

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO SPRÁVNÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. MICHAELA RALBOVSKÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko správní

Ekonomická náročnost vybraných sociálně patologických jevů

Bc. Michaela Ralbovská

Diplomová práce

2024

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Ralbovská**
Osobní číslo: **E21023**
Studijní program: **N0488A050001 Hospodářská politika a veřejná správa**
Specializace: **Ekonomika veřejného sektoru**
Téma práce: **Ekonomická náročnost vybraných sociálně-patologických jevů**
Zadávací katedra: **Ústav správních a sociálních věd**

Zásady pro vypracování

Cílem práce je analýza konkrétních jevů u z oblasti sociální patologie, jako jsou závislosti na návykových látkách apod. z pohledu jejich ekonomických dopadů na většinovou společnost. Předmětem analýzy jsou záměrně nejobvyklejší jevy, které však na společnost dopadají významně.

Osnova:

- Definice sociálně-patologických jevů.
- Závislosti.
- Závislost na drogách.
- Závislost na alkoholu.
- Patologické hráčství.

Rozsah pracovní zprávy: cca 50 stran
Rozsah grafických prací: –
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781.

JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

KRAUS Blahoslav., HRONCOVÁ Jolana. a kolektiv.: *Sociální patologie*, 2. vydání, Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 978-80-7435-080-1

LEMERT, Edwin. *Social Pathology: A Systematic Approach To The Theory Of Sociopathic Behavior*. Wisconsin: Literary Licensing, 1985. ISBN 1258283719.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0337-4.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jan Mandys, Ph.D.**
Ústav správních a sociálních věd

Datum zadání diplomové práce: **1. září 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2024**

prof. Ing. Jan Stejskal, Ph.D. v.r.
děkan

L.S.

doc. Ing. Romana Provazníková, Ph.D. v.r.
garant studijního programu

V Pardubicích dne 1. září 2023

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Janu Mandysovi, Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady.

Prohlašuji:

Práci s názvem Ekonomická náročnost vybraných sociálně patologických jevů 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 směrnici Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. 06. 2024

Bc. Michaela Ralbovská v. r.

ANOTACE

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku sociálně patologických jevů, které významným způsobem působí nejen na jednotlivce, ale i na společnost jako celek. Cílem práce je analýza konkrétních jevů z oblasti sociální patologie, jako jsou závislosti na návykových látkách, alkoholu a patologické hráčství z hlediska jejich ekonomické náročnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

sociálně patologické jevy, závislosti, alkohol, drogy, patologické hráčství

TITLE

Economic complexity of selected socio-pathological phenomena

ANNOTATION

The diploma thesis focuses on the issue of socio-pathological phenomena that significantly affect not only individuals, but also society as a whole. The aim of the work is the analysis of specific phenomena from the field of social pathology, such as addictions to addictive substances, alcohol and pathological gambling from the point of view of their economic demands.

KEY WORDS

socio-pathological phenomena, addictions, alcohol, drugs, pathological gambling

Obsah

ÚVOD	11
1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY.....	13
1.1 Pohled na sociálně patologické jevy a jejich dělení	14
1.2 Příčiny sociálně patologických jevů.....	15
1.3 Prevence sociálně patologických jevů.....	16
2 ZÁVISLOSTI.....	20
2.1 Příčiny vzniku závislosti.....	21
2.2 Vznik závislosti	23
3 DROGOVÁ ZÁVISLOST	25
3.1 Definice drogy.....	25
3.2 Kategorizace drog.....	26
3.3 Odvykací stav	31
3.4 Léčba závislosti	32
4 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	33
4.1 Definice alkoholu	34
4.2 Alkoholismus.....	35
4.3 Odvykací stav	38
5 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ.....	39
5.1 Definice patologického hráčství	39
5.2 Fáze patologického hráčství	40
5.3 Léčba patologického hráčství.....	41
6 EKONOMICKÉ DOPADY SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ	43
6.1 Metodika COI.....	46
6.2 Speciální ekonomické evaluace.....	47
7 Empirická sonda	49
7.1 Cíl výzkumu	49
7.2 Zdůvodnění zvolené výzkumné strategie	49
7.3 Způsob sběru dat	50
7.4 Analýza získaných dat.....	51
7.5 Závislost na návykových látkách z pohledu COI ukazatele	62
7. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	66
8. ZÁVĚR.....	68
9. POUŽITÁ LITERATURA.....	70
10. SEZNAM PŘÍLOH	75

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Fáze vzniku závislosti	23
Obrázek 2 Popis základního souboru z hlediska pohlaví	52
Obrázek 3 Popis základního souboru z hlediska věku	52
Obrázek 4 Popis základního souboru podle nejvýše dosaženého vzdělání	53
Obrázek 5 Popis základního souboru z hlediska čistého měsíčního příjmu	53
Obrázek 6 Frekvence setkávání respondentů se sociálně patologickými jevy	54
Obrázek 7 Rozdělení míry vlivu alkoholových výrobků na ekonomiku České republiky	55
Obrázek 8 Rozdělení míry vlivu tabákových výrobků na ekonomiku České republiky	55
Obrázek 9 Rozdělení míry vlivu drog na ekonomiku České republiky	56
Obrázek 10 Rozdělení míry vlivu hraní na automatech na ekonomiku České republiky	57
Obrázek 11 Rozdělení sociálně patologických jevů podle jejich zátěže	57
Obrázek 12 Finanční prostředky na státní programy	58
Obrázek 13 Ekonomické problémy způsobené sociálně patologickými jevy	59
Obrázek 14 Měsíční výdaje respondentů na tabákové výrobky	60
Obrázek 15 Měsíční výdaje respondentů na alkoholové výrobky	60
Obrázek 16 Měsíční výdaje respondentů na hraní na herních automatech	61
Obrázek 17 Orientace respondentů v oblasti sociální pomoci	62
Obrázek 18 Výdaje na protidrogovou politiku z krajských rozpočtů v roce 2022 podle druhů služby v tisících Kč	62
Obrázek 19 Výdaje na protidrogovou politiku z obecních rozpočtů v roce 2022 podle druhů služby v tisících Kč	63
Obrázek 20 Výdaje na protidrogovou politiku podle druhů služby v průběhu let 2019 až 2022 v tisících Kč	64
Obrázek 21 Výdaje všeobecné zdravotní pojišťovny za léčbu onemocnění způsobených návykovými látkami v letech 2019 až 2022 v tisících Kč	64
Tabulka 1 Porovnání definice syndromu závislosti	21
Tabulka 2 Dělení drog podle míry jejich rizika	28
Tabulka 3 Dělení drog podle jejich působení na centrální nervovou soustavu	31
Tabulka 4 Výdaje domácností na konečnou spotřebu podle účelu v letech 2012–2022 národní pojetí (běžné ceny)	44
Tabulka 5 Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle jednotlivých resortů vlády v letech 2012-2022, v tisících Kč	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APA – Americká psychiatrická asociace

COI – Cost Of Illness

ČSÚ – Český statistický úřad

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

EUDAP – Evropská studie prevence drogové závislosti

LSD – Lysergic acid diethylamide

MFČR – Ministerstvo financí České republiky

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPO – Ministerstvo průmyslu a obchodu

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NSPP – Národní strategie primární prevence

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SOC – Sociologická encyklopedie

THC – Tetrahydrokanabinol

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ÚVOD

S problematikou sociálně patologických jevů se alespoň jednou za život setkal každý z nás. Je totiž každodenní a neoddelitelnou součástí našich životů. Jedná se o velmi aktuální a důležité téma, které by se mělo dostat mezi širokou veřejnost. S nárůstem nepříznivých a negativních vlivů na jedince v rámci společnosti dochází současně k nárůstu i těchto nepříznivých a společensky nežádoucích jevů, které přináší jak pro jednotlivce, tak pro společnost jako celek možné nebezpečí. V rámci posledních let se setkáváme s těmito jevy čím dál častěji, lidé snáze podléhají nástrahám alkoholu a dalších návykových látek, chovají se agresivně a násilnicky a páchají trestné činy. Vliv na rozvoj těchto rizikových jevů u mladších ročníků má snadnější dostupnost návykových látek, snaha zavděčit se okolí, či snaha získat postavení v rámci nějaké skupiny či společenství. Snížení věkové hranice vedlo k tomu, že se této problematice věnuje čím dál více odborníků, pedagogů a školních psychologů.

Závislosti na návykových látkách a alkoholu jsou vnímány jako problém dnešní doby, ale v rámci lidské společnosti se s nimi setkáváme už u starověkých civilizací. Původně byly využívány v rámci různých rituálů k vyvolávání halucinací a navození psychické pohody. S vývojem technologií, dostupností nových psychoaktivních substancí a látek, které nejsou uvedeny na sledovaném seznamu dochází k rozvoji syntetických drog, které jsou, navzdory své nebezpečnosti, velmi oblíbené. Podle mnoha autorů (například Nešpora, 2000) je v současné době překročena únosná mez těchto látek a velký nárůst závislostí na návykových látkách je spojován s poklesem zodpovědnosti, nedisciplinovanosti, nedostatkem morálky a snadnějším přístupem k návykovým látkám.

Hlavním cílem této práce je analýza konkrétních jevů z oblasti sociální patologie, jako jsou závislosti na návykových látkách, alkoholu a patologické hráčství, z pohledu jejich ekonomických dopadů na většinovou společnost.

Závislosti bývají často spojovány s výraznější ekonomickou náročností, nejen pro samotné závislé osoby, které se vlivem užívání dostávají do existenčních problémů, ale také pro společnost, která na řešení této problematiky věnuje značné množství finančních prostředků. Společnost vnímá závislého člověka jako osobu žijící na okraji společnosti, která se do svých problémů dostala vlastní vinou, mnohdy jsou ale závislými osobami úspěšní lidé.

Práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické. Praktická část je zaměřena na definici sociálně patologických jevů, způsoby jejich dělení a možnosti prevence, která se podle Nešpora (2000) dělí na primární, sekundární a terciární. Pozornost je věnována především

jednotlivým druhům závislostí, jejich definici, příčinám vzniku a následné léčbě, které tvoří velkou část této práce. Poslední část teoretické části je věnována ekonomické náročnosti sociálně patologických jevů, jejich definici, metodám výpočtu a ekonomické hodnotě, kterou Zábranský (2012) označuje jako množství finančních prostředků, které společnost vynaloží na řešení této problematiky. Důležité je zmínit i ukazatel COI, který pracuje s různými druhy nákladů způsobenými sociálně patologickými jevy a v této práci byl použit pro jejich odhad.

Nejvíce bylo vycházeno z těchto knih: Sociální patologie od autorů Fischera a Škody (2009), Drogy a drogové závislosti od autora Kaliny (2003), Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi od autorů Nešpora a Csémy (1996) a Drogová epidemiologie od autora Zábranského (2003).

Praktická část se věnuje výzkumu práce s cílem zmapovat ekonomickou náročnost vybraných sociálně patologických jevů. Prostřednictvím dotazníkového šetření byl zjištěn názor veřejnosti v souvislosti s vybranými sociálně patologickými jevy. Nejdříve byl zformulován hlavní cíl práce, následovaný popisem zvolené výzkumné strategie, kterou je kvantitativní výzkumná strategie formou dotazníkového šetření. Dotazník je podle Chrásky (2016) nejčastěji používaná metoda pro sběr dat, protože umožňuje pokrýt větší množství respondentů. Důležitý je i výzkumný vzorek, kterým jsou občané České republiky, kteří byli osloveni za účelem vyplnění dotazníku prostřednictvím osobního setkání a sociálních sítí. Poslední část se věnuje způsobu sběru dat a jejich následnému vyhodnocení.

Tato práce by měla poukázat na rostoucí význam sociálně patologických jevů a jejich negativní dopad na celou společnost. Současně je důležité zmínit, jaké množství finančních prostředků vynaloží stát na řešení následků způsobených těmito jevy, což je doloženo tabulkami a obrázky v teoretické části, ale také výdaje respondentů na tabákové výrobky, alkohol a hraní na herních automatech zjištěných během dotazníkového šetření. Je otázka, jakým způsobem a do jaké míry by stát měl omezit množství těchto výdajů.

1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY

V rámci několika posledních desítek let se lze setkat s výrazným nárůstem jevů, které jsou označovány jako sociálně patologické. Existuje hned několik definic, v nejšířším měřítku se jedná o jevy, které jsou společensky nepřijatelné a nežádoucí. Svým způsobem je každý z těchto jevů pro společnost nebezpečný, některý méně a některý více. Jako společensky nepřijatelné jsou vnímány z toho důvodu, protože se jedná o odchylky od jasně stanovených společenských norem a nerespektování stanovených pravidel společnosti a různých společenství. *„Sociálně patologickým jevem se obecně rozumí takové chování jedince, které je charakteristické především nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot, chování a jednání, které vede k poškozování zdraví jedince, prostředí, ve kterém žije a pracuje, a ve svém důsledku pak k individuálním, skupinovým či celospolečenským poruchám a deformacím“* (Pokorný a spol., 2003, s. 9).

Pozornost problematice sociálně patologických jevů věnuje čím dál více učitelů, školních psychologů a rodičů. Je to dáno tím, že nejohroženější skupinou z hlediska těchto jevů jsou právě děti, které už ve velmi mladém věku rády zkoušejí nové věci a experimentují s různými látkami, zároveň je v dnešní době jednodušší zajistit si přístup k těmto látkám. Proto je prevence nejen v rámci škol velmi důležitá, aby se mohlo předcházet vzniku možných patologických jevů.

V praxi se lze setkat hned s několika vědními disciplínami, které se zabývají problematikou sociálně patologických jevů, hledáním příčin jejich vzniku, zkoumáním jejich průběhu, řešením jejich důsledků a také jejich předcházením (eliminací). Jedná se například o psychologické a sociologické obory. Jedním z odvětví sociologie je vědní disciplína nazývaná jako sociální patologie, o jejíž založení se zasloužil Herbert Spencer. Podle Fischera se sociální patologie zabývá *„zákonitostmi takových způsobů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí, protože porušují její sociální, morální či právní normy“* (Fischer a spol., 2009, s. 12). Další definici sociální patologie uvádí Vykopalová, definice zní následovně: *„sociální patologie je označením pro všechny nenormální nebo všeobecně nežádoucí společenské jevy“* (Vykopalová, 2001, s. 9).

Lze se setkat s nahrazením pojmu sociální patologie pojmem sociální deviace. Nejedná se ale o totožné pojmy, existují mezi nimi drobné rozdíly. Jevy, které jsou označeny jako deviantní, nejsou ve všech případech vnímány jako patologické a naopak. Sociální deviace je také emocionálně neutrální. Fischer (2014) definuje sociální patologii následovně: *„způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, jež je akceptována většinou populací.“*

Za sociální deviace je považováno narušení jakékoliv sociální normy. To znamená nejen takové normy, jejíž porušení může být morálně nebo právním způsobem sankcionováno. Deviace je obecně definována jako kterákoli odchylka od normální struktury či funkce. Může se vyskytovat u jakéhokoliv jevu v přírodě či ve společnosti“ (Fischer, 2014, s. 16). Deviace je ve většině případů vnímána jako negativní jev. Ve společnosti se lze setkat s tzv. tolerančním limitem, což znamená, že každá osoba ve společnosti nemůže dodržovat nastavené normy stejným způsobem. Jde o jakousi toleranci chování a dodržování norem ze strany druhých lidí (Fischer a Škoda, 2014).

1.1 Pohled na sociálně patologické jevy a jejich dělení

Sociální patologie i sociální deviace nahlíží na sociálně patologické jevy z několika různých úhlů pohledu, jedná se o pohled absolutistický, moralistický, medicínský, statistický a relativistický.

Absolutistický pohled

Tento pohled hovoří o tom, že existují jasně vymezené a srozumitelné společenské normy, které platí a musí být dodržovány všemi členy společnosti, bez ohledu na jednotlivé společenské struktury. Každé chování, které se nějakým způsobem odlišuje je vnímáno jako deviantní.

Moralizující pohled

Stejně jako absolutistický i tento pohled zachází lehce do extrému. Člení společnosti a její vrstvy do dvou skupin. První skupinou jsou tzv. morální nedevidanti, kteří se musí řídit všemi společenskými pravidly. Druhou skupinou jsou nemorální devianti, nespolečenské osoby, které mají nedodržování norem vrozené.

Medicínský pohled

Vnímá deviantní chování jako důsledek stavu společnosti a lidský organismus ztotožňuje s tím společenským organismem. Deviace je nemoc, která je způsobena rozporem mezi jednotlivými částmi společenského systému. Pokud společnost není zdravá, dochází k nárůstu sociálně patologických jevů.

Statistický pohled

Odchylka od společenských norem je vnímána jako tzv. vzdálenost od průměru. Deviantní jevy jsou pak ty jevy, které jsou mimo směrodatné odchylky.

Relativistický pohled

Je nejvíce typický pro současnost. Od předchozích, tradičních pohledů, se odlišuje názorem, že způsobům chování se dá porozumět pouze v kontextu té dané kultury, které jsou součástí (Fischer, 2014).

Dělení sociálně patologických jevů:

Sociálně patologické jevy jsou členěny především podle stupně jejich nebezpečnosti pro jednotlivce, ale i pro společnost jako celek. Následující členění je podle Bakalářské práce studentky Bratekové, která v rámci své práce uvádí členění podle Mgr. Jitky Hubáčkové.

Negativní společenské jevy

Jsou typické pro moderní společnost, na kterou mají pouze mírný dopad, nejedná se o nebezpečné až závažné jevy, které jsou společností tolerovány. Jako příklad lze uvést ztrátu zaměstnání, chudobu a rozvodovost.

Asociální společenské jevy

Patří sem jevy, které jsou spojeny s projevy rasismu a xenofobie, šikana a vandalismus.

Sociálně patologické jevy:

Závažné a společností ohrožující jevy, mezi které patří násilí, kriminalita, závislosti a prostituce (Brateková, 2009).

1.2 Příčiny sociálně patologických jevů

Příčin vzniku sociálně patologických jevů může být hned několik. Jak už bylo zmíněno v úvodu, u dětí a mladistvých hraje velkou roli snadná dostupnost různých druhů návykových látek, snaha zapadnout, ohromení a snaha vyrovnat se přátelům a vrstevníkům, vliv rizikových faktorů, rodiny a širokého okolí a také snaha upoutat na vlastní osobu a chuť experimentovat.

Rizikové faktory

Rizikové faktory lze rozdělit do několika podskupin, může zde být vliv samotného jedince, jeho rodiny, společnosti a školního prostředí.

A) Jedinec

Vliv na vznik či sklon k patologickým jevům u daného jedince mohou mít především jeho povaha a charakter, způsob trávení volného času, zvědavost a duševní zdraví. Patří sem také potřeba daného jedince někam zapadnout či na sebe upozornit.

B) Rodina

V rámci rodiny je velmi důležité kvalitní rodinné prostředí, dobré vztahy dítěte s rodiči a dalšími členy rodiny. Pokud je některý z těchto aspektů neúplný, nebo pokud má některý ze členů rodiny kladný vztah například k návykovým látkám, může dojít ke snaze dítěte upozornit na sebe prostřednictvím sociálně patologického jevu, například užíváním těchto návykových látek.

C) Škola

Prevence na školách prováděná zkušenými pedagogy a školními psychology je velmi důležitá a hraje klíčovou roli v problematice sociálně patologických jevů. Vliv na jedince v prostředí školy mají jeho spolužáci a vrstevníci, učitelé a pedagogové, zajištění trávení volného času ze strany školy a opět vztah vrstevníků k návykovým látkám, který může jedinec přijmout za své. *„Garantem mravní výchovy ve škole byl, je a bude učitel. Jeho připravenost a úspěšné působení v této oblasti jsou podmíněny: jeho dlouhodobou motivací rozvíjet mravní stránku žáků, jeho dostatečnými znalostmi z oblasti filozofie, etiky, psychologie a samozřejmě pedagogiky.“* (Veselá, 1998, s. 33).

D) Společnost

Společnost utváří postoj lidí k návykovým látkám, především tím, že jsou lehce dostupné. Opět je v této oblasti důležitá prevence, která by se měla týkat lepší informovanosti společnosti o důsledcích užívání návykových látek a jejich vlivu na zdraví a lidský organismus (Veselá, 1998).

