Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Závislost na kouření a internetu u jedince s lehkým mentálním postižením

Bakalářská práce

Autor: Juliana Jarábková
Studijní program: B 7506 speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent: Mgr. Martin Kaliba

Hradec Králové 2020

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor:	**Juliana Jarábková**
Studium:	P16K0035
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	**Závislost na kouření a internetu u jedince s lehkým mentálním postižením**
Název bakalářské práce AJ:	Addiction to cigarette and the internet in an individual with light mental disabilities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V teoretické části bude vymezen pojem mentální postižení, charakterizována specifika osob s lehkým mentálním postižením, následně pak popsáno rizikové chování a problematika závislostí, a to zejména ve vztahu ke kouření a internetu. Prakticky orientovaná část závěrečné práce bude zkoumat projevy závislostí u vybrané skupiny osob s lehkým mentálním postižením, a to i s ohledem na jejich etiologii včetně návrhu opatření vedoucích k eliminaci závislosti/í u dané cílové skupiny. Z metodologického hlediska bude využito metody rozhovoru. Cílem bakalářské práce je popsat rizikové chování a vznik závislosti u jedince s lehkým mentálním postižením a vytvořit preventivní opatření.

BLINKA, Lukáš a kol. Online závislosti: jednání jako droga? online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba. Vydání 1. Praha: Grada, 2015. 198 s. Psyché. ISBN 978-80-210-7975-5. ČERNÁ, Marie a kol. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Diagnóza F17: závislost na tabáku. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 102 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Martin Kaliba

Datum zadání závěrečné práce: 5. 2. 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí bakalářské práce) samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne: Juliana Jarábková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářská práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D., za odborné vedení práce, za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat rodičům, kteří mi během studia a při psaní bakalářské práce byli oporou.

Anotace

JARÁBKOVÁ, Juliana. *Závislost na kouření a internetu u jedince s lehkým mentálním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 39 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá závislostí na kouření a internetu u jedinců s lehkým mentálním postižením. V teoretické části bakalářské práce je charakterizováno mentální postižení, včetně jeho klasifikace a etiologie. Následně je pozornost věnovaná rizikovému chování a závislosti, zejména pak závislosti na kouření (popisuje závislost na kouření, historii kouření, léčbu a prevenci kouření, negativní dopady). Závěr teoretické části bakalářské práce je věnován závislosti na internetu (popisuje druhy závislosti, negativní dopady internetu, rizika spojená s internetem, léčbu a prevenci závislosti).

Praktická část bakalářské práce je realizována s cílem popsat projevy rizikového chování a vznik závislosti u dané cílové skupiny a vymezit preventivní opatření eliminující závislost na kouření a internetu u jedinců s LMP. Je zaměřena na zkoumání projevů závislosti u těchto jedinců v praxi. Z metodologického hlediska bylo využito metody rozhovoru.

Klíčová slova: mentální postižení, rizikové chování, závislost, kouření, internet.

Annotation

JARÁBKOVÁ, Juliana. *Addiction to cigarette and the internet in an individual with light mental disabilities.* Hradec Králové: Faculty of Education, University Hradec Králové, 2020. 39 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor thesis deals with addiction to smoking and the Internet in individuals with mild intellectual disabilities. In the theoretical part of bachelor thesis is characterized by intellectual disability, including its classification and etiology. Subsequently, attention is paid to risky behaviour and addiction, especially smoking addiction (describes smoking addiction, smoking history, smoking treatment and prevention, negative effects). The conclusion of the theoretical part of bachelor thesis is devoted to internet addiction (describes the types of dependence, negative effects of the Internet, risks associated with the Internet, treatment and prevention of addiction).

The practical part is realized in order to describe the risk behavior and addiction in the formation of the target group and to define preventive measures eliminating smoking addiction and the Internet for individuals with mild intellectual disabilities. It focuses on the exploration of withdrawal symptoms in these individuals in practice. From a methodological point of view was used interview method.

Keywords: mental disability, risk behavior, addiction, smoking, internet.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: Juliana Jarábková

Obsah

Úvod **10**
1 Charakteristika osob s mentálním postižením **11**
1.1 Mentální postižení 11
1.2 Etiologie 12
1.3 Klasifikace mentálního postižení 12
1.4 Specifika osob s mentálním postižením 13
1.5 Způsby chování lidí s mentálním postižením 16
2 Rizikové chování **17**
2.1 Rizikové chování 17
2.2 Definiční vymezení závislosti 17
2.2.1 Faktory ovlivňující vznik závislosti 18
2.2.2 Vznik a rozvoj závislosti na drogách 19
2.2.3 Znaky závislosti 19
3 Závislost na kouření **21**
3.1 Uvedení do problametiky závislosti na kouření 21
3.2 Kouření 22
3.2.1 Identifikace závislosti na kouření 22
3.2.2 Abstinenční syndrom 23
3.2.3 Formy tabáku 23
3.3 Negativní vliv kouření na lidský organismus 24
3.4 Prevence závislosti na tabáku 26
3.5 Léčba závislosti na kouření 26
3.5.1 Náhradní nikotinová terapie 27
3.5.2 Farmakologická léčba 27
3.5.3 Centra pro závislé na tabáku 28
4 Závislost na internetu **29**
4.1 Závislostní chování na internetu 29
4.1.1 Diagnostika závislosti na inernetu 30
4.1.2 Druhy závislosti na internetu 30
4.2 Vlivy ovlivňující závislost na interentu 31
4.3 Negativní dopady závislosti na internetu 31
4.4 Některá rizika spojená s internetem 32
4.5 Prevence a léčba závislosti na intenretu 32
5 Uvedení do praktické části bakalářské práce **34**

5.1 Použité metody a metody výzkumu 34
5.1.1 Cíl bakalářské práce 34
5.2 Výzkumné metody 35
5.3 Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření 36
5.4 Charakteristika výzkumného vzorku 37
6 Závislost u jedinců s mentálním postižením v praxi 38
6.1 Konkretizace závislostního chování u osob s LMR 38
6.1.1 Vyhodnocení kazuistik 41
6.1.2 Interpretace dat získaných rozhovory s osobami s LMR 41
6.1.3 Vyhodnocení výzkumných otázek 42
6.2 Opatření reagující na výsledky výzkumného šetření 43
7 Vyhodnocení cílů bakalářské práce 46
Závěr 48
Seznam užitých zkratek 50
Seznam tabulek 51
Seznam fotografií 52
Seznam použité literatury 53
Seznam internetových zdrojů 56
Seznam příloh 57

Úvod

Jak už z názvu bakalářské práce vyplývá, zabývá se problematikou závislosti na kouření a na internetu u jedinců s lehkým mentálním postižením. V současné době je závislost na kouření a internetu velkým problémem, a to nejen u lidí s postižením. Téma bakalářské práce jsem si vybrala z několika důvodů. Hlavním důvodem je aktuálnost obou závislostí.

Kouření patří mezi nejčastější diagńozy závislostí. Česká republika se řadí mezi prvních pět státu v Evropě s největším počtem kuřáků. V důsledku kouření umře **zhruba 22 000 lidí v ČR ročně** (Pešek, Nečesaná, 2008).

V současné době žijeme ve světě moderních technologií, které ovlivňují velkou část našeho života. Internetové připojení je téměř všude, spousta lidí si nedokáže představit život bez internetu. Přes internet probíhá komunikace na sociálních sítích, objednávání zboží, zjišťování informací atd. Závislost na internetu se stává problémem již u malých dětí, kterým rodiče, místo osobního zájmu, dají do ruky telefon na hraní.

Proto bych se ráda pokusila podpořit prevenci závislosti na kouření a internetu u lidí s lehkým mentálním postižením, kteří se v daném ohledu stávají také rizikovou skupinou, protože u nich nebyla podpořena prevence a některým bohužel chybí správné vzory v rodině. Problamtikou závislostí u osob s mentálním postížením se nezabývalo mnoho lidí, většina prací je zaměřena na dospívající popoulaci.

V neposlední řadě mě vedlo k napsání mé práce to, že pracuji již skoro 3 roky s lidmi s mentálním postižením, tak mi je toto téma velmi blízké a mohlo by pomoci ke zkvalitnění práce mé, ale i mých kolegů. Lze očekávat, že výstupy bakalářské práce budou využity speciálními pedagogy a sociálními pracovníky, kteří by se chtěli o této problamtice něco dozvědět.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat rizikové chování u jedinců s lehkým mentálním postižením. V rámci praktické části bude vytvořen polostrukturovaný rozhovor, který bude zkoumat vznik a průběh obou závislostí u osob s lehkým mentálním postižením.Na základě zjištěných výsledků budou navržena preventivní opatření eliminující závislost na kouření a interentu.

.

I Teoretická část

1 Charakteristika osob s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením tvoří zhruba 3 % populace. Mezi osobami s mentálním postižením je 80 % osob s lehkým mentálním postižením (Fischer a kol., 2014). Osoby s mentálním postižením nejsou často schopné domýšlet a včas přiměřeně hodnotit následky svého chování, stávají se tak snadno ovlivnitelnou a tím pádem i rizikovou skupinou ve vztahu k experimentaci s návykovými látkami a vzniku závislosti (Slowik, 2016).

1.1 Mentální postižení

Mentální postižení se řadí k nejběžnějším poruchám objevujícím se v populaci, bez ohledu na rasu, kontinent, ekonomický, kulturní okruh apod (Valenta a kol., 2014). Každý člověk s mentálním postižením je svébytnou bytostí, která má vlastní potřeby a problémy a vlastní vývojový potenciál, který je důležitý rozvíjet. Výrazy mentální retardace a mentální postižení jsou dnes používány jako synonyma. Upřednostňuje se používat spíše pojem mentální postižení (Švarcová, 2006). Pojem mentální retardace pochází ze dvou latinských slov: mens (duše, mysl) a retardare (zpomalit), v překladu to znamená „opoždění mysli“.

Definice mentální retardace dle MKN-10:

„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“ (http://www.uzis.cz/).

„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností“ (Valenta a kol., 2014, s. 24). K mentální retardaci se může přidružit autismus, poruchy chování, epilepsie, tělesné postižení (Černá, 2015).

1.2 Etiologie

Etiologie mentálního postižení je velice rozmanitá, většinou vzniká součinností více faktorů, pokaždé jde o závažné organické nebo funkční poškození mozku. „*Obecně platí, že tak jako neexistují dva jedinci s naprosto identickou symptologií, neexistují ani dvojníci se stejným počátkem intelektové subnormality. Proto je velmi problematické vytvářet adekvátní etiologické kategorie"* (Valenta a kol., 2014, s. 55).

Mentální retardace může být způsobena příčinami endogenními (vnitřní) nebo exogamními příčinami (vnější). Podle časového hlediska dělíme příčiny mentální retardace na prenatální, perinatální, postnatální. Prenatálními příčinami jsou: infekční onemocnění matky, fetální alkoholový syndrom, toxoplazmóza a zarděnky. Mezi perinatální příčiny patří: mozková hypoxie novorozence a nízká porodní váha. Nejčastější postnatální příčiny jsou nádorová onemocnění a krvácení do mozku. Do postnatálních faktorů patří poruchy, které vznikly do prvních 18 měsíců dítěte, později vzniklé jsou považovány za demenci. Dále se v odborné literatuře dělí mentální retardace na vrozenou, získanou (demence) a sociálně podmíněnou (Černá, 2015).

1.3 Klasifikace mentálního postižení

V současnosti je užíváno členění mentální retardace podle desáté revize **Světové zdravotnické organizace** (WHO). Tato klasifikace vstoupila v platnost v roce 1992 v Ženevě. Mentální retardace spadá do oboru psychiatrie, z toho důvodu má jako první označení velké písmeno F a následující číslice upřesňují diagnózu (Valenta a kol., 2014). K měření stupně inteligence je využíváno inteligenčních testů. W. Stern vytvořil inteligenční koeficient, který vyjadřuje úroveň inteligence. Koeficient ukazuje rozdíl mezi dosaženým věkem /mentálním/ a věkem fyzickým. IQ = 100x mentální věk/ fyzický věk.

Klasifikace mentálního postižení dle stupně IQ:

- F 70 – lehká mentální retardace (IQ 50–69),
- F 71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35–49),
- F 72 - těžká mentální retardace (IQ 20–34),
- F 73 - hluboká mentální retardace (IQ – dosahuje maximálně 20),
- F 78 – jiná mentální retardace,
- F 79 – neurčená mentální retardace.

Mezinárodní klasifikace nemocí, kromě mentální retardace, klasifikuje v kódech F 70-73 případné poruchy chování (např. sebepoškozování), a to připojením další číslice v následujících intencích:

- 0 – žádná nebo minimální porucha chování (např. F 71.0 středně těžké mentální postižení bez poruch chování),
- 1 – zásadní porucha chování, která vyžaduje intervenci (Müller, 2006).

