

Univerzita Pardubice

Fakulta Filozofická

Sociálně – patologické jevy studentů Univerzity Pardubice

Radka Řeháčková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Řeháčková**  
Osobní číslo: **H15512**  
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**  
Studijní obor: **Humanitní studia**  
Název tématu: **Sociálně-patologické jevy studentů Univerzity Pardubice**  
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

### Zásady pro vypracování:

Tato bakalářská práce je věnována sociálně-patologickým jevům u studentů Univerzity Pardubice, zejména delikvencí, kriminalitě a závislostem. Práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou část.

Teoretická část vymezuje pojem sociální patologie, popisuje konkrétní patologické jevy, zabývá se prevencí a eliminací těchto jevů. Praktická část shrnuje výsledky vlastního výzkumu založeného na dotazníkovém šetření se studenty Univerzity Pardubice.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-813.**

**POKORNÝ, V.; TELCOVÁ, J.; TOMKO, A. Patologické závislosti. Brno : Prevence SPJ, 2000. 96 s. ISBN 80-238-6539-4.**

**POKORNÝ, V.; TELCOVÁ, J.; TOMKO, A. Prevence sociálně patologických jevů. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. 186 s. ISBN 80-86568-04-0.**

**LEMERT, E. M.: Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior. New York: McGraw-Hill, 1951**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Tomáš Retka**  
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce:

**31. března 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**31. března 2018**



prof. PhDr. Karel Růžek, CSc.  
děkan

 **Univerzita Pardubice**  
Vokálůva ulice 118  
502 02 Pardubice, Studentská 95

L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 11. 2018

Radka Řeháčková

## **Anotace**

Práce se bude zabývat sociálně – patologickými jevy u studentů Univerzity Pardubice. Cílem práce bude zjistit příčiny sociálně – patologických jevů u studentů Univerzity Pardubice.

Teoretická část práce se bude zabývat vysvětlením klíčových pojmů, vybranými sociálně – patologickými jevy, jejich příčinami a prevencí.

V praktické části provedu výzkumné šetření, pomocí kterého se pokusím zodpovědět výzkumnou otázku. Pro získání dat bude zvolena metoda dotazování a rozhovorů.

Výzkumným nástrojem bude dotazník vlastní konstrukce a polostrukturované rozhovory.

## **Klíčová slova**

Sociálně – patologické jevy, závislosti, příčiny sociálně – patologických jevů

## **Annotation**

This project will focus on the socially pathological phenomena of students at the University of Pardubice. The aim of the project will be to find the socially pathological cause of phenomena in University of Pardubice students.

The theoretical part of the project will focus on the explanation of key terms surrounding social – pathological phenomena, their cause and their prevention.

In the practical part I will carry out a practical investigation from which I will attempt to answer the research question. To collect this information I have chosen questionnaires and interviews. My chosen method is a self constructed questionnaire and semi-structured interviews.

## **Key word**

Social pathological phenomena, addictions, causes of social pathological phenomena.

# Obsah

ÚVOD .....	7
1. Sociální patologie, norma a normalita .....	8
1.1 Sociální patologie vs. Sociální deviace.....	10
1.2 Historie pojmu sociální patologie.....	12
1.3 Teorie zdrojů sociální patologie .....	14
2. Vybrané sociálně – patologické jevy .....	18
2.1 Závislosti na psychoaktivních látkách.....	19
2.1.1 Závislost na alkoholu .....	21
2.1.2 Drogová závislost – závislost na nealkoholových drogách .....	24
2.2. Novodobé nelátkové závislosti.....	26
2.2.1. Netholismus – závislost na internetu .....	27
2.2.2 Workoholismus – závislost na práci .....	28
2.2.3 Patologické hráčství.....	29
2.4 Kriminalita a delikvence .....	30
2.5 Agrese a agresivita.....	33
3. Příčiny a prevence sociálně – patologických jevů .....	36
3.1 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách .....	36
3.2 Rodina jako zdroj vzniku sociální patologie.....	37
3.3. Vrstevnická skupina jako zdroj sociální patologie .....	39
3.4. Postmoderní společnost jako příčina sociálně – patologických jevů .....	40
3.5 Prevence sociálně – patologických jevů .....	42
4. Praktická část.....	44
4.1 Metodologie výzkumu .....	44
4.2 Výsledky dotazníkového šetření.....	45
4.3 Verifikace hypotéz .....	54
4.4 Data z rozhovorů .....	61
4.5 Vyhodnocení získaných dat a zodpovězení výzkumné otázky .....	63
5. Závěr .....	66
Použitá literatura.....	67
Internetové zdroje:.....	68
Seznam grafů a tabulek .....	69
Přílohy.....	72
Příloha č. 1 - Dotazník.....	72
Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru .....	75

# ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou „Sociálně – patologické jevy u studentů Univerzity Pardubice. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že mě osobně velmi zajímá a ráda bych se mu věnovala i nadále. Také si myslím, že danému tématu by se mělo věnovat v dnešní společnosti více prostoru, vzhledem k tomu, že se hranice normy stále posouvá a sociálně – patologické jevy se tak dostávají do popředí.

Teoretická část práce je rozdělena do třech kapitol. V první kapitole se budu věnovat zejména klíčovému pojmu, odlišení pojmu sociální patologie od pojmu sociální deviace, historii pojmu sociální patologie a také teoriím zdrojů vzniku sociální patologie. Ve druhé kapitole se již budu věnovat konkrétním sociálně – patologickým jevům, zejména závislostem, jelikož si myslím, že tento sociálně – patologický jev se vyskytuje mezi studenty Univerzity Pardubice nejčastěji. V poslední kapitole teoretické části práce se zaměřím na různé příčiny vzniku sociální patologie a také na prevenci a eliminaci sociálně – patologických jevů.

Praktická část práce se bude zaměřovat na můj vlastní výzkum a pokusím se zde zodpovědět výzkumnou otázku pomocí dotazníkové šetření a polostrukturovaných rozhovorů. Pro dotazníkové šetření si jako nástroj zvolím dotazník vlastní konstrukce, který předložím studentům 3. ročníků bakalářského studia Univerzity Pardubice. Rozhovory budou provedeny s pracovníky Akademické poradny Univerzity Pardubice.

# 1. Sociální patologie, norma a normalita

V této kapitole se budu na úvod zabývat definicí pojmu sociální patologie a následně definicemi pojmu norma a normalita. V dalších podkapitolách poté uvedu rozdíl mezi pojmy sociální patologie a sociální deviace a také historii pojmu sociální patologie a její teorie.

*„Sociální patologie je označením pro všechny nenormální nebo všeobecně nežádoucí společenské jevy. Jsou sem zahrnovány všechny sankciované formy a podoby deviantního chování a studium příčin jejich vzniku. Stanovení, co je patologické, se odvíjí od pojetí normality akceptovaného danou společností“* (Urban, Dubský, 2012, str. 69).

Daná definice sociální patologie je dle mého názoru nejvýstižnější, jelikož vysvětluje nejen to, co je sociální patologie, ale také to, že v každé civilizaci a každé kultuře jsou nastaveny jiné normy a morální hodnoty, což je velice zásadní. Například to, co bychom v naší české kultuře považovali za normální, by v jiné zemi mohlo být důvodem pro sankci.

## Norma a normalita

Fisher a Škoda tvrdí, že vymezení normy závisí na mnoha faktorech, např. četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů. Také tvrdí, že norma se mění v průběhu času a pro různé skupiny mohou platit různé normy a kritéria. Norma je tedy proměnná, jejíž hranice se v průběhu společenského vývoje může různě měnit a posouvat (Fisher, Škoda, 2014, str. 27).

Urban a Dubský ve své publikaci uvádí, že normu v obecné rovině můžeme chápat jako standart a jako nástroj pro poměrování reality, tedy jako nástroj, který nám umožňuje srovnání a rozlišování mezi žádoucím a nežádoucím, vhodným a nevhodným, zdravým a patologickým, dobrým a špatným, obvyklým a výstředním. Dle autorů pojem norma zahrnuje ústavu, zákony, obecně závazné vyhlášky, náboženská pravidla, zvyky, pracovní předpisy, organizační řady, pravidla silničního provozu, závazné technologické postupy, etické kodexy, jazyková pravidla, umělecké žánry, ale také rodinné tradice, národní zvyklosti, obyčeje a rituály, nepsané dohody a sdílené rozdělení rolí ve skupinách (Urban, Dubský, 2012, str. 33). Hrčka ve své knize *Sociální deviace* uvádí definici normy dle Eriksona (1962): *„Sociální norma bývá zpravidla vymezována jako soubor institucionalizovaných či kolektivních očekávání a hodnocení určitých typů chování v dané sociální jednotce. Je abstraktní syntézou řady různých časových a situačních rozhodnutí a hodnocení určitého problému či chování“* (Erikson 1962, in Hrčka, 2001, str. 29).



Vágnerová ve své publikaci uvádí tuto definici normy: „*Vymezení normy je obtížné a nejednoznačné. Norma může být chápána statisticky, funkčně nebo sociokulturně. Mnohdy může být odchylka od normy pozitivní, a tudíž sociálně žádoucí; popř. být neutrální. Hranice mezi normou a abnormalitou představuje jakési kontinuum. Jeho vymezení závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost*“ (Vágnerová, 1999, str. 23).

Nelze tedy říci, že by normy zahrnovaly pouze psaná pravidla a zákony, ale zahrnují i řadu nepsaných pravidel a dohod. Je tedy velmi obtížné určit, co vše ještě zahrnovat do normy, a co už je za touto pomyslnou hranicí. Také na normalitu se lze dívat z různých úhlů pohledu. Například autoři Urban a Dubský ve své publikaci vysvětlují normalitu podle lékařské literatury: „*V biologické a lékařské literatuře se pojem normální používá v mnoha různých významech, např. pro označení obvyklého, průměrného, typického, zdravého, ideálního, vzorového, přirozeného apod. Nemoc je něco mimořádného, co postihuje určitou malou část populace a výrazně ji odlišuje od zdravých jedinců. Takto je laicky ztotožňována průměrnost se zdravím a extrémnost s patologií.*

*Přírodovědné obory sledují stav normalnosti osobnosti, kdy se snaží určit znaky obvyklé, příznačné nebo typické pro populaci*“ (Urban, Dubský, 2012, str. 70).

Slovník sociální patologie rozlišuje mezi normalitou statistickou, funkční a normalitou psychické činnosti. Normalita statistická „*vyjadřuje skutečnost, že psychické fenomény jsou v populaci normálně rozloženy – normální je to, co je nejčastější, průměrné. Jevy nad a pod průměrem jsou abnormální. Funkční normalita vyjadřuje skutečnost, že určitý systém plní správně svou funkci*“ (Bělík, Hoferková, Kraus, 2017, str. 57).

*Normalitu psychické činnosti můžeme definovat jako adekvátní pocit jistoty, rozumný stupeň sebereflexe, realistické životní cíle, efektivní kontakt s realitou, integraci osobnosti, schopnost učit se ze zkušeností, přiměřenou spontaneitu a emocionalitu, schopnost uspokojovat požadavky skupiny spojené s určitým stupněm schopnosti emancipovat se od skupiny, adekvátní potřeby se schopností je uspokojovat přijatelným způsobem*“ (Svoboda a kol., 2015 in Bělík, Hoferková, Kraus, 2017, str. 57).

Nelze tedy uvést jednoznačnou definici normality, jelikož existuje více druhů pojetí normality a každý autor se na normalitu dívá z jiného pohledu. Na závěr bych uvedla rozdíl mezi pojmy normou a normalitou dle slovníku sociální patologie:

„*Normalita je chápána jako zdraví, jako protiklad k přítomnosti nemoci. Norma jako optimální stav se opírá o vlastnosti, které jsou připisovány ideálu určité doby, vytváří model, prototyp, ideál*“ (Bělík, Hoferková, Kraus, 2017, str. 57).

## 1.1 Sociální patologie vs. Sociální deviace

Pojmy sociální patologie a sociální deviace jsou v dnešní společnosti často zaměňovány nebo chápány jako synonyma, proto jsem se jim ve své práci rozhodla věnovat podkapitolu, ve které se pokusím vysvětlit, jak na tuto problematiku nahlíží různí autoři zabývající se danou problematikou.

Bartlová ve své publikaci chápe deviace v obecné rovině jako „*nepřizpůsobení se dané normě nebo souboru norem, které jsou většinou lidí určité komunity nebo společnosti akceptovány*“ a pojem sociální patologie používá „*pro nezdravé, nenormální či obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společensky nebezpečné, negativně sankciované formy deviantního chování*“

(Bartlová, 1998, str. 6). Bartlová tedy hlavní rozdíl mezi těmito pojmy vidí v tom, že sociální deviace není jev přímo ohrožující společnost, a na rozdíl od sociální patologie sociální deviace nemusí nutně znamenat narušení sankciovaných norem, ale může znamenat narušení norem morálních či náboženských.

Slavomir Fisher a Jiří Škoda, tvrdí, že „*sociálně patologické jevy jsou vždy pro společnost či jednotlivce negativní, což v případě deviantních jevů platit nemusí*“ (Fisher, Škoda, 2014, str. 19). Tito dva autoři vidí v deviaci narušení jakékoliv sociální normy, s čímž se v názorech velmi scházejí s názory Bartlové. Ve své publikaci ale také poukazují na to, že deviace nemusí být nutně jen negativní větou: „*Na rozdíl od sociální patologie je pojem deviace hodnotově a emocionálně neutrální*“ (Fisher, Škoda, 2014, str. 16).

Velmi podobnou charakteristiku deviace jako předchozí autoři používá ve své publikaci i Hrčka, který tvrdí, že „*deviace je zcela charakterizovaná faktem odchylky od normy, aniž by bylo nutné specifikovat, o jakou normu se jedná, kdo nebo co se od ní odchyluje, zda jde o odchylku mírnou nebo silnou, pozitivní nebo negativní*“ (Hrčka, 2001, str. 14) Ve své publikaci dále uvádí, že výraz sociální patologie je často používán jako synonymum výrazu soc. deviace, ačkoliv je méně vhodný, jelikož evokuje nějakou chorobu, ale více již odlišnost výrazů nerozebírá. Hrčka dále deviace rozděluje na sociální a nesociální, přičemž „*sociální deviace jsou ty, které mají význam v sociálních interakcích a vztazích*“ a nesociální deviace chápe jako deviace u nesociálních objektů, mezi kterými neexistuje sociální interakce a vztahy a které nevytvářejí organizovaná společenství, nebo jako skryté deviace, které by sice byli za normálních okolností hodnoceny jako deviace sociální, ale jelikož nebyli rozpoznány okolím řadí se mezi skryté a tím pádem nesociální deviace (Hrčka, 2001, str. 15). Sociální deviace potom dělí do čtyř skupin stavů, a to:

a) **zjevné (rozpoznané a označované) deviantní chování**

**b) zjevné (rozpoznané a označované) poruchy psychických funkcí člověka**, kde ale tvrdí, že závažné poruchy chování jsou vždy doprovázeny i deviantním chováním, takže bychom mohly tento bod zařadit do skupiny A, avšak existují i mírné psychické poruchy, které nejsou deviantním chováním doprovázeny.

**c) zjevné (rozpoznané a označované) deviantní fyzické charakteristiky** (například fyzické onemocnění nebo smyslové defekty) při „normálním“ chování.

**d) zjevné (rozpoznané a označované) deviantní sociální charakteristiky** (například svobodná matka, příslušník jiné národnosti či zastánce jiného náboženství, bývalý vězeň nebo pacient psychiatrie) při současném „normálním“ vzhledu a chování.

Na základě charakteristiky těchto stavů poté vysvětluje, že „*sociální deviace nelze omezovat pouze na deviantní chování. Proto se zdá vhodnější používat výraz sociálně deviantní projevy, které můžeme dělit na behaviorální (deviantní chování) a nonbehaviorální (fyzické, sociální, případně psychologické deviantní charakteristiky). Tyto typy se přitom mohou u téhož jedince kombinovat nebo v sebe navzájem přecházet*“ (Hrčka, 2001, str. 16-17).

Mě osobně však nejvíce zaujalo srovnání sociální patologie a sociální deviace v publikaci *Sociopatologie* od autora Pavla Mühlpachra, který definuje jejich rozdělení následovně: „*Sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativně sankciované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku a existence*“ (Mühlpachr, 2009, str. 55). Autor se sice v začátku své definice shoduje s předešlými autory, avšak na rozdíl od nich ve své definici poukazuje i na to, že sociální patologie je pojem, který hlavně označuje i studium příčin jejího vzniku a existence. Problém v nahrazování pojmu sociální patologie pojmem sociální deviace vidí hlavně v pojetí pojmu sociální patologie jeho zakladatelem Herbertem Spencerem, který tento pojem chápal hlavně jako označení choroby. Ve své publikaci Mühlpachr doslova uvádí, že „*Spencerovský biologismus je hlavní příčinou pozdějšího zamítání pojmu sociální patologie a jeho nahrazování pojmem sociální deviace*“ (Mühlpachr, 2009, str. 55).

Co se týče mého osobního názoru na tuto problematiku, shledávám největší rozdíl v tom, že pojem sociální deviace nemusí nutně znamenat jen negativní odchýlení od normy, ale že tento pojem obsahuje i pozitivní sociální deviaci (například striktní až přehnané dodržování norem, například pravidel silničního provozu), zatímco sociální patologie pro mě znamená odchýlení se od normy v negativním slova smyslu a také v mnohem závažnější míře. Za patologické chování považuji jednání, které velmi vážně porušuje zákony, ústavu nebo právní normy a jedinec za jeho porušení může být sankciován před soudem, zatímco když se o někom řekne,

že se chová deviantně, znamená to sice také porušení normy, ale ne v takovém rozsahu, například pokud se bude jedinec chovat deviantně, dopustí se morálního prohřešku nebo se odchýlí od zvyklostí, ale bude sankcionován mírněji, než pokud se bude chovat patologicky.

## 1.2 Historie pojmu sociální patologie

Pojem sociální patologie do sociologie zavedl Herbert Spencer, který hledal paralelu mezi patologií (chorobou) sociální a patologií (chorobou) biologickou (Urban, Dubský, 2012, str. 70). Dále se tímto pojmem zabýval sociolog Émile Durkheim, který „*považoval sociální patologii za vědu o chorobných a nepříznivých skutečnostech, činech, chováních, jež se odchyľují od stanovených norem, ale zároveň jsou organickou komponentou života sociálních celků. V tomto smyslu nelze nemoc stavět proti zdraví, neboť jsou to komplementární, vzájemně se doplňující projevy biologického i sociálního života*“ (Urban, Dubský, 2012, str.70). Pokud však chceme určit co je nenormální, musíme si nejprve určit, co je normální, a jelikož je společnost velmi proměnná a v každé společnosti bylo jako normální chápáno něco jiného, zavedl E. Durkheim do sociologie pojem anomie, jako opak normality. Pojem anomie označuje „*stav bezzákonnosti, stav, ve kterém absentují právní předpisy*“ (Urban, Dubský, 2012, str.82).

