

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Klimantová

Adiktologické aspekty u osob se zdravotním postižením

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Michala Růžičky, Ph.D. a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 19. dubna 2018

.....

Tereza Klimantová

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za ochotu vést mnou bakalářskou práci.

Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníků.

A v neposlední řadě patří velké díky mé rodině a přátelům. Bez jejich podpory by tato práce nevznikla.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	7
1.1 Definice zdravotního postižení.....	7
1.2 Dělení zdravotního postižení.....	8
1.2.1 Sluchové postižení	9
1.2.2 Zrakové postižení.....	10
1.2.3 Tělesné postižení.....	11
1.2.4 Mentální postižení.....	13
1.2.5 Poruchy autistického spektra.....	15
1.2.6 Specifické poruchy učení.....	16
1.2.7 Poruchy chování.....	16
1.2.8 Psychické onemocnění.....	18
1.3 Dopad zdravotního postižení na jedince.....	18
2 ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	19
2.1 Definice závislosti	19
2.2 Znaky závislosti.....	19
2.3 Dělení závislostí dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize	20
2.4 Látkové závislosti.....	22
2.4.1 Alkohol	22
2.4.2 Opioidy a opiáty.....	23
2.4.3 Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem.....	23
2.4.4 Konopné drogy.....	23
2.4.5 Halucinogeny	24
2.4.6 Psychomotorická stimulancia.....	24
2.4.7 Těkavé látky.....	24
2.4.8 MDMA a taneční drogy	25
2.4.9 Tabák.....	25
2.5 Nelátkové (behaviorální) závislosti.....	26
2.5.1 Patologické hráčství (gambling).....	26
2.5.2 Závislost na internetu	27
2.5.3 Závislost na jídle	27

2.6	Důsledky závislosti.....	28
2.6.1	Zdravotní.....	28
2.6.2	Sociální	28
2.6.3	Finanční.....	29
2.6.4	Rodinné.....	29
2.7	Prevence závislostí	29
2.7.1	Primární prevence	29
2.7.2	Sekundární prevence	30
2.7.3	Terciární prevence.....	30
3	OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH.....	32
3.1	Možné příčiny vzniku závislosti u cílové skupiny	32
3.2	Realizované výzkumy	33
3.2.1	Výzkum v rámci diplomové práce Bc. Michala Odstrčila	33
3.2.2	Přehledová studie Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením (Postránecká, Z., Čablová, L.)	34
3.2.3	Publikace Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR: analýza informačních zdrojů	35
4	ADIKTOLOGICKÉ ASPEKTY U OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	37
4.1	Cíl průzkumu.....	37
4.2	Metoda průzkumu.....	37
4.3	Charakteristika respondentů	37
4.4	Analýza a interpretace získaných dat	38
4.5	Shrnutí výsledků průzkumu.....	61
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	63
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	66
	SEZNAM GRAFŮ	67
	SEZNAM TABULEK	68
	SEZNAM PŘÍLOH	69

ÚVOD

Závislosti na návykových látkách jsou pro dnešní společnost velice aktuálním tématem. V dnešním světě je život stále uspěchanější, náročnější a lidé mají problém se s tímto vysokých tempem vyrovnat. Prostřednictvím návykových látek se jedinci snaží vyrovnat s velkým tlakem, který je na ně každodenně vyvíjen a alespoň na chvíli uniknout z reality do světa, ve kterém nepocítují problémy, výčitky, beznaděj, strach a další negativní pocity.

Osoby se zdravotním postižením se v současné době staly také velmi diskutovaným tématem, hlavně z důvodu snahy o inkluzi těchto jedinců do intaktní společnosti. S rozdílným vnímáním jedinců s postižením oproti minulosti se dostávají do popředí také jejich potřeby, problémy a negativní dopady postižení jak na ně samotné, tak i na jejich okolí, které je velice ovlivňuje.

Ačkoliv se na první pohled může zdát, že závislosti na návykových látkách a skupina osob se zdravotním postižením nijak spolu nesouvisí, opak je pravdou. Všechny pocity, ať už negativní nebo pozitivní, mají také lidé se zdravotním postižením. Tyto pocity, které mohou být způsobeny negativním vnímáním jejich postižení, vyloučením ze společnosti, šikanou nebo čímkoliv jiným, vedou člověka ke snaze zbavit se jich, aby mohli zapadnout do společnosti, být bezstarostní, šťastní.

Dle mého názoru je ale tato skupina osob také ohrožena, možná ještě více než intaktní společnost. Ostatně proto jsem se také rozhodla věnovat ve své bakalářské práci právě tomuto tématu. Ráda bych prostřednictvím mé práce poukázala na to, že je také u této skupiny osob reálné ohrožení závislostmi.

Teoretická část čtenáři nabídne základní informace o závislostech a osobách se zdravotním postižením. Budete mít možnost seznámit se s pojmem zdravotní postižení, jednotlivými skupinami těchto osob, dopadem zdravotního postižení na jedince, dělením závislostí a v poslední kapitole teoretické části také se spojením obou těchto skupin. Představím Vám také již realizované výzkumy, které se daného tématu týkají.

V praktické části se budu prostřednictvím svého vlastního průzkumu snažit prokázat, že riziko závislostí u osob se zdravotním postižením je reálné.

Hlavním cílem této práce je poukázat na problematiku závislostí u osob se zdravotním postižením.

Tato práce by díky svému tématu měla upozornit na možnosti závislosti u této skupiny osob a na nutnost rozšíření všech stupňů preventivních opatření (primární, sekundární,

terciární) na tuto cílovou skupinu. Z rozšíření preventivních programů také vyplývá zlepšení připravenosti zařízení a pracovníků na závislé osoby se zdravotním postižením.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

1.1 Definice zdravotního postižení

Pokud chceme hovořit o osobách se zdravotním postižením, je nutné si nejprve definovat co to vůbec zdravotní postižení je. Vždy záleží na tom, z jakého hlediska na zdravotní postižení pohlížíte. Zdravotní postižení je vnímáno jinak ze zdravotního, sociálního nebo speciálněpedagogického hlediska. Pro každou skupinu odborníků je při práci s osobami se zdravotním postižením podstatné něco jiného, od toho se odvíjí také jednotlivé definice. Zde se budeme snažit určitým způsobem definovat, nebo alespoň nastínit co to zdravotní postižení vlastně je a jak jej lze vnímat.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2009, str. 2) říká, že *„osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“*

Zákon č. 108/2006 Sb. s první částí definice zcela souhlasí, avšak poté upozorňuje na dopad zdravotního postižení, respektive na velkou pravděpodobnost nebo alespoň možnost závislosti na pomoci jiné osoby.

Oproti tomu Slowík (2007) upozorňuje na nutnost rozlišování tří základních pojmů: vada, postižení a znevýhodnění. Přestože se může zdát, že jsou jednotlivé pojmy téměř shodné, opak je pravdou. Ačkoliv rozdíl mezi nimi nejsou velké, pro každého odborníka představují něco jiného.

Vada (též porucha či defekt) vychází hlavně z lékařské diagnostiky. Pojem vada znamená určité narušení fyziologické, psychické nebo anatomické struktury či funkce. Jedná se vlastně o orgánové nebo funkční odchylky od normy. (Slowík, 2007)

Postižení (také disabilita) jako takové je podstatné pro speciální pedagogy, protože představuje omezení nebo úplnou ztrátu určitých schopností jedince. Důsledkem toho není schopen vykonávat činnosti v takovém rozsahu nebo způsobem jako intaktní jedinec. (Slowík, 2007)

Třetím pojmem je znevýhodnění, někdy uváděné jako handicap. Znevýhodnění představuje omezení, které vyplývají z vady nebo postižení daného jedince. Za znevýhodnění můžeme považovat např. limitované pracovní uplatnění. Člověk může být znevýhodněný také

v určité sociální skupině – např. osoba se sluchovým postižením na stupni hluchoty je velmi znevýhodněna při komunikaci s intaktní společností, zatímco ve skupině osob se sluchovým postižením bude její znevýhodnění značně menší. (Slowík, 2007)

Z upřesnění těchto třech pojmů vyplývá, že spolu úzce souvisejí a nelze je tedy od sebe oddělit.

1.2 Dělení zdravotního postižení

Zdravotní postižení lze rozdělit dle speciálněpedagogického hlediska do několika kategorií. Každá z uvedených kategorií má určitou charakteristiku svého postižení a nemusí se u jedince vyskytovat vždy pouze jedno z daných postižení, může nastat libovolná kombinace.

Je také nutné rozlišovat, zda se jedná o postižení vrozené nebo získané. Osoby s vrozeným zdravotním postižením se ve většině případů se svým handicapem vyrovnávají snáze, zatímco u osob se získaným zdravotním postižením nemusí smíření nastat vůbec. Osoba s vrozeným postižením má taktéž lepší možnost adaptace na svou situaci, v mnoha případech se jí dostává již od narození podpory os blízkých a sama si hledá způsoby, jak se svým postižením pracovat a žít plnohodnotný život.

Za vrozené příčiny postižení považujeme geneticky podmíněné faktory, infekční onemocnění matky během těhotenství (např. zarděnky, chřipka), úrazy matky během těhotenství a následné poškození plodu v prenatálním období.

Skupina získaných příčin je velice široká a může se lišit podle následného postižení. V případě tělesného postižení můžeme mluvit o poškození míchy. Dále lze u všech skupin postižení považovat za příčiny získaného postižení infekční onemocnění (např. zánět mozkových blan, středoušní záněty), úrazy, nemoci jejich důsledkem může být omezení určitých schopností jedince (např. Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, glaukom – zelený zákal). Zdravotní postižení může být způsobeno také věkem – např. katarakta neboli šedý zákal, je způsobena stárnutím a postupným zakalením čočky oka.

Kromě toho je nutné si uvědomit, že každý jedinec s postižením je individuum, nelze tedy prohlásit, že nějaká metoda práce zabere u všech a spoléhat se na to, že pokud daný přístup, způsob komunikace nebo asistence vyhovuje jednomu, bude vyhovovat také druhému.

(Kisvetrová, Ježorská, 2014), (Renotiérová in Renotiérová a Ludíková, 2004)

1.2.1 Sluchové postižení

V případě, že mluvíme o osobách se sluchovým postižením, mluvíme o nehomogenní skupině osob – u každého jedince se vyskytuje sluchová vada různého stupně, období vzniku postižení je rozličné a taktéž doba začátku surdopedické intervence. Podle doby začátku intervence se také liší rozvoj osobnosti jedince a jeho schopností. (Souralová, Langer in Renotiérová a Ludíková, 2004)

Při ztrátě sluchu člověk ztrácí kontakt se svým okolím. Sluchové postižení vytváří komunikační bariéru nejen mezi jedincem se sluchovým postižením a jeho nejbližší rodinou, ale také mezi ním a celou společností. Tato bariéra svým způsobem vzniká také při používání znakového jazyka nebo jiného alternativního nebo augmentativního způsobu komunikace. Intaktní společnost ve většině případů znakový jazyk neovládá, proto je komunikace s osobou se sluchovým postižením značně problematická. Z tohoto důvodu mohou na straně se sluchovým postižením vznikat pocity frustrace, nepochopení, problém s hledání přátel a budoucího partnera, práce atd. (Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Ze speciálněpedagogického pohledu dělíme sluchové postižení do několika následujících kategorií. Je však nutné vždy určit, zda jde o sluchovou vadu vrozenou nebo získanou. V případě získané sluchové vady je taktéž nezbytně nutné rozlišit, zda je sluchová ztráta prelingvální (před ukončením řečového vývoje, tj. před 7. rokem) nebo postlingvální (po ukončení řečového vývoje, tj. po 7. roce). (Slowík, 2007), (Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Sluchové postižení lze dělit podle typu na:

1. Převodní vady-jedná se o vady vnějšího a středního ucha, jedinec špatně slyší (jedná se o kvantitativní vadu)
2. Percepční vady-jedná se o vady vnitřního ucha a CNS, jedinec špatně rozumí (jedná se o kvalitativní vadu)
3. Smíšené vady-kombinace obou předchozích

Dle intenzity sluchové ztráty dělíme na následující skupiny:

1. Nedoslýchaví
 - Lehce-sluchová ztráta je mezi 26-40 dB
 - Středně-sluchová ztráta je mezi 41-55dB
 - Středně těžce-sluchová ztráta je mezi 56-70 dB
 - Těžce-sluchová ztráta je mezi 71-91dB

2. Neslyšící

U této skupiny osob je nezbytně nutné rozlišovat dva pojmy – neslyšící

a Neslyšící.

Rozdíl v těchto dvou skupinách osob je následující:

-neslyšící s malým n na začátku označují skupinu osob, jejich sluchová ztráta je nad 91 dB

-Neslyšící s velkým N označují komunitu osob se sluchovou ztrátou nad 91 dB. To, že je jedinec neslyšící, nutně neznamená, že se řadí do komunity Neslyšících.

3. Ohluchlí

Do této kategorie se řadí jedinci, u nichž došlo ke ztrátě sluchu v průběhu života.

(Slowík, 2007)

1.2.2 Zrakové postižení

Zrakové postižení ovlivňuje všechny oblasti života člověka-kognitivní, motorické a sociální. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Osoba se zrakovým postižením je taková, která i po optimální korekci (nápravě, vyrovnání) poruchy či zrakové vady má stále problémy při zrakovém vnímání, zpracování zraku v běžném životě. Zrakové postižení lze také chápat jako nedostatečnou kvalitu zrakového vnímání a problém při zpracování zrakových vjemů. (Ludíková in Renotiérová a Ludíková, 2004)

Tak jako ostatní druhy postižení, také zrakové postižení ovlivňuje život jedince. Mohou nastat problémy se socializací a samostatností. U osob se mohou vyskytnout pocity odloučení, méněcennosti, problémy v prostorové orientaci, pocity úzkosti a strach z budoucnosti. (Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Ve speciální pedagogice se užívá čtyřstupňová klasifikace, která dělí jedince do následujících kategorií:

1. Osoby nevidomé

Nevidomost je brána jako nejtěžší stupeň zrakového postižení. Do této skupiny spadají osoby všech věkových kategorií, u nichž je zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti (slepoty).

Nevidomost může být vrozená i získaná. Mezi nejčastější vrozené příčiny řadíme dědičnost, infekční choroby matky během gravidity (např. syfilis, rubeola, virová onemocnění), porušení plodu v prenatálním období a jiné.

Získanou nevidomost mohou způsobit glaukom (zelený zákal), katarakta (šedý zákal) aj.

(Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

2. Osoby se zbytky zraku

Zrakové schopnosti této skupiny osob jsou snižené nebo omezené, což může vést k narušení představ, snížení grafických a pracovních schopností jedince.

Osoby se zbytky zraku se mohou učit také Braillovu písmu. Je nutné, aby osoby se zbytky zraku dodržovaly pravidla zrakové hygieny a během jednotlivých aktivit pravidelně relaxovat. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

3. Osoby slabozraké

U osob slabozrakých se při zrakovém vnímání vytváří nepřesné, zkreslené nebo neúplné obrazy daného předmětu nebo situace. Díky tomu mohou mít problémy při prostorové orientaci (jsou pomalejší a méně jisté) a může se u nich také vyskytnout zúžení zorného pole nebo výpadky v zorném poli. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

4. Osoby s poruchami binokulárního vidění

Poruchu binokulárního vidění lze chápat jako schopnost vnímat obraz, postupně zdokonalovat vjem spojením obrazu v levém a pravém oku a prostorovou orientaci.

Porucha binokulárního vidění může vést k amblyopii (tupozrakost), strabismu (šilhavost).

Poruchy binokulárního vidění lze při včasném zjištění a správné terapii buď úplně odstranit, nebo alespoň zmírnit.

(Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

1.2.3 Tělesné postižení

Tělesné postižení značí sníženou schopnost pohybu, jejímž důvodem jsou změny pohybového aparátu. Vady pohybového a nosného ústrojí, což znamená vady kostí, kloubů, šlach, svalů, nervového ústrojí a cévního zásobení. (Renotierová in Renotierová a Ludíková, 2004)

Společnost jedince s tělesným postižením rozezná většinou ihned, vzhledem k tomu, že je tělesné postižení ve většině případů na první pohled zřejmé.

Za hlavní symptom tělesného postižení považujeme poruchu motoriky. Člověk má omezení v hrubé i jemné motorice.

Poruchy hrubé motoriky značí problémy se samostatnou chůzí a sebeobsluhou. Na rozvoji hrubé motoriky může jedinec spolupracovat s fyzioterapeutem, je však vždy nezbytně nutné, aby byl fyzioterapeut seznámen se stavem klienta a měl dostatečné odborné vzdělání.