1.3 Prevence sociálně patologických jevů

Aby bylo možné vzniku sociálně patologických jevů předcházet je velmi důležitá prevence. Je potřeba informovat širokou veřejnost o možných důsledcích nepříznivých jevů, jako je požívání alkoholu a dalších návykových látek, hraní na herních automatech a sázení. Vzhledem k tomu, že dochází ke snížení věkové hranice poživatelů návykových látek, je důležité provádět

prevenci především na školách. *„Prevence by měla být dlouhodobým působením na dítě s ohledem na věk a jeho aktuální prožívání světa, směřována spíše na rizikové faktory spolupodílející se na vzniku závislostí a jiných sociálně patologických jevů. Patří sem kvalita a zralost sebepojetí, schopnost prosadit se ve skupině vrstevníků, znalost svého vlastního hodnotového rámce, vlastních postojů a rámců chování a přijetí skutečnosti, že za své postoje a chování každý sám nese odpovědnost. Spadá sem také celá škála pozitivních orientací na vlastní život a trávení volného času a hledání realizační linie ve vlastním životě, včetně nácviku alternativních forem chování v rizikových či jinak psychicky náročných situacích“* (Pokorný a spol., 2009, s. 9). Předcházení vzniku sociálně patologických jevů bývá ve většině případů jednodušší než následné řešení jejich důsledků a následků.

Podle Nešpora (2000) se prevence člení do tří skupin. Pro úspěšnou prevenci je důležité jejich vzájemné propojení a spolupráce.

a) Primární prevence

Jedná se o tu nejdůležitější a prvotní snahu zamezit závažným a nebezpečným situacím v rámci sledované populace. Snaží se o to, aby nepříznivé jevy vůbec nevznikly a zaměřuje se především na rizikové oblasti a skupiny. U dětí a mládeže probíhá primární prevence ve školách snahou vést studenty ke zdravému životnímu stylu, smysluplnému trávení volného času a navazování vztahů s vrstevníky. Hlavním aktérem je školní metodik prevence, který spolupracuje nejen s žáky, ale také s pedagogy a školním personálem. Reaguje na upozornění třídních učitelů o možném výskytu varovných signálů týkajících se sociálně patologických jevů. Podle Miovského (2010) primární prevence *„zahrnuje veškeré typy výchovných, vzdělávacích, zdravotnických, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky“* (Miovský, 2010, s. 24). Primární prevenci lze dále členit na několik podúrovní.

a) Specifická primární prevence

Označuje soubor konkrétních aktivit a programů, které se přímo zaměřují na konkrétní formy rizikového chování a snaží se zamezovat jejich výskytu. Specifickou primární prevenci lze vykonávat třemi způsoby.

- **Všeobecná primární prevence** se věnuje dětem a mladistvým, které nerozděluje na jednotlivé krizové skupiny, jediným rozlišovacím faktorem je jejich věk. Jedná se

o programy pro větší množství lidí (např.: školní třída). Příkladem takového programu může být program EUDAP, který pomáhá dětem získat dovednosti a odolnost vůči nástrahám společnosti.

- **Selektivní primární prevence** se využívá u menších skupin s výskytem vyšší míry rizikových faktorů. Rizikovými skupinami mohou být děti s poruchami chování a učení či děti z neúplných rodin. Programy v rámci selektivní prevence se snaží posilovat vztahy mezi lidmi, zlepšovat jejich komunikaci a utvářet jejich hodnoty.
- **Indikovaná primární prevence** se věnuje skupinám, u kterých se už rizikové faktory projevily a skupinám, které jsou rizikovými faktory ohroženy. Jejím cílem je co nejdříve daný problém zachytit a zabránit jeho dalšímu rozvoji. Příkladem může být řešení šikany ve třídě (Černý in Miovský, 2010).

b) Nespecifická primární prevence

Není specifikováno, na který konkrétní rizikový faktor či konkrétní cílovou skupinu se mají programy a aktivity zaměřit. Podle národní strategie primární prevence jsou nespecifickou primární prevencí myšleny *„veškeré aktivity, které nemají přímou souvislost s konkrétním typem rizikového chování, ale napomáhají snižovat rizika podporou zdravého životního stylu a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání“* (Národní strategie primární prevence 2019-2027|NSPP [online]). Programy, které reprezentují nespecifickou prevenci jsou například kroužky v rámci školních zařízení a sportovní aktivity.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování ještě rozlišuje efektivní a neúčinnou primární prevenci. Cílem **efektivní primární prevence** je naučit jedince odmítat legální i nelegální návykové látky, zvládat tlak společnosti a okolního prostředí a zvyšovat jejich sebevědomí. V rámci **neúčinné primární prevence** dochází k zastrašování, neuznávání názoru, nezapojování do diskusí a stigmatizování (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování | MŠMT [online]).

b) Sekundární prevence

V případě, kdy už existuje nějaké riziko a varovné signály nepříznivých jevů u konkrétního jedince či v rámci skupiny nastupuje sekundární prevence. Příkladem může být prevence proti onemocnění AIDS mezi komunitou prostitutek.

c) Terciární (následná) prevence

Zaměřena na jedince či skupiny, u kterých se nežádoucí společenský jev projevil. Důležité je zmírnit následky tohoto jevu a vytvořit fungující sociální prostředí. Podle Fleischmanna (2001) se terciární prevence věnuje osobám s negativní zkušeností s některým ze sociálně patologických jevů. Snaží se zabránit zhoršování jejich osobního a zdravotního stavu a v případě uživatelů návykových látek se snaží zabránit jejich recidivě (Fleischmann, 2001).

Cíle prevence sociálně patologických jevů

Hlavním cílem je zabránit výskytu sociálně patologických jevů a pomoci změně chování a myšlení jedince. Dalším cílem je pomoci k vyšší informovanosti o vedlejších fyzických a psychických účincích těchto jevů. Omezit přístup dětí a mladistvých k napodobování sociálně patologického chování. A v neposlední řadě zvýšit odpor společnosti k sociálně patologickým jevům (Fleischmann, 2001).

2 ZÁVISLOSTI

Kdokoliv se může stát závislým na čemkoliv. Závislost může vzniknout na jakýkoliv podnět, materiální (látky, věci) i nemateriální povahy (závislost na konkrétní osobě, aktivitě). U osob v mladším věku je rozvoj závislosti mnohem rychlejší než u osob staršího věku. Podle Stanislava Kudrleho (2003) jsme s motivem závislosti konfrontováni už od velmi útlého věku, kdy se hned po narození stáváme závislými na péči matky a v průběhu života hledáme cestu od závislosti k nezávislosti (k samostatnosti).

V praxi se lze setkat s několika definicemi tohoto pojmu, za tu nejvýznamnější a nejpodrobnější je považována definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Ta definuje syndrom závislosti jako: *„soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“* (Mezinárodní klasifikace nemocí | MKN [online]).

Hlavní roli v syndromu závislosti hraje touha, která silně žene člověka k užívání návykových a psychotropních látek. Ne každá osoba, která užívá některou z návykových a psychotropních látek může být označena jako závislá. Z tohoto důvodu definuje Americká psychiatrická asociace 7 příznaků závislosti. Pokud se u dané osoby v rámci 12 měsíců projeví tři a více z těchto příznaků, tak je osoba označena za závislou. Jedná se o následující příznaky:

1. vyšší tolerance: osoba musí požívat čím dál větší množství látky, aby došlo k jejímu uspokojení,
2. požívání látky v mnohem větším množství a delší dobu, než osoba původně zamýšlela,
3. po vysazení látky se objeví abstinenční příznaky,
4. snaha přestat s užíváním návykové látky,
5. veškerý volný čas osoby je investován do obstarávání a shánění látky,
6. omezení až vynechání všech sociálních a pracovních aktivit v důsledku užívání látky,
7. nepřetržité užívání látky, i přes vyskytující se zdravotní, sociální a jiné problémy (Americká psychiatrická asociace | APA [online]).

Tabulka 1 Porovnání definice syndromu závislosti

Kritéria pro diagnostiku závislosti	Mezinárodní klasifikace nemocí	Americká psychiatrická asociace
Silná touha užívat drogu	+	-
Vyšší tolerance	+	+
Užívání většího množství látky	+	+
Abstinenční příznaky	+	+
Zanedbávání aktivit kvůli užívání látky	+	+
Užívání látky navzdory následkům	+	+
Definice závislé osoby	3 jevy trvající kratší dobu než 12 měsíců	3 a více jevů po dobu 12 měsíců

Zdroj: vlastní zpracování podle MKN a APA

2.1 Příčiny vzniku závislosti

Závislost vzniká na základě komplexního balíčku různorodých rizikových faktorů a podnětů v několika směrech našeho života. Vzájemným působením a kombinací těchto faktorů vznikají různé druhy závislosti. U jedné osoby nemusí být zastoupeny všechny rizikové faktory, pro vznik závislosti stačí přítomnost jednoho dostatečně silného rizikového faktoru. Oblasti života, do kterých se zmíněné faktory promítají jsou následující: biologická, sociální, spirituální a psychologická. Na základě tohoto rozdělení byl pojmenován bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, který uvádí konkrétní rizikové faktory v dané oblasti.

a) Biologická úroveň

Biologické faktory mají největší vliv při vzniku závislosti na alkoholových látkách. Nejzávažnějším faktorem je užívání alkoholických nápojů v období těhotenství, kdy je plod v těle matky vystaven působení této látky a dochází u něho k fetálnímu alkoholovému syndromu. Děti rodičů alkoholiků mají pak mnohem větší toleranci už od prvního požití alkoholu. Použití farmakologických látek při porodu na tlumení porodního stresu působí na psychomotorický vývoj dítěte a vznik traumat v období postnatálního vývoje dítěte.

b) Psychologická úroveň

Adiktologové zkoumají působení psychogenních vlivů a rizikových faktorů na vznik závislosti. Mezi psychogenní vlivy patří péče o dítě v postnatálním období vývoje, respektování jeho hranic a dostatečné uspokojování jeho potřeb. Rizikovým faktorem je rozvoj duševních onemocnění a poruch, například úzkosti a deprese.

c) Sociální úroveň

V rámci této úrovně se klade zřetel na vztahy jedince s okolím, které mají výrazný vliv na jeho vývoj. Mohou k jeho vývoji přispívat, ale také ho mohou omezovat. Vztahy s širším okolím jsou ovlivněny prostředím, ve kterém jedinec vyrůstá, finančním zajištěním rodiny, rasovou příslušností i absencí rodiny. Vývoj dítěte v přítomnosti závislých členů rodiny je ovlivněn tím, že užívání návykových látek je bráno jako pravidlo a norma. Za normální je podle Vágnerové *„považováno to, co je v dané společnosti a kultuře obvyklé“* (Vágnerová, 2014, s. 7).

d) Spirituální úroveň

Spiritualitou se rozumí něco, co přesahuje naši osobnost, něco, k čemu vzhlížíme a řídíme se tím. Anonymní alkoholici vnímají vyšší moc jako možnost, jak se vyléčit ze závislosti. Důležité je uvědomit si, že je potřeba vzdát se svého závislého Já a začít pracovat na obnovení svého zdraví.

Kořeny závislosti lze nalézt i v různých životních situacích, které mohou vznik závislosti nastartovat (například rozchod, rozvod, ztráta blízkého člověka, ztráta zaměstnání či bydlení). Podle Kaliny jsou kořeny závislosti spojeny s hlubší lidskou motivací a potřebami: *„potřeba vyhnout se bolesti (fyzické i duševní), potřeba cítit se energický, výkonný a kompetentní, potřeba transcendence utrpení v zážitku splynutí a sebepřekročení“* (Kalina, 2008, str. 18).

Mühlpachr (2008) ve svém díle uvádí několik možných příčin vzniku závislosti:

1. Sociální: snaha stát se někým jiným,
2. fyzická: snaha získat příjemný pocit uvolnění a uspokojení,
3. senzorická: sexuálně zaměřená stimulace smyslů,
4. politická: podpora hnutí za uvolnění pravidel,
5. filozofická: snaha odhalit nové pohledy na smysl života.

2.2 Vznik závislosti

Závislost vzniká v několika fázích v delším časovém úseku. U každého člověka je rychlost rozvoje závislosti individuální. Jak už bylo zmíněno, velkou roli hraje i věk, kdy u mladších jedinců vzniká závislost nejrychleji. V rámci literatury se lze setkat s členěním na různé fáze a etapy. Kraus (2017) uvádí následující členění:

a) Iniciální (počáteční) etapa

První setkání osoby s podnětem a chuť experimentovat. Člověk si osvojí pocit, který mu přináší požití látky a touží po jeho zopakování, proto zvyšuje dávky a množství požívané látky.

b) Prodromální (varovná) etapa

Člověk se snaží si znovu navodit stav, který přichází po požití látky, postupně se snižuje jeho schopnost sebekontroly.

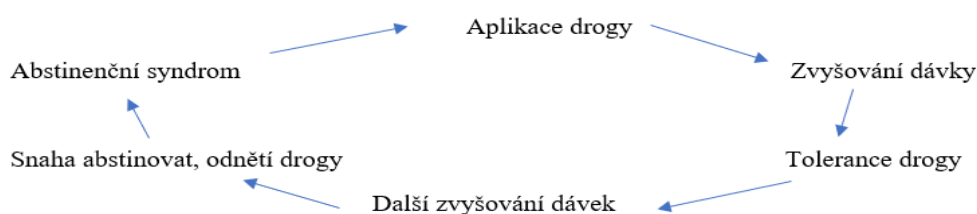
c) Krucální (rozhodná) etapa

V této fázi je obtížné zamezit požívání látky, dávky už se pravidelně opakují. Závislá osoba hledá důvody, proč musí danou látku užívat a snaží se tak ospravedlnit své chování a svou závislost. Objevují se první zdravotní problémy (například únava, hubnutí a nevolnosti), dochází k rozpadu manželství a ztrátě zaměstnání.

d) Terminální (konečná) etapa

Závěrečná fáze, která nastává v okamžiku, kdy se objeví první abstinenční příznaky, úplné poškození organismu a osobnosti (Kraus in. Hoferková, 2017)

Obrázek 1 Fáze vzniku závislosti



Zdroj: vlastní zpracování podle dostupné literatury (Kraus in Hoferková, 2017)

Druhy závislostí:

Závislost lze rozdělit na tělesnou a duševní.

Tělesná (fyzická) závislost

Fyzický stav, který nastává po začlenění návykové látky do látkové výměny organismu. Člověk se tak na látce stává závislým, pro dosažení stejného účinku je potřeba zvýšit množství i frekvenci užívané substance. V opačném případě se objevují silné abstinенční příznaky.

Duševní (psychická) závislost

Psychický stav, který je vyvolán dlouhodobým užíváním návykových látek. Závislá osoba pociťuje neustálou potřebu užívat drogu. Psychická závislost je mnohem náročnější než tělesná.

3 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Látky, které jsou dnes označovány jako drogy, se objevovaly už ve starověku. Starověké civilizace využívaly účinky těchto látek při svých rituálech k vyvolávání či oddálení spánku, zlepšení svého vnímání a vyvolávání halucinací (Mühlpachr, 2008). Vliv na užívání návykových látek a rozvoj závislosti měla industrializace a zvýšení farmaceutické a chemické výroby. Problematika drogové závislosti se určitým způsobem dotýká každého z nás, se závislými osobami se můžeme potkat i ve svém blízkém okolí, na ulici či v televizních pořadech. V současné době je tato problematika dosti znepokojující až alarmující, protože uživatelů drog stále přibývá a drogová závislost se rozvíjí u velmi mladých dětí a mládeže, kteří vnímají užívání drogy jako určitý standard a neuvědomují si, co dokážou napáchat v různých oblastech jejich života.

3. 1 Definice drogy

Termín droga z francouzského „drogue“ (léčivo) se postupně vyvíjel, ve starověku sloužil pro označení usušených částí rostlin a orgánů živočichů, které byly využívány pro léčivé účely. Dnes došlo ke změně významu tohoto pojmu, drogou je každá přírodní (př.: rostliny) nebo syntetická látka (substance), která má po požití vliv na psychické funkce organismu a vyskytuje se u ní potenciál závislosti (Zábranský, 2012). Problematice drog se věnuje hned několik autorů, kteří se vzájemně shodnou na základní charakteristice drogy, že jejím požitím dochází ke změně funkcí v organismu. Podle sociologické encyklopedie se drogou rozumí: *„látka vyvolávající stav tělesné či psychické závislosti u osob, které ji užívají periodicky či kontinuálně“* (Sociologická encyklopedie | SOC [online]).

V roce 1963 doporučila Světová zdravotnická organizace označovat všechny tělesné a psychologické závislosti jako drogové. Došlo tak k nahrazení termínů „toxikomanie“ a „narkomanie“, které byli používány pouze pro označení závislostí na konkrétním typu. Následně v roce 1969 definuje drogy jako přírodní a syntetické látky s vlivem na psychické funkce.

Látka, která je označována jako droga musí podle Minaříka (in Kalina, 2008) splňovat dvě základní vlastnosti – psychotropní efekt, který ovlivňuje vnímání, vidění světa a potenciál závislosti, který způsobuje závislost při pravidelném a dlouhodobém užívání látky. Kromě návykových látek se lze setkat také s látkami psychotropními a omamnými, které nejsou využívány pro lékařské účely, ale jsou hojně zneužívány toxikomany. U těchto látek je velké riziko vzniku závislosti a dochází k závažným psychickým změnám, pokud jsou pravidelně

užívány bez odborného dohledu. Podmínky jejich zacházení i jejich seznam je obsažen v zákoně č. 167/1998 Sb., zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.

Zvolský (2001) přichází s uceleným přehledem typů závislosti na návykových látkách:

1. *Alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika),*
2. *amfetaminový typ (psychoton, anoretika, antidepressiva, látky obsahující efedrin – bronchodilatancia, antitusika),*
3. *cannabisový typ (látky obsažené v konopí – cannabis, hašiš, marihuana),*
4. *halucinogenový typ (LSD, Meskalin, psilocibin),*
5. *kathový typ (látky obsažené v listech rostliny Catha edulis),*
6. *opiátový – morfiový typ (papaverin, morfin, heroin, diolan, Dolsin),*
7. *solventní typ (toluen, benzin, inhalační narkotika),*
8. *tabákový typ,*
9. *kofeinový typ,*
10. *antipyretiko – analgetikový typ,*
11. *neuroleptikový typ“ (Zvolský in Mühlpachr, 2001, s. 80).*

3.2 Kategorizace drog

Drogy lze členit podle několika kategorií. Nejznámější a nejčastější dělení drog je podle legislativy daného státu na legální (zákonné) a nelegální (nezákonné).

Legální a nelegální drogy:

Užívání legálních látek není trestné, protože jejich účinky na lidský organismus nejsou tak závažné jako u nelegálních drog. Jsou společensky tolerované, i přesto, že ohrožují zdraví a ročně na následky jejich užívání umírá několik desítek tisíc lidí. Dají se sehnat v běžných obchodech (s potravinami, s barvami, v lékárnách i na čerpacích stanicích). Jedná se o etanol, nikotin, kofein a různé druhy léků a rozpouštědel. V případě alkoholických a tabákových výrobků je jejich koupě v České republice ovlivněna věkovou hranicí 18 let věku, naopak výdej některých léků je podmíněn lékařským předpisem.

U nelegálních drog je už jejich užívání, přechovávání, výroba a prodej trestná. Jedná se o velmi nebezpečné a společensky netolerované drogy, jejichž účinek na lidský organismus může vést k trvalému poškození orgánů. Řadí se mezi ně například marihuana, hašiš, pervitin a kokain. Podle průzkumů ESPAD 2019 mělo s nelegálními drogami zkušenost 29,3 %

respondentů, nejčastěji zastoupenou nelegální drogou byly konopné látky (28,4 %). Současně bylo zjištěno, že u studentů na českých školách dochází k nárůstu užívání kokainu a extáze. (Drogy-info [online]).