V 18. a 19. století byly jako ohrožující neboli patologické jevy chápány jevy jako například chudoba, prostituce nebo dětská úmrtnost (Halířová, 2012). Halířová ve své publikaci také uvádí, že například alkohol dříve za patologické chování považován nebyl, ale až do 18. století byl považován za lék. Poté bylo nadměrné užívání alkoholu pokládáno spíše než za nemoc za ohrožení společnosti, ale především mezi nižšími sociálními vrstvami, kde byl alkoholismus dle teoretiků vyvolán chudobou a špatnými životními podmínkami (Halířová, 2012, str. 90).

Jelikož se nechci ve své práci dlouze zabývat historií, rozhodla jsem se do této kapitoly vložit tabulku z knihy autorů Urbana a Dubského, kterou autoři převzali z knihy Karola Murdzy s názvem *Sociológia* a poté se zaměřím na rozebrání biologických, psychologických a sociologických teorií sociální patologie.

**Tab. 1.1 :** Historické proměny sociální kontroly a pojetí deviace (Murdza, 2003, str.52 in Urban, Dubský, 2012, str.52)

	<b>Do 16. století</b>	<b>17.-20.století</b>	<b>20. a 21. století</b>
	Tradiční společnost	Raně moderní a klasická moderní společnost	Postmoderní společnost
<b>Vládnoucí skupiny</b>	panovník a jeho rodina, církev, šlechta, úřednictvo	feudální šlechta, později statkáři a obchodníci	úzce stranické elity, technokraté, nadnárodní korporace a lobbisté
<b>Představa o deviace</b>	hřích, zlo	zločin, protiprávnost	choroba, šílenství, zločin jako produkt společnosti
<b>Zodpovědnost</b>	jednotlivec ve vztahu k Bohu a panovníkovi	jednotlivec ve vztahu k zákonu a státu	přesouvá se od jednotlivce k odpovědnosti „nemocné“ společnosti
<b>Představa o hranicích lidského chování</b>	nadpřirozeno, determinismus, původní hřích	projevy účelné svobodné vůle	kombinace teorií o biologických, psychologických a sociologických příčinách
<b>Subjekty sociální kontroly</b>	panovník a jeho rodina, šlechta, duchovenstvo, úředníci (případě soukromá spravedlnost)	soudci, soudy, organizované státy a od poloviny 19. století také veřejná policie	policisté, terapeuti, lékaři, psychiatři, společensko-vědní odborníci, soudy a další specializované organizace státu
	veřejná prostranství	specializované instituce (věznice,	zejména specializované uzavřené organizace (věznice, nemocnice,

<b>Prostor sociální kontroly</b>		blázince, chudobince)	krizová a terapeutická centra, neziskové společnosti)
<b>Legitimita autority</b>	tradiční (nadpřirozeno, právo, morálka)	právní, racionální, morální	technická, právní
<b>Formy a výkon sankce</b>	odplata – fyzické útoky, veřejné ponižení, stigmatizace	odplata – uvěznění, poprava, finanční postihy	rehabilitace a prevence; odplata – uvěznění, finanční postihy, vyjimečně poprava

Výše uvedená tabulka nám ukazuje proměnu názorů společnosti na danou problematiku v různých obdobích a také mění se názory a představy společnosti. Je zde také dobře vidět, že dříve náboženské normy a hodnoty zasahovaly do společnosti mnohem více, než je tomu v dnešní společnosti. Také si v dnešní společnosti jen obtížně dokážeme představit, že bychom byli za projev negativní sociální deviace sankciováni pomocí fyzických útoků od subjektů sociální kontroly. Tabulka nám vymezuje tři období, z nichž první období ukazuje pojetí sociální kontroly a deviace do 16. století, tedy chápání této problematiky v Tradiční společnosti, druhé období se zaměřuje na chápání dané problematiky mezi 17. – 20. stoletím, tedy v Rané moderní a klasické moderní společnosti a poslední období v tabulce se zabývá chápáním těchto pojmů ve 20. a 21. století, neboli v postmoderní společnosti.

### 1.3 Teorie zdrojů sociální patologie

#### Biologické teorie

Biologické teorie jsou nejstaršími teoriemi sociálních deviací. „Jejich počátek sahá až do antiky, kdy existence nemocí, poruch temperamentu a „nemorálního“ chování byly odvozovány z nerovnováhy tělních tekutin (Aristoteles, Hypokrates, Galénos)“ (Fisher, Škoda,

2014, str.31). V této době bylo také k odstranění těchto jevů používáno léčení pouze na bázi léčení fyzického zdraví pomocí například projímadel nebo vdechování výparů, které mělo pomoci odstranit nerovnováhu tělních tekutin (Hrčka, 2001, str. 153).

K nejznámějším představitelům této teorie patří Cesare Lombrosa, představitel italské školy kriminologie, který provedl v italských věznicích výzkum na základě analýzy tvaru lebek, pomocí kterého chtěl dokázat, *„že zločinci se od normálních lidí odlišují fyziologickými anomáliemi“* (Mühlpachr, 2009, str. 48).

Dalšími významnými představiteli této teorie jsou Ernest Kretschmer, který analyzoval populaci dle patologických případů v Evropě a antropolog A. Hooton v USA, který zjistil, *„že existují jisté fyzické znaky a zvláštnosti, které odlišují delikventy od normálních lidí“* (Fisher, Škoda, 2014, str.33).

Na práci Kretschmera navázal později profesor harvardské univerzity William H. Sheldon, který vytvořil klasifikaci lidských typů ve 3 kategoriích: endomorfní, mezomorfní a ektomorfní. Jako endomorfní typ klasifikoval obléjší lidi, kteří jsou pohodlní, mají rádi jídlo a jsou společenší. Jako mezomorfní typ klasifikoval lidi s výrazně muskulaturní stavbou těla. Tito typy lidí jsou v jednání a pohybech agresivní, milují dobrodružství a jsou výbušní a rádi ovládají lidi. Třetí a poslední, ektomorfní typ, klasifikoval jako hubené křehké lidi, kteří jsou citliví a často upadají do bolesti. Na základě těchto charakteristik určil, že mezomorfní typ má k páchání protiprávního jednání ty nejlepší předpoklady (Mühlpachr, 2009, str. 48).

U této teorie bych ještě ráda zmínila H.H. Goddarda, který považoval nízkou úroveň mentálních schopností (oligofrenii) za jednu z hlavních příčin delikvence. Goddard chtěl ve své studii prokázat, že se nedědí kriminalita, ale slabomyslnost (Fisher, Škoda, 2014, str.32).

## **Psychologické teorie**

*„Psychologické teorie vysvětlují deviantní chování na základě vlastností osobnosti devianta a zkoumají příčiny rozvoje těchto vlastností. Psychologické vlastnosti jsou sice lokalizovány uvnitř jedince, ale příčiny jejich vzniku a rozvoje jsou často externí vlivy rodinného prostředí a procesy učení na základě sociálních interakcí, takže aktér není za tyto vlastnosti a za deviantní chování v plném rozsahu zodpovědný“* (Hrčka, 2001, str. 162).

U této teorie bych ráda zmínila jako první psychoanalytickou teorii Sigmunda Freuda, který vychází z předpokladu, že duševní život každého jedince je ovládán jeho pudovými silami.

*„Základní lidské pudy – pud sexuální a pud destrukční – korespondují i se dvěma protikladnými principy – principem slasti a principem smrti. Pokud se člověk chová přirozeně, tak je deviantní ze strany společnosti a pokud je konformní vůči společenským*

*normám, je deviantní vůči své vlastní přirozenosti. Tímto způsobem si společnost sama vyrábí a vychovává devianty, které pak trestá za porušení svých pravidel“* (Mühlpachr, 2009, str.50).

Jako další jistě stojí za zmínku koncepce Johna Bowblyho, který tvrdí, že pokud raná dětská vazba mezi dítětem a matkou nefunguje správně, dítě si již od počátku utváří špatné postoje, což může v dospělosti vést k deviaci (Fisher, Škoda, 2014, str.34).

Co se týče novějších teorií, zmínila bych teorií Hanse Eysencka, jehož teorie příčin kriminálního jednání tvrdí, *„že neurotičtí jedinci se silnou společenskou orientací (extroverzi) mají nižší schopnost požadovaného sociálního učení. Socializace u těchto jedinců může být z hlediska požadavků normy nedostatečná. To se pak může projevat nerespektováním“* (Fisher, Škoda, 2014, str.35).

Fisher a Škoda ve své publikaci uvádí také u této teorie psychologii morálního vývoje, která za devianty považuje jedince, s nedostatečnou úrovní morálky. Autoři zde uvádí Standfordský experiment Philipa G. Zimbarda, který se snažil přijít na to, *„zda je naše jednání ovlivňováno především našimi osobnostními vlastnostmi a rysy, anebo na ně spíše působí okolnosti a situace, do kterých se dostáváme nezávisle na naši vůli či na našich záměrech“* (Fisher, Škoda, 2014, str. 36). Experiment musel sám Zimbardo na popud jeho manželky (v té době přítelkyně) předčasně ukončit, jelikož se aktéři začali psychicky hroutit, avšak dle mého názoru Zimbardo tímto experimentem dokázal, že naše chování je do jisté míry závislé na situaci, ve které se momentálně nacházíme. V jeho experimentu se totiž aktéři představující dozorce, psychicky zdraví jedinci, začali chovat velmi agresivně a nenávisťně vůči vězňům, ačkoliv v reálném životě to byli jejich spolužáci z vysoké školy.

## **Sociologické teorie**

Sociologické teorie příčin sociálních deviací se pokoušejí analyzovat vliv prostředí společnosti na základě její struktury, fungování, sociálních norem a hodnot dané společnosti, ale také na základě postojů a reakcí společnosti. Ve spojení s výše uvedenými teoriemi ukazují na složitý soubor vlivů, které se podílejí na vzniku a vývoji sociálně patologického a deviantního jednání jednotlivců a skupin (Fisher, Škoda, 2014, str. 43).

Ze všech autory zmíněných sociologických teorií jsem se rozhodla ve své práci uvést pouze dvě, dle mého názoru nejznámější a nejčastěji uváděné, a to teorii anomie E. Durkheima a etikezační teorii E. Lemerta.

Teorii anomie se zabýval E. Durkheim a R. K. Merton. E. Durkheim chápe anomii *„jako stav společnosti, ve které přestávají platit zákony, a to ve smyslu nejen právním, ale i morálním“*



(Fisher, Škoda, 2014, str. 39). Jeho původní teorie hovoří o turbulentních sociálních změnách, které bortí tradiční hodnoty, normy a jejich systém. Ve společnosti následně nastává chaos, který vede společnost k nejistotě a následně k patologickému jednání.

R. K. Merton se zabývá tlakem subkultury společnosti na jedince, který jedince nutí k nežádoucímu jednání. Rozpor mezi kulturními normami a sociální realitou vede ke zhroucení norem a anomii. Anomie je dle Mertona příčinou nárůstu kriminality i dalších deviantních jevů. *„Anomie tak podle Mertona vede k deviantnímu chování a deviantní chování může být současně jejím indikátorem“* (Fisher, Škoda, 2014, str. 39).

U etiketizační teorie E. Lemerta bych ráda uvedla pohled Pavla Mühlpachra, který vysvětluje etiketizační teorii tak, že deviace a deviantní chování je spíše výsledkem lidské interpretace a hodnocení lidského jednání jak vlastního, tak jednání druhých. Deviace je tedy *„určitou nálepkou, která slouží k falešnému obvinění chudých bohatými, žen muži, mladých lidí starými, minoritních skupin majoritními, atd. Společnost si vždy hledá vhodného obětího beránka, kterého pak předhazuje veřejnosti“* (Mühlpachr, 2008, str. 51-52).

Fisher a Škoda tvrdí, že *„deviantní a kriminální chování vzniká teprve v sociálních procesech, kdy jsou vzorcům chování připisovány určité významy. Z tohoto důvodu je nezbytné studovat nejen pachatele kriminálního chování, ale rovněž reálné interakce mezi těmi, kteří tvoří a prosazují normy a těmi, kteří je porušují“* (Fisher, Škoda, 2014, str. 41).

Představitel této teorie, E. Lemert, rozlišuje primární a sekundární deviaci. Tvrdí, že *„Příčiny sekundární deviace jsou od příčin deviace primární odlišné a spočívají právě v sociálních procesech nálepkování (etiketizace)“* (Fisher, Škoda, 2014, str. 42). To v příkladu znamená, že jedinec, který spáchá poprvé nějaký čin a je za něj souzen, dostává automaticky od instituce, ale i od okolí, nálepku delikventa. Sociální okolí jedince se poté k danému jedinci začne podle toho chovat (například přestane mu tolik důvěřovat). Jedinec následně podlehne tlaku veřejnosti, přijme svou „nálepkou“ delikventa, a v tu chvíli se pro okolí stává recidivujícím deviantem (Fisher, Škoda, 2014, str. 42).

## 2. Vybrané sociálně – patologické jevy

V této kapitole se budu věnovat konkrétním sociálně – patologickým jevům. Ve své práci rozeberu hlavně závislosti, a to jak závislosti na psychoaktivních látkách, tak i tzv. novodobé nelátkové závislosti jako například závislost na internetu, nebo závislost na práci, a také závislost na hazardních hrách neboli patologické hráčství. Dále se budu věnovat kriminalitě a delikvenci a následně agresivitě. Tyto sociálně patologické jevy, zejména závislosti a kriminalitu, podrobně popíšu, definuji základní pojmy a různé typy jedinců se sklony k tomuto jednání. V dalších kapitolách se budu následně věnovat jejich příčinám a také prevenci.

Za sociálně patologické jevy považují autoři zejména závislosti, kriminalitu a delikvenci, agresi a agresivitu, suicidiální jednání (sebevražednost), prostituci, sekty a sektářství, ale také například graffiti nebo různé poruchy příjmu potravy. (Urban, Dubský 2012 a Fišer, Škoda, 2014)

Jelikož se nebudu ve své práci věnovat podrobně všem jevům, rozhodla jsem se na začátku zmínit alespoň definice těch jevů, kterým se dále již nebudu věnovat.

### **Suicidiální jednání**

*„Suicidium (sebevražda) představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je suicidiální chování, které zahrnuje vedle dokonaných sebevražd i sebevražedné pokusy, záměry, myšlenky a fantazie. Suicidiální jednání pak zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému činu“* (Fišer, Škoda, 2014, str.59).

Sebevražda rozhodně nepatří k novodobým fenoménům, jelikož jak uvádějí autoři Urban a Dubský, sebevražedné jednání se objevuje již před našim letopočtem, například v indických spisech (Urban, Dubský, 2012, str. 189). Sebevraždu lze provést různými způsoby, například otrávením se léky či alkoholem, nebo poškozením se ostrým předmětem například nožem, či skokem z velké výšky. Co se týče příčin sebevražd, Fišer a Škoda uvádí, že *„častými příčinami sebevraždy bývá zhroucení intrapersonálních vztahů, zvláště intimních, sexuální motivy v širokém smyslu a také alterace životních hodnot“* (Fišer, Škoda, 2014, str. 68).

### **Prostituce**

Urban a Dubský uvádějí ve své publikaci, že prostituce patří *„ve všech soudobých vyspělých kulturách do oblasti sociální patologie“* (Urban, Dubský, 2012, str. 176). Urban a Dubský ve

své publikaci uvádějí řadu definicí převzatých od jiných autorů, já se však rozhodla použít pouze jednu vybranou definici z *Latinsko-českého slovníku* od autorů Pražáka, Novotného a Sedláčka, kteří prostituci charakterizují jako „*propůjčování vlastního těla k sexuálním úkonům s jinou osobou za úplatu, a to jak v přímém fyzickém kontaktu, tak prostřednictvím různých nástrojů*“ (Pražák, Novotný, Sedláček, 1999 in Urban, Dubský, 2012, str. 177).

V České republice je prostituce prováděna buď tolerovanou nebo nelegální formou.

V tolerované formě to jsou například veřejné domy nebo erotické masážní salóny a v nelegální formě například v penzionech, hotelových pokojích, ve vlastním bytě, nebo vyhledáváním klientů na ulici. Urban a Dubský uvádí, že obě tyto formy bývají většinou úzce propojené.

### **Nebezpečné sekty a sektářství**

Mühlpachr, definuje sekty „*jako sdružení věřících, oddělujících se a překračujících hranice oficiální církve*“ (Mühlpachr, 2008, str. 102).

Urban a Dubský naopak uvádějí, že kategorická definice sekt neexistuje, a že se pojem sekta používá v negativním smyslu jako „*označení podezřelého uzavřeného spolku koketujícího s rádoby náboženskou tematikou*“ (Urban, Dubský, 2012, str. 198).

### **Graffiti**

Urban a Dubský uvádějí tento pojem jako „*specifický druh výtvarného projevu spočívající ve vytvoření výtvarného díla, zejména pomocí sprejových barev a lihových fixů*“ (Urban, Dubský, 2012, str. 149).

## **2.1 Závislosti na psychoaktivních látkách**

V této podkapitole se zaměřím nejdříve na závislosti na psychoaktivních látkách, kde uvedu nejprve obecné definice závislostí a následně rozeberu jednotlivé druhy závislostí, jako závislost na alkoholu, drogách a tabáku, přičemž u každé z výše uvedených závislostí uvedu definici a základní znaky závislosti.

„*Jako psychoaktivní označujeme látky, které po aplikaci (např. požití, injekční aplikaci, inhalaci) mění psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem*“ (Vágnerová, 1999, str.)

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí definuje závislost jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si 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“ (Nešpor, 2000, str.9):

**a) silná touha nebo pocit puzení** užívat látku

**b) potíže v sebeovládání** při užívání látky

**c) tělesný odvykací stav:** Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.

**d) průkaz tolerance k účinku látky:** Vyžadování vyšších dávek látky pro dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.

**e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a věnování zvýšeného množství času k získání nebo užívání látky

**f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků**

Dané jevy můžeme nazvat také jako znaky závislosti, které dle mého názoru velmi dobře přiblížil psychiatr Karel Nešpor. Ve své publikaci uvádí, že se tyto znaky mezi sebou prolínají a mají mezi sebou jistý vztah. Nešpor tvrdí, že bažení úzce souvisí se zhoršeným sebeovládáním, a to v tom smyslu, že „Bažení evidentně zhoršuje sebeovládání“ (Nešpor, 2000, str.14). Vztah mezi bažením a sebeovládáním vysvětluje Nešpor na velice zajímavém přirovnání k autobusu:

*„V autobusu se kromě jiných cestujících veze i pan Blbce. Jestliže začne pan Blbec vykřikovat, že chce řídit, je to bažení. Jestliže ho k řízení pustíme, je to ztráta sebeovládání. Ztráta sebeovládání je samozřejmě mnohem nebezpečnější. V rámci skupinové terapie je např. možné nechávat pacienty, aby řekli, jak budou na pana Blbce reagovat, až bude zase chtít převzít řízení jejich autobusu. Typickou reakcí bývá vykázání pana Blbce do zadní části vozidla, často s poukazem na nehody, které dříve zapříčinil“ (Nešpor, 2000, str.16).*

Na konci tohoto přirovnání se můžeme setkat i s poslední fází závislosti – pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků, a to poukázáním na vykázání pana Blbce s upozorněním na jeho předchozí způsobené nehody. Je zřejmé, že pan Blbec si neuvědomuje

své předchozí škodlivé následky jednání a hodlá v jednání nadále pokračovat. U tohoto posledního znaku závislosti ale Nešpor uvádí, že „*aby byl tento příznak diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován*“ (Nešpor, 2000, str. 20). S tímto tvrzením naprosto souhlasím, jelikož až poté, co bude pacient o následcích řádně informován, a i přes to bude látku užívat, můžeme hovořit o znaku závislosti.