1.4 Specifika osob s mentálním postižením

Mentální postižení je syndromatické postižení, které kromě psychických schopností postihuje i celou lidskou osobnost ve všech složkách. Mentální postižení má vliv na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale také na emoce, komunikační schopnosti, na začlenění do společnosti a v pracovním uplatnění (Slowik, 2016). Myšlení mentálně postižených osob je obecně typické značnou konkrétností, rigiditou a chybami v syntéze a analýze (Valenta, 2009). *„Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídící funkcí a značnou nekritičností“* (Kozáková, 2005, s. 31-32). Osoby s mentálním postižením udrží mnohem kratší dobu pozornost než intaktní vrstevníci (Valenta, 2009). Vůle - u mentálně postiženého člověka se lze setkat s dysbulii (porucha vůle) a abulii (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost začít činnost). Typickým projevem abulie je neschopnost podřídit svoje chování určitému úkolu. U jedince s MP se projevuje značně výrazněji než u běžné populace (Kozáková, 2005). V projevech chování osob s mentálním postižením je typickým rysem nadměrná emocionalita (Štěrbová, 2007). Problém u člověka s mentálním postižením může nastat při naplňování sociálních rolí, které jsou typické pro člověka stejného věku, pohlaví. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se během času mohou měnit a snížené hodnoty se cvičením a rehabilitací mohou zlepšovat. Každý člověk s mentálním postižením má své osobní charakteristické rysy (Černá, 2015). *„Přes všechny omezení a různé zvláštnosti jsou lidé s mentálním postižením především lidmi, kteří mají prakticky stejné potřeby jako všichni ostatní a také právo na jejich adekvátní saturaci“* (Štěrbová, 2007, s. 120).

Vymezení lehké mentální retardace

Mentální úroveň u osob s lehkým mentálním postižením se pohybuje od 50 do 69 IQ. Lehké mentální postižení se vykytujte zhruba u 2 % populace. Diagnózu lehké mentální retardace lze určit až při zahájení školní docházky. Myšlení osob s lehkým mentálním postižením je velmi jednoduché, konkrétní a stereotypní, chybí přiměřený rozvoj logického myšlení. Osoby s lehkým mentálním postižením mají problém rozlišit podstatné od nepodstatného. Často také mají specifické problémy se čtením a psaním. Řeč u dětí s lehkým mentálním postižením bývá opožděna a mohou se objevovat agramatismy. Většina lidí s lehkým mentálním postižením dokáže řeč užívat účelně v každodenním životě. Paměť je spíše mechanická (bez ohledu na souvislosti), konkrétní a krátkodobá. Vyznačuje se pomalým a komplikovaným osvojováním abstraktních pojmů, je pro ně obtížné udržet pozornost (Valenta, 2009). Základem fyziologické zapomětlivosti může být zejména vyhasínání podmíněných spojů a dočasný útlum korové činnosti (často je to obranný útlum). Proto je potřeba opakovat, dlouhodobě fixovat a automatizovat motorické dovednosti – praktické činnosti i vědomosti. Lidé s lehkým mentálním postižením většinou dosáhnou nezávislosti v osobní péči (hygiena, mytí atd.) i v praktických domácích dovednostech, trvá to však delší dobu. Jedince, kteří jsou na horní hranici lehkého mentálního postižení, lze zaměstnat prací, která vyžaduje především praktické schopnosti (Švarcová, 2006).

Vymezení středně těžké mentální retardace

Mentální úroveň u člověka se středně těžkou mentální retardací se pohybuje od 35 do 49 IQ. Je zde výrazně opožděn vývoj chápání a užívání řeči. Schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost u jedinců se středně těžkou mentální retardací bývá opožděna. Většina jedinců se středně těžkou mentální retardací potřebuje více či méně intenzivní dohled a podporu po celý život.

Ve škole jsou pokroky u jedince se středně těžkou mentální retardací omezené, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací se dokáží naučit základy čtení, psaní a počítání (Štěrbová, 2007). Myšlením je lze přirovnat k předškolnímu dítěti. Slovní zásoba je u člověka se středně těžkou mentální retardací velmi malá, ale tito lidé dokáží vytvořit jednoduché věty. Paměť je mechanická a kapacitně omezená. Učení je omezeno na mechanické podmiňování, k zapamatování čehokoliv je nezbytné opakování (Valenta, 2009).

Velmi často se u jedinců se středně těžkou mentální retardací vyskytuje i tělesné postižení nebo neurologické onemocnění, především epilepsie. Jedinci se středně těžkým mentálním postižením dokáží vykonávat jednoduchou manuální práci za předpokladu, že jsou úkoly pečlivě strukturované s odborným dohledem. Málokdy jsou jedinci se SMR schopni úplně samostatného života (Štěrbová, 2007).

Vymezení těžké mentální retardace

Mentální úroveň osob s těžkou mentální retardací je v rozmezí od 20 do 34 IQ. U mnoha jedinců s těžkým mentálním postižením se vyskytuje porucha motoriky nebo jiná přidružená vada, což prokazuje přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. Řeč se u jedinců s těžkým mentálním postižením buď nevytvoří vůbec, nebo je velmi jednoduchá, může se vyskytovat echolálie, což znamená, že opakují pouze to, co slyší (Švarcová, 2006). K vytvoření funkční komunikace u osob s těžkou mentální retardací se, mimo přirozeného mluveného projevu, používají i náhradní komunikační prostředky např. fotografie, obrázky VOKS apod., což osobě s těžkou mentální retardací pomůže formulovat svoje přání, potřeby a reagovat také na jednoduché otázky (Bendová, 2015).

Vymezení hluboké mentální retardace

U jedinců s hlubokou mentální retardací téměř nedochází k rozvoji poznávacích schopností. Jsou schopni rozlišovat maximálně známé či neznámé, projevovat libost a nelibost. Základy řeči nejsou vytvořeny (Fischer a kol., 2014). Osoby s hlubokou mentální retardací jsou často omezeny v pohybu nebo jsou imobilní. Většinou jde o kombinované postižení, velmi často bývá přidružena epilepsie. IQ se nedá přesně změřit, ale odhaduje se pod 20. Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou závislí na péči druhých lidí.

Vymezení jiné mentální retardace

Tuto kategorii lze použít pouze, když stanovení stupně intelektové retardace je nemožné, pro přidružené smyslové nebo somatické poškození. Tito lidé většinou skončí v ústavech sociální péče.

Vymezení nespecifické mentální retardace

Mentální postižení je prokázáno, ale je nedostatek informací pro zařazení jedince do výše uvedené klasifikace (Švarcová, 2006).

1.5 Způsby chování lidí s mentálním postižením

Život osob s mentálním postížením je často naplněn závažnými stresujícími událostmi, které na ně mají stejně negativní dopad, jako mají na člověka bez postižení. Mezi časté stresující události řadíme: separaci od blízkých osob, ztráta důležitých vazeb, omezování či odpírání základních lidských práv, nedostatek soukromí, stěhování, nedostatek přátel, konflikty se sociálním okolím a jiné (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Jedinci s mentálním postižením nejsou často schopni pochopit obecně platné normy a hodnoty a jejich podstatu. Jednici s lehčím stupněm mentálního postižení obvykle vědí, jak se mají chovat v obvyklých situacích, ale nelze od nich očekávat vždy standartní reakci. Důvodem je rozdílné chápání a tendence k jinému způsobu reagování. Lidé s mentálním postižením se řídí především emocionálními impulzy. Mají větší sklon k afektivním reakcím, které nedokážou přijatelně ovládat. Afektivní, nepříjemné někdy i agresivní projevy bývají obrannou reakcí na situace, kterým nerozumí a nejsou schopni je zvládnout. Problematické chování může být signálem neschopnosti vyslovit svoje aktuální pocity srozumitelným způsobem pro ostatní, může se to projevit např. sebepoškozováním (Fischer a kol., 2014).

2 Rizikové chování

Obecně lze říci, že s rizikovým chováním se můžeme setkat, jak u běžné populace, tak u lidí s mentálním postižením.

2.1 Rizikové chování

Pojem rizikové chování lze chápat jako chování, v jehož důsledku dochází k evidentnímu zvýšení zdravotních, výchovných, sociálních a jiných rizik pro jedince a společnost. Dříve se používal termín sociálně patologické jevy (www.nuv.cz).

Do základních typů rizikového chování řadíme:

- záškoláctví,
- šikanu a extrémní projevy agrese,
- extrémní rizikové sporty, rizikové chování v dopravě,
- rasismus a xenofobii,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- závislostní chování.

Osoba, která se chová rizikově jedním způsobem, má sklon chovat se rizikově i v jiných oblastech. Mezi nejčastější typy patří konzumace alkoholu, kouření cigaret, užívání marihuany, delikventní chování a dřívější zahájení pohlavního života (Miovský a kol., 2015). S ohledem na tematické zaměření této bakalářské práce bude dále pozornost věnována závislostnímu chování, definičnímu vymezení závislosti, včetně vzniku, rozvoje a faktorů.

2.2 Definiční vymezení závislosti

Závislost může být psychická nebo sociální. Psychická závislost je provázena narušeným spánkem, depresí, agresivitou, občas i sebevražednými tendencemi a je dlouhodobá. Závislost fyzická se projevuje tělesnými abstinenčními příznaky např. třes, křeče, pocení (Švarcová, Čapek, 2002).

Definice závislosti

„Syndrom závislosti (statistický kód F1x.2, na místo x před desetinnou tečku se doplňuje

látka): Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince návykové chování a závislost 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" (Nešpor, 2007, s. 9-10).

Klasfikace závislostí

- **F 10.2 –** závislost na alkoholu,
- **F 11.2 -** závislost na opiátech,
- **F 12.2 –** závislost na kanabinoidech,
- **F 13.2 -** závislost na sedativech,
- **F 14.2 -** závislost na kokainu,
- **F 15.2 –** závislost na jiných stimulacích včetně kofeinu a pervitinu,
- **F 16.2 –** závislost na halucinogenech,
- **F 17.2 –** závislost na tabáku – (viz kapitola 3),
- **F 18.2 –** závislost na organických rozpouštědlech**,**
- **F 19.2 –** závislost na několika látkách.

Z výše uvedené klasifikace vyplývá, že závislost na internetu, patologické hráčství, závislost na práci není závislost v pravém slova smyslu. Uvedené druhy návykového chování mají určité společné rysy se závislostí, jako takovou ji lze takto označit (Nešpor, 2007).

2.2.1 Faktory ovlivňující vznik závislosti

Závislost u jedince může vzniknout z několika důvodů: genetické dispozice, sociální faktory, osobnostní rysy, psychické faktory. V současné době není jasně určeno, zda existují specifické genetické informace, které vedou ke vzniku závislostního chování. Nejvíce se tato problematika zkoumá ve spojení s alkoholismem. Sklon k závislosti mohou ovlivňovat sociální faktory, mezi které patří vliv rodiny (dysfunkční rodina, syndrom CAN), vliv sociální skupiny (vrstevníci, subkultura, profese – určité profese mají snadnější přístup k látce), vliv životního prostředí (prostředí města). Do psychických faktorů řadíme: nižší míru sebekontroly a volních vlastností, sklon

k sebepodceňování nebo naopak k přeceňování. Riziko vzniku a rozvoje závislosti mohou zvyšovat osobnostní rysy. Větší sklon k závislostnímu chování mají jedinci s poruchami osobnosti a psychickým onemocněním.

2.2.2 Vznik a rozvoj závislosti na drogách

Závislost na drogách nevznikne nečekaně, ale ve většině případů tento proces probíhá postupně, v několikka etapách za sebou.

- 1. etapa - experimentální: Jedinec užívá drogu občas a ta přináší jedinci přijemné pocity, nepoznané prožitky. Negativní účinky nejsou zřejmé, proto je dotyčný k případnému varování lhostejný.
- 2. etapa - příležitostní užívání: Jedinec zjišťuje, že mu daná droga usnadňuje osobní situaci a sociální potíže, zkracuje si nudu a s tímto záměrem ji užívá. V této etapě ještě není jedinec závislý, spotřeba je většinou tajena z důvodu stigmatizace. Jedinec si je vědom nesprávnosti daného chování (záleží mu na rodině, profesi, společnském okolí).
- 3. etapa - pravidelné užívání: Jedinec v této etapě bere drogu čím dál častěji, ale stále odmítá rizika spojená s užíváním.
- 4. etapa - návyk a závislost: Jedinou motivací už je pro jedince opatřit si drogu. Mohou nastat změny v oblasti somatické, psychické a sociální (Fischer a kol., 2014).

2.2.3 Znaky závislosti

O závislosti lze mluvit tehdy, pokud jsou splněna alespoň 3 kritéria z následujících jevů během jednoho roku:

- velké nutkání užít látku (craving) – jedinec nedokáže myslet na nic jiného než na látku,
- pokles sebekontroly – při užívání látky, jde-li o začátek, ukončení, nebo o množství látky,
- tělesný odvykací stav – látka je užívaná úmyslně ke zmenšení příznaků, které byly vyvolané předchozím užitím látky,
- zvyšování tolerance – jedinec potřebuje stále větší množství, aby se dosáhlo stejného účinku, který před tím vyvolala dávka nižší,

- vynechávání zájmů – jedinec tráví většinu času získáváním nebo užíváním drogy, ztrácí zájem o ostatní činnost,
- následné užívání i přes prokázání škodlivých účinků – člověk už má poškozená játra, depresivní stavy, a přesto pokračuje v užívání látky (Nešpor, 2018).