Oproti tomu rozvoj jemné motoriky má na starost ergoterapeut, který společně s klientem pracuje na trénování každodenních a běžných činností. Prostřednictvím těchto aktivit jedinec procvičuje jak jemnou motoriku, tak i paměť a samostatnost. (Krivošíková, 2011)

Tělesné postižení můžeme dělit podle doby vzniku na vrozené a získané. Vrozené postižení vzniká poškozením plodu během jeho vývoje, v době prenatalní, perinatální nebo raně postnatální (do 1. roku života jedince). (Renotierová in Renotierová a Ludíková, 2004)

Tato kategorie zahrnuje následující:

- Vrozené vady lebky (např. deformace lebky způsobená předčasným srůstem lebečních švů)
- Poruchy velikosti lebky – makrocefalus (nadměrná velikost lebky), mikrocefalus (znatelně malá lebka)
- Rozštěpy lebky, rtů, patra, čelisti, páteře
- Vrozené vady končetin a růstové odchylky (zde se řadí např. syndaktylie neboli srůst prstů horních nebo dolních končetin, polydaktylie-zmnožení prstů, vrozená kososvislá noha-obvykle doprovází vrozené vymknutí kyčlí nebo rozštěpy páteře)
- Centrální a periferní obrny
- Dětská mozková obrna

Druhou skupinou jsou získaná tělesná postižení. Ty mohou vzniknout kdykoliv v období postnatálního vývoje. Mohou být způsobeny úrazem (např. poškození míchy) nebo nemocí, jejíž následky mají vliv na pohybový aparát člověka. (Fischer, Škoda, 2008) Tato kategorie je velice rozsáhlá, vzhledem k možnosti vzniku postižení během celého

postnatálního období a širokému spektru nemocí a úrazů, které mohou mít za následek vznik postižení. Mezi získané tělesné postižení řadíme například:

- Deformace – jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla, za příčinu deformací je nejčastěji považováno nesprávné držení těla
- Zlomeniny obratlů
- Úrazové poškození periferních nervů (zde se řadí např. amputace)
- Revmatická onemocnění
- Dětská infekční obrna
- Ochrnutí způsobené poraněním míchy
- Progresivní svalová dystrofie (myopatie)

Pohyb patří mezi základní životní potřeby člověka a jeho nedostatečnost nebo omezení má vliv na psychiku jedince. U osob s tělesným postižením je nedostatečnost pohybu pouze prvním z důvodů zhoršené psychiky. Sami se nemohou úplně volně pohybovat, sebeobsluha je omezená a jejich postižení je viditelné pro okolí. Toto všechno může vyústit v pocity méněcennosti až odporu k vlastní osobě. Člověk s tělesným postižením, ať už se snaží sebevíce, je vždy alespoň minimálně závislý na pomoci jiné osoby. Kromě psychiky to má také vliv na socializaci člověka. Ačkoliv je to značně individuální, okolí nemusí jedince s tělesným postižením vždy přijmout nebo osoba se nemusí vždy snažit o začlenění do intaktní společnosti. (Fischer, Škoda, 2008)

Tělesné postižení je v mnoha případech sdruženo s jiným druhem postižení, např. sluchovým, mentálním, zrakovým. V případě, že k tomuto dojde, je schopnost samostatnosti a soběstačnosti ještě více snížena. (Fischer, Škoda, 2008)

1.2.4 Mentální postižení

Osoby s mentálním postižením jsou jednou z nejrozsáhlejších skupin osob s postižením.

Mentální postižení lze definovat jako „*trvalé snížení rozumových schopností.*“ (Švarcová, 2003, str. 25) Tato skupina je charakteristická snížením inteligenčního kvocientu (IQ) pod hodnotu 69.

Příčinou vzniku mentálního postižení můžeme rozdělit do tří skupin podle doby vzniku-prenatální, perinatální a postnatální. Mezi nejčastější příčiny řadíme následky infekcí, intoxikací, úrazů, anomálie chromozomů atd. (Krejčířová in Renotierová a Ludíková, 2004)

Vlivem snížení IQ může nastat problém se socializací, komunikací, nadměrnou důvěřivostí jedince, labilitou nálad, s opožděným psychosexuálním vývojem, poruchou vizuomotoriky a pohybové koordinace aj. (Krejčířová in Renotierová a Ludíková, 2004), (Švarcová, 2003)

Lehká mentální retardace IQ 50-69

- Odpovídá mentálnímu věku 9-12 let
- Opoždění motorického vývoje
- Může se objevovat afektivní labilita, impulzivnost, úzkost
- Schopnost komunikovat je ve většině případů vytvořena, může nastat opožděný vývoj řeči, obsah je chudý a jsou časté poruchy formální stránky řeči

Středně těžká mentální retardace IQ 35-49

- Odpovídá mentálnímu věku 6-9 let
- Častý výskyt epilepsie
- Neuropsychický vývoj je omezený nebo výrazně opožděný
- Výrazné opoždění motorického vývoje
- Náladovost, impulzivita, zkratkovité jednání
- Komunikační schopnosti jsou individuální (některých je komunikace téměř bezproblémová, u jiných je verbální projev chudší), agramatické projevy, špatná artikulace

Těžká mentální retardace IQ 20-34

- Odpovídá mentálnímu věku 3-6 let
- Somatické postižení je časté
- Motorika je výrazně porušena, časté stereotypní pohyby
- Komunikace je převážně neverbální, často se vyskytují neartikulované výkřiky nebo jednotlivá slova
- Časté sebepoškozování

Hluboká mentální retardace IQ 0-19

- Odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky

- Ve většině případů zkombinovaná s tělesným postižením
- Většinou imobilita nebo velmi výrazné omezení pohybu
- Neverbální komunikace
- Potřebují stálý dohled, nejsou

Dle MKN 10. revize se zde kromě čtyř zmíněných kategorií řadí další dvě skupiny – jiná mentální retardace a neurčená mentální retardace.

1.2.5 Poruchy autistického spektra

Přesná a jednotná definice autismu zatím neexistuje. Autismus je pervazivní vývojová porucha (v MKN 10. Revize se nachází pod kódem F84), která je charakteristická narušením tzv. triády – sociální interakce, komunikace a imaginace.

Švarcová (2003) uvádí, že je pro osoby s PAS typické uzavření do sebe, do jejich vlastního světa. Osoby s PAS mají díky narušení sociální interakce tendenci k samotářství, sociální izolovanosti. Vyskytují se u nich problémy se začleněním do společnosti a pochopením okolního světa.

Tato kategorie zahrnuje:

- Dětský autismus
- Atypický autismus
- Rettův syndrom
- Aspergerův syndrom
- Dezintegrační poruchu
- Autistické rysy

Jedinci mají problém s emoční odpovědí vůči citům ostatních, pochopením emocí jako takových. Často se u těchto jedinců vyskytují specifické rituály a stereotypní pohyby. V mnoha případech mají také jedinci problém s jakoukoliv, i sebemenší, změnou v režimu svého dne (např. jiná trasa do školy, jiné místo ve škole) nebo v prostředí (např. ve svém pokoji). Mohou je lehce zaujmout jednotvárné, mechanické pohyby. (Švarcová, 2003)

Rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi jsou například v rozsahu narušení vývoje řeči a inteligence. Při autismu je narušení řeči běžné, ale u Aspergerova syndromu není přítomno vůbec. Taktéž je to u narušení inteligence – Aspergerův syndrom je typický nenarušením inteligence jedince. (Fischer, Škoda, 2008)

Poruchy autistického spektra mohou být kombinovány s jinými poruchami, např. mentálním postižením, smyslovými poruchami, epilepsií. (Fischer, Škoda, 2008)

1.2.6 Specifické poruchy učení

V současné době neexistuje jednotná definice specifických poruch učení. Lze ale vycházet z toho, že specifické poruchy učení (dále jen SPU) znamenají oslabené školní dovednosti jedince, které však nejsou způsobeny snížením intelektuální schopnosti. Tyto poruchy se objevují na začátku školní docházky. (Pokorná, 2010), (Slowík, 2007)

SPU lze klasifikovat podle různých kritérií, nejčastěji používaná klasifikace je podle postižených školních dovedností. Rozdělení v této klasifikaci je následující:

1. Dyslexie – porucha čtení. Jedinec má problém s rozpoznáváním a zapamatováním jednotlivých písmen, rozlišováním podobných písmen, rychlostí čtení a porozumění čtenému textu.
2. Dysgrafie – porucha psaní. Písemný projev jedince je nečitelný, neuspořádaný, objevuje se problém se zapamatováním tvarů písmen. Písemný projev je pomalý a pro jedince velice namáhavý.
3. Dysortografie – porucha pravopisu. Charakteristické jsou pro něj chyby v pravopisu (rozlišování měkkých a tvrdých slabik).
4. Dyspraxie – porucha obratnosti. Jedinec má problém s pohybovou rychlostí a koordinací.
5. Dysmúzie – porucha postihující vnímání hudby a její reprodukci. Pro jedince je problematické rozlišování tónů, zapamatování si melodií.
6. Dyskalkulie – porucha matematických schopností. Velmi problematické jsou pro osobu početní úlohy, prostorové a matematické představy.
7. Dyspinxie – porucha kreslení. Úroveň kresby jedince je velmi nízká, má problémy např. v kombinování barev.

(Slowík, 2007), (Pokorná, 2010)

1.2.7 Poruchy chování

Pocit bezpečí a jistoty je pro jedince jedna z nejdůležitějších potřeb. Je nezbytně nutné, aby se člověk cítil bezpečně nejen ve svém nejbližším okolí, ale také v celé společnosti. K navození tohoto pocitu nám určitým způsobem pomáhají pravidla a normy chování, které si daná společnost stanovila. Je nezbytně nutné, aby tyto normy byly dodržovány. Během života

každého člověka ale nastane chvíle, kdy se dané normy a pravidla rozhodne porušit. Nemusí jít ale nezbytně o dobrovolné rozhodnutí. S porušováním těchto pravidel se nejčastěji setkáváme během dětství a dospívání, kdy si jedinec uvědomuje své vlastní já, možnost volby a staví se proti autoritě, která může mít například podobu rodiče nebo učitele. Do jaké míry se tento vzdor a porušování pravidel projevuje, závisí na osobnosti jedince, rodinném prostředí a specifikách vývojového období. (Kvintová in Pugnerová, Kvintová, 2016).

Je nutné rozlišit běžné odchylky v chování, které jsou ovlivněny např. věkem jedince a jsou ve společnosti zcela běžné a tolerované (např. období prvního vzdoru, vzdorovité chování v dospívání). O poruše chování můžeme mluvit v případě, kdy jedinec zná normy a pravidla dané společnosti, rozumí jim, ale i přesto je záměrně porušuje. (Kvintová in Pugnerová, Kvintová, 2016)

Vždy je nutné brát v potaz společnost, ve které jedinec vyrůstá (v každé zemi jsou jiná pravidla a stanovené normy), věk jedince, jeho rodinné zázemí a také mentální úroveň.

Z etopedického pohledu se chování dělí na:

1. Disociální chování

Vzhledem k tomu, že se jedná o chování, které lze zvládnout běžnými pedagogickými postupy, je společností vnímáno jako nejméně závažné. Jedná se o chování, které je na hranici norem, popř. tyto normy lehce překračuje. Do této kategorie řadíme např. vzdorovitost, neposlušnost, zlozvyky, lživost. (Slowík, 2007), (Kvintová in Pugnerová, Kvintová, 2016)

2. Asociální chování

V případě asociálního chování osoba porušuje společenské normy, což ale nutně neznamená, že porušuje také právní předpisy. Do kategorie asociálního chování se řadí např. záškoláctví, útěky. (Slowík, 2007), (Kvintová in Pugnerová, Kvintová, 2016)

3. Antisociální chování

Antisociální chování porušuje zákony, je zaměřeno proti společnosti a druhým lidem. Z příkladů asociálního chování můžeme jmenovat krádeže, vandalismus, vraždy, loupeže atd. (Slowík, 2007), (Kvintová in Pugnerová, Kvintová, 2016)

1.2.8 Psychické onemocnění

Psychické onemocnění, nebo také duševní poruchy, jsou skupinou onemocnění, pro něž je charakteristické ovlivňování lidského vnímání, myšlení, prožívání a vztahů s okolím. Lze jej charakterizovat jako opak zdraví, tedy celkovou psychickou, fyzickou a duševní nepohodu. Každé z těchto onemocnění má charakteristické projevy, svá specifika, a ovlivňuje jedince ve všech oblastech jeho života.

Mezi nejběžnější psychické onemocnění se řadí schizofrenie, bipolární porucha, poruchy osobnosti, depresivní porucha, úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy příjmu potravy atd.

(https://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha)

1.3 Dopad zdravotního postižení na jedince

Zdravotní postižení má dopad na všechny stránky života jedince. Ovlivňuje jak jeho psychický a fyzický (hovoříme-li o samostatnosti a soběstačnosti) stav, tak i sociální a emocionální stránku jeho života. Samozřejmě, dopad postižení na život jedince nemusí být u všech osob stejný, popř. nemusí být až tak velký. Vždy záleží na tom, jak jedinec a jeho okolí postižení přijme a do jaké míry se s ním vyrovná. Taktéž je rozdílné vnímání u osob s vrozeným zdravotním postižením a osob, jejichž postižení je získané.

Vznik zdravotního postižení, ať už vrozeného nebo získaného, znamená velmi náročnou a bolestivou situaci pro samotného jedince i jeho rodinu. Jedinec se musí vyrovnat se změnou vzhledu, ztrátou soběstačnosti a odlišností od svého okolí. Vždy však záleží na rozsahu postižení. Někteří se se situací smíří a dobře spolupracují. Jiné osoby mohou podléhat úzkosti, depresím a mohou se spokojit se závislostí na pečující osobě, nemají snahu být co nejsamostatnější. Může se u nich objevit snaha být středem pozornosti. V těchto případech je nutné vyhledat pomoc psychologa, který s jedincem pracuje a pomáhá mu se s postižením vyrovnat a začlenit se do společnosti.

Je nutné brát v potaz jak dobu vzniku postižení, tak také jedinečnost každého člověka. Každý se s postižením vyrovnává jinak a to, že je postižení vrozené a jedinec má možnost se svým postižením vyrůstat a sžívat se od narození neznamena, že se s postižením vyrovná. To platí také naopak – jedinec se získaným postižením se může s vznikem postižení vyrovnat relativně rychle, nemusí dlouhodobě propadat depresím a stavům úzkosti. (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014), (Kisvetrová, Ježorská, 2014), (Potměšil a kol., 2010), (Slowík, 2007)

2 ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

2.1 Definice závislosti

„Syndrom závislosti je definován jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ (Höschl, 2002, str. 559)

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN 10) se s Höschlem (2002) ve své podstatě shoduje, avšak upozorňuje ještě na problém se začátkem a ukončením užívání látky. K charakteristice syndromu závislosti Nešpor (2011a) přidává silnou touhu k užívání psychoaktivní látky, ať už se jedná např. o alkohol nebo tabák.

Závislost lze tedy chápat jako užívání nějaké látky nebo závislost na nějaké činnosti, jejíž ukončení je pro jedince problémové. Závislost určitým způsobem pozměňuje tělesný vzhled jedince, jeho chování a prožívání jednotlivých situací.

Dle psychologického slovníku (Sillay, 2001) dělíme závislost na:

1. Fyzickou- tělesná stránka závislosti, při odnětí drogy jsou fyziologické poruchy
 2. Psychickou-psychická potřeba užívat drogu nebo obnovit její konzumaci
- Chybění drogy vyvolává úzkostně depresivní stav.

2.2 Znaky závislosti

Abychom mohli vůbec stanovit diagnózu závislosti, je podle Nešpora (2011a) nutné, aby se v průběhu jednoho roku objevily u klienta tři a více z následujících znaků:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
2. Potíže v sebeovládání (je nutné to chápat jako potíže při zahájení a ukončení odvykacího stavu nebo v případě množství látky)
3. Tělesný odvykací stav (člověk látku užívá proto, by zmírnil důsledky předešlého užití látky neboli abstinenci příznaky)
4. Průkaz tolerance k účinku látky (člověk se snaží dosáhnout užitím většího množství látky stejného účinku, který předtím vyvolalo menší množství návykové látky)

5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů (užívání látky člověku stále více zasahuje do běžného života, upřednostňuje užívání látky před kontaktem se sociálním okolím, je schopen skrývat užívání návykových látek před svým okolím)
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater při nadměrném užívání alkoholu)

(Nešpor, 2011a)

Mark M. Griffiths (in Blinka a kol., 2015) se s Nešporem (2011a) shoduje v rozdělení na 6 znaků závislosti, ale jednotlivé etapy nazývá následovně:

1. Salience-stav, kdy se pro osobu stane daná aktivita nejdůležitější v jeho životě, jedinec tráví většinu času jejím vykonáváním či úvahami nad ní
2. Změny nálad-jedinec zažívá pocity vzrušení a úlevy
3. Tolerance-jedinec potřebuje k dosažení efektu více aktivity než na počátku
4. Syndrom z odnětí-ve většině případů představují podrážděnost a náladovost, u behaviorálních závislostí chybí klasické fyzické abstinenci příznaky
5. Konflikt-může se objevit v rovině interpersonální (potíže se vztahy, v zaměstnání ...) a/nebo intrapsychické (pocity ztráty kontroly ...)
6. Relaps-termín pro návrat k původním vzorcům chování po období abstinence, kdy jedinec poměrně rychle znovu dosáhne extrémních poloh

Griffiths (in Blinka a kol., 2015) poukazuje na to, že o závislosti lze hovořit až v té chvíli, kdy jedinec splňuje všech šest těchto kritérií a je nutné, aby byl přítomen konflikt. V případě, že toto nesplňuje, nehovoříme o závislosti jako takové, ale o tzv. excesivním (nadměrné) užívání.

2.3 Dělení závislostí dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

Závislosti na návykových látkách lze v MKN 10 nalézt pod kódem F10 až F19.

Dělení v této kategorii je následující:

F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanaboidů

F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu

F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel

F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Na čtvrtém místě se používá následující členění:

.0 Akutní intoxikace

.1 Škodlivé použití

.2 Syndrom závislosti

.3 Odvykací stav

.4 Odvykací stav s deliriem

.5 Psychotická porucha

.6 Amnestický syndrom

.7 Psychotická porucha reziduální a pozdním nástupem

.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Tato klasifikace se zabývá výhradně poruchami způsobenými látkovými závislostmi. Nelátkové (behaviorální) závislosti v MKN-10 nelze nalézt jako samostatnou skupinu. Avšak některé z nelátkových závislostí lze najít pod kódem F63 Nutkavé a impulzivní poruchy.