I přes to, že tuto definici bychom mohly dle Nešpora z formálního hlediska považovat za tu jedinou správnou, jelikož Nešpor uvádí, že „*závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí*“ (Nešpor, 2000, str.9), rozhodla jsem se ve své práci zmínit i definice jiných autorů.

Mühlpachr ve své publikaci uvádí jako nejdůležitější kritérium pro určení závislosti neschopnost kontrolovat své chování (Schmeichel, 1995 in Mühlpachr, 2008, str. 57).

Vágnerová definuje syndrom závislosti jako „*soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají různý typ závislosti, biologické či psychické. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může podstatným způsobem změnit osobnost takového člověka i jeho chování, může vyvolat i závažnější duševní poruchy*“ (Vágnerová, 1999, str. 308).

### **2.1.1 Závislost na alkoholu**

„*Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje chronického alkoholika jako jedince s chronickým onemocněním, které se manifestuje jako narušené chování. Je charakterizováno opakovanou konzumací alkoholických nápojů, která překračuje obvyklou dávku požívání nebo vyhovění společenským zvykům společnosti a projevuje se jako narušování zdraví pijáků nebo jejich ekonomické a sociální funkce*“ (Urban, Dubský, 2012, str.130).

Alkohol je v české společnosti velmi tolerovanou látkou s dobrou dostupností. Alkohol koupíme prakticky „na každém rohu“. Pití alkoholu je také součástí většiny společenských obřadů, například svateb, pohřbů či různých oslav narozenin, při kterých je naopak za „divného“ považován ten jedinec, který alkohol odmítne.

I proto je velmi těžké na rozdíl od závislosti na jiných látkách alkoholika přesně definovat. E. M. Jellinek vypracoval 4 fáze vývoje závislosti na alkoholu, díky kterým se dá alkoholik snadno odlišit od jedince, který se alkoholu napije pouze příležitostně.

#### **1. stadium: iniciální, počáteční**

V tomto stadiu se pacient neliší od svého okolí. Alkohol užívá k potlačení stresu, vyvolání dobré nálady nebo pije v důsledku sociální konformity, např. v partě kamarádů. Postupně se však zvyšuje tolerance k pití alkoholu a jedinec užívá alkohol stále ve větších dávkách.

## **2. stádium: prodromální, varovné**

Jedinec díky rostoucí toleranci pije stále více alkoholu, alkohol pije rychleji než ostatní, snadněji se opije. V této fázi si jedinec začíná uvědomovat své problémy s pitím, ale je citlivý na debaty s tematikou alkoholu, proto preferuje čím dál tím častěji pití o samotě, tajné pití. Jedinec také začíná mít po alkoholu tzv. „okna“ (palimpsesty).

## **3. stádium: krucální, rozhodné**

V této fázi je tolerance k pití alkoholu stále větší, palimpsesty se stávají prakticky běžnou součástí každého pití, dochází také ke konfliktům s okolím, může docházet i ke konfliktu se zákonnými normami. Jedinec ztrácí kontrolu nad svým pitím, je však přesvědčen, že kdyby chtěl, mohl by s pitím kdykoliv přestat. Alkohol se stává prakticky každodenní součástí jedincova života, upadají jeho zájmy, koníčky i povinnosti. Jedinec začíná vyhledávat společnost lidí s podobnou frekvencí užívání alkoholu, jelikož mu jeho závislost nevyčítají.

## **4. stádium: terminální, konečné**

V této fázi se tolerance k pití snižuje. Jedinec se rychleji opije a bez alkoholu již není schopen vydržet, alkohol pije již od probuzení. V této fázi se začínají objevovat somatické a psychické poruchy. Komunikace s okolím je značně narušena, jedinec se baví hlavně s lidmi, co s ním pijí a je mu jedno s jakými, akceptuje kohokoliv, kdo je ochoten s ním pít. Pro dané stadium je typický stav bezmocnosti, jedinec si uvědomuje svou neschopnost zvládat závislost na alkoholu. Má potíže, když pije i když nepije – není schopen fungovat s alkoholem, ale ani bez něj. (Vágnerová, 1999, str. 291, více Fišer, Škoda, 2014, str.93)

Začínající závislosti tedy předchází občasné pití, které se změní v touhu po větším množství alkoholu až nakonec neschopnost bez alkoholu vydržet a stavět alkohol jako svou životní prioritu.

Mühlpachr ve své publikaci uvádí dle Jellinka typy alkoholové závislosti:

1. Typ alfa: typické občasné excesy s následnými problémy. Zde se nejedná o závislost v pravém slova smyslu, může se však vyvinout v závislost typu gama.
2. Typ beta: jedinec pravidelně konzumuje alkohol i za nevýhodných podmínek (dovolená, onemocnění). Jedná se o předstupeň závislosti, který se za příznivých podmínek rozvine v závislost typu delta.
3. Typ gama (anglosaský typ): charakteristická je poruchová kontrola, která vede ke konfliktům s okolím, v mezidobí je zachována schopnost abstinence, při pokusu o pití

s kontrolou však následují další problematické opilosti, jejichž frekvence stoupá, až se stanou každodenními.

4. Typ delta (románský typ): tento typ je charakteristický pro vinařské oblasti, kde pravidelná každodenní konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, postižený jedinec si udržuje hladinu alkoholu v krvi, nedochází zpravidla k sociálním selháním. K projevům závislosti dochází často při náhlém odnětí pravidelných dávek alkoholu, které může vyústit v delirium tremens. Roste i denní dávka a každodenní opilosti se stávají manifestními.

5. Typ epsilon: typická je shoda abúzu alkoholu s psychickým onemocněním, nejčastěji při afektivní poruše, časově jde o kvartální typ pití (Mühlpachr, 2008, str. 84-85).

Závislost na alkoholu sebou nese také řadu psychických poruch neboli alkoholových psychóz. Ve své práci jsem se rozhodla uvést jen nástin, dle mého názoru těch nejznámějších a nejčastějších psychických poruch. Urban a Dubský ve své publikaci uvádí výčet některých psychických poruch.

Častou psychickou poruchou u alkoholiků je tzv. **Delirium tremens**, které je charakterizováno jako jakési šílenství z nedodání alkoholu tělu. Často vzniká v noci a projevuje se zrakovými a tělovými halucinacemi, třesem celého těla, zrychleným tepem a dezorientací. Postižený jedinec může vidět například různé obrazy na stěnách, plazící se hmyz nebo pavouky. Delirium tremens vzniká náhle a vyskytuje se nejčastěji u pijáků lihovin. Jako další bych uvedla **Korsakovu psychózu**, která v některých případech navazuje na výše zmíněné delirium tremens a projevuje se častým zapomínáním, kdy jedinec zapomene, co před chvílí říkal nebo dělal. Jedinec je také dezorientován místem, časem a situací. Jelikož si jedinec nepamatuje nové vjemy, vymýšlí si je, a svým smyšleným vjemům věří. Tato psychóza se řadí mezi alkoholové demence. Nakonec bych ráda uvedla psychickou poruchu známou jako Okno nebo **Okénka**. Tato porucha se dle mého názoru řadí mezi nejčastější projevy a může postihnout i občasné pijáky. Projevuje se zapomenutím určité části času ve stavu opilosti. Jedinec si následně nepamatuje, co dělal, dostavují se u něj pocity nejistoty a strachu. Proto obchází hospody nebo se ptá známých na své chování a často má tendenci platit za sebe znovu útratu, kterou měl minulý den. (Urban, Dubský, 2012, str. 135-136)

Závislost na alkohol sebou kromě psychických poruch může nést také sociální důsledky, jako například ztrátu zaměstnání nebo rozpad rodiny. Vágnerová uvádí, že pokud je závislý jedinec z rodinných vazeb vyloučen „*Lze rodinu zachránit jen tehdy, když je závislý člověk ochoten se léčit*“ (Vágnerová, 1999, str.294). Mnohem horší však dle mého názoru je, když se rodina drží pohromadě pouze pomocí alkoholu, nebo když ostatní začnou napodobovat závislého jedince a pít alkohol také.

## 2.1.2 Drogová závislost – závislost na nealkoholových drogách

Jelikož většina autorů chápe jako drogu i alkohol, rozhodla jsem se název této podkapitoly upřesnit. Do této třídy závislostí spadá závislost na nikotinu (př. cigarety), opioidech (př. heroin, kodein), kanabinoidech (př. marihuana, hašiš), sedativech a hypnotikách (př. barbituráty, látky napomáhající spánku, zklidnění organismu), stimulantech (př. pervitin, extáze, kokain), organických rozpouštědlech (př. aceton, chloroform) a halucinogenech (př. LSD) (Fišer, Škoda, 2014, str. 96-106).

Závislost na drogách rozhodně není novodobý fenomén. Lidé užívali drogy od pradávna k uvolnění svých pocitů, zlepšení schopností nebo zábraně spánku. Jak uvádí Mühlpachr, *„Drogy jsou známé a užívané od dob prvních lidských civilizací a mnohdy se také objevovalo nadměrné užívání těchto látek až závislost na nich“* (Mühlpachr, 2008, str. 79).

Nejrozšířenější a společností také nepřijatelnější nealkoholovou drogou je nikotin. Také je většinou tato závislost ve společnosti akceptována a považována za přijatelnou, jelikož je ve společnosti velmi rozšířena (Mühlpachr, 2008, str. 87). Mühlpachr ve své publikaci také uvádí typologii kuřáků dle Schmidta (1982):

**1. Příležitostný kuřák** – kouří občas, na základě kuřáckých zvyklostí. Necítí potřebu kouřit pravidelně, pokud se však potřeba objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.

**2. Návykový kuřák** – kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení, ale kouření může ukončit bez větší námahy.

**3. Kuřák s psychickou závislostí** – *„Do této skupiny patří kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Lze sem zařadit i ty, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním, odstraněním dysorfie a prázdnoty.“* (Mühlpachr, 2008, str. 88).

**4. Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí** – do popředí zde vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Zde už je vyvinuta tělesná závislost na nikotinu, na kterou jedince upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření (Mühlpachr, 2008, str. 88).

A proč se vlastně lidé stávají na drogách závislí? Jak uvádí Vágnerová, *„Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití. Droga sice vyvolává žádoucí pocity, ale je třeba stále větší a častější dávky, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání, tím více se mění psychické i fyziologické vlastnosti“* (Vágnerová, 1999, str. 299).

Fišer a Škoda ve své publikaci rozpracovali fáze vývoje závislosti:



### **1. stádium (experimentální)**

V této fázi jedinec s drogou experimentuje, zkouší jí, objevuje po jejím užití dosud nepoznané pozitivky. Droga dotyčnému může pomáhat zlepšit jeho pracovní výkony nebo uniknout z reality. V tomto stádiu ještě nejsou patrné žádné negativní účinky, proto také bývá jedinec často lhostejný k varováním. Své experimenty s drogami v této fázi dokáže jedinec dobře utajit před okolím, jelikož drogu neužívá pravidelně. V této fázi se ještě dá zanechat konzumace drogy bez větších problémů, mnohdy jedince odradí i ti, kteří již jsou v dalších fázích závislosti.

### **2. stádium (příležitostné užívání)**

V této fázi si jedinec uvědomuje, že mu droga pomáhá např. zahnat nudu nebo uniknout z jeho obtížné životní situace. Jedinec zatím drogu nepotřebuje každý den, užívá ji pouze příležitostně, na látce zatím není plně závislý. Konzumaci drogy většinou před svým okolím tají, jelikož si je vědom nesprávnosti svého chování a záleží mu na jeho okolí.

### **3. stádium (pravidelné užívání)**

V této fázi vzniká závislost jedince na droze, užívání je čím dál tím častější, stává se pravidlem. Jedinec také v této fázi postupně začíná být lhostejný ke svému okolí, může dojít i ke ztrátě zaměstnání nebo ztrátě kontaktů z blízkými osobami. Jedinec se v této fázi začíná obklopotovat společností, která je tvořena z jedinců rovněž propadlým drogám.

### **4. stádium (návyk a závislost)**

Tato fáze by se dala také nazvat jako konečná. Jedinec ztrácí nebo již ztratil veškeré kontakty s okolím a je obklopen pouze partou lidí tvořenou z narkomanů. Psychické, somatické a sociální změny jsou patrné na jedincovi na první pohled. Dochází ke snížení imunity jedince a poškození vnitřních orgánů vzhledem k velmi častému užívání drogy. (Fišer, Škoda, 2014, str.95-96)

Vágnerová uvádí, že *„závislému člověku nakonec zbývá jen droga, všechno ostatní ztratil, zmizelo, přestalo mít svůj význam. Člověk závislý na droze nemá budoucnost, neplánuje ji, neuvažuje o ni, nechce o ni nic vědět. Je soustředěn na přítomnost“* (Vágnerová, 1999, str. 304).

Užívání nealkoholové drogy sebou nese řadu psychických poruch a sociálních důsledků. Mezi psychické poruchy patří halucinace, bludy, poruchy vnímání, narušení citového prožívání nebo poruchy paměti (Vágnerová, 1999, str. 304). Kalina ve své publikaci uvádí také emoční napětí, špatnou motorickou koordinaci, křeče a další (Kalina a kol., 2003, str. 244). Mezi sociální důsledky bychom mohly zařadit ztrátu zaměstnání, ztrátu kontaktů s blízkými,

rodinou. „Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy“ (Vágnerová, 1999, str. 305).

Častým problémem také bývá vyloučení jedince celou společností. „Člověk užívající drogy získá nálepkou feťáka, který není běžně přijatelný, jemuž se každý vyhne. Pohrdání a odpor společnosti narkomana nakonec donutí, aby se identifikoval s drogovou subkulturou, přijal její hodnoty a normy, protože je to jediná skupina, která jej neodmítá“ (Vágnerová, 1999, str. 307). Tento postoj společnosti daného jedince rozhodně nepodpoří, spíše naopak. Dle mého názoru, pokud je to alespoň trochu možné, by se okolí mělo snažit jakkoliv závislému jedinci naopak pomoci a podpořit ho na jeho cestě k uzdravení. Příčiny a prevenci užívání drog však budu ve své práci rozebírat až v dalších kapitolách.

## 2.2. Novodobé nelátkové závislosti

Název novodobé závislosti užívá většina autorů z toho důvodu, že se tyto „závislosti“ objevují v poslední době, jelikož dříve například počítače nebo televize neexistovali, a tudíž na nich lidé nemohli být závislí. Výraz závislosti jsem dala do uvozovek z toho důvodu, že se nejedná o závislosti v pravém slova smyslu, jelikož jak uvádí Nešpor, nejsou klasifikované Mezinárodní klasifikací nemocí, a jak uvádí Fišer a Škoda, nedochází ani ke vzniku psychosomatické závislosti. Dochází zde však k psychické závislosti a také sebou dané nelátkové „závislosti“ nesou dopady na sociální oblast jedince.

Fišer a Škoda k novodobým nelátkovým závislostem uvádí, že „Novodobé nelátkové závislosti nejsou v současné době ještě zřetelně vymezeny. Neexistují ani oficiální jednoznačná kritéria pro diagnostiku novodobých nelátkových závislostí. Z hlediska mezinárodní klasifikace nemocí nejsou tyto závislosti ještě zpracovány a kategorizovány. Je proto zatím obtížné určit, co vše se pod novodobými nelátkovými závislostmi skrývá a jak k nim má být přistupováno“ (Fišer, Škoda, 2014, str.142).

Vágnerová ve své publikaci tuto problematiku nenazývá závislostmi, ale návykovými a impulzivními poruchami, u kterých uvádí, že v přijatelné míře jsou společností a okolím považovány za normální a za patologické se změni až v případě, kdy člověk nedokáže ovládat svou touhu a potřebu dané činnosti vykonávat. Každý z nás chodí nakupovat, pracuje s počítačem nebo si občas zahraje nějakou hru. Aby se však dané jednání dalo považovat za poruchu, musí splňovat tyto 3 kritéria dle Smolíka, 1996:

„a) **neschopnost odolat impulzu nebo pokušení**, přestože člověk ví, že toto jednání je nežádoucí a má negativní následky;

*b) jednání tohoto typu předchází postupně narůstající napětí, které nelze eliminovat (snížit) jinak než určitým činem;*

*c) jednání je spojeno s pocitem uspokojení, člověk po něm vědomě touží, později si je sice může vyčítat, ale ani příště nebude schopen odolat“ (Vágnerová, 1999, str. 310).*

Jak již bylo výše zmíněno, do této skupiny tzv. novodobých závislostí patří:

netholismus – závislost na internetu

oniomanie – závislost na nakupování

nomofobie – závislost na mobilních telefonech

workoholismus – závislost na práci, ale také například závislost na sexu, televizi nebo poruchy příjmu potravy (Urban, Dubský, 2012 a Fišer, Škoda, 2014).

Mezi nejznámější nelátkovou závislost patří patologické hráčství. Já jsem se ve své práci rozhodla rozebrat tuto podkapitulu pouze okrajově, proto zde uvedu pouze závislost na internetu a práci a samozřejmě nejznámější závislost – Patologické hráčství.

### **2.2.1. Netholismus – závislost na internetu**

*„O této závislosti se hovoří tehdy, když postižený člověk dlouhodobě zanedbává své vztahy, jako pracovní povinnosti, sociální kontakty a když se objeví i různé somatopsychické poruchy, jako jsou poruchy chování, pozornosti, soustředění, bolesti zad, očí atd. Celou situaci komplikuje fakt, že dnešní mládež je ve využívání virtuálních technologií obvykle mnohem pokročilejší než jejich rodiče a učitelé. Ti tedy ani nedokáží dítě zodpovědným způsobem poučit o rizicích komunikace na internetu“ (Fišer, Škoda, 2014, str. 127).*

Mühlpachr k této problematice uvádí, že daná závislost je spíše psychickou než fyzickou. Dle Mühlpachra je podstatou tohoto problému zejména fakt, *„že většina lidí nepotřebuje naplnit své ambice a představy v reálném světě. Velmi často jim stačí virtuální prožitek, někdy dokonce fantazijní uspokojení“ (Mühlpachr, 2008, str.96).* Také uvádí, že dalším faktorem, který přispívá ke vzniku daného problému může být i nízké sebehodnocení jedince nebo jeho pochybnosti o sobě samém. *„Jedná se o to, že člověku s nízkým sebehodnocením internet nabízí zisk pozitivní odezvy, která mu umožňuje zvýšit si svou osobní prestiž“ (Mühlpachr, 2008, str. 96).*

Také Mühlpachr uvádí, že na internetu mohou lidé uspokojit své mezilidské vztahy, pokud se jim to nedaří v reálném životě. Na internetu si jedinec může najít spoustu přátel, se kterými třeba hraje různé online hry. Dle mého názoru do tohoto jednání upadají zejména děti, které mají ve škole problém např. se šikanou nebo nemají ve škole žádné přátele. Odpoledne po

škole mohou utéct do svého virtuálního světa na internet, kde je pro ně vše lepší než v reálném životě. „*Virtuální svět internetu se pro něj může stát dokonce natolik atraktivním, že je ochoten vyměnit svůj reálný svět za svět internetu*“ (Mühlpachr, 2008, str. 97).

