkají suicidálního jednání, dále formy a druhy sebevražd, motivy sebevražedného jednání a také způsoby. Velká část je věnována suicidálnímu jednání u dětí a mladistvých, jelikož právě v této věkové kategorii dochází ke stálému zvyšování počtu dokonaných sebevražd. Čtenáře též upozorňuje na všeobecně uznávané mýty o sebevraždách a nahlíží do statistických dat týkajících se sebevražedného chování v České republice. Opomenuta není také část zabývající se souvislostí mezi sebevražedným chováním a závislostmi.

Druhá část práce se stručně věnuje výše zmíněným sociálně patologickým jevům tj. alkoholismu a gamblerství. Seznamuje čtenáře se základními pojmy týkajících se těchto závislostí, popisuje jejich stádia, jejich vliv na tělesné a psychické zdraví jedince a rozšířenost těchto jevů v České republice.

Třetí část obsahuje praktickou část práce, která byla provedena formou kvantitativního výzkumu na základě sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Poukazuje hlavně na postoje široké veřejnosti k alkoholismu a gamblerství, na jejich informovanost o rizicích, které tyto závislosti obnášejí, a zjišťuje, zda si lidé připouští souvislost mezi závislostním chováním a sebevražedným jednáním. Interpretace výsledků z průzkumu je provedena formou grafů a slovního hodnocení. Závěr praktické části se věnuje celkovému shrnutí výsledků a zaměřuje se na nejzajímavější a nejvíce překvapivé poznatky.

Cílem práce bylo především ověřit či vyvrátit předem stanovené hypotézy a porovnat teoretická a praktická východiska.

2. Teoretická část

3. Suicidium

3.1. Vymezení základních pojmů

Suicidální chování považujeme za závažný problém nejenom dnešní společnosti, na který můžeme pohlížet z mnoha hledisek, jelikož zasahuje různé částí lidského života. Proto se sebevražděným chováním zabývají nejenom lékaři různých specializací, psychiatři a psychologové, ale také sociologové či filosofové.

Termín suicidium (sebevražda) pochází z latinského sousloví *se caidere* = sebe zabítí a řada známých odborníků se již po staletí zabývá vymezením tohoto pojmu. (Edelsberger, 2000) „*Durkheim například chápal sebevraždu jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti.*“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 12) T.G.Masaryk rozlišuje pojem sebevražda v širším a užším smyslu slova. Sebevraždu v širším smyslu slova Masaryk definuje jako: „...*nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivolen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečím života.*“ (Masaryk, 2002, s. 16) Sebevraha tedy vnímá jako toho, kdo předčasně zemřel kvůli svému nemravnému nebo nemoudrému životu. Naproti tomu při sebevraždě v užším slova smyslu chápe sebevraha jako toho, kdo: „...*učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že si svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí.*“ (Masaryk, 2002, s. 16) Tato definice však podlela kritice, jelikož se předpokládá, že mnozí sebevrazi si nejsou jisti, zda si svým jednáním opravdu přivodí smrt. Proto je často citována Stengelova definice, která sebevražděné jednání označuje jako: „...*záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije.*“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 12)

Od suicidia odlišujeme suicidální chování a jednání. Za suicidální chování považujeme široký pojem. Jedná se o myšlenky, nápady či výroky zaměřené na suicidium, přestože přímo k sebevražednému aktu nemusí dojít. Koutek a Kocourková (2003, s. 49) uvádějí, že: *“...suicidální chování je výsledkem dlouhodobějšího procesu, který je interakcí vnitřních, osobnostních dispozic a způsobu, jak se jedinec vyrovnává se stresem, a dále vnějších vlivů a zátěžových situací.”*

Naproti tomu suicidální jednání obsahuje činy směřující přímo k suicidiu (např. shromažďování suicidálních prostředků). (Koutek, Kocourková, 2003)

3.2. Historie sebevražd

S nejvyšší pravděpodobností můžeme usuzovat, že se v lidské společnosti suicidální chování objevovalo v různé míře již od jejího samého počátku.

V minulosti existovaly národy, u kterých patřila sebevražda k jednomu z přirozených způsobů smrti. *„Například staří Keltové a Skandinávci považovali přirozenou smrt za potupnou a jenom smrt na bojišti za čestnou. Stárnoucí muži se proto vrhali ze skal, protože již nemohli bojovat.”* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 12) Rozšířeny byly sebevraždy také ve starém Řecku a Římě.

Změnu v náhledu na sebevražedné chování pozorujeme s rozšířením křesťanství, které se k takovému chování staví výrazně negativně. V důsledku toho se ve středověku rapidně snížil počet sebevražd. Tento fakt podporuje tvrzení, které uvádí, že v době katolického středověku se objevil pouze jediný případ sebevraždy u žen. Ačkoliv se toto tvrzení jeví jako značně nadnesené, potvrzuje, že se ve středověku sebevražda vyskytovala velmi zřídka a ojediněle. (Masaryk, 2002)

Velký nárůst sebevražd nastal v 19. století s nástupem průmyslové revoluce a zvyšujícím se počtem obyvatel, kteří se stěhovali do měst.

Ve 20. století dochází ke kolísání sebevražd, které pravděpodobně souvisí se měnící se společenskou a politickou situací. (Koutek, Kocourková, 2003)

V současné době počet dokonáných sebevražd každým rokem výrazně klesá, převážně díky kvalitnější psychiatrické a psychologické pomoci a medikamentózní léčbě. Velkou pozornost bychom však měli věnovat dětem a adolescentům, u kterých každý rok zaznamenáváme vyšší výskyt suicidálního chování. *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online], dostupné na <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda>> [cit. 2011-11-12]

3.3. Statistika sebevražd v České republice

Podle výsledků Českého statistického úřadu se dokonáný počet sebevražd v České republice od 2. poloviny 70. let výrazně snižuje. V roce 2007 dosáhl počet spáchaných sebevražd dokonce historického minima (bylo zaznamenáno 1375 dokonáných sebevražd). Po tomto roce došlo sice k mírnému nárůstu, avšak i přesto se jedná o výrazně menší počet, než v kterémkoliv dřívějším poválečném roce. Poslední údaje uvádějí, že v letech 2006-2010 spáchalo sebevraždu celkem 7120 osob. Častěji se s dokonanou sebevraždou setkáváme u mužů, kteří dohromady ukončili svůj život 5887 krát. Nejčastějším způsobem, jakým dotyční spáchali sebevraždu, bylo oběšení a u mužů také zastřelení. U žen převládá skok z výšky a otrávení. Nejvíce sebevražd se stalo v pondělí a nejméně pak v sobotu. *Český statistický úřad* [online], dostupné na <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj> [cit. 2012-02-20]

3.4. Formy suicidálního chování

Můžeme rozlišovat tři formy sebevražedného chování a jednání: suicidální myšlenky, suicidální pokusy a dokonané suicidium. Jednotlivé formy se následují a navzájem doplňují s tím, že jejich intenzita stoupá.

3.4.1. Suicidní myšlenky

Každý člověk si nejspíš už někdy ve svém životě představoval, co by se stalo, kdyby nebyl. Takové představy jsou typické hlavně pro období dospívání, nejsou však intenzivní a realizované. *„Avšak u suicidálních myšlenek, jako formy suicidního chování, se jedná o myšlenky velmi intenzivní. Dotyčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné.“* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28)

Pokud se jedinec přímo připravuje k vykonání suicidia (např. shromažďuje léky, opatří si zbraň...), jedná se o suicidní tendence a pravděpodobnost, že osoba spáchá sebevraždu, se výrazně zvyšuje. (Koutek, Kocourková, 2003)

3.4.2. Suicidální pokus

„Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28) Podle mnohých autorů však úmysl zemřít nemusí být vždy jednoznačný. Někteří jedinci, kteří se pokusí vzít si život, se vyznačují nejednoznačným postojem k přání zemřít a jedná se pouze o jakousi „zkoušku“, u jiných je přání zemřít zřejmé a jedná se o nevydařenou sebevraždu. (Koutek, Kocourková, 2003)

3.4.3. Dokonané suicidium

„Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“ (Koutek, Kocourková, 2003. s. 29)

Existují následující rozdíly mezi dokonaným suicidiem a suicidálním pokusem:

- dokonané suicidium pozorujeme častěji u mužů, ženy se ale vyznačují větším počtem sebevražedných pokusů
- u obou pohlaví se sebevražedné pokusy vyskytují především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v polovině druhé
- při sebevražedných pokusech se častěji používá tzv. měkká metoda, zatímco u dokonaných sebevražd metody tvrdé
- u suicidálních pokusů se setkáváme s motivy z oblasti interpersonálních vztahů, u dokonané sebevraždy se jedná o motivy intrapsychické a z problémů ohrožení
- suicidní pokusy bývají častěji spontánní, nepromyšlené, oproti tomu bývá dokonané suicidium plánované a předem připravené

(Koutek, Kocourková, 2003)

3.5.Druhy sebevražedného jednání

3.5.1. Bilanční sebevražda

Jedná se o dokonané suicidium, které bylo provedeno na základě předchozího bilancování, na základě kterého se jedinec domnívá, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná. (Koutek, Kocourková, 2003) Motivací k takovému kroku je také pocit opuštěnosti blízkými osobami. Častěji se proto vyskytuje u osob, které žijí osaměle, jsou nezadané, ovdovělé či rozvedené. Bilanční sebevraždu páchají například lidé s nevyléčitelným či velmi bolestivým onemocněním. (Edelsberger, 2000)

3.5.2. Biická sebevražda

Tento druh suicidního jednání je velice podobný druhu předchozímu. Svůj původ má v realitě, když například člověk kvůli svým dluhům vyhodnotí

svou situaci jako bezvýchodnou. *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online], dostupné na <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda>> [cit. 2011-11-12]

3.5.3. Účelové suicidální jednání

„Je charakterizováno jako jednání, jehož cílem není smrt, ale vyřešení jinak svízelné situace a tento cíl je sledován nevědomě.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 31)

3.5.4. Demonstrativní suicidální jednání

Jedná se také o jednání, kterým chce jedinec vyřešit některou, pro něj nepříjemnou situaci, avšak tento cíl je sledován vědomě. Často se demonstrativní sebevražda pojí s citovým vydíráním a vyskytuje se při sebevražedných pokusech.

3.5.5. Zkratkovité suicidální jednání

Při tomto jednání, jak už název napovídá, jedná jedinec zkratkovitě. *„Obecně je takové jednání charakterizováno jako takové, které jde co nejrychleji ke stanovenému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamyšlení nad jinými možnostmi a výhodami či nevýhodami zvoleného řešení.“* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 31)

3.5.6. Suicidální dohoda

Jedná se o velmi specifickou formu suicidálního jednání, kdy se dva či více osob domluví na společné sebevraždě. Můžeme sem řadit například případy hromadných sebevražd náboženských sekt.

3.5.7. Rozšířená sebevražda

V tomto druhu sebevraždy vnímáme jednoznačný patologický podklad, kdy jedinec trpící některou z psychických poruch a pod vlivem depresivního prožívání či halucinací spáchá sebevraždu a vezme s sebou někoho ze svých blízkých osob. (Koutek, Kocourková, 2003)

3.6. Způsoby suicidálního jednání

Důležitým faktorem, jež je zkoumán při sebevražděných pokusech, je způsob suicidálního jednání. Způsob, jakým se člověk rozhodne ukončit svůj život, je téměř vždy obsahem suicidálních myšlenek.

Zjednodušeně můžeme způsoby suicidálního jednání rozdělit na metody tvrdé a metody měkké.

„Mezi měkké metody patří ty, u nichž je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, tedy metody, které ve většině případů nevedou okamžitě ke smrti.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 34) Řadíme sem například intoxikaci různými medikamenty, povrchní pořežání či skok z malé výšky. Možnost záchrany života je u měkkých metod mnohokrát větší než u metod tvrdých, a proto jsou častěji připisovány suicidálním pokusům, než-li dokonaným suicidiím, a často jsou využívány u demonstrativních sebevražd. Měkké metody – hlavně intoxikace medikamenty- bývají preferovány spíše ženami

Tvrdé metody oproti tomu často způsobují okamžitou nebo velice rychlou smrt a možnost záchrany dotčeného je tak prakticky nulová či velmi malá. Do této skupiny řadíme hlavně strangulaci, použití střelné zbraně či skok z vysoké výšky. Tyto metody samozřejmě převládají u dokonaných sebevražd a u mužského pohlaví, což ovšem neznamená, že nedochází k úmrtí i po užití některé z měkkých metod. (Koutek, Kocourková, 2003)

3.7. Motivy suicidálního jednání

Velký problém při zjišťování motivu suicidálního jednání je, že často se dovídáme pouze jeden důvod – tzv. poslední kapku. Sebevrah za sebou zanechává mnoho otázek ale téměř žádné odpovědi. Důležité proto je, snažit se dívat na celou situaci komplexně a pokusit se zjistit všechny důvody, které dotyčného vedly k sebevražednému jednání. Za společný motivační prvek všech sebevražedných jednání považujeme pocit osamělosti a beznaděje a často bývá vyvolána nějakou ztrátou či neúspěchem. (Frankel, Kranzová, 1998)

„Důvodů vedoucí k předčasnému ukončení života souvisí s věkem osob uvažujících o sebevraždě. U mladších generací jsou častou příčinou problémy v mezilidských vztazích a zklamání, která nutně provází příliš velká očekávání, ať už v sebe samého, či svém okolí.“ (Český statistický úřad, 2002, s. 3) U starší generace bývá často příčinou sebevražedného jednání ztráta smyslu života, ztráta životního partnera či jiné blízké osoby. Mezi další důvody hlavně u bilančních sebevražd v dospělém věku patří nemoci tělesné, kdy jedinec raději zvolí smrt, než aby žil s bolestmi, které mu somatické nemoci mohou přinést.

Před samotnou sebevraždou většinou člověk zažívá období, kdy pociťuje nějaký psychické potíže, které může následovat tzv. presuicidální syndrom. Tento syndrom, jak již samotný název napovídá, předchází sebevražednému jednání a můžeme ho rozdělit do tří fází. V první člověk začíná být apatický ke svým zájmům a zálibám, nic pro něj nemá smysl, ve druhé fázi začíná mít agresivní fantazie a v poslední si jedinec začíná přát zemřít. Tento syndrom se nevyskytuje u zkratkovitého suicidálního jednání. (Koutek, Kocourková, 2003)

Častým motivem pro suicidní jednání bývá některá z psychických poruch jako například schizofrenie, depresivní stavy či manicko-depresivní psychózy, kdy je takové jednání projevem dané choroby. (Edelsberger, 2000) Psychické poruchy bývají spojovány s depresivním syndromem¹, avšak

¹ Deprese = z latinského slova *depressio* – stlačení, jedná se o široký symptomový komplex, afektivní stav obecně charakterizovaný pocitem skleslosti, úzkosti, smutku, obavy, strachu, snížením životním tempem, zpomalením myšlení (Edelsberger, 2000)

projevy deprese nalezneme i u osob, které netrpí žádnou z výše zmíněných psychických poruch. Koutek a Kocourková (s. 60, 2003) uvádějí, že: „...asi 15% pacientů s depresí končí svůj život sebevraždou a u pacientů po suicidním pokusu často zjišťujeme jak zpětně, tak při následném vyšetření depresivní symptomy.“

3.8.Suicidální chování dětí a dospívajících

Zatímco u suicidálního jednání dospělých můžeme sledovat výrazný pokles, suicidální chování dětí a dospívajících je v posledních letech stále častějším jevem. Česká republika dokonce převyšuje průměrný počet dětských sebevražd v Evropské unii. Primář psychiatrické dětské kliniky FN Motol Jiří Koutek pro časopis Psychologie dnes uvedl, že důvodem každého třetího úmrtí dítěte je dokonané suicidium. Za rok se pak jedná přibližně o 5-10 dětí ve věku do 15 let a asi 40 mladistvých ve věku 15 – 19 let. Tyto čísla zahrnují pouze dokonané sebevraždy, je tedy zřejmé, že počet sebevražedných pokusů bude ještě mnohonásobně vyšší. (Psychologie Dnes, 2011)

„Pro vznik suicidálního chování u dětí a adolescentů existují určité rizikové faktory, jako je rodinná a školní situace, vrstevnická pozice, zdravotní stav a jiné. Důležitou roli hraje též individuální zranitelnost a schopnost adaptace.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 39) Důležitou úlohu u suicidálního chování dětí a dospívajících hraje též enviromentální stres.