Dělení drog podle rizika vzniku závislosti:

Podle Kotulána (in Kalina, 2001) může dělení na měkké a tvrdé drogy působit lehce zavádějícím dojmem, protože každá droga může mít na každého člověka jiný účinek a u měkké drogy se lze setkat s „tvrdým“ účinkem. Jedná se o dělení, které je známé široké veřejnosti.

a) Měkké drogy

Toto označení může vyvolávat dojem, že se nejedná o nebezpečné drogy, opak je ale pravdou. I v případě měkkých drog dochází ke vzniku závislostí a zdravotních komplikací, jen se objevují až v delším časovém období a v menší intenzitě. Do této kategorie se řadí legální i nelegální látky (například: tabákové výrobky, konopné drogy a extáze).

b) Tvrdé drogy

Objevuje se u nich velké riziko vzniku závislosti a zdravotních komplikací, protože postihují lidský organismus, po všech stránkách, mnohem rychleji než měkké drogy. K předávkování a následnému úmrtí může dojít už po první dávce. Tvrdou drogou jsou látky, které jsou ve většině případů užívány nitrožilně (například: heroin, pervitin a kokain) (Kotulán in Kalina, 2001).

Tabulka 2 Dělení drog podle míry jejich rizika

Míra rizika	Tvrdé/měkké drogy	Zástupci
Vysoká míra rizika	Tvrdé	Heroin
		Morfin
		Toluen
		Durman
		Crack
Vysoká až střední míra rizika	Tvrdé	Pervitin
		Kokain
		LSD
Střední míra rizika	Tvrdé	Lysohlávky
		Alkohol
		Extáze
		Kodein
Relativně malá míra rizika	Měkké	Koka
		Marihuana
		Hašiš
Nulová míra rizika	Měkké	Kofein

Zdroj: vlastní zpracování podle Kaliny (2008)

Dělení drog podle jejich vzniku:

Podle původu a způsobu výroby se drogy dělí na přírodní, syntetické a semisyntetické.

a) Přírodní drogy

Lze běžně nalézt v rámci životního prostředí, například v podobě rostlin, bylin, keřů a hub. Nejčastěji zastoupenou přírodní drogou je konopná rostlina, která se následně používá k výrobě různých konopných produktů (například konopného oleje, marihuany, hašiše, hašišového oleje). Dále psychoaktivní rostliny a houby, které po požití způsobují změny smyslového vnímání a psychiky (například: durman, mandragora, lysohlávky a muchomůrky).

b) Syntetické drogy

Tvoří rozsáhlou skupinu látek s různými účinky na lidský organismus (stimulující, euforizující i sedativní) a v posledních letech dochází k jejich nárůstu. Jedním z důvodů jejich masivního rozšíření je snaha nelegálních výrobců drog obejít státní zákony a vytvořit látky, které se nenacházejí na seznamu nelegálních drog. Současně čím dál více mladých lidí tyto drogy

vyhledává za účelem zkoušení nových věcí a psychedelických zážitků. K jejich výrobě jsou zneužívány volně dostupná léčiva a chemické látky, které mají vliv na psychické vnímání člověka. Těmto látkám v rámci výroby pozmění chemickou strukturu a vytvoří novou, velmi nebezpečnou sloučeninu, která je následně prodávána ve specializovaných ochodech jako „sběratelský předmět“. Mezi uměle vytvářené drogy patří například amfetaminy a jejich deriváty.

c) Semisyntetické drogy

Jedná se o umělé a poloumělé látky s halucinogenními účinky na lidský organismus. Nejznámější semisyntetické drogy jsou heroin, LSD, kokain a morfin (Preventivní centrum | Prev-centrum [online]).

Dělení drog podle jejich vlivu na centrální nervovou soustavu:

Toto rozdělení bere v potaz působení látek na psychiku zdravých jedinců v běžně užívaných dávkách.

a) Tlumivé látky (narkotika)

Jejich hlavním účinkem je tlumení psychomotorického tempa, což znamená, že dochází ke zpomalení fyzické i psychické aktivity a zpomalení reakcí. Účinek je ovlivněn velikostí užití dávky, v malém množství tlumivé látky snižují bolest a zklidňují úzkosti, naopak ve větším množství vyvolávají spánek a může dojít až k úplnému zastavení činnosti tělesných orgánů. Velmi rychle na ně vzniká silná fyzická a psychická závislost, která je následována silným abstinčním syndromem. Mezi tlumivé látky patří léky na lékařský předpis (například: kodein a oxykodon), syntetické drogy (například: heroin a morfin) i běžně dostupný alkohol.

b) Psychomotoricky stimulační látky (stimulancia)

Stimulancia jsou látky, které mají povzbuzující účinky na centrální nervovou soustavu. Oproti tlumivým látkám dochází ke zrychlení a zvýšení duševní i fyzické aktivity a pocitu fyzické síly. Po jejich požití velmi rychle vzniká silná psychická závislost, která se projevuje halucinacemi, bludy a poruchami osobnosti. Stimulačními látkami jsou kokain, kofein, nikotin a pervitin, při užití vyšší dávky může dojít k předávkování organismu. V České republice je nejvíce užívanou psychotropní látkou pervitin, kvůli jeho ceně a možnosti výroby v domácích laboratořích. V těsném závěsu je kokain, který je užíván především bohatší vrstvou společnosti.

c) Halucinogenní látky (halucinogeny)

Jejich účinkem je změna vědomí, psychických funkcí a prožívání, ale nevzniká u nich závislost. Po požití se objevují silné sluchové i zrakové halucinace, které jsou ve většině případů velmi důvěryhodné a uživatel jim dokáže podlehnout. Uživatelé halucinogenních látek mají dobrou náladu a často propadají nezastavitelnému smíchu. Hlavními zástupci halucinogenů jsou lysohlávky a LSD.

d) Konopné drogy (kanabinoidy)

Kanabinoidy jsou látky, které jsou obsaženy v rostlině konopí setého (*Cannabis Sativa*) a jsou získávány z různých částí této rostliny, především z květů a pryskyřice. Hlavními zástupci získávanými z konopí jsou THC (delta 9 – tetrahydrokanabinol) a CBD (kanabidiol). Jejich působení na lidský organismus se liší, THC má psychoaktivní účinky, které se mohou projevat změnami vědomí, prožívání a vnímání času. Naopak CBD psychoaktivní účinky nemá a projevuje se spíše terapeutickými účinky při zmírňování úzkostí a zánětů. V České republice tvoří uživatelé konopných drog třetí nejpočetnější skupinu uživatelů návykových látek (Národní zdravotnický informační portál | NZIP [online]).

Tabulka 3 Dělení drog podle jejich působení na centrální nervovou soustavu

Druh látky	Somatická závislost	Psychická závislost	Tolerance na látku
Stimulační látky	Nevzniká	Silná	Velmi rychlá
Kokain	-	+	+
Pervitin	-	+	+
Halucinogenní látky	Nevzniká	Žádná až mírná	Pomalá
LSD	-	+,-	+,-
Psilocibin	-	+,-	+,-
Tlumivé látky	Silná	Silná	Velmi rychlá
Alkohol	+	+	+
Těkavé látky	+	+,-	+
Opiáty	+	+	+
Barbituráty	+	+	+
Benzodiazepiny	+	+	+
Kanabinoidy	Žádná až mírná	Žádná až mírná	Pomalá/rychlá
THC	+,-	+,-	+,-
CBD	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování podle Kaliny (2008)

3.3 Odvykací stav

Liší se podle druhu návykové látky, na kterou si daný jedinec vytvořil závislost. Podle Kmocha je odvykací stav „soubor různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky a po opakovaném (obvykle dlouhodobém) užívání látky, případně po užívání vysokých dávek této látky“ (Kmoch in Kalina, 2008). U **konopných drog** vzniká psychická závislost, z toho důvodu není odvykací stav doprovázen silnými nežádoucími příznaky, většinou se objevuje třes rukou a neklid spojený s podrážděností. U **hypnotik** se odvykací stav dostaví během několik hodin po vysazení látky a je spojen s poruchami spánku, agresivním chováním a bolestmi svalů. Vysazení **stimulačních látek** je spojeno s velmi mírnými nežádoucími příznaky, příkladem je únava a zvýšený apetit. Poslední skupinou jsou halucinogeny, u kterých se odvykací stav odvíjí od množství a čistoty požití látky. Typickými nežádoucími příznaky jsou neschopnost zkoordinovat pohyby, zrakové

a sluchové halucinace, derealizace a depersonalizace (závislá osoba se vnímá jako divák, který sleduje svůj život) (Kalina, 2008).

3.4 Léčba závislosti

V České republice byla pro léčbu závislosti zřízena Centra pro léčbu drogových závislostí a protialkoholní ambulance. Je podmíněna svobodným rozhodnutím závislého jedince, který je ochoten se ze závislosti vyléčit. V životě ohrožujících případech může být nařízena soudně. Cílem je odstranit závislost úplně, jedná se ale o dlouhý a složitý proces, který nemusí být ve všech případech úspěšný. V současné době je hodně rozšířená tzv. substituční léčba, která spočívá v náhradě zneužívané návykové látky podobnou látkou s menšími nežádoucími účinky na zdraví. Současně dochází i k výměně rizikové aplikace (injekční) za méně rizikovou (tablety). Cílovou skupinou jsou především osoby závislé na opiátech. Nejčastěji používanou nahrazující látkou je roztok metadonu, který po vypití působí na opiátové receptory v mozku (Pavlovská, in Kalina, 2015).

Aby byla léčba efektivní, tak musí podle Nešpora splnit třináct principů:

1. Léčba závislostí je individuální a musí být upravena každému závislému člověku „na míru“,
2. důležitá je rychlá dostupnost léčby,
3. musí pokrýt všechny potřeby závislé osoby (tělesné, duševní, právní),
4. je potřeba ji průběžně přizpůsobovat měnícím se potřebám,
5. delší léčba přispívá k lepším výsledkům,
6. součástí musí být individuální i skupinové poradenství,
7. léčba musí být v případě potřeby doplněna vhodnou medikací,
8. závislé osoby s psychickými poruchami musí být léčeny pro obě věci současně,
9. detoxikace je jenom jedno stádium léčby a samotná nepřináší žádný efekt,
10. léčba nemusí být v ojedinělých případech dobrovolná,
11. v rámci léčby je důležité kontrolovat, zda závislá osoba neporušuje abstinenci,
12. součástí léčby musí být i vyšetření na HIV,
13. léčba závislosti je dlouhodobý proces (Nešpor, 2011).

4 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Alkohol je v České republice, ale i v dalších zemích Evropské unie, nejrozšířenější a nejčastěji užívanou psychotropní látkou. Podle Ganeri (2001) je více než 90 % české populace konzumenty alkoholu v jakémkoliv množství. Z průzkumů Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2019 vyplývá, že *„alkohol v životě pilo 95,1 % 16letých studentů, přičemž 42,0 % (45,5 % chlapců a 38,4 % dívek) lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu, protože uvedli pití alkoholu s frekvencí více než 20krát v životě“* (Evropská školní studie o alkoholu a jiných návykových látkách | ESPAD [online]). Vliv na nárůst konzumentů alkoholu mají jeho účinky uklidnění a opojení, ale také snadná dostupnost. V České republice je konzumace alkoholu na vyšších příčkách, podle dat Českého statistického úřadu připadá 10 l etanolu na jednoho člověka a denně pije alkohol 6 až 10 % dospělých občanů. Ročně se zkonsumuje 100 až 150 milionů l etanolu, nejčastěji se konzumuje ve formě piva (48 %), lihovin (28 %) a vína (4 %). V rizikové oblasti konzumace alkoholu se v dlouhodobém hledisku nachází 1,3 až 1,7 milionů občanů a do kategorie škodlivého pití lze zařadit 720 až 900 tisíc jedinců.

Z hlediska pohlaví jsou častějšími konzumenty muži, podle dat Českého statistického úřadu jejich počet v posledních letech mírně klesá, což je způsobeno poklesem denního a škodlivého pití. *„Alkohol v posledních 12 měsících v Česku konzumovalo celkem 80,1 % respondentů, mezi muži to bylo 88,0 % a z žen 72,5 %“* (Český statistický úřad | ČSÚ [online]). Účinky alkoholu mají horší dopad na ženy, které jsou mnohem citlivější než muži a jsou vystaveny většímu riziku poškození zdraví a vzniku nádorových onemocnění i po menších dávkách, než užívají muži. Na ženský alkoholismus je ze strany společnosti pohlíženo jinak, proto se ženy často snaží své pití tajit a stydí se za něj.

V průběhu let bylo časté užívání alkoholických nápojů omezeno různými nařízeními, ve 20. a 30. letech dvacátého století došlo v USA k prohibici (tedy k úplnému zákazu alkoholických nápojů). V roce 1892 byly na švédských školách zavedeny povinné semináře o účincích a rizicích alkoholických nápojů. I dnes je koupě alkoholických nápojů ve Švédsku omezena, alkohol je zdaněn podle obsahu etanolu a nápoje s více než 3.5 % lze koupit pouze ve specializovaných obchodech. Cílem těchto opatření je omezení užívání alkoholu a s tím i souvisejících zdravotních problémů.

4.1 Definice alkoholu

Alkohol, chemickým názvem, etylalkohol (C_2H_5OH) je psychotropní látka, která působí na centrální nervovou soustavu. Jeho označení pochází z arabštiny „Al-kahal“, což v překladu do češtiny znamená substance (Urban a Dubský, 2008). Jeho výroba je lehce specifická, podle Kaliny (2003) „vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buď z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (např. při domácí výrobě destilátů) vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv (působí oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu“ (Kalina, 2003, s. 151).

S obsahem alkoholu se lze setkat v alkoholických nápojích (což jsou destiláty, pivo a víno). Za alkoholický nápoj lze označit tekutiny, které obsahují více než 0.5 % etanolu. Existují i nápoje se sníženým obsahem alkoholu, které obsahují 0.5 až 1.2 % etanolu. Světová zdravotnická organizace udává, kolik procent čistého alkoholu musí jednotlivé alkoholické nápoje obsahovat. U piva musí být splněno 2 až 5 % etanolu, u destilátů to je 25 až 90 % etanolu a u vína je požadavek na 11 až 19 % etanolu. Zdraví neohrožující, denní doporučená dávka čistého alkoholu je 40 g pro muže a 20 g pro ženy (Světová zdravotnická organizace | WHO [online]).

Podle Nešpora (2011) není alkoholismus spojen se závislostí na konkrétním druhu alkoholu. Po požití alkoholických nápojů přichází stav opilosti, který se projevuje veselou náladou, zvýšením energie a sebevědomí. Tento stav v případě větších dávek přechází v útlum organismu a spánek.

Kalina (2008) proces intoxikace rozděluje podle množství alkoholu v krvi (alkoholémie) do několika fází:

1. *excitační fáze: lehká opilost (alkoholémie do 1.5 g/kg),*
2. *opilost středního stupně: hypnotické stádium (alkoholémie 1.6 až 2.0 g/kg),*
3. *těžká opilost: narkotické stádium (alkoholémie více než 2 g/kg),*
4. *těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozí zástava dechu a oběhu: asfyktické stádium (alkoholémie nad 3 g/kg)“ (Kalina, 2008, s. 341).*

Během 20. století se objevily 3 odlišné pohledy na užívání alkoholických nápojů, a alkohol celkově.

a) Morální pohled

Závislost na alkoholu je vnímána jako zlo a hřích, který musí být převychován. Závislé osoby jsou za pití alkoholických nápojů trestány.

b) Medicínský pohled

Alkoholismus vnímán jako onemocnění, závislé osoby už nejsou trestány a je jim poskytnuta léčba.

c) Sociálně preventivní pohled

Koncepce Světové zdravotnické organizace z roku 1974 přichází s pojmem „Problémy související s alkoholem“. Podle této koncepce není alkohol problémem pouze alkoholiků, ale dotýká se širší veřejnosti. Existují situace, kdy dopravní nehodu zaviní opilý řidič, který není závislý na alkoholu (Urban a Dubský, 2008).

Konzumenti alkoholu

Osoby, které požívají alkohol se podle Nešpora a Csémy (1996) dělí do čtyř skupin podle způsobu užívání. **Konzument** popíjí jenom ojedinele, například na společenských akcích. Nepije alkohol s cílem se opít, ale chce si užít jeho chuť a začlenit se do kolektivu dalších konzumentů. **Abstinent** se alkoholu vyhýbá a obklopuje se okruhem lidí, kteří ho v jeho přístupu podporují. V rámci České republiky je velmi malý počet abstinentů a společnost na ně pohlíží s nepochopením. Osobu, která si nedokáže svůj den představit bez denní dávky alkoholu lze označit za pijáka. **Piják** pije s cílem zlepšení nálady a uvolnění. U **alkoholiků** už se vyskytuje závislost na alkoholu, pijí cokoliv a v jakémkoliv množství, jen aby uspokojily své touhy (Nešpor a Csémy, 1996)

4.2 Alkoholismus

Alkoholismus je nové označení pro závislost na alkoholu a alkoholových výrobcích. Původně se používal termín opilství, označení déletrvajícího onemocnění, které negativně působilo na fyzické i psychické zdraví člověka. Závislost na alkoholu, ale kromě fyzického a psychického zdraví, působí i na společnost a rodinné příslušníky závislé osoby. Termín alkoholismus je spojen se jménem švédského lékaře Magnusse Huse, který jej poprvé použil v roce 1849 ve své knize Chronické alkoholové onemocnění a vnímá ho jako intoxikaci organismu. „*Alkoholismus*

je běžně chápán jako nadměrné či pravidelné pití alkoholu, spojené s nebezpečím získání návykového chování“ (Kapr in Urban, Dubský, Bajura, 2012, s. 98). Až v roce 1949 označila Světová zdravotnická organizace alkoholismus za lékařský problém. Je to dáno tím, že se jedná o nejčastější a nejnebezpečnější závislost, která se objevuje postupně při pravidelném a dlouhodobém užívání. Čím mladší konzumenti alkoholu jsou, tím rychleji závislost vzniká, u dospělých osob je to okolo 2 let, u osob mladších 15 let jsou to pouhé měsíce. Podle některých studií se v ojedinělých případech může závislost objevit až po 15 letech užívání (Urban a Dubský, 2008). Rozvoj závislosti je ovlivněn několika faktory, vliv mohou mít dědičné biologické dispozice závislosti, osobnost jedince, citlivost na alkohol, výchova a nevyhovující rodinné a společenské prostředí (Ühlinger a Tschui, 2009). Roli hrají i dvě důležité tolerance, behaviorální a metabolická. Behaviorální tolerance se projevuje učením organismu překonávat negativní účinky intoxikace organismu alkoholem. Podstatou metabolické tolerance je enzymatická indukce. Enzymy, které se podílí na štěpení alkoholu zvyšují svou aktivitu v závislosti na požitých dávkách ethanolu. Konzument musí následně zvyšovat dávky, aby se dostavil očekávaný účinek (Fischer a Škoda, 2014).

Stádia alkoholismu:

Americký alkohololog E. M. Jellinek (in Fischer, Škoda, 2009) člení průběh rozvoje závislosti na alkoholu do čtyř stádií.

a) Počáteční (prealkoholické) stádium

Konzument si začíná všimnout, že užívá alkohol v jiném množství a jiným způsobem než ostatní lidé. Alkohol je zde prostředkem k řešení problémů a navození pocitů opojení. Frekvence i množství pití je za účelem dosažení lepších účinků zvyšována.

b) Varovné (prodromální) stádium

Jedinec je čím dál odolnější, vytváří si toleranci k alkoholu a je pro něj těžší mít kontrolu nad frekvencí a množstvím. Začíná se za své pití stydět, objevují se výčitky a opilecká okénka (palimpsesty). Už se jedná o užívání, které ohrožuje zdraví daného jedince.

c) Rozhodné (kruciální) stádium

Pití alkoholu už se nedá kontrolovat, tolerance stále roste a opilecká okénka se objevují po každém požití. Konzument se přesvědčuje, že s pitím může kdykoliv přestat, realita je ale taková, že potřebuje pít skoro každý den. Mění se okruh lidí, se kterými tráví svůj volný čas,

obklopuje se dalšími pijáky, kteří ho nezahrnují výčitkami a v pití alkoholu ho podporují. Vlivem častého užívání alkoholu se mění hodnoty a osobnostní rysy.

d) Konečné (terminální) stádium

V této fázi už se jedná o závislost na alkoholu, která se projevuje sníženou tolerancí, nutkavou potřebou, nepřetržitým konzumováním, duševním a tělesným úpadkem a bezmocností. Závislý člověk se dostává do situace, kdy není schopen fungovat s alkoholem, ani bez alkoholu (Fischer a Škoda, 2009).