Internetová závislost ale nehrozí pouze dětem, hrozí i dospělým, např. prostřednictvím online sázení, online pornografii, online nakupování nebo online hraní hazardních her, například pokeru.

A jaká rizika sebou nese nadměrné trávení času na internetu? Fišer a Škoda je ve své publikaci formulovali dle S. K. Youngové. Jedná se zejména o osobní a finanční problémy, problémy ve škole či zaměstnání, upřednostňování virtuálních vztahů před těmi reálnými, ztrátu zájmu o skutečný sex, ale také změnu biorytmu – posunutí spánku do pozdějších hodin a následnou únavu. (Fišer, Škoda, 2014, str. 129)

## **2.2.2 Workoholismus – závislost na práci**

Závislost na práci je ohrožující jak pro samotného jedince, který se stává závislým na moci a autoritě, a usilování o pracovní úspěch či uznání, tak i pro jeho okolí, zejména partnery. Jedinci se mnohdy nedokáží s velkým pracovním vypětím vypořádat, a mohou mít sklony upadat k alkoholu nebo patologickému hráčství (Fišer Škoda, 2014, str. 137, Mühlpachr, 2008, str.99).

Profesor B. E. Robinson rozdělil lidi závislé na práci do pěti skupin:

**1. Urputný typ dřívě** – Tito lidé se nadměrně, prakticky neustále věnují práci, a to bez ohledu na to, zda je jejich práce užitečná či potřebná nebo není. S tímto typem workoholismu souvisí řada zdravotních poruch a nesprávných rozhodnutí.

**2. Záchvatový typ** – Při tomto typu jedinec trpí jakýmsi záchvaty nadměrné pracovitosti. Mezi těmito záchvaty může docházet k apatii, nezájmu, útlumu nebo zhroucení jedince. Je zřejmé, že jedinec nedokáže podávat dlouhodobě předvídatelný pracovní výkon a často je jeho celková produktivita naopak nižší, než u ostatních „normálně“ pracujících kolegů.

**3. Hyperaktivní typ s poruchami pozornosti** – Tento typ člověka je neustále v nějaké činnosti, avšak na to, co dělá, se není schopen plně soustředit a daný úkol dokončit. Také kolem sebe tento typ člověka šíří neustále rozruch a zmatek.

**4. Pracovní labužník** – Do tohoto typu spadají pedanti a perfekcionisté, kteří všem svým pracovním aktivitám věnují nepřiměřené množství času a chybí jim určitý nadhled. Pokud je takový jedinec v pozici vedoucího pracovníka, často svým podřízeným zneprůjemňuje práci svou nadměrnou pečlivostí.

**5. Opečovávač** – Tento typ workoholika se často obětuje pro druhé, pro jejich blaho, čímž vyvolává u svých kolegů pocity viny a často tak neprospívá ani sobě, ani jim. (Nešpor, 2000, str. 39)

Také tento typ závislosti sebou přináší jisté důsledky. „*Při chronickém vyčerpání workoholika dochází k jeho fyzickému i emočnímu vyhasínání, což workoholik maskuje bezúčelnou hyperaktivitou nebo neklidem. Vedle tělesných projevů se mohou projevit i psychické problémy, jako chronická únava, poruchy spánku, pokles libida, symptomy deprese, sklony k izolaci, objevují se i poruchy paměťových funkcí jako zapominání, poruchy koncentrace, poruchy pozornosti a další*“ (Fišer, Škoda, 2014, str. 139).

### 2.2.3 Patologické hráčství

Patologické nebo také škodlivé hráčství patří k nejznámějším a nejrozšířenějším nelátkovým závislostem. Škodlivé hráčství definujeme jako „*jakýkoli druh opakovaného hraní hazardních her jedincem, které způsobuje (nebo zhoršuje) negativní důsledky, jako jsou vážné finanční problémy, závislosti, ale i problémy fyzického a duševního zdraví*“ (Leštinová, 2013, str. 11).

Na rozdíl od výše uvedených nelátkových závislostí je však patologické hráčství definováno Mezinárodní klasifikací nemocí, která jej řadí mezi návykové a impulzivní poruchy, a aby se dalo hovořit o patologickém hráčství, musí splňovat následující kritéria dle MKN-10:

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 hraní a okolnostmi, které tuto činnost doprovázejí*“ (Nešpor, 2000, str. 27).

Rozvoj patologického hráčství se dělí do tří fází.

**1. Stadium výher** – V první fázi hráč hraje jen občasně a hraní jedinci nepřináší větší problémy. Jedinec se v této fázi projevuje přehnaným optimismem, začíná hrát stále častěji a pořád zvyšuje sázky.

**2. Stadium prohrávání** – V této fázi se již jedná o patologické hráčství. Jedinec nedokáže přestat myslet na hru, není schopen s ní přestat. V této fázi se jedinec snaží svoji „zálibu“ utajit před blízkým okolím, začíná si peníze na hru půjčovat, ale není schopen je poté splácet.

Jedinec v této fázi také zanedbává své zdraví a může docházet k problémům v práci i v rodině.

**3. Stadium zoufalství** – Hráč věnuje veškerý volný čas hře, odcizuje se rodině a přátelům, má tendenci za své jednání vinit někoho jiného a přenášet na něj odpovědnost za toho jednání. Vzhledem k neustálému půjčování si peněz na hru se může jedinec dostat do vážných finančních problémů, například i k exekucím. Z toho důvodu se u jedince také mohou v této fázi objevovat myšlenky na sebevraždu, jedinec také může od svých problémů unikat prostřednictvím pití alkoholu nebo užíváním jiných návykových látek. (Urban, Dubský, 2012, str. 175)

*„Hazardní hry jsou komerční činnost, která je převážně kontrolována a regulována státem, ale do jisté míry také řízena složitým působením tržních sil, které určují nabídku a poptávku a v konečném důsledku povahu, dostupnost a přístupnost různých forem hazardních her v konkrétní jurisdicki“* (Leštinová, 2013, str. 23).

Dle mého názoru přístupnost a dostupnost hazardních her rozhodně napomáhá ke vzniku patologických hráčů. Také bych zde uvedla sociologickou teorii Urbana a Dubského, kteří tvrdí, že příčina patologické hráčství může být i představa blahobytu, na který spousta lidí v dnešní společnosti svými příjmy nedosahuje. *„Představa blahobytu, jehož člověk nebyl dosud schopen dosáhnout, ho žene k hazardní hře“* (Urban, Dubský, 2012, str. 173).

## 2.4 Kriminalita a delikvence

Kriminalita a delikvence je v dnešní společnosti velmi medializovaný problém, a to hlavně kvůli vysokému stupni společenské nebezpečnosti. Jsou jedním z nejzávažnějších sociálně – patologických jevů (Fišer, Škoda, 2012, str. 169).

Pojem kriminalita se odvozuje z latinského slova *crimen* – zločin.

Firstová ve své publikaci vysvětluje pojem kriminalita jako zvláštní případ deviace. Vychází z definice Jandourka, který definuje kriminalitu jako *„způsob chování porušující normy trestního práva“* (Firstová, 2014, str. 14), ale tuto definici doplňuje i o sociologické pojetí, které nezávisí pouze na trestním právu, ale zahrnuje do pojmu kriminalita i společensky nežádoucí jevy, které nemusí být nutně regulovány trestním právem, ale s trestnou činností úzce souvisejí, předcházejí ji, nebo ji podmiňují (Fistrová, 2014, str. 14).

Fišer a Škoda definují ve své publikaci kriminalitu jako „*souhrn trestných činů, které se v konkrétní společnosti vyskytly a vyskytují. Jedná se o činy a chování sankcionovatelné podle trestního zákona, a to jak zjevné, tak latentní*“ (Fišer, Škoda, 2014, str. 169-170).

Z této definice od Fišera a Škody je patrné, že vycházejí také pouze z toho pohledu, ze kterého je kriminalita vymezena pouze dle porušení trestního zákoníku, zatímco Firstová má dle mého názoru na tuto problematiku komplexnější pohled, jelikož se na kriminalitu dívá i z pohledu sociologického.

Jak již vyplývá z názvu podkapitoly, rozlišujeme v této problematice mezi pojmy kriminalita a delikvence.

Firstová definuje delikvenci jako širší pojem než pojem kriminalita. „*Na rozdíl od kriminality pod tento pojem můžeme zahrnout též skutky, které nejsou trestnými činy například z důvodu vyloučení trestní odpovědnosti pachatele pro nedostatek věku*“ (Firstová, 2014, str. 15).

Fišer a Škoda definují delikvenci jako „*chování, které se týká nejen kriminality. Zahrnuje také činy, které nejsou tzv. nějak trestné. Patří sem například přestupky, dále trestná činnost osob ve věku mladším než 15 let, kdy nelze trest z důvodu věku uložit*“ (Fišer, Škoda, 2014, str. 170). Dle autorů se pojem delikvence užívá zejména v případech, pokud se jedná o nežádoucí nebo nepřijatelné chování dětí a mládeže.

Rozdíly mezi pojmy jsme si tedy vymezili a dále se v této podkapitole zaměřím na charakteristické rysy delikventů.

Čírtková ve své publikaci uvádí, že neexistují žádné typické charakteristiky, které by jedince předurčovali ke kriminalitě nebo delikventnímu jednání (Čírtková, 1998, str. 68). Přesto se autoři Fišer a Škoda pokusili vymezit alespoň některé typické znaky pro osoby s delikventním a kriminálním chováním:

1. Většina delikventů dovede o svém cíli logicky uvažovat, ale není schopna si připustit následky, nebo o nich nejsou v kvalitní míře informováni. Při recidivě neboli opakovaném návratu do vězení již mohou být k následkům lhostejní, jelikož vězení se pro ně stalo součástí životního stylu.
2. Delikventi mají častěji tendenci k afektovanému reagování až extrémním výbuchům, jelikož jsou emočně nestabilní. Také se u nich projevuje nižší míra empatie, může jim chybět i pocit viny a příčinu svého jednání spatřují spíše než v sobě ve svém okolí.
3. Tito jedinci jsou často líní uvažovat, jsou lhostejní k budoucnosti, jsou líní se realizovat například v práci nebo osobním životě. Bývají snadno ovlivnitelní jejich aktuální osobní situací, řídí se svými pudy a impulzy, chybí jim schopnost sebeovládání, často se uchylují k nezodpovědnému jednání.

4. Z hlediska aktuálně sdílených potřeb se nemusí lišit od svého okolí, ale na rozdíl od svého okolí delikventi nejsou schopni své potřeby odkládat a potřebují je uspokojit ihned. Jedná se sice o potřeby sociálně požadované, žádoucí, avšak tito jedinci jejich uspokojení dosahují nelegitimními způsoby nebo prostředky.
5. Chování pachatelů trestných činů bývá obecně bezohledné a agresivní při dosahování svých potřeb. Velmi častým projevem myšlení a chování těchto jedinců bývá zatvrzelost. Takový typ osobnosti Eysenck popisuje jako: samotářství, chybějící empatii, krutost, zálibu v neobvyklých věcech, agresivitu nebo nepřátelství vůči ostatním lidem, afektované nebo zbrklé jednání, silné vzrušení z páčání činů, pobuřování okolí. (Fišer, Škoda, 2014, str. 178).

Firstová ve své publikaci charakterizuje pouze rysy typické pro kriminalitu mládeže, kde uvádí skupinovost – mládež delikventní jednání páchá často ve vrstevnické skupině, ale také „*neadekvátnost jejich jednání, neschopnost odložení uspokojení svých potřeb a nadměrnou brutalitu*“ (Firstová, 2014, str. 31), a dále například i nedostatečnou přípravu v plánování svého jednání nebo vysokou míru latence.

Kriminální jednání sebou nese samozřejmě určité následky, kterými mohou být například sankce ve formě pokut, napomenutí a v nejhorším případě podmíněné nebo nepodmíněné odnětí svobody. Vágnerová ve své publikaci rozdělila základní typy lidí obviněných z trestných činů:

- pachatel, který se dopustil trestného činu poprvé a jeho jednání se nadále neopakuje. Osobnost takového člověka nebývá narušena a za svůj čin se cítí vinen. (Vágnerová, 1999, str. 419)
- „*Člověk, jehož trestná činnost je důsledkem psychické poruchy, duševní nemoci nebo mentální retardace. Do této kategorie patří např. trestně nezodpovědní jedinci. Často nejsou schopni přiměřené orientace v situaci, neumí odlišit přijatelné a nepřijatelné chování. Často nechápou význam sociálních či právních norem*“ (Vágnerová, 1999, str.419).
- Nedostatečně socializovaný jedinec. Tento člověk se neřídí obecně platnými normami a nedovede ani ovládat své chování.
- Deviantně socializovaný typ. Takový typ respektuje jiné sociální normy než ty, které jsou platné v majoritní společnosti a chráněné právními předpisy (Vágnerová, 1999, str. 419).

Spáchání trestného činu, jak již sem výše uvedla, bývá spojeno s nějakou formou sankce, případným uložením trestu odnětí svobody. Fišer a Škoda tvrdí, že „*již samotné obvinění*



*jedince z trestného činu a související vyšetřování znamená změnu ve stávajících, obvyklých vzorcích chování“ (Fišer, Škoda, 2014, str. 187). Pro ty jedince, kteří spáchali nějaký trestný čin poprvé sebou celé vyšetřování nese mnohem více psychické zátěže než pro recidivistu, který se v situaci vyšetřování z obvinění ocitá již poněkolkáté. Často po obvinění také může docházet k narušení sociálních vztahů s okolím jedince, které může jedince za jeho trestné chování odsoudit. Jedinec tak pro své okolí i blízké může získat nálepkou potencionálního kriminálního (Fišer, Škoda, 2014, str. 188).*

Pokud je jedinec za své jednání odsouzen k trestu odnětí svobody, dochází v jedincově životě k razantním změnám a může dojít i k psychosociálním problémům jedince.

Vágnerová uvádí, že trestanec v souvislosti s pobytem ve vězení ztrácí „*zaměstnání, často se mu rozpadá manželství, resp. ho odmítne rodina a ztrácí i další sociální vztahy, často ztrácí i potřebné zázemí a bydlení, a také ztrácí své vědomosti, dovednosti a návyky“ (Vágnerová, 1999, str. 421).*

Co se týče psychosociálních problémů spojených s uvězněním, ztrácí jedinec svou svobodu, společenské postavení, důstojnost, nezávislost, pocit bezpečí, často i rodinu a přátele, ztrácí schopnost uspokojit potřebu seberealizace a potřebu uznání, jedinec se v vězení často nudí (Fišer, Škoda, 2014, str. 190).

A jak jedinec snáší své uvěznění? Dle Vágnerové je potřeba se adaptovat na život ve vězení neboli prizonizovat. Proces adaptace má dvě základní složky:

1. Institucionalizace – skutečnost adaptace se na organizovaný způsob života ve vězení, ztráta samostatnosti. Z toho vyplývá změna postojů, vzorců chování i zužení zájmových aktivit jedince. Osobnost opakovaně trestaných často degraduje a ztrácí schopnost návratu do společnosti.
2. Ideologizace neboli přijetí norem a pravidel vězeňského prostředí, kdy se jedinec musí naučit přijmout daný systém hodnot a ztotožnit se s normami vězeňské subkultury. (Vágnerová, 1999, str. 422)

S přijmutím pravidel a norem může být dle mého názoru pro nového jedince problém vzhledem k tomu, že ve vězení si odsouzení vytvoří svou vlastní sociální skupinu, ve které si nastaví hierarchii se specifickými statusy a rolemi pro každého odsouzeného.

. O příčinách a prevenci však budou pojednávat následující kapitoly mé práce.

## **2.5 Agrese a agresivita**

Agresivita je v dnešní společnosti velkým problémem, který určitě stojí za to zmínit v mé práci. S agresivním jednáním se v nějaké podobě setká za svůj život prakticky každý jedinec. Fišer a Škoda uvádí, že neexistuje žádná všeobecně uznávaná definice agrese. „*Agresivní chování z hlediska sociální patologie můžeme definovat jako porušení sociálních norem, jako chování omezující práva a narušující integritu sociálního okolí*“ (Fišer, Škoda, 2014, str. 48). A Jaký je mezi pojmy agrese a agresivita rozdíl? „*Agrese označuje vlastní pozorovatelné chování, agresivitou se rozumí určitá vnitřní pohotovost k agresivnímu jednání. Pojem agresivita vyjadřuje tedy vnitřní dispozici nebo osobnostní vlastnost*“ (Čírtková, 2000, str. 157).

Agresivita tedy označuje sklon k určitému agresivnímu jednání, kdežto agrese je pak reálný projev agresivního jednání. Čírtková ve své publikaci uvádí také rozlišení mezi konstruktivní a destruktivní agresivitou, kdy konstruktivní agresivita je považována za důležitou pro vývoj jedince, jelikož napomáhá sebeuvědomování člověka a během života se jí učíme zvládat a využívat k sebeprosazení. „*Za konstruktivní lze tedy označit agresivitu, která napomáhá rozvoji osobnosti, aniž by současně ničila či poškozovala druhé*“ (Čírtková, 2000, str. 158). Při destruktivní agresivitě má jedinec touhu ničit nebo ubližovat druhým a vědomě je poškozovat. „*Výrazná destruktivní agresivita je v psychologii považována za poruchu osobnosti (psychopatie). Vždy signalizuje vážné narušení vztahu jedince k sobě samému a druhým*“ (Čírtková, 2000, str. 158).

Čírtková mimo výše uvedené rozdělení uvádí ve své publikaci také pojem kriminální agrese, u které uvádí, že se o ní hovoří tehdy, „*jestliže agrese svým obsahem a způsobem útočí na zájmy a hodnoty chráněné právním systémem*“ (Čírtková, 2000, str. 164). V rámci kriminální agrese autorka dále rozlišuje mezi pojmy ofenzivní a defenzivní kriminální agrese, přičemž ofenzivní kriminální agresi definuje jako útočnou, která je doprovázena zlostí, zlobou a hněvem a agresi defenzivní jako agresi spojenou s pocitem strachu a ohrožení, čili jako agresi, při které se jedinec v sebeobraně brání útočníkovi (Čírtková, 2000, str. 164-165).