Jedním z nejvýznamnějších činitelů přispívajících k pohledu a postoji dětí a dospívajících na suicidální jednání je samozřejmě rodinné prostředí. *“Pro harmonický vývoj dítěte je nutná harmonická rodina, s fungující tzv. primární vazbou se základní vztahovou osobou.“* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 41) Proto mezi jedny z nejrizikovějších faktorů sebevražedného chování řadíme dysfunkční a afunkční rodinné vztahy, ztrátu rodiče či jiné blízké osoby a citovou deprivaci. Nepříznivě se na psychice a vývoji dítěte podepisují také dlouhodobé hádky v rodině či rozvod a v neposlední řadě také týrání či sexuální zneužívání dítěte. Důležitý je též výchovný styl rodičů. *„S chybami ve výchově se nejčastěji setkáváme při zjišťování příčin nejen sociálního jednání,*

ale i ostatních duševních poruch.“ (Černý, 1970, s. 61) Naopak u fungujících rodin je počet suicidálních činů dětí a mladistvých velice nízký.

Vedle funkce rodiny hraje velikou důležitost v životě dítěte jeho školní úspěšnost či neúspěšnost, přičemž právě při školní neúspěšnosti v jakémkoli směru vzrůstá riziko suicidálního jednání. Mezi skupinu dětí více ohroženou školní neúspěšností patří děti s různými druhy speciálních vývojových poruch školních dovedností (např. dyslexie, dyskalkulie, dysgrafie, dysortografie atd.), děti méně nadané či děti s hyperkinetickým syndromem. Důležitá je podpora a pochopení rodiny a dobré vrstevnické vztahy, které úzce souvisí se školní úspěšností a zapojením dítěte do školního kolektivu, což je v životě dětí a dospívajících velice důležité. *„Dobré zapojení mezi vrstevníky a dobrá pozice mezi nimi vedou k přiměřenému sebevědomí, naopak šikanování ze strany spolužáků, pocit nedostačivosti a neúspěchu mezi nimi vede k nebezpečí sebevražedného jednání.“* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 42)

Všechny tyto výše uvedené faktory spolu navzájem souvisejí, doplňují se a na jejich pozadí může dojít vlivem aktuálně působících podnětů (např. konflikt s rodiči, rozchod s partnerem, špatný prospěch ve škole...) k suicidálnímu jednání.

Specifickým rizikovým faktorem bývají-stejně jako u dospělých-psychiatrické poruchy, kterými se práce zabývala v minulé kapitole.

Dalším významným faktorem, který ovlivňuje suicidální jednání dětí a dospívajících je stupeň psychického vyzrání, vývojové aspekty a s tím související chápání smrti. *„U suicidálních dětí vidíme, že se výrazněji zabývají tématy smrti ve fantaziích a že jejich představy obsahují agresivní i autoagresivní charakteristiky.“* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 49) Častější u těchto dětí bývá také výskyt fantazijních představ o smrti své či blízkých osob. V jejich vývoji se často vyskytují pocity izolace, úzkosti, nízké sebehodnocení a sebedůvěra a pocity odmítání, stejně jako problémy v sociálním přizpůsobení.

Projevy suicidálního chování u adolescentů se vyznačují vztekem, zoufalstvím, beznadějí a pocitem viny. Důležitý je také separační proces od

rodiny a nalezení vlastního já, což sebou nese obrovskou míru stresu. V tomto období je obzvláště důležitá opora a pochopení v rodině.

3.8.1. Diagnostika sebevražedného chování u dětí a dospívajících

„Podrobné pedopsychiatrické a psychologické vyšetření by mělo být uskutečněno u každého dítěte či dospívajícího, u něhož předpokládáme suicidální myšlenky či tendence, nebo které se o suicidium pokusí. Suicidální chování je patologickým projevem, který představuje vždy určitou míru suicidálního rizika, které je třeba zhodnotit.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 81)

Diagnostika probíhá především metodou pozorování a rozhovoru (u menších dětí také formou hry) a provádí jí tým odborníků složený minimálně z pedopsychiatra a psychologa, kteří musí mít kvalitní komunikační dovednosti, které umožňují otevřený rozhovor s rodiči i dítětem.

Vyšetření je zaměřeno především na:

- okolnosti předcházející sebevražednému pokusu
- důvody a motivy a jejich závažnost
- momentální problémy a konflikty
- výskyt psychiatrické poruchy
- rodinná a osobní anamnéza
- pozitivní a projektivní okolnosti

Obzvláště důležité je zjistit závažnost suicidálního úmyslu, což nebývá vždy jednoduché. *„Závažnost suicidálního rizika u dospělých je většinou přímo úměrná způsobu, jak o suicidálních pohnutkách přemýšlejí, plánují či realizují. U dětí nelze spoléhat na korelaci mezi závažností současného suicidálního aktu a mírou suicidálního rizika v budoucnu.“* (Koutek, Kocourková, 2003, s. 87) Musíme proto znát a pochopit, co dítě k takovému jednání vedlo. Motivů

můžeme najít celou řadu – od „pouhé“ potřeby získání větší pozornosti po psychopatologii dítěte.

3.9. Závislostní chování a suicidium

V České republice řadíme (kromě tabakismu) mezi jednu z nejrozšířenějších závislostí závislost na alkoholu. Dlouhodobé užívání alkoholu může způsobovat deprese, nepříznivě se podepisuje také na psychickém i tělesném zdraví jedince. Všechny tyto faktory přispívají k tomu, že se osoby závislé na alkoholu uchylují k sebevražednému chování.

V některých případech člověk nemusí být na alkoholu závislý, ale po jeho požití v kombinaci s depresí se člověk snáze rozhodne spáchat sebevraždu.

Dalším velmi rizikovým faktorem je drogová závislost jedince, kdy se často stává sama droga nástrojem suicidia. Velký nárůst drogové problematiky sledujeme začátkem devadesátých let 20. století, kdy též začala stoupat suicidalita v adolescentním věku.

Nemalým a zároveň společností velmi podceňovaným problémem poslední doby je problematika patologického hráčství, která také bývá spojována se suicidálním jednáním. Gambleři se často dostávají do bludného kruhu dluhů a jejich životní situace se jim může zdát neúnosná, a proto se rozhodnou skončit se svým životem. Mnoho patologických hráčů se se svou závislostí začne léčit až po suicidálním pokusu. (Koutek, Kocourková, 2003) Prunner (2008) uvádí, že sebevražedný pokus není u patologických hráčů ničím výjimečným. *„Výzkumné sondy zaměřující se na sledování tohoto jevu uvádějí 17-24% výskyt u dotazovaných gamblerů, kteří se z těchto závislostí léčili.* (Prunner, 2008, s. 116) Další údaje z literatury uvádějí, že obyvatelé hazardem proslulého města Las Vegas i jeho návštěvníci měli dvojnásobnou sebevražednost v porovnání a s běžnou populací. (Wray a spol., 2008 in Nešpor, 2011)

3.10. Mýty o sebevraždách

Suicidální chování je obklopeno mnoha mýty a nepravdami. Mezi nejčastěji zmiňované patří:

- Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají

Někteří autoři uvádějí, že až v 80% dávají sebevrazi svůj záměr najevo. Obecně můžeme říci, že každého, kdo mluví o sebevraždě, je nutno pozorně poslouchat, zvláště pak v případech, kdy je dotyčná osoba v depresi či se potýká s nějakým zklamáním či ztrátou.

- Když mluvíte o sebevraždě s někým, kdo je v depresi, můžete ho tím k sebevraždě podnítit

„Odborníci se shodují v tom, že s lidmi, kteří jsou v depresi nebo jinak rozrušení, je lepší o sebevraždě mluvit otevřeně než se tomuto problému vyhýbat.“ (Frankel, Kranzová, 1998, s. 31) Otevřený rozhovor může umožnit osobě vyjádřit své pocity a případně vyhledat pomoc.

- Sebevražda je obvykle náhlé a impulsivní rozhodnutí

Ve většině případů se člověk rozhodne pro sebevraždu až po dlouhém rozhodování, a proto odborníci doporučují o sebevraždě jednat s každým, kdo má deprese.

- Lidé jsou náchylnější k sebevraždě za špatného, deštivého počasí než za jasného a slunečného dne

Neexistují stoprocentní studie, které by dokázaly, že jsou lidé náchylnější k suicidálnímu jednání za špatného počasí. Někdy může naopak

slunečný den být tzv. spouštěčem, jelikož jedinec získá dojem, že se z pozitivních věcí nedokáže radovat tak jako ostatní.

- Většina sebevrahů jsou „blázní“

Už samo označení blázen je velmi zavádějící. Můžeme za ně považovat jedince, u kterých byla diagnostikována závažná duševní porucha, kvůli které nejsou schopni vést klasický způsob života. Sebevraždy však v žádném případě nepáchají pouze lidé trpící některou z psychických poruch. Často se k takto radikálnímu řešení rozhodne člověk na první pohled spokojený a úspěšný, jelikož může existovat radikální rozdíl mezi tím, jak se cítí on sám a jak ho vidí ostatní.

- Když někdo přežije pokus o sebevraždu, nepokusí se o ni znovu

Rozhodně nemůžeme automaticky předpokládat, že každý, kdo přežije pokus o sebevraždu, se o ni už nikdy nepokusí znova. Jedná se o velmi individuální záležitost. Někomu se po prvním pokusu o sebevraždu dostane potřebné pomoci či se vyřeší daný problém, u jiného dojde k opakování sebevražedného jednání z mnoha různých důvodů.

- Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí

Frankel a Kranzová (1998, s. 37) k tomuto mýtu uvádějí: „...sebevraždy se objevují ve všech společenských třídách, bez ohledu na rasu či pohlaví. Neexistuje tedy žádný typ člověka, který by se dal označit jako sebevražedný. Tento způsob řešení problémů existuje v každé společnosti.“

- Jestliže je někdo rozhodnut, že chce spáchat sebevraždu, už se mu v tom nedá zabránit

Sebevražednému jednání můžeme v mnoha případech předejít. Důležitou roli zde mohou hrát také různá krizová centra či linky důvěry a v neposlední řadě samozřejmě také rodina a přátelé.

(Frankel, Kranzová, 1998)

4. Gamblerství a alkoholismus

4.1. Vymezení základních pojmů

Gamblerství

Gamblerství (z anglického slova gambler = hráč) bývá v České republice též nazýváno patologické hráčství. Slovo patologické (z řeckého pathos = bolest) pak označuje něco odchylného či nenormálního a jedná se formu závislosti na hracích automatech či jiných hrách, které umožňují rychlý a vysoký finanční efekt. (Edelsberger, 2000)

Diagnóza Patologického hráčství (F63.O) v České republice vešla v platnost 1. ledna 1994 po přijetí Mezinárodní klasifikace nemocí, tedy o mnoho později než v Americe, která uznala gamblerství jako nemoc již v roce 1980. Gamblerství není zařazeno mezi závislosti, ale mezi návykové a impulzivní poruchy, jelikož není vyvolané psychoaktivními látkami. (Nešpor, 2006)

Kalina a kolektiv (2003, s. 220) uvádějí, že *„porucha spočívá v častých, opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat svá zaměstnání, zadlužit se, lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolnosti, které tuto činnost doprovázejí.“*

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) můžeme diagnostikovat patologické hráčství jestliže:

- Hráč prodělá během jednoho roku dvě a více epizod hráčství

- Hráčské epizody se opakují, ačkoliv nepřinášejí zisk a vyvolávají stres a úzkost a negativně zasahují do každodenního života
- U jedince se vyskytuje silné puzení ke hře a zhoršené sebeovládání vůči hře
- Myšlenky a představy jedince směřují ke hraní

(Nešpor, 2011)

Nešpor (2011) považuje za klíčový znak zhoršené sebeovládání jedince, podle kterého nejčastěji diagnostikuje diagnózu patologického hráčství.

Poněkud odlišnou definici nacházíme v poněkud propracovanější a exaktnější definici v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), která uvádí, že patologické hráčství diagnostikujeme pokud:

1. Je u jedince zaznamenán výskyt nepřizpůsobivého chování ve vztahu k hazardní hře, které trvá dlouhodobě a opakovaně a vyznačuje se přítomností alespoň pěti z následujících znaků:
 - Zaměstnávání se hazardní hrou
 - Zvyšování sázených peněz
 - Snaží se opakovaně a neúspěšně hru ovládat, redukovat nebo s ní skončit
 - Při omezení hraní je neklidný a podrážděný
 - Hazardní hru bere jako prostředek, jak zvládnout stres a problémové situace
 - Při ztrátě peněz se snaží vyhrát peníze zpět
 - Lže o svém hraní
 - Dopouští se ilegálních činů kvůli hazardní hře
 - Ztratil či ohrozil své rodinné vztahy, přátelské vztahy, zaměstnání, vzdělání

- Spoléhá na to, že mu jeho blízcí či přátelé poskytnou finanční prostředky v případě nouze

2. Hazardní hru nemůžeme vysvětlit manickou epizodou

(Nešpor, 2011)

Alkoholismus

Termín alkoholismus (méně známý pod názvem etylizmus) pochází z řeckého slova aithó = pálím a z arabského slova al kohol = nejjemnější. V České republice se jedná, vedle tabakismu, o nejrozšířenější závislost, která se vyznačuje chorobným požíváním alkoholických nápojů. Člověk závislý na alkoholu se nazývá alkoholik či etylik. (Edelsberger, 2000)

Alkohol se vyznačuje snadným pronikáním k různým životně důležitým orgánům včetně mozku. Jedná se o jednoduchou chemickou látku – etylalkohol a každý alkoholický nápoj má určité procento obsahu alkoholu (od 2% - pivo až přes 50% destiláty). Alkohol bývá některými odborníky považován za tzv. průchozí drogu, což znamená, že někteří jedinci přechází z alkoholu k jiným těžším závislostem. (Nešpor, Csémy, 1997)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí mluvíme o Závislosti na alkoholu (F 10.2), která definuje závislost jako: „...skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více.“ (Nešpor, 2007, s. 10) Přítomna je také silná touha po psychoaktivní látce. Edelsberger (2000, s. 411) popisuje, že „...závislost se vždy vyznačuje patologickou formou vztahu jedince k danému tématu a osoba je tímto vztahem plně ovládána a následkem jsou pro ni ztráty psychické, sociální, morální i fyzické.“

O definitivní diagnóze závislosti hovoří Mezinárodní klasifikace nemocí tehdy, dojde-li během jednoho roku k nejméně třem následujícím znakům:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku

- Potíže v sebeovládání
- Těžký odvykací stav
- Průkaz tolerance k účinku látky
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

(Nešpor, 2007 , s. 10)

Mnoho odborníků upozorňuje na velké shody u gamblerství a alkoholové či drogové závislosti, ačkoliv gamblerství není vyvoláno přímo psychoaktivní látkou. Pozorujeme například zhoršenou sebekontrolu, zvýšenou hladinu endogenních žláz, intenzivní nutkání hrát, zanedbávání ostatních koníčků, ztrátu kontroly, periodické abstinence atd. Při omezení herní činnosti se pak objevuje podrážděnost, psychomotorický neklid či problémy s koncentrací.

