

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Stereotypy a postoje týkající se závislých osob

Eva Brtková

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Praha 2020

Prague College of Psychosocial Studies



**Stereotypes and Attitudes Concerning Addicted
People**

Eva Brtková

The Bachelor Thesis

Study program: Psychology

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Praha 2020

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou závislosti, zvláště stereotypy a postoji týkající se závislých osob. Podává také informace o terapeutických komunitách a trestné činnosti související s drogami. Praktická část je založena na porovnání dat z oblasti s výskytem terapeutické komunity a z oblasti bez výskytu takového zařízení. Cílem práce je zjištění stereotypů a postojů k závislým osobám a terapeutickým komunitám.

Klíčová slova: stereotyp, postoj, závislost, závislý člověk, terapeutická komunita, trestná činnost

Abstract:

This bachelor thesis deals with the issue of addiction, especially stereotypes and attitudes concerning addicted people. It also provides information on therapeutic communities and drug-related criminal activity. The practical part is based on the comparison of data from the area with the occurrence of the therapeutic community and from the area without the occurrence of such a device. The aim of the work is to identify stereotypes and attitudes towards addicted people and therapeutic communities.

Key words: stereotype, attitude, addiction, addicted person, therapeutic community, criminal activity

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 20. 5. 2020

Podpis

Poděkování:

Děkuji panu Doc. PhDr. Karlovi Hnilicovi, CSc. za odborné vedení bakalářské práce. Za ochotu, trpělivost a podnětné připomínky při konzultacích.

Obsah:

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STEREOTYP	12
1.1 Vysvětlení pojmu.....	12
1.2 Druhy stereotypů.....	13
1.3 Důsledky stereotypů	13
2 POSTOJ.....	15
2.1 Vysvětlení pojmu.....	15
2.2 Funkce postojů.....	16
2.3 Změna postojů.....	17
2.4 Měření postojů	19
3 ZÁVISLOST	21
3.1 Vysvětlení pojmu.....	21
3.2 Druhy závislosti	22
3.2.1 Látková závislost	22
3.2.1.1 Alkohol.....	22
3.2.1.2 Opioidy.....	23
3.2.1.3 Farmaka.....	24
3.2.1.4 Konopné drogy	24
3.2.1.5 Halucinogeny	25
3.2.1.6 Psychomotorická stimulancia.....	26
3.2.1.7 Těkavé látky	26
3.2.1.8 Taneční drogy.....	26
3.2.1.9 Tabák.....	27
3.2.2 Nelátková závislost.....	27
3.2.2.1 Gambling	28

3.2.2.2	Workoholismus.....	28
3.2.2.3	Závislost na internetu	30
4	ZÁVISLÝ ČLOVĚK.....	32
4.1	Struktura osobnosti	32
4.1.1	Závislá struktura osobnosti.....	32
4.1.2	Narcistická struktura osobnosti	33
4.1.3	Hraniční struktura osobnosti.....	33
5	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	34
5.1	Definice pojmu	34
5.2	Zásady terapeutické komunity	34
5.3	Terapeutická komunita v adiktologii	35
5.3.1	Základní charakteristiky	35
5.3.2	Fáze léčby.....	36
6	TRESTNÁ ČINNOST SOUVISEJÍCÍ S DROGAMI.....	38
7	VÝZKUM STEREOTYPŮ A POSTOJŮ K ZÁVISLOSTI.....	41
7.1	Cíl výzkumu, výzkumná otázka a hypotéza	41
7.2	Výběr vzorku	41
7.3	Metoda provedeného výzkumu.....	43
7.4	Realizace výzkumu	44
7.5	Výsledky a interpretace výzkumu.....	45
7.5.1	První část	45
7.5.1.1	Zjištění č. 1	45
7.5.1.2	Zjištění č. 2.....	47
7.5.1.3	Zjištění č. 3.....	48
7.5.1.4	Zjištění č. 4:.....	50
7.5.2	Druhá část.....	53
7.5.2.1	Otázky č. 12-15	53

7.5.2.2	Otázka č. 16: Výběr z více možností.....	54
7.5.2.3	Zjištění č. 5: Otevřené otázky.....	55
	DISKUZE	58
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
	PŘÍLOHY	I
	BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	VI
	EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY	VII

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku závislosti a s ní spojené stereotypy a postoje k závislým lidem. Obecně se o této problematice příliš nemluví a veřejnost s ní není dostatečně seznámena. Přitom existuje řada zařízení, která pomáhají závislým osobám. Toto téma jsem si vybrala z důvodu mé praxe v jedné terapeutické komunitě. Od klientů jsem často slychala, že lidé na ně nahlížejí jinak a bez hlubšího poznání jim přisuzují určité vlastnosti. Stávalo se, že klienti v blízkosti terapeutické komunity nacházeli láhve s alkoholem, injekční stříkačky, či různé „vzkazy“ ohledně jejich závislosti. To mě přimělo k myšlence, jak vlastně lidé, kteří žijí těsně v blízkosti terapeutické komunity, na její klienty reagují? A také jestli se jejich vnímání závislých osob bude lišit od lidí, kteří ve svém okolí žádné takové zařízení nemají? Tyto otázky a další aspekty výzkumu detailně popíši v praktické části.

Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení základních pojmů a termínů, které jsou klíčové pro objasnění dané problematiky. První kapitola se zabývá stereotypem. Vysvětluje pojem, rozděluje ho na několik druhů a udává, jaké důsledky stereotypy mohou mít. Ve druhé kapitole se zaměřuji na postoj. V souvislosti s definicí postoje popisuji ještě pojem předsudek. Dále se zabývám funkcí postojů, jejich možnou změnu a také způsoby, jakými je lze měřit. Třetí kapitola se týká závislosti. Zmiňuji některé definice závislosti a rozděluji ji na látkovou a nelátkovou závislost. U obou druhů závislosti uvádím nejčastější zástupce a jejich účinky na člověka. Ve čtvrté kapitole se zaměřuji na definici závislého člověka a na strukturu jeho osobnosti. Pátá kapitola se zabývá terapeutickou komunitou v obecném slova smyslu a pak také přímo ve vztahu k adiktologii. Uvádím zde základní charakteristiku komunity, její cíle a fáze léčby. Poslední, šestá kapitola, se týká trestné činnosti související s drogami. V této kapitole rozděluji tuto trestnou činnost a předkládám různé názory na vztah mezi užíváním drog a páchání trestné činnosti.

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na výzkum stereotypů a postojů k závislým lidem ve dvou odlišných lokalitách. V první oblasti se vyskytuje terapeutická komunita pro závislé, ve druhé oblasti nikoli. K získání dat jsem zvolila kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Respondenti v obou lokalitách měli stejně strukturované dotazníky. Až na několik výjimek šlo o uzavřené otázky se čtyřmi možnými odpověďmi. Vyhodnocení sesbíraných dat proběhlo pomocí T-testu. Výsledná zjištění jsem rozdělila na dvě části. V první části interpretuji statisticky významnější zjištění. Druhá část je zaměřena na otázky otevřené a otázku s více možnostmi.

V diskuzi shrnuji veškeré výsledky a zjištění, které jsem získala z praktické části a porovnávám je s mojí hypotézou. Zmiňuji také možná úskalí ve své výzkumné části, zejména informovanost lidí o terapeutických komunitách a velikost vzorku respondentů.

Cílem této bakalářské práce je zjištění stereotypů a postojů, které převládají v naší společnosti k osobám se závislostí a také k zařízením, která jim poskytují pomoc, konkrétně k terapeutickým komunitám.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STEREOTYP

1.1 Vysvětlení pojmu

Vnímání jiných osob souvisí s formováním představ o daném člověku. V tomto procesu je zapojeno několik faktorů a jedním z nich jsou právě stereotypy (Hayesová, 2007, s. 69).

Allport říká, že stereotypy jsou představy o určité kategorii, které slouží lidem k obhájení jejich pozitivních nebo negativních postojů k dané kategorii a mohou vznikat bez jakýchkoliv objektivních důkazů (Allport, 2004, s. 213-215).

Zmiňuje se také o tom, že často dochází k záměně stereotypu a kategorie. Stereotyp je přesvědčení, které doprovází kategorii. Například kategorie „černocho“ je neutrální a vztahuje se pouze k rasovému zařazení, ale pokud je tato kategorie spojena s určitými představami a názory, pak hovoříme o stereotypu (Allport, 2004, s. 216).

Další definice tvrdí, že stereotypy jsou vlastnosti, které přisuzujeme členům určité skupiny, aniž bychom vzali v potaz individualitu každého člena. Většinou vznikají jako důsledek nadměrného zjednodušení a chybnou generalizací. Mají i funkční složku, což znamená, že nám pomáhají v organizaci a orientaci ve světě (Weinerová, 2014, s. 10).

Etnoložka Uhlíková uvádí charakteristické znaky, které se váží ke stereotypům. Říká, že stereotypy jsou pozitivním nebo negativním soudem, který se pojí s určitými přesvědčeními. Jsou sociálního původu, což znamená, že jsou výrazem veřejného mínění, které se ke člověku dostává hlavně prostřednictvím rodiny, školy, masmédií apod. a to bez ohledu na dosavadní zkušenosti člověka. Stereotypy jsou většinou iracionální, a také velmi stabilní, protože je nelze logicky vysvětlit. Nemusejí být založené na faktech ani na realitě, ale zdají se být důvěryhodné. Uhlíková nakonec tvrdí, že stereotypy jsou neoddělitelnou součástí společenského vědomí a sociálního dění (Uhlíková, 2005, cituji podle Weinerové, 2014, s. 10).

1.2 Druhy stereotypů

Protože se stereotypy vztahují k posouzení lidí a skupin do kterých patří, můžeme je v zásadě rozdělit podle kategorie, kterou stereotyp popisuje. Existuje mnoho různých druhů stereotypů, například genderové, etnické, rasové atd. (Jánská, 2016, s. 16). Tato práce se zabývá závislými osobami, tedy stereotypy týkající se sociálních menšin.

Stereotypy mohou mít ale i další podoby. Například, byl proveden výzkum, který zjistil, že učitelé stereotypizují děti podle jejich jmen. Děti se jmény jako „Karen“ nebo „David“ dostávaly lepší známky, než děti se jmény „Adele“ nebo „Hubert“, protože tato jména byla spojována s negativními asociacemi (Hayesová, 2007, s. 75).

Hnilica nabízí jiné dělení a to na osobní, sociální a kulturní stereotypy. Dále pak na autostereotypy a heterostereotypy. Atributy, které si člověk spojuje s určitou kategorií a toto přesvědčení nesdílí nikdo další, můžeme označit za osobní stereotyp. Pokud jsou atributy sdíleny i druhými lidmi, nazýváme je sociální stereotyp. Jako kulturní stereotyp označujeme stereotypní popis, který najdeme obsažen v pohádkách, historii, masmédiích apod. (Hnilica, 2010, s. 15-16).

Autostereotyp neboli homostereotyp obsahuje atributy, které se vztahují ke skupině, do které člověk patří. Jedná se o to, jaké má člověk představy o své vlastní skupině. Atributy, které se pojí s jinými skupinami a jejich členy, nazýváme heterostereotyp. Je to představa o tom, jaké vlastnosti mají členové ostatních skupin (Jirásková, 2006).

1.3 Důsledky stereotypů

Představme si, že člověk každý den slyší o tom, že je líný, krade a je „prostáček“ z divočiny a to jen proto, že má černou barvu kůže. Pokud tyto věci slyší dítě a zjistí, že nikam nezapadá a jeho okolí ho nepřijímá, začne podnikat aktivity, které všechny slouží k jednomu úkolu, a to obraně ega (Allport, 2004, s. 166-167).

Člověk se může bránit mnoha způsoby a jedním z nich je zapírání příslušnosti. Pokud se člověk nijak výrazně neliší od ostatních, například barvou kůže nebo přízvukem, může jednoduše zapřít svoji příslušnost k podceňované skupině. Dalším způsobem může být šaškování. Černošský nebo židovský komik paroduje příslušníky vlastní skupiny, aby tak

potěšil ostatní. Oběť předsudků se někdy může identifikovat s dominantní skupinou. Snaží se o splynutí s ní a stydí se za věci, které jí brání v přizpůsobení se většině, například přízvuk nebo historie své skupiny. To označujeme pojmem „sebenenávist“. Člověk také může pociťovat nenávist vůči příslušníkům vlastní skupiny. Jedince, kteří jednají těmito způsoby, můžeme označit jako intropunitivní neboli sebetrestající (Allport, 2004, s. 169-185).

Existují ještě lidé extropunitivní, což znamená, že své problémy přičítají vnějším okolnostem a tak trestají druhé. Tito lidé se brání například posilováním vnitroskupinových pout a distancováním se od ostatních. Další možností je, že svůj původ vidí jako překážku, kterou je nutné překonat. Vynaloží veškeré úsilí na to, aby si zasloužili obdiv. Například u Židů je velký důraz kladen na vzdělání. A někdy se příslušníci menšinových skupin rozhodnou pro „vrácení rány“ a začnou agresivním způsobem bojovat proti utlačování. Avšak některé oběti stereotypizace se od násilí distancují a uvědomují si, že tato cesta není perspektivní (Allport, 2004, s. 172-185).

S pojmy jako je kategorizace, stereotypizace a postoje úzce souvisí diskriminace, což je rozdílné chování k příslušníkům jiné sociální kategorie. Diskriminace může být jak pozitivní, tak negativní. Pozitivní diskriminace spočívá v upřednostňování určité sociální kategorie, nebo pouze jednoho člověka. Naopak u negativní diskriminace jde o znevýhodnění. Opět se může jednat o celou kategorii, nebo jen o jednotlivce (Hnilica, 2010, s. 18-19).

Převládá názor, že diskriminace se pojí pouze s menšinami, ale ne vždy je diskriminující stranou většina. Existují dva typy diskriminace a to heterodiskriminace a autodiskriminace. Pokud většina diskriminuje člena menšiny nebo pokud menšina diskriminuje člena většiny, pak se jedná o heterodiskriminaci. O Autodiskriminaci hovoříme v tom případě, kdy menšina diskriminuje své vlastní členy (Hnilica, 2010, s. 20-21).

2 POSTOJ

2.1 Vysvětlení pojmu

Mnoho autorů se snažilo o vysvětlení postojů. Někteří zdůrazňují, že postoje jsou naučené, stálé a týkají se jak pozitivního, tak negativního hodnocení. Jiné definice kladou důraz na to, že postoje jsou spojeny s činností a ovlivňují naše chování (Hayesová, 2007, s. 95). Většina definic se ale shoduje v tom, že postoje se vztahují k tomu, jak hodnotíme okolní svět a objekty v něm, to znamená, že nejsou neutrální. Vyjadřují, co preferujeme a co máme rádi, takže o nich můžeme říct, že jsou i relativně stabilní. Některé postoje máme vrozené, ale většinu jich získáme až v průběhu života a to buď vlastní zkušeností, nebo zprostředkovaně (Výrost, 2008, s. 127).

V souvislosti s postoji bychom si měli ještě definovat pojem předsudek. Předsudkem může nazvat zvláštní typ postojů. Podle Hnilici mezi definiční znaky předsudku patří, že „jde o postoj k sociální kategorii, je pokládán za příčinu diskriminace, má negativní valenci, tj. je negativním postojem k sociální kategorii“ (2010, s. 100). Allport nabízí následující definici etnického předsudku: „Etnický předsudek je antipatie, která vychází z chybné a strnulé generalizace. Tuto antipatii lze pociťovat nebo vyjádřit. Může být namířena proti skupině jako celku, anebo proti jedinci, protože je příslušníkem této skupiny“ (1954/2004, s. 41).