Fišer a Škoda rozdělují agresi do několika druhů:

1. Zlostnou agresi, která se projevuje afektivním jednáním a patří sem projevy nenávisti a cílené způsobování bolesti, které přináší jedinci uspokojení.
2. Instrumentální agresi, která bývá využívána jako prostředek k dosažení cíle. Autoři zde rozlišují mezi reaktivní a aktivní agresivitou, kdy při reaktivní agresivitě jedinec jedná v rámci ochrany sebe a svých blízkých a bývá využívána zejména k odvrácení nějakého nebezpečí. V případě aktivní agresivity se jedinec snaží uspokojit své potřeby a dosáhnout svých cílů za jakoukoliv cenu.

3. Spontánní agresi, kdy působení bolesti přináší uspokojení emocionálních potřeb jedince, které jsou většinou abnormální až patologické (př. sadistické chování).

Dále autoři zmiňují agresi predátorní, která se objevuje hlavně mezi lupiči a vrahy, kteří své agresivní jednání využívají k dosažení jídla, zisku, nebo uspokojení delikventních potřeb, a agresi ideologickou, která se objevuje spíše ve skupinách, např. u fanoušků fotbalu a motivace této agresivity je na rozdíl od agresivity predátorní ovlivněna negativním uspokojováním potřeb bezpečí a jistoty. (Fišer, Škoda, 2014, str. 50-51)

Jak můžeme vidět, druhů agrese a agresivity existuje celá řada. Na příčiny vedoucí k danému jednání a prevenci tohoto jednání se zaměřím v následujících kapitolách.

### 3. Příčiny a prevence sociálně – patologických jevů

Jelikož jsem tuto kapitolu již nastínila v podkapitole teorie zdrojů sociální patologie (podkapitola 1.3), kde jsem hovořila zejména o teoriích, které vznikly v minulosti, nebudu ji nyní rozebírat tak dopodrobna. Z dané podkapitoly je již zřejmé, že existují biologické, psychologické a sociologické teorie vzniku a rozvoje sociální patologie. Já se nyní zaměřím spíše na rizikové faktory vzniku závislosti, jelikož závislostem je v mé práci věnována největší část, a dále se zaměřím na rodinu jako na primární zdroj vzniku sociálně – patologických jevů. Okrajově také zmíním vrstevnickou skupinu a postmoderní společnost, která dle mého názoru také přispívá ke vzniku a rozvoji těchto jevů.

#### 3.1 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách

Co označujeme za psychoaktivní látky, jsme si již vymezili v podkapitole o závislostech. Fišer a Škoda ve své publikaci tvrdí, že „*příčiny vzniku závislostního chování jsou multifaktoriální*“ (Fišer, Škoda, 2012, str. 88), což znamená, že se na vzniku závislosti podílí více faktorů jako například osobnost člověka, vlastnosti jeho organismu, vlivy prostředí, působení sociálních skupin na jedince i situační podněty (př. tradice látku užívat) (Vágnerová, 1999, str. 297).

Vágnerová ve své publikaci k tomuto tématu uvádí, že „*Každý člověk si může vytvořit závislost na psychoaktivní látce*“ (Vágnerová, 1999, str. 297) a za významné pro vznik závislosti pokládá faktory jako například stresové situace, neschopnost nebo neochotu člověka si přiznat problémy vznikající při řešení těžké životní situace pomocí drog nebo například pokud jedinec nemá uspokojivé sociální vztahy se svým okolím a také kvalitní rodinné a profesní zázemí (Vágnerová, 1999, str. 297).

Fišer a Škoda ve své publikaci uvádějí biologické, psychické a sociální faktory jako faktory vedoucí ke vzniku a rozvoji závislosti. U biologických faktorů vidí autoři jako hlavní důvod to, že užití látky působí na každého jedince jinak a na některé jedince může určitá psychoaktivní látka působit velmi kladně a vyvolávat v nich velmi příjemné pocity. Také jejich organismus nemusí mít se vstřebáním a zpracováním látky takové obtíže, jako mohou mít jiní jedinci (jako příklad zde autoři uvádějí že jedinec např. necítí po užití alkoholu

kocovinu), proto také mohou mít tito jedinci větší sklony k tomu užívat látku opakovaně a zvyšovat její užívané množství. (Fišer, Škoda, 2014, str. 89)

U psychických faktorů autoři uvádějí tendence zvyšující pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek, jako například jedinci s nižší mírou sebekontroly, flexibility, neschopností se poučit z předchozích zkušeností (př. něco jako pan blbec v autobuse zmíněný u závislosti na alkoholu) nebo, že jedinci nedokáží adekvátně zhodnotit nastalou situaci – sami sebe ani okolí vlivem přeceňování nebo naopak podceňování své osobnosti, ale také určité osobností rysy – potřeba vyhledávat nové zážitky, zkoušet nové věci, snížená citlivost k ohrožení, nebo jedinci s poruchami osobnosti, kteří mají dle autorů také zvýšenou tendenci k užívání daných látek. (Fišer, Škoda, 2014, str. 89-90)

Vágnerová mezi psychické rizikové faktory řadí také „*neschopnost odložit uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb*“ (Vágnerová, 1999, str. 298).

Mezi sociální faktory autoři řadí vliv rodiny a vrstevnické skupiny na vznik závislosti, ale také životní prostředí jedince, př. prostředí měst vidí autoři jako rizikovější z důvodu snížené společenské kontroly, nebo i jedince ohrožené profesí k vzniku závislosti (př. lékaři – vysoká dostupnost léků, sportovci – potřeba lepšího výkonu) (Fišer, Škoda, 2012, str. 90).

Vágnerová se ve svém výčtu sociálních rizikových faktorů prakticky neodlišuje s výčtem autorů Fišera a Škody, ale navíc ještě uvádí nižší úroveň vzdělání jako možný rizikový faktor vzniku závislosti, a to zejména pokud nízké úrovni vzdělání předcházelo i neúspěšné studium, které jak autorka uvádí může být často posilováno špatně fungující rodinou (Vágnerová, 1999, str. 297).

### **3.2 Rodina jako zdroj vzniku sociální patologie**

Rodina je považována za primární skupinu, tu nejdůležitější, ve které jedinec žije. Učí nás vrstát do kultury, pochopit společenské normy a hodnoty dané společností, pomáhá nám se socializací do společnosti a našeho života. Rodina z hlediska společnosti plní funkci biologickou, ekonomickou, sociální a psychologickou. „*Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně*“ (Fišer, Škoda, 2012, str. 156). Pokud ale rodina nefunguje správně a neplní některou ze svých funkcí, může se pro její příslušníky stát zdrojem sociálně – patologických jevů. Mühlpachr ve své publikaci uvádí dle Komárika (1999) například neúplnou rodinu, kdy výchovu dítěte zajišťuje pouze jeden z rodičů, neadaptivní chování rodičů, nebo tzv. „dvojitá vazba“, kdy rodič dítěti nedává najevo svou lásku, ale naopak mu dává najevo, že ho nemá rád a dítě se

snází lásku rodiče získat čím dál tím usilovněji. Mühlpachr uvádí, že pokud je tato dvojitá vazba praktikována na dítě již v raném dětství, může dojít u dítěte ke schizofrenii. Autor uvádí, že „*vedené činitele mohou vyústit do výsledného stavu výchovy, kterým je emocionální a sociální narušenost*“ (Mühlpachr, 2008, str. 151). Mühlpachr dále uvádí dle Kozelské (1993) 4 typy rodin, které autorka vyčleňuje z oblasti rodinné výchovy:

**1. Výchova autoritativní, trestající** – v tomto typu výchovy si rodiče velmi tvrdě prosazují svou autoritu, bez ohledu na potřeby dítěte nebo jeho akceptace. Rodiče dítě většinou nevhodně trestají. Dítě se tak cítí neustále v ohrožení, může trpět i poruchami sebehodnocení. Často takový typ výchovy vyvolává u některých dětí vzporu či agresi.

**2. Nadměrně pečlivá výchova** – v daném typu výchovy je naopak akceptace dítěte až přehnaná, rodiče o dítě přehnaně pečují, ale zároveň mu nedopřejí dostatek samostatnosti a neustále ho kontrolují, dokonce mu mohou i vybírat kamarády. Dítě sice díky nadměrné akceptaci potřeb vyroste ve velmi sebevědomého jedince, ale jeho sebevědomí nestojí na stabilních a spolehlivých základech. Má vysoké ambice, ale nedokáže řešit žádné životní obtíže nebo překážky. To u jedince podporuje vznik frustrace a další potíže v emocionální a sociální oblasti.

**3. Nadměrně shovívavá výchova** – tato výchova se velmi podobá předchozí výchově. V rodině jsou akceptovány všechny potřeby dítěte, ale na rozdíl od předchozí výchovy je tento typ výchovy charakterizován velmi slabou kontrolou a častým odměňováním. Dítě nemá v rodině prakticky žádné povinnosti, není zvyklé brát ohled na ostatní členy rodiny, má silné sebevědomí. Problémy mohou nastat při akceptování společenských norem a hodnot dítětem. Může mít problémy rozlišovat, co je v které situaci správné, a naopak. Také může mít jedinec problém s životními překážkami v dospělosti, jelikož v dětství se s žádnými nesetkal.

**4. Zdravá, demokratická výchova** – daná výchova předznamenává příznivý vývoj dítěte. Dítě je v rodině akceptováno, respektováno, rodiče na dítě mají přiměřené požadavky a jsou důslední při jeho výchově i kontrole. Tento typ výchovy podporuje osvojování norem a hodnot, samostatnost a aktivitu. (Kol. autorů, 1993, str. 234 in Mühlpachr, 2008, str. 151-152)

Fišer a Škoda k tomuto tématu uvádějí ve své publikaci 4 typy rodin dle Dunovského, který tyto typy vypracoval na základě dotazníku funkčnosti rodiny. Tyto typy rodin se nezaměřují na druhy výchovy, které mohou vést k sociální patologii u vychovávaného jedince, ale zaměřují se na rodinu z hlediska její funkčnosti. Je zde věnována pozornost zejména dysfunkční a afunkční rodině.

**1. Funkční rodina** – zde je zajištěna kvalitní výchova dítěte a dobrý vývoj dítěte. Těchto rodin je dle autora ve společnosti většina, až 85 %.

**2. Problémová rodina** – v této rodině se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí. Rodina je však schopna nějakým způsobem tyto problémy řešit, buď sama, anebo za pomoci sociálních pracovníků, a vývoj dítěte zde není vážněji ohrožen. Dle autora se takových rodin vyskytuje v populaci přibližně 12-13 %.

**3. Dysfunkční rodina** – v tomto typu rodiny se vyskytují závažné poruchy některých nebo všech funkcí. Tyto poruchy ohrožují rodinu jako celek a mají i vliv na vývoj dítěte. Poruchy rodina není schopna řešit sama a je proto nutno tuto rodinu hlídat i z okolí, například od sociálních pracovníků. Realizovaná opatření jsou také známá pod pojmem sanace rodiny neboli podporování a zachování rodiny. Autor u tohoto typu uvádí, že je velmi těžké rozhodnout, do jaké míry až rodinu podporovat a odkdy v zájmu dítěte dítě z rodiny odebrat, pokud nejsou rodiče schopni plnit své rodičovské povinnosti. Těchto typů rodin existují asi 2 %.

**4. Afunkční rodina** – V této rodině už je sanace rodiny zbytečná, jelikož rodina je velmi závažně ohrožena a není schopna plnit své funkce a povinnosti. Dítě je zde ohroženo i existenčně, proto je v takovýchto případech nejlepší dítě umístit do náhradní rodiny. Autor uvádí, že těchto rodin se v populaci vyskytuje zhruba 0,5 %. (Dunovský, 1995 in Fišer, Škoda, 2012, str. 158-159)

Speciálním typem potom je výchova dítěte v ústavní péči, jelikož tyto děti rodinné prostředí vůbec nepoznali a jsou tak ovlivněny svými vrstevníky, bohužel většinou vrstevníky také s ústavní výchovou. Tito jedinci mají velké sklony k delikvenci, jelikož jsou v určitém smyslu deprivované a mají oslabený smysl pro realitu za dveřmi ústavu. (Mühlpachr, 2008, str. 152) Fišer a Škoda k tomuto typu výchovy dodávají, že „*ústavní péče nemůže plnit emocionální funkci za rodinu*“ (Fišer, Škoda, 2012, str. 160). Také těmto jedincům chybí běžné naučené modelové chování v rodině.

Dle mého názoru je pro jedince s ústavní výchovou nejvíce zlomový bod, kdy dosáhnou plnoletosti a musí ústav opustit a postavit se na „vlastní nohy“. Osobně si myslím, že ani člověk vyrůstající ve funkční rodině není hned po dosažení plnoletosti schopen žít sám bez možnosti obrátit se na rodinu, na nějaké pevné zázemí. Těmto dětem nejvíce chybí citová a emoční podpora ze strany nějaké autority a dost možná i respekt k autoritám.

### **3.3. Vrstevnická skupina jako zdroj sociální patologie**

Častým důvodem k sociálně – patologickému chování může být pro jedince i vrstevnická skupina. Avšak už to, že se jedinec nechá „zlákat“ vrstevnickou partou k nějaké patologické činnosti samo o sobě svědčí o nekvalitní výchově či problémech v rodině. Jak uvádí Matoušek a Kroftová, „*Pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická skupina důležitější než pro mladé lidi vyrůstající v rodinách, jež dětem poskytují přiměřenou míru podpory a vedle toho jim přiměřeně vytyčují meze dovoleného chování*“ (Matoušek, Kroftová, 1998, str. 84). Dalo by se tedy říci, že pokud je rodina funkční, má jedinec nižší sklony k sociálně – patologickým jevům než jedinec s rodinou problematickou.

Ale i vrstevnická skupina sama o sobě má na jedince a formování jeho osobnosti značný vliv, a to i pokud je rodina zcela funkční. Autoři uvádí, že nároky na přijetí jsou ve vrstevnické skupině vyšší než v jiných skupinách. „*Zahrnují nejen způsob vyjadřování, ale i úpravu zevnějšku, druh preferované hudby způsob chování k opačnému pohlaví, postoj ke škole či práci, rodičům, penězům, sexualitě, kouření, drogám, alkoholu, aj.*“ (Matoušek, Kroftová, 1998, str. 85).

Jedinci se obvykle znají například z blízkosti bydliště, či školy. Skupina se pak vymyká běžnému životu a stanovuje si své vlastní preference, často se to týká záškoláctví, vandalismu, trávení času v hernách nebo na diskotékách. Jelikož ale každá zábava něco stojí, je potřeba si opatřit finanční prostředky na tento způsob trávení volného času, což často vede ke krádežím. Některé party ale může k delikventnímu jednání vést například i nuda. (Matoušek, Kroftová, 1998, str. 85).

Dle mého názoru je hlavním činitelem sociální patologie rodina, jelikož pokud má dítě dobré zázemí, je mnohem menší pravděpodobnost, že se v budoucnu rozhodne jednat patologicky a nechá se „stáhnout“ vrstevníky ke špatnému jednání.

### **3.4. Postmoderní společnost jako příčina sociálně – patologických jevů**

Urban a Dubský ve své publikaci uvádí že „*Všichni jsme dětmi své doby a svého prostředí. Člověk je tvůrce a produkt společnosti zároveň*“ (Urban, Dubský, 2012, str.10). Společnost je tedy něco, co jsme si sami vytvořili, za co jsme sami zodpovědní. „*Kritizujeme – li chování dnešní mládeže, kritizujeme ve stejné chvíli sami sebe a své okolí*“ (Urban, Dubský, 2012, str.10). Autoři vidí hlavní příčinu sociální patologie právě v dnešní společnosti, „*neboť je to ona, která se nachází ve společném jmenovateli všech sociálních deviací*“ (Urban, Dubský, 2012, str.10).



Firstová uvádí, že „v postmoderní společnosti dochází k prudkým změnám, které nepřináší pouze pokrok a pozitiva, ale též jistá rizika, hrozby, které nesou zvýšené nároky na společnost jako takovou, ale i na její jednotlivé členy“ (Firstová, 2014, str.19), neboli jak uvádí autoři Urban a Dubský: „Žijeme v nové době, kterou trápí nové problémy a problémy nových rozměrů“ (Urban, Dubský, 2012, str.25).

A jak je tedy dnešní, postmoderní společnost charakterizována a proč je považována za příčinu sociálně – patologických jevů?

Firstová a Mühlpachr ve svých publikacích vymezují postmoderní společnost jako společnost, která je

**Permisivní** – společnost, která dovoluje více, než bylo dovolováno v dřívějších, tradičních společnostech (zneužívání návykových látek, homosexualita, různost vzdělávacích institucí...)

**Luidická** – společnost, která práci nepovažuje za základní hodnotu života, práce je brána jako zábava, dokud lidi baví tak v ní zůstávají, poté ji bez problému opouštějí a nachází jinou

**Sekularizovaná** – společnost, ve které většina aktivit nenabývá náboženského charakteru, a pokud nějaký má, tak nikoliv v duchu tradičního křesťanství, ale spíše je podporován vznik nových náboženských hnutí a sekt

**Postmoralistní** – společnost, ve které morální hodnoty jsou chápány spíše jako luxus

**Postheroická** – společnost, která nemá vzor v hrdinech, ale spíše ve virtuálních idolech

**Alibistická** – společnost, ve které si každý umí své jednání bez problémů ospravedlnit

**Postedukační** – společnost, ve které není třeba vychovávat, protože se nejlépe vše naučíme v životě sami například svými chybami

**Společnost globalizace** – společnost, jejíž existence je závislá na schopnosti a míře celosvětového společenství a celosvětového řešení globálních problémů (Mühlpachr, 2008, str. 17-18 a Firstová, 2014, str. 19-20).

Jak vyplývá z výše uvedeného výčtu charakteristik dnešní společnosti, je zřejmé, že dnešní společnost je sociálně - patologickým jevům nakloněna mnohem více než tradiční dřívější společnosti. Jak bylo uvedeno i v kapitole u závislostí, dnešní společnost je velmi tolerantní například k alkoholu či cigaretám, morální kontrola slábne a každý si dnes dokáže vše obhájit. Také již neexistuje žádná společná víra, která by společnost držela pohromadě a lidé by se řídili jejími hodnotami (př. 10 božích přikázání). Morálka, ale i normy jsou v dnešní společnosti velmi uvolněné, a jak uvádí Petrušek ve své publikaci: „jedinec je sice svobodnější ve svých volbách a rozhodnutích, ale současně musí být odpovědnější, má-li být zachován elementární řád ve společnosti“ (Petrušek, 2009, str.188).

Bohužel dle mého názoru v dnešní společnosti lidé sice chtějí svobodu, ale zároveň odmítají veškerou odpovědnost, což vede právě ke vzniku a rozvoji sociálně – patologických jevů.

### 3.5 Prevence sociálně – patologických jevů

Jelikož neexistuje jednotná prevence proti všem sociálně – patologickým jevům, rozeberu v této poslední kapitole teoretické části mé práce prevenci zejména proti závislostem, jelikož tomuto tématu byla věnována velká část mé bakalářské práce.

Jako primární prevenci bych určitě osobně uvedla rodinu, jelikož jak bylo výše uvedeno, rodina jedince učí vrůstat do kultury, a proto by ho měla také řádně informovat o všech možných následcích a rizicích při patologickém chování.