3 Závislost na kouření

Dlouhou dobu nebylo kouření považováno za závislost, ale pouze za způsob chování anebo zlozvyk. Dnes už je kouření definováno jako závislost na tabáku a je diagnostikováno jako nemoc s diagnózou F 17.

3.1 Uvedení do problametiky závislosti na kouření

Tabák je kulturní rostlina ze Střední Ameriky. Dříve, v předkolumbovské době, sloužil indiánům k náboženským rituálům a léčbě. Listy tabáku byly používány ve formě obkladů nebo byly aplikované jako pasta k léčbě vředů na kůži. Nálezy dýmek v hrobkách starých Aztéků dokazují, že se tabák kouřil již v dobách minulých. V období starověku a středověku v Evropě tabák neznali. První, kdo se seznámil s tabákem, byl Kolumbus a jeho námořníci v roce 1492 u Kuby. Dva námořníci z posádky - De Jerez a Rodrigo zahlédli domorodce, kteří si zapalují jakési sušené listy a vdechují kouř. De Jerez byl pravděpodobně prvním evropským kuřákem. Když se vrátil do Španělska, byl inkvizicí zavřen do vězení. Důvodem uvěznění bylo vyfukování kouře, které vyděsilo sousedy, kteří ho pak udali jako člověka posedlého ďáblem. Roku 1518 přivezl do Evropy první tabák účastník druhé Kolumbovy výpravy Roman Penez z provincie Tabacco na ostrově San Domingo. Odtud pochází pojmenování tabák. Tabák se začal brzy pěstovat po celém světě. V 16. století se řezaný tabák v Evropě velmi rozšířil (ještě neexistovala cigareta). V některých zemích byly za kouření dokonce přísné tresty (uřezání nosu).

V roce 1832 si první cigaretu ubalil egyptský voják do papírové tyčinky od střelného prachu. Od roku 1843 se začínají vyrábět cigarety ve Francii. Londýnský trafikant Philip Morris otvírá první obchod v roce 1847, ve kterém prodává ručně ubalené cigarety. V Německu vznikla první továrna na cigarety roku 1862 v Drážďanech. (Kubánek, 2009). Koncem 19. století došlo k velkému vzestupu kouření, protože začala tovární výroba cigaret. Před první světovou válkou kouřili cigarety pouze muži, kteří byli vysoce společensky postaveni. V této době byla spotřeba cigaret zhruba 500 kusů za rok na osobu. Roku 1914 byla představena klasická cigareta značky Camel. V roce 2000 byla na světě 1,1 miliarda kuřáků, kouřilo více mužů (Pradáčová, 2017).

3.2 Kouření

Kouření je chování, které se naučíme. Je to nejrizikovější faktor, který působí nepříznivě na zdraví člověka. S první cigaretou se začíná experimentovat okolo 10 až 14 roku a je to ovlivněno sociálním prostředím a vrstevníky. Člověku, který začíná kouřit, většinou první cigareta nechutná. Každá další cigareta přivede začínajícího kuřáka postupně do závislosti, větší riziko je u mladších lidí. Nejčastější situace, při kterých člověk kouří, jsou: pití alkoholu, společnost dalších kuřáků, pití kávy, řízení auta, po jídle, stres (Bartlová, 1996).

Závislost na nikotinu vznikne velmi rychle, protože mozek vyžaduje víc a častěji, aby se opět dostal do podobného „rauše". Člověk při kouření cítí požitek, pocit uvolnění, zdánlivě mírní stres a strach. Jestliže mezi jednotlivými cigaretami bude delší pauza nebo člověk zkusí přestat, klesne hladina dopaminu. Kuřák může pocítit nervozitu, mrzutost, podrážděnost nebo nesoustředěnost. Tyto pocity zmizí s rychlou cigaretou, ale kdykoliv podlehne touze znovu a znovu, vzniká závislost. Jediným spouštěčem závislosti na nikotinu nejsou jen změny v mozku (Atkins, 2014). Závislost je vyvolána látkou, kterou je nikotin. Nejčastějším testem, který se používá pro zjištění míry závislosti na tabáku, je Fagerstromův test závislosti (k nahlédnutí v příloze A).

Závislost na cigaretě může být psychosociální nebo fyzická. Pokud nedostane kuřák do svého mozku pravidelnou dávku nikotinu, cítí se fyzicky i psychicky velmi špatně (Pešek, Nečesaná, 2008). Fyzická závislost se vyvíjí postupně, u každého člověka je různá, výjimečně nemusí vzniknout vůbec. Fyzická závislost se zpravidla projevuje do dvou let od zahájení kouření. Fyzickou závislost na nikotinu lze překonat nikotin substituční terapií (žvýkačky, náplasti). Psychická závislost na cigaretě se u člověka vytvoří mnohem rychleji než fyzická závislost (Sovinová, Csémy, 2003). Mozek si postupně zvyká, že mu nikton, ve formě kouření se všemi rituály, dělá dobře. Chuť na cigaretu může být velmi neodbytná a může vést k nutkavému chování si cigaretu obstarat a vykouřit ji (Pešek, Nečesaná, 2008).

3.2.1 Identifikace závislosti na kouření

O závislosti na kouření můžeme mluvit v případě že jedinec splňuje následující tři kritéria:

- tabák je užíván ve velkém množství a déle než bylo v úmyslu,

- tolerance k nikotinu, jedinec potřebuje stále větší dávku nikotu, aby dosáhl žádoucích účinků,
- při vysazení tabáku se objeví abstinenční příznaky (Králíková, 2017).

Dle výše uvedených kritérií je možné kuřáky rozdělit na:

- **pravidelné (denní) kuřáky:** v době šetření vykouří více než jednu cigaretu,
- **příležitostní kuřáky:** po dobu šetření vykouření alespoň jedné cigarety,
- **bývalé kuřáky**: během svého života vykouřil více než sto cigaret,
- **nekuřáky:** v životě nevykouří víc než sto cigaret (www.karidio.cz).

3.2.2 Abstinenční syndrom

Při nedostatku nikotinu, který z těla mizí po několika hodinách, se u člověka projeví abstinenční příznaky. Mezi abstinenční příznaky patří deprese, nespavost, chuť na cigaretu, zácpa. Některé příznaky se dají zmírnit, například chuť na cigaretu se dá zmírnit vypitím sklenice vody, sprchou nebo vyčištěním zubů. Nepříjemné mohou být bolesti hlavy, které netrvají dlouho, velmi důležité je proto dbát na pravidelný spánek a procházky (Králíková, 2017). Délka a míra abstinenčních příznaků je individuální: Nejsou přímo úměrné závažnosti závislosti na nikotinu. Nejhorší bývají zpravidla první tři týdny (Pešek, Nečesaná, 2008). Dlouhodobou abstinenci vymezujeme jako dobu alespoň šesti měsíců od poslední vykouřené cigarety. Ke zvládnoutí abstinenčních příznaků už obvykle nestačí jen silná vůle. K tomuto účelu existují léky, které pomahájí zmírnit abstineční příznaky nebo je potlačují (viz podkapitola 3.5) (Králíková, 2017).

3.2.3 Formy tabáku

Tabák je pro své užívání dostupný v několika formách. Jedná se o:

- **bezdýmý tabák**: do této skupiny patří žvýkací tabák, porcovaný tabák – tabáková drť v sáčcích. Hladina nikotinu u žvýkajícího tabáku je nižší a proniká daleko pomaleji do krevního oběhu než při kouření, proto většina kuřáků přejde na kouření běžných cigaret. V některých zemích je dokonce zakázaný (Králíková, 2015),
- **zahřívaný tabák:** mezi zahřívaný tabák řadíme inovativní zařízení s názvem glo, které zahřívá tabák na 240 °C a nahradí tím proces jeho spalování (www.myglo.cz),

- **doutníky:** kouření doutníků má také vliv na zdraví, ale oproti cigaretám poměrně malý. Kouř z doutníků má zásaditější pH, nikotin se vstřebá bukální sliznicí, a proto není potřeba potahovat kouř až do plic (neboli šlukovat). Z toho důvodu je kouř dráždivý a vdechování je náročnější. Ale naopak riziko v ústní dutině může být vyšší,
- **cigarety:** jsou nejběžnější formou spalovaného tabáku v ČR (Králíková, 2015). Cigareta může být ručně balená nebo průmyslově vyrobená. Cigareta vypadá na pohled jednoduše, jako by to byla jenom papírová trubička naplněná řezanými tabákovými listy, většinou s filtrem na jednom konci. Ve skutečnosti je cigareta složitě zpracovaný výrobek, který mozku dodává permanentní dávku nikotinu. Nejprve se kouř z cigarety vdechuje do úst, následně putuje do plic,
- **dýmky:** dýmka se na rozdíl od cigarety nešlukuje. Dýmka je určená ke kouření řezaného tabáku,
- **vodní dýmky:** dříve se vodní dýmkou kouřil pouze hašiš a marihuana. Následně přišly na řadu tabákové listy, které se zhruba na deset minut namočily do vody, poté se zformovaly do tvaru kornoutu a kvůli proudění vzduchu byly uprostřed propíchnuté. Vodní dýmku dříve kouřili obyčejní lidé z orientu. V současné době je vodní dýmka součástí moderního životního stylu. Vodní dýmka funguje na principu podtlaku, který vytvoří kuřák nasáváním vzduchu ze šlauchu. Tahem se vyvolává ve váze podtlak, tak se uhlíkem ohřeje zhruba na 150 °C a postupně se v korunce spaluje tabák vodní dýmky. Tělem dýmky putuje dým z tabáku směrem dolů do vázy a ve vodě se ochladí a tím se zbaví těžkých částic. Následně putuje kuřákovi do šlauchu, který vdechuje profiltrovaný a ochlazený dým (Jančár, 2012).

3.3 Negativní vliv kouření na lidský organismus

V tabákovém kouři je obsaženo zhruba 4 000 chemických látek v plynném (92 %) nebo pevném stavu (8 %). Zhruba 1 000 látek z toho je karcinogenních, tj. vyvolávajících nádory. Cigaretový dehet, jenž se skládá z oxidu uhelnatého a nikotinu, je nejškodlivější částí. Jsou v něm koncentrovány látky, které mohou způsobovat nádorové bujení (Pradáčová, 2017).

Nejvýznamnějším alkaloidem tabákového kouře je nikotin. V jedné cigaretě je obsaženo 1 až 4 mg nikotinu (http://www.kurakova-plice.cz). Nikotin lze považovat za zdroj závislosti na tabáku. Když se kouří cigareta, uvolňuje se nikotin do kouře a společně s dehtem se dostávají do organismu. Do těla se dostane pouze určité množství nikotinu, protože se většina nikotinu spaluje. Smrtící dávka čistého nikotinu činí zhruba 60 mg. Nikotin má řadu účinků na psychiku, jako je pocit uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity, napětí. Pozitivní účinky nemusí být vyvolány jen chemickým účinkem nikotinu, protože kouření bývá spjato s určitými rituály, které mají relaxační účinek. Mezi nežádoucí účinky patří bledost, studený pot, nevolnost, bolest hlavy, pocit úzkosti (Pešek, Nečesaná, 2008). Při spalování tabáku vzniká mnoho plynných zplodin, nejvýznamnější je oxid uhelnatý. Oxid uhelnatý je bezbarvý plyn bez chuti a zápachu, je značně jedovatý (http://www.kurakova-plice.cz). Oxid uhelnatý má několik účinků. Mezi ně patří snížená schopnost krve přenášet kyslík. Důsledkem toho může být až 15 % dočasná ztráta kyslíku, který mozek běžně využívá. (Pešek, Nečesaná, 2008).

Kouření má pro člověka negativní důsledky v podobě onemocnění související s kouřením. Každá osoba reaguje na cigaretový kouř jinak. Jsou jedinci, kteří jsou velmi náchylní, kdy i pouze pobyt mezi kuřáky může mít za následek onemocnění např. rakovinu plic. Pobyt nekuřáků v zakouřeném prostředí se může projevit slzením, kýcháním, bolestí hlavy. Cigaretový kouř způsobuje 24 diagnóz onemocnění, které lékaři stanoví. Následně budou uvedeny některé z nich.