Předchozí definice bralí předsudek jako čistě negativní, ale třeba Hayesová říká, že předsudek může být jak negativní, tak i pozitivní. Například lidi, kteří pocházejí ze stejné země jako my, můžeme brát za přátelské. Hayesová vysvětluje předsudek jako stálý postoj vztahovaný k určitému objektu bez ohledu na jeho vlastnosti. Pokud má člověk předsudky, tak v posouzení lidí a objektů nebere v potaz žádné jiné možnosti (2007, s. 121).

2.2 Funkce postojů

Postoje mají v našich životech plno různých psychologických funkcí. Tyto funkce mají také vliv na to, jak snadno lze daný postoj změnit, protože ovlivňují, do jaké míry je postoj konzistentní s ostatními postoji. Během let se povedlo popsat mnoho funkcí, které postoje zastávají. V této práci se zaměříme na pět z nich (Herek, 1986; Katz, 1960; Smith, Bruner & White, 1956, cituji podle Atkinson et al., 2003, s. 617).

První funkcí je funkce instrumentální. Postoje plní instrumentální funkci, pokud je realizujeme z praktických důvodů (Atkinson et al., 2003, s. 617). Zjednodušeně můžeme také říct, že instrumentální postoje slouží k dosažení odměny a vyhnutí se trestu (Výrost, 2008, s. 127-128).

Dále mají postoje znalostní funkci. Tyto postoje nám pomáhají uspořádat informace a stanovit v nich určitý řád, aniž bychom se zabývali detaily. Dalo by se říct, že nám pomáhají utvářet si názor o okolním světě, ale musíme je brát s rezervou, protože někdy příliš zjednodušují a zkreslují naše vnímání a realitu (Atkinson et al., 2003, s. 618).

Třetí funkcí je hodnotová funkce. Postoje, které plní hodnotovou funkci vyjadřují naše hodnoty a přesvědčení. Tyto postoje se velmi těžko mění, protože jsou vázány na naše sebepojetí a hodnotovou orientaci. Změna je možná jen tehdy, pokud věříme, že nový postoj bude ve větší shodě s našimi hodnotami, než postoj předešlý (Atkinson et al., 2003, s. 618; Výrost, 2008, s. 128).

Další je ego-obranná funkce. Postoje, které nás chrání před nebezpečím z vnějšího prostředí, před úzkostí a před hrozbou ohrožení našeho sebepojetí mají ego-obrannou funkci. Existuje teorie, která se nazývá teorie obětního beránka. Popisuje, že negativní postoje vůči určitým skupinám mohou fungovat jako ego-obranná funkce. Takoví lidé pak často obviňují menšiny ze svých problémů, jak osobních, tak sociálních (Atkinson et al., 2003, s. 618; Výrost, 2008, s. 128).

Poslední funkci, kterou si zde uvedeme je sociálněadjustační funkce. Postoje, které nám umožňují být součástí společnosti a pomáhají nám navazovat vztahy s druhými lidmi, plní sociálněadjustační funkci. Tyto postoje lidé zastávají proto, že je zastávají jejich blízcí nebo přátelé. Sociální vazby plynoucí z těchto postojů jsou pro ně důležitější než jejich vlastní přesvědčení. Účinným prostředkem ke změně postojů, které mají sociálněadjustační funkci je změna zákonů a společenských norem (Atkinson et al., 2003, s. 619-620; Výrost, 2008, s. 128).

2.3 Změna postojů

Mnoho studií a výzkumů se zabývá změnou postojů a většina z nich se shoduje v tom, že hlavním prostředkem ke změně postojů je přesvědčování neboli persvaze. Změnu postoje docílíme tím, že přesvědčíme lidi, aby změnilí svůj názor. Toto se často využívá například v reklamách, kde se prodejci snaží přesvědčit občany o výhodnosti zakoupení určitého produktu nebo využití jistých služeb (Hayesová, 2007, s. 102; Výrost, 2008, s. 138).

Je mnoho faktorů, které mají vliv na to, jak úspěšné bude přesvědčit někoho o určitém názoru. Velký vliv na to mají charakteristiky komunikátora. Výzkumy se zaměřily především na věrohodnost zdroje a jeho atraktivitu (Hayesová, 2007, s. 106; Výrost, 2008, s. 138-139).

V roce 1953 byl Kelmanem a Hovlandem proveden experiment zaměřující se na důvěryhodnost zdroje. Bylo prokázáno, že čím je zdroj informace důvěryhodnější, tím více dochází ke změně postojů. Kelman s Hovlandem po třech týdnech experiment zopakovali a ukázalo se, že došlo ke změně. Zjistili, že důvěryhodný zdroj informace má na změnu postoje vliv jen do té doby, po kterou si ho pamatujeme. Pokud zapomene na zdroj informace, tak i informace z málo důvěryhodného zdroje může mít na změnu postoje stejný účinek. O takové informaci říkáme, že má tzv. časovaný efekt (Hayesová, 2007, s. 106).

Druhým faktorem mající vliv na úspěšnost přesvědčení je atraktivita zdroje. Obecně můžeme říct, že čím je mluvčí atraktivnější, tím spíše se necháme přesvědčit. S tímto faktorem pracuje velká část reklam. Zimbardo v roce 1960 provedl výzkum, ve kterém se zaměřil na to, jestli zdroj informace posloucháme dobrovolně nebo ne. Výsledek experimentu ukázal, že pokud posloucháme zdroj dobrovolně, tak nezáleží na tom, jestli ho shledáváme atraktivním nebo ne. Dokonce poslouchání neatraktivního zdroje bylo někdy účinnější než poslouchání atraktivního. Zimbardo to vysvětluje tím, že poslouchání neatraktivního zdroje způsobí kognitivní disonanci, takže se sami sebe budeme snažit přesvědčit, že vyslechnutí informace pro nás bylo přínosné, i když nám mluvčí nebyl sympatický (Hayesová, 2007, s. 107; Výrost, 2008, s. 139).

Další faktor je obsah persvazivní komunikace. Významnou roli zde hrají především dvě oblasti a to emocionální a racionální složka obsahu informace. Změna postoje pomocí emocionální složky je založena na pozitivní nebo negativní reakci na danou informaci. U racionální složky výzkumy prokázaly, že vyšší účinnost na změnu postojů mají argumenty těch mluvčích, kteří mají vyšší vzdělání, daný postoj se jich týká a mají s ním osobní zkušenost (Výrost, 2008, s. 139).

Posledním faktorem, který si zde uvedeme, budou vlastnosti příjemce informace. Jestliže zdroj informace přijde s názorem, který je podobný našemu vlastnímu, zaměříme se na podobnosti mezi těmito názory. Tomuto procesu se říká asimilace. Jinými slovy, je snazší přesvědčit člověka o názoru, který mu není na tolik vzdálený. Dále úspěšnost přesvědčení závisí na schopnosti akceptace jiných názorů. Lidé, kteří velmi silně věří v určitý názor, mají menší způsobilost pro akceptování jiných názorů, než lidé s méně vyhraněnými názory. Podle McGuira (1968) může mít vliv na změnu postoje i osobnost příjemce. Uvádí například, že lidé s nižší sebeúctou jsou ochotnější přijímat jiné názory (Hayesová, 2007, s. 111).

2.4 Měření postojů

Oskamp a Schultz rozlišují dva typy postojů, explicitní a implicitní. Explicitní postoje jsou záměrná hodnocení, která máme pod vědomou kontrolou a která jsou otevřena introspekci. Na počátku 90. let minulého století se začaly zkoumat implicitní postoje. Implicitní postoje jsou automatická hodnocení, která se objevují bez vědomé reflexe a nemusí být nutně dostupná pro vědomou kontrolu anebo introspekci (2005, s. 67).

Z tohoto důvodu máme několik technik pro měření postojů. Techniky jako je Likertova škála, sémantický diferenciál nebo škála sociální distance se používají pro explicitní měření postojů. Pro implicitní měření postojů se využívají techniky jako afektivní priming nebo třeba test implicitních asociací (Hnilica, 2010, s. 111).

Jednou z nejčastějších technik pro explicitní měření postojů jsou Likertovy škály. Likertovy škály obsahují seznam tvrzení, které jsou připisované určité kategorii nebo skupině. Respondent má za úkol vyjádřit míru souhlasu nebo nesouhlasu s daným výrokem. Rozsah škály je od „zcela nesouhlasím“ přes „nevím“ až po „zcela souhlasím“ (Hayesová, 2007, s. 112; Hnilica, 2010, s. 102).

Další metodou je sémantický diferenciál. Jedná se o škálu vztahující se ke konkrétní kategorii, třeba „narkoman“, na které jsou proti sobě umístěny protichůdné hodnotící znaky, např. dobrý - špatný. Respondent pak umístí značku do takové vzdálenosti od některého z pólů, nakolik je ztotožněn s daným znakem pro určitou kategorii. Na rozdíl od Likertovy škály, která zkoumá pouze, jestli respondent s výrokem souhlasí nebo ne, sémantický diferenciál používá pro zjištění postojů několik dimenzí, které zkoumají, co daná kategorie vyvolává u respondenta. Jedná se o odkrytí různých asociací a konotací souvisejících se zkoumaným slovem (Hayesová, 2007, s. 112-113; Hnilica, 2010, s. 103).

Poslední metodu pro explicitní měření postojů zde uvádím škálu sociální distance. Tuto škálu zkonstruoval E. Bogardus pro měření etnických předsudků. Respondent dostane seznam sociálních kategorií, např. národností a u každé zaškrtně několik tvrzení, třeba „souhlasil bych, kdyby se tento příslušník rasy stal mým sousedem“. Tato tvrzení slouží k vytyčení vzdálenosti, kterou respondent vnímá mezi sebou samým a příslušníkem jiné sociální skupiny (Hayesová, 2007, s. 113; Hnilica, 2010, s. 104-105).

První metodou používanou pro implicitní měření postojů je afektivní priming. Při afektivním primingu prezentujeme účastníkům různé podněty, např. obrázek hada nebo atraktivní ženy a posuzujeme míru, do jaké podnět vyvolá pozitivní nebo negativní reakce. Hlavní myšlenkou primingu je aktivace části kognitivní sítě respondenta pomocí podnětů, čímž se usnadní vyvolání asociací spojených s tímto podnětem. Při studiu primingu na obrazovce počítače krátce zablikají podněty (nejčastěji slova, ale i obrázky). Doba promítnutí podnětu může být od několika milisekund až po několik sekund. Podněty, které jsou promítnuty na dobu pod 50 milisekund, respondenti často nezaznamenají, jsou tedy podprahové. Naopak podněty, které jsou účastníkům ukázány déle než 50 milisekund, jsou obvykle zaznamenány, ale existují zde individuální rozdíly v jejich vnímání (Oskamp & Schultz, 2005, s. 77-78).

Nakonec se zaměříme na test implicitních asociací (IAT). Test probíhá na počítači a respondenti mají za úkol roztrždit slova, která se objevují na obrazovce do dvou kategorií. Při tom se měří reakční čas. Například první kategorie je ženský - pozitivní a druhá kategorie je mužský - negativní. Poté se kategorie obrátí, takže bude ženský - negativní a mužský - pozitivní. Rozdíl mezi naměřenými reakčními časy se používá jako indikátor automatického hodnocení, to znamená, že respondent, který rychleji reagoval na první sadu kategorií (ženský - pozitivní, mužský - negativní) vykazuje pozitivnější implicitní postoj vůči ženám než mužům (Bohner & Dickel, 2011, s. 394-395).

3 ZÁVISLOST

3.1 Vysvětlení pojmu

Existuje mnoho různých definic, protože je velmi těžké postihnout všechny faktory, které mohou být příčinou závislosti. Pro příklad si uvedeme pouze některé z nich.

Freed (2010) například uvádí, že závislost je onemocněním mozku, které vede k nekontrolovatelnému užívání drog navzdory nepříznivým následkům (viz s. 148). Smith (2012) říká že, závislost je primární, chronické onemocnění zahrnující odměnu mozku, motivaci, paměť a související systém obvodů (related circuitry); může vést k relapsu, progresivnímu rozvoji a potenciálnímu úmrtí, pokud není léčena [abstrakt]. Další definice uvádí, že závislost je přetrvávající nutkavý návyk na určité chování, aktivitu nebo látku, která ovlivňuje náladu. Někteří vědci rozlišují dva typy závislosti: závislost látkovou (například alkohol, drogy, kouření) a závislost na procesech (například hráčství, nakupování nebo sexuální aktivity). Stále více se ukazuje, že mnoho lidí je závislých na více než jedné látce nebo procesu (The Gale Encyclopaedia of Medicine, 2011, cituji podle West & Brown, 2013, kapitola 2). A nakonec Parekh (2017) tvrdí, že závislost je komplexní stav, onemocnění mozku, které se projevuje nutkavým užíváním návykových látek i přes škodlivé následky. Lidé se závislostí se intenzivně zaměřují na užívání určité látky do té míry, že přebírá kontrolu nad jejich životem.

Freed a Parekh vztahují své definice pouze na užívání návykových látek, což by například vyčlenilo gambling neboli patologické hráčství ze závislostí.

Celistvá definice závislosti složená z definic uvedených autorů by zněla asi takto: Závislost je onemocnění mozku, které se projevuje nutkavým chováním za účelem dosažení příznivých účinků i přes škodlivé následky.

3.2 Druhy závislosti

Jak bylo zmíněno výše, můžeme rozlišit dva typy závislosti a to závislost látkovou a nelátkovou. Do látkové závislosti spadá například alkohol, nikotin, konopí, opioidy, různé léky na bolest a další psychoaktivní látky. Mezi nelátkové závislosti patří například gambling, závislost na nakupování nebo na internetu.

3.2.1 Látková závislost

Omamné a psychotropní látky (drogy) můžeme definovat podle dvou vlastností. Za prvé mají psychotropní (psychoaktivní) efekt, to znamená, že mění naše chování a prožívání. A za druhé, jejich pravidelné a dlouhodobé užívání může vést k závislosti (Minařík & Kmoch, 2015, s. 49).

Drogy můžeme dělit buď podle účinků na lidský organismus, nebo podle míry rizika, spojeného s jejich užíváním. Dle účinků rozlišujeme tři typy látek:

1. Tlumivé látky neboli narkotika, které zpomalují psychomotorické tempo.
2. Psychomotorická stimulancia, která zvyšují psychomotorické tempo a snižují pocit únavy.
3. Halucinogeny, které způsobují změny ve vnímání.

Rozdělení drog podle míry rizika je v současnosti asi nejběžnější způsob. Označení „měkké“ drogy se používá pro látky, které mají nižší míru rizika. „Tvrdé“ drogy jsou pak látky s vyšší mírou rizika (Minařík & Kmoch, 2015, s. 49-50).

3.2.1.1 Alkohol

Alkohol se stejně jako nikotin, řadí mezi legální drogy. Jeho vstřebávání z trávicího traktu je velmi rychlé, a protože dobře prochází všemi biologickými membránami, dostává se snadno až do mozku. To, jaký bude mít alkohol účinek na člověka, závisí na spoustě různých faktorů, jako například na množství, dispozici nebo vlivu prostředí (Minařík & Kmoch, 2015, s. 51-52).

