

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

Petra Baráková

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

Sociálně patologické jevy

ALKOHOLISMUS – GAMBLERSTVÍ – NEALKOHOLOVÉ
DROGY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce PhDr. Kamily Holáskové Ph.D., s využitím pouze citovaných literárních zdrojů.

V Olomouci dne

.....

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Kamile Holáskové Ph.D. za její podporu, cenné rady a pomoc při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat lidem, kteří přispěli k vypracování mé práce vyplněním dotazníků.

Obsah

I ÚVOD	6
II TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Sociálně patologické jevy	7
2 Závislost	7
2.1 Drogová závislost	10
2.1.1 Základní upřesnění pojmu	10
2.1.2 Kategorizace drog a jejich účinky	10
2.1.3 Nealkoholové drogy	12
2.1.3.1 Léky vyvolávající závislost	12
2.1.3.2 Těkavé látky	13
2.1.3.3 Halucinogeny	13
2.1.3.4 Kanabinoidy	14
2.1.3.5 Stimulacia	15
2.1.3.6 Opiáty	16
2.1.4 Aplikace	18
2.1.4.1 Inhalace	18
2.1.4.2 Resorpční forma užívání	18
2.1.4.3 Nitrožilní forma užívání	18
2.1.5 Vývojové stupně zneužívání psychotropních látek	18
2.1.6 Sociální a zdravotní síť uživatelů psychoaktivních látek	19
2.2 Závislost na alkoholu	24
2.2.1 Základní upřesnění pojmu	24
2.2.2 Klasifikace alkoholu a jeho účinky	25
2.2.3 Aplikace	27
2.2.4. Vývojové fáze alkoholové závislosti dle E. M. Jellineka	27

2.2.5 Sociální a zdravotní síť jedinců závislých na alkoholu.....	28
3. Patologické hráčství.....	30
3.1 Základní upřesnění pojmu	31
3.2 Formy hazardu	33
3.3 Užití x aplikace?	34
3.4. Vývojové fáze hazardní závislosti	34
3.5 Sociální a zdravotní síť jedinců závislých na hazardu.....	35
III PRAKTICKÁ ČÁST	36
1 Cíle výzkumu	36
1.1 Stanovení hypotéz.....	36
2 Techniky sběru dat.....	37
3 Charakteristika výzkumného vzorku	37
3.1 Definování hlavních pojmů	37
3.2 Objekt zkoumání.....	38
3.3 Výzkumný vzorek.....	38
4 Analýza výsledků dotazníkového průzkumu	39
5 Diskuze	71
IV Závěr	74
Použitá literatura	75
Seznam příloh	77

I ÚVOD

Alkohol, drogy a hazard jsou prokletím dnešní doby. Říkám dnešní, ačkoli nás doprovázejí prakticky od počátku lidské civilizace a již naši předci s nimi experimentovali... Ale dnes dosáhly tyto jevy zlomové hranice a staly se jedněmi z nejdiskutovanějších závislostí této doby.

Když řekneme závislost či závislý člověk, řada lidí si představí člověka na dně, jedince na okraji společnosti, člověka, který má propíchané žíly nebo se potácí s lahví alkoholu v ruce...

Ne vždy tomu tak musí být, mnozí ze závislých jsou profesně velmi úspěšní lidé, jen ve své pracovní vytíženosti či chvilkové krizi hledají východisko zde. A jejich okolí si jejich závislosti nemusí povšimnout.

Většinová společnost si však utváří svůj názor a přístup k těmto jedincům, především podle filmů, které byly o těchto problémech natočeny (např. filmy o drogové závislosti - Trainspotting, Requiem za sen, o alkoholících - Rok ďábla, Ikarův pád, či filmů s gamblerskou tematikou).

Primárně tyto patologické jevy ovlivňují závislého člověka a všechny aspekty jeho života, avšak sekundárně mají dopad i na život jeho blízkých. Běžná společnost na tuto problematiku pohlíží nezúčastněně a následky bagatelizuje většinou do doby, než se to začne týkat jich samých nebo lidí z blízkého okolí.

Stát se velmi radikálně staví k omezování lehkých a tvrdých psychoaktivních látek. Avšak stejnou intenzitou nevěnuje patologickému hráčství ba ani k alkoholismu, který je v naší společnosti veřejně tolerován.

Rozhodla jsem se svou bakalářskou prací stavět na těchto sociálně patologických jevech, seznámit se základními pojmy a otázkami týkajícími se těchto problematik a zjistit zda některá z těchto závislostí má závažnější charakter a zjistit jaké zkušenosti a přístup k těmto závislostem má dnešní mládež.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Sociálně patologické jevy

Sociálně patologický jev slouží jako označení jevu, který naše společnost klasifikuje jako nežádoucí (např. rasismus, kriminalita, toxikomanie, alkoholismus, prostituce), dochází v nich k porušování sociálních, morálních nebo právních norem společnosti.

P. Mühlpachr (2001) detailněji sociálně patologické jevy člení:

I. Negativní společenské jevy - jde o fenomény charakteristické pro moderní společnost. Míra nebezpečnosti či závažnosti je nízká, stejně jako jejich konečný dopad na společnost. Společností jsou víceméně tolerovány - nezaměstnanost, fluktuace, bída, nemocnost, úrazovost, populační nerovnováha, rozvodovost, a další.

II. Asociální společenské jevy - sem lze zařadit problémy jako výtržnictví, vandalismus, šikana, aktivity sprejerů, sekty, extremistická hnutí a skupiny, projevy xenofobie a rasismu, apod.

III. Sociálně patologické jevy (v užším slova smyslu) - do této kategorie spadá čtveřice oblastí s nejvyšší mírou společenské nebezpečnosti a závažnosti: kriminalita, závislosti, prostituce a sebevraždy.

2 Závislost

Definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zní:

Syndrom závislosti: je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

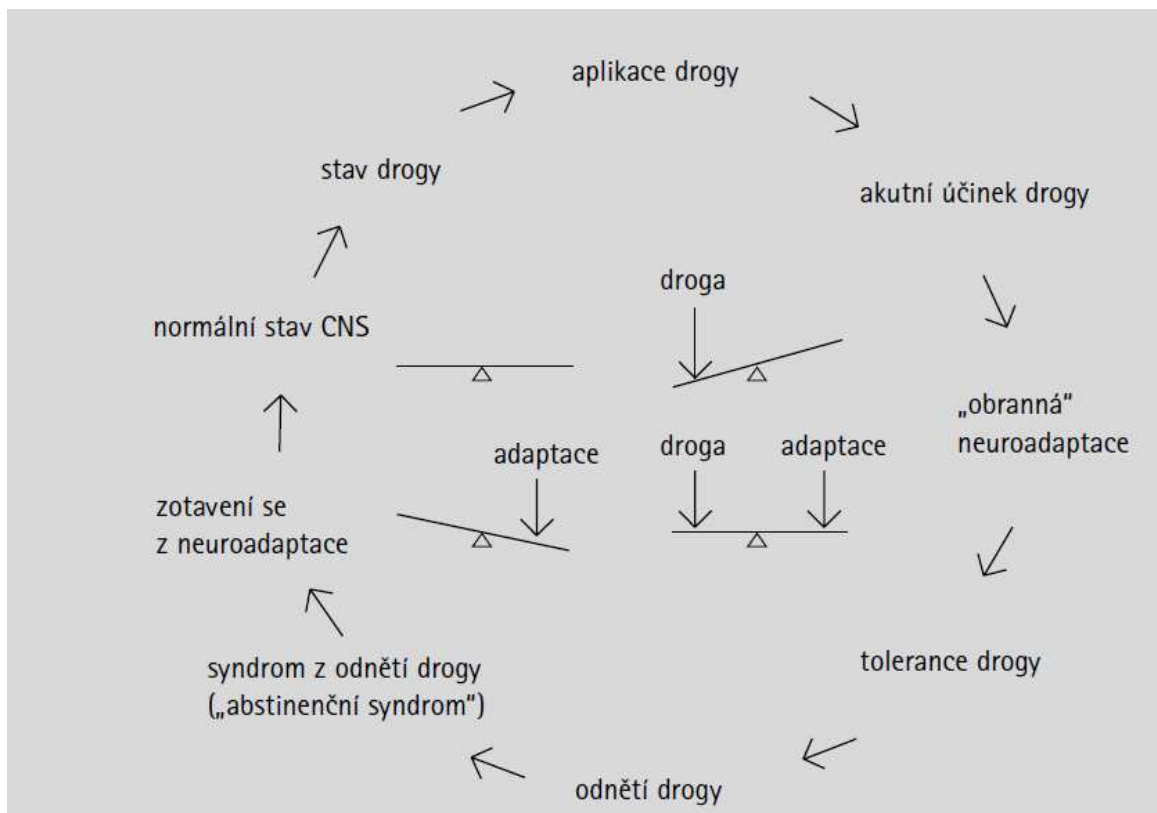
- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání, při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jeho účinků;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.

Definice závislosti dle Americké psychiatrické asociace zní:

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení,
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky

Obr. 1: Mechanismus vzniku závislosti¹



¹ FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislosti. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1 vyd., Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 104. ISBN 80-86734-05-6.

2.1 Drogová závislost

2.1.1 Základní upřesnění pojmu

Termín droga byl užíván původně pro označení sušené části rostlin a živočichů. Dnes za drogu lze označit každou látku ať přírodní či syntetickou, která vyvolává psychotropní účinek (tj. ovlivňuje určitým způsobem psychický stav jedince - vnímání, realitu a jiné). Všechny drogy způsobují návyk (naučené chování, nedochází k změnám na CNS), některé závislost.

Existuje celý soubor různých definicí, ale nejstručněji lze drogu chápat jako látku (přírodní či syntetickou), která splňuje dva základní požadavky:

1. má psychotropní účinek, - ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění „vnitřní“ naladění – působí na psychiku
2. může vyvolat závislost, má tedy „potenciál závislosti“, který je u různých typů drog menší nebo větší, ale je vždy přítomen

(Zábranský, 2003)

2.1.2 Kategorizace drog a jejich účinky

Existuje řada systémů jak dělit psychotropní látky.

Nejužívanější klasifikací je rozdělení drog na zákonné (legální) a nezákonné (nelegální.)

Mezi další nepoužívanější způsoby dělení se řadí tyto klasifikace:

- a) podle vzniku
- b) podle typu působení a chemického složení
- c) podle stupně společenské nebezpečnosti

(Zábranský, 2003)

Dělení podle vzniku

Podle vzniku dělíme drogy do tří skupin:

- 1) **drogy přírodní** - do této skupiny patří různé konopné produkty (jako je marihuana, hašiš, hašišový olej atd.), opium, koka, psychoaktivní rostliny (durman, blín, petúnie, mandragora atd.), psychoaktivní houby (muchomůrky, lysohlávky atd.) a dalších asi 2500 psychoaktivních rostlin a hub
- 2) **látky semisyntetické** - kam se řadí morfin, heroin, LSD, kokain, crack a spousta dalších
- 3) **drogy syntetické** - např. různé amfetaminy a jejich deriváty, opioidy, těžké látky atd.

Dělení podle typu působení a chemického složení

Toto dělení bere v úvahu převládající efekt látky na psychiku zdravých lidí a rozděluje je také do tří skupin:

- 1) ***tlumivé látky*** - anxiolytika, hypnotika a opiátová skupina
- 2) ***stimulancia*** - amfetaminy, kokain, crack a těkavé nitráty
- 3) ***halucinogeny*** - LSD, psylocibyn, mescalín, PCP a další taneční drogy a těkavé látky

Obr. 2. Rozdělení drog podle účinku na psychiku²

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
Stimulancia	silná	nevzniká	silný
pervitin	++	-	++
kokain	++	-	++
Halucinogeny	slabá až žádná	nevzniká	mírný
kanabis	+ -	-	+ -
LSD	+ -	-	+ -
psilocybin	+ -	-	+ -
Tlumivé látky	silná	silná	silný
benzodiazepiny	++	++	++
barbituráty	++	++	++
alkohol	++	++	++
opiáty	++	++	++
těkavé látky	++	+ -	++

Dělení podle stupně společenské nebezpečnosti

V tomto případě se zohledňuje především kriminogenní, zdravotní a ekonomická rizika plynoucí z užívání drog (Zábranský, 2003).

² MINAŘÍK, J. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, 2008. s. 340. ISBN 978-80-247-1411-0.

2.1.3 Nealkoholové drogy

2.1.3.1 Léky vyvolávající závislost

„Skupina návykových látek uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F-13 se týká kromě sedativ a hypnotik i dalších léků, které u jejich uživatelů mohou způsobit závislost.“ (Hampl in Kalina, 2003, str. 187)

Účinky: dochází k útlumu CNS, otupělosti, ospalosti, blábolivé řeči

Rizika: ataxie, vyhasínání reflexů, riziko předávkování s následnou otravou, bezvědomím, smrtí

Závislost: psychická i fyzická

- **Analgetika**
- **Hypnotika**
- **Sedativa**
- **Anxiolitika**

Obr. 3 Léky s možným vznikem závislosti³

Skupina	Charakteristika	Příklady léků
ANALGETIKA	Neopioidní s opioidní složkou opioidní agonisté opioidní agonisté – antagonisté opioidní + noradrenalin + serotonin	ACYLCOFIN, COLDREX, DINYL, KORYLAN, ALNAGON MORFIN, DOLSIN, DIOLAN KODEIN, BEPHRONAL, TEMGESIC, SUBUTEX TRAMAL
SEDATIVA	Barbituráty (obsolentní)	BELLASPON
HYPNOTIKA	Benzodiazepinová Nebenzodiazepinová	NITRAZEPAM, ROHYPNOL HYPNOGEN, STILNOX
ANXIOLYTIKA	Benzodiazepinová Nebenzodiazepinová	NEUROL, XANAX, RADEPUR, ELENIUM, DIAZEPAM MEPROBAMAT
OSTATNÍ	Stimulancia Anorektika (stimulans) Expektorans (stimulans) Antitusika (opioidní agonisté)	FENMETRAZIN, RITALIN ADIPEX RETARD SOLUTAN CODEIN, IPECARIN, KODYNAL, DIOLAN

³ HAMPL, K. Léky vyvolávající závislost. In. KALINA, K. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.

1. vyd., Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 191. ISBN 80- 86734-05-6.

2.1.3.2 Těkavé látky

„Skupina návykových látek uvedených v MKN - 10 pod označením F 18 - prchavé látky se častěji označují jako těkavé látky nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky.“ (Hampl in Kalina, 2003, str. 187)

Těkavé látky neboli inhalační drogy představují skupinu chemických látek využívaných v průmyslu i lékařství. Jedná se o jednu z nejrizikovějších skupin drog, při inhalaci nelze odměřit přesnou dávku, a tím se velmi zvyšuje riziko předávkování.

Účinky: ovlivnění CNS, poruchy ve vnímání, euforie, psychický útlum, polospánek, zrakové a sluchové halucinace

Brzké známky požití: „z dechu i oděvu je cítit zápach po chemikáliích, obluzenost, neduživý vzhled, nebezpečí smrtelné otravy i při prvním zneužití, rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled, rozjařenost a poruchy vnímání při otravě přecházejí ve spánek, nezřetelná výslovnost, nesmyslný smích“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 79)

Známky dlouhodobého požívání: „nezájem lenivost, horší studijní a pracovní výkony, zvýšené jaterní testy, poruchy paměti a riziko poškození mozku, poruchy krvetvorby, zneužívání těkavých a případně lepidel i při společensky nevhodných příležitostech, vyrážka kolem úst a nosu, zhoršená pohybová kooperace“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 79)

Rizika: při předávkování hrozí úmrtí nebo poškození mozku, jater, atd.