V ČR se odhaduje počet úmrtí v důsledku pasivního kouření zhruba na 2 000 osob. Polovina kuřáků umírá na nemoci, které jsou způsobené kouřením. Podle světové zdravotnické organizace se připisuje kouření cigaret 25 % na vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Kouření zvyšuje riziko srdečního infarktu, protože zvyšuje krevní tlak. Jestliže kuřák skončí s kouřením, do 3 měsíců klesá procento vzniku kardiovaskulárního onemocnění a po jednom roce se vyskytuje infarkt myokardu jako u nekuřáků. Lidé, kteří kouří, mají větší předpoklad rozvoje šedého zákalu nebo makulární degenerace, mohou mít oslabený zrak a případně i oslepnout. Kouření způsobuje zápach z úst, špinění zubů může vést k paradentóze (Atkins, 2014). Čím dříve začne mladý člověk kouřit, tím se zvyšuje riziko zhoubného nádoru, protože cigaretový kouř je velmi karcinogenní. S každou vykouřenou cigaretou se zvyšuje riziko vzniku rakoviny, proto se vyplatí přestat v každém věku. Kouření způsobuje rakovinu rtu, jazyka, hrtanu,

hltanu, jícnu, žaludku a střev (www.stop-koureni.cz/). Kouření poškozuje kvalitu spermií, snižuje plodnost žen, zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství, spontánního potratu a předčasného porodu. Ženám, které kouří, se častěji rodí děti s porodní váhou v průměru o 250 g nižší než ženám nekuřačkám. Kouření poškozuje pokožku obličej a rychleji se stárne (Pešek, Nečesaná, 2008). Kouření má také vliv na vznik astmatu a tabákový kouř i při tzv. pasivní kouření může vyvolat astmatický záchvat.

3.4 Prevence závislosti na tabáku

Prevence závislosti na tabáku by měla začít už v rodině. V nejlepším případě by rodiče měli být vzorem pro dítě a nekouřit (jestliže rodič kouří, neměl by kouřit doma, v autě – tím dá dítěti najevo, že je to něco, co do domova nepatří). Rodiče by měli projevovat zájem o volný čas dítěte a jeho kamarády. Důležité je posilovat sebedůvěru dítěte, protože častěji kouří děti, které si nevěří. Dále by se v rodině mělo upozorňovat na škodlivost kouření. V rodině by měla být cílevědomá důsledná výchova. Prevence závislosti na tabáku se skládá z mnoha faktorů. Mezi faktory patří především je dobrá legislativa, veřejná opatření a sociální akceptovatelnost (Králíková, 2017). Účinná cesta, jak mladé lidi odradit od kouření, je zvýšení daně za tabákové výrobky. Vysoké ceny některým dětem a mladistvým můžou zabránit, aby začali kouřit, a těm, kteří již kouří, omezit spotřebu cigaret. Úplný zákaz reklamy na tabákové výrobky může děti ochránit, aby nezačaly kouřit (Pešek, Nečesaná, 2008).

3.5 Léčba závislosti na kouření

Nejdůležitějším prvním krokem je rozhodnout se a zdůvodnit si, proč chci přestat kouřit. Je potřeba najít si správnou motivaci. Při odvykání kouření je doporučená změna životního stylu. Léčba závislosti na tabáku je léčbou chronického relabujícího onemocnění, která by rozhodně neměla být redukována na jeden pokus. Při neúspěchu je důležité vzít si ponaučení (co fungovalo, co nefungovalo, proč jsem si znovu zapálil cigaretu) a především to nevzdat. Dlouhou dobu bylo kouření považováno za zlozvyk, způsob chování, nikoli za závislost nebo nemoc. Mnoho odborníků má ještě dnes u nás problém použít pojem „léčba závislosti na tabáku“, stále se bohužel setkáváme s pojmem „odvykací kúra“, „boj s kouřením“ apod. Léčba by měla být financovaná v rámci zdravotních systémů, stejně jako léčba ostatních nemocí. Zahrnuje psychosociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu. Zdravotníci by měli jako součást své klinické práce používat krátkou intervenci (pět A česky pět P)

a pracovat s těmito body: **A**sk (ptát se na kouření při každé možnosti), **A**dvise (poradit nekouřit), **A**ssess (posoudit, zda kuřák chce přestat), **A**ssist (pomoci kuřákovi, aby přestal), **A**rrange follow up (plánovat kontroly). Za krátkou intervenci lze obecně považovat dobu do 10 minut. Léky první volby jsou vareniklin, náhradní terapie nikotinem a bupropion. Jako úspěch lze hodnotit jen dlouhodobou abstinenci, tj. nejméně 6, ale spíše 12 měsíců. (Králíková, 2017).

3.5.1 Náhradní nikotinová terapie

V současné době existuje několik forem náhradní terapie, jako je nosní sprej, náplast, inhalátor, tablety, pastilky. Sám kuřák si může zvolit, jaký typ by chtěl, protože jejich účinnost se téměř neliší. NTN se volně prodává v lékárně bez receptů. Náplast se hodí pro většinu lidí, protože se dá ukrýt pod oblečení. Náplasti mají dvě podoby, jedna se nosí dvacet čtyři hodin denně a druhá se nosí jen ve dne (Atkins, 2014). Náplast se většinou nalepuje na vnitřní stranu paží pod klíční kost. Z náplasti se pomalu uvolňuje nikotin po dobu nalepení náplasti. U silných kuřáků se doporučuje kombinovat náplasti s jinými formami (Králíková, 2017). Další formou je žvýkačka, kdy se při žvýkání nikotin vstřebává do ústní sliznice. Žvýkačka se žvýká, pokud je chuť je nejsilnější, poté se nechá na straně úst do té doby, než chuť vyprchá. Dávka se vyžvýká zhruba za hodinu. Pastilky se cucají, až se rozvine silná a pálivá chuť, následně se také nechají na straně úst do vyprchání chutě. Postupem času je počet použitých prostředků snižován. Nejrychlejší metodou je nosní sprej, protože nikotin se velice rychle vstřebá prokrvenou nosní sliznicí (Atkins, 2014). Podpůrně lze při terapii závislosti na nikotinu využít individuální a skupinovou behaviorální terapii. Terapii by měl vést specialista na léčení tabákové závislosti. Je to dlouhodobý program, čím je terapie delší a intenzivnější, tím jsou její účinky větší.

3.5.2 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je vhodná pro kuřáky, kteří vykouří alespoň 10 cigaret denně, po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu a nedokáží bez ní vydržet. Léčba zmírňuje abstinenční příznaky, pacient však nemůže předpokládat, že mu zabrání kouřit. K tomu je zapotřebí jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu. Farmakologická léčba by se proto měla kombinovat s psychobehaviorální intervencí. Příkladem je lék nazývaný **Varenklin** (Champix). Tento lék však musí předepsat lékař. Je to aktuálně

nejnovější lék, který je vyvinutý přímo k léčbě závislosti na tabáku, a první, v kterém není obsažen nikotin (Králíková, 2017).

3.5.3 Centra pro závislé na tabáku

V ČR existují specializovaná centra pro závislé na tabáku, především na kardiologických, pneumologických, nebo interních klinikách. V centru je zaměstnaný minimálně jeden vyškolený lékař a jedna sestra – kurzy ČLK, které jsou garantované Společností pro léčbu závislosti na tabáku. V centru poskytují základní diagnostiku, základní klinické vyšetření včetně návaznosti na klinické obory. Dále nabízejí informace, které se týkají užívání tabáku.

Centra pro závislé na tabáku v blízkém okolí:

Plicní klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581

500 05 Hradec Králové

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Pardubická nemocnice

Plicní oddělení

Kyjevská 44

532 03 Pardubice

Existuje také Národní linka pro odvykání kouření, pití alkoholu a hraní, kde pracují vyškolení poradci. Tato linka funguje na telefonním čísle 800 350 00 ve všedních dnech od 10 do 18 hodin (http://www.slzt.cz).

4 Závislost na internetu

O závislosti na internetu se dnes hodně mluví, ale její vymezení je sporné, podobně jako u jiných nelátkových závislostí (závislostí na nějaké činnosti). Naprostá abstinence u dospělého člověka ve vztahu k tabáku, alkoholu a internetu je ideálním stavem. V případě závislosti na internetu je tato abstinence nereálná vzhledem k tomu, že informace získané touto formou, mohou být užitečné.

4.1 Závislostní chování na internetu

Internet (INTERconected computer NETwork) je celosvětová síť, která propojuje lokální počítačové sítě a současně umožňuje různé služby (např. osobní a komerční webové stránky, sociální sítě). Obsahuje v sobě přístup k informacím písemného, obrazového i audio obsahu. Komunikace přes ICT nabývá každoročně na významu a má stalé větší oblíbnost. Důvodem je zvyšučují se dostupnost těchto služeb, zvyšování počítačové gramtonosti u obyvatel ČR, vzestup počtu přípojek v domácnostech, ve školství atd. a snížující se náklady vynaložené na komunikaci (Šmahaj, 2014).

Na samotném internetu se lidé nestávají závislými, ale stávají se závislými především na internetových službách, aplikacích a dalším programovém vybavení počítačů. U dětí i dospělých se nejčastěji vytváří závislost na sociálních sítích. Závislost může být i na komunitních službách jako jsou seznamky a chaty (www.jaknainternet.cz). Závislost na internetu se obecně označuje jako netolistmus. *„Termínem netolismus označujeme závislost (závislostní chování, behaviorální závislost či závislost na procesu) na tzv. virtuálních drogách. Mezi ně patří zejména* ***počítačové hry, sociální sítě, internetové služby (různé formy chatu), virální videa, televize*** *aj.“ (http://netolismus.cz/).*

U počítačových her neexistuje zákonem stanovené věkové omezení. Počítačové hry mají řadu rizik. Jestliže mladý člověk věnuje počítačovým hrám mnoho času, může v mnoha směrech zaostat za spolužáky. Časté sezení u počítače není po tělesné stránce zdravé. Nejvíce jsou ohroženi především lidé, kteří jsou v reálném světě opuštění a mají problém s navazováním vztahů (www.jaknaintenet.cz).

4.1.1 Diagnostika závislosti na inernetu

Průkopnicí závislosti na internetu je americká profesorka Kimberley Youngová. V roce 1996 zvěřejnila studii o závislosti na internetu. Autroka ve studii uvádí osm diagnostických kritérií, pro určení závislosti musí být minimálně pět kritérii z následujících příznaků splněno, abychom mohli hovořit o závislsoti:

- Zaujetí internetem – jedinec přemýšlí o minulé online aktivitě, online aktivita je jeho prioritou.
- Potřebuje používat internet stále delší dobu, aby došlo k uspokojení.
- Jedinec se snaží opakovaně kontrolovat používání internetu, omezit jej nebo s ním skončit.
- Když se pokouší omezit používání internetu či přestat, mohou nastat změny nálady (např. neklidnost, mrzutost, podrážděnost).
- Riskování ztráty (nebo už přeřušení): osobních vztahů, zaměstnání, školních nebo profesních příležitostí.
- Jedinec lže o čase, který tráví na internetu.
- Jedinec zůstává déle online než původně zamýšlel.
- Jedinec využívá internet, aby unikl od problémů a nebo zmírnil nepříjemném pocity např. pocit viny, úzkosti (Holdoš a kol., 2015).

4.1.2 Druhy závislosti na internetu

Závislost na internetu lze rozdělit podle několika kritérií, a to např. dle preferované aktivity, psychologické charakteristiky.

rozdělení podle preferované aktivity:

- **„závislost“ na práci –** jedinec, který využívá počítač, ke své práci, ale jeho využívání přehání (jedná se tedy o workoholismus),
- **nehazardní hráči** – hraní počítačových her, videoher,
- **hazardní hráči –** hrozí přechod k rizikovému hazardnímu hraní a patologickému hráčství,
- **lidé, kteří zůstali v síti internetové pornografie** – zde napomáhá anonymita,
- **diskutéři** – do této skupiny spadá časová vytíženost v internetových skupinách, komentování blogů, surfování na sociálních sítích,

- **sběratelé nepotřebných informací,**
- **lidé, kteří nerozvážně nakupují** – takový člověk utrácí nehorázné sumy na internetu.

rozdělení s ohledem na psychologické charakteristiky:

- **duševně zdraví lidé,**
- **osoby s podivínskou nebo abnormální osobností, náročná životní situace,** mezi rizikové činitele patří např. nízké sebevědomí, špatné rodinné zázemí,
- **osoby s duševním onemocněním**: do této skupiny lze např. zařadit hyperaktivní děti s poruchami pozornosti, osoby se sexuální úchylkou (Nešpor, 2011).

4.2 Vlivy ovlivňující závislost na interentu

V první řadě je důležité se ptát a pochopit, z jakého důvudu začal jedinec internet používat a jaké potřeby se tím snažil uspokojit.

- **Charakteristiky jedince** – patří sem celá řada osobních a osobnostních charakteristik (pohlaví, věk, inteligence, impulzivnost atd.). Především muži využívají časově náročnější aplikace, hlavně počítačové hry. Sociálně úzkostnější a introvertní jedinec může hledat na inernetu jednodušší možnost kontaktu s druhými.
- **Sociální prostředí** - závislost na internetu může být ovlivněna rodinou, kamarády, školou a blízkým okolím. Důležitý vliv na děti, jestli a jak interent vužívají, mají rodiče.
- **Societální podmínky**- mezi societální podmínky můžeme zařadit míru rozvoje mediálně-technologické infrastruktury či kvalitu daného média. Aplikace online mají odlišný vliv a rozdílný účinek na své uživatele. Jelikož vysokorychlostní intertnet je rozšířený za rozumnou cenu, může hrát tolik lidí online. Vydavatelská studia přecházejí na princip hraní zdarma, aby přilákala co nejvštěší počet hráčů (Blinka, 2015).