Typy alkoholismu:

E. M. Jelinnek člení alkoholismus podle délky a náročnosti do 6 skupin, které označuje písmeny řecké abecedy:

a) ALFA alkoholismus:

Konzument je, v rámci běžného pití, schopen kontrolovat frekvenci a množství požitého alkoholu a nehrozí tak další stádium alkoholismu.

b) BETA alkoholismus:

Alkohol je konzumován v rámci společenských akcí, jedná se tedy o pravidelné a dlouhodobé užívání, které směřuje k tělesnému poškození.

c) GAMA alkoholismus:

Ztráta kontroly nad frekvencí a množstvím požitého alkoholu vlivem zvýšené tolerance.

d) DELTA alkoholismus:

Alkoholik si udržuje každodenní hladinku, která ho dostává do stavu, kdy není ani opilý, ani střízlivý.

e) EPSYLON alkoholismus:

Neúspěšná snaha přestat s pitím alkoholu, střídají se fáze užívání a fáze odvykání.

f) Chronický alkoholismus:

Následkem pravidelného a dlouhodobého užívání je duševní a tělesné poškození organismu (Pokorný, Telcová a Tomko, 2002).

4.3 Odvykací stav

U osob se závislostí na alkoholu se odvykací stav dostavuje během pár hodin až dní po omezení či přerušení konzumace. Je doprovázen řadou nežádoucích příznaků, které mohou trvat krátkodobě i dlouhodobě. Mezi krátkodobé nežádoucí odvykací příznaky podle Kaliny (2008) patří neustálý třes rukou, nadměrné pocení celého těla, migrény, křeče, poruchy spánku doprovázené zrakovými a sluchovými halucinacemi. Za nekritičtější je považován druhý den odvykání, většina těchto příznaků odezní do pěti dní. Problémy se spánkem a halucinace mohou přetrvávat i několik měsíců. Specifickým příkladem odvykání je odvykací stav s deliriem, který je velmi nebezpečný a je spojen s vysokou úmrtností. Dlouhodobé užívání může u jedince vyvolat psychická onemocnění, například alkoholovou halucinózu, která se projevuje trvalou přítomností sluchových i zrakových halucinací, a alkoholovou demenci (Kalina, 2008). Závislost na alkoholu se nedá úplně vyléčit, ale existují léčebné postupy, jak proces závislosti zmírnit. Prostřednictvím detoxikace formou farmakoterapie se z organismu dostává návyková látka. Léky, které bývají předepisovány v lehčích případech jsou benzodiazepamy a v těžších případech pak psychofarmaka (například clomethiazol) (Kalina, 2008).

5 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ

Chorobná závislost na hazardních hrách je v České republice čím dál rozšířenější. S herními automaty se lze setkat na každém rohu a vidina rychlého a nenáročného zisku je velkým lákadlem. Podstatou hazardních her je finanční obnos v určité hodnotě, který hráči umožňuje koupit si výhru. Pravidla jsou nastavena takovým způsobem, který je pro hráče hazardních her nevýhodný, zisk je ve většině případech na straně provozovatele herny, hráči jsou z hlediska dlouhodobého hraní ve ztrátě, i přesto ve hře pokračují. Závislé osoby jsou schopny na automatech prohrát celé jmění, ve snaze získat peníze zpět, se dostávají do začarovaného kruhu. Časté hraní je spojeno se snahou utéct každodennímu stresu a využitím přebytku volného času. Mnohem častěji se vyskytuje u mužů než u žen (zhruba v poměru 2:1). Ženy na rozdíl od mužů začínají s gamblingem až v pozdějším věku, ve snaze utéct depresím.

Ministerstvo financí vytvořilo seznam osob, které se nesmí v České republice hazardních her účastnit, jedná se o osoby, které pobírají dávky v hmotné nouzi, osoby mladší 18 let a osoby v životním a existenčním minimu (Ministerstvo financí | MFČR [online]). Hlavním zákonným předpisem, který upravuje hazardní hry je zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách, který vešel v platnost na začátku roku 2017. Cílem je zlepšit výběr daní z hazardních her, omezit patologické hráčství a upravit pravidla pro provozování heren (Zákon o hazardních hrách | MFČR [online]).

V posledních letech dochází v České republice k mírnému nárůstu účastníků hazardních her, především loterií a kurzového sázení. Podle souhrnné zprávy o závislostech „*hraní hazardních her v posledních 12 měsících uvádí 35 až 50 % dospělých, nejvíce lidí hraje loterie. Po vyloučení loterií uvádí hraní hazardních her 13 až 20 % dospělé populace*“ (Souhrnná zpráva o závislostech v ČR, 2023, s. 9). Z hlediska pohlaví se hraní hazardních her věnují spíše muži, kteří také 5 krát více podstupují následnou léčbu spojenou s hraním. Hraní představuje pro hráče i určité riziko, dlouhodobě se v riziku vyskytuje 140 až 250 tisíc občanů, ve vysokém riziku pak 60 až 110 tisíc.

5.1 Definice patologického hráčství

V rámci odborné literatury, která se věnuje problematice patologického hráčství se lze setkat s přijatou definicí gamblerství od Světové zdravotnické organizace. Původní definice je součástí Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10). „*Patologické hráčství (gambling, gamblerství) jsou časté, opakující se epizody, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních*

a rodinných hodnot a k zadlužení“ (Fischer a Škoda, s. 116). Mezi rizikové faktory patologického hráčství patří sociálně-ekonomický status, výchova a rodinné zázemí a užívání alkoholických nápojů a tabáku.

Důležité je odlišit hráče hazardních her od hráče patologického. Hazardní hráč (sázkař) je schopen své hraní řídit a kontrolovat, jde mu především o výhru. Patologický hráč už není schopen hraní kontrolovat, má neustálou potřebu hrát, nejde mu o výhru, ale o pocity spojené s hraním (Hejmalíčková, 2009). Za patologického hráče je označena osoba, která podle Mezinárodní klasifikace nemocí splňuje určitá kritéria. Těmito kritérii jsou:

- a) během dvanácti měsíců se u osoby objeví dvě či více hráčských epizod,
- b) hráčské epizody nepřináší hráči žádný zisk, ale přispívají k narušení běžného chodu života,
- c) osoba začíná vnímat neustálou potřebu hrát a není schopna s hraním přestat,
- d) během celého dne se myšlenky točí jen kolem hraní (Fischer a Škoda).

Prvním znakem častého hraní a rozvíjející se závislosti je nedostatek finančních prostředků. Patologičtí hráči tento problém nejdříve řeší půjčkami, ale nemají peníze na jejich splácení, takže se uchylují k nelegálním možnostem, jak peníze obstarat (například krádeže). Postupně dochází k narušení osobního i pracovního života, které se projevuje rozpadem rodiny a výpovědí ze zaměstnání (Fischer a Škoda).

5.2 Fáze patologického hráčství

Nešpor (2007) rozděluje proces rozvoje závislosti na hazardních hrách do tří fází:

a) Fáze výher:

Patologické hráčství začíná velmi nenápadně, počáteční občasné hraní není spojeno s žádnými problémy. Pokud se hráči podaří jednou vyhrát, tak chce i nadále zkoušet své štěstí a výhru zopakovat. Frekvence hraní se začíná stupňovat, pocity ze hry jsou intenzivnější a objevují se představy o vysokých výhrách. V této fázi se ještě jedinec může rozhodnout, zda bude v hraní pokračovat nebo nebude.

b) Fáze prohrávání:

Už se jedná o patologické hráčství, protože jedinec nedokáže z vlastní vůle s hraním přestat. Střídají se období dlouhého prohrávání se snahou s hraním přestat. Hazardní hry jsou financovány z půjčených peněz, protože vlastní finanční prostředky už došly. Opakované neúspěšné pokusy přivádí jedince ke špatné náladě, podráždění a uzavřenosti.

c) Fáze zoufalství:

Patologický hráč v této fázi přichází o rodinu, přátele a zůstává na vše sám. V období samoty se utápí v sebelítosti a propadá výčitkám svědomí a depresím. Neuvědomuje si, že za svou špatnou situaci může sám a viní osoby ze svého okolí. Snaha obstarat finanční hotovost se často zvrtné v páchání trestných činů krádeže a podvodů. Výpověď v zaměstnání a rozpad rodiny může vést k rozvoji dalších závislostí (Mühlpachr, 2008).

Typy patologických hráčů:

Chvíla (in Mühlpachr, 2008) na základě diagnostického manuálu Americké psychiatrické asociace rozeznává několik typů patologických hráčů:

Typ A:

Převládá chuť znovu prožít pocity při hraní hazardních her, narůstá finanční obnos vkládaný do hry, myšlenky se točí kolem možností, jak získat peněžní prostředky pro další hraní. Typickým představitelem patologického hráče typu A je jedinec s narušenými sociálními vazbami.

Typ B:

Hry slouží jako řešení špatné nálady, úzkosti a útek před realitou. Jedinec si nedokáže přiznat své problémy a snaží je utajit, za svou špatnou situaci viní rodinné příslušníky. Typická je zde zvýšená úzkost a nízké sebevědomí.

Typ C:

Má největší problémy kontrolovat frekvenci hraní a hra se stává nedílnou součástí každodenního života. Jedinec vlivem hraní přichází o práci, sociální vazby i rodinu. Neúspěšné hraní se projevuje zvýšenou agresivitou a kompulzivním jednáním (jednotlivec nedokáže sám sebe kontrolovat a opakuje známé vzorce chování) (Mühlpachr, 2008).

5.3 Léčba patologického hráčství

Patologičtí hráči se ke své léčbě uchýlí jen ve výjimečných případech, protože si svou závislost neuvědomují. Důvodem pro zahájení léčby může být ultimátum ze strany zaměstnavatele, věřitele a rodiny či soudní příkaz, základem je ale svobodné rozhodnutí daného jedince. Léčba probíhá v rámci specializovaných psychiatrických ordinací a ambulancí klinických psychologů.

Jedná se velmi dlouhý a komplexní proces, který nemusí být úspěšný a vyžaduje zopakování. V rámci léčby se často objevují relapsy (= návraty k hraní) a hráčské epizody, které mohou ovlivnit výsledek léčby (Nešpor, 1999).

6 EKONOMICKÉ DOPADY SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

Se sociálně patologickými jevy, zejména závislostmi, jsou spojeny různé negativní dopady nejen na samotného závislého člověka, ale i na celou společnost. Jedná se o dopady společenské, zdravotní a ekonomické. Společenskými dopady mohou být snížení kvality vlivem existence sociálně patologických jevů ve společnosti, strach a úzkosti. Dopady na zdraví závislých osob se mohou projevit až po delší době užívání, nejčastějšími zdravotními následky jsou kardiovaskulární onemocnění, různé typy infekcí nebo dokonce selhávání jednotlivých orgánů (Mahdalíčková, 2014). Následky nemusí být pouze fyzického rázu, často se lze setkat s neviditelnými psychickými následky, které mohou být v mnoha případech horší než ty fyzické. Příkladem mohou být psychická onemocnění, deprese a úzkosti (Mahdalíčková, 2014).

Největšími dopady jsou ty ekonomické, velikost finančních prostředků vynaložených na prevenci, léčbu a následné řešení následků zneužívání se každý rok zvyšuje a stává se zátěží státních rozpočtů. Tato problematika se dotýká každého z nás, protože v podobě úhrady daní se podílíme na jejím řešení.

Výroční zpráva o nelegálních drogách v ČR za rok 2023 uvádí, že poslední známý odhad výše společenských nákladů na řešení problematiky drog pochází z roku 2007. Výdaje shrnuje následovně: *„celkové hmotné náklady na návykové látky podle této studie činily v roce 2007 v České republice 56,2 mld. Kč (1,6 % HDP), z toho náklady související s tabákem 33,1 mld. Kč (59,0 %), alkoholem 16,4 mld. Kč (29,1 %) a nelegálními drogami 6,7 mld. Kč (11,9 %). U nelegálních drog tvořily většinu nákladů přímé výdaje na prosazování práva (5,1 mld. Kč). Přímé náklady zdravotnictví dosahovaly 765 mil. Kč, v tom na léčbu závislostí 144 mil. Kč“* (Výroční zpráva o nelegálních drogách v ČR rok 2023, s. 89). Do této oblasti lze zařadit i výdaje domácností na spotřebu návykových látek, ta byla v roce 2022 podle dat Českého statistického úřadu ve výši *„10 000 000 000 Kč (což je 0,3 – 0,5 % celkových výdajů domácností, což je přibližně 10krát méně než na alkoholické nápoje nebo tabákové výrobky“* (Výroční zpráva o nelegálních drogách v ČR za rok 2023, s. 89).

Tabulka 4 Výdaje domácností na konečnou spotřebu podle účelu v letech 2012 až 2022 (národní pojetí)

Rok	Celkové výdaje	Výdaje na alkoholové nápoje		Výdaje na tabákové výrobky		Výdaje na narkotika	
	mil. Kč	mil. Kč	Podíl (%)	mil. Kč	Podíl (%)	mil. Kč	Podíl (%)
2012	1 995 221	74 082	3,7	84 858	4,3	9 800	0,5
2013	2 026 506	74 500	3,7	86 680	4,3	9 700	0,5
2014	2 071 867	76 298	3,7	88 716	4,3	10 474	0,5
2015	2 152 039	80 736	3,8	95 485	4,4	10 228	0,5
2016	2 240 966	81 175	3,6	99 774	4,5	10 100	0,5
2017	2 383 298	80 811	3,4	105 182	4,4	9 837	0,4
2018	2 524 217	91 112	3,6	108 459	4,3	9 724	0,4
2019	2 662 967	95 618	3,6	111 196	4,2	10 169	0,4
2020	2 536 320	97 7730	3,8	109 814	4,3	10 036	0,4
2021	2 715 952	100 747	3,7	118 623	4,4	10 036	0,4
2022	3 106 523	110 215	3,5	125 897	4,1	10 035	0,3

Zdroj: vlastní zpracování podle dat ČSÚ

Následující tabulka zobrazuje podíl výdajů domácností na alkoholové nápoje, tabákové výrobky a narkotika na celkových výdajích v letech 2012 až 2022. Podíl specifických výdajů se výrazně nemění, lze hovořit o stabilním vývojovém trendu. Stabilní trend naznačuje, že i přes nárůst celkových výdajů se podíl specifických výdajů na celkových výdajích prakticky nezměnil. Celkové výdaje v průběhu let narůstají, v jedenáctiletém horizontu se jedná o nárůst v podobě 55 %. Nejvyšší výdaje jsou vynakládány na tabákové výrobky, zde se jedná o nárůst v podobě 48 %. Nejnižší výdaje jsou vynaloženy na narkotika, kde lze vidět 2% nárůst.

Tabulka 5 *Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle jednotlivých resortů vlády v letech 2012 až 2022, v tisících Kč*

ROK	RESORT VLÁDY							Celkové výdaje
	RVKPP	MŠMT	MPO	MPSV	MZ	MS	MV	
	tis. Kč		tis. Kč		tis. Kč		tis. Kč	
2012	85 578	11 191	2 372	84 356	13 956	933	0	198 386
2013	91 350	10 500	379	94 289	15 000	3 300	5 000	219 818
2014	93 198	11 956	448	143 024	23 607	11 064	19 831	303 128
2015	94 987	12 196	488	160 657	23 118	11 938	25 030	328 414
2016	125 940	11 905	468	185 375	21 009	14 911	0	359 608
2017	142 925	12 058	712	207 230	36 013	16 493	0	415 431
2018	188 777	19 903	763	291 583	43 103	16 229	0	560 358
2019	231 090	19 366	732	292 041	30 071	13 455	0	586 755
2020	299 331	3 542	666	344 295	6 785	6 784	19 636	371 239
2021	306 329	2 763	756	378 700	9 627	11 905	332	701 752
2022	295 249	4 380	743	502 549	6 169	12 639	8 226	829 955

Zdroj: vlastní zpracování podle dat ČSÚ

V roce 2022 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) vyčlenila ze svých finančních prostředků 295 mil. Kč na protidrogovou politiku, což je v porovnání s předcházejícím rokem pokles o 3,5 %. K poklesu výdajů na prevenci a léčbu došlo i u Ministerstva zdravotnictví (MZ), které vyčlenilo částku 6 mil. Kč (v roce 2021 to byla částka 9,6 mil. Kč) na detoxikaci, substituci návykových látek metadonem a následnou léčbu. U dalších resortů vlády dochází k nárůstu výdajů na protidrogovou politiku.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) věnovalo na prevenci a vzdělávání v oblasti drogové problematiky 4,4 mil. Kč, příjemcem finančních prostředků byly především vzdělávací zařízení a nestátní neziskové organizace pracující s dětmi a mládeží.

Ministerstvo průmyslu a obchodu (MPO) přispělo na primární prevenci částkou 743 000 Kč. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) věnovalo ze svého rozpočtu největší objem finančních prostředků a to 503 mil. Kč, což je v porovnání s předcházejícím rokem nárůst o 33 %. Ministerstvo spravedlnosti (MS) věnovalo na Probační a mediační službu 12,6 mil. Kč. Ministerstvo vnitra (MV) začalo poskytovat finanční příspěvek na prevenci závislostí až v roce 2020, kdy poskytla 19 mil. Kč, v roce 2022 došlo k poklesu na 8,2 mil. Kč (největší část byla poskytnuta na aktivity k prosazování práva) (Výroční zpráva o nelegálních drogách v ČR za rok 2023, s. 27).

Zábranský (2012) se zabývá finanční zátěží společnosti na řešení problémů spojených se zneužíváním návykových látek a označuje ji pojmem ekonomická škoda. Pojem si můžeme představit jako peněžní vyjádření všech předchozích škod.

6.1 Metodika COI

Od 60. let se pro oceňování škod používá ukazatel COI (Cost Of Illness) což v překladu znamená náklady na nemoc. Nejobsáhlejším nástrojem, který lze použít k odhadu nákladů společnosti (výdaje na všechny druhy prevence, léčbu závislých osob, výzkum léků a dalších léčebných postupů, výdaje způsobené ztrátou produktivity společnosti) je analýza společenských nákladů zneužívání návykových látek. „*Studie COI kombinují epidemiologické databáze s finančními daty, aby dospěly k sumě v monetárních (peněžních) jednotkách, jejichž významem je forma vyjádření nákladů, jež nese společnost v souvislosti s existencí jisté nemoci*“ (Zábranský, 2012, s. 23). Základem této metodiky je předpoklad, že veškeré výdaje, které jsou použity na léčbu, nemohou být využity jiným způsobem a na jinou příležitost. Z toho vyplývá, že pokud by daná nemoc neexistovala, tak by finanční prostředky byly využity jiným způsobem. Pracuje se třemi typy nákladů, jedná se o náklady přímé, nepřímé a nehmotné.

Náklady přímé jsou finanční prostředky, které společnost vynaloží na léčbu a řešení následků užívání návykových látek.

- Výdaje na zdravotní péči,
- výdaje na prosazování práva,
- výdaje na prevenci, výzkum a vzdělávání,
- jiné náklady (dopravní nehody způsobené pod vlivem alkoholu a dalších návykových látek),
- náklady rodin (na nehrazenou péči a právní zastoupení).

Náklady nepřímé jsou spojeny se ztrátou produktivity společnosti, která je způsobena zvýšenou úmrtností vlivem užívání návykových látek. Je předpokládáno, že pokud by návykové látky neexistovaly, tak by všichni občané společnosti byli produktivní. Každá nemoc a tím způsobené snížení výkonnosti znamená ztrátu produktivity společnosti. Do nepřímých nákladů řadíme:

- Ztráty produktivity v důsledku nemocnosti,
- ztráty produktivity v důsledku úmrtnosti,
- ztráty produktivity v důsledku kriminálních kariér,
- ztráty produktivity rodin.

Náklady nehmotné

U tohoto typu nákladů se setkáváme s problematikou jejich ocenění, proto bývá často tato kategorie v rámci metodiky COI vyloučena. Pro ocenění těchto nákladů se využívají metody QUALY a ochota platit. Příkladem nehmotných nákladů je:

- „Bolest a utrpení,
- psychosociální vývoj,
- ztráta blízkých,
- rodinné zdraví,
- sekundární následky pro trh v důsledku snížené kupní síly“ (Zábranský, 2012, s. 70).

