Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

Role návykových látek v životě osob s tělesným postižením

Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Anna Vangelova, Tělesná výchova a sport, Aplikované pohybové aktivity
Vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
Olomouc 2019

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Anna Vangelova

Název diplomové práce: Role návykových látek v životě osob s tělesným postižením

Pracoviště: Katedra Společenských věd v kinantropologii

Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2019

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá rolí návykových látek u osob se získaným tělesným postižením a tím, jak se tato role vlivem postižení změnila.

V práci je použita kvalitativní výzkumná metoda, výzkumný vzorek tvoří tři muži a jedna žena ve věkovém rozmezí od 28 do 51 let se získaným tělesným postižením po úrazu či nemoci.

Na základě sběru dat, která byla získána metodou polostrukturovaného rozhovoru a následně vyhodnocena interpretativní fenomenologickou analýzou, je zřejmé, že návykové látky mají v životech osob se získaným postižením svou roli hlavně v oblasti vztahů s ostatními lidmi a v rovině vyrovnávání se s náročnou životní situací, avšak tato role se v zásadě od doby před vznikem postižení spíše nezměnila.

Klíčová slova: somatické postižení, návyková látka, návykové chování, užívání, závislost, postoje

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Anna Vangelova

Title of the master thesis: A Role of Addictive Substances in the Life of People with Disabilities

Department: Department of Social Sciences in Kinanthropology

Supervisor: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

The year of presentation: 2019

Abstract: The bachelor thesis deals with the role addictive substances play by people with acquired physical disability and how this role changed due to disability.

In the thesis there is qualitative research method used, research sample are three men and one women whose age range is between 28 and 51 years with acquired physical disability after injury or after illness.

On the basis of data collection, which was obtained by the method of semi-structured interview and subsequently evaluated by interpretative phenomenological analysis, it is clear that addictive substances play a role in the lives of people with acquired disabilities mainly in the area of relations with other people and in the level of coping with a difficult life situation, however, this role has not essentially changed since before the disability occurred.

Keywords: somatic disability, addictive substances, addictive behavior, use, addiction, attitudes

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Dany Štěrbové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne: 17. 6. 2019 …….

Děkuji PhDr. Daně Štěrbové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a věnovaný čas. Také děkuji mé rodině za podporu a respondentům za jejich ochotu se zúčastnit výzkumu.

OBSAH:

1 ÚVOD 8
2 PŘEHLED POZNATKŮ 9
2.1 Návykové látky 9
2.1.1 Užívání návykových látek 9
2.1.2 Nadužívání 9
2.1.3 Závislost 10
2.1.3.1 Dělení závislostí 12
2.1.3.2 Pohledy na závislost 13
2.1.3.3 Teorie vzniku a vývoje závislosti 14
2.1.3.4 Látková závislost 14
2.1.3.5 Dělení látek 16
2.1.3.6 Příčiny vzniku závislosti 21
2.1.4 Prevence 21
2.1.5 Systém péče 24
2.1.6 Návykové látky u osob s tělesným postižením 26
2.2 Tělesné postižení 28
2.2.1 Terminologie 28
2.2.2 Klasifikace tělesného postižení 31
2.2.3 Získané tělesné postižení 32
2.2.4 Získané postižení a jeho vliv na psychiku 35
3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 39
4 METODIKA 40
4.1 Charakteristika výzkumného souboru 40
4.2 Popis organizací 43
4.3 Průběh výzkumu 43
4.4 Kvalitativní metodologický přístup 44

4.4.1 Případové studie ... 44
4.4.2 Metoda získávání dat ... 44
4.4.3 Metodika analyzování dat ... 45
4.4.3.1 Reflexe vlastní zkušenosti ... 46
4.4.3.2 Opakované čtení textu ... 46
4.4.3.3 Počáteční poznámky a komentáře ... 46
4.4.3.4 Rozvíjení vznikajících témat ... 47
4.4.3.5 Hledání souvislostí napříč tématy ... 50
4.4.4 Analýza dalších případů ... 52
4.4.4.1 Hledání vzorců napříč případy ... 65
5 VÝSLEDKY ... 68
5.1 Interpretace výsledků jednotlivých případů ... 68
5.1.1 Respondent č. 1 ... 68
5.1.2 Respondent č. 2 ... 70
5.1.3 Respondent č. 3 ... 72
5.1.4 Respondent č. 4 ... 74
5.2 Interpretace výsledků ze společných témat ... 76
5.3 Odpovědi na výzkumné otázky ... 80
6 DISKUSE ... 83
7 ZÁVĚRY ... 85
8 SOUHRN ... 86
9 SUMARRY ... 87
10 REFERENČÍ SEZNAM ... 88
11 PŘÍLOHY ... 91
11.1 Příloha č. 1: Souhlas Etické komise ... 91
11.2 Témata rozhovoru: ... 92

1 ÚVOD

Lidé se získaným tělesným postižením se dostávají do náročné životní situace, kdy není snadné se vyrovnat se změnami, které postižení přináší. Jedním ze způsobů, jak se se skutečností vypořádat, může být užívání návykových látek. Návykové látky mají svou roli v mnoha lidských životech i v životech lidí s tělesným postižením. Tato problematika se ale začala řešit až v posledních letech, a ještě není hojně prozkoumanou oblastí. To i z toho důvodu, že před rokem 1989 byla tato témata společenským tabu.

Osoby s tělesným postižením mohou mít větší tendence k užívání návykových látek z důvodu pocitu odloučenosti, samoty, citové deprivace, či nepochopení. Lidé se získaným tělesným postižením se musí vyrovnávat s novou situací a změnami, které nastávají v jejich běžném životě- rodina, zaměstnání, zájmy, sociální postavení a další. Tento proces je velmi obtížné zvládnout. Proto může docházet k útěku před realitou pomocí návykových látek. I přesto, že rodinní příslušníci a okolí se kolikrát velmi snaží jedince s postižením co nejlépe postarat, lidé zůstávají často nepochopeni, proto se stává únik z běžného světa pomocí látek řešením.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Návykové látky

Návykové látky se v naší společnosti vyskytují v poměrně velké míře. Můžeme je rozdělit na látky zákonem tolerované, čili legální, a látky netolerované, nelegální. Látky obou těchto skupin jsou v České republice poměrně snadno dostupné a je na zvážení každého jedince, jak se k tomuto faktu postaví.

2.1.1 Užívání návykových látek

V případě alkoholu můžeme za abstinenty považovat jedince, kteří alespoň po dobu tří let nepožili žádný alkoholický nápoj. Konzumenti užívají vhodný alkoholický nápoj v přiměřeném množství (Skála, 1977). Tento jev, čili mírná konzumace je označován jako úzus. Jako relativně bezpečné pití se dá označit 16g 100% alkoholu u žen a do 24g 100% u mužů denně. To je například jedno 12° pivo, dvě 8° piva, 200 ml přírodního vína, 50 ml destilátu (Nešpor & Csémy, 1996).

U jiných látek je velmi složité určit hranici mezi užíváním a nadužíváním. Mezi další nejčastěji užívané látky se řadí konopí a extáze, které někdy užilo 23–34 % osob. Další často užívanou látkou je pervitin. Užívání drog lze rozdělit na příležitostné a problémové. Za problémové užívání je považováno injekční užití drog, dlouhodobé a pravidelné užívání heroinu, amfetaminů nebo kokainu (Zvoníková, 2014).

2.1.2 Nadužívání

V případě, že jsou látky užívané ve větším množství, hovoříme o misúzu. Zde už je výrazně překročena norma, ale ještě nepropukla závislost. Při alkoholu můžeme hovořit o 20-40-g 100% lihu u žen (například jedno až dvě 12° piva, 2 – 4 dcl vína, 0,5 l destilátu). U mužů je potom hranice 20 – 57-g 100% (tři 12° piva, 2-6 dcl vína, 0,5-1,5 dcl destilátu) (Nešpor & Csémy, 1996). Tato dávka však neznamená nutně zdravotní problémy, znamená však zvýšené riziko. Jako misúzus se dá označit i nevhodně zvolená doba konzumace, například v práci, v těhotenství, v dětském či mladistvém věku nebo při nemoci či užívání farmak (Skála, 1977).

Mezi společné znaky škodlivého užívání návykových látek patří: Vyžadování předpisů u lékaře na návykové látky, specifika u jednotlivých látek, dále pak změna přátel, věci související s užíváním látek, ztotožňování se s drogovou kulturou, zhoršení vzhledu, péče o

zevnějšek, neduživost, změny chování- náladovost, podrážděnost, horší soustředění, paměť, nezájem, změna zájmů (Nešpor & Csémy, 1996).

Při nadužívání jde o vypěstování návyku na látku. Uživatel látku potřebuje za účelem vyvolání příjemných pocitů nebo zbavení se pocitů nepříjemných. Nemá-li ji, citelně ji postrádá (Zvoníková, 2014).

2.1.3 Závislost

Člověk se může stát na návykových látkách rychle závislý. Například zvláště na chuť alkoholu jsou děti často zvyklé od útlého věku, kdy ochutnávají alkohol od rodičů nebo symbolicky připíjejí. Zde už vzniká systematický návyk (Nešpor & Csémy, 1996). Nikdo však není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane. Většinou se však závislost dostaví jako následek špatného rodinného zázemí, traumat z dětství a podobně (Skála, 1977).

Definice a znaky závislostí

Stav závislosti obecně znamená určitou podmíněnost (popř. podřízenost), kdy je jedna entita za účelem naplnění jejích potřeb podporována jinou entitou nebo se musí spoléhat na jiné vnější zdroje. Např. dítě je závislé na svých rodičích, lidé jsou závislí na vzduchu, vodě a potravě. Vyskytne-li se u jedince abnormální závislost projevující se nutkavým a (sebe)destruktivním jednáním, mluvíme o patologické závislosti (Nováková, n.d.).

Definic patologické závislosti je mnoho, zde některé uvádím:

Neschopnost obejít se bez něčeho nebo někoho; termín nejčastěji užíván pro drogovou závislost či přesněji závislost látkovou (Nováková, n.d.).

Stav osoby, která podléhá jiné osobě nebo věci. Může existovat závislost na toxické látce, která se užívá pro požitek nebo pro odstranění pocitu tísně (Sillamy, 2001).

Dle Atkinsona (2003) o závislosti hovoříme tehdy, když vznikne vzorec nutkavého a destruktivního užívání látek.

Nešpor (2000) definuje závislost jako silnou, přemáhající, nutkavou touha brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák a trvalé potíže v kontrole užívání a množství látky; platí též pro patologické hráčství či závislost na jiné osobě.

Definice a klasifikace závislosti dle WHO 10

Velmi rozsáhle je závislost definována dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí WHO.

Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení). Bažení se projevuje především oslabením paměti, prodloužením reakčního času, zhoršením postřehu, abnormálním nálezem na elektroretinogramu, zvýšením tepové frekvence systolického krevního tlaku, či vyšší salivací. Dále způsobuje riziko recidivy, někdy však může vést i k větší opatrnosti. Při psychickém bažení se aktivují mozková centra související s pamětí a emocemi.
b) Potíže v sebeovládání, kdy si pacient špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. Malé sebeuvědomění může souviset i s nadměrnou únavou a dlouhodobým vyčerpáním.
c) Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro konkrétní látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky
d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení (Nešpor, 2000).

Klasifikace závislostí dle WHO

F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

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

F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel

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

2.1.3.1 Dělení závislostí

Látkové a nelátkové závislosti

Při látkové závislosti je člověk závislý na látce, která způsobuje psychoaktivní a fyziologické procesy v těle. Látky negativně působí na fyzické i duševní zdraví jedince. Do nelátkových závislostí se řadí především gamblerství, workoholismus, kleptomanie, dále pak závislost na internetu a jídle (Nešpor, 2000).

Společné znaky látkových a nelátkových závislostí

Látkové a nelátkové závislosti spolu sdílejí některé společné znaky, které lze rozdělit do čtyř kategorií: genetické, neurobiologické, osobnostní a klinické charakteristiky. Dle výzkumů s dvojčaty bylo dokázáno, že látkové i nelátkové závislosti mají společný genetický základ. Dále se pak často shodují osobnostní charakteristiky závislých jedinců, ať jde o látkovou či nelátkovou závislost. Můžeme hovořit o tzv. závislostním profilu. Charakteristickými rysy osobnosti jsou impulzivita, vyhledávání nového a disinhibovanost.

Další kategorií jsou klinické charakteristiky, zde můžeme vidět podobnost hlavně ve vývoji a průběhu závislosti, ale také v samostatných projevech jednotlivých poruch. U obou typů je prevalence nejvyšší v adolescenci a rané dospělosti, podobný je i časový průběh. Chování a prožívání je u obou typů také podobného rázu, předchází napětí nebo vzrušení před zahájením samotné aktivity a úleva, příjemný stav po samotné realizaci aktu. K bažení často dochází v důsledku emoční dysregulace.

Obdobná je také absence náhledu na vlastní závislostní chování a systém obran, který ho udržuje, což je obzvlášť významné z hlediska terapie (Vondráčková & Vacek, 2014).

Psychická a fyzická závislost

Fyzická závislost je stavem adaptace, jehož důsledkem jsou závažné fyziologické a psychologické poruchy při odnětí látky. Abstinenční syndrom trvá obvykle několik dní po vysazení užívané látky, v některých případech může bez lékařské péče ohrozit i život, a to prostřednictvím stavů deliria nebo epileptických záchvatů (Sillamy, 2001).

Psychická závislost se vyznačuje naléhavou touhou, bažením (craving) po předmětu závislosti a jejím účinku. Chybění drogy vyvolává úzkostně depresivní stavy. Je závažnějšího charakteru než fyzická závislost, protože fyzické se lze zbavit za relativně krátkou dobu, zatímco psychická závislost bývá záležitostí dlouhodobé léčby a často vyžaduje zásadní změny životního stylu a pevnou vůli (Sillamy, 2001).

Primární a sekundární závislost

Primární závislost vzniká u uživatelů, kteří začali látku užívat z toxikomanických důvodů, naopak závislost sekundární se vyvinula z neadekvátního užívání léků (Riesel, 1999).

2.1.3.2 Pohledy na závislost

Morální model považuje závislého člověka za morálně zkaženého a slabého. Jediným východiskem je „převýchova“ a pokud se uživatel drog nepolepší, bude sociálně vyčleněn nebo bude mít kvůli své závislosti problémy se zákonem.

Model nemoci je tradiční medicínský model, podle kterého je závislost považována za nevyléčitelnou nemoc. Objevuje se u lidí, kteří mají k této nemoci biologické predispozice. Celoživotní abstinence je jediné východisko.

Model adaptivní je psychologickým modelem zabývající se vývojovými problémy v raném dětství. Od těch se odvíjí adaptivní selhání v adolescenci. Nesmělost, osobní krize či trauma je považováno za příčinu závislosti na drogách nebo alkoholu. Řešením je tedy odkrytí a vyléčení příčin závislosti v minulosti (Kalina, 2003).

2.1.3.3 Teorie vzniku a vývoje závislosti

Mezi tyto teorie patří teorie biologická, genetická a sociologická.

Biologická teorie tvrdí že, biologicky podmíněné znaky vytvářejí dispozici pro vznik a rozvoj závislosti.

V teorii genetické přímá dispozice, případně sada zatěžujících a ohrožujících potencialit, spočívá přímo v dědičné informaci. Nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění dětí alkoholiků. Toto ovlivnění bude mít charakter ovlivnění funkcí CNS, případně jiných soustav. Ale nejde o totální predispozici, o „gen“ alkoholismu.

Sociologické teorie vycházejí z makrospolečenských vztahů a zákonitostí. Těžištěm je tedy společnost jako celek, ne pouze jedinec. Ve společnosti jsou názory na alkohol rozděleny do čtyř základních kategorií. Abstinentní, kdy je alkohol chápán jako ohrožení základních sociálních norem a hodnot. Rituální používání alkoholických nápojů je spojené s rituálními či náboženskými obřady. Další kategorií je konviviální, při které pití odráží solidaritu, vyjadřuje vzájemnou dobrou vůli. A nakonec kategorie utilitární ve které konzumace alkoholu slouží k uvolnění jedince a pomáhá k osobnímu uspokojení (Řehan, 1994).

2.1.3.4 Látková závislost

Jako drogy se označují přírodní a syntetické látky, které působí na naši psychiku a ovlivňují prožívání a chování. Jedná se o návykové látky, které mohou vyvolat závislost. Konzument pociťuje nezvladatelnou touhu drogu užívat, zvyšovat dávky, i když ví, že je to pro něj nebezpečné. Při léčbě určitých chorob se využívají látky, které ovšem při nesprávném dávkování a dlouhodobém užívání mohou mít negativní účinky. Látky legální a společností tolerované, jsou až velmi lehce dostupné. Druhou skupinou jsou látky nelegální, s kterými se obchoduje na černém trhu.

Historie přírodních drog je velmi dlouhá a provází lidstvo již celá tisíciletí. V souvislosti s hledáním rostlinných zdrojů potravy člověk poznával i rostliny, jejichž požití vyvolávalo neobvyklé stavy (veselou náladu, spánek, otupělost). Látky vyvolávající povznesenou náladu, veselost, povzbuzení či zapomnění se staly pro člověka čímsi tajemným a lákavým. Pokud je začal užívat i tehdy, kdy jeho tělo nepotřebovalo jejich léčivý účinek, stal se postupně na nich závislým. Některé návykové látky se podařilo připravit synteticky. Jejich zneužívání se všemi nepříznivými důsledky na zdraví se stalo celosvětovým problémem (Nešpor, 2000).

Stádia látkové závislosti

K první zkušenosti s nelegální drogou dochází zpravidla již v období dospívání, kdy jde o pouhé experimenty, které u většiny adolescentů po krátkém čase skončí. Avšak pro určitou část jsou první zkušenosti spojeny s pozitivními prožitky a ty jsou důvodem jejich ochoty vyzkoušet jinou drogu nebo tu samou při jiné příležitosti.

Ve druhé fázi již jde o pokročilé problémové užívání drog. Na začátku je ještě konzument spokojený, cítí se lépe a tím paradoxně je stále i svým okolím vnímán jako pohodový a úspěšný. Tento stav trvá různě dlouhou dobu. U jedince, který užívá pravidelně návykovou látku, se však začnou po čase projevovat somatická onemocnění (opakované a časté respirační nemoci, bolesti hlavy, poruchy rytmu srdce, únava, vyčerpání) provázená neplněním úkolů, nedodržováním slibů. Zvyšuje se potřeba peněz, začínají se zhoršovat vztahy v rodině. Častou cestou je, že se jedinec rozhodne abstinovat, aby se utvrdil v tom, že není závislý. Avšak skutečnost je taková, že závislý je, neboť počet abstinovaných dní je maximum, které zvládl vydržet. Po uvědomění si, že je opravdu závislý, se buď rozhodne někomu svěřit a začít doopravdy abstinovat, nebo nadále pokračuje v užívání drog, až se propadne na samé dno závislosti.

Třetí fáze závislost je posledním stádiem, kdy jde o celkovou ztrátu svobody a kontroly nad vlastním životem. Závislý člověk není schopen přiznat si pravdu. Je hnán touhou navodit příjemný stav, který byl na začátku drogové kariéry. Zvyšuje dávky a návyková látka mu už nic nového nedává. Je pohlcen sebeklamem, nevnímá realitu. Je ochoten opatřit si drogu za každou cenu, i trestnou činností. Závislost na návykových látkách lze tedy charakterizovat jako chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakování prožitku, tj. nekontrolovatelnou potřebou po dalším užití drogy, mnohdy s tendencí zvyšovat dávky (Marádová, 2006).

Stádia závislosti podle Petra Riesela (1999)

a) Stadium experimentální: občasné užití drogy bez nežádoucích účinků.

b) Stadium příležitostného užívání: rekreační, většinou víkendové užívání.

c) Stadium pravidelného užívání: častější užívání drogy, ztráta zájmu o své blízké, koníčky, školu či zaměstnání, zvýšení tolerance, užívání drogy i přes vědomí o škodlivosti látky na zdraví.

d) Stadium návyk a závislost: droga je ve středu zájmu a poškozuje veškeré oblasti života včetně zdraví.