Intoxikace alkoholem se vyznačuje čtyřmi stadii, podle hladiny alkoholu obsažené v krvi:

1. Lehká opilost se vyznačuje excitací neboli nabuzením organismu. Člověk má více energie, lepší náladu a postupně ztrácí zábrany.
2. Opilost středního stupně nebo také hypnotické stadium charakterizují poruchy rovnováhy a koordinace a také zvýšený práh bolesti.
3. Těžká opilost, též narkotické stadium má za následek zmatenost, celkový útlum a zvracení.
4. Posledním stádiem je těžká intoxikace neboli asfyktické stadium, které se vyznačuje ztrátou vědomí. Může způsobit zástavu dechu, krevního oběhu a následně i smrt (Bydžovský, 2004, s. 41; Minařík & Kmoch, 2015, s. 52).

Alkoholismus se řadí mezi tělesné závislosti. Závislý člověk si potřebuje udržet určitou hladinu alkoholu v krvi, jinak se dostaví abstinenční příznaky. Mezi ně patří například třes rukou, pocení, pocity úzkosti a člověk se celkově cítí špatně. Závislost na alkoholu nelze překonat bez lékařské pomoci. Tělo je zvyklé zpracovávat velké množství alkoholu a bez jeho dodání se můžou vyskytnout závažné komplikace, jako například delirium, což je otrava mozku, která může být pro člověka fatální (Röhr, 2015, s. 160).

3.2.1.2 Opioidy

Opioidy jsou látky, které působí na specifické receptory vyskytující se převážně v centrální nervové soustavě (Málek et al., 2011, s. 36). Pevážně se aplikují injekčně přímo do žíly. Nesou název po opiu, což je sušená šťáva, která se získává z ještě nezralých makovic. Mezi nejvýznamnější zástupce patří morfium, heroin, metadon, ale také kodein a v Čechách i braun. Opioidy navozují zklidnění, pocit tepla a euforii. Mají také silné analgetické účinky (Minařík & Kmoch, 2015, s. 55-57). Zvláště morfin a kodein se používají k utlumení bolesti. Avšak při jejich dlouhodobém užívání se na ně zvyšuje tolerance, takže člověk musí opakovaně zvyšovat dávku, aby dosáhl žádoucího účinku. Stejně jako u alkoholu, tak i u opioidů se při nedostatečné dávce objevují abstinenční příznaky (Röhr, 2015, s. 167).

3.2.1.3 Farmaka

Nejčastěji jsou zneužívány léky ze skupin anxiolytik, hypnotik, analgetik a stimulantů. Anxiolytika patří mezi nejvíce předepisované léky. Mají uklidňující a relaxační účinky, pomáhají proti úzkosti a zbavují člověka křečí. Hypnotika slouží k podpoře spánku, uklidňují a odstraňují křeče. Analgetika jsme si již zmínili v souvislosti s opioidy. Jsou to léky, které slouží k zmírnění bolesti. Dosavadní skupiny léků měly uklidňující a tišící účinky, poslední skupina působí jinak. Stimulanty patří mezi povzbuzující prostředky. Typickým zástupcem je amfetamin, který stimuluje organismus, udržuje ho v bdělém stavu a tím i zvyšuje jeho výkonnost. Více si o stimulantech řekneme později (Minařík & Kmoch, 2015, s. 62-63; Röhr, 2015, s. 164-167).

Dlouhodobá konzumace farmak způsobuje poruchu kognitivních funkcí, ale po jejich vysazení dojde k postupnému vymizení. Otrava léky má také podobné příznaky jako intoxikace u alkoholu. Jde například o podobu abstinenčních příznaků, které u člověka vyvolávají nutnost látku i nadále užívat. (Minařík & Kmoch, 2015, s. 63; Röhr, 2015, s. 164).

3.2.1.4 Konopné drogy

Drogy získávané z konopí se řadí mezi látky s halucinogenním efektem. Pro psychotropní účinek je pěstováno především konopí seté a indické. Používá se i konopí rumištní, které se volně šíří a obsahuje středně vysoké množství psychotropních látek. Naopak technické konopí obsahuje pouze minimum těchto látek. Nejaktivnější psychotropní látkou je tetrahydrokanabinol (THC) ze skupiny kanabinoidů. Nejvíce účinných látek je obsaženo v samičích květech (Minařík & Kmoch, 2015, s. 64-65; Gabrielová & Ruman, 2008, s. 63-64).

Konopné drogy se nejčastěji aplikují kouřením, ale lze je dostat do těla i prostřednictvím jídla a ve výjimečných případech i pomocí injekční aplikace (Gabrhelík, Kubů, Miovský & Zábranský, 2008, s. 132-135). Po aplikaci se dostavuje zklidnění, zostření smyslového vnímání a euforie.

Objevuje se i radost, veselí a nekontrolovatelný smích. Po pomnutí účinků přichází únava a zmatenost. Mezi nejznámější zástupce patří marihuana, hašiš a konopný (hašišový) olej (Minařík & Kmoch, 2015, s. 65-67).

V současnosti se vedou diskuze, jestli se konopí dá považovat za lék nebo ne. Prozatím nebylo provedeno dostatek výzkumů, které by prokazatelně potvrdily léčivé účinky konopí, i přesto, že některým lidem pomáhá ve zmírnění obtížně léčitelných nemocí (Miovský, 2008, s. 63).

3.2.1.5 Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky, které způsobují změny ve vnímání. Projevují se pouhým zostřením smyslů nebo halucinacemi, u kterých dochází ke změnám nálady a kognice. Halucinogeny přírodního původu se v historii hojně užívaly při náboženských rituálech. Mezi ně patří například psylocybin, který je obsažen v některých houbách, meskalin, který se získává z určitých druhů kaktusů a ibogain obsažený ve středoafričských liánách. Ibogain se v současnosti zkouší používat při odvykací léčbě na některé drogy, například na heroin. I v České republice můžeme najít rostliny s halucinogenním účinkem. Jedná se třeba o lysohlávky, mochomůrku červenou a tygrovanou, ale i o muškátový ořech nebo petržel. Mezi syntetické halucinogeny patří LSD, ketamin a v poslední době DOB nebo DOM (Minařík & Kmoch, 2015, s. 67; Raboch, Pavlovský a kol., 2013, s. 236).

Halucinogeny se nejčastěji aplikují ústy, ale je možná i aplikace prostřednictvím kouření nebo injekčně. Účinky se liší v závislosti na druhu látky, kterou dotyčný užil, na její dávce a také na psychickém stavu daného člověka. Při intoxikaci se mohou dostavit pocity paniky, úzkosti nebo paranoie. Tento stav označujeme jako bad trip. Člověk může také zažít tzv. flashback, což znamená, že dotyčný prožívá bez použití drogy stejný stav, jako kdyby ji použil (Minařík & Kmoch, 2015, s. 68-69).

3.2.1.6 Psychomotorická stimulancia

Stimulanty jsme si stručně nastínili v souvislosti s farmaky. Mezi jejich hlavní účinky patří povzbuzení organismu, udržení bdělosti a zvýšení výkonnosti. Také se projevují nechutenstvím, hovorností a lehkou euforií. Stimulanty se aplikují převážně injekčně, přímo do žíly. Mezi zástupce patří amfetamin, metamfetamin, pervitin, kokain, nebo třeba mefedron. Psychostimulanty se ale také omezeně používají jako léky. Například Ritalin se předepisuje na poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD). Abstinenční příznaky jsou v případě stimulantů velmi silné. Projevují se depresemi, úzkostmi, velkou únavou nebo přejídáním (Minařík & Kmoch, 2015, s. 70-74; Röhr, 2015, s. 167).

3.2.1.7 Těkavé látky

Jsou to chemické látky patřící mezi uhlovodíky, které dobře rozpouštějí tuky a mají narkotický efekt. Mezi nejčastější zástupce řadíme benzen, toluen, aceton, éter, chloroform, ale také benzín. Těkavé látky obsahují i některá ředidla a lepidla, jako například chemopren. Tyto látky dnes používají závislí jen výjimečně a to hlavně v období, kdy je nedostupná jejich primární droga. Těkavé látky se aplikují skoro vždy inhalací. Tento způsob aplikace můžeme rychlostí přirovnat k nitrožilní aplikaci. Dostávají se účinky jako euforie a později poruchy vnímání, které se projevují živými barevnými halucinacemi. Intoxikace těkavými látkami má podobný průběh jako intoxikace alkoholem. Chronické užívání vede k atrofii mozku a demenci, jelikož mozek je z velké části tvořen tukovou tkání, kterou těkavé látky rozpouštějí (Hrnčiarová, 2015, s. 174; Minařík & Kmoch, 2015, s. 74-75).

3.2.1.8 Taneční drogy

Termín taneční drogy se používá pro syntetické látky, které se nejčastěji užívají na různých akcích, kde hrají elektronickou hudbu. Hlavním zástupcem je extáze (MDMA), která způsobuje uvolnění serotoninu, hormonu, který navozuje dobrou náladu. Extáze se vyskytuje

nejčastěji v podobě tabletek a mezi její účinky patří nejprve zmatenost, která je po chvíli vystřídána klidem, pohodou a dobrou náladou. Často se užívá ve skupině, kde u lidí způsobuje větší hovornost a otevřenost. Navozuje pocity lásky a empatie (Minařík & Kmoch, 2015, s. 76-78).

3.2.1.9 Tabák

Tabák řadíme mezi drogy s nejvyšší mírou rizika, protože je rozšířen po celé planetě a ročně na něj umírají asi 4 miliony lidí. Obsahuje nikotin, což je silný jed, který navozuje psychotropní účinky (Minařík & Kmoch, 2015, s. 79). Stimuluje centrální nervovou soustavu (CNS), zlepšuje paměť a schopnost se soustředit, snižuje chuť k jídlu a celkově zrychluje metabolismus. Akutní intoxikace nikotinem způsobuje zvracení, malátnost, bolesti hlavy a další obtíže. Vysoké dávky mohou vést až ke ztrátě vědomí a poruchám srdečního rytmu. Abstinenční příznaky jsou psychické povahy. Projevují se nespavostí, depresí, bolestí hlavy a bažením po droze (Šustková, 2018, s. 158-159). Nikotin se do těla dostává prostřednictvím kouření tabákových výrobků. Tabákový kouř obsahuje mnoho látek, z nichž některé jsou silně karcinogenní a pro lidský organismus škodlivé (Pilařová, 2003, s. 206).

3.2.2 Nelátková závislost

Pojmem „nelátkové závislosti“ označujeme takové, u kterých závislost nevyvolává žádná chemická látka, ale behaviorální podnět (Bączek, 2009, s. 17). Můžeme sem zařadit například gambling (patologické hráčství), oniománii (závislost na nakupování), workoholismus (závislost na práci), závislost na jídle, závislost na internetu, mobilním telefonu nebo třeba na cvičení. Existuje mnoho dalších nelátkových závislostí, protože závislost si můžeme vytvořit prakticky na jakékoli chování (Röhr, 2015, s. 118). V této práci si popíšeme gambling a další dvě závislosti, které jsou v dnešní době možná nejčastější. Jedná se o workoholismus a závislost na internetu.

3.2.2.1 Gambling

I přesto, že se gambling neboli patologické hráčství řadí podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) mezi „nutkavé a impulzivní poruchy“ (Nešpor, 2011, s. 27), mnoho autorů o něm mluví v souvislosti s nelátkovými závislostmi, protože má mnoho rysů typických právě pro závislost.

Patologické hráčství můžeme definovat jako vsazení určité částky s nadějí, že výhra budou převyšovat hodnotu vsazené částky. Sázení se pojí vždy s rizikem, že dotyčný přijde o obnos, který vsadil (Šerý, 2001, s. 161). Röhr (2015) se domnívá, že gambling upozorňuje na hlubší poruchu. Hráč se snaží kompenzovat pocity méněcennosti tím, že vyhraje nad silnějším protivníkem, v tomto případě například nad herním automatem. V momentě, kdy se gambler plně ponoří do hry, ztrácí kontakt s realitou a také kontrolu nad svým chováním. Takto závislý člověk přestane hrát jen v tom případě, když už nemá žádné peníze, které by do hry vložil. Neustálé prohry v něm prohlubují pocity slabosti a nutí ho zkusit štěstí znovu. Pokud se stane, že vyhraje, navyšuje částky a s tím spojené riziko prohry, ale hrát nepřestane (viz s. 130).

Gambler, který je v pokročilém stadiu své závislosti začíná zanedbávat rodinu, stává se nespolehlivým a může si začít shánět peníze kriminální cestou, zejména krádežemi. Peníze potřebuje jak pro své hráčství, tak i pro splácení dluhů. Právě velké množství dluhů je typické pro aktivní hráče (Röhr, 2015, s. 130-131).

Jedním z kroků pro zbavení se závislosti na hraní je přijmout odpovědnost za své činy a začít splácet dluhy. Pokud gambler přestane splácet, často to znamená recidivu (Röhr, 2015, s. 131).

3.2.2.2 Workoholismus

O workoholismu neboli závislosti na práci se stále diskutuje v souvislosti s jeho zařazením mezi závislosti. Problém spočívá v existenci mnoha různých definic. Avšak u workoholismu se vyskytuje pocit bažení, což je typický rys všech závislostí.

Obecně můžeme říct, že workoholismus je nadměrná pracovní činnost a přílišný čas strávený v práci. Workoholik se své práci věnuje tak moc, že zanedbává ostatní oblasti života, jako například rodinu. Postupně ztrácí kontrolu nad prací, nedokáže ji omezit. To vede k různým obtížím, jak sociálním, tak zdravotním (Vyskočilová, 2015, s. 14).

Pro pochopení workoholismu je důležité si uvést, jaké funkce může mít pro člověka práce. Zde si uvedeme čtyři z nich:

1. Práce jako obživa: člověk vykonává tolik práce, kolik je potřebuje k zajištění živobytí. V podstatě je to pro ně povinnost a nevidí jakýkoli důvod, aby pracovali více, než sami musejí.
2. Práce jako organizace dne: takovému člověku práce pomáhá v naplnění dne a udržení určité struktury. Nemít zorganizovaný den u něho vyvolá pocit nejistoty.
3. Práce jako smysl života: člověka jeho práce baví a naplňuje. Řadí se mezi důležité aspekty v jeho životě. Pokud má takový člověk i jiné zájmy, workoholismus u něj nehrozí.
4. Práce jako útek: Pokud se pro člověka stane práce místem, kam utíká před svými problémy, je zde velká pravděpodobnost vzniku závislosti. Práce mu přináší úlevu a stává se jediným smyslem jeho života. V práci zůstává stále déle, protože konec pracovní doby u něj vyvolá nepříjemné pocity, především strach, že bude muset čelit svým problémům. V pozdějších fázích je člověk bez práce neklidný, ztrácí kontrolu nad svým chováním, což se projevuje nutkáním neustále pracovat (Röhr, 2015, s. 119-120).

Guerreschi popsal základní charakteristiky workoholika. Říká, že člověk závislý na práci je v důsledku méně výkonný než jeho spolupracovníci, protože se příliš zaobírá detaily. Workoholik je arogantní a věčně unavený, protože neumí práci delegovat ostatním pracovníkům. Nedokáže pracovat na skupinových projektech, protože má dojem, že ostatní nebudou schopni vykonat práci stejně kvalitně jako on (Guerreschi, 2006, cituji podle Bączek, 2009, s. 18).

Jak už jsme zmínili, workoholismus sebou přináší různé zdravotní potíže. Nejčastěji se jedná o srdeční infarkt nebo mozkovou mrtvici. Není výjimkou, že člověk na následky přepracování i zemře. Aby workoholik zmírnil příznaky vyčerpání, často se uchýlí k psychoaktivním látkám, nejčastěji k alkoholu. Člověk se tak dostává do začarovaného kruhu, kdy jedna závislost přebíjí druhou. Například workoholik, který své obtíže řeší alkoholem, se dostane do stavu, kdy mu alkohol bude umožňovat workoholismus (Röhr, 2015, s. 120-121).

