

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Zuzana Postránecká**

Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda

Substance use among people with hearing imparment: exploration and correlation probe

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha  
2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze .....

Zuzana Postránecká

.....

Identifikační záznam:

POSTRÁNECKÁ, Zuzana. *Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda. [Substance use among people with hearing impairment: exploration and correlation probe]*. Praha, 2012. 53 s., 11 příl., 15 tabulek. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Adiktologie 1. LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek.

Klíčová slova: sluchové postižení, užívání drog, vzorce užívání, dotazníková studie, explorace

Key words: hearing disability, substance use, patterns of use, questionnaire study, exploration

**Poděkování:**

Ráda bych velice poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi za jeho odborné vedení a trpělivost, kterou měl při zodpovídání všech mých dotazů.

Velký dík patří také oběma školám pro sluchově postižené, které se zúčastnily dotazníkového výzkumu, obzvláště pak panu Bc. Davidu Jordovi, který mi při realizaci výzkumu velice pomohl.

Děkuji také Mgr. Jitce Motejzické za ochotu a poskytnutí cenných materiálů.

## Obsah:

Abstrakt .....	6
Abstract .....	7
Úvod .....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. Terminologické vymezení základních pojmů .....	9
1.1 Sluchově postižení.....	9
1.1.1 Prelingválně neslyšící .....	10
1.1.2 Ohluchlí.....	11
1.1.3 Nedoslýchaví.....	11
1.1.4 N/neslyšící jako kulturní a jazyková menšina .....	12
2. Komunikace sluchově postižených.....	14
2.1 Vývoj mluvené řeči .....	14
2.2 Vizualní komunikační prostředky .....	16
2.2.1 Český znakový jazyk .....	17
2.2.2 Znakovaná čeština .....	18
2.2.3 Prstová abeceda .....	18
2.3 Porozumění psanému textu.....	19
3. Psychologické souvislosti sluchového postižení.....	20
3.1 Identita podle E.H. Eriksona.....	21
3.2 Problémy s vývojem identity u neslyšících .....	21
4. Užívání návykových látek mezi sluchově postiženými .....	25
4.1 „Závislostní osobnost“ versus „osobnost neslyšícího“ .....	25
4.2 Duální diagnózy.....	25
4.3 Prevalence užívání návykových látek mezi sluchově postiženými .....	27
PRAKTICKÁ ČÁST .....	29

5. Použité metody.....	29
5.1 Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek.....	29
5.2 Metody tvorby dat .....	29
5.3 Nominace výzkumného souboru .....	30
5.4 Metody analýzy dat .....	31
5.5 Průběh výzkumného šetření.....	31
5.6 Výzkumný soubor.....	32
6. Etické normy a pravidla výzkumu .....	34
7. Výzkumná omezení .....	35
8. Výsledky výzkumu .....	36
9. Diskuze a závěry .....	46
10. Použitá literatura .....	50
11. Přílohy.....	54
11.1 Seznam tabulek.....	54
11.2 Dotazník.....	55

## **Abstrakt**

Přestože je v České republice přibližně 500 000 sluchově postižených jedinců, kteří jsou vlivem determinant sluchového postižení ohroženou skupinou vzhledem k užívání návykových látek, je výrazný nedostatek studií, které by se tomuto tématu u nás věnovaly. Ačkoliv zahraniční studie určitá data nabízejí, celkový zájem o tuto problematiku je stále mizivý. Tato práce si bere za úkol vymezit základní pojmy a ve stručnosti popsat problematiku sluchového postižení, psychologické aspekty a vzorce užívání návykových látek v populaci sluchově postižených z dostupných zdrojů i prostřednictvím exploračně-korelační dotazníkové studie. Studie byla prováděna dotazníkovou formou a v první fázi šířena samovýběrem metodou sněhové koule srze 8 základních subjektů přes sociální síť facebook.com a jiné hromadně komunikační prostředky. Ve druhé fázi se jednalo o účelový výběr na dvou školách pro sluchově postižené v Praze. Výzkumným souborem byli v obou případech jedinci se ztrátou sluchu alespoň 20 dB na lepším uchu, věkově ani místně participace nebyla omezena. Výsledkem teoretické i praktické části je skutečnost, že se užívání návykových látek v populaci sluchově postižených vyskytuje a to pravděpodobně ve stejné či vyšší míře než u běžné populace. Vzhledem k tomuto faktu a komunikačním bariérám sluchově postižených je žádoucí vyvinout specializované služby v primární, sekundární i terciální prevenci užívání návykových látek, která by dokázala reflektovat kulturní, sociální i psychologické potřeby N/neslyšících či jinak sluchově postižených, a to včetně komunikace v jejich rodném, znakovém jazyce.

**Klíčová slova:** sluchové postižení, užívání drog, vzorce užívání, dotazníková studie, explorace

## **Abstract**

Although there are about 500 000 of people with hearing impairment in Czech republic, a risk group of substance abuse due to determinants of this impairment, there are distinctive lack of studies focused on this theme in our state. There are few foreign studies offering some results, overall interest is still slender in this issue. This work was aimed to define the basic terms and briefly describe difficulties of hearing impairment, psychological aspects and patterns of drug use in hearing impaired population due to available resources and exploration and correlation questionnaire study. The study had a questionnaire form and was spread by snow ball method in first stage, through 8 basic subjects on social network called facebook.com and other forms of mass communication. In the second stage we used a purposeful selection at two schools for the hearing impaired in Prague. Participants were individuals with more than 20 dB hearing loss (includes) in both cases. The participation was no age or locally restricted. The result of theoretical and practical part is a fact, that drug using in hearing impaired population is on the same or maybe even higher level like in intact population. Due to this fact and communication barriers of hearing impaired individuals, it is required to involve a specialized services in primary, secondary and tertiary prevention of drug using, which could be able to reflect a cultural, social and psychological needs of D/deaf or otherwise hearing impaired, including the communication in their birth, sign language.

Key words: hearing disability, substance use, patterns of use, questionnaire study, exploration



## Úvod

Užívání návykových látek a s tím spojené důsledky jsou v současné době globálním problémem, který se vyskytuje napříč celou moderní civilizací. Drogy zasahují prakticky do všech oblastí našeho života, protože ovlivňují nejen zasaženou populaci, ale i celou společnost. Užívání legálních i nelegálních návykových látek v mnoha případech vede ke vzniku závislosti, která negativně ovlivňuje zdraví, psychiku, sociální i ekonomický statut uživatele, mění jeho morální zásady a standardy, vůli, charakter a v neposlední řadě často ovlivňuje i celkový vzhled uživatele. Přesto existuje nemalá část lidí, kteří jsou stále ochotni toto riziko podstoupit.

V souvislosti s užíváním návykových látek existují určité skupiny osob, které jsou považovány za rizikové. Mezi ně patří osoby s různým typem zdravotního postižení, které v důsledku zdravotních, sociálních, ekonomických a možných psychologických komplikací mohou mít větší afinitu k užívání návykových látek. Jednu z těchto skupin tvoří i jedinci se sluchovým postižením. Sluchové postižení je považováno za jedno z nejzávažnějších senzitivních postižení vzhledem k sekundárním dopadům hluchoty či nedoslýchavosti na emoční, psychologický i sociální vývoj jedince.

V této práci se budu věnovat dopadu sluchového postižení na psycho-sociální vývoj jedince a vulnerabilitu sluchově postižených k užívání návykových látek. Práce si nebere za úkol popsat kompletní problematiku sluchového postižení, ani téma užívání návykových látek v celém jeho rozsahu. Jedná se pouze o vybrané části obsáhlé problematiky, které úzce souvisí s vybraným tématem a odpovídají požadovanému rozsahu práce.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Terminologické vymezení základních pojmů

Na začátek této práce bych ráda vysvětlila základní pojmy, které budou v průběhu celého textu zmiňovány a které je třeba přesně vymežit k správnému pochopení textu. V literatuře zaměřené na sluchové postižení se často setkávám s rozdílnou terminologií i klasifikací sluchové ztráty, netroufám si proto tvrdit, že mnou vymezená terminologie je definitivně správná, nicméně v novodobých zdrojích od předních českých specialistů na sluchové postižení se s tímto vymezením setkávám nejčastěji.

### 1.1 Sluchově postižení

Termín *sluchové postižení* je výsledkem dlouhodobého vývoje výzkumu v oblasti sluchových vad. Dříve se používal termín *hluchoněmí*, který odrážel převážně situaci nedostatečného či nevhodného vzdělávání sluchově postižených, kteří se vlivem sekundárních dopadů hluchoty nenaučili mluvit. Později, v roce 1927, bylo usneseno používat oficiálně termín *neslyšící*<sup>1</sup>, který se ale ukázal být nepřesným, protože tímto termínem byli označováni jak lidé neslyšící (tedy hluchí), tak lidé nedoslýchaví, kteří vlivem vývoje sluchadel, dokázali zvuk nejen slyšet, ale tréninkem i rozpoznávat hlásky jednotlivých slov. Dnes se tedy pro všechny typy sluchových vad ustálil termín *sluchové postižení*, ačkoliv s termíny *hluchoněmí* (mezi laickou veřejností) a často nepřesným označením *neslyšící* (mezi nedoslýchavými a ohluchlými) se v mnoha případech setkáváme dodnes.

Pod termínem *sluchové postižení* se skrývá mnoho rozličných typů postižení, z nichž ve všeobecném povědomí se nejčastěji setkáme se znalostí nedoslýchavosti a hluchoty. Nicméně existuje i mnoho dalších typů sluchových postižení, které populaci, jež se touto problematikou přímo nezabývá, tolik známé nejsou. Jedná se například o ušní šelesty (*tinnitus aurium*), silnější vnímání zvuků z okolí (*hyperacusis*), silnější vnímání vlastního hlasu (*autoacousis*), rozdílné vnímání tónů, kdy to co slyšíme, není přesným obrazem vysílaného zvuku, a jiné, závažné poruchy.

---

<sup>1</sup> Hrubý, J (1997). Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu I. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených

V této práci se však budu zabývat především problematikou sníženého vnímání zvuku, tedy populací neslyšících, ohluchlých, nedoslýchavých a specifické skupině tzv. Neslyšících s velkým n.

### 1.1.1 Prelingválně neslyšící

Dle zákona č.155/1998 Sb. se za neslyšící považují osoby, „které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem.“<sup>2</sup> Přičemž ale pojem úplná a praktická hluchota zde již není vysvětlen.

Klasifikace sluchových ztrát není jednotná a v jednotlivých literárních pramenech se často liší terminologie i údaje o vymezení ztráty sluchu v decibelech. Nicméně podle vyhlášky MPSV 40/2000<sup>3</sup> se praktickou hluchotou rozumí velikost ztráty sluchu 70-89 dB, úplná hluchota je pak hodnocena vyšší ztráty nad 90 dB. Z těchto důvodů se dá za neslyšícího považovat i člověk slyšící, ačkoliv při zesílení dokáže rozeznat zvuk mluveného slova.

Odborníci se v tomto ohledu často rozčilují nad klamnými nálepkami „neslyšící“ na slyšící dítě, které pak se sluchadlem dokáže, co se mluveného slova týče, dělat větší pokroky, než dítě neslyšící, tedy hluché. Tímto se na děti často kladou nepřiměřené nároky a jak ony, tak jejich rodiče jsou opakovaně vystavováni zklamání z neúspěchu neslyšícího dítěte, oproti úspěchům jiných „neslyšících“ dětí.

Dle Nováka<sup>4</sup> by v dnešní době bylo třeba přehodnotit dosavadní termíny jako praktická hluchota nebo úplná hluchota a nahradit je mnohem praktičtějším hodnocením např. podle využitelnosti sluchu ke komunikaci.

Pro účely této práce bude tedy za neslyšícího považován pouze takový jedinec, který i při sebevětším zesílení zvuk slyšet nedokáže.

---

<sup>2</sup> Zákon ze dne 11. června 1998 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

<sup>3</sup> vyhláška MPSV č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Příloha č. 2 – Kapitola VII Smyslové orgány, oddíl B – sluch

<sup>4</sup> Novák, A. (1994). Foniatrie a Pedaudiologie 1: poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami. Praha: Alexej Novák

## 1.1.2 Ohluchlí

Vrátíme-li se ke klasifikaci neslyšících podle zákona č.155/1998 Sb., najdeme zde důležitou informaci, na které se shoduje valná většina profesionálů, tedy že je třeba rozlišovat mezi lidmi prelingválně a postlingválně neslyšícími. Pro lidi, kteří o sluch přišli až po alespoň částečném vývoji řeči, se používá termín ohluchlí, ačkoliv jsou v pravém slova smyslu také neslyšícími. Tito lidé na rozdíl od prelingválně neslyšících zpravidla nemají potíže s mluvenou řečí, ačkoliv postupem času se srozumitelnost jejich mluvy často výrazně zhoršuje. V pozdějším věku je zde ale větší problém s vytvořením nového komunikačního modu a psychickými komplikacemi souvisejícími s náhlou ztrátou sluchu. Velkou část ohluchlých u nás tvoří lidé, kteří ohluchli v důsledku stáří.

## 1.1.3 Nedoslýchaví

Nedoslýchavým je v tomto hodnocení tedy každý člověk, jež s pomocí dostatečných kompenzačních pomůcek je schopen slyšet zvuk, popřípadě je schopen slyšet i bez nich. Podle vyhlášky MPSV 40/2000 můžeme za nedoslýchavost považovat již ztrátu sluchu 20dB na lepším uchu. Zde se pak dá rozdělovat mezi těmi, kteří s pomocí sluchadel dokážou rozpoznávat fonémy jednotlivých slov (jedná se o takzvaný fonemický sluch) a těmi, kteří toto nedokážou. Ti, kteří fonémy rozeznat dokážou, nikoliv však mluvené slovo, se pak systematickým tréninkem mohou naučit sluchem rozpoznávat hlásky lidské řeči.

„Nedoslýchaví jedinci za pomoci dostupných, moderních kompenzačních pomůcek jsou schopni naučit se srozumitelné řeči, navštěvovat školy pro slyšící, bez větších problémů číst a v chápavém prostředí mají příležitosti pro bezděčné učení, které se výrazně podílí na jejich sociálně-emočním vývoji.“<sup>5</sup>

Spornými v případě zařazení mezi neslyšící a nedoslýchavé jsou lidé, kteří zvuk sice slyší, ale bez vizuální nápovědy a empirické zkušenosti nedokážou určit jeho zdroj. Jejich zařazení pak už záleží na jednotlivých autorech, což výrazně znesnadňuje orientaci v textu zaměřeném na „neslyšící“. Tito lidé jsou často označováni jako tzv. „zbytkáři“, tj. jedinci se *zbytky sluchu* (ačkoliv terminologie je i v tomto případě často sporná). Dle Sováka (1962) však není vhodné považovat zbytky sluchu za vyhraněnou skupinu sluchových poruch, nýbrž

---

<sup>5</sup> Hrubý, J (1997). Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu I. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených

za děj, jež se může přechodně, ale i trvale zlepšovat či zhoršovat.<sup>6</sup> V tomto textu tedy bude i tento typ postižení považován jako nedoslýchavost.