Závislost: psychická

2.1.3.3 Halucinogeny

„Halucinogenní drogy jsou z jedné nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velkou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojená s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti.“ (Mioviský in Kalina, 2003, str. 169)

Do skupiny halucinogenních drog spadá mnoho různých látek, obecně se dělí do 3 základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, atd.)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufarenin, atd.)
- semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD, PCP)

Účinky: závislé na množství požití látky, její čistotě a individuální citlivosti vůči účinku, příjemné stavy mohou vystřídat stavy nepříjemné, neklidné až agresivní, dochází k poruchám vnímání smyslů (zejména halucinace), poruchám vnímání času a prostoru

Brzké známky požití: „rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, nebezpečnost sobě i druhým, zhoršená schopnost rozhodování“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 80)

Známky dlouhodobého požívání: „riziko psychického návyku, nebezpečí pro duševní zdraví, vyšší riziko nádorů a epileptických záchvatů, horší kontakt s realitou“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 80)

Rizika: narušení sebekontroly, poruchy myšlení, zvýšená vztahovačnost a paranoia, porucha paměti, pozornosti, po odeznění účinků mohou nastat depresivní stavy s rizikem sebevražedného chování

Závislost: psychická

- **LSD:** aplikace perorálně
- **Psilocybin:** aplikace perorálně
- **Meskalin:** aplikace perorálně

2.1.3.4 Kanabinoidy

„Kanabinoidy jsou přírodní drogy vyráběné z konopí, patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Domovem konopí jsou Himálaje, rozšířené je v Indii, ale rostlina roste i v mírném pásmu. Jedná se o jednoletou, dvoudomou rostlinu, maximální vzrůst je kolem 2 metrů. Nejvýznamnější v souvislosti s pěstováním pro psychotropních látek významnější, nejvyšší obsah účinných látek je v pryskyřici samičích květů.“ (Miovský in Kalina, 2003, str. 174)

Účinky: změna nálady, zmatené chování, zvýrazněné prožívání, pocity chladu, zvýšená chuť k jídlu, stavy zmatenosti, sluchové, hmatové, zrakové iluze, paranoia

Brzké známky požití: „zarudlé oči, zrychlený puls, bolesti na prsou, kašel, sucho v ústech, hlad, pach potu po spálené trávě, únava a nezájem, kolísání nálad, podrážděnost, zhoršená schopnost soustředění, riziko úrazů, chladné končetiny“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 78)

Známky dlouhodobého požívání: „delší čas, potřebný k reakcím na podněty, zhoršení paměti na události, které se staly před nedávnem, nepravidelný menstruační cyklus, zhoršená pohybová koordinace, neochota přebírat zodpovědnost, kolísání nálad, zneužívání drogy při nevhodných příležitostech, neplodnost u mužů a nebezpečí poškození plodu u těhotných žen, chronické záněty spojivek a hltanu, citové otupění“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 78 - 79)

Rizika: poruchy kognitivních funkcí (především je narušena krátkodobá paměť a schopnost soustředit se), depresivní stavy, poruchy imunity, poruchy krvetvorby, poruchy nálady

Závislost: psychická

Jak dlouho se udrží v těle: moč: 1-3 měsíce; krev: 2 týdny; vlasy: až 3 měsíce

- **Marhuana**

Vzhled: sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí, má velmi charakteristické aroma

- bez vlastního specifického účinku, podporuje aktuální stav

Aplikace: inhalace, perorálně (součást pokrmů)

- **Hašiš:**

Vzhled: konopná pryskyřice tmavě hnědé až černé bary s ostrým kořeným zápachem

Aplikace: inhalace, perorálně (součást pokrmů)

2.1.3.5 Stimulacia

"Psychostimulancia (psychoanalytika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS (centrální nervový systém). Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain, méně typickým zástupcem je extáze.“ (Minařík in Kalina, 2003, str. 164)

- přírodní (kokain, crack)
- syntetické (amfetaminy, pervitin)

Účinky: euforie, ústup únavy a potřeby spánku a chuti k jídlu, zvyšuje se představitost, aktivita, zlepšuje se sebehodnocení

Brzké známky požití: „zrychlený tep, rozšířené zornice, neposednost a bdělost, podrážděnost, vzrušení, třes, podezíravost, úzkost, po doznění účinku útlum a deprese“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 79)

Známky dlouhodobého požívání: „nespavost, sluchové halucinace, pocity pronásledování, podivné chování, horečky, pocení, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, bolesti hlavy, častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození jater, riziko smrtelných otrav“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 79)

Rizika: rychlá psychická závislost, záněty žil, zánět jater, nákaza AIDS, toxická psychóza, paranoia, halucinace (zrakové, sluchové, taktilní)

Závislost: psychická

- **Kokain**

Vzhled: bílý krystalický prášek nebo hrudky prášku

Aplikace: žvýkání, nitrožilní, šňupání

Jak dlouho se udrží v těle: moč: asi 3 dny; krev: do 5 hodin; vlasy: až 3 měsíce

- **Crack:**

Vzhled: hrudky nebo valounky v barvě od bílé po žlutohnědou

Aplikace: inhalace, nitrožilní

- **Pervitin**

Vzhled: prášek bílé až hnědé barvy

Aplikace: nitrožilní, šňupání, inhalace

Jak dlouho se udrží v těle: moč: 3-7 dnů; krev: 1-3 dny; vlasy: až 3 měsíce

- **Extáze**

Vzhled: forma tablet s obrázkem nebo kapslí, občas forma roztoku

Aplikace: perorálně, šňupání

Jak dlouho se udrží v těle: moč: 1-5 dnů; krev: 1-3 dny; vlasy: až 3 měsíce

2.1.3.6 Opiáty

„Jedná se o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Skupina nese název podle sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou pro adiktologii nejvýznamnější heroin, metadon, buprenorfin.“ (Minařík in Kalina, 2008, str. 344)

Účinky: euforie, zklidnění, znečitlivění, zúžení zornic, útlum dýchání, celkový tělesný útlum, způsobují úbytek tělesné hmotnosti, svalové křeče, nespavost, příjemné pocity (např. při pohlavním styku, radosti apod.)

Brzké známky požití: „rozšířené zornice, výtok z nosu a pocení, chraplavý hlas, větší citlivost na světlo a zvuky, bledost, kolísání nálad, záchvaty vzteku, spánek ve dne a bdělost v noci“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 80)

Známky dlouhodobého požívání: „kašel s vylučováním tmavého hlenu, zácpa, bolesti v krku, krvácení v nosu, záchvaty křečí, ztráta váhy, zhoršení paměti, pocity pronásledování, agresivita, deprese a sebevražedné pokusy“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 80)

Rizika: čistota drogy, injekční aplikace (záněty žil, trombózy, přenos infekcí), narušení tolerance (potřeba zvyšovat dávky), sociální exkluze, kriminalita (krádeže, agresivita), muži trpí poruchami potence, ženy poruchami menstruace

Závislost: fyzická

Jak dlouho se udrží v těle: moč: 1-3 dny dle typu; vlasy: až 3 měsíce

- **Opium**

Vzhled: bělavá až hnědá těstovitá hmota

Aplikace: nitrožilní, inhalace, perorálně (surové opium, forma čajů a odvarů)

- **Heroin**

Vzhled: prášek bílé až hnědé barvy

Aplikace: nitrožilní, šňupání, kouření

močí zjištělný do 24 h, laboratorními testy 3 dny po poslední dávce

- **Morfin:** aplikace nitrožilní, inhalace

- **Codein:** aplikace nitrožilní, inhalace

- **Braun**

Vzhled: tinktura hnědé barvy

Aplikace: nitrožilní

- **Metadon a Subutex:** látky určené k substituční léčbě, na nelegálním trhu jsou však vyhledávány jako náhradní nebo doplňující drogy

Aplikace: nitrožilní, inhalace

2.1.4 Aplikace

Psychoaktivní látka se může dostávat do organismu vícero způsoby. Způsob jejího užití do značné míry ovlivňuje účinky v tkáních a orgánech.

2.1.4.1 Inhalace

Droga se do těla dostává respirační formou. Některé drogy jsou přímo uzpůsobeny k této formě užívání (např. opiáty, marihuana, hašiš apod.)

Kouření - tato forma užívání je nejefektivnější - nejrychlejší a největší účinek z drogy.

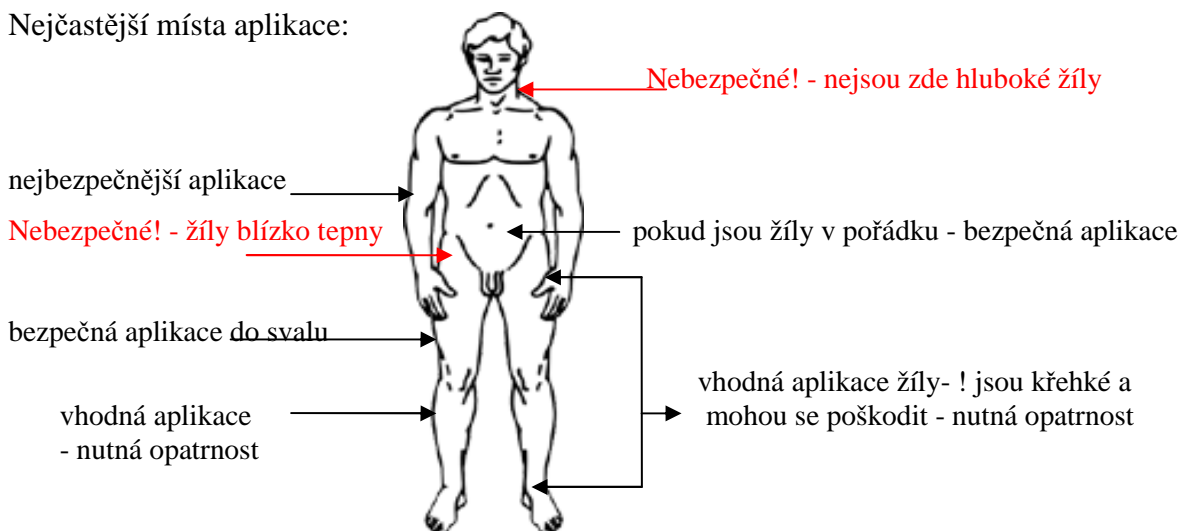
Čichání - nejnebezpečnější forma užívání drogy, velké nebezpečí předávkování.

2.1.4.2 Resorpční forma užívání

Droga je vstřebávána přes sliznici. Především se jedná o sliznici dutiny ústní, alternativní vstřebání drogy je skrz sliznici pochvy nebo konečníku.

2.1.4.3 Nitrožilní forma užívání

Nejčastější místa aplikace:



2.1.5 Vývojové stupně zneužívání psychotropních látek

- 1) **příležitostně-experimentální** – jedná se o sporadické užívání (ne více než 5x za život), pouze jako experiment a jen za určitých podmínek, nejčastěji jsou užívány konopné drogy
- 2) **rekreační** – užívání je méně časté, jedinec nekupuje drogy přímo, ale zároveň neodmítá jejich nabídku, většinou je užívá při různých společenských příležitostech jako odreagování.

- 3) **příležitostné** – užívání je zde častější, jedinec si drogy obstarává sám a užívá je za určité situace (pro povzbuzení, aby získal odvalu apod.), nastává hrozba patologického stavu.
- 4) **intenzivní** – užívání je velice časté, u jedince se projevuje stále menší kontrola nad drogou, jedinec se dostává ke každodennímu užívání, ale stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání, je nutná odborná pomoc.
- 5) **nucené (závislostní) chování** – nezbytné užívání drog denně nebo i vícekrát za den, droga pokrývá všechny potřeby uživatele, který není schopen bez ní být a není schopen se zbavit návyku na droze bez intenzivní cizí pomoci.

(Zábranský, 2003)

2.1.6 Sociální a zdravotní síť uživatelů psychoaktivních látek

1) **Terénní programy** (= streetwork)

„Terénní programy jsou prvním článkem systému péče o drogově závislé. Specifikem této služby je jednak místo, kde je tato služba poskytována, což je ulice a další veřejná místa - tzv. otevřená drogová scéna, ale také byty, kde se uživatelé sdružují - tzv. uzavřená drogová scéna. Druhým specifikem je přístup ke klientovi, kde terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o službu a nečeká, až bude osloven. Zároveň etika práce terénního pracovníka vyžaduje otevřít klientovi cestu k tomu, aby mohl nabízenou službu odmítnout a aby nebyl kvůli kontaktu s terénním pracovníkem stigmatizován.“ (Richterová-Těmínová in Kalina, 2008, str. 370)

„Terénní práce vychází z principů Public Health³ (ochrana zdraví veřejnosti) a pragmatického přístupu Harm Reduction (snižování zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním návykových látek). Pragmatický přístup umožňuje práci s klienty na všech stupních drogové závislosti, akceptuje i uživatele drog a drogově závislé, kteří nejsou ochotni a schopni ztotožnit se s cílem úplné abstinence.“ (Hrdina, Korčíšová in Kalina, 2003, str. 159)

Cílem této služby je minimalizování důsledků spojených s užíváním návykových látek nejen uživatele, ale i pro společnost.

2) Nízkoprahová kontaktní centra

„Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která jsou dostupná místně i časově v daném regionu. Poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction (i anonymně) uživatelům návykových látek. Filosofie práce kontaktních center vychází jednak z přístupu public health a harm reduction, stejně jako terénní práce.“ (Richterová-Těmínová in Kalina, 2008, str. 372)

Předpokladem je nízkoprahovost, tj. dostupnost pro každého, která zvyšuje pravděpodobnost jejich vyhledávání.

3) Ambulantní léčba

„Ambulantní léčba je prováděna v zařízeních zdravotnické či nezdravotnického charakteru. Jedná se o službu, kdy pacient/ klient dochází v pravidelných intervalech do zařízení na předem nekontrahovanou službu. Výhodou ambulantní léčby je fakt, že klient setrvává ve svém podpůrném sociálním prostředí, nemusí přerušovat školu nebo práci. Typy jednotlivých zařízení, která poskytují ambulantní léčbu, jsou velmi různorodé. Jedná se jednak o ordinace AT, které jsou zaměřeny na léčbu závislostí na alkoholových a nealkoholových i nealkoholových drogách, dále jsou to běžné specializovaná ambulantní zařízení pro léčbu závislostí na nealkoholových i nealkoholových drogách, dále jsou to běžné psychiatrické ambulance či psychologické poradny.“ (Richterová-Těmínová in Kalina, 2008, str. 378)

V ambulantní léčbě se využívá vedle farmakoterapie, individuální terapie (1x-5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1 x týdně). Za efektivní ambulantní program se pokládají 3 kontakty klienta s léčebným zařízením během týdne (např. jedna skupina a dva individuální rozhovory) po dobu 6 měsíců. V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit zdravotní edukaci a také se zabývat prevencí relapsu, podstatná je také práce s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky). Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči.

4) **Denní stacionáře**

„Denní stacionář (též denní centrum, denní klinika) je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.), tj. péči nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny.“ (Kalina, 2003, str. 179)

Denní léčba může být přínosná pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti. Kapacita bývá 10-15 klientů. Těžištěm denního programu jsou různé formy skupinových terapií, doplněné terapií individuální. Terapeutické aktivity jsou ve struktuře programu v rovnováze s aktivitami rehabilitačními, edukačními a volnočasovými. Nezbytný je léčebný režim, monitorování abstinence (testy na přítomnost drog v organismu) práce s rodinou a sociální práce, efektivně se uplatňují principy terapeutické komunity.

5) **Detoxifikace**

„Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxifikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení.“ (Nešpor in Kalina, 2003, str. 190)

Detoxifikační jednotky jsou buď součástí zařízení pro léčbu závislosti, nebo jsou to samostatné jednotky v rámci nemocnic. Domácí detoxifikace je v našich zemích využívána minimálně. Většina rezidenčních zařízení vyžaduje před nástupem klienta ústavní detoxifikaci. Ambulantně jsou nejčastěji detoxifikováni klienti v substitučních programech.“ (Richterová-Těmínová in Kalina, 2008, str. 375)

Cílem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu. Při psychických a somatických komplikacích se podávají nezbytné léky.

6) Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Ústavní léčba je poskytována ve specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. Základem ústavní léčby je vytváření bezpečnějšího ochranného prostředí pro narkomana (izolace klienta od drogového prostředí, nevystavování situací, které v běžném životě uživatele slouží jako spouštěč), k dispozici je zde odborná péče (skupinová a individuální terapie, rehabilitační, edukační a volnočasové aktivity, práce s rodinou a sociální práce) a organizovaný program. Dodržování léčebného režimu bývá monitorováno pomocí bodovacího systému.

Formy ústavní léčby: a) krátkodobá (4-9 týdnů)

b) střednědobá (3-6 měsíců)

7) Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

„Specializované zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci. V terapeutických komunitách se poskytuje střednědobá a dlouhodobá a odborná péče v trvání 6 - 18 měsíců. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti.“ (Adameček, Richterová-Těmínová in Kalina, 2003, str. 187)

Jedná se o samostatné zařízení mimo zdravotnické areály, obvykle s kapacitou 15-20 klientů. V terapeutických komunitách se využívají strukturované programy, v kterých jsou zastoupeny skupinové terapie, volnočasové a edukační aktivity, významnou součástí těchto programů je i zapojení do práce na každodenním provozu zařízení (provoz kuchyně, úklid, údržba). Léčba je členěna do několika etap (pro přestupy z jedné etapy do druhé jsou doprovázeny rituály).

8) Následná péče a doléčovací programy

Cílem těchto služeb je pomoci závislému jedinci navracejícímu se do „normálního světa“ vytvořit podmínky pro jeho abstinenci a adaptaci. Tyto programy jsou určeny pro osoby, které již absolvovaly ambulantní či rezidenční léčbu s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci. Dle individuálních případů trvá doléčovací program od 2 měsíců do 1 roku. Velký důraz je zde kladen na nácvik situací selhávání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k relapsu, aby jedinec nepropadl opět závislosti.

9) Substituční programy

„Jednou z klíčových komponentů léčby závislostí na návykových látkách (zejména tlumivého typu) je substituční léčba. Substituce návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazena látkou - lékem - s výhodnějším bezpečnostním profilem.“ (Popov in Kalina, 2003, str. 221)

Nejpoužívanější látky v těchto programech jsou Metadon a Buprenofin.

Formy substituční léčby:

- a) krátkodobá - rychlá detoxifikační substituce (trvá 1-2 týdny)
- b) střednědobá - prodloužená detoxifikace (několik týdnů - měsíců)
 - u klientů s velmi vysokou tolerancí; závislých na několika látkách
- c) dlouhodobá = udržovací substituce (řada měsíců - let)

2.2 Závislost na alkoholu

V poháru se utopí víc lidí než v potoce.

Německé přísloví

Kulturnost národa je nátěrem, který lze snadno rozpustit v alkoholu. George Bernard Shaw

2.2.1 Základní upřesnění pojmu

„Alkoholy jsou chemické látky - organické sloučeniny, obsahující jednu nebo více hydroxylových skupin (- OH), které se navazují na uhlík (- C) namísto vodíku (- H). Podle počtu navázaných hydroxylových skupin pak rozlišujeme alkoholy (jednosytné), dioly (dvojsytné), trioly (trojsytné), polyoly (vícesytné) atd. Nejznámějším ze skupiny alkoholů je etanol, pro který také lidé začali obecně používat název alkohol nebo líh.“
(Horáčková, 2010, str. 4)

Alkohol (etanol - C_2H_5OH) je jednoduchá, malá molekula, která vzniká kvašením cukrů. Podle současných poznatků patří mezi psychotropní látky. Za alkoholický nápoj se považuje každý nápoj o obsahu 0,75 % alkoholu a více.

Alkoholismus (závislost na alkoholu či opilství) je chronické recidivující onemocnění, které postihuje nejen psychickou a fyzickou stránku osobnosti jedince, ale i jeho blízké, zvláště pak rodinné příslušníky. Řadí se mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy závislosti. O alkoholismu lze hovořit tehdy, pokud dosáhne závislost na alkoholu takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti nebo oběma stranám.