4.3 Negativní dopady závislosti na internetu

Negativní dopady internetu můžeme rozdělit do několika skupin: kariéra, zaměstnání a studium, duševní a tělesné zdraví, sociální vztahy, finanční stránka. Studenti, kteří trpí závislostí, mívají často zhoršený prospěch a zameškané vyučovací hodiny. U pracujících se nadbytečné používání internetu projevuje viditelnou únavou,

neplněním pracovních úkonů nebo absencí. Přílišné používání internetu může přispívat k zanedbávání hygieny, únavě, bolesti ramen, zad a hlavy. U citlivějších lidí může nadměrné používání internetu vést k depresi a úzkosti. Internet má vliv i na mezilidské vztahy, protože závislý člověk často omezí kontakty s ostatními. Lidé závislí na internetu vydají hodně peněz za vybavení počítače nebo za nakupování magických předmětů v online hrách (https://poradna.adiktologie.cz/).

4.4 Některá rizika spojená s internetem

Jelikož jsou osoby s lehkým mentálním postižením mnohem důvěřivější k cizím lidem, mohou být obětí internetové kriminality (Slowik, 2016). V současné době se zvyšuje nebezpečí rizikového chování ve virtuální realitě. Jedním z nejčastějších rizik moderních komunikačních technologií je kyberšikana (Bendová, 2015). Nadměrné trávení času zvyšuje přímou možnost stát se obětí internetové kriminality (Šmahaj, 2014). *„Kyberšikana je vymezena jako úmyslné, opakované a nepřátelské chování ze strany jednotlivce nebo skupiny za účelem ublížit ostatním a zároveň zahrnuje využití informačních a komunikačních technologií (např. e-mail, mobilní telefon a pager, IM) k vytvoření hanlivých osobních webových stránek“* (Šmahaj, 2014, in Balsey 2008). Existují dva typy kyberšikany – přímá a nepřímá. Kyberšikana nepřímá je nebezpečnější, protože se jí pachatelé často účastní nevědomky. Mezi přímé útoky patří například zasílání výhružných SMS a emailů, kradení hesel. Kyberšikana nepřímá nastává tehdy, pokud si agresor pro špinavou práci najde někoho jiného. Ten netuší většinu času, že je komplicem k využívání a k obtěžování jiných lidí (Kalvír, 2009). Dalším rizikem na internetu je kybergrooming. Kybergrooming je chování, které má vyvolat v oběti falešnou důvěru a přimět oběť k osobnímu setkání. Záměrem setkání je oběť zneužít (www.e-bezpeči.cz). Dalším problémem jsou podvodníci, kteří přes internetové seznamky či sociální sítě vyhledávají postižené lidi a snaží se jejich znevýhodnění využít a připravit je o peníze. Obezřetnost patří do výbavy každého uživatele internetu (www.jaknainternet.cz).

4.5 Prevence a léčba závislosti na intenretu

Podle výzkumu je závislostí na internetu ohroženo pouze 6 % populace, ale odbornou pomoc vyhledá pouze zlomek z nich. Důvodem je pravděpodobně fakt, že jedinec své chování včas reflektuje sám nebo díky okolí, které ho upozorní

(www.poradna.adiktologie.cz). Ideální stav používání počítače neomezuje jedince v jiných povinnostech. Člověk rozpozná vhodnou chvíli, kdy zapnout a vypnout počítač, a dokáže využívat počítač ve vymezeném čase a k vymezeným účelům. Závislost internetu může být forma úniku před jinými duševními problémy. Pokud je člověk závislý na internetu, velkou roli hraje práce s motivací a změna životního stylu (Nešpor, 2007). Důležitým krokem je uvědomění si své závislosti a postavení se k jejímu řešení čelem. Velmi důležitá je podpora rodiny a kamarádů. Je nutností najít si nové záliby, kterým se bude člověk věnovat v době, kdy býval nejčastěji online např. sport, procházky, stanovit si čas, který můžu být na internetu. Najít si přátelé mimo virtuální svět a chodit s nimi ven. Pokud si s tím sám nedokáže poradit, musí vyhledat odbornou pomoc. Jedinec, který je závislý na internetu, by se měl pokusit zmapovat, které činnosti zanedbává, a měl by se snažit opět obnovit činnosti, které byly dříve zdrojem příjemných pocitů (www.poradna.adiktologie.cz). Prevencí se zabývá např. stránka: www.e-bezpečí.cz – cílem certifikovaného projektu je vzdělávání, prevence, intervence a šíření informací, které jsou spojené s rizikovým chováním na internetu např. kyberšikana, rizika sociálních sítí, online závislosti.

II. Praktická část

5 Uvedení do praktické části bakalářské práce

Problematika závoslostí je řešena na odborné úrovni zpravidla ve vztahu k intaktní populaci, chybí však relevantní data týkající se závislostí u osob se specifickými potřebami, osoby s LMR nevyjímaje.

5.1 Použité metody a metody výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, která byla založena na anonymních případových studiích, rozhovorech, pozorování a kazuistikách. Praktická část se skládá z metodiky, výzkumných otázek a charakteristiky výzkumného vzorku.

5.1.1 Cíl bakalářské práce

Hlavním cílem výzkumu bakalářské práce je popsat rizikové chování a vznik závislosti u lidí s lehkým mentálním postižením. Dalším cílem praktické části bakalářské práce je pokusit se vytvořit soubor preventivních opatření určených pro cílovou skupinu osob s lehkým mentálním postižením.

Výzkumné otázky

Před zahájením výzkumu byly vymezeny výzkumné otázky, které se v průběhu výzkumu pokusím zjistit.

- Otázka č. 1: **Do jaké míry ovlivňuje závislost na internetu společenský život osoby s lehkým mentálním postižením?**
- Otázka č. 2: **Uvědomují si lidé s lehkým mentálním postižením rizika, která jim hrozí na internetu?**
- Otázka č. 3: **Do jaké míry si člověk s lehkou mentální retardací, uvědomuje svoji závislost na kouření a jeho škodlivost?**
- Otázka č. 4: **Vědí osoby s lehkým mentálním postižením, kolik zhruba utratí za cigarety peněz?**

5.2 Výzkumné metody

V rámci praktické části bakalářské práce byla užita metoda kvalitativního výzkumu. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl, 2005, s. 50). Kvalitativní výzkum má své výhody a nevýhody. Mezi přednosti patří např.: navrhovat nové teorie, dobře reaguje na místní okolnosti a podmínky, zkoumá detailní popis a vhled při zkoumání jedince nebo skupiny, události a fenoménu. Nevýhodou kvalitativního výzkumu může být, že výsledky představují sbírku subjektivních dojmů.

Bakalářská práce se bude především opírat o případové studie a rozhovory, ale informace budou doplněny i zúčastněným pozorováním. Případovou studii lze definovat jako podrobné studium jednoho nebo několika málo případů. Jde o zaznamenání složitosti případu a o popis vztahů v jejich celistvosti. Očekává se, že podrobným prostudováním jednoho případu lépe porozumíme i jiným, obdobným případům (Hendl, 2005). Nejčastější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu je rozhovor. Existuje několik typů rozhovorů – strukturovaný, polostrukturovaný, nestrukturovaný, formální a neformální, hloubkový, eventuálně kombinovaný. Pomocí hloubkového rozhovoru jsou prověřováni členové konkrétního prostředí, určité specifické skupiny. Cílem je získat porozumění jednání, s jakými nakládají členové dané skupiny (Švaříček, Šeďová, 2007). Rozhovor je metoda, která je náročná na zkušenost, komunikační dovednosti a osobnostní vlastnosti. Rozhovor vedeme vždy s ohleduplností a taktem. Při rozhovoru je důležité vycházet z mentálního věku a také z druhu a typu postižení (Valenta a kol., 2014). Za hlavní dva typy hloubkového rozhovoru se označují: polostrukturovaný rozhovor a nestrukturovaný rozhovor (Švaříček, Šeďová, 2007). Rozhovor byl sestaven na základě konzultace s vedoucí bakalářské práce tak, aby odpovídal cíli a obsahu bakalářské práce. Byl použit polostrukturovaný rozhovor. Metoda rozhovoru s sebou nese řadu výhod i nevýhod. Metoda rozhovoru byla zvolena i z důvodu, abych mohla otázky osobám s LMR případně dovysvětlit, pokud se objeví nejasnosti při pochopení obsahu otázek. Otázky v rozhovoru byly přizpůsobeny cílové skupině. Rozhovor má 22 otázek (viz příloha B).

5.3 Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření

Rozhovory se uskutečnily v organizaci Skok do života o. p. s. „*SKOK do života poskytuje na území Hradce Králové kvalitní služby, které umožňují lidem s mentálním postižením získat sebedůvěru, samostatnost a odpovědnost, aby vnímali svůj život jako smysluplný a srovnatelný s životy ostatních lidí“* (http://www.skokdozivota.cz/). V současné době má organizace šest sekcí. Předmětem obecně prospěšné činnosti je poskytování tří registrovaných sociálních služeb: sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení. Skok do života má tyto zásady: rovnocenný přístup, individuální přístup, vzdělanost, adekvátníodměna a profesionalita (http://www.skokdozivota.cz/).

Před realizací rozhovorů probíhalo přímé zúčastěné 14 denní pozorování klientů, jejich návyků, aktivit a způsobů chování. Po sestavení rozhovoů a výzkumných otázek probíhal samotný rozhovor. Pro větší přehlednost uvádím časovou realizaci výzkumu do tabulky č. 1.

Tabulka č. 1: Časová realizace výzkumu

září 2019	přímé zúčastněné pozorování
říjen 2019	realizace rozhovorů
listopad 2019	sepsání případových studií
prosinec 2019	vyhodnocení výzkumu

Všichni, kteří se účastnili rozhovoru, nebo o nich byla psaná případová studie, byli předem informováni, že výstup slouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Před zahájením rozhovoru dotazovaní podepsali písemný souhlas, který jsem jim přečetla a vysvětlila. V tomto souhlasu bylo uvedeno, že si rozhovory budu nahrávat a dotazovaní byli předem seznámeni s tématem rozhovoru. Pro případ, že by někteří nechtěli být nahráváni, jsem měla připravený papír a tužku. Každý rozhovor jsem dělala v jiný den, abych i já byla soustředěná na otázky, případné dotazy a také podle aktuálního rozpoložení respondentů. Každý rozhovor probíhal zhruba hodinu, nechávala jsem respondentům dostatek času na vyjádření. Některé otázky jsem musela respondentům dovysvětlit. V příloze C je rozhovor s respondentkou č. 3 k nahlédnutí. Případové studie jsem zpracovávala v září 2019. Před sepsáním případové studie jsem si udělala s respondenty krátký rozhovor.

5.4 Charakteristika výzkumného vzorku

V bakalářské práci byla uplatněna metoda záměrného výběru respondentů. Kritériem k výběru byla zkušenost dospělých jedinců s lehkým mentálním postižením s kouřením, využíváním internetu a jejich ochota ke spolupráci na výzkumu. Důvěryhodnost výzkumu se zvyšuje důkladným výběrem probandů. (Švaříček, Šeďová, 2007).

Cílovou skupinu tvořily tři osoby s lehkým mentálním postižením. Ostatní nesplnili kritéria výběru. Rozhovory proběhly s lidmi, které dobře znám a pracuji s nimi. Domnívám se, že velmi důležitá je důvěra. Jednak ke zvolenému tématu, a jednak abych mohla lépe proniknout do hloubky zvoleného tématu.

Každý rozhovor probíhal v klidném domácím prostředí. Na rozhovor bylo vymezeno dostatek času. Aby byla zachována anonymita všech účastníků rozhovorů i případových studií, jsou respondenti očíslovaní. Pro větší přehlednost jsou údaje o respondentech vloženy do tabulek, které jsou k nahlédnutí níže. Kazuistiky a rozhovory jsou uvedené v následující kapitole bakalářské práce.

Tabulka č. 2: Charakteristika respondentů rozhovorů

pořadí	**pohlaví**	**věk**	**doba kouření**	**používání internetu**
respondent č. 1	Muž	33 let	dlouho, přesně si nepamatuje	ano
respondent č. 2	Muž	29 let	přibližně 15 let	ano
Respondentka č. 3	Žena	56 let	zhruba 20 let	ano

Tabulka č. 3: Charakteristika respondetů případové studie

pořadí	**pohlaví**	**věk**	**kouření**	**využívání internetu**
kazuistika č.1	muž	29	ano	ano
kazuistika č.2	žena	35	bývalá kuřačka	málokdy

6 Závislost u jedinců s mentálním postižením v praxi

6.1 Konkretizace závislostního chování u osob s LMR

K výzkumnému šetření byli vybrání respondenti, kteří mají zkušenost se závislostí. Pro případovou studii byl záměrně vybrán jeden kuřák, který využívá internet, a odnaučená kuřačka, která internet využívá jen příležitostně. V případových studiích jsou popsané pouze důležité informace z rodinného a osobního prostředí, vynechané byly identifikační údaje. V případových studiích jsou jména vymyšlená, aby byla zachována anonymita.