#### 1.1.4 N/neslyšící jako kulturní a jazyková menšina

Zmínit je také třeba *N/neslyšící* jako kulturní a jazykovou menšinu. V literatuře se v tomto případě výraz *neslyšící* vyskytuje často s velkým N k rozlišení mezi medicínským určením hluchoty a označením kulturní a jazykové menšiny. Ta zatím v Čechách nemá příliš vybudovanou tradici, nicméně v zahraničních zdrojích se s názvem D/deaf (pozn. z angličtiny hluchý, neslyšící) setkáváme poměrně často. Základním znakem komunity neslyšících je komunikace znakovým jazykem. V případě české komunity neslyšících tedy českým znakovým jazykem (znakové jazyky se mezi sebou regionálně liší). Tato menšina si zakládá na své autonomii. Mají vlastní kulturu, společenství, historii, jazyk i lokalizaci (nemálo spolků vzniká při internátních školách). V této komunitě zpravidla vznikají také návrhy na zlepšení podmínek pro sluchově postižené v České republice a z jejích zdrojů vycházejí i jejich hlavní realizátoři.

Členem komunity neslyšících se dle Bakerové a Cokelyho (1999)<sup>7</sup> může stát každý, kdo splňuje alespoň jednu z následujících podmínek:

- Je sluchově postižený
- Podílí se na věcech veřejných spojených s komunitou neslyšících
- Rozumí znakovému jazyku a plynně ho užívá
- Dostatečně se angažuje v životě komunity neslyšících

Za částečné členy se také dají považovat děti neslyšících rodičů, kteří jsou členy komunity, či manželé a manželky neslyšících osob.

„V Česku se v klubech a spolcích pro neslyšící scházejí lidé především středního a staršího věku, mladí lidé volí pro setkání místa v jiných prostorách. V klubech se konají pravidelná setkání za účelem sociálního kontaktu, tedy posedět, popovídat i o událostech minulých dnů a předat si vzájemné zkušenosti a poznatky. Mezi takové organizace patří např. Česká unie neslyšících, Československá jednota neslyšících, Svaz neslyšících a

---

<sup>6</sup> Sovák, M., Hála, B. (1962) – Hlas, řeč, sluch: základy fonetiky a logopedie. Praha: SPN

<sup>7</sup> Baker, C. (1999). Sign language and the Deaf community. New York: Oxford University Press

nedoslýchavých v České republice, Hradecký spolek neslyšících, Federace rodičů a přátel sluchově postižených, Národní centrum pro neslyšící, Oblastní unie neslyšících Olomouc, Pražský spolek neslyšících, Centrum pro kulturu a vzdělávání neslyšících (D-centrum)<sup>8</sup>. Tyto a jiné organizace sdružuje a registruje organizace ASNEP, tedy Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel, která vznikla v roce 1992. Mezi další organizace, žánrově zaměřené, patří například Český svaz neslyšících sportovců, Automotoklub Neslyšících, Klub rybářů, Pevnost – České centrum znakového jazyka a jiné.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Kosinová, B. (2008). Neslyšící jako jazyková a kulturní menšina – Kultura neslyšících. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s.

<sup>9</sup> <http://ruce.cz/clanky/94-seznam-organizaci>. Přístup dne 10.4.2012

## 2. Komunikace sluchově postižených

Komunikace je nezbytným základem všech sociálních interakcí. Jedním ze základních prvků komunikace je řeč, nicméně v bezprostřední komunikaci hraje kromě jazyka významnou roli i komunikace neverbální. Jazyk jako takový má různé funkce, které bychom si dle Strnadové (1998) mohli rozdělit následujícím způsobem:

- Funkce sdělovací, uchovávací a poznávací
- Funkce společenská
- Funkce tvořivá a estetická

Jazyk nám tedy zprostředkovává informace nejenom o věcech přítomných, ale i o věcech minulých a budoucích. Prostřednictvím jazyka můžeme zaznamenávat různé informace a tím způsobem se i po generace stále rozvíjet, protože můžeme vždy čerpat informace ze zkušeností jiných, a to i těch, které třeba osobně neznáme.

Pomocí jazyka řídíme, navazujeme a udržujeme mezilidské vztahy. Pomocí jazyka si dokážeme sdělovat svoje vlastní pocity, vyprávět příběhy, sdílet zkušenosti. Pomocí jazyka vychováváme děti, řídíme širší společnost, předáváme tradiční postoje, morální a kulturní hodnoty v dané společnosti.<sup>10</sup>

Jazykem je zkrátka tvořena celá naše společnost a v našem životě má nezastupitelnou funkci. Vzhledem k tomu, že sluchové postižení často neumožňuje člověku plně rozvinout mluvenou řeč a narušuje schopnost reflektovat řečové podněty z okolí, v následující kapitole se budu věnovat alternativním komunikačním prostředkům sluchově postižených a vlivu postižení sluchu na rozvoj mluvené řeči a schopnost porozumění psanému textu.

### 2.1 Vývoj mluvené řeči

„Utváření řeči je závislé na stavu a výkonnosti smyslových orgánů, individuální výkonnosti nervové soustavy a na rozvoji senzomotorických dovedností. Vedle biologických

---

<sup>10</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity neslyšících. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

podmínek zde hrají roli i podmínky společenské a podnětnost prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.“<sup>11</sup>

Řeč se u slyšícího dítěte vytváří spontánně – odposlechem sebe sama a svého okolí. Zdravý vývoj sluchu, zejména v raném období života, je rozhodující pro optimální vývoj řeči. Dítě vnímá zvuk již před narozením skrze plodovou vodu a stěnu břicha matky. Kolem třetího měsíce již vytváří hlásky, vyhledává zdroj zvuku otáčením hlavičky. Mezi 9. – 12. měsícem začíná dítě napodobovat a opakovat slova, která slyší, ale zatím ještě zpravidla nechápe jejich význam. Kolem 36. Měsíce by pak zdravé dítě již mělo být schopno samostatně vyprávět.<sup>12</sup>

U neslyšícího dítěte pak logicky samovolný vývoj řeči očekávat nemůžeme. Že dítě neslyší, se dá rozpoznat již v období, kdy se dítě snaží lokalizovat příčinu zvuku. Následuje brzké ukončení „žvatlání“ vlivem nepřítomnosti zpětné odezvy – dítě své žvatlání neslyší a tak v této činnosti zpravidla nepokračuje. Dítě pak vlivem hluchoty nemá žádný slovní vzor, podle kterého by se mohlo samo učit mluvit. Při učení řeči bez použití jakékoliv vizualizace je dítě závislé na odezírání, nicméně k odezírání a správnému pochopení určitého sdělení, je třeba znát daná slova, abychom si to s významovou složkou sdělení mohli spojit.

Již od narození je třeba navázat s dítětem potřebnou komunikaci a rodič má jen poměrně krátkou dobu na rozmyšlenou, jakým způsobem se svým dítětem bude komunikovat, protože v určitém věku jsou děti na rozvoj řeči a schopnost porozumění nejcitlivější a pokud se toto vývojové období zmešká, jen velmi těžko se jej později podaří plnohodnotně dohnat.<sup>13</sup> Ačkoliv v minulosti panoval názor, že učení dětí znakovému jazyku zbrzdí nebo znemožní jeho schopnost učit se mluvenému slovu, v dnešní době většina odborníků zastává názor, že je třeba co nejrychleji najít mezi rodiči a dítětem funkční komunikační mód, tedy v případě neslyšícího dítěte ideálně znakový jazyk.

„Rozvoj řeči je velice důležitý pro rozvoj myšlení a dalších kognitivních funkcí. Spolu s řečí se rozvíjí i verbální myšlení. S určitým stupněm vývoje řeči se začíná rozvíjet myšlení abstraktní.“<sup>14</sup> Pokud se tedy dítěti nedá funkční komunikační prostředek, zákonitě ho to v budoucnu bude ovlivňovat v rozumovém, emočním i společenském vývoji. Navíc proces učení neslyšícího dítěte řeči je velmi zdlouhavý, kdy i po letech výuky má dítě slovní zásobu

---

<sup>11</sup> Houdková, Z. (2005). Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. Praha: Triton

<sup>12</sup> Disman, M. (2002). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum

<sup>13</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity neslyšících. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

<sup>14</sup> Houdková, Z. (2005). Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. Praha: Triton



o pár desítkách výrazů. Nicméně dítě je třeba po rozumové a emoční stránce také vychovávat, což by mělo být na rozdíl od naučení dítěte mluvit primárním cílem výchovy, a k tomu je třeba komunikovat s dítětem jemu srozumitelným jazykem.

Rozhodně to však neznamena, že by se i těžce nedoslýchavému dítěti neměli dát všechny dostupné kompenzační pomůcky (sluchadlo, kochleární implantát) a že by se v něm neměla trénovat schopnost rozumět mluvenému slovu. Pokud je dítě nedoslýchavé a se sluchadly je schopno slyšet fonémy jednotlivých slov, je možné jej naučit slyšet i srozumitelně mluvit systematickým logopedickým tréninkem. Dítě se pak samo může rozhodnout pro sobě bližší způsob komunikace.

## 2.2. Vizualní komunikační prostředky

Způsob komunikace je u sluchově postižených z velké části ovlivněn typem a stupněm sluchové vady. Záleží také na prostředí, ve kterém sluchově postižené dítě vyrůstá a jakou formu dorozumívání si jeho rodiče zvolí. Odborníci doporučují bez ohledu na velikost ztráty sluchu, po tom, co se u dítěte řeč spontánně nevyvine ani za podpory sluchadel, začít s učením sebe i dítěte znakovému jazyku.

Jeden z důvodů popisuje Strnadová ve své knize *Současné problémy české komunity neslyšících*: „U slyšícího dítěte dochází k rozvoji mluveného jazyka na základě sluchových vjemů. Proto se u něj vytvářejí primární asociační nervové spoje mezi sensorickými sluchovými (auditivními) jádry a gnostickými (rozpoznávacími) řečovými jádry mozkové kůry. Důležité je, aby bylo vystaveno jazykovým vzorům. (...) U neslyšícího dítěte se vytvářejí primární obrazy jazykových znaků na jiném sensorickém základě. Neslyšící dítě vnímá jazykové vzory zrakem, nikoliv sluchem. Proto se u neslyšících dětí, které kompenzují chybějící sluch zrakem, vytvářejí spoje mezi gnostickými a zrakovými (optickými) jádry mozkové kůry bez ohledu na to, zda se učí jazyk znakový nebo mluvený.“<sup>15</sup>

Krom znakového jazyka, znakované češtiny a prstové abecedy, které budou představeny níže, se můžeme setkat i s dalšími formami vizuálně-taktilního dorozumívání. Patří mezi ně vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda,

---

<sup>15</sup> Strnadová, V. (1998). *Současné problémy české komunity neslyšících*. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma.<sup>16</sup>

## 2.2.1 Český znakový jazyk

Český znakový jazyk je soubor znaků nezávislý na českém jazyce, který má svoji vlastní gramatiku a tzv. neznakovou složku vyjadřovanou mimikou. Na rozdíl od znakované češtiny není možné současně znakovat a vyslovovat české věty. Znakový jazyk přirozeně není mezinárodní, ačkoliv existuje uměle vytvořený mezinárodní znakový systém pro účely mezinárodní komunikace. Stejně jako bychom se nedomluvíly v zahraničí bez osvojení si regionálního jazyka, ani uživatelé znakového jazyka neznají význam znaků používaných v cizí zemi. Znaky se od sebe mohou lišit i v rámci jedné země – existuje zde žargon, dětská řeč, dá se rozlišovat mezi znakovým jazykem oficiálním a neoficiálním.

Při „čtení“ znakového jazyka je třeba se zaměřit na různé parametry konkrétního znaku. Sledujeme místo provedení znaku (ne těle, mimo tělo), tvar ruky, orientace dlaně ruky, pohyb ruky, zdali se znakující v průběhu provádění znaku nedotkl některé části těla, popř. kolikrát a je třeba pozorně sledovat i nemanuální prvky znaků, tedy pohyby hlavy, očí, úst, tváří, obočí, ramen a jiných částí těla, která mohou být nedílnou součástí znaků.<sup>17</sup>

Často se můžeme setkat i s termínem znaková řeč, který byl použit k vytvoření zákona o znakové řeči, jež shrnuje pod pojmem znaková řeč znakový jazyk i znakovanou češtinu, jakožto prostředky dorozumívání mezi neslyšícími. Znaková řeč tedy není totéž, co znakový jazyk a je třeba mezi těmito termíny rozlišovat. Zákon z roku 1990<sup>18</sup> mimo jiné ustanovuje právo neslyšících v jejich jazyce s použitím znakové řeči. Novelizovaná verze zákona nese název *Zákon 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob* a je v ní usneseno právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů ve zmíněném zákoně ten, který mu nejvíce vyhovuje.<sup>19</sup> Zákon už však nepřisuzuje specializovaným školám povinnost v uvedených komunikačních systémech vyučovat.

---

<sup>16</sup> Zákon 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

<sup>17</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity neslyšících. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

<sup>18</sup> Zákon č. 171/1990 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol

<sup>19</sup> Zákon 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

## 2.2.2 Znakovaná čeština

Znakovaná čeština má základ v gramatice českého jazyka. Člověk při ní artikuluje (hlasitě nebo bezhlasně) jednotlivé věty, které doprovází znaky vypůjčenými ze slovníku znakového jazyka. K pochopení významu věty je třeba umět odezírat a znát gramatiku českého jazyka, která se od znakového jazyka liší. Takto se tedy lépe můžeme dorozumívat s nedoslýchavým člověkem, ne tak snadno už s člověkem neslyšícím, který komunikuje převážně ve znakovém jazyce. Je to vlastně takový pomocník pro ty, kteří se chtějí se sluchově postiženými dorozumívat, ale neovládají plně znakový jazyk.