Největším rozdílem mezi alkoholovou závislostí a patologickým hráčstvím je nepřítomnost fyzické závislosti u patologických hráčů, u kterých vzniká „pouze“ závislost psychická. Avšak výzkumy ukazují, že se hazardní hráči často potýkají i se závislostí na alkoholu či drogách. Poté tedy hovoříme o tzv. kombinované závislosti. (Prunner, 2008)

4.2.Kdo se může stát alkoholikem či hazardním hráčem

„Ohroženi jsou všichni, ale někteří více.“ (Nešpor, 2006, s. 21)

Ani alkoholismus ani patologické hráčství nejsou vrozené, jak se mnozí domnívají. Ačkoliv dědičnost hraje v životě člověka nezastupitelnou roli, není pravda, že lidé, kteří nejsou geneticky zatíženi, se nemohou stát alkoholiky či hazardními hráči. Dozajista však existují lidé, kteří jsou těmito problémy ohroženi více.

Gamblerství

Podle Nešpora (2006) do kategorie ohrožené závislostí na hazardních hrách spadají například lidé, kteří vykonávají některé z nebezpečných povolání – jedná se zejména o osoby pracující v pohostinských zařízeních či lidé s nepravidelnými příjmy, dále pak mladí lidé, kteří mohou považovat výhru za „snadný“ prostředek k vyšší životní úrovni či jako způsob trávení volného času. Obecně jsou podle Nešpora také více ohroženi muži než ženy, u kterých se s problémy s hazardním hraním setkáváme častěji, avšak Prunner (2008) dodává, že ačkoliv byl dříve gambling převážně doménou mužů, počet žen – hazardních hráček – stále stoupá, což může na rodinný život a výchovu dětí působit hůře než gamblerství mužů.

Alkoholismus

V případě alkoholové závislosti je nutné podotknout, že ačkoliv se jedná v České republice o nejrozšířenější závislost, jedná se též o společnost nejvíce tolerovanou. Právě vliv společnosti a prostředí je důležitým faktorem při vzniku závislosti. Podceňovat nemůžeme ani vliv rodinného prostředí, kde často jedinec konzumuje alkohol poprvé (např. při různých rodinných oslavách), ačkoliv je podávání alkoholu mladistvým do 18 let v České republice trestné (Zákon č. 379/2005 Sb., O opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o uměně souvisejících zákonů). Velká tolerance vůči pravidelnému pití alkoholu v rodinách utváří normy a postoje dětí a mladistvých k alkoholickým nápojům, které poté tento jev berou za společensky schvalovaný a různé oslavy či zábavy si nedovedou bez alkoholu vůbec představit. Problematická je též závislost na alkoholu u jednoho z rodičů a někteří odborníci dokonce tvrdí, že pokud dítě vyrůstalo v domácnosti s člověkem závislým na alkoholu, má mnohem větší pravděpodobnost, že v dospělosti bude samo závislé. (Hálová, 2010)

Z uvedených poznatků je zřejmé, že propracovat se k závislosti na alkoholu či hazardních hrách je obzvláště v našich podmínkách více než snadné a mezi nejdůležitější faktory, které působí na vznik těchto závislostí, řadíme samotného jedince (jeho psychiku, charakter a osobnostní vlastnosti), sociální a rodinné prostředí a závislost jako takovou.

Můžeme tedy říci, že patologickým hráčem se nemůže stát pouze ten, kdo se hazardní hrám úplně vyhýbá a alkoholikem ten, kdo trvale abstínuje.

4.3. Stadia patologického hráčství a alkoholismu

Průběh závislosti na alkoholu či hazardních hrách se obvykle vyznačuje určitými stadii. Ne u každého jedince se musí vyskytovat každé stadium a u každého trvá jednotlivé stadium individuálně dlouhou dobu. Nešpor (2006) uvádí, že v případě patologického hráčství, trvá vznik závislosti přibližně jeden až tři roky a spolu s Marhounovou (1995) tvrdí, že závislost na alkoholu může vzniknout za deset až patnáct let.

4.3.1. Stadia gamblerství

Patologické hráčství bývá rozdělováno podle Nešpora (2006) do následujících stadii:

1. Stadium výher

Podle Prunnera (2008) bývá toto stadium též označováno jako vítězné. Toto stadium poukazuje na fakt, že výhra v herních začátcích bývá, zvláště u mužů, často příčinou rozvoje závislosti. Jedinec po výhře často získá pocit úspěšnosti, energie, koncentrace, schopnosti a vyšších kvalit a naprosto ignoruje fakt, že příčinou výhry bývá spíše momentální štěstí. Typické v tomto stadiu bývají fantazie o veliké výhře, zvyšování peněžitých částek a stále víc času věnuje hraní. *„Pro patologického hráče je typické, že dává hře*

přednost před vším ostatním. Díky hře se vzdaluje osobám svého vztahového rámce, své rodině a bývalým přátelům.“ (Prunner, 2008, s. 106) Jakmile začne prvotní optimismus odcházet, přechází hráč k druhému stádiu.

2. Stadium prohrávání

Nešpor (2006) uvádí, že se v tomto stádiu již většinou jedná o patologické hráčství. Jedinec se zabývá pouze hraním, stále na hru myslí a nechce s ní skončit. V této fázi se jedinec snaží získat zpět prohrané peníze tím, že hraje stále častěji a sází čím dál větší částky. Objevují se problémy v zaměstnání, v rodinném životě. Rodina a okolí často nemá o hráčství blízkého ani tušení, jelikož jedinec lže a hledá různé výmluvy, v opačném případě, kdy je s problémem seznámena, se často snaží hráči pomoc neadekvátními způsoby např. darováním peněz na splácení dluhů. *„Člověk, který se dostane až sem, může buď svůj problém řešit a přestat hrát, nebo pokračovat do ještě horšího stádia.*“ (Nešpor, 2006, s. 18)

3. Stadium zoufalství

V této fázi jedince stále narůstají dluhy, na které se může snažit získat peněžité prostředky nelegální cestou. Typická bývá přítomnost deprese a beznaděje, u některých jedinců se vyskytuje sebevražedné chování a sebevražedné pokusy. Jedinec většinou ztrácí zaměstnání a rodinu a často se přidává zneužívání návykových látek (nejčastěji alkoholu) a stále prohrává větší částky peněz. (Nešpor, 2006)

Prunner (2008) uvádí, že v zahraniční literatuře se objevuje i stadium čtvrté – stadium rezignační. Vyznačuje se rezignací při řešení vzniklých problémů, beznadějí, zoufalstvím a pasivitou ze strany patologického hráče. Pokud se aktivity ujme osoba, která má na hráče určitý vliv, je schopen

podstoupit léčení a vyhledat odbornou pomoc. V této fázi se objevují různé psychické poruchy i somatické problémy.

4.3.2. Stadia alkoholismu

Podle Marhounové a Nešpora (1995) plní pití alkoholických nápojů různé funkce a jedna na druhé nejsou vzájemně závislé. Jedná se o funkci výživnou, kdy je alkohol součástí jídla, funkci sociální, funkci anxiolytickou tzn., že alkohol výrazně snižuje pocit úzkosti a orgiastickou funkci, tedy způsob záměrné intoxikace. Při léčbě alkoholismu je nutné pozorovat, která z vyjmenovaných funkcí převládá.

Samotnou intoxikaci alkoholem pak rozdělujeme do následujících stádií podle hladiny alkoholu v krvi.

1. Excitační, euforické stadium (0,5 – 1,0 promile) – projevuje se zvýšenou sebedůvěrou, euforií, ztrátou zábrán, mnohomluvností, zhoršením kognitivních funkcí, zhoršenou sebekritičností
2. Hypotonické stadium (1,0-2,0 promile) – projevuje se ztrátou sebekontroly, prodloužením reakcí, poruchou koordinace a rovnováhy, podrážděností
3. Narkotické stadium (2,0 – 3,0 promile) – projevuje se těžkou poruchou koordinace, zmateností, poruchy dechového a oběhového centra, hypotermií, tachykardií, přecházení do hlubokého spánku
4. Asfyktické stadium (3,5 – 5,0 promile) – projevuje se hlubokým bezvědomím až kómatem, vyhasínáním reflexů, cyanózou, může skončit až smrtí následkem centrálního selhání dýchání a oběhu

(Kalina a kol., 2003)

Marhounová s Nešporem (1995) dále rozdělují závislost na alkoholu do čtyř vývojových stádií.

1. stadium – jedinec pije alkohol, aby měl dobrou náladu, nemyslel na problémy
2. stadium – jedinec přechází na více koncentrované nápoje (destiláty), dobře snáší alkohol
3. stadium – při pití alkoholu se vyskytovat poruchy paměti, ale tolerance organismu k alkoholu je stále dobrá
4. stadium- tolerance k alkoholu se stále zhoršuje, poruchy paměti jsou velmi časté

4.4.Zdravotní a sociální následky alkoholismu a patologického hráčství

Není pochyb o tom, že každá závislost působí negativně na psychické i tělesné zdraví jedince. Zřejmé jsou také negativní sociální následky závislostního chování jako rozpad rodin, ztráta přátel, ztráta zaměstnání a snížení životní úrovně. Objevit se mohou též sebevražedné tendence, chudoba, bezdomovectví či páchání trestné činnosti.

Gamblerství

V případě zdravotních rizik u patologického hráčství hovoříme například o zvýšeném riziku vzniku kardiovaskulárních chorob, na kterých se podílí stres způsobený hazardní hrou a celkové fyzické i psychické vyčerpání člověka. Se stresem souvisejí i další choroby jako hypertenze, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, střevní choroby či diabetes. Sezení či stání u hazardních automatů negativně působí na krční a bederní páteř, na zápěstí a oči. Hazardní hráči se často přestávají o své zdraví starat, zanedbávají preventivní prohlídky a jejich nezdravá a jednostranná výživa celkový zdravotní stav dále zhoršuje. Jelikož patologičtí hráči mnoho času tráví

v herně, která většinou bývá kuřácká, a často jsou sami aktivní kuřáci, zvyšuje se u nich též výskyt karcinogenních chorob a též konzumace alkoholu, který je na mnoha místech dokonce podáván ke hře zdarma, působí na zdraví hráče nepříznivě.

Veliké problémy též způsobuje gamblerství v oblasti psychiky jedince. Již jsme zmiňovali výskyt sebevražedného jednání, kterému předcházejí různé deprese, objevit se mohou i další psychické poruchy jako např. manio-depresivní psychózy a mánie, poruchy nálad a různé úzkosti. (Nešpor, 2006) Zapomenout nesmíme ani na výše zmíněná sociální rizika, která se nevyhnutelně s patologickým hráčstvím pojí.

Alkoholismus

Také při závislosti na alkoholu pozorujeme nepříznivá somatická i psychická poškození. Mezi nejznámější a nejrozšířenější somatické poškození patří cirhóza jater a další nemoci trávicí soustavy. Alkohol nepříznivě působí na vznik a rozvoj infekčních onemocnění, jelikož výrazně ovlivňuje obranyschopnost člověka. Lidé závislí na alkoholu se také častěji potýkají se zhoubnými nádory hlavně rakoviny jícnu, žaludku, tenkého střeva, jater a slinivky břišní. Časté jsou také poruchy výživy a přeměny látek kdy, obzvláště u pijáků piva, dochází k obezitě. Vlivem nesprávného stravování může docházet také k podvýživě. Nebezpečné bývají též nemoci nervové soustavy, které mohou vést až k demenci. Mezi další somatické nemoci způsobené závislostí na alkoholu řadíme například nemoci žláz s vnitřní sekrecí, nemoci krve a krevtovorných orgánů, nemoci oběhové soustavy, nemoci kůže a svalů a v neposlední řadě též úrazy a otravy způsobené pod vlivem alkoholu, které nejčastěji způsobují smrt poživatelům alkoholu do čtyřiceti let. (Sovinová, Scémy, 2003)

Není pochyb o tom, že alkohol působí negativně již v prenatálním období. Je známo, že pokud žena v těhotenství pije alkoholické nápoje, může se u jejího potomka objevit tzv. fetální alkoholový syndrom (FAS). Jedná se o specifické zdravotní i psychické poškození dítěte, které je vrozené a

neléčitelné. Vyskytuje se v různých stupních a nejčastěji se u takového dítěte setkáváme s postižením růstu, poškozením centrální nervové soustavy, anomálie v oblasti obličeje, kýly, poškození mozku, omezené hybnosti kloubů atd. (Sovinová, Csémy, 2003) Z uvedených poznatků je zřejmé, že by se gravidní ženy měly konzumaci alkoholu vyhýbat.

Jelikož se jedinec stává na alkoholu závislý též psychicky, dochází též k negativním změnám v oblasti jeho psychiky, které mohou vést až ke vzniku některých z psychických poruch. Nejprve se alkoholismus projevuje na úbytku intelektových schopností jedince, kdy se výrazně zhoršuje paměť a dochází k poruchám orientace, vnímání a jednání. Vůle začíná být velmi slabá a u jedince se může rozvinout porucha osobnosti. (Sovinová, Csémy, 2003) „*Po dlouholeté konzumaci alkoholických nápojů, zejména koncentrovaných, vznikají alkoholické psychózy. Jejich spouštěcím mechanismem bývá oslabení organismu způsobené například nemocí.*“ (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 69) Mezi nejčastější psychózy patří delirium tremens, kdy dochází k poruše vědomí a kognitivních funkcí a jsou přítomny zrakové halucinace. Dále se u závislých osob vyskytuje Korsakovova alkoholická psychóza, alkoholická halucinóza, paranoidní alkoholická psychóza a patická opilost. Všechny zmíněné psychické poruchy by se měly léčit za pomoci lékařů, ideálně ústavně v psychiatrických léčebnách a člověk trpící některou z těchto poruch by měl trvale abstinovat. (Sovinová, Csémy, 2003)

4.5. Rozšířenost patologického hráčství a alkoholismu v České republice

Gamblerství

Patologické hráčství je v České republice relativně novou závislostí, jelikož se zde před rokem 1989 téměř nevyskytovalo. V současné době však počet závislých rapidně stoupá, ovšem zanedbatelné procento z nich vyhledá odbornou pomoc. Nešpor (2011, s. 17) uvádí, že „*počet patologických hráčů v České republice lze konzervativně odhadnout na 1% populace, tedy asi 100 tisíc osob.*“ Daleko více je však osob, které trpí hazardními hrami druhotně.

Jedná se hlavně o manželky a děti hazardních hráčů, rodiče hazardních hráčů, zaměstnavatelé, přátelé atd. Převážně manželkám, dětem a rodičům hazardních hráčů by měla být věnována velká pozornost a odborná pomoc.

V celosvětovém měřítku naplňovala kritéria patologického hráčství v roce 2010 v různých zemích 0,2 až 1,2% populace. (Shaffer a spol. in Nešpor, 2011)

Rozšířenost hazardu u dospívajících

Nešpor (2011) poukazuje na značnou rozšířenost hazardu v České republice mezi dospívajícími chlapci. Studie ESPAD 2007 uvádí, že téměř denně či denně hazardně hraje 1,1% chlapců ve věku 16 let a 1,3% hraje alespoň jednou týdně. Toto vysoké číslo je velmi alarmující, jelikož v tomto věku dochází ke vzniku závislostního chování podstatně rychleji, než-li v dalších letech.