Na čtvrtém místě se používá následující členění:

.0 Patologické hráčství

.1 Patologické zakládání požárů (pyromanie)

.2 Patologické kradení (kleptomanie)

.3 Trichotillomanie (patrná ztráta vlasů způsobena opakovaným selháváním ve snaze odolat nutkání k vytrhávání vlasů)

.8 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy

.9 Nutkavá a impulzivní porucha NS

2.4 Látkové závislosti

Látkové závislosti jsou na určité droze, která má dvě základní vlastnosti:

- psychotropní efekt-mění způsob našeho prožívání a vnímání okolního světa
- potenciál závislosti-pravidelné a dlouhodobé užívání může vést k závislosti

(Kalina a kol., 2008)

Nejnámější a nejvíce používané dělení drog podle míry rizika je na:

1. měkké drogy-u nich je nižší míra rizika, řadí se zde např. marihuana, káva
2. tvrdé drogy-předpokládá se zde vyšší míra rizika, spadá zde heroin, LSD, alkohol, kodein, pervitin aj.

Podle účinku na psychiku se drogy dělí na 3 skupiny:

1. tlumivé látky (narkotika)-upravují psychomotorické tempo, při malém množství zklidňují, při vyšším množství navozují spánek, kóma a mohou vést až k zástavě životních funkcí), řadí se zde alkohol, opiáty, těkavé látky aj.
2. psychomotorická stimulancia-tyto látky člověka probudí (zaženou únavu), aktivují motoriku a zrychlují myšlení, patří zde pervitin a kokain
3. halucinogeny-ovlivňují vnímání, můžou způsobovat změny od pouhého rozostření až po halucinace, do této skupiny spadají např. cannabis, LSD.

(Kalina a kol., 2008)

Velmi zajímavý je fakt, že v minulosti byly některé z drog užívány jako léky a např. heroin byl v počátcích považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti.

2.4.1 Alkohol

Alkohol je nerozšířenější droga ve všech zemích světa. Užívání alkoholu reguluje zákon stanovením věkové hranice pro legální koupi a užívání alkoholu. V ČR je tato hranice stanovena na 18 let.

To, jaké účinky bude mít alkohol na člověka závisí na mnoha faktorech jako je prostředí a tělesná dispozice jedince. Velkou roli také hraje množství alkoholu-malá dávka zlepšuje náladu, otevřenost člověka a působí stimulačně. Naopak větší množství alkoholu způsobuje ospalost a utlumuje organismus.

Intoxikaci (otravu) alkoholem lze rozdělit do 4 stádií v závislosti na množství požitého alkoholu:

1. Lehká opilost
2. Opilost středního stupně
3. Těžká opilost
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozí zástava dechu a oběhu

Užívání alkoholu přináší také nežádoucí účinky, některé z nich jsou krátkodobé (např. zpomalený reakční čas, porucha rovnováhy, sklony k agresivitě), jiné mají dlouhodobý charakter (poruchy spánku, poškození jater, poškození mozku, u těhotných žen může dojít k vážnému poškození plodu – vznik fetálního alkoholového syndromu).

(Kalina a kol., 2008)

2.4.2 Opioidy a opiáty

Název této skupiny je podle sušené šťávy z nezralých makovic (opia).

Tyto drogy jsou tlumivé, mají výrazný euforický efekt a vzniká na nich snadno závislost. Patří zde např. heroin, metadon (v ČR používán téměř výhradně jako substituční látka), hydrokodon (braun), opium, morfium a kodein.

Mezi krátkodobé účinky můžeme zařadit útlum nervového systému, zpomalení srdeční akce, pokles tělesné teploty, zúžení zornic (mióza). Dlouhodobé užívání může vést k poškození organismu a snížení citlivosti k bolesti.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.3 Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem

Do této skupiny spadá mnoho farmak, např. antidepressiva, antiepileptika, sedativa, hypnotika, analgetika.

Tyto látky navozují celkové zklidnění a jejich účinky jsou velmi podobné účinkům alkoholu. Většina z těchto látek také redukuje míru strachu a úzkosti. Člověk se po užití cítí ospalý, jeho reakce jsou pomalejší, mohou nastat také poruchy paměti vedoucí ke zmatenosti.

Při léčbě je nutné vysazovat látku postupně, aby nedošlo k vážným odvykacím obtížím.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.4 Konopné drogy

Jedná se o přírodní látky vyráběné z konopí, s halucinogenními účinky. Jedná se o nejrozšířenější nelegální drogy.

Mezi konopné drogy řadíme marihuanu, hašiš a hašišový olej (produkt destilace marihuanových listů).

Nežádoucími účinky je změna vnímání času, sucho v ústech, halucinace, zmatenost a zhoršená jemná motorika. Při dlouhodobém užívání nastává poškození krátkodobé paměti, pomalost a zabývání se detaily.

Tyto drogy jsou velice oblíbené z důvodu úlevy při dlouhodobých závažných onemocněních, jako jsou onkologická onemocnění.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.5 Halucinogeny

Jak už samotný název napovídá, hlavním účinkem těchto látek jsou změny ve vnímání od pouhého rozostření až po halucinace.

V minulosti se tyto látky často užívaly při různých náboženských rituálech.

Ze zástupců přírodních halucinogenů jmenujme např. psilocybin (látky obsaženy v lysohlávkách), meskalin nebo durman.

Do látek upravených pro farmakologické účinky řadíme ketamin, PCP nebo asi nejznámější látku LSD.

Nežádoucími účinky jsou nevolnost, zvracení, psychotické a depresivní stavy, při dlouhodobém užívání může dojít ke změně osobnosti jedince.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.6 Psychomotorická stimulancia

Tyto látky celkově zvyšují duševní i tělesný výkon a způsobují povzbuzení organismu.

Nejznámějšími látky této skupiny jsou metanfetamin, amfetamin, pervitin a kokain. Řadí se zde i některé léky (např. metylfenidát, který se používá na zlepšení schopnosti soustředit se u dětí a dospělých s ADHD).

Nežádoucí účinky jsou např. zvýšené pocení, strach a úzkostné užívání, pocity pronásledování a ohrožení, nápadné hubnutí a sluchové halucinace a bludy.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.7 Těkavé látky

Těkavé látky jsou chemické látky, jejichž společnou vlastností je rozpouštění tuků a lipidů v těle.

Látky se téměř výhradně inhalují a efekt nastupuje okamžitě po užití.

Mezi typické zástupce patří toluen, aceton, éter, chloroform a složky některých lepidel, ředidel a rozpouštědel.

Intoxikace se velmi podobá opilosti, nastávají poruchy vnímání (objevují se živé sluchové a barevné zrakové halucinace) a postupně přechází ve spánek. Po odeznění účinku nastává kocovina.

Těkavé látky jsou rizikové, protože vyvolávají psychickou závislost a způsobují organické poškození mozku.

Vzhledem k relativně snadné dostupnosti těchto látek se objevují první experimenty v období od 13. až 15. roku.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.8 MDMA a taneční drogy

Tyto drogy se užívají převážně na tanečních akcích, v klubech a na koncertech pro svůj stimulační účinek. Prvotní neklid a mírnou zmatenost nahradí pocit uvolnění, pohody a lásky. Taktéž se zvyšuje komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého.

Nejznámějším zástupcem je extáze (MDMA) a dále látky jí podobné (MDEA, MDA...)

Kromě běžných nežádoucích účinků (zvracení, nechutenství, snížená potřeba spánku, sucho v ústech a pocení) se během druhého dne po užití extáze dostavuje kocovina, 2. až 3. den se zhoršuje nálada.

(Kalina a kol., 2008)

2.4.9 Tabák

Tabák je rozšířený po celé planetě a řadí se mezi drogy s nejvyšší mírou rizika. Ročně zemře několik milionů lidí po celém světě na důsledky nemocí způsobených tabákem.

Nejrozšířenější forma užívání tabáku u nás je kouření. Při kouření se kouř vstřebává z dutiny ústní (doutníky, dýmka) nebo z plic (cigarety). Nástup účinku nikotinu je velmi rychlý (10 sekund). Kalina (2008) uvádí, že významnější faktor pro vznik závislosti než samotný nikotin je způsob aplikace.

Po nikotinu se člověk více soustředí, je bdělejší. Zároveň se snižuje chuť k jídlu, což brání zvyšování tělesné hmotnosti, podrážděnost a agresivita.

Nežádoucími účinky jsou dýchací obtíže, zvýšená sekrece slin, bolest hlavy, poruchy spánku a soustředění, neklid a poruchy potence u mužů.

Odvykací stav u kuřáků začíná obvykle 24 hodin po poslední dávce nikotinu. Při abstinenci nikotinu je člověk podrážděný, nervózní, úzkostný a zvyšuje se u něj chuť k jídlu (hlavně chuť na sladké).

(Kalina a kol., 2008)

2.5 Nelátkové (behaviorální) závislosti

Vzhledem k tomu, že předmětem behaviorálních závislostí jsou často látky běžného užívání nebo běžných aktivit, je velice těžké rozlišit normální chování a nadměrné chování.

Röhr (2015) uvádí, že seznam nelátkových závislostí je velmi dlouhý, vzhledem k tomu, že na jakémkoliv chování může vzniknout závislost. Na rozdíl od látkových závislostí, kdy jsou tělu dodávány určité látky, u nelátkových závislostí se v těle aktivují látky, jež mu jsou vlastní (např. endorfin, adrenalin ...).

Pokud jedinec postrádá danou látku, projevují se u něj, tak jako u látkové závislosti, abstinenci příznaky.

Z důvodu možnosti vzniku nelátkové závislosti téměř na jakémkoliv chování si zde uvedeme ty nejčastěji zmiňované.

2.5.1 Patologické hráčství (gambling)

Patologické hráčství neboli gambling lze charakterizovat jako závislost na hazardních hrách a sázení.

U patologického hráčství není zachováno sebeovládání. Jedinec má nutkavou potřebu hrát (během nejméně jednoho roku se u něj objeví dvě a více epizod hráčství). Tyto epizody hráčství mají vliv na každodenní osobní i pracovní život jedince. Tak jako u ostatních závislostí se i zde objevuje nutkavá potřeba hraní. (Nešpor a kol., 2011b)

V současné době stále více se rozvíjející společnost lidem zpřístupnila možnost hazardních her. V minulosti bylo hraní výsadou bohatších vrstev a převážně mužů, což dnes už neplatí. Stále snadnější přístup k hazardním hrám člověku nabízí únik z reálného světa a dává jim možnost utéct od problémů. (Prunner, 2008)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize lze nalézt patologické hráčství pod kódem F63.0, v V. kapitole Poruchy duševní a poruchy chování. Patologické hráčství není tím pádem vedeno jako druh závislosti, ale jako nutkavá a impulzivní porucha.

Důsledky patologického hráčství jsou stejné jako u látkových závislostí. Hráčství ovlivňuje všechny čtyři oblasti života člověka-zdravotní, sociální, rodinnou a hlavně finanční.

V současné době je v ČR stále více věnována pozornost osobám, které se již staly na hazardních hrách závislé. V oblasti primární prevence pomáhá odstraňování automatů z blízkosti škol.

2.5.2 Závislost na internetu

V dnešní době moderních technologií je internet nedílnou součástí našich životů. Internet využíváme v práci, při studiu nebo během svého volného času. Dává nám možnost vyhledat velké množství informací během krátké chvíle a komunikovat s mnoha lidmi na velké vzdálenosti. Závislost na internetu lze rozdělit na 3 skupiny, rozdělených podle aplikací ne webových stránek, které jedinec tráví nejvíce času.

Tyto skupiny jsou následující:

-závislost na online hrách (často se jedná o hry určené pro více hráčů, člověk si zde vytváří vlastní virtuální realitu a nabývá dojmu, že má dostatečné množství přátel, ačkoliv v reálném světě nemá téměř žádné)

-závislost na online komunikaci (pro dnešní dobu je typická, lidé využívají online komunikaci také na krátké vzdálenosti, sdílí se svým okolím celý život a zapomínají na osobní kontakt, příkladem těchto sítí je Facebook, Twitter ...)

-závislost na pornografických stránkách

Závislost na internetu, stejně jako ostatní látkové nebo nelátkové závislosti, má vliv na život člověka. Postihuje zdravotní, rodinnou, finanční i sociální stránku života.

(<https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/nelatkovye-zavislosti/>)

2.5.3 Závislost na jídle

Dalo by se říct, že závislost na jídle spočívá v nekontrolované touze jíst. Ono vlastně nejde o jídlo samotné, ale o závislost na procesu, který s příjmem potravin souvisí. V širším slova smyslu se do této kategorie někdy řadí také mentální anorexie a bulimie. Závislost vzniká ve většině případů na potravinách s vysokým obsahem cukru a tuků.

Pro tuto závislost je typický příjem velkého množství jídla bez předchozího pocitu hladu, nejčastěji bez přítomnosti dalších osob. Poté se u jedince objevuje pocit viny nebo úzkosti.

Mezi typické příznaky se řadí ztráta kontroly nad chováním během stravování, zvyšování množství jídla, nadměrné zaujetí jídlem a neodolatelná chuť na sladké a tučné.

(<https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/nelatkovye-zavislosti/>)

Z dalších lze jmenovat závislost na práci (workoholismus), závislost na nakupování, závislost na sexu atd. Vzhledem k tomu, že si lze závislost vytvořit na jakémkoliv chování, nelze vyjmenovat všechny druhy nelátkových závislostí.

2.6 Důsledky závislosti

Ať si to člověk připouští nebo ne, jeho závislost má negativní dopad na celý jeho život. Závislost ovlivňuje nejen život dané osoby, ale také životy jeho blízkých. Důsledky můžeme rozdělit do čtyř hlavních oblastí, podle toho jakou část jedincova života závislost postihla.

2.6.1 Zdravotní

Čím delší dobu je člověk závislý, tím větší dopad má závislost na zdravotní stav jedince. U závislých se často objevuje nespavost, nechut' k jídlu, vyčerpání, strach, různé fobie, v případě látkových závislostí také poškození jater, ledvin a jiné.

V důsledku používání nakažených injekčních stříkaček při aplikaci drog se může u závislého vyskytnout žloutenka. Závislého může postihnout také otrava krve, nechráněný pohlavní styk může vést k nákaze HIV a další chorobám. (Kalina a kol., 2008)

2.6.2 Sociální

Každá ze závislostí má vliv na sociální vztahy závislého jedince.

V případě závislosti na návykových látkách u jedince opadá potřeba různých sociálních vztahů, ať už pracovních, přátelských nebo rodinných. Všechny tyto vztahy ustupují do pozadí, pro jedince je podstatná pouze látka, na které je závislý. Často se objevují také případy, kdy se závislostí (nejčastěji drogovou) začne společně celá parta přátel, v tomto případě sociální vztahy zůstávají, ale ve chvíli kdy jeden ze členů party se závislostí bojuje, přátelské vztahy se přetrhávají.

Také behaviorální závislosti mají dopad na sociální vztahy jedince. Pokud je jedinec například závislý na sociálních sítích, stává se pro něj osobní kontakt s přáteli nepodstatný, důležitější jsou pro něj vztahy navázané prostřednictvím sociálních sítí. V případě workoholismu je pro jedince podstatná pouze práce a jakékoliv jiné vztahy jdou stranou. (<http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>)

2.6.3 Finanční

Každá závislost je finančně velmi náročná, ať už mluvíme o drogách, alkoholu, gamblerství nebo netolismu (závislosti na tzv. virtuálních drogách jako jsou počítačové hry, internet). Vzhledem k tomu, že závislost okrádá jedince nejen o čas, ale také o potřebu pracovat a vydělávat peníze, dostává se do finanční krize, kterou řeší půjčkami, krádežemi nebo podvody.

(<http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>)

2.6.4 Rodinné

Každá ze závislostí má vliv na vztahy v rodině závislého. Závislost se na rodinných vztazích odráží negativně, mezi závislým a jeho rodinou se mohou vyskytovat velice často hádky, obviňování, objevuje se také vzájemná nedůvěra. Někdy to může dojít až ke zřeknutí se závislé osoby ze strany rodiny (popř. opačně) a vzájemné vztahy se nemusí srovnat ani po léčbě závislého.

(<http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>)

2.7 Prevence závislostí

Prevence (z lat. praevenire, předcházet) lze chápat jako snahu předcházet vzniku určité nepříznivé situaci, v tomto případě závislosti. Prevenci dělíme do tří skupin: primární, sekundární a terciární. V rámci každého stupně prevence lze využít různé preventivní programy a sociální služby, které jedinci pomohou zabránit vzniku závislosti, nabídnout mu sociální a právní poradenství, možnosti léčby a pomoci.

2.7.1 Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje na společnost, která může být ohrožena vznikem závislosti. Jejím hlavním cílem je odradit osoby od užívání návykových látek, nebo co možná nejvíce oddálit první kontakt s návykovými látkami. (Kalina a kol. 2008)

Do této skupiny se řadí preventivní programy pro žáky 1. a 2. stupně základních škol a středních škol, které se nezaměřují pouze na prevenci vzniku závislosti, ale také na problematiku rizikového chování jako je například šikana.

První stupeň preventivních opatření je poskytován centry primární prevence

a školními metodiky prevence.

Práce školního metodika prevence je upravována vyhláškou č. 197/2016 Sb., kterou byla pozměněna vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Centra primární prevence se nacházejí ve větších městech a své preventivní programy mohou poskytovat jak ambulantně (přímo ve svém zařízení), tak i terénně, kdy lektoři primární prevence přijedou do školy. Primární prevenci nabízejí např. P-CENTRUM Olomouc, Pražské centrum primární prevence nebo Renarkon o.p.s. Ostrava.