3.2.2.3 Závislost na internetu

Nikdo z nás si asi už nedokáže představit svůj život bez internetu. Do značné míry nám ulehčuje život, ať už jde o vyhledávání nejrůznějších informací, nakupování a provádění plateb nebo třeba seznamování se přes nejrůznější online portály.

Ale internet může sloužit i k útěku od reality a všedních problémů. K tomu přispívá rozvoj sociálních sítí, na kterých se vlastně odehrává veškerý společenský život. Nejohroženější skupinou jsou muži do 18 let a také ženy v domácnosti. Člověk ztrácí kontrolu a čas strávený u počítače se navyšuje. Postupně přestane jevit zájem o dosavadní zájmy a izoluje se od ostatních. Veškerý kontakt bude provozovat pouze přes internet. Pokud nebude mít k internetu přístup, dostaví se abstinenční příznaky jako nervozita, nesoustředěnost a podrážděnost (Röhr, 2015, s. 131).

Nešpor ve své knize uvádí několik okolností, které mohou člověka přivést až k závislosti na internetu:

1. Počítačové hry. Jsou nebezpečné zejména pro děti, ale nevyhýbají se ani dospělým. Mohou mít za následek rozvoj násilného chování, větší tendenci riskovat nebo zanedbávání školních a pracovních povinností.
2. Hazardní hry. Fungují na stejném principu jako herní automaty a vedou k již zmíněnému patologickému hráčství.
3. Pornografie. Rozmach stránek s pornografickým obsahem nejspíše souvisí s domnělou anonymitou na internetu. Člověk si dovolí mnohem více, pokud má pocit, že ho s danou věcí nebude nikdo spojovat. Avšak v dnešní době není problém dohledat veškeré aktivity na internetu, i přes anonymitu jejich účastníků.

4. Sociální síť. Jedná se převážně o různé diskuzní skupiny. Člověk, který tráví neúměrné množství času komunikací přes sociální síť, zanedbává své reálné kontakty a vztahy. (2011, s. 33).

Bohužel je dost pravděpodobné, že tento problém bude narůstat. Důvodem jsou stále propracovanější virtuální reality, které se až příliš podobají skutečnému životu. A také vzrůstající tlak společnosti na výkonnost a úspěšnost člověka. Tyto a další aspekty mohou přispívat k tomu, že se stále více lidí bude uchýlovat do virtuálního světa internetu (Röhr, 2015, s. 131-132).

4 ZÁVISLÝ ČLOVĚK

4.1 Struktura osobnosti

Mnoho lidí se domnívá, že existuje typ osobnosti, jehož struktura je typická pro závislé chování. Tato teorie se ovšem nepotvrdila. Nemůžeme říct, že člověk vykazující určité znaky bude jednoznačně závislý, protože každý jedinec je jiný a jedinečný. Na druhé straně jsou osobnostní struktury, u kterých je větší pravděpodobnost vzniku chorobné závislosti, než u jiných (Bergeret, 1995, s. 8; Röhr, 2015, s. 71).

Člověk má několik osobnostních struktur. Problém může nastat tehdy, kdy jedna osobnostní struktura převažuje a s ní její negativní znaky. Pokud tyto negativní znaky mají nepříznivý vliv jak na jedince samotného, tak i na jeho sociální vztahy, jedná se o poruchu osobnosti. V této práci si uvedeme nejčastější osobnostní struktury, se kterými se setkáváme u závislých lidí (Röhr, 2015, s. 71-72).

4.1.1 Závislá struktura osobnosti

Člověk se závislou osobností potřebuje nadměrnou péčí ostatních. Má obavy, že zůstane sám a proto se ostatním snaží všemožně zavděčit a podlézat. Nevěří ve své schopnosti a rozhodování o důležitých věcech nechává raději na druhých (Praško a kol., 2003, s. 311).

U chorobných závislostí mají největší zastoupení právě lidé se závislou strukturou osobnosti. Mezi jejich společné znaky patří například to, že jsou závislí na uznání, neumějí říkat ne, nedokáží projevit emoce (zvláště negativní), mnohdy trpí úzkostí a jsou příliš ochotní v přizpůsobování se druhým lidem. Návyková látka jim pomáhá zvládat tyto jejich charakteristické rysy a s nimi spojené obtíže. Nejčastěji se takovýto lidé uchylují k alkoholu (Röhr, 2015, s. 72-74).

4.1.2 Narcistická struktura osobnosti

Narcističtí lidé oplývají velkým sebevědomím a pocitem vlastní důležitosti. Potřebují dávat na odiv své úspěchy a očekávají, že je ostatní budou obdivovat. Lidé s narcistickou osobností nedokáží mít dostatečně rádi sami sebe. Působí velmi sebejistě, ale jakákoli kritika nebo spor je dokáží znejistit (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010, s. 287; Praško, 2007, s. 91-92).

U lidí s narcistickou strukturou osobnosti má návyková látka tři hlavní funkce. Za prvé slouží ke zmírnění nespokojenosti s vlastní osobou a také s druhými lidmi. Nejprve mají návykové látky zklidňující efekt, ale mohou se projevit i záchvaty zlosti, což může velmi nepříznivě ovlivnit vztahy v rodině a také způsobit problémy v sociálním prostředí. Za druhé podporují fantazie narcistických osob. Sní o úspěchu, slávě, moci a tím se snaží utéct od reality a od pochybností o sobě samých. A za třetí jim droga pomáhá v překonání kritiky a nadávek. Výše jsme zmínili, že kritika a urážky dokáží tyto lidi velmi znejistit. Návyková látka odbourá tyto pocity nejistoty. Lidé s narcistickou osobností nejčastěji konzumují alkohol, ale také kokain, konopí nebo extázi. Zjednodušeně užívají všechny látky, které je dokáží povzbudit (Röhr, 2015, s. 77-80).

4.1.3 Hraniční struktura osobnosti

Třetí nejčastější strukturou osobnosti náchylnou ke vzniku chorobné závislosti je hraniční struktura. Pro lidi trpící hraniční poruchou je typická nestabilita jak v chování, tak v mezilidských vztazích. Mají narušené vnímání sebe samých, často trpí pocity prázdnoty a velmi špatně snáší, pokud je někdo opustí. Svůj hněv obrazejí nejčastěji proti sobě, většinou ve formě nejrůznějšího sebepoškozování nebo výhrůzkami či pokusy o sebevraždu (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017, s. 10-11; Praško a kol., 2003, s. 242).

Lidé s hraniční poruchou osobnosti užívají látky se zklidňujícím a relaxačním účinkem. Droga má zmírnit jejich časté změny nálady, úzkosti a zlobu. Ale například LSD může naopak zintenzivnit projevy hraniční osobnosti, což se projevuje pocity úzkosti, paniky nebo paranoiou. Tento stav se označuje jako bad trip. Občas se stává, že člověk s hraniční poruchou osobnosti bere návykovou látku s cílem poškodit se, nebo přímo zemřít (Röhr, 2015, s. 83-85).

5 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

K léčbě závislostí se využívají nejrůznější psychoterapeutické přístupy a techniky. Mezi nejdůležitější přístupy v adiktologii patří psychoanalýza, behaviorismus a kognitivně-behaviorální přístup. Mezi využívané techniky se řadí posilování motivace, zlepšení vnímání sebe a okolí, posílení sociálních dovedností nebo práce s rodinou. Významné zastoupení mají v adiktologii také skupinové terapie. Zde se zaměříme na terapeutickou komunitu, která je jedním z témat této práce. Samozřejmě nesmíme opomenout ani medikamentózní léčbu, která v některých případech doprovází jiné typy terapie a zajišťuje tak komplexní léčbu závislostí.

5.1 Definice pojmu

Kalina obecně tvrdí, že terapeutická komunita vytváří pro klienta bezpečné prostředí, ve kterém absolvuje svoji léčbu (2013, s. 443). Další definice říká, že terapeutická komunita je organizace, kde klienti sami přispívají ke své léčbě a podílejí se na rozhodnutích ohledně postupů v léčení (Sikorová, 2012, s. 125). Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita určitou formou skupinové terapie. Klienti různého věku, pohlaví, vzdělání atd. spolu po jistou dobu žijí, vykonávají nejrůznější aktivity v rámci programu komunity a hovoří o svých problémech. Lidé zde získávají náhled na své chování a problémy, zpětnou vazbu od ostatních členů a také možnost nácviku nových způsobů chování, pokud je potřeba (viz s. 199).

5.2 Zásady terapeutické komunity

Existuje několik zásad, které by v rámci terapeutické komunity měli být dodržovány. První je otevřená komunikace. V komunitě by se mělo nechat mluvit o všech potřebných a důležitých věcech. Nic by se nemělo zatajovat a problémy by se měli řešit okamžitě. Za druhé jde o rozhodovací procesy a společné vedení komunity. Na rozhodování by se určitým způsobem měli podílet všichni členové komunity. Nic by nemělo probíhat za jejich zády a bez

jejich vědomí. Pokud jde o společné vedení komunity, klienti dostávají v rámci komunity určitou funkci a za její plnění jsou odpovědní. Podílejí se tak na každodenním správném fungování komunity. Dále by měl každý člen respektovat názor a postoje druhého, naslouchat mu a dokázat spolupracovat. Posledním bodem je zpětná vazba. Pro klienta je velmi důležité zjistit, jak na jeho problém nahlízejí ostatní členové komunity. Dochází také k napodobování konfliktů a problému. Díky tomu se může klient naučit, jak lépe reagovat a vyvarovat se určitých tendencí, které praktikuje v obtížných situacích (Kalina, 2013, s. 449-450).

5.3 Terapeutická komunita v adiktologii

5.3.1 Základní charakteristiky

Terapeutické komunity pro drogově závislé musí zajistit bezpečné prostředí bez drog. Zejména v počátcích léčby je důležitá naprostá izolace klientů a celé komunity od okolního světa. V pozdějších fázích léčebného programu jsou lidem umožněny výjezdy mimo komunitu. Klienti sice sami přispívají ke svému vyléčení, ale je jim k dispozici tým složený jak z odborníků, tak i z bývalých klientů nebo klientů v nejvyšší fázi léčby. V terapeutické komunitě pro závislé je kladen velký důraz na dodržování jasně daných pravidel. Nedodržování těchto pravidel znamená sankce a tresty. Při hrubém porušení norem může dojít až k vyloučení klienta z terapeutické komunity a tím i z léčebného procesu. Dále je důležité, že na drogovou závislost se pohlíží jako na náznak poruchy celého člověka. Z toho vyplývá, že léčba je zaměřená na celou osobu, ne jen na závislost. Terapeutická komunita je vysoce strukturovaná. Klienti musí zdárně projít jednotlivými fázemi, aby mohl být léčebný proces řádně ukončen. V neposlední řadě má v komunitě velký význam práce a pracovní pozice přiřazené klientům (Kalina, 2013, s. 462; Adameček & Radimecký, 2015, s. 446-447).

Hlavním cílem terapeutické komunity je osobní růst klienta a změna životního stylu. Člověk se v komunitě učí měnit své návyky, způsoby chování a prožívání. K tomu mu pomáhá bezpečné prostředí komunity a také její členové. Po ukončení léčby se předpokládá, že klient bude pokračovat v nově naučených návycích (Adameček & Radimecký, 2015, s. 450-452).

5.3.2 Fáze léčby

V terapeutické komunitě začíná klient svoji léčbu na nejnižší úrovni a postupně přechází do vyšších. Každá úroveň je charakterizovaná určitými úkoly a dovednostmi, které musí klient splnit, aby mohl postoupit na další stupeň v léčbě. Tyto úrovně nebo stupně se nazývají fáze a jsou celkem čtyři:

1. Nultá fáze. Slouží k prvnímu seznámení se s prostředím a členy komunity. Klient je úplně izolován od vnějšího světa, nejsou povoleny ani telefonní hovory nebo dopisy. Jeho průvodcem je tzv. patron, což je klient ve vyšší fázi léčby. Protože nově přichodí člověk ještě není řádným členem komunity, za veškeré prohřešky je trestán jeho patron.
2. První fáze. Klient je schopen bez problémů fungovat v komunitním režimu. Stále je izolován od vnějšího prostředí, ale už může s doprovodem na chvíli opustit prostředí terapeutické komunity. Dostává jednoduché pracovní funkce, vytváří si svůj individuální plán a začíná plnit úkoly.
3. Druhá fáze. Ve druhé fázi klient dlouhodobě prokazuje zodpovědný přístup k práci a úkolům. Přijímá odpovědnost za svoje chování a činy, ale také za chod celé komunity, protože dostává na starost vedoucí funkce v komunitě. Zvládá samostatné výjezdy z komunity a připravuje se na to, až opustí komunitu. Jedná se hlavně o zajištění bydlení a práce. Klient ve druhé fázi se také stává vzorem a pomocníkem pro klienty v nižších fázích léčby.
4. Třetí fáze. Třetí fáze slouží k ukončení léčebného procesu a postupné přípravě na odchod z komunity. Klient má v této fázi zajištěné bydlení a práci. Je velmi důležité, aby si uvědomoval své silné a slabé stránky a nezapomínal na „ohrožení“, které na něj může čekat mimo bezpečné prostředí komunity (Kalina, 2013, s. 464-467; Čítanka, Magdaléna o.p.s.).

Pokud má klient splněné všechny úkoly ze svého individuálního plánu, zvládá samostatné výjezdy a má zajištěný doléčovací plán schválený terapeuty a členy komunity, pak může odejít z terapeutické komunity a ukončit tak svoji léčbu (Čítanka, Magdaléna o.p.s.).

6 TRESTNÁ ČINNOST SOUVISEJÍCÍ S DROGAMI

EMCDDA (2007) rozlišuje čtyři kategorie trestné činnosti, které souvisejí s drogami:

1. psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost,
2. ekonomicky motivovaná trestná činnost,
3. systémová trestná činnost,
4. trestná činnost porušující protidrogové právní předpisy.

Do první kategorie patří trestné činy, které jsou spáchány pod vlivem návykové látky. Návykové látky, která podněcují takovéto chování jsou nejčastěji alkohol a stimulancia. Mezi jejich účinky patří podrážděnost, strach, paranoia, výkyvy nálad a další. Psychofarmakologicky podmíněné trestné činy jsou většinou ublížení na zdraví, přepadení, napadení atd. Do této skupiny patří i ty trestné činy, kdy se uživatel návykové látky pod jejím vlivem stane sám obětí (Gabrhelíková, 2015, s. 570).

Druhou kategorií tvoří osoby, které si trestnou činností obstarávají finanční prostředky k zakoupení návykových látek. Tuto trestnou činnost můžeme označit jako tzv. opatřovací kriminalitu. Dalším způsobem jak získat drogu je například vykrádání lékáren, falzifikování lékařských předpisů, nebo různé další podvody a krádeže (Matoušková, 2013, s. 34). V České republice do této skupiny můžeme zařadit drogy jako pervitin nebo heroin (Gabrhelíková, 2015, s. 570).

Třetí kategorií je systémová trestná činnost. Jedná se o násilné činy, které jsou spáchané v důsledku fungování ilegálních trhů s drogami. Tyto trestné činy jsou páchany v souvislosti s nabídkou drog, jejich distribucí a užíváním (Carpentier, 2007). Vztah mezi trestnou činností a užíváním psychoaktivních látek zde nebyl prokázán, avšak uživatelé drog, kteří se pohybují na drogových trzích, mají vyšší pravděpodobnost, že se budou podílet na systémové trestné činnosti (Gabrhelíková, 2015, s. 571).