Příčiny vzniku gamblerství u dospívajících vidí odborníci v oblasti biologické, psychologické a sociální. Právě v sociální oblasti je situace v České republice velmi nepříznivá, jelikož nabídka různých forem hazardu je zde vysoká. Dalším velmi rizikovým faktorem je výskyt gamblerství u jednoho z rodičů.

Alkohol

„Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu. V přepočtu na 100%ní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deset litrů na jednoho obyvatele za rok!“ (Kalina a kol., 2003, s. 151)

Údaje o počtu dospělých, kteří pravidelně konzumují nadměrné množství alkoholických nápojů, se v odborných publikacích lehce liší. Kalina (2003) například uvádí, že 25% dospělých mužů a 5% dospělých žen pravidelně požívá nadměrné množství alkoholu. Sovinová a Csémy (2003) udávají ještě o něco vyšší čísla - u mužů 29% a u žen 10%. U obou případů se však jedná o velice vysoká procenta, která upozorňují na značnou rozšířenost

nadměrného pití alkoholických nápojů v České republice a s tím souvisejícím ohrožením vzniku závislostního chování.

Rozšířenost nadměrného pití alkoholických nápojů u dětí a dospívajících

Sovinová, Csémy (2003) uvádějí, že první zkušenost s konzumací alkoholu děti získávají již mezi 11 až 13 roky. Nejčastěji začínají s konzumací piva. V 15 letech se pak pití alkoholických nápojů stává stále častějším a objevuje se též intoxikace alkoholem. U dospívajících je zřejmá velmi častá konzumace alkoholu i častá alkoholová intoxikace. *„Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek.“* (Sovinová, Csémy, 2003, s. 44)

Rozšířenost konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících dozajista souvisí s tolerantním postojem české společnosti k alkoholu a časté konzumace u dospělých, kteří jsou pak nesprávným vzorem pro své děti.

5. Praktická část

6. Průzkum – dotazníkové šetření

6.1. Vymezení cíle – zaměření praktické části

Praktická část této diplomové práce zjišťuje všeobecné povědomí široké veřejnosti o zkoumaných sociálně patologických jevech – tj. alkoholismu, gamblerství a suicidálnímu chování. Sleduje, zda lidé znají rizika spojená s touto problematikou, jejich souvislost se suicidálním jednáním a rozšířenost těchto jevů v populaci. Zajímá se též o názory na preventivní opatření v České republice a případné možnosti jejich zlepšení. Základním cílem je tedy zmapovat názory populace na výše zmíněné sociálně patologické jevy, jejich rozšířenost a poukázat na informovanost či neinformovanost o těchto jevech.

6.2. Stanovení výzkumných hypotéz

K získání odpovědí na výzkumné šetření byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1. **Většina respondentů se domnívá, že oba zkoumané jevy, tj. - gamblerství a alkoholismus, mají vliv na suicidální jednání.**

Hypotéza 2. **Většina respondentů se ve svém okolí setkala s někým, kdo je závislý na alkoholu.**

Hypotéza 3. **Většina respondentů se ve svém okolí setkala s někým, kdo je závislý na hazardních hrách.**

Hypotéza 4. **Většina respondentů se domnívá, že je v České republice nedostatečná prevence v oblasti gamblerství a alkoholismu.**

Hypotéza 5. **Většina respondentů se domnívá, že se gamblerství i alkoholismus dají úspěšně léčit.**

6.3. Použité metody šetření

K praktické části bylo použito šetření pomocí nestandarizovaného dotazníku.

Jedná se o explorační metodu, která se vyznačuje písemným kladením otázek a písemným získáváním odpovědí. Osoby, které odpovídají na dotazník, nazýváme respondenty.

Dotazník bývá složen ze třech částí. První – vstupní část poskytuje respondentovi informace o tazajícím a základní cíle zkoumání. Popisuje též způsoby, jakými má respondent dotazník vyplňovat. Druhá část je tvořena vlastními otázkami a poslední část obsahuje poděkování respondentovi za vyplnění dotazníku. Rozlišujeme tři typy otázek: otázky uzavřené (nabízí respondentovi volby odpovědi), otevřené (dává respondentovi možnost vyjádřit odpověď vlastními slovy) a polouzavřené (kombinace předchozích typů).

Dotazník považujeme za jednu z nejméně používaných metod, hlavně z důvodu finanční nenáročnosti a možnosti získání velkého množství informací při relativně malé časové investici. (Gavora, 2000)

Dotazník v této diplomové práci v první části popisuje účel dotazníku a podává respondentovi vysvětlení, jak s dotazníkem pracovat. Druhá část obsahuje samotné otázky. Nejprve respondent odpovídá na demografické údaje a poté následuje vlastní dotazník. V dotazníku se vyskytují otázky jak uzavřené a otevřené, tak polouzavřené. Celkově dotazník obsahuje čtyři demografické otázky a devatenáct otázek týkajících se samotného průzkumu. Tyto otázky jsou pak rozděleny podle zaměření – nejprve zjišťují respondenti názory a postoje k alkoholismu, poté ke gamblerství a konečné otázky se dotazují na výskyt sebevražedného jednání v respondentově okolí. Na závěr dotazníku je vyjádřeno poděkování respondentovi za spolupráci

6.4. Harmonogram postupu

1. Přípravná fáze

Tato fáze byla nejprve věnována studiu odborné literatury a pramenů souvisejících s touto problematikou. Na základě zjištěných informací byl sestaven dotazník.

2. Realizační fáze

V této fázi byly dotazníky rozdány respondentům a byly stanoveny hypotézy.

3. Vyhodnocovací fáze

Po navrácení dotazníků následovala poslední - vyhodnocovací fáze. Nejprve byla sesbíraná data rozřazena dle jednotlivých otázek do tabulky (použit byl počítačový program Excel), dále byly z této výchozí tabulky sestaveny tabulky dílčí, z kterých pak byly vytvořeny grafy s procentuálními vyjádřeními. Na závěr byly shrnuty výsledky průzkumu a potvrzeny či vyvráceny stanovené hypotézy.

6.5. Popis zkoumaného vzorku

Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 162 osob od osmnácti do šedesáti šesti let ze Středočeského kraje a Prahy. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, celková návratnost tvořila 180 dotazníků, ale validitu prokázalo pouze výše zmíněných 162 kusů, ze kterých byly vyvozeny následující závěry.

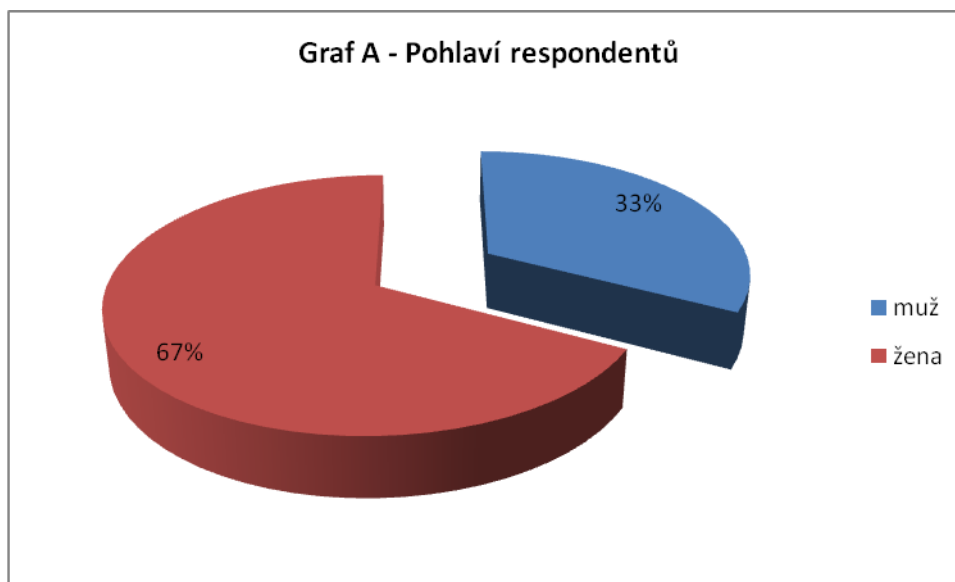
6.6. Výsledky dotazníkového průzkumu

V této části budou rozebrány jednotlivé otázky z dotazníku., kdy se nejprve budeme věnovat shrnutí všech demografických údajů a následně vlastnímu dotazníku.

Demografické údaje

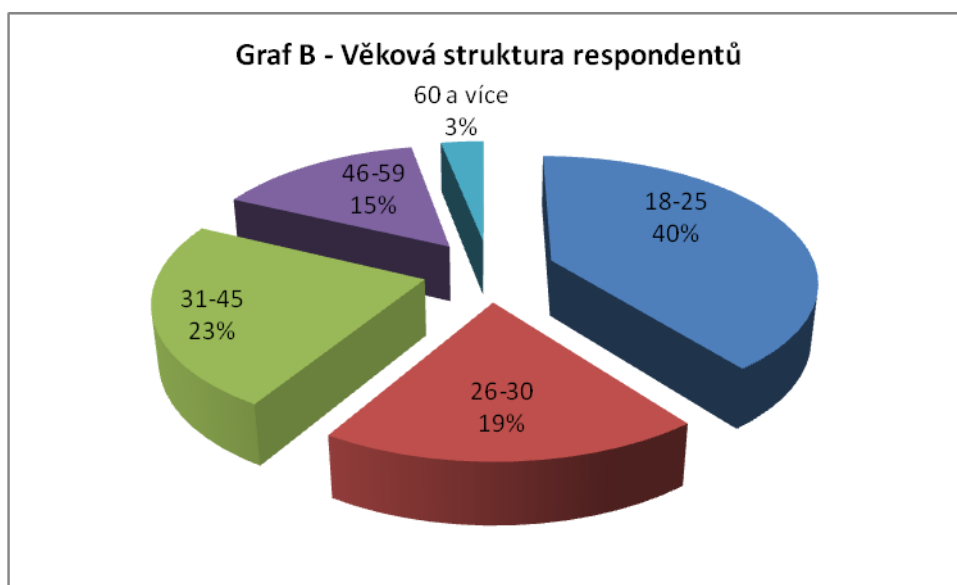
Otázka A – Pohlaví respondentů

Jak již bylo zmíněno, průzkumu se zúčastnilo celkem 162 osob ze Středočeského kraje, z kterého bylo vybráno 103 respondentů a Prahy, v počtu 59 respondentů. Z grafu A vyplývá, že se průzkumu zúčastnilo výrazně více žen než mužů. Z celkového počtu respondentů tvořilo 67% žen a 33% mužů (tj. 109 žen a 53 mužů).



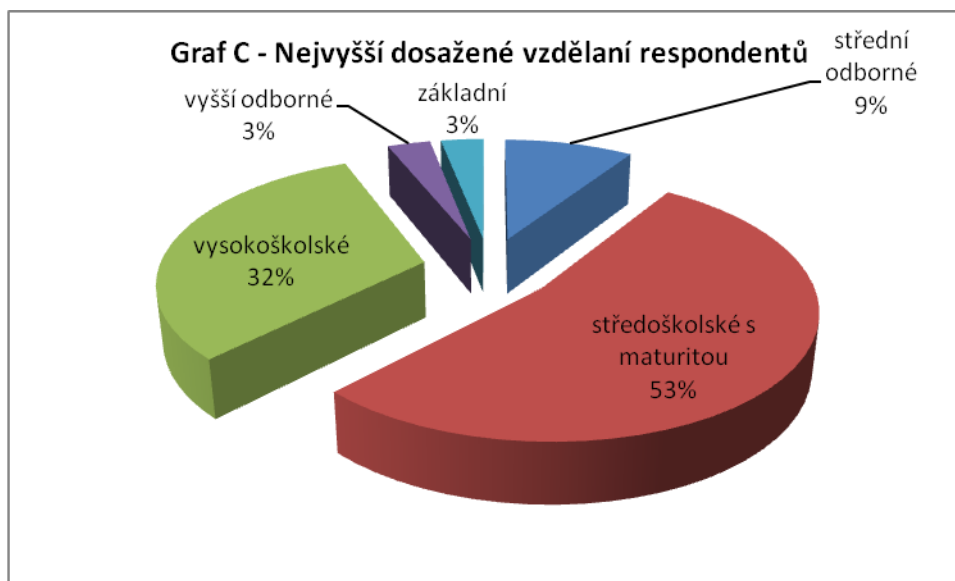
Otázka B- Věk respondentů

Jak můžeme vidět na grafu B, nejvíce respondentům (40% tj.64 osob) bylo mezi 18-25 let, další nejpočetnější skupinu tvořili lidé ve věku 31-45 let (23% tj.38 osob). Menší zastoupení má skupina osob ve věku 26-30 let (19% tj. 31 osob) a lidé ve věku 46-59 let (15% tj. 24 osob). Nejméně na dotazník odpovídali lidé starší 60- ti let (pouze 3% tj. 5 osob).



Otázka C – Dokončené vzdělání respondentů

Vezmeme-li v úvahu nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, zjistíme, že více než polovina dotázaných (53% tj.86 osob) dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou, celých 32% (tj.51 osob) vzdělání vysokoškolského a 9% (tj.15 osob) středního odborného vzdělání. Vyššího odborného vzdělání dosáhla 3% respondentů (tj.5 osob), stejně jako vzdělání základního.



Vlastní dotazník

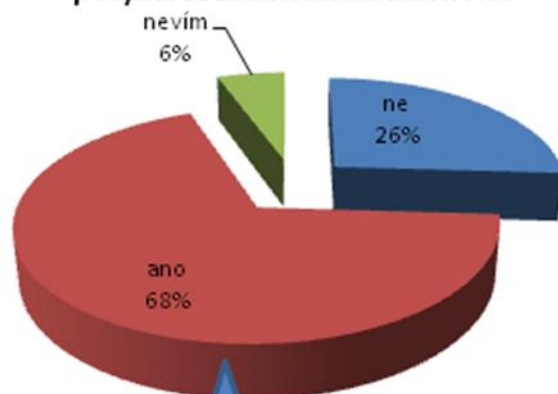
Otázka č. 1 – Znáte někoho, kdo se potýká, či v minulosti potýkal se závislostí na alkoholu?

Otázka č. 1a) – Kolik takových osob znáte?

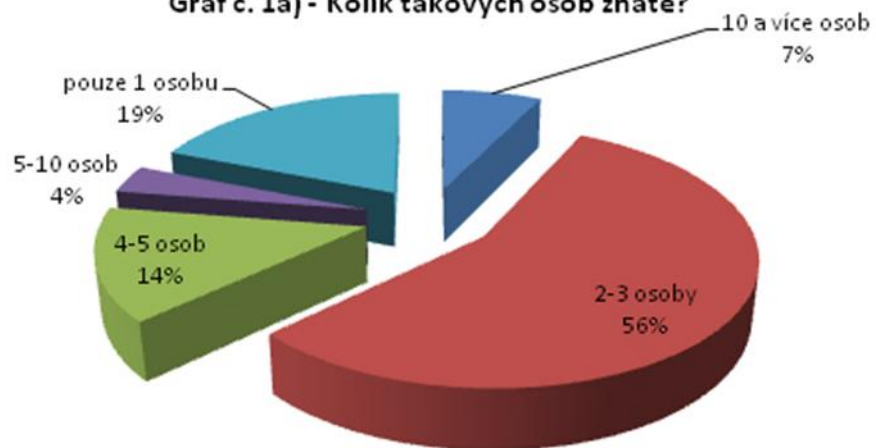
Graf č. 1 poukazuje na rozšířenost alkoholové závislosti v populaci. Vidíme, že více než polovina dotázaných (68% tj. 111 osob) zná někoho závislého na alkoholu, 56% z nich (tj. 62 osob) zná 2-3 závislé osoby a 7% (tj. 8 osob) zná dokonce více než 10 závislých osob.