6.2 Speciální ekonomické evaluace

V rámci ekonomické evaluace se pro zhodnocení toho, zda následná intervence zlepšuje zdravotní stav závislých osob, využívá ekonomická analýza. Porovnává se zdravotní stav před zahájením léčby se stavem po ukončení léčby. V praxi se můžeme setkat se čtyřmi různými variantami ekonomických analýz, které se mezi sebou liší způsobem měření a oceněním výnosů pro jedince (Zábranský, 2012).

A) Analýza minimalizace nákladů

Nerozlišuje působení intervencí na kvalitu a kvantitu života, výsledky intervence vnímá jako totožné. U ostatních ukazatelů se působení na člověka měří v peněžních jednotkách. Výhodou této analýzy je podle Zábranského (2012) *„fakt, že problém změření nákladů je v nich redukován na prostý odhad monetárních následků vynaložených zdrojů. Jejich praktické použití je nicméně v oblasti drogové léčby (a prevence) jen velmi omezené. Lze totiž jen těžko tvrdit, že dvě léčebná zařízení (nebo dvě alternativní léčebné modalita) mají stejné výsledky co do individuálních zdravotních stavů“* (Zábranský, 2012, s. 71).

B) Analýza efektivity (účinnosti) nákladů

Analýza efektivity měří účinek léčby ve zdravotních jednotkách, dopady intervence pak v monetárních jednotkách. Zábranský (2012) popisuje podstatu této analýzy následovně *„podmínkou je mít jedno – hlavní – měřítko/jmenovatel, s jehož pomocí je pak zkonstruována stupnice účinnosti nákladů. Ta pak vyjadřuje čisté náklady na jednu jednotku* (Zábranský in Kalina, s. 71).

C) Analýza užítkovosti nákladů

Podle této analýzy mají všechny zdroje určitou hodnotu, tato hodnota je označována jako „oportunní náklad“, což znamená, že zdroje můžeme využít a určitým způsobem s nimi nakládat. Ve zdravotní sféře se oportunním nákladem rozumí příležitost rozhodovat o rovnováze prevence a následné léčby. Světová zdravotnická organizace doporučuje, „*aby se tato metoda používala tehdy, když je za důležitý výstup považována kvalita života. Tak může jít např. o evaluaci programů následné péče pro bývalé klienty dlouhodobé abstinenční léčby, k porovnání intervencí, které mají efekt jak na kvalitu, tak na délku života, nebo o programy komplexní, v nichž má řada intervencí různé následky a je třeba je nějakým způsobem porovnat*“ (Zábranský, 2001, s. 72).

D) Analýza nákladů a výnosů

Všechny náklady a výnosy jsou měřeny v peněžních jednotkách. Využití této analýzy je nejvýhodnější, pokud se snažíme zhodnotit, zda jsou výnosy vyšší než náklady a také je používána jako nejčastější argument pro (ne)zavedení některých programů (např. program typu harm reduction) (Zábranský, 2012).

7 Empirická sonda

Následující podkapitoly jsou věnovány výzkumu. Pro potřeby praktické části diplomové práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu v podobě anonymního dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit měsíční výdaje občanů České republiky na tabákové výrobky, alkoholové nápoje a patologické hráčství. Údaje zjištěné prostřednictvím dotazníkového šetření byli použity také v rámci ukazatele COI. Pomocí ukazatele COI (Cost of Illness) byla provedena ekonomická analýza nákladů na prevenci a následnou léčbu vybraných sociálně patologických jevů. Nejdříve byl zformulován hlavní cíl práce následovaný popisem zvolené výzkumné strategie, výzkumného vzorku a způsobu sběru dat. Na závěr jsou uvedeny výsledky a zpracování získaných dat.

7.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, kolik finančních prostředků průměrně měsíčně vynaloží občané České republiky na sociálně patologické jevy, konkrétně na tabákové výrobky, alkohol a hraní her na herních automatech.

7.2 Zdůvodnění zvolené výzkumné strategie

Vzhledem ke stanovenému hlavnímu cíli a tématu práce byla pro výzkum zvolena kvantitativní výzkumná strategie, pomocí které mohlo být osloveno širší spektrum respondentů a byl získán komplexní přehled o dané problematice. Disman (2011) ve svém díle definuje kvantitativní výzkum následovně *„kvantitativní výzkum je schopen nabídnout hodně užitečné informace o mnoha emigrantech. Je schopen říci, jak zobecnitelné jsou naše výsledky, je schopen potvrdit nebo vyvrátit naše hypotézy, vypočítat jaká je pravděpodobnost, že se mýlíme“* (Disman, 2011, s. 285). Na základě této definice a výsledného počtu respondentů se volba kvantitativní výzkumné strategie jeví jako správná. Podle Šeďové (in Švaříček, 2007) je kvantitativní výzkum proces, ve kterém lze zkoumat konkrétní jevy v určitém prostředí a snažit se na základě statistických dat získat celkový přehled o těchto jevech.

Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazníku, který umožňuje pokrýt širší spektrum dotazovaných a je jednou z nejčastěji používaných metod pro získávání dat. Chrásek (2007) definuje dotazník jako *„způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“* (Chrásek, 2007, s. 159). Dále uvádí, že je potřeba mít předem důkladně promyšlené a seřazené otázky, které budou v rámci dotazníkového šetření kladeny respondentům. Důležité je dát si pozor na množství kladených otázek a čas, který vyplňování dotazníku respondentům zabere,

dotazník je nesmí vyčerpat. Otázky musí mít jen jeden možný význam, díky tomu lze zabránit pochopení položené otázky více způsoby. Respondenti by měli mít zájem na vyplňování dotazníku spolupracovat, toho je dosaženo zdůvodněním účelu dotazníků. Pro předání dotazníků respondentům lze využít tři způsoby: „*osobní předání, předání prostřednictvím jiné osoby a předání poštou*“ (Chráska, 2007, s. 170). V současnosti se spíše využívá předání prostřednictvím sociálních sítí nebo e-mailové komunikace. Nejrychlejším způsobem je osobní předání, u sdílení prostřednictvím sociálních sítí a e-mailové komunikace je třeba očekávat nízkou návratnost. „*Údaje o průměrné návratnosti se v literatuře rozcházejí, ale jsou zhruba v intervalu od 30 % do 60 %*“ (Chráska, 2007, s. 170). Získaná data jsou zkontrolována z hlediska jejich správnosti a úplnosti, dotazníky s neúplnými informacemi či více odpověďmi nelze použít.

Výhodou dotazníkového šetření je zajištění anonymity respondentů a poskytnutí více času na promyšlení odpovědí. Naopak nevýhodou je podle Chrásky (2007) to, že dotazník nezískává informace o tom, jací respondenti ve skutečnosti jsou, ale o tom, jací chtějí být viděni. I když je dotazníkové šetření anonymní, tak se respondenti chtějí ukázat v lepším světle (Chráska, 2007). Dotazník může také vyplnit jiný člověk než ten, který byl k vyplnění dotazníku osloven. Problémem může být i výše zmíněná nízká návratnost. Výzkumný vzorek této práce tvořili občané České republiky, kteří byli osloveni přímo nebo prostřednictvím sociálních sítí za účelem vyplnění dotazníku. Respondenti byli především ze Středočeského a Královéhradeckého kraje

7.3 Způsob sběru dat

Dotazníkové šetření proběhlo v časovém období od 24. března 2024 do 26. dubna 2024. Dotazník byl vytvořen v písemné i elektronické podobě pomocí platformy Google forms. V příloze se nachází jeho ukázka. Respondenti byli dotázáni na 13 otázek, 10 z nich bylo zaměřeno na názor a informovanost respondentů v problematice sociálně patologických jevů a finanční zátěž způsobenou těmito jevy. Zbývající 3 otázky se věnovaly identifikačním znakům respondentů (věk, pohlaví a výše dosaženého vzdělání). Respondenty jsou občané České republiky, kteří byli osloveni za účelem dotazníkového šetření prostřednictvím osobního setkání a sociálních sítí, kde byl sdílen odkaz, který respondentů přímo odkázal na dotazník. Všichni dotazovaní byli informováni o tom, že dotazník je anonymní a slouží jen pro studijní účely této práce. Všechny otázky byly označené jako povinné a respondent je tak nemohl přeskočit, což zajistilo zodpovězení všech potřebných otázek. U každé otázky byla možnost

zvolit pouze jednu odpověď, v případě, že si respondent nevybral jednu z nabízených možností, mohl zvolit možnost „jiná“ a doplnit svou vlastní možnost. Dotazník byl respondentům k dispozici delší časové období, takže měli možnost si sami rozhodnout, kdy dotazník vyplní, z tohoto důvodu byla nejspíše zajištěna 100% návratnost. Celkem se anonymního dotazníkového šetření účastnilo 113 respondentů, 105 z nich vyplnilo dotazník v online prostředí a zbývajících osm ho vyplnilo v papírové podobě. Po uplynutí doby, kdy bylo možné do dotazníku v online prostředí vkládat odpovědi a po získání potřebného počtu respondentů byl dotazník pro veřejnost uzavřen, aby se předešlo následnému zkreslení výsledků.

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla podrobně zkontrolována z hlediska jejich správnosti a úplnosti. Kontrola byla zaměřena především na to, zda jsou v dotaznících vyplněny všechny odpovědi, zda je vybrána pouze jedna varianta možné odpovědi a jestli je možné dotazníky využít v rámci výzkumného šetření. Z celkového počtu 113 vyplněných dotazníků byly všechny správně vyplněny a nebyly zaznamenány žádné překážky jejich využití. Následně byly získaná data zpracována prostřednictvím MS Office, kde byla rozdělena do jednotlivých kategorií a byl pro ně vypočítán procentní podíl. Pro lepší prezentaci zjištěných výsledků je výzkum doplněn o grafickou prezentaci prostřednictvím grafů.

7.4 Analýza získaných dat

Následující kapitoly jsou věnovány popisu základního souboru z hlediska pohlaví, věku a výše dosaženého vzdělání. Všechny tyto informace jsou důležité pro komplexní přehled o sledované problematice.

Informace o základním souboru

Z celkového počtu 113 respondentů se dotazníkového šetření účastnilo 70 % žen a 30 % procent mužů, což může být způsobeno tím, že muži nemají o vyplňování dotazníků takový zájem.

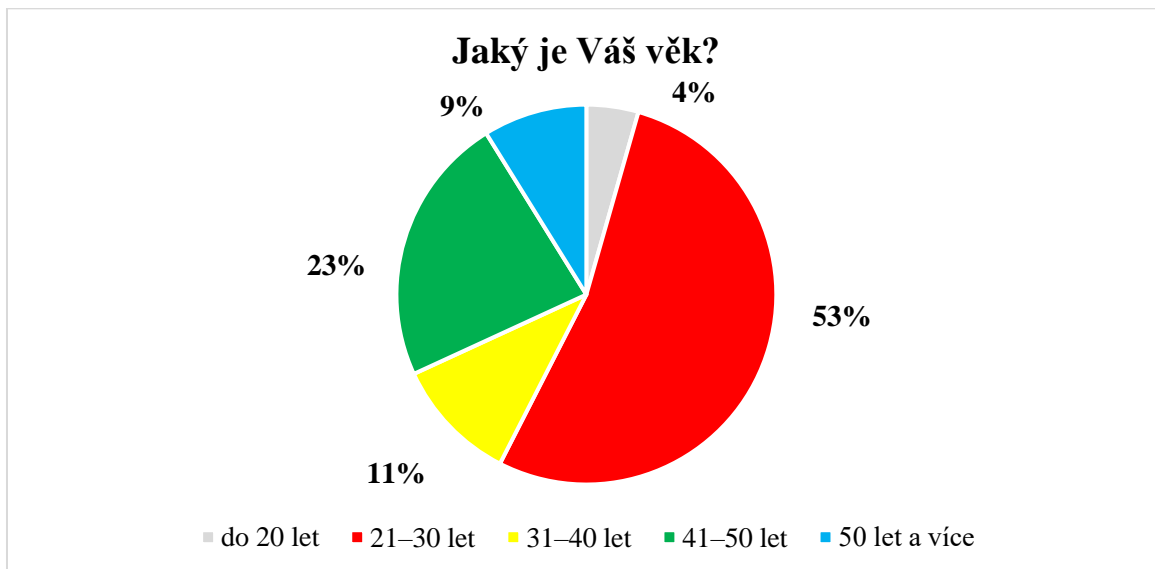
Obrázek 2 Popis základního souboru z hlediska pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska věku byla nejvíce zastoupena věková kategorie 21-30 let, kterou reprezentovalo celkem 60 osob. Následovala věková kategorie 41-50 let zastoupena 26 respondenty. Dotazník také vyplnilo 12 respondentů ve věkové kategorii 31-40 let. Nejméně byly zastoupeny věkové kategorie do 20 let a 50 let a více, do kterých patřilo jen 5 a 10 respondentů.

Obrázek 3 Popis základního souboru z hlediska věku

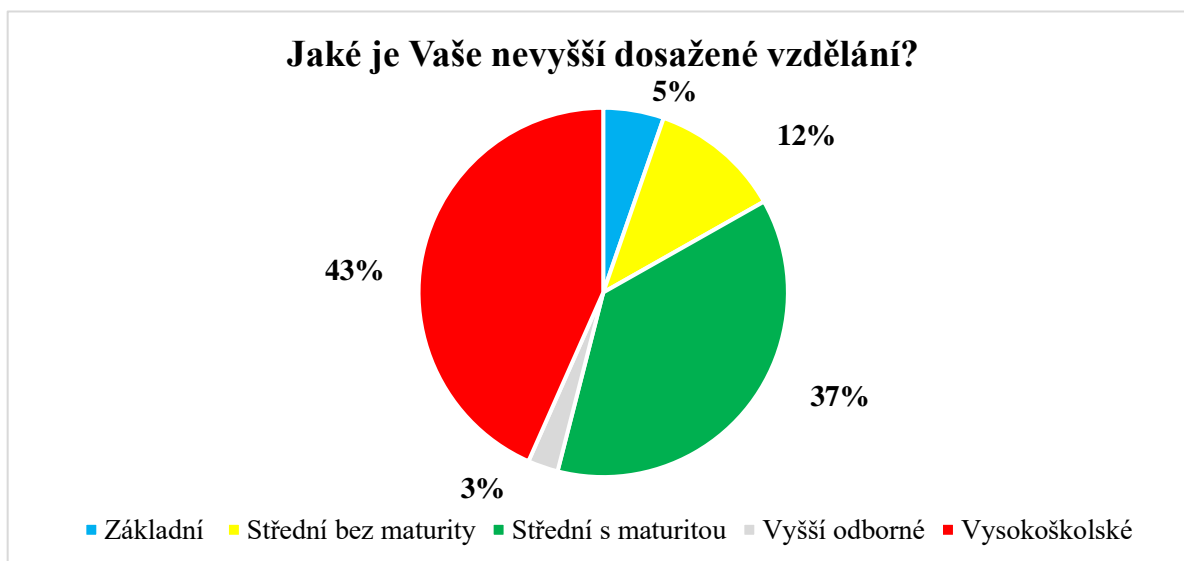


Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska nejvyšší dosažené vzdělání byla nejvíce zastoupena kategorie vysokoškolských respondentů, kterých vyplnilo dotazník 49. Hned v závěsu byla kategorie střední s maturitou, kde bylo celkem 47 respondentů. Následovala kategorie střední bez maturity, kam spadalo 13

respondentů. Do kategorie základní vzdělání patřilo 6 respondentů. A nejméně zastoupenou kategorií je vyšší odborné vzdělání, do které spadají jen 3 respondenti.

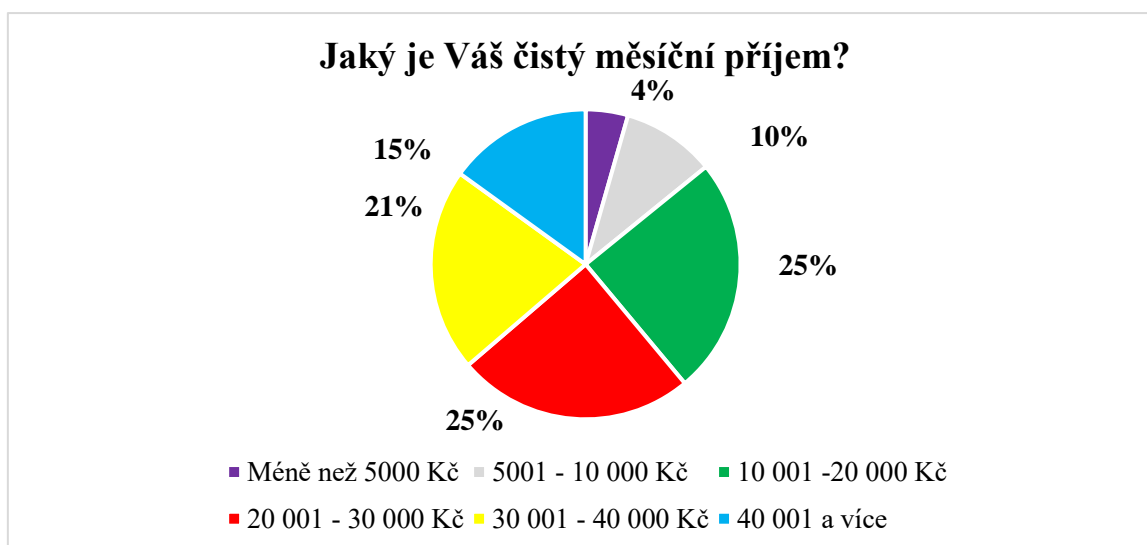
Obrázek 4 Popis základního souboru podle nejvýše dosaženého vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

Poslední identifikační otázka se týkala čistého měsíčního příjmu respondentů. Shodný počet 25 respondentů získala kategorie 10 001-20 000 Kč a také kategorie 20 001-30 000 Kč. Dotazníku se také zúčastnilo 24 respondentů s čistým měsíčním příjmem v rozpětí 30 001-40 000 Kč. 17 dotázaných zvolilo kategorii 40 001 a více. Čistý měsíční příjem v rozmezí 5 001 až 10 000 Kč vybralo 17 respondentů a nejméně zastoupenou kategorií je čistý měsíční příjem pod 5 000 Kč, což zvolilo jen 5 respondentů.

Obrázek 5 Popis základního souboru z hlediska čistého měsíčního příjmu



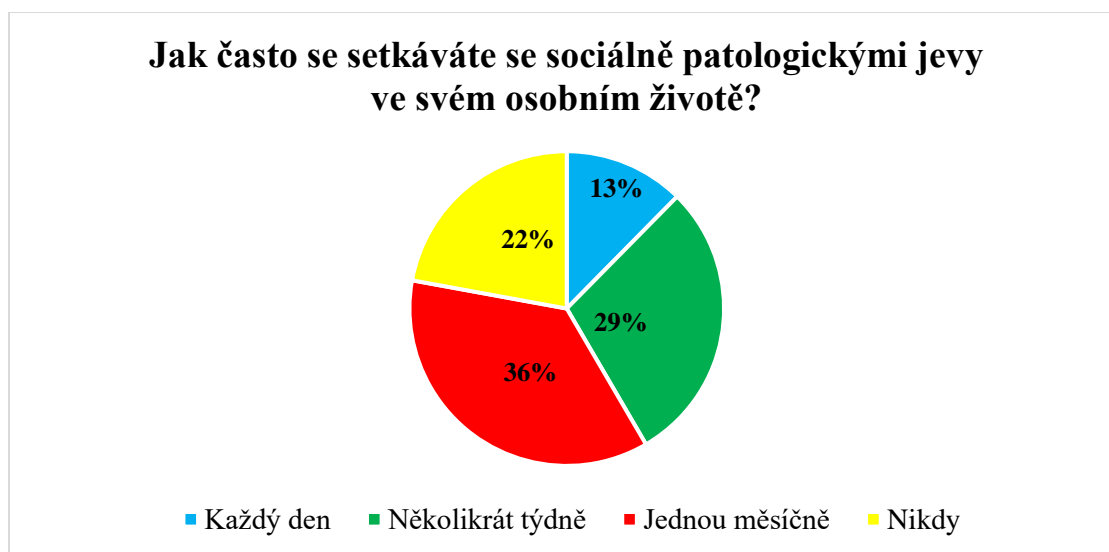
Zdroj: vlastní zpracování

Interpretace výsledků

Otázka č. 1: Jak často se setkáváte se sociálně patologickými jevy ve svém osobním životě?