Do poslední kategorie můžeme zařadit trestné činy výroby, držení, distribuce, přechovávání, obchodování s drogami a další. Osoby, které manipulují s drogami, většinou nepatří mezi jejich uživatele. Ale jsou i tací, kteří si prodejem návykových látek financují své vlastní dávky drog. Zvláštní skupinu zde tvoří lidé užívající pervitin. Ti jsou jak jeho výrobci, tak i distributory (Matoušková, 2013, s. 34).

Zatím co Trávníčková a Zeman (2010, s. 26) tvrdí, že mezi užíváním drog a páčáním trestné činnosti není žádný přímý vztah, Carpentierová (2007) říká, že trestné činnosti často předchází užívání návykových látek a to hlavně drog jako heroin nebo crack. A Gabrhelíková uvádí, že existuje přímý vztah mezi trestnou činností a užíváním drog. Dodává ale, že takový vztah se vyskytuje pouze u psychofarmakologicky a ekonomicky podmíněné trestné činnosti (Gabrhelíková, 2015, s. 572).

Collins a jeho spolupracovníci hodnotí vztah mezi užíváním drog a páčáním trestné činnosti pomocí dynamického modelu. Uživatele návykových látek rozděluje do tří skupin, podle toho, v jaké fázi užívání se nachází. Jsou to: 1. experimentátoři a příležitostní uživatelé; 2. pravidelní uživatelé; a za 3. narkomani. Vazba na jednotlivé typy trestné činnosti související s drogami se mění podle fáze užívání drog. Experimentátoři a příležitostní uživatelé jsou nejvíce náchylní k páčání psychofarmakologicky podmíněné trestné činnosti a trestné činnosti porušující protidrogové právní předpisy. Pravidelní uživatelé návykových látek jsou ohroženi předcházejícími typy trestné činnosti a ještě i systémovou trestnou činností. A pro narkomany neboli závislé lidi jsou rizikem všechny čtyři typy trestné činnosti související s drogami: psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost, ekonomicky motivovaná trestná činnost, systémová trestná činnost a trestná činnost porušující protidrogové právní předpisy (Collins et al., 2006, s. 63).

Ačkoli výzkumy jednoznačně nepotvrdily vztah mezi užíváním drog a páčáním trestné činnosti, mnoho autorů je přesvědčeno, že existují určité rizikové faktory související s užíváním psychoaktivních látek, které podmiňují páčání trestné činnosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM STEREOTYPŮ A POSTOJŮ K ZÁVISLOSTI

V praktické části mé bakalářské práce zjišťuji stereotypy a postoje k závislým osobám ve dvou odlišných lokalitách. V první lokalitě je přítomna terapeutická komunita, zatímco ve druhé se žádné podobné zařízení nenachází. K získání dat jsem zvolila kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Obě skupiny respondentů, jak z oblasti s terapeutickou komunitou, tak i bez ní, měli stejně strukturované dotazníky. Data z obou dotazovaných skupin jsem porovnála a výsledky popsala níže.

7.1 Cíl výzkumu, výzkumná otázka a hypotéza

Cílem výzkumu je zjistit jaké stereotypy a postoje zaujímají lidé k závislým osobám a potvrdit nebo vyvrátit ověřovanou hypotézu.

Má otázka zní, jestli má přítomnost terapeutické komunity v obci nebo v její blízkosti vliv na postoje obyvatel k závislým lidem? Konkrétně, jestli mají obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti existují terapeutické komunity, k závislým jedincům negativnější postoje než obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti terapeutické komunity neexistují?

Ověřovaná hypotéza:

- H1: Obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti existují terapeutické komunity, mají k závislým lidem zápornější postoje než obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti terapeutické komunity neexistují

7.2 Výběr vzorku

Pomocí dotazníkové šetření jsem získala vzorek čítající 123 respondentů. 58 dotazníků bylo sesbíráno v blízkosti terapeutické komunity, konkrétně v Mníšku pod Brdy a Nové Vsi pod Pleší. Z okolí Plzně, kde se žádná terapeutická komunita ani jiné podobné zařízení nenachází, jsem získala 65 dotazníků.

Jeden dotazník jsem musela z výzkumu vyřadit, jelikož bylo zodpovězeno pouze minimum otázek a chyběly základní informace, jako je věk a pohlaví.

Při výběru respondentů jsem se snažila, aby byli rovnoměrně zastoupeni muži a ženy a všechny věkové kategorie. Zároveň se mi podařilo alespoň jedním zástupcem obsáhnout i další kategorie jako bylo společenské zařazení a dosažené vzdělání. Pouze u kolonky „jiné společenské zařazení“ v oblasti mimo terapeutickou komunitu nemám žádného zástupce (viz tabulka 1).

Tabulka 1

Tabulka obecných údajů		komunita			
		v místě ¹		mimo ²	
		počet	%	počet	%
1. Pohlaví	muž	26	44,83	27	41,54
	žena	32	55,17	38	58,46
2. Věk:	do 30 let	18	31,03	10	15,38
	do 45 let	14	24,14	25	38,46
	do 60 let	12	20,69	24	36,92
	více než 60 let	14	24,14	6	9,23
3. Společenské zařazení:	student	7	12,07	4	6,15
	pracující	36	62,07	58	89,23
	důchodce	12	20,69	3	4,62
	jiné	3	5,17	0	0,00
4. Nejvyšší dosažené vzdělání:	základní	7	12,07	1	1,54
	střední	14	24,14	4	6,15
	maturita	26	44,83	38	58,46
	vysokoškolské	11	18,97	22	33,85

¹ Komunita „v místě“ znamená přítomnost terapeutické komunity v blízkosti bydliště.

² Komunita „mimo“ znamená, že komunita se blízkosti bydliště nenachází.

Tato označení se vyskytují i u všech grafů v práci.

7.3 Metoda provedeného výzkumu

K získání dat jsem použila kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje celkem 21 otázek. Otázky se zaměřují na zjištění předsudků a postojů jak obecně, tak i ve vztahu k závislým osobám. Dále zkoumají zájem o problematiku závislosti a přímý kontakt se závislými. Poté zjišťují vztah mezi závislostí a trestnou činností. A nakonec se zaměřují přímo na terapeutické komunity. Zejména na postoje lidí k těmto zařízením (viz příloha 1).

Jelikož mi jde o komparaci dat z oblasti s výskytem terapeutické komunity a bez jejího výskytu, do dotazníku jsem zařadila i otázku, která se týká existence terapeutické komunity v místě bydliště respondenta. I přesto, že jsem měla dotazníky rozdělené podle místa administrace, výsledky nebyly tak jednoznačné, jak jsem předpokládala (viz nález č. 1).

Struktura dotazníku:

- Otázky č. 1-4 zjišťují obecné informace, jako je pohlaví, věk, společenské zařazení a nejvyšší dosažené vzdělání
- Otázky č. 5-7 se zaměřují obecně na předsudky a postoje
- Otázky č. 8-10 zkoumají zájem o danou problematiku a kontakt se závislými osobami
- Otázka č. 11 se týká výskytu terapeutické komunity v dané lokalitě
- Otázky č. 12-15 zjišťují vztah mezi závislostí a kriminalitou
- Otázky č. 16-18 zkoumají postoje a pocity lidí k závislým jedincům
- Otázky č. 19-21 se zaměřují na zjištění postojů k terapeutickým komunitám

Většina otázek v dotazníku je uzavřených se čtyřmi možnými odpověďmi, nebo se dvěma, jako je tomu u otázky č. 9. Výjimku tvoří otázka č. 16, která umožňuje výběr více možností a otázky č. 17 a 18, které jsou otevřené a respondenti odpovídají vlastními slovy.

V uzavřených otázkách jsem vynechala možnost „nevím“, jelikož jsem se bála častého využívání této možnosti a tím získání neutrálních dat. Výjimkou je otázka č. 11, ve které jsem tuto možnost ponechala.

7.4 Realizace výzkumu

Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí rozdáni dotazníků v tištěné formě, z toho důvodu lze spočítat návratnost distribuovaných dotazníků. V místě s terapeutickou komunitou bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž se jich 58 vrátilo. Návratnost v místě komunity je tedy 58%. V místě bez přítomnosti terapeutické komunity bylo rozdáno také 100 dotazníků a vrátilo se jich 65. Návratnost v místě bez existence terapeutické komunity je tedy 65%. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, z nichž se vrátilo 123. Celková návratnost všech administrovaných dotazníků činí 61,5%.

Rozdání dotazníků v místě s terapeutickou komunitou, což je Mníšek po Brdy a Nová Ves pod Pleší, proběhl v lednu 2020. Část dotazníků jsem rozdala osobně a část jsem vhodila do schránek. Na městském úřadě, na poště a v některých panelových domech byly umístěny sběrné boxy, kam respondenti měli možnost odevzdat vyplněné dotazníky.

Administrace dotazníků v místě bez přítomnosti terapeutické komunity, což je Plzeň a okolí, byla realizována v únoru 2020. Způsob rozdávání a sběr dotazníků byl obdobný jako v Mníšku pod Brdy a Nové Vsi pod Pleší.

7.5 Výsledky a interpretace výzkumu

Vyhodnocením sesbíraných dat pomocí T-testu jsem získala čtyři statisticky významná zjištění. Dále jsem se rozhodla interpretovat další tři zjištění, i přestože jejich hodnoty nejsou tak statisticky významné. Výše zmíněné výsledky budu nazývat jako zjištění a popíši je v první části získaných výsledků.

Zbylé otázky z dotazníku včetně otázky s více možnostmi č. 16 a otevřených otázek č. 17 a 18 popíšu v druhé části.

7.5.1 První část

7.5.1.1 Zjištění č. 1

Zjištění č. 1 se vztahuje k těm otázkám v dotazníku, které se týkají zjištění postojů lidí k terapeutickým komunitám.

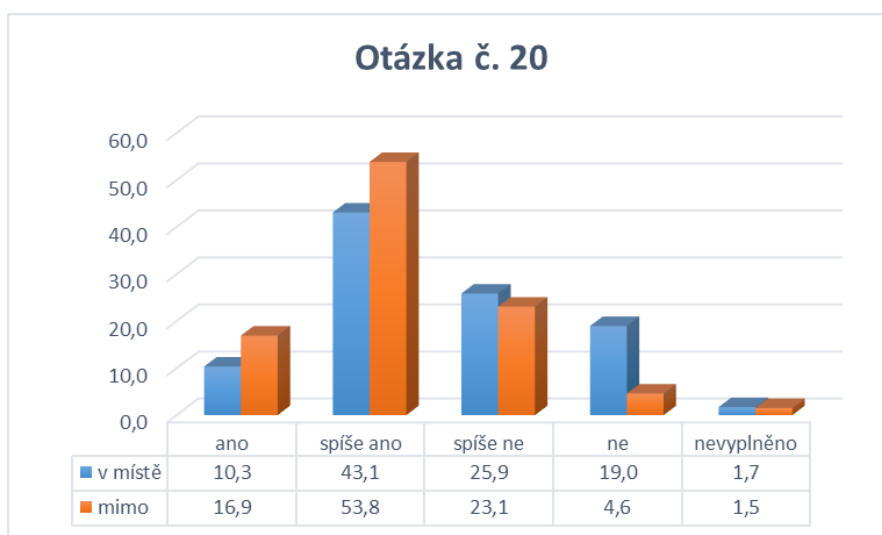
Zde jsou statisticky významné otázky č. 20: „Podpořili byste rozšíření stávajícího terapeutického zařízení pro závislé osoby?“ a č. 21: „Myslíte si, že zařízení tohoto typu mají smysl a výsledky?“, jak můžeme vidět v tabulce 2.

Tabulka 2

	komunita	počet odpovědí	průměrná hodnota	směrodatná odchylka
19. Podpořili byste výstavbu terapeutického zařízení pro závislé osoby ve Vašem městě?	v místě	57	2,77	0,89
	mimo	63	2,49	0,82
20. Podpořili byste rozšíření stávajícího terapeutického zařízení pro závislé osoby?	v místě	57	2,54	0,93
	mimo	64	2,16	0,76
21. Myslíte si, že zařízení tohoto typu mají smysl a výsledky?	v místě	58	2,12	0,84
	mimo	63	1,81	0,74

U otázky č. 20: „Podpořili byste rozšíření stávajícího terapeutického zařízení pro závislé osoby?“ by 70,7% procent respondentů v oblasti bez terapeutické komunity v zásadě podpořili rozšíření stávajícího zařízení, oproti 53,4% respondentů v místě terapeutické komunity (viz graf 1).

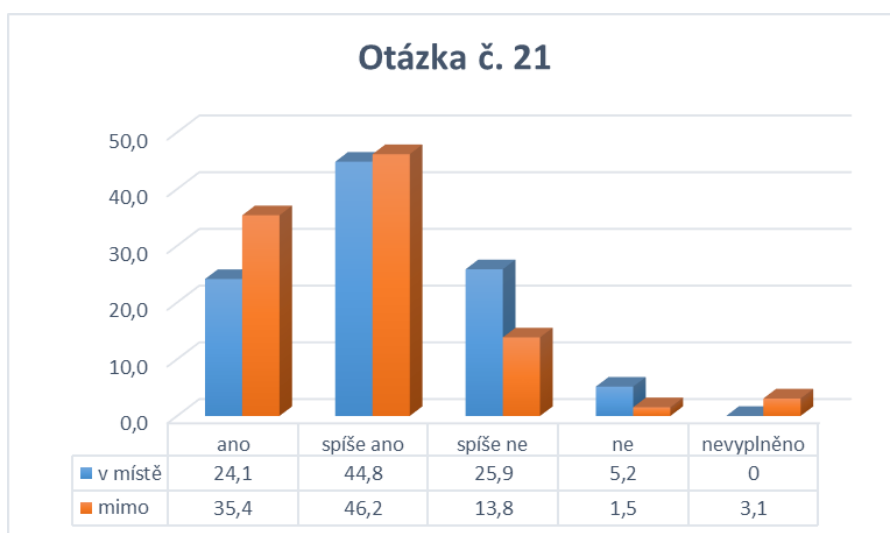
Graf 1



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

Na otázku č. 21: „Myslíte si, že zařízení tohoto typu mají smysl a výsledky?“ odpovídalo kladně 81,6% lidí v místě bez výskytu takového zařízení a 68,9% lidí v oblasti, kde se zařízení tohoto typu vyskytuje (viz graf 2).

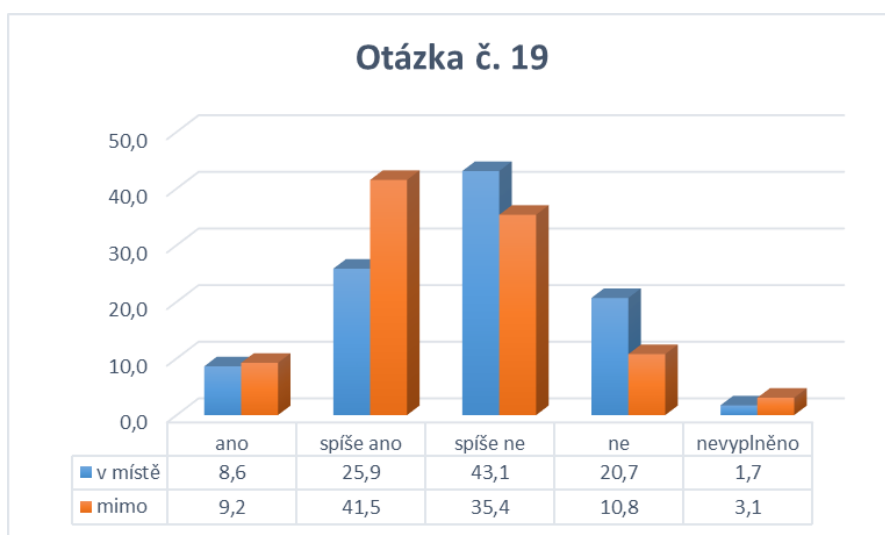
Graf 2



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

I u otázky č. 19: „Podpořili byste výstavbu terapeutického zařízení pro závislé osoby ve Vašem městě?“ můžeme zaznamenat rozdíl v naměřených hodnotách. Opět by lidé v místě bez přítomnosti terapeutické komunity podpořili výstavbu takového zařízení více (50,7%), než lidé v místě s terapeutickou komunitou (34,5%). Hodnoty jsou znázorněny v grafu 3.