Dalších 6% (tj. 9 osob) zaškrtnulo možnost nevím a pouhá čtvrtina respondentů (26%, tj. 42 osob) nezná nikoho závislého na alkoholických nápojích.

Graf č. 1 - Znáte někoho, kdo se potýká či v minulosti potýkal se závislostí na alkoholu?



Graf č. 1a) - Kolik takových osob znáte?



Otázka č. 2 – Cítíte se dostatečně informován/a o rizicích, která alkohol přináší?

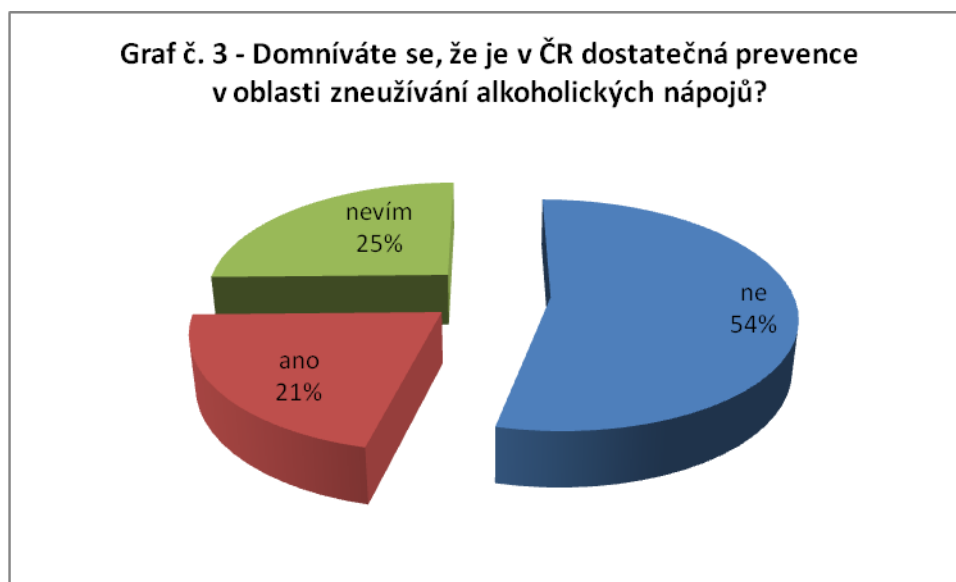
Většina respondentů na tuto otázku odpověděla kladně. Celých 82% (tj. 133 osob) se cítí dostatečně informováno o možných rizicích a pouhých 12% (tj. 19 osob) odpovědělo negativně. Zbýlých 6% (tj. 10 osob) na tuto otázku odpovědělo nevím.



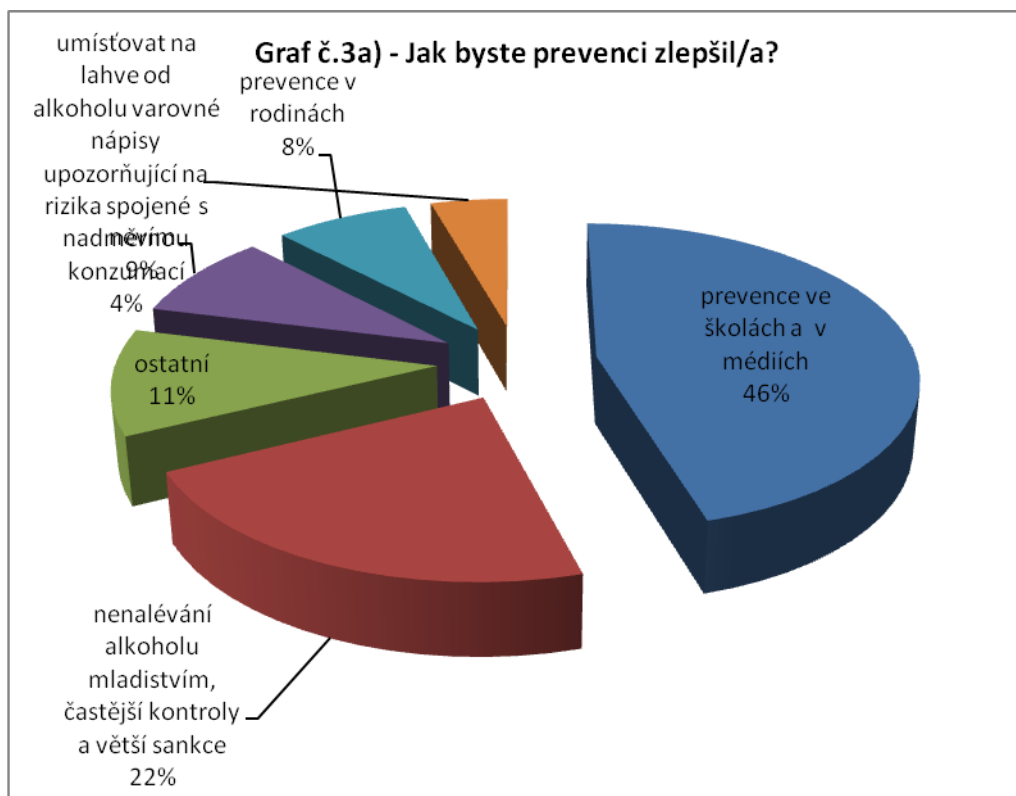
Otázka č. 3- Domníváte se, že je v ČR dostatečná prevence v oblasti zneužívání alkoholických nápojů?

Otázka č. 3a) – Jak byste prevenci zlepšil/a?

Nadpoloviční většina dotazovaných (54% tj. 87 osob) vidí prevenci v oblasti zneužívání alkoholických nápojů jako nedostatečnou a dalších 25% (tj. 41 osob) neví, zda je prevence dostatečná. Alarmující je fakt, že pouhých 21% (tj. 34 osob) se domnívá, že je prevence v této oblasti dostatečná.

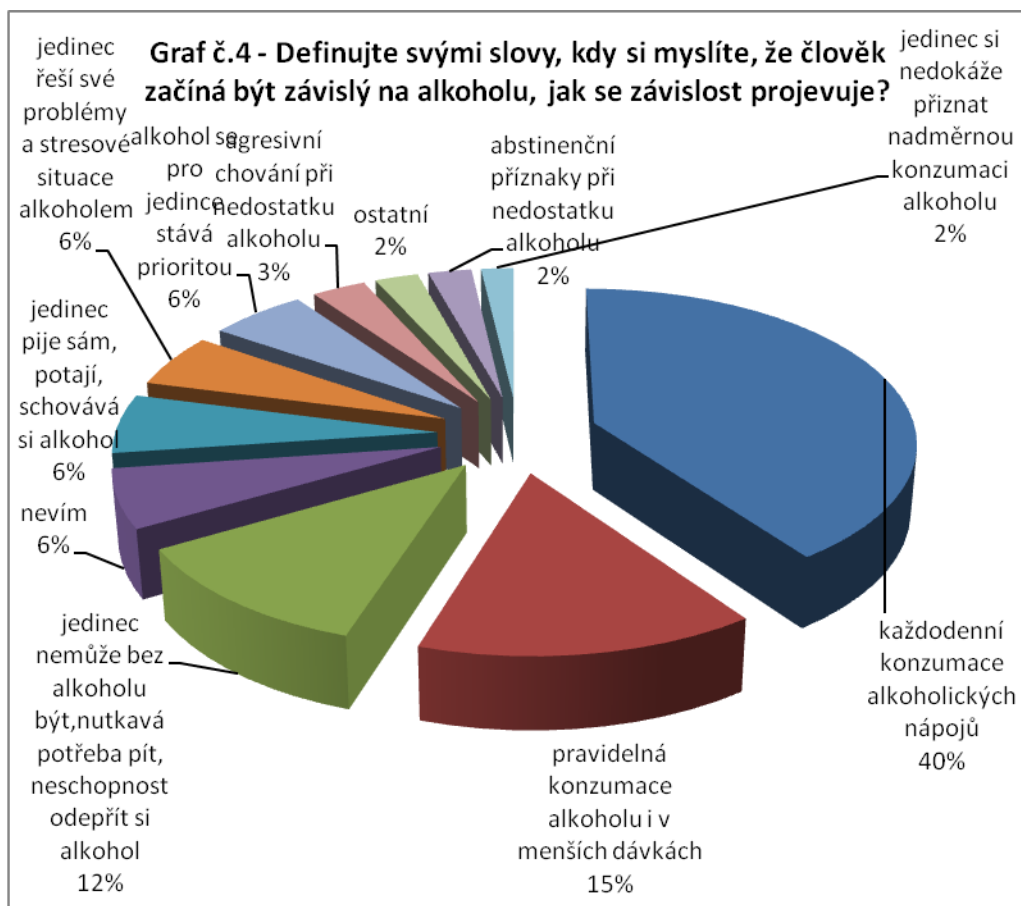


Na možnosti zlepšení prevence se dotazovala následující otevřená otázka. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že by se prevence měla zaměřit hlavně na děti a mladistvé. Téměř polovina respondentů (46% tj. 41 osob) poukázala na prevenci a osvětu hlavně ve školách (formou různých besed a seminářů) a v médiích – různé spoty v TV, zákaz reklamy na alkohol. Velký důraz (22% tj. 20 osob) kladou respondenti na striktní dodržování zákazu podávání alkoholu nezletilým a větší kontroly a případné sankce v restauračních zařízeních. Zarážející je, že pouhých 8% dotazovaných (tj. 7 osob) respondentů kladlo důraz na prevenci v rodinách a vhodném výchovném působení.



Otázka č. 4 – Definujte svými slovy, kdy si myslíte, že člověk začíná být závislý na alkoholu, jak se závislost projevuje?

V této otevřené otázce jsme zjistili, že nejčastěji respondenti vidí projevy závislosti na alkoholu v případě, že člověk pije alkohol každý den. Tento postoj zaujalo 40% respondentů (tj. 65 osob). Dalších 15% (tj. 24) označilo jako závislost pravidelnou konzumaci alkoholu a to i v menších dávkách. 12% (tj. 19 osob) dotazovaných definovalo závislost v případě nutkové potřeby pít, neschopnost odepřít si alkohol. Další odpovědi zahrnovaly řešení stresových situací alkoholem, agresivní chování a abstinční příznaky při nedostatku alkoholu, ztráta zájmů a koníčků, rodinné problémy, pití o samotě a schovávání alkoholu.



Otázka č. 5 - V jakých oblastech si myslíte, že alkohol může negativně působit na život jedince?

Respondenti mohli zaškrtnout více oblastí, ve kterých si myslí, že alkohol může působit na člověka negativně. Byly dány tyto oblasti: rodinný život, pracovní život, tělesné zdraví jedince, psychické zdraví jedince, sociální postavení. Naprostá většina dotazovaných vidí negativní působení alkoholu hlavně v rodinném (98%, tj. 158 osob) a pracovním životě (94%, tj. 152 osob). Téměř stejného výsledku dosáhlo psychické zdraví jedince (86%, tj. 139 osob), tělesné zdraví jedince (84%, tj. 136 osob) a sociální postavení jedince (83%, tj. 135 osob). Z uvedených poznatků je patrné, že všichni zúčastnění vidí v alkoholu možnost nepříznivého působení na život jedince.

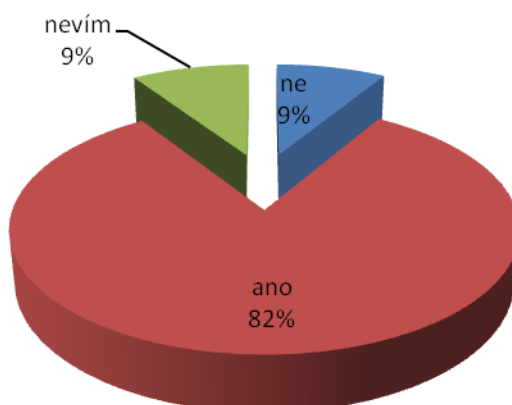
Žádný z respondentů se nedomnívá, že by alkohol neovlivňoval negativně žádnou z oblastí.



Otázka č. 6 - Domníváte se, že alkoholismus může být jedním z faktorů, které ovlivňují sebevražedné jednání?

Naprostá většina respondentů (82%, tj. 133 osob) připouští, že nadměrná konzumace alkoholu může být jedním z faktorů, které se podílejí na vzniku sebevražedného jednání. Pouhých 9% (tj. 14 osob) si myslí, že alkoholismus nemá na vznik sebevražedného jednání žádný vliv a zbylých 9% (tj. 15 osob) označilo možnost nevím.

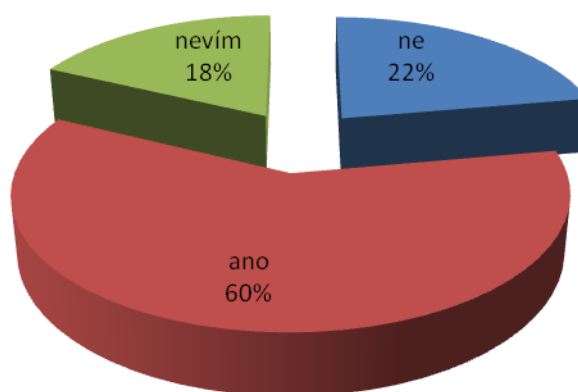
Graf č.6 - Domníváte se, že alkoholismus může být jedním z faktorů, které ovlivňují sebevražedné jednání?



Otázka č. 7 - Dá se podle vás alkoholismus úspěšně léčit?

Nadpoloviční většina dotázaných (60%, tj. 97 osob) se domnívá, že úspěšná léčba alkoholika je možná. 22% (tj. 36 osob) možnost úspěšného vyléčení alkoholika nepřipouští a zbylých 18% (tj.29 osob) neví, zda se alkoholismus dá úspěšně léčit.

Graf č.7 - Dá se podle Vás alkoholismus úspěšně léčit?



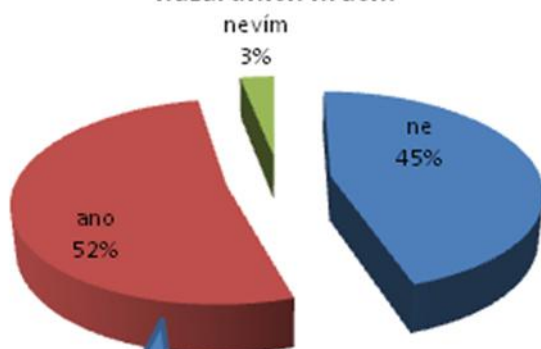
Otázka č. 8 - Znáte někoho, kdo se potýká či v minulosti potýkal se závislostí na hazardních hrách?

Otázka č. 8a) – Kolik takových osob znáte?

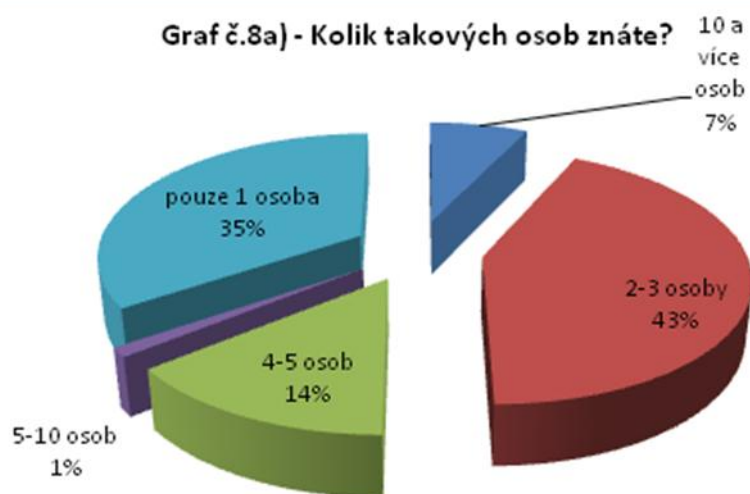
Celá polovina dotázaných (52%, tj. 84 osob) uvedla, že zná někoho závislého na hazardních hrách a 65% (tj. 55 osob) zná dokonce více než jednoho závislého. 45% (tj. 73 osob) popírá možnost, že by znali někoho závislého na hazardních hrách a zbylá 3% (tj. 5 osob) zvolila možnost nevím.