Stadia závislosti dle Fr.-Christopha Göhlerta a Franka Kühna

a) Euforické počáteční stadium: užívání drogy za účelem uvolnění, zbavení se úzkosti a nárůstu sebevědomí.
b) Kritické stadium navykání: nárůst tolerance a s tím spojené zvyšování dávek drogy, vznik problémů například v zaměstnání, škole či finančních problémů, zanedbávání zálib a poruchy sebehodnocení.
c) Stadium návyku, respektive závislosti: ztráta kontroly nad mírou užívání drogy, kriminalita, sociální exkluze, změna osobnosti, abstinenční syndrom a fyzické poškození.
d) Chronické stadium rozkladu: úbytek snášenlivosti návykové látky, zchudnutí, často vedoucí až k bezdomovectví, zanedbanost, separace, těžká fyzická i psychická onemocnění (Göhlert & Kühn, 2001).

Stanovení diagnózy závislosti

Definitivní diagnóza závislosti se stanovuje tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících projevů: silná touha užívat návykovou látku, potíže v sebeovládání při užívání návykové látky, návyková látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky tělesného odvykacího stavu, vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami, postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky, pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Marádová, 2006).

2.1.3.5 Dělení látek

Podle postoje společnosti k droze

Legální drogy jsou dostupné volně nebo za určitých podmínek (věk, lékařský předpis), jejich užívání bývá za těchto okolností tolerováno. Legalita ovšem ještě neznamená, že nemůžou způsobit těžké zdravotní komplikace, včetně závislosti. Patří sem: alkohol, nikotin, léky (kupříkladu benzodiazepiny a jiná hypnotika, morfin), kofein, ale i organická rozpouštědla.

Nelegální drogy jsou definovány zákonem a za jejich výrobu nebo držení může hrozit finanční trest nebo odnětí svobody. Patří sem heroin, kokain, konopné drogy, extáze, pervitin a další.

Podle rizika pro uživatele

Měkké drogy jsou obecně považovány za méně nebezpečné. Poškození zdraví a závislost většinou vyvolávají až po delší době nebo v menším rozsahu, proto bývají tyto drogy společností spíše akceptovány. Patří sem tabák, konopné drogy, ale také kofein.

Tvrdé drogy bývají spojeny s velkým rizikem vzniku závislosti, poškozením zdraví či sociálního prostředí uživatele. Poškození, až smrt, může někdy nastat už po prvních užitích (např. předávkováním). Patří sem: heroin, pervitin, kokain, alnagon, ale i alkohol.

Podle rizika závislosti

U drogy s mírným rizikem je riziko vzniku závislosti relativně nízké. Patří sem například kofein, marihuana a extáze.

U drog s vysokým rizikem je riziko vzniku závislosti velmi vysoké. Patří sem heroin, pervitin, organická rozpouštědla (toluen) a další.

Podle působení na psychiku

Tlumivé látky způsobují uvolnění, zklidnění, zpomalení reakcí, pasivitu, ospalost, až spánek. Poměrně rychle na ně vzniká těžká fyzická závislost, při neužití nastává abstinenční syndrom. Mezi tlumivé látky patří například heroin, morfin, alkohol, léky – anxiolytika, hypnotika a další.

Povzbuzující neboli stimulační látky ovlivňují centrální nervovou soustavu. Po aplikaci mizí únava, potřeba jíst a spát, zvyšuje se výkon a aktivita, dostavuje se pocit fyzické i duševní síly až euforie. Na stimulační drogy vzniká výrazná psychická závislost. Do této skupiny řadíme kokain, pervitin, kofein a nikotin.

Halucinogenní látky výrazně mění kvalitu vědomí, psychiku, intenzitu a hloubku prožívání. Způsobují sluchové a zrakové halucinace, zvyšují intenzitu vnímání prostoru a barev. Nebezpečím je nepředvídatelnost jejich působení. Často ovlivní rozhodnutí vyzkoušet si i tvrdší drogy. Jde například o LSD, lysohlávky a konopné drogy ("Rozdělení drog", n.d.).

Jednotlivé druhy látek

Léky

Některé léky mohou vyvolat závislost. Jedná se o léky, které převážně ovlivňují CNS. Tyto látky především snižují strach a napětí, způsobují euforii, zvyšují fyzický výkon, psychickou odolnost a mění smyslové vnímání. Často bývají léky kombinovány s jinými drogami, jsou často užívané zvláště pro svojí lehkou dostupnost (Marádová, 2006).

Tabák

V tabáku je obsažený rostlinný alkaloid, který je označován jako nikotin. Aplikuje se převážně kouřením, kdy se vdechují i ostatní rakovinotvorné látky. Nikotin vyvolává velmi silnou psychosociální závislost zhruba po dvou letech. Při dlouhodobém užívání vzniká i závislost fyzická. Kuřáky provázejí chronická onemocnění dýchacích cest, jako jsou záněty průdušek, zápaly plic, rozedma a rakovina plic, na kterou předčasně umírá většina kuřáků. Kouření cigaret bývá často označováno jako pomalá sebevražda, neboť kuřáci si zkracují život až o 20 let. První intoxikace nikotinem zpravidla způsobuje nevolnost, zvracení, bolesti hlavy a závratě. Stav můžeme nazvat mírnou otravou nikotinem. U pravidelných kuřáků potlačuje nikotin pocit únavy, navozuje příjemné uvolnění a zlepšuje soustředění. Pokud účinky nikotinu odezní, nastupuje (v důsledku silné potřeby zapálit si další cigaretu) nervozita a psychický neklid. Někteří lidé sice říkají, že kouří, protože je to uklidňuje, ale ve skutečnosti pouze kouřením udržují takovou hladinu nikotinu, na níž se stali závislí (Marádová, 2006).

Alkohol

Alkohol patří mezi drogy legální a má v naší kultuře dlouholetou tradici. Často je užíván rituálně, či při různých společenských akcích. Alkohol (ethanol) vzniká biochemickými procesy při kvašení sacharidů (z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn a brambor). Vyšší koncentrace alkoholických nápojů se dosahuje destilací. Následky užívání jsou často přehlíženy a podceňovány. Malé dávky alkoholu stimulují, velké dávky působí tlumivým účinkem (Pančocha, 2007) (Vágnerová, 2004).

Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužíváním alkoholu. Rozvíjí se zpravidla několik let, délka rozvoje závislosti je individuálně různá (Vágnerová, 2004).

Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu, se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku, tenkého střeva. U pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva.

Pro děti a dospívající je alkohol mnohem nebezpečnější než pro dospělé, neboť vážně poškozuje dosud nezralé orgány. U nás se zakazuje prodávat alkoholické nápoje mladistvým do 18 let (Zákon č. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek) (Marádová, 2006).

Konopí (marihuana, hašiš)

Nejčastější forma zneužívání je kouření, kdy k dispozici bývají směsi lisů, květů a stonků rostliny, které obsahují THC (tetrahydracannabinol). V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu. Příznaky se projeví do 15 minut, 30-60 minut trvá obluzení, které vyvolává uvolnění, euforii, ale může dojít až k halucinacím, neklidu, apatii a impulsivnímu jednání. Látky se v těle kumulují a odstranění z těla trvá nejméně 14 dnů. Dlouhodobé kouření marihuany může způsobit respirační choroby, jako je bronchitida nebo karcinom plic. Dále se pak může dostavit poškození mozkových buněk, zhoršení paměti a schopnost soustředit se, poruchy koordinace pohybu a udržování rovnováhy (Marádová, 2006).

Stimulační drogy

Látky mající povzbuzující charakter, snižují únavu či chuť k jídlu. Patří mezi ně kokain, crack, pervitin, efedrin, a další. Mezi látky stimulační řadíme i takzvané taneční drogy, pod jejichž vlivem je jedinec schopný zvládnout extrémní fyzickou aktivitu typu mnohahodinového tance. Mezi nejznámější řadíme extázi (MDMA). Zároveň potlačují vnímání pocitu hladu, žízně nebo horka. Navozují pocity vcítění, přátelskosti a sdílení. Mají i účinky halucinogenní (zkreslují vnímání barev, zvuků apod.). Pervitin a kokain dočasně stimulují psychickou i fyzickou činnost, snižují únavu a chuť k jídlu, avšak vytvářejí velmi rychle a spolehlivě psychickou závislost. U uživatele dochází ke vzniku tolerance, a tedy nutnosti zvyšovat dávky (Marádová, 2006).

Halucinogeny

Jde o rozsáhlou skupinu přírodních a syntetických látek, vyvolávajících změny vnímání, proto jde o jednu z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Tyto drogy jsou spojovány s tajemnem a mystičností, v minulosti byli součástí náboženských rituálů. Ze zástupců přírodních halucinogenů jmenujme např. psilocybin (látky obsaženy v lysohlávkách), meskalin nebo durman. Do látek upravených pro farmakologické účinky řadíme ketamin, PCP nebo asi nejznámější látku LSD (Kalina a kol., 2008).

Jejich účinky jsou nevyzpytatelné, a právě proto velmi nebezpečné. Halucinogeny ovlivňují lidské vědomí, člověk vnímá neexistující předměty, slyší neexistující zvuky, mění se vnímání prostoru i času, značné riziko představuje neznalost množství aktivní látky v substanci, vysoké dávky lysohlávek mohou způsobit vážná nevratná poškození jater nebo ledvin, způsobují měnící se nálady (od smíchu po těžké deprese), prožitek může být až děsivý.

Po užití může hrozit i sebevražda v důsledku nadměrného sebevědomí nebo naopak pod vlivem depresivních nálad. Flash back je krátkodobý stav jako po požití drogy, i když žádnou drogu člověk už delší dobu neužívá (Marádová, 2006).

Opiáty

Opiáty dnes patří k nejrozšířenějším drogám na světě. Základní surovinou je opium, které se získává ze šťávy z nezralých makovic. Opium je cenná surovina pro výrobu léků, čisticími operacemi se získává morfin, které je ve zdravotnictví využíváno k tlumení bolesti. Nelegální využití opia je celosvětově rozšířené. Jeho kouření je typické pro oblast jihovýchodní Asie. Další fáze ilegálního využívání opia vede k izolaci morfinu, který je dále chemickým postupem zpracováván na heroin. Morfin i heroin jsou v chemicky čisté podobě bílým, krystalickým práškem. V prodejní síti jsou často nažloutlé až hnědé, což je dáno přítomností různých nečistot. Heroin se aplikuje injekčně, kouřením nebo šňupáním (Marádová, 2006).

Mezi další látky vyráběné z morfia patří metadon (v ČR používán téměř výhradně jako substituční látka), hydrokodon (braun), opium, morfium a kodein. Na opiátech velmi rychle vzniká fyzická i psychická závislost. Mezi krátkodobé účinky můžeme zařadit útlum nervového systému, zpomalení srdeční akce, pokles tělesné teploty, zúžení zornic (mióza). Dlouhodobé užívání může vést k poškození organismu a snížení citlivosti k bolesti (Kalina, 2008).

Těkavé látky (inhalační drogy)

Mezi typické zástupce patří toluen, aceton, éter, chloroform a další složky některých lepidel, ředidel a rozpouštědel. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Všechny po užití ovlivňují činnost centrální nervovou soustavy. Toluen je volně prodejný v drogeriích a je relativně levný. Účinek se dostavuje během několika minut a je krátkodobý. Ke zvýšení účinku si uživatelé přetahují přes hlavu plastový sáček. Tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí. Při inhalaci toluenu se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Poruchy vědomí snadno přecházejí v bezvědomí až kómatu, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvratky. Čichání toluenu způsobuje toxické poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest (Kalina a kol., 2008), (Marádová, 2006).

2.1.3.6 Příčiny vzniku závislosti

Na vzniku drogové závislosti se podle Presla (1995) podílejí tři základní faktory

Osobnost člověka a její charakteristika

Vnik závislosti je pravděpodobnější u osob více citlivých, zranitelných, úzkostných a trpících komplexem méněcennosti. Více ohrožené jsou i osoby extrovertní, které mají sklony k impulzivitě, podrážděnosti, či zvýšené sebestřednosti a agresivitě.

Vliv prostředí

Prostředí má dle Presla (1995) zásadní vliv, neboť prostředí nás každodenně obklopuje. Patří sem mikro, mezo i makro prostředí.

Největší vliv má rodina, a především matka. Nevhodně zvoleným stylem výchovy mohou rodiče negativně ovlivnit vývoj dítěte. Problém nastává zvláště v pubertě, kdy se adolescent potřebuje vymezit vůči rodičům. Nedostatečná péče a citové strádání má také zásadní vliv na vznik závislostí. Dále závislost jednoho nebo obou rodičů je také predispozicí pro vznik závislosti u dítěte.

Nemalý vliv mají i kamarádi a vrstevníci. Ovlivňování a vzájemné působení v rámci party, mezi vrstevníky či kamarády může být kladného, ale i záporného charakteru. Jejich zájmy, životní orientace a názory tvoří ochranu nebo naopak riziko v drogové problematice. Nejrizikovější skupinou je mládež ve věku 13 – 15 let. Menší riziko vzniku drogové závislosti je u zájmových skupin.

Druhou skupinu tvoří mládež, kde je vztah k drogám velice tolerantní. Jde většinou o volná seskupení, například příznivců určité životní filozofie, kde je zde droga chápána jako prostředek k dosažení určitého příjemného stavu.

Vliv na vznik závislosti může mít i škola a zaměstnání. Mezi rizikové faktory ve škole se řadí špatný prospěch, neoblíbenost v třídním kolektivu, stres, přetížení či necitlivý přístup učitele.

Do prostředí, které nás ovlivňuje patří ještě masmédia a životní prostředí.

Droga a její charakteristika

Příčinou závislosti je i existence drogy a její velká dostupnost (Presl, 1995).

2.1.4 Prevence

Primární prevence

Primární prevence se obrací na populaci jako na celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, takzvané cílové skupiny. Primární prevence ovlivňuje názory, postoje a chování

jednotlivce prostřednictvím jeho skupiny nebo společenství a soustřeďuje se na stranu poptávky na drogovém trhu. Usiluje o to, aby se potencionální spotřebitel nestal skutečným spotřebitelem. Specifickým cílem je dosáhnout odložení kontaktu s drogou do vyššího věku (Kalina, 2003).

Mezi cíle primární prevence patří snížení poptávky po drogách a denormalizace, čili vytvoření nepříznivého klimatu pro šíření drog. Primární prevence je zaměřená zvláště na osoby ve formativním věku. V populaci by mělo dojít k drogovému uvědomění, což znamená, dosáhnout toho, aby se zjištěné poznatky uplatnily v každodenním životě (Kalina, 2003). V primární prevenci se uplatňuje KAB model (Knowledge, Attitudes, Behaviour), čili poznatky, postoje a chování. Primární prevence by měla být zaměřena na všechny tyto komponenty. Pouze poskytování informací je neúčinné a nedá se pokládat za prevenci (Kalina, 2003).

Nespecifická prevence

Primární prevence nespecifická není orientována na zneužívání návykových látek, ale zaměřuje se na podporu zdraví ve smyslu tělesném, duševním i sociálním a zdravého sociálně přijatelného životního stylu (Kalina, 2003). Rozumí se tím aktivity, jejímž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti. Programy nespecifické prevence jsou například různé volnočasové aktivity. Tyto aktivity by byly žádoucí, i kdyby neexistovaly sociálně patologické jevy (Marádová, 2006).

Specifická prevence

Specifická primární prevence představuje systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj. Právě u této populační skupiny je třeba pomocí specifických preventivních programů předcházet nebo omezovat výskyt společensky nežádoucího chování. Jasná profilace těchto programů, snaha působit selektivně, specificky na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických (Marádová, 2006).

Zásady efektivní primární prevence

a) Kombinace mnohočetných strategií, čili komplexní preventivní programy jako souhrn více faktorů a koordinovanou spolupráci různých institucí působící na určitou cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci, masmédia)
b) Kontinuita působení a systematičnost plánování
c) Cílenost a adekvátnost informací i forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím demografickým i sociokulturním charakteristikám
d) Včasný začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku
e) Pozitivní orientace primárních prevence a demonstrace konkrétních alternativ

(Kalina, 2003)

Úrovně primární prevence

Nejvyšší úroveň (makroprostředí) má masový charakter, hlavním cílem je zasáhnout co nejvíce lidí. Ovlivňuje veřejné mínění a velké skupiny mladistvých.

Ve střední úrovni (mezoprostředí) je působení zaměřeno jen na určitou lokalitu (městská část, obec) nebo na skupiny populace (děti na druhém stupni základní školy). Programy související s charakterem sídla a cílovou skupinou. Pro zajištění efektivity je třeba vytvářet dlouhodobé a koncepční programy.

Třetí úroveň (mikroprostředí) působí na přesně definovanou skupinu (žáci devátých tříd). Tato cesta je nejefektivnější a používanými formami jsou přednášky a besedy, komponované pořady, peer programy, či dlouhodobé programy (Kalina, 2003).

Organizační systém primární prevence v České republice

V České republice se na systému primární prevence kromě Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy podílejí ještě Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany, Ministerstvo financí a Ministerstvo spravedlnosti. Nadresortními orgány jsou Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra. V rámci této úrovně byly ustanoveny při ministerstvu Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů složená ze zástupců věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných odborníků na danou problematiku. Cílem těchto pracovních skupin je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč resorty (Marádová, 2006).

Primární prevence u osob s tělesným postižením

Zcela specifickou primární prevencí je prevence u osob s tělesným postižením. Těm by mělo být kromě obecných informací o vlivu návykových látek ozřejměno, že i mírné dávky alkoholu mohou zvýšit riziko zdravotních komplikací, úrazů a problémů v zaměstnání. Alkohol a jiné drogy vedou u tělesně postiženého k většímu narušení motorické koordinace a svalové kontroly, a tím ještě více znesnadňují motorickou činnost. I malé množství alkoholu může být zdraví škodlivé v kombinaci s užívanými léky (Pančocha, 2007).

Sekundární prevence

Úkolem sekundární prevence je předejít vzniku nebo alespoň snížit rozvoj a přetrvávání problémového užívání u osob, které jsou užíváním drogy zasaženi. Jedná se o včasnou intervenci, poradenství a léčení.

Terciární prevence

Terciální prevencí se rozumí předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci rizik u neabstinujících uživatelů.

Prevence MŠMT

MŠMT metodicky vede síť koordinátorů, tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogiko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních) (Marádová, 2006).

2.1.5 Systém péče

Historie léčby závislosti v ČR

1909 – protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě

1910 – protialkoholní léčebna v Brně

1923 – protialkoholní zákon – licence na prodej alkoholických nápojů

1925 – použita averzivní léčba (léčba navozující odpor k požití alkoholu na základě podmíněného reflexu)

1928 – protialkoholní poradna v Praze

1948 – založen socioterapeutický klub KLUS v Praze

1948 – přijat zákon o potírání alkoholismu (č. 97/1948 Sb.) s možností povinného léčení nařízeného okresními národními výbory

1949 – léčba Antabusem

1950 – zavedena ochranná protialkoholní léčba (trestní zákon č. 70/50 Sb.)

1956 – začlenění protialkoholních poraden do psychiatrických poliklinik

1962 – přijat zákon č. 120/1962 Sb. O boji proti alkoholismu

1967 – zřízení střediska pro děti, mládež a rodinu při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze

1970 – zavedena ochranná ambulantní protialkoholní léčba

1982 bylo v Československu 233 ordinací

1978 – první ambulantní zařízení pouze pro nealkoholové závislosti (Středisko drogových závislostí)

1989 – zákon o ochraně společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi

Po roce 1989 – nestátní a neziskový sektor (mezi první patřili DROP-IN a SANANIM)

Zakládána nízkoprahová centra, terénní programy, programy minimalizace škod, doléčovací programy, dlouhodobé terapeutické komunity (Kalina, 2003).

Složky systému péče

Systém péče v ČR je relativně ucelený a funguje jako síť poradenských, léčebných a sociálních služeb pro uživatele návykových látek.