Graf 3



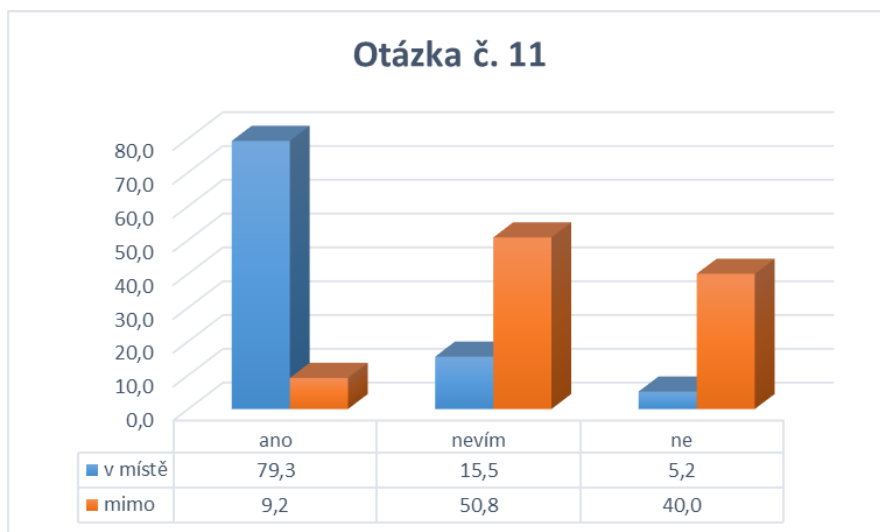
(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

Tyto otázky potvrzují moji hypotézu. Ukázalo se, že lidé, kteří žijí v místě terapeutické komunity, jsou ohledně těchto zařízení zdrženlivější a skeptičtější, než ti, kteří ve svém bydlišti takového zařízení nemají.

7.5.1.2 Zjištění č. 2

Ve druhém zjištění, u otázky č. 11: „Máte ve Vašem okolí zařízení pro závislé osoby (např. terapeutickou komunitu)?“ jsem předpokládala, že výsledky budou odpovídat místu administrace dotazníků. Překvapilo mě, že někteří respondenti odpověděli na danou otázku „ne“ a „nevím“, přestože v blízkosti jejich bydliště se terapeutická komunita nachází. To může svědčit o nedostatečné informovanosti, že takovéto zařízení zde existuje. Stejně tak mě v místě, kde se terapeutická komunita nevyskytuje, překvapila odpověď „ano“. Toto je možné vysvětlit například záměnou za diagnostický ústav a středisko výchovné péče, které se v Plzni nacházejí. Výsledky jsou zobrazeny v grafu 4.

Graf 4



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

7.5.1.3 Zjištění č. 3

Zjištění č. 3 se týká otázek, které se obecně zaměřují na zjištění předsudků a postojů, jak u respondentů samotných, tak i ve společnosti.

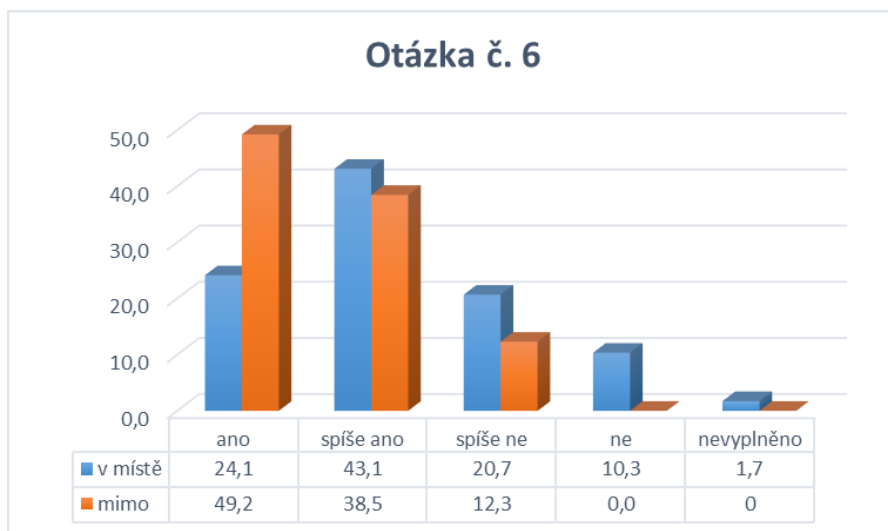
Na otázku č. 6: „Myslíte si, že v naší společnosti jsou rozšířeny předsudky?“ se odpovědi u respondentů v místě terapeutické komunity a mimo ni výrazně lišily (viz tabulka 3).

Tabulka 3

	komunita	počet odpovědí	průměrná hodnota	směrodatná odchylka
5. Myslíte si, že Vaše chování je ovlivněno předsudky?	v místě	58	2,95	0,85
	mimo	65	2,66	0,91
6. Myslíte si, že v naší společnosti jsou rozšířeny předsudky?	v místě	57	2,18	0,93
	mimo	65	1,63	0,70
7. Může Váš první dojem z nějakého člověka ovlivnit Váš názor na něj a chování k němu?	v místě	57	2,30	0,84
	mimo	65	2,06	0,83

Na grafu 5 můžeme vidět, že lidé v místě bez přítomnosti terapeutické komunity si více myslí, že v naší společnosti jsou rozšířeny předsudky (87,7%), oproti lidem, kteří mají terapeutickou komunitou poblíž svého bydliště (67,2%).

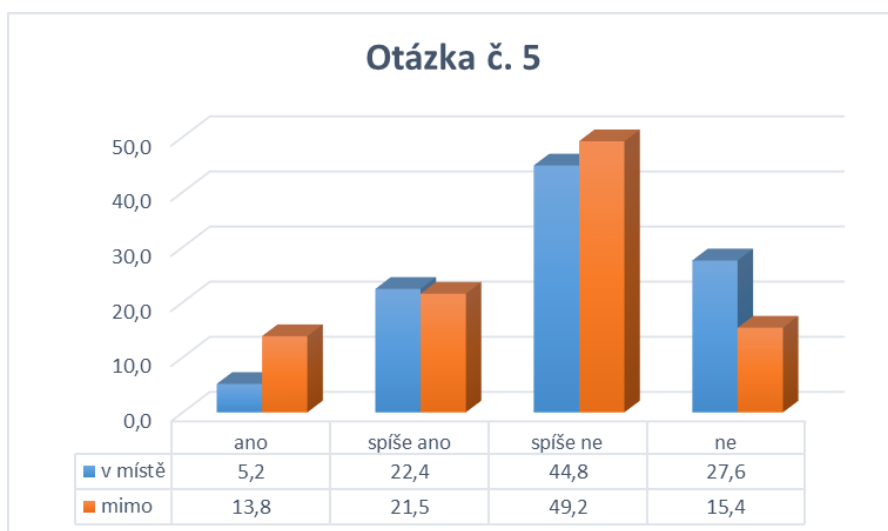
Graf 5



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

Méně statisticky významný, ale stále pozorovatelný rozdíl v hodnotách můžeme pozorovat i u otázky č. 5: „Myslíte si, že Vaše chování je ovlivněno předsudky?“ Zde se opět ukazuje, že chování lidí v oblasti bez terapeutické komunity je více ovlivněno předsudky (35,3%), než chování těch, kteří mají v místě bydliště terapeutickou komunitu (27,6%). To je ukázáno na grafu 6.

Graf 6



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

Na těchto otázkách se ukázalo, že se nepotvrdil můj předpoklad, že lidé v místě s terapeutickou komunitou více inklinují k předsudkům, než lidé v oblasti bez výskytu takového zařízení.

7.5.1.4 Zjištění č. 4:

Zjištění č. 4 se týká otázek, které zkoumají zájem o danou problematiku a kontakt se závislými osobami.

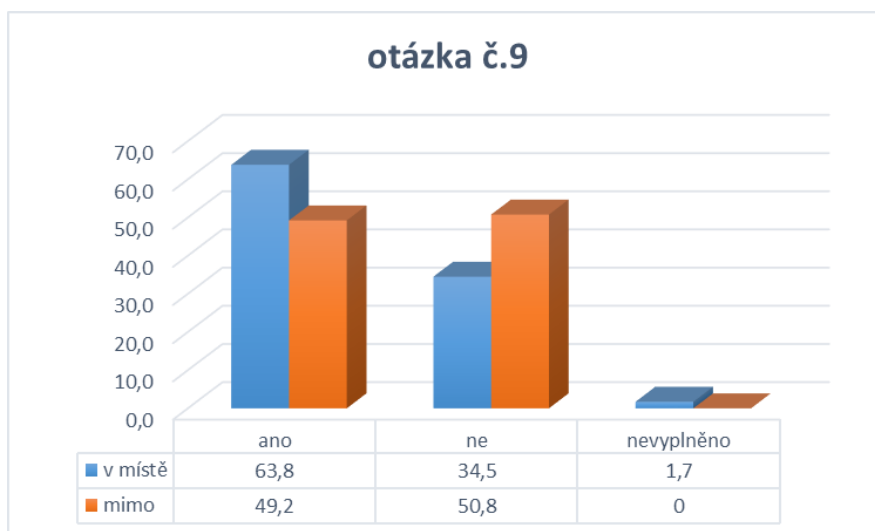
Statisticky významnější se zde jeví otázka č. 9: „Znáte osobně někoho, kdo je nebo byl závislý?“ (viz tabulka 4).

Tabulka 4

	komunita	počet odpovědí	průměrná hodnota	směrodatná odchylka
8. Zajímáte se o problematiku závislosti?	v místě	58	2,95	0,85
	mimo	65	2,66	0,91
9. Znáte osobně někoho, kdo je nebo byl závislý?	v místě	57	2,18	0,93
	mimo	65	1,63	0,70
10. Setkáváte se často se závislými lidmi?	v místě	57	2,30	0,84
	mimo	65	2,06	0,83

Z grafu č. 7 můžeme vypočítat, že osobní zkušenost s někým, kdo je nebo byl závislý má více lidí z oblasti s výskytem terapeutické komunity. Zde jsem předpokládala, že větší počet respondentů, kteří znají závislého člověka, bude v místě, kde se komunita nenachází. Můj předpoklad vycházel z faktu, že respondenti mimo oblast s terapeutickou komunitou pocházejí většinou z Plzně, což je velké město, kde může být koncentrace závislých větší, než v menších městech. Na druhou stranu, klienti komunity mohou za určitých podmínek zařízení opustit a tím se i setkat s obyvateli přilehlých obcí.

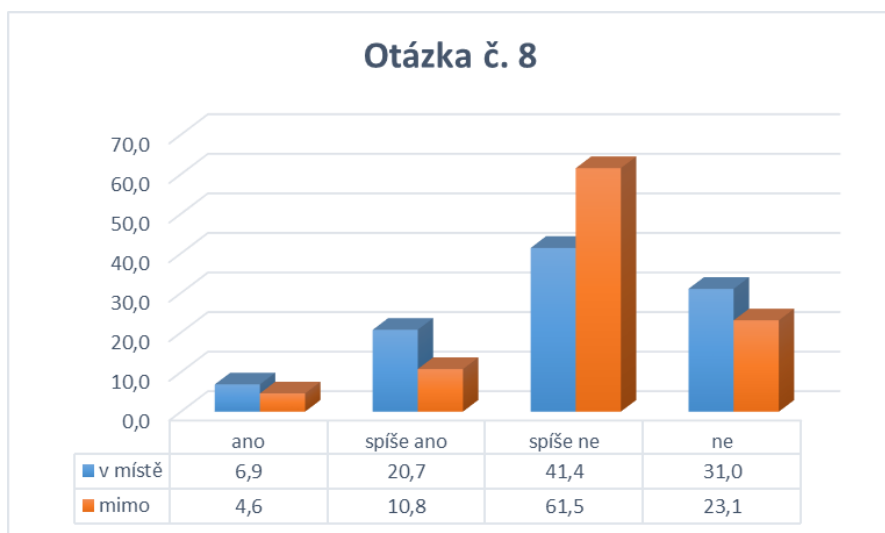
Graf 7



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

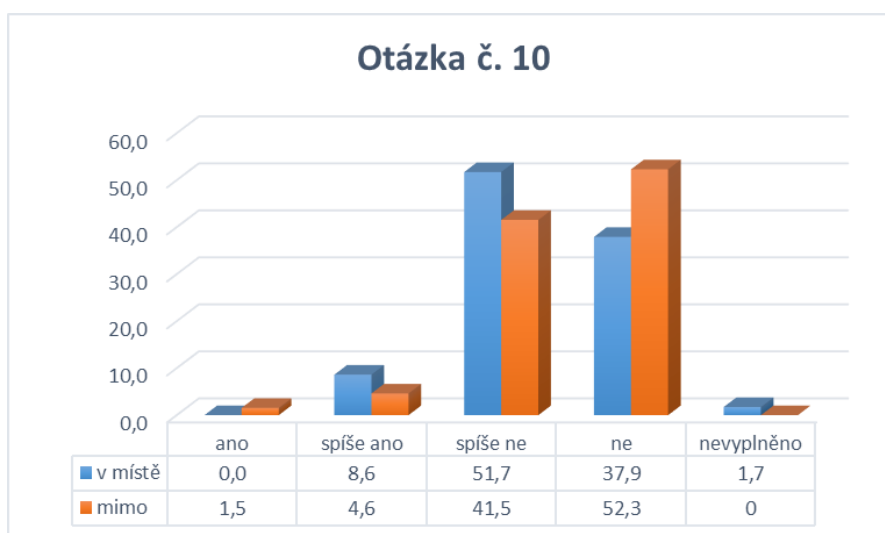
Otázky č. 8 a 10 sice nejsou nijak statisticky významné, nicméně se mi u nich potvrdil můj předpoklad. Očekávala jsem, že větší část dotázaných osob se nebude aktivně zajímat o problematiku závislosti a také se vědomě stýkat ani vyhledávat společnost závislých osob (viz grafy 8 a 9)

Graf 8



(Veškerá data v grafech jsou uvedena v procentech.)

Graf 9



(Veškerá data v grafech jsou uvedena v procentech.)

7.5.2 Druhá část

7.5.2.1 Otázky č. 12-15

Otázky č. 12-15 se zabývají vztahem mezi závislostí a trestnou činností.