Z uvedených poznatků vyplývá, že ačkoliv není v České republice kvalitně řešena otázka gamblerství, rozšířenost této závislosti v populaci je více než zřejmá.

Graf č.8 - Znáte někoho, kdo se potýká či v minulosti potýkal se závislostí na hazardních hrách?

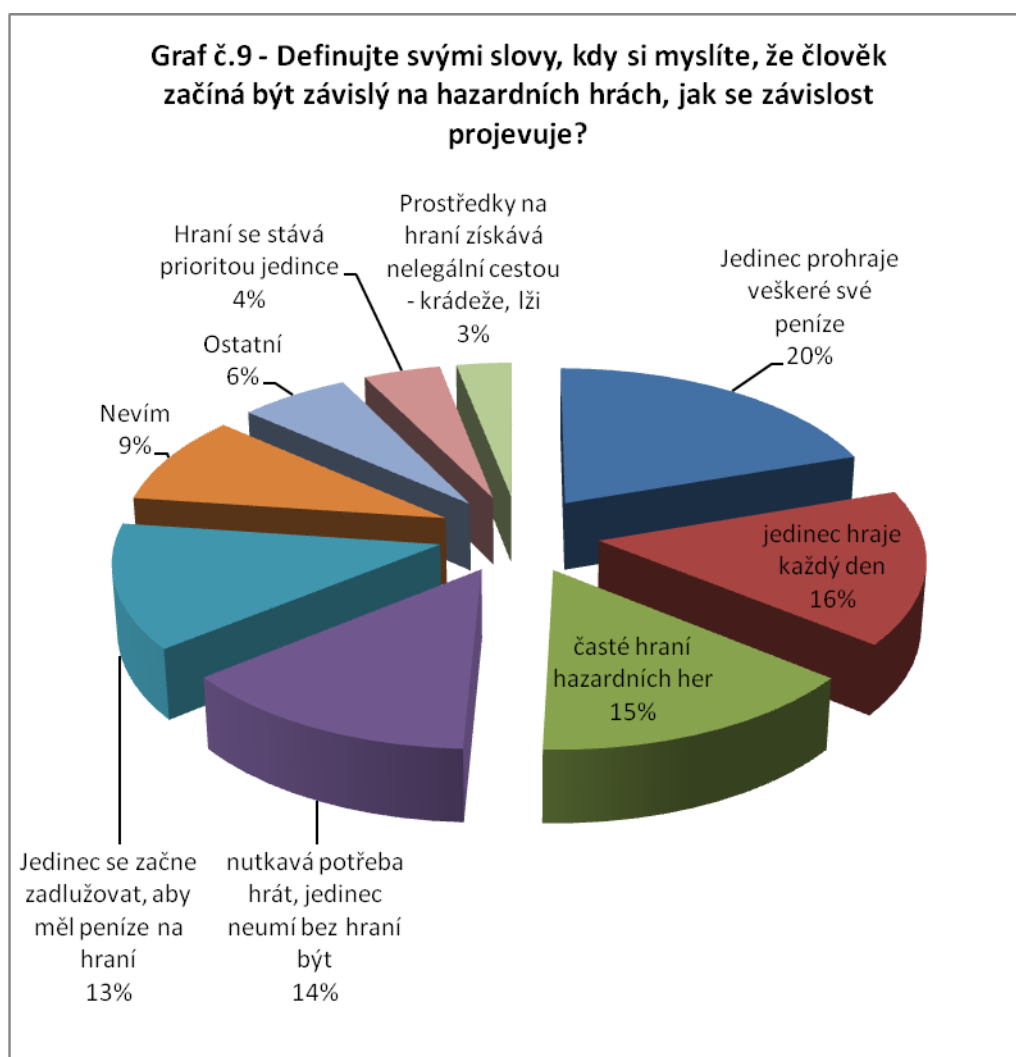


Graf č.8a) - Kolik takových osob znáte?



Otázka č. 9 - Definujte svými slovy, kdy si myslíte, že člověk začíná být závislý na hazardních hrách, jak se závislost projevuje?

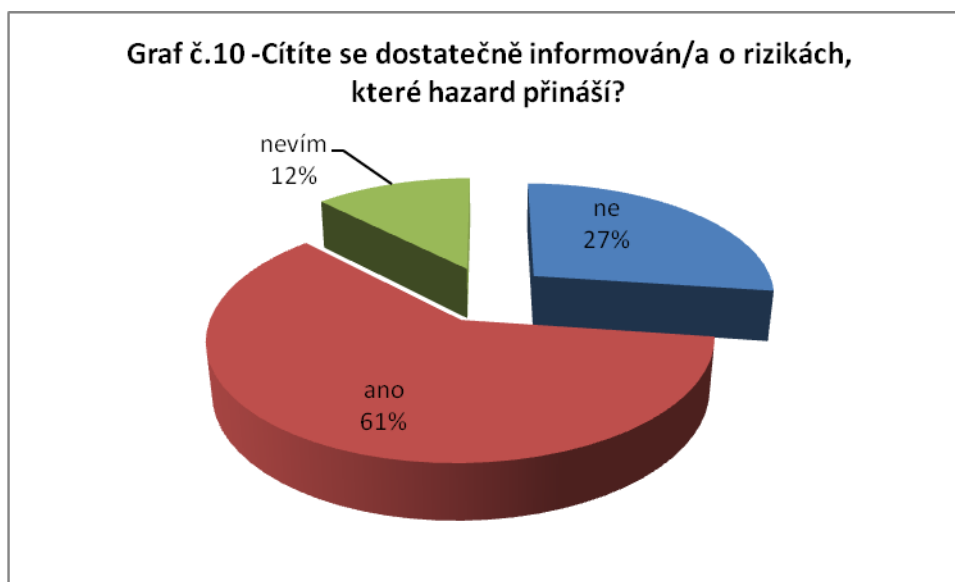
Jednalo se o otevřenou otázku, na kterou respondenti odpovídali dosti variabilně. Nejčastěji se shodovali v názoru, že se závislost projevuje tím, že jedinec prohraje veškeré své finance. Domnívá se tak 20% dotazovaných (tj. 32 osob). Za další faktor závislostního chování je považováno každodenní hraní hazardních her. Tento názor vyjádřilo 16% tázaných (tj. 26 osob) a dalších 15% (tj. 24 osob) považuje za projev závislosti hraní časté. Mezi další častý projev patřila nutková potřeba hrát a zadlužování jedince.



Otázka č. 10 - Cítíte se dostatečně informován/a o rizikách, které hazard přináší?

Dostatečně informovaní o možných rizicích hazardu se cítí 61% respondentů (tj. 98 osob). Naopak na neinformovanost poukazuje čtvrtina dotázaných (27% tj. 44 osob) i zbylých 12% (tj. 20 osob), které neví, zda jsou dostatečně informováni.

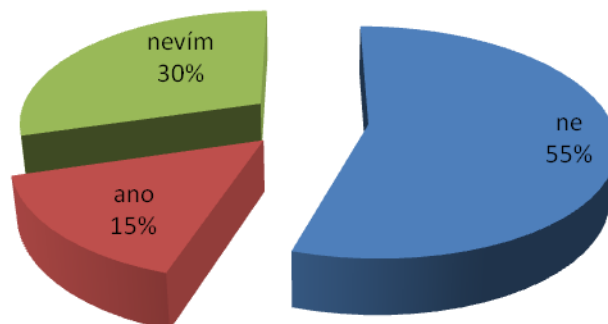
Zjištění informace poukazuje na fakt, že informovanost o této problematice není na takové úrovni jako u závislosti na alkoholu.



Otázka č. 11 - Domníváte se, že je v ČR dostatečná prevence v oblasti gamblerství?

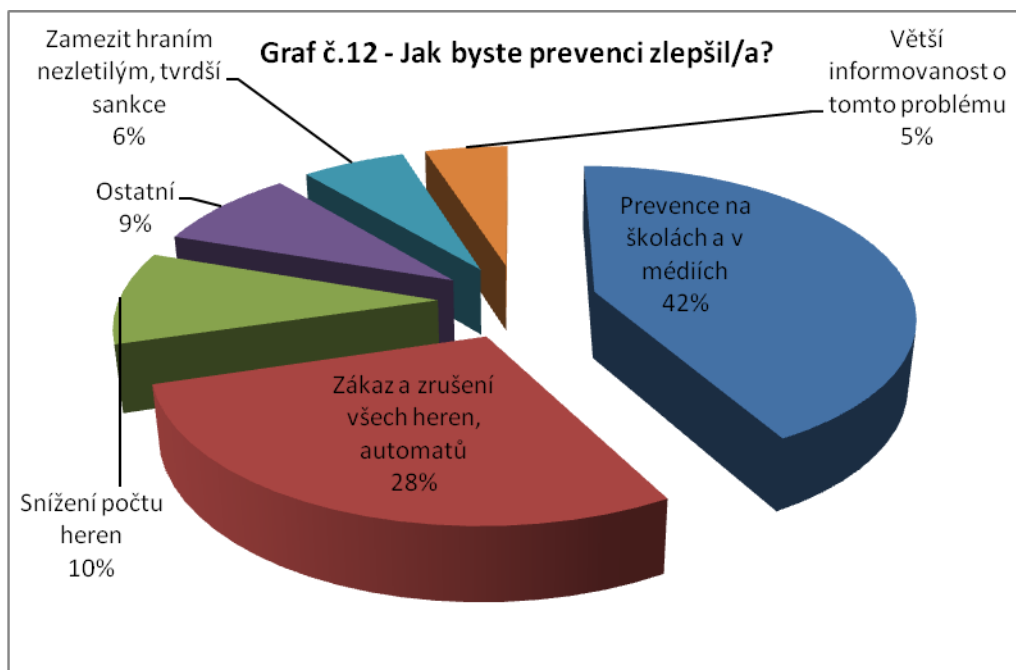
Výsledky u této otázky jsou téměř totožné s otázkou týkající se názorů na prevenci v oblasti zneužívání alkoholických nápojů. I na tomto grafu vidíme, že polovina dotázaných (55% tj. 89 osob) vidí prevenci v oblasti gamblerství jako nedostatečnou a dalších 30% (tj.48 osob) neví. Pouhých 15% respondentů (tj. 25 osob) shledalo prevenci v této oblasti jako dostatečnou, což je ještě o 9 osob méně než u závislosti na alkoholických nápojích.

Graf č.11 - Domníváte se, že je v ČR dostatečná prevence v oblasti gamblersství?



Otázka č.12 – Jak byste prevenci zlepšil/a?

V této otevřené otázce respondenti viděli možnost zlepšení prevence stejně jako u alkoholu převážně v primární prevenci na úrovni školy a v médiích. Odpovědělo tak 42% respondentů (tj. 34 osob). Celých 28% (tj. 23 osob) vidělo řešení v úplném zákazu a zrušení všech hracích automatů a heren a dalších 10% (tj. 8 osob) ve snížení jejich počtu.

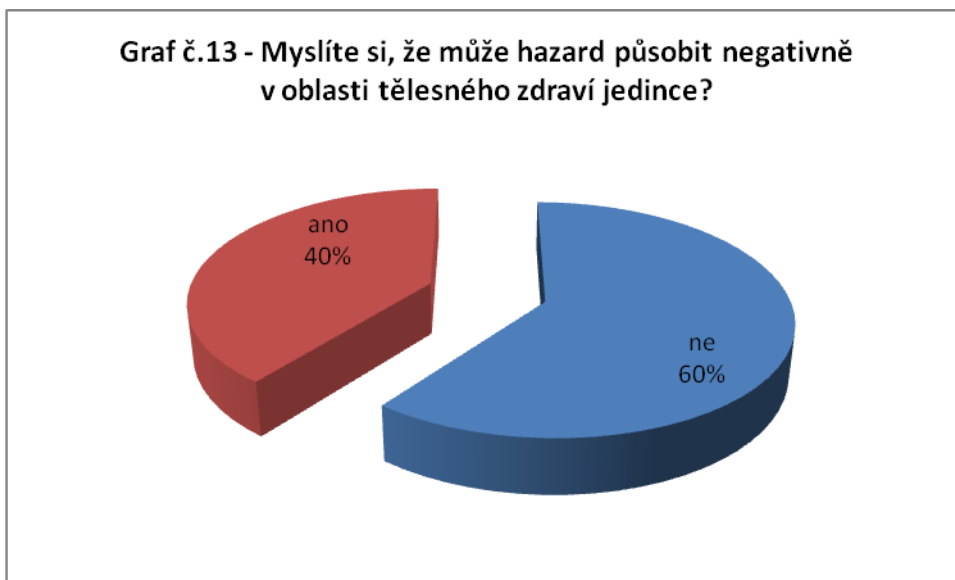


Otázka č.13 - V jakých oblastech si myslíte, že může gamblersství negativně působit na život jedince?

Stejně jako u otázky týkající se závislosti na alkoholu, i v této otázce mohli respondenti volit z oblastí rodinného života, pracovního života, tělesného zdraví jedince, psychického zdraví jedince a jeho sociálním postavení.

Celých 98% dotázaných (tj. 158 osob) vidí negativní působení v oblasti rodinného života, 85% (tj. 138 osob) v oblastech psychického zdraví a pracovního života a 77% (tj. 124 osob) v oblasti sociálního postavení jedince. Zajímavým poznatkem je, že 60% (tj. 98 osob) respondentů tvrdí, že gamblersství nepůsobí negativně na tělesné zdraví jedince.

Vyjma vlivu na tělesné zdraví jedince, pozorujeme téměř totožné názory na negativní působení jak při závislosti na alkoholických nápojích, tak hazardních hrách.



Otázka č. 14 - Domníváte se, že gamblerství může být jedním z faktorů, které ovlivňují sebevražedné jednání?

Kladné odpovědi z této otázky jsou totožné s otázkou zabývající se alkoholismem a sebevražedným jednáním. Kladně rovněž odpovědělo 82% dotázaných (tj. 132 osob). Pouhých 7% (tj. 12 osob) se domnívá, že gamblerství nemá vliv na sebevražedné jednání a zbývajících 11% (tj. 18 osob) zvolilo odpověď nevíím.

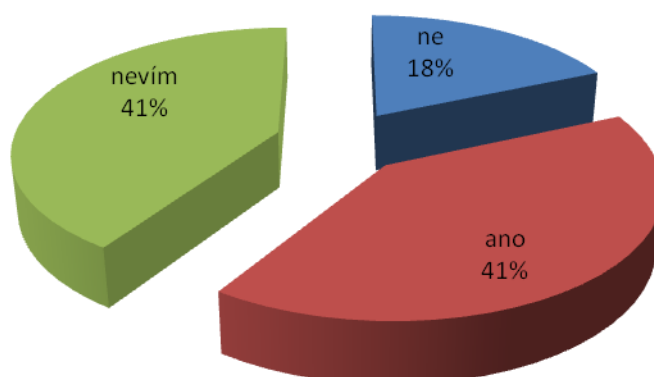


Otázka č. 15 – Dá se podle Vás gamblerství úspěšně léčit?