Tento systém neslyšícím výrazně usnadňuje odezírání, přičemž ale předpokladem odezírání je mimo jiné i znalost jednotlivých slov a jejich významové složky. Schopnost odezírání však není v žádném případě samozřejmost, Hrubý uvádí, že se jedná spíše o dar a tomu, kdo tuto schopnost přirozeně nemá, nepomůže ani sebepropracovanější kurz odezírání. Obvykle se udává, „že odezřít lze v nejlepším asi 30% fonemické informace řeči“<sup>20</sup>. Některé hlásky totiž mají stejnou artikulaci a rozdíl mezi nimi poznáme až tehdy, když přiložíme ruku ke krku mluvčího.

K bezproblémovému odezírání je také třeba řada technických podmínek. Je důležité, aby řečníkovy bylo dobře vidět na ústa – dbáme tedy na dobré osvětlení, a bylo by dobré, kdyby sám řečník neměl vousy, které by znemožňovaly určit tvar úst. Dále je třeba být v dostatečné vzdálenosti a pozici směrem k odezírajícímu, zvolit vhodné tempo a artikulaci, která by se však neměla příliš odlišovat normálu. Přílišná artikulace většinou nepomáhá. Mimo jiné je dobré znát předem téma hovoru, aby neslyšící věděl, jaká slova se ve větách pravděpodobně budou vyskytovat.

## 2.2.3 Prstová abeceda

U prstové abecedy symbolizujeme jednotlivá písmena abecedy. Jedná se o podstatně pomalejší dorozumívací prvek, než je znakový jazyk nebo znakovaná čeština a je proto používána spíše jako doplňková, třeba k popisu neznámého slova nebo jména. Prstová

---

<sup>20</sup> Hrubý, J (1997). Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu I. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených.

abeceda může být prezentována na jedné nebo dvou rukou. Tyto dva způsoby se od sebe vizuálně výrazně odlišují.

Dvouruční abecedou tvarujeme vizuální podobu latinských písmen. Je velmi pomalá, ale díky podobnosti s českými slovy je snadno zapamatovatelná a často ji ovládají i slyšící děti a dospělí. Je k ní potřeba znalost písemné podoby jazyka a znalost gramatiky.

U jednoruční abecedy se jedná o soubor symbolů, které se tvaru písmen nepodobají. Je výrazně rychlejší, ale složitější na dekodování. Jednoruční abecedě se také občas říká daktylní abeceda nebo daktylní řeč. Způsob výuky v jednoruční prstové abecedě se nazývá „Rochesterská metoda“.

### 2.3 Porozumění psanému textu

Míra porozumění psanému textu se odráží od úrovně znalosti daného jazyka. Jak jsem již poznamenala výše, je mnoho neslyšících, kteří upřednostňují komunikaci ve znakovém jazyce nad mluveným slovem, který má odlišnou gramatiku i slovosled. Zvláště u prelingválně neslyšících jedinců je schopnost porozumění syntax věty podstatně nižší, než ve slyšící populaci. Tito lidé sice mají určitou slovní zásobu, nicméně často nechápou jednotlivé významy, popř. jim třeba špatně porozumí. Každý slyšící člověk si čtený text v hlavě spojuje s kognitivní zkušeností s daným výrazem – dá se říct, že si daný text v hlavě přeříkává a taky jej svým způsobem „slyší“. Neslyšící člověk ovšem tuto zkušenost nemá, a pokud mu slova nejsou vysvětlena např. znakovým jazykem, neznají jeho význam. Vzhledem k této skutečnosti mají neslyšící často problém porozumět psanému textu v jeho plném významu.

### 3. Psychologické souvislosti sluchového postižení

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí“. Tento známý výrok od dětství hluchoslepe Heleny Kellerové velmi přesně vystihuje pravděpodobně největší problém sluchově postižených se všemi závažnými důsledky – komunikační bariéru. Sluchově postižení se mohou často cítit osaměle i ve skupině lidí. Ze zkušenosti psychologičky Kristiny Kratochvílové<sup>21</sup> mnoho neslyšících lidí má zraňující zážitky již z raného dětství, kdy měli pocit, že se s nimi rodiče dostatečně nebaví nebo že se častěji baví s jejich slyšícím sourozencem. Tuto zkušenost také reflektuje neslyšící autorka řady knih o sluchovém postižení Věra Strnadová ve své knize *Potom ti to povíme*<sup>22</sup>, kde mimo jiné popisuje situace, kdy nerozuměla, o čem si druzí povídají a nápadně často slýchávala právě tuto větu.

Neslyšící jsou opakovaně vystavováni frustracím z neúspěšné komunikace se slyšícím okolím, a pokud se jim nepodaří nalézt uspokojivý způsob komunikace s okolím, bývají často izolováni jak od slyšících, tak neslyšící populace. Opakované neúspěchy v komunikaci mohou vést k uzavírání se do sebe, vyhýbání styků s lidmi, pocitům nepochopení a opuštěnosti. „Takový člověk pak začne upouštět od svých motivací – záměrů a plánů, které měl před vznikem sluchové vady. Začne pochybovat o svých schopnostech a možnostech. Jeho sebevědomí se oslabí a může u něho vzniknout celkový pocit – komplex méněcennosti.“<sup>23</sup> Kratochvílová popisuje časté pocity trvalé úzkosti z toho, že se jim něco znovu nepodaří, popř. že budou vysmíváni, pocity studu, nízké sebehodnocení a sebeobviňování.<sup>24</sup>

Velmi často jsou na neslyšící kladeny nepřiměřené nároky. „Psychické zvláštnosti či nápadnosti osob se sluchovým postižením se podle lékařské, psychiatrické a psychologické diagnostiky dají nezdědka vysvětlit situacemi, které jedince chronicky přetěžují. Tzv. syndrom přetížení se může projevit převážně psychosomatickými symptomy, depresivními stavy, poruchami chování s poruchou pozornosti, koncentrace, sebekontroly, s potížemi v mezilidských vztazích, disociálním vývojem, převažujícími agresivními náladami, závislostním chováním nebo může v extrémních případech vyústit v psychózu. Syndrom přetížení spočívá ve velmi komplexní souhře genetických, tělesných, psychických,

---

<sup>21</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009

<sup>22</sup> Strnadová, V. (1994). *Potom ti to povíme*. Praha: Česká unie neslyšících

<sup>23</sup> Pulda, M., Lejska, M. (1996). *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

<sup>24</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009

psychosociálních a sociokulturních vlivů. Jedinci se sluchovým postižením jsou zde obzvlášť vystaveni nebezpečí, neboť jejich postižení není viditelné.“<sup>25</sup>

### 3.1 Identita podle E.H. Eriksona

Erikson ve svém pojednání Osm věků člověka<sup>26</sup> popisuje svou koncepci psychosociálního vývoje člověka v průběhu osmy zásadních životních fází. V každé z těchto fází je nutno vyřešit určitý psychosociální konflikt neboli krizi, která obsahuje dva konfliktní póly. Pokud tuto krizi jedinec přiměřeně vyřeší, získává tím novou schopnost - *ctnost*. Případné nezvládnutí této krize se pak může projevit disharmonickým rozvojem osobnosti a k navrácení do rovnováhy je pak třeba vrátit se do uvažovaného vývojového stupně a krizi vyřešit zpětně.

V následující kapitole budu vycházet z předpokladu vlivu deprivace vývojových potřeb podle Eriksona na vznik či udržování látkové závislosti v souvislosti se sluchovým postižením a determinanty sluchového postižení s tím spojenými v různých stádiích života. „Eriksonova kaskáda vývojových potřeb člověka (1982) v posloupnosti: základní důvěra, autonomie, iniciativa, pílě, identita ega, intimita, plodnost, integrita ega. Za klíčovou determinantu adiktologicky rizikového vývoje je zde možno uvažovat (ne)naplnění nejčasnějších vývojových potřeb.“<sup>27</sup> V následující části se budu věnovat problémům, se kterými se neslyšící děti vypořádávají od kojeneckého do adolescentního věku, tedy dle Eriksona v prvním až pátém stádiu vývoje identity.

### 3.2 Problémy s vývojem identity u neslyšících

V prvním roce života je úkolem dítěte získat základní **důvěru** v život a svět, která jej obrní proti prožívaným nejistotám. V tomto stádiu je stěžejní úkol především na matce, která má intenzitou své péče, navodit dítěti pocit bezpečí. Nedostatek této péče vede dítě

---

<sup>25</sup> Hricová, L. (2011). Komunikační kompetence žáků a učitelů na základních školách pro sluchově postižené, nepublikovaná disertační práce, Česká republika

<sup>26</sup> Erikson, E.H. (2002). Dětství a společnost. Praha: Argo. Český překlad originálu Childhood and Society (1950). New York

<sup>27</sup> Jeřábek, P. (2003). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

k ustanovení základní, v dalším životě přetrvávající **nedůvěře** k okolí jako ke zdroji ohrožení. Problémem neslyšícího dítěte v tomto stádiu je nemožnost slyšet matčin hlas, který je pro raná stadia vývoje velmi podstatným. „V dítěti vyvolává matčin hlas příjemné pocity. Navozují mu pocit bezpečí i tehdy, když matku nevidí. (...) Dítě, které neslyší svou matku, může mít častěji pocit opuštěnosti, ačkoliv je matka nablízku (ale není na dohled).“<sup>28</sup> Pokud se o sluchové ztrátě dítěte neví, nemohou se rodiče přizpůsobit jeho specifickým potřebám a často dochází k citové i senzitivní deprivaci dítěte. Tento problém většinou nevzniká v rodinách, kde se vyskytuje alespoň jeden neslyšící rodič. Ti na sluchový hendikep zpravidla přijdou mnohem dříve, vzhledem k vlastní zkušenosti a zásobují dítě o poznání více vizuálními a dotekovými podněty. Sluchově postižené děti se však v 90% rodí ve slyšících rodinách.<sup>29</sup>

V druhém roce života je úkolem dítěte osvojit si sebedůvěru v možnost úspěšné vlastní volby i vůči požadavkům okolí a vytvořit si tak svou vlastní **autonomii**. Nežádoucí zkušenosti se samostatnou volbou napomáhají upevnění pocitů zahanbení a **pochybnosti** vůči sobě ve vztahu k okolí. V tomto stádiu se dítě učí mluvit, chodit a ovládat vyměšování. U neslyšících je v tomto stádium problém především s vývojem řeči a schopnosti dorozumívání se se slyšícím okolím. V tomto věku, kdy se slyšící děti spontánně učí mluvit odposlechem a napodobováním řeči svého okolí, je neslyšící dítě zpravidla postaveno před problém, který samo není schopno řešit. Pokud se mu nedá náhradní komunikační mód, než je řeč, není dítě schopné vyjadřovat své nejzákladnější potřeby. Dítě je ochuzeno o schopnost vstřebávat základní společenská pravidla, která mu v tomto věku mají být předávána a pokud se rodiče rozhodou vzdělávat své dítě orální metodou, často vůbec nerozumí, co se od něj očekává. Neslyšící dítě také zpravidla nechápe motivy jednání svého okolí, vzhledem k omezenému kontextu situací, což v něm budí pocit nejistoty.

V období 3-6 let dítě zintenzivňuje svoji **iniciativu**, svoje aktivity, objevuje svoje tělo, experimentuje, plánuje, učí se identifikací s dospělými vzory, především rodičem shodného pohlaví. U neslyšících dětí je důležité, aby ve svém okolí měli nějaké neslyšící vzory. V tomto věku je už dítě schopné poznat, že je od ostatních dětí trochu odlišné a pokud nevyrůstá mezi dalšími neslyšícími dětmi, může se cítit se svým hendikepem velmi osaměle. Na neslyšící děti jsou v tomto věku kladeny značné nároky na učení se mluvenému jazyku, což dítě zpravidla velmi vyčerpává. Nenaplnění těchto nároků pak v dítěti vyvolává pocit

---

<sup>28</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity neslyšících. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

<sup>29</sup> Guthmann, Debra & Graham, Vicki. (2004). Substance Abuse: A Hidden Problem Within the D/deaf and Hard of Hearing Communities." Journal of Teaching in the Addictions. Vol. 3 (1) 49-64.

**viný.** Neslyšící děti jsou i mimo systematický učební proces prakticky stále na pozoru, protože pokud se nedívají, nemají žádné informace o okolní situaci

Ve školním věku se děti učí číst a psát, učí se mít zodpovědnost sami za sebe. Do popředí autority se v životě dítěte dostává škola a učitelé. Vrstevníci pro dítě začínají mít větší význam a začínají být hlavním zdrojem utváření jeho sebevědomí. Dítě cítí silnou potřebu demonstrovat specifické **kompetence** ceněné společností. Pokud dítě nedokáže vyvinout dovednosti, o kterých si myslí, že jsou jeho okolím vyžadovány, rozvíjí se v něm pocit **méněcennosti**. V tomto období se rodiče neslyšícího dítěte rozhodují, zdali dítě dát do školy pro sluchově postižené nebo jej nechat integrovat do běžné školy. V obou případech se v životě dítěte bude jednat o nelehký úkol. Pokud bude dítě integrováno, bude se často potýkat se svou jinakostí vzhledem ke svým slyšícím spolužákům, a hrozí mu zde sociální vyloučení, šikana nebo naopak izolace. Často se také stává, že dítě není schopné plnit vysoké nároky učitelů, původně cílené pro intaktní populaci. Školy pro sluchově postižené, vzhledem k jejich nízkému počtu, jsou často zřizovány jako internátní a „více jak polovina dětí tak žije mimo rodinu často až do dospělosti. Citová a podnětová deprivace v takovém případě nutně poznamenává zrání osobnosti neslyšícího a ovlivňuje rodinné vztahy. Ty pak oboustranně trpí nejen vlivem omezených komunikačních schopností, ale i nedostatkem společně prožívaných radostí a starostí.“<sup>30</sup> Pokud dítě, které navštěvuje školu pro sluchově postižené, vyrůstá s rodiči, objevují se zde problémy s přijutím odlišnosti. „Specializovaná škola sama o sobě představuje symbol odlišnosti, dítě chodí do jiné školy, než jeho sourozenci, škola není v místě bydliště...“<sup>31</sup>. To, zdali tuto jinakost dítě přijme nebo ne, z velké části závisí na postoji okolí k jeho sluchové vadě. Pokud je skutečnost, že je dítě na specializované škole, namísto toho, aby bylo integrované na běžné škole, pro jeho rodiče neúspěchem, pak se i samo dítě bude cítit jako neúspěšné, což v něm může vzbuzovat pocit méněcennosti, který může přetrvávat i do dalších životních etap.