Jedince, kteří požívají alkoholické nápoje, můžeme rozdělit do čtyř skupin podle toho, co od těchto nápojů žádají na:

1) abstinenty

Za abstinenta považujeme pouze jedince, který nepožil alkoholický nápoj v jakékoli formě a množství po dobu alespoň tří let.

2) konzumenty

Jedná se o jedince, který alkoholické nápoje pije příležitostně a vždy dokáže pití přerušit - pije tedy vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství a ve vhodném věku.

3) pijáci

Piják je pravidelný uživatel alkoholických nápojů (těmto nápojům dává výraznou přednost před nápoji nealkoholickými), snáší poměrně velké dávky alkoholu. V této fázi se alkohol stává „potřebou“ jedince. Účinek alkoholu přináší pijákovi euforii (konzumují tedy alkohol ne pro ukojení žízně, ale pro dosažení oné euforie).

4) osoby závislé na alkoholu

Za alkoholika je považován jedinec pijící soustavně, více méně pravidelně s vyšší nebo nižší snášenlivostí. Pije pouze pro účinek alkoholu a v mnoha případech je na alkoholu zcela závislý. Vývoj trvá zpravidla několik let (2 -15).

2.2.2 Klasifikace alkoholu a jeho účinky

Dle zákona 120/1962 Sb. O boji proti alkoholismu § 1 odstavec 2 - alkoholickými nápoji jsou lihoviny, víno a pivo a všechny ostatní nápoje, které obsahují více než 0,75 objemových procent alkoholu.

Alkoholické nápoje můžeme zařadit do čtyř základních skupin:

1. Pivo - nápoj obsahující 2-5% lihu a 5-7% výtěžku z ječmene, kysličníku uhličitého a hořčiny chmelové. Při výrobě piva se používají 4 základní suroviny. Jsou jimi:

- a) *voda* (na měkkost či tvrdost vody ovlivňuje finální chuť piva)
- b) *ječmen*, ze kterého se vyrábí slad (pro výrobu lze použít např. pšenici, žito či kukuřici)
- c) *chmel* (dodává pivu hořkou chuť a vůni, prodlužuje trvanlivost, zvyšuje pěnivost piva)
- d) *pivní kvasinky* (zapřičiňují kvašení glukózy a přeměnu na etanol)

Nejdůležitějšími vlastnostmi piva jsou pěnivost, čirost, barva, chuť a vůně.

Pivo můžeme dělit dle:

- a. barvy (*světlé, tmavé a polotmavé*)
- b. obsahu původního extraktu - *konzumní* (do 7,99° extraktu)
 - *výčepní* (do 10,99° extraktu)
 - *ležáky* (do 12,99° extraktu)
 - *piva speciální* (nad 12,99° extraktu)

- 2. Víno** - obsahuje zhruba 12% lihu. Víno vzniká kvašením moštu z plodů hroznového vína. Víno lze dělit dle použitých druhů vinné révy na *bílé*, *růžové* a *červené*. Vína také můžeme dělit podle dalších kritérií - např. dle cukernatosti.
- 3. Medovina** - vzniká kvašením roztoku medu, vody a přídatných látek, které ovlivňují její konečnou chuť. Záleží i na použitém medu, k výrobě se užívá např. květový, lipový, lesní med. Základní medovinou je *včelčina* (převládá chuť medu) Podle přidávaných látek pak rozlišujeme – *cyser* (jablečnou medovinu)
- *pyment* (hroznovou medovinu)
 - *melomel* (ovocná medovina)
 - *metheglinu* medovina s bylinkami nebo kořením)
- 4. Lihoviny a likéry** - obsahují alespoň 20% etanolu. Tato skupina je druhově velmi rozmanitá. Patří sem lihoviny, jako jsou např. koňak, rum, slivovice, gin, borovička, atd. Další skupinou jsou tzv. slazené lihoviny, kam se řadí ovocné likéry např. vaječný likér.

(Horáčková, 2010)

<i>promile</i>	<i>příznaky</i>
0,0 – 0,4	uvolnění, lehká závrať, mírná euforie, zvýšená družnost
0,4 – 0,6	pocit tepla, zvýšené emoce, dobrá se lepší, špatná horší
0,6 – 0,8	změny v úsudku o rizicích, jasně zhoršená schopnost řídit
0,8 – 0,9	porucha rovnováhy a pohybu, snížená schopnost přestat pít
0,9 – 1,0	zhoršená paměť, zrak, reakce
1,0 – 1,3	zhoršení pohybu, úsudku, 10x vyšší riziko autonehody
1,3 – 1,7	problémy s řečí, agresivitou, riziko smrtelných autonehod
1,7 – 2,0	zmatenost, nevolnost, nižší cit bolesti, výpadky paměti
2,0 – 2,5	vážné poškození všech duševních, tělesných funkcí i smyslů
2,5 – 3,0	stupor, dvojité vidění, riziko náhlého bezvědomí, smrti
3,0 – 3,5	chirurgická anestezie, riziko zástavy dýchání, smrti
3,5 – 4,5	kóma, útlum srdce a dechu, bezprostřední riziko smrti
4,5 – 99	otrava alkoholem, smrtelná dávka pro 50% populace

(<http://www.promile.info/o-sluzbe.html>, 27. 11. 2010)

Brzké známky požití: „alkohol v dechu, zarudlé oči, zhoršená pohybová kooperace, bolesti hlavy v kocovině, nejistá chůze, ospalost, nezřetelná výslovnost, oslabení zábran v chování, slovní nebo fyzická agresivita“ (Marhounová, Nešpor, 1995. str.)

Známky dlouhodobého požívání: „okénko“ - ztráta paměti na události v průběhu opilosti, třes i v době, kdy nebyl požit alkohol, zvyšování odolnosti proti alkoholu, ospalost, samotářské pití, ztráta nepijících přátel, požívání alkoholu k uklidnění, snížená schopnost pití ovládat a zastavit, častější úrazy, popáleniny, pořezání, tělesné nemoci - zejména jaterní, trávicího systému, zvýšení krevního tlaku, pití při nevhodných příležitostech“ (Marhounová, Nešpor, 1995. str.)

„Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí, dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost. Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady pocit sebevědomí a energie později dochází ke ztrátě zábran a snížení se nekritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek. Intoxikace má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. lehká opilost – existenční stádium (alkoholémie do 1,5 g/kg)
2. opilost středního stupně – hypnotické stádium (alkoholémie 1,6 - 2,0 g/kg)
3. těžká opilost – narkomanské stádium (alkoholémie více než 2 g/kg)
4. těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stádium (alkoholémie nad 3 g/kg)“ (Minařík in Kalina, 2008, str. 341)

2.2.3 Aplikace

„Způsob aplikace alkoholu je požitím per os. Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Jiné způsoby aplikace jsou možné, ale málo obvyklé.“ (Minařík in Kalina, 2008, str. 341)

2.2.4. Vývojové fáze alkoholové závislosti dle E. M. Jellineka

1. Stádium iniciální (počáteční)

V tomto stádiu jedinec užívá alkohol pro jeho psychotropní účinky. Alkoholem překonává stresové a neřešitelné situace, a tak potlačuje nepříjemné psychické stavy, nebo chce dosáhnout ve společnosti příjemného stavu a nálady. Frekvence abúzu alkoholu a dávky alkoholických nápojů během času stoupají, nedochází však dosud k alkoholické intoxikaci. Jedinec postupem času zvyšuje frekvenci požívání alkoholických nápojů.

2. Stádium prodromální (varovné)

Tolerance vůči alkoholu stoupá, dochází nejdříve k občasným, později k stále častějším stavům opilosti. Dochází k preferenci tajného pití a pití s předstihem, alkoholické nápoje konzumuje rychleji než jeho okolí. Jedinec zná příjemný účinek alkoholu a záměrně vyhledává příležitosti k jeho konzumaci. V tomto stádiu se objevují výpadky paměti tzv. „alkoholická okénka“.

3. Stádium kruciální (rozhodné)

Nadále roste tolerance. Jedinec pije s přesvědčením, že alkohol ovládá a může kdykoli přestat, ale kontrola pití je silně narušena (každé pití, byť zahájené s úmyslem vypít málo, končí opilostí) a jedinec opakovaně podniká marné pokusy dostat konzumaci znovu pod kontrolu. Projevují se povahové změny (lhavost, podezřívavost, chorobná žárlivost a jiné), dochází i k narušení společenských vztahů (zanedbávání, rodiny, zaměstnání, koníčků a zájmů atd.).

4. Stádium terminální (konečné)

Výrazně se snižuje tolerance k alkoholu (závislý jedinec pije častěji a opije se daleko rychleji než dříve a při nevhodné příležitosti). Nezřídka alkoholik musí pít od rána, alkohol odstraňuje jeho pocit skleslosti a během celého dne pak musí udržovat hladinu alkoholu v organismu. Projevují se výrazně povahové změny. Jedinec ztrácí zájem o vše kromě alkoholu. Vhodný je zde tzv. termín debaklu - bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne.

2.2.5 Sociální a zdravotní síť jedinců závislých na alkoholu

1) Ambulantní léčba

Jedná se o specializovaná zařízení, která mají ordinační hodiny přizpůsobeny tak, aby je lidé mohli navštěvovat i po pracovní době. Tudíž velkou výhodou pro využívající jedince je, že nemusí být v pracovní neschopnosti. V ambulantních zařízeních nabízejí individuální i skupinové terapie. Tato zařízení jsou k dispozici rovněž pro blízké osoby pacienta, jež mu chtějí pomoci. Tato forma léčby je vhodná pro jedince v počáteční fázi alkoholismu, pro těžké alkoholiky je doporučována ústavní léčba.

2) Ústavní léčba

Tato léčba je potřebná u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací související s konzumací alkoholu. Při ústavní léčbě se daří bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace. Délka léčby bývá pevně stanovena, nejčastěji trvá tři měsíce, ale v některých zařízeních ji lze individuálně přizpůsobit dle stavu pacienta. Využívá se souběžné více postupů (např. skupinová terapie, principy terapeutické komunity, relaxačních techniky nebo rodinná terapie) a farmakoterapie.

3) Denní stacionář

Denní stacionář bývá často mezistupněm mezi ústavní a ambulantní léčbou. Jedinec dochází do protialkoholické léčebny přibližně na 8 hodin denně a většinou bývá v pracovní neschopnosti. Často je také denní stacionář využíván u pacientů končící ústavní léčbu, aby přechod do běžného života pro ně nebyl tak náhlý. Velkou výhodou je trvajícím kontakt s rodinou.

4) Noční stacionář

Noční stacionář může pracovat samostatně nebo může navazovat na ústavní léčbu. Zařízení je vhodné pro jedince, kteří jsou v poměrně dobrém psychickém a fyzickém stavu, ale nemají kde bydlet nebo mají velké rodinné problémy. Pacient přichází do léčebného zařízení po pracovní době a zůstává v něm přes noc. Formou nočního stacionáře bývají organizovány některé zahraniční podnikové programy pomoci problémově pijícím zaměstnancům, u nás tato forma léčby není příliš rozsáhlá.

(Nešpor, 1999)

3. Patologické hráčství

Definice patologického hráčství podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zní:

1. Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě, nebo více epizod hráčství.
2. Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
3. Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
4. Jedinec je zaujat myšlenkami a představami okolností, které tuto činnost doprovázejí.

Definice patologického hráčství dle Americké psychiatrické asociace zní:

- a) Trvajícím a opakujícím se nepřizpůsobivé chování ve vztahu k hazardní hře, jak ukazuje pět (nebo více) z následujících znaků:
1. zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře);
 2. aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry;
 3. opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat, nebo s ní přestat;
 4. když se pokouší snížit hazardní hru, nebo s ní přestat, cítí neklid a podrážděnost
 5. používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocit bezmocnosti, úzkosti, viny, deprese);
 6. po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne ke hře vrací, aby je vyhrál nazpět;
 7. lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou;
 8. dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře;
 9. ohrozil nebo ztratil kvůli hře významné vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru;
 10. spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostává kvůli hazardní hře.

B. Hazardní hraní nelze vysvětlit manickou epizodou

Je... těchto šest nebezpečných následků oddávání se hazardním hrám: 1. výhra plodí nenávist; 2. kdo prohraje, rmoutí se; 3. viditelná ztráta majetku; 4. na veřejnosti jeho slovo nemá váhu; 5. přátelé a společníci ho přezírají; 6. pro manželství je nežádoucí, lidé řeknou, že hráč v kostky nestačí uživit manželku. (rozprava rady Sigálovi připisovaná Buddhovi)

3.1 Základní upřesnění pojmu

Hra je určitou pozitivní formou využití volného času a provází lidstvo celým jeho vývojem. Je považována přirozenou činností člověka sloužící k zábavě, relaxaci, tvořivosti, fantazii a také jako prostředek k navázání mezilidských vztahů.

„Hra je typickou dětskou aktivitou a v procesu socializace daného jedince sehrává velmi významnou roli. Má velkou stimulační hodnotu, je zdrojem velkého množství rozvojetvorných podnětů, a to jak v oblasti poznávací, tak i v oblasti psychosociální. V herních aktivitách se dítě učí novým dovednostem a získává řadu praktických zkušeností. Hra je pro dítě, zejména předškolního věku základním stimulačním nástrojem pozitivně ovlivňujícím jeho celkovou genezi.“ (Prunner, 2008, str. 26)

Hra není výhradně jen záležitostí dětí ale i dospělých. U dítěte se jedná o smysluplnou činnost motivovanou především prožitky, u dospělých má však hra závazná pravidla a cíl. Hru provází pocity napětí a radosti, má také pozitivní důsledky pro relaxaci, duševní zdraví. Hry se rozdělují: 1) hry, při kterých jde o riziko a náhodu (např. herní automaty

2) hry, kde vítězí jedna strana díky úpornému úsilí

(např. při sportu)

Hru člověk provozuje na základě svého svobodného rozhodnutí. Při hře jedince většinou ztrácí kontakt s realitou, protože je plně ponořen do herního prostoru (ponoření způsobuje subjektivní vnímání herní situace).

Mezilidské vztahy jsou velmi důležitou složkou socializace, ale nástupem techniky a informatiky je lidský kontakt téměř eliminován a převažuje kontakt s počítačem. Tento trend se promítl i do formy hraní - hrací automaty zrušily roli spoluhráče nebo protihráče.

Gambling (hraní hazardních her) je považován za patologickou psychickou závislost, která je založena na lákavé představě rychlého zisku peněz nebo jiné hmotné výhry. Pravidla her jsou však nastavena z dlouhodobého hlediska pro hráče nevýhodně, a tak se mnozí hráči stávají na hře závislí. Dostávají se do finančních problémů, které se snaží vyřešit další

účastí ve hře a vytvářejí tak bludný kruh. Závislé osoby (tzv. gambleři) dokážou ve hře prohrát ohromné částky, což má za následek zásadní narušení mezilidských vztahů a existenční potíže nejen samotných hráčů, ale často i jejich blízkých.

Typologie hráčů

Ne každý hrající člověk se nachází v oblasti této patologie. Pro některé jedince je hra pouze zábavou a mají své chování a peníze pod kontrolou. Problémové hraní je rozšířeno hlavně u mužů, kteří sází větší sázky a herní aktivity také více střídají.

Každý člověk má jiné predispozice k závislostnímu chování a závislosti obecně. Existují však i rizikové skupiny a zaměstnání pro vznik závislosti na hraní.

Chvíla (in Muhlpachr, 2008, str. 92) uvádí následující typologii patologických hráčů, která nám může sloužit pro sestavení terapií:

- a) **Typ A** – *„je charakterizován výraznou snahou zopakovat si hazardní jednání, znovuprožití hráčské zkušenosti s rostoucí potřebou finančního vkladu do hry a stupňování prožitků a nezastaví se ani před nezákonnými činy, jak získat další finance na hru. Jedná se o sociálně narušeného jedince s osobnostními rysy nezdrženlivosti a sociální maladaptace.“*
- b) **Typ B** – *„má nejvýraznější vyjádřenou potřebu útěku od reality ke hře, hledá náhražku své úzkosti, pocitu viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí. Nedokáže se k problému přiznat, lže a snaží se problém zakrýt. Předpokládá pomoc a převzetí odpovědnosti za své prohry svými blízkými. Tento typ inklinuje k neurotickému řešení problémů, je zvýšená anxiozita a nejistota v sebehodnocení.“*
- c) **Typ C** – *„má nejvíce vyjádřenou neschopnost kontrolovat hru, projevuje se podrážděností při myšlence či snaze o ukončení hraní, považuje hru za svou potřebu, které se nemůže zbavit a nepřipouští si výrazný sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statutu. Jedná se o typ s výraznou toxikomanickou dispozicí a kompulzivitou v řešení situací.“*

3.2 Formy hazardu

Hazardní hry mají mnoho podob a forem. Nejčastěji se setkáváme s těmito podobami:

a) **Hazardní a nehazardní automaty**

Automaty mohou být buď zábavní, nebo tzv. výherní.

U zábavních automatů si hráč kupuje čas. O hazardní hru se tedy vlastně nejedná, leč i ony mají svá rizika, neboť děti u nich tráví dlouhé hodiny a zanedbávají své školní povinnosti a ztrácejí sociální kontakty se svými vrstevníky.