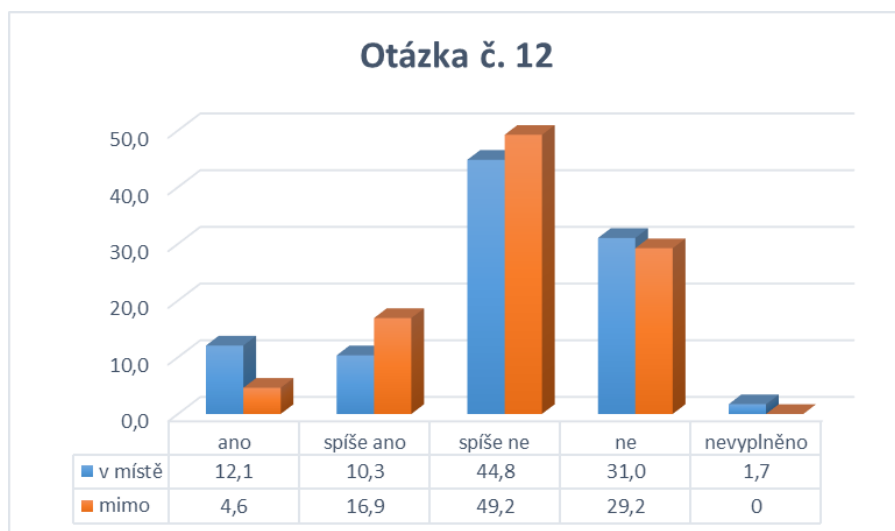
Otázka č. 12: „Máte pocit snížené bezpečnosti ve vašem bydlišti?“ vypovídá o tom, že pouze cca 20% respondentů má pocit snížené bezpečnosti ve svém bydlišti. Není výrazného rozdílu mezi respondenty, kteří mají terapeutickou komunitu v místě svého bydliště a těmi, kteří tuto komunitu v místě bydliště nemají. Předpokládala jsem, že rozdíl mezi obyvateli v místě výskytu komunity a mimo ni bude výraznější a pocit snížené bezpečnosti patrnější u lidí v místě s terapeutickou komunitou (viz graf 10).

U otázka č. 13: „Myslíte si, že kriminalita ve vašem městě roste?“ se výsledky nijak zásadně nelišily, a proto si myslím, že není potřeba ji zde více rozebírat.

Otázka č. 14: „Je podle Vás užívání návykových látek spojeno s vyšší trestnou činností?“ a otázka č. 15: „Myslíte si, že užívání návykových látek je společensky nebezpečné?“ vyšly obdobně. Naprostá většina zúčastněných na tyto otázky odpověděla „ano“ a „spíše ano“.

Výsledek otázky č. 14 také koresponduje s výsledky otázky č. 16, o které se zmíním níže.

Graf 10



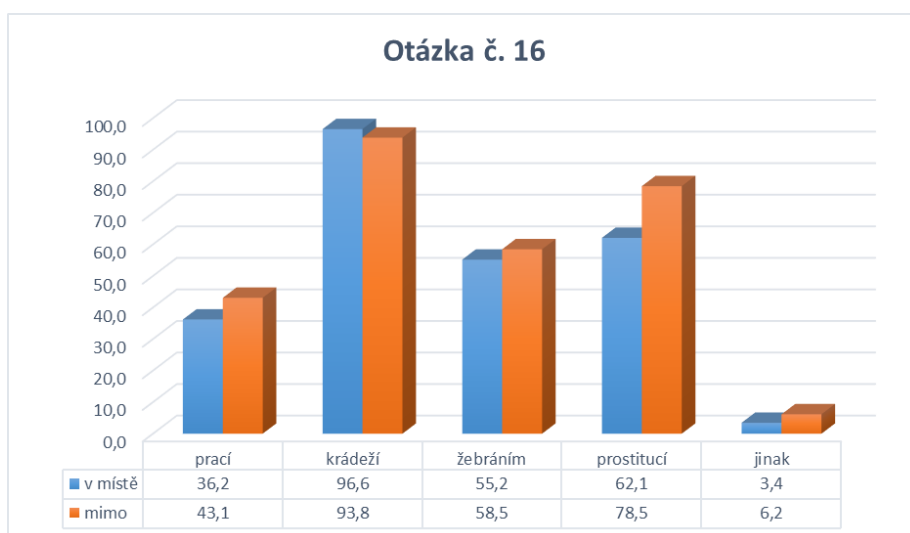
(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

7.5.2.2 Otázka č. 16: Výběr z více možností

U otázky č. 16: „Jak si podle Vás závislé osoby obstarávají peníze na nákup návykových látek?“ mohli respondenti vybírat jednu nebo více odpovědí. Výsledky z oblasti s výskytem terapeutické komunity a bez jejího výskytu se příliš nelišily. Z grafu 11 můžeme vyčíst, že nejvíce lidí se domnívá, že závislé osoby si získávají peníze na obstarání drog krádeží. Naopak nejméně lidí si myslí, že závislí získávají peníze prací anebo jinou činností, která v možnostech nebyla uvedena.

Jelikož se výsledky z oblasti s výskytem komunity a bez ní výrazně neliší, uvedené hodnoty vyjadřují spíše celkový názor lidí na způsob získávání prostředků k nákupu návykových látek.

Graf 11



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

7.5.2.3 Zjištění č. 5: Otevřené otázky

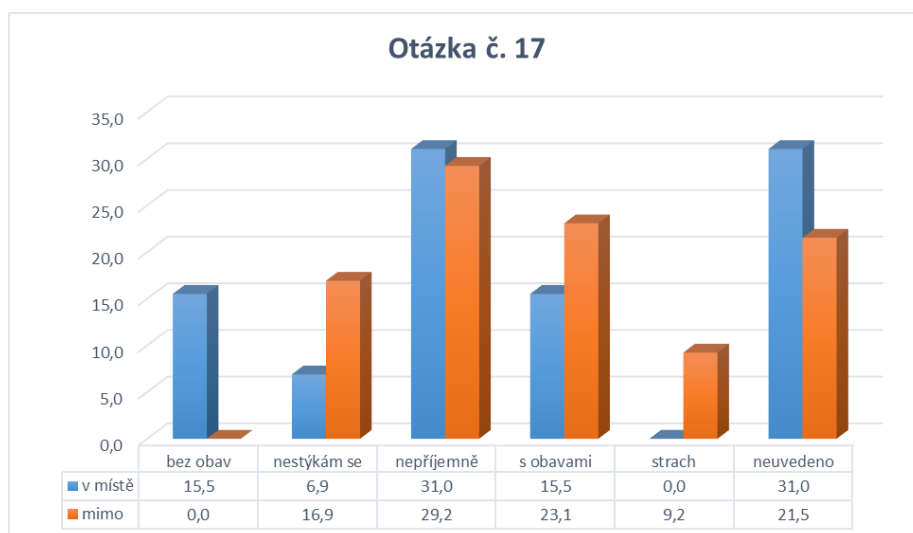
Otevřené otázky č. 17 a 18 jsem do dotazníku zařadila z toho důvodu, aby respondenti mohli plně vyjádřit svůj názor a pocity. Tyto otázky jsem vyhodnocovala podle klíčových slov, z nichž jsem udělala šest kategorií.

Tabulka 5 se vztahuje k otázce č. 17: „Jak se cítíte v přítomnosti závislého člověka?“. Z grafu 12 pak můžeme vidět, že nejvíce převládaly nepříjemné pocity. Je zajímavé, že v kategorii „bez obav“ je 15,5% respondentů, kteří žijí v blízkosti terapeutické komunity a žádný respondent z oblasti bez výskytu komunity. Avšak může to být způsobeno faktem, že poměrně velká část respondentů tuto otázku nezodpověděla.

Tabulka 5

klíčová slova	kategorie
1 - normálně, bez obav, nevadí mi	bez obav
2 - nestýkám se, vyhýbám se jim	nestýkám se
3 - nepříjemně, obezřetně, lítost, smutek	nepříjemně
4 - špatně, necítím se bezpečně, ostražitě	s obavami
5 - bojím se, nervozita strach	strach
6 - neuvedeno	neuvedeno

Graf 12



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

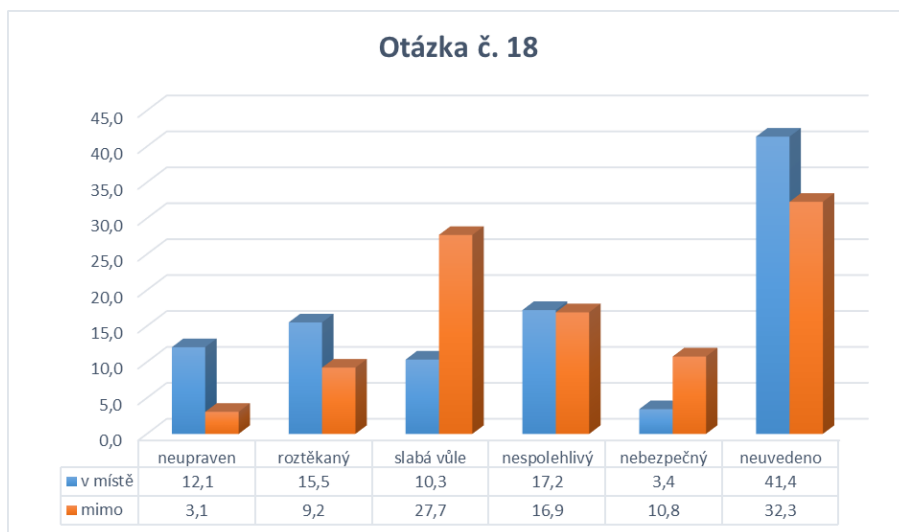
Tabulka 6 se vztahuje k otázce č. 18: „Jak byste charakterizovali/popsali závislého člověka?“. Graf 13 nám ukazuje, že více jak 70% všech dotázaných na danou otázku neodpovědělo, což výrazně zkresluje celkové výsledky. Nejvíce lidí, kteří odpovídali v místě výskytu terapeutické komunity, se domnívá, že závislý člověk je nespolehlivý. Z odpovědí lidí, kteří žijí v místě bez přítomnosti terapeutické komunity, vyplývá, že závislý člověk má podle nich převážně slabou vůli.

Vzhledem k velkému počtu lidí, kteří neodpověděli má tedy tato otázka spíše informativní charakter.

Tabulka 6

klíčová slova	kategorie
1 - oblečení, špína, bezdomovec	neupraven
2 - nepřítomný pohled, roztěkaný	roztěkaný
3 - bez disciplíny, slabá vůle, nemoc	slabá vůle
4 - nespolehlivý nevyrovnaný, zmatený	nespolehlivý
5 - nebezpečný, agresivní	nebezpečný
6 - neuvedeno	neuvedeno

Graf 13



(Veškerá data v grafu jsou uvedena v procentech.)

DISKUZE

Na základně výsledků praktické části nemohu jednoznačně říci, že se potvrdila moje hypotéza H1: Obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti existují terapeutické komunity, mají k závislým lidem zápornější postoje než obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti terapeutické komunity neexistují.

Překvapilo mě například, že lidé z oblasti bez výskytu terapeutické komunity více inklinují obecně k předsudkům, než lidé, kteří mají v místě svého bydliště takovéto zařízení (zjištění č. 3).

Moji hypotézu nepotvrdily ani otázky týkající se vztahu mezi závislostí a trestnou činností. Obyvatelé obcí s terapeutickou komunitou si nepřijdou ohroženi více, než obyvatelé těch míst, kde komunita není. Drtivá většina všech zúčastněných si myslí, že užívání návykových látek je spojeno s vyšší trestnou činností a že užívání těchto látek je i společensky nebezpečné (otázky č. 12-15). To sice vypovídá o určitých negativních postojích, ale spíše z obecného hlediska, jelikož rozdíl mezi odpověďmi respondentů v místě s terapeutickou komunitou a v místě bez jejího výskytu není markantní.

Obdobně tomu bylo i u otázky č. 16 a u otevřených otázek č. 17 a 18. Tyto otázky nám podaly spíše informace o náhledu na problematiku celkově, ale nebyly dostatečné k tomu, aby potvrdily nebo vyvrátily moji hypotézu. U otevřených otázek je navíc výsledek zkreslen velkým počtem lidí, kteří vůbec neodpověděli.

Překvapivé bylo i druhé zjištění, kde jsem se dotázala na přítomnost terapeutické komunity. Více jak 50% lidí z oblasti bez výskytu terapeutické komunity uvedlo, že nevědí, jestli se takové zařízení v místě jejich bydliště nachází nebo ne. Výsledek může svědčit o nedostatečné informovanosti nebo záměnou za diagnostický či výchovný ústav. Zpětně si uvědomuji, že jsem měla v dotazníku uvést stručnou charakteristiku terapeutické komunity, aby nemohlo dojít k případným omylům a nedorozumění.

Na druhou stranu, zjištění č. 1 moji hypotézu potvrzuje. Jednalo se o otázky č. 19-21, které zjišťovaly postoje lidí k terapeutickým komunitám. Ukázalo se, že co se týče výstavby a rozšíření terapeutické komunity jsou lidé, kteří žijí v místě takového zařízení zdrženlivější, než ti, kteří ve svém bydlišti toto zařízení nemají. Stejně tak i u otázky, jestli mají zařízení toho typu smysl, jsou více skeptičtí lidé z oblasti s terapeutickou komunitou, než bez ní.

Celkově tedy mohu říci, že praktická část výzkumu zjistila určité předsudky a negativní postoje vůči závislým lidem v obecném slova smyslu. Dále jsem zjistila, že lidé, kteří mají v blízkosti svého bydliště terapeutickou komunitu, mají k takovýmto zařízením negativnější postoj, než ti lidé, kteří terapeutickou komunitu v místě bydliště nemají. Toto potvrzuje moji hypotézu H1.

V závěru zmíním možná úskalí své výzkumné části. Výzkum jsem založila na porovnání dat z oblasti, kde se vyskytuje terapeutická komunita pro závislé a z míst, kde se tato zařízení nevyskytují. Předpokládala jsem, že lidé v blízkosti terapeutické komunity o tomto typu zařízení vědí, což mi zjištěné výsledky nepotvrdily. Jak jsem již psala výše, zřejmě by bývalo vhodné do dotazníku zařadit stručnou charakteristiku těchto zařízení, aby bylo jasné, na co se ptám a nedocházelo k nejasnostem nebo záměně za jiná zařízení.

V uzavřených odpovědích jsem vynechala, až na jednu výjimku, možnost „nevím“, protože jsem se obávala, že mnoho lidí tuto možnost využije. Vzhledem k vypuštění této možnosti buď respondenti na otázku neodpověděli anebo se přiklonili k nejbližší možné odpovědi. Tento fakt může mít za následek jisté zkreslení výsledků.

Jsem si také vědoma toho, že daný výzkum je spíše orientační, protože mám poměrně malý vzorek respondentů. I přes ochotu lidí byla návratnost dotazníků menší, než jsem očekávala. Celkem se mi vrátilo 123 dotazníků z počtu 200 rozdaných.

I přes určitá omezení se ale domnívám, že výsledky tohoto šetření ukáží obecné názory ve společnosti na stigmatizovanou skupinu závislých osob.

ZÁVĚR

Problematika závislosti je, zvláště v dnešní době, velmi aktuální téma. K dispozici je mnoho různých nelegálních psychoaktivních látek a přibývají i nelátkové závislosti. Se zvyšujícím se počtem závislých osob přibývají i zařízení, která se zaměřují na pomoc těmto lidem. Diskutuje se také o vztahu mezi užíváním návykových látek a páchání trestné činnosti.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjištění stereotypů a postojů, které zauímají lidé vůči závislým osobám. Zaměřila jsem se především na komparaci výsledků z oblasti s výskytem terapeutické komunity a z oblasti, kde se takové podobné zařízení nenachází. Ačkoli praktická část nepotvrdila úplně moji hypotézu, s výsledkem jsem spokojená. Získala jsem obecný přehled o tom, jak lidé nahlíží na problematiku závislosti a závislé osoby. Moji hypotézu naopak potvrdily výsledky otázek, které se zabývaly postoji lidí k terapeutickým komunitám. Ukázalo se, že lidé, kteří mají v blízkosti svého bydliště terapeutickou komunitu, jsou zdrženlivější ohledně rozšíření nebo rovnou výstavby terapeutické komunity, než obyvatelé těch měst a obcí, kde se takovéto zařízení nevyskytuje. Obdobné výsledky měla i otázka týkající se smyslu těchto zařízení. Lidé, kteří žijí v blízkosti terapeutické komunity, jsou více skeptičtí ohledně významu tohoto typu institucí, než ti, kteří s tímto zařízením nepřijdou do styku.