Ve fázi adolescence je vývoj identity velmi bouřlivý, a to jak po psychické, fyzické i sociální stránce. Mají se sjednotit představy jedince o sobě samém, východiskem tohoto stádia by mělo být vědomí vlastní **identity**. Jedinec potřebuje znát své místo ve společnosti, jinak se bude cítit neukotvený ve světě i ve svém životě. Nedosažení způsobí **zmatení identity** jedince, vadné sebepojetí a nedocnění vlastních hodnot. Sluchově postižení

---

<sup>30</sup> Vymlátílová, E. (2006). Sluchově postižené dítě in Řičan, P., Krejčířová, D. a kol, Dětská klinická psychologie, 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada

<sup>31</sup> Kratochvílová, K. (2009). Vývoj identity u dětí se sluchovým postižením. Info-Zpravodaj 03/2009. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.



jedinci v tomto období řeší otázku, zdali se stanou členem společnosti slyšících nebo neslyšících. To, jak se v tomto období rozhodnou většinou určuje i jejich další směřování. „U neslyšících a nedoslýchavých adolescentů ze slyšících rodin bývá proces hledání vlastní identity náročný. Je pro ně důležité být akceptován jak rodiči, tak i vrstevníky, dalšími autoritami i skupinami, do kterých patří. Jinak zažívají pocit odcizení. Nedospějí-li k nezávislosti, dochází k pocitu nezakotvenosti. Ve věku kolem 16 let stále více cítí potřebu někam patřit, být plně přijat, moci bez bariér komunikovat s přáteli. To jim však často může být poskytnuto pouze ve společnosti neslyšících nebo nedoslýchavých.“<sup>32</sup>

Celý proces utváření identity je pro sluchově postižené velmi náročný. Neslyšící, kteří nejsou schopni se slyšícím okolím uspokojivě dorozumívat, mají otázku ukotvení své identity v jistých ohledech podstatně snažší, než nedoslýchaví, kteří volí mezi světem slyšících a neslyšících, přičemž do ani jednoho z nich často pořádně nepasují. Obě skupiny se však během svého života musí vypořádávat s podstatně větším množstvím překážek, než intaktní populace, které se musí naučit překonat, protože způsob, jakým si budujeme svou identitu, ovlivňuje celý náš život, a to buď pozitivně anebo negativně.

---

<sup>32</sup> Kratochvílová, K. (2009). Vývoj identity u dětí se sluchovým postižením. Info-Zpravodaj 03/2009. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

## 4. Užívání návykových látek mezi sluchově postiženými

### 4.1 „Závislostní osobnost“ versus „osobnost neslyšícího“

Výše uvedené komplikace jsou pouhým stručným výčtem sekundárních komplikací sluchového postižení, které mě vedou k názoru, že sluchově postižení jsou ohroženou skupinou z hlediska užívání návykových látek. Zajímavé je již porovnání tzv. *závislostní osobnosti s osobností neslyšícího*, jak ji popisuje paní Vymlátílová. „Traduje se, že neslyšící jsou rigidní, sociálně nezralí, infantilní, impulzivní, egocentričtí a vztahovační. (...) Někteří psychiatři nalézají u neslyšících v adolescenci typický shluk příznaků, který zahrnuje nedostatek empatie, sobectví, vymáhání okamžitého splnění vlastních přání, impulzivní chování s nedostatečnou sebekontrolou a zvýšenou agresivitou.“<sup>33</sup> Do jednoho se jedná o povahové rysy, které se nápadně často vyskytují u lidí se sklonem k závislostnímu chování.

Pro srovnání uvádím *závislostní osobnost* podle Svobody s Habánovou: „Svoboda s Habánovou (1981) našli u toxikomanů difference v hodnotovém systému, zvláštní typy interpersonálního chování, problémy se sebehodnocením, sebedůvěrou a v rovině ideálního já, sníženou odolnost vůči stresu a menší stupeň zodpovědnosti. Stempelová (1982) u nich konstatovala poruchy v afektivní složce, narušené prožívání reality, konfliktní sociální komunikaci, nedostatečné sebeocenení a subjektivně prožívanou nespokojenost.“<sup>34</sup>

### 4.2 Duální diagnózy

Podle National Institute on Drug Abuse trpí 30-60% osob zneužívajících návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou.<sup>35</sup> Nešpor ve svém pojednání o duálních diagnózách zmiňuje, že jakýkoliv duševní problém zvyšuje riziko problémů

---

<sup>33</sup> Říčan, P., Krejčířová, D. a kol (2006). Dětská klinická psychologie 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s.

<sup>34</sup> Jeřábek, P. (2003). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s.

<sup>35</sup> Leshner, A. I. (1999) Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity is Reality. NIDA Notes, roč. 14, č. 4, 1999.

s návykovými látkami. Mimo jiné zde jako příčinný faktor zmiňuje depresivní a úzkostné stavy a poruchy osobnosti.<sup>36</sup>

Budeme-li vycházet z tohoto předpokladu, dle informací PhDr. Vymlátilové se skutečně můžeme domnívat, že sluchově postižení jsou v rámci vyššího výskytu psychických poruch rizikovou skupinou vzhledem k užívání návykových látek: „Výskyt neurotických příznaků a poruch chování je u neslyšících dětí signifikantně vyšší než u běžné populace školního nebo adolescentního věku. Někteří autoři na základě svých výzkumů nacházejí výskyt psychopatologických projevů u 10%, jiní až u 30% neslyšících dětí. Shodují se v názoru, že 5% celkové populace neslyšících dětí potřebuje psychiatrickou léčbu a hospitalizaci.“<sup>37</sup>

Tuto domněnku potvrzuje z klinické praxe i Mgr. Věra Procházková, která v rozhovoru pro časopis Info-Zpravodaj přiznává vysoký výskyt psychických potíží a poruch osobnosti u svých klientů s tím, že se většinou jedná o jedince, kteří se nedokázali asimilovat do společnosti slyšících ani neslyšících.<sup>38</sup>

Dle Titusové mezi nejčastější rizikové faktory psychických potíží a následné vulnerability ke vzniku a udržování závislostního chování mezi sluchově postiženými jedinci patří izolace, nedostatečná komunikace v rodině, výskyt vážných emočních poruch u 8-22% neslyšících dětí (oproti 2-10% v celkové populaci), větší pravděpodobnost zanedbávání, fyzického a psychického týrání a sexuálního zneužívání neslyšících dětí (vysoký stupeň viktimizace u sexuálních zločinů).<sup>39</sup> Případy týrání a zneužívání pak mohou způsobit trauma I. či II. typu, které vyústí v posttraumatickou stresovou poruchu, poruchy osobnosti nebo přerušit vývoj postiženého jedince.<sup>40</sup>

Míra odlišnosti v psychologické oblasti závisí na závažnosti, době vzniku sluchového postižení, včasnosti diagnostikování sluchové vady a na specializované komplexní péči, která je prevencí různých odchylek.<sup>41</sup> U různých typů sluchového postižení se pak můžeme setkat se specifickými problémy. Dle mého názoru se na výskytu psychických poruch významně podílí především přístup sluchově postiženého ke sluchové vadě, zdali ji

---

<sup>36</sup> Nešpor, K. (2008). Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In Kalina, K., a kol., Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

<sup>37</sup> Říčan, P., Krejčířová, D. a kol (2006). Dětská klinická psychologie 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s.

<sup>38</sup> Motejková, J. (2006). Mým tématem je především hledání identity a sebepoznání. Info-Zpravodaj 3/2006.

<sup>39</sup> Titus, J. C. Cultural Variables and Substance Abuse in the Deaf Population in presentation Substance Abuse Treatment in the Deaf Adolescent Population: The Challenge to Build a Better Future. Supported by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) through a technical assistance subcontract (270-2003-00006)

<sup>40</sup> Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. In Kalina, K. a kol., Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s.

<sup>41</sup> Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání. Praha, Portál

přijal jako součást své identity nebo naopak, přístup jeho okolí a rodiny k jeho sluchové vadě, na tom, zdali se cítí být plnohodnotným členem společnosti slyšících či neslyšících, dokáže-li se uspokojivě dorozumívat a vytvořit si svou vlastní sociální síť.

### 4.3 Prevalence užívání návykových látek mezi sluchově postiženými

O vzorcích užívání návykových látek mezi sluchově postiženými toho celkově nevíme mnoho. Jedním z důvodů je nejednotná definice hluchoty a nedoslýchavosti a z toho plynoucí nemožnost určit a spočítat celkovou populaci sluchově postižených, nedostatek institucí, které by se věnovali problematice užívání návykových látek mezi sluchově postiženými a v neposlední řadě nízká schopnost určení problémů s návykovými látkami mezi sluchově postiženými lidmi díky komunikační bariéře a nedostatku informací o problémech spojených s návykovými látkami v komunitě N/neslyšících. Bariérou ve vyhledání odborných služeb pak může být nedostatek specializovaných odborníků, nutnost přítomnosti tlumočnicka v adiktologických a psychiatrických službách a stigmatizací problémového užívání napříč kulturou neslyšících, což může vést ke skrytému návykovému problému mezi sluchově postiženými jedinci.<sup>42</sup>

„Z poradenské praxe víme, že zneužívání návykových látek má vzrůstající tendenci také u lidí sluchově postižených. Těžce sluchově postižená mládež tvoří skupinu, která je ve srovnání se slyšící populací zvýšeně ohrožena drogovou závislostí. Toto vyšší riziko souvisí se zvláštnostmi jejich psychiky, výchovy i sociálních vztahů. Patří sem zvýšená důvěřivost, snadná ovlivnitelnost, narušené rodinné vztahy, snížené nároky na samostatné rozhodování, někdy pocit *životní prázdnoty*, pocit smyslového ochuzení a v neposlední řadě také zkreslené chápání informací o drogové problematice, které jsou určeny slyšící populaci“<sup>43</sup>

Autoři odborné literatury zabývající se užíváním návykových látek v populaci sluchově postižených se domnívají, že závislost na návykových látkách je v populaci sluchově postižených minimálně stejně rozšířená jako v obecné populaci.<sup>44</sup> Existující odhady užívání

<sup>42</sup> Guthmann, D., Sandberg, K. (1998). Assessing Substance Abuse Problems in Deaf and Hard of Hearing Individuals. *American Annals of the Deaf*, Volume 143, No. 1, 1998. pp. 14-21.

<sup>43</sup> Vymětal, Š. (2000). Drogová problematika u sluchově postižených. *Info-Zpravodaj* 03/2000

<sup>44</sup> Guthmann, Debra & Graham, Vicki. (2004). Substance Abuse: A Hidden Problem Within the D/deaf and Hard of Hearing Communities." *Journal of Teaching in the Addictions*. Vol. 3 (1) 49-64.

návykových látek jsou však 10-30 let staré, založené na dedukci nebo zaměřené jen na úzkou skupinu respondentů.<sup>45</sup> Lipton s Goldsteinem ve svém výzkumu prováděném na 362 respondentech v New Yorku zjistili u neslyšících podobné zkušenosti s návykovými látkami jako u obecné populace. Ukázka celoživotní, roční a třicetidenní prevalence neslyšících uživatelů v New Yorku v tabulce č.1.

Z tuzemských výzkumů jsem našla pouze dva, a to výzkum v rámci diplomové práce na téma *Žáci se sluchovým postižením a jejich zkušenosti s návykovými látkami*<sup>46</sup> a dizertační práci PhDr. Karla Pančochy s názvem *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe*<sup>47</sup>. V prvním zmíněném výzkumu se ovšem vyskytují závažné chyby v terminologii návykových látek, a jak již napovídá název samotné práce, vybraný výzkumný vzorek je poměrně úzce cílen na věkovou kategorii 11-16 let. Druhá studie se rozsáhle zabývala jedinci s různými typy postižení a jejich zkušenostmi s návykovými látkami, empirický výzkum byl však prováděn pouze na jedincích ve výkonu trestu odnětí svobody a pro srovnání tudíž není vhodný.

**Tabulka č.1. Prevalence užívání návykových látek mezi neslyšícími v New Yorku**

Typ látky	Užití někdy v životě		Užití v posledním roce		Užití v posledních 30 dnech	
	Počet	%	Počet	%	počet	%
Marihuana	142	39,7	120	33,5	93	18,5
Kokain	45	12,6	23	6,5	17	23,8
Crack	17	4,7	--	--	10	22,3
Heroin	7	2,0	2	0,6	2	(a)
Léky	24	6,7	24	6,7	16	24,0
Halucinogeny	34	6,4	13	3,6	11	21,3

<sup>45</sup> Isaacs, M., Buckley, G., & Martin, D. (1979). Patterns of drinking among the deaf. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 463–476., Lipton, D. S., & Goldstein, M. F. (1997). Measuring substance abuse among the Deaf. *Journal of Drug Issues*, 27, 733

<sup>46</sup> Machačíková, M. (2012). *Žáci se sluchovým postižením a jejich zkušenosti s návykovými látkami*, nepublikovaná diplomová práce, Univerzita Palackého, Česká republika

<sup>47</sup> Pančocha, K. (2007). *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe*, nepublikovaná dizertační práce, Masarykova univerzita, Česká republika

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5. Použité metody

### 5.1 Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek

Cílem dotazníkového výzkumu je popsat prevalenci a vzorce užívání návykových látek mezi sluchově postiženými jedinci a jejich souvislost se subjektivně vnímanými životními bariérami. Výsledky výzkumu budou z hlediska prevalence užívání následně porovnávány s Výroční zprávou o stavu ve věcech drog v ČR<sup>48</sup>.

#### Výzkumné otázky:

1. Jaké zkušenosti mají sluchově postižení s užíváním návykových látek?
2. Souvisí míra sluchového postižení s frekvencí a množstvím užívání návykových látek?
3. Souvisí míra interakce se slyšícími přáteli s užíváním návykových látek?

### 5.2 Metody tvorby dat

K výzkumu je využito kvantitativní metody formou dotazníku, který byl k tomuto účelu vytvořen. Jsou zde použity standardní dotazy na celoživotní, roční a třicetidenní prevalenci, otázky dotazníku CAGE<sup>49</sup> i dotazy na symptomy závislosti podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Velikost ztráty sluchu v dB je dle měřítek WHO<sup>50</sup>, česká interpretace je dle vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb<sup>51</sup>. Dotazník je slohově upraven k lepšímu porozumění dotazovaných.