U této otázky 18% (tj. 30 osob) dotázaných nevědělo, zda se gamblerství dá úspěšně léčit či ne. Zbylí respondenti se rozdělili na dvě poloviny (41%, tj. 66 osob). První polovina se domnívala, že ano, druhá polovina, že nikoliv.

Z těchto údajů vyplývá, že více lidí se domnívá, že je možné vyléčit závislost na alkoholu než na hazardních hrách. Je otázkou, zda je důvodem menší informovanost v oblasti léčbě gamblerství, či menší víra v úspěšnost léčení.

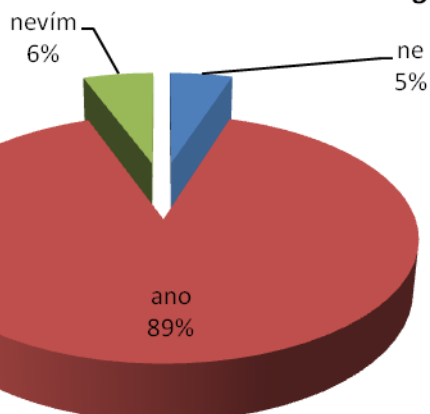
Graf č.15 - Dá se podle Vás gamblersství úspěšně léčit?



Otázka č. 16 - Myslíte si, že by v České republice měl být počet výherních automatů a videoterminálů regulován?

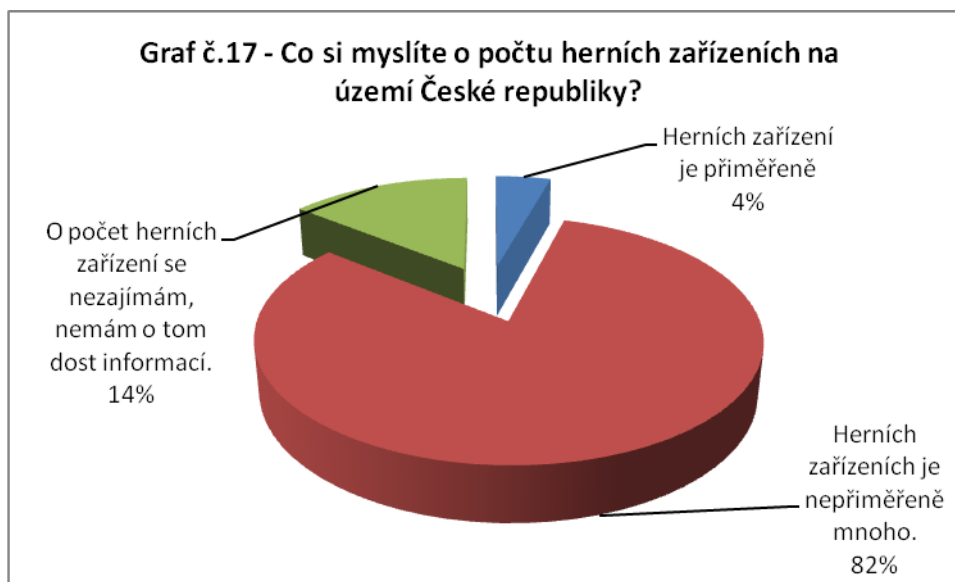
Naprostá většina dotazovaných je toho názoru, že by počet výherních automatů i videoterminálů měl být regulován. Tento názor vyslovilo plných 89% (tj.145 osob). Proti regulaci bylo pouhých 5% (tj. 8 osob). 6% (tj. 9 osob) vybralo možnost nevím.

Graf č.16 - Myslíte si, že by v České republice měl být počet výherních automatů a videoterminálů regulován?



Otázka č. 17 - Co si myslíte o počtu zařízení, kde se dají provozovat hazardní hry (herny, casina atd.) na území České republiky?

Další otázka nás utvrzuje v domněnce, že většina respondentů shledává počet herních zařízení v České republice jako nadměrný. 82% (tj. 132 osob) dotazovaných odpovědělo, že herních zařízení je nepřiměřeně mnoho. Jen 4% (tj. 7 osob) z nich si myslí, že je těchto zařízení přiměřeně a zbylých 14% (tj. 23 osob) nemá o této problematice dostatek informací, nebo se o tuto problematiku vůbec nezajímá. Žádný z respondentů se nedomnívá, že je herních zařízení málo.



Otázka č. 18 - Jaký vliv má, podle Vás, hazard na společnost?

Otázka č. 18a) – Vyjmenujte, jaká pozitiva může hazard přinášet společnosti?

Otázka č. 18b) – Vyjmenujte, jaká negativa může hazard přinášet společnosti?

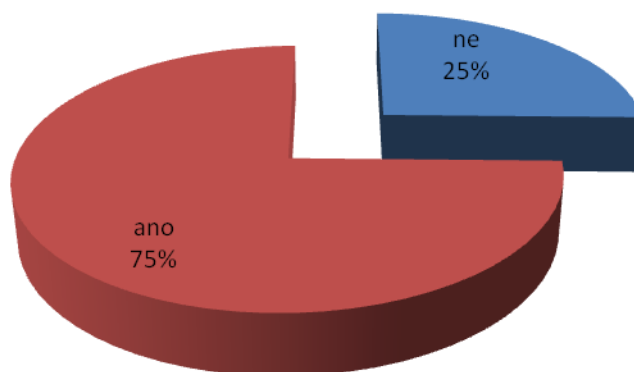
V této otázce se respondenti vyjadřovali k vlivu hazardu na společnost. Mohli zvolit více možností najednou. Vybírat mohli mezi pozitivním vlivem na společnost, negativním vlivem a odpovědí nevím – hazard nemá na společnost žádný vliv. Podle možnosti výběru pak respondenti formou otevřené otázky vyjmenovali pozitiva či negativa hazardních her.

Pozitivní vliv na společnost vidí v hazardu 10% dotazovaných (tj. 16 osob). Nejčastěji udávané pozitivum pro společnost byl zmiňován daňový přínos do veřejných financí a zvyšování zaměstnanosti.



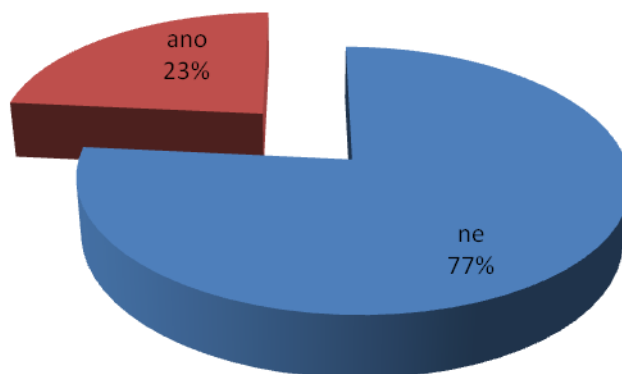
Většina dotazovaných (75% tj. 121 osob) se domnívá, že hazard přináší společnosti spíše negativa. Mezi nejčastěji zmiňovaná negativa patřila kriminalita gamblerů, zvyšování agresivity, rozpad rodin, ztráta zaměstnání gamblera, zadluženost hráče i celé jeho rodiny a velké náklady pro stát vynaložené na léčbu závislých osob.

Graf č.18b) - Hazard má na společnost negativní vliv.



23% respondentů (tj.38 osob) zvolilo možnost – nevím, hazard nemá na společnost žádný vliv.

Graf č.18c) - Hazard nemá na společnost žádný vliv.



Otázka č. 19 - Víte, kam byste se obrátil/a, hledal/a pomoc, pokud by někdo z vašich blízkých propadl alkoholismu či gamblerství?

Otázka č. 19a) – Napište, kde byste hledal/a pomoc

Tato otázka přinesla zajímavé zjištění – téměř polovina dotázaných (45% tj. 73 osob) neví, kde by případnou pomoc hledali. Toto číslo poukazuje na fakt, že ačkoliv se většina dotazovaných v otázkách gamblerství i alkoholismu cítí dostatečně informována o možných rizikách, ve vztahu k léčbě je informovanost dotazovaných na velmi malé úrovni.

Pouhých 55% respondentů (tj. 89 osob) ví, kam se v případě potřeby obrátit. Mezi nejčastěji udávaná místa, kam by se dotyční obrátili v případě hledání pomoci, patřily hlavně psychiatrické léčebny, internet, psychiatr, psycholog a praktický lékař.

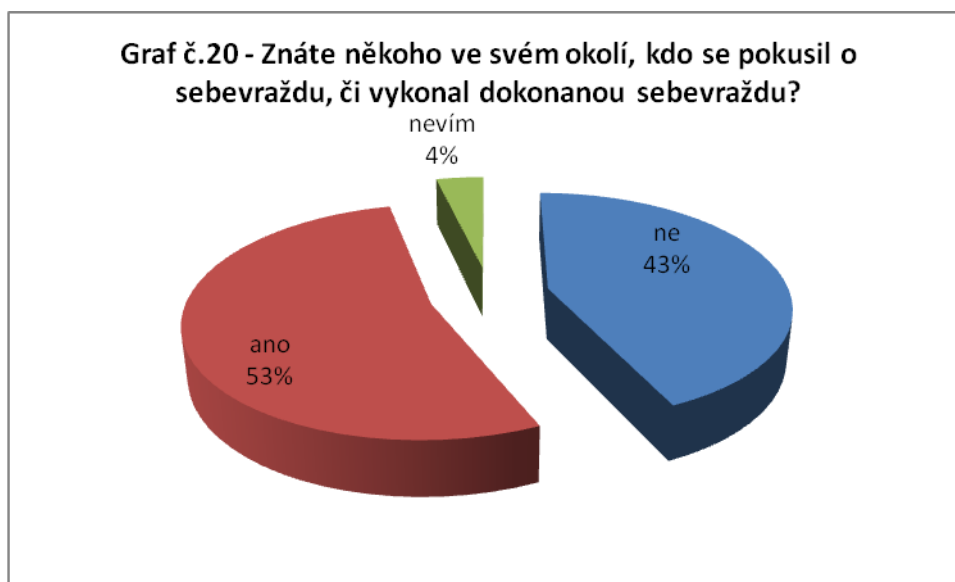


Otázka č. 20 - Znáte někoho ve svém okolí, kdo se pokusil o sebevraždu, či vykonal dokonanou sebevraždu?

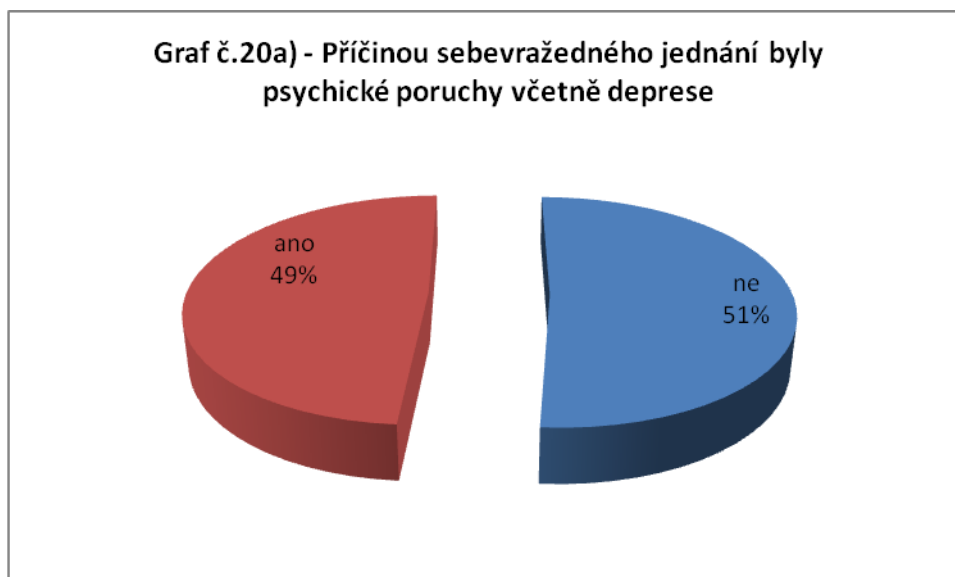
Otázka č. 20a) - Jaké si myslíte, že byly příčiny u výše zmíněného sebevražedného jednání?

Polovina respondentů (53% tj. 86 osob) se ve svém okolí setkala se sebevražedným pokusem či dokonáním suicidiem. Z toho čísla je patrné, že sebevražedné jednání není v naší společnosti ničím ojedinělým. 43% (tj. 70

osob) dotazovaných nikoho takového neznají a další 4% (tj. 6 osob) zvolila možnost nevím.

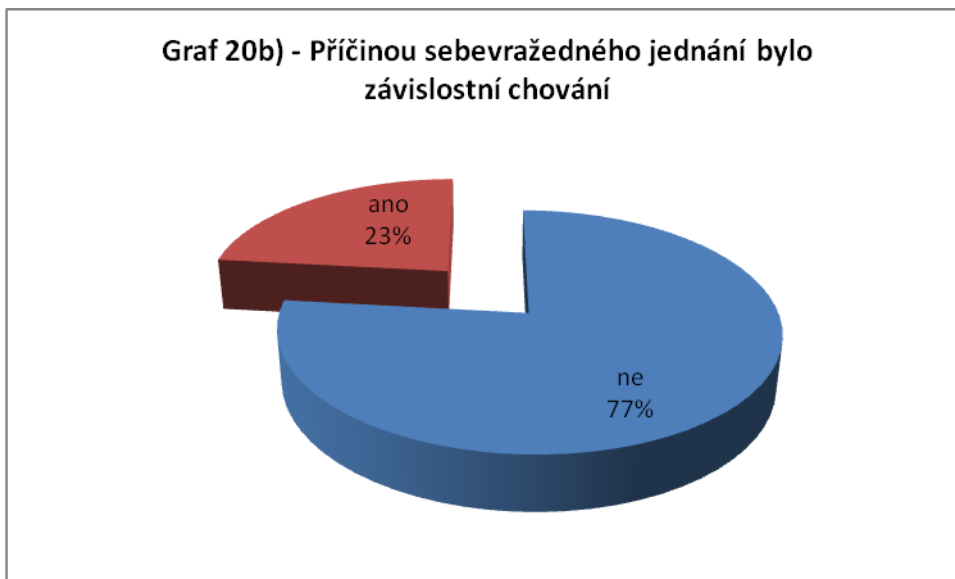


Mezi nejčastěji udávané důvody sebevražedného jednání patřily psychické poruchy včetně deprese. Tento důvod udalo 49% (tj. 42 osob) respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano.



Druhým nejčastějším důvodem sebevražedného jednání byly rodinné problémy, dále dluhy a kriminalita a neúspěch ve škole či v zaměstnání. 23%

(tj.20 osob) respondentů zná někoho, kdo se pokusil o sebevraždu či vykonal dokonanou sebevraždu z důvodů závislostního chování.



6.7. Analýza vytyčených hypotéz

Hypotéza 1. – Většina respondentů se domnívá, že oba zkoumané jevy – tj. gamblerství a alkoholismus mají vliv na suicidální jednání jedince.

Tuto hypotézu se nám nepodařilo vyvrátit. Většina dotazovaných skutečně vidí souvislost mezi závislostním chováním (v našem případě závislostí na alkoholu a hazardních hrách) a suicidálním jednáním jedince. Domnívají se tak i přesto, že pouhých 20 respondentů se přímo ve svém okolí setkali s někým, kdo by se v důsledku závislostního chování pokusil, či spáchal, dokonanou sebevraždu.

Hypotéza 2. – Většina respondentů se ve svém okolí setkala s někým, kdo je závislý na alkoholu.