Všechny složky systému by měly splňovat určitá kvalitativní a kvantitativní kritéria. Mezi kvalitativní kritéria řadíme vnitřní strukturu péče. Čili komplexnost, schopnost pokrýt potřeby různorodých skupin s ohledem na stupeň rozvoje a rozsah problémů závislosti, provázanost systému a efektivitu. Kvantitativními kritérii jsou hlavně rozsah a dostupnost péče (Kalina, 2003).

Mezi jednotlivé složky systému pak patří terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, detoxikační jednotky, substituční léčba, ambulantní léčba, denní stacionáře, terapeutické komunity, doléčovací programy a další (Kalina, 2003).

Psychoterapeutické přístupy

Mezi hlavní psychoterapeutické přístupy patří přístup individuální a skupinový.

Při individuálním je hlavní práce s jednotlivcem a nejčastěji používanou metodou je rozhovor. Jako nejefektivnější část práce je brán čas mezi 50 – 90 minutou rozhovoru.

Frekvence setkání bývá většinou 1 - 2x týdně po dobu 3 - 6 měsíců. Terapie může být zaměřena na dva směry, na ovlivňování symptomu nebo na osobní růst.

Při skupinovém přístupu je hojně využívaná skupinová dynamika. Na skupinu je jeden nebo více terapeutů. Často následuje po terapii individuální. Skupinová terapie může mít uzavřený charakter, kde všichni členové skupiny začínají a končí stejně, nebo otevřený, kdy dochází k průběžnému střídání členů. Účinnými faktory ve skupinové terapii je především členství ve skupině, emoční podpora, odreagování, zpětná vazba a konfrontace. Formou skupinové terapii může být i doléčování, setkání bývá ve večerních hodinách po práci.

Terapeut má velký vliv a jeho prací je hlavně podněcovat, motivovat a emočně podporovat (Kalina, 2003).

2.1.6 Návykové látky u osob s tělesným postižením

Osoby se zdravotním postižením se dají zařadit do takzvaných rizikových skupin, neboť je u nich větší riziko vzniku závislosti než u běžné populace. Z dosavadních studií vyplývá, že ve všech skupinách lidí s postižením je vyšší výskyt užívání alkoholu a dalších drog než ve všeobecné společnosti (Sales, 2000). V této skupině je dvakrát až pětkrát vyšší prevalence (Greer, Roberts, May & Jenkins, 1988).

Osoby s tělesným postižením častěji prožívají negativní emoce a mají nižší úroveň sebehodnocení (Kessler & Klein, 1995)

Sales (2000) ve své studii uvádí, že větší pravděpodobnost užívání látek je z důvodu frustrace ze sociálního prostředí. U těchto osob je i větší touha dostat se mimo realitu.

Roli také mohou hrát chronické bolesti, rodinné problémy, málo podpory, vysoká míra nezaměstnanosti a příliš mnoho volného času.

Dále přetrvává nedostatek vhodné prevence a informací o zdravotním postižení v souvislosti s užíváním návykových látek.

Osoby s postižením mají také snadnější přístup k lékům, zejména na zmírnění bolestí nebo svalových křečí (Greer, Roberts, May & Jenkins, 1988).

Může začít docházet ke zneužívání předepsaných léků, kdy jsou léky užívány častěji nebo ve větším množství, než je předepsáno lékařem. Mezi takové léky často patří diazepam, sedativa, hypnotika, barbituráty, paracetamol, antidepresiva, anticholinerika, amfetaminy a opioidní analgetika (Pančocha, 2007). Dle výzkumu Heinemanna (1993), který zkoumal skupinu 96 osob s poraněním míchy, užívalo 43 % respondentů nějakou látku, na které je možný vznik závislosti. Dále pak 24 % dotazovaných uvedlo zneužívání léků.

Velké riziko také spočívá v tom, že předepisované léky, například na svalovou spasticitu, mohou v kombinaci i s malým množstvím alkoholu působit škodlivě (Moore & Polsgrove, 2009).

U osob s tělesný postižením také může docházet k polyfarmacii, kdy jedinec získává léky od více lékařů současně (Falvo, Holland, Brenner & Benshoff, 1990).

Prevalence se však liší dle etiologie tělesného postižení. Zvláště rizikovou skupinou jsou lidé se získaným tělesným postižením po traumatických úrazech páteře s následným poraněním míchy (Pančocha, 2007). Dle Heinemanna (1993) bylo v době úrazu 50 % respondentů pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

Studie, která byla prováděna v roce 1989 u vysokoškolských studentů s tělesným postižením, prokázala větší míru zneužívání drog u studentů se získaným tělesným postižením než u studentů s tělesným postižením vrozeným. Nejvíce pak u těch, kdy k úrazu došlo pod vlivem alkoholu nebo jiných drog (Moore & Polsgrove, 2009).

Další studie zaměřená na užívání alkoholu a drog u osob s nedávným poraněním míchy porovnává 103 respondentů, kteří měli v minulosti zkušenost s užíváním návykových látek. V době úrazu bylo intoxikováno 39 % respondentů. V následné době bylo u těchto osob pozorováno užívání látek ve větší míře, než u ostatních (Heinemann, Mamott & Schnoll, 1990).

Z Pančochovy (2007) studie vyplývá, že jedinci s poraněním míchy byli často odvážní a velmi fyzicky aktivní, většinou bez zájmu o intelektuální činnost. To vedlo i k obtížnější adaptaci na omezenou hybnost. Docházelo i ke vzniku deprese, či zneužívání léků a pokračování v užívání alkoholu a jiných látek.

Typologie tělesně postižených vzhledem k návykovým látkám

Do skupiny typu A řadíme jedince, kteří měli problémy s alkoholem či jinými látkami již před vznikem tělesného postižení. Typ B jsou jedinci, u kterých se problémy začaly objevovat až po vzniku postižení.

Dle této typologie lze stanovit předpokládaný vývoj onemocnění, plánování terapie či stanovení reálných cílů léčby (Glass, 1980-1981).

Příznivější průběh léčby bývá u osob typu B. Avšak dle průzkumů více osob spadá do kategorie typu A. Například dle Heinemanna, Dolla a Schnolla (1989) je známo, že z celkového počtu 103 osob s traumatickým poraněním míchy bylo 65% osob typu A, 6% respondentů typ B a 29% neudávalo žádné problémy s psychoaktivními látkami ani před ani po úrazu.

2.2 Tělesné postižení

Zdravotní postižení je obecně definováno jako ztráta nebo porucha určitého orgánového systému nebo narušení, omezení, či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, či kompetencí (Vágnerová, 2004). Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchylky od normálního tvaru těla a končetin (Renotiérová, 2002). Světová zdravotnická organizace (WHO 1980) definuje postižení jako částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánů.

2.2.1 Terminologie

Pojmem vada či poškození se rozumí podstatná somatická změna v důsledku nefunkčnosti podpůrného a pohybového aparátu či jiných orgánových soustav. Omezení či snížení pohybového výkonu může být v rovině kvantitativní či kvalitativní a je měřeno vzhledem k normální výkonnosti v závislosti na věku a životním prostředí. Termínem postižení se rozumí trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, snížená sociální interakce, neúplné nebo chybějící přebírání společenských rolí, které odpovídají věku a pohlaví (Vítková, 2006).

WHO 1980

World Health Organization v roce 1980 představila nový model, kde jsou rozlišené pojmy impairment (porucha, poškození), disability (funkční defekt, omezení) a handicap (projev v sociálním kontextu).

Vítková (2006) popsala tyto dimenze v kontextu somatopedie následovně:

Impairment (porucha, vada) je postižení systému pohybového, podpůrného, či jiných orgánů, vedoucí k podstatným somatickým změnám.

Disability (omezení, funkční defekt), zde jde o kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu vzhledem k výkonnosti normální, běžné v závislosti na věku, konstituci a vzhledem k životnímu prostředí.

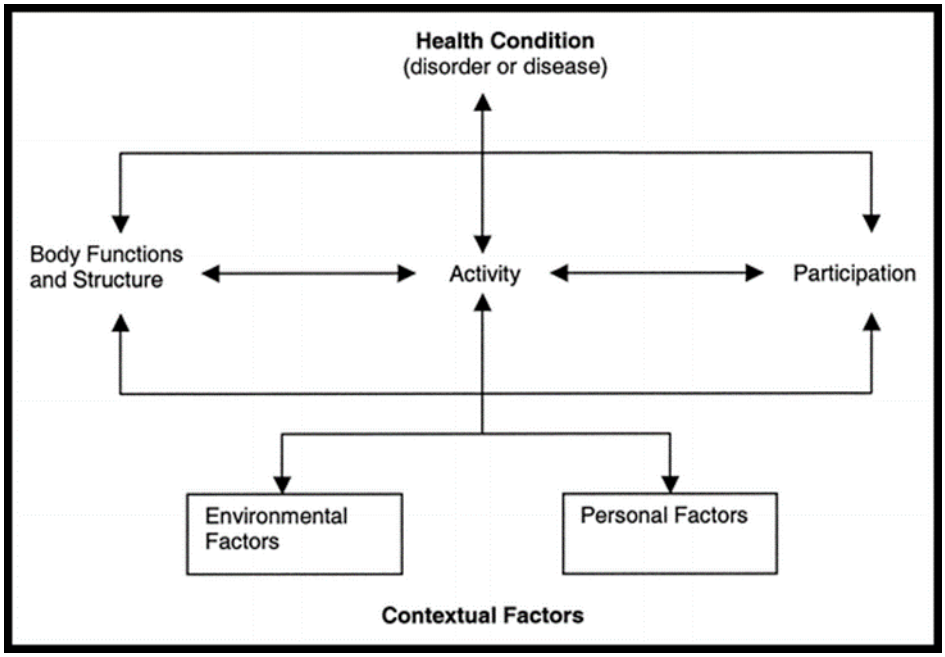
U handicapu (postižení) se jedná se o trvalé a podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztíženou sociální interakci, neúplné, nebo chybějící přebírání sociálních rolí v souladu s pohlavím a věkem.

WHO ICF 2001

Dále pak WHO vydala v roce 2001 průlomový dokument International

Classification of Functioning. Tento model se zaměřuje na možnosti provádět aktivity a zapojovat se do sociálního života a odděluje přímou souvislost mezi poruchou či postižením a dopady na společenský život (handicap). V procesu dynamické interakce jsou ještě složky kontextuálních faktorů: a) environmentální faktory a b) osobnostní faktory. Tyto kontextuální faktory pak ovlivňují míru aktivity a participace (viz. Obrázek č. 1).

Obrázek č. 1 WHO – ICF 2001 (WHO, 2001)



Aktivita: vykonání úkolu vybraným jedincem

Limitace: potíže, na které můžeme narazit při vykonávání úkolu

Participace: zapojení se do životních situací

Bariéry v participaci: potíže, na které můžeme narazit při participaci v běžných životních situacích.

Kontextuální struktura ICF

a) Kontextuální environmentální (vnější) faktory

Environmentální faktory mohou podle ICF vytvářet nepřekonatelné bariéry nebo naopak facilitovat participaci v závislosti na míře následujících podmínek:

Pomůcky a technologie pro zlepšení přístupnosti

Přírodní prostředí a lidské zásahy do tohoto prostředí

Podpora a vztahy partnerů a blízkých osob

Postoje trenérů, učitelů, vrstevníků, a blízkých osob

Služby, systémy a předpisy, včetně dopravy

B) Kontextuální osobnostní (vnitřní) faktory

Osobnostní faktory, které nesouvisejí s daným zdravotním postižením, například pohlaví, somatotyp, osobnostní atributy jako smysl pro zodpovědnost či aspirační úroveň, mohou ovlivnit míru participace (účasti) a výsledky daných aktivit v určitém specifickém kontextu. Analýza kontextuálních osobních a environmentálních faktorů a následná vhodná intervence může redukovat nechtěné následky zdravotních postižení.

Tabulka č.1 Kontextuální struktura ICF (WHO, 2001)

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">1. část</th><th colspan="2">2. Část</th></tr>
<tr><td>Komponenty</td><td>Těl. fce a struktury</td><td>Aktivity a participace</td><td>Environmentální faktory</td><td>Osobní faktory</td></tr>
<tr><td>Domény</td><td>Těl. fce a struktury</td><td>Životní oblasti (úkoly)</td><td>Vnější vlivy na fungování a postižení</td><td>Vnitřní vlivy na fungování a postižení</td></tr>
<tr><td>Konstrukty</td><td>Změny v těl. funkcích (fyziologické)

Změny v těl. Strukturách (anatomické)</td><td>Kapacita k provedení úkolu ve standard. podmínkách

Provedení úkolu ve stávajících podmínkách</td><td>Facilitující či negativní vliv projevů fyzického, sociálního a postojového světa</td><td>Vliv atributů jednice</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Pozitivní aspekt</td><td>Funkční a strukturální integrita</td><td>Aktivity
Participace</td><td rowspan="2">Facilitátoři</td><td rowspan="2">-----</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fungování</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Negativní aspekt</td><td>Poškození</td><td>Limitace v aktivitách
Restrikce v participaci</td><td rowspan="2">Bariéry</td><td rowspan="2">------</td></tr>
<tr><td colspan="2">Postižení</td></tr>
</table>

Aktivity a participace

Model ICF upozorňuje na možnosti omezení níže zmíněných aktivit z důvodů zdravotních oslabení, poškození, či postižení:

a) učení se novým věcem

b) běžné úkoly

c) komunikace

d) mobilita

e) sebeobsluha

f) život v soukromí

g) interpersonální interakce

h) důležité životní oblasti

i) společenský život, komunita.

2.2.2 Klasifikace tělesného postižení

Primární a sekundární postižení

Primární poruchou hybnosti je označováno přímé poškození pohybového aparátu (kosterně-svalový systém, nervový systém). Mezi tato postižení patří například dětská mozková obrna, rozštěp páteře, progresivní svalová dystrofie a další.

Sekundární omezení hybnosti je důsledkem jiných chorob, které pohybový aparát nezasáhly přímo, například onemocnění kloubů, myopatie, úrazy (Rybová n. d.).

Dle místa postižení

Postižení dle místa můžeme podle Vítkové (2006) rozlišovat na obrny, deformace, malformace a amputace.

Obrny mohou být centrální, které mají souvislost s centrální nervovou soustavou (mozek, mícha). Další typem jsou periferní obrny (obvodové nervstvo).

Podle rozsahu a stupně postižení lze rozlišovat parézy a plegie. Zatímco u paréz jde o ochrnutí částečné, plegií rozumíme ochrnutí totální. Tyto obrny lze dělit podle svalového tonu na hypertonie (spasticita) a hypotonie (ataxie) nebo atetózu (střídavý tonus).

Podle počtu ochrnutých končetin rozlišujeme monoparézy, monoplegie, diparézy, diplegie, hemiparézy, hemiplegie, tetraparézy, tetraplegie, kvadruperézy a kvadruplegie.

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Například deformity páteře, kyčelního kloubu, či pletence ramenního.

Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny.

Dalším typem jsou amputace, kdy jde o úplné nebo částečné chybění končetiny (Vítková, 2006).

Vrozené a získané tělesné postižení

Tělesné postižení může vzniknout na základě dědičnosti, nemoci či úrazu, rozlišujeme proto postižení vrozené a získané. Doba vzniku postižení jednoznačně ovlivňuje psychický stav jedince.

2.2.3 Získané tělesné postižení

Ochrnutí po poranění mozku

Otřes mozku nemusí vyvolat žádné následky, někdy se objevují výpadky paměti, bolesti hlavy, či závratě. Působením většího zevního násilí dochází ke zhmoždění mozku nebo jeho části. Pokud jedinec úraz přežije, mohou zůstat trvalé následky. Z hybných poruch nejčastěji spastická hemiparéza nebo spastická paraparéza (Rybová n. d.).

Ochrnutí po poranění míchy

K poškození míchy dochází po těžkých úrazech páteře. Rozsah ochrnutí závisí na výšce poškození míšní léze. Mezi nejčastější příčiny úrazů patří autohavárie a skoky do mělké vody. Podle výšky léze rozeznáváme několik typů ochrnutí.

Při poškození míšních kořenů v oblasti dolní páteře dochází k neúplnému ochrnutí (paréze) dolních končetin, takto postižené osoby většinou dokážou chodit o francouzských holích (Rybová n. d.).

O poúrazovou paraplegii se jedná po poranění míchy v oblasti hrudní a horní bederní páteře. Za jistých podmínek je možné, aby se jedinec naučil chodit v aparátech, avšak tato chůze je většinou velice nejistá a slouží jako rehabilitační cvičení. Osoby s paraplegií používají celodenně vozík.

Poúrazová kvadruplegie vzniká po poškození míchy v oblasti krční partie, většinou dochází k úplnému ochrnutí dolních končetin. Ochrnutí rukou může být v různém stupni a je vždy horší v nižších partiích. Postiženo bývá i břišní a zádové svalstvo (Rybová n. d.).

Amputace dolních končetin

K amputacím dochází po vážných devastujících poraněních, zvláště pokud jsou poraněny cévy. Amputace se také provádí, pokud infekce celkovými septickými projevy ohrožuje život, nebo při dlouhotrvajícím nevyléčitelném místním onemocnění (Rybová n. d.).

Úrazové poškození periferních nervů

Neuropraxis je přechodně porušené vedení nervu. Toto postižení vzniká obvykle při zavřeném tupém poranění periferního nervu. Tím dojde k dočasnému ochrnutí svalů, které jsou tímto nervem inervovány, brzy však dochází k zotavení.

Axonomesis je těžší stupeň úrazového poškození nervů, zde dochází k přerušení celistvosti axonů. Důsledkem je přechodná denervace (ztráta spojení svalu s nervem), vznik chabé obrny a poruchy čití v oblastech postiženého nervu. K regeneraci dochází tím, že u části spojené s buňkou vyrůstá nové osové vlákno degenerovaného periferní části nervu.
Neurotmesis je nejtěžším stupněm poranění periferního nervu. Zde se jedná o úplné přerušení nervu, kdy oba konce jsou od sebe oddáleny a je třeba chirurgického zákroku k jejich scelení, aby mohlo dojít k regeneraci (Renotiérová, 2002).

Infekční obrna

Infekční obrna, neboli poliomyelitis, vzniká nekrózou gangliových buněk v předních rozích míšních. Postihuje celý neuromuskulární aparát, čili svaly a fascie. Postižené svaly jsou nejdříve trvale ve spazmu, po odeznění spazmu dojde k ochabnutí a atrofii. U infekční obrny nejčastěji dochází k ochrnutí dolních končetin a také k poruše rovnováhy sil mezi postiženými a nepostiženými skupinami svalů, kdy potom svaly primárně nepostižené přetahují svaly ochrnuté a tím dochází k poruchám a deformitám na kostech a kloubech (Rybová n. d.).

Po nasazení Salkovy vakcíny proti obrně se přestaly objevovat čerstvé případy poliomyelitidy (Renotiérová, 2002).

Revmatická onemocnění

Akutní revmatismus

Příčinou akutního revmatismu bývá streptokoková infekce, která postihuje především velké klouby (kolenní, ramenní, loketní, hlezenní). Může se však objevit i revmatický zánět srdce, který může způsobit i úmrtí. Akutní revmatismus se nejčastěji vyskytuje u dětí ve věku pět až patnáct let (Rybová n. d.).

Chorea minor

Chorera minor neboli tanec svatého Víta je postižení centrálního nervového systému. Objevuje se u dětí mezi osmým až desátým rokem, kdy děti začnou být nápadně neklidné a objevují se záškuby v obličeji nebo na končetinách. Nemoc trvá tři až čtyři měsíce (Renotiérová, 2002).

Vleklý kloubní revmatismus

Toto postižení má za následek úplnou kloubní ztuhlost a omezení hybnosti. Na horních končetinách dochází ke ztrátě uchopovací schopnosti ruky (Rybová n. d.).

Perthesova nemoc

Při této nemoci je postižena hlavice stehenní kosti zánětem a postihuje zejména děti ve věku pěti až sedmi let. Léčba trvá jeden až dva roky a vyžaduje především klid na lůžku. Při promeškání včasné diagnózy je nezbytný chirurgický zásah, při kterém dojde k celkové náhradě hlavice stehenní kosti, tato operace se musí v průběhu růstu dítěte několikrát opakovat (Renotiérová, 2002).