---

<sup>48</sup> Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Štátná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky

<sup>49</sup> Erwing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA: Journal of the American Medical Association, 252, 1905-1907  
<sup>50</sup> <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H90-H95>. Přístup dne 14.4.2012

<sup>51</sup> [http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=v284\\_1995](http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=v284_1995). Přístup dne 14.4.2012

V dotazníku jsou dále obsaženy otázky na základní údaje, jako je pohlaví, věk, stupeň dosaženého vzdělání a momentální zaměstnání. Co se týče sluchového postižení, jdou zde dotazy na stupeň sluchové ztráty, období ztráty sluchu a používání kompenzačních pomůcek. Ze sekundární problematiky sluchového postižení nás zajímala schopnost porozumění mluvenému slovu při konverzaci se slyšícími, výskyt šikany, a zdali dotazovaný hodnotí sluchovou ztrátu a související komplikace jako životní bariéru. Ptáme se také na pocity studu v souvislosti se sluchovým postižením a míru interakce se slyšícími vrstevníky.

Z otázek na užívání návykových látek se ptáme na užívání tabáku, alkoholu a vybraných nelegálních drog. U všech těchto látek nás zajímala celoživotní, roční a třicetidenní prevalence a způsob užívání. U alkoholu jsou obsaženy navíc dotazy na množství a frekvenci pití, první pití alkoholického nápoje a první opití. Pro zajímavost jsou zde zahrnuty otázky na závislostní symptomy dle MKN-10 u různých typů drog a dotazník CAGE u alkoholu. Ve výpisu návykových látek je také obsažena neexistující návyková látka *relewin* k posouzení věrohodnosti odpovědí v tomto dotazníku.

Dotazník CAGE je mezi lékaři, ošetřovateli a adiktology široce rozšířený screeningový dotazník, který slouží ke zjištění možné závislosti na alkoholu. Dnes je s drobnými úpravami používán i pro zjištění problémů s užíváním jiných návykových látek pod názvem CAGE–AID. Jeho název vznikl složením počátečních písmen stěžejních témat obsažených otázek. C (cut) je označením pro otázku, která zjišťuje, zdali měl klient někdy potřebu omezit nebo ukončit užívání návykové látky. A (annoyed) má odpovědět na otázku, zdali dotyčného obtěžují stížnosti nejbližšího okolí na jeho užívání návykové látky. G (guilt) se klienta dotazuje na to, zdali se cítí kvůli užívání návykové látky provinile. E (eye-opener) se dotazuje na to, zdali dotazovaný užívá návykovou látku hned po probuzení za účelem uklidnění, zahnání kocoviny nebo dostání se do formy. Bodové rozmezí je mezi 0-4 body, přičemž skóre 2-4 může znamenat závislostní problém dotazovaného.

### 5.3 Nominace výzkumného souboru

Hlavním předpokladem k participaci na dotazníkovém výzkumu byla ztráta sluchu 20 dB a více na lepším uchu, věkově ani místně výzkum nebyl omezen.

Cílem výzkumu bylo sesbírat alespoň 200 dotazníků samovýběrem přes online dotazníkový server [vyplnto.cz](http://vyplnto.cz). Plánováno bylo zaslat dotazník mně známým, sluchově hendikepovaným osobám s prosbou o jeho šíření přes sociální síť [Facebook.com](http://Facebook.com), e-mail, či jakoukoliv jimi využívanou formou hromadné komunikace. Dotazník měl být také vyvěšen na serverech s tématikou sluchového postižení.

Vybranou metodou v případě nedosažení žádoucího počtu dotazníků by měl být účelový výběr vzorku na středních školách pro sluchově postižené v Praze.

## 5.4 Metody analýzy dat

Pro zhodnocení dotazníků byly provedeny matematické a statistické výpočty v programu SPSS Statistics 17.0. Pro odpovědi na výzkumné otázky byly vypočteny procentní hodnoty, průměry a korelační koeficienty.

## 5.5 Průběh výzkumného šetření

Sběr probíhal v první fázi srze internetový portál [Vyplnto.cz](http://Vyplnto.cz) po dobu jednoho měsíce. Odkaz na dotazník byl šířen přes 8 sluchově postižených, mě známých osob na serveru [Facebook.cz](http://Facebook.cz). Dále jsem jej vyvěsila na stránky s tématikou sluchového postižení [Ruce.cz](http://Ruce.cz), [Kochlear.cz](http://Kochlear.cz), [Ticho.cz](http://Ticho.cz) a [Neslysici.cz](http://Neslysici.cz). Zpět se mi touto formou vrátilo 71 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 62,6% z celkového počtu.

V druhé fázi se jedná o sběr na dvou Pražských školách pro sluchově postižené. U obou sběrů jsem byla osobně přítomna a papírové dotazníky byly rozdávány společně s obálkami s ohledem na anonymitu respondentů. Na první škole se jednalo o náhodný výběr tříd dle uvážení zástupkyně ředitele, kde případné dotazy zodpovídali vyučující učitelé. Ke sběru na druhé škole jsem měla k dispozici tlumočníci znakového jazyka a žáci mi byli svoláni do jedné třídy, kde dotazníky vyplňovali současně a veškeré dotazy jim byly na místě zodpovězeny znakovým jazykem. Návratnost dotazníků v tomto případě byla 100%, dohromady 23 dotazníků.



## 5.6 Výzkumný soubor

Dotazník vyplnilo celkem 94 respondentů. Následně byl však jeden dotazník z výzkumu vyřazen na základě nevěrohodnosti odpovědí. Celková bilance tedy bude počítána z 93 dotazníků, jež vyplnilo 57 žen (61,3%) a 36 mužů (38,7%). Jak ukazuje tabulka č.1., věková hranice respondentů, kteří dotazník vyplnili, začínala na 15 letech, nejstarší respondent uvedl věk 65 a více let. Více než polovina respondentů uvedla věk 19-24 let, druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 25-34 let, kteří zde tvořili přibližně pětinu výzkumného vzorku.

**Tabulka č.2. Věkové rozmezí respondentů**

Věk	Počet	%
méně než 15 let	0	,0%
15-18 let	6	6,5%
19-24 let	54	58,1%
25-34 let	22	23,7%
35-44 let	7	7,5%
45-54 let	1	1,1%
55-64 let	2	2,2%
65 a více let	1	1,1%
Total	93	100,0%

Míra sluchového postižení se mezi respondenty vyskytovala v celém spektru nabízených možností, tedy v rozsahu sluchové ztráty 20 dB až více než 90 dB, nicméně nejpočetnější skupinu (60,9%) tvořili respondenti se ztrátou sluchu na lepším uchu více než 90 dB (oboustranná úplná hluchota). Druhou nejpočetnější skupinou (29,3%) byli lidé se ztrátou sluchu 71-90 dB na lepším uchu (praktická hluchota), ztrátu 41-70 dB (středně těžká, až těžká nedoslýchavost) vypovědělo 5,4% respondentů a zbylé 4,3% respondentů uvedli ztrátu sluchu 20-40 dB na lepším uchu (lehká nedoslýchavost).

Respondenti byli různého vzdělání i zaměstnání. Ve vzorku bylo celkem 69 studentů, z nichž 35 je současně v zaměstnaneckém poměru nebo si přivydělává jiným způsobem, 2 nezaměstnaní, 2 starobní důchodci 18 zaměstnaných a zbylí 2 respondenti jsou

v nějakém jiném pracovním procesu (brigády, práce bez smlouvy, dohody, práce na dohodu, živnostníci). 45 z dotazovaných vypovědělo, že pobírá invalidní důchod.

Dle výpovědí účastníků až 62,4% z dotazovaných má dokončené středoškolské vzdělání, 18,3% základní vzdělání, 1,1% vystudovalo vyšší odbornou školu a 18,3% má vzdělání vysokoškolské (tabulka č.2). Tyto výpovědi však budou pravděpodobně velmi zkreslené minimálně na vzorku sesbíraném na středních školách, kde z 23 respondentů 12 odpovědělo, že střední školu již mají dokončenou. Dá se předpokládat, že s pochopením termínu *dosažené vzdělání* mohlo mít obtíže více respondentů. Jednalo se o studenty běžných i na sluchovou problematiku specializovaných středních škol.

**Tabulka č.3. Dosažené vzdělání respondentů**

		Počet	%
Dosažené vzdělání	Základní	4	4,3%
	Základní pro sluchově postižené	13	14,0%
	Střední odborné učiliště	4	4,3%
	Střední odborné učiliště pro sluchově postižené	5	5,4%
	Střední s maturitou	17	18,3%
	Střední s maturitou pro sluchově postižené	32	34,4%
	Vyšší odborné	1	1,1%
	Vysokoškolské	17	18,3%

## **6. Etické normy a pravidla výzkumu**

Základním předpokladem participace byla dobrovolnost zúčastnit se výzkumného šetření bez nároku na odměnu. Elektronická i papírová verze dotazníku byla anonymní, nikde nebylo vyplňováno jméno, ani název studované či vystudované školy, a to z důvodu nízkého počtu škol pro sluchově postižené i studentů na nich studujících. U vyplňování dotazníků na školách jsem byla vždy přítomna, případné dotazy byly zodpovírány znakovým jazykem tlumočnicí nebo vyučujícím bez nahlédnutí do jednotlivých dotazníků. Společně s dotazníky žáci dostali obálky, do kterých po dokončení vyplňování dotazníky vložili a odevzdali přímo mně.

## 7. Výzkumná omezení

Dotazníková forma výzkumu byla zvolena z důvodu předpokladu větší účasti a otevřenosti odpovědí. Vzhledem k tomu, že neovládám znakový jazyk ani znakovanou češtinu, nemohu použít jakoukoliv jinou kvantitativní ani kvalitativní metodu bez přítomnosti tlumočnicka, což se mi vzhledem k vybranému tématu nezdá vhodné. Výzkumný vzorek byl vybrán lavinovou formou samovýběru skrze 8 základních účastníků, díky čemuž je snížena validita výsledků.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části (kapitola 2.3 Porozumění psanému textu), někteří sluchově postižení jedinci mají problém s porozuměním syntax věty. Často se tedy může stát, že otázce nebo odpovědi respondenti zcela nebo částečně neporozumí a odpoví to, co považují za správné, popř. neodpoví vůbec. V případě samostatného vyplňování přes internet se tak může stát, že získané odpovědi neodpovídají skutečnosti. Tomuto bylo částečně zamezeno při sběru přímo na školách, kdy veškeré dotazy byly zodpovězeny na místě.

## 8. Výsledky výzkumu

Výsledky studie, které jsme získali analýzou dat v programu SPSS, jsou rozděleny do jednotlivých výzkumných otázek. Pro větší přehlednost byly k interpretaci odpovědí na výzkumné otázky zpracovány tabulky se statickými a matematickými výsledky a korelační koeficienty vybraných proměnných.

### **Otázka č. 1: Jaké zkušenosti mají sluchově postižení s užíváním návykových látek?**

K zodpovězení otázky byla vypracována tabulka celoživotní, roční a třicetidenní prevalence (tabulka č.4), ze které je patrné, že mezi sluchově postiženými jedinci se v různé míře vyskytuje užívání všech zkoumaných návykových látek. Nejčastější zkušenost mají sluchově postižení s alkoholem, který alespoň jednou v životě užilo celých 95,7% respondentů, 91,3 jich užilo alkohol alespoň jednou v posledním roce a 77,2% dotazovaných užilo alespoň jednou alkohol v posledních 30 dnech (tabulka č.15).

Ze všech dotazovaných 2 vypověděli, že pijí alkohol 4x týdně nebo častěji, 11 lidí pije alkohol 2-3x týdně, 32 lidí pije alkohol 2-4x za měsíc, 44 lidí pije jednou za měsíc nebo méně a 4 dotazovaní jsou abstinenty. Zajímavé je zjištění, že celá pětina mužů vzorku pije alkohol 2-3x týdně, oproti jedné dvacetině žen. Jedním z indikátorů zdravotně rizikových forem konzumace alkoholu, případně také již problémového pití, lze považovat výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti, v tomto případě konzumace 5 a více alkoholových jednotek (0,5l piva, 5 cl tvrdého alkoholu, 2 dcl vína) nejméně 3 krát v posledním měsíci. Jak ukazuje tabulka č.5, tento způsob konzumace vykazuje přibližně pětina respondentů (20,4%), z nichž 63,1% jsou muži.

Celých 38,9% všech dotazovaných mužů (14) a 15,8% dotazovaných žen (9) dosahuje ve screeningovém dotazníku CAGE dvou až čtyř bodů, což s ohledem na vyšší dosaženého skóre znamená podezření až vysokou míru pravděpodobnosti, že je dotazovaný na alkoholu závislý. S ohledem na celkový počet respondentů se jedná o necelou čtvrtinu dotazovaných (24,7%). Výsledky viz. tabulka č.6.

**Tabulka č.4. Celoživotní, roční a třicetidenní prevalence užívání návykových látek**

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Vybrané věkové skupiny		Celkem
		Muži (n=35)	Ženy (n=57)	15-24 (n=60)	15-34 (n=82)	
Celoživotní prevalence	Marihuana či hašiš	65,7	56,1	60	61	59,8
	Extáze	14,3	0,0	5	7,3	6,5
	Amfetaminy, pervitin	14,3	0,0	3,3	6	5,4
	Kokain	11,4	0,0	3,3	4,9	4,3
	Heroin	2,6	0,0	0,0	1,2	1,0
	LSD	25,7	0,0	8,3	9,8	9,8
	Halucinogenní houby	22,9	3,5	10,0	12,2	10,9
	Těkavé látky	11,4	1,8	3,3	6	5,4
	Šalvěj divotvorná	2,9	3,5	1,7	3,7	3,3
	Uklidňující léky	14,3	12,3	11,7	12,2	13
Prevalence v posledních 12 měsících	Marihuana či hašiš	42,9	19,3	31,7	29,3	28,3
	Extáze	5,7	0,0	3,3	2,4	2,2
	Amfetaminy, pervitin	2,9	0,0	1,7	1,2	1,0
	Kokain	5,7	0,0	3,3	2,4	2,2
	Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	LSD	8,6	0,0	3,3	3,7	3,3
	Halucinogenní houby	17,1	0,0	8,3	7,3	6,5
	Těkavé látky	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Šalvěj divotvorná	0,0	3,5	0,0	2,4	2,2
	Uklidňující léky	8,6	7,0	6,7	7,3	7,6
Prevalence v posledních 30 dnech	Marihuana či hašiš	37,1	5,3	21,7	18,3	17,4
	Extáze	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Amfetaminy, pervitin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kokain	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Halucinogenní houby	2,9	0,0	1,6	1,2	1,0
	Těkavé látky	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Šalvěj divotvorná	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Uklidňující léky	5,7	3,5	5	4,9	4,3

**Tabulka č.5. Konzumace nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti**

5 a více alkoholových jednotek během posledních 30 dní	Pohlaví			
	Žena		Muž	
	Počet	%	Počet	%
ani jednou	23	40,4%	11	30,6%
Jednou	17	29,8%	6	16,7%
Dvakrát	10	17,5%	7	19,4%
tříkrát až pětkrát	6	10,5%	4	11,1%
šestkrát až devětkrát	1	1,8%	5	13,9%
desetkrát a vícekrát	0	,0%	3	8,3%

**Tabulka č.6. Výsledky dotazníku CAGE**

		Pohlaví			
		Žena		Muž	
		Počet	%	Počet	%
CAGE větší než 1	CAGE 0-1	48	84,2%	22	61,1%
	CAGE 2-4	9	15,8%	14	38,9%

Nejužívanější nelegální návykovou látkou, je mezi sluchově postiženými marihuana, kterou alespoň jednou v životě vyzkoušelo 59,8% dotazovaných, z nichž 9% splňuje podmínky závislosti na marihuaně dle desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí, tzn. vykazuje alespoň 3 ze 6 symptomů závislosti v průběhu předchozího roku, kterými jsou craving, potíže v kontrole užívání, somatický odvykací stav, průkazná tolerance, zanedbávání ostatních zájmů, pokračování v užívání i přes zjevně škodlivé důsledky. Jak lze vidět v tabulce č.7, z těch, co v posledním měsíci užili alespoň jednou, je většina (60%) těch, kteří ji užili každý nebo téměř každý den během posledních 30 dnů. 72,2% respondentů během posledních 30 dnů neužilo marihuanu ani jednou.