2.7.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá ve snaze zabránit rozvoji a prohlubování závislosti. Zaměřuje se na osoby, které se již s návykovou látkou setkaly nebo se na ní staly závislé. (Kalina a kol., 2008)

Do skupiny zařízení poskytujících sekundární prevenci se řadí kontaktní centra neboli K-centra. Tyto centra jsou určeny pro uživatele návykových látek, kterým nabízejí sociální a právní poradenství, testování na žloutenku B, C a HIV, výměnu použité jehly atd. K-centra mohou poskytovat zároveň primární prevenci formou poradenství pro rodiny osob ohrožených závislostí.

2.7.3 Terciární prevence

Třetí stupeň prevence se zaměřuje na:

- osoby, které díky absolvování léčby došly k abstinenci
- osoby, které jsou na návykových látkách již závislé a odmítají užívání zanechat
- osoby, které se rozhodly pro substituční léčbu (=náhrada drogy jinou, méně škodlivou látkou, která brání vzniku abstinenčních příznaků)

(Kalina a kol., 2008)

Z toho plyne, že terciární prevence je určena osobám, které mají dlouhodobou zkušenost se závislostí a snaží se zmírnit její důsledky.

Mezi zařízení poskytující terciární prevenci řadíme:

-terapeutické komunity-tyto komunity jsou určeny závislým osobám, které se rozhodly se svou závislostí skoncovat. Komunity pomáhají jedinci překonat závislost, zvládat stresové situace, čelit následkům jednání a postupně se vrátit k plnohodnotnému životu.

-doléčovací centra-jsou určeny osobám, které již absolvovaly léčbu závislosti. Doléčovací centra se snaží klientům pomoci překlenout období léčby závislosti k návratu do běžného života, podporovat je v abstinenci, samostatnosti a novém životním stylu.

-svépomocné skupiny-jsou určeny osobám, které byly závislé a prošly nějakým léčebným programem. Hlavním cílem těchto skupin je to, aby se abstinující lidé navzájem podporovali, sdělovali si své zkušenosti, pomáhali si při procesu zotavování a předávali si své zkušenosti.

(Kalina a kol., 2008)

V rámci terciární prevence se používá také termín „harm reduction“, který se do češtiny nepřekládá. Kalina (Kalina a kol., 2008, str. 100) definuje tento přístup jako *„soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci.“*

V zásadě lze říci, že tento přístup toleruje užívání drog a snaží se mu pomáhat např. výměnou použitých injekčních stříkaček za sterilní, poradenstvím v oblasti závislosti a bezpečného sexu, aby se co možná nejvíce snížilo riziko nákazy různými onemocněními jako je hepatitida typu B a C, žloutenka nebo HIV. (Kalina a kol., 2008)

3 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

3.1 Možné příčiny vzniku závislosti u cílové skupiny

V případě, že má člověk nějaké zdravotní postižení, ať už je vrozené nebo získané, je nezbytně nutné, aby si prošel procesem smíření se zdravotním postižením.

Zhruba polovina jedinců se zdravotním postižením se s danou skutečností dokáže smířit a vyrovnat, avšak jsou také jedinci, kteří se s tímto faktem nevyrovnejí. Do této druhé skupiny spadají většinou osoby, u kterých zdravotní postižení vzniklo během života. (Kisvetrová, Ježorská, 2014)

Autoři se shodují (Mohapl, 1992, Pančocha, 2012 nebo Postránecká a Čablová, 2016), že se u osob se zdravotním postižením častěji vyskytují následující jevy:

- nižší životní spokojenost
- deprese
- frustrace
- sebevražedné myšlenky
- problém vyrovnat se s vlastním citovým prožíváním
- problém s uspokojením intimních potřeb jedince (problém s nalezením partnera a udržení dlouhodobého uspokojivého vztahu-v případě, že jedinec hledá partnera ve skupině osob se stejným postižením, může vnímat odlišnost svého vztahu a vztahů v intaktní společnosti)

Lidé se zdravotním postižením se mohou k závislosti také uchýlit z následujících důvodů:

- možné sexuální zneužívání v dětství a dospívání
- šikana nebo sociální vyloučení (může vzniknout při integraci do běžné školy)
- izolace od intaktní společnosti
- snaha zapadnout mezi vrstevníky
- dlouhodobá nezaměstnanost může vést k pocitu méněcennosti
- fyzické či psychické týrání během života
- komunikační bariéra
- narušené rodinné vztahy

- snadná ovlivnitelnost
- možná dezinformovanou o drogové problematice
- nedůvěra vůči intaktní společnosti nebo naopak zvýšená důvěřivost (toto je typické pro osoby s mentálním postižením)

(Postránecká, Čablová, 2016)

3.2 Realizované výzkumy

V současné době je téma závislosti na návykových látkách u osob se zdravotním postižením stále tabu. Důkazem toho je nepřipravenost organizací na práci se závislými klienty s nějakým typem postižení, malá osvěta mezi osobami s postižením a nedostatečné množství provedených výzkumů jak u nás v ČR, tak i ve světě.

Ani intaktní společnost možnost vzniku závislosti u této cílové skupiny nepředpokládá. Samozřejmě, pokud mluvíme o závislostech na drogách, je ve skupině osob se zdravotním postižením omezené množství potenciálních uživatelů (vždy však záleží na druhu drogy a samotném uživateli). Pokud však mluvíme o nelátkových (behaviorálních) závislostech, je možnost vzniku této závislosti v naší cílové skupině podstatně větší. Riziko může být u osob s poruchami autistického spektra, které využívají počítačové hry jako prostředek k výuce a zábavě.

V této kapitole jsou uvedeny příklady realizovaných výzkumů a jejich výsledky. Uvedené výzkumy nám mohou nastínit problematiku závislostí u osob se zdravotním postižením. Tyto výzkumy se zaměřují na problematiku látkových závislostí u různých skupin osob se zdravotním postižením a díky svým výsledkům podporují cíl mé bakalářské práce, a to možnost vzniku závislostí u osob se zdravotním postižením.

3.2.1 Výzkum v rámci diplomové práce Bc. Michala Odstrčila

V rámci své diplomové práce na téma Specifika užívání návykových látek u osob s tělesným postižením na Katedře speciální pedagogiky Masarykovy univerzity v Brně provedl Bc. Michal Odstrčil výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření.

Tato práce se sice primárně zaměřuje na porovnání užívání návykových před a po vzniku tělesného postižení, avšak část jeho výzkumu je přínosná pro naše téma.

Cílem práce bylo odhalit vazbu užívání návykových látek na osobnostní charakteristiku jedinců a také zjistit vliv užívání návykových látek při a po vzniku postižení.

Kvantitativní výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Dotazník se skládal z 37 otázek a byl distribuován mezi klienty a členy občanské sdružení (v současné době zapsaného spolku) ParaCENTRUM Fenix v Brně na jaře roku 2009.

Na dotazník odpovědělo 30 respondentů, z toho bylo 21 mužů a 9 žen.

Ze zkoumané skupiny se 15 respondentů setkala s drogou v nějakém zařízení poskytující péči o osoby s tělesným postižením.

Po vzniku svého postižení užilo nelegální drogu 9 respondentů, v 8 případech se jednalo o marihuanu a v 1 případě o sedativa.

Ze 7 respondentů, kteří potvrdili kouření tabáku, přiznaly 3 osoby pouze příležitostné kouření a 4 osoby potvrdily, že kouří denně.

Sám autor práce přiznává, že výsledky jsou zkreslené, vzhledem k tomu, že výzkum probíhal u osob, které chtějí žít aktivně a své postižení přijaly. Z výzkumu také vyplynulo, že osoby, které očekávají zlepšení svého zdravotního stavu, konzumují alkohol méně než osoby neočekávající změnu nebo předpokládající zhoršení svého stavu.

Tento výzkum tedy potvrzuje předpoklad, že se osoby se zdravotním (v tomto případě tělesným) postižením setkávají s návykovými látkami a je u nich možnost vzniku závislosti.

Z daného výzkumu tedy vyplývá, že se u několika respondentů ze zkoumané skupiny potvrdila závislost na tabáku a také riziko vzniku závislosti na alkoholu nebo nelegálních drogách (např. marihuaně).

(Odstrčil, 2009)

3.2.2 Přehledová studie Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením (Postránecká, Z., Čablová, L.)

Tato případová studie byla publikována v časopise Adiktologie v březnu 2016. Autorky vycházejí z již provedených výzkumů, které proběhly v ČR i v zahraničí. Ačkoliv je tento článek zaměřen na užívání návykových látek mezi osobami se sluchovým postižením, některé z uvedených informací lze zobecnit na celou skupinu osob se zdravotním postižením.

V rámci ČR je ve článku zmíněn výzkum jedné z autorek práce, Zuzany Postránecké, která jej provedla v rámci své diplomové práce v oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Autorka analyzovala celkem 129 dotazníků získaných z různých organizací a zařízení v rámci celé ČR.

Z daného výzkumu vyplynulo, že většina respondentů během svého života užila nějakou drogu. Jednalo se o různé druhy návykových látek, např. marihuana, LSD, hašiš, těkavé látky, heroin.

Co se týká alkoholu, z odpovědí respondentů vyplynulo, že pouze 2,3% osob užívá alkohol čtyřikrát týdně nebo častěji. V zásadě lze tedy říci, že toto procento je nižší než u intaktní společnosti.

Co se týká užívání návykových látek v komunitě Neslyšících, 68% respondentů si myslí, že užívání návykových látek u této skupiny je srovnatelné s intaktní společností. 9% respondentů dokonce zastává názor, že Neslyšící užívají návykové látky častěji než zbytek společnosti.

(Postránecká, 2014)

V tomto článku je také zmíněná provedená studie z roku 2010, která prokázala srovnatelné užívání marihuany a alkoholu u neslyšících a intaktní společnosti.

Výzkumný vzorek 111 respondentů zároveň prokázal, že užívání návykových látek u těchto osob úzce souvisí s prožitím traumatického zážitku (u téměř poloviny respondentů se vyskytlo sexuální zneužití). Bylo taktéž prokázáno, že respondenti se sluchovým postižením se s návykovými látkami setkali v nižším věku než intaktní společnost. (Titus in Postránecká a Čablová, 2016)

3.2.3 Publikace Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR: analýza informačních zdrojů

Úřad vlády České republiky vydal v roce 2012 monografii zabývající se užíváním drog ve skupinách, které mají ztíženou přístupnost k drogovým službám. Tato publikace obsahuje kapitolu týkající se přímo osob se zdravotním postižením. Jednotlivé podkapitoly jsou zaměřeny na určitý typ postižení. Výsledky uvedených výzkumů často čerpají ze zahraničních studií. Důvod je jednoduchý – v České republice doposud nebylo provedeno velké množství výzkumů na toto téma. Navíc závislost na návykových látkách je pro mnoho lidí stále tabu a většinou ani nepředpokládají, že je skupina osob se zdravotním postižením ohrožena. Tento předpoklad se vyskytuje často v rodinách nebo i v zařízeních, které na setkání s touto problematikou nejsou připraveny.

Z dané publikace jsem se rozhodla vybrat tři skupiny osob se zdravotním postižením, o kterých jsem se v rámci realizovaných výzkumů ještě nezmínila, a to osoby s mentálním postižením, zrakovým postižením a osoby s ADHD a přidruženými poruchami emocí a chování.

Osoby s mentálním postižením

Z uvedených výzkumů je patrné, že se problematika užívání návykových látek týká převážně osob v hraničním pásmu a osob s lehkým mentálním postižením. U této skupiny osob není výskyt užívání návykových látek vyšší než u intaktní společnosti. Větším problémem však je, že si jedinci často neuvědomují, že látka, se kterou experimentují, spadá do skupiny drog. Velkým problémem je také to, že osoby s mentálním postižením často ani neví jak nabízenou drogu odmítnout. (Pančocha in Nepustil, 2012)

Osoby se zrakovým postižením

Co se týká této skupiny osob, doposud nebyly v ČR provedeny žádné výzkumy na toto téma. Můžeme tedy jen odhadovat, zda se mezi osobami se zdravotním postižením objevují závislí jedinci, popř. do jaké míry a na jakých látkách. (Pančocha in Nepustil, 2012)

Osoby s ADHD a přidruženými poruchami emocí a chování

Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že osoby s ADHD mají v období dospívání a dospělosti častěji problémy s návykovými látkami (např. výzkum Biederman et al., 1997 nebo Horner et Scheibe, 1997).

V současné době je v ČR těžké provést výzkum u osob s ADHD a to z prostého důvodu. U dospívajících s ADHD by bylo nutné dlouhodobé sledování a zjištění závislosti až v dospělosti. U dospělých, kteří jsou v současné době uživateli návykových látek, se mohly objevit projevy ADHD až jako sekundární důsledek závislosti. I v případě, že by se nejednalo o sekundární důsledek, je těžké u těchto osob prokázat diagnózu ADHD, protože diagnostika jim v minulosti nemusela být vůbec provedena, popř. nebyla na takové úrovni jako v současné době. (Pančocha in Nepustil, 2012)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ADIKTOLOGICKÉ ASPEKTY U OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

4.1 Cíl průzkumu

Cílem praktické části je zjistit, zda se u zkoumané skupiny respondentů objevuje nějaká látková nebo nelátková (behaviorální) závislost, případně poukázat na možnost vzniku této závislosti (např. nadměrných trávením času u počítačových her, na sociálních sítích, závislost na virtuální realitě). Účelem není prokázat, že jsou jedinci se zdravotním postižením ohrožení určitým druhem závislosti, ale poukázat na to, že tato cílová skupina je ohrožena látkovými i nelátkovými závislostmi stejně tak jako intaktní společnost.

Díky výsledkům průzkum by se mělo také poukázat na nutnost rozšířit všechny tři stupně preventivních opatření na tyto osoby a zvýšit informovanost o možnosti vzniku této problematiky mezi pracovníky zařízení zabývající se prevencí závislostí a také ostatní zařízení a organizace pracující s osobami se zdravotním postižením.

4.2 Metoda průzkumu

Průzkum byl proveden kvantitativní formou. Pro průzkum jsme zvolili dotazníkovou metodu, jež umožňuje respondentům odpovídat anonymně a tedy s větší pravděpodobností pravdivěji než při rozhovoru.

Dotazníky lze obecně předávat několika způsoby, a to osobně, prostřednictvím pošty, emailu nebo internetového odkazu. Pro účely tohoto průzkumu byly dotazníky vytvořeny na stránce www.surveymonkey.com a přeposílány elektronickou poštou nebo prostřednictvím internetového odkazu. Toto předání probíhalo prostřednictvím další osoby.

Dotazník obsahoval 22 otázek, byl plně anonymní a otázky byly uzavřené. V dotazníku jsem se zaměřila na okruhy, jež zahrnují zkušenosti respondentů s návykovými látkami, u kterých hrozí riziko vzniku závislosti.

4.3 Charakteristika respondentů

Respondenti byli pomocí záměrného výběru. Pro účely výzkumu bylo stanoveno pouze jedno kritérium a tím bylo jakékoliv zdravotní postižení respondentů.

U zkoumané skupiny nehrál roli věk, pohlaví, druh a stupeň postižení, nebo cokoliv jiného.

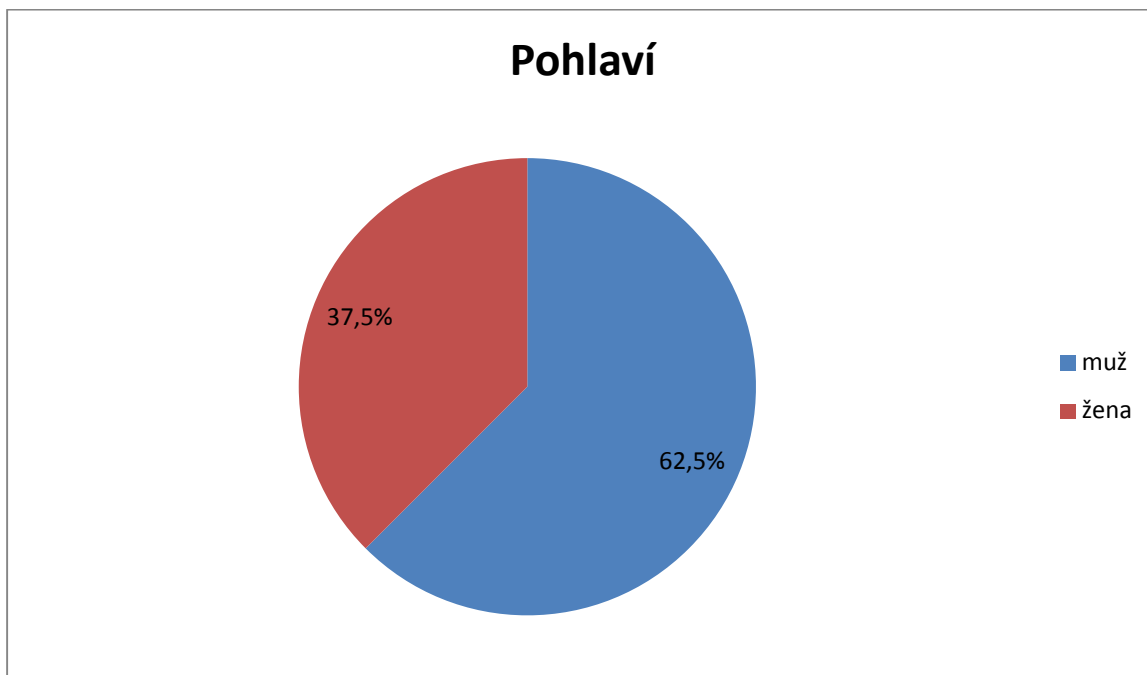
Abych daných cílů dosáhla, rozhodla jsem se pro praktickou část oslovit

Mgr. Luciu Pastierikovou, Ph.D., ředitelku Centra podpory studentů se specifickými vzdělávacími potřebami UPOL a požádat ji o rozeslání dotazníků studentům se zdravotním postižením Univerzity Palackého v Olomouci.