Progresivní svalová dystrofie

Svalové dystrofie začínají nejčastěji v dětství a projevují se postupným chudnutím svalů. Svaly se rozpadají a zanikají, místo nich se vytváří bezcenné vazivo s příměsí tuku. Nemoc se z pravidla zhoršuje před nástupem do školy a v pubertě. Na vzniku nemoci se podílejí poruchy hormonálního a metabolického systému (Kraus & Šandera, 1975).

U svalové dystrofie rozlišuje dva typy, sestupný a vzestupný typ. Sestupný typ začíná na svalstvu pletence ramenního a odtud se šíří přes horní končetiny na svaly trupu a beder, dále pak na svalstvo pletence pánevního a na dolní končetiny.

Naopak u typu vzestupného jde oslabení od pánevního pletence k bedernímu svalstvu a šíří se většinou vzhůru (Rybová n. d.).

Rozlišujeme čtyři typy svalové dystrofie.

Duchenova svalová dystrofie se objevuje jen u chlapců, nejčastěji mezi třetím a pátým rokem. Vyznačuje se celkovou svalovou neobratností, například při běhání či při chůzi do schodů. Postupně se rozvíjí myopatický syndrom. Kolem dvanáctého roku je chůze jedince prakticky nemožná a pohyb je možný jen na ortopedickém vozíku. Častá je také kardyomyopatie a kolem dvacátého roku může docházet k úmrtí, v důsledku dystrofie srdečních či respiračních svalů.

Dalším typem je Eale ickerova muskulární dystrofie, která je méně progresivní a začíná později.

U pletencové formy svalové dystrofie se postupně rozvíjí pletencová slabost s myopatickým syndromem dolních končetin. Může docházet také k hypertrofii lýtek či jiných svalů.

Forma fascio-skapulo-humerální se může rozvinout v jakémkoli věku a projevuje se oslabením fixátorů lopatek, oslabením svalstva paží a svalů mimických (Rybová, n. d.)

2.2.4 Získané postižení a jeho vliv na psychiku

Postižení ovlivňuje jedince nejen po stránce fyzické, ale též po psychické stránce a projeví se na celkovém rozvoji jeho osobnosti. V důsledku postižení vytváří specifické sociální situace a spoluurčuje postavení jedince ve společnosti. Člověk je svým postižením znevýhodněn, tedy handicapován. Handicap je psychosociální kategorií, která označuje míru postižení daného jednice nejen biologicky, ale i mírou jeho subjektivního vyrovnávání se se vzniklou situací (Vágnerová, 2004).

Vrozené postižení velmi ovlivňuje vývoj dítěte. Dítě nezískává dostatek zkušeností jako jeho zdraví vrstevníci. Tento typ postižení nemusí být pro dítě až tak traumatizující, neboť nemá přehled o normálním fungování světa. Avšak těžší vyrovnávání se situací mají rodiče dítěte. Dítě se postupně adaptuje a uvědomuje si, že je odlišné od ostatních. V pozdějším věku si je vědomé toho, že nemá takové možnosti jako ostatní, ale mnohdy ani neví, o co přesně přichází (Vágnerová, 2004).

Naopak postižení získané způsobuje silné emoční trauma. Člověk už může srovnávat a uvědomuje si, co ztratil. Svůj aktuální stav považuje za jednoznačně horší. Vyrovnávání se se vznikem postižení závisí kromě jiného také na dosaženém vývojovém stupni jedince. Velmi často převládají negativní emoce jako deprese, nepochopení, negace, koncentrace na problém (ruminace) (Vágnerová, 2004).

Na rozdíl od dětí s vrozeným postižením si adolescenti a dospělí uvědomují přesah vzniku postižení do budoucnosti. U adolescentů může se vznikem postižení dojít k deformaci identity, regresi či k přechodu na nižší vývojový stupeň. Zásadní však je, že většinou nejsou narušeny vztahy se zdravou společností a často zůstávají kompetence, které lze dále uplatnit (Vágnerová, 2004).

Po vzniku úrazu většinou následují u jedince tyto čtyři fáze, u každého však trvají různě dlouhou dobu:

a) Fáze latence

Člověk ještě není dostatečně informován o svém stavu, neví, jaké bude mít postižení následky. Myslí si, že jde jen o přechodný problém, má strach z budoucnosti, avšak nemyslí si, že toto je konečný stav. Zatím nemění své plány, postoje a hodnoty.

b) Fáze pochopení traumatizující reality

V této fázi je jedinec v šoku a chce se léčit. To, že by jeho stav mohl být neměnný, zatím popírá.

c) Fáze protestu a smlouvání

Pro jedince je nepřijatelný život s postižením, nechce žít, ani rehabilitovat, obviňuje ostatní, prožívá pocit hořkosti.

d) Fáze postupná adaptace

Jedinec se začíná učit novým způsobům pohybu a sebeobsluhy, někdy si však nevěří a vědomě blokuje rozvoj těchto kompetencí. Nebo naopak může docházet k tomu, že se snaží zvládnout více, než je mu doporučeno. V této fázi se člověk navrací zpět do společnosti, avšak zaujímá jinou pozici, než na kterou byl zvyklý (Vágnerová, 2004).

Jelikož po návratu z léčebny je prakticky rozbitá identita člověka, musí si tuto identitu znovu vybudovat. To znamená hledání nového smyslu života, nového cíle směřování a změnu životních hodnot. Také postupem času musí dojít k sebepřijetí, avšak to je velice zdlouhavý proces. Na této náročné cestě se objevuje mnoho překážek a potíží, nápomocná je však víra ve smysluplnost těchto těžkostí. Postupně dochází k osobnímu růstu a získávání nadhledu a celkové změně k lepšímu. Důležité je nepodlehnout depresím a sebelítosti (Vágnerová, 2004).

Zvládnutí takto velké zátěže však není vůbec snadné, proto je důležitá podpora ze strany rodiny, přátel a státního systému. Pro jedince je těžké přijmout roli závislého, důležité je však poznat své reálné možnosti (Vágnerová, 2004).

U vztahů s vrstevníky často dochází ke změně přátel, neboť dochází k přeměně osobnosti a odcizení se. Může se však stát i to, že jedinec není schopen se chovat k ostatním přijatelně a obviňuje je za lepší život. Dřívější přátelé mají často s postiženým soucit, ale vytrácí se přátelství (Vágnerová, 2004).

Po návratu domů z léčebny se objevují problémy jak s bariérovostí, tak s tím, že jedinec není schopen žít tak jako doposud. Často může docházet ke srovnávání se se zdravou společností, jedinec nechce být horší. Postupně dochází i k hledání výhod, například jedinec je empatičtější a má schopnost generativity (Vágnerová, 2004).

Dospělý člověk zastává v životě tři role: profesní, partnerskou a rodičovskou. Člověk s postižením někdy není schopen zastat všechny tyto role.

Po stránce profesní dochází k hledání vhodného zaměstnání, ve kterém by měl jedinec možnost seberealizace. Dochází k úpravě pracovních podmínek, můžeme se však setkávat s neochotou a nepřipraveností majoritní společnosti. Díky získání zaměstnání má člověk pocit užitečnosti, aktivizuje se, navazuje nové kontakty a nedochází k úpadku kompetencí. Někteří

lidé však zůstávají doma s invalidním důchodem, zde je velké riziko pocitu méněcennosti a osobní nespokojenosti. Důležité je si najít nějakou denní náplň. Jedinec se také může bát kontaktu se společností, cítí se víc ohrožen nebo se bojí nepřijetí. Z tohoto důvodu může hledat únik z reality například v konzumaci alkoholu či drog.

Partnerská role má velký význam, jde i o sociální hodnotu a důkaz normality. Avšak výběr partnera může být ovlivněn více jeho dostupností, než osobnostními vlastnostmi. Pokud je tato role nenaplněná, může docházet k sociální deprivaci nebo fixaci na osobního asistenta či zdravotnický personál. V partnerském vztahu může docházet ke změně rolí a asymetričnosti vztahu. Postižení může být dominantním znakem a překrývá gender. Míra subjektivního vnímání handicapu se snižuje, pokud si jedinec udrží nebo najde partnera bez postižení.

Pokud se podaří naplňovat rodičovskou roli, dochází k uspokojení seberealizace a potvrzení normality. Někdy však u mužů důsledkem úrazu může dojít k impotenci. Někdy se objevuje i tlak okolí na bezdětnost z důvodu rizika postižení dítěte. Lidé s postižením však tento fakt často chápou jako nesvobodu a prosazením dítěte mají pocit výhry nad zdravými. Rodičovská potřeba se však obvykle nasytí narozením prvního potomka a další rozhodování už je více racionální (Vágnerová, 2004).

Tělesné postižení a kontakt se společností

Většinová společnost má často obavy při setkání se s jedincem s postižením. Mnohdy neví, jak se k němu chovat a má určitý ostych. Většinou jsou lidé ohleduplnější, avšak mají tendence postiženého podceňovat. Pro někoho však mohou být postižení předmětem hrůzy či odporu, většinou se však setkáváme se soucitem.

Postoje k lidem s postižením

Zdraví jedinec si při setkání uvědomuje svou zranitelnost.

Pro zdravého jedince je jednodušší nahlížet na lidi s postižením s určitými předsudky, než chtít poznat osobnost tohoto člověka. Také se zde vyskytuje tendence generalizovat.

Lidé s postižením zaujímají specifickou sociální roli, na jedné straně mají právo na toleranci, avšak často nejsou považováni za rovnocenné partnery a může docházet k manipulaci.

Zařazení do majoritní společnosti není snadné, lidé s postižením mohou mít dojem, že zdraví nemají zájem o spolužití. Sebeidentifikace je dlouhodobým procesem, avšak postupně se jedinec může naučit žít ve společnosti jako před vznikem postižení. K adaptaci musí dojít na kognitivní i emotivní úrovni. Jedinec však musí mít dostatek motivace a podpory od

ostatních. Někdy však člověk nechce vyjít z komunity osob s postižením, cítí se zde bezpečněji a více si rozumí s tím, kdo má podobné problémy (Vágnerová, 2004).

Rozlišujeme dva typy důsledků handicapu, funkční a estetický (tělesná deformace). Funkční handicap se projevuje jako omezení samostatnosti, posiluje závislost na jiných lidech a zabraňuje získání zkušeností.

Handicap se také liší podle toho, zda je zachovaná hybnost některých částí těla. Hybnost dolních končetin slouží k lokomoci, odpoutání se ze závislosti, umožňuje získávat nové poznatky a zkušenosti. Naopak funkčnost horních končetin umožňuje, sebeobsluhu, aktivní kontakt s prostředím, citový vztah s blízkým člověkem nebo manuální zručnost. Mluvidla a mimické svaly, jsou zdrojem komunikace. Řečová porucha však silně ovlivňuje sociální postavení jedince.

Estetickým handicapem je jedinec také silně ovlivněn, neboť tělo funguje jako důležitá složka sociální prezentace.

Člověk prožívá jinak svou tělesnost, často má jen pocit hlavy a od zbytku těla je odtělesnění. Po amputaci se často objevují bolesti chybějících končetin, takzvaná fantomova nemoc.

Tato trauma musí být kompenzována novou vnitřní rovnováhou, intelektuálním úspěchem, duchovní oblastí nebo zvýrazněním hezkých částí těla. Avšak na druhé straně může docházet ke kompenzaci alkoholem či užíváním jiných drog (Vágnerová, 2004).

3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jakou roli mají návykové látky v životech lidí se získaným tělesným postižením.

Mezi dílčí cíle patří zjistit, zda se změnil vztah k těmto látkám od doby před vznikem postižení a nyní. Dále pak zjistit, zda u osob s tělesným postižením došlo ke změně zájmů, a zda na to měly návykové látky vliv.

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jakou roli mají návykové látky v životě člověka se získaným tělesným postižením?

Dílčí výzkumné otázky:

Mají návykové látky své místo v životě lidí se získaným tělesným postižením?

Jakou roli látky plnily před úrazem/ před nemocí?

Jakou roli tyto látky zaujímají nyní?

Jak se změnil vztah k těmto látka od doby před úrazem a nyní?

4 METODIKA

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty pro výzkum byly osoby se získaným tělesným postižením. Osloveni byli klienti organizací Spolek Trend Vozíčkářů Olomouc a Centra Paraple o.p.s. Výzkumný soubor tvořily osoby se získaným tělesným postižením, užívající mechanický nebo elektrický vozík. Výzkumu se zúčastnili tři muži a jedna žena ve věkové rozmezí 28 - 51 let. Tři respondenti měli trvalé postižení následkem úrazu, jeden z respondentů se ocitl na invalidním vozíku z důvodu nemoci. U všech respondentů je doba od vzniku postižení minimálně pět let.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žena	1	25 %
Muž	3	75 %
Celkem	4	100 %

Tabulka č. 2 Dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Základní	0	0 %
SŠ bez maturity	1	25 %
SŠ s maturitou	3	75 %
Vysokoškolské	0	0 %

Tabulka č. 3 Rodinný stav respondentů

Rodinný stav	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Svobodný	2	50 %
Ženatý/vdaná	1	25 %
Rozvedený	1	25 %

Tabulka č. 4 Druh tělesného postižení

Druh tělesného postižení	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Paraplegie	1	25 %
Kvadruplegie	2	50 %
Amputace dolních končetin	1	25 %

Tabulka č. 5 Doba užívání invalidního vozíku

Doba užívání invalidního vozíku	Počet respondentů	Počet respondentů v %
1 - 5 let	0	0 %
5 - 10 let	2	50 %
10 - 15 let	1	25 %
15 - 20 let	0	0 %
20 - 25 let	1	25 %

Tabulka č. 6 Typ soužití

Typ soužití	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Sám	1	25 %
S rodiči	1	25 %
S rodinou	1	25 %
S komunitou	1	25 %

Tabulka č. 7 Vliv látky v době úrazu/onemocnění

Vliv látky v době úrazu/onemocnění	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Ano	3	75 %
Ne	0	0 %
Není uvedeno	1	25 %

4.2 Popis organizací

Centrum Paraple je obecně prospěšná společnost založená Zdeňkem Svěrákem a občanským sdružením Svaz paraplegiků (dnes Česká asociace paraplegiků) v roce 1994. Centrum Paraple pomáhá lidem, kteří ochrnuli po úrazu nebo po nemoci, zvládnou těžkou životní situaci. Hlavní poskytovanou službou je pobytová sociální rehabilitace, což je komplexně propracovaný systém péče, pomoci, podpory a terapeutického působení multidisciplinárního týmu. Tato služba se poskytuje ve třítýdenních cyklech, kapacita jednoho cyklu je 20 osob.

Spolek Trend Vozíčkářů Olomouc je organizace napomáhající všestranné integraci těžce tělesně postižených občanů. Posláním organizace je vytvářet podmínky pro prosazování rovnoprávného a rovnocenného postavení člověka s fyzickým a kombinovaným postižením ve společnosti. Organizace poskytuje tyto sociální služby: osobní asistence, sociální rehabilitace, odborné poradenství a půjčovna kompenzačních pomůcek.

4.3 Průběh výzkumu

V lednu 2019 jsem požádala Komisi etickou FTK UP o vyjádření k mému výzkumnému šetření. Vyjádření etické komise přikládám v příloze č. 1. Součástí žádosti byl i informovaný souhlas a dopis pro organizace.

Dále jsem oslovila organizace a požádala o rozeslání emailů uživatelům. Následně mi pracovníci organizací poskytli kontakty na uživatele, kteří souhlasí s výzkumem. Samostatný výzkum probíhal metodou polostrukturovaného rozhovoru při osobním setkání. K osobnímu setkání došlo v organizaci. Respondenti souhlasili s užitím informací a byli informováni o

anonymitě a zachování osobních údajů, dále o metodách a cíli práce. S každým respondentem byl rozhovor realizován individuálně v tichém prostředí (zasedací místnost). Rozhovory trvaly v rozmezí 1,5 – 2 hodiny. Rozhovor byl zaznamenáván zápisem mluveného slova. Výzkumu se zúčastnili celkem čtyři respondenti. Celkové množství oslovených uživatelů prostřednictvím emailu od organizace mi není známo.

Úvodním tématem rozhovoru byla anamnestická data (věk, doba od úrazu, onemocnění, atd.). Další částí rozhovoru byla oblast zájmů a způsob trávení volného. Zvláště pak zda došlo k nějaké změně v této oblasti. V další části jsem se respondentů ptala na jejich názor na návykové látky. Poslední otázky rozhovoru se týkaly vlastní zkušenosti s alkoholem a jinými látkami, respondenti mohli odpovědět dobrovolně.

4.4 Kvalitativní metodologický přístup

Kvalitativní metoda byla zvolena hlavně z důvodu zaměření se na holistické vnímání zkoumaného jevu s cílem porozumět mu v přirozených podmínkách. V kvalitativním přístupu je upřednostňována větší hloubka a detailnost poznání jemné dynamiky vztahů mezi proměnnými. Podstatou kvalitativního přístupu je zkoumání způsobu, jakým lidé interpretují sociální okolí a své prožívání a zkušenosti. Základem je induktivní analýza dat a abdukce jako proces vytváření nových hypotéz a teorií; výsledky jako takové nelze zobecňovat (Bendová, Dolejš, Charvát, Kolařík, Pechová, Sobotková, Šucha & Vtípil, 2011). Výhodou kvalitativního výzkumu je velká přizpůsobivost při realizaci.

4.4.1 Případové studie

Výzkumné šetření lze nazvat případovou studií, neboť jde o zachycení složitosti případu v jeho celistvosti. Výhodou případové studie je sbírání velkého množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2005).

Případová studie se zabývá současnými fenomény do hloubky v jejich skutečném kontextu. Ponoření se do hloubky nám umožní důsledné porozumění zkoumanému fenoménu (Yin, 2009).

4.4.2 Metoda získávání dat

Metoda ústního dotazování (rozhovoru) byla zvolena zvláště z potřeby zjištění informací hlubšího charakteru. Výhodou výzkumu tohoto typu je možnost interakce tazatele a respondenta a prostor pro bezprostřední reakce. Volba typu otázek a jejich formulace může ovlivnit celkové výsledky výzkumu.

Polostrukturovaný rozhovor má výhodu získání stejné informace od více lidí. Každému jsou kladeny přesně stejně formulované otázky, avšak následné doptávání se je přizpůsobeno přímo respondentovi (Jeřábek, 1993).

Rozhovor pro výzkum se skládal z otázek zaměřených celkem na tři oblasti. První částí byly základní informace o respondentovi, věk, rodinné zázemí, doba užívání invalidního vozíku. V druhé části byly otázky zaměřené na oblast zájmů a trávení volného času, zvláště pak, jestli se tento čas nějak změnil od doby před úrazem. A poslední část se týkala oblasti návykových látek.

4.4.3 Metodika analyzování dat

Rozhovory byly nahrány na elektronický přístroj, ze zaznamenaných materiálů jsem vytvořila doslovnou transkripci. V přepisu nejsou změněny nespisovné nebo vulgární výrazy.

Pro analýzu byla použita metoda interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která se zaměřuje na porozumění žité zkušenosti, což nám umožňuje více porozumět jednotlivé události či fenoménu. IPA je jedním z původních psychologických kvalitativních přístupů. Jde o fenomenologický přístup, který umožňuje podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké filozofické znalosti. U této metody nejsou výzkumníkovy prekoncepce vnímány jako něco, co by mělo být eliminováno či usměrněno, jsou naopak nezbytné k tomu, aby byl vůbec schopen zformulovat, jaký význam pro participanta jeho zkušenost má. Závěry vzešlé z analýzy jsou vždy dočasné a prozatímní, což činí analýzu subjektivní. Ideografický přístup je zaměřený na konkrétní jedince, kteří ve svém životě zažívají specifickou situaci nebo událost (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Jednotlivé kroky analýzy byly zpracovány přesně dle postupu popsaného v knize Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Prvním krokem je reflexe vlastní zkušenosti, která nám poslouží jako nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Opakované čtení textu - v tomto kroku jde o podnícení aktivního zájmu o data a zaujetí případem. Cílem je primárně zaměřit pozornost na respondenta a pokusit se dívat se na svět jeho očima (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Počáteční poznámky a komentáře - cílem tohoto kroku je tvorba komplexních a detailních poznámek, kdy je hlavním cílem zachytit vše, co je v textu významné a zajímavé. Výzkumník se zaměřuje na obsah, jazyk, podobnosti a rozdíly (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Rozvíjení vznikajících témat - v této fázi jde o redukci objemu dat a našich poznámek. Krok vyžaduje analytické přemýšlení, kdy se pracuje více s vlastními poznámkami než s přepisem textu. Výzkumník data organizuje a interpretuje. Cílem je přetavit předchozí poznámky do výstižných témat, která zachytí esenciální kvalitu respondentovy zkušenosti (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Hledání souvislostí napříč tématy - v této fázi dochází k propojování témat a hledání souvislostí mezi nimi (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Hledání vzorců napříč případy - v této fázi dochází k propojení jednotlivých analýz a hledání souvislostí mezi respondenty (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

V kapitolách jsou zpracovány jednotlivé kroky analýzy

4.4.3.1 Reflexe vlastní zkušenosti

Práce s lidmi s tělesným postižením mě naplňuje (osobní asistence) a zvláště pak sportovní aktivity (monoski, handbike,…).