U tzv. výherních (přesnější název je hazardních nebo spíše „proherních“) automatů si zákazník kupuje možnost výhry. Zde tedy jde o hazardní hru. Výherní automaty se ještě někdy dělí na „lehké“ a „těžké“ podle výše vkladu a podle toho, jak vysoký obnos může hráč vyhrát. Toto dělení je z mnoha důvodů nejasné. To, co je pro jednoho malá prohra, může být pro jiného katastrofa. Navíc konstrukce některých automatů umožňuje vyměnit program, takže se z „lehkého“ může stát obratem ruky „těžký“.

b) **Kasina**

Kasina jsou pro širší vrstvy méně přitažlivá, jsou však mimořádně nebezpečná. Velká výhra může rychle „nastartovat“ chorobný návyk. Velká prohra, i když se vždy nemusí jednat o patologické hráčství, může způsobit spoustu životních problémů a duševních krizí.

c) **Sportovní sázky**

d) **Karetní hry**

Ne každá karetní hra je hazardní, ale hazardní karetní hry jsou rozšířeny. Velmi nebezpečná bývá kombinace karetní hry a alkoholu. Ten totiž může u hráče otupit zbytky zdravého rozumu. Problémy se hrou přivedou jedince k dalšímu pití. Výsledkem bývá kombinovaná závislost. Důležité je, aby takoví hráči přestali s obojím - s pitím i hraním.

e) **Hra v kostky**

Jedná se o další starobylá forma hazardu, dnes méně častou, ale také velmi nebezpečnou.

f) „Skořápkáři“ a ostatní...

Dnes tato forma hazardu z našich ulic téměř vymizela. Jednalo se především o dobře organizované zahraniční skupiny, kteří tento způsob hazardu provozovali.

Patologické hráčství nelze nevyložit ani u stíracích losů. Nebezpečné jsou tím, že se sázející dozvídá výsledek velmi rychle a vzápětí může sázku opakovat.

Tento výčet různých forem hazardní hry není zdaleka úplný. Ani nemůže být. Hranice mezi hazardní a nehazardní hrou je velmi neostrá. Tatáž hra může být hazardní, hraje-li se o peníze a nehazardní, hraná „jen tak“.

(Nešpor, 1999)

3.3 Užití x aplikace?

U této formy závislosti neexistuje „užití“ či „aplikace.“ Jedinec ve snaze rychle se obohatit využívá nebo používá výherních automatů nebo jiné formy hazardních her. K umožnění hry stačí jedinci počáteční finanční vklad.

3.4. Vývojové fáze hazardní závislosti

1. Stádium výher

Patologická hra začíná nenápadně, občasné hraní zprvu nepřináší velké problémy. Jedinec je vtažen do hry a vyhrává. Dostavuje se silný pocit euforie z výhry. Hra přináší jedinci nejen požitky ze hry, ale i finanční zisk a přináší sebou fantazie o velké výhře. Hráč je plný optimismu a nedočkavosti a hře věnuje stále více času a zvyšuje sázky. Chlubí se svými výhrami, i když jsou nepravdivé.

2. Stádium prohrávání

V této fázi se již jedná o patologické hráčství. Postižený ztrácí kontrolu nad svým chováním a věnuje se především hraní. Období prohrávání mohou být vystřídána pokusy hru regulovat nebo s ní přestat. Počáteční euforie z úspěchu z her se ztrácí, hráči se nedostávají finanční prostředky, a proto hru často financuje z půjčených peněz. Své hraní skrývá před rodinou a blízkými, začíná se chovat ke druhým bezohledně. Splácení dluhů odkládá a vypůjčuje si znovu větší částky peněz. Hráč má na svou rodinu, zájmy a práci čím dál tím méně času a energie, soustředuje se především na hru.

3. Stádium zoufalství

Pověst hráče je poškozena. Gambler zcela ztrácí kontrolu nad sebou samým, a protože se mu nedostávají finanční prostředky, často se uchyluje k trestné činnosti (krádeže, zpronevěry, podvody atd.), aby je získal. Řada z hráčů mají tendenci svalovat vinu na své okolí. Dochází k narušení sociálních vztahů - odcizení až po rozpad rodiny a ztrátu přátel. Stále více času tráví hráč hrou nebo fantaziemi o ní, ale nadále prohrává. Řada z hráčů se hroutí, někteří jedinci uvažují o sebevraždě nebo za sebou mají sebevražedné pokusy a další se snaží unikat k alkoholu nebo jiným návykovým látkám.

3.5 Sociální a zdravotní síť jedinců závislých na hazardu

U léčby patologického hráčství lze využívat některé aspekty jako u léčby závislosti na návykových látkách nebo alkoholu.

1) Ambulantní léčba

U léčby ambulantní formou bývá vhodné využívat zařízení v blízkosti bydliště, závislému jedinci to usnadní dlouhodobější a systematickou spolupráci při léčbě. Jedinec může využívat práci v léčebné skupině nebo individuální setkávání s terapeutem.

2) Ústavní léčba

Tato forma léčby se využívá v případech, kde ambulantní léčení nestačí - je zde větší riziko sebepoškození nebo zde hrozí vážné životní komplikace (např. trestná činnost). Zařízení pro léčbu patologického hráčství mívají podobný program jako zařízení pro léčení závislosti na alkoholu a psychotropních látkách. Proto se také tyto léčby často propojují. Společné programy pro pacienty s různými návykovými nemocemi včetně patologického hráčství zahrnují skupinovou terapii, práci s rodinou, nácvik relaxačních technik a další prvky. Kromě toho mívají patologičtí hráči i své vlastní programy.

Po ústavní léčbě je třeba pokračovat léčením ambulantním a udržovat tak svoji abstinentskou kondici. Léčení není jednorázová akce ale dlouhá cesta. Abstinence často vyžaduje podstatné a trvalé změny způsobu života. Abstinents bude jinak trávit volný čas, jinak nakládat s penězi, jinak a lépe by měl vypadat i jeho rodinný život atd.

(Nešpor, 2006)

III PRAKTICKÁ ČÁST

1 Cíle výzkumu

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na stále rostoucí nebezpečnost sociálně patologických jevů, jako jsou drogy, alkohol a hazard.

Cílem mého šetření bylo:

- a) zjistit, zda mladiství i přes informovanost o nebezpečnosti účinků drog, tuto možnou závislost podceňují
- b) zjistit, zda je i přes rostoucí počet jedinců závislých na alkoholu, tolerance k této patologii stále vysoká
- c) zjistit, zda mladí lidé inklinují k hazardním hrám

S příchodem demokracie do naší země po roce 1989 se objevily patologické jevy jako jsou nezaměstnanost, bezdomovectví, týrání a zneužívání rodinných příslušníků. Tyto problémy se ve větší míře začaly řešit alkoholem, drogami a do té doby téměř neznámým hazardem. O těchto problémech je třeba otevřeně mluvit, nezakrývat negativa a snažit se legislativou více napomoci řešení těchto problémů. Zaměřila jsem se na středoškolskou mládež, neboť mě zajímalo, do jaké míry je mládež o této problematice informovaná a jaké má s jednotlivými jevy zkušenosti.

Má práce má sloužit studentům oboru etopedie a dalším případným zájemcům k přiblížení problematiky sociálně patologických jevů - drog, alkoholu a hazardu.

1.1 Stanovení hypotéz

Dosažení výše uvedených cílů šetření vedlo k potvrzení nebo vyvrácení hypotéz.

Předpokládala jsem, že:

H1: Mládež bude dostatečně informována v oblasti drogové závislosti.

V1: Nejvěrohodnější informace o drogové problematice budou poskytovat škola a média.

H2: Většina dotazovaných respondentů experimentovala s drogami.

V2: Většina mladistvých vyzkouší drogy ve vrstevnické skupině.

V3: Většina respondentů neoznámí experimentování s drogami.

H3: Většina respondentů se domnívá, že lze přestat s konzumací drog z vlastní vůle.

H4: Všichni dotazovaní respondenti zneužívají alkohol.

V4: Polovina respondentů okusila alkohol před 15. rokem.

H5: Respondenti budou projevovat toleranci vůči abúzu alkoholu.

H6: Většina rodičů toleruje mladistvým pití alkoholu.

H7: Většina respondentů má zkušenost, že v restauračních zařízeních při objednání alkoholu se nedotazují na věk konzumenta.

H8: Stát nevěnuje problematice hazardu dostatečnou pozornost.

H9: Většina dotazovaných se zapojuje do hry na herních automatech.

2 Techniky sběru dat

Při psaní bakalářské práce jsem použila výzkumnou metodu dotazník. Dotazníkový sběr dat jsem zvolila z následujících důvodů:

- umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem
- anonymita je relativně přesvědčivá
- formální shodnost způsobu kladení otázek je vysoká, ovlivnění výsledků zkoumání tazatelem je velmi nízké

Dotazník byl rozdělen do tří částí, z nichž každá byla zaměřena na jeden sociálně patologický jev - drogy, alkohol, hazard. Pro jednodušší vyplnění jsem volila u studentů uzavřené a polootevřené otázky, otevřená otázka byla jen jedna. Z hlediska objektivity jsem si vybrala polovinu studentů mladších 18 let, druhá polovina oslovených respondentů byla plnoletá. Dotazníky jsem rozmístila na výběrové školy, střední školy s maturitou a odborná učiliště, neboť studenti z těchto škol mají odlišný náhled na životní priority, studium i sociálně patologické jevy.

3 Charakteristika výzkumného vzorku

3.1 Definování hlavních pojmů

- **Výzkum** - systematický proces bádání s cílem objevit, interpretovat nebo přeprocovat fakta
- **Sociálně patologické** - společensky nepřizpůsobivé
- **Závislost** - stav, kdy je jedinec podmíněn okolností nebo situací, kterou potřebuje nebo si myslí, že ji potřebuje ke své existenci
- **Sociálně patologické závislost** - společensky nepřizpůsobivá potřeba pro existenci (v tomto případě jsme se zaměřili na alkoholismus, gamblerství a narkomani)

- **Mládež** - jedinci od 15 do 20 roku studující střední školy a odborná učiliště
- **Kutnohorská a kolínská mládež** - jedinci výše uvedeného věku studující střední školy a odborná učiliště v daných okresech

3.2 Objekt zkoumání

Objektem mého zkoumání je informovanost a zkušenost žáků středních škol a odborných učilišť se sociálně patologickými jevy - drogami, alkoholem a hazardem.

3.3 Výzkumný vzorek

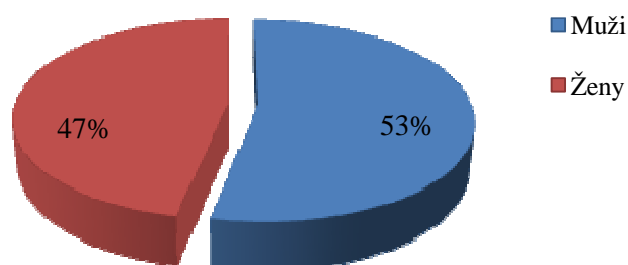
K výzkumu byla vybrána nesourodá skupina žáků - výzkumný vzorek činil 120 respondentů (žáků středních škol a odborných učilišť z okresů Kutná Hora a Kolín) Pro objektivitu výzkumu jsem oslovila polovinu respondentů mladších 18 let a zbytek byli jedinci starší 18 let. Žáci studijních a učebních oborů vyplňovali dotazník anonymně bez možnosti vzájemného kontaktu mezi sebou.

Výzkum byl prováděn na těchto školách:

- Gymnázium Jiřího Ortena, Kutná Hora, Jaselská 932
- Gymnázium Kolín, Kolín, Žižkova 162
- Vyšší odborná škola, Střední průmyslová škola a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky, Kutná Hora, Masarykova 197
- studijní obor: Elektrotechnika
- Hotelová škola Poděbrady, Poděbrady, Komenského 156/III
- studijní obor: Hotelnictví
- Střední zemědělská škola Čáslav, Čáslav, Sadová 1234
- Střední odborná škola stavební a Střední odborné učiliště stavební Kolín, Kolín, Pražská 122
- učební obor: Zedník

4 Analýza výsledků dotazníkového průzkumu

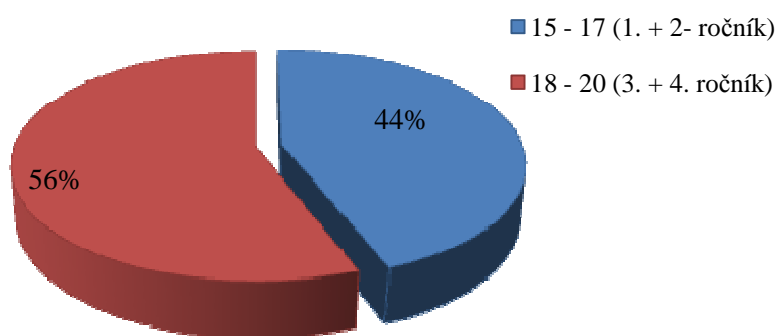
Graf č. 1: Pohlaví



Pohlaví	
muži	53%
ženy	47%

Dotazník celkem vyplnilo 120 (100%) respondentů, 53% dotazovaných byli muži, 47% respondentů ženy.

Graf č. 2: Věk

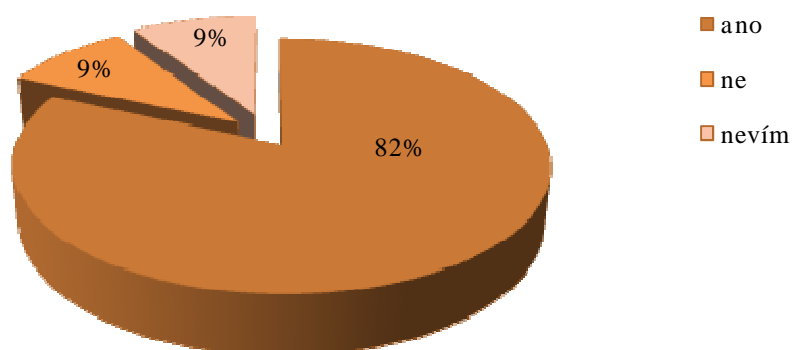


Věk	
15 – 17 (1. + 2. ročník)	44%
18 – 20 (3. + 4. ročník)	56%

56% respondentů bylo ve věku 18 - 20 let (3 - 4 ročník), 44% respondentů ve věku 15 - 17 let (1 - 2 ročník).

Graf č. 3: k otázce č. 1. - okruh drogy

1. Myslíte si, že jste o problémech drog dobře informován(a)?

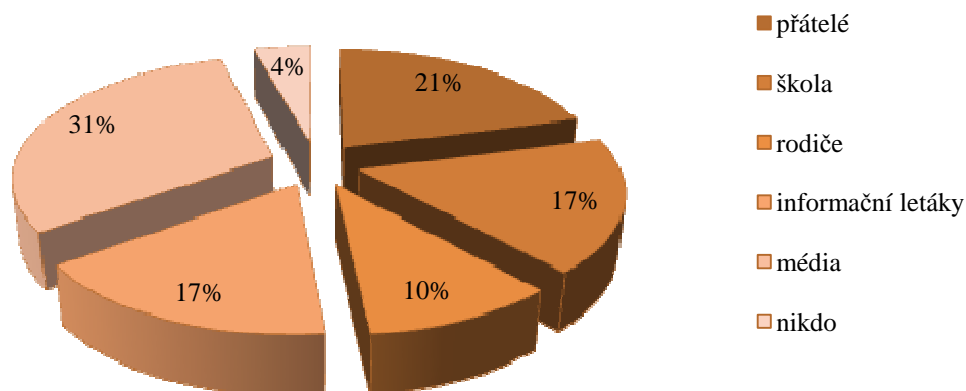


Myslíte si, že jste o problémech drog dobře informován(a)?	
ano	82 %
ne	9%
nevím	9%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů má o problémech spojených s drogami 82% dotazovaných jedinců dobré informace, 9% je o této problematice informováno nedostatečně a 9% respondentů neumí své informace o drogové problematice zhodnotit.

Graf č. 4: k otázce č. 2. - okruh drogy

2. Kdo je pro vás nejhodnovějším zdrojem informací o drogové problematice?

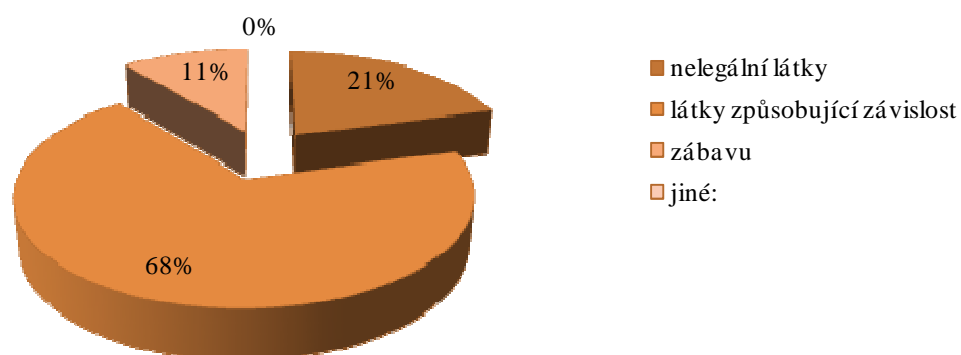


Kdo je pro vás nejhodnovějším zdrojem informací o drogové problematice?	
přátelé	21%
škola	17%
rodiče	10%
informační letáky	17%
média	31%
nikdo	4%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů považuje 31% dotazovaných za nejhodnovějším zdroj, který informuje o drogové problematice, média, 21% respondentů si myslí, že nejhodnovějším zdrojem informací jsou přátelé. 17% respondentů jako nejlepší zdroje informací považuje nejrůznější informační letáky a školu. 10% dotazovaných pokládá za nejhodnovějším zdroj rodiče a 4% respondentů nepokládají za dobrý informační zdroj nikoho.