4.4 Analýza a interpretace získaných dat

Pro lepší přehlednost jsou dány výsledky průzkumu do grafů, díky kterým lze na první pohled rozeznat množství odpovědí, které převládají. Pod grafy jsou umístěny také tabulky, které ukazují počet odpovědí v procentech, ale také počet respondentů, které tyto odpovědi zvolili.

Otázka č. 1 - Pohlaví



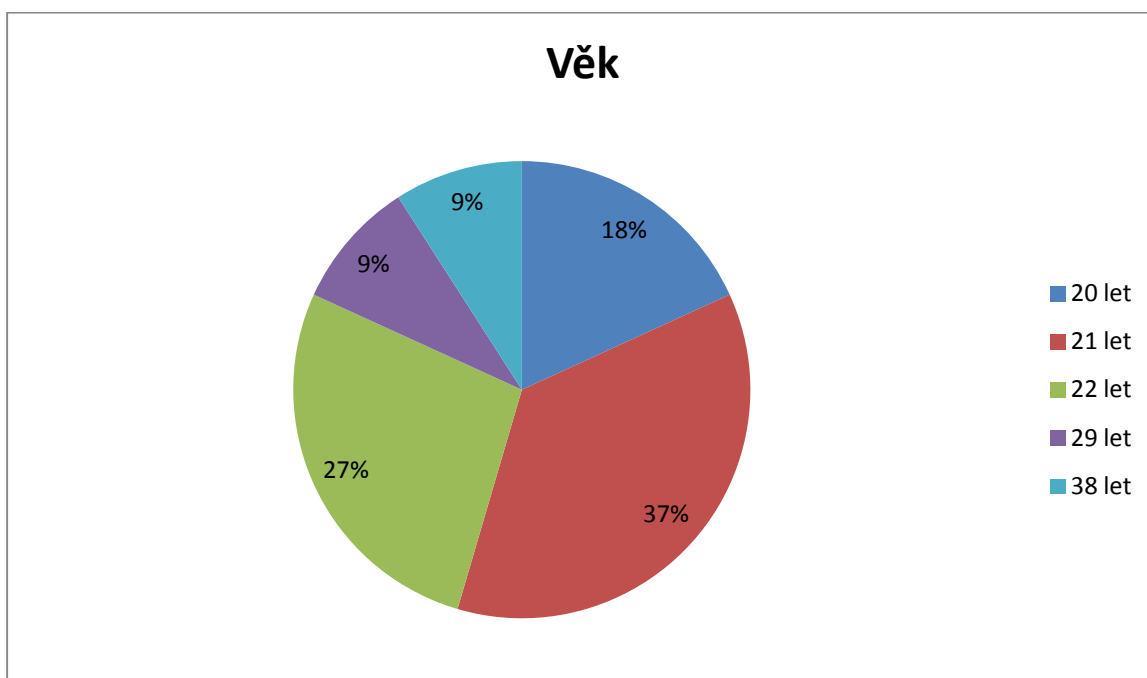
Graf 1 - Pohlaví

Odpověď	Počet	Počet v %
muž	10	62,5%
žena	6	37,5%

Tabulka 1 – Pohlaví

Z grafu č. 1 vyplývá, že více než polovinu respondentů (62,5%) tvoří muži, zbylých 37,5% respondentů jsou ženy.

Otázka č. 2 – Věk



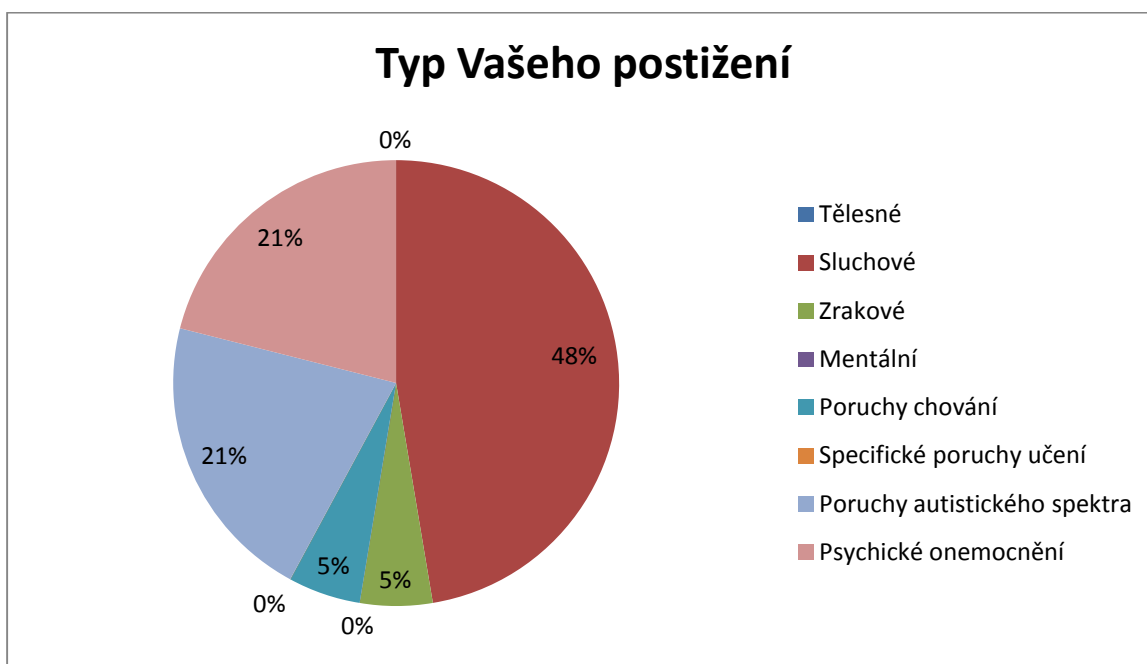
Graf 2 - Věk

Odpověď	Počet	Počet v %
20 let	2	18%
21 let	4	37%
22 let	3	27%
29 let	1	9%
38 let	1	9%

Tabulka 2 – Věk

Věkové rozhraní respondentů bylo od 20 do 38 let, přičemž nejvíce, 37%, má 21 let. Věkové rozhraní není překvapující vzhledem k faktu, že respondenty byli studenti Univerzity Palackého v Olomouci.

Otázka č. 3 – Typ Vašeho postižení



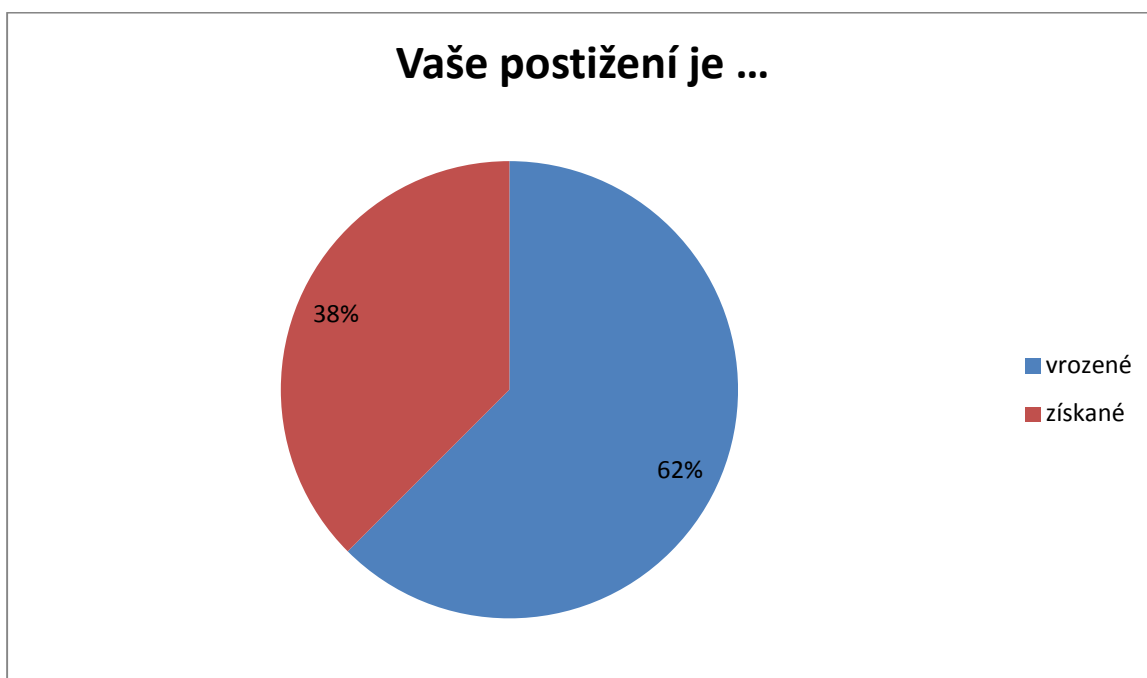
Graf 3 - Typ postižení

Odpověď	Počet	Počet v %
Tělesné	0	0%
Sluchové	9	48%
Zrakové	1	5%
Mentální	0	0%
Poruchy chování	1	5%
Specifické poruchy učení	0	0%
Poruchy autistického spektra	4	21%
Psychické onemocnění	4	21%

Tabulka 3 - Typ postižení

Nejvíce zástupců měla skupina osob se sluchovým postižením, konkrétně 48%, poté byly shodným počtem respondentů, 21%, zastoupeny skupiny osob s poruchami autistického spektra a osoby s psychickým onemocněním. Shodné zastoupení 5% měly taktéž skupiny osob se zrakovým postižením a poruchami chování.

Otázka č. 4 – Vaše postižení je ...



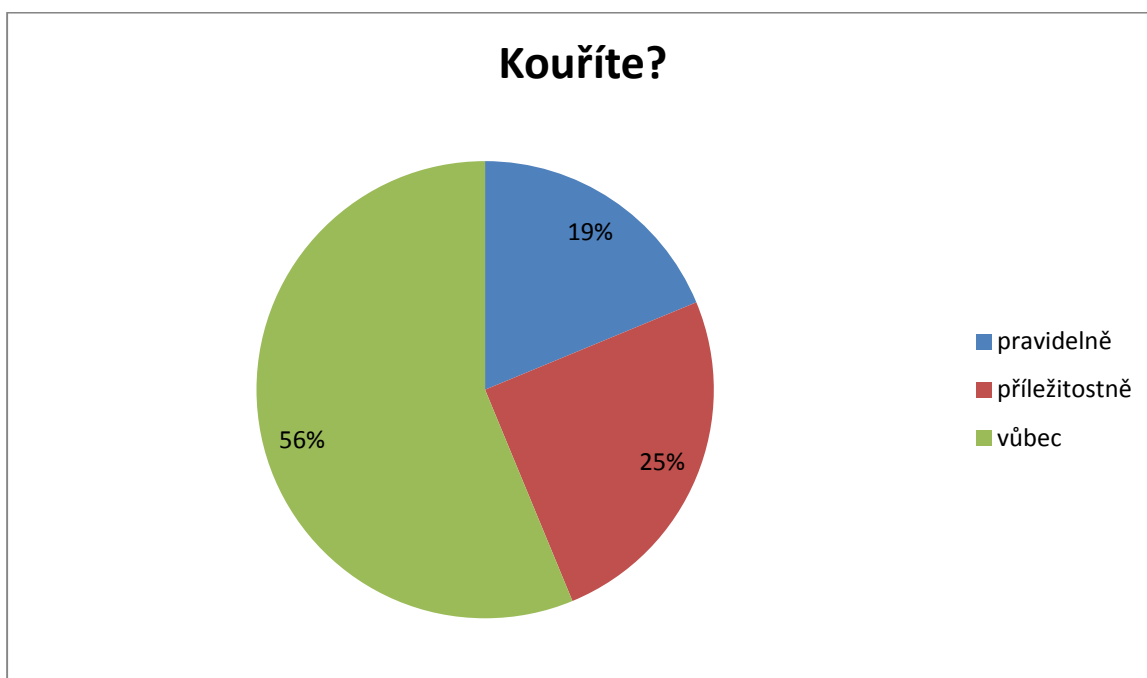
Graf 4 - Vrozené nebo získané postižení

Odpověď	Počet	Počet v %
Vrozené	10	62%
Získané	6	38%

Tabulka 4 - Vrozené nebo získané postižení

U 62% osob je postižení vrozené, 38% osob získalo své postižení během života. Obě dvě skupiny mají svá specifika, proto u každé ze skupin může být riziko vzniku závislosti rozdílné.

Otázka č. 5 – Kouříte?



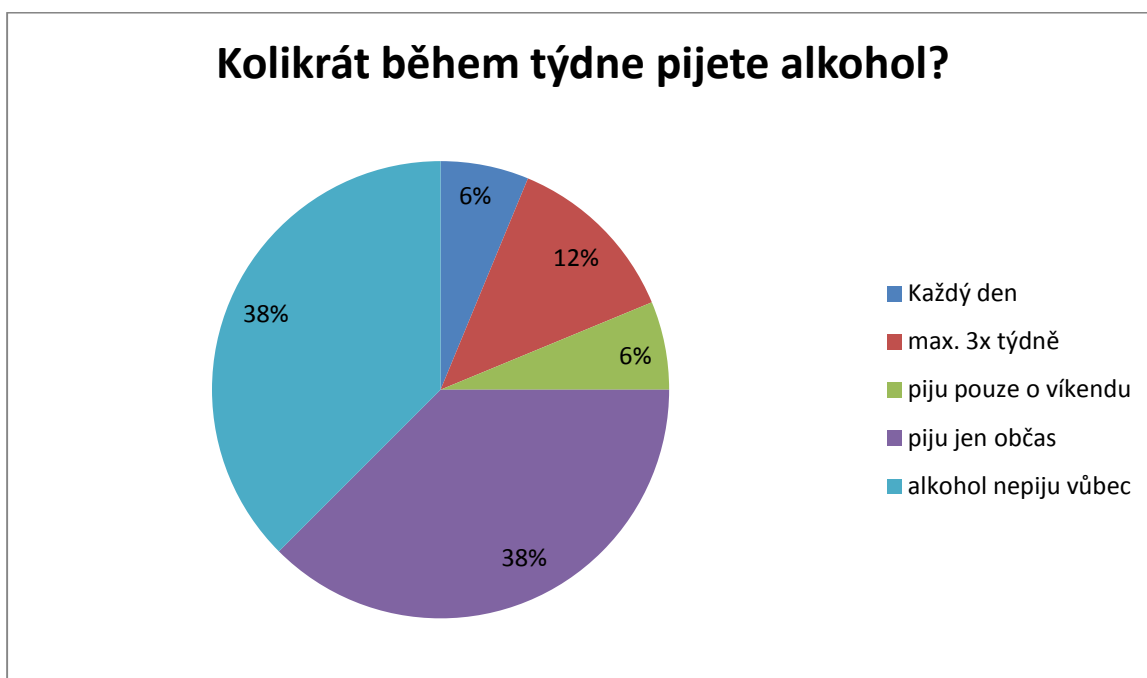
Graf 5 - Kouření

Odpověď	Počet	Počet v %
Pravidelně	3	19%
Příležitostně	4	25%
Vůbec	9	56%

Tabulka 5 - Kouření

Z průzkumu vyplývá, že 19% respondentů kouří pravidelně, 25% příležitostně a 56% nekouří vůbec. Toto zjištění je poměrně překvapující, když si uvědomíme, že téměř polovina respondentů kouří. Intaktní společnost většinou nepředpokládá, že by osoby s postižením kouřily příležitostně, natož pravidelně.

Otázka č. 6 – Kolikrát během týdne pijete alkohol?



Graf 6 - Pravidelnost užívání alkoholu

Odpověď	Počet	Počet v %
Každý den	1	6%
Max. 3x týdně	2	12%
Piju pouze o víkendu	1	6%
Piju jen občas	6	38%
Alkohol nepiju vůbec	6	38%

Tabulka 6 - Pravidelnost užívání alkoholu

Odpovědi na tuto otázku byly velice rozmanité. Jeden z respondentů pije alkohol pravidelně, u nějž lze tedy předpokládat vysoké riziko vzniku závislosti. Nižší, ale přesto také riziko vzniku závislosti můžeme předpokládat u 12% respondentů, kteří pijí alkohol max. 3x týdně. Pouze o víkendu pije alkohol 6% respondentů. Množství osob, které pijí jen občas, nebo nepijí vůbec je shodné, 38%.

Otázka č. 7 – Zkusil/a jste někdy marihuanu?