Často se pohybuji mezi lidmi, kteří mají zkušenosti s návykovými látkami, lákala by mě například i práce terénní pracovnice či v nějakém adiktologickém centru. Zajímají mě důvody, proč lidé mají touhu zkoušet a užívat nějakou látku, já jsem nikdy takový důvod neměla. Zajímalo mě, zda takovým důvodem může být vznik tělesného postižení.

4.4.3.2 Opakované čtení textu

Jednotlivé rozhovory zaznamenané zápisem mluveného slova jsem si opakovaně pročítala. Ke čtení textů jsem se několikrát vracela v rozmezí přibližně jednoho měsíce a průběžně si psala poznámky.

Při čtení jsem si vždy vybavila konkrétního respondenta a snažila se na něj „naladit“. To, že jsem se s respondenty setkala osobně, bylo velkou výhodou.

4.4.3.3 Počáteční poznámky a komentáře

Při čtení jsem si průběžně zaznamenávala poznámky tužkou přímo do rozhovorů (viz tabulka levý sloupec). Poznámky můžeme rozdělit na deskriptivní, které se zaměřovaly na obsah (spojitosti, asociace, vynořující se otázky a další) a na sémantické, které se týkaly specifického užívání jazyka (metafory, slang, vulgarismy, opakování slov, užívání sloves a zájmen, minulý čas).

4.4.3.4 Rozvíjení vznikajících témat

Tento krok je zaznamenán do tabulky (viz Tabulka č. 8), kdy počáteční poznámky (vlevo) jsem redukovala do témat (vpravo). Cílem bylo najít co nejvýstižnější vyjádření daného komentáře či poznámky.

Tabulka č. 8 – rozvíjení vznikajících témat – respondent č. 1

Hudba – subkulturní prostředí, tolerance k látkám	Všechno možný, hlavně hudba. Dřív jsem hrával na bicí, teď už jsem jenom pasivní posluchač, rád si zajdu na koncert, ale potřebuju někoho s sebou a	**Zájmy související s možným užíváním látek**
Potřeba druhých	taky aby mě pak hodil do postele, né že mě nechá v metru (smích).	**Ostatní lidé - socializace**
Introvertnější zájmy	To jsem se věnoval hlavně bylinkářství, pěstitelství, od mala jsem furt něco pěstoval. Já měl snad úplně všechno.	**Samotářství**
Nekonzumní způsob života	Hodně jsem kutil, všechno si můžeš vyrobit sám.	
Nechce být ve společnosti	Tak radši jsem sám nebo kde je míň lidí, to nemám rád jako nějaký ty veřejný zájmy.	**Samotářství**
Vynalézavost	Teď přemýšlíš, co bys dělal, ale už to nejde.	**Změny v životě na vozíku**
Konopí je zázrak	Musíš si u všechno přijít na způsob, jak to udělat. Ale to pěstitelství provozuju pořád. Hlavně konopí je pro mě celoživotní studium, souvisí úplně se vším, je to zázrak. Tomu se můžeš věnovat pořád.	**Fascinace konopím** **Konopí jako celoživotní zájem**

Jsem v roli jezdce – slang **Pozitivní vztah** **Daleko od zdroje – vzniká návyk??** **Hluboká zkušenost – pozitivní vztah, rád zkoumá stav pod vlivem** **Pomoc proti křečím** **Ovlivňování psychiky** **Změna náhledu na věc** **Bariéry s okolím** **Změna přemýšlení** **Proč daleko od zdroje?** **(samotářství x socializace)** **Jakou roli hrají látky ve vztahu k ostatním lidem?** **Chce být sám nebo s lidmi?** **Návyk na látce** **Vulgarismy** **Na psychiku působí dobře** **Zmizí komunikační bariéra** **Setkávání uživatelů látek**	Zatím si nemyslím nic špatného, jsem v roli jezdce. Nejdůležitější je být daleko od zdroje a zodpovědnost. Myslím, že leckdy nevadí hluboká zkušenost. Tráva hlavně, obsahuje CBD, což mi pomáhá proti křečím. Mají terapeutický prospěch, látky působí na psychiku, změní ti náhled na věc. Rozboural bariéry mezi tím, co si myslíš sám a co si myslí ostatní, začnou tě napadat jiné věci. Třeba takový LSD, to není návykový, ale musíš být daleko od zdroje. Můžeš se líp socializovat, jsi víc interaktivní, rádi za tebou lidi přijdou. V tom, že si navyknou. Zjistíš, že sám jsi v prdeli a ještě tě vláčí droga, tak jsi prostě v hajzlu. Můžou celkově zhoršovat zdravotní stav, ale na psychiku působí dobře. Tím, že zmizí komunikační bariéra, tak se staneš závislej na tom, jak tě lidé vnímají. Vytvoříš místo, kde se lidé	**Pravidelné užívání** **Zodpovědnost** **Zkušenosti s látkami** **Pozitivní účinky látek** **Psychika** **Vnímání reality** **Usnadnění komunikace** **Psychické změny** **(Ne)návykovost** **Socializace** **Návykové chování** **Pozitivní vliv na psychiku** **Snadnější komunikace pod vlivem látky**

	mohou setkávat, ale časem se tam začnou stahovat lidé, kteří tě chtějí jen využít.	**Komunita**
Ví, že látky škodí, přesto k nim má pozitivní vztah	Škodí to povšechně.	**Škodlivost**
Vulgarismy	Píčovina. Ve starosti vo sebe sama, sereš na prevenci dekubitů	**Zanedbávání péče v důsledku užívání látek**
Ví, že to škodí, přesto to považuje za zdravé??	Ráno, večer, v poledne, jak to komu sedne.	**Kladný vztah**
Metafora, slang	Když člověk sotva si sedne, už leží. Když už chce zůstat ležet. Mentálně, to, když se člověk uzavře do svého mentálního bloku. Je sám s tou drogou a ti co mu chtěj pomoct, tak mu kecaj do života.	
Slang, kladný vztah, nevidí žádné riziko	Ať si sežene motor.	
Neřekne všechno – bojí se?	MDMA, houby, konopí, LSD. Víc tam toho radši nepiš.	**Vlastní zkušenosti**
Dávám si pozor – na co?	Předtím mi bylo jedno, kdo co frčí, teď už dávám pozor.	**Větší ohroženost z důvodu postižení**

4.4.3.5 Hledání souvislostí napříč tématy

Výsledkem této fáze jsou nadřazená témata s podtématy, která jsou zaznamenána do tabulek. V levém sloupci jsou vždy hlavní témata, v prostředním podtémata a v pravém citace respondentů.

Tabulka č. 9 – Hledání souvislostí napříč tématy – respondent č. 1

Zájmy související s možným užíváním látek	Fascinace konopím Konopí jako celoživotní zájem	*Ale to pěstitelství provozuju pořád. Hlavně konopí je pro mě celoživotní studium, souvisí úplně se vším, je to zázrak. Tomu se můžeš věnovat pořád.*
Ostatní lidé – socializace	Samotářství	*Rád si zajdu na koncert, ale potřebuju někoho s sebou a taky aby mě pak hodil do postele, né že mě nechá v metru (smích* *To jsem se věnoval hlavně bylinkářství, pěstitelství, od mala jsem furt něco pěstoval. Já měl snad úplně všechno. Hodně jsem kutil, všechno si můžeš vyrobit sám.* *Tak radši jsem sám nebo kde je míň lidí, to nemám rád nějaký ty věřejný zájmy.*
	Změny v životě na vozíku	*Teď přemýšlíš, co bys dělal, ale už to nejde*

	Větší ohroženost z důvodu postižení	*Předtím mi bylo jedno, kdo co frčí, teď už dávám pozor.*
	Komunita Sociální skupina	*Vytvoříš místo, kde se lidé mohou setkávat, ale časem se tam začnou stahovat lidé, kteří tě chtějí jen využít.*
Vztah k návykovým látkám	Pravidelné užívání	*Zatím si nemyslím nic špatného, jsem v roli jezdce.*
	Zodpovědnost	*Nejdůležitější je být daleko*
	Rizikovost	*od zdroje a zodpovědnost*
	Zkušenosti s látkami	*Myslím, že leckdy nevadí hluboká zkušenost.*
	Pozitivní účinky	*Můžou celkově zhoršovat zdravotní stav, ale na psychiku působí dobře.* *Mají terapeutický prospěch,* *Tráva hlavně, obsahuje CBD, což mi pomáhá proti křečím.*
	Změna psychiky	*látky působí na psychiku, změní ti náhled na věc.*
	Usnadnění komunikace	*Tím, že zmizí komunikační bariéra, tak se staneš závislej na tom, jak tě lidé vnímají.* *Rozboural bariéry mezi tím, co si myslíš sám a co si myslí ostatní, začnou tě napadat jiné věci.*
	Návykové chování	*Třeba takový LSD, to není návykový, ale musíš být daleko od zdroje.*
	Škodlivost	*Škodí to povšechně.*

	Zanedbávání péče v důsledku užívání látek Kladný vztah Vlastní zkušenosti	*Píčovina.* *Ve starosti vo sebe sama, sereš na prevenci dekubitů* *Ráno, večer, v poledne, jak to komu sedne.* *MDMA, houby, konopí, LSD.* *Víc tam toho radši nepiš.*

4.4.4 Analýza dalších případů

Stejné kroky analýzy byly provedeny u všech případů (viz tabulky č. 10 - 15).

Tabulka č. 10 – rozvíjení vznikajících témat – respondent č. 2

Sport, muzika, **Socializace, společenský život** **Angažovanost** **Ambice** **Sportovní zájmy** **Chce něco dokázat** **Jiná úroveň** **Je rád mezi lidmi** **Tráva je schopna pomoct** **Zodpovědnost** **Alkohol jako**	Tak dřív hodně sport, teď už spíš rekreačně. Pak muzika, hrajem teď s kamarádem různě koncerty, i nějaký festivaly. Taky se trochu nějak se angažuju v politice, jsem u nás zastupitel teď. Tak pak jsem dělal sport v jiné formě a na jiné úrovni. Hrál jsem sledge hokej na repre úrovni. Začal jsem dělat atletiku, monoski. Člověk chce něco dokázat, třeba jsem byl na Sněžce, na Lysí. Co je odlišný? (smích) No skoro všechno, ale zájmy se mi nezměnily. Muziky se držím pořád, ale na jiné úrovni, teď hráváme koncerty, festivaly s kamarádem. No tak je jich hodně. (pauza) Tráva je asi spoustě lidem schopna pomoct, nic se nesmí přehánět. (pauza) Tak alkohol je i jako lék, třeba slivovice. I doktoři jsou schopni tě udělat závislým všelijakejma lékama. Já žádný léky neberu, protože mi stejně nepomáhají.	**Aktivní způsob života** **Životní optimizmus** **Výhody látek** **Zodpovědnost**

lék **Závislost na lécích** **Léky nepomáhají** **Nelegálnost** **Tráva proti spazmům** **Tráva mu nepomohla** **Rozdílnost účinků** **Stejné jako u zdravých** **Kombinace s léky** **Vlastní zkušenost** **Propad vůči společnosti** **Vůle, odhodlání** **Kazí to život**	Tak všechno má svoje. Hlavně je to svinstvo, když se to prodává někde. Tráva je dobrá na spazmy. Zkoušel jsem to, ale mně to nepomohlo, takže to neřeším. To nevím, asi nic, člověk se bez toho obejde. Možná se pak člověk uvolní. Velký rozdíl je mezi trávou a chlastem. Chlast otupuje, na trávě se vydrží. Zlepší koordinaci těla, třeba když se hraje kulečník. Ale zase to zpomalí reakce, to je pak průser třeba u řízení. Je to stejný jako u zdravých. Může to být o to horší, že bere jiný tablety a v kombinaci to může být horší, ale to může být u každého. Tak z četných. Nesmíří se s tím, to vím i z vlastní zkušenosti. Prostě je to propad vůči společnosti, chybí ti standart, na kterej si byl zvyklej. To pak člověk třeba i začne hrát automaty, potřebuje prachy a propadne tomu. U někoho to trvá déle, u někoho méně. Nebo taky ne každej unese tu změnu rodinný situace. Člověk se musí dostat ze sraček, ale musí chtít. Hlavně nesedět doma a mít depku. Nevím, asi neomezuje, kazí to život. Nevím. (smích)	**Negativní postoj** **Pozitivní účinek** **Nepotřebnost látky** **Nepotřebnost látky** **Uvolnění se** **Pozitiva/negativa** **Srovnávání se se zdravou populací** **Specifikum u osob s TP** **Náročná životní situace** **Pozitivní přístup k životu** **Negativní postoj k látkám**

Cítíš se dobře **Balanc na hraně** **Potřeba** **Ať s tím praští** **Příležitostně Nemá potřebu užívat látky** **Vztah mám furt stejný**	Asi nic. Nejde specifikovat, dáš si to a cítíš se dobře. A je otázka, jestli se tomu podlehne. Nevím, buď beru, nebo neberu. Nevím, co to je. Buď chci, nebo nechci, nevím, kde je ta hranice. Balanc na hraně, propadne se závislosti nebo ne. Buď to vydržíš na tom štítu, nebo ne. Ale má to strop, každý to má jinak. Když už to musím mít. Ať s tím praští, nevim co jinýho. (smích) Příležitostně. Dřív jsem byl kamióňák, tak to jsem moc nemohl pít, kdy jsem furt řídil. Vyzkoušel jsem trávu, ale nijak mě to nezaujalo. Nic jinýho. Vztah mám furt stejný, po úrazu jsem přestal kouřit. V nemocnici jsem nekouřil a teď už to nepotřebuju.	**Změna prožívání** **Zodpovědnost** **Míra** **Zodpovědnost** **Vůle** **Negativní postoj k látkám** **Pozitivní přístup k životu** **Nedošlo ke změně vztahu k látkám**

Tabulka č. 11 – hledání souvislostí napříč tématy – respondent č. 2

<u>Vztah k návykovým látkám</u>	Výhody látek Zodpovědnost Negativní postoj Pozitivní účinek Nepotřebnost látky Specifikum u osob s TP	*Tak alkohol je i jako lék, třeba slivovice* *nic se nesmí přehánět.* *To nevím, asi nic, člověk se bez toho obejde.* *Možná se pak člověk uvolní.* *To nevím, asi nic, člověk se bez toho obejde.*

	Změna prožívání Vůle	*Prostě je to propad vůči společnosti, chybí ti standart, na kterej si byl zvyklej. To pak člověk třeba i začne hrát automaty, potřebuje prachy a propadne tomu. U někoho to trvá déle, u někoho méně. Nebo taky ne každej unese tu změnu rodinný situace.* ***D**áš si to a cítíš se dobře.* *Nesedět doma a mít depku.*
<u>Život na vozíku</u>	Aktivní způsob života Pozitivní přístup k životu Životní optimizmus Srovnávání se se zdravou populací Náročná životní situace	*Tak dřív hodně sport, teď už spíš rekreačně. Pak muzika, hrajem teď s kamarádem různě koncerty, i nějaký festivaly.* *Taky se trochu nějak se angažuju v politice, jsem u nás zastupitel teď.* *Tak pak jsem dělal sport v jiné formě a na jiné úrovni. Hrál jsem sledge hokej na repre úrovni. Začal jsem dělat atletiku, monoski. Člověk chce něco dokázat, třeba jsem byl na Sněžce, na Lysí.* *ale zájmy se mi nezměnily. Muziky se držím pořád, ale na jiné úrovni, teď hráváme koncerty, festivaly s kamarádem.*

		Prostě je to propad vůči společnosti, chybí ti standart, na kterej si byl zvyklej. *U někoho to trvá déle, u někoho méně. Nebo taky ne každej unese tu změnu rodinný situace.*

Tabulka č. 12 – rozvíjení vznikajících témat – respondent č. 3

Změna zájmů – vlivem úrazu nebo vyspělosti? Často se vyskytuje slovo člověk – mluví obecněji **Moc toho dělat nejde - pocit smutku** **Dá se žít i na vozíku** **Přehodnocení přátel** **Změna stylu hudby**	Tak zájmy se mi změnily, **člověk** už je jinde, ale teď už toho moc dělat nejde. Změnila jsem styl hudby. A začala jsem malovat, budu mít i výstavu. (pauza) Mám ráda divadlo, dřív jsem hrávala, teď už chodím jenom jako divák třeba do Šantovky. Dá se žít dál i na vozíku. Přehodnotila jsem přátele, **to** pak poznáš. A změnila jsem styl hudby, už neposlouchám, **to**, co dřív. (smích) Je **to** jen únik někam. **Člověk** má pocit, že všechno zvládá, ale je to jen takový dojem a	**Změny po úraze** **Nové zájmy** **Smíření se se situací (?)** **Změna přátel, stylu hudby – vymanění se ze subkultury?** **Vyspělost, formování osobnosti člověka** **Změna vnímání** **Negativní postoj**

Únik, dojem, iluze **Sračky – negativní postoj** **Tráva je dobrá na spazmy** **Závislost na druhých** **Škodlivost** **Únik před realitou** **Má pocit** **Že se pod TÍM – časté zájmeno TO (pod tím, něco)** **Dobrý to není** **Dýchací problémy** **Spazmy** **Stejně jako u zdravého** **Závislost vzniká rychle** **Stejné jako u zdravých** **Negativní účinky** **Tolerance k měkkým drogám** **Individualita**	je to jen taková iluze. **Člověk** se dokáže bavit i bez sraček. (smích) Tráva je třeba dobrá na spazmy. Ale nehulím moc ráda, spíš, když mi někdo něco upeče- (smích). Jinak to škodí, je to únik před realitou. Nevím, co by se stalo, kdyby si dal **člověk** na vozíku drogu, myslím si, že stejně jak u zdravého. Ale může to i zhoršit psychický stav. **Člověk** má pocit, že se cítí pod tím lépe. To nevím, dobrý **to** není určitě. (pauza) Z kouření jsou dýchací problémy. Po alkoholu mám větší spazmy. Je toho hrozně moc. (pauza) Není to dobrý **něco** brát. Myslím si, že stejně jak u zdravého, závislost vzniká hrozně rychle. Je to stejný jak u zdravých, nemůžeš řídit. Nepřehánět to je těžký. (pauza) Návykových látek je strašně moc, myslím, že nepřehánět to s cigaretama, hulením a	**Pozitivní účinek** **Potřeba druhých** **Ovlivňování psychiky** **Srovnávání se se zdravou populací** **Negativní účinky** **Změna vnímání** **Negativní postoj** **Srovnávání se se zdravou společností** **Riziko závislosti** **Srovnávání se se zdravou společností** **Zodpovědnost**

	nebrat nic víc, **to** už potom neuhlídáš.	
Opakování stejné věty o závislosti	U každého jinak.	
		Negativní postoj
Varování ostatních	Když už to musím mít, <u>závislost vzniká hrozně rychle</u>. Když už to potřebuješ, když už se nemůžeš bavit i žít bez toho.	
	Já bych mu **to** vůbec nedávala, to je zas těžký, nemůžeš mu odmítnout.	**Vlastní zkušenosti**
Velké = závislost?	(pauza) Řekla bych mu, ať to nedělá.	**Přehodnocení života**
Radikální změna	Velký. (pauza) Perník.	**Zodpovědnost**
Úraz – proprání se?	Dřív jsem brala všechno, teď neberu nic.	**Vyspělost**
Chuť do života bez drog?	Alkohol příležitostně, tráva na spazmy, kouřím méně.	**Uvědomění**
Nyní zná míru	Dřív všechno ve velkém- alkohol, cigarety, pervitin, tráva.	