Případová studie č. 1:
jméno: Martin (29 let)
diagnóza: lehké mentální postižení, DMO

Rodinná anamnéza: Pan Martin je z neúplné rodiny. S matkou má velmi dobrý vztah a vlastního otce nemá, pouze nevlastního, se kterým nemá dobrý vztah. Proto se s matkou navštěvuje pouze v době, kdy otčím není doma. Má tři starší sestry, se kterými se bohužel moc nevídá. Rád by se s nimi vídal častěji, ale obě mají své rodiny a na častější styk jim nezbývá moc času. Pan Martin k nim jezdí občas na návštěvu. Zpočátku bydlel s matkou, po čase se odstěhoval k jedné sestře, kde bydlel asi 3 roky. Sestře se rozrůstala rodina a nebyla schopna se o něho starat. Proto bydlí pan Martin na chráněném bydlení, v blízké době se bude stěhovat do samostatného bydlení v rámci Skoku do života. Na chráněném bydlení má přítelkyni.

Školní a pracovní anamnéza: Pan Martin absolvoval Speciální základní školu v Hradci Králové, pak se vyučil v oboru cukrář na odborném učilišti v Hradci Králové, školní docházku absolvoval bez větších problémů. Po vyučení byl zaměstnán v autodílně, kde rozebíral součástky a následně dělal veřejné úklidy ve vesnici. Tuto práci musel z důvodu přestěhování opustit. V současné době pracuje v chráněné dílně v organizaci Skok do života o. p. s., kde je spokojený. Pracuje čtyři hodiny denně, do budoucna by si přál, aby se jeho úvazek zvýšil. Také by si přál pracovat ještě někde jinde, momentálně mu to jeho zdravotní stav nedovoluje.

Záliby: Mezi záliby pana Martina patří jízda na kole, zahrada, mytí aut, trávení času s kamarády a s přítelkyní.

Internet: Pan Martin vlastní mobil, tablet a notebook. Každý den je využívá ke komunikaci s přáteli přes facebook, k poslouchání písniček, k hledání receptů, zjišťuje novinky a dívá se na filmy. Pan Martin využívá nejčastěji internet, když se nudí, ale dokáže klidně být i bez něj.

Kouření: Pan Martin kouří od svých 14 let, nejdříve nepravidelně, vykouřil zhruba sedm cigaret za týden. S vyšším věkem se počet cigaret zvyšoval, časem vykouřil skoro celou krabičku za jeden den. Pokoušel se přestat, to se mu nepovedlo. Když se mu ustálila práce a bydlení, povedlo se panu Martinovi omezit kouření na 10 cigaret a 4 glo cigarety
za den. Rád si dá kávu a k ní cigaretu, nejčastěji kouří, když je ve stresu.

Případová studie č. 2
jméno: Dana (35 let)
diagnóza: lehké mentální postižení

Rodinná anamnéza*:* Paní Dana bydlela jako dítě v dětském domově ve Znojmě. Na ten velice ráda vzpomíná, hlavně na tehdejšího pana ředitele. V 18 letech byla přestěhovaná k jeptiškám do města Albrechtic v Jeseníkách, kde bydlela zhruba rok. Jejím dalším domovem byl Ústav sociální péče Anenská Studánka. Následně byla přestěhovaná do ústavní péče v Trutnově. V současné době bydlí na chráněném bydlení, kde se ji, jak říká, líbí nejvíce. Paní má špatné vzpomínky na dětství a rodinu, proto nechtěla více o rodině a minulosti mluvit, některé vzpomínky i vytěsnila. Paní Dana byla zbavena způsobilosti k právním úkonům a byl jí stanoven veřejný opatrovník z Magistrátu města HK.

Školní a pracovní anamnéza: Paní Dana docházela do tehdejší Zvláštní školy ve Znojmě. Školní docházku absolvovala bez výraznějších problémů. Následně se chtěla vyučit zahradnicí, ale školu bohužel ze zdravotních důvodů musela předčasně ukončit. Po přestěhování do Trutnova pracovala paní Dana jako uklízečka, za malou mzdu. Při nástupu do Skoku do života jezdila nejdříve na sociální rehabilitaci, což je

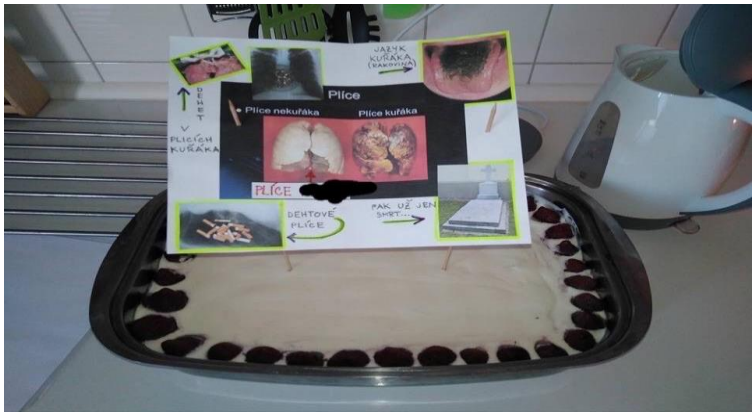
jedna ze služeb „Skoku“, kde se naučila jednoduché činnosti a práce. Po čase dostala nabídku pracovat v Bistru u dvou přátel, což je sociální podnik, kde pracuje za barem. Tato práce ji velice baví. V práci ji nejvíce baví roznášet kávu zákazníkům a zlepšovat jim náladu.

Záliby: Mezi její záliby patří posezení a povídání si s kamarády, poslouchaní písniček a vaření jednoduchých pokrmů. Velmi ráda si také povídá se sociálními pracovníky.

Internet: Paní Dana nedokáže používat počítač, ale velice rychle se naučila ovládat dotykový mobilní telefon a tablet. Na internetu používá hlavně facebook, hledá si recepty a poslouchá písničky.

Kouření: Paní Dana dříve vykouřila 80 cigaret denně, bez cigarety si nedokázala svůj život představit. Kouřila téměř jednu cigaretu za druhou. Pokud neměla co kouřit, byla velmi nervózní a podrážděná. Dokonce dala jednou svůj nový mobilní telefon do zastavárny, aby měla peníze na cigarety. Za cigarety v té době utratila hodně peněz. V chráněném bydlení se jí závislost povedlo snížit na 40 cigaret denně. Vyzkoušela různé spreje, náplasti, ale to jí moc nepomáhalo. Jednoho dne šla na prohlídku k praktickému lékaři, který ji důrazně vysvětlil riziko kouření. Řekl ji, jak velmi škodí zdraví a jak kouření škodí právě jí osobně při současném zdravotním stavu. Po dlouhé rozmluvě se sociálními pracovníky, kteří byli paní Daně oporou, si zapálila poslední cigaretu. Od té doby již tři roky nekouří, přestože má kolem sebe spoustu kuřáků. Každý rok paní oslavuje s kamarády a sociálními pracovníky výročí svého nekouření, to ji motivuje dál nekouřit. Často u sebe nosí cigarety svého přítele, ale i tak má silnou vůli a nezapálí si. Má radost z toho, že to dokázala, a přesně ví, kolik peněž ušetří, když nekouří.

Fotografie 1: Dort k výročí nekouření



6.1.1 Vyhodnocení kazuistik

Z kazuistik vyplývá, že oba respondenti neměli funkční rodinu, a to mělo zřejmě vliv na závislosti na kouření. Když se respondentům ustálilo rodinné zázemí, povedla se jim závislost na kouření snížit. Jedna respondentka přestala kouřit úplně. Závislost na internetu se ani u jednoho z respondentů nepotvrdila.

6.1.2 Interpretace dat získaných rozhovory s osobami s LMR

První výzkumnou otázkou bylo zjišťováno: **Do jaké míry ovlivňuje závislost na internetu společenský život osoby s lehkým mentálním postižením?** Pozorováním a rozhovory s respondenty bylo zjišťováno, jak osoby s lehkým mentálním postižením tráví volný čas, zda používají internet a jak často internet používají. Respondent č. 1: Ve volném čase rád sleduje české filmy na počítači, ale využívá i tablet, rád jezdí na kole. Respondent č. 2: Tráví nejraději volný čas kreslením obrázků, pomáháním pracovníkům na bydlení. Počítač využívá především před spaním, nebo pokud se nudí. Respondentka č. 3: Ráda vyšívá a šije, poslouchá hudbu a občas tráví čas na počítači, jelikož se jí tablet rozbil. Internet využívá, když se nudí, nebo je naštvaná.

Druhá výzkumná otázka: **Uvědomují si lidé s lehkým mentálním postižením rizika, která jim hrozí na internetu?** Rozhovorem jsem ověřovala, zda lidé s mentálním postižením využívají sociální sítě (např. facebook) a zda vědí, jaká jsou rizika internetu? Respondent č. 1: Sociální sítě nevyužívá, hraje jen počítačové hry, především závody s auty, ale ví, že sociální sítě existují. Rizika internetu respondent č. 1 žádná neuvedl. Respondent č. 2: Využívá facebook a z rizik uvedl šikanu přes internet. Respondentka

č. 3: Chodí na facebook a masseneger, kde si píše s kamarády. Jako riziko uvedla nabourání se do faceboku.

Moje předposlední výzkumná otázka: **Do jaké míry si lehce mentálně postižený člověk uvědomuje svoji závislost na kouření a jeho škodlivost?** Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, zda si osoby s lehkým mentálním postižením uvědomují svoji závislost na kouření, jak dlouho kouří, zda znají škodlivé účinky a možnosti léčby. Respondent č. 1: Je už dlouholetý kuřák, přesně už neví, kdy začal kouřit. Jako škodlivé účinky uvedl srdeční infarkt, zkažené zuby a jazyk. Neuvedl ani jeden způsob léčby. Respondent č. 2: Kouří zhruba od 14 let. Jako škodlivé účinky uvedl, že může mít rakovinu, škodí si zdraví a cigareta může i zabít. Respondentka č. 3: Kouří přibližně 40 let, svoji závislost si uvědomuje. Jako škodlivé účinky uvedla rakovinu, ucpávání cév, stárnutí. Na možnosti léčby odpověděla, že pokud člověk chce skončit s kouřením, musí mít pevnou vůli, ví o sprejích proti kouření, ale ona tomu nevěří.

Poslední výzkumná otázka byla: **Vědí osoby s lehkým mentálním postižením, kolik peněz zhruba za cigarety utratí?** Rozhovorem i pozorováním bylo zkoumáno, zda osoby s mentálním postižením mají přehled o tom, kolik utratí peněz za kouření. Respondent č. 1: Nemá takový přehled, protože má veřejného opatrovníka, který mu s financemi pomáhá, ale ví, že je to dost peněz, proto raději kouří tabák, aby ušetřil nějaké peníze. Respondent č. 2: Utratí za cigarety zhruba 1 300 Kč. Respondentka č. 3: Utratí za cigarety zhruba 900 Kč.

6.1.3 Vyhodnocení výzkumných otázek

- Vyhodnocení otázky č. 1: **Do jaké míry ovlivňuje závislost na internetu společenský život člověka s lehkým mentálním postižením?** Pozorováním a rozhovory bylo zjištěno, že pouze jeden z respondentů uvedl, že tráví čas s kamarády, zbylí dva respondenti řadí počítač mezi své záliby. Ani jeden z respondentů neuvedl žádnou kulturní akci, např. kino, divadlo. Rozhovorem bylo zjištěno, že si respondenti dokáží představit i nějakou dobu bez internetu.
- Vyhodnocení otázky č. 2: **Uvědomují si lidé s lehkým mentálním postižením rizika, která jim hrozí na internetu?** Bohužel respondenti uvedli pouze některá rizika, která jim hrozí na internetu. Výzkumem bylo zjištěno, že by se u této cílové skupiny měla provést osvěta o rizicích internetu.

- Vyhodnocení otázky č. 3: **Do jaké míry si člověk s lehkým mentálním postižením uvědomuje svoji závislost na kouření a jeho škodlivost?** Všichni respondenti si uvědomují svoji závislost na kouření, ale bohužel znají pouze některé škodlivé účinky kouření a možnosti léčby závislosti na tabáku. Výzkumem se ověřilo, že by se u lidí s mentálním postižením měla podpořit prevence.
- Vyhodnocení otázky č. 4: **Vědí osoby s lehkým mentálním postižením, kolik peněz zhruba za cigarety utratí?** Osoby s lehkým mentálním postižením mají přehled, kolik peněz utratí. Když si nevědí rady, pomůže opatrovník nebo pracovník chráněného bydlení.