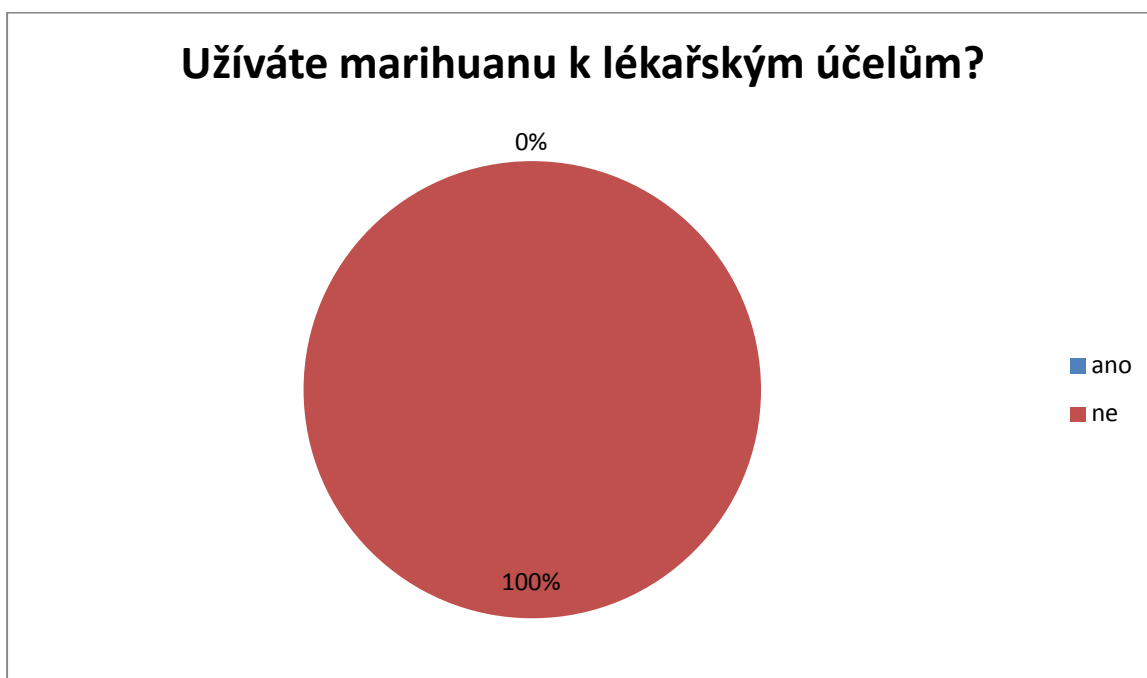
Graf 7 - Zkušenost s marihuanou

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	9	56%
Ne	7	44%

Tabulka 7 - Zkušenost s marihuanou

Zkušenost s marihuanou má 56% respondentů. Tato informace může být překvapující, vzhledem k faktu, že se většinou nepředpokládá možnost zkušeností s drogami u osob se zdravotním postižením. Zbýlých 44% zkušenosti s marihuanou nemá.

Otázka č 8 – Užíváte marihuanu k lékařským účelům?



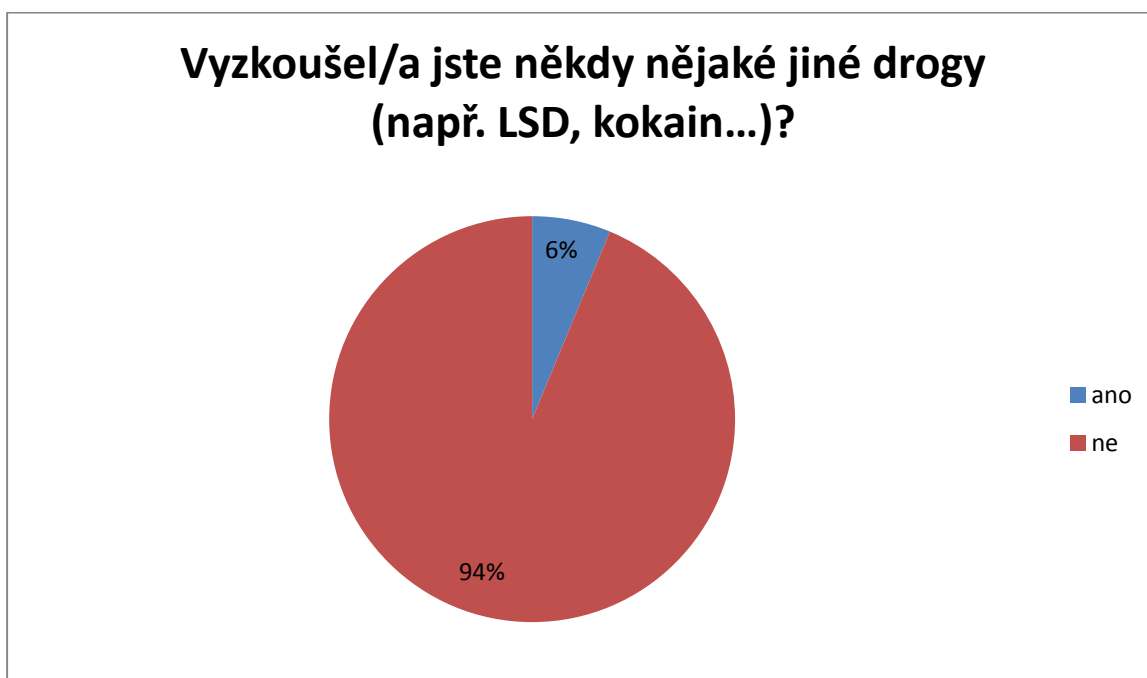
Graf 8 - Užívání marihuany k lékařským účelům

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	0	0%
Ne	16	100%

Tabulka 8 - Užívání marihuany k lékařským účelům

Žádný z respondentů neužívá marihuanu k lékařským účelům. Vzhledem k výsledku předchozí otázky je tato informace velice zajímavá. Z těchto informací lze tedy předpokládat, že experimentování s marihuanou bylo ovlivněno, tak jako je to často u intaktní společnosti, obdobím dospívání a možná tlakem ze strany vrstevníků.

Otázka č. 9 – Vyzkoušel/a jste někdy nějaké jiné drogy (např. LSD, kokain ..)?



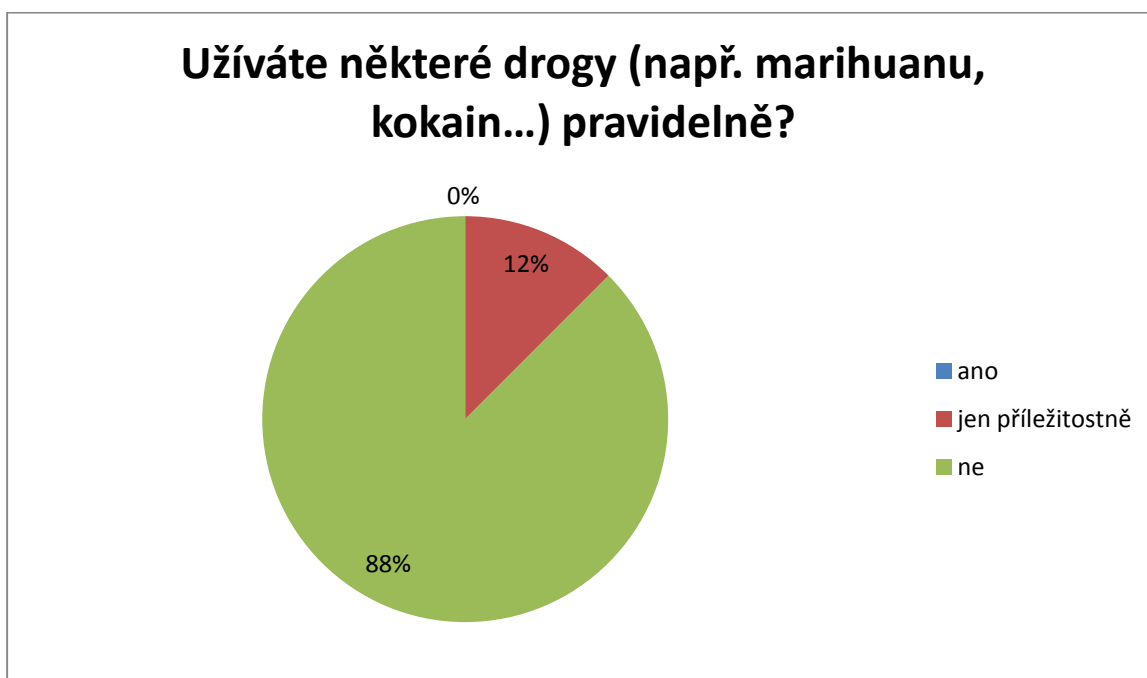
Graf 9 - Zkušenost s drogami

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	1	6%
Ne	15	94%

Tabulka 9 - Zkušenost s drogami

Většina respondentů, 94%, během svého života nevyzkoušelo jiné drogy typu LSD, kokain apod. Jeden respondent má s nějakou z těchto drog zkušenost.

Otázka č. 10 – Užíváte některé drogy (např. marihuanu, kokain...) pravidelně?



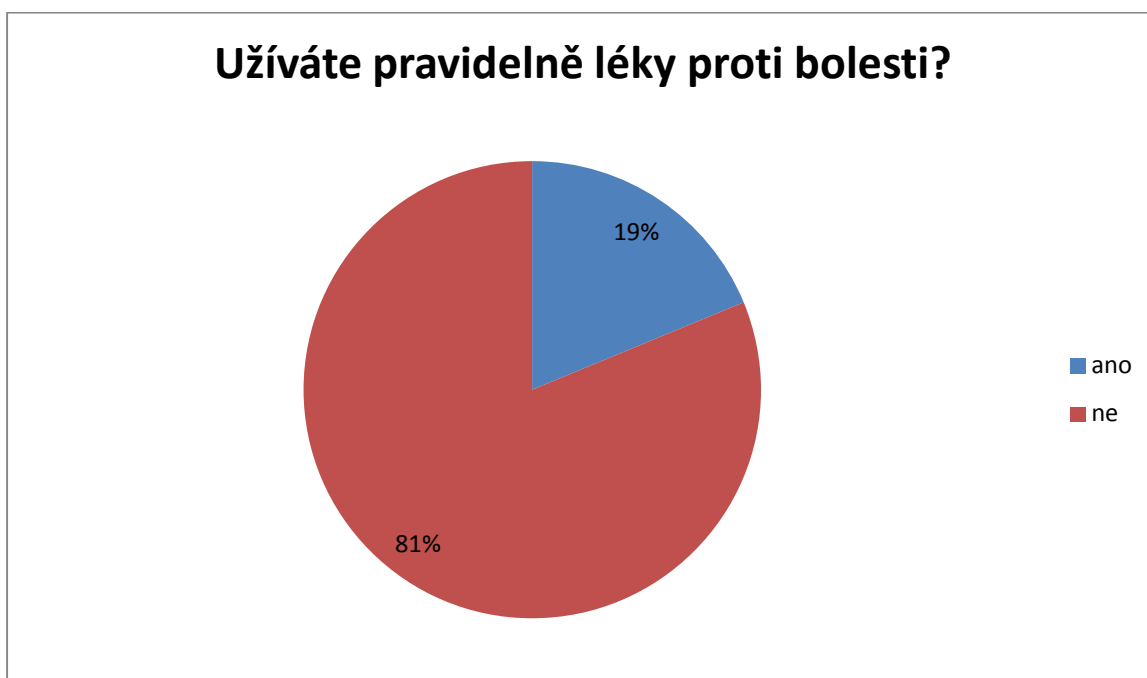
Graf 10 - Pravidelní užívání drog

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	0	0%
Jen příležitostně	2	12%
Ne	14	88%

Tabulka 10 - Pravidelní užívání drog

Žádný respondent neužívá drogy pravidelně, 12% je užívá jen příležitostně a 88% je pravidelně neužívá. Lze tedy předpokládat, že jejich dosavadní zkušenost s drogami byla pouze jednorázová.

Otázka č. 11 – Užíváte pravidelně léky proti bolesti?



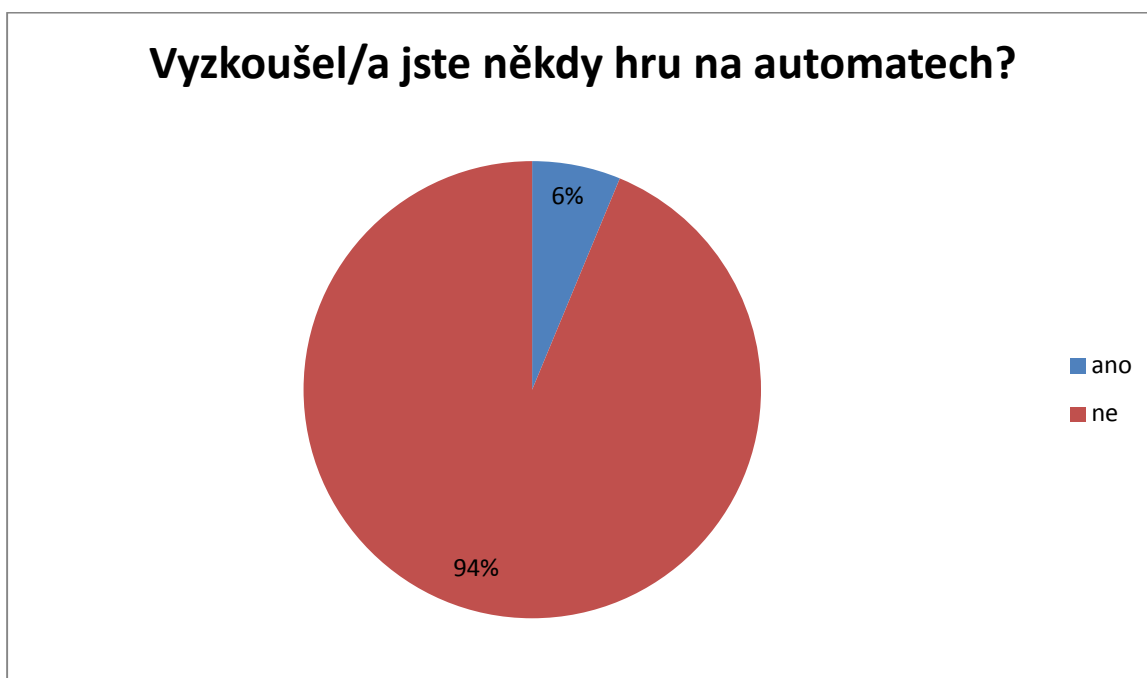
Graf 11 - Pravidelné užívání léků proti bolesti

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	3	19%
Ne	13	81%

Tabulka 11 - Pravidelné užívání léků proti bolesti

Z tohoto grafu lze vyčíst, že 19% respondentů užívá pravidelně léky proti bolesti. Vždy záleží na typu léků, u některých však může být riziko vzniku závislosti. 81% respondentů tyto léky neužívá.

Otázka č. 12 – Vyzkoušel/a jste někdy hru na automatech?



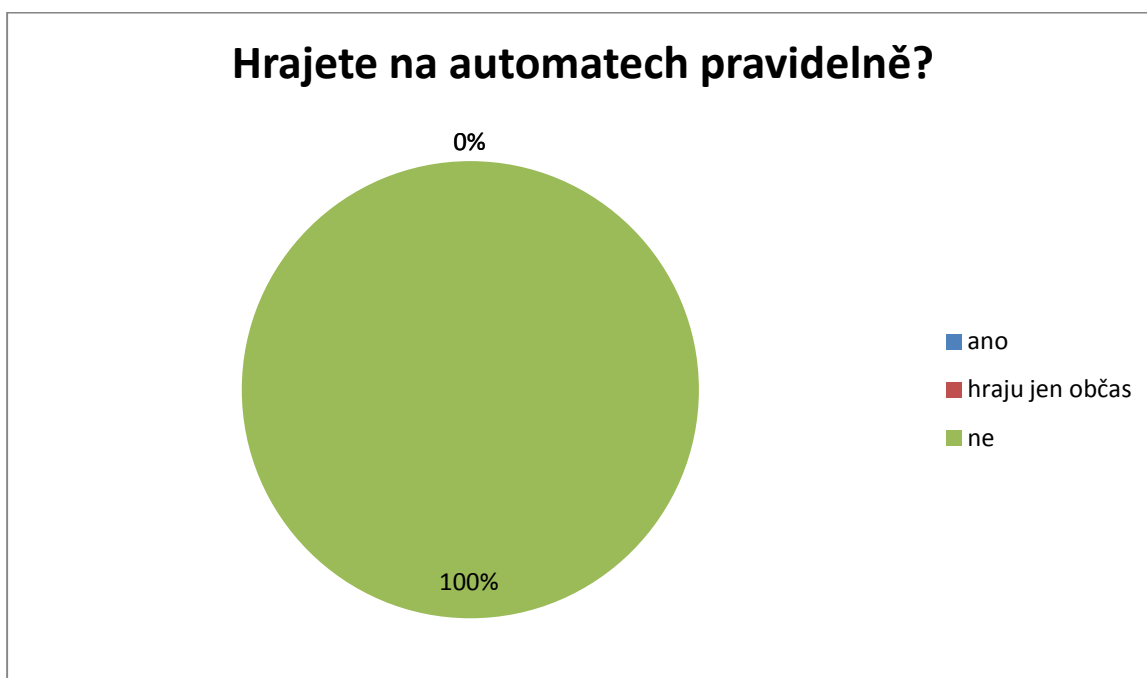
Graf 12 - Zkušenost s hrou na automatech

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	1	6%
Ne	15	94%

Tabulka 12 - Zkušenost s hrou na automatech

Většina respondentů, konkrétně 94%, s hrou na automatech zkušenost vůbec nemá. Zbýlých 6% má určitou zkušenost.

Otázka č. 13 – Hrajete na automatech pravidelně?