Tabulka č. 13 – hledání souvislostí napříč tématy – respondent č. 3

<u>Život na vozíku</u>	Nové zájmy	*Změnila jsem styl hudby. A začala jsem malovat, budu mít i výstavu.*
	Smíření se se situací	*Dá se žít dál i na vozíku*

	Formování osobnosti	*Přehodnotila jsem přátele, to pak poznáš.* *A změnila jsem styl hudby, už neposlouchám, to, co dřív.*
	Srovnávání se se zdravou populací	*Nevím, co by se stalo, kdyby si dal člověk na vozíku drogu, myslím si, že stejně jak u zdravého. Ale může to i zhoršit psychický stav.*
	Ovlivňování psychiky	
Vztah k návykovým látkám	Změna vnímání	*Je to jen únik někam. Člověk má pocit, že všechno zvládá, ale je to jen takový dojem a je to jen taková iluze. Člověk se dokáže bavit i bez sraček.*
	Negativní postoj	
	Pozitivní účinek	*Tráva je třeba dobrá na spazmy.*
	Potřeba druhých	*Ale nehulím moc ráda, spíš, když mi někdo něco upeče.*
	Ovlivňování psychiky	*Je to únik před realitou.* *Je to jen únik někam. Člověk má pocit, že všechno zvládá, ale je to jen takový dojem a je to jen taková iluze.* *Jinak to škodí* *Člověk se dokáže bavit i bez sraček.*

	Negativní postoj	*To nevím, dobrý to není určitě.*
	Negativní účinky	*Ale může to i zhoršit psychický stav.* *Z kouření jsou dýchací problémy. Po alkoholu mám větší spazmy.*
	Uvědomění	*Dřív jsem brala všechno, teď neberu nic.*
	Riziko závislosti	*závislost vzniká hrozně rychle.*
	Zodpovědnost	*Nepřehánět to je těžký. Návykových látek je strašně moc, myslím, že nepřehánět to s cigaretama, hulením a nebrat nic víc, to už potom neuhlídáš.*
	Vlastní zkušenost	

Tabulka č. 14 – rozvíjení vznikajících témat – respondent č. 4

Dlouhé přemýšlení – vymýšlí, co by řekl? **Když mám co (jako bezdomovec moc knih nemá)** **Dřív = v mládí?** **Souvisí změna zájmů**	Všechno možný (dlouhá pauza) rád čtu, když mám co. Karty, teď hraju pexeso na paměť. Filmy - Adina Mandlová. (smích) (Dlouhé přemýšlení) Dřív jsem dost sportoval,	**Pasivnější zájmy** **Změna zájmů**

s onemocněním?	hrál závodně hokej, rekreačně dost plaval, hrávali jsme nohejbal. Hodně jsem	
Pomoc od ostatních	rybařil, to už teď moc nejde. Někdo mě musí pomoct	**Potřeba druhých**
Pasivnější způsob života	k rybníku nebo k řece.	**Pasivnější zájmy**
Lenost?	Tak teď už mám takový pasivnější zájmy, poslech muziky, četba.	
Ovládání se	(Dlouhé přemýšlení)	**Zodpovědnost**
Vůle	Je to pokavaď najdu k látce (jakékoliv) budu to muset	
Mluví obecněji	ovládat, do určité míry. Mezi vším je rozdíl – marihuana, LSD, opiát,	
	pervitin, kokain.	**Pozitivní vztah**
Potěšit – kladný vztah	Lidstvo to vymyslelo, lidstvo to používá, (smích) člověk se může něčím potěšit, omámit, tak to zkoušej, jde o to, jak se	
Jak se k tomu kdo postaví	k tomu postaví.	**Zodpovědnost**
V ničem látky nepomohou	V ničem. Co mi může pomoct, že se ožeru na vozíčku? Že je mi pak všechno jedno? Jsem možná	**Nevidí prospěšnost**
	veselejší. Já chci popíjet, dáváme si kontrolky.	**Kladný vztah k alkoholu**
Nejsou benefity, přesto má k látkám kladný vztah	Benefity? (smích) Žádný	**Nevidí prospěšnost užívání**
Ztráta stability	Alkohol - ztrácíš po tom stabilitu, což je u člověka na vozíku větší průser.	**Zkušenosti s alkoholem**
Nevíš, kde jsi – zmiňuje pití	Ztrácíš orientaci, nevíš	

až do stavu opilosti **Vulgarismy - průser** **Ubíjí myšlenky** **Sebelítost** **Látky jako jediné východisko? Byl to jeho případ?** **Omezení svobody** **Ví, že užívání látek není zdravé, přesto v něm chce nadále pokračovat** **Slang - perník** **Povědomí o dávkách drog** **Doporučení léčby (vlastní zkušenost s léčebnou, i po léčbě se k alkoholu vrátil, přesto by jí doporučil ostatním)**	pořádně, kde jsi. No a pak to taky ubíjí myšlenky Sebelítost, nevím kudy kam. Omezují svobodu. Za střízliva člověk přemýšlí jinak. Nic není zdravé Nevím. (smích) Na co se otázka ptá? Nesmyslná otázka. Dva jointy? Pět už je moc? Gram perníku a dva gramy už je moc?. Když mě ovládá, když mi ovládá rozum, když už nejsem schopen mít hodnoty a hranice, hlavně že to mám, nic jiného neřeším. Když už nemám hranici, udělám cokoliv, jen abych to získal. Léčbu, porada s ambulantním lékařem a pak určí, jestli je to na léčbu ambulantní nebo léčebna. Když to sám člověk cítí. Od toho lékaři jsou.	**Změna myšlení** **Vyrovnávání se situací** **Svoboda** **Změna myšlení** **Popis závislosti** **Léčba závislosti**

Nevidí riziko **Jsem z toho venku – změna vztahu** **Kromě vína – víno považuje jako potřebu k životu na ulici** **Šance, že si to užiju – chce něco zažít, být naplněný** **Větší kontrola**	Kladné, musí být kontrola. Alkohol, marihuana, kokain, opiáty, LSD Jsem z toho venku, kromě vína. Bez vína to na ulici nejde. Vyzkoušel jsem opiáty – nezaujaly mě. Když vidím, že je šance, že si to užiju. Na THC, musí být dobrá parta. Teď se musím kontrolovat víc, musím zvládnout WC,	**Kladný vztah** **Zodpovědnost** **Alkohol** **Život na ulici** **Opiáty** **THC**

Tabulka č. 15 – hledání souvislostí napříč tématy – respondent č. 4

<u>Život na vozíku</u>	Pasivnější zájmy Život na ulici	*Všechno možný (přemýšlení) rád čtu, když mám co. Karty, teď hraju pexeso na paměť. Filmy - Adina Mandlová Tak teď už mám takový pasivnější zájmy, poslech muziky, četba.* *Bez vína to na ulici nejde dáváme si kontrolky.*
<u>Vztah k návykovým látkám</u>	Zodpovědnost	*Je to pokavaď najdu k látce (jakékoliv) budu to muset ovládat, do určité míry.*

		jde o to, jak se k tomu postaví *jde o to, jak se k tomu postaví musí být kontrola.* *Teď se musím kontrolovat víc, musím zvládnout WC,*
	Pozitivní vztah	*Lidstvo to vymyslelo, lidstvo to používá, člověk se může něčím potěšit, omámit, tak to zkoušej.* *Kladné (zkušenosti)* *Když vidím, že je šance, že si to užiju.*
	Společnost	*Na THC, musí být dobrá parta.*
	Nevidí prospěšnost	*Benefity? Žádný* *Nic není zdravé*
	Negativní účinky	*Ztrácíš orientaci, nevíš pořádně, kde jsi.* *No a pak to taky ubíjí myšlenky*
	Změna kognitivních procesů	*Omezují svobodu. Za střízliva člověk přemýšlí jinak.* *No a pak to taky ubíjí myšlenky*
	Náročná životní situace	*Sebelítost, nevím kudy kam.*

	Popis závislosti	*Když mě ovládá, když mi ovládá rozum, když už nejsem schopen mít hodnoty a hranice, hlavně že to mám, nic jiného neřeším. Když už nemám hranici, udělám cokoliv, jen abych to získal.*
	Léčba závislosti	*Léčbu, porada s ambulantním lékařem a pak určí, jestli je to na léčbu ambulantní nebo léčebna. Když to sám člověk cítí. Od toho lékaři jsou.*

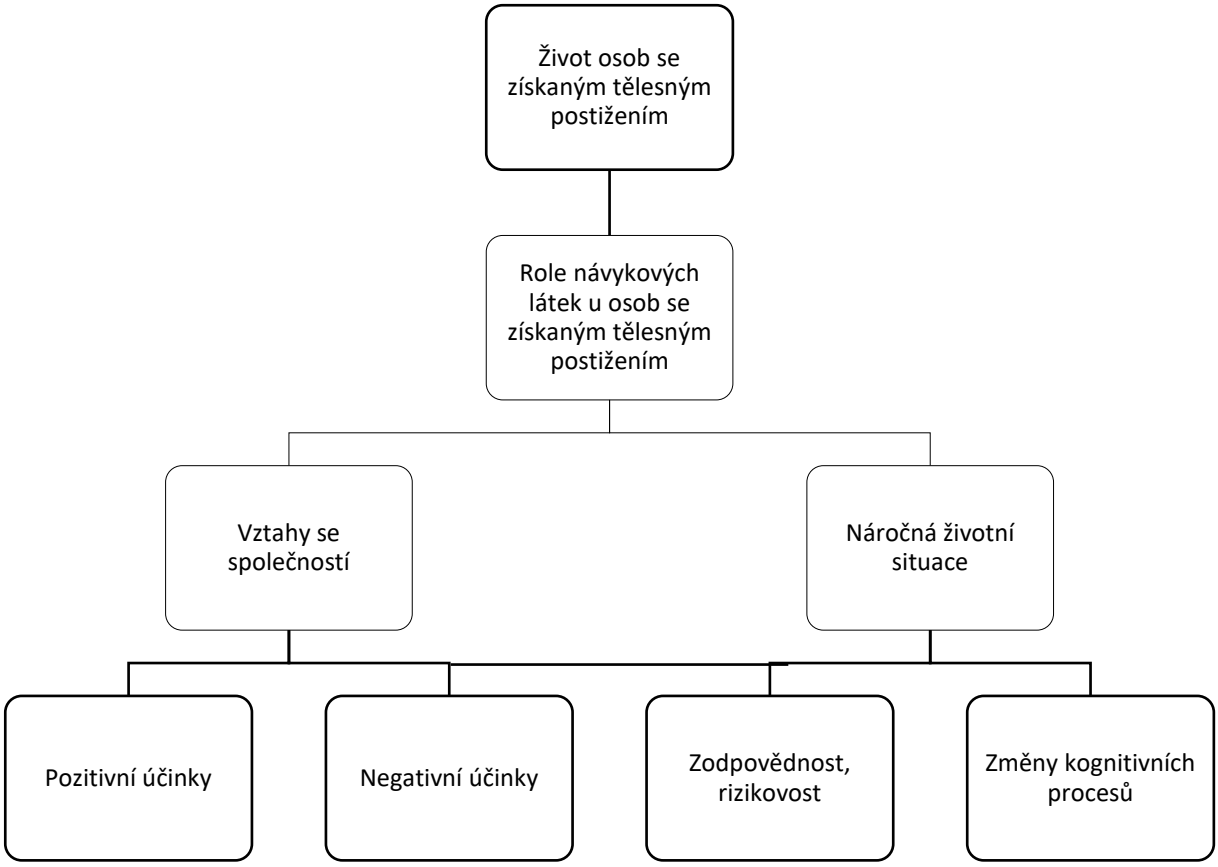
4.4.4.1 Hledání vzorců napříč případy

Témata byla zaznamenána do tabulky, kde jsou tučně vyznačena témata společná všem respondentům.

Respondent č. 1	**Respondent č.2**	**Respondent č.3**	**Respondent č.4**
Život na vozíku	**Život na vozíku**	**Život na vozíku**	**Život na vozíku**
Samotářství	Aktivní život	Nové zájmy	Pasivnější zájmy
Větší ohroženost z důvodu postižení	Životní optimizmus	**Náročná životní situace**	Život na ulici
Sociální skupina	**Srovnávání se se zdravou populací**	**Přehodnocení**	Společnost
	Náročná životní situace	**Vyspělost**	
	Pozitivní přístup k životu	**Srovnávání se se zdravou populací**	
		Uvědomění	
Vztah k návykovým	**Vztah k návykovým**	**Vztah k návykovým**	**Vztah k návykovým**

látkám	**látkám**	**látkám**	**látkám**
Pravidelné užívání	**Výhody látek**	**Změna vnímání**	**Zodpovědnost**
Pozitivní účinky	**Zodpovědnost**	**Negativní postoj**	**Pozitivní vztah**
Zodpovědnost	**Negativní postoj**	**Pozitivní účinek**	**Nevidí prospěšnost**
Účinky látek	**Pozitivní účinek**	**Potřeba druhých**	**Zkušenosti**
Změna psychiky	**Nepotřebnost látky**	**Ovlivňování**	**Negativní účinky**
Usnadnění	**Specifikum u osob**	**psychiky**	**Změna myšlení**
komunikace	**s TP**	**Negativní účinky**	**Náročná životní**
Návykové chování	**Změna prožívání**	**Riziko závislosti**	**situace**
Škodlivost	**Vůle**	**Zodpovědnost**	Popis závislosti
Zanedbávání péče		**Vlastní zkušenosti**	Léčba závislosti
v důsledku užívání			**Účinky látek**
látek			
Kladný vztah			
Vlastní zkušenosti			
Fascinace konopím			
Konopí jako			
celoživotní zájem			

Tyto témata jsou graficky zobrazena ve schématu.



5 VÝSLEDKY

Výsledky jsou prezentovány ze dvou perspektiv: z perspektivy jednotlivých případů a z perspektivy témat, která jsou pro všechny respondenty společná. Pro věrohodnost je interpretace doložená citacemi respondentů.

5.1 Interpretace výsledků jednotlivých případů

5.1.1 Respondent č. 1

Mezi respondentovy zájmy patří hlavně hudba, po úraze u něj nastala změna v tom, že dále nemohl hrát na bicí a nyní je pasivním posluchačem. Můžeme se domnívat, že respondent trávil hodně času mezi určitou subkulturou lidí, kteří jsou velmi tolerantní k užívání lehkých drog.

Všechno možný, hlavně hudba. Dřív jsem hrával na bicí, teď už jsem jenom pasivní posluchač.

Respondent uvádí, že chodí rád na koncerty, avšak v těchto ohledech je odkázaný na pomoc druhých lidí.

Rád si zajdu na koncert, ale potřebuju někoho s sebou a taky aby mě pak hodil do postele, né že mě nechá v metru

Avšak respondent často zmiňuje, že je raději sám než s ostatními lidmi.

Tak radši jsem sám nebo kde je míň lidí, to nemám rád jako nějaký ty veřejný zájmy.

I dříve měl spíše introvertnější zájmy.

Hodně jsem kutil, všechno si můžeš vyrobit sám.

Teď přemýšlíš, co bys dělal, ale už to nejde.

Z respondentovy věty, je patrná skepse a pasivita.

Avšak z další věty: *„Musíš si u všeho přijít na způsob, jak to udělat.“* Je patrné, že se snaží a hledá způsoby, jak se dále pohybovat v životě. Že i přesto, že se vytratila energie do života, je nutné si najít nějaké postupy pro fungování.

Respondentovým největším zájmem je však konopí, které se pro něj stalo smyslem života a užívá ho několikrát denně.

Hlavně konopí je pro mě celoživotní studium, souvisí úplně se vším, je to zázrak. Tomu se můžeš věnovat pořád.

Uvádí, že pod vlivem látky je komunikace s ostatními snadnější.

Rozboural bariéry mezi tím, co si myslíš sám a co si myslí ostatní.

Můžeš se líp socializovat, jsi víc interaktivní, rádi za tebou lidi přijdou.

Tím, že zmizí komunikační bariéra, tak se staneš závislej na tom, jak tě lidé vnímají.

Také hovoří o tom, že člověk může vytvořit místo pro setkávání se s ostatními, avšak z jeho další poznámky je patrné, že lidé na toto místo přicházejí se zájmem o užívání látek.

Vytvoříš místo, kde se lidé mohou setkávat, ale časem se tam začnou stahovat lidé, kteří tě chtějí jen využít.

K návykovým látkám má respondent velice kladný vztah a uvádí, že je užívá.

Zatím si nemyslím nic špatného, jsem v roli jezdce

V této souvislosti také hovoří o návykovosti na těchto látkách. Přičemž uvádí, že LSD není návykové, avšak jeho zmínka „být daleko od zdroje" toto tvrzení vyvrací. Uživateli se může zalíbit stav, kterého po užití LSD dosáhne.

Nejdůležitější je být daleko od zdroje a zodpovědnost.

Třeba takový LSD, to není návykový, ale musíš být daleko od zdroje.

V tom, že si navyknou. Zjistíš, že sám jsi v prdeli a ještě tě vláčí droga, tak jsi prostě v hajzlu.

Jeho pozitivní vztah k látkám je také patrný z jeho vyjádření:" *Myslím, že leckdy nevadí hluboká zkušenost."*

Zde respondent vyjadřuje touhu experimentovat a poznávat jiné stavy vědomí pod účinky látek.

Dále respondent uvádí pozitivní účinky látky.

Tráva hlavně, obsahuje CBD, což mi pomáhá proti křečím.

Mají terapeutický prospěch

Také se zmiňuje o působení na psychiku, kdy dochází ke změnám kognitivních procesů.

Mají terapeutický prospěch, látky působí na psychiku, změní ti náhled na věc.

ale na psychiku působí dobře.

I přesto, že má respondent velice kladný vztah k látkám, uvádí, že látky škodí.

Škodí to povšechně. Píčovina.

O užívání, nadužívání a závislosti se respondent vyjadřuje v metaforách, kdy je opět patrný jeho pozitivní vztah k užívání neboť za zdravé považuje užití látky i vícekrát denně.

Ráno, večer, v poledne, jak to komu sedne.

Když člověk sotva si sedne, už leží.

Když už chce zůstat ležet.

Respondentův vztah k návykovým látkám se nezměnil, zmiňuje pouze to, že nyní si dává větší pozor. Je otázkou, zda je to z důvodu kvadruplegie, čili většího ohrožení, jelikož se nemůže nijak bránit nebo z důvodu nějakého uvědomění a větší vyspělosti.

Předtím mi bylo jedno, kdo co frčí, teď už dávám pozor.

Při rozhovoru byl respondent pod vlivem marihuany. V respondentově řeči se často objevuje slang (*kdo co frčí, ať si sežene motor, být daleko od zdroje*). Celkově má mladický způsob vyjadřování i stylem oblékání vypadá mladší. Lze se domnívat, že respondent z důvodu svého postižení nezaložil rodinu a žije v sociální skupině, kde je běžné užívání lehkých drog.

Je otázkou, zda by žil jinak, kdyby k postižení nedošlo. V respondentově životě muselo dojít k hodně změnám, nedošlo však k přehodnocení životních priorit. Návykové látky hrají v respondentově životě velkou roli, je to jeho každodenního součástí. Je tomu stejně nyní jako před úrazem. Pro respondenta je nejdůležitější věnovat se pěstování a užívání konopí, a tomu se věnuje nadále. Je otázka, zda si respondent ve svém světě, kam patří konopí a jeho nemoc libuje. Možná je v tomto rozpoložení pouze z důvodu invalidního důchodu a dostatku volného času.

5.1.2 Respondent č. 2

Respondent má mnoho zájmů a celkově je jeho život hodně aktivní. Je pozitivně naladěn a má energii do života.