Ústav pro lékařství americké akademie věd rozděluje prevenci do 3. kategorií – všeobecná, selektivní a indikovaná, čímž nahrazuje dosavadní rozdělení na primární, sekundární a terciální prevenci.

**1. Všeobecná prevence** – tento typ prevence se zaměřuje na celou populaci a preventivní programy jsou určeny pro všechny členy populace. Cílem této prevence je zejména působit na mladé lidi tak, aby nezačali užívat návykové látky. Často se tato prevence vyskytuje i ve školách jako součást učebních osnov. Tyto typy programů mohou být nákladnější než druhý typ – selektivní prevence.

**2. Selektivní prevence** – druhá kategorie prevence je zaměřena už konkrétněji – na určité skupiny populace, u kterých je nadprůměrné riziko rozvoje užívání návykových látek. Příkladem tohoto typu prevence je například mimoškolní program pro děti s problémovým chováním.

**3. Indikovaná prevence** – poslední typ prevence je zaměřen na jedince, u kterých se předpokládá rozvoj užívání návykových látek, ale nesplňují kritéria americké psychiatrické asociace pro závislost, tzn. není možné u nich diagnostikovat závislost, ale vykazují známky užívání návykových látek. Prostřednictvím indikované prevence se u těchto jedinců provádí vyhodnocování míry a rizika. Příkladem by mohla být intervence určená ke snížení konzumace konopných drog u neproblémových uživatelů. (MC GRATH, 2007, str. 14-15) Nešpor ve své publikaci uvádí místo všeobecné prevence výraz primární prevence a uvádí u ní, že „*cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější*“ (Nešpor, 2000, str. 157). Autor také vypracoval zásady efektivní primární prevence v bodech. Dle autora je důležité, aby program odpovídal věku jedince, kterému je prezentován a začínal

brzy, dále by měl být preventivní program interaktivní, soustavný, dlouhodobý, měl by brát v úvahu i místní specifika, využívat pozitivní vrstevnické modely, zahrnovat snižování dostupnosti návykových látek, legálních i nelegálních, a také aby v programu jedinci získali relevantní sociální dovednosti jako například dovednost odmítání nebo dovednost zvládnání stresu. (Nešpor, 2000, str. 157)

## 4. Praktická část

V praktické části mé bakalářské práce jsem se rozhodla zabývat kvantitativním výzkumem, který jsem později vzhledem k malému počtu sesbíraných dat doplnila o kvalitativní. Jedná se tedy o smíšený výzkum, který jak říká Hendl, „*je definován jako obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmatata v rámci jedné studie*“ (Hendl, 2005, str. 60). Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazování a rozhovory.

Výzkumným nástrojem byl dotazník vlastní konstrukce a také polostrukturovaný rozhovor.

### 4.1 Metodologie výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou příčiny sociálně – patologických jevů mezi studenty na univerzitě Pardubice. Také jsem chtěla zjistit, zda je ve výskytu sociální patologie rozdíl mezi jednotlivými fakultami.

Na základě cílů mého výzkumu jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku a pro kvantitativní šetření jsem si stanovila také hypotézy, které ověřím.

VO 1: Jaké jsou příčiny sociálně – patologických jevů u studentů univerzity Pardubice?

#### Stanovení hypotéz

H1: Muži užívají omamné látky častěji, než ženy.

H2: Četnost užívání alkoholu je na Filozofické fakultě větší, než četnost užívání alkoholu na Fakultě ekonomicko – správní.

H3: Studenti, kteří kouří cigarety, častěji konzumují alkohol.

#### Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl v tomto případě zvolen záměrně a jak již z názvu vypovídá, byli jim studenti Univerzity Pardubice, konkrétně studenti posledního ročníku bakalářského studia.

Doplňené rozhovory byly následně prováděny s odborníky z Akademické poradny Univerzity Pardubice a měli pomoci ucelit celkový přehled na problematiku.

#### Metoda sběru dat

V mé práci jsem využila smíšeného výzkumu. Použitým nástrojem byl tedy dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval celkem 11 otázek, z toho 7 uzavřených a 4 polouzavřené, kde pokud student odpověděl na otázku odpovědí *jiné*, měl možnost uvést svůj vlastní názor na problematiku. Metodu dotazníku jsem si zvolila, protože jeho výhodou je rychlá a snadná administrace a mohla jsem získat velké množství dat v krátkém čase. Dotazník byl vyvěšen na sociálních sítích Univerzity Pardubice, kde ho mohli studenti vyplnit a byl zaměřen pouze na studenty 3. ročníků bakalářského studia. Dotazník byl studentům k dispozici od 31.8. do 31.10.2018. Jelikož návratnost dotazníku nesplnila má očekávání a dotazníků bylo navraceno pouze 171, rozhodla jsem se doplnit můj výzkum ještě o rozhovory, pro které se mi podařilo sehnat 2 respondenty z Akademické poradny Univerzity Pardubice, kteří měli pomoci mému výzkumu podívat se na problematiku pohledem odborníka. Rozhovory byly polostrukturované a jejich hlavní cíl byl odpovědět na výzkumnou otázku.

## 4.2 Výsledky dotazníkového šetření

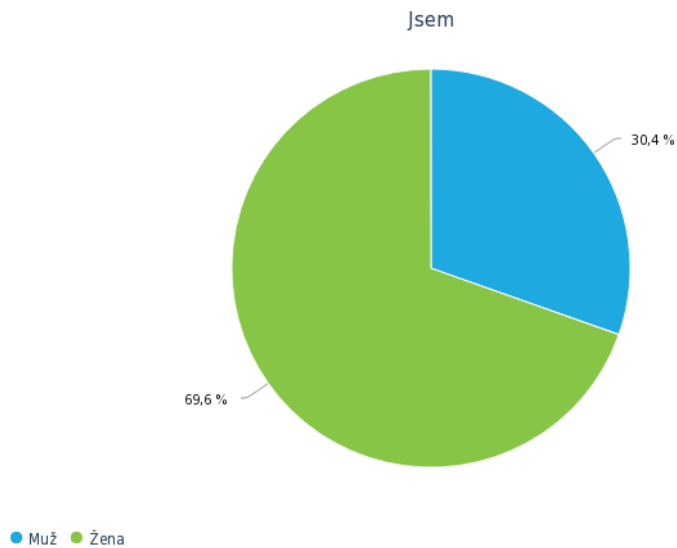
V této podkapitole se zaměřím na výsledky mého dotazníkového šetření, které bylo prováděno se studenty 3. ročníků bakalářského studia Univerzity Pardubice. Pro úplnost zastoupení pohlaví a různých fakult jsem získala data z výroční zprávy Univerzity Pardubice. Z výroční zprávy Univerzity Pardubice jsem zjistila, že na Univerzitě studuje celkem 7 286 studentů, z toho bakalářské studium navštěvuje 5 091 studentů, z toho 2 868 žen.<sup>1</sup>

*Tabulka č. 1 – Počet studentů studujících bakalářské prezenční studium na různých fakultách Univerzity Pardubice*

Fakulta	Celkem	Ženy	Muži
DFPJ	922	191	731
FES	1174	795	379
FEI	503	29	474
FF	921	643	278
FR	63	47	16
FZS	621	531	90

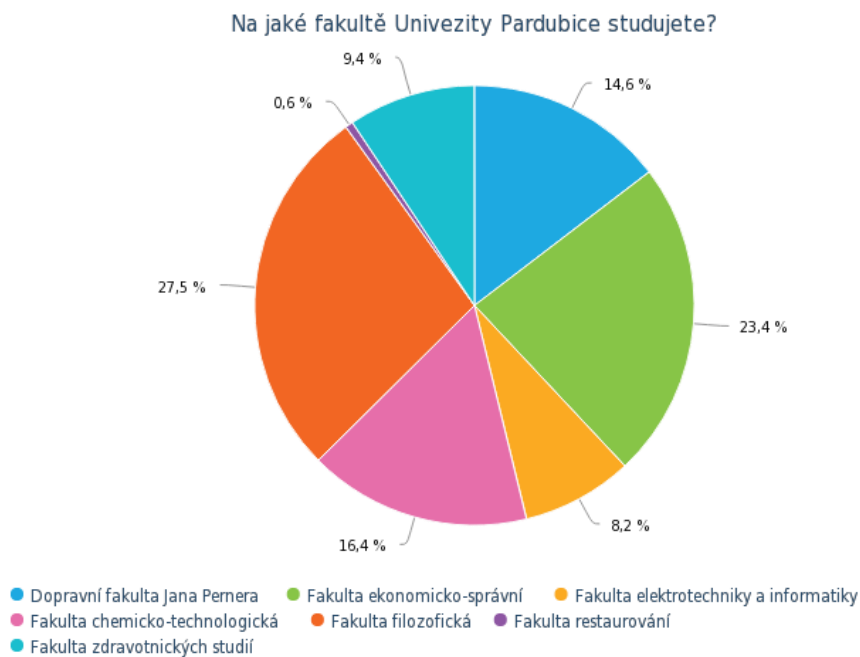
<sup>1</sup> [https://www.upce.cz/sites/default/files/public/luva3059/vyrocní-zprava-o-cinnosti-2017\\_111359.pdf](https://www.upce.cz/sites/default/files/public/luva3059/vyrocní-zprava-o-cinnosti-2017_111359.pdf)

Graf 1: Pohlaví



První graf nám ukazuje na procentuální podíl mužů a žen na mém výzkumu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 171 respondentů, z toho 119 (69,6 %) žen a 52 (30,4 %) mužů. Jak vidíme z grafu, pohlaví v mém výzkumu není zcela rovnoměrně zastoupeno, ale vzhledem k tomu, že nejvíce na můj výzkum odpovídali studenti z filozofické a ekonomicko – správní fakulty (graf č. 2), kde je větší četnost žen, připadá mi dané zastoupení adekvátní.

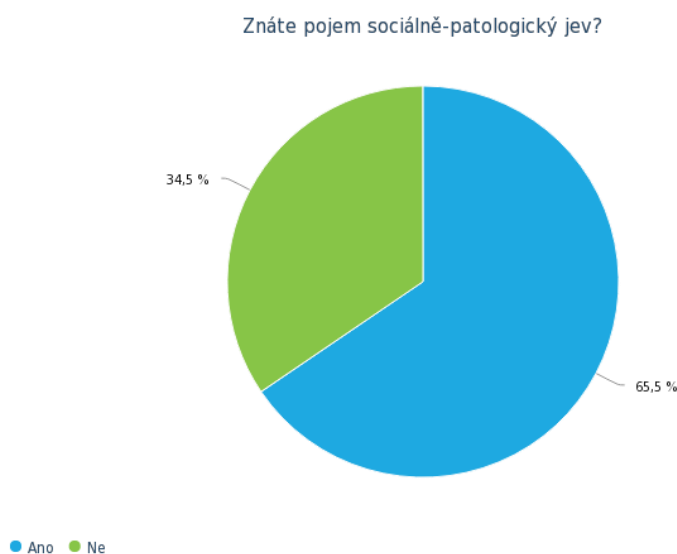
Graf 2: Fakulta, kterou student navštěvuje



Další otázka v mém dotazníku se vztahovala na zastoupení různých fakult na dotazníkovém šetření. Z grafu je patrné, že zastoupení fakult je zde poměrně vyvážené, vzhledem k počtu studentů na jednotlivých fakultách. Z Dopravní fakulty Jana Pernera na můj výzkum odpovědělo celkem 25 studentů (9,4 %), z Fakulty ekonomicko – správní odpovědělo celkem 40 studentů (23,4 %), z Fakulty chemicko – technologické na můj výzkum reagovalo 28 studentů (16,4 %), z Fakulty filozofické vyplnilo dotazník 47 studentů (27,5 %), z Fakulty zdravotnických studií se do výzkumu zapojilo 16 studentů (9,4%), z Fakulty elektrotechniky a informatiky na dotazník zareagovalo 14 studentů (8,2 %), a nakonec, z Fakulty restaurování pouze 1 student (0,6%). Proto jsem fakultu restaurování následně při verifikaci hypotéz nezahrnula.

Z grafu vyplývá, že největší zastoupení na mém výzkumu mají Fakulty filozofická a ekonomicko – správní.

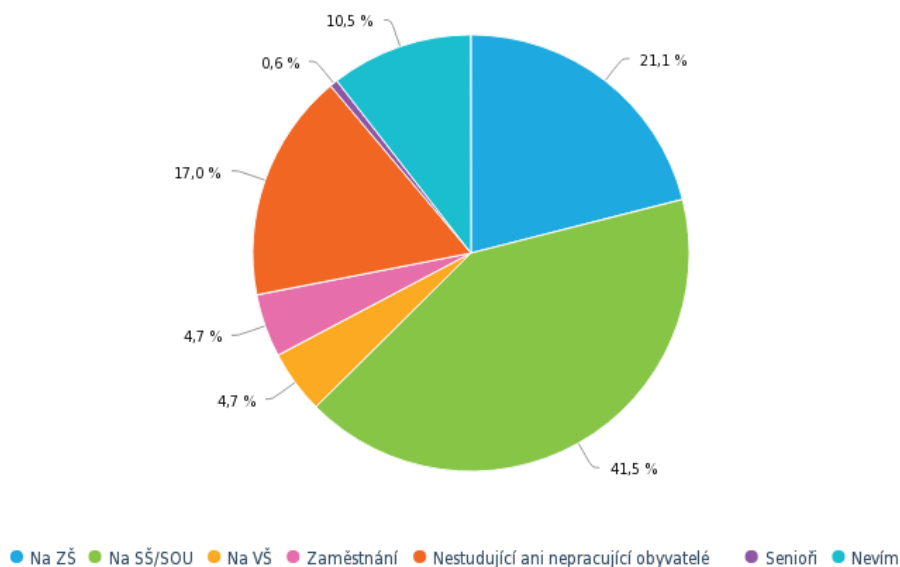
Graf 3: Znalost pojmu sociálně – patologický jev



Dále mě v mém výzkumu zajímala otázka, zda studenti znají pojem sociálně – patologický jev. Jak se ukázalo, nadpoloviční většina, celkem tedy 112 respondentů (65,5 %) je s tímto pojmem obeznámena. Zbývajících 34,5 %, neboli 59 respondentů tento pojem nezná. Toto zjištění pro mě nebylo překvapením, jelikož výuka většiny fakult se na tuto problematiku nezaměřuje.

Graf 4: Výskyt sociálně – patologie v různých fázích života

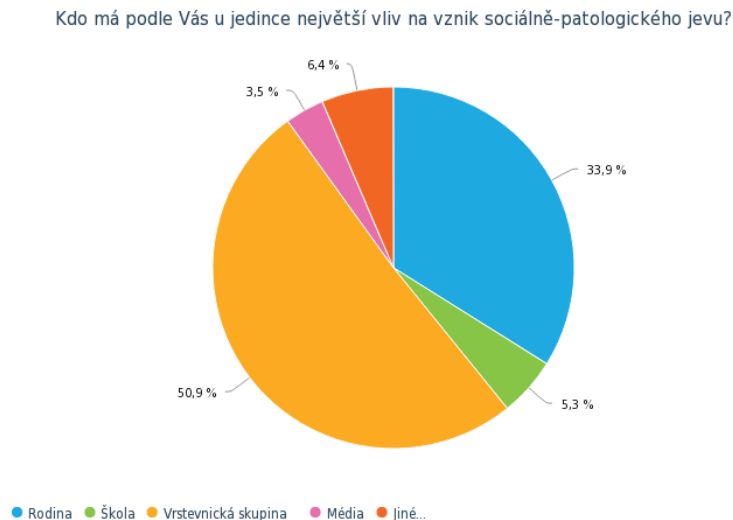
V jaké fázi života se dle Vašeho názoru vyskytuje SP nejvíce?



Z grafu je patrné, že dle názoru respondentů se sociálně – patologické jevy vyskytují nejvíce na střední škole, případně na středním odborném učilišti. Tento názor sdílí 71 respondentů (41,5 %). Druhou nejčastější odpovědí na otázku bylo, že se dané jevy nejvíce vyskytují na základní škole. Takto odpovědělo 37 studentů (21,1 %). Třetí, nejvíce se vyskytující odpovědí byla odpověď, že sociální patologie se nejvíce vyskytuje mezi nestudujícím ani nepracujícím obyvatelstvem. Odpovědělo tak 29 respondentů (17 %). Čtvrtou nejčastější odpovědí byla odpověď nevím. 19 studentů (10,5 %) nedokázalo určit, v jaké fázi života se sociální patologie nejvíce vyskytuje. Pátou nejčastější odpovědí bylo, že se tyto jevy vyskytují na vysoké škole a v zaměstnání. Na obě otázky odpovědělo přesně 8 studentů (4,7 %). Nejméně respondentů si potom myslí, že se sociálně – patologické jevy vyskytují nejčastěji mezi seniory. Tak neodpověděl nikdo.

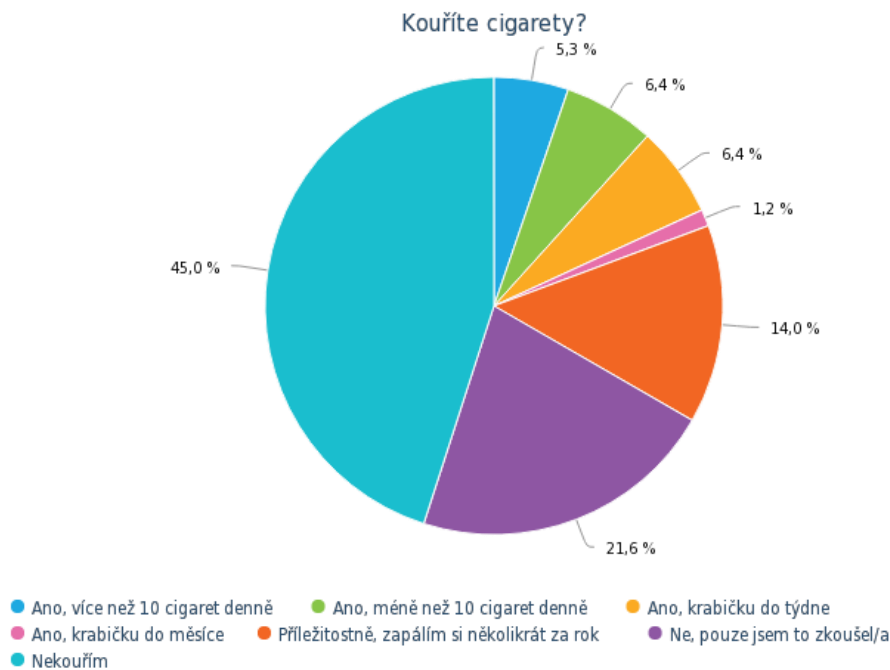


Graf 5: Vliv na výskyt SP jevů



V další otázce mě zajímalo, kdo má podle respondentů největší vliv na vznik sociálně patologického jevu u jedince. Tato otázka bylo polouzavřená a respondenti mimo předem dané odpovědi mohli odpovědět i dle vlastního názoru. Nejvíce byla v této otázce vybíraná odpověď vrstevnícká skupina. Respondenti tuto odpověď označili celkem 87x (50,9 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla rodina, s celkem 58 odpověďmi (33,9 %). Čtvrtou nejvolenější odpovědí byla možnost jiná, a zvolilo ji 11 respondentů (6,4 %). Pokud respondenti zaškrtnuli možnost jiná, měli prostor pro doplnění vlastního názoru na problematiku. Z 11 studentů, kteří tuto možnost zvolili na otázku odpovědělo 6 studentů nevím a zbylých 5 studentů si myslí, že celkově okolí jedince má vliv na vznik sociálně – patologického jevu. Celkem 9 respondentů (5,3 %) si myslí, že největší vliv na sociálně – patologické jednání má u jedince škola a 6 respondentů (3,5 %) věří, že největší vliv mají na jedince média.