Graf č. 5: k otázce č. 3. - okruh drogy

3. Když se řekne „drogy“, tak si na prvním místě představíte:

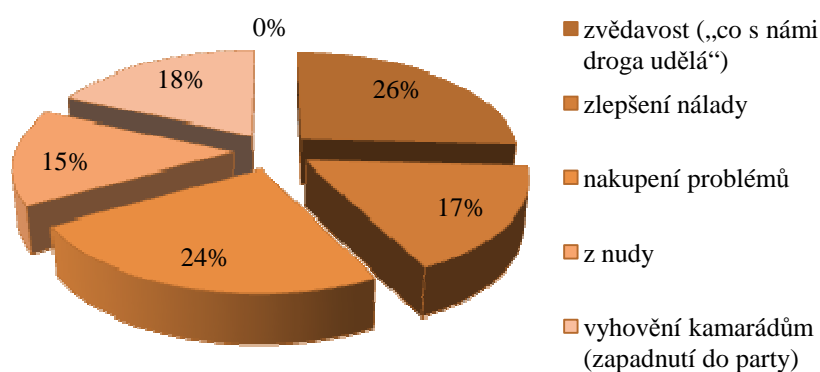


Když se řekne „drogy“, tak si na prvním místě představíte:	
nelegální látky	21%
látky způsobující závislost	68%
zábavu	11%
jiné	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů si 68% dotazovaných při slově droga na prvním místě představí látky, které způsobují závislost, 21% respondentů nelegální látky a 11% při slově droga zábavu.

Graf č. 6: k otázce č. 4. - okruh drogy

4. V čem vidíte hlavní příčinu drogové závislosti?

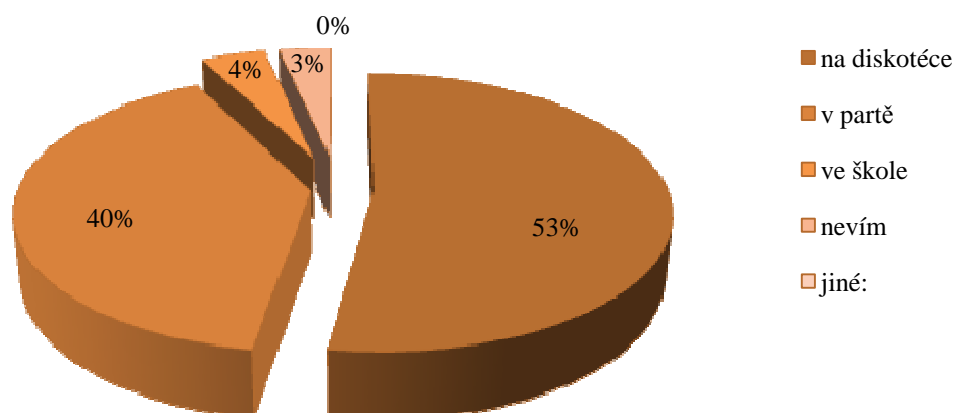


4. V čem vidíte hlavní příčinu drogové závislosti?	
zvědavost	26%
zlepšení nálady	17%
nakupení problémů	24%
z nudy	15%
vyhovění kamarádům	18%
jiné	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 26% dotazovaných vidí hlavní příčinu drogové závislosti ve zvědavosti (zajímá je účinek těchto látek). 24% respondentů spatřuje hlavní příčinu v nakupení problémů jedince, 17% respondentů si myslí, že hlavní problém drogové závislosti je snaha o zlepšení nálady, 18% dotazovaných vidí příčinu drogové závislosti ve vyhovění kamarádům či zapadnutí do party, 15% respondentů si myslí, že hlavní příčinou je nuda.

Graf č. 7: k otázce č. 5. - okruh drogy

5. Kde podle vás přicházejí lidé do kontaktu s drogou?

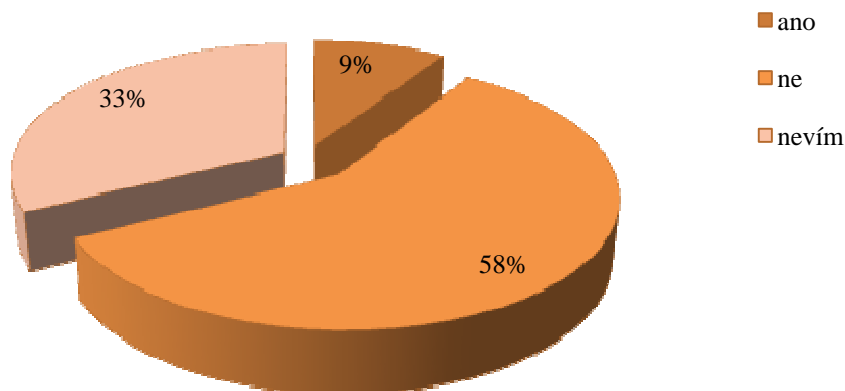


Kde podle vás přicházejí lidé do kontaktu s drogou?	
na diskotéce	53%
v partě	40%
ve škole	4%
nevím	3%
jiné	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 53% dotazovaných se domnívá, že nejčastěji lidé přicházejí do kontaktu s drogou na diskotéce a 40% respondentů v partě, 4% dotazovaných si myslí, že do kontaktu s drogou přichází lidé ve škole, 5% respondentů neví, kde lidé s drogou přicházejí do kontaktu, 3% respondentů nedokáží odpovědět.

Graf č. 8: k otázce č. 6. - okruh drogy

6. Kdybyste věděli, že váš kamarád/ka užívá drogy, opustili byste je?

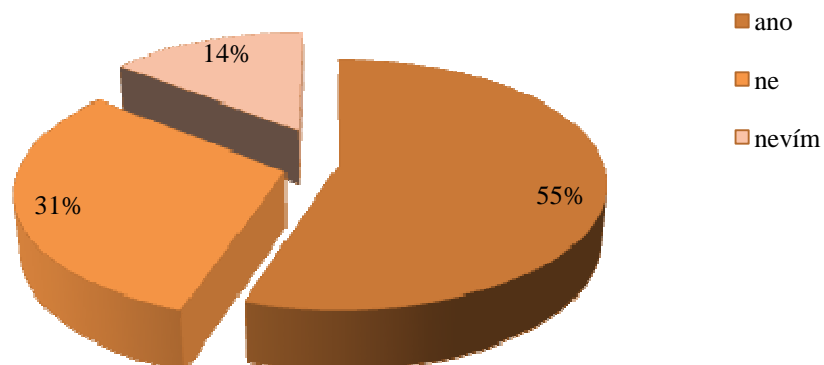


Kdybyste věděli, že váš kamarád/ka užívá drogy, opustili byste je?	
ano	9%
ne	58%
nevím	33%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 58% dotazovaných by svého kamaráda neopustilo, 33% by se svého přítele zřeklo a 9% neví, jak by se v této situaci zachovalo.

Graf č. 9: k otázce č. 7. - okruh drogy

7. Myslíte si, že když upozorníte jeho/její rodiče nebo učitele na možnou závislost, dopustíte se udavačství?

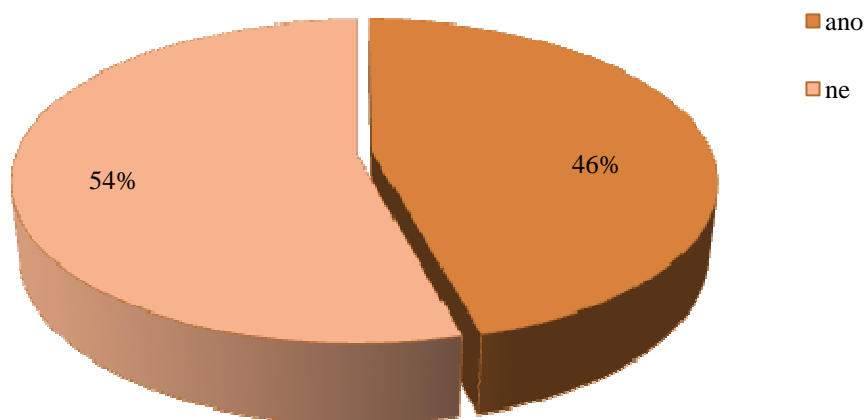


Myslíte si, že když upozorníte jeho/její rodiče nebo učitele na možnou závislost, dopustíte se „zrady a udavačství“?	
ano	53%
ne	31%
nevím	14%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů se 55% dotazovaných domnívá, že při upozornění dospělého, se dopustí udavačství, 31% respondentů si myslí, že pokud oznámí možné brání či závislost, tak se udavačství nedopouštějí, 14% respondentů nedokáže jednoznačně na tuto otázku odpovědět.

Graf č. 10: k otázce č. 8. - okruh drogy

8. Máte zkušenosti s drogami?

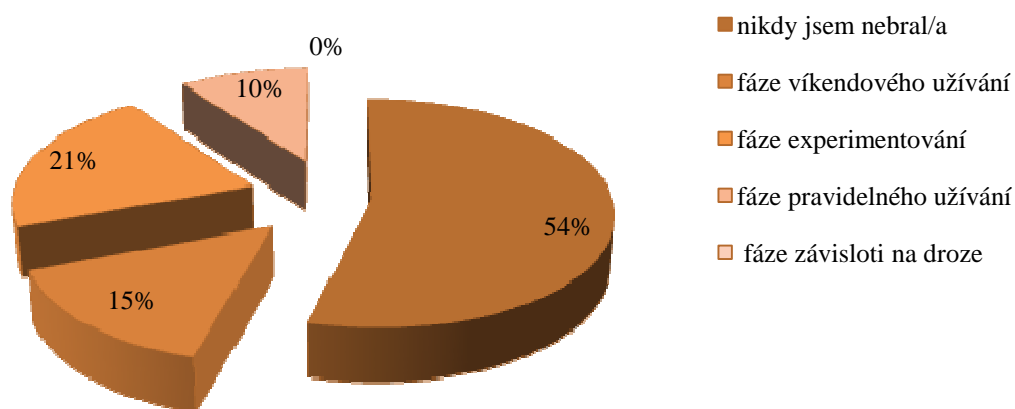


Máte zkušenosti s drogami?	
ano	46%
ne	54%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 46% dotazovaných má zkušenosti s drogou, 54% respondentů zkušenosti s drogou nemá.

Graf č. 11: k otázce č. 9. - okruh drogy

9. V jakém stádiu se ve vztahu k droze se cítíte?

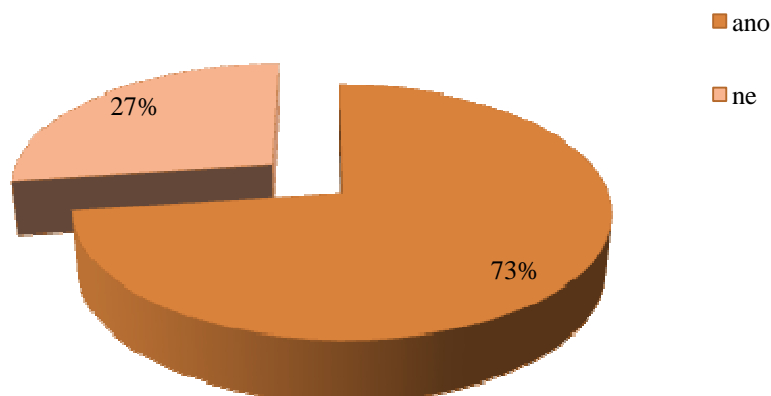


V jakém stádiu se ve vztahu k droze se cítíte?	
nikdy jsem nebral/a	54%
fáze víkendového užívání	15%
fáze experimentování	21%
fáze pravidelného užívání	10%
fáze závislosti na droze	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 54% drogu nikdy nebralo, 21% dotazovaných s drogami experimentuje, 15% respondentů drogu užívá sporadicky, 10% drogy pravidelně užívá, žádný z dotazovaných není závislý na droze.

Graf č. 12: k otázce č. 10. - okruh drogy

10. Pokud lehce experimentuješ s drogami, nebo pravidelně užíváš lehké drogy, myslíš, že dokážeš přestat s konzumací vlastní vůlí?

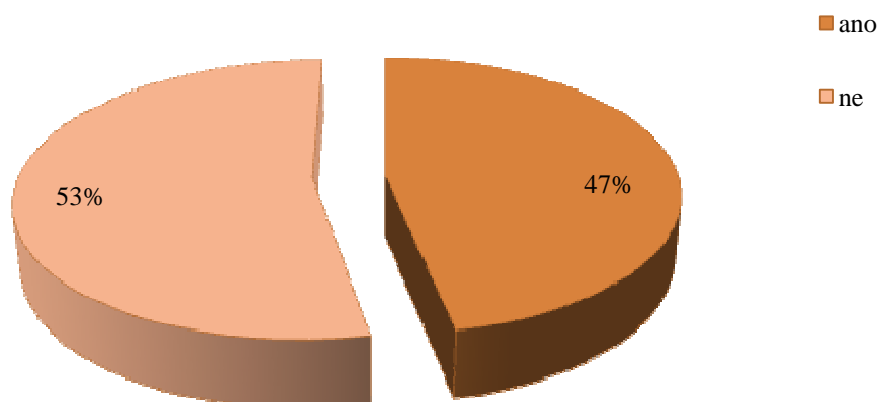


Pokud lehce experimentuješ s drogami, nebo pravidelně užíváš lehké drogy, myslíš, že dokážeš přestat s konzumací jen svou vůlí?	
ano	73%
ne	27%

Z počtu respondentů 55 (100%), kteří s drogami lehce experimentují či užívají, si 73% myslí, že s konzumací drog dokáže přestat vlastní vůlí, 27% dotazovaných se domnívá, že s konzumací drog pouze svou vůlí nedokáže přestat.

Graf č. 13: k otázce č. 11. - okruh drogy

11. Souhlasíte s legalizací lehkých drog?

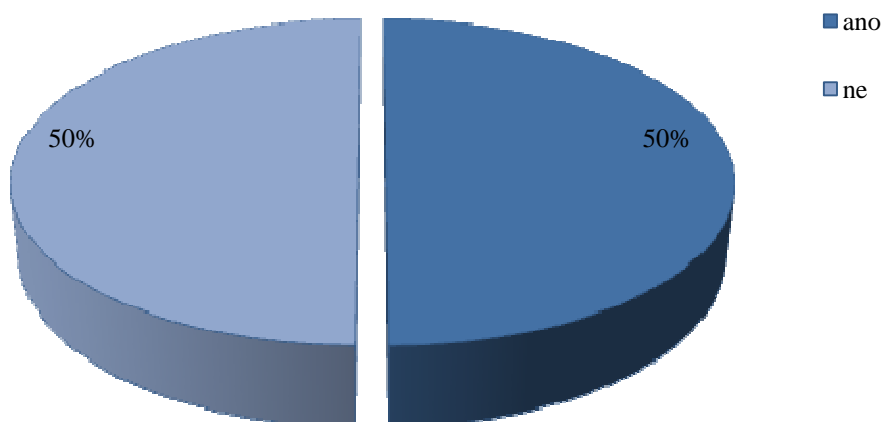


Souhlasíte s legalizací lehkých drog?	
ano	47%
ne	53%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 47% dotazovaných souhlasí s legalizací lehkých drog, 53% respondentů s legalizací lehkých drog nesouhlasí.

Graf č. 14: k otázce č. 1. - okruh alkohol

1. Považujete alkohol za drogu?

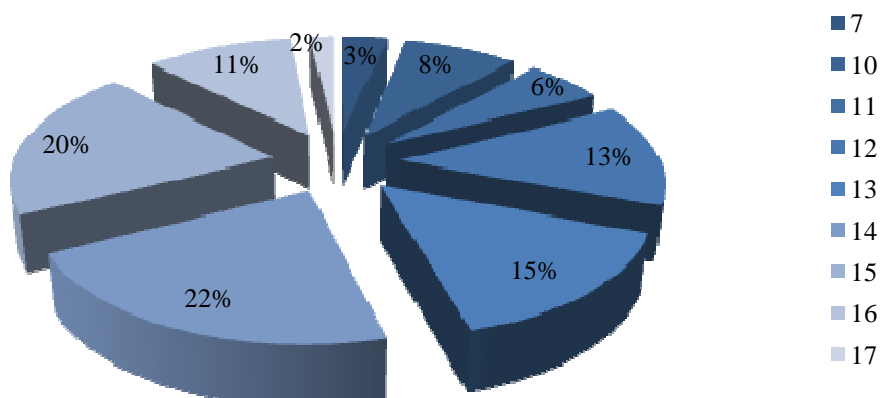


Považujete alkohol za drogu?	
ano	50%
ne	50%

Z celkového počtu dotazovaných 120 (100%) respondentů 50% považuje alkohol za drogu, 50% respondentů si nedomnívá, že alkohol je droga.

Graf č. 15: k otázce č. 2. - okruh alkohol

2. Kolik let vám bylo, když jste poprvé zkusil/a pít alkohol?

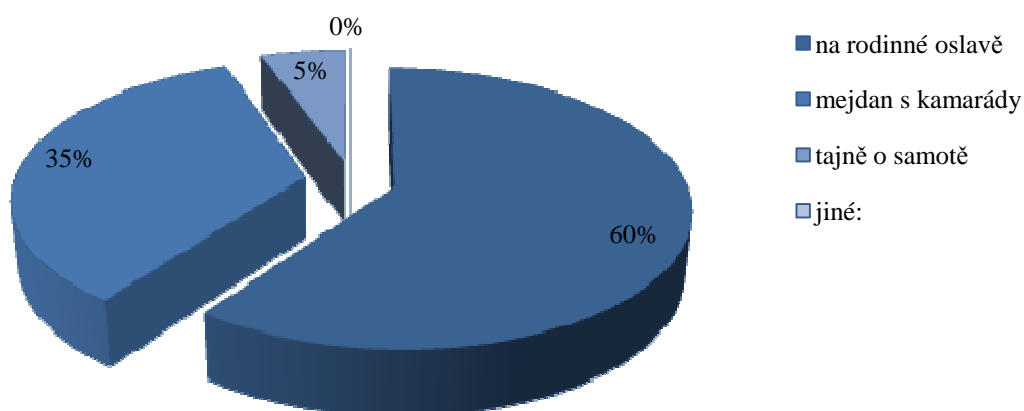


Kolik let vám bylo, když jste poprvé zkusil/a pít alkohol?	
7	3%
10	8%
11	6%
12	13%
13	15%
14	22%
15	20%
16	11%
17	2%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 3% okusila poprvé alkohol v 7 letech, 8% v 10 letech, 6% v 11 letech. 13% dotazovaných poprvé zkusilo pít alkohol v 12 letech, 15% respondentů v 13 letech, 22% dotazovaných okusilo alkohol v 14 letech, 20% respondentů v 15 letech, 11% respondentů v 16 letech, 2% dotazovaných poprvé okusila alkohol v 17 letech.