Tak dřív hodně sport, teď už spíš rekreačně. Pak muzika, hrajem teď s kamarádem různě koncerty, i nějaký festivaly.

Ale zájmy se mi nezměnily. Muziky se držím pořád, ale na jiné úrovni, teď hráváme koncerty, festivaly s kamarádem.

Respondent je aktivní i v občanském životě.

Taky se trochu nějak se angažuju v politice, jsem u nás zastupitel teď.

Po úrazu se začal věnovat sportu a muzice na jiné úrovni. Dá se říci, že se chytil příležitosti a nebál se zkusit něco nového. Z toho plyne, že se s postižením vyrovnal, nebál se začít pobývat ve společnosti a nadále se věnuje svým zájmům.

Tak pak jsem dělal sport v jiné formě a na jiné úrovni. Hrál jsem sledge hokej na repre úrovni. Začal jsem dělat atletiku, monoski.

Má ambice něco dokázat. Dá se říci, že to, že něco dokáže, mu dává pocit naplnění a je si vědom svého místa ve světě. Nepřijde si jako někdo, kdo by byl pro společnost přítěží a ostatní by se o něj museli starat.

Člověk chce něco dokázat, třeba jsem byl na Sněžce, na Lysý.

Člověk se musí dostat ze sraček, ale musí chtít. Hlavně nesedět doma a mít depku.

Při otázkách na návykové látky respondent hovoří o takzvaných měkkých drogách, které jsou v České republice společností považovány za běžné a méně škodlivé.

Příležitostně. Dřív jsem byl kamióňák, tak to jsem moc nemohl pít, kdy jsem furt řídil. Vyzkoušel jsem trávu, ale nijak mě to nezaujalo. Nic jinýho.

I přesto, že se úraz stal pod vlivem alkoholu, jeho vztah k látkám se nijak nezměnil. Látky mají v jeho životě stejnou roli jako dříve. Pouze přestal kouřit, možná pro něj kouření bylo pouze rutinou a mohlo souviset s povoláním.

Vztah mám furt stejný, po úrazu jsem přestal kouřit. V nemocnici jsem nekouřil a teď už to nepotřebuju.

Z toho plyne, že respondent nemá žádný speciální vztah k tvrdým drogám, ani ho nenapadne je zmiňovat, pouze kritizuje nelegální černý trh.

Hlavně je to svinstvo, když se to prodává někde.

Ohledně marihuany hovoří o tom, že může pomoct, avšak pro něj to žádný význam nemá. Respondent nepopírá, že by neužíval marihuanu nebo jiné léky, kdyby mu pomáhaly.

Tráva je asi spoustě lidem schopna pomoct.

Tráva je dobrá na spazmy. Zkoušel jsem to, ale mně to nepomohlo, takže to neřeším.

Respondent o účincích marihuany a alkoholu hovoří obecně a nevztahuje tyto fakta na sebe. Je zde patrné zobecnění a vypadá to, že pouze konstatuje informace, které někde slyšel.

Velký rozdíl je mezi trávou a chlastem. Chlast otupuje, na trávě se vydrží. Zlepší koordinaci těla, třeba když se hraje kulečník. Ale zase to zpomalí reakce, to je pak průser třeba u řízení.

K alkoholu má respondent vztah kladný, avšak hovoří zde i o určité zodpovědnosti.

Tak alkohol je i jako lék, třeba slivovice

Nic se nesmí přehánět.

Léky pro něj také nejsou důležitou součástí života, neboť mu nepomáhají.

I doktoři jsou schopni tě udělat závislým všelijakejma lékama. Já žádný léky neberu, protože mi stejně nepomáhají.

K návykovým látkám nemá pozitivní vztah.

To nevím, asi nic, člověk se bez toho obejde. Možná se pak člověk uvolní.

Respondent nevnímá žádná specifika u osob s tělesným postižením.

Je to stejný jako u zdravých.

Může to být o to horší, že bere jiný tablety a

v kombinaci to může být horší, ale to může být u každého.

Z respondentovy výpovědi je patrné, že vyrovnání se s náročnou životní situací pro něj nebylo lehké, avšak je zřejmé, že se situací zvládl vypořádat.

Tak z četných. Nesmíří se s tím, to vím i z vlastní zkušenosti. Prostě je to propad vůči společnosti, chybí ti standart, na kterej si byl zvyklej.

Respondent spíše hovoří o potřebě peněz než o potřebě být pod vlivem látek.

To pak člověk třeba i začne hrát automaty, potřebuje prachy a propadne tomu. U někoho to trvá déle, u někoho méně. Nebo taky ne každej unese tu změnu rodinný situace.

Respondent má k návykovým látkám negativní vztah.

Nevím, asi neomezuje, kazí to život. Nevím.

Ať s tím praští, nevim co jinýho.

Přesto zmiňuje to, že se po užití návykové látky může jedinec cítit dobře, ale je zde určitá zodpovědnost, aby tomu nepropadl.

Asi nic. Nejde specifikovat, dáš si to a cítíš se dobře. A je otázka, jestli se tomu podlehne.

Balanc na hraně, propadne se závislosti nebo ne. Buď to vydržíš na tom štítu, nebo ne. Ale má to strop, každý to má jinak.

Respondent je aktivním člověkem, který i přes komplikace spojené s postižením, žije svůj život takový, jaký chce. Věnuje se svým zájmům, má práci a rodinu. Je patrné, že jeho vztah k životu, stejně tak jako k návykovým látkám se nezměnil.

5.1.3 Respondent č. 3

U respondentky došlo vlivem úrazu k mnoha změnám, nejen to, že se vrátila k rodičům, kteří se o ni starají, ale také celkově vyspěla a dostala do jiného životního stádia. Změny proběhly ve všech oblastech, i v zájmech.

Tak zájmy se mi změnily, člověk už je jinde.

Změnila jsem styl hudby. A začala jsem malovat, budu mít i výstavu.

Mám ráda divadlo, dřív jsem hrávala, teď už chodím jenom jako divák třeba do Šantovky.

A změnila jsem styl hudby, už neposlouchám, to, co dřív.

U respondentky došlo i ke změně přátel, můžeme usuzovat, že se respondentka přátelila s lidmi, užívající drogy, neboť jak říká*: Dřív jsem brala všechno, teď neberu nic.*

Přehodnotila jsem přátele, to pak poznáš.

Respondentka uvádí, že už toho moc dělat nejde, avšak to neznamená, že by nešlo dělat nic. Dále říká, že žít se dá i na vozíku, z čehož vyplývá, že se se situací jakžtakž smířila.

Ale teď už toho moc dělat nejde.

Dá se žít dál i na vozíku.

K látkám má negativní vztah, označuje je za „sračky“ a hovoří o změněném stavu vědomí.

Je to jen únik někam. Člověk má pocit, že všechno zvládá, ale je to jen takový dojem a je to jen taková iluze. Člověk se dokáže bavit i bez sraček.

Jinak to škodí, je to únik před realitou.

Člověk má pocit, že se cítí pod tím lépe.

Ale může to i zhoršit psychický stav.

To nevím, dobrý to není určitě.

Není to dobrý něco brát.

Dále respondentka uvádí problémy, které mohou látky vyvolat.

Z kouření jsou dýchací problémy. Po alkoholu mám větší spazmy.

Uvádí pozitivní účinky marihuany, avšak dodává, že ji nechce kouřit. Je raději, pokud ji může konzumovat v jídle, avšak je patrné, že vzhledem k jejímu postižení není možné, aby si takovéto pokrmy sama obstarala, z toho vyplývá, že nemůže dojít k tomu, aby látku konzumovala, aniž by o tom někdo věděl.

Tráva je třeba dobrá na spazmy. Ale nehulím moc ráda, spíš, když mi někdo něco upeče.

Respondentka nevidí žádná specifika u osob s tělesným postižením.

Nevím, co by se stalo, kdyby si dal člověk na vozíku drogu, myslím si, že stejně jak u zdravého.

Myslím si, že stejně jak u zdravého, závislost vzniká hrozně rychle.

Je to stejný jak u zdravých, nemůžeš řídit.

Dále respondentka zmiňuje riziko závislosti.

Nepřehánět to je těžký.

Návykových látek je strašně moc, myslím, že nepřehánět to s cigaretama, hulením a nebrat nic. To už potom neuhlídáš.

Když už to musím mít, závislost vzniká hrozně rychle.

Její negativní postoj k látkám se vyznačuje i tím, že by nikomu nedoporučovala něco brát.

Já bych mu to vůbec nedávala, to je zas těžký, nemůžeš mu odmítnout. Řekla bych mu, ať to nedělá.

Respondentka má velké zkušenosti s užíváním látek, ale nestydí se za to, je se svou minulostí smířená. Úraz bere jako událost, díky níž „se probrala" a začala nový život. Její život se úplně změnil, začala si více vážit života a užívat radostí, kterých může i na vozíku. Nelze říci, že by respondentka měla před vznikem postižení vztah k návykovým látkám kladný. Více pravděpodobné je to, že respondentka hledala v látkách pomoc, i přesto, že věděla, že je to špatně. Avšak v dané situaci neuměla situaci lépe vyhodnotit, proto se uchýlila k užívání. Vznikem postižení se jí radikálně změnili životní hodnoty a dospěla do jiného životního stádia. Lze se domnívat, že se vrátila zpět tam, kde byla před tím, než začala látky užívat, avšak na toto místo se vracela s novou prožitou zkušeností a za jiných podmínek.

Velký. Perník.

Dřív jsem brala všechno, teď neberu nic.

Alkohol příležitostně, tráva na spazmy, kouřím méně. Dřív všechno ve velkém - alkohol, cigarety, pervitin, tráva.

5.1.4 Respondent č. 4

Respondent jako jediný získal postižení v důsledku onemocnění kyčlí, za svůj stav viní „systém", není si schopen přiznat, že za amputace končetin si může ať už z větší nebo menší části sám. Respondent vypadá na svůj věk starší a celkově unavený životem bez energie. Mluví pomalu a rozvážně.

Respondent při dotazu na zájmy dlouho přemýšlel, zájmy má spíše pasivního charakteru a trochu to zní tak, že přemýšlí, co by vlastně řekl, tak nakonec řekl něco „neutrálního".

Všechno možný (přemýšlení) rád čtu, když mám co. Karty, teď hraju pexeso na paměť. Filmy - Adina Mandlová.

Tak teď už mám takový pasivnější zájmy, poslech muziky, četba.

Dále respondent jmenuje zájmy, avšak jsou to spíše zájmy, kterým se věnoval před hodně dlouhou dobou v mládí.

Dřív jsem dost sportoval, hrál závodně hokej, rekreačně dost plaval, hrávali jsme nohejbal.

Respondent také zmiňuje, že potřebuje pomoc od ostatních lidí, pokud chce například rybařit. Více se však v celém rozhovoru o ostatních lidech nezmiňuje, rodinu nemá a nyní žije v nemocnici, kde je v kontaktu pouze s personálem.

Hodně jsem rybařil, to už teď moc nejde. Někdo mně musí pomoct k rybníku nebo k řece.

Respondent se k návykovým látkám vyjadřuje neutrálně.

Lidstvo to vymyslelo, lidstvo to používá, člověk se může něčím potěšit, omámit, tak to zkoušej, jde o to, jak se k tomu postaví.

Mezi vším je rozdíl – marihuana, LSD, opiát, pervitin, kokain.

Hovoří o určité zodpovědnosti a vůli, avšak je patrné, že jemu tato vůle v minulosti chyběla, neboť byl dvakrát hospitalizován v protialkoholické léčebně.

Je to pokavaď najdu k látce (jakékoliv) budu to muset ovládat, do určité míry.

Žádná pozitiva v užívání látek nevidí.

V ničem. Co mi může pomoct, že se ožeru na vozíčku? Že je mi pak všechno jedno? Jsem možná veselejší.

Benefity? Žádný

Alkohol- ztrácíš po tom stabilitu, což je u člověka na vozíku větší průser.

Ztrácíš orientaci, nevíš pořádně, kde jsi.

No a pak to taky ubíjí myšlenky

Omezují svobodu. Za střízliva člověk přemýšlí jinak.

Nic není zdravé

Přesto chce i nadále pokračovat v konzumaci alkoholu, zmiňuje i pozitivní vztah k marihuaně.

Já chci popíjet, dáváme si kontrolky.

Kladné, musí být kontrola.

Když vidím, že je šance, že si to užiju. Na THC musí být dobrá parta.

Na otázku ohledně zdravého užívání látek hovoří o množství drog, z čehož je patrné, že se v této problematice vyzná. Z anamnestických dat ohledně jeho zaměstnání víme, že se respondent věnoval dealerství.

Nevím. Na co se otázka ptá? Nesmyslná otázka. Dva jointy? Pět už je moc? Gram perníku a dva gramy už je moc?

I přesto, že návykové látky mají v respondentově životě své místo a je s nimi spojený skoro po celý život, uvědomuje si nebezpečí závislosti.

Když mě ovládá, když mi ovládá rozum, když už nejsem schopen mít hodnoty a hranice, hlavně že to mám, nic jiného neřeším. Když už nemám hranici, udělám cokoliv, jen abych to získal.

Na dotaz ohledně doporučení ostatním zmiňuje zažádání o odbornou pomoc, tuto cestu doporučuje i přesto, že sám v léčebně byl, avšak s konzumací alkoholu nadále pokračuje. Můžeme se domnívat, že tento krok, čili požádání o pomoc od odborníků, kteří jsou k tomu určení, je velice správný, přesto můžeme v respondentově odpovědi cítit přenesení zodpovědnosti na druhé („někdo se o mě postará“).

Léčbu, porada s ambulantním lékařem a pak určí, jestli je to na léčbu ambulantní nebo léčebna. Když to sám člověk cítí. Od toho lékaři jsou.

Respondent má bohaté zkušenosti s užíváním látek.

Kladné, musí být kontrola. Alkohol, marihuana, kokain, opiáty, LSD

Jsem z toho venku, kromě vína. Bez vína to na ulici nejde. Vyzkoušel jsem opiáty - nezaujaly mě.

Respondent nevidí skoro žádná specifika u osob s tělesným postižením. Uvádí pouze větší komplikace ve stabilitě či ve zvládání biologických potřeb.

Teď se musím kontrolovat víc, musím zvládnout WC.

Co mi může pomoct, že se ožeru na vozíčku? Že je mi pak všechno jedno? Jsem možná veselejší.

Alkohol - ztrácíš po tom stabilitu, což je u člověka na vozíku větší průser.

Nezdá se, že by u respondenta v důsledku postižení došlo k radikální změně, spíše se zdá, že jeho život směřoval nějakým směrem, a amputace nejprve jedné a pak i druhé končetiny do života přišly, avšak nenastala radikální změna v přehodnocení priorit, v pracovním nebo rodinném životě, stejně tak, jako se nezměnil jeho vztah k návykovým látkám.

5.2 Interpretace výsledků ze společných témat

Určitá témata byla zmíněna u všech respondentů. Tato témata jsou rozdělena do dvou hlavních kategorií, kterými jsou Život osob s tělesným postižením a Vztah k návykovým látkám.

Život s tělesným postižením

Vztahy s ostatními lidmi

Téma vztahů s ostatními lidmi se objevilo u všech respondentů, buď v rovině související se zájmy, nebo s kamarádstvím. Také většina respondentů potřebuje pomoc od ostatních v

určitých záležitostech. Tato míra pomoci se liší podle druhu postižení (kvadruplegie/paraplegie).

Rád si zajdu na koncert, ale potřebuju někoho s sebou a taky aby mě pak hodil do postele, né že mě nechá v metru (smích).

Pak muzika, hrajem teď s kamarádem různě koncerty, i nějaký festivaly.

…spíš, když mi někdo něco upeče.

Někdo mě musí pomoct k rybníku nebo k řece.

Na THC musí být dobrá parta.

Je patrné, že respondenti i nadále udržují vztahy s ostatními lidmi a nebrání se styku se společností.

Náročná životní situace

Událost v životě, která člověka připoutá na invalidní vozík, určitě spadá do kategorie náročných životních situací. Avšak z výpovědí respondentů je patrné, že i přesto, že měli v životě takovouto „výzvu“, v současné době jsou se situací v rámci možností vyrovnaní. To se můžeme domnívat například i z faktu, že respondenti nemají problém o svém životě mluvit s cizí osobou pro účely bakalářské práce.

Z výpovědí respondentů se však můžeme domnívat, že proces vyrovnávání se se situací byl náročný, avšak všichni respondenti úspěšně obstáli. I přesto se však tento stav může v budoucnu změnit.

Zjistíš, že sám jsi v prdeli.

Teď přemýšlíš, co bys dělal, ale už to nejde.

Musíš si u všeho přijít na způsob, jak to udělat.

Sebelítost, nevím kudy kam.

Člověk se musí dostat ze sraček, ale musí chtít. Hlavně nesedět doma a mít depku.

Nesmíří se s tím, to vím i z vlastní zkušenosti. Prostě je to propad vůči společnosti, chybí ti standart, na kterej si byl zvyklej.

Dá se žít dál i na vozíku.

Vztah k návykovým látkám

Všichni respondenti mají k návykovým látkám určitý vztah. Respondenti se a nebojí o tomto vztahu a o vlastních zkušenostech hovořit. Návykové látky jsou pro ně součástí světa, ve kterém žijeme.

Všichni respondenti však hovoří o tom, že k návykovým látkám je potřeba přistupovat opatrně s určitou zodpovědností a uvědoměním, kdy uvádí, že je důležité mít nad sebou kontrolu a varují před rizikem vzniku závislosti.

Nejdůležitější je být daleko od zdroje a zodpovědnost.
Třeba takový LSD, to není návykový, ale musíš být daleko od zdroje.
(Nebezpečí) v tom, že si navyknou.
Nic se nesmí přehánět.
Balanc na hraně, propadne se závislosti nebo ne.
A je otázka, jestli se tomu podlehne.
Závislost vzniká hrozně rychle.
Jde o to, jak se k tomu postaví.
Je to pokavaď najdu k látce (jakékoliv) budu to muset ovládat, do určité míry.
Nepřehánět to je těžký.
Návykových látek je strašně moc, myslím, že nepřehánět to s cigaretama, hulením a nebrat nic víc, to už potom neuhlídáš.
Musí být kontrola.

I přesto, že každý z respondentů má k látkám jiný vztah, shodují se na tom, že některé látky mají pozitivní účinky.

Tráva hlavně, obsahuje CBD, což mi pomáhá proti křečím.
Mají terapeutický prospěch.
Tráva je asi spoustě lidem schopna pomoct.
Tak alkohol je i jako lék, třeba slivovice.
Tráva je dobrá na spazmy.

Dále všichni respondenti zmiňují účinky látek, které působí na psychiku a ovlivňuje kognitivní procesy.

Je to jen únik někam. Člověk má pocit, že všechno zvládá, ale je to jen takový dojem a je to jen taková iluze.

No a pak to taky ubíjí myšlenky.

Za střízliva člověk přemýšlí jinak.

Látky působí na psychiku, změní ti náhled na věc. Rozboural bariéry mezi tím, co si myslíš sám a co si myslí ostatní, začnou tě napadat jiné věci.

Můžeš se líp socializovat, jsi víc interaktivní, rádi za tebou lidi přijdou.

Ale může to i zhoršit psychický stav.

U všech respondentů se také objevili zmínky o škodlivosti látek nebo o problémech spojenými s užíváním.

Škodí to povšechně. Píčovina.

Jinak to škodí.

To nevím, dobrý to není určitě.

Z kouření jsou dýchací problémy. Po alkoholu mám větší spazmy.

V ničem. Co mi může pomoct, že se ožeru na vozíčku? Že je mi pak všechno jedno?

Nic není zdravé.

Benefity? Žádný.

Alkohol - ztrácíš po tom stabilitu, což je u člověka na vozíku větší průser.

Ztrácíš orientaci, nevíš pořádně, kde jsi.

Ve starosti vo sebe sama, sereš na prevenci dekubitů.

Hlavně je to svinstvo, když se to prodává někde.

Ať s tím praští, nevim co jinýho.

Člověk se dokáže bavit i bez sraček.