I přes to, že je k dispozici mnoho odborné literatury k problematice závislosti, přijde mi, že se o tomto tématu ve společnosti příliš nemluví a lidé nejsou dostatečně informováni. Doufám, že by tato práce mohla, kromě ukázání již zmíněných obecných stereotypů a postojů, zvýšit informovanost lidí celkově o problematice závislosti a závislých lidech, stejně tak o terapeutických komunitách, které se snaží těmto lidem pomoci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In K. Kalina (ed.), *Klinická adiktologie* (s. 446-468). Praha: Grada.
- Allport, G. W. (2004). *O povaze předsudků* (E. Geissler, překl.). Praha: Prostor. (Originál byl publikován v roce 1954 s názvem *The nature of prejudice*)
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Psychologie* (E. Herman, M. Petržela, & D. Brejlová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 1953 s názvem *Hilgard's introduction to psychology*)
- Bączek, J. (2009). Nelátková závislost - New addictions (J. Szotkowski, překl.). *Pedagogické rozhledy*, 18(4), 17-19.
- Bergeret, J., (1995). *Toxikomanie a osobnost* (V. Misařová, překl.). Praha: Victoria. (Originál byl publikován v roce 1982 s názvem *Toxicomanie et Personnalité*)
- Bohner, G., & Dickel, N. (2011). Attitudes and Attitude Change. *Annual Review of Psychology*, 62, 391-417. Dostupné z <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131609>
- Bydžovský, J. (2004). *První pomoc: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada.
- Carpentier, Ch. (2007). *Drogy a trestná činnost - složitý vztah*. Úkol drogy (Drugs in Focus), No. 16. Brífink Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Lisabon: EMCDDA. Dostupné z http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/470/Dif16CS_84996.pdf
- Collins, D., Lapsley H., Brochu, S., Easton, B., Pérez-Gómez, A., Rehm, J., & Single, E. (2006). International Guidelines for the Estimation of the Avoidable Costs of Substance Abuse. Health Canada. Dostupné z https://www.researchgate.net/profile/Helen_Lapsley/publication/265453592_International_Guidelines_for_the_Estimation_of_the_Avoidable_Costs_of_Substance_Abuse/links/54b4327c0cf28ebe92e4621d/International-Guidelines-for-the-Estimation-of-the-Avoidable-Costs-of-Substance-Abuse.pdf
- Čítanka. (n.d.). Interní materiál. Mníšek pod Brdy, Magdaléna o.p.s.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

Freed, C. R. (2010). Addiction medicine and addiction psychiatry in America: Commonalities in the medical treatment of addiction. *Contemporary Drug Problems*, 37(1), 139-163.
Dostupné z <https://doi.org/10.1177/009145091003700107>

Gabrielová, H., & Ruman, M. (2008). Botanika konopí. In M. Miovský (ed.), *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium* (s. 63-70). Praha: Grada.

Gabrhelík, R., Kubů, P., Miovský, M., & Záborský, T. (2008). Vzorce užívání konopných drog a parafernálie. In M. Miovský (ed.), *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium* (s. 132-145). Praha: Grada.

Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In K. Kalina (ed.), *Klinická adiktologie* (s. 569-584). Praha: Grada.

Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.

Hayes, N. (2007). *Základy sociální psychologie* (I. Štěpaníková, překl.). Praha: Portál.
(Originál byl publikován v roce 1993 s názvem *Principles of Social Psychology*)

Hnilica, K. (2010). *Stereotypy, pojmy, diskriminace: (pojmy, měření, teorie)*. Praha: Karolinum.

Hrnčiarová, J. (2015). Závislost na návykových látkách. In L. Hosák, M. Hrdlička, & J. Libiger (ed.), *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (s. 142-180). Praha: Karolinum.

Janská, A. (2016). *Negativní důsledky stereotypu prostitutky* (bakalářská práce). Dostupné z webových stránek Pražské vysoké školy psychosociálních studií: http://www.pvsps.cz/data/2017/05/03/13/janska_alzbeta.pdf

Jirásková, V. (2006). *Multikulturní výchova: předsudky a stereotypy*. Praha: Epoque.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.

Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.

- Matoušková, I. (2013). *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada.
- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (ed.), *Klinická adiktologie* (s. 49-83). Praha: Grada.
- Miovský, M. (2008). Konopí a v něm obsažené psychoaktivní látky. In M. Miovský (ed.), *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium* (s. 63-123). Praha: Grada.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Oskamp, S., & Schultz, P. W. (2014). *Attitudes and opinions*. New York: Psychology Press. Dostupné z <http://psyc604.stasson.org/Oskamp.pdf>
- Parekh, R. (2017). *What Is Addiction?* Dostupné z webových stránek Americké psychiatrické asociace: <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>
- Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 4(5), 205-208. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf>
- Praško, J. a kol. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Praško, J. (2007). *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada.
- Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Röhr, H. P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat* (P. Babka, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2008 s názvem *Sucht - Hintergründe und Heilug. Abhängigkeit verstehen und überwinden*)
- Sikorová, L. (2012). *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada.
- Smith, D. E. (2012) Editor's Note: The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 1-4. Dostupné z <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662105>
- Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*, 5(4), 161-164. Dostupné z <https://solen.cz/pdfs/psy/2001/04/05.pdf>

- Šustková, M. (2018). Závislost na návykových látkách. In J. Švihovec, J. Bultas, P. Anzenbacher, J. Chládek, J. Příborský, J. Slíva, & M. Votava (ed.), *Farmakologie* (s. 141-176). Praha: Grada.
- Trávníčková, I., & Zeman, P. (2010). *Kriminální kariéra pachatelů drogové kriminality*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z <http://www.ok.cz/iksp/docs/376.pdf>
- Vyskočilová, J. (2015). Workoholismus a jeho důsledky. *Psychiatrie pro praxi*, 16(1), 14-20. Dostupné z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2015/01/04.pdf>
- Výrost, J. (2008). Postoje, jejich utváření a změna. In J. Výrost, & I. Slaměník (ed.), *Sociální psychologie: 2., přepracované a rozšířené vydání* (s. 127-145). Praha: Grada.
- Weinerová, R. (2014). *Romové a stereotypy: výzkum stereotypizace Romů v Ústeckém kraji*. Praha: Karolinum.
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. Hoboken: John Wiley & Sons.

PŘÍLOHY

Příloha 1

Dotazník

Dobrý den. Jmenuji se Eva Brtková a studuji na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro moji bakalářskou práci zaměřenou na téma závislých osob. Ujišťuji Vás, že Vaše odpovědi budou zpracovány zcela anonymně a že údaje, které mi poskytnete, nezpřístupním žádné třetí osobě ani je nikdy nezveřejním způsobem, který by umožňoval Vaši identifikaci. Veškeré informace budou použity pouze pro účely práce.

Děkuji za ochotu.

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

3. Společenské zařazení:

- a) student
- b) pracující
- c) důchodce
- d) jiné

4. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

5. Myslíte si, že je Vaše chování ovlivněno předsudky?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
6. Myslíte si, že v naší společnosti jsou rozšířeny předsudky?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
7. Může Váš první dojem z nějakého člověka ovlivnit Váš názor na něj a chování k němu?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
8. Zajímáte se o problematiku závislosti?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
9. Znáte osobně někoho, kdo je nebo byl závislý?
- a) ano
 - b) ne
10. Setkáváte se často se závislými lidmi?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

11. Máte ve Vašem okolí zařízení pro závislé osoby (např. terapeutickou komunitu)?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

12. Máte pocit snížené bezpečnosti ve vašem bydlišti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

13. Myslíte, že kriminalita ve vašem městě roste?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14. Je podle Vás užívání návykových látek spojeno s vyšší trestnou činností?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Myslíte si, že užívání návykových látek je společensky nebezpečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Jak si podle Vás závislé osoby obstarávají peníze na nákup návykových látek?

(můžete vybrat více možností)

- a) prací
- b) krádeží
- c) žebráním

- d) prostitucí
- e) jiná možnost (uved'te prosím):

17. Jak se cítíte v přítomnosti závislého člověka?

.....
.....

18. Jak byste charakterizovali/popsali závislého člověka?

.....
.....

19. Podpořili byste výstavbu terapeutického zařízení pro závislé osoby ve Vašem městě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20. Podpořili byste rozšíření stávajícího terapeutického zařízení pro závislé osoby?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21. Myslíte si, že zařízení tohoto typu mají smysl a výsledky?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Děkuji za vyplnění dotazníku!

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Eva Brtková

Studijní program: Psychologie

Název práce: Stereotypy a postoje týkající se závislých osob

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Rok dokončení práce: 2020

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 401

Ostatní text: 80 525

Celkový počet znaků: 80 926

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: Stereotypy a postoje týkající se závislých osob

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: Stereotypy a postoje týkající se závislých osob

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 5. 2020

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Autorka práce **Eva Brtková**
 Název práce **Stereotypy a postoje týkající se závislých osob**
 Obor studia psychologie
 Vedoucí práce doc. Karel Hnilica

HODNOCENÍ PRÁCE

stupnice**

1	2	3	4	0
---	---	---	---	---

Práce s odbornou literaturou

Využití odborných časopiseckých zdrojů (množství)
 Využití recentních pramenů (z posledních 2-5 let)
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)
 Správnost interpretace teoretických pojmů
 Správnost interpretace metodologických pojmů
 Styl psaní, absence chyb, srozumitelnost, přehlednost, ...
 Kvalita zpracování odborné literatury (původnost, konzistence, ...)

X				
X				
X				
X				
X				
X				
X				

Dodržování citačních norem APA

Citace pramenů (autorů) v textu
 Citace v textu (přímá, sekundární, parafrázování atp.)
 Citace pramenů v seznamu literatury
 Vytvoření seznamu literatury (úplnost, shoda s citacemi v textu, ...)

X				
X				
X				
X				

Problém, otázky a hypotézy

Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, ...)
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, kauzální struktura, ...)
 Teoretická relevantnost hypotéz
 Byly hypotézy formulovány před sběrem dat?
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost, falzifikovatelnost)

X				
X				
X				
X				
X				

Výzkumná metoda

Pilotní studie
 Výběrový soubor (vhodnost, složení, velikost, apriorní síla testů)
 Jde o pouze jednou analyzovaný soubor? (síla, geneze hypotéz)
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz
 Jde o původní metodu/techniku/nástroj měření proměnných?
 Popis použitých technik sběru dat (dotazníků, testů atp.)
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita

				X
X				
X				
X				
				X
X				
X				

Analýza dat

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (M, SD, %, r, ...)?
 Jsou tabulky a grafy dostatečně popsány?
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy?
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d, R², η²)?
 Jsou uvedeny informace o síle testů?
 Je provedena korekce pro počet testů?
 Jsou testy a jejich výsledky správně prezentovány?

X				
	X			
	X			
				X
				X
				X
X				

Redundantní údaje

Jsou v textu uváděny pouze nebytné tabulky a grafy?
 Jsou provedeny pouze testy týkající se hypotéz?

	X			
	X			

Interpretace výsledků šetření

Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?
 Pokud se hypotézy nepotvrdily, je proveden rozbor možných příčin?

				X
				X

** 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – špatně (špatné provedení, absence, ...); 0 – nehodnoceno, neaplikovatelné, nekontrolováno atp.

DALŠÍ KRITÉRIA

Navazuje práce na odborné publikace školitele?
Navazuje práce na bakalářské a diplomové práce studentů PVŠPS?
Je dodržen počet předepsaných znaků?
Uvedení všech náležitostí podle norem PVŠPS

ANO	NE	?
X		
		X
X		
X		

Hodnocení jednotlivých částí

Jde o zajímavý výzkum, který by mohl být východiskem pro diplomovou práci.

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Vaše hypotéza zní:

Obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti existují terapeutické komunity, mají k závislým lidem zápornější postoje než obyvatelé obcí, v jejichž blízkosti terapeutické komunity neexistují.

Tato hypotéza se, podle výsledků Vašich analýz, nepotvrdila.

Jak se však ukázalo, cca 50 % obyvatel neví, zda v jejich blízkosti existuje terapeutická komunita. Myslíte si, že kdybyste realizovala analýzy pouze pro podskupiny, které jsou informovány, potvrdila by se vaše hypotéza?

Práce splňuje podmínky kladené na bakalářskou práci a **doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **1-2**

17. 6. 2020



**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Eva Brtková

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Stereotypy a postoje týkající se závislých osob**

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 401

Ostatní text: 80 525

Celkový počet znaků: 80 926

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Čím si vysvětlujete, že lidé, kteří mají v blízkosti svého bydliště terapeutickou komunitu, jsou zdrženlivější ohledně rozšíření nebo rovnou výstavby terapeutické komunity?
Uvádíte, že lidi s hraniční poruchou osobnosti užívají látky se zklidňujícím a relaxačním účinkem. Je možné to takto zobecňovat?
Jaký další výzkum byste navrhovala na základě našich výsledků?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Autorka se v předkládané bakalářské práci věnuje tématu: „Stereotypy a postoje týkající se závislých osob“.

Teoretická část práce je zaměřena na objasnění pojmů v oblasti stereotypů, postojů a předsudků. Oceňuji vyjasnění mezi postojem a předsudkem. Autorka také uvádí, že jsou autoři, kteří do definice předsudku dávají také kladnou nebo ambivalentní valenci postoje. Vzhledem k tomu mi zde chybí zamyšlení nad tím, co odlišuje takto definovaný předsudek od obecnějšího pojmu. V další části jsou uvedeny některé definice závislosti, typy závislostí, také závislý z pohledu struktury osobnosti. Autorka dále objasňuje pojmy terapeutická komunita a specifika TK v léčbě závislosti a uvádí i informace o kriminální činnosti v souvislosti se závislostí. U definic závislosti bych uvítala uvedení více pojednání a specifika definice závislosti látkové, i nelátkové. Také téma „bažení“ je složitější proces, jak zde autorka uvádí.

Teoretická část práce je zpracovaná kvalitně a je vhodným teoretickým vstupem autorky do výzkumné části práce. Moje zamyšlení se nad některými informacemi, které uvádím jsou myšleny jako povzbuzení a podnětí do práce s teorií.

Cílem autorky v *praktické části* bylo zjistit jaké stereotypy a postoje zaujmají lidé k závislým osobám. Zaměření bylo na respondenty ve dvou odlišných lokalitách. V lokalitě, kde je přítomna terapeutická komunita, a v lokalitě, kde se žádné podobné zařízení nenachází. K získání dat si autorka zvolila kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Výzkumná část je zpracována precizně a jasně. Oceňuji vlastní dotazník, zpracování, analýzu dat a výsledky. Také se autorka kriticky zamýšlí nad analýzou a klade si další otázky, které by mohly být odrazovým můstkem k dalšímu výzkumu. Z metodologického hlediska autorka přistoupila k tématu s přemýšlením a citlivě v návaznosti na teoretickou část.

Celkově hodnotím bakalářskou práci kladně, práce je zajímavá a podnětná pro další výzkum. Splňuje jak obsahová, tak formální kritéria kladená na bakalářskou práci.

Navrhovaná klasifikace: 1-2 dle obhajoby

Datum, podpis: 26.6.2020