6.2 Opatření reagující na výsledky výzkumného šetření

Z výzkumné šetření bylo zjištěno, že lidé s mentálním postižením si často svoji závislost na kouření uvědomují. Závislost na intenretu nebyla potvrezela, ale podle mého názoru je důležité o této problematice neustále mluvit, vysvětlovat jim a zdůrazňovat rizika internetu a počítačových her a tím závislosti předcházet. U závislosti na kouření je důležité podpořit co nejvíce prevenci. Dále nabídnout co nejvíc aktivit, tvoření, aby mohli smysluplně trávit svůj volný čas. Jako příklad uvádím aktivity, které se na chráněném bydlení osvědčily. V době těchto aktivit si klienti na internet nevzpomněli a omezili i kouření. Bohužel u většiny z nich nebyla podpořena prevence již v rodině a závislost u nich vznikla v brzkém věku, často tak utíkali od problémů. Dále si myslím, že by pomohlo, ve spolupráci se sociálními pracovníky, uspořádat besedu se specialisty v oboru závislostí. Také by mohla pomoci spolupráce se speciálními pedagogy. Dalším preventivním opatřením by měl být vzor. To znamená, že sociální pracovníci, speciální pedagogové a další lidé pracující s mentálně postiženými lidmi nebudou kouřit, což je u těchto povolání často těžké. Velmi důležitá a někdy také náročná je u těchto lidí motivace, což dokládá kazuistika č. 2., kdy společně s klientkou každoročně, na počest výročí nekouření, pečeme dort a také dostane nějakou drobnost. V rámci motivace by se dal vytvořit certifikát o nekouření (viz příloha D). V neposlední řadě je třeba kuřáky informovat, jaké jsou možnosti léčby, protože výzkum dokládá, že znají jen některé možnosti léčby závislosti na nikotinu.

Příklady aktivit:

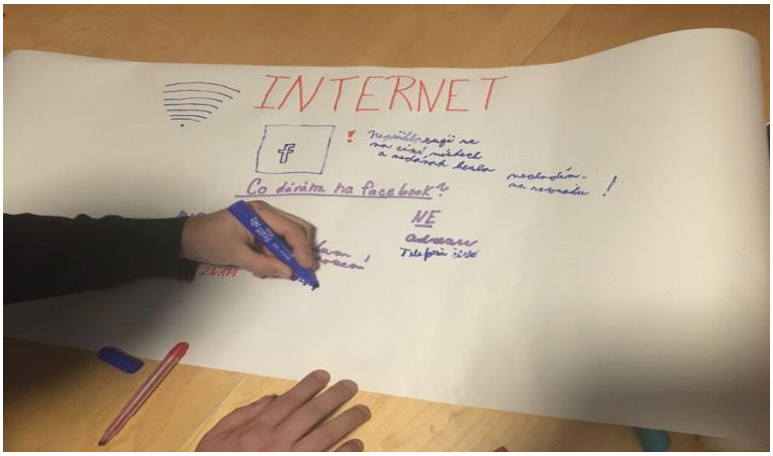
Fotografie 2: Vybarvování mandal

Vybarvování mandal pomáhá se zpracováním emocí a vlastních pocitů. Tento harmonický obrázek uklidňuje a je vzorem pro duši, kterou se v průběhu kreslení snaží zaujmout stejný harmonický tvar, proto zklidňuje (www.centrum-mandala.cz).

Fotografie 3: Člověče, nezlob se!

Na chráněném bydlení se osvědčilo hraní společenský her, při kterých je většinou legrace a klienti si na internet ani na cigaretu nevzpomenou. Největší motivací je, pokud hraje i pracovník. Nejoblíbenější hry: Člověče, nezlob se!, Věž, Padající opičky, Aktivity. V organizaci Skok do života se velice osvědčila technika malování. Pokud klienti něčemu nerozumí, je dobré si to namalovat a mluvit u toho. Kresbu si následně mohou nechat. Na chráněném bydlení jsme si udělali menší přednášku o rizikách internetu, viz fotografie.

Fotografie 4: Rizika intenretu a facebooku



Společně s klienty jsme si připravili malou besedu s workshopem na téma: Jaké informace o sobě dávám na facebook a bezpečnost na internetu. K nahlédnutí připojuji fotografii, jak je možné besedu pro lidi s mentálním postižením vést. Na levou půlku papíru jsme psali, jaké informace o sobě mohu na facebook dát, na pravé stránce, jaké ne. Zároveň jsme si povídali o rizikách internetu.

Fotografie 5: Pletení náramků

Dalším opatřením, které bych navrhla k eliminaci závislosti je využívání ručních prací. Velice se mi například osvědčila výroba náramků z gumiček (viz fotografie). Klienti podle návodu s dopomocí pracovníka vyrábějí náramky, mají radost, že si je mohou nechat a nebo je někomu věnovat. Při této činnosti zabaví ruce a nevzpomenou si na cigaretu a ani na internet. Společně si u této aktivity mohou popovídat. Výroba takového náramku zabere zhruba půl hodiny až hodinu, dle šikovnosti klientů.

7 Vyhodnocení cílů bakalářské práce

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo popsat rizikové chování a vznik závislsoti u lidí s lehkým mentálním postižením a vytvořit návrh preventivního opatření kouření pro skupinu osob s lehkým mentálním postižením. Na základě toho cíle byly definovány čtyři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: **Do jaké míry ovlivňuje závislost na internetu společenský život člověka s lehkým mentálním postižením?** Z výzkumu vyplynulo, že se závislost na internetu ani u jednoho z respondentů nepotvrdila. Respondenti splnili jen dvě kritéria (viz kapitola 4) pro diagnostiku závislosti. Respondenti využívají internet, aby zmírnili nepříjemné pocity nebo unikli od problémů (např. když se mezi sebou hádají). Respondenti tráví na internetu málo času a dokáží si představit i nějaký den bez internetu. Dva z respondentů zůstávají déle online, než si naplánovali. Pozorováním bylo zjištěno, že na internetu tráví čas, pokud se nudí nebo je vybraná aktivita nezaujme.

Výzkumná otázka č. 2: **Uvědomují si lidé s lehkým mentálním postižením rizika, která jim hrozí na internetu?** Jedinci s lehkým mentálním postižením mohou být více ohroženi na internetu, protože jsou důvěřivější. Může jim např. hrozit uzavření nechtěné smlouvy, napadení účtu, kyberšikana atd. Vybraní respondenti uvedli velmi málo rizik, která jim mohou hrozit na internetu. Jako preventivní opatření proběhla na chráněném bydlení beseda o rizicích internetu. Přednáška byla zaměřená především na riziko facebooku (viz fotografie 4). Důležité je o této problematice s klienty stále hovořit.

Výzkumná otázka č. 3: **Do jaké míry si člověk s lehkým mentálním postižením uvědomuje svoji závislost na kouření a jeho škodlivost?** Výzkumnou otázkou bylo zjištěno, že lidé s lehkým mentálním postižením si svoji závislost uvědomují a jsou často silnými kuřáky. Protože mají, silnou závislost na kouření jsou schopni vyměnit cigaretu za drahou věc např. mobilní telefon nebo žebrat cigarety na ulici. Bohužel neznají všechny škodlivé účinky, které kouření může způsobovat.

Výzkumná otázka č. 4: **Vědí osoby s lehkým mentálním postižením, kolik peněz zhruba za cigarety utratí?** Osoby s lehkým mentálním postižením moc dobře vědí, kolik peněz je stojí cigarety. Pokud je jedinec s lehkým mentálním postižením silný

kuřák, dokáže si peníze na ně opatřit i krádeží kamarádovi, výměnou za jídlo nebo přímo cigarety vezmou jiným. Proto by se měla podpořit osvěta u lidí s lehkým mentálním postižením o zdravotních rizicích kouření.

Dalším cílem bylo vytvořit preventivní opatření, což bylo naplněno v praktické části. Mezi preventivní opatření můžeme zařadit hraní společenských her, vyrábění drobností a kreslení, zapojení se do různých činností a přednášky. Pracovník by měl být klientům příkladem.

Shrnutí a zásadní poznatky

Vznik závislosti byl popsán hlavně u kouření, protože závislost na internetu u vybraných respondentů nebyla potvrzena. Závislost na kouření vzniká u respondentů dle mého výzkumu hlavně vlivem okolí, špatným rodinným zázemím, kde chyběl dobrý rodinný vzor, což je potvrzeno v kazuistikách i v rozhovoru. Lidé s mentálním postižením často kouří, proto aby relaxovali nebo utekli od problémů. Častou příčinou bývá nuda. Obecně se rizikové chování nedá popsat, každý jedinec je individuální. Pokud nemají lidé s mentálním postižením co kouřit, projevuje se to u každého jedince trochu jinak. Lze se setkat s podrážděností, nervozitou, žebráním, nevýhodnou výměnou věci.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou závilosti na kouření a internetu u lidí s lehkým mentálním postižením. Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože jsem se chtěla o této problematice dozvědět více, což mi bylo umožněno na základě zpracování teoretické části práce. Měla jsem také možnost prostudovat velké množství literatury i dostupných intrenetových zdrojů.

Bakalářská práce byla rozčleněna do sedmi kapitol. V teoretické části bylo vymezeno mentální postižení, včetně specifik osob s lehkým mentálním postižením. V druhé kapitole bylo popsáno rizikové chování. V následují kapitole byla popsáná závilost na kouření, včetně její léčby, prevenci a nemoce spojené s kouřením. Poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na závislost na internetu, charakteristiku závislostního chování, druhy závislostí na internetu a rizika s tím spojená. V neposlední řadě je zde uvedena prevence a léčba závislosti na internetu. V praktické části bylo využito kvalitativního výzkumu. Toto šetření bylo založeno na případových studiích a polostrukturovaných rozhovorech s lidmi s lehkým mentálním postižením v organizaci Skok do života o.p.s.. Následně byla uvedena různá preventivní opatření, která mají eliminovat závislost na kouření a internetu.

Některé výsledky jsem předpokládala, ale jiné mě překvapily. V první řadě mě velmi zarazil fakt, že respondenti začali kouřit již v brzkém věku, a potom také, že závislost často způsobilo špatné rodinné zázemí. V záveřečné kapitole byly zhodnoceny cíle bakalářské práce. Cílem výzkumu bakalářské práce bylo popsat riziková chování a vznik závislosti u lidí s lehkým mentálním postižením a pokusit se navrhnout preventivní opatření. K naplnění cíle byly definovány výzkumné otázky, které byly na konci vyhodnoceny. Cíl bakalářské práce byl naplněn hlavně v její praktické části. Obě závislosti u lidí s mentálním postižením vznikají z důvodu špatného rodinného zázemí a absence jakéhokoliv rodinného vzoru. Je proto nutné a velmi důležité tyto vzory vytvářet, s klienty o nich hovořit a ujistit je v tom, že jakýkoliv problém se dá řešit a sociální pracovník je tu pro ně a pomůže jim ho vyřešit. Z výsledku práce vyplývá, že závislost na kouření vzniká převážně z nudy, je tedy třeba nabídnout těmto lidem smysluplné trávení volného času, tzv. zaměstnat je. Za sebe kladně hodnotím, že se u respondentů nepotvrdila závislost na internetu.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako příručka pro studenty a pracovníky, kteří s lidmi s mentálním postížením pracují nebo by se o tuto problematiku chtěli zajímat. Existuje jistě řada informací, kterými by se bakalářská práce dala doplnit, proto se domnívám, že touto problematikou by se měl někdo dále zabývat z důvodu, že mentální postižení je jedno z nejrozšířenějších. Proto je třeba informace o této problemtice šířit nejen ve vzdělávacích institucích, ale i v běžné populaci.

Potěšila mě velká ochota mých klientů - „kamarádů“, s kterými pracuji v chráněném bydlení Skoku do života při poskytnutí rozhovorů. Tímto bych jim chtěla velmi poděkovat.