Graf č. 16: k otázce č. 3. - okruh alkohol

3. V jaké společnosti jste poprvé okusil/a alkohol?

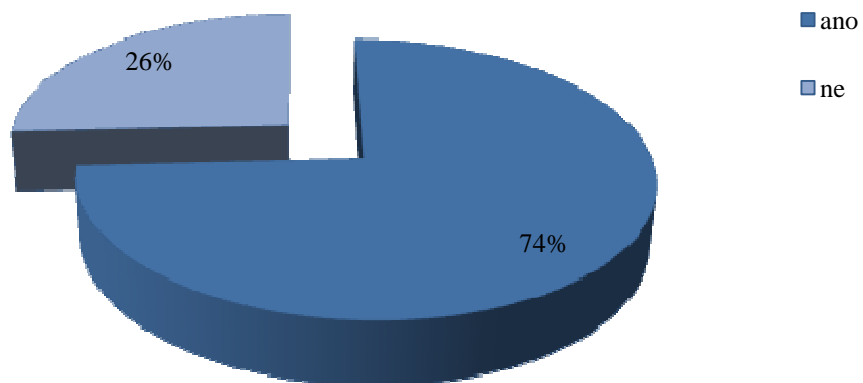


V jaké společnosti jste poprvé okusil/a alkohol?	
na rodinné oslavě	60%
mejdán s kamarády	35%
tajně o samotě	5%
jiné	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 60% okusilo pít alkohol poprvé na rodinných oslavách, 35% dotazovaných společně se svými přáteli, 5% respondentů poprvé zkusilo pít alkohol tajně o samotě.

Graf č. 17: k otázce č. 4. - okruh alkohol

4. Tolerovali vám rodiče jako nezletilému konzumaci alkoholu na rodinných oslavách?

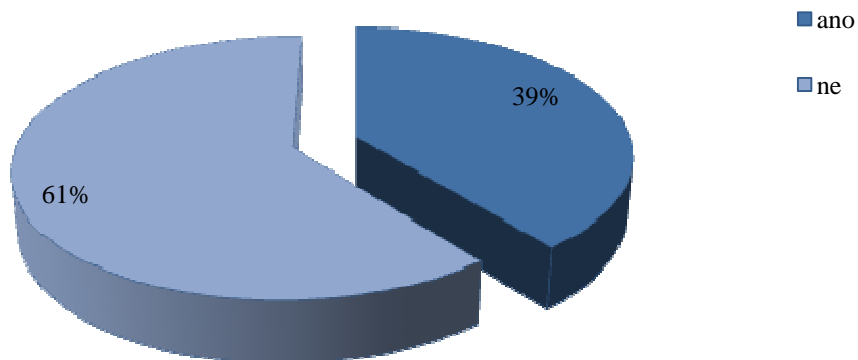


Tolerovali vám rodiče jako nezletilému konzumaci alkoholu na rodinných oslavách?	
ano	74%
ne	26%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 74% dotazovaných rodiče jako nezletilému tolerovali pití alkoholu, 26% respondentům pití alkoholu rodiče netolerovali.

Graf č. 18: k otázce č. 5. - okruh alkohol

5. Je obvyklé, že se vás na diskotéce nebo v restauraci zeptají, pokud si objednáte alkohol, na věk?

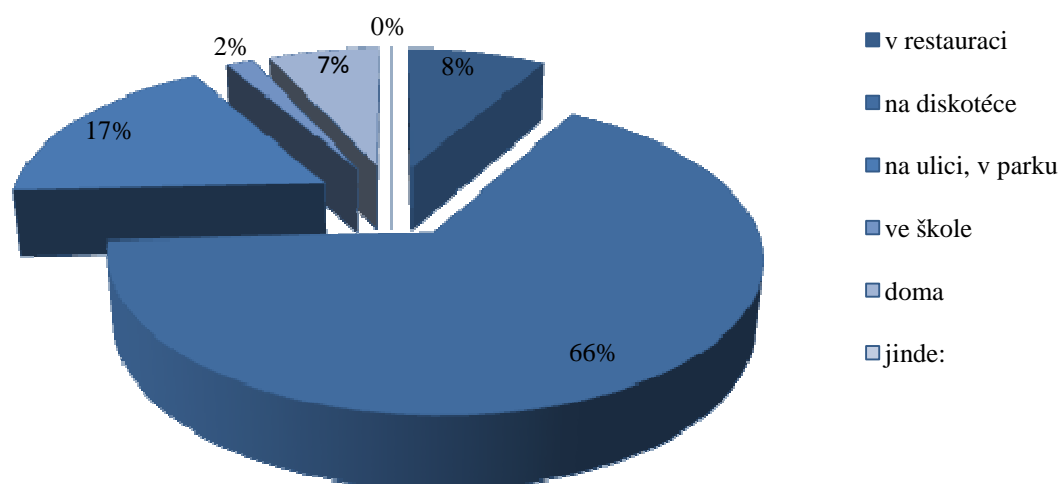


Je obvyklé, že se vás na diskotéce nebo v restauraci zeptají, pokud si objednáte alkohol, na věk?	
ano	39%
ne	61%

Z počtu respondentů 120 (100%) se 39% v restauracích či na diskotékách ptají na věk, pokud si objednávají alkohol, 61% z těchto respondentů se na věk neptají.

Graf č. 19: k otázce č. 6. - okruh alkohol

6. Na jakém místě nejčastěji požívá mládež alkohol?

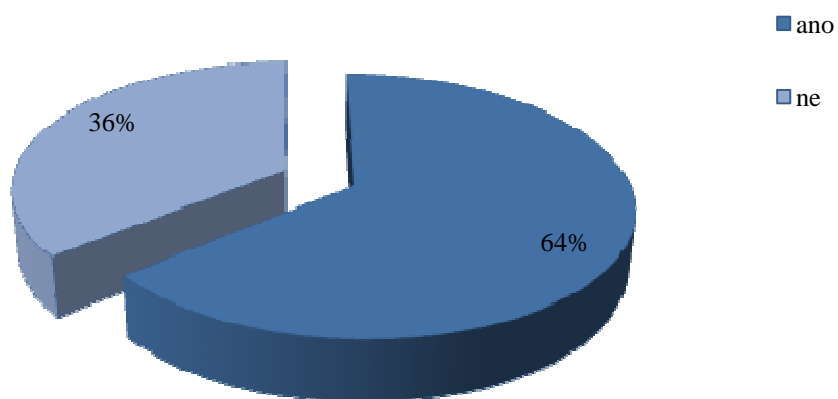


Na jakém místě nejčastěji požívá mládež alkohol?	
v restauraci	8%
na diskotéce	66%
na ulici, v parku	17%
ve škole	2%
doma	7%
jinde	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů se 66% domnívá, že mládež nejčastěji požívá alkohol na diskotékách, 17% si myslí, že mládež nejčastěji konzumuje alkohol na ulici či parku, 8% dotazovaných se domnívá, že mládež nejčastěji požívá alkoholické nápoje v restauracích, 7% si myslí, že ke konzumaci dochází nejčastěji v domácím prostředí a 2% soudí, že ve škole.

Graf č. 20: k otázce č. 7. - okruh alkohol

7. Stalo se vám, že jste si nepamatoval/a, co jste dělal/a pod vlivem alkoholu?

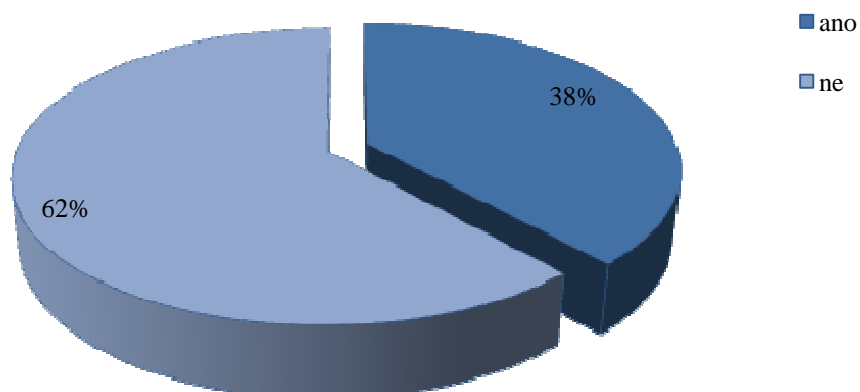


Stalo se vám, že jste si nepamatoval/a, co jste dělal/a pod vlivem alkoholu?	
ano	64%
ne	36%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů si 64% nepamatovalo, co dělali pod vlivem alkoholu, 36% dotazovaných nemělo výpadek paměti.

Graf č. 21: k otázce č. 8. - okruh alkohol

8. Chlubil/a jste nebo jste se předváděl/a před kamarády, kolik alkoholu vydržíte?

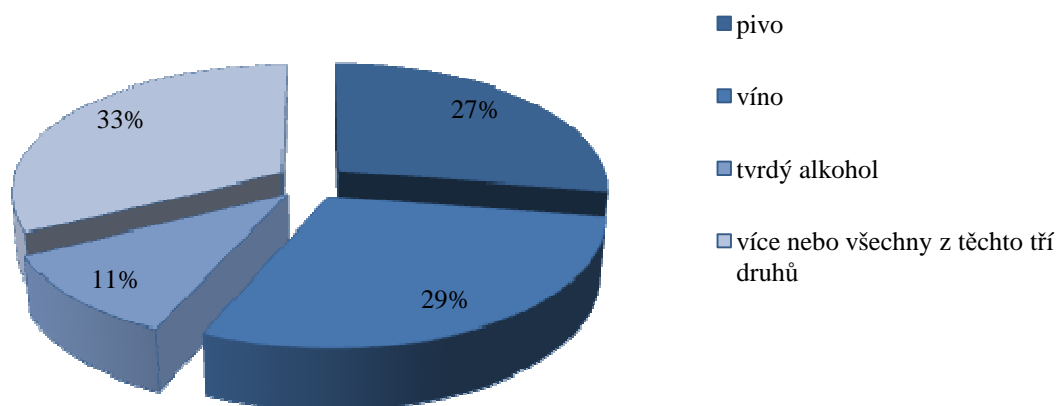


Chlubil/a jste nebo jste se předváděl/a před kamarády, kolik alkoholu vydržíte?	
ano	38%
ne	62%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů se 38% dotazovaných chlubilo před známými, kolik alkoholu dokázalo vypít, 62% respondentů se svou výdrží nechlubilo.

Graf č. 22: k otázce č. 9. - okruh alkohol

9. Jaký druh alkoholu jste ochutnal/a nebo pijete nejčastěji?

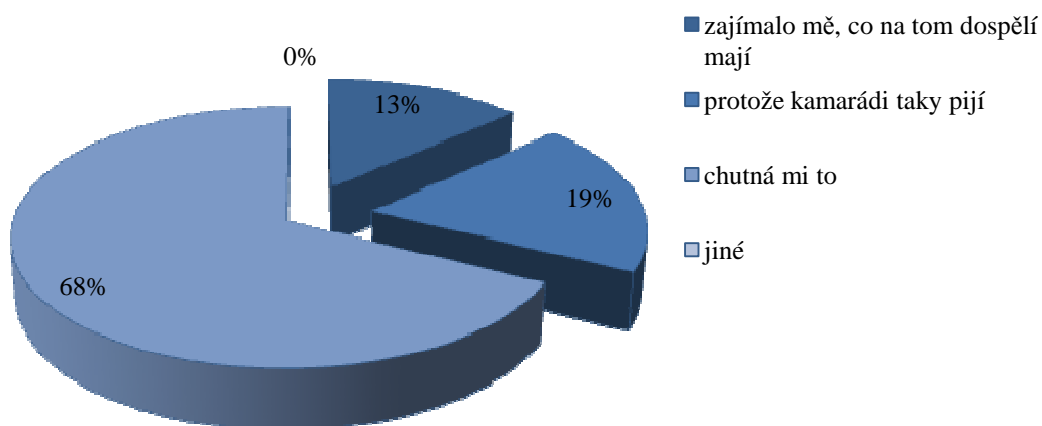


Jaký druh alkoholu jste ochutnal/a nebo pijete nejčastěji?	
pivo	27%
víno	29%
tvrdý alkohol	11%
více nebo všechny z těchto tří druhů	33%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 33% nejčastěji konzumuje více druhů alkoholu, 29% dotazovaných nejčastěji požívá víno, 27% respondentů nejčastěji pije pivo, 11% dává přednost tvrdému alkoholu.

Graf č. 23: k otázce č. 10. - okruh alkohol

10. Proč jste ochutnal/a nebo pijete alkohol?

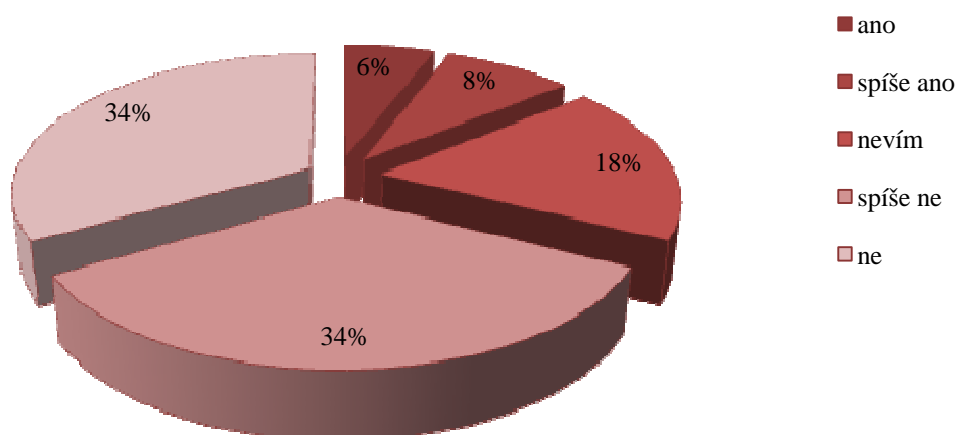


Proč jste ochutnal/a nebo pijete alkohol?	
zajímalo mě, co na tom dospělí mají	13%
protože kamarádi taky pijí	19%
chutná mi to	68%
jiné	0%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 68% pije alkohol, protože jim chutná, 19% respondentů ochutnalo nebo pije alkohol, protože jejich přátelé taky pijí, 13% dotazovaných ochutnalo nebo pije alkohol, protože je zajímavé, proč ho pijí dospělí.

Graf č. 24: k otázce č. 1. - okruh hazard

1. Myslíte si, že stát problematice hazardu věnuje dostatečnou pozornost?

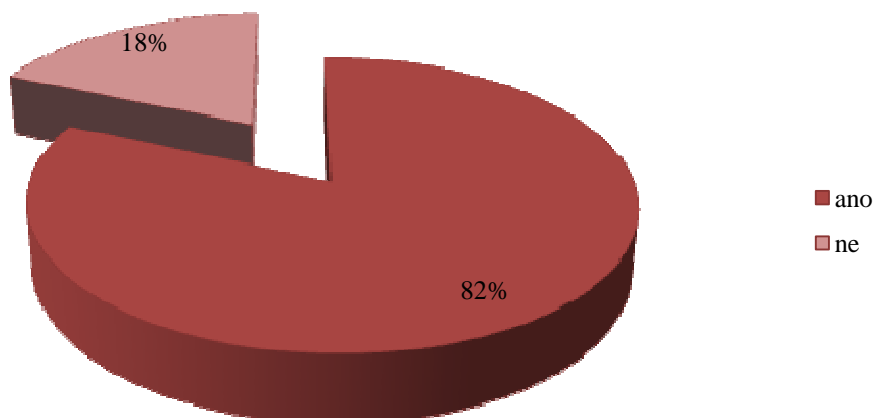


Myslíte si, že stát problematice hazardu věnuje dostatečnou pozornost?	
ano	6%
spíše ano	8%
nevím	18%
spíše ne	34%
ne	34%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 68% domnívá, že stát problematice hazardu nevěnuje dostatečnou pozornost, 14% dotazovaných si myslí, že stát hazardu věnuje dostatečnou pozornost, 18% respondentů nedokáže říci, zda stát problematice hazardu věnuje dostatečnou pozornost.

Graf č. 25: k otázce č. 2. - okruh hazard

2. Nalézají se blízko vašeho bydliště, školy či zaměstnání herny?

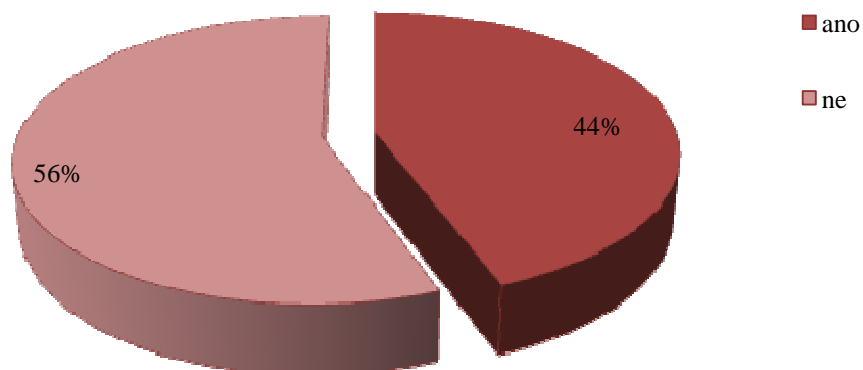


Nalézají se blízko vašeho bydliště, školy či zaměstnání herny?	
ano	82%
ne	18%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů má 82% poblíž svého bydliště nebo školy, zaměstnání herny, 18% dotazovaných uvádí, že v blízkosti jejich bydliště či školy se herny nevyskytují.

Graf č. 26: k otázce č. 3. - okruh hazard

3. Vyzkoušeli jste hru na herním automatu?



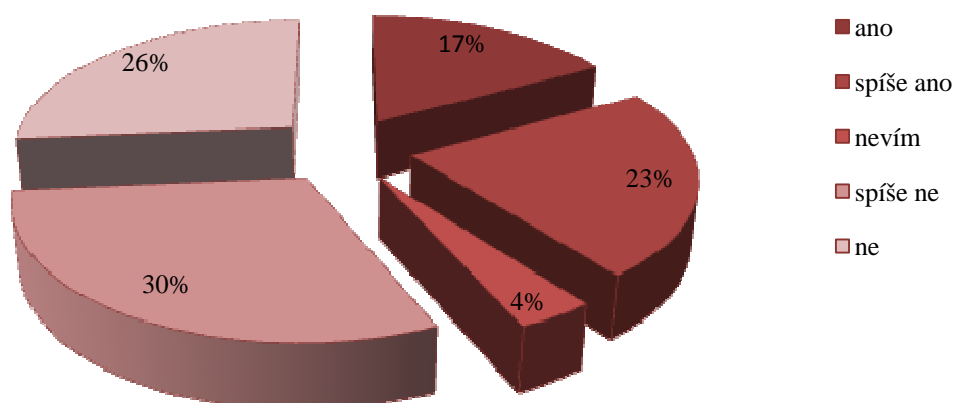
Vyzkoušeli jste hru na herním automatu?	
ano	44%
ne	56%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 44% dotazovaných vyzkoušelo hru na herním automatu, 56% respondentů hru nevyzkoušelo.

Otázky 4 – 7 byly určeny respondentům, kteří hru na automatu vyzkoušeli.

Graf č. 27: k otázce č. 4. - okruh hazard

4. Měl/a si uspokojení ze hry?

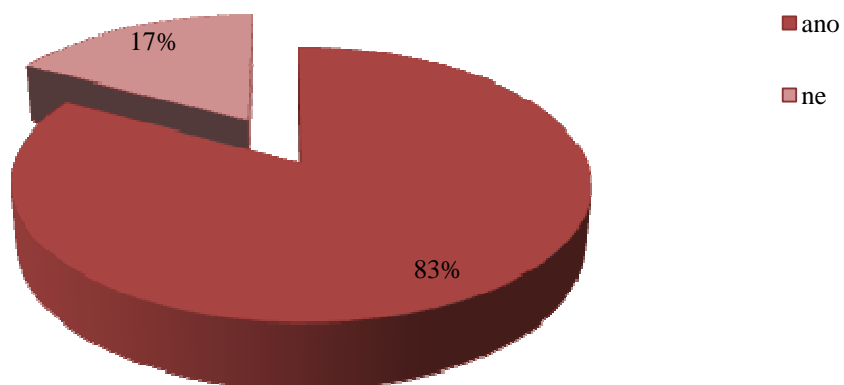


Měl si uspokojení ze hry?	
ano	17%
spíše ano	23%
nevím	4%
spíše ne	30%
ne	26%

Z počtu respondentů 53 (100%), kteří vyzkoušeli hru na herním automatu, 56% nepocíťovalo uspokojení ze hry, 40% dotazovaných mělo ze hry euforii, 4% respondentů nedokáží posoudit, zda měla či neměla uspokojení ze hry.

Graf č. 28: k otázce č. 5. - okruh hazard

5. Dokázali jste včas přestat (neprohráli jste celou finanční částku, kterou jste měli u sebe)?

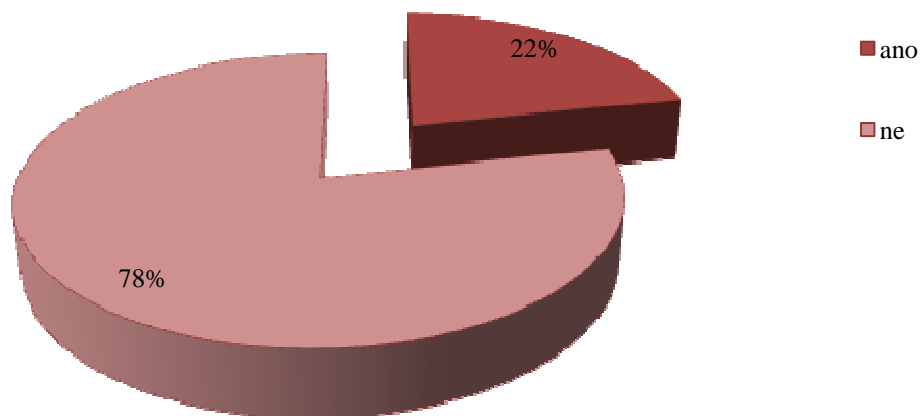


Dokázali jste včas přestat (neprohráli jste celou finanční částku, kterou jste měli u sebe)?	
ano	83%
ne	17%

Z počtu respondentů 53 (100%), kteří vyzkoušeli hru na herním automatu, 83% dokázalo včas přestat s hrou a neprohrát celou finanční částku, kterou měli u sebe. 17% dotazovaných nedokázalo včas přestat a finanční částku prohrálo.

Graf č. 29: k otázce č. 6. - okruh hazard

6. Museli jste si půjčit na další hru od známých?

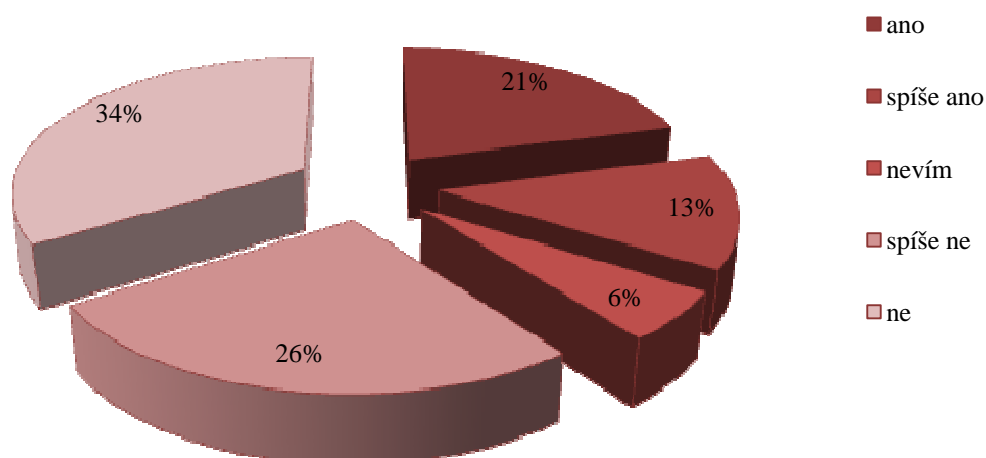


Museli jste si půjčit na další hru od známých?	
ano	22%
ne	78%

Z počtu respondentů 53 (100%), kteří vyzkoušeli hru na herním automatu, 22% dotazovaných si půjčilo na další hru od přátel, 78% respondentů vystačily na hru vlastní finanční prostředky.

Graf č. 30: k otázce č. 7. - okruh hazard

7. Pocítli jste nutkání opět hrát?

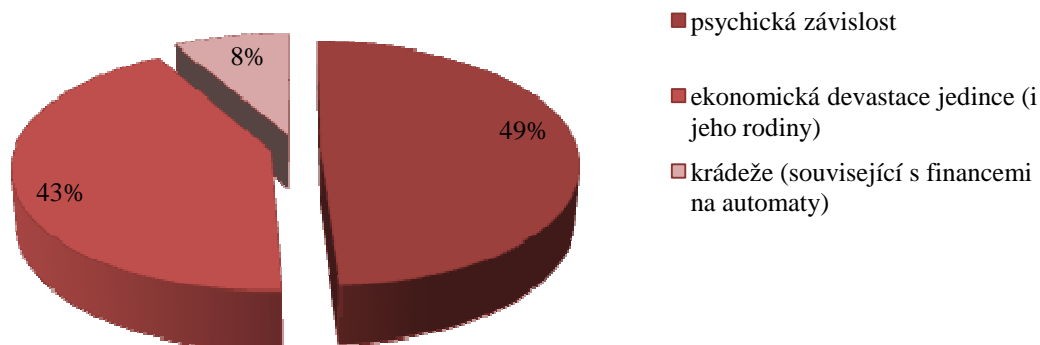


Pocítli jste nutkání opět hrát?	
ano	21%
spíše ano	13%
nevím	6%
spíše ne	26%
ne	34%

Z počtu 53 respondentů (100%), kteří vyzkoušeli hru na herním automatu, 60% nemělo nutkání opět hrát, 34% dotazovaných mělo potřebu se k hraní vrátit, 6% respondentů nedokáže říci, zda pocítli či nepocítli opětovné nutkání ke hře.

Graf č. 31: k otázce č. 8. - okruh hazard

8. V čem vidíte hlavní problém hazardu?

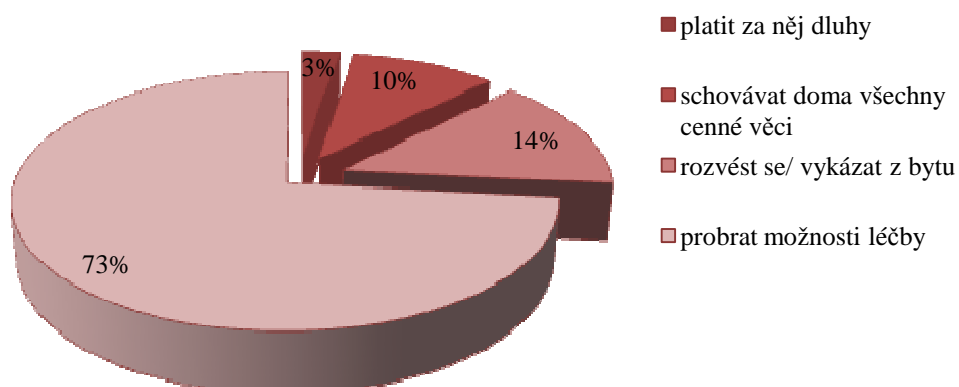


V čem vidíte hlavní problém hazardu?	
psychická závislost	49%
ekonomická devastace jedince (i jeho rodiny)	43%
krádeže (související s financemi na automaty)	8%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů 49% dotazovaných vidí hlavní problém v hazardu v psychické závislosti, 43% respondentů si myslí, že hlavní problém hazardu spočívá v ekonomické devastaci rodiny, 8% respondentů vidí hlavní problém v krádežích.

Graf č. 32: k otázce č. 9. - okruh hazard

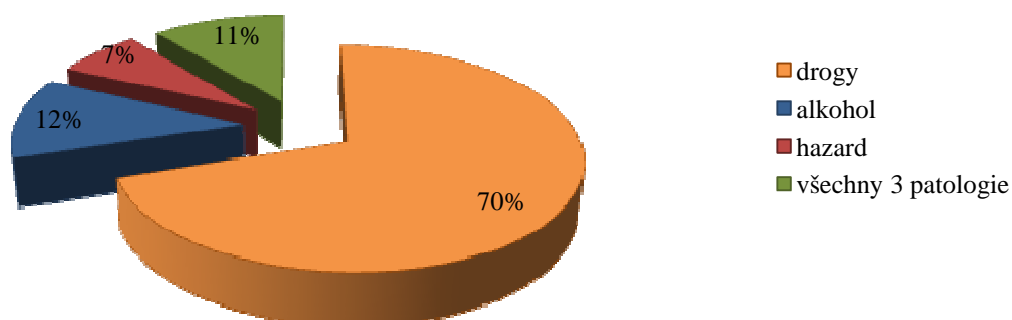
9. Jak nejúčinněji pomoci gamblerovi?



Jak nejúčinněji pomoci gamblerovi?	
platit za něj dluhy	3%
schovávat doma všechny cenné věci	10%
rozvést se/ vykázat z bytu	14%
probrat možnosti léčby	73%

Z celkového počtu 120 (100%) respondentů se 73% domnívá, že gamblerovi lze nejúčinněji pomoci, pokud s ním probereme možnosti léčby, 14% dotazovaných si myslí, že nejúčinnější pomoc je se s gamblerem rozvést či ho vykázat z bytu, 10% respondentů vidí nejúčinnější pomoc ve schovávání všech cenností, 3% respondentů se domnívají, že nejúčinnější pomocí je placení dluhů.

Graf č. 33: **Kterou z těchto závislostí (drogy, alkohol, hazard) považujete za nejzávažnější?**



Kterou z těchto závislostí (drogy, alkohol, hazard) považujete za nejzávažnější?	
drogy	70%
alkohol	12%
hazard	7%
všechny 3 patologie	11%

Na tuto otázku odpovědělo 100 respondentů ze 120 oslovených.

Sedmdesát procent z nich považuje za nejzávažnější závislost na drogách.

S tímto zdůvodněním: „Jedná se o aktuální a rozšířený problém, který negativně ovlivňuje užívajícího jedince, ale i jeho blízké. Dochází k psychické a fyzické devastaci a celkové změny osobnosti užívajícího jedince. Ničí jeho zdraví, při rizikových aplikacích může dojít k nakažení (žloutenka, AIDS), hrozí nebezpečí předávkování a smrt. Užívání návykových látek se negativně odráží i na hodnotovém žebříčku a preferencích užívajícího.“

Dvanáct procent dotazovaných jedinců se domnívá, že nejzávažnější z těchto závislostí je alkohol.

S tímto zdůvodněním: „Alkohol je v naší společnosti velmi tolerovaný a lehko dostupný. Jeví se jako neškodný.“

Sedm procent respondentů považuje za nejzávažnější hazard.

S tímto zdůvodněním: „Velký problém je malá informovanost o této patologii. Negativní dopad hazardu spadá nejen na hrajícího jedince, ale devastuje i jeho rodinu. Výrazný problém je ve finanční stránce - riziko dluhů.“

Jedenáct procent dotazovaných považuje všechny tyto patologie za velmi závažné a nedokáže z nich jednu vytyčit jako nejrizikovější.

5 Diskuze

Drogy, alkohol, hazard - jedny z nejdiskutovanějších problémů lidstva, které se však neobjevily v posledních desetiletích. Každá civilizace na naší planetě již odedávna znala určité rostliny či látky, které u lidí dokáží vyvolat zvláštní stavy. Tyto látky však byly využívány pouze k náboženským nebo lékařským účelům - k dispozici je měli kněží, léčitelé, šamani, kteří dávkovali jejich užívání. Alkohol, nebyl sice vlastnictvím lékařů či kněží, přesto oni podstatně určovali, kdy se mohou alkoholické nápoje konzumovat - pomocí svátků církevního roku a půstu. I hazardní hry jsou staré jako lidstvo samo...

Látky původně užívané proto, aby lidé zažili něco mimořádného (oslavili svátek, uvolnili se) či ztišili velkou bolest, začaly být postupně zneužívány.

V posledních desetiletích vzrostla náročnost života a klesla schopnost snášet utrpení a problémy. Objevila se skupina lidí, která se z tohoto kolotoče chce vymanit, uniknout, zbavit se trápení, bolesti a pokud možno zažívat svátek každý den. Současně se s touto skupinou objevila i další, která tento únik dokáže umožnit - nabídkou mimořádných zážitků, úniku ze všednosti dnů... A stačí málo - zakoupit balíček s bílým práškem, tabletky různých tvarů a barev, láhev či vhodit minci do hracího automatu a očekávat výhru, která změní život.

Člověk vždy toužil po ráji a v touze dosáhnout nových požitků si mnozí lidé začali vytvářet ráj chemický a virtuální. Je smutné, že jej dnes nalézají v podobě bílého prášku, injekční stříkačky, dna lahve, karet, či beden sypajících drobné.

Otázka drogové problematiky je dnes jednou z nejrozšířenějších a nejdiskutovanějších. Díky primární prevenci získávají mladiství mnoho informací o této problematice. I přes veškeré snahy odborníků, jsou však mladí k drogám přitahováni a řada z nich drogu vyzkouší - jedná se tedy především o experimentátorství - a snaží se tím uniknout zodpovědnosti, všednosti života, stereotypu a nudě. Mladiství znají z dostupných informačních zdrojů nebezpečné účinky drog, možnosti předávkování, přesto možnou závislost podceňují a většina dotazovaných, kteří drogu užívají, se domnívá, že dokáže přestat užívat drogu z vlastní vůle.

Hypotéza 1: moje předpoklady byly potvrzeny, o drogové problematice je mládež dostatečně informována.

V1: moje předpoklady byly potvrzeny, nejhodnověrnější zdroje informací poskytují média a škola.

Hypotéza 2: moje předpoklady nebyly potvrzeny, většina dotazovaných s drogou nikdy neexperimentovala. K fázi experimentování se hlásí 15% respondentů.

V2: moje předpoklady byly potvrzeny, většina mladistvých se dostane k experimentátorství skrze vrstevnickou skupinu.

V3: moje předpoklady byly potvrzeny, 31% dotazovaných by oznámilo užívání drog svého kamaráda dospělým.

Hypotéza 3: moje předpoklady byly potvrzeny, ze 46% dotazovaných jedinců, kteří drogu užívají, se jich 73% domnívá, že dokáží přestat s konzumací drog vlastní vůlí.

K alkoholové závislosti je naše společnost velmi tolerantní. Téměř každá společenská událost a oslava je ve většině rodin spojena s konzumací alkoholu. Alkohol je požíván i v negativních a stresových situacích. Dle nejnovější statistiky je v naší republice 700 000 závislých jedinců. S rostoucím počtem závislých klesá i věk konzumentů alkoholu. Není výjimečné, že záchranáři ošetřují mladistvé ve věku 12 - 13 let, kteří jsou ve stavu značné opilosti. Jak vyplývá z dotazníků v příloze této práce, alkohol konzumuje sto procent respondentů a většina z nich okusila alkoholické nápoje ještě před dosažením 15 let. Konzumace alkoholu je tolerována ze strany rodičů a i ve většině restauračních zařízení se o věk konzumentů nezajímají. K alkoholové problematice by se naše společnost měla postavit rázně. Pořádají se besedy s odborníky na narkomanií, varuje se před škodlivými účinky a hrozivými následky drog. Proti hazardu vystupují zastupitelstva měst a snaží se herny zrušit nebo vytlačit z okolí škol a učilišť. Avšak postoj k alkoholu je, přes jeho negativní účinky při dlouhodobém požívání, stále benevolentní.

Hypotéza 4: moje předpoklady byly potvrzeny, z celkového počtu 120 respondentů 100% zneužívá alkohol.

V4: moje předpoklady byly potvrzeny, z celkového počtu dotazovaných 69% respondentů okusilo alkohol před patnáctým rokem.

Hypotéza 5: moje předpoklady byly potvrzeny, alkohol v naší společnosti je do velké míry tolerovaný, respondenti projevují toleranci vůči abúzu alkoholu.

Hypotéza 6: moje předpoklady byly potvrzeny, 74% dotazovaným jedincům rodiče tolerují či tolerovali jako mladistvým konzumaci alkoholu.

Hypotéza 7: moje předpoklady byly potvrzeny, z počtu 120 respondentů 61% dotazovaných odpovědělo, že v restauračním zařízení se na jejich věk při objednání alkoholických nápojů nedotazovali.

Hazard je jednou z nejvíce se rozvíjejících patologií dnešní doby. Způsobuje psychickou i finanční devastaci nejen závislého jedince ale i jeho rodiny. V přepočtu zaregistrovaných automatů na počet obyvatel jich máme nejvíce v celé Evropě a náš stát této problematice nevěnuje dostatečnou pozornost. Většina respondentů hru na herním automatu nevyzkoušela. Avšak z respondentů, kteří na automatech hráli, 40% pocítilo uspokojení ze hry a to je varující.

Hypotéza 8: mé předpoklady byly potvrzeny, 68% oslovené mládeže se domnívá, že stát nevěnuje problematice hazardu dostatečnou pozornost.

Hypotéza 9: byla potvrzena, z celkového počtu dotazovaných 44% si vyzkoušelo hru na herním automatu.

IV Závěr

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na tři sociálně patologické jevy - alkoholismus, nealkoholové drogy a patologické hráčství. Záměrem práce bylo srovnání těchto patologických jevů dle rozličných kritérií - druhů a účinků, jejich aplikace a užití, popsat rámec léčby, vlivu na jedince a jeho blízké okolí, legislativních opatření, ... Zjistila jsem, že jsem si vybrala „neuchopitelné“ téma. Je tak rozsáhlé, že úplné srovnání v rámci bakalářské práce je nemožné.

V rámci bakalářské práce jsem si potvrdila následující - alkohol (dle původní úvahy) je stále velmi podceňován a veřejností tolerován a zde bychom měli bít na poplach! Počet závislých rapidně vzrůstá - vzrůstá počet mladistvých i žen na mateřské dovolené, kteří holdují alkoholu, vzrůstá počet vysoce odborně erudovaných pracovníků, kteří v alkoholu hledají relaxaci po náročné práci. Dotazníkový průzkum potvrdil, že ačkoli dle legislativních ustanovení smí být alkohol podáván pouze osobám starším osmnácti let, je mladistvým do osmnácti let odepřen výjimečně. A tak mladiství konzumují alkohol za tichého souhlasu rodičů a většinou i společnosti.

Drogové problematice stát oprávněně věnuje velkou pozornost. Primární programy, sekundární i terciární programy mají své opodstatnění a významně pomáhají, jak při prevenci či resocializaci závislých jedinců. Mladí si uvědomují riziko spojené s užíváním drog, navzdory tomu se domnívají, že při občasné experimentaci zůstanou „nad věcí“, že s konzumací dokážou kdykoli přestat a závislost na těchto látkách je tudíž neohroží.

Největší hrozbu vidím v problematice hazardu. Ačkoli dotazníkový průzkum ukázal, že většina mladistvých s hazardem nemá téměř žádné zkušenosti, domnívám se, že nekontrolovatelný růst heren, bohužel podporovaných jak legislativou, tak i vlivnou lobby, znamená potencionální nebezpečí nejen pro mladistvé ale i pro naši celou společnost.

Proti drogám stát bojuje, alkohol toleruje, hazard „podporuje.“

Použitá literatura

- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd., Praha : Karolinum, 2002. 372 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178 303-X.
- HORÁČKOVÁ, V. *Alkohol a sportovní aktivity u studentů katedry romanistiky Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci : Bakalářská práce*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, 2010. 45 s., 3 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Michal Šafář Ph.D.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd., Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80- 86734-05-6.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd., Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80- 86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KRAMÁŘ, K. a kol. *Herní právo*. 1. vyd. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o, 2006. 181 s. ISBN 80-86898-80-6.
- MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. 1. vyd., Praha : Empatie, 1995. 110 s. ISBN 80-901618-9-8.
- NEŠPOR, K. *Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou*. 2. vyd., Praha : Sportpropag, 1999. s. 104. ISBN nevedeno
- NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. 2. vyd., Praha : Sportpropag, 1999. s. 118. ISBN nevedeno
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd., Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
- NEŠPOR, K. *Už jsem prohrál dost*. 1. vyd., Praha : Sportpropag, 2006. 85 s. ISBN nevedeno
- NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. vyd, Praha : Státní zdravotní ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd., Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 119 s. ISBN 80-85121-52-2.

- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd., Praha : Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
- MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2008. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
- MÜHLPACHR, P. Patologické závislosti. In PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd., Brno : Paido, 1998. s. 209-224 ISBN 80-85931-65-6.
- PRUNNER, P. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí*. 1. vydání. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2008. 273 s. ISBN 90-8807-380-0741.
- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

Internetové zdroje:

- <http://www.drogy.net>
- <http://www.drogy-info.cz>

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Tematické práce klientů závislých na alkoholových, nealkoholových drogách
a patologickém hráčství PL Bohnice – „Svoboda: Život bez závislosti“

DOTAZNÍK

Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a bude využit jako příloha k bakalářské práci na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Dotazník se skládá ze tří částí, každá z nich je věnována jinému patologickému jevu.

Děkuji za vyplnění dotazníku.

V odpovědi zakroužkujte jednu možnost.

Pohlaví: muž žena

Věk: 15 – 17 (1+2 ročník) 18 – 20 (3 + 4 ročník)

První část DROGY

1. Myslíte si, že jste o problémech drog dobře informován(a)?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

2. Kdo je pro vás nejhodnověrnějším zdrojem informací o drogové problematice?
 - a) přátelé
 - b) škola
 - c) rodiče
 - d) informační letáky
 - e) média
 - f) nikdo

3. Když se řekne „drogy“, tak si na prvním místě představíte:
 - a) nelegální látky
 - b) látky způsobující závislost
 - c) zábavu
 - d) jiné:

4. V čem vidíte hlavní příčinu drogové závislosti?
 - a) zvědavost („co s námi droga udělá“)
 - b) zlepšení nálady
 - c) nakupení problémů
 - d) z nudy
 - e) vyhovění kamarádům (zapadnutí do party)
 - f) jiné:

5. Kde podle vás přicházejí lidé do kontaktu s drogou?
 - a) na diskotéce
 - b) v partě
 - c) ve škole
 - d) nevím

- e) jiné:
6. Kdybyste věděli, že váš kamarád/ka užívá drogy, opustili byste je?
a) ano
b) ne
c) nevím
7. Myslíte si, že když upozorníte jeho/její rodiče nebo učitele na možnou závislost, dopustíte se „zrady a udavačství“?
a) ano
b) ne
c) nevím
8. Máte zkušenosti s drogami?
a) ano
b) ne
9. V jakém stádiu se ve vztahu k droze se cítíte?
a) nikdy jsem nebral/a
b) fáze víkendového užívání
c) fáze experimentování
d) fáze pravidelného užívání
e) fáze závislosti na droze
10. Pokud lehce experimentuješ s drogami, nebo pravidelně užíváš lehké drogy, myslíš, že dokážeš přestat s konzumací jen svou vůlí?
a) ano
b) ne
11. Souhlasíte s legalizací lehkých drog?
a) ano
b) ne

1. Považujete alkohol za drogu?
 - a) ano
 - b) ne

2. Kolik let vám bylo, když jste poprvé zkusil/a pít alkohol?
.....

3. V jaké společnosti jste poprvé okusil/a alkohol?
 - a) na rodinné oslavě
 - b) mejdan s kamarády
 - c) tajně o samotě
 - d) jiné:

4. Tolerovali vám rodiče jako nezletilému konzumaci alkoholu na rodinných oslavách?
 - a) ano
 - b) ne

5. Je obvyklé, že se vás na diskotéce nebo v restauraci zeptají, pokud si objednáte alkohol, na věk?
 - a) ano
 - b) ne

6. Na jakém místě nejčastěji požívá mládež alkohol?
 - a) v restauraci
 - b) na diskotéce
 - c) na ulici, v parku
 - d) ve škole
 - e) doma
 - f) jinde:

7. Stalo se vám, že jste si nepamatoval/a, co jste dělal/a pod vlivem alkoholu?
 - a) ano
 - b) ne

8. Chlubil/a jste nebo jste se předváděl/a před kamarády, kolik alkoholu vydržíte?
 - a) ano
 - b) ne

9. Jaký druh alkoholu jste ochutnal/a nebo pijete nejčastěji?
 - a) pivo
 - b) víno
 - c) tvrdý alkohol
 - d) více nebo všechny z těchto tří druhů

10. Proč jste ochutnal/a nebo pijete alkohol?
 - a) zajímalo mě, co na tom dospělí mají

- b) protože kamarádi taky pijí
- c) chutná mi to
- d) jiné

Třetí část: HAZARD

1. Myslíte si, že stát problematice hazardu věnuje dostatečnou pozornost?

a) ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) ne

2. Nalézají se blízko vašeho bydliště, školy či zaměstnání herny?

- a) ano
- b) ne

3. Vyzkoušeli jste hru na herním automatu?

- a) ano
- b) ne

Otázky 4 – 7 jsou určeny respondentům, kteří hru na automatu vyzkoušeli.

4. Měl si uspokojení ze hry?

a) ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) ne

5. Dokázali jste včas přestat (neprohráli jste celou finanční částku, kterou jste měli u sebe)?

- a) ano
- b) ne

6. Museli jste si půjčit na další hru od známých?

- a) ano
- b) ne

7. Pocítili jste nutkání opět hrát?

a) ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) ne

8. V čem vidíte hlavní problém hazardu?

- a) psychická závislost
- b) ekonomická devastace jedince (i jeho rodiny)
- c) krádeže (související s financemi na automaty)

9. Jak nejúčinněji pomoci gamblerovi?

- a) platit za něj dluhy
- b) schovávat doma všechny cenné věci
- c) rozvést se/ vykázat z bytu
- d) probrat možnosti léčby

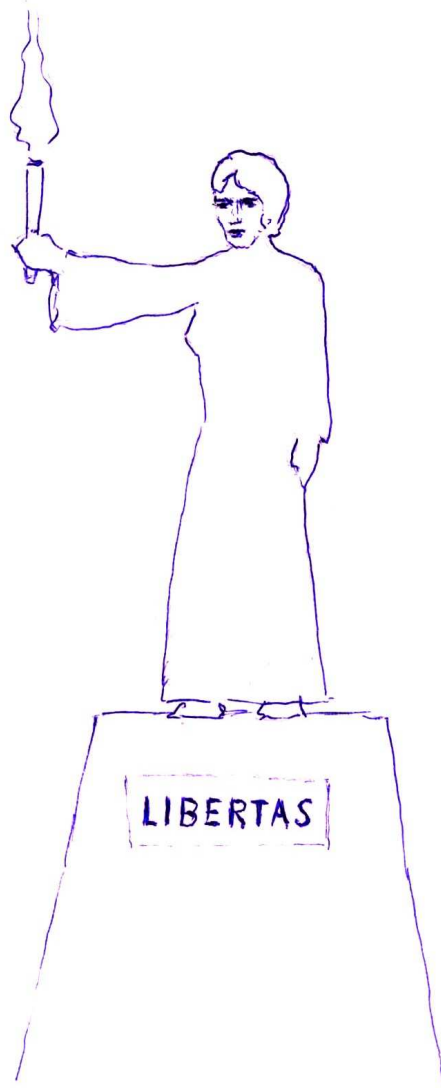
Kterou z těchto závislostí (drogy, alkohol, hazard) považujete za nejvážnější?

Proč?

Příloha 2 - Tematické práce klientů závislých na alkoholových, nealkoholových drogách

a patologickém hráčství PL Bohnice – „Svoboda: Život bez závislosti“





Handwritten signature or initials.

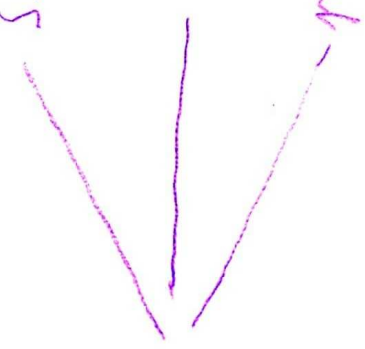
RR

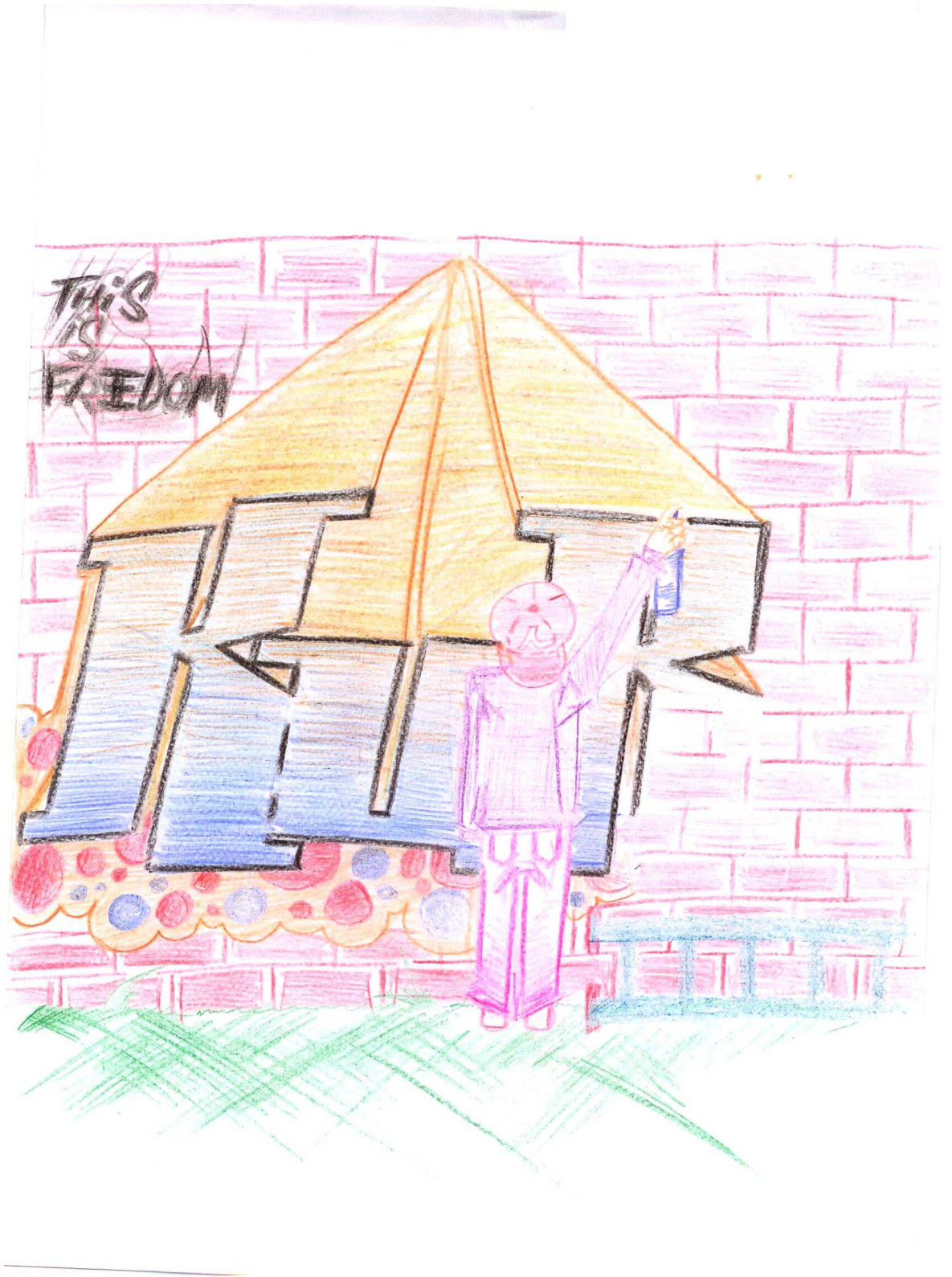
Príchod

sestava

schváň

práce









ginea
(Retro)

POZEV!
JA + PARTA
jimi na
Houbach]





ČERNOSICE - MOKROPSY

Petr

LÁSKA - SVOBODA

MOC
PENÍZE
~~K...~~

RODINA