**Tabulka č.7. Frekvence užití marihuany v posledních 30 dnech.**

Frekvence užití marihuany během posledních 30 dní	Pohlaví					
	Žena		Muž		Total	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
každý den nebo téměř každý den	0	,0%	6	16,7%	6	6,5%
nejméně jednou týdně, ale ne každý nebo téměř každý den	0	,0%	1	2,8%	1	1,1%
méně často než jednou týdně	4	7,0%	3	8,3%	7	7,5%
ani jednou	53	93,0%	26	72,2%	79	84,9%

V souvislosti s celoživotní zkušeností respondentů s marihuanou je zajímavá skutečnost, že 68% dotazovaných, kteří mají v okolí někoho, kdo užívá návykové látky včetně marihuany někdy v životě zkusilo marihuanu. Oproti tomu pouze 17,6% z dotazovaných, kteří v okolí uživatele nemají, někdy v životě zkusilo marihuanu. 83,1% dotazovaných, kterým byla někdy nabídnuta marihuana, ji také alespoň jednou v životě užili (tabulka č.8).

**Tabulka č.8. Poměr nabídnutí a známostí s uživatelem k celoživotní prevalenci užití marihuany.**

			Celoživotní prevalence marihuany				
			Ne		Ano		
			Počet	%	Počet	%	
Uživatel v okolí			Ano	24	32,0%	51	68,0%
			Ne	14	82,4%	3	17,6%
Nabídnutí marihuany NL včetně			Ano	10	16,9%	49	83,1%
			Ne	28	84,8%	5	15,2%

Co se týče celoživotní zkušenosti dotazovaných s užitím ostatních nelegálních látek, z celkového počtu 92 respondentů, kteří vyplnili tuto část dotazníku, jich 12 vypovědělo celoživotní zkušenost s uklidňujícími léky, 11 užilo nějaké halucinogenní houby, 10 respondentů někdy v životě užilo LSD, 7 extázy, 6 lidí má celoživotní zkušenost s pervitinem či amfetaminy, 6 s kokainem, 5 s těkavými látkami, 4 lidi zkusili alespoň jednou v životě šalvěj divotvornou a jeden respondent uvedl celoživotní zkušenost s heroinem. Roční a třicetidenní prevalence těchto návykových látek je uvedena v tabulce č.4.

Způsoby, jakými alespoň jednou v životě respondenti užili návykovou látku, se vyskytují v celé škále nabízených možností, až na injekční užití, které v dotazníku



nevypověděl ani jeden z dotazovaných. Z toho 54 dotazovaných někdy užilo návykovou látku kouřením, 6 inhalováním, 7 šnupáním a 8 polknutím nebo rozpuštěním v ústech.

## **Otázka č.2: Souvisí míra sluchového postižení s frekvencí a množstvím užívání návykových látek?**

Ačkoliv respondenti vypověděli stupeň sluchové ztráty ve všech uvedených kategoriích, zastoupení dotazovaných se sluchovou ztrátou 20-40 dB a 41-70 dB je velmi malé a posuzování prevalence s ostatními kategoriemi by tudíž nemělo přílišnou výpovědní hodnotu. Nicméně i mezi touto hrstkou respondentů se objevují případy užívání minimálně tří typů návykových látek. V tabulce č.9 lze vidět počet respondentů a jejich celoživotní zkušenost s určitým typem návykové látky, společně s procentuálním vyčíslením zastoupení v určité kategorii.

Korelační koeficient rozsahu sluchové ztráty v poměru s frekvencí pití alkoholu i rizikovým užíváním alkoholu (5 a více alkoholových jednotek při jedné konzumační příležitosti) vypovídá o tom, že spojitost mezi těmito faktory není statisticky významná, jak lze pozorovat v tabulce č.10 a tabulce č.11.

Zajímavý je ovšem poměr zastoupení respondentů v případě výsledků dotazníku CAGE ukazující možnou závislost, kde 2 ze 4 respondentů (tedy celých 50%) se sluchovou ztrátou 20-40 dB a 2 z 5 respondentů (40%) se sluchovou ztrátou 41-70 dB splňují kritéria možné závislosti. V porovnání s procentuálním zastoupením zbylých dvou skupin, tedy 22,2% (6) u lidí se sluchovou ztrátou 71-90 dB a 21,4% (12) u lidí se sluchovou ztrátou více než 90 dB, se dostáváme k výsledku, že procentuální zastoupení jedinců s možnou závislostí na alkoholu má sestupnou tendenci od nejnižšího stupně sluchové ztráty po nejvyšší.

**Tabulka č.9. Celoživotní prevalence užívání různých typů návykových látek u jedinců s různým rozsahem sluchové ztráty**

Celoživotní prevalence - kladná odpověď	Rozsah sluchové ztráty na lepším uchu			
	20-40 dB (n=4)	41-70 dB (n=5)	71-90 dB (n=27)	více než 90 dB (n=55)
	Počet (%)	Počet (%)	Počet (%)	Počet (%)
Marihuana	1 (25%)	2 (40%)	13 (48,1%)	38 (69,1%)
Hašiš	0	2 (40%)	5 (18,5%)	14(25,5%)
Lysohlávky	0	0	1 (3,7%)	8 (14,5)
LSD	0	0	3 (11,1%)	6 (10,9%)
Extáze	0	0	1 (3,7%)	4 (7,3%)
Jiné halucinogenní houby a rostliny	0	1 (20%)	0	4 (7,3%)
Kokain	1 (25%)	0	0	3 (5,5%)
Pervitin	0	0	1 (3,7%)	3 (5,5%)
Mefedron	0	0	0	1(1,8%)
Heroin	0	0	0	1 (1,8%)
Uklidňující léky	0	1 (20%)	5 (18,5%)	6 (10,9%)
Šalvěj divotvorná	0	0	3 (11,1%)	0
Těkavé látky	1 (25%)	0	1 (3,7%)	3 (5,5%)

**Tabulka č.10. Korelační koeficient rozsahu sluchové ztráty na lepším uchu a frekvence pití alkoholu.**

		Rozsah sluchové ztráty na lepším uchu	Frekvence pití alkoholu
Spearman's rho	Rozsah sluchové ztráty na lepším uchu	Correlation Coefficient	,087
		Sig. (2-tailed)	,407
	Frekvence pití alkoholu	N	92
		Correlation Coefficient	,087
	Sig. (2-tailed)	,407	
	N	93	

**Tabulka č.11. Korelační koeficient rozsahu sluchové ztráty na lepším uchu a rizikového pití.**

			Rozsah sluchové ztráty na lepším uchu	Rizikové pití
Spearman's rho	Rozsah sluchové ztráty na lepším uchu	Correlation Coefficient	1,000	-,065
		Sig. (2-tailed)	.	,539
	Rizikové užívání	N	92	92
		Correlation Coefficient	-,065	1,000
		Sig. (2-tailed)	,539	.
		N	92	93

Jedinci, kteří splňují kritéria závislosti na marihuaně dle MKN-10 se vyskytují ve skupině lidí se sluchovou ztrátou 20-40 dB, 71-90 dB a 90 a více dB, tedy ve tří ze čtyř kategorií.

Celkově se tedy zdá, že stupeň sluchového postižení nemá příliš velký vliv na množství a frekvenci užívání návykových látek.

### **Otázka č. 3: Souvisí míra interakce se slyšícími přáteli s množstvím a frekvencí užívání návykových látek?**

V odpovědi na tuto otázku se zohledňovalo především množství přátel sluchově postiženého v intaktní populaci. Zde by se k interpretaci dali porovnat i výsledky jedinců, kteří někdy v životě navštěvovali školu bez zaměření na sluchově postižené a těch, kteří celý vzdělávací proces absolvovali na školách pro sluchově postižené, což by nepřímo ukazovalo na míru interakce a známosti mimo populaci neslyšících. Bohužel však existuje důvodné podezření, že část lidí, kteří mají dokončené základní nebo střední vzdělání pro sluchově postižené v dotazníku vyplnili dokončené základní nebo střední vzdělání pro intaktní populaci. Z tohoto ohledu je porovnání bezvýznamné.

Při zkoumání prevalence všech návykových látek se opět setkáváme s problémem malého zastoupení respondentů v určité kategorii. V tomto případě se jedná o kategorii sluchově postižených, kteří vypověděli, že nemají žádné známosti v intaktní populaci. Z tohoto důvodu je porovnávání opět sporné, ačkoliv zde vychází, že až na jednoho

respondenta, který má jedny z největších celoživotních zkušeností s různými typy látek v rozmezí všech respondentů této studie a který výrazně hýbe s procentuálním zastoupením této kategorie, se užívání návykových látek mezi těmi, kteří nemají známosti mimo sluchově postižené, téměř nevyskytuje.

Jak lze vidět v tabulce č.12, míra celoživotních zkušeností s různými typy návykových látek se ukázala jako přímo úměrná míře interakci s intaktní populací v případě LSD, halucinogenních hub, kokainu, mefedronu, uklidňujících léků, šalvěje divotvorné a těkavých látek, a to ve smyslu odpovědí, že nejčastější celoživotní zkušenost s těmito návykovými látkami mají lidé, kteří vypověděli mnoho přátel mezi slyšícími, menší zastoupení je mezi těmi, kteří na tuto otázku odpověděli, že přátelé mezi slyšícími mají, ale není jich mnoho a žádnou zkušenost v případě těchto drog nemají lidé, kteří známosti mezi slyšícími nemají.

**Tabulka č.12. Známosti respondentů mimo populaci sluchově postižených**

	Známosti mimo populaci sluchově postižených					
	ano, mnoho (n=33)		ano, nějaké mám, ale není jich mnoho (n=54)		Ne (n=5)	
	Count	%	Count	%	Count	%
Marihuana	21	36,4%	30	55,6%	3	60%
Hašiš	10	30,3%	10	18,5%	1	20%
Extáze	3	9,1%	1	1,9%	1	20%
LSD	5	15,2%	4	7,4%	0	0,0%
Lysohlávky	6	18,2%	3	5,6%	0	0,0%
Jiné halucinogenní rostliny a houby	5	15,2%	0	0,0%	0	0,0%
Kokain	2	6,1%	2	3,7%	0	0,0%
Pervitin	3	9,1%	0	0,0%	1	20%
Mefedron	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%
Heroin	0	0,0%	0	0,0%	1	20%
Uklidňující léky	6	18,2%	6	11,1%	0	0,0%
Šalvěj divotvorná	2	6,1%	1	1,9%	0	0,0%
Těkavé látky	4	12,1%	1	1,9%	0	0,0%

Opačná posloupnost se vyskytuje v celoživotní prevalenci marihuany, kde největší procentuální zastoupení je mezi těmi, co známosti mezi intaktní populací nemají, za nimi jsou ti, co známosti mezi slyšícími mají, ale není jich a mnoho a poslední jsou ti, kteří vypověděli mnoho přátel mezi slyšícími.

Sporné jsou výsledky v případě celoživotní zkušenosti s užitím extáze, pervitinu, heroinu a hašiše, kde s výsledky výrazně hýbe zmíněný respondent, který je v kategorii dotazovaných, kteří známosti v intaktní populaci nemají, jediným člověkem s celoživotní zkušeností se všemi zmíněnými drogami. I v případě těchto drog se ovšem objevuje přímá uměra se vzestupnou tendencí u těch, co nemají mnoho známostí mezi slyšícími a těch, co známostí ve slyšící populaci mají mnoho.

Jako statisticky významnou se jeví i souvislost míry interakce s intaktní populací a skórování respondentů v dotazníku CAGE od 0 do 4 bodů, tedy od nulového podezření na závislost na alkoholu až po vysokou míru pravděpodobnosti, že je dotazovaný na alkoholu závislý. Korelační koeficient těchto dvou proměnných je k nahlédnutí v tabulce č.13, procentuální zastoupení v jednotlivých kategoriích v tabulce č.14.

**Tabulka č.13. Korelační koeficient interakce s intaktní populací a skórování v dotazníku CAGE.**

			Známosti neslyšící	mimo	CAGE (0-4)
Spearman's rho	Známosti neslyšící	Correlation Coefficient	1,000		-,031
		Sig. (2-tailed)	.		,768
		N	93		93
	CAGE (0-4)	Correlation Coefficient	-,031		1,000
		Sig. (2-tailed)	,768		.
		N	93		93

**Tabulka č.14. Porovnání známostí mimo populaci sluchově postižených a výsledků dotazníku CAGE.**

Dotazník CAGE	Známosti mimo populaci sluchově postižených					
	ano, mnoho		ano, nějaké mám, ale není jich mnoho		Ne	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
0-1 bodů	25	73,5%	41	75,9%	4	80,0%
2-4 bodů	9	26,5%	13	24,1%	1	20,0%

### **Další zajímavé výsledky:**

V souvislosti se sluchovým postižením mě zajímali i sekundární dopady tohoto hendikepu na výskyt diskriminace v životě postiženého jedince a jeho subjektivní vnímání pocitů studu v souvislosti se sluchovým postižením. Výsledky jsou takové, že 74,7% dotazovaných někdy zažilo diskriminaci, z nichž naprostá většina uvádí jako příčinu přítomnost sluchového postižení a důsledky s tím spojené, přičemž 100% lidí, kteří splňují kritéria závislosti na marihuaně dle MKN-10 se vyskytuje mezi těmi, kteří byli někdy v životě diskriminováni.