Seznam užitých zkratek

- atd. – a tak dále
- apod. - a podobně
- č. – číslo
- ČLK – Česká lékařská komora
- ČR – Česká republika
- DMO – dětská mozková obrna
- g – gram
- HK – Hradec Králové
- ICT – informační a komunikační technologie
- Kč – koruna česká
- kol. – kolektiv
- LMR – lehká mentální retardace
- LMP – lehké mentální postižením
- mg – miligram
- MP – mentální postižení
- MKN – mezinárodní klasifikace nemocí
- např. – například
- NTN – náhradní terapie nikotinem
- s. – strana
- sb. – sbírky
- SMR – středně těžká mentální retardace
- tzv. – tak zvaně
- o.p.s. – obecně prospěšná společnost
- VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém
- WHO – World Health Organization

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1: Časový harmonogram výzkumu (s. 36)
- Tabulka č. 2: Charakteristika respondentů rozhovorů (s. 37)
- Tabulka č. 3: Charakteristika respondentů případových studií (s. 37)

Seznam fotografií

- Fotografie 1: Dort k výročí nekouření (s. 41)
- Fotografie 2: Vybarvování mandal (s. 44)
- Fotografie 3: Člověče, nezlob se! (s. 44)
- Fotografie 4: Rizika internetu a facebooku (s. 45)
- Fotografie 5: Pletení náramků (s. 45)

Seznam použité literatury

1. ATKINS, Simon. *První kroky z kouření*. Nesovice: Doron, 2014, 83 s. První kroky, tady začni. ISBN 978-80-7297-112-1.
2. BARTLOVÁ, Eliška a kol. *Odvykání kouření*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1996. 25 s. ISBN 80-7071-041-1.
3. BENDOVÁ, Petra. *"Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy"*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6.
4. BLINKA, Lukáš a kol. Online závislosti: Jednání jako droga? online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba. Vydání 1. Praha: Grada, 2015. 198 s. Psyché. ISBN 978-80-210-7975-5.
5. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 247. ISBN 978-80-7367-319-2.
6. ČERNÁ, Marie a kol. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
7. FISCHER, Slavomil et al. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
9. HOLDOŠ, Juraj a kol.: Internet a jeho súvislosti v sociálnych vedách. - 1. – Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo KU, 2015. 58 s. ISBN 978 – 80 – 561 – 0317 – 3.
10. JANČÁR, Timotej a Miroslav SEDLÁČEK. *Vodní dýmka: průvodce světem vodních dýmek*. Praha: Knižní klub, 2012, 100 s. Universum. ISBN 978-80-242-3749-7.
11. KAVALÍR, Aleš, ed. *Kyberšikana a její prevence: příručka pro učitele*. Vyd. 1. Plzeň: Pro město Plzeň zpracovala společnost Člověk v tísni, pobočka Plzeň, 2009. 104 s. ISBN 978-80-86961-78-1.
12. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.
13. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku: kapesní verze*. Brno: Česká kardiologická společnost, 2006, 22 s. ISBN 80-239-7362-2.

14. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Diagnóza F17: závislost na tabáku. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 102 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.
15. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Nekuřáctví - základní podmínka zdravých plic: jak přestat kouřit?*. Olomouc: Solen, 2017, 35 s. ISBN 978-80-7471-182-4.
16. KUBÁNEK, Vladimír. *Tabák a tabákové výrobky: (historie, pěstování, zpracování, legislativa)*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2009. 160 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-898-1.
17. MIOVSKÝ, Michal et al. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Dotisk 1. vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze v NLN s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 96 stran. Monografie. ISBN 978-80-7422-397-6.
18. MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie - Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 49 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1204-7.
19. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
20. NEŠPOR, Karel. *Jak přežít počítač*. Vyd. 1. [Kralice na Hané]: Computer Media, 2011. 128 s. ISBN 978-80-7402-069-8.
21. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5. rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. 255 stran. ISBN 978-80-262-1357-4.
22. PEŠEK, Roman a NEČESANÁ, Kateřina. *Kouření, aneb Závislost na tabáku: rizika, projevy, motivace, léčba: informační poradenská příručka*. 1. vyd. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2008. 42 s. ISBN 978-80-254-3580-9.
23. PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Kouření a zdraví: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, [2017?]. 16 stran. ISBN 978-80-270-1441-5.
24. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 162 s. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0095-8.
25. SOVINOVÁ, Hana, ed. a CSÉMY, Ladislav, ed. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
26. ŠMAHAJ, Jan. *Kyberšikana jako společenský problém = Cyberbullying as a social problem*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 232 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4227-3.

27. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 101 s. Skripta. ISBN 978-80-244-1689-2
28. ŠVARCOVÁ SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3. přepracování. Praha: Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.
29. ŠVARCOVÁ, Eva, ed. a ČAPEK, Robert, ed. *Pro prevenci sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 79 s. ISBN 80-7041-425-1.
30. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
31. VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
32. VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

Seznam internetových zdrojů

1. *Centrum Mandala - tvoříme harmonii* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: https://www.centrum-mandala.cz/
2. *E-bezpečí* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: https://www.e-bezpeci.cz/
3. *E-bezpečí* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: www.netolismus.cz
4. *Glo* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: www.myglo.cz
5. *Jak na Internet* [online]. [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: https://www.jaknainternet.cz/page/1185/rizika-socialnich-siti/
6. *KUŘÁKOVA PLÍCE* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/
7. *MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: ttp://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html
8. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/
9. *Skok do života, o.p.s.* [online]. [cit. 2019-10-20]. Dostupné z: http://www.skokdozivota.cz
10. *Společnost pro léčbu závislsoti na tabáku* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.slzt.cz
11. *Online adiktologická poradna* [online]. [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: https://poradna.adiktologie.cz/

Seznam příloh

Příloha A: Fagerströmův test nikotinové závislosti

Příloha B: Šablona rozhovoru

Příloha C: Rozhovor s respondetkou č. 3

Příloha D: certifikát pro nekuřáka

Příloha A:

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Česká kardiologická společnost s.7

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

do 5 minut	3 body
za 6 – 30 minut	2 body
za 31 – 60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

ano	1 bod
ne	0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

První ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

0 – 10	0 bodů
11 – 20	1 bod
21 – 30	2 body
31 a více	3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

ano	1 bod
ne	0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

ano	1 bod
ne	0 bodů

Orietační hodnocení:

0-1: žádná nebo malá závislost na nikotinu
2-4: střední
5-10: silná závislost na nikotinu

Příloha B:

Šablona rozhovoru

Otázka č. 1: „Jak se máš?“

Otázka č. 2: „Co děláš rád/a ve volném čase?“

Otázka č. 3: „Máš kolem sebe dostatek kamarádů?“

Otázka č. 4: „Chodíš na počítač/tablet?“

Otázka č. 5: „Využíváš počítač/tablet pouze k návštěvě internetových stránek? Pokud ne, k čemu jinému počítač či tablet využíváš?““

Otázka č. 6: „Kolik hodin denně trávíš na internetu?

Otázka č. 7: „Chodíš na sociální sítě? (např. facebook)? Uvědomuješ si rizika internetu?“

Otázka č. 8: „Na jaké internetové stránky chodíš?“

Otázka č. 9: „Hraješ počítačové hry? Pokud ano, tak jaké?“

Otázka č. 10: „Jak dlouho bys vydržel/a bez internetu?“

Otázka č. 11: „Už ti někdy někdo řekl, že si na internetu moc často?“

Otázka č. 12: „Kouříš? Proč jsi začal/a kouřit? S kým? Kdo ti nabídl cigaretu?“

Otázka č. 13: „Kolik vykouříš cigaret denně?“

Otázka č. 14: „Jak dlouho kouříš?“

Otázka č. 15: „Dokážeš si představit, že bys přestal/a kouřit?“

Otázka č. 16: „Víš, jaké jsou škodlivé účinky kouření?“

Otázka č. 17: „Zkoušel/a jsi někdy přestat s kouřením?“

Otázka č. 18: „Víš, proč vlastně kouříš?“

Otázka č. 19: „Víš, kolik peněz zhruba utratíš za cigarety za měsíc?“

Otázka č. 20: „Jsou nějaké situace, při kterých kouříš více?“

Otázka č. 21: „Když nemáš cigarety, projevuje se to na tobě nějak?“

Otázka č. 22: „Znáš nějaké způsoby, kterými by ses mohl kouření odnaučit?“

Příloha C:

Rozhovor s respondentkou č. 3

Paní B (56let)

Otázka č. 1: „Jak se máš?“

Odpověď: „Dobře.“

Otázka č. 2: „Co děláš ráda ve volném čase?“

Odpověď: „Baví mě trávit čas na počítači, ráda vyšívám a háčkuju, poslouchám hudbu, jezdit na kole, zpívat, trávit čas s kamarády.“

Otázka č. 3: „Máš kolem sebe dostatek kamarádů?“

Odpověď: To se nedá říct, že bych jich měla málo, je to těžký, já mám jiný zájmy a oni také a není to jednoduché to skloubit. Se mnou kamarádit to není sranda (respondentka se pousmála). Já bych ráda ostatním pomáhala, ale není to jednoduché, sama některé věci nezvládnu.“

Otázka č. 4: „Chodíš na počítač/tablet?“

Odpověď: *„Když můžu, tak jo, nejraději bych tam chodila každý den na tablet, počítač mám rozbitý.“* Otázka: Kdy na něj nejčastěji chodíš? *Odpověď: Když se nudím, nebo když jsem naštvaná.*

Otázka č. 5: „Využíváš počítač/tablet pouze k návštěvě internetových stránek? Pokud ne, k čemu jinému počítač či tablet využíváš?“

Odpověď: „Poslouchám hudbu, občas se mi stane, že zabrousím do nastavení.“

Otázka č. 6: „Kolik hodin denně trávíš na internetu?

Odpověď: „Jak kdy, někdy je to celé odpoledne, někdy celý večer, někdy vůbec, podle nálady.“

Otázka č. 7: „Chodíš na sociální sítě (např. facebook) a víš, jaká jsou rizika internetu?“

Odpověď: „Chodím na facebook a massanger a píšu si s rodinou a kamarády. Mohou se mi nabourat na účet na facebooku.“

Otázka č. 8: „Na jaké internetové stránky chodíš?“

Odpověď: „Chodím na facebook, e-mail, píšu si svůj blog, dříve jsem chodila na „Lidé“, teď už s tou stránkou neumím.“

Otázka č. 9: „Hraješ počítačové hry? Pokud ano, tak jaké?“

Odpověď: „Ne, já je neumím, hraju pouze karty, nebo pexeso a Člověče, nezlob se!, jiný hry na tom moc neumím.“

Otázka č. 10: „Jak dlouho bys vydržel/a bez internetu?“

Odpověď: „Musela bych to vydržet, ale asi týden.“

Otázka č. 11: „Už ti někdy někdo řekl, že si na internetu moc často?“

Odpověď: „Jo, říkají mi to celkem často.“

Otázka č. 12: „Kouříš? Proč jsi začala kouřit? S kým? Kdo Ti nabídl cigaretu?“

Odpověď: „Ano kouřím, ale neměla bych, protože mám chronický zánět dýchacích cest. Začala jsem kouřit, protože jsem byla na pionýrském táboře a chtěla jsem to zkusit jaký to je a už mi to zůstalo tzv. z frajeřiny, protože tam kouřila většina lidí. První cigaretu mi nabídli kamarádi, kteří byli zdraví v Jedličkově ústavě.“ Otázka: Chutnala ti první cigareta? *Odpověď: Ne*

Otázka č. 13: „Kolik cigaret vykouříš denně?“

Odpověď: „Když kouřím elektronickou cigaretu glo, tak mi vydrží krabička zhruba tři dny, když kouřím normální cigarety, tak mi krabička vydrží zhruba na týden, ale kombinuji to.“

Otázka č. 14: „Jak dlouho kouříš?“

Odpověď: „Poprvé jsem to zkoušela ve 14 letech, ale pravidelně kouřím asi od 20 let, takže zhruba 40 let.“

Otázka č. 15: „Dokážeš si představit, že bys přestala kouřit?“

Odpověď: „Dokážu, už jsem přestala kouřit na dva měsíce, ale pak jsem se na učňáku zase vrátila.“

Otázka č. 16: „Víš, jaké jsou škodlivé účinky kouření?“

Odpověď: „No rakovina, ucpávání cév, stárnutí.“

Otázka č. 17: „Zkoušela jsi někdy přestat s kouřením?“

Odpověď: viz otázka č. 15

Otázka č. 18: „Víš, proč vlastně kouříš?“

Odpověď: „Myslím si, že mě to uklidňuje a myslela jsem si, že nebudu přibírat na váze, ale víceméně kouřím asi z nudy.“

Otázka č. 19: „Víš, kolik peněz zhruba utratíš za cigarety za měsíc?“

Odpověď: „Zhruba 900 korun za měsíc, někdy i víc.“ Otázka: Víš, co všechno by sis mohla koupit, kdybys nekouřila: *Odpověď: „Ano vím.“*

Otázka č. 20: „Jsou nějaké situace, při kterých kouříš více?“

Odpověď: „Když se necítím dobře.“

Otázka č. 21: „Když nemáš cigarety, projevuje se to na tobě nějak?“

Odpověď: „Spíš ne.“

Otázka č. 22: „Znáš nějaké způsoby, kterým by ses mohl odnaučit kouření?"

Odpověď: „Hlavně musí mít člověk pevnou vůli, ale vím, že existují spreje, ale tomu já nevěřím, myslím nikoret.

Příloha D:

certifikát pro nekuřáka

CERTIFIKÁT
EXKUŘÁKA

Tento certifikát je vydán pro

.....

Potvrzuji, že dnem D ..... jsem skončil se svým zlozvykem.
Nekouřím již ..... měsíců.
Moje tělo mi začíná děkovat. Moje peněženka se začíná plnit. Moje zdraví se zlepšuje.
Jsem nekuřák.
www.odvykani-koureni.cz

DATUM PODPIS

Zdroj: https://www.odvykani-koureni.cz/certifikat-exkuraka