První otázka dotazníkového šetření se týkala sociálně patologických jevů a jak často se s nimi respondenti ve svém osobním životě setkávají. Nejčastěji se vyskytovala odpověď jednou měsíčně, kterou zvolilo 41 respondentů. Následovala odpověď několikrát týdně, pro kterou hlasovalo 33 respondentů. Se sociálně patologickými jevy se ve svém životě nikdy nesešlo 25 dotázaných. A každý den se s nimi setkává 14 respondentů.

Obrázek 6 *Frekvence setkávání respondentů se sociálně patologickými jevy*

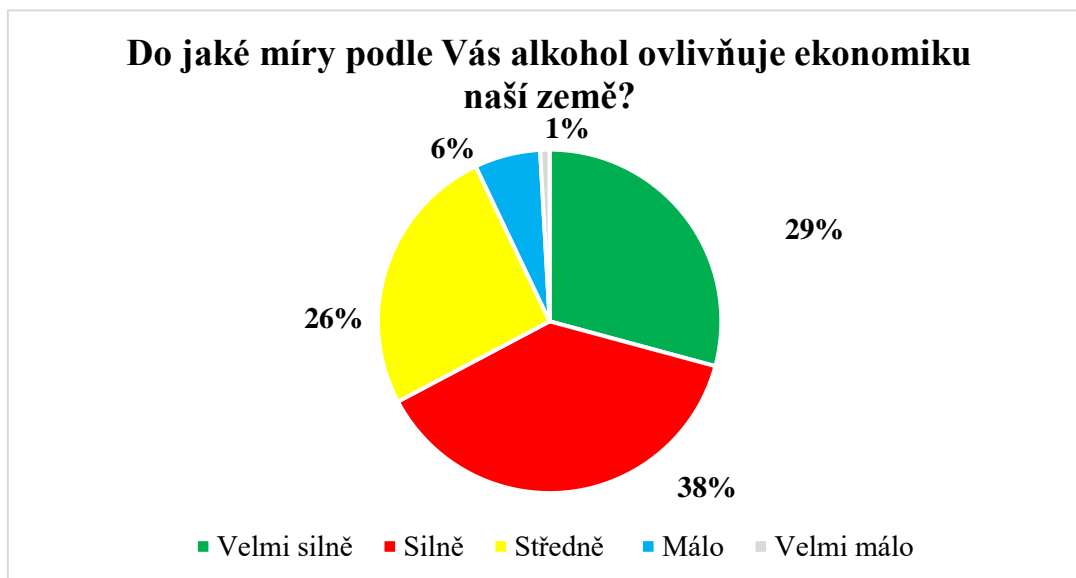


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 2: Do jaké míry podle Vás alkohol ovlivňuje ekonomiku naší země?

Další 4 otázky se týkaly konkrétních sociálně patologických jevů a jejich vlivu na ekonomiku České republiky. Prvním sociálně patologickým jevem byl zvolen alkohol. Největší počet respondentů, tedy 43, si myslí, že alkohol ovlivňuje ekonomiku naší země silně. Kategorii velmi silně zvolilo 33 respondentů. Střední vliv alkoholu volí 29 dotázaných. Dotazníku se také zúčastnilo 7 respondentů, kteří si myslí, že má alkohol malý vliv a 1 respondent, který zvolil kategorii velmi málo.

Obrázek 7 Rozdělení míry vlivu alkoholových výrobků na ekonomiku České republiky

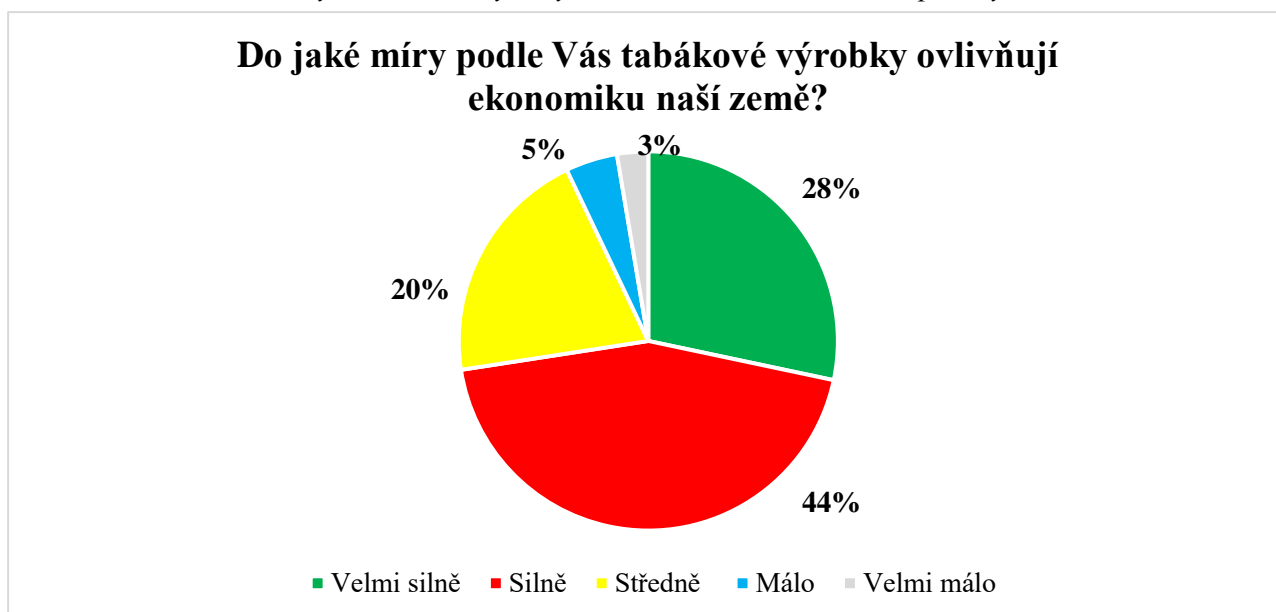


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 3: Do jaké míry podle Vás tabákové výrobky ovlivňují ekonomiku naší země?

Z hlediska míry vlivu byly tabákové výrobky podle respondentů vnímány jako závažnější. 50 respondentů si myslí, že mají tabákové výrobky silný vliv. Následuje 32 respondentů, kteří zvolili kategorii velmi silného vlivu. Se středním vlivem se ztotožňuje 23 dotázaných. Nejméně zastoupenými kategoriemi jsou malý a velmi malý vliv, které zvolilo 5 respondentů a 3 dotázaní.

Obrázek 8 Rozdělení míry vlivu tabákových výrobků na ekonomiku České republiky

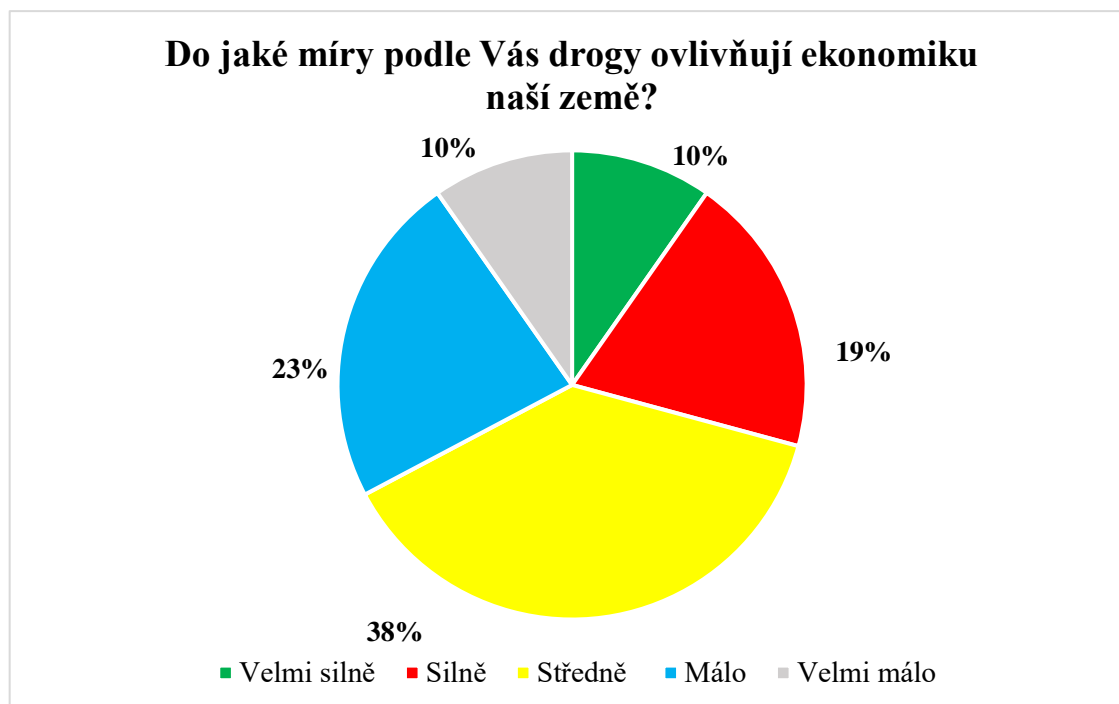


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 4: Do jaké míry podle Vás drogy ovlivňují ekonomiku naší země?

Podle dotázaných mají drogy menší vliv na ekonomiku České republiky než alkoholové výrobky. Největší počet respondentů, tedy 43, zvolilo kategorii středního vlivu. 26 dotázaných si myslí, že drogy mají malý vliv na ekonomiku naší země. Se silným vlivem se ztotožňuje 22 dotázaných. Shodný počet 11 respondentů získaly kategorie malého a velmi malého vlivu.

Obrázek 9 Rozdělení míry vlivu drog na ekonomiku České republiky

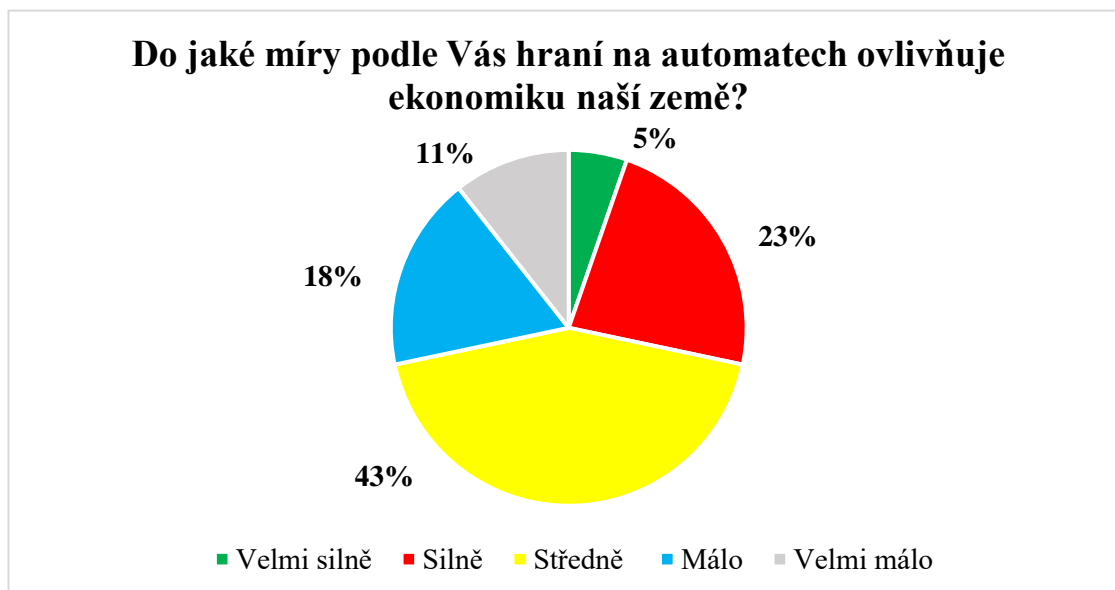


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 5: Do jaké míry podle Vás hraní na automatech ovlivňuje ekonomiku naší země?

Podle 49 dotázaných mají drogy na ekonomiku střední vliv. Následuje kategorie silného vlivu, kterou zvolilo 26 respondentů. 20 respondentů odpovědělo malý vliv. S velmi malým vlivem se ztotožňuje 12 dotázaných. Nejméně zastoupenou kategorií je velmi silný vliv, pro kterou se rozhodlo 6 respondentů.

Obrázek 10 Rozdělení míry vlivu hraní na automatech na ekonomiku České republiky

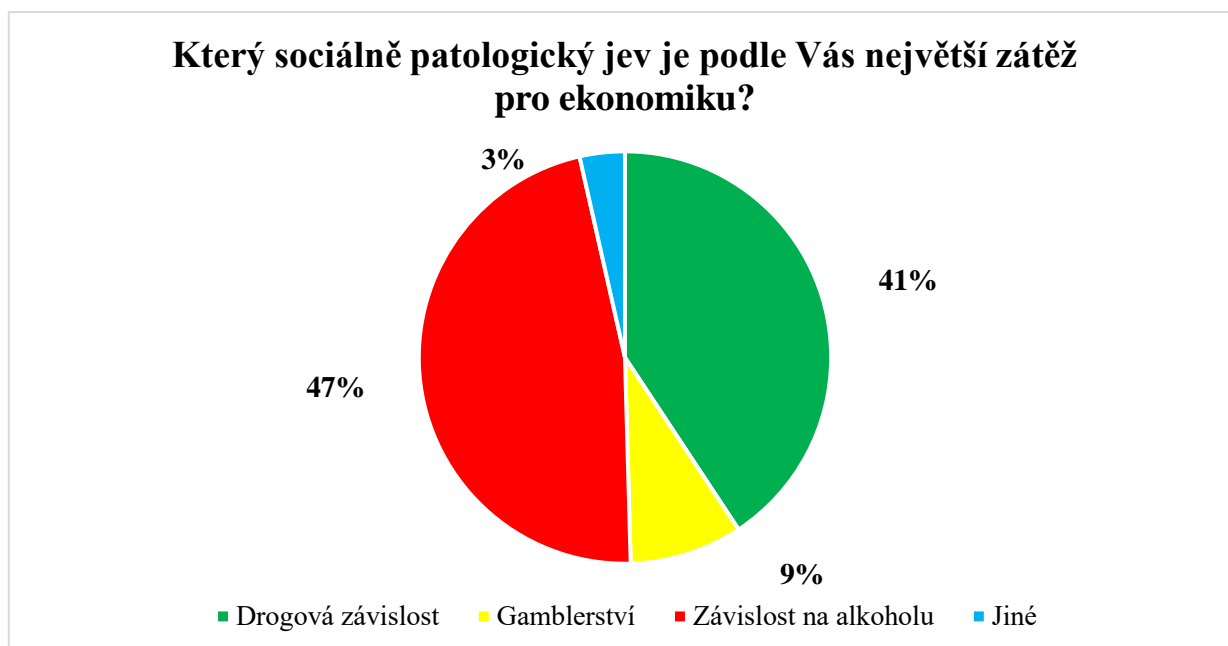


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 6: Který sociálně patologický jev je podle Vás největší zátěž pro ekonomiku?

Za největší zátěž respondenti považují závislost na alkoholu, kterou zvolilo 53 respondentů. Druhou největší zátěží je závislost na drogách, pro kterou se rozhodlo 46 dotázaných. Na poslední příčce skončilo gamblerství, které odpovědělo 10 respondentů. 4 dotázaní zvolili možnost „jiné“. Mezi možnosti, které byly zahrnuty do kategorie jiné patří podle respondentů sociální síť, obezita a také to, že všechny závislosti jsou na stejné úrovni, co se týká zátěže.

Obrázek 11 Rozdělení sociálně patologických jevů podle jejich zátěže

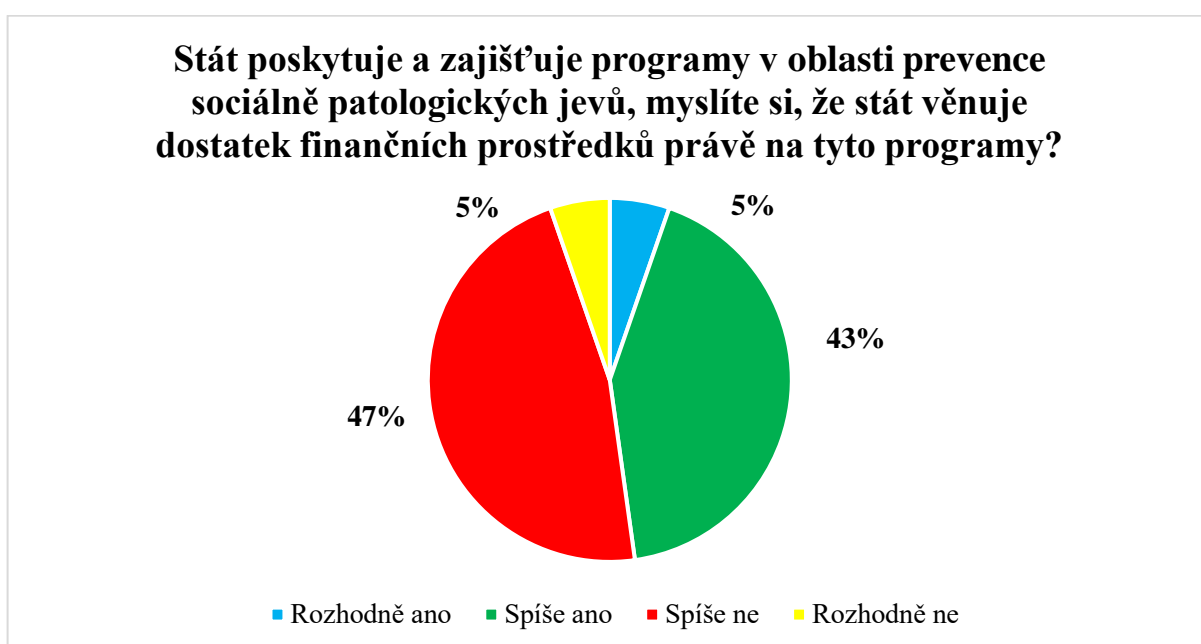


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 7: Stát poskytuje a zajišťuje programy v oblasti prevence sociálně patologických jevů, myslíte si, že stát věnuje dostatek finančních prostředků právě na tyto programy?

Sedmá otázka se týkala státních preventivních programů a objemu finančních prostředků, které na jejich podporu stát věnuje. Největší počet respondentů, tedy 48, zvolilo, že stát spíše neposkytuje dostatek peněžních prostředků. 48 respondentů si myslí, že stát spíše věnuje dostatek finančních prostředků. Shodný počet 6 respondentů odpovědělo, že stát rozhodně věnuje dostatek a rozhodně nevěnuje dostatek finančních prostředků.

Obrázek 12 Finanční prostředky na státní programy



Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 8: Setkal/a jste se někdy ve svém osobním životě s ekonomickými problémy způsobenými sociálně patologickými jevy (např.: nedostatek finančních prostředků, půjčky)?

Osmá otázka se zaměřila na ekonomické problémy, které mohou způsobovat sociálně patologické jevy s cílem zjistit, jestli se s nimi respondenti někdy setkali. 32 respondentů odpovědělo, že se rozhodně s ekonomickými problémy spojenými s těmito jevy setkaly. S ekonomickými problémy se spíše nesetkalo 31 dotázaných. Možnost spíše ano zvolilo 28 respondentů. Dotazníku se také zúčastnilo 22 respondentů, kteří odpověděli, že se s ekonomickými problémy rozhodně nesetkali.