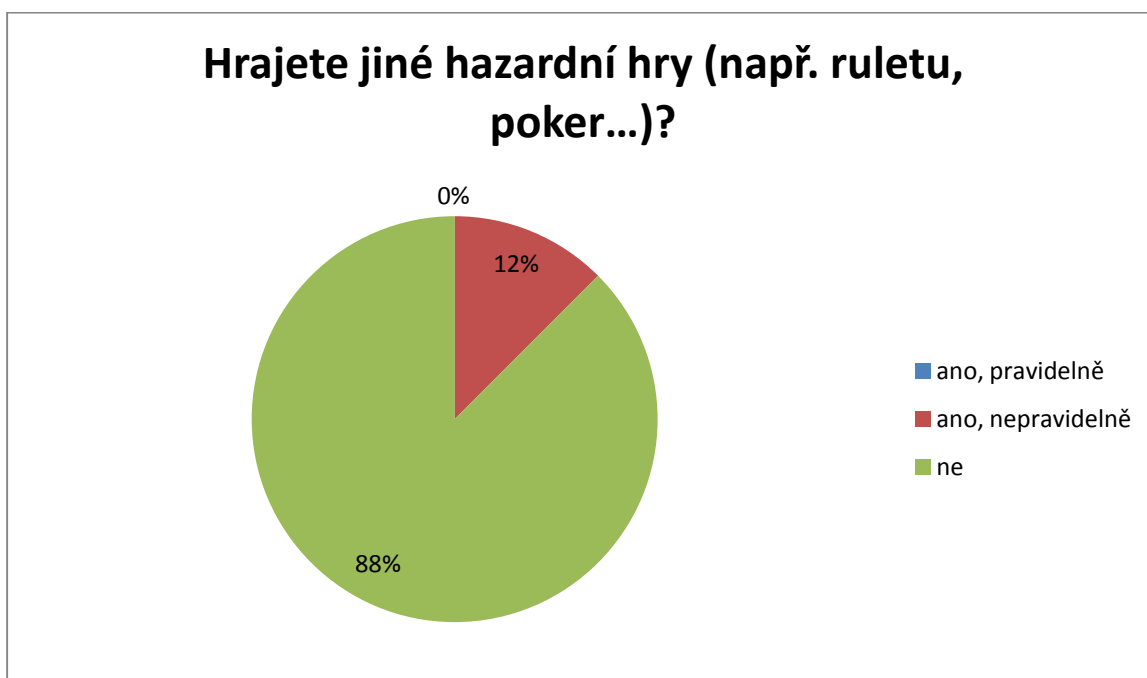
Graf 13 - Pravidelné hraní na automatech

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	0	0%
Hraju jen občas	0	0%
Ne	16	100%

Tabulka 13 - Pravidelné hraní na automatech

Žádný z respondentů nehraje na automatech pravidelně. Vzhledem k výsledkům předchozí otázky to není nijak překvapující.

Otázka č 14 – Hrajete jiné hazardní hry (např. ruletu, poker...)?



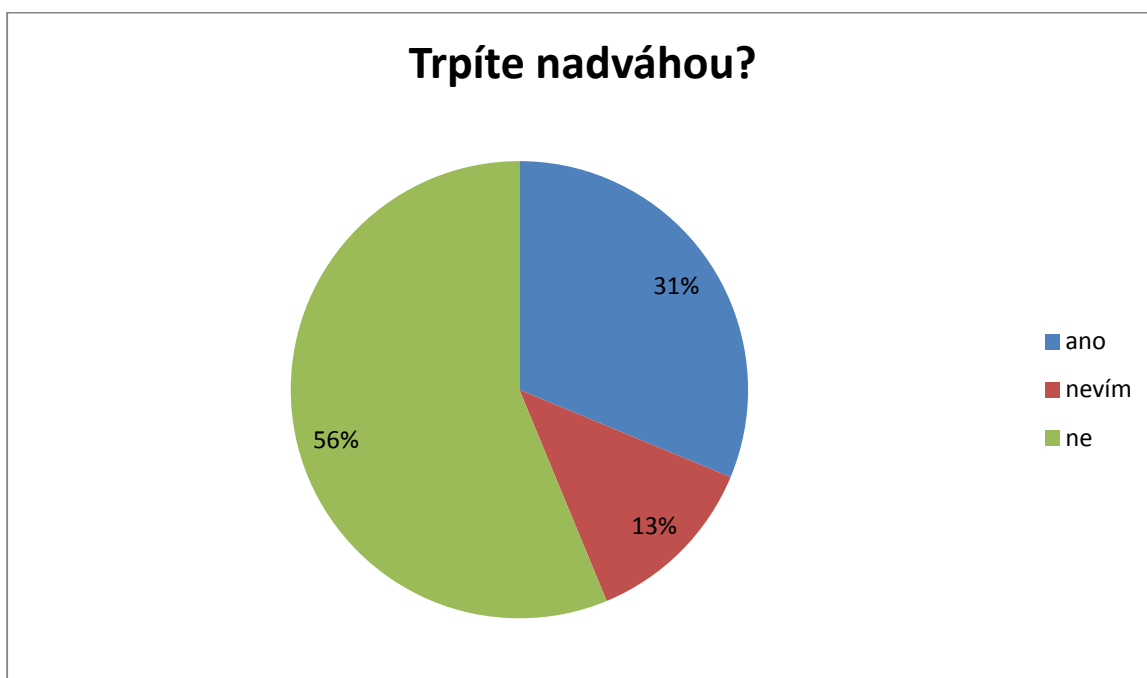
Graf 14 - Hraní hazardních her

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano, pravidelně	0	0%
Ano, nepravidelně	2	12%
Ne	14	88%

Tabulka 14 - Hraní hazardních her

Co se týká jiných hazardních her, jako je např. ruleta nebo poker, má s nimi zkušenost 12% respondentů, kteří tyto hry hrají nepravidelně. Zbýlých 88% respondentů jiné hazardní hry nehraje vůbec. Žádný z respondentů nehraje tyto hazardní hry pravidelně.

Otázka č. 15 – Trpíte nadváhou?



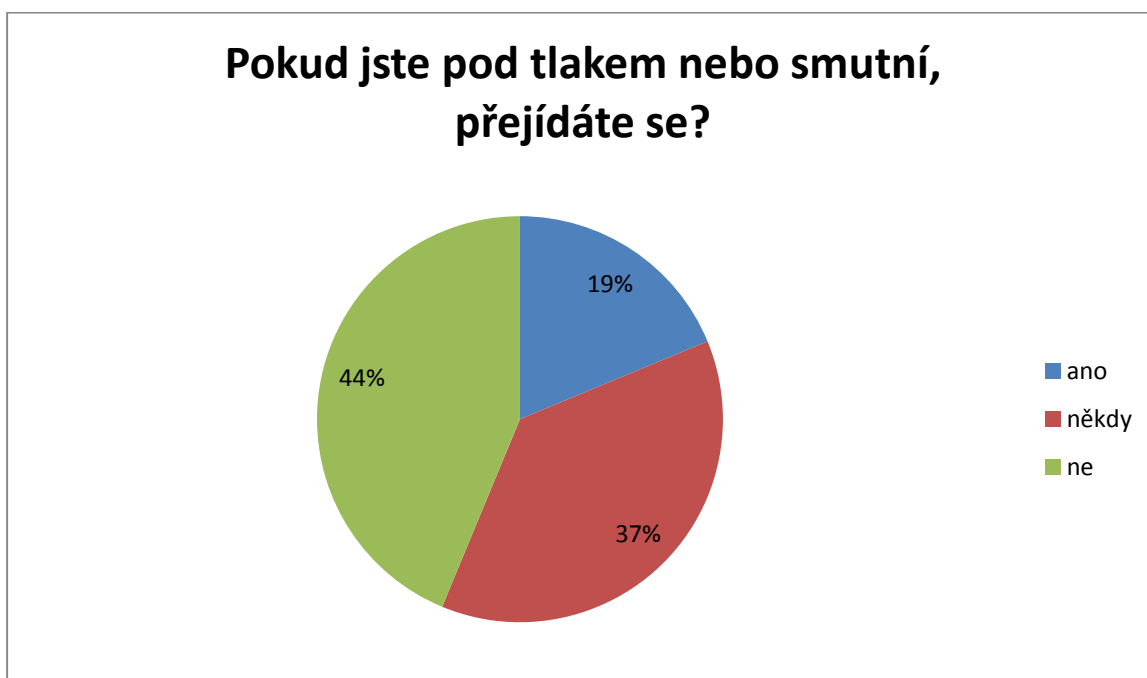
Graf 15 - Nadváha

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	5	31%
Nevím	2	13%
Ne	9	56%

Tabulka 15 – Nadváha

Tato otázka se týkala možnosti vzniku závislosti na jídle. Z celku respondentů má nadváhu 31% osob, 13% osob neví a zbylých 56% nadváhou netrpí. Tyto odpovědi nelze hodnotit objektivně, vzhledem k faktu, že každý jedinec hodnotí svou váhu individuálně. Co pro jednoho člověka je normální váha, jiná osoba to může vnímat již jako nadváhu.

Otázka č. 16 – Pokud jste pod tlakem nebo smutní, přejídáte se?



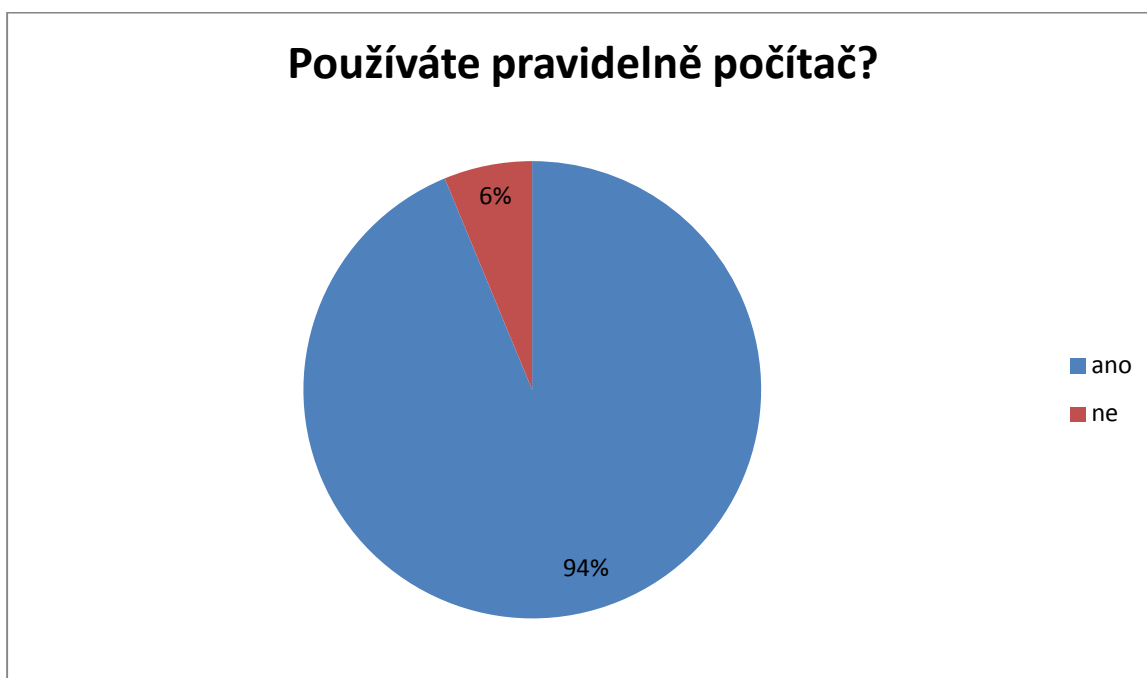
Graf 16 - Přejídání

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	3	19%
Někdy	6	37%
Ne	7	44%

Tabulka 16 – Přejídání

Při pocitech smutku nebo v případě nadměrného tlaku se přejídá 19%, 37% se při těchto pocitech někdy přejídá a zbylých 44% se v těchto situacích nepřejídá. Opět zde může být riziko vzniku závislosti na jídle, obzvláště v případech kdy mají osoby tendenci se v případě smutku přejídat a často se u nich negativní emoce objevují.

Otázka č. 17 – Používáte pravidelně počítač?



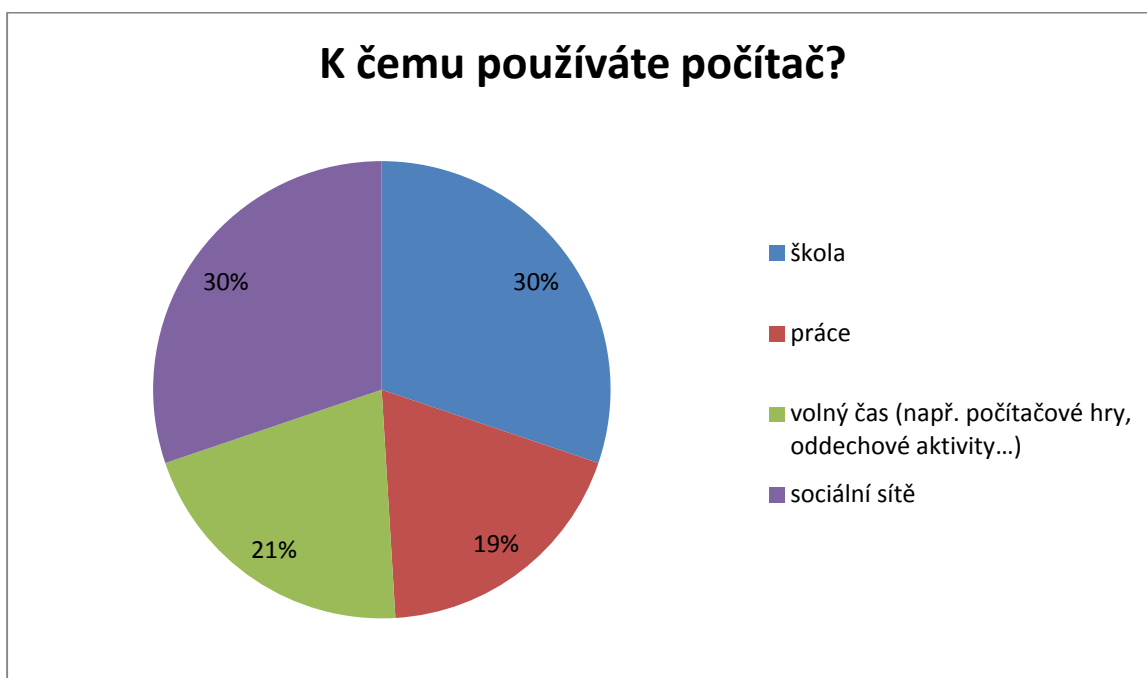
Graf 17 - Pravidelné užívání počítače

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	15	94%
Ne	1	6%

Tabulka 17 - Pravidelné užívání počítače

Pravidelné používání počítače přiznalo 94% respondentů, pouhých 6% počítač pravidelně nepoužívá. Výsledky této otázky nejsou překvapivé, vzhledem k faktu, že je dnešní společnost charakteristická užíváním elektronických zařízení v soukromém i pracovním životě. Zajímavější je však 6%, které potvrzují, že ne každý potřebuje užívat svůj počítač pravidelně.

Otázka č. 18 – K čemu používáte počítač?



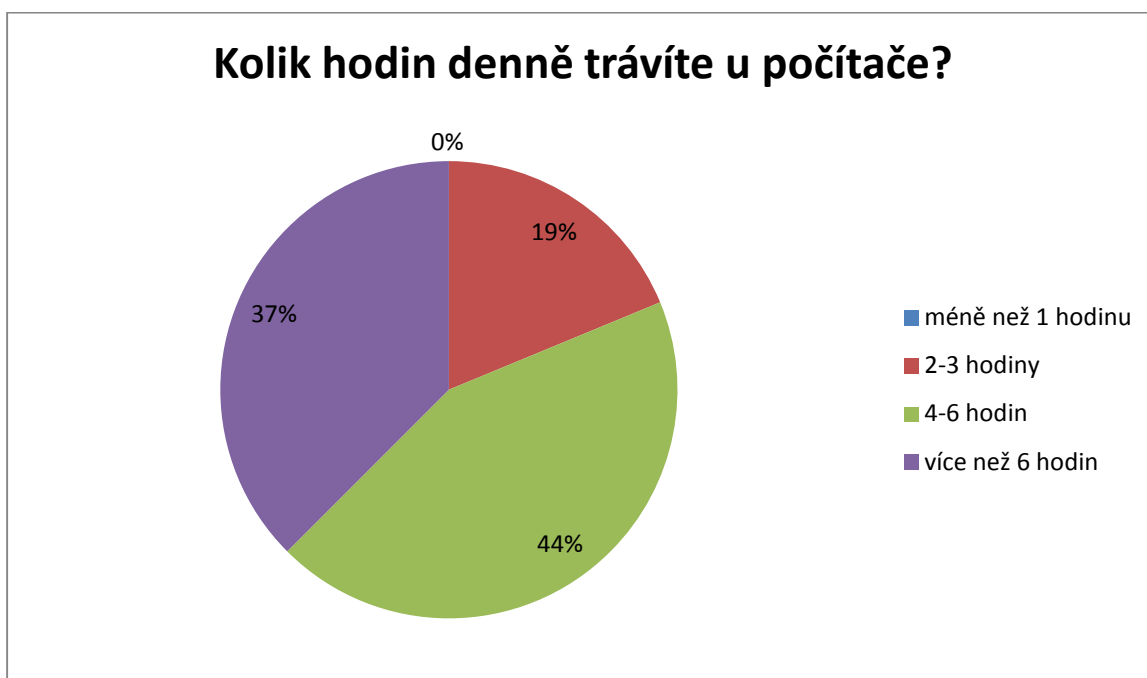
Graf 18 - Účel používání počítače

Odpověď	Počet	Počet v %
Škola	16	30%
Práce	10	19%
Volný čas (např. počítačové hry)	11	21%
Sociální sítě	16	30%

Tabulka 18 - Účel používání počítače

U této otázky byly odpovědi různé. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. V 30% počítač využívají kvůli škole a školním povinnostem. V 19% případů je počítač užíván pro práci, 21% respondentů užívá svůj počítač pro trávení volného času - využívají je k hraní počítačových her a jiným oddechovým aktivitám. Zbýlých 30% využívá svůj počítač k trávení času na sociálních sítích.

Otázka č. 19 – Kolik hodin denně trávíte u počítače?



Graf 19 - Čas strávený u počítače

Odpověď	Počet	Počet v %
Méně než 1 hodinu	0	0%
2-3 hodiny	3	19%
4-6 hodin	7	44%
Více než 6 hodin	6	37%

Tabulka 19 - Čas strávený u počítače

Z tohoto grafu vyplývá, že 19% respondentů užívá počítač 2-3 hodiny denně, 44% respondentů užívá počítač v rozmezí 4-6 hodin denně a více než 6 hodin denně na počítači stráví 37% respondentů. Žádný z respondentů netráví na počítači méně než jednu hodinu denně. Tento výsledek není až tak překvapující, vzhledem k faktu že většina osob užívá počítač během přednášek nebo práce.