Z uvedeného průzkumu vyplynulo, že skutečně 68% z respondentů zná nejméně 1 osobu závislou na alkoholu. Ačkoliv se jedná o výrazně větší polovinu, nemůžeme říct, že by se jednoznačně jednalo o výraznou většinu. Hypotézu proto musíme falzifikovat.

Hypotéza 3. – Většina respondentů se ve svém okolí setkala s někým, kdo je závislý na hazardních hrách.

I tuto hypotézu musíme falzifikovat, jelikož pouhých 52% dotazovaných se ve svém okolí setkala se závislostí na hazardních hrách. Jedná se o výrazně menší počet, než jaký jsme předpokládali na začátku průzkumu. I přesto je však zřejmé, že rozšířenost této závislosti v České republice není zanedbatelná.

Hypotéza 4. – Většina respondentů se domnívá, že je v České republice nedostatečná prevence v oblasti gamblerství a alkoholismu.

Nadpoloviční většina tázaných není s prevencí v České republice spokojena a další třetina neví, zda je prevence dostatečná či nikoliv. Za dostatečnou označilo prevenci pouhých 15% v oblasti gamblerství a v oblasti alkoholismu o něco málo více – 21% respondentů. Ačkoliv je nedůvěra v prevenci v těchto oblastech evidentní, nemůžeme hypotézu stoprocentně potvrdit.

Hypotéza 5. – Většina respondentů se domnívá, že se gamblerství i alkoholismus dají úspěšně léčit.

Překvapující jsou výsledky u této hypotézy. Navzdory očekávání se stěží polovina respondentů domnívá, že lze tyto závislosti úspěšně léčit. O něco větší úspěšnost léčby vidí respondenti v případě závislosti na alkoholu. U závislosti na hazardních hrách neodpověděla kladně ani polovina dotazovaných. Tato hypotéza byla tudíž také falzifikována.

6.8. Interpretace výsledků

Ze získaných poznatků je zřejmé, že všeobecně vyšší informovanost panuje o závislosti na alkoholu. Nejedná se o překvapivé zjištění, jelikož alkoholismus patří mezi jednu z nejstarších a především nejrozšířenějších závislostí vůbec. Respondenti jsou si vědomi rizik souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholických nápojů i rozšířenosti této závislosti. Nedostatky vidí respondenti převážně v oblasti prevence. Nejvíce respondentů by zlepšilo prevenci především ve školách a v médiích. Právě této oblasti by se měla věnovat zvýšená pozornost. Opomíjet nesmíme ale především prevenci v rodině, jelikož sebelepší prevence na úrovni společnosti nenahradí výchovu a prevenci v rodině.

U hazardních her pozorujeme menší informovanost než u závislosti na alkoholu. Ačkoliv se už i v České republice začíná o tomto problému veřejně diskutovat, stále není informovanost obyvatel dostatečná. Většina respondentů se sice cítí dostatečně informována o rizicích, které gamblerství přináší, avšak z jejich dalších odpovědí vyplývá, že jejich informovanost není stoprocentní. Samotní respondenti vidí, stejně jako v případě závislosti na alkoholu, značné nedostatky převážně v oblasti prevence. I zde by prevenci řešili především preventivními programy ve školách a médiích. Dalším řešením by podle dotazovaných mohl být úplný zákaz a zrušení všech heren a hracích automatů. Téměř jednoznačný postoj mají respondenti ohledně počtu výherních automatů a video-terminálů na území České republiky – 89% se domnívá, že by jejich počet měl být regulován a že jejich množství je nepřiměřené. Většina dotazovaných neshledala na hazardních hrách žádné pozitivum, naopak negativ bylo vyjmenováno mnoho. Otázkou zůstává, proč přes evidentní nevraživost obyvatel vůči výherním automatům a video-terminálům, jejich počet stále výrazně neklesá.

Pozornost bychom měli věnovat také názorům respondentů na účinnost léčby alkoholismu a gamblerství. V úspěšnou léčbu alkoholismu věří pouhých 60% dotazovaných, u závislosti na hazardních hrách se jedná ještě o něco menší číslo a to 41%. Z uvedených čísel je zřejmé, že víra v úspěšné vyléčení těchto závislostí není nijak veliká. Většina respondentů také vidí souvislost mezi suicidálním jednáním a závislostním chováním.

Alarmujícím zjištěním je neinformovanost respondentů v oblasti léčby těchto závislostí. Téměř polovina dotazovaných vůbec netuší, kde by hledali pomoc v případě, že by někdo z jejich blízkých propadl alkoholismu či gamblerství. Domníváme se, že tento fakt může souviset s nedostatečnou prevencí a informovaností vůbec.

Shrneme-li výsledky průzkumu, můžeme konstatovat, že informovanost respondentů o alkoholismu a gamblerství je na celkem dobré úrovni. Lepší informovanost bychom uvítali v možnostech léčby, kde respondenti prokázali znalosti na malé úrovni. Zlepšení by respondenti očekávali především v oblasti

prevence, kterou právem vidí jako nedostatečnou. Převážně v této oblasti by měly co nejdříve nastat změny k lepšímu.

7. Závěr

Hlavním cílem této závěrečné práce bylo stručně vymezit sociálně patologické jevy jako suicidální chování, gamblerství a alkoholismus a potvrdit či vyvrátit předem stanovené hypotézy.

Z výsledků dotazníkového šetření jsme zjistili, že téměř žádnou z vytyčených hypotéz se nám nepodařilo potvrdit. Na začátku průzkumu jsme předpokládali, že výskyt výše zmíněných sociálně patologických jevů v populaci bude ještě o něco vyšší, než se ukázalo z výsledků šetření. Avšak je nesporné, že i tyto závěry poukazují na značnou rozšířenost alkoholismu a gamblerství v České republice a na nedostatečnou prevenci v těchto oblastech. Velmi opomíjena je prevence převážně u závislosti na hazardních hrách, kde jsou lidé ještě méně informováni o možných rizicích i možnostech a úspěšnosti léčby, než u závislosti na alkoholu. Právě oblasti dlouhodobé a systematické prevence by však měla být věnována zvýšená pozornost a to převážně u dětí a mladistvých, jelikož právě tato skupina patří mezi jednu z nejohroženějších. Pozornost bychom u této skupiny měli zaměřit také na stále zvyšující se počet suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd a klást důraz především na výchovu v rodinách a apelovat na rodiče, aby více času věnovali svým dětem, zajímali se o jejich problémy a volný čas a předcházeli tak sebevražednému jednání i závislostnímu chování.

Výsledky průzkumu dále ukazují, že velká část respondentů prokázala značné nevědomosti v oblasti léčby alkoholismu a gamblerství. Je zarážející, že v dnešní době, které vládou všemožné informační technologie, a virtuální svět se stává stále vyhledávanějším, téměř polovina dotázaných nevěděla, kde by hledala pomoc a nenapadla je právě ani námi očekávaná možnost vyhledání rady na internetu. Je zřejmé, že široká veřejnost není v této oblasti dostatečně informována a měli bychom proto přemýšlet, jak informovanost v této oblasti zlepšit. Právě výše zmiňované informační technologie by mohly být dobrým pomocníkem při rozšiřování informací týkajících se možnostech léčby alkoholismu a gamblerství a pozadu by neměla zůstat ani taková média jako televize, rozhlas či různé časopisy a noviny určené pro širokou veřejnost.

Z odborné literatury i výsledků dotazníkového šetření se ukázalo, že skutečně existuje souvislost mezi závislostním chováním (v našem případě alkoholismem a gamblerstvím) a suicidálním jednáním. Důvodem sebevraždného jednání jsou hlavně sekundární problémy vyplývající ze závislostního chování jako např. dluhy, rozpad rodiny, ztráta přátel, zaměstnání atd.

Je tedy zřejmé, že předcházením vzniku závislostního chování, můžeme snížit též výskyt sebevraždného jednání.

8. Seznam použité české literatury a pramenů

- CSÉMY, Ladislav – NEŠPOR, Karel. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997.
- CSÉMY, Ladislav – SOVINOVÁ, Hana. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7072-230-9
- ČERNÝ, Luděk, *Sebevražednost dětí a mladistvých*. 2.vyd. Praha. Avicentum, zdravotnické nakladatelství, 1970. ISBN 08-080-70
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Sebevraždy* 1.vyd. Praha. Český statistický úřad, 2002. ISBN 80-7223-713-6
- EDELSBERGER, Ludvík. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5
- HÁLOVÁ, Jaroslava *Bakalářská práce*, 1.vyd. Praha, UJAK, 2010
- HOSEK, Jan. *Sám proti alkoholu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-624-2
- KALINA, Kamil – a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2002. ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, Kamil – a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2002. ISBN 80-86734-05-6
- KOUTEK, Jiří – KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. 1.vyd. Praha. Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9
- MARHOUNOVÁ, Jana – NEŠPOR, Karel. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. 1.vyd. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8
- MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenské moderní osvěty*. 5.vyd. Praha. Masarykův ústav AV ČR, 2002. ISBN 80-86495-13-2
- NEŠPOR, Karel. *Hazardní hra jako nemoc*. Ostrava: Alena Krtinová, 1994.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR, Karel. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag, 2006.

NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6

NEŠPOR, Karel. a kolektiv. *Jak překonat hazard*. 1.vyd. Praha. Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0009-3

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha, UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8

PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblersství, aneb sázka na štěstí*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-074-1

PSYCHOLOGIE DNES. Praha. Portál, 2011, číslo 12. ISSN 1212-9607

Internetové zdroje

Český statistický úřad [online], dostupné na <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj> [cit. 2012-02-20]

Pij s rozumem dostupné na <<http://www.pijsrozumem.cz/Zivotni-etapy/Tehotenstvi-a-poceti-/FASD>>

Wikipedie, otevřená encyklopedie [online], dostupné na <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda>> [cit. 2011-11-12]

Smích, relaxace, střízlivost [online] dostupné na <<http://drnespor.eu/index.html>>

9. Seznam použité zahraniční literatury a pramenů

FRANKEL, Bernard – KRANZOVÁ, Rachel. *O sebevraždách*. 1.vyd. Praha. Nakladatelství Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-234-0

GAVORA, Peter, *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Brno. Paido, 2000
ISBN 80-85931-79-6

10. Příloha A – Dotazník

Dotazník k diplomové práci na téma: Vliv alkoholismu a gamblerství na suicidální chování jedince

Dobrý den,
ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako materiál k praktické části mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a informace z něj budou použity pouze pro mé studijní účely.

Velice Vám děkuji za ochotu a strávený čas ☺
Přeji krásný zbytek dne.
S pozdravem

Bc. Hálová Jaroslava

Demografické údaje:

1. věk:
2. pohlaví – muž X žena
3. dokončené vzdělání: základní
střední odborné (vyučen)
středoškolské s maturitou
vyšší odborné
vysokoškolské
4. kraj:

Vlastní dotazník:

(Označte Vaši odpověď zakroužkováním, podtrhnutím. V případě otevřených odpovědí = bez možností a),b),c) odpovídejte ve stručnosti.)

1. Znáte někoho ve svém okolí, kdo se potýká či v minulosti potýkal se závislostí na alkoholu?

- a) ANO – přejděte na otázku 1a.
- b) NE – přejděte na otázku 2.
- c) NEVÍM – přejděte na otázku číslo 2

1a. Kolik takových osob znáte?

- a) pouze 1 osobu

- b) 2-3 osoby
- c) 4-5 osob
- d) 5 – 10 osob
- e) 10 a více osob

2. Definujte svými slovy, kdy si myslíte, že člověk začíná být závislý na alkoholu, jak se závislost projevuje?

3. Cítíte se dostatečně informován/a o rizicích, které alkohol přináší?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

4. Domníváte se, že je v České republice dostatečná prevence v oblasti zneužívání alkoholických nápojů?

- a) ANO – přejděte na otázku číslo 5
- b) NE – přejděte na otázku číslo 4a
- c) NEVÍM – přejděte na otázku číslo 5

4a) Jak byste prevenci zlepšil/a?

5. V jakých oblastech si myslíte, že alkohol může negativně působit na život jedince?

Možnost více odpovědí:

- a) rodinný život
- b) pracovní život
- c) tělesné zdraví jedince
- d) psychické zdraví jedince
- e) sociální postavení
- f) žádný z uvedených

6. Domníváte se, že alkoholismus může být jedním z faktorů, které ovlivňují sebevražedné jednání?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

7. Dá se podle Vás alkoholismus úspěšně léčit?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

8. Znáte někoho ve svém okolí, kdo se potýká či v minulosti potýkal se závislostí na hazardních hrách?

- a) ANO – přejděte na otázku 8a.
- b) NE – přejděte na otázku 9.
- c) NEVÍM – přejděte na otázku 9

8a. Kolik takových osob znáte?

- f) pouze 1 osobu
- g) 2-3 osoby
- h) 4-5 osob
- i) 5 – 10 osob
- j) 10 a více osob

9. Definujte svými slovy, kdy si myslíte, že člověk začíná být závislý na hazardních hrách, jak se závislost projevuje?

10. Cítíte se dostatečně informován/a o rizicích, které hazard přináší?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

11. Domníváte se, že je v České republice dostatečná prevence v oblasti gamblerství (= závislosti na hazardu)?

- a) ANO – přejděte na otázku číslo 12
- b) NE – přejděte na otázku číslo 11a
- c) NEVÍM – přejděte na otázku číslo 12

11a) Jak byste prevenci zlepšil/a?

12. V jakých oblastech si myslíte, že může hazard negativně působit na život jedince?

Možnost více odpovědí:

- g) rodinný život
- h) pracovní život
- i) tělesné zdraví jedince
- j) psychické zdraví jedince
- k) sociální postavení
- l) žádný z uvedených

13. Domníváte se, že gamblerství může být jedním z faktorů, které ovlivňují sebevražedné jednání?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

14. Dá se podle Vás, gamblerství úspěšně léčit?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

15. Myslíte si, že by v České republice měl být počet výherních automatů a videoterminálů regulován?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

16. Co si myslíte o počtu zařízení, kde se dají provozovat hazardní hry (herny, casina atd..) na území České republiky?

- a) je jich nepřiměřeně mnoho
- b) je jich přiměřeně
- c) je jich málo
- d) nevím, nezajímám se o to

17) Jaký vliv má, podle Vás, hazard na společnost? (možnost více odpovědí)

- a) Žádný, nevím – přejděte na otázku číslo 18
- b) pozitivní – přejděte na otázku číslo 17a
- c) negativní . přejděte na otázku číslo 17b

17a) Vyjmenujte, jaká pozitiva hazard může přinášet společnosti:

17b) Vyjmenujte, jaká negativa hazard může přinášet společnosti:

18) Víte, kam byste se obrátil/a, hledal/a pomoc v případě, že by někdo z Vašich blízkých propadl závislosti na alkoholu či závislosti na hazardních hrách?

- a) ANO – přejděte na otázku číslo 18a)
- b) NE – přejděte na otázku číslo 19

18a) Napište, kde byste hledal/a pomoc:

19) Znáte někoho ve svém okolí, kdo se pokusil o sebevraždu, či vykonal dokonanou sebevraždu?

- a) ANO – přejděte na otázku číslo 19a)
- b) NE
- c) NEVÍM

19a) Jaké si myslíte, že byly příčiny u výše zmíněného sebevražedného jednání?

- a) rodinné problémy
- b) psychická porucha včetně deprese
- c) neúspěch ve škole či zaměstnání
- d) závislostní chování
- e) dluhy, kriminalita
- f) jiný důvod – uveďte
- g) nevím

KONEC ☺

Děkuji za spolupráci. Bc. Hálová Jaroslava

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Jaroslava Hálová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: prezenční

Název práce: Vliv alkoholismu a gamblerství na suicidální jednání jedince

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 68

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 20

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: PaedDr. Viola Rašínová