Co se týče pocitů studu v souvislosti se sluchovým postižením, 64,1% sluchově postižených se stydí nebo v minulosti stydělo za své sluchové postižení, tedy pouze přibližně jedna třetina dotazovaných nikdy v minulosti neviděla důvod se za své sluchové postižení stydět.

## 9. Diskuze a závěry

Zdá se tedy, že stupeň sluchového postižení nemá žádný vliv na výskyt užívání návykových látek, což podporuje myšlenku, že jedinec je postižený jen natolik, nakolik se sám postiženým být cítí. Jedná se o zaběhlé téma, které vyvstává především z komunity N/neslyšících, kteří nechtějí být považováni za postižené, nýbrž za členy kulturní a jazykové menšiny. V tomto případě by bylo vhodné prozkoumat rozdíl v užívání mezi lidmi, kteří se cítí být součástí komunity N/neslyšících a těch, kteří se spíše snaží integrovat mezi slyšící. Ti mají dle psycholožky Procházkové často problémy s přijmutím sluchového postižení jako součásti své identity, což může přispět k výskytu psychických potíží.<sup>52</sup>

Tento výzkum dále ukazuje, že interakce se slyšícími lidmi pravděpodobně frekvenci a míru užívání návykových látek mezi sluchově postiženými ovlivňuje, a to minimálně v případě výskytu problémového pití, kde existuje přímá souvislost mezi vyšší mírou interakce se slyšícími lidmi a vyšším skřováním v dotazníku CAGE. Tento výsledek by se dal vysvětlit tím, že komunita sluchově postižených je k užívání alkoholu tolerantní, nikoliv však k problémovému a závislostnímu chování. Je tedy možné, že ti, co rizikově užívají alkohol, častěji pijí se slyšícími lidmi. Stejnou souvislost potvrzuje i výzkum Dicka v dizertační práci *Signing for a high: A study of alcohol and drug use by deaf and hard of hearing adolescents*, ve kterém došel k výsledku, že sluchově postižení, kteří byli integrováni do běžných škol a uváděli, že mají ve škole velký počet slyšících kamarádů, užívali alkohol ve větším množství než ti, kteří uváděli menší počet slyšících kamarádů.<sup>53</sup>

Pro celkové zhodnocení vzorců užívání návykových látek v populaci sluchově postižených by bylo žádoucí porovnat výsledky tohoto výzkumu se vzorci užívání v obecné populaci. K tomuto účelu jsem použila výsledky studií provedených v rámci Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR 2010, která je každoročně vydávána Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti již od roku 2001. Výroční zprávy jsou statistickým, dokumentačním i technickým ukazatelem užívání návykových látek v dané populaci, která je zkoumána prostřednictvím reprezentativního vzorku.

---

<sup>52</sup> Procházková, V. (2006). *Identita a osobnost člověka*. Info-Zpravodaj 01/2006.

<sup>53</sup> Dick, J. (1996) *Signing for a high: A study of alcohol and drug use by deaf and hard of hearing adolescents* (dizertační práce). New Brunswick, NJ: Rutgers University.

Porovnání užívání návykových látek v obecné populaci České republiky s výsledky empirického šetření této práce přináší zajímavé výsledky, ačkoliv počtem respondentů a reprezentativností vzorku nejsou tyto dvě práce srovnatelné. K určení prevalence užívání návykových látek v obecné populaci byly provedeny dva sběry, které budou v rámci tohoto porovnání označeny jako sběr A a sběr B, sběr v rámci této studie bude označen zkratkou SP.

Co se týče celoživotní prevalence, vykazovali sluchově postižení vyšší hodnoty v porovnání s oběma sběry v obecné populaci u alkoholu (B=94,2%, SP=95,7%), marihuany (A=30,5%, B=23,4%, SP=59,8%), amfetaminů a pervitinu (A=1,4%, B=3,4%, SP=5,4%), kokainu (A=0,9%, B=1,6%, SP=4,3%), LSD (A=2,6%, B=2,6%, SP=9,8%), halucinogenních hub (A=4,3%, B=5,4%, SP=10,9%) a těkavých látek (A=1,1%, SP=5,4%). V porovnání se sběrem B jsou na tom sluchově postižení lépe v užívání tabáku (B=68,9%, SP=67,4%), extáze (B=7,2%, SP=6,5%) a heroinu (B=1,1%, SP=1,0%). V porovnání s výzkumem B je výskyt užívání tabáku ve sluchově postižené populaci menší u celoživotní, roční i třicetidenní prevalence.

Výsledky roční i třicetidenní prevalence u sluchově postižené populace jsou ve většině případů návykových látek srovnatelné s výsledky sběru B u obecné populace a vyšší ve srovnání se sběrem A, až na alkohol a marihuanu, kde sluchově postižení vykazují konstantně vyšší hodnoty, viz tabulka x.

**Tabulka č.15. Porovnání celoživotní, roční a třicetidenní prevalence alkoholu a marihuany mezi obecnou populací a populací sluchově postižených, měřené v procentech.**

	Celoživotní prevalence alkoholu (%)	Roční prevalence alkoholu (%)	Třicetidenní Prevalence alkoholu (%)	Celoživotní prevalence marihuany (%)	Roční prevalence marihuany (%)	Třicetidenní prevalence marihuany (%)
Sběr A	-	-	-	30,5	10,4	4,2
Sběr B	94,2	87,9	66,0	23,4	9,7	4,5
Sběr SP	95,7	91,3	77,2	59,8	28,3	17,4

Tyto výsledky podporují výstupy zahraničních studií, tedy že sluchově postižení jedinci užívají návykové látky stejně nebo více, než obecná populace. Navzdory této skutečnosti, komunikačním a kulturním bariérám sluchově postižených, stále neexistuje instituce, která by se tímto tématem zabývala.



Sluchově postižení mají velmi omezené možnosti náhodného učení, časté potíže s pochopením významové složky psaného slova, jsou více ovlivnitelní a nesporně v životě, který je přizpůsoben intaktní populaci, musí překonávat více překážek, a přesto v České republice stále neexistuje uspokojivý primární program ve školách pro sluchově postižené, neexistuje psychiatr schopný dorozumívat se ve znakovém jazyce, neexistuje sekundární ani terciální adiktologická péče, ve které by se sluchově postižený člověk dorozuměl znakovým jazykem bez přítomnosti tlumočníka. Přičemž se dá předpokládat, že přítomnost tlumočníka při intimních rozhovorech, terapiích i systematické ústavní léčbě je nejenom nevhodná, ale často také nereálná.

Vzhledem k této jazykové a institucionální bariéře, odmítavému přístupu komunity neslyšících k závislostnímu chování a omezeným informacím v rámci komunity i jednotlivců se sluchovým postižením, se dá předpokládat, že v populaci sluchově postižených se bude vyskytovat skrytá populace závislých, či škodlivě užívajících lidí. Ti přitom mají k dispozici jen omezené možnosti pomoci, jakými jsou střediska zabývající se sluchovým postižením nebo velmi omezené množství psychologických poraden se znakovým psychologem, ve kterých má ovšem personál v oblasti problematiky užívání návykových látek a závislostí jen částečné vzdělání. Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že někteří sluchově postižení nevyhledají odbornou léčbu v domnění, že by se s nikým nedokázali dorozumět nebo že by jim nedostatečné komunikační zázemí služby nedokázalo pomoci, což je v případě České republiky bohužel i pravda.

Prozatímním řešením by bylo zřízení adiktologické poradny pro sluchově postižené s alespoň jedním znakovým poradcem, který by dokázal se sluchově postiženými uspokojivě komunikovat, znal problematiku sluchového postižení a respektoval komunitu N/neslyšících. V rámci poradenství by pak tento poradce poskytoval i krizovou intervenci a ambulantní terapeutické služby. V případech vyžadujících služeb psychiatra by mohl působit jako tlumočník, který by byl zvýhodněn tím, že má klientovu důvěru a zná jeho životní situaci. V rámci těchto služeb by poskytoval informační služby i rodičům, partnerům a blízkým známým uživatelů.

Základem je kvalitní primární prevence na školách, která by byla stavěná na potřeby sluchově postižených dětí. Šíření protidrogové osvěty prostřednictvím pořadů tlumočených do znakového jazyka a vzdělávání sluchově postižených lidí v adiktologii by bylo dalším významným krokem, protože sluchově postižený adiktologický poradce by u

N/neslyšících vzbuzoval větší důvěru než poradce slyšící, neboť má v životě podobné zkušenosti, jako oni sami. Postupem času by se pak dali pokrýt mezery v celé škále adiktologických služeb, které by mimo jiné přispěli i k lepšímu pochopení problematiky sluchového postižení, která je v České republice stále jen okrajovým tématem.

## 10. Použitá literatura

BAKER, C. (1999). Sign language and the Deaf community. New York: Oxford University Press

DICK, J. (1996) Signing for a high: A study of alcohol and drug use by deaf and hard of hearing adolescents (dizertační práce). New Brunswick, NJ: Rutgers University

DISMAN, M. (2002). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum

ERIKSON, E.H. (2002). Dětství a společnost. Praha: Argo. Český překlad originálu Childhood and Society (1950). New York

ERWING, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA: Journal of the American Medical Association, 252, 1905-1907

GUTHMANN, D., SANDBERG, K. (1998). Assessing Substance Abuse Problems in Deaf and Hard of Hearing Individuals. American Annals of the Deaf, Volume 143, No. 1, 1998. pp. 14-21.

GUTHMANN, D., GRAHAM, V. (2004). Substance Abuse: A Hidden Problem Within the D/deaf and Hard of Hearing Communities.” Journal of Teaching in the Addictions. Vol. 3 (1) 49-64.

HOUDKOVÁ, Z. (2005). Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. Praha: Triton

HRICOVÁ, L. (2011). Komunikační kompetence žáků a učitelů na základních školách pro sluchově postižené, nepublikovaná disertační práce, Česká republika

HRUBÝ, J (1997). Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu I. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených

HRUBÝ, J (1997). Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu II. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených

ISAACS, M., BUCKLEY, G., MARTIN, D. (1979). Patterns of drinking among the deaf. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 463–476., Lipton, D. S., & Goldstein, M. F. (1997). Measuring substance abuse among the Deaf. *Journal of Drug Issues*, 27, 733

JERÁBEK, P. (2003). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing

KOSINOVÁ, B. (2008). Neslyšící jako jazyková a kulturní menšina – Kultura neslyšících. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s.

KRATOCHVÍLOVÁ, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. *Info-zpravodaj* 04/2009. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

KRATOCHVÍLOVÁ, K. (2009). Vývoj identity u dětí se sluchovým postižením. *Info-zpravodaj* 03/2009. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

KUDRLE, S. (2003). Trauma a závislost. In Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

LESHNER, A. I. (1999) *Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity is Reality*. NIDA Notes, roč. 14, č. 4, 1999.

MACHAČÍKOVÁ, M. (2012). Žáci se sluchovým postižením a jejich zkušenosti s návykovými látkami, nepublikovaná diplomová práce, Univerzita Palackého, Česká republika

MOTEJZÍKOVÁ, J. (2006). Mým tématem je především hledání identity a sebepoznání. *Info-zpravodaj* 3/2006. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., CHONYMOVÁ, P., ŠŤASTNÁ, L., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., FIDISOVÁ, H., NECHANSKÁ, B., VOPRAVIL, J., PRESLOVÁ, I., DOLEŽALOVÁ, P., KOŇÁK, T. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky

NEŠPOR, K. (2008). Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In Kalina, K., a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing

NOVÁK, A. (1994). *Foniatrie a Pedaudiologie 1: poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami*. Praha: Alexej Novák

PANČOCHA, K. (2007). *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe*, nepublikovaná dizertační práce, Masarykova univerzita, Česká republika

PROCHÁZKOVÁ, V. (2006). *Identita a osobnost člověka*. Info-Zpravodaj 01/2006. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

PULDA, M., LEJSKA, M. (1996). *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol (2006). *Dětská klinická psychologie 4.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s.

SOVÁK, M., Hála, B. (1962) – *Hlas, řeč, sluch: základy fonetiky a logopedie*. Praha: SPN

STRNADOVÁ, V. (1994). *Potom ti to povíme*. Praha: Česká unie neslyšících

STRNADOVÁ, V. (1998). *Současné problémy české komunity neslyšících*. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

TITUS, J. C. *Cultural Variables and Substance Abuse in the Deaf Population in presentation Substance Abuse Treatment in the Deaf Adolescent Population: The Challenge to Build a Better Future*. Supported by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) through a technical assistance subcontract (270-2003-00006)

VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha, Portál

VYMĚTAL, Š. (2000). Drogová problematika u sluchově postižených. Info-Zpravodaj 03/2000. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s.

VYMLÁTILOVÁ, E. (2006). Sluchově postižené dítě in Říčan, P., Krejčířová, D. a kol, Dětská klinická psychologie, 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada

### **Internetové zdroje:**

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H90-H95>. Přístup dne 14.4.2012

<http://ruce.cz/clanky/94-seznam-organizaci>. Přístup dne 10.4.2012

[http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=v284\\_1995](http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=v284_1995). Přístup dne 14.4.201

vyhláška MPSV č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Příloha č. 2 – Kapitola VII Smyslové orgány, oddíl B – sluch

Zákon 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

Zákon č. 171/1990 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol

Zákon č.155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

## **11.Přílohy**

### **11.1 Seznam tabulek**

**Tabulka č.1.** Prevalence užívání návykových látek mezi neslyšícími v New Yorku.

**Tabulka č.2.** Věkové rozmezí respondentů.

**Tabulka č.3.** Dosažené vzdělání respondentů.

**Tabulka č.4.** Celoživotní, roční a třicetidenní prevalence užívání návykových látek.

**Tabulka č.5.** Konzumace nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti.

**Tabulka č.6.** Výsledky dotazníku CAGE.

**Tabulka č.7.** Frekvence užití marihuany v posledních 30 dnech.

**Tabulka č.8.** Poměr nabídnutí a známostí s uživatelem k celoživotní prevalenci užití marihuany.

**Tabulka č.9.** Celoživotní prevalence užití různých typů návykových látek u jedinců s různým rozsahem sluchové ztráty.

**Tabulka č.10.** Korelační koeficient rozsahu sluchové ztráty na lepším uchu a frekvence pití alkoholu.

**Tabulka č.11.** Korelační koeficient rozsahu sluchové ztráty na lepším uchu a rizikového pití.

**Tabulka č.12.** Známosti respondentů mimo populaci sluchově postižených

**Tabulka č.13.** Korelační koeficient interakce s intaktní populací a skórování v dotazníku CAGE.

**Tabulka č.14.** Porovnání známostí mimo populaci sluchově postižených a výsledků dotazníku CAGE.

**Tabulka č.15.** Porovnání celoživotní, roční a třicetidenní prevalence alkoholu a marihuany mezi obecnou populací a populací sluchově postižených, měřené v procentech.