Graf 6: Kouření cigaret



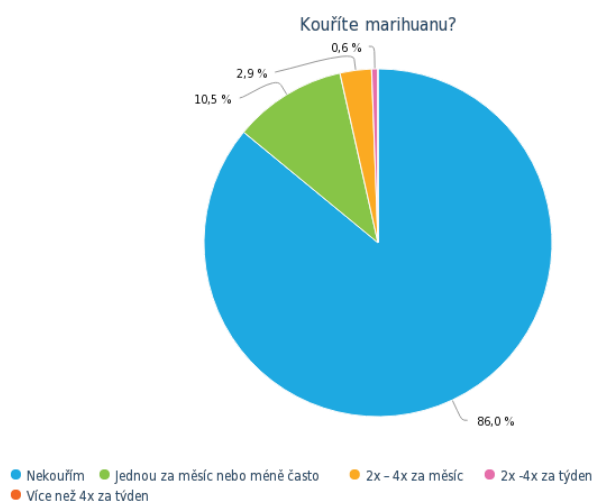
V této otázce jsem se zaměřila již na konkrétní problematiku závislostního chování a položila studentům otázku, zda kouří cigarety. Přesně 77 respondentů (45 %) cigarety nekouří a nikdy to nezkoušeli. Dalších 37 studentů (21,6 %) cigarety také nekouří, ale zkoušeli to. Příležitostně si zapálí cigaretu 24 dotazovaných (14 %). Pouze 2 respondenti kouří krabičku cigaret do měsíce (1,2 %). Krabičku do týdne již vykouří 11 respondentů (6,4 %), a každý den kouří 20 respondentů, z nichž 11 (6,4 %) vykouří méně, než 10 cigaret denně a 9 (5,3 %) studentů vykouří více, než 10 cigaret za den. Nadpoloviční většina respondentů tedy cigarety vůbec nekouří.

Graf 7: Konzumace alkoholu



V další otázce nás zajímalo, jak často pijí studenti univerzity Pardubice alkohol. V tomto případě byla nejčastěji označována odpověď, že studenti konzumují alkohol 2x – 4x za měsíc. Odpověď byla označena celkem 83x (48,5 %). Druhou nejvíce označovanou odpovědí byla odpověď jednou za měsíc nebo méně často, a to 52x (30,4 %). Třetí nejvolenější potom byla odpověď 2x – 4x za týden a odpovědělo tak 24 studentů (14 %). Odpověď nikdy zvolilo 11 studentů (6,4 %) a odpověď více než 4x za týden byla zvolena pouze jednou (0,6 %).

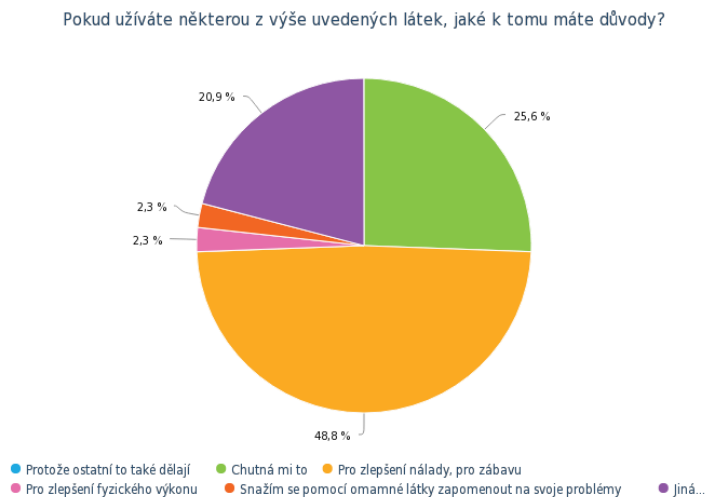
Graf 8: Kouření marihuany



Jako další jsem zvolila otázku, zda studenti kouří marihuanu. 147 studentů (86 %) odpovědělo, že marihuanu nekouří. Odpověď jednou za měsíc nebo méně často byla potom zvolena 18x (10,5 %), odpověď 2x – 4x za měsíc byla zvolena 5x (2,9 %) a odpověď 2x – 4x

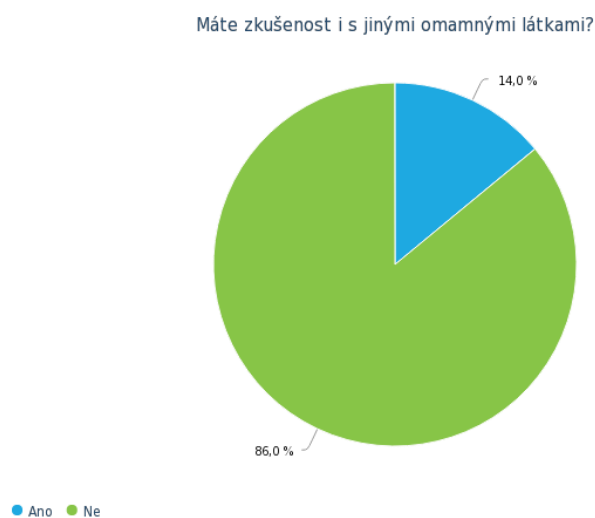
za týden byla zvolena pouze 1x (0,6 %). Odpověď více než 4x za týden potom nebyla zvolena vůbec. Výsledky grafu mě nijak nepřekvapily, vzhledem k tomu, že jsem nečekala velkou četnost kouření marihuany mezi studenty univerzity Pardubice.

Graf 9: Důvody k užívání omamných látek



V další otázce mě zajímaly důvody, proč studenti tyto látky užívají. Nejčastější odpovědí byla odpověď pro zábavu, která byla respondenty zvolena 83x (48,8 %), tedy skoro polovinou studentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď chutná mi to, která se vyskytuje v grafu 44x (25,6 %). Za třetí nejčastější odpověď byla zvolena odpověď jiná, celkem 36x (20,9 %), kde měli studenti možnost dopsat svůj vlastní komentář. Často studenti doplňovali odpověď *vyzkoušel jsem to, chtěl jsem experimentovat, ze zvědavosti*, ale například i odpovědi *lepší pochopení sebe sama, aj.* Čtvrtou nejčastější odpovědí byla odpověď pro zlepšení fyzického výkonu a pátou odpovědí pro zapomenutí pomocí omamné látky na problémy. Tyto odpovědi byly obě zvoleny celkem 4x (2,3 %). Odpověď, protože ostatní to také dělají, nebyla zvolena ani jednou. Nejvíce studentů tedy užívá omamné látky pro zábavu.

Graf 10: Zkušenost s užíváním jiných omamných látek



Dále jsem se studentů zeptala, zda mají zkušenost i s jinými omamnými látkami, než s výše uvedenými. 147 (86 %) respondentů uvedlo, že ne. Pouze 24 (14 %) dotazovaných uvedlo odpověď ano. Další otázka související s touto otázkou byla otevřená a byla v ní možnost napsat, s jakými omamnými látkami mají studenti zkušenost. Velmi často byla uváděna studenty *extáze, poté kokain, lysohlávky nebo hašiš*. Většina studentů uvedla pouze jednu z omamných látek, v několika případech bylo u odpovědi zaznamenáno více omamných látek, například kokain a extáze, nebo extáze a hašiš.

Graf 11: Závislost na omamných látkách



Na závěr mě zajímala otázka, zda si studenti myslí, že jsou na nějaké z výše uvedených omamných látek závislí. 159 respondentů (92,9 %) si nemyslí, že jsou závislí na nějaké omamné látce. Vzhledem k předchozím odpovědím, kdy většina studentů uváděla, že omamné látky užívá pouze několikrát do měsíce, mě toto zjištění nepřekvapuje. Zbýlých 12 respondentů si myslí, že jsou závislí na některé omamné látce.

S tímto grafem souvisela i má další otevřená otázka, a to, *pokud si myslíte, že jste na nějaké látce závislí, uveďte na jaké*. Zde byla respondenty nejvíce uváděna odpověď, že jsou závislí na cigaretách, a to celkem 11x, zbylý jeden respondent uvedl, že si myslí, že je závislí na alkoholu.

### 4.3 Verifikace hypotéz

**Hypotéza 1: Muži užívají omamné látky častěji, než ženy.**

H1: Pohlaví studenta má vliv na četnost užívání omamných látek.

H0: Pohlaví studenta nemá vliv na četnost užívání omamných látek.

První hypotéza nám pomůže zjistit, zda pohlaví studenta má vliv na četnost užívání omamných látek. Jelikož mám ve svém dotazníku 3 otázky na různé druhy omamných látek, bylo potřeba všechny 3 otázky (otázka č. 6, otázka č. 7 a otázka č. 8) porovnat s otázkou č. 1 – pohlaví.

Nejprve jsem si zpracovala tabulky s marginálními a teoretickými četnostmi.

*Tabulka č. 2 – Marginální četnosti*

Cigarety \ Pohlaví	Muž	Žena
Nekouřím	26	51
Ne, pouze jsem to zkoušel/a	12	25
Příležitostně, zapálím si několikrát za rok	4	20
Ano, krabičku do týdne	2	9
Ano, méně než 10 cigaret denně	3	8
Ano, krabičku do měsíce	1	1
Ano, více než 10 cigaret denně	4	5

n=171

K výpočtu teoretických četností jsem použila tento vzorec:

(součet řádků marginálních četností \* součet sloupců) / počet prvků.

*Tabulka č. 3 - Teoretické četnosti*

Cigarety \ Pohlaví	Muž	Žena
Nekouřím	23,4152	53,5848
Ne, pouze jsem to zkoušel/a	11,25146	25,74854
Příležitostně, zapálím si několikrát za rok	7,298246	16,70175
Ano, krabičku do týdne	3,345029	7,654971
Ano, méně než 10 cigaret denně	3,345029	7,654971
Ano, krabičku do měsíce	0,608187	1,391813
Ano, více než 10 cigaret denně	2,736842	6,263158

Následně jsme si spočítali testové kritérium díky vzorci

(marginální četnost – teoretická četnost) <sup>2</sup> / teoretická četnost

*Tabulka č. 4 – Testové kritérium*

Cigarety \ Pohlaví	Muž	Žena
Nekouřím	0,285335	0,124684
Ne, pouze jsem to zkoušel/a	0,049799	0,021761
Příležitostně, zapálím si několikrát za rok	1,490553	0,651334
Ano, krabičku do týdne	0,540833	0,236331
Ano, méně než 10 cigaret denně	0,035589	0,015551
Ano, krabičku do měsíce	0,252418	0,1103
Ano, více než 10 cigaret denně	0,582996	0,254755

$\chi^2$	4,652238
alfa	0,05
kritická hranice	12,59159
kritická oblast (w)	(12,59...;∞)

H0: nezamítáme

Hladinu významnosti jsme si stanovili na 0,05 a následně spočítali kritickou hranici

$$KH = \chi^2_{1-\alpha} (r - 1) * (s - 1)$$

$$KH = 12,59159$$

Kritická oblast se tedy nachází 12,59159.....;∞

$$\chi^2 < KH$$

H0 tedy v tomto případě nezamítáme.

Ten samý postup následně zopakujeme i u zbývajících dvou otázek.

*Tabulka č. 5 – Marginální četnosti*

Alkohol \ Pohlaví	Muž	Žena
Nikdy	4	7
Jednou za měsíc nebo méně často	13	39
2x – 4x za měsíc	24	59
2x -4x za týden	10	14
Více než 4x za týden	1	0

*Tabulka č. 6 – Teoretické četnosti*

Alkohol \ Pohlaví	Muž	Žena
Nikdy	3,345029	7,654971
Jednou za měsíc nebo méně často	15,81287	36,18713
2x – 4x za měsíc	25,23977	57,76023
2x -4x za týden	7,298246	16,70175
Více než 4x za týden	0,304094	0,695906

*Tabulka č. 7 – Testové kritérium*

Alkohol \ Pohlaví	Muž	Žena
Nikdy	0,128246	0,05604
Jednou za měsíc nebo méně často	0,500365	0,218647
2x – 4x za měsíc	0,060897	0,02661
2x -4x za týden	1,000169	0,437049
Více než 4x za týden	1,592555	0,695906

V tomto případě byl zachován naprosto stejný postup jako u předchozího výpočtu. Opět jsme spočítali nejprve marginální četnosti, poté teoretické a následně testové kritérium.

$$\chi^2 \quad 4,716485$$

Hladinu významnosti jsme zanechali na 0,05 a kritická hodnota nám v tomto případě vychází 9,487729.

Opět tedy platí, že  $\chi^2 < KH$ .

Přijímáme tedy  $H_0$ .



Pro úplné ověření hypotézy nám chybí ještě porovnat poslední otázku s pohlavím.

Opět budeme postupovat naprosto stejně, jako u předchozích dvou otázek.

*Tabulka č. 8 – Marginální četnosti*

Marihuana \ Pohlaví	Muž	Žena
Nekouřím	43	104
Jednou za měsíc nebo méně často	8	10
2x – 4x za měsíc	0	5
2x -4x za týden	1	0

*Tabulka č. 9 – Teoretické četnosti*

Marihuana \ Pohlaví	Muž	Žena
Nekouřím	44,70175	102,2982
Jednou za měsíc nebo méně často	5,473684	12,52632
2x – 4x za měsíc	1,520468	3,479532
2x -4x za týden	0,304094	0,695906

*Tabulka č. 10 – Testové kritérium*

Marihuana \ Pohlaví	Muž	Žena
Nekouřím	0,064784	0,028309
Jednou za měsíc nebo méně často	1,165992	0,509509
2x – 4x za měsíc	1,520468	0,664406
2x -4x za týden	1,592555	0,695906

$\chi^2$  6,24

Hladinu významnosti jsme ponechali opět na 0,05, kritická hodnota nám v tomto případě vychází 7,814728.

Opět platí, že  $\chi^2 < KH$

$H_0$  tedy nezamítáme.

Závěr: Vzhledem k tomu, že u všech 3 otázek nám platí, že hodnota testovací statistiky nepřekročila kritickou oblast, **přijímáme  $H_0$**  a  $H_1$  zamítáme. Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a užíváním omamných látek.

**Hypotéza 2: Četnost užívání alkoholu je na Filozofické fakultě větší, než četnost užívání alkoholu na Fakultě ekonomicko – správní.**

H2: Fakulta, kterou student navštěvuje má vliv na četnost užívání alkoholu.

H0: Fakulta, kterou student navštěvuje nemá vliv na četnost užívání alkoholu.

Pro ověření této hypotézy jsme využili dat z otázky číslo 2 a otázky číslo 7.

Opět jsme si nejprve vypočítali marginální a teoretické četnosti. Teoretické četnosti jsme vypočítali podle vzorce:

součet řádků marginálních četností \* součet sloupců / počet prvků.

Tabulka č. 11 – Marginální četnosti

Alkohol\ fakulta	FES	FF	FCHT	DFJP	FZS	FEI
Nikdy	1	5	2	2	1	0
Jednou za měsíc nebo méně často	13	13	8	10	3	4
2x – 4x za měsíc	21	22	14	11	9	6
2x -4x za týden	5	6	4	2	3	4

n=169

Výzkumný vzorek máme v tomto případě menší, jelikož z Fakulty restaurování nám na dotazník odpověděl pouze 1 člověk a to samé platí i pro odpověď v dotazníku: *Alkohol konzumuji 4x za týden a častěji*, kde se nacházela také pouze jediná odpověď. Z toho důvodu jsem se rozhodla danou fakultu i odpověď vyřadit.

K výpočtu teoretických četností byl opět použit vzorec:

(součet řádků marginálních četností \* součet sloupců) / počet prvků.

Tabulka č. 12 – Teoretické četnosti

Alkohol\ fakulta	FES	FF	FCHT	DFJP	FZS	FEI
Nikdy	2,60355	2,9940828	1,82248521	1,6272189	1,04142012	0,911242604
Jednou za měsíc nebo méně často	12,0710	13,881656	8,44970414	7,5443787	4,82840237	4,224852071
2x – 4x za měsíc	19,6449	22,59171	13,7514793	12,278107	7,85798817	6,875739645
2x -4x za týden	5,68047	6,5325443	3,97633136	3,5502959	2,27218935	1,98816568

Nakonec jsme spočítali testové kritérium pomocí vzorce:

(marginální četnost – teoretická četnost) 2 / teoretická četnost

Tabulka č. 13 – Testové kritérium

Alkohol \ fakulta	FES	FF	FCHT	DFJP	FZS	FEI
Nikdy	0,9874	1,3438852	0,017290	0,0854008	0,0016479	0,911242604
Jednou za měsíc nebo méně často	0,0719	0,0559961	0,023933	0,799287	0,692376	0,011966917
2x – 4x za měsíc	0,0936	0,0154980	0,0044913	0,133043	0,165979	0,111539989
2x -4x za týden	0,0811	0,043419	0,000148	0,676965	0,2331268	2,035784728

$$\chi^2 \quad \quad \quad 8,597108$$

Hladinu významnosti jsme ponechali na 0,05 a spočítali kritickou hranici dle vzorce

$$KH = \chi^2_{1-\alpha} (r - 1) * (s - 1)$$

Kritická hranice nám vyšla 24,99579, tedy přijímáme H0.

Závěr: Hodnota testovací statistiky nepřekročila kritickou oblast. Na základě toho **přijímáme H0** a H2 zamítáme. Neexistuje statisticky významná závislost mezi fakultou a užíváním alkoholu.

### **Hypotéza 3: Studenti, kteří kouří cigarety, častěji konzumují alkohol.**

H3: Kouření cigaret má vliv na četnost užívání alkoholu.

H0: Kouření cigaret nemá vliv na četnost užívání alkoholu

Pro ověření dané hypotézy použijeme data z otázek 6 a 7. Nejprve si vypočítáme marginální a teoretické četnosti. U této otázky bude opět výzkumný vzorek menší, a to z důvodu nízké odpovědnosti na otázku *užívání alkoholu častěji, než 4x za týden* a u odpovědi na kouření cigaret – *Kouřím krabičku do měsíce*.

n=168

Tabulka č. 14 – Marginální četnosti

Cigarety \ alkohol	Nikdy	Jednou za měsíc nebo méně často	2x – 4x za měsíc	2x -4x za týden
Nekouřím	9	29	34	5
Ne, pouze jsem to zkoušel/a	2	8	21	5
Příležitostně, zapálím si několikrát za rok	0	5	12	7
Ano, krabičku do týdne	0	2	7	2
Ano, méně než 10 cigaret denně	0	4	5	2
Ano, více než 10 cigaret denně	0	3	3	3

K výpočtu teoretických četností použijeme vzorec:

(součet řádků marginálních četností \* součet sloupců) / počet prvků.