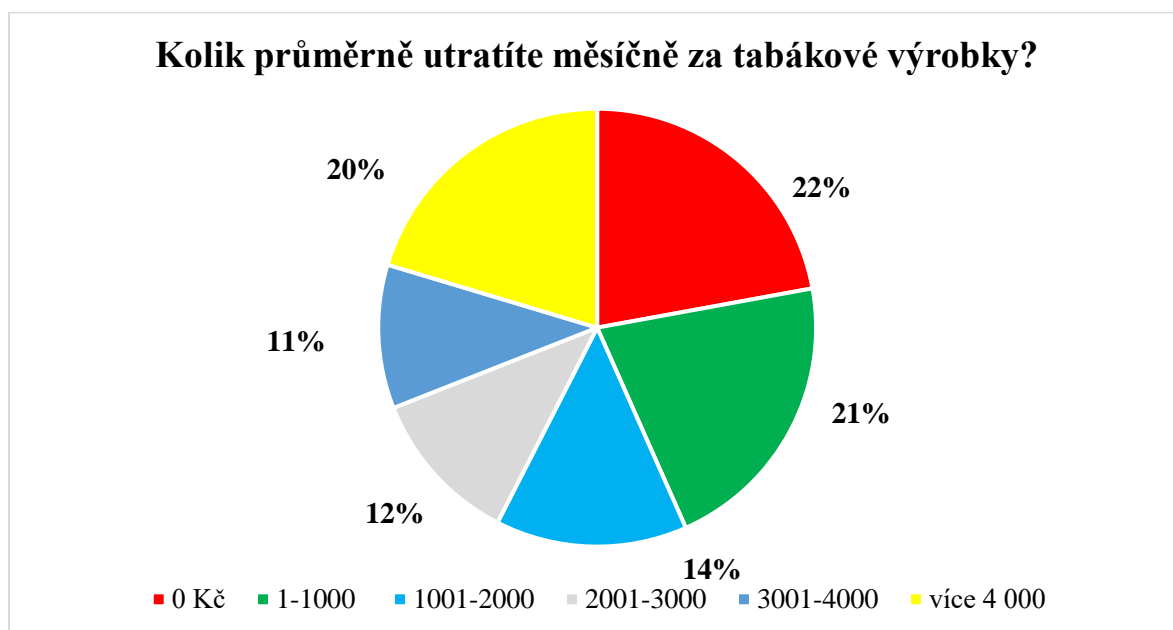
Obrázek 13 *Ekonomické problémy způsobené sociálně patologickými jevy*

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 9: Kolik průměrně utratíte měsíčně za tabákové výrobky?

Následující 3 otázky se zaměřují na konkrétní sociálně patologické jevy a na to, jaké množství finančních prostředků na ně respondenti měsíčně vynaloží. Prvním sociálně patologickým jevem jsou tabákové výrobky. Nejvíce respondentů, tedy 25, odpovědělo, že měsíčně nevynaloží žádné finanční prostředky na nákup tabákových výrobků. Hned v závěsu je kategorie 1-1 000 Kč, kterou zvolilo 24 respondentů. 23 dotázaných vynaloží měsíčně na tabákové výrobky více než 4 000 Kč. Kategorii 1 001-2 000 Kč si vybralo 16 dotázaných. Nejméně zastoupenou kategorií jsou kategorie 2 001-3 000 Kč, kterou zvolilo 13 dotázaných a kategorie 3 001-4 000 Kč se kterou se ztotožňuje 12 respondentů.

Obrázek 14 Měsíční výdaje respondentů na tabákové výrobky

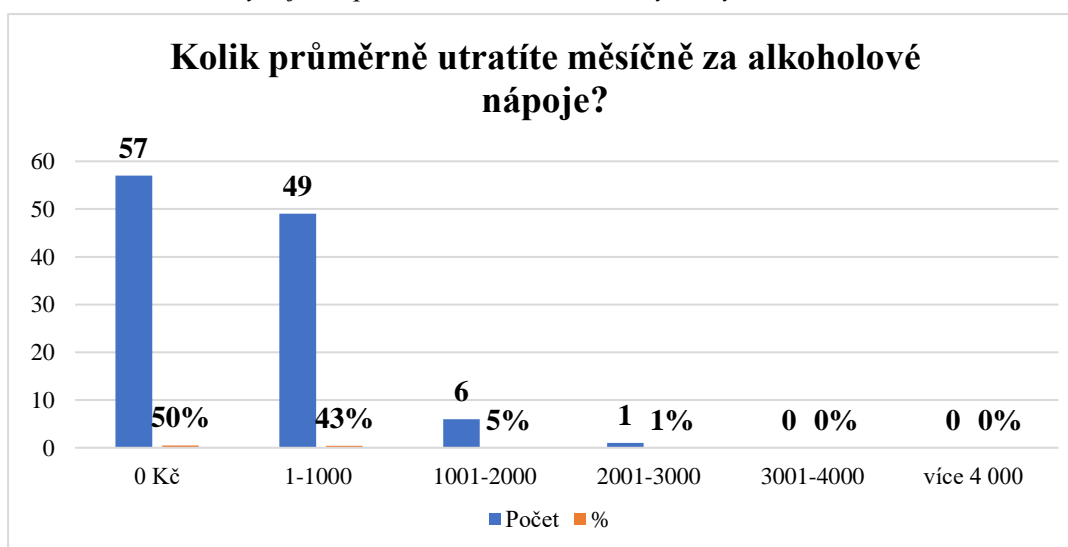


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 10: Kolik průměrně utratíte měsíčně za alkoholové nápoje?

Dalším sociálně patologickým jevem byl zvolen alkohol. Nejvíce zastoupenou kategorií je 0 Kč, kterou odpovědělo 57 respondentů. Druhou nejvíce volenou kategorií je 1-1 000 Kč, kterou zvolilo 49 dotázaných. 1 respondent odpověděl, že měsíčně vynaloží 2 001-3 000 Kč za alkoholové výrobky. Žádný dotázaný si nezvolil kategorii 3 001 – 4 000 Kč a kategorii více než 4 000 Kč. Pro lepší přehlednost byl zvolen jiný typ grafu.

Obrázek 15 Měsíční výdaje respondentů na alkoholové výrobky

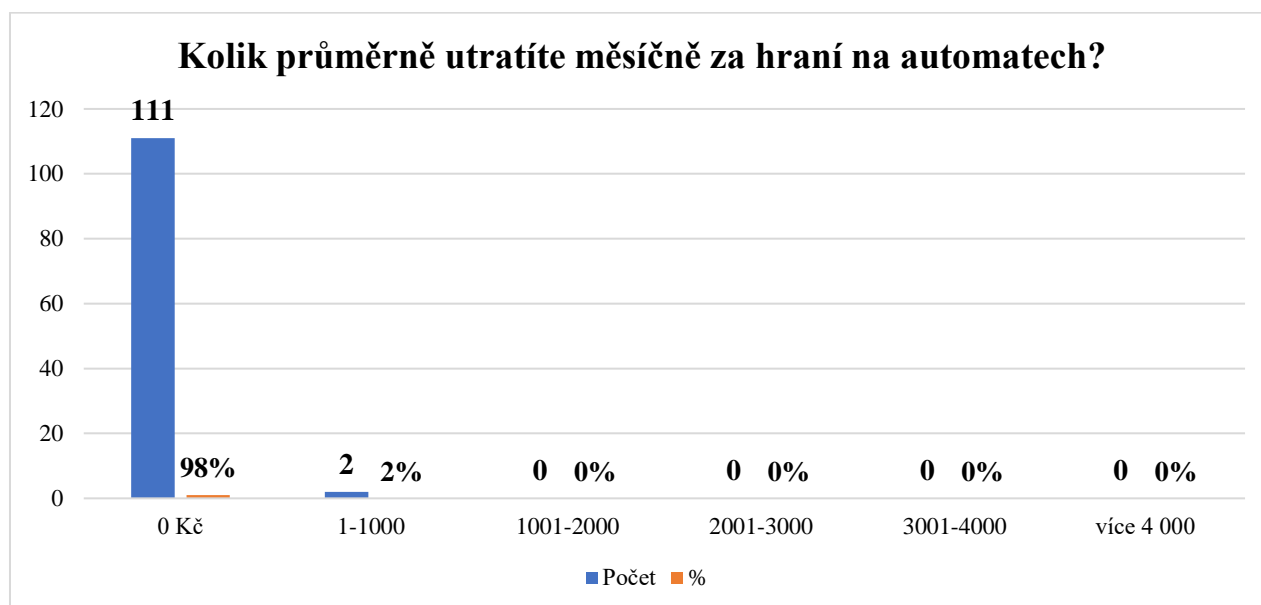


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 11: Kolik průměrně utratíte měsíčně za hraní na automatech?

Posledním sociálně patologickým jevem bylo vybráno hraní na herních automatech a s ním spojené gamblerství. Nejvíce respondentů, tedy 111, odpovědělo, že měsíčně nevytvoří žádné finanční prostředky na hraní na herních automatech. 2 respondenti zvolili kategorii 1-1 000 Kč. Žádný dotázaný se neztotožnil s následujícími kategoriemi: kategorie 1 001-2 000 Kč, kategorie 2 001-3 000 Kč, kategorie 3 001-4 000 Kč a kategorie více než 4 000 Kč. Pro lepší přehlednost byl zvolen jiný typ grafu.

Obrázek 16 Měsíční výdaje respondentů na hraní na herních automatech

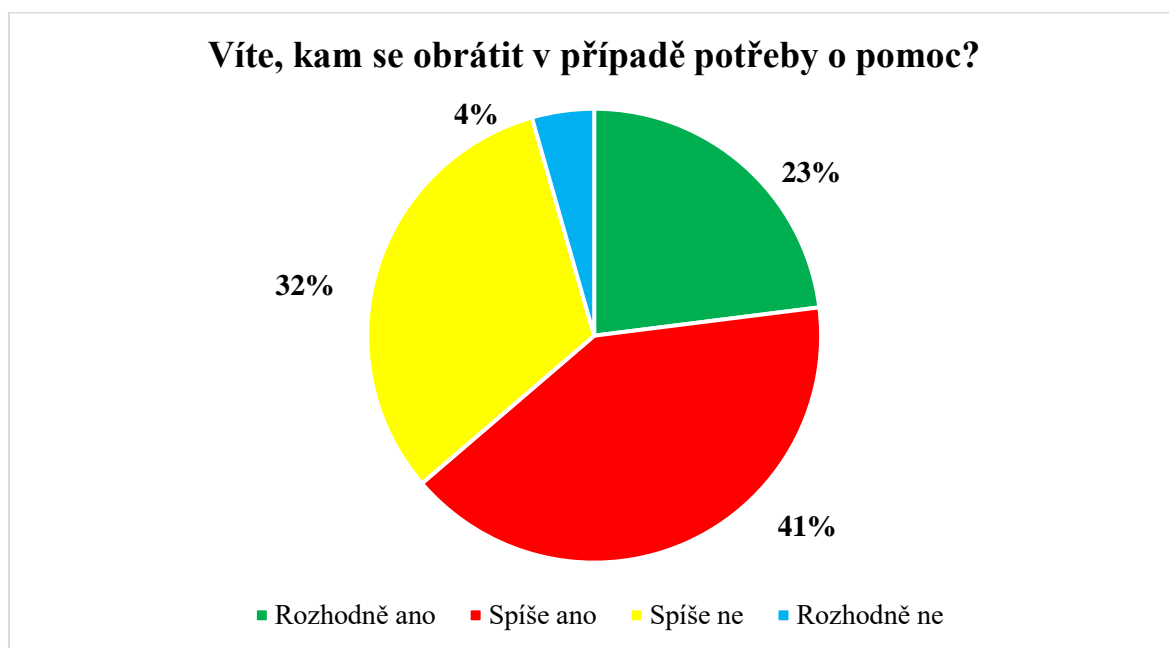


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 12: Víte kam se obrátit v případě potřeby o pomoc?

Poslední otázka měla za cíl zjistit, zda občané České republiky vědí, jaké jsou možnosti v oblasti pomoci, například pomoc psychologů, terapeutů, sociální služby a regionální organizace nabízející pomoc. Nejvíce zastoupenou kategorií je kategorie spíše ano, kterou zvolilo 46 respondentů. 36 dotázaných odpovědělo, že spíše neví, kam se má obrátit v případě pomoci. Dotazníku se také účastnilo 26 respondentů, kteří se ztotožnili s tím, že rozhodně znají možnosti pomoci a 5 respondentů, kteří rozhodně neví, na jaké organizace se obrátit.

Obrázek 17 Orientace respondentů v oblasti sociální pomoci



Zdroj: vlastní zpracování

7.5 Závislost na návykových látkách z pohledu COI ukazatele

Jak už bylo dříve zmíněno COI ukazatel pracuje s přímými a nepřímými náklady. Přímé náklady na protidrogovou politiku, zahrnující prevenci, zdravotní péči, prosazování práva, léčbu a ostatní náklady jsou financovány ze státního rozpočtu, místního rozpočtu i z rozpočtů zdravotních pojišťoven. Přehled těchto výdajů je zobrazen v následujících tabulkách.

Obrázek 18 Výdaje na protidrogovou politiku z krajských rozpočtů v roce 2022 podle druhů služby v tisících Kč

Kraj	Služby (tisíc Kč)											Celkové výdaje
	Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Vězeňské služby	Rezidenční služby	Domovy se zvláštním režimem	Následná péče	Záchytné stanice	Prevence kriminality	Informace a výzkum	Ostatní	
Praha	18 000	19 815	26 380	521	11 116	0	6 212	23 598	0	950	5 236	111 828
Středočeský	6 006	3 686	1 500	0	2 326	0	1 248	6 300	0	150	0	21 216
Jihočeský	1 256	4 955	1 719	87	1 721	0	818	9 311	0	100	0	19 968
Plzeňský	2 300	1 603	499	134	576	0	492	9 583	0	0	50	15 238
Karlovarský	840	2 963	302	0	0	0	36	8 415	0	0	0	12 557
Ústecký	0	623	695	0	149	42	75	20 540	0	0	0	22 082
Liberecký	1 181	2 942	750	350	1 000	0	580	5 000	0	0	0	11 803
Královéhradecký	3 807	1 320	2	0	8 403	0	0	10 506	0	0	0	24 037
Pardubický	3 000	488	236	0	0	0	65	1 501	0	100	0	5 390
Vysočina	3 200	1 614	401	0	5 259	3 859	272	10 000	0	0	0	20 746
Jihomoravský	3 278	5 602	2 372	699	1 377	0	1 190	11 917	0	0	0	26 435
Olomoucký	700	3 510	1 119	0	0	0	1 077	6 099	0	0	0	12 505
Zlínský	320	1 361	142	0	293	293	46	12 190	0	1	0	14 352
Moravskoslezský	2 000	3 849	1 412	0	300	0	1 558	27 500	700	0	0	37 319
Celkové výdaje	45 888	53 331	37 530	1 792	32 520	4 194	13 668	162 460	700	1 301	5 286	355 476

Zdroj: vlastní zpracování podle dat MFČR

Předcházející obrázek zobrazuje výdaje z krajských rozpočtů na protidrogovou politiku v roce 2022 podle druhů služeb. Celkem bylo kraji vynaloženo 355 mil. Kč, což je oproti předcházejícímu roku pokles o 2,5 % (v roce 2021 bylo kraji na protidrogovou politiku vyčleněno 364,6 mil. Kč). Nejvyšší část finančních prostředků byla věnována službě záchytných stanic a harm reduction (minimalizace negativních dopadů rizikového chování). Naopak nejmenší množství finančních prostředků bylo vloženo do prevence kriminality a výzkumu.

Obrázek 19 Výdaje na protidrogovou politiku z obecních rozpočtů v roce 2022 podle druhů služby v tisících Kč

Kraj	Služby (tisíc Kč)											Celkové výdaje
	Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Vězeňské služby	Rezidenční služby	Domovy se zvláštním režimem	Následná péče	Záchytné stanice	Prevence kriminality	Informace a výzkum	Ostatní	
Praha	4 309	3 493	2 002	180	0	0	373	0	310	8	99	10 774
Středočeský	1 719	1 947	383	0	0	0	0	0	0	0	45	4 621
Jihočeský	0	2 596	1 670	0	0	0	264	0	0	0	0	4 530
Plzeňský	2 218	2 028	2 163	184	910	0	520	0	0	0	50	8 072
Karlovarský	828	917	46	0	0	0	0	0	0	74	0	1 865
Ústecký	311	6 968	457	20	320	0	987	0	0	0	0	9 287
Liberecký	969	1 865	592	75	340	0	987	0	0	0	0	4 829
Královéhradecký	0	1 085	447	0	0	0	0	0	0	0	0	1 532
Pardubický	1 474	1 314	269	0	0	0	47	39	0	0	0	3 142
Vysočina	782	2 069	314	0	0	0	56	0	0	0	0	3 221
Jihomoravský	560	6 780	2 290	655	587	0	1 064	0	0	0	0	11 918
Olomoucký	665	1 274	481	100	0	0	338	0	0	0	0	2 858
Zlínský	0	2 377	595	0	11	11	80	0	0	0	0	3 062
Moravskoslezský	1 537	7 853	4 024	0	1 904	0	2 175	0	0	220	336	18 085
Celkem	15 481	42 565	16 188	1 214	4 072	331	7 097	39	310	302	530	87 797

Zdroj: vlastní zpracování podle dat MFČR

Předcházející obrázek zobrazuje výdaje z obecních rozpočtů na protidrogovou politiku v roce 2022 podle druhů služby. Celkem bylo obcemi vynaloženo 87,8 mil. Kč, což je oproti předcházejícímu roku nárůst o 3,6 % (v roce 2021 bylo obcemi na protidrogovou politiku vyčleněno 84,6 mil. Kč). Nejvyšší část finančních prostředků byla věnována službě harm reduction a ambulantním službám. Naopak nejmenší množství finančních prostředků bylo vloženo do služby záchytných stanic a výzkumu. Celkem obce i kraje v roce 2022 věnovali ze svých rozpočtů 443,3 mil. Kč.

Obrázek 20 Výdaje na protidrogovou politiku podle druhů služby v průběhu let 2019 až 2022 v tisících Kč

Rok	Služba																		Celkové výdaje
	Prevence		Harm reduction		Léčba		Záchytné stanice		Následná péče		Domovy se zvláštním režimem		Výzkum a hodnocení		Prosazování práva		Ostatní		
	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	tis. Kč	Podíl (%)	
2019	80 951	3,9	309 639	14,9	238 648	11,5	86 691	4,2	85 646	4,1	39 081	1,9	25 918	1,3	1 166 792	56,3	38 247	1,8	2 071 612
2020	81 672	3,6	372 521	16,2	280 611	12,2	147 357	6,4	104 389	4,5	42 145	1,8	34 691	1,5	1 188 462	51,7	45 682	2,0	2 297 530
2021	80 582	3,3	409 441	16,7	275 773	11,2	166 457	6,8	104 027	4,2	44 240	1,8	25 047	1,0	1 303 682	53,0	266 935	2,0	2 457 651
2022	90 673	-	439 354	-	317 683	-	162 498	-	121 212	-	48 483	-	9 601	-	266 935	-	67 647	-	1 542 086

Zdroj: vlastní zpracování podle Souhrnné zprávy o závislostech v ČR v roce 2023

Obrázek zobrazuje podíl výdajů na protidrogovou politiku podle druhů služby v letech 2019 až 2022 na celkových výdajích veřejných rozpočtů. V dlouhodobém horizontu tvoří největší podíl výdaje na prosazování práva, které ve třech sledovaných letech přesahovaly 50 % celkových výdajů. Pro rok 2022 nebyly poskytnuty informace z krajských ředitelství policie týkající se protidrogové politiky, které v předchozích obdobích představovaly významnou část výdajů na prosazování práva. V důsledku toho došlo v roce 2022 k poklesu celkových výdajů o 37 %. V posledním sledovaném roce jsou nejvyšší výdaje vynaloženy na harm reduction a léčbu, naopak nejmenší množství finančních prostředků je vloženo do výzkumu a domovů se zvláštním režimem.