## 11.2 Dotazník

### 1. Jsem:

- <sub>1</sub>Žena
- <sub>2</sub>Muž

### 2. Věk

- <sub>1</sub>Méně než 15 let
- <sub>2</sub>15 – 18 let
- <sub>3</sub>19 – 24 let
- <sub>4</sub>25 – 34 let
- <sub>5</sub>35 – 44 let
- <sub>6</sub>45 – 54 let
- <sub>7</sub>55 – 64 let
- <sub>8</sub>65 let a více

### 3. Rozsah sluchové ztráty (jak máte velkou sluchovou ztrátu):

#### Levé ucho

- <sub>1</sub>nemám 7-33% sluchu (ztráta 20-40dB)
- <sub>2</sub>nemám 34-85% sluchu (ztráta 41-70dB)
- <sub>3</sub>nemám 86-99% sluchu (ztráta 71-90dB)
- <sub>4</sub>nemám 100% sluchu (ztráta více než 90dB)

#### Pravé ucho

- <sub>1</sub>nemám 7-33% sluchu (ztráta 20-40dB)
- <sub>2</sub>nemám 34-85% sluchu (ztráta 41-70dB)
- <sub>3</sub>nemám 86-99% sluchu (ztráta 71-90dB)
- <sub>4</sub>nemám 100% sluchu (ztráta více než 90dB)



**4. Vznik sluchové ztráty (Kdy jste přestal(a) slyšet?):**

- <sub>1</sub>Se sluchovou vadou jsem se narodil(a)
  - <sub>2</sub>Sluchová vada vznikla před započítím nebo v průběhu školní docházky
  - <sub>3</sub>Ani jedno z uvedených, prosím uveďte:
- 
- 

**5. Sluchadlo během dne (používáte sluchadlo?)**

- <sub>1</sub>Nosím
- <sub>2</sub>Nenosím
- <sub>3</sub>Mám kochleární implantát
- <sub>4</sub> Používám sluchadlo i kochleární implantát

**6. Ve společnosti slyšících lidí konverzaci (Jak se domlouváte se slyšícími lidmi? Rozumíte jim? Chápete, co povídají?)**

- <sub>1</sub>Většinou nebo vždy rozumím
- <sub>2</sub>Spíše rozumím
- <sub>3</sub>Přibližně v polovině případů rozumím a v polovině případů ne
- <sub>4</sub>Spíše nerozumím
- <sub>5</sub>Většinou nebo vždy nerozumím

**7. Dosažené vzdělání (Jaké vzdělání máte dokončené?)**

- <sub>1</sub>Základní
- <sub>2</sub>Základní pro sluchově postižené
- <sub>3</sub>Střední odborné učiliště
- <sub>4</sub>Střední odborné učiliště pro sluchově postižené
- <sub>5</sub>Střední s maturitou
- <sub>6</sub>Střední s maturitou pro sluchově postižené
- <sub>7</sub>VOŠ
- <sub>8</sub>VŠ – bakalářské
- <sub>9</sub>VŠ – magisterské
- <sub>10</sub>VŠ – doktorské

**8. Jaké je Vaše momentální zaměstnání (možno zaškrtnout více možností)? Co v současné době děláte?**

- <sub>1</sub>Student
- <sub>2</sub>Zaměstnán(a)
- <sub>3</sub>Živnostník (OSVČ)

- <sub>4</sub>Práce na dohodu
- <sub>5</sub>Brigády
- <sub>6</sub>Práce „načerno“ – bez smlouvy, bez dohody
- <sub>7</sub>Mateřská dovolená
- <sub>8</sub>Nezaměstnaný/á, registrovaný/á na pracovním úřadě
- <sub>9</sub>Nezaměstnaný/á, neregistrovaný/á na pracovním úřadě
- <sub>10</sub>Invalidní důchod 1.stupně
- <sub>11</sub>Invalidní důchod 2. Stupně
- <sub>12</sub>Invalidní důchod 3.stupně
- <sub>13</sub>Starobní důchod

**9. Pokud jste chodil(a) na školu pro slyšící, zvládal(a) jste probíranou látku bez problémů, rozuměl(a) jste dobře výuce?**

- <sub>1</sub>Ano
- <sub>2</sub>Občas jsem měl(a) problém, ale ne výrazný
- <sub>3</sub>Občas jsem měl(a) výrazné problémy
- <sub>4</sub>Často jsem měl(a) výrazné problémy
- <sub>5</sub>Měl(a) jsem tlumočnici
- <sub>6</sub>Chodil(a) jsem na základní i střední školu pro sluchově postižené

**10. Měli jste na ZŠ nebo SŠ nějakou přednášku o drogách a jejich účincích a dopadech (můžete zaškrtnout dvě možnosti, v případě, že se tak stalo na ZŠ i SŠ)?**

- <sub>1</sub>Ano, na ZŠ, přednášenou někým, kdo neučil u nás na škole
- <sub>2</sub>Ano, na ZŠ, přednášenou některým z učitelů či pracovníků mé ZŠ
- <sub>3</sub>Ano, na SŠ, přednášenou někým, kdo neučí u nás na škole
- <sub>4</sub>Ano, na SŠ, přednášenou některým z učitelů či pracovníků mé SŠ
- <sub>5</sub>Ne, takovou přednášku jsme na žádné škole neměli

**11. Odkud se dozvídáte o drogách (můžete zaškrtnout více možností)?**

- <sub>1</sub>Internet
- <sub>2</sub>Knihy, časopisy, jiné tiskoviny
- <sub>3</sub>Kamarádi
- <sub>4</sub>Škola
- <sub>5</sub>Jiné zdroje: \_\_\_\_\_

**12. Setkal(a) jste se někdy ve svém životě s omezováním, špatným zacházením od spolužáků (šikana, zesměšňování, vysmívání, ponižování, bezohlednost, omezování,...)?**

- <sub>1</sub>Ne
- <sub>2</sub>Ano, uveďte příklady:

---

---

---

**13. Vyskytly se ve Vašem životě nějaké problémy, které jste těžko řešil(a)?**

- <sub>1</sub>Ne
- <sub>2</sub>Ano, uveďte stručně:

---

---

---

**14. Stydíte se za své sluchové postižení?**

- <sub>1</sub>Ano, ale spíše když jsem byla mladší
- <sub>2</sub>Ano, občas
- <sub>3</sub>Ano, často
- <sub>4</sub>Ne, nikdy jsem kvůli tomu necítil(a) pocit studu

**15. Máte kamarády mezi slyšícími?**

- <sub>1</sub>Ano, mnoho
- <sub>2</sub>Ano, nějaké mám, ale není jich mnoho
- <sub>3</sub>Ne

**16. Máte zájem se setkávat se slyšícími?**

- <sub>1</sub>Ano
- <sub>2</sub>Spíše ano
- <sub>3</sub>Spíše ne
- <sub>4</sub>Ne

**17. Chodíte do nějakého kroužku, sportujete a setkáváte se s sluchově postiženými kamarády?**

- <sub>1</sub>Ne
- <sub>2</sub>Ano, zájmový spolek
- <sub>3</sub>Ano, alespoň jednou týdně se sejdu s přáteli za účelem sportu či jiné činnosti
- <sub>4</sub>Navštěvuji zájmový spolek, který není cílený pro sluchově hendikepované

**18. Myslíte si, že sluchově hendikepovaní užívají drogy a alkohol více, než lidé slyšící?**

- <sub>1</sub>Ano
- <sub>2</sub>Ne, myslím, že lidé bez sluchového hendikepu užívají více
- <sub>3</sub>Myslím, že obě skupiny užívají stejně

## **UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK**

- **Tabák**

**19. Jak často a kolik cigaret jste kouřil(a) během posledních 30 dní?**

- <sub>1</sub> Vůbec jsem nekouřil(a)
- <sub>2</sub> Méně než jednu cigaretu za týden
- <sub>3</sub> Jednu nebo více cigaret za týden, ale ne denně
- <sub>4</sub> 1-5 cigaret denně
- <sub>5</sub> 6-10 cigaret denně
- <sub>6</sub> 11-20 cigaret denně
- <sub>7</sub> Více než 20 cigaret denně

**20. Za jak dlouho po probuzení si zapalujete svou první cigaretu?**

- <sub>1</sub> Nekouřím
- <sub>2</sub> 0-5 minut
- <sub>3</sub> 6-15 minut
- <sub>4</sub> 16-30 minut
- <sub>5</sub> 31-60 minut
- <sub>6</sub> Za více než 60 minut

- **Alkohol**

**21. Jak často pijete alkohol?**

- <sub>1</sub> 4x týdně nebo častěji
- <sub>2</sub> 2-3x týdně
- <sub>3</sub> 2-4x za měsíc
- <sub>4</sub> Jednou za měsíc nebo méně
- <sub>5</sub> Nepiji vůbec, jsem abstinent

**22. Kolik Vám bylo let, když jste poprvé pil(a) alkoholický nápoj?**

- <sub>1</sub> Méně než 12 let
- <sub>2</sub> 12 let
- <sub>3</sub> 13 let
- <sub>4</sub> 14 let
- <sub>5</sub> 15 let
- <sub>6</sub> 16 let
- <sub>7</sub> 17 let
- <sub>8</sub> 18 a více let
- <sub>9</sub> Nikdy jsem nepil(a) alkohol

**23. Kolik Vám bylo let, když jste se poprvé opil(a)?**

- <sub>1</sub> Méně než 12 let
- <sub>2</sub> 12 let
- <sub>3</sub> 13 let
- <sub>4</sub> 14 let
- <sub>5</sub> 15 let
- <sub>6</sub> 16 let
- <sub>7</sub> 17 let
- <sub>8</sub> 18 a více let
- <sub>9</sub> Nikdy jsem se neopil(a)

**24. Kolikrát za posledních 30 dní jste vypil(a) 5 nebo více piv, vín nebo panáků v jeden večer?**

- <sub>1</sub> Ani jednou
- <sub>2</sub> jednou
- <sub>3</sub> dvakrát
- <sub>4</sub> třikrát až pětkrát
- <sub>5</sub> šestkrát až devětkrát
- <sub>6</sub> desetkrát a vícekrát

**25. Chtěl(a) jsi někdy omezit pití alkoholu nebo přestat pít alkohol?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

**26. Obtěžují Vás připomínky lidí ve Vašem okolí, kteří kritizují Vaše pití alkoholu?**

- <sub>1</sub> Ano, obtěžují
- <sub>2</sub> Ne, neobtěžují
- <sub>3</sub> Nikdo mě za mé pití nekritizuje

**27. Měl(a) jste někdy špatný pocit nebo výčitky svědomí ze svého pití alkoholu?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

**28. Pil(a) jste někdy alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil(a) nebo zahnal(a) kocovinu?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

- **Nelegální návykové látky**

**29. Znáte osobně někoho, kdo užívá drogy (i marihuanu a hašiš, travu)?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

**30. Už Vám někdy někdo nabídnul drogu (i marihuanu a hašiš, travu)?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

**31. Nabízel Vám někdo jinou drogu než marihuanu nebo hašiš, travu?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

**32. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užíval(a) hašiš nebo marihuanu, travu?**

- <sub>1</sub> Každý den nebo téměř každý den
- <sub>2</sub> Nejméně jednou týdně, ale ne každý nebo téměř každý den
- <sub>3</sub> Méně často než jednou týdně
- <sub>4</sub> Ani jednou

**33. Jakým způsobem jste alespoň jednou v životě užil(a) nějakou nelegální návykovou látku? Můžete zaškrtnout více možností.**

- 1 Nikdy jsem žádnou návykovou látku neužil(a)
- 2 Kouřením
- 3 Inhalováním (vdechováním)
- 4 Šnupáním
- 5 Polknutím
- 6 Injekčně

**34. Vyplňte prosím následnou tabulku užití návykových látek, čtěte pozorně, vyplně křížkem vždy jen jedno políčko v řádku v případě, že jste tuto látku někdy užili, pokud ne, vyplňte křížek do sloupce „nikdy“.**

	Alespoň jednou v životě	Alespoň jednou v tomto roce	Alespoň jednou během posledních 30 dnů	Nikdy
Alkohol	1	17	33	49
Tabák	2	18	34	50
Marihuana	3	19	35	51
Hašiš	4	20	36	52
Extáze	5	21	37	53
LSD	6	22	38	54
Lysohlávky	7	23	39	55
Jiné halucinogenní rostliny a houby	8	24	40	56
Kokain	9	25	41	57
Relevin	10	26	42	58
Pervitin	11	27	43	59
Mefedron (mňau mňau)	12	28	44	60
Heroin	13	29	45	61
Uklidňující léky	14	30	46	62
Šalvěj divotvorná	15	31	47	63
Těkavé látky*	16	32	48	64

\*rozpouštědla (např. toluen, lepidla, ředidla, éter a rajskýply). Látky užívané inhalací (vdechováním).

**35. Užíváte některou z níže vypsanych látek jednou týdně nebo častěji? Můžete zaškrtnout více možností**

- 1 Ano, marihuanu nebo hašiš
- 2 Ano, kokain
- 3 Ano, pervitin
- 4 Ano, mefedron
- 5 Ano, heroin
- 6 Ano, uklidňující léky
- 7 Ano, těkavé látky
- 8 Ne

**36. Cítil(a) jste někdy silnou touhu užít látku, kterou jste zakroužkoval(a) v otázce 35?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**37. Stává se Vám, že užijete více návykové látky z otázky 35, než jste původně plánovala nebo jste potřeboval(a) delší čas na její shánění a zotavování se z jejích účinků?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**38. Máte nějaký fyzický problém, který souvisí s užíváním návykové látky z otázky 35 a přesto užíváte zmíněnou látku nadále?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**39. Máte pocit, že trávíte výrazně méně času nad tím, co Vás vždycky nejvíce bavilo (Vaše záliby a koníčky) na úkor užívání návykové látky z otázky 35?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**40. Potřebujete větší množství návykové látky z otázky 35 k tomu, abyste dosáhl stejného účinku, jako když jste tuto látku užíval dříve?**

- 1 Ano
- 2 Ne



**41. Vzal(a) jste si někdy návykovou látku z otázky 35 hned po ránu, aby jste se uklidnil(a) nebo zahnal(a) nepříjemný stav?**

- <sub>1</sub> Ano
- <sub>2</sub> Ne