Otázka č. 20 – Hrajete počítačové hry?



Graf 20 - Hraní počítačových her

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano, pravidelně	2	12%
Ano, občas	4	25%
Ne	10	63%

Tabulka 20 - Hraní počítačových her

Počítačové hry hraje pravidelně 12% respondentů, 25% respondentů je také hraje, ale jen občas a zbylých 63% respondentů je nehraje vůbec. U pravidelného hraní počítačových her hrozí vznik závislosti jak na počítačových hrách, tak na samotné virtuální realitě.

Otázka č. 21 – Pokud ano, jak často hrajete?



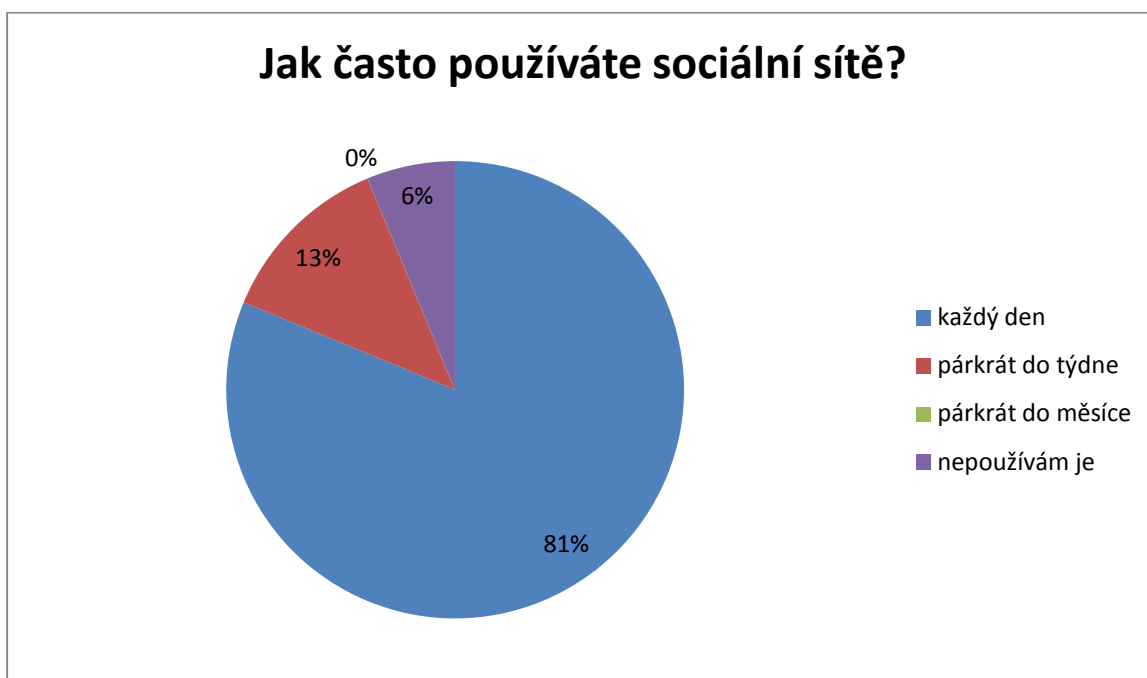
Graf 21 - Četnost hraní počítačových her

Odpověď	Počet	Počet v %
Každý den	2	34%
Párkrát do týdne	2	33%
Párkrát do měsíce	2	33%

Tabulka 21 - Četnost hraní počítačových her

Co se týká četnosti hraní počítačových her, odpovědělo 34% respondentů (zaokrouhleno), že hraje každý den, 33% respondentů hraje párkrát do týdne a zbylých 33% hraje párkrát do měsíce. U osob, které hrají každý den je větší riziko vzniku závislosti na hraní počítačových her a virtuální realitě.

Otázka č. 22 – Jak často používáte sociální sítě?



Graf 22 - Čestnost používání sociálních sítí

Odpověď	Počet	Počet v %
Každý den	13	81%
Párkrát do týdne	2	13%
Párkrát do měsíce	0	0%
Nepoužívám je	1	6%

Tabulka 22 - Čestnost používání sociálních sítí

Používání sociálních sítí je dnes zcela běžné, proto není překvapující, že osoby se zdravotním postižením sociální sítě užívají ke komunikaci a spojení se světem také. 81% respondentů užívá sociální sítě typu Facebook, Instagram atd. každý den, 13% je užívá párkrát do týdne a pouhých 6% je neužívá vůbec.

4.5 Shrnutí výsledků průzkumu

Cílem průzkum bylo prokázat, že se u osob se zdravotním postižením vyskytuje riziko vzniku závislosti, popř. se u nich závislost již projevila.

Z uvedených grafů vyplývá, že se ve zkoumaném celku objevuje riziko vzniku závislosti. Toto riziko se prokázalo v otázkách týkajících se pravidelného užívání léků proti bolesti, stráveného času denně na počítači nebo užívání sociálních sítí. Vznik závislosti, stejně jako mnoho jiných věcí v životě jedince, je velice individuální. Nemůžeme tedy potvrdit, že se u osob, které tráví na počítači více než šest hodin denně, vyskytne určitě závislost na počítači nebo virtuální realitě. Je však vhodné tomu věnovat zvýšenou pozornost.

Taktéž se prokázalo, že se u některých respondentů objevuje už samotná závislost. Toto se potvrdilo v otázce týkající se kouření. Z výzkumného celku odpovědělo 19% respondentů, že kouří pravidelně. U těchto osob je tedy prokazatelná závislost na tabáku, která se řadí mezi látkové závislosti na návykových látkách.

Přestože vzorek respondentů tvořilo menší množství lidí, konkrétně 16, výsledky průzkumu nám pomohly k dosažení našeho stanoveného cíle. Díky výsledkům průzkumného šetření se stanovený cíl potvrdil. Prokázalo se, že se u osob se zdravotním postižením vyskytují závislosti, případně jsou také ohroženi vznikem závislosti.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá otázkou rizika vzniku závislosti u osob se zdravotním postižením. Cílem této práce bylo zjistit, zda se u osob se zdravotním postižením vyskytuje nějaké závislost, ať už látková nebo nelátková (behaviorální), popř. prokázat, že jsou osoby se zdravotním postižením touto problematikou také ohroženy.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola nabízí čtenáři definici zdravotního postižení, stručnou charakteristiku jednotlivým skupin osob se zdravotním postižením a dopad zdravotního postižení na samotného jedince. Díky druhé kapitole se čtenář dozví základní informace o závislostech, jejich dělení a také prevenci. Třetí kapitola shrnuje důvody proč je tato cílová skupina ohrožena a uvádí příklady již realizovaných výzkumů.

Cílem praktické části bylo zjistit, zda jsou osoby se zdravotním postižením ohroženy vznikem závislosti. Cíl této práce byl již prokázán v kapitole realizovaných výzkumů, přesto však bylo provedeno vlastní malé šetření. V průzkumu jsme se zaměřili na zkušenosti osob se zdravotním postižením s návykovými látkami. Byla provedena analýza získaných dat. Tyto data byly následně vyhodnoceny do grafů, tabulek a výsledky byly uvedeny také v komentářích pod tabulkami.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 16 respondentů ve věkovém rozhraní od 20 do 38 let. Více než polovinu respondentů, konkrétně 62,5%, byli muži. Zbylou skupinu 37,5% respondentů tvořily ženy.

Zajímavé bylo, že se u osob se zdravotním postižením vyskytlo jak kouření, v 19% pravidelné a ve 25% příležitostné, tak také zkušenosti s marihuanou. Tyto zkušenosti nebyly důsledkem používání marihuany k lékařským účelům. Co se týká nelátkových, neboli behaviorálních závislostí, jsou zde výsledky také zajímavé, i když ne tolik překvapivé. U osob se zdravotním postižením se ostatně stejně jako u intaktní společnosti vyskytuje někdy až nadměrné užívání počítačů, sociálních sítí a počítačových her. Je těžké určit, zda je riziko vzniku závislosti na internetu u těchto osob vysoké nebo ještě relativně v normě, protože v dnešní době je užívání těchto technologií zcela běžné.

Díky vlastnímu průzkumu a uvedeným realizovaným výzkumům byl prokázán stanovený cíl práce. Konkrétně tedy, že skupina osob se zdravotním postižením je ohrožena závislostmi na návykových látkách. Bylo by proto vhodné rozšířit všechny tři stupně prevence také na tuto skupinu a věnovat se více této problematice.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BLINKA, Lukáš. Online závislosti: jednání jako droga? : online hry, sex a sociální sítě : diagnostika závislosti na internetu : prevence a léčba. Praha: Grada, 2015, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-210-7975-5.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, 388 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0.

KISVETROVÁ, Helena a Šárka VÉVODOVÁ. *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 172 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-4064-4.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložila Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. Vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví.* Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992, 89 s. ISBN 8070671270.

NEPUSTIL, Pavel. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR : analýza informačních zdrojů.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2012, 84 s. Monografie, no. 20. ISBN 978-80-7440-072-8.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti.* Praha: Portál s.r.o., 2011a, 4. aktualizované vydání. ISBN 978-80-7367-908-8

NEŠPOR, Karel. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba.* Praha: Portál, 2011b, 159 s. ISBN 978-80-262-0009-3.

ODSTRČIL, Michal. *Specifika užívání návykových látek u osob s tělesným postižením.* Brno, 2009. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

POKORNÁ, Věra. *Vývojové poruchy učení v dětství a v dospělosti.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-773-2.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování.* Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

POSTRÁNECKÁ, Zuzana. *Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením a jejich bariéry při vstupu do služeb pro uživatele návykových látek.* Praha, 2014. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

POSTRÁNECKÁ, Zuzana a Lenka ČABLOVÁ. Užívání návykových látek mezi osobami se sluchovým postižením. *Adiktologie*. 2016, **2016**(3), 257-267. ISSN 12133841.

POTMĚŠIL, Miloň. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5184-3.

PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblersství aneb Sázka na štěstí*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, 237 s. ISBN 978-80-7380-074-1.

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada, 2016, 293 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-0873-2.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál, 2015, 175 s. Spektrum, 96. ISBN 978-80-262-0927-0.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, 246 s. ISBN 80-244-0249-1.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika: terapie a poradenství: vzdělávání osob s různým postižením: člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-821-X.

Zákon č. 108/2006, Sb. o sociálních službách

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

<http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>

<https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/nelatkovce-zavislosti/>

https://www.mpsv.cz/files/clanky/28419/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf

https://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 - Pohlaví</i>	39
<i>Graf 2 - Věk</i>	40
<i>Graf 3 - Typ postižení</i>	41
<i>Graf 4 - Vrozené nebo získané postižení</i>	42
<i>Graf 5 - Kouření</i>	43
<i>Graf 6 - Pravidelnost užívání alkoholu</i>	44
<i>Graf 7 - Zkušenost s marihuanou</i>	45
<i>Graf 8 - Užívání marihuany k lékařským účelům</i>	46
<i>Graf 9 - Zkušenost s drogami</i>	47
<i>Graf 10 - Pravidelní užívání drog</i>	48
<i>Graf 11 - Pravidelné užívání léků proti bolesti</i>	49
<i>Graf 12 - Zkušenost s hrou na automatech</i>	50
<i>Graf 13 - Pravidelné hraní na automatech</i>	51
<i>Graf 14 - Hraní hazardních her</i>	52
<i>Graf 15 - Nadváha</i>	53
<i>Graf 16 - Přejídání</i>	54
<i>Graf 17 - Pravidelné užívání počítače</i>	55
<i>Graf 18 - Účel používání počítače</i>	56
<i>Graf 19 - Čas strávený u počítače</i>	57
<i>Graf 20 - Hraní počítačových her</i>	58
<i>Graf 21 - Četnost hraní počítačových her</i>	59
<i>Graf 22 - Čestnost používání sociálních sítí</i>	60

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 – Pohlaví</i>	39
<i>Tabulka 2 – Věk</i>	40
<i>Tabulka 3 - Typ postižení</i>	41
<i>Tabulka 4 - Vrozené nebo získané postižení</i>	42
<i>Tabulka 5 - Kouření</i>	43
<i>Tabulka 6 - Pravidelnost užívání alkoholu</i>	44
<i>Tabulka 7 - Zkušenost s marihuanou</i>	45
<i>Tabulka 8 - Užívání marihuany k lékařským účelům</i>	46
<i>Tabulka 9 - Zkušenost s drogami</i>	47
<i>Tabulka 10 - Pravidelní užívání drog</i>	48
<i>Tabulka 11 - Pravidelné užívání léků proti bolesti</i>	49
<i>Tabulka 12 - Zkušenost s hrou na automatech</i>	50
<i>Tabulka 13 - Pravidelné hraní na automatech</i>	51
<i>Tabulka 14 - Hraní hazardních her</i>	52
<i>Tabulka 15 – Nadváha</i>	53
<i>Tabulka 16 – Přejídání</i>	54
<i>Tabulka 17 - Pravidelné užívání počítače</i>	55
<i>Tabulka 18 - Účel používání počítače</i>	56
<i>Tabulka 19 - Čas strávený u počítače</i>	57
<i>Tabulka 20 - Hraní počítačových her</i>	58
<i>Tabulka 21 - Četnost hraní počítačových her</i>	59
<i>Tabulka 22 - Čestnost používání sociálních sítí</i>	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Klimantová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Speciální pedagogika-ortokomunikace (komunikační techniky) na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Adiktologické aspekty u osob se zdravotním postižením“. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda se u osob se zdravotním postižením vyskytuje riziko vzniku závislosti, popřípadě zda se u této cílové skupiny již závislosti objevují.

Tento dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity jako součást praktické části mé bakalářské práce.

Dotazník obsahuje 22 otázek, proto Vám jeho vyplnění nezabere příliš mnoho času. Prosím Vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování, aby výsledky mého průzkumu byly co možná nejpravdivější.

Děkuji za Vaši spolupráci.

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk:

3. Typ Vašeho postižení (lze vybrat více možností):

- a) Tělesné
- b) Sluchové
- c) Zrakové
- d) Mentální
- e) Poruchy chování
- f) Specifické poruchy učení
- g) Poruchy autistického spektra
- h) Psychické onemocnění

4. Vaše postižení je:

- a) Vrozené
- b) Získané

5. Kouříte?

- a) Pravidelně
- b) Příležitostně
- c) Vůbec

6. Kolikrát během týdne pijete alkohol?

- a) Každý den
- b) Max. 3x týdně
- c) Piju pouze o víkendu
- d) Piju jen občas
- e) Alkohol nepiju vůbec

7. Zkusil/a jste někdy marihuanu?

- a) Ano
- b) Ne

8. Užíváte marihuanu k lékařským účelům?

- a) Ano
- b) Ne

9. Vyzkoušel/a jste někdy nějaké jiné drogy (např. LSD, kokain...)?

- a) Ano
- b) Ne

10. Užíváte některé drogy (např. marihuanu, kokain...) pravidelně?

- a) Ano
- b) Jen příležitostně
- c) Ne

11. Užíváte pravidelně léky proti bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

12. Vyzkoušel/a jste někdy hru na automatech?

- a) Ano
- b) Ne

13. Hrajete na automatech pravidelně?

- a) Ano
- b) Hraju jen občas
- c) Ne

14. Hrajete jiné hazardní hry (např. ruletu, poker...)?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne

15. Trpíte nadváhou?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

16. Pokud jste pod tlakem nebo smutní, přejídáte se?

- a) Ano
- b) Někdy
- c) Ne

17. Používáte pravidelně počítač?

- a) Ano
- b) Ne

18. K čemu používáte počítač?

- a) Škola
- b) Práce
- c) Volný čas (např. počítačové hry, oddechové aktivity...)
- d) Sociální sítě

19. Kolik hodin denně trávíte u počítače?

- a) Méně než 1 hodinu
- b) 2-3 hodiny
- c) 4-6 hodin
- d) Více než 6 hodin

20. Hrajete počítačové hry?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne

21. Pokud ano, jak často hrajete?

- a) Každý den
- b) Párkrát do týdne
- c) Párkrát do měsíce

22. Jak často používáte sociální sítě?

- a) Každý den
- b) Párkrát do týdne
- c) Párkrát do měsíce
- d) Nepoužívám je

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Klimantová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Adiktologické aspekty u osob se zdravotním postižením
Název v angličtině:	Addictological aspects at people with disability
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou závislostí u osob se zdravotním postižením. Teoretická část se zaměřuje na definici zdravotního postižení, charakteristiku jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením a dopadem zdravotního postižení na jedince. Dále popisuje závislosti obecně, jejich rozdělení, dopad závislosti na jedince a prevenci. Jsou zde uvedeny také některé z již provedených výzkumů týkající se této problematiky. V praktické části jsou uvedeny výsledky průzkumu, kterého se účastnily osoby se zdravotním postižením.
Klíčová slova:	Osoby se zdravotním postižením, závislost, adiktologie, prevence, návykové látky
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis deals with the issue of addictions for persons with disabilities. The theoretical part focuses on the definition of disability, the characteristics of individual groups of people with disabilities and the impact of disability on persons. It also describes dependencies in general, then their distribution, the impact of dependence on person and prevention. There are also some of the research already carried out on this issue. The practical part presents the results of the

	survey, which was attended by people with disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	People with disability, addiction, addictology, preventiv, addictive substances
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník
Rozsah práce:	69 str.
Jazyk práce:	Český jazyk