Celkový vztah k návykovým látkám se však u respondentů vlivem postižení nezměnil. Dá se říci, že u dvou respondentů došlo k omezení užívání.

Vztah mám furt stejný, po úrazu jsem přestal kouřit. V nemocnici jsem nekouřil a teď už to nepotřebuju.

Dřív jsem brala všechno, teď neberu nic.

Pokud však hovoříme o vztahu k látkám, tento vztah se nezměnil, i přesto, že respondenti užívali látky před vznikem postižení více. Názor na jejich škodlivost měli stejný jako nyní.

Všichni respondenti mají společné to, že se nebojí o svém životě mluvit, nebojí se mluvit ani o vztahu k návykovým látkám. Dá se říci, že tyto záležitosti pro ně nejsou tabu a jsou se situací více či méně vyrovnaní.

Všichni respondenti získali postižení v dospělosti, čili v době, kdy už byla dotvořena jejich osobnost a měli své místo ve společnosti.

Z rozhovorů s respondenty je patrné, že každý z nich má jiný způsob života a jiné zájmy, avšak všichni respondenti i nyní pokračují ve stejných životních stylech, jaké měli v době před vznikem postižení.

Pouze u jedné respondentky došlo vlivem úrazu k určitému uvědomění, či vyspělosti. Je otázkou, zda by tato změna nastala i v případě, že by nedošlo ke zranění a respondentka by i nadále setrvávala v životním rytmu, který měla v době před vznikem postižení. I přesto, že by se dalo hovořit o celkové změně hodnot a osobnosti, domnívám se spíše, že respondentka se díky vzniku postižení vrátila ke svému „pravému“ životu, který žila a byla k němu vedena z rodiny před tím, než začala experimentovat s látkami. Můžeme říci, že respondentka si potřebovala projít určitými životními fázemi, aby našla své místo v životě.

Proto můžeme u všech respondentů hovořit o tom, že v životě před úrazem žijí se stejným přístupem k životu, názory na svět, hodnotovou orientací a vztahy k návykovým látkám.

5.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jakou roli mají návykové látky v životě člověka se získaným tělesným postižením?

Návykové látky u osob se získaným tělesným postižením plní svou roli hlavně při kontaktu se společností, kdy respondenti zmiňují, že látky mohou pomoc při komunikaci, či potřebují ostatní lidi pro zprostředkování nějaké látky.

Dále respondenti hovoří z pohledu člověka, který se dostal do náročné životní situace a v rámci vyrovnávání se s touto skutečností může sáhnout i po návykových látkách.

Respondenti zmiňují pozitivní účinky těchto látek, kdy může docházet nejen k odreagování se a uvolnění, ale i k uvolnění spazmů. Tyto látky tedy pro ně mají i léčebnou roli.

Všichni respondenti se však také shodují v tom, že návykové látky mají i negativní a škodlivé účinky.

Proto je velice důležitá zodpovědnost při užívání těchto látek, zvláště z důvodu rizika závislosti.

Dále velice často respondenti zmiňují jako účinky látek změnu kognitivních procesů, čili změny v myšlení, vnímání, orientaci, či řeči.

Dílčí výzkumné otázky:

Mají návykové látky své místo v životě lidí se získaným tělesným postižením?

Ano, u každého z respondentů tyto látky své místo mají a to stejně jako u osob zdravých. Toto místo je však u respondentů rozdílné, v životech třech respondentů mají návykové látky své místo jako každodenní potřeba. Tato potřeba se však liší v tom, o jakou látku jde (alkohol, cigarety, marihuana).

V životě jednoho respondenta mají návykové látky své místo pouze jako rekreační záležitost.

Jakou roli látky plnily před úrazem/ před nemocí.

V době před úrazem/ nemocí plnili návykové látky u dvou respondentů roli každodenní potřeby, kdy se stalo užívání východiskem v jejich situaci a řešení problémů, kdy respondenti začali tyto látky užívat, aby „utekli z reality“.

Pro jednoho respondenta představují látky, a to hlavně marihuana, smysl života.

V životě dalšího respondenta tyto látky mají pouze roli rekreační, kdy látka slouží k odreagování se či uvolnění.

Látky také sehrály význačnou roli v době vzniku postižení, u dvou respondentů došlo k úrazu pod vlivem látek, u jednoho respondenta tato skutečnost nebyla sdělena. U respondenta, který získal postižení vlivem nemoci, můžeme také hovořit o tom, že v této době měly látky značný vliv na jeho zdravotní stav.

Jakou roli tyto látky zaujímají nyní?

I nadále látky zaujímají roli každodenní potřeby a roli rekreační. K těmto rolím přibyla ještě role léčebná a to v případě marihuany, kdy respondenti uvádějí, že jim marihuana pomáhá odbourávat spazmy.

Jak se změnil vztah k těmto látka od doby před úrazem a nyní?

Můžeme hovořit o tom, že vztah jako takový se nezměnil. U dvou respondentů došlo vlivem úrazu k omezení užívání látek, kdy se tyto látky staly nepotřebnými. Avšak v případě respondentky je zřejmé, že k takovému kroku dojít muselo, neboť po úrazu byla respondentka dlouho v nemocničním prostředí a jiných zdravotnických zařízení a nyní je celkově odkázaná na péči svých rodičů a asistentů, čili nyní není možné, aby v užívání látky (pervitinu) pokračovala. Žádný z respondentů nepotvrdil, že by po vzniku postižení začal návykové látky užívat ve větším množství než v době před tím.

6 DISKUSE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou roli mají návykové látky v životech lidí se získaným tělesným postižením. K zjištění stanoveného cíle byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda má velkou výhodu v osobním setkání, kdy kromě verbální komunikace bylo možné vycházet i z poznatků z komunikace neverbální.

Výzkumného šetření se zúčastnili čtyři respondenti, kteří se na základě oslovení od pracovníků organizací do výzkumu sami přihlásili. Je tedy patrné, že těmto respondentům nevadí o svém životě i o vztahu k návykovým látkám hovořit. Je zřejmé, že návykové látky jsou pro ně tématem, o kterém se chtějí bavit a mají na toto téma svůj názor.

Hlavní cíl se podařilo splnit, návykové látky mají v životech respondentů svou roli hlavně v oblasti vztahů s ostatními lidmi a oblasti vyrovnávání se s náročnou životní situací. I přesto, že každý z respondentů má svůj osobitý příběh a tudíž i osobitý vztah k návykovým látkám, na mnohém se všichni respondenti shodují. Pro všechny respondenty mají návykové látky pozitivní i negativní účinky. Dále pak si všichni uvědomují velkou rizikovost těchto látek a zodpovědnost, se kterou je nutno k těmto látkám přistupovat. Respondenti také hovoří o změnách kognitivních procesů v důsledku užívání látek.

Částí dílčího cíle bylo zjistit, zda se vztah k těmto látkám změnil od doby před vznikem postižení a nyní. Zde můžeme hovořit o tom, že celkový vztah respondentů k návykovým látkám se nezměnil. Z rozhovorů je patrné, že respondenti spíše zaujímají nějaký postoj po celý život a ani změna v podobě získaného postižení tento vztah jako takový nezmění. U dvou respondentů došlo po úrazu k omezení užívání některých látek. Žádný z respondentů nezmínil, že by u něj došlo vlivem postižení k zvýšení množství užívaných návykových látek. Stejně tak žádný z respondentů nezačal v době po úrazu/nemoci užívat jiné návykové látky.

Druhou částí dílčího cíle bylo zjistit, zda u osob s tělesným postižením došlo ke změně zájmů, a zda na to měly návykové látky vliv. V tomto ohledu můžeme hovořit o tom, že zájmy respondentů se přetransformovaly do jiných forem, avšak jejich podstata se nezměnila. Návykové látky na změnu zájmů vliv neměly.

Limitem práce může být to, že dva respondenti jsou vzhledem ke svému postižení (kvadruplegie) totálně odkázaní na své okolí. Tudíž i užívání či neužívání látek nezávisí pouze na nich, ale záleží na tom, zda by bylo jejich přání vyslyšeno další osobou.

Další limity práce mohou spočívat i v tom, že by u respondentů mohlo dojít k zatajení nějaké skutečnosti, například z důvodu hanby či záležitosti nelegálního charakteru.

Vezmeme-li v potaz genderové rozložení výzkumu, je zde převaha mužů (tři) a pouze jedna žena. I přesto, že jde o velmi malý vzorek, výzkum byl proveden se všemi respondenty, kteří se přihlásili. Vysvětlením pro mužskou převahu může být to, že osoby se získaným tělesným postižením, tudíž i klienti organizací, jsou více pohlaví mužského.

Je patrné, že u takovéhoto počtu respondentů nelze výsledky zobecňovat, což ani nebylo cílem této práce. Výsledky jsou platné pouze pro tuto skupinu respondentů, pokud bychom chtěli brát výsledky jako objektivní, museli bychom výzkum provést s větším počtem respondentů.

Specifikem této práce je to, že jde o práci kvalitativního charakteru, která se tímto liší od ostatních prací, proto není možné výsledky porovnávat s jinými studiemi. Srovnávat můžeme pouze fakt, že stejně jako v kvantitativních šetřeních (např. Havelková, Kachlík (2010), Odstrčil (2009), nebo Šperlová (2009)) se objevují respondenti s tělesným postižením, kteří užívají návykové látky. Dále se také práce odlišuje od jiných studií tím, že výzkumný vzorek tvoří výlučně osoby s tělesným postižením získaným.

Tato práce může přinést nové postřehy pro pracovníky s lidmi s tělesným postižením. Je důležité brát v potaz, jaký postoj lidé k návykovým látkám zaujímají, a případně se pokusit o zlepšení situace. K tomu může docházet například pohybovou činností či jinou volnočasovou aktivitou, kdy tyto aktivity i s nimi spojená socializace mohou pomoci s vyrovnáváním se s náročnou životní situací.

7 ZÁVĚRY

Cílem této práce bylo zjistit, jakou roli mají návykové látky v životech lidí se získaným tělesným postižením. Zjistit, zda se změnil vztah k těmto látkám od doby před vznikem postižení a nyní, a dále pak zjistit, zda u osob s tělesným postižením došlo ke změně zájmů, a zda na to měly návykové látky vliv.

Prezentované závěry jsou výsledkem kvalitativního šetření a nedají se zobecnit a použít jako všeobecně platné.

Výzkumné šetření bylo provedeno metodou polostrukturovaných rozhovorů. Dále pak byly jednotlivé doslovné transkripce rozhovorů analyzovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy.

Výsledky byly prezentovány ze dvou perspektiv, a to z perspektivy jednotlivých případů a z perspektivy témat, která jsou pro všechny respondenty společná.

Výsledky z jednotlivých případových studií se vztahují vždy k určitému respondentovi a můžeme z nich vnímat rozličnost osobností se složitým životním příběhem. Tyto výsledky nám mohou pomoci pochopit situace, do kterých se člověk se získaným tělesným postižením může dostat. V širším kontextu by nás měly tyto příběhy přivést k větší toleranci a respektu všech lidí.

Výsledky vzešlé ze společných témat byly dále zaznamenány do schématu, ze kterého je patrné, jakou roli návykové látky u osob s tělesným postižením zaujímají. Návykové látky mají u osob s tělesným postižením roli hlavně v oblasti vztahů s ostatními lidmi a v rovině vyrovnávání se s náročnou životní situací. Všichni respondenti zmiňují pozitivní i negativní účinky návykových látek. Pozitivní účinky vidí hlavně v odreagování se, uvolnění, odbourání bariér v komunikaci, ale také ve zmírnění spazmů. Dále všichni respondenti zmiňují účinky negativní, kdy jde hlavně o zhoršení zdravotního stavu následkem užití látky, ztráty orientace, či zanedbání péče o své zdraví. Všichni respondenti jsou si vědomi rizikovosti, která s užíváním návykových látek souvisí, a zmiňují, že je důležitá určitá zodpovědnost, neboť je velice snadné propadnout závislosti. Dále pak všichni respondenti uvádí změny kognitivních procesů pod vlivem látek a to zejména změna myšlení, vnímání, řeči, orientace a další.

Z výzkumného šetření je patrné, že u všech respondentů mají návykové látky svou roli a vztah k nim se vlivem úrazu výrazně nezměnil.

Výsledně můžeme potvrdit, že se podařilo odpovědět na všechny výzkumné otázky, které vedly ke splnění jak cílů dílčích, tak hlavního cíle.

8 SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá vztahem osob se získaným tělesným postižením k návykovým látkám. Cílem práce je zjistit jakou roli tyto látky zaujímají a zda se jejich role po získání postižení nějak změnila.

Práce se skládá ze dvou částí, první teoretickou částí je přehled poznatků, kdy je pozornost nejprve věnována návykovým látkám, a následně tělesnému postižení.

Práce se věnuje těmto problematikám nejen zcela odděleně, ale také ve vzájemné souvislosti.

Druhá praktická část se skládá z popsané metodiky a analýzy výzkumu, kdy byla použita kvalitativní metoda šetření. Výzkumu se zúčastnili čtyři respondenti, tři muži a jedna žena. Odpovědi respondentů byly získány metodou polostrukturovaného rozhovoru při osobním setkání. Následně přepsané výpovědi byly vyhodnoceny pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Další kapitolou jsou výsledky, které jsou popsány jak z perspektivy jednotlivých respondentů, tak z perspektiv témat, která jsou pro všechny respondenty společná. Výsledky byly graficky znázorněny ve schématu, z kterého můžeme vidět, jakou roli návykové látky mají. Je patrné, že v životech osob se získaným tělesným postižení mají návykové látky své místo. Svou roli zastávají hlavně v rovině společenských vztahů a v oblasti vyrovnávání se s náročnou životní situací.

Vzhledem k tomu, že šetření bylo provedeno kvalitativní metodou, nelze výsledky práce nijak zobecňovat. Pro obecnou platnost výsledků by bylo nutné provést práci s větším výzkumným vzorkem.

9 SUMARRY

The bachelor thesis deals with the relationship of persons with acquired physical disability to addictive substances. The aim of this work is to find out what role these substances occupy and whether their role has changed somehow.

The thesis consists of two parts, the first theoretical part is an overview of the knowledge, when attention is first devoted to addictive substances and then to physical disability.

The thesis deals with these issues not only separately but also in relation to each other.

The second practical part consists of the described methodology and research analysis, when the qualitative survey method was used. Four respondents, three men and one woman, participated in the research. The answers of the respondents were obtained by the method of semi-structured interview during a personal meeting. Subsequent transcripts were evaluated using interpretative phenomenological analysis.

The next chapter includes the results that are described both from the perspective of individual respondents and from the perspectives of topics that are common to all respondents. The results were graphically represented in a diagram from which we can see what role addictive substances play. It is evident that in the lives of people with acquired disabilities, addictive substances have their place. They become important mainly in the field of social relations and in dealing with difficult life situations.

Since the survey was carried out by a qualitative method, the results of the work cannot be generalized. For the general validity of the results it would be necessary to work with a larger research sample.

10 REFERENČÍ SEZNAM

Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie.* Praha: Portál

Bendová, K., Dolejš, M., Charvát, M., Kolařík, M., Pechová, O., Sobotková, I., Šucha, M., & Vtípil, Z. (2011). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Glass, E. (1980-1981). Problem drinking among the blind and visually impaired. *Health and Research World, 5(2),* 20-25.

Göhlert, F., & Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti: Toxikománie.* Praha: Ikar.

Greer, B., Roberts, R., May, G., & Jenkins, W. (1988). Identification of Substance Abuse in a Vocational Evaluation Setting. *Journal of Rehabilitation, 54(3).*

Heinemann, A. (1993). *Substance abuse and physical disability*. New York: Haworth Press.

Heinemann, A., Doll, D., Armstrong, J., Schnoll, S., & Yarkony, G. (1991). Substance use and receipt of treatment by persons with long-term spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 72 (7),* 482– 487.

Heinemann, A., Mamott, B., & Schnoll, S. (1990). Substance use by persons with recent spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology, 35(4),* 217-228. https://doi.org/10.1037/h0079065

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál.

Jeřábek, H. (1993). *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Kessler, D., & Klein, M. (1995). Drug Use Patterns and Risk Factors of Adolescents with Physical Disabilities. *International Journal of the Addictions, 30(10),* 1243-1270. https://doi.org/10.3109/10826089509105132

Kraus, J., & Šandera, O. (1975). *Tělesně postižené dítě: psychologie, léčba a výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Marádová, E. (2006). *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Moore, D., & Polsgrove, L. (2009). Disabilities, Developmental Handicaps, and Substance Misuse. *International Journal of the Addictions, 26*, 65-90. https://doi.org/10.3109/10826089109056240

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.

Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.

Nováková, H. (n. d..) Závislost. Retrieved 15. 2. 2019 from the World Wide Web: http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Z%C3%A1vislost

Pančocha, K. (2007). *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe*. Disertační práce, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.

Presl, J. (1995). *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. Praha: Maxdorf.

Renotiérová, M. (2002). *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Riesel, P. (1999). *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia.

Anonymous (n. d.) *Rozdělení drog.* Retrieved 8. 2. 2019 from the World Wide Web: http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog

Rybová, L. (n. d.). *Somatopedie pro studenty ATV.* Retrieved 17.2. 2019 from the World Wide Web:http://iks.upol.cz/wp-content/uploads/2014/02/Rybova_Somatopedie.pdf

Řehan, V. (1994). *Závislost na alkoholu a jiných drogách - psychologický přístup*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.* Brno: Masarykova univerzita.

Sales, A. (2000). Substance Abuse and Disability. *ERIC document reproduction service,* 440352, 1-18.

Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Skála, J. (1977). *... až na dno!?: fakta o alkoholu a pijáctví*. Praha: Avicenum.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislost: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapi. *Ceská A Slovenská Psychiatrie*, *110*(6), 326-332

WHO. (2001) *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF.* Praha: Grade.

Yin, R. (2009). *Case study research: design and methods*. Los Angeles: Sage.

Zvoníková, A. (2014). Co víme o drogové problematice. *Revizní a posudkové lékařství*, *2-3*, 54-57.

11 PŘÍLOHY

11.1 Příloha č. 1: Souhlas Etické komise

Fakulta
tělesné kultury

Vyjádření Etické komise FTK UP

Složení komise: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D. – předsedkyně
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
Mgr. Filip Neuls, Ph.D.
Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.
prof. Mgr. Erik Sigmund, Ph.D.
Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph.D.

Na základě žádosti ze dne 15. 1. 2019 byl projekt diplomové práce (bakalářské)

autor: **Anna Vangelova**

s názvem **Role návykových látek v životě osob s tělesným postižením**

schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: **13/ 2019**
dne: **7. 3. 2019.**

Etická komise FTK UP zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnicemi pro výzkum zahrnující lidské účastníky.

Řešitelka projektu splnila podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

za EK FTK UP
doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
předsedkyně

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Komise etická
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc

Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc | T: +420 585 636 009
www.ftk.upol.cz

11.2 Témata rozhovoru:

1) Anamanestická data

2) + zájmy

Jaké jsou Vaše zájmy, Co Vás baví ve volném čase? Jak trávíte volný čas?

V čem je to odlišné od dřívější doby a nyní?

- *Jaké byly před úrazem/nemocí?*
- *Jaké byly po úrazu/nemoci?*

3) Co si myslíte o látkách vyvolávajících závislost?

V čem mohou osobám s tělesným postižením návykové látky pomáhat?

Jaké benefity/pocity mohou vnímat/mít lidé při užívání alkoholu a návykových látek?

V čem mohou osobám s tělesným postižením návykové látky škodit?

Z jakých důvodů může u člověka na vozíku vzniknout riziko závislosti?

V čem návykové chování a látky naopak omezují?

Co považujete za zdravé užívání návykové látky?

Co považujete za nadužívání návykové látky? Co považujete za závislost na návykové látce?

Co byste doporučil jedinci na vozíku, kdyby nadužíval alkohol či jinou návykovou látku či byl na ní závislý?

Pouze chtějí-li odpovědět:

Jaké jsou Vaše zkušenosti s alkoholem a návykovými látkami?

Můžete porovnat váš vztah k těmto látkám nyní a dříve? Popř. před úrazem a po úrazu?