Tabulka č. 15 – Teoretické četnosti

Cigarety \ alkohol	Nikdy	Jednou za měsíc nebo méně často	2x – 4x za měsíc	2x -4x za týden
Nekouřím	5,041667	23,375	37,58333333	11
Ne, pouze jsem to zkoušel/a	2,357143	10,92857143	17,57142857	5,142857143
Příležitostně, zapálím si několikrát za rok	1,571429	7,285714286	11,71428571	3,428571429
Ano, krabičku do týdne	0,720238	3,339285714	5,369047619	1,571428571
Ano, méně než 10 cigaret denně	0,720238	3,339285714	5,369047619	1,571428571
Ano, více než 10 cigaret denně	0,589286	2,732142857	4,392857143	1,285714286

V dalším kroku si spočítáme testové kritérium pomocí vzorce:

(marginální četnost – teoretická četnost) <sup>2</sup> / teoretická četnost

Tabulka č. 16 – Testové kritérium

Cigarety \ alkohol	Nikdy	Jednou za měsíc nebo méně často	2x – 4x za měsíc	2x -4x za týden
Nekouřím	3,107782	1,353609626	0,341648189	3,272727273
Ne, pouze jsem to zkoušel/a	0,054113	0,784780579	0,668989547	0,003968254
Příležitostně, zapálím si několikrát za rok	1,571429	0,717086835	0,006968641	3,720238095
Ano, krabičku do týdne	0,720238	0,537146677	0,495433428	0,116883117
Ano, méně než 10 cigaret denně	0,720238	0,130729565	0,02536691	0,116883117
Ano, více než 10 cigaret denně	0,589286	0,026260504	0,441637631	2,285714286

$$\chi^2 = 21,80916$$

Hladina významnosti zůstává 0,05 a kritická hranice v tomto případě vychází na 24,99579.

Opět platí že  $\chi^2 < KH$ , tím pádem přijímáme  $H_0$ .

Závěr: Vzhledem k tomu, že hodnota testovací statistiky nepřekročila kritickou oblast,  $H_3$  zamítáme a **přijímáme  $H_0$** . Neexistuje statisticky významná závislost mezi kouřením cigaret a užíváním alkoholu.

## 4.4 Data z rozhovorů

Pro doplnění dotazníkové šetření jsem se rozhodla zrealizovat 2 rozhovory s pracovníky Akademické poradny Univerzity Pardubice. Polostrukturované rozhovory byly prováděny přímo na půdě Akademické poradny. Prostřednictvím dat z rozhovorů jsem se snažila odpovědět na výzkumnou otázku.

Nejprve jsem sestavila otázky do rozhovoru, které jsem následně e-mailem odeslala mým respondentům, aby se mohli na otázky dopředu připravit. Rozhovory probíhaly v září 2018. Do mé práce jsem se rozhodla tedy uvést pouze otázky, týkající se výzkumné otázky a hypotéz. Zbývající otázky budou přiloženy v příloze.

### Seznam respondentů:

Respondent č. 1 – Jan Mandys

### **Otázka č. 1: Jak chápete pojem sociálně-patologický jev?**

#### **Respondent č. 1**

*„No .... já ho chápu, sociálně-patologický jev, že je nemoc společnosti. Zjednodušeně řečeno. A je otázka, jestli máme používat sociálně-patologický jev, anebo deviance, to už podle mě záleží na tom úhlu pohledu. Odborná literatura se tím sice zabývá, ale já bych v tom zásadní rozdíly neviděl, myslím si, že společensky přijatelnější je pojem sociální patologie, protože když o někom řeknete, že se chová patologicky není to tak hrozné jako když mu řeknete deviant“.*

#### **Respondent č. 2**

*„Patologie je něco, co je odlišné od průměru. Sociálně je o chování, je o vztazích, takže něco, co některé lidi odlišuje od nějaké normy, kterou jim někdo stanovil. Takže chápu, že někdo je odlišný od nějaké majoritní společnosti“.*

### **Otázka č. 2: Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku sociálně-patologických jevů u studentů univerzity Pardubice?**

#### **Respondent č. 1**

*„Příčinu bych viděl v tom, že ti studenti jsou s něčím ve svém osobním životě nespokojeni a nudí se a nikdo je v uvozovkách třeba nemá rád a cítí se, jak říká Durkheim nebo dopadá na ně ta anomie a tak“.*

#### **Respondent č. 2**

*„Civilizace celkově, velký tlak, možná pohodlnost řešit situace jiným způsobem, než únikem a prokrastinací. Pak zdravotní stav, sociální okolí, ve kterém žijou, rodina“.*

### **Otázka č. 3: Myslíte, že se SP vyskytuje více u žáků ZŠ nebo studentů SŠ než u studentů VŠ? Proč?**

#### **Respondent č. 1**

*„No myslím, že to je tak nastejno. Řekl bych, že u těch vysokoškoláků, když už se to vyskytuje tak to není tak vidět, protože jsou chytřejší. Protože když chcete najít v Pardubicích záškoláky ať už se střední nebo základní školy, tak se projdete okolo paláce Atrium a vidíte je tam v dopoledních hodinách a podobně. Myslím si, že jsou rafinovanější v tom něco skrývat“.*

vysokoškoláci, ale neřekl bych, že jich je víc, a taky si myslím, že na vysoké škole se lidi trochu zklidňují oproti té střední škole. Postupem samozřejmě“.

#### **Respondent č. 2**

„To nedokážu posoudit, nikdy jsem nesledovala žádnou statistiku, spíš si myslím, kde se to dřív odhalí ta patologie. Většinou v té době, kdy ty lidi začínají být svéprávní a zodpovědní za sebe, takže u těch dětí se to může svést na rodiče, ač už někdo z odborníků může vidět určitou patologii a výchova je v pořádku. Ale u toho dospělého člověka nebo dětí nad 15 let se to spíše může diagnostikovat než u těch menších dětí“.

#### **Otázka č. 4: Pozorujete nějaké rozdíly ve výskytu sociálně-patologických jevů mezi jednotlivými fakultami?**

##### **Respondent č. 1**

„No tak já tím, že jsem filozof tak srovnávám spíše s Filozofickou fakultou, ale nevšiml jsem si ničeho, jako že by byli rozdíly. Tak pamatuji si doby, kdy Rychta byla čistě filozofická hospoda, dneska už nevím, chodili tam antropologové, lidi z humanitních studií, ale hlavně antropologická hospoda to byla, nevím, jestli se tam chodí ještě dneska. V Áčku se to promíchá docela dost taky, tam si myslím, že záleží takhle jako na různých časech a stejně se ve středu večer všichni sejdou v Dýdý, takže takhle to funguje. A taky si myslím, že ten studentský život je trochu jináčí, že to tady drží buď ti, bez rozdílu fakult, co bydlí v Pardubicích, anebo lidi, co byly na kolejích, protože jinak lidi Vám řeknou, že sednou do auta a jedou domů. To tady teď funguje, to si myslím, že je moderní trend, to tak dřív nebylo. Dříve to třeba bylo půl na půl, že lidi zůstávali na kolejích, družili se, a dnes si myslím že to je prostě tak, že se mnohem více rozprchnou“.

##### **Respondent č. 2**

„Ne. Nemám takovou velkou zkušenosti, ale měla jsem teda v té skupině studenty z různých fakult, a každý měl nějakou potíž, takže bez ohledu na ročník, fakultu, jestli to byl bakalář nebo magistr, prostě to byli lidi, kteří se našli v té skupině. A moje děti také studovali na VŠ, a nemůžu říct, že by to bylo fakulta od fakulty různé, je to takový průřez“.

#### **4.5 Vyhodnocení získaných dat a zodpovězení výzkumné otázky**

Náš výzkum probíhal v září 2018 a to pomocí sběru dat z dotazníku se studenty Univerzity Pardubice a vedením dvou rozhovorů s pracovníky Akademické poradny Univerzity

Pardubice. Dotazníky byly určeny studentům 3. ročníku bakalářského studia a povedlo se nám jich získat 171. Rozhovory byly polostrukturované.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit příčiny sociálně – patologického jednání u studentů Univerzity Pardubice. Na základě toho jsem zvolila výzkumnou otázku:

*„Jaké jsou příčiny sociálně – patologických jevů u studentů univerzity Pardubice?“*.

Na základě našeho výzkumu jsme schopni tuto otázku zodpovědět. Nejčastějším důvodem sociálně – patologických jevů je u studentů nuda, protože omamné látky zkoušejí pro zábavu, jak jsme zjistili z grafu č. 9. Pro celých 48,8 % studentů je zábava hlavní důvod k užívání omamné látky. Jako další příčinu můžeme považovat chuť omamné látky. Tuto odpověď v grafu 9 zvolilo 25,6 % respondentů. Mezi další důvody užívání bychom mohli uvést také například zlepšení fyzického výkonu nebo zapomenutí na své problémy. Stejně odpovědi jsem získala i z rozhovorů, kde respondenti uváděli, že hlavním důvodem sociální – patologie je u studentů Univerzity Pardubice nuda, únik od problémů nebo prokrastinace. Co se týče vlivu na vznik sociální – patologie u jedince, byla hlavní odpovědí vrstevnická skupina a odpovědělo tak 50 % respondentů. Tuto odpověď jsme zjišťovali z grafu č. 5. Druhou nejvolenější odpovědí byla rodina s celkem 34 %. Z rozhovorů jsme dle názoru respondenta č. 2 zjistili, že vliv na vznik sociální patologie má podle jeho názoru rodina a její prostředí, pokud není pro jedince vyhovující.

Pro výzkum jsem si stanovila 3 hypotézy:

*H1: Muži užívají omamné látky častěji, než ženy.*

*H2: Četnost užívání alkoholu je na Filozofické fakultě větší, než četnost užívání alkoholu na Fakultě ekonomicko – správní.*

*H3: Studenti, kteří kouří cigarety, častěji konzumují alkohol.*

První hypotéza byla ověřována pomocí otázky č. 1, 6, 7 a 8, kdy jsme otázky 6-8 porovnávaly s otázkou č. 1. Na základě výpočtů se nepotvrdilo, že by muži měli větší sklon k užívání omamných látek, než ženy a hypotéza byla **zamítnuta**.

Druhou hypotézu jsme ověřovali pomocí otázky č. 2 a otázky č. 7. Vzhledem k výsledkům výpočtu byla **zamítnuta** i hypotéza č. 2, jelikož se nepotvrdil žádný vztah mezi fakultou, kterou student navštěvuje a četností konzumace alkoholu.



Třetí hypotézu jsme ověřovali pomocí otázky č. 6 a č. 7. Ani zde se nám nepodařilo prokázat vztah mezi kouřením cigaret a konzumací alkoholu, proto **zamítáme** i hypotézu č. 3.

## 5. Závěr

Cílem mé práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, *Jaké jsou příčiny sociálně – patologických jevů studentů Univerzity Pardubice*, což se mi pomocí získaných dat z dotazníků vlastní konstrukce a polostrukturovaných rozhovorů s respondenty dle mého názoru podařilo.

V teoretické části mé práce jsem se v 1. kapitole zaměřila na základní pojmy, které souvisí se sociální patologií, pokusila jsem se vymezit rozdíl mezi pojmy sociální patologie a sociální deviace a na okraj jsem také nahlédla do historie pojmu sociální patologie a rozebrala jednotlivé teorie zdrojů sociální patologie. Ve 2. kapitole jsem již rozebírala konkrétní sociálně – patologické jevy. Nejvíce prostoru v mé práci jsem věnovala různým formám závislostí, jelikož si myslím, že tento projev sociální – patologie se mezi studenty vyskytuje nejvíce. V další části druhé kapitoly jsem se zaměřila i na kriminalitu a delikvenci a v závěru kapitoly také na agresi a agresivitu. Poslední kapitolu teoretické části práce jsem věnovala příčinám a prevenci sociální patologie.

V praktické části bakalářské práce jsem prováděla vlastní výzkum mezi studenty Univerzity Pardubice, pro který jsem využila dotazníkové šetření, jako nástroj výzkumu. Dotazník byl pro studenty k dispozici na sociálních sítích Univerzity Pardubice od září do konce října 2018 a byl určen pouze studentům 3. ročníku bakalářského studia. Výzkum jsem doplnila rozhovory s pracovníky Akademické poradny Univerzity Pardubice, kteří mi také pomohli zodpovědět výzkumnou otázku.

Výsledky výzkumného šetření mi pomohly zodpovědět výzkumnou otázku, proto svůj výzkum považuji za úspěšný.

## Použitá literatura

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociální patologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-259-0.
- BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0599-1.
- ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-475-3.
- FIRSTOVÁ, Jana. *Kriminalita mládeže v sociálních souvislostech*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2014. ISBN 978-80-7380-521-0.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
- HALÍŘOVÁ, Martina. *Sociální patologie a ochrana dětství v Čechách od dob osvícenství do roku 1914: disciplinace jako součást ochrany dětství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, 2012. ISBN 978-80-7395-486-4.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- LEŠTINOVÁ, Zuzana, ed. *Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-084-1.
- MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence: [možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. [1. vyd.]. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-226-2.
- MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2007. ISBN 978-80-87041-16-1.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- PETRUSEK, Miloslav. *Základy sociologie*. Praha: Akademie veřejné správy, 2009. ISBN 978-80-87207-02-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské povahy*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

URBAN, Lukáš, Josef DUBSKÝ a Jan BAJURA. *Sociální deviace*. 2., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2012. ISBN 978-80-7380-397-1.

### **Internetové zdroje:**

[https://www.upce.cz/sites/default/files/public/luva3059/vyrocní-zprava-o-cinnosti-2017\\_111359.pdf](https://www.upce.cz/sites/default/files/public/luva3059/vyrocní-zprava-o-cinnosti-2017_111359.pdf)

## Seznam grafů a tabulek

Graf 1: Pohlaví .....	46
Graf 2: Fakulta, kterou student navštěvuje .....	46
Graf 3: Znalost pojmu sociálně – patologický jev .....	47
Graf 4: Výskyt sociálně – patologie v různých fázích života .....	48
Graf 5: Vliv na výskyt SP jevů .....	49
Graf 6: Kouření cigaret.....	50
Graf 7: Konzumace alkoholu .....	51
Graf 8: Kouření marihuany .....	51
Graf 9: Důvody k užívání omamných látek .....	52
Graf 10: Zkušenost s užíváním jiných omamných látek .....	53
Graf 11: Závislost na omamných látkách .....	53

Tabulka č. 1: Počet studentů studujících bakalářské prezenční studium na různých fakultách Univerzity Pardubice.....	45
Tabulka č. 2 – Marginální četnosti.....	54
Tabulka č. 3 - Teoretické četnosti.....	55
Tabulka č. 4 – Testové kritérium.....	55
Tabulka č. 5 – Marginální četnosti.....	56
Tabulka č. 6 – Teoretické četnosti.....	56
Tabulka č. 7 – Testové kritérium.....	56
Tabulka č. 8 – Marginální četnosti.....	57
Tabulka č. 9 – Teoretické četnosti.....	57
Tabulka č. 10 – Testové kritérium.....	57
Tabulka č. 11 – Marginální četnosti.....	58
Tabulka č. 12 – Teoretické četnosti.....	58

Tabulka č. 13 – Testové kritérium.....	59
Tabulka č. 14 – Marginální četnosti.....	60
Tabulka č. 15 – Teoretické četnosti.....	60
Tabulka č. 16 – Testové kritérium.....	61

# Přílohy

## Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku Humanitních studií na Filozofické fakultě a prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit k mé bakalářské práci s názvem Sociálně-patologické jevy studentů univerzity Pardubice. Dotazník je určen pouze pro studenty 3. ročníku bakalářského studia Univerzity Pardubice a je zcela anonymní. U všech otázek zaškrtněte prosím pouze jednu odpověď.

Děkuji za spolupráci.

Radka Řeháčková

### 1.Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

### 2.Na jaké fakultě Univerzity Pardubice studujete?

- a) Dopravní fakulta Jana Pernera
- b) Fakulta ekonomicko-správní
- c) Fakulta elektrotechniky a informatiky
- d) Fakulta chemicko-technologická
- e) Fakulta filozofická
- f) Fakulta restaurování
- g) Fakulta zdravotnických studií

### 3.Znáte pojem sociálně-patologický jev?

- a) Ano
- b) ne

### 4.Kdo má podle Vás u jedince největší vliv na vznik sociálně-patologického jevu?

- a) Rodina
- b) Škola
- c) Vrstevnická skupina
- d) Média
- e) Jiné: .....

### 5. V jaké fázi života se dle Vašeho názoru vyskytuje SP nejvíce?



- a) ZŠ
- b) SŠ, SOU
- c) VŠ
- d) Zaměstnání
- e) Nestudující ani nepracující obyvatelé
- f) Senioři
- g) Nevím

**6. Kouříte cigarety?**

- a) Ano, více než 10 cigaret denně
- b) Ano, méně než 10 cigaret denně
- c) Ano, krabičku do týdne
- d) Ano, krabičku do měsíce
- e) Příležitostně, několikrát za rok
- f) Ne, pouze jsem to zkoušel/a
- g) Nekouřím

**7. Jak často pijete alkohol?**

- a) Nikdy
- b) Jednou za měsíc nebo méně často
- c) 2x-4x za měsíc
- d) 2x-4x za týden
- e) Více než 4x za týden

**8. Kouříte marihuanu?**

- a) Nekouřím
- b) Jednou za měsíc nebo méně často
- c) 2x-4x za měsíc
- d) 2x-4x za týden
- e) Více než 4x za týden

**9. Proč užíváte, nějakou z výše uvedených látek?**

- a) Protože ostatní to také dělají
- b) Chutná mi to

- c) Pro zlepšení nálady
- d) Pro zmírnění stressu
- e) Pro zlepšení fyzického výkonu
- f) Pro zábavu
- g) Jiné.....

**10. Máte zkušenost i s jinými omamnými látkami? Pokud ano, s jakými?**

- a) Ano.....
- b) Ne

**11. Myslíte si Vy sám, že jste na nějaké z výše uvedených látek závislí? Pokud ano, uveďte prosím na jaké.**

- a) Ano.....
- b) Ne

## **Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru**

4. Jak dlouho působíte v APUPĚ?
5. Jak dlouho se zabýváte SP jevy? Kdy jste se s nimi poprvé setkal?
6. Co Vás vedlo k zabývání se SP jevy?
7. Jaké jsou podle příčiny vzniku SP jevů u studentů UPCE? Jak dokáže pomoci právě sociální pracovník?
8. Kolik studentů s problémem týkající se SP k Vám momentálně dochází?
9. Jaká je dle Vašeho názoru nejlepší prevence SP jevů?
10. Myslíte, že se SP vyskytuje více u žáků ZŠ nebo studentů SŠ než u studentů VŠ?  
Proč?
11. Myslíte, že se SP vyskytuje více u studentů nebo u pracujících lidí? Proč?