Obrázek 21 Výdaje všeobecné zdravotní pojišťovny za léčbu onemocnění způsobených návykovými látkami v letech 2019 až 2022 v tisících Kč

Rok	2019			2020			2021			2022		
	Počet ošetřených pacientů	Náklady (tis. Kč)	Náklady na 1 pojištěnce (tis. Kč)	Počet ošetřených pacientů	Náklady (tis. Kč)	Náklady na 1 pojištěnce (tis. Kč)	Počet ošetřených pacientů	Náklady (tis. Kč)	Náklady na 1 pojištěnce (tis. Kč)	Počet ošetřených pacientů	Náklady (tis. Kč)	Náklady na 1 pojištěnce (tis. Kč)
Návykové látky												
Alkohol	27 802	699 224	25,15	25 722	717 372	27,88	25 644	735 429	28,67	26 929	836 869	31,07
Opioidy	2 674	29 371	10,98	2 571	31 445	12,23	2 588	29 819	11,52	2 465	31 350	12,71
Kanabinoidy	1 142	12 807	11,21	1 022	15 705	15,36	1 077	14 287	13,26	1 196	17 511	14,64
Sedativa/hypnotika	2 371	33 589	14,16	2 330	30 716	13,18	2 510	32 175	12,81	2 659	38 206	14,36
Kokain	136	498	3,66	146	1 410	9,65	222	968	4,36	246	1 559	6,337
Stimulancia	2 599	61 758	23,76	2 689	67 476	25,09	2 848	70 258	24,67	3 018	78 490	26,00
Halucinogeny	248	1 180	4,75	199	1 138	5,71	243	1 099	4,52	225	1 247	5,542
Tabák	3 137	3 988	1,27	2 932	4 085	1,39	2 392	3 067	1,28	3 606	4 947	1,371
Těkavé látky	183	3 690	20,16	198	3 628	18,32	173	3 693	21,35	170	1 234	7,258
Kombinace drog	5 867	209 836	35,76	5 937	242 140	40,78	6 193	243 021	39,24	6 403	275 238	42,98
Celkem	41 746	1 055 940	25,29	39 408	1 115 115	28,29	39 321	1 133 818	28,83	42 299	1 286 651	30,41
Tabák	3 137	3 988	1,27	2 932	4 085	1,39	2 392	3 067	1,28	3 606	4 947	1,371
Těkavé látky	183	3 690	20,16	198	3 628	18,32	173	3 693	21,35	170	1 234	7,258
Kombinace drog	5 867	209 836	35,76	5 937	242 140	40,78	6 193	243 021	39,24	6 403	275 238	42,98
Celkem	41 746	1 055 940	25,29	39 408	1 115 115	28,29	39 321	1 133 818	28,83	42 299	1 286 651	30,41

Zdroj: vlastní zpracování podle dat VZP

Předcházející tabulka zobrazuje výdaje VZP na léčbu onemocnění způsobených některým druhem návykové látky nebo jejich kombinací. Kromě vynaložených výdajů obsahuje i počet ošetřených pacientů a přepočet výdajů na jednoho pojištěného pacienta. Souhrnná zpráva o nelegálních drogách v České republice za rok 2023 uvádí, že poslední známý odhad výdajů zdravotních pojišťoven pochází z roku 2017, kdy *„činily odhadem 1 798 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1 195 mil. Kč a na léčbu poruch způsobených ostatními drogami 603 mil. Kč. Adiktologické programy z celkových výdajů čerpaly 275 mil. Kč“* (Souhrnná zpráva o nelegálních drogách v ČR za rok 2023, s. 32). V posledních dvou letech jsou známy jen výdaje Všeobecné zdravotní pojišťovny, z toho důvodu se tabulka týká jen těchto výdajů. V průběhu let výdaje narůstají, ve čtyřletém horizontu se jedná o nárůst v podobě 21 %. V roce 2022 největší část tvořily výdaje na léčbu onemocnění způsobených alkoholem a léčba onemocnění způsobených kombinací drog. Počet ošetřených pacientů je dlouhodobě stabilní, kolem 40 000 pacientů ročně.

7. SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

Výzkumného šetření v podobě dotazníku se z hlediska identifikačních znaků zúčastnilo více osob ženského pohlaví než mužského pohlaví, nejvíce byla zastoupena věková kategorie 21 až 30 let a z pohledu nejvýše dosaženého vzdělání byla nejvíce zastoupena úroveň vysokoškolská. Výsledky ukázaly, že většina respondentů se běžně se sociálně patologickými jevy neseťkává. Nejčastější odpovědí byla frekvence jednou měsíčně, což je docela překvapivý výsledek, protože se sociálně patologickými jevy se lze potkat skoro na každém rohu a jejich počet stále narůstá. Možným vysvětlením je to, že respondenti si nemusí všimnout, že se konkrétně jedná o sociálně patologické jevy.

V oblasti posouzení míry vlivu jednotlivých sociálně patologických jevů na ekonomiku České republiky se většina respondentů shoduje na tom, že největší vliv mají tabákové výrobky, hned za nimi je alkohol a na shodné úrovni se středním vlivem se nachází drogy a hraní na herních automatech. Výsledky se shodují s údaji z reprezentativního šetření o užívání tabáku a alkoholu v rámci České republiky prováděné Státním zdravotním ústavem, podle kterého je mezi populací větší množství uživatelů tabákových výrobků (24,4 %) než uživatelů alkoholu (15,9 %) (Šetření o užívání tabáku a alkoholu v rámci České republiky | SZU [online]).

Z hlediska zátěže na ekonomiku naší země považuje, necelá polovina dotázaných, za největší zátěž alkohol, hned v závěsu jsou nelegální drogy. V oblasti státních programů prevence a množství finančních prostředků, které na ně stát věnuje si polovina všech dotázaných myslí, že by stát měl na tyto programy přispívat více, naopak skoro stejný počet respondentů si myslí, že stát přispívá dostatečně.

S ekonomickými problémy způsobenými některými ze sociálně patologických jevů se setkala více než třetina všech respondentů, což odpovídá názorům, že sociálně patologické jevy jsou spojeny s vyšší finanční zátěží. Měsíční výdaje respondentů na jednotlivé sociálně patologické jevy se velmi liší, většina respondentů měsíčně nevynaloží žádné finanční prostředky na tabákové výrobky, alkoholové nápoje a ani nehrají na herních automatech. Respondenti, kteří na tyto jevy některé finanční prostředky vynaloží, nejvíce platí za tabákové výrobky, alkoholové nápoje a na posledním místě je hraní na automatech, které mezi respondenty není příliš časté. V porovnání s čistým měsíčním příjmem platí přímá úměra, lidé s vyšším měsíčním čistým příjmem vynaloží více finančních prostředků na tabákové výrobky a alkoholové nápoje než lidé s nižším čistým měsíčním příjmem.

Necelá polovina všech dotázaných ví, kam se může obrátit v případě pomoci (v otázce byli zmíněny sociální služby, regionální organizace, které nabízejí pomoc a také psychologové a terapeuti).

Souhrnně lze říci, že je mezi respondenty nejvíce uživatelů tabákových výrobků a také za ně dotázaní měsíčně utratí nejvíce finančních prostředků, což je spojeno také s tím, že mají tabákové výrobky největší vliv na ekonomiku České republiky.

Konkrétními ekonomickými dopady, se kterými se společnost v souvislosti se sociálně patologickými jevy potýká, jsou výdaje na jejich prevenci a jejich následné řešení. Výdaje na protidrogovou politiku jsou poskytovány z veřejných rozpočtů, konkrétně ze státního, obecního a krajského. V roce 2022 bylo Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky na tuto problematiku vyčleněno celkem 295 mil. Kč, největší množství finančních prostředků vyčlenilo Ministerstvo práce a sociálních věcí, konkrétně 503 mil. Kč. Z krajských rozpočtů bylo v roce 2022 poskytnuto 355 mil. Kč, oproti předcházejícímu roku lze vidět pokles o 2,5 % (v roce 2021 výdaje činily částku 364,6 mil. Kč). Z obecních rozpočtů bylo ve stejném roce vynaloženo celkem 87,8 mil. Kč, největší část tvořily výdaje na harm reduction a ambulantní služby. Celkem bylo z obecních a krajských rozpočtů poskytnuto 443,3 mil. Kč.

Všeobecná zdravotní pojišťovna poskytuje finanční prostředky na léčbu onemocnění způsobených některým druhem návykové látky nebo jejich kombinací. V roce 2022 poskytla celkem 1,3 mil. Kč, největší část tvořili výdaje na léčbu nemocí způsobených alkoholem.

8. ZÁVĚR

Smyslem práce bylo zmapovat ekonomickou náročnost vybraných sociálně patologických jevů a jejich dopad na občany České republiky. Údaje zjištěné prostřednictvím ukazatele COI poukázali na důležitost a závažnost sociálně patologických jevů, jejichž každoroční nárůst je alarmující a společnost by jim měla věnovat dostatečnou pozornost. Společnost a mnohdy ani samotní uživatelé si neuvědomují, jaké množství finančních prostředků měsíčně vynaloží na potěšení v podobě tabákových výrobků a alkoholových nápojů, a jaké množství finančních prostředků stojí společnost následné řešení důsledků těchto jevů. Obrázky a tabulky v 6. kapitole dokazují, že každý rok dochází k nárůstu výdajů spojených s prevencí a léčbou onemocnění způsobenými sociálně patologickými jevy a také mírně narůstá počet ošetřených pacientů, který se dlouhodobě pohybuje okolo 40 000. Konkrétně v roce 2022 bylo z obecních a krajských rozpočtů vynaloženo celkem 443,3 mil. Kč. Všeobecná zdravotní pojišťovna poskytla na léčbu onemocnění v roce 2022 celkem 1,3 mil. Kč.

V oblasti spotřeby alkoholu a nelegálních drog jsme v porovnání s ostatními zeměmi Evropské unie na vyšších příčkách. U tabákových výrobků sledujeme od roku 2011 klesající trend. Podle souhrnné zprávy o závislostech v ČR v roce 2023 patří Česká republika mezi země s nejvyšší konzumací alkoholu na jednoho dospělého občana, společně s Rakouskem a Lotyšskem. V oblasti užívání nelegálních drog taktéž převažují nadprůměrné hodnoty mezi mladistvými i dospělými, což dokládá i zmíněná školní studie ESPAD z roku 2019. Hraní na herních automatech a patologické hráčství je na srovnatelné úrovni jako v zemích Evropské unie.

Kromě vyšších nákladů jsou tyto jevy spojovány i s vyšší úmrtností, ročně v České republice zemře následkem kouření 18 000 občanů, 7 000 zemře následkem konzumace alkoholu a 70 předávkováním. Vyšší jsou také čísla autonehod způsobených pod vlivem alkoholu (konkrétně 5 000 případů) a pod vlivem ostatních drog (300 případů). Proto je důležité, aby tyto jevy byly řešeny dostatečně, například v podobě preventivních programů formou osvěty na základních a středních školách, intervencí v podobě terapie a sociální pomoci mohou tyto jevy do budoucna způsobit závažné problémy nejen pro společnost, ale i pro její občany.

Názor veřejnosti na tuto problematiku, závažnost jednotlivých sociálně patologických jevů a míry jejich vlivu byl zjišťován prostřednictvím dotazníkového šetření. Výsledky zjištěné v rámci výzkumu se shodují s teoretickými podklady uvedenými v této práci. Práce by měla

být přínosem pro všechny, kteří mají stereotypy vůči sociálně patologickým jevům a neuvědomují si jaké dopady tyto jevy mohou mít. Může také sloužit jako výchozí zdroj pro další podrobnější analýzy ekonomické náročnosti sociálně patologických jevů.

9. POUŽITÁ LITERATURA

1. ČERNÝ, Milan. Základní úrovně provádění primární prevence. In MIOVSKÝ, M, Skácelová, L., Zapletalová, J., a kol. (eds). *Prevence rizikového chování ve školství*. 2. vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, ISBN 978-80-7422-391-4
2. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněné vydání. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8
3. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2009. 224 s., ISBN 978-80-247-2781-3.
4. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. 232 s., ISBN 978-80-247-5046-0.
5. FLEISCHMANN, Otakar. Primární prevence zneužívání návykových látek a sociálně patologických jevů v systému prevence na regionální úrovni. In KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 1998.
6. GANERI, Anita. *Drogy Od extáze k agonii*, 1. vyd., Praha: AMULET, 2001, 152 s., ISBN 80-86299-70-8
7. HOFERKOVÁ Stanislava., KRAUS Blahoslav. a BĚLÍK Václav. *Sociální patologie a prevence pro studenty učitelských oborů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 978-80-7435-686-5.
8. CHOMYNOVÁ, Pavla; JANÍKOVÁ, Barbara a MRAVČÍK, Viktor. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2022. ISBN 978-80-7440-294-4.
9. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
10. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. 640 s., ISBN 80-86734-05-6.
11. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

12. KOTULÁN, Jaroslav. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 978-80-210-5763-0.
13. KUBÁTOVÁ, Dagmar (ed.). *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 1998.
14. KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-sociální model. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. 640 s., ISBN 80-86734-05-6.
15. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
16. MIOVSKÝ, Michal a BÁRTÍK, Pavel. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-392-1.
17. MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla a kol., *Zpráva o alkoholu v České republice v České republice 2021*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-280-7.
18. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD, 2008. 194 s., ISBN 978-80-7392-069-2.
19. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
20. NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-851-2152-2.
21. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN: 80-7178-432.
22. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s., ISBN 978-80-7367-267-6.
23. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
24. POKORNÝ, Vratislav., TELCOVÁ, Jana. A TOMKO, Anton. *Prevence sociálně patologických jevů: Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2003. 186 s. ISBN 80-86568-04-0
25. POKORNÝ, Vratislav; TELCOVÁ, Jana a TOMKO, Anton. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-865-6802-4.

26. PRŮCHA, Jan; MAREŠ, Jiří a WALTEROVÁ, Eliška. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8772-8.
27. ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
28. UEHLINGER, Claude a TSCHUI, Marlyse. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-610-0.
29. URBAN, Lukáš a DUBSKÝ, Josef. *Sociální deviace*. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-133-5.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
31. VESELÁ, Zdenka. *Mravní nemoci mládeže a jejich prevence: sborník příspěvků z 6. konference ČPdS 9. října 1997*. Brno: Konvoj, 1998. 204 s. ISBN 80-85615-70-3.
32. VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0337-4.
33. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 96 s., ISBN 80-244-0709-4.

Elektronické zdroje:

1. APA. Substance use, abuse and addiction. [online] Dostupné z <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction>
2. Drogy-info.cz. Zpráva o alkoholu v České republice 2023. [online] Dostupné z <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/zprava-o-alkoholu-v-ceske-republice-2023/>
3. Drogy-info.cz. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022. [online] Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/zprava-o-nelegalnich-drogach-v-ceske-republice-2022/>
4. ESPAD. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. [online] Dostupné z <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2020-zaostreno/05-20-evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-espac-2019/>
5. Klinika adiktologie. Alkohol a právo. [online] Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/alkohol-a-pravo/>

6. Metodologie sběru a interpretace dat. [online] Dostupné z https://is.mvso.cz/el/mvso/zima2021/YMSID/250420/Metodologie_sberu_a_interpretace_dat_-_studijni_text.pdf?lang=en
7. MFČR. Rejstřík vyloučených osob. [online] Dostupné z <https://www.mfcr.cz/cs/kontrola-a-regulace/hazardni-hry/rejstrik-vyloucenych-osob-rvo>
8. MKN. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. [online] Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>
9. MŠMT. Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. [online] Dostupné z https://www.vzdelavacisluzby.cz/dokumenty/administrativa-a-dokumentace-ve-skolstvi/metodiky-a-postupy/PH_20006_07_51_MP_k_preveni_SPJ_k_podpisu_mini.pdf
10. MŠMT. Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019-2027. [online] Dostupné z https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf
11. MŠMT. Národní strategie primární prevence v letech 2019-2027. [online] Dostupné z https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf
12. MVČR. Prevence kriminality. [online] Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/web-onas-prevence-prevence-kriminality.aspx?q=Y2hudW09Mw%3D%3D>
13. NZIP. Halucinogenní látky: co to je?. [online] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/303-halucinogenni-latky-zakladni-informace>
14. NZIP. Konopné drogy. [online] Dostupné z <https://www.nzip.cz/clanek/304-konopne-drogy-marihuana-hasis>
15. Prev-centrum. Nové syntetické drogy. [online] Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/nove-synteticke-drogy/>
16. SOC. Sociologická encyklopedie. [online] Dostupné z <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Drogy>
17. Statistika a my. Mužská doména. [online] Dostupné z <https://www.statistikaamy.cz/2022/05/02/muzska-domena>
18. SZU. Šetření o užívání tabáku a alkoholu v rámci České republiky. [online] Dostupné z <https://szu.cz/aktuality/temer-ctvrtina-obyvatel-cr-je-zavisla-na-tabaku-mlade-stale-capeji-lakaji-alternativy/>

19. Zákony pro lidi. Zákon č. 186/2016 Sb., [online] Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-186>
20. ČSU. Celkové výdaje domácností na konečnou spotřebu. Dostupné z <https://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenka.presmcasceny>
21. VZP. Léčba závislostí. Dostupné z <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/lecba-zavislosti-stala-vzp-vloni-vic-nez-miliardu-korun-z-toho-suverenne-nejvetsi-podil-spotrebovali-alkoholici>

Akademické práce:

1. BRATEKOVÁ, Jitka. *Problematika sociálně patologických jevů*. Online. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. 2009. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/do6q1/>
2. HEJMALÍČKOVÁ, Alena. *Sociální aspekty gamblerství*. Online. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 2009. Dostupné z: https://theses.cz/id/krgyt9/#panel_text

10. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: <i>Dotazníkové šetření</i>	76
---	----

Příloha A: *Dotazníkové šetření*

Dobrý den,

tímto Vás žádám o vyplnění dotazníku, který se pokouší zmapovat ekonomickou náročnost sociálně patologických jevů. Dotazník je součástí diplomové práce s názvem Ekonomická náročnost vybraných sociálně patologických jevů a slouží jen pro studijní účely této práce. Je zcela anonymní, proto prosím neuvádějte své jméno, příjmení a další identifikační znaky. Dotazník obsahuje celkem 13 otázek, tři z nich jsou zaměřeny na Vaše identifikační znaky a zbytek se zaměřuje na konkrétní sociálně patologické jevy. U každé otázky je více možností na výběr, pokud není uvedeno jinak, označte prosím jenom jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas i spolupraci na vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Michaela Ralbovská

1. Jak často se setkáváte se sociálně patologickými jevy (např.: závislost na drogách, gamblersství, závislost na alkoholu – užívání způsobuje problémy v běžném životě, např. absence v práci, zanedbávání péče o děti apod.) ve svém okolí?

1. Každý den
2. Několikrát týdně
3. Jednou měsíčně
4. Několikrát ročně
5. Zřídka (méně než několikrát ročně)
6. Nikdy

2. Do jaké míry podle Vás tyto jevy ovlivňují ekonomiku České republiky?

(1 – velmi silně, 2 – silně, 3 – středně, 4 – málo, 5 – velmi málo)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Alkohol | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tabákové výrobky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Drogy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Gamblersství (hraní na automatech) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Který sociálně patologický jev je podle Vás největší zátěž pro ekonomiku?

1. Drogová závislost
2. Gamblerství
3. Závislost na alkoholu
4. Jiné, prosím uveďte.....

4. Stát poskytuje a zajišťuje programy v oblasti prevence sociálně patologických jevů, myslíte si, že stát věnuje dostatek finančních prostředků právě na tyto programy?

1. Rozhodně ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Rozhodně ne

5. Setkal/a jste se někdy ve svém osobním životě s ekonomickými problémy způsobenými sociálně patologickými jevy (např.: nedostatek finančních prostředků, půjčky)?

1. Rozhodně ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Rozhodně ne

6. Kolik průměrně utratíte měsíčně za tabákové výrobky?

1. 0 Kč
2. 1 - 1 500 Kč
3. 1 501 – 3 000 Kč
4. 3 001 – 4 500 Kč
5. 4 501 – 6 000 Kč
6. Více než 6 000 Kč

7. Kolik průměrně utratíte měsíčně za alkoholové výrobky?

1. 0 Kč
2. 1 – 1 000 Kč
3. 1 001 – 2 000 Kč
4. 2 001 – 3 000 Kč
5. 3 001 – 4 000 Kč

6. Více než 4 000 Kč

8. Kolik průměrně utratíte měsíčně za hraní na automatech?

1. 0 Kč
2. 1 – 1 000 Kč
3. 1 001 – 2 000 Kč
4. 2 001 – 3 000 Kč
5. 3 001 – 4 000 Kč
6. Více než 4 000 Kč

9. Jaký je Váš průměrný čistý měsíční příjem?

1. Méně než 5 000 Kč
2. 5 001 – 10 000 Kč
3. 10 001 – 20 000 Kč
4. 20 001 – 30 000 Kč
5. 30 001 – 40 000 Kč
6. 40 001 a více

10. Víte, kam se obrátit v případě potřeby o pomoc (jaké druhy soc. služeb jsou k dispozici, regionální organizace, které poskytují pomoc, specifictí odborníci (psycholog, terapeut))?

1. Rozhodně ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Rozhodně ne

11. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Základní
2. Střední bez maturity
3. Střední s maturitou
4. Vyšší odborné
5. Vysokoškolské

12. Jaký je Váš věk?

1. do 20 let
2. 21–30 let
3. 31–40 let
4. 41–50 let
5. 50 let a více

12. Jaké je Vaše pohlaví?

1. Muž
2. Žena