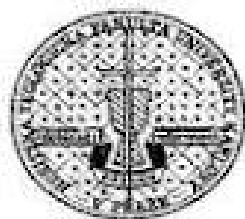


# **Univerzita Karlova v Praze**

## **Husitská teologická fakulta**



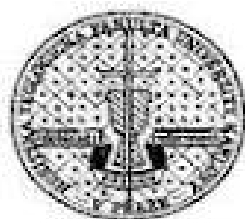
Diplomová práce

**Praha 2014**

**Bc. Ilona Bussová**

# Univerzita Karlova v Praze

## Husitská teologická fakulta



### Diplomová práce

Sociálně patologické jevy v populaci  
adolescentů se sluchovým postižením

Social Pathological Phenomena in Adolescent  
Population with Hearing Disabilities

Vedoucí práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury této práce.

V Praze dne 5. 4. 2014 .....

## **Poděkování**

Děkuji prof., PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za poskytování rad, cenných připomínek a za odborné vedení diplomové práce.

## **Anotace :**

### **Sociálně patologické jevy v populaci adolescentů se sluchovým postižením**

### **Social Pathological Phenomena in Adolescent Population with Hearing Disabilities**

*Anotace:* Sociálně patologické jevy jsou součástí společnosti stejně tak jako i jiné projevy sociálních skupin. Všichni navštěvující školu, vytvářejí formální sociální skupinu spolu s navázaný vztahy z jiných sociálních skupin. Dá se tedy předpokládat, že členové této skupiny si přenesou i do školy způsoby svého chování. Žáci i zaměstnanci škol jsou určitým vzorkem společnosti. Kdyby se jevy vyskytující se ve společnosti ve škole nevyskytovaly, signalizovalo by to izolovanost školy od okolí. Pravděpodobně by pak škola nemohla plnit úkol, který má – připravovat žáky na život ve společnosti. Jestliže tedy má škola být spojena se životem, musí být ti, kdo ji mají vést, na ně připraveni, poznávat je a dokázat na ně přiměřeně reagovat. Základem celé prevence jsou co nejlepší vztahy mezi zaměstnanci, učiteli a žáky. Do prevence by měli být zapojeni hlavně třídní učitelé. Metodik prevence je ten, kdo může přinášet nápady a náměty, nejúčinněji bude žáky stimulovat ten, kdo blíže zná jejich osobnost, zná jejich sociální zázemí a dokáže vycítit jejich potřeby. Cíle magisterské práce byly splněny. Proběhla analýza problematiky sociálně patologických jevů na střední škole a byl sledován vývoj prevence ve školství. Sociálně patologické jevy, které se ve školství vyskytují, se podařilo charakterizovat, byl sledován jejich vývoj u nás a ve světě. Také se podařilo navrhnout účinné strategie prevence sociálně patologických jevů na středních školách.

**Klíčová slova :** Pojem sluchové postižení, návyková látka, droga, závislost, prevence.

*Abstract:* Socially pathological phenomena belong to the society as well as other manifestations of social groups. All school attendants create a formal social group, together with established relations from other social groups. Therefore, it can be supposed that members of this group will bring the manners of their behaviour into the school. Both pupils and school staff are a certain sample of the society. If the phenomena occurring in the society did not occur at school, it would signal the isolation of the school from the surrounding environment. Then, the school would likely be unable to fulfil the task it has to prepare the pupils for life in the society. To wit, if the school shall be connected with life, those who are expected to lead it must be prepared for them, know them and be able to respond to them adequately. The basis of the whole prevention is the best possible relationships between the staff, the teachers and the pupils. It should be especially class teacher who should take part in the prevention. The prevention methodologist is the person who can bring in ideas and suggestions; but the person who best knows the personalities of the pupils and their social background and who is able to perceive their needs is the one who will stimulate the pupils most effectively. The aims of to master thesis were fulfilled. The analysis of the issues of socially pathological phenomena at secondary school was performed. The development of prevention within the school system was observed. The socially pathological phenomena occurring at school were characterized, their development both in our country and in the world was observed. Further, an efficient strategy of prevention of socially pathological phenomena at secondary schools was proposed.

**Key Words :** The hearing impairment, addictive, drug, addiction, prevention.

# Obsah

Obsah .....	6
Seznam zkratk .....	8
Úvod .....	10
1. Stručné dějiny vzdělávání neslyšících .....	13
1.1 Starověk .....	13
1.2 XVI. století .....	13
1.3 XVII. a XVIII. století .....	14
1.4 První založená škola u nás .....	15
1.5 Školy pro sluchově postižené u nás .....	17
2. Sluchové vady .....	22
2.1 Charakteristika sluchového postižení a jeho důsledků vzhledem ke vzdělávání komunikaci .....	22
2.2 Druhy, typy a stupně sluchových zrát .....	24
2.3 Komunikační systémy osob se sluchovým postižením.....	29
2.3.1 Orální komunikační systémy .....	29
2.3.2 Vizualně neurotické komunikační systémy .....	31
2.3.3 Jednoduché symbolické komunikační systémy sluchově postižených .....	32
2.4 Výchova a vzdělávání studentů se sluchovým postižením .....	32
2.4.1 Legislativa výchovně vzdělávacího procesu žáků se sluchovým postižením.....	36
3. Vzdělávací strategie užívané u sluchově postižených žáků.....	37
3.1 Orální metoda .....	37
3.2 Totální komunikace .....	40
3.3 Bilingvální metoda .....	42
4. Znakové jazyky těžce sluchově postižených .....	46
4.1 Český znakový jazyk .....	46
4.2 Znakový český jazyk .....	46
4.3 Znaková řeč neslyšících .....	47
4.4 Rozdílnosti českého znakového jazyka a znakované češtiny .....	47
5. Charakteristika sociálně patologických jevů .....	49
5.1 Sociální deviace a sociální patologie .....	49
5.2 Normalita a abnormalita .....	49
5.3 Zdroje a příčiny sociálně patologických jevů .....	50
6. Problematika vybraných závažných patologických jevů.....	51
6.1 Agresivita a násilí .....	51
6.1.2 Příčiny agresivity a násilí .....	55
6.1.3 Sociální aspekty spojené s agresivitou a násilím .....	56
6.2 Sociální jednání .....	57
6.2.1 Motivace suicidiálního jednání .....	57
6.2.2 Způsoby provedení suicidia .....	58
6.2.3 Příčiny suicidiálního jednání .....	58
6.2.4 Sebepoškozování .....	60
6.3 Zneužívání psychoaktivních látek .....	61
6.3.1 Závislost a škodlivé užívání alkoholu .....	62
6.3.2 Závislost a škodlivé užívání vybraných nealkoholových látek.....	63
7. Program primární prevence sociálních patologických jevů v prostředí školy pro mládež se sluchovým postižením .....	75
8. Šetření výskytu závislostního chování adolescentů se sluchovým postižením .....	78
9. Cíl šetření výskytu závislostního chování adolescentů se sluchovým postižením .....	79
9.1 Výzkumné otázky .....	79
9.2 Metody a metodika šetření .....	79
10. Analýza výsledků dotazování „Návykové látky“.....	80

10.1 Data a jejich interpretace .....	80
10.2 Vlastní dotazník .....	83
11. Komparace zjištěných výsledků z dotazníků .....	118
12. Diskuze .....	121
13. Doporučení .....	123
Závěr .....	124
Seznam použitých zdrojů a literatury .....	125
Příloha - dotazník .....	130
Resumé .....	140

-

## **SEZNAM ZKRATEK**

EMCDDA Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

ESPAD Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

WHO Světová zdravotnická organizace



MOTTO :

*„Je velmi těžké neslyšet a přitom žít mezi lidmi, kteří se navzájem dorozumívají zvukovým jazykem. Člověk má pocit, jakoby žil za sklem: může sledovat, co ostatní dělají, ale neví, proč to dělají a o čem spolu mluví“.* (Strnadová, 1995, s. 22)

## Úvod

Už v době, kdy jsem přemýšlela nad koncepcí své diplomové práce, mi bylo jasné, že zpracování zvoleného tématu nebude jednoduché. Nejprve bylo nezbytné, abych si ujasnila úhel pohledu na zkoumanou problematiku, shromáždila a nastudovala mnoho materiálu, získala potřebné informace a co nejvíce využila nejen vlastní zkušenosti, ale i ty zprostředkované. Zároveň jsem vyslechla názory a pocity těch, o kterých jsem se rozhodla psát. Výsledky svého průzkumu jsem musela logicky utřídit a pak je uspořádat do vět a celků a nakonec vyslovit jasný závěr.

Tématem mé magisterské práce jsou Sociálně patologické jevy v populaci adolescentů se sluchovým postižením.

Z vlastní zkušenosti víme, že život nám přináší mnoho radosti, ale také překvapivá poznání a problémy, se kterými se mnohdy musíme naučit žít. Na počátku je vždy nový život s nepopsaným listem, ale už v momentě narození může dojít k zásadnímu zlomu. Dítě se narodí se sluchovým handicapem. Bohužel s tímto zdravotním postižením se bude muset nejspíš potýkat celý život. Jsou však jedinci, kteří své postižení získají v průběhu života, protože onemocněli nějakou zákeřnou nemocí nebo utrpěli úraz s trvalými následky. Potom nastupuje role nás, pedagogů, lékařů a celé společnosti. Jsme každodenně tváří v tvář vystaveni těmto problémům a "testování", jak jsme vybaveni proto, abychom dokázali pomoci handicapovaným jedincům.

Sluchové postižení se však netýká pouze postiženého jedince, ale dotýká se celé jeho rodiny a kamarádů. Záhy přicházejí „na pomoc“ pedagogové, vychovatelé a blízké okolí. Je to ono postižení, které jde s člověkem celý život, se kterým se snaží žít a bojovat, zvládat ho, někdy se mu přizpůsobit. Věřím ale, že tu bude vždy někdo, kdo pomůže, poradí, podrží a možná i pohladí po duši. Nejhorší bývá zlo ze strany zdravých dětí, ale i dospělých, které může citlivé duše handicapovaných hluboce zasáhnout a ranit. Téma výskytu sociálně patologických jevů v populaci adolescentů se sluchovým postižením jsem si zvolila, protože učím na střední škole pro sluchově postižené, která je součástí SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Holečkova 4, Praha 5.

Langer (In: Rádlová, Valenta, 2002) uvádí, že lidé se sluchovým postižením mají výrazně narušenou komunikační schopnost, jež jim brání v plnohodnotné komunikaci mezi lidmi a také následně v přístupu k informacím.

I když sluchově postižení mají možnost využít tlumočnické služby dle zákona č. 108/2006

Sb., o sociálních službách, § 56, které jsou poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné

fyzické osoby v Centru sociálních služeb, riziko vzniku závislosti na omamných látkách, nebo na jiných sociálně patologických jevech je u nich z mého pohledu daleko vyšší než u ostatní populace. Služba podle odstavce 1 sice zajišťuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služby jsou zaměřeny na konkrétní individuální potřeby jednotlivých uživatelů s cílem zabezpečit v maximální možné míře rovnocennosti sluchově postižených s ostatní veřejností, pomoci jim zachovat přirozené sociální vazby, předcházet sociální, informační a komunikační izolaci, ale položme si otázku, má náš neslyšící adolescent svého tlumočnicka po ruce v každé situaci. Ještě bych chtěla uvést jednu službu a to sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 66, která by mohla pomáhat sluchově postiženým s podporou v samostatnosti a nezávislosti. Tato služba, která má za cíl pomocí besed, přednášek, společenských, kulturních a sportovních akcí, zachovat přirozené sociální vazby, předcházet sociální izolaci a obhajovat práva, potřeby a zájmy lidí se sluchovým postižením má také pravidelné konzultační hodiny v Centru sociálních služeb, ale po konzultaci s neslyšícími v naší škole jsem zjistila, že tuto informaci nemají a tudíž tuto službu nevyužívají. Domnívám se, že je zapotřebí v našich školách provádět neustálou osvětu a snažit se naše adolescenty informovat o různých aktivitách, které by jim pomohly v reálném životě úspěšně projít nástrahami dnešního světa.

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma Sociálně patologické jevy v populaci adolescentů se sluchovým postižením a zajímaly mě jejich zkušenosti s návykovými látkami. Jedná se o téma, které je zajímavé tím, že nám poskytne informace o tom, jak nebo kde, popřípadě zda, vůbec se žáci se sluchovým postižením s návykovými látkami setkávají a proč k těmto rizikovým jevům v chování žáků dochází. K tomuto tématu diplomové práce mě přivedlo zjištění, že jsou tito žáci velice ovlivnitelní majoritní komunitou a z důvodu jejich handicapu se chtějí pravděpodobně takto nevhodným způsobem začlenit a vyrovnat této komunitě, která je s nimi integrována ve škole. Samozřejmě nemůžeme opomíjet další sociálně patologické jevy vyskytující se u žáků se sluchovým postižením i bez postižení, jako jsou například agresivita a násilí, suicidální jednání, sociálně patologické jevy spojené s prostředím rodiny či kriminalita a delikvence. Našimi základními cíli je strategie primární prevence sociálně patologických jevů, která je zaměřena na výchovu ke zdravému životnímu stylu.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozpracována do sedmi kapitol. První kapitola pojednává o stručných dějinách vzdělávání neslyšících, druhá kapitola o vadách sluchu a komunikačních systémech osob se sluchovým postižením, třetí a čtvrtá o vzdělávacích strategiích užívaných u sluchově postižených studentů. Pátá kapitola charakterizuje sociálně patologické jevy, šestá rozpracovává problematiku závažných sociálně patologických jevů a sedmá se zabývá programem primární prevence sociálně patologických jevů v prostředí školy pro mládež se sluchovým postižením. Praktickou část tvoří pět kapitol. První kapitola se věnuje cíli práce, výzkumným otázkám a sběru dat. Druhá kapitola se týká analýzy výsledků dotazníku, kde jsou jednotlivé položky přehledně zpracovány do tabulek a grafů. Každá vyhodnocená položka dotazníku obsahuje krátký komentář. Ve třetí kapitole je provedeno srovnání výsledků z dotazníku. Čtvrtá kapitola je věnována diskusi. Pátá kapitola obsahuje doporučení pro praxi, kde navrhuji další možná řešení, která souvisejí s danou problematikou.

V závěru diplomové práce jsem se snažila zhodnotit její přínos a zároveň odpovědět na základě vyhodnocení dotazníků na otázku, jaké zkušenosti s návykovými látkami mají studenti se sluchovým postižením.

# 1. Stručné dějiny vzdělávání neslyšících

Abychom se propracovali do současnosti vzdělávání neslyšících, je nutné prostudovat minulost. Co svět světem stojí, rodí se i děti s různými druhy postižení, vadami a zdravotními problémy. Jednou z těchto vad je vada sluchu v různém rozsahu. Ve starověku se zmiňují o vzdělávání Neslyšících například řecký filozof **Aristoteles** (384 - 322 př. n. l.) nebo katolický biskup **svatý Augustin** (354 - 430 n. l.). Oba dva však nevěřili, že Neslyšící se mohou vzdělávat.

**Překlad Aristotelovy věty:**

*„Ti, kteří se narodí neslyšící, budou také všichni neschopni myšlení.“*

(HRUBÝ, 1997, s. 44)

*Prvním historicky doloženým Neslyšícím, kterému se dostalo vzdělání, byl neslyšící syn konzula Quinta Pedia. Ten byl příbuzným císaře Augusta (63 př. n. l. -14 n. l.). Chlapec prý byl velmi úspěšný v umění.*

## 1.1 Starověk

V nejstarších dobách se neslyšící vzdělávali pouze v kruhu rodinném – napodobováním. Ve starověkém Řecku se neslyšící dítě ve věku šesti let rodičům násilně odebralo a usmrtilo shobením ze skály. Zjevně defektní děti byly usmrcovány ihned. V Římě to bylo obdobné. Židé naopak věřili, že zdravotní postižení vzniká z vůle boží, a proto tito jedinci mají boží ochranu.

## 1.2 XVI. století

Prolomit toto „vzdělávací prokletí“ se podařilo renesančnímu učenci Roelfu Husmanovi (známému spíše pod jménem: Rudolph Agricola). Ten ve své knize De Inventione Dialectica píše doslova:

*„Viděl jsem člověka, který od kolébky neslyšel a byl tudíž také němý, který se naučil rozumět všemu, co bylo napsáno jinými osobami a který vyjadřoval písemně všechny své myšlenky, jako by mohl používat slova.“* (HRUBÝ, 1999, s.93 )

Ve své slavné knize Paralipomenon tento komentář rozvedl fyziolog Girolamo Cardano.

Za prvního skutečného učitele pro neslyšící žáky je považován benediktinský mnich Pedro Ponce de Leon (1520 – 1584), který založil školu pro neslyšící v klášteře sv. Salvadora – žáci pocházeli ze šlechtických rodin. Zhruba ze stejné doby se zachovaly zmínky o brandenburském proboštovi Joachimovi Paschovi, který učil doma sám svou dceru, která ohluchla po nemoci ve věku jednoho roku.

O dalších 40 let později měla jiná rodina neslyšícího syna Luise, a tak hledali odborného učitele, kterým se stal Ramírez de Carrión (1579 – 1652). S chlapcem dospěl k pokroku, který chlapec komentoval: „Nejsem němý, jenom neslyším“. (J.M.P.Bonet, r. 1620, 3/46). V rodině došlo k neshodám a Ramírez odešel zpět k markýzovi de Priega. Výchovy se ujal rodinný přítel Juan Martin Pablo Bonet (1579 – 1652), který se od Carrióna naučil mnohým postupům.

Juan Martin Pablo Bonet vydal v Madridu roku 1620 svou slavnou knihu Zjednodušení zvuků a umění naučit němé mluvit. V této knize označuje sám sebe jako objevitele metody. Bonet je první, kdo se zmiňuje o odezírání a píše doslova :

*„ Odezírání nelze naučit, závisí pouze na veliké pozornosti na jejich straně ,lze za něj vděčit pouze jejich vlastní dovednosti, nikoliv dovednosti učitele.“ ( HRUBÝ, 1999 , s 95 ).*

### **1.3 XVII. a XVIII. století**

Vzdělávání neslyšících se věnuje i Jan Ámos Komenský (1592 – 1670) ve své knize Vševýchova. Komenský se na jednom místě své knihy Vševýchova zmiňuje také o vzdělávání zdravotně postižených.

*"Je otázka, zda tedy i slepí, hluší a zaostalí mají být přibráni ke vzdělávání. Odpovídám:*

*1. Z lidského vzdělávání se nevynímá nic, leč nečlověk. Pokud tedy mají účast na lidské přirozenosti, potud mají míti i účast na vzdělání. Ba spíše tím více pro větší nutnost vnější pomoci, když příroda pro vnitřní nedostatek nemůže pomoci sama.*

*2. Zejména když příroda, bylo-li jí po některé stránce zabráněno rozvinouti svou sílu, rozvine ji po jiné stránce tím zdatněji, jen když se jí pomůže. Vždyť příklad ukazují zřejmě, že od narození slepí vyspěli jen za pomoci sluchu ve znamenité hudebníky, právníky, řečníky atd., podobně jako od narození hluší vyspěli ve vynikající sochaře, řemeslníky... Od učení moudrosti a vzdělávání ducha nemá být nikdo vnímán, neřku-li vzdalován. Leč bychom chtěli udělat křivdu nejen tomu jednotlivci, ale celé podstatě lidství..." (J. Á. KOMENSKÝ, Vševýchova (3/49).*

I základní filozofická myšlenka Komenského, že dítě musí nejprve znát věc a pak se teprve naučit její slovní pojmenování (tedy nejprve zvládnout pojem a teprve druhotně slovní nálepkou), je mimořádně silným argumentem i pro zastánce bilingválního vzdělávání neslyšících, které se stále poměrně málo používá.

Učitelé více požadovali praktickou zkušenost žáků, výcvik smyslů, potřebu experimentování. Do škol přichází tzv. realismus.

V této době se práce učitele začíná považovat za povolání – možnost, jak si vydělat na živobytí. Každý měl svou metodu učení, a proto vznikaly spory o to, která z nich je lepší až nejlepší. K jednomu z konfliktů došlo mezi členy Královské společnosti Johnem Wallisem a Williamem Halderem. Henry Baker dokonce svým žákům zakázal komukoliv říkat, jakým způsobem je vyučuje.

Švýcarský lékař Johann Konrád Amman (1669 – 1670) své metody otevřeně popsal v knize Hluchý mluvící a o něco později to rozvedl v další verzi knihy Pojednání řeči. Byl první, kdo popsal použití logopedického zrcadla.

Asi roku 1669 se ve Francii narodil Etienne de Fay, který od narození neslyšel. Fay se v klášteře naučil tolik, že byl schopen jako neslyšící dál vyučovat. Pro nás je nejdůležitější, že pomocí znakového jazyka učil i několik neslyšících dětí.

Další příklad v péči o neslyšící dal Francouz Charles Michel de l'Épée, když z vlastních prostředků založil v Paříži roku 1770 první internátní školu pro neslyšící, později Národní institut pro neslyšící. Z Paříže se pak tyto snahy začaly šířit do celé Evropy. (Hrubý, 1999)

#### **1.4 První založená škola u nás**

Úplně první školou v Čechách pro hluchoněmé byl **Ústav pro hluchoněmé v Praze** založený **7. 12. 1786** zednářskou lóží pod vedením hraběte **Kašpara Heřmana Künigla**. Hrabě Künig se osobně seznámil s vyučovací metodou na Pařížském a Vídeňském ústavu pro neslyšící. Metodu, která využívala znakový jazyk, doporučil pro výuku v Pražském ústavu. Na místo ředitele povolal kněze Karla Bergera, který soukromě vyučoval neslyšící. Pronajali si místnosti ve II. patře domu č. 671, naproti Novoměstské radnici. V prvním školním roce měl ústav 6 chovanců, kteří byli ve věku od 6 do 36 let. Karel Berger, který učil na škole od roku 1787, *vyučoval pomocí prstové abecedy číst a psát*. Pojmy vytvářel

pomocí znaků. Ohluchlí a nedoslýchaví žáci se učili i artikulaci. Od roku 1831 sídlil ústav v domě č. 669 na rohu Karlova náměstí a Žitné ulice. Protože však počet chovanců stále rostl, byl v roce 1838 zakoupen za 20 000 zlatých Faustův dům na Karlově náměstí.

**Václav Frost**, skutečný *génius znakového jazyka, předběhl svou dobu*. Jeho metoda byla nazývána *Frostova kombinovaná metoda* nebo *metoda česká*, popř. „*pražská*“, což není nic jiného než

*bilingvální výuka*. Frost používal znakový jazyk při vyučování některých předmětů. Mimo jiné se zde také současně vyučovala artikulace, čtení a psaní. Frost si byl plně vědom, že neslyšící potřebují oboje.

**Václav Kotátko** napsal *první české učebnice pro neslyšící - Slabikář, Tři sešity mluvnických cvičení a Sbíрку povídek*. Byl považován za jednoho z nejvýznamnějších českých učitelů neslyšících. Postupně vznikaly další knihy, které pomáhaly při výuce neslyšících. Neustále se však zvyšoval počet žáků a v době **Karla Kmocha**, kdy zde bylo 160 žáků, budova nestačila, a tak za prodej Faustova domu ústav získává 580 000 K. V zahradě Kinských na Smíchově (dnes ulice Holečkova) kupuje pozemek za 180 000 K a ještě zbývá na výstavbu ústavu.

V červnu 1901, když navštívil Prahu císař František Josef I., zúčastnil se slavnostního položení základního kamene. Císař dokonce vlastnoručně poklepal třikrát na základní kámen a nová nádherná budova byla dokončena za necelý rok a slavnostně otevřena 28. února 1902.

V této škole neboli ústavu, jak se mu říkalo, probíhala výuka vždy pomocí znakového jazyka. Učitelé byli přesvědčeni o jeho velkém významu při výuce ohluchlých a neslyšících dětí (chovanců). Ve druhé polovině 19. stol. se také začali objevovat na škole chovanci, kteří se později sami stali učiteli neslyšících. Tento trend přetrval na škole až do dnešní doby.





*Obr. č. 1: SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Holečkova 4, Praha 5*

O necelých 50 let později vzniká v roce 1832 podobné zařízení v Brně. Vydáním novely tzv. tereziánského patentu bylo veřejné správě uloženo zřizovat školy pro hluché a slepé děti.

Na území Moravy vznikají čtyři nová zařízení pro neslyšící děti, a to v Ivančicích, Valašském Meziříčí, Lipníku nad Bečvou a Šumperku. Nejdříve byly všechny děti vyučovány německy, teprve v roce 1857 se objevují první české třídy. ( HRUBÝ, 1999 )

### **1.5 Školy pro sluchově postižené u nás**

MŠ a ZŠ pro sluchově postižené, Brno – Řečkovice , Novoměstská 21

MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené České Budějovice, Riegrova 1/1812

MŠ, ZŠ a DD pro sluchově postižené Ivančice, Široká 42

MŠ a Speciální ZŠ pro sluchově postižené, Kyjov , Školní 3208/51

MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí , Vsetínská 454

ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Plzeň, Mohylová 90

ZŠ a MŠ pro sluchově postižené, Ostrava – Poruba, Spartakovců 1153

ZŠ a MŠ logopedická Liberec, E. Krásnohorské 921

SŠ, ZŠ a MŠ Hradec Králové , Štefánikova 549

SŠ pro sluchově postižené a OU - Gellnerova 66/1, Jundrov, Brno

SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Praha 5, Výmolova 169

SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Praha 5 , Holečkova 4

SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Olomouc , Kosmonautů 4

Gymnázium, Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, Ječná 2, Praha 2

### **MŠ a ZŠ pro sluchově postižené, Brno-Řečkovice**

V MŠ se pracuje podle vzdělávacího programu CESTA založeného na bilingvistice. V ZŠ se žáci učí podle učebních plánů a osnov pro sluchově postižené, ale i běžné základní školy, v některých případech se vypracovávají individuální vzdělávací plány.

### **MŠ, ZŠ a střední škola pro sluchově postižené , České Budějovice**

Základní vyučovací metodou je totální komunikace. Při výchově a vzdělávání se individuálně upřednostní ta metoda, která nejvíce odpovídá schopnostem a postižení žáka. Žáci tak dostávají dobrý základ pro vstup na střední školy.

### **MŠ, ZŠ a DD pro sluchově postižené Ivančice, Široká 42**

Škola důsledně aplikuje u dětí se sluchovým postižením „Reflexní mateřskou metodu – metodu rozhovoru“. Základem pro výběr témat rozhovorů jsou celoroční celoškolní projekty

a aktuální školní život. Využívá při tom detailně propracovaný systém Institutem voor Doven v

holandském Sint –Michielsgestelu. Cílem je, aby se sluchově postižené děti naučily číst s porozuměním prostřednictvím prožitku a českého hovorového jazyka.

### **MŠ a Speciální ZŠ pro sluchově postižené , Kyjov**

Jsou zde přijímány děti zejména se sluchovým postižením a děti s vadami řeči a to již od tří let věku, ale i s dalšími vadami (např. s autismem).

Od počátku je každému dítěti zajištěna individuální logopedická péče. Sluchově postižení žáci mají desetiletou školní docházku. Během ní získávají potřebné vědomosti, dovednosti a znalosti pro další studium na běžných středních školách nebo středních školách pro sluchově postižené.

### **MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí**

Od roku 1993 se ve škole pracuje metodou totální komunikace. Tato metoda využívá ve vzdělávání znakový jazyk, přináší žákům více poznatků a je efektivnější.

Učební obor – zahradník, zahradnice, elektrikář

Maturitní obor – elektronické počítačové systémy a počítačové systémy a aplikovaná elektrotechnika

### **ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Plzeň, Mohylová 90**

Škola poskytuje individuální přístup a péči dětem s poruchami sluchu.

### **ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Ostrava – Poruba**

Při výchově a vzdělávání používají pedagogové metodu orální, znakový jazyk, totální komunikaci s ohledem na potřeby a stupeň sluchového postižení dítěte. Děti jsou vzdělávány podle programu základní školy nebo podle osnov pro sluchově postižené. Při výuce se používá jak znaková řeč tak i mluvený jazyk

### **ZŠ a MŠ logopedická Liberec, E. Krásnohorské 921**

Do **Základní školy a mateřské školy logopedické** přicházejí děti a žáci s narušenou komunikační schopností, kterou nelze odstranit foniatrickou ani logopedickou ambulantní péčí. Jedná se o nejtěžší poruchy řeči, nejrůznější formy mutismu, opožděný vývoj řeči, těžké dyslalie, vývojové dysfázie, palatolalie, lehčí sluchové postižení a specifické vývojové poruchy učení, které přetrvávají po reedukaci řečové vady. Hlavním úkolem školy je vybudovat u dětí a žáků řeč a vybavit je poznatky pro zvládnutí základní školy.

### **SŠ, ZŠ a MŠ Hradec Králové, Štefánikova (Hradec Králové - Moravské Předměstí)**

V rámci cílené výuky dětí se specifickými vzdělávacími potřebami mají ve výběru:

Bilingvní program vzdělávání pro děti s těžkou sluchovou vadou (systém českého znakového jazyka + jazyk český)

Oddělený program výuky pro děti se středně těžkou sluchovou vadou a s kochleárním implantátem

(orální systém).

### **SŠ pro sluchově postižené a OU - Gellnerova 66/1, Jundrov, Brno**

Škola nabízí maturitní obor, **Informační technologie**, který je zakončený státní maturitní zkouškou, a dva obory zakončené výučním listem - obor **Prodavačské práce** a obor **Podlahářské práce**. **V příštím roce plánují otevřít nový učební obor - Operátor skladování**. Hlavním cílem a posláním školy je připravit žáky pro výkon kvalifikovaných povolání a začlenění zdravotně postižených jedinců do běžného života, vytvořit jim podmínky pro další vzdělávání, komunikaci mezi lidmi a uplatnění v životě.

### **SŠ, ZŠ a MŠ Praha 5, Výmolova 169**

Při výuce je vytvářeno plnohodnotné komunikační prostředí, ve kterém mají všichni stejné komunikační podmínky a rovnocenný přístup k informacím. Výuka probíhá vždy za přítomnosti tlumočnicka. Tlumočnick zprostředkovává komunikaci mezi studenty a pedagogy nebo studenty navzájem.

### **SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Praha 5, Holečkova 4**

Na této škole je poskytováno vzdělání sluchově postiženým v oborech SOU - cukrář - výroba, čalouník, krejčí, kuchař, malíř, pekař, zámečnick ve čtyřletých učebních oborech. Po úspěšném

ukončení studia mají absolventi SOU možnost pokračovat v nástavbovém studiu, které se váže k příslušnému učebnímu oboru, případně všestranném nástavbovém studiu, jež připravuje absolventy pro podnikatelskou sféru. Jedná se o nástavbové studium Podnikání, které je tříleté, zakončené maturitní zkouškou. Při vzdělávání žáků na SŠ se preferuje metoda totální komunikace, při níž se využívá všech dostupných prostředků, odezírání, psaná forma, znakový jazyk. Na SŠ se klade důraz především na to, aby byli absolventi co nejlépe připraveni pro vstup na trh práce a komunikaci v různých pracovních pozicích, pro které je škola připravila.

### **SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Olomouc**

Používají tyto komunikační systémy: Znakový jazyk, taktilní znakový jazyk, znakování ruku v ruce, předmětná komunikace (zástupné předměty, referenční předměty), piktogramy, plastické piktogramy.

## **Gymnázium, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené Praha 2, Ječná 27**

Škola je komplexem škol pro sluchově postižené. Výuka na této škole probíhá auditivně orální metodou (mluvenou formou jazyka).

**Obory vzdělávání:** Gymnázium, čtyřleté, Informační služby ( maturitní zkouška )

Celá oblast speciálního školství, tedy i speciální školy pro sluchově postižené, prošly od roku 1990 zásadními koncepčními změnami reformního charakteru. Východiskem procesu jsou nejen zkušenosti našich a zahraničních odborníků, dlouhodobé tradice a potřeby současné praxe, ale i naplňování významných mezinárodních dokumentů (Úmluva o právech dítěte, Listina lidských práv a svobod apod.), dále pak Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení přijatého usnesením vlády České republiky č. 493 ze dne 8. 9. 1993 a navazujícího Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením schváleným usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. 4. 1998, Zákonu o znakové řeči schváleném Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR 21. 5. 1998 a dalších školských zákonů a vyhlášek MŠMT ČR.

*Východiskem nové koncepce speciálního školství je naplnění zásadních principů těchto uvedených dokumentů takto : Každý národ má odpovědnost, aby se jeho školský systém postaral o děti se zdravotním postižením. Společnost by měla umožnit dětem se zdravotním postižením, aby přispívali ve společnosti ve výchovném školském prostředí, jež je co nejméně omezeno. Je-li schopnost dítěte mít prospěch z řádného školského systému omezena, mělo by mít takové dítě přístup do zařízení a institucí, jež byly navrženy tak, aby vyšly vstříc jeho potřebám. Kde není úplná integrace možná, mělo by být spojení s místními školami, výchovnými institucemi a společenskými zařízeními co nejužší . (KRAHULCOVÁ, 2002, s. 55)*

## 2. Sluchové vady

Stejně jako u jiných vad, platí i u vad sluchových, že se mohou lišit stupněm závažnosti -- od lehkých přes středně těžké a těžké až po velmi těžké; navíc však v tomto případě musíme rozlišovat i různé typy vad – **přívodní, převodní** čili **konduktivní, senzorineurální** čili **percepční**, a konečně i **smíšené (kombinované)**, a **také centrální**. Toto dělení není samoúčelné -- rozhoduje totiž o tom, do jaké míry a jakými prostředky lze vadu odstranit, zmírnit nebo alespoň kompenzovat.

Sluchová vada (zhoršení/ ztráta sluchu, nedoslýchavost) bývá často dávana do souvislosti se stářím. Ačkoliv se schopnost slyšení skutečně s rostoucím věkem postupně zhoršuje, je možná překvapením, že vysoké procento sluchových vad se vyskytuje i u mladých lidí. Různé faktory, jako například hlasitý poslech hudby, televize, rostoucí hluky z dopravy ve městech a obecně rušné prostředí, mohou mít za následek zhoršení sluchu u osob v jakémkoliv věku bez rozdílů.

### 2.1 Charakteristika sluchového postižení a jeho důsledků vzhledem ke vzdělávání a komunikaci

Tímto postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína, která se nazývá surdopedie (z latinského urdus – hluchý, z řeckého paideia – výchova). Tato disciplína se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. V literatuře se setkáváme i s jinými pojmy pro označení tohoto oboru jako např. surdologie, surdopedagogika či pedagogika sluchově postižených. Do roku 1983 byla výchova a vzdělávání sluchově postižených zahrnována do komplexního oboru logopedie. Podle Potměšila (2003) právě rozvojem poznání stále větších odlišností v metodice práce a charakteru pojetí cílů v obou oborech a především postupné akceptování sluchově postižených jako jazykové a kulturní minority pak vedly k vzniku surdopedie jako samostatné speciálně pedagogické disciplíny.

Surdopedie jako součást vědního oboru speciální pedagogika představuje multidisciplinární obor, neboť při realizaci svého poslání úzce spolupracuje nejen s ostatními speciálně pedagogickými obory (zejména v oblasti kombinovaného postižení), ale i s obecně pedagogickými, psychologickými, sociologickými, biologickými a filozofickými obory. Z medicínských oborů úzce souvisí s pediatrií, otorinolaryngologií (ORL) a foniatrií. Potměšil (2003) vymezuje několik cílových skupin, ke kterým směřuje surdopedická péče. Jedná se o sluchově postižené děti a mládež, jejich rodiče, pedagogické

pracovníky(surdopedy) apod. Objektem surdopedické intervence jsou tedy primárně osoby se sluchovým postižením, v mnoha případech však i osoby s dalším přidruženým postižením (např. zrakovým, mentálním, somatickým atd.). Označení sluchově postižení se týká velmi nesourodé skupiny osob, která je rozlišena především stupněm a druhem sluchového postižení. Termín zahrnuje tyto základní kategorie osob: neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí. Každá z těchto kategorií představuje různou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu omezují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince a péče, která mu byla věnována a další přidružené postižení.

Skutečnost, že osoba je neslyšící či nedoslýchavá lze interpretovat z mnoha různých pohledů. Z medicínského hlediska se každá porucha funkce sluchového orgánu hodnotí jako sluchové postižení a vymezení kategorií funguje především z funkčního hlediska – podstatná je kvalita a kvantita sluchového vjemu. Z hlediska pedagogického se tato problematika vymezuje v podobě narušení vztahů sluchově postiženého člověka s okolním světem. Jinak na sebe pohlízejí sami sluchově postižení. Mnozí z nich se za postižené nepovažují, cítí se být pouze příslušníky jiné jazykové a kulturní menšiny.

Výskyt sluchového postižení v populaci a údaje o četnosti sluchových vad jsou v naší i světové literatuře velmi rozdílné. Nejednotné jsou především číselné hodnoty. Důvody je možno spatřovat v regionálních a epochálních odlišnostech, v nejednotnosti metod záchytu, v problémech vymezení a klasifikaci, až v rozdílném pojetí, zda se bere v úvahu odstranitelnost převodní poruchy či nikoliv.

Sluchové postižení je u obyvatelstva jedno z nejrozšířenějších somaticko – funkčních postižení. Bulová (in Popelová 1998) zmiňuje, že v České republice žije přibližně 500 000 sluchově postižených osob. Většinu z nich tvoří nedoslýchaví, u nichž došlo ke zhoršení sluchu ve vyšším věku. V souvislosti s problematikou sluchových poruch je potřeba se zmínit i o ušním šelestu. Tinnitus je zvukový vjem bez přítomnosti vyvolávajícího podnětu. Typickými zvukovými projevy ušního šelestu jsou zvonění, klepání, pískání, šumění, hučení, bzučení, syčení, bušení, skřípání aj. Více než polovina šelestem postižených lidí se necítí být podstatnou měrou omezována, ale u některých může dojít k vývoji vážných psychických i fyzických příznaků a potíží.

Vrozená porucha sluchu novorozenců je nejčastější poruchou vůbec. Odhaduje se, že sluchová vada připadá cca na 6 – 12 novorozenců z tisíce, přičemž jedno z tisíce trpí

vážnou vadou sluchu. Jsou snahy lékařů otorinolaryngologů (ORL), aby se začal provádět celoplošný screening novorozenců právě na **sluchové vady** především z důvodu její četnosti. <http://www.maminkov.cz/zivot-s-miminkem/zdravi-a-nemoci-u-miminka/vady-sluchu-u-novorozencu-a-kojencu.html>

Hrubý (1998) hovoří v České republice o 3900 osobách s praktickou hluchotou a asi 3700 osobách

s úplnou hluchotou, která trvá od narození nebo vznikla před započítáním či v průběhu školní docházky. Ze zhruba 500 000 sluchově postižených je kolem 15 000 sluchově postižených osob, které se sluchovou vadou narodily, nebo jejichž vada vznikla v dětství.

## 2.2 Druhy, typy a stupně sluchových ztrát

Terminologie pro sluchové ztráty se rozděluje z hlediska: **typu postižení, doby vzniku a stupně postižení.**

### **Typ postižení:**

**Převodní, přívodní** ( porucha slyšení hlubších tónů )

**Percepční** – vnímací, senzoneurální vada

**Smíšené**

**Vrozené a získané vady**

### **Doba vzniku:**

**Prelingvální postižení** – vada vznikne před ukončením vývoje řeči

(někdy se uvádí i kongenitální – vrozené postižení)

**Postlingvální postižení** – vada vzniká po ukončení vývoje řeči

(KRAHULCOVÁ, 1996, s. 57)

### **Místo vzniku postižení:**

Z hlediska lokalizace vzniku postižení rozlišujeme dvě základní skupiny sluchových vad:

#### **Periferní nedoslýchavost či hluchota**

**a) převodní** – u této vady jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, jelikož se zastaví přerušením vedení zvuku skrz zevní zvukovod a střední ucho. Příčinou převodní poruchy sluchu je každá překážka, která brání nebo ztěžuje proniknutí zvuku z vnějšího prostoru k vlastním citlivým smyslovým buňkám.



**b) percepční** – dochází k poruše vnitřního ucha, sluchových buněk či sluchových nervů.

Dále rozlišujeme percepční vady na:

- kochleární – porucha přeměny zvuku v elektrický signál ve vnitřním uchu
- retrokochleární – porucha vedení zvukového signálu VIII. hlavovým kmenem a sluchovou dráhou v mozkovém kmeni.

**c) smíšená** – smíšená porucha sluchu vzniká jako kombinace převodního a percepčního typu. Při jejím vzniku se v různém stupni a zastoupení kombinují příčiny způsobující poruchu převodní a percepční.

### **Období vzniku postižení:**

#### **Vrozené vady sluchu**

Podle Nováka (1994) má zděděná nedoslýchavost nebo hluchota řadu příčin. Nedoslýchavost se může postupně zhoršovat a přejít v hluchotu. Zbytky sluchu jsou u dědičné hluchoty symetrické a je zachována dráždivost vestibulárního ústrojí.

**Geneticky podmíněné** – existuje přibližně 30 genů, o kterých se předpokládá, že mohou mít vliv na vrozený stav sluchu. Jako nejvýznamnější jsou hodnoceny tzv. connexiny. Typické je, že oba rodiče, kteří jsou nositelé jednoho zdravého a druhého poškozeného znaku, slyší.

**Kongenitálně získané prenatální** – nemoci matky v průběhu těhotenství, zejména v 1. trimestru (např. spalničky, toxoplasmóza, zarděnky), RTG záření. perinatální – protahovaný porod, nízká porodní hmotnost, vlasečnicové krvácení do labyrintu, asfyxie, porodní žloutenka.

#### **Získané vady sluchu**

Tyto vady mohou být získány:

**a/ Před fixací řeči** (tj. do 6 roku života dítěte) – takto získané vady sluchu mají různý dopad na komunikační možnosti. Nejenže se řeč nevyvíjí, ale navíc dochází k rozpadu získaných řečových stereotypů.

#### **Na vzniku těchto vad se podílejí:**

infekční choroby – často virového charakteru jako zánět mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice, spalničky, spála, zarděnky atd. traumata, úrazy hlavy,

poškození mozku mechanického charakteru, onkologická onemocnění ozářením a chemoterapií tzv. „ucpané“ uši při insektech horních cest dýchacích, opakované hnisavé záněty středního ucha

**b/ Po fixaci řeči** (tj. po 6 roce života a v průběhu života).

Stařecká nedoslýchavost – ve stáří slyší člověk hůře, protože mu odumírají sluchové buňky, které jsou nenahraditelné. Patologickým se tento jev stává, když je narušena komunikační schopnost člověka.

### Dále vady způsobené:

Poraněním v oblasti hlavy a středního ucha.

Dlouhodobým působením silné zvukové zátěže (od 85 dB výše) – nevratně poškozuje sluchové buňky. Vlivem toxinů a jedů.

### Klasifikace sluchových vad

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle Vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb.
0–25 dB	normální sluch	
26–40 dB	lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41–55 dB	střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
56–70 dB	středně těžké poškození sluchu	těžká nedoslýchavost
71–90 dB	těžké poškození sluchu	praktická hluchota
více než 90, ale body v audiogramu i nad 1 kHz	velmi závažné poškození sluchu	úplná hluchota
v audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	neslyšící	úplná hluchota

Tabulka č. 1: Klasifikace sluchových vad

Zdroj: HORÁKOVÁ, R. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006.

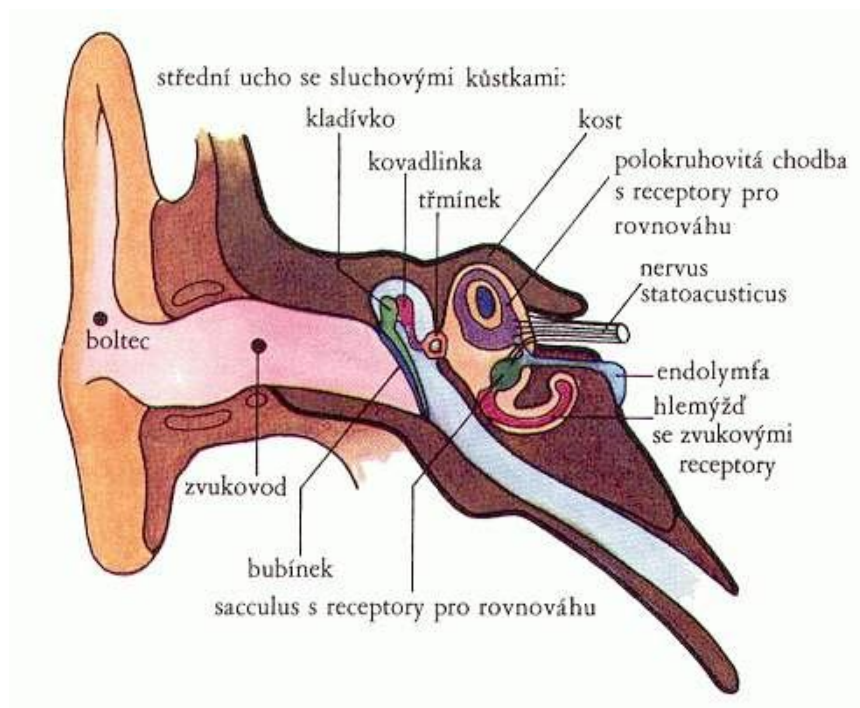
„Nedoslýchavost, ohluchnutí a prelingvální hluchota jsou tři úplně rozdílná postižení se zcela odlišnými a často dokonce vzájemně protichůdnými potřebami.“ (HRUBÝ, 1997, s. 32)

„Nedoslýchavý jsou zcela jistě ti, kteří se sluchadlem alespoň v tiché místnosti rozumějí mluvené řeči i bez odezírání, podstatnou část nedoslýchavých tvoří starší lidé, protože zvýšení sluchového prahu je přirozeným důsledkem stárnutí.“ (HRUBÝ, 1997, s. 37).

Díky zlepšování sluchadel a jiným technickým pomůckám mohou nedoslýchavé děti docela dobře rozvinout mluvenou řeč, navštěvovat bez větších problémů školy pro slyšící a přinejmenším v tichém prostředí sledovat diskuze jiných lidí.



Obr. č. 2 : Sluchadlo



Obr.č. 3: Zdravé ucho

## Ohluchlí

*„ Dojde li k ohluchnutí až po alespoň částečném rozvoji mluvené řeči, což může být již ve 2 až 4 letech života, bude mít dotyčný postižený vždy podstatně menší problémy při komunikaci se slyšícími než kdokoliv, kdo se neslyšící narodil nebo ohluchl v nejranějším věku před rozvinutím řeči.“ (HRUBÝ, 1997, s. 34).*

Ohluchlí pomocí zkušeného logopeda a celého slyšícího okolí mohou udržet dobře srozumitelnou a poměrně přirozeně znějící mluvu. Může jim pomoci i například videokurz odezírání na DVD pro ohluchlé, který pro Český klub ohluchlých natočila Česká televize při odborné spolupráci logopedek Benešové, Jirutkové a Kotlíkové. Schopnost sluchově postižených užívat mluvenou řeč ve zvukové i grafické podobě limituje jejich začlenění do většinové společnosti slyšících. Řečová výchova je jedním z hlavních prostředků, jak u sluchově postižených dosáhnout srozumitelného mluveného projevu, recepce i produkce mluvené řeči v písemné formě a chápání mluveného projevu pomocí prostřednictvím vizuálního způsobu vnímání řeči (odezírání) a vnímání a korekce mluvené řeči prostřednictvím zachovalých zbytků sluchu. Vytvoření orální řeči u sluchově postiženého člověka je pak cílem individuálně logopedické péče, která využívá speciálních metod založených na zrakovém a hmatovém vnímání k dosažení srozumitelné mluvní produkce.

*„Dokonce ani děti ohluchlé ve velice raném věku nemají problémy se čtením, které jsou u prelingválně neslyšících obrovské.“ (HRUBÝ, 1997, s. 34).* Mnoha ohluchlým však mohou velice pomoci kochleární neuroprotézy a značnou pomoc představují i ostatní technologie, mobilní telefony, přenosné počítače, teletext atd.



Obr. č.4: Kochleární implantát (elektronická smyslová náhrada pro osoby s těžkou poruchou sluchu)

## **Prelingválně neslyšící**

Světová zdravotnická organizace WHO definuje jako neslyšícího toho člověka, který ani s největším zesílením neslyší zvuk. Pokud se vůbec naučí mluvit, zní jejich uměle vytvořená mluva velice nepřirozeně a působí jako mluva mentálně postižených. Jejich čtenářské schopnosti bývají velice slabé – na úrovni funkční negramotnosti. V orální komunikaci nejspíše nenabudou nejen dostatek slov, ale ani dostatek pojmů. Žádná sluchadla jim nepomáhají a kochleární implantáty jim pomohou pouze tehdy, pokud jsou jim implantovány před 2. rokem života. Jediným efektivním řešením je neodkladné zařazení dítěte do rehabilitačního programu založeného na využití znakového jazyka. Jenom tak je možné neslyšícímu dítěti vytvořit dostatek příležitostí k náhodnému učení a skutečně plnohodnotné komunikaci. Mluvenou řeč se samozřejmě musí učit také, ale až jako druhý jazyk a s důrazem na čtení a psaní spíše než na artikulaci.

### **2.3 Komunikační systémy osob se sluchovým postižením**

Každý jedinec musí nějakým způsobem komunikovat s okolím, s rodinou, přáteli, lékaři a další a další. Proto je nutné naučit jakýmkoli způsobem komunikace verbálně, neverbálně osoby se sluchovým postižením komunikovat.

#### **2.3.1 Orální komunikační systémy**

- **mluvená řeč** - komunikace mluvenou řečí je celosvětově nejpoužívanějším způsobem interpersonální komunikace a pro člověka je její zvládnutí základní podmínkou úspěšné socializace do majoritní společnosti. Vývoj mluvené řeči sluchově postižených dětí je v důsledku senzorického sluchového postižení obvykle v jisté míře opožděný (u nedoslýchavých dětí), přerušovaný (při ztrátě sluchu od určitého věku) a omezený (především u těžce sluchově postižených dětí). Míra dosažené komunikační schopnosti v mluvené řeči závisí na několika individuálních předpokladech dítěte. Srozumitelnost bývá velmi často narušena a snižuje se nepřímo úměrně se stoupající sluchovou ztrátou (srov. např. Hrubý, 1998). Obecně navíc platí, že mluva sluchově postižených je prakticky zcela nesrozumitelná pro posluchače, kteří mají s neslyšícími velmi malé a případně žádné zkušenosti. Krahulcová (2001), Lechta (2002) a Souralová (2005) nacházejí v případě sluchově postižených osob narušení ve všech fázích řečové produkce (respirace, fonace, artikulace) i v jednotlivých jazykových rovinách (lexikálně-sémantické, morfološko-syntaktické, foneticko-fonologické a pragmatické)

- **čtení a psaní** - recepce (čtení) a produkce (psaní) písemné formy mluveného jazyka je po mluvené řeči druhým nejrozšířenějším způsobem komunikace v majoritní společnosti. I přesto, že čtení a psaní není přímo odkázáno na využívání sluchu, a dalo by se tak předpokládat, že pro osoby se sluchovým postižením je zcela vhodné, není zpravidla možné používat písemnou podobu jazyka pro plnohodnotnou komunikaci s nimi. Toto omezení je

dáno zejména nedostatečnou funkční gramotností osob se sluchovým postižením a jejich velmi častou neochotou psanou formou jazyka komunikovat

- **odezírání** - vizuální percepce řeči (odezírání) je nedílnou součástí komunikace slyšících i sluchově postižených osob a ve vzájemné interkulturní komunikaci zaujímá prioritní místo. Odezírání můžeme charakterizovat jako „ *přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného*“. ( KRAHULCOVÁ, 2002, s. 193) Vzhledem k omezeným možnostem neslyšících vnímat mluvenou řeč sluchovou cestou je odezírání v komunikaci všech kategorií sluchově postižených mimořádně důležité. Ve většině orálních komunikačních a vzdělávacích systémů je odezírání jejich nezastupitelnou složkou, protože je jednou z mála možností, jak může sluchově postižený vnímat mluvenou řeč. Odezírání však díky svým limitujícím faktorům nemůže zcela nahradit sluchovou cestu příjmu akustických informací, je pouze její nedokonalou alternativou a doplňkem. Zatímco pomocí sluchu lze většinou velmi přesně analyzovat a následně vyhodnotit zachycené fonémy a jednotlivé hlásky lidské řeči, vizuální vnímání jejich faciálních obrazů (kinémů) je výrazně omezeno vzájemnou podobností jednotlivých kinémů. Pro všechny české hlásky je v literatuře (srov. Krahulcová, 2001) uváděno pouze jedenáct kinémů (čtyři pro samohlásky a sedm pro souhlásky), z čehož vyplývá, že několik různých fonémů má jeden společný kiném (např. p-b-m, nebo f-v). Zatímco izolované samohlásky je možné z jejich podstaty odezírat poměrně jednoduše a přesně, ze souhlásek je možné zrakem přesně diferencovat pouze asi třetinu.

### 2.3.2 Vizuálně - motorické komunikační systémy

Komunikační systémy, které vycházejí z většinového mluveného jazyka (v našem případě českého jazyka) a jako „kompromisní“ jazykové systémy umožňují vzájemnou interkulturní komunikaci slyšících a neslyšících. Do kategorie uměle vytvořených vizuálně-motorických systémů patří zejména :

- **prstové abecedy** (daktylní abecedy, manuální abecedy, daktyl apod.) patří mezi uměle vytvořené znakové kódy umožňující interkulturní komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími osobami. Obecně jsou založeny na vizualizaci hlásek jako elementárních zvukových segmentů řeči (tj. základních jednotek fonetického popisu jazyka) a je možné je definovat jako slovní vizuálně-motorické komunikační systémy, při kterých se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen. Prstové abecedy vyjadřují jednotlivá písmena polohami a tvarem prstů, z nichž se syntetickým a sukcesivním postupem tvoří slova stejně, jako se hlásky spojují do slov v mluvené řeči. (KRAHULCOVÁ, 2002)
- **pomocné artikulační znaky** jsou účinnou pomůckou při rozvíjení zvukové stránky mluvené řeči sluchově postižených. „ *Význam jejich využití spočívá v podpoře správné artikulace příslušné hlásky. Pomocné artikulační znaky splňují, ale současně i funkci daktylních znaků při tvoření a rozvíjení řeči sluchově postižených dětí.* “ ( KRAHULCOVÁ, 2002, s.230 )
- **Hand – Mund systém** , systém manuálně orální byl vytvořen G.Forchhammerem pro podporu odezírání. Je druhem fonetické prstové abecedy, znázorňující činnost té části mluvidel, která je při vyslovování zraku nepřístupná. ( SOVÁK , 1965 ).
- **Chirografie** je označení pro systém znaků napomáhajících odezírání. „ *Základními znaky tohoto systému jsou propojení s artikulací, hláskový až slabikový přenos a korekce s řečí ( ne s písmem )* “. ( KRAHULCOVÁ, 2002, s.251 )
- **Cued speech** , překládáno různě např. doplněné odezírání, doplňovaná řeč . „ *Cued speech je komunikační systém založený na využití kombinací tvaru prstů a poloh ruky, které vizuálně vyjadřují skupiny samohlásek a skupiny souhlásek, přičemž zrakový vjem ruky se doplňuje odezíráním současného mluvení .*“ ( KRAHULCOVÁ, 2002, s.252 )

- **Gestuno** je obdobně jako manuálně kódovaný mluvený jazyk (znakovaná čeština) uměle vytvořeným systémem, a není tedy přirozeným jazykem. Bylo vytvořeno jako nadnárodní a internacionální znakový systém, určený zejména pro tlumočení oficiálních textů (KRAHULCOVÁ – ŽATKOVÁ, 1996). Gestuno je tak obdobou nadnárodního mluveného systému – esperanta. Podobně jako esperanto, ani Gestuno se nedočkalo širšího uplatnění v praxi a je používáno pouze poměrně úzkou skupinou profesionálů. V našich zemích je Gestuno používáno pouze na festivalových, divadelních a mezinárodních přehlídkách. (KRAHULCOVÁ –ŽATKOVÁ ,1996).

### 2.3.3 Jednoduché symbolické komunikační systémy sluchově postižených

Komunikační systémy jsou určeny pro ty děti nebo dospělé, kteří nemluví vůbec, nejsou schopni zvládnout ani orální, ani vizuálně – motorické formy jazyka, nebo se nelze spolehnout, že to co ukazují je to co si skutečně myslí.

**Systémy facilitované komunikace** jsou založeny na řízeném výběru předložených komunikačních jednotek k dorozumívání.

**Systémy augmentativní komunikace** jsou zaměřeny na podporu již existujících komunikačních možností a schopností.

**Systémy alternativní komunikace** jsou dynamické komunikační systémy, které se používají jako náhrada mluvené řeči. ( KRAHULCOVÁ , 2002 )

## 2.4 Výchova a vzdělávání studentů se sluchovým postižením

**Cílem komplexní výchovy vzdělávací péče o sluchově postižené je maximální rozvoj všech stránek osobnosti jedinců se sluchovým postižením a jejich úspěšná socializace.**

Na úspěšnosti integrace se podílí zejména stupeň poruchy sluchu dítěte, studijní předpoklady a inteligence dítěte, jeho osobnostní vlastnosti, schopnost využívat případné zbytky sluchového vnímání, vlastní motivace dítěte a motivace pedagogů a rodinných příslušníků.

Abychom mohli kvalitně vybrat výchovně-vzdělávací proces, který bude dítěti se sluchovým postižením vyhovovat nejlépe, je třeba kvalifikovat sluchové poruchy jako takové. Důležité je uvědomit si rozmanitost sluchových poruch a odlišný přístup, který se



pak využívá. Nejzákladnějším a nejdůležitějším aspektem pro volbu vhodné formy výchovně-vzdělávacího procesu je stupeň postižení, tedy to, zda jde o nedoslýchavost, nebo o dítě neslyšící.

**Nedoslýchavost se dělí na různé stupně podle závažnosti sluchové ztráty.** Nedoslýchaví jsou lidé, u nichž je stav sluchu oproti běžnému sluchu zhoršený. Takto znevýhodněný člověk je však schopen vnímat zvuky lidské řeči, a to díky technickým a kompenzačním pomůckám, na rozdíl od lidí neslyšících, kteří ani s pomocí nejdokonalejších kompenzačních pomůcek zvuky lidské řeči vnímat nemohou. Sluchově postižené lze dále dělit **podle doby vzniku postižení**.

**Prelingválně (před osvojením si řeči) neslyšící** – dítě se s poruchou sluchu narodilo nebo ztratilo sluch v období prvních šesti let života. Takto získané vady sluchu jsou velmi vážné a mají různě hluboký dopad na komunikační schopnosti a dovednosti dítěte. Nejen že se u něj řeč nevyvíjí, ale navíc dochází k rozpadu získaných řečových stereotypů.

**Postlingválně (po osvojení si řeči) neslyšící** – jedinec ztratil sluch až po šestém roce života. Nemusí u něj být ohroženy komunikační schopnosti, protože už má vybudované řečové stereotypy. V důsledku ztráty sluchu je však jen těžko dále rozvíjí.

Ve speciální pedagogice se stupeň sluchové vady vyjadřuje především z hlediska vnímání řeči jako:

*lehká nedoslýchavost*

*středně těžká nedoslýchavost*

*těžká nedoslýchavost*

*zbytky sluchu a hluchota*

### ***Speciální péče***

Z počátku se sluchová vada projevuje jen svými důsledky v chování. Objektivními diagnostickými metodami, které dávají rámcovou představu o stupni postižení, by měli být vyšetřeni všichni rizikovní novorozenci a děti, u nichž vysloví podezření na vadu sluchu rodina. Na diagnostiku navazuje výběr vhodných pomůcek a sluchadla. Pro sluchově postižené rodiče je velmi důležitá pomoc pedagogická a sociální. Pro slyšící rodiče, kteří se poprvé setkávají se sluchovou vadou, též pomoc psychologická. Ranou péčí, pomocí, radou a konzultací rodičům poskytují většinou speciálně-pedagogická centra (SPC) pro sluchově postižené a ambulance klinických logopedů.

### ***Speciální péči v SPC většinou poskytují***

- speciální pedagogové - odborníci v oboru logopedie-surdopedie
- psychologové
- sociální pracovníce

Nedílnou součástí nejen integrace, ale i škol pro sluchově postižené jsou speciální pedagogická centra (SPC), která vznikají od školního roku 1990/1991 a zřizují se většinou při školách pro sluchově postižené. Také napomáhají integraci dětí ve školách běžného typu. Janotová-Svobodová (1996) uvádí, že hlavním smyslem SPC je poskytovat komplexně speciálně výchovnou péči sluchově postiženým dětem a mládeži od raného dětství až po ukončení přípravy na povolání.

Bulová in Pipeková (1998) se zmiňuje o SPC, která mají zajišťovat diagnostické, poradenské, psychoterapeutické, rehabilitační a metodické činnosti pro zdravotně postižené děti a mládež. Jejich rodiče a pedagogické pracovníky školí ambulantní formou v rodinách i ve škole. Podrobnější seznam poskytovaných služeb SPC je určen hlavně rodičům například sluchově postižených dětí.

### **V rámci pomoci sluchově postiženým je nutno zajistit:**

- instrukce a metodické vedení rodičů při výchově a vzdělávání sluchově postiženého dítěte
- informace o možnostech vzdělávání sluchově postižených dětí
- poradenství sociálně-právní a informace o kompenzačních pomůckách
- kontakty na odborná foniatrická pracoviště, další SPC a organizace sluchově postižených dětem
- speciálně pedagogické, případně i psychologické vyšetření
- logopedickou péči
- krátkodobé diagnostické pobyty ve škole pro sluchově postižené pro posouzení vědomostí dítěte
- komunikační přípravu, výuku znakového jazyka na školách
- vypracování odborného posudku na integrovaného žáka
- spolupráci při vypracování individuálního vzdělávacího plánu
- informace o pomůckách a podmínkách pro vzdělávání sluchově postižených žáků učitelům

- informace o sluchovém postižení a jeho dopadech na výsledky vzdělávání, metodické vedení
- doporučení rozsahu individuální péče
- zapůjčení některých technických pomůcek pro zlepšení komunikace ve třídě

Než je dítě se sluchovým postižením integrováno do školy běžného typu, musí s tím souhlasit rodiče dítěte, eventuálně zákonní zástupci, v případě dospělosti zletilý žák, ředitel školy a školské poradenské zařízení.

### **Vzdělávání ve školách pro sluchově postižené**

Školy pro sluchově postižené charakterizoval Potměšil jako: "...specializovaná pracoviště, která zabezpečují výchovu a vzdělávání dětí s těžkou sluchovou vadou, pro něž není možné zajistit podmínky pro integraci." Jsou to školy mateřské pro sluchově postižené, základní a střední, kam se řadí odborná učiliště, střední odborná učiliště, školy praktické, gymnázia a střední odborné školy pro sluchově postižené. Některé obory vysokých školy také nabízejí vzdělávání pro studenty se sluchovým postižením.

Cílem těchto škol je maximální rozvoj osobnosti sluchově postiženého po všech stránkách a „předání“ takových dovedností, schopností a znalostí, aby se mohl co nejlépe zapojit do společnosti slyšících a najít v ní uplatnění. Na školách probíhá výuka prostřednictvím slyšících i neslyšících učitelů se speciálně pedagogickou kvalifikací. Ve třídách je snížený počet žáků. Vzdělávání se uskutečňuje buď podle osnov běžných škol, nebo podle specificky upravených individuálních vzdělávacích programů pro jednotlivé žáky.

Na naší škole jsme na základě získaných zkušeností se vzděláváním sluchově postižených vytvořili metodiku vzdělávání tak, aby absolventi školy byli schopni samostatně existovat ve slyšící společnosti a odpovídajícím způsobem se do ní zapojili. Spolupracujeme s Pedagogickou fakultou UK Praha a od roku 1992 jsme její fakultní školou a při přípravě budoucích učitelů využíváme veškeré moderní výuky a moderních postupů. Dále spolupracujeme s Lékařskou fakultou UK Praha při přípravě lékařů tak, aby absolventi LF byli schopni se sluchově postiženými komunikovat a hlavně, aby uměli depistáží zajistit včasnou diagnostiku sluchové vady. Naši učitelé jsou plně kvalifikovanými odborníky pro práci se sluchově postiženými dětmi. Škola spolupracuje nejen se školami v Bratislavě, ve Vídni a v Berlíně, ale i s ostatními školami pro sluchově postižené. Škola je státní, přímo řízená Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

### **2.4.1 Legislativa výchovně vzdělávacího procesu žáků se sluchovým postižením**

V České republice se výchovou a vzděláváním sluchově postižených zabývá **školský zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání**. Kromě obecných zásad a cílů vzdělávání, charakteristiky vzdělávacích programů a popisu vzdělávací soustavy v § 16 zahrnuje i **vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami**. Poukázat bych chtěla na odstavec 6) tohoto paragrafu, který hovoří o vytvoření vhodných podmínek, forem a obsahu vzdělávání vzhledem k výchovně-vzdělávacím potřebám. Podstatný je dále také odstavec 7), jenž se věnuje bezplatnému užívání speciálních učebnic, didaktických pomůcek a kompenzačních učebních pomůcek poskytovaných školou.

V zákoně č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění novely č. 384/2008 Sb., se uvádí: „*Dětem, žákům a studentům neslyšícím a hluchoslepým se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob podle jiného právního předpisu.*“  
Ve vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v § 1 jsou obecná ustanovení týkající se základních pojmů a definic (žák se zdravotním postižením, vyrovnávací opatření, podpůrné opatření a jejich přidělování).

V dalších paragrafech si rodiče mohou přečíst o zásadách a cílech speciálního vzdělávání, formách speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, školách při zdravotnických zařízeních, typech speciálních škol, individuálních vzdělávacích plánech, asistentech pedagoga, organizacích speciálního vzdělávání, zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání, počtech žáků a péči o bezpečnost a zdraví žáků.

### 3. Vzdělávací strategie užívané u sluchově postižených žáků

Přibližně od 16. století se datují první snahy o výchovu a vzdělávání osob sluchově postižených a také se objevují první pojednání o sluchových vadách a jejich nápravách. Od této doby již uběhlo více než 400 let. Kdo však stál na počátku edukačních snah a jak se změnil pohled na výchovu a vzdělávání osob neslyšících a nedoslýchavých?

#### 3.1 Orální metoda - je strategie vyučování mluvenou řečí

Potměšil (1999, s. 18) uvádí Sovákovu definici orální metody takto: *"Jak naznačuje název, jde o mluvenou řeč. Neslyšící děti se učí mluvené řeči a jejím prostřednictvím pronikají do života společnosti a do jejího kulturního a společenského bohatství. Základními součástmi orální metody je vyvíjení a osvojování mluvené řeči, výcvik v odezírání, rozvíjení funkční schopnosti zbytků sluchu a to bez pomoci posunků."*

Významných osob, které se zabývaly výchovou a vzděláváním sluchově postižených, byla celá řada.

Ráda bych však uvedla jen ty nejznámější, mezi něž bez pochyby patří i **Johann Conrad Amman** (1669 - 1724), zastánce čisté orální metody a odpůrce posunků. Úkolem jeho hlavních vyučovacích metod bylo nejprve vytvořit hlas a odlišit jej od neznělého výdechu, cvičit samohlásky za pomoci zrcadla a také procvičovat souhlásky, které se upevňovaly zápisem. Jako první upozornil na ohmatávání chvění na hrdle. Nezabýval se jen vyučováním neslyšících, ale i nápravami vad řeči. Ammanovy knihy se staly jakýmsi východiskem či jen informačním materiálem pro mnoho dalších učitelů sluchově postižených žáků.

Neméně důležitým v historii orálního vzdělávání byl **Samuel Heinicke** (1727 - 1790). Nepřál si, aby se jeho žáci učili prvně číst a psát, protože by ztratili zájem o mluvení. Znakovou řeč považoval z pedagogického hlediska za škodlivou. Vypracoval svou přísně orální metodu, v níž neslyšícího viděl především jako člověka, obraz božství, a řeč je božského původu, tím pádem musí být řeč znakem lidství i u neslyšící osoby. K vyvození artikulace a jejího lepšího zapamatování používal tekutiny různých chutí, např. octa, sladké vody, odvaru z pelyňku, atd. Byl hlavním představitelem tzv. německé školy. Jeho protivníkem na straně tzv. francouzské školy byl **Charles Michel de l'Épée** (1712 - 1789).

Tento spor vyučovacích metod neslyšících vyústil v milánský kongres v roce 1880, viz kap. 3. 3.

Jedním z nejzarytějších oralistů byl **Jahannes Vatter** (1842 - 1916). Byl natolik zaujat čistě orální metodou vyučování, že nedovolil vůbec žádné posunky, ale pozapomněl na fakt, že i slyšící lidé běžně používají při svém verbálním projevu gestikulaci. Jeho vyučování bylo postaveno na vzájemném propojení věci a řeči. Vedlo k vytvoření neoddělitelné asociace mluveného slova s předmětem, a to v názorném vyučování, nikoliv při čtení z čítanky. Vatter se stal ředitelem ústavu pro neslyšící ve Frankfurtu nad Mohanem. Bylo to zařízení rodinného typu s malým počtem žáků.

Orální metoda ve vzdělávání neslyšících se používala v Evropě až do 60. let 20. století. Zastánci této metody považovali za hlavní charakteristiku člověka jeho schopnost ovládat mluvenou řeč. Proto vše muselo být obětováno jedinému cíli: Naučit sluchově postižené mluvit a to za jakoukoliv cenu, i té největší frustrace. Jedině tak se může stát neslyšící Člověkem.

Bez mluvení není myšlení. Mluva je dokonce důležitější než vzdělání. *"Škola obecná žáky především vzdělává, kdežto škola pro hluchoněmé učí své žáky především mluvit. S malým školským vzděláním se včlení každý člověk do společnosti celkem bez zvláštních obtíží, bez dovednosti mluvití však nikoliv, i když ve škole pro hluchoněmé na základě posunků získali přiměřené vzdělání věcné..."* "Škola pro hluchoněmé nesmí dávat přednost učivu, nýbrž řeči". ( HRUBÝ, 1997, s. 48 ) Znakový jazyk musel být izolován od neslyšících a nedoslýchavých, protože děti by poté ztratily zájem mluvit. Nesmí znakovat o přestávkách, ani na internátě, nikde.

Ne všichni vyučující sluchově postižených praktikovali čistě orální přístup, tzn. vytváření mluvy a nácvik odezírání, přičemž odmítali jakékoliv posunky, prstovou abecedu, čtení i psaní. Někteří zakládají systém prstové abecedy, jiní se snaží ulehčit dítěti odezírání díky fonematickým posunkům, např. Cued speech = kódovaná mluva.

### **Orální komunikační systémy v současnosti jsou tyto:**

#### 1) Čisté orální monolingvální systémy.

Jejich využití se v posledních letech snižuje. Jsou pomalé, nákladné a nerespektují přirozené fyziologické potřeby těžce sluchově postižených z hlediska rozvoje jazyka. Nejsou využity možnosti vizualizace mluveného jazyka.

#### 2) Orální systémy doplňované vizuálně-motorickými markery slovní podstaty.

Monolingvální systémy jsou nejčastěji doplňovány vizuálními prstovými abecedami typu daktilní abecedy jednoruční, obouruční nebo smíšené, pomocných artikulačních znaků, psanou podobou jazyka, doplňovanou řečí (Cued speech).

Dominuje vizualizace mluvené řeči, která umožňuje jednoznačně vidět podstatu výpovědi.

Vylučuje se nepřesnost, nejednoznačnost a únavnost odezírání mluvy ze rtů využitím přesných a jednoznačných vizuálních markerů pro morfologické znaky jazyka. Nevyhnutelnost a účelnost využití markerů klesá se stoupajícím jazykovým rozvojem umožňujícím dokonalejší vizuální vnímání mluvy, srovnatelné s vnímáním auditivním. Tato komunikace je obousměrná v případě slyšících rodičů neslyšícího dítěte. Rozvíjí se mluvení, jazykové struktury i pojmotvorné procesy. Usnadňuje se rozvoj kognitivních procesů na podkladě čtení a psaní.

3) Orální systémy permanentně doplňované vizuálně-motorickými znaky (markery) neslovního typu, nejčastěji označované jako bimodální.

Cílem bimodálních systémů je rovněž rozvoj mluveného jazyka. Jsou to smíšené systémy, jejichž východiskem je vysoká komunikativní hodnota znaku, gesta, mimicko-gestikulačních komunikačních možností již u malých dětí a u všech dětí i dospělých. Přínosem bimodálních systémů je významná stimulace verbálního rozvoje, zlepšování vnímání mluvy a podpora komunikace. Nedostatkem je absence morfologických znaků, častá nepřesnost pojmového vymezení, pochopení a zapamatování znaků dříve než slov znesnadňuje později vnímání slov, i když jsou obsahově známá. Slova naučená v bimodálním systému nejsou opakována v paměti v jejich přesném mluvnickém tvaru. (KRAHULCOVÁ, 2002, s. 29).

Odezírání je nedělitelnou součástí orální metody, a proto se o něm alespoň v krátkosti zmíním.

*"Odezírání - vizuální percepce řeči - je schopnost vnímat mluvenou řeč sledováním pohybů viditelných částí mluvidel, přičemž si odezírající doplňuje tento neúplný obraz mluvené řeči pozorováním výrazu obličeje, gestikulace i pohybů těla. Vzniká tak globální obraz vizuálních aspektů mluvené řeči"* (JANOTOVÁ - SVOBODOVÁ, 1996, s. 19).

Kiném je nejmenší významotvornou pohybovou jednotkou mluvidel. Sluchově postižený vnímá fonémy (hlásky) v podobě kinémů. Avšak jeden kiném se rovná několika fonémům. Kinémů je celkem jedenáct, čtyři pro samohlásky a zbylých sedm pro souhlásky. Např. bilabiální kiném - p, b, m, labiodentální - f, v. Zrakem vnímáme asi jen třetinu fonematické skladby řeči, což na porozumění je velice složité. Můžeme si to demonstrovat na

následujícím příkladu krátkého textu. Velké hlásky jsou ty, které se dají dobře odezírat, menší písmo je voleno pro hlásky s horší optickou kontrolou a nejmenší hlásky nemůžeme při odezírání vidět.

Petr Bajza, syn majitele koloniálu, je vychováván co nejpřísněji, že aby z něho byl slušný člověk. Pro nářez otec Bajza, na rozdíl od shovívavé maminky, věru daleko nechodí, pročež se bez něho neobejde ani jeden díl televizní verze Poláčkova příběhu „**Bylo nás pět**“. (JANOTOVÁ- SVOBODOVÁ, 1996, s. 21).

*"Odezírající ovšem nevnímá jednotlivé hlásky izolovaně, ale v kontextu slova nebo spíše celé věty, kdy to, co nezachytil sluchem ani zrakem, musí často domýšlet. Z toho také vyplývá, že zejména sluchově postižený žák může odezírat jenom to, co je součástí jeho slovníku a znalostí"* (JANOTOVÁ- SVOBODOVÁ, 1996, s. 21).

Do jaké míry je člověk schopen odezírat je dáno i mnoha dalšími podmínkami. Mezi vnitřní podmínky patří např. rozsah slovní zásoby, emoce a stav organismu, úroveň sociálních vztahů, zrakové, mentální a sluchové funkce, atd. Do vnějších podmínek lze zařadit např. osvětlení, vzdálenost, výška a úhel pohledu, způsob výslovnosti, atd.

Odezírání je nesmírně obtížná činnost, na kterou člověk potřebuje talent. *"Odezírání je schopnost, kterou lze pouze rozvinout, ale nikoliv naučit."* (HRUBÝ, 1999, s. 74).

### **3.2 Totální komunikace – strategie vyučování všech komunikačních forem**

Pod pojmem totální komunikace se rozumí komunikační systém, ve kterém se používá všech komunikačních forem k dosažení účinného a obousměrného dorozumívání se sluchově postiženým a jeho okolím.

*„Totální komunikace ve vzdělávání sluchově postižených nelze považovat za samostatnou komunikační nebo didaktickou metodu či izolovaný systémotvorný prvek. Její pojetí v pragmatické rovině vyjadřuje pouze složité a variabilní struktury komunikačního procesu, rovněž jako jeho alternativy a deviace z hlediska vysílatele a příjematele informace jako metodického základu k přípravě a vytváření části vzdělávacích programů. Totální komunikace předepisuje součinnost komunikačních forem s preferencí jejich*



*celostního až komplexního působení v zájmu dosažení vyšší účinnosti vzdělávání.*“ ( KRAHULCOVÁ , 2002, s.34 )

Co však vedlo ke změně vzdělávací metody a odpoutání se od orálního přístupu? Někteří učitelé sluchově postižených začali registrovat veliký počet žáků na úrovni funkční negramotnosti. Předpokládané výsledky se nenaplnily. Mnozí oralisté brali tuto skutečnost za holý fakt a nezdary ve vzdělávání připisovali přidruženým poruchám učení, lehké mozkové dysfunkci atd. Našli se ale i takoví, kteří zjistili, že neslyšící děti neslyšících rodičů jsou mnohem vyzrálejší a adaptovanější díky rané komunikaci ve znakovém jazyce, než jejich neslyšící vrstevníci slyšících rodičů, kteří trpěli informačním deficitem. Ale protože orální systém měl stále velký vliv a samotné používání posunků by nedovolil, vznikl jakýsi kompromis nazývaný totální komunikace. Roy Holcomb, ředitel školy pro neslyšící v Kalifornii, začal v 70. letech používat systém totální komunikace jako první. Vycházel z práva osob se sluchovým postižením na přirozenou komunikaci s ostatními lidmi. To měl podloženo vlastní zkušeností, kdy neslyšící žáci byli zařazováni na určité předměty mezi své slyšící vrstevníky.

Jak už bylo řečeno, k efektivní komunikaci se užívá všech komunikačních forem současně, tzn. sluchové, slovní, neslovní, ruční atd., což konkrétně znamená mluvenou řeč, odezírání, psaní, čtení, gestikulaci, mimiku, pantomimu, pomocné artikulační znaky, videoprogramy, prstovou abecedu jednoruční i obouruční, znakový jazyk (jazyk majoritní společnosti - v našem případě znakovou češtinu) a znakový jazyk. Výběr, resp. převaha komunikačních forem v různých situacích je individuální záležitost každého pedagoga.

#### **Východiska totální komunikace jsou následující:**

- Člověka dělá člověkem jeho schopnost myslet, nikoliv mluvit. Myšlení není závislé na slovech, na schopnosti mluvit - to už dokázal i švýcarský psycholog Jean Piaget.
- Včasná, co nejranější, péče v podobě dostatečného množství podnětů a zejména komunikace. Anglický psycholog Conrad a neurolog Ruben dodali ještě argument, že pokud v tomto věku nezíská dítě nějakou skutečnou řeč (mluvenou nebo znakovou), navždy se naruší jeho schopnost chápat syntax. „*Takové dítě nebude nikdy dobře číst*“ ( HRUBÝ, 1999, s. 62).
- Právo dítěte vyjadřovat se přirozeným způsobem, tím rozvíjet svou osobnost, hledat vlastní identitu a budovat sebeúctu. Také nabídnout možnost podělit se o zážitky s ostatními, umění naslouchat .

- Možnost integrace je jak do světa slyšící společnosti, tak i do světa sluchově postižených.

Na druhé straně se ale objevují i kritici totálního systému. Ti poukazují na to, že učitel nedovedou komunikovat hlasitou a znakovou řečí zároveň. A pokud to dovedou, žáci budou vždy upřednostňovat posunky, budou sledovat ruce a nenaučí se srozumitelně mluvit ani odezírat.

Závěrem bych chtěla upozornit na fakt, že totální komunikace nemá co dočinění se sporem mezi zastánci orální a znakové formy vzdělávání sluchově postižených, ale stojí nad tímto sporem.

### **3.3 Bilingvální metoda – strategie vyučování znakovým jazykem a mluvenou řečí**

*„ Bilingvální komunikace těžce sluchově postižených ve vyučovacím procesu spočívá v přenosu informací ve dvou jazykových kódech mezi těžce sluchově postiženými a slyšícími. Tyto kódy tvořené znakovým jazykem neslyšících a majoritním národním jazykem se neužívají simultánně.“ (KRAHULCOVÁ, 2002, s.41 )*

„Bilingválnost je schopnost ovládat dva jazyky, alespoň na některé ze jmenovaných úrovní, tj. mluvení, čtení, psaní“ (JABŮREK, 1998, s. 6).

Bilingvální, nebo-li dvojjazyčná metoda edukace sluchově postižených je založena na myšlence, že sluchově postižené dítě si nejprve osvojí znakovou řeč v kontaktu s rodiči a blízkým okolím.

Pokud jsou rodiče slyšící, znakovou řeč ovládají nebo se jí učí. Dítě si tak osvojuje znaky a znakovou řeč přirozenou cestou, stejně jako si slyšící dítě osvojuje slova a mluvení přirozenou cestou od svých slyšících rodičů. Znakový jazyk se tak pro sluchově postižené dítě stává mateřským jazykem. Na počátku povinné školní docházky se dítě začíná učit druhý jazyk, jazyk majoritní společnosti a to na základě znalosti znakového jazyka. Důraz je kladen na osvojení čtení a psaní.

Kořeny bilingválního vzdělávání bychom našli ve Francii. Hlavní osobností byl Charles Michel de l'Épée (1712 - 1789), který jako první v dějinách vzdělávání neslyšících užil za

hlavní metodu znak, znakovou řeč. Východiskem jeho vlastní pedagogické techniky bylo zjištění, že neslyšící nemluví, protože neslyší. Byl přesvědčen, že znaková řeč, kterou komunikují sluchově postižení mezi sebou, je jejich mateřským jazykem. V něm mohou i plnohodnotně myslet, což má v jejich vzdělávání nezastupitelnou roli. Protože přirozené posunky pro potřeby vyučování nestačily, vytvořil systém umělých posunků, které nazval metodickými značkami. Prostřednictvím těchto metodických značek se má dosáhnout mluvené řeči, ke které se však l'Épée nedostal.

Tím, že své vzdělávání zaměřil i na děti z nemajetných rodin a prosadil ve společnosti nutnost výchovy neslyšících, založil okolo roku 1770 Pařížský ústav pro hluchoněmé.

De l'Épée se lišil od svých předchůdců v několika směrech:

- poskytoval vzdělání co největšímu počtu sluchově postižených.
- netajil se svými metodami.
- jako první používal znakový jazyk ve vyučování neslyšících

Jeho nástupcem byl Roch Ambrosie Sicard (1742 - 1822). I Sicard se stal dlouholetým ředitelem pařížského ústavu. Ten však přejmenoval na Národní institut pro neslyšící a byl podporován z veřejných zdrojů, na rozdíl od l'Épée, který jej financoval sám. Sicard zůstal věrný Epéeově metodě, kterou ještě více propracoval a vydal první slovník znakového jazyka "Teorie znaků".

Další významnou osobností byl Čech Václav Frost (1814 - 1865). Stal se ředitelem Pražského ústavu pro hluchoněmé. Je zakladatelem tzn. „Frostovy“ nebo „Pražské metody“, která je velmi blízkým předchůdcem dnešní bilingvální metody ve Skandinávii. *"Principem je, že v některých předmětech se vyučuje ve znakovém jazyce bez mluvení a v jiných se mluví bez ukazování, protože neslyšící budou muset žít ve světě neslyšících i slyšících"* (HRUBÝ, 1999, s. 123).

Postupem času měla znaková řeč stále své zastánce, ale i odpůrce. Francouzská metoda versus německá. Tento spor byl ukončen v roce 1880 na mezinárodním sjezdu učitelů neslyšících v Miláně. Kongres rozhodl, že jedinou vhodnou vyučovací metodou je metoda orální, neboť mluvená řeč převažuje nad řečí znakovou a je to jediný způsob, jak mohou neslyšící proniknout do společnosti slyšících.

### **K dnešnímu chápání bilingválního vzdělávání přispělo několik faktorů:**

- Poznatky z bilingválního vzdělávání slyšících dětí.
- Poznatky psycholingvistů a neurologů - poskytnout dítěti plný jazyk již v raném věku - do 2 let věku, možnost plnohodnotné komunikace, což má vliv na jeho zdravý emocionální a sociální vývoj a rozvoj intelektu
- Neuspokojivé výsledky ve vzdělávání sluchově postižených.
- Výzkumy znakového jazyka.

Dříve převládal názor, že dvojjazyčnost negativně ovlivňuje intelektuální vývoj dítěte, omezuje kapacitu mozku k nabývání jiných znalostí a zpomaluje osvojování jazyka. Naopak výsledky výzkumu z 60. let 20. století zní následovně: *"Intelektuální zkušenost s dvěma jazykovými systémy děti obohatila o jistou duševní flexibilitu, byly lepší, pokud jde o koncepční myšlení (tvoření představ), a měly mnohotvárnější intelektové schopnosti v tom smyslu, že dovednosti rozvinuté bilingvismem byly mnohotvárnější"* (JABŮREK, 1998, s. 8). Nelze říci, že bilingvální děti jsou inteligentnější, nebo že inteligentní děti se stanou bilingválními, ale jisté je, že tyto děti jsou intelektuálně rozvinutější a na rozdíl od monolingválních dětí mají ucelenější strukturu inteligence. Psycholingvisté zdůrazňují pozitivní dopad bilingvální výchovy na psychiku dítěte, jestliže jsou oba jazyky osvojovány přirozeně. U neslyšících dětí však osvojování mluveného jazyka není přirozenou záležitostí, neboť percepce jazyka je narušena. Priorita je dávana znakovému jazyku, který je předpokladem pro úspěšné osvojování druhého jazyka, hláskové řeči. Pokud děti dobře neznají znakovou řeč, nemohou se ani dobře naučit mluvené řeči.

Švédsko je v Evropě kolébkou bilingválního vzdělávání. Jeho počátky se datují už v roce 1968, kdy švédský zákon odhlasoval zákon o technických pomůckách pro postižené, mezi něž se řadí i tlumočnické služby. V 70. letech začíná na stockholmské univerzitě výzkum znakového jazyka a výzkum osvojování jazyka neslyšícími dětmi slyšících rodičů. Závěr: *"Když se slyšící rodiče začnou učit znakový jazyk a mají společenské styky s neslyšícími lidmi, může se pro jejich dítě stát znakový jazyk jejich mateřským jazykem a druhým jazykem jazyk jejich rodičů"* (JABŮREK, 1998, s. 16). Takové děti dosáhnou stejného stupně rozvoje v psychickém, mentálním i sociálním ohledu, bez známek opoždění, jako neslyšící děti neslyšících rodičů komunikující znakovou řečí. Znakový jazyk byl uznán za plnohodnotný jazykový systém rovnocenný ostatním mluveným jazykům. V roce 1981 proto byl ve Švédsku přijat zákon o bilingválním vzdělávání. Dříve, v roce 1968, tento

zákon byl přijat jen ve Spojených státech. V České republice existuje od roku 1990 zákon o právu na vzdělávání ve znakové řeči.

### **Principy bilingválního vzdělávání:**

Znakový jazyk je jediný přirozený komunikační prostředek sluchově postižených, na jehož základě si sluchově postižení mohou osvojovat znalosti, uspokojovat své sociální a emocionální potřeby.

Užívání znakového jazyka nesnižuje potřebu sluchově postiženého dítěte komunikovat.

Mluvenou řeč nelze zvládnout bez současného vyučování znakového jazyka.

Mluvený jazyk usnadní neslyšícím zapojení do majoritní společnosti.

Cílem bilingválního vzdělávání je, aby dítě se sluchovým postižením se naučilo srozumitelně písemně vyjadřovat a hlavně, aby umělo číst a rozumělo čtenému. Efektivní rozšiřování slovní zásoby je u dětí možné pouze tehdy, když se mluví o věcech, které se ho dotýkají a zajímají ho. Takové příběhy lze najít v knížkách pro děti a ty se stávají základem řečové aktivity. Dítě začne opakovat znaky či části znaků pod vlivem ilustrací, nebo jen tak pro potěšení. Je dobré dát najevo dítěti, že jsme mu porozuměli zopakováním jeho znaků. Dítě tak pocítí, jak je příjemné být pochopen. Jakmile žák porozuměl obsahu, dostane stejný příběh v zápisu, řeči majoritní společnosti (ve švédštině). Poté se srovnávají výrazy ve švédštině a ve znakovém jazyce a později začne dítě převádět psanou řeč do posunků. Tyto zpětné překlady slouží k ověření, zda žáci porozuměli textu.

## 4. Znakové jazyky těžce sluchově postižených

### 4.1 Český znakový jazyk

Přirozeným jazykem neslyšících je národní znakový jazyk, v případě českých neslyšících je to tedy český znakový jazyk. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb. definuje v § 4 český znakový jazyk takto: „(1) Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. (2) Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitý členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. (3) Český znakový jazyk může být využíván jako komunikační systém hluchoslepých osob v taktilní formě, která spočívá ve vnímání jeho výrazových prostředků prostřednictvím hmatu.

Četné lingvistické výzkumy ukazují, že stejně jako americký nebo britský znakový jazyk i český

znakový jazyk je plnohodnotný a přirozený jazyk, který splňuje všechny atributy jazykových systémů, je nezávislý na strukturách češtiny a je s ní lingvisticky zcela srovnatelný. Mnohdy zmiňovaný názor zastánců orální komunikace, že používání znakového jazyka v komunikaci sluchově postižených povede k neschopnosti osvojit si mluvený jazyk, byl výzkumy vyvrácen, protože *„znalost znakového jazyka nijak nebrání osvojení jazyka většinového a poznání strukturálních rozdílů mezi většinovým (mluveným) jazykem a příslušným jazykem znakovým může přispět k efektivní výuce většinového jazyka“*. (MACUROVÁ, 2001c, s. 249)

### 4.2 Znakový český jazyk

Znakovaná čeština (neboli znakový český jazyk) patří do skupiny manuálně kódovaných mluvených jazyků. Z lingvistického hlediska není znakovaná čeština na rozdíl od českého znakového jazyka přirozeným jazykem, ale uměle vytvořeným systémem, který sestavili slyšící lidé, aby se domluvili s neslyšícími uživateli českého znakového jazyka. Věta artikulovaná ve znakové češtině je sestavena podle gramatických a syntaktických pravidel

českého jazyka, místo slov však využívá znaků „vypůjčených“ z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština je tedy tzv. pidginem – kombinací dvou na sobě nezávislých jazykových systémů. Pro slyšící uživatele je osvojení znakované češtiny snadnější než zvládnutí českého znakového jazyka, protože se nemusejí učit zcela nový gramatický systém, ale pouze aplikují prvky českého znakového jazyka na svou dosavadní znalost češtiny. Pro neslyšící již však zvládnutí znakované češtiny tak snadné být nemusí – využívá totiž zcela jiné gramatické struktury než jejich přirozený znakový jazyk. Přesto je ale používání znakované češtiny v komunikaci se sluchově postiženým komunikačním partnerem přínosné především proto, že současná produkce artikulované české věty, doplňovaná znaky z českého znakového jazyka, velmi usnadňuje odezírání. (Hrubý, 1999) Je tedy vhodná zejména pro ty osoby se sluchovým postižením, které jsou kompetentní v českém jazyce, tedy zejména některé osoby nedoslýchavé a postlingválně neslyšící (ty ji pak mohou preferovat jako neoptimalnější způsob komunikace).

Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 ve znění novely č. 384/2008 Sb. v § 6 odst. 2) uvádí, že znakovaná čeština je systém vycházející z českého jazyka, který „využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob, které ovládají český jazyk.“

### 4.3 Znaková řeč neslyšících

*„ Je označení pro vizuálně – motorické symbolické komunikační systémy , a to zejména českého znakového jazyka a znakovaného českého jazyka. Je to souhrn pohybových a mimických , přirozených i konvenčně dohodnutých výrazových prostředků , jejichž podstata spočívá v pohybech a konfiguraci rukou a prstů, mimice obličeje a dalších nonverbálních doplňujících komunikačních formách. (KRAHULCOVÁ , 2002, s.60 )*

### 4.4 Rozdílnosti českého znakového jazyka a znakované češtiny

**Příklad rozdílnosti znakového jazyka neslyšících a znakované češtiny:**

**Česká věta:** „Já jsem byl včera v kině“.

**Znakovaná čeština:** Já bylo včera v kino.

**Znakový jazyk neslyšících:** „Včera kino“.

**Jiný příklad:**

**Text ve znakované češtině:** Dnes jsem byl ve škole a učitelka nám vyprávěla o lyžařském zájezdu do Krkonoš. Jeden žák si tam zlomil nohu, protože jezdil rychle a nedával pozor.

**Vlastní znakový jazyk neslyšících:** Dnes byla škola, učitelka mluví věc, lyže, zájezd, hory. Chlapec jezdí moc rychle. Vůbec pozor. Potom zlomí noha. Slovo Krkonoše by bylo přeloženo, pokud by mu mluvčí přikládal zvláštní význam. Místo slova učitelka by se uvedl znak pro jednotlivou učitelku.



## 5. Charakteristika sociálně patologických jevů

*„V posledních letech můžeme zaznamenat značný nárůst jevů, které označujeme jako sociálně patologické. Jedná se o variabilní škálu jevů, které vnímáme jako nechtěné, nežádoucí, nebo až nepřijatelné. Každý takový jev má svoji míru společenské nebezpečnosti. Čím je tato škodlivost a nebezpečnost vyšší, tím větší je i zájem o jejich řešení. Problematika takových jevů, jako jsou např. závislostní chování, delikvence, kriminalita, organizovaný zločin, apod., není problémem pouze České republiky. Jedná se o celosvětově závažné otázky. V případě, že by současný trend vývoje těchto nežádoucích jevů z hlediska kvantitativního i kvalitativního pokračoval, došlo by zcela jistě k ohrožení vývoje celé společnosti a jednotlivců, kteří v ní žijí.“ ( FISCHER,ŠKODA,2009, s.13)*

### 5.1 Sociální deviace a sociální patologie

*„Sociální deviace je definována jako způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, která je akceptována většinou populací, tedy za sociální deviaci je považováno narušení jakékoli sociální normy .*

*Sociální patologie se tedy zabývá zákonitostmi takových projevů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí, protože porušují její sociální, morální či právní normy .“ (FISCHER,ŠKODA,2009 s.14)*

### 5.2 Normalita a abnormalita

Společenská pravidla nebo společenské normy určují totiž vzorce a způsoby chování jednotlivců a skupin jako přiměřené a přijatelné,chtěné a žádoucí,ovšem také stanoví ,kdy je chování pro společnost nepřiměřené,nežádoucí až nepřijatelné.Hranice normy je pohyblivá, posuzuje se podle různých kritérií, vymezení závisí na mnoha faktorech,norma se mění i v průběhu času.Pro různé sociální skupiny mohou rovněž platit různá normativní kritéria.Jedná se tedy o značně subjektivní proměnnou,jejíž hranice se v průběhu společenského vývoje může různě posouvat a měnit.

### **5.3 Zdroje a příčiny sociálně patologických jevů**

Příčiny vzniku sociálně patologických jevů můžeme označit za multifaktoriální. Působí v inkriminovaném čase ve vzájemné interakci. Vědecké zkoumání sociálně patologického (kriminálního) chování je vzhledem k jeho společenské nebezpečnosti rozsáhlé. Teorií, které se pokoušejí vysvětlit příčinu tohoto chování je mnoho a vychází z mnoha hledisek. Obecně zaznamenáváme tři přístupy: biologicko-psychologický, sociálně- psychologický a sociologický.

## 6. Problematika vybraných závažných sociálně patologických jevů

V současné době (podle Krause) patří do skupiny sociálně patologických jevů zejména:

- Kriminalita a delikvence
- Patologické závislosti (drogy, gamblerství, kulty a sekty)
- Sebevraždnost
- Prostituce a pohlavní choroby
- Patologie rodiny (zejména syndrom CAN, domácí násilí)
- Xenofobie a rasismus
- Agresivita a šikana

### 6.1 Agresivita a násilí

*„ Agresivitou a násilím se rozumí manifestní, pozorovatelné chování, vedené s úmyslem poškodit jiný organismus (zvíře či člověka) nebo předmět neživotný.“ „Agresivita je označení pro tendenci k útočnému a násilnému jednání vůči jiné osobě či okolí. Agrese pak vyjadřuje i reálný projev takového jednání „, (FISCHER,ŠKODA,2009 s.46).*

Agresivita je chování dítěte, které je zaměřeno proti vrstevníkovi nebo vrstevníkům (někdy také rodičům nebo vychovatelům, učitelům), které se projevuje útočností – útočným jednáním vůči druhému jedinci. Útok má způsobit uspokojení nějaké potřeby útočícího jedince ( potřeba obdivu, prvenství ve skupině...).

#### Druhy agresivity

Z hlediska společenské nebezpečnosti je důležité rozlišovat jeho různé druhy. Jiným způsobem bude hodnocena agresivita související s obranou a agresivita spojená s nenávistí a touhou po ublížení a vzniku bolesti. Jiný je pohled medicínský, jiný psychologický nebo sociologický. Fischer a Škoda uvádějí tyto druhy agresivity :

- zlostná agresivita - reaktivní forma agresivního chování, vyjádření nevole instrumentální – prostředek k dosažení cíle
- spontánní agresivita – agresivní chování, kdy způsobení bolesti přináší emocionální uspokojení a uspokojení potřeb

Agresivita se třídí podle řady kritérií, např. podle výraznosti jejich vnějších projevů na agresivitu zastřenou a otevřenou. Mezi zastřené (nepřímé) formy agresivity patří např. škádlení, vtípkování na úkor druhého, ironie, pomluvy, jízlivosti, intrikování. Mezi otevřené (přímé) formy agresivity patří např. vyhrůžky gestikulací, slovní urážky (ústní i písemné), nadávky, záchvaty vzteku a zuřivosti spojené s tělesným (brachiálním) násilím. Podle směru agrese rozeznáváme chování heteroagresivní a autoagresivní.

**Heteroagrese** je agrese zaměřená na jiné osoby. Projevuje se např. násilným omezováním pohybu jiného dítěte v prostoru, jeho fyzickým napadáním, snahou přivlastnit si hodnoty (hračky, jídlo, nápoje, cukrovinky apod.) jiného dítěte. U starších dětí dokonce pozorujeme občas tendenci přivlastnit si kapesné (část nebo i celé) druhého dítěte. Takové chování je spojeno se zastršováním oběti, aby měla strach tuto heteroagresivitu oznámit dospělým.

U starších dětí se objevuje snaha udělat si z ostatních dětí sluhy, jakési komorníky, otroky.

U mladších dětí se občas vyskytují agresivní hry na odsouzenec, což má značná rizika (dětí přivazují oběti ke stromu, trefují se do nich různými předměty).

**Autoagresí** rozumíme agresi zaměřenou na sebe sama. Může být totální (pokus o sebevraždu např. kvůli chronické šikaně spolužáky či z chorobného strachu z reakce rodičů na špatné vysvědčení dítěte) nebo selektivní, dílčí (sebeпоškozování, trestání sebe sama, dítě si např. poraní končetinu, kterou považuje za příčinu nějaké nesprávnosti).

Bývají rovněž rozlišovány tři stupně autoagrese:

- autoakusace (intropunitivita, tj. tendence klást si za vinu i za věci, které dítě nezavinilo, sebeobviňování, výčitky sobě samému),
- automutilace (sebezraňování, sebetrýznění)
- a suicidium (sebevražda).

Některé úporné projevy autoagresivity u dětí, jako je např. dlouhodobé a systematické vytrhávání si a pojídání vlasů, tj. trichotilomanie a trichotilofagie) je třeba odstraňovat ve spolupráci s dětskou psychiatrickou službou.

Často se setkáváme s přesunutou agresí neboli s **transgresí**. Jde o přesun na jinou osobu, věc nebo sebe sama. Dochází k ní zejména při přísně trestaných projevech agresivity dítěte. Dospělý člověk např.

něco zakáže určitému dítěti, to si nedovolí dospělému oponovat a odmíknout, ale přihlížejícímu dalšímu dítěti agresivně řekne: „Nemohu tě ani vidět!“ a hrubě ho odstrčí. Vylíje si tak svou zlost na jiném dítěti, ze kterého strach nemá. Záminka k přesunutému agresivnímu chování bývá často malicherná, a to ve smyslu přísloví: „Kdo chce psa bít, ten si vždycky nějakou hůl najde“.

Z časového hlediska může být rozlišována agresivita následná a odložená (té se někdy říká „metoda patronašky“ uchovávat si agresivitu na vhodnější dobu). Čím je dítě mladší, tím je většinou natolik spontánní, že reaguje následně, okamžitě, s minimální latencí. Není většinou ještě schopno promyšlené a odložené msty, odložené agrese.

Agresivita je multifaktoriální, multidimenzionální jev. Není pouze jevem biologickým ani pouze sociálním, ale jevem biopsychosociálním a mají na něho vliv i faktory psychosociální

**Šikanování** je (podle Metodického pokynu ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky a školských zařízení ze dne 29.11.2009 ) jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit, ohrozit nebo zastrašovat žáka, případně skupinu žáků. Spočívá v **cílených a opakovaných** fyzických a psychických útocích jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání.

Nově se může realizovat i prostřednictvím elektronické komunikace, jedná se o tzv. kyberšikanu. Ta zahrnuje útoky pomocí e-mailů, sms zpráv, vyvěšování urážlivých materiálů na internetové stránky apod. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako demonstrativní přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševní a tělesné zdraví oběti.

Šikanování se ve své zárodečné formě vyskytuje prakticky na všech školách. Pocit bezpečí každého jedince a jeho začlenění do třídního kolektivu je základní podmínkou vytváření produktivního prostředí a dobrého sociálního klimatu třídy a školy. Všechny školy a školská zařízení mají povinnost předcházet všem náznakům násilí a šikanování. Šikanování v jakékoli formě a podobě nesmí být pracovníky školy akceptováno.

Šikanování na školách má negativní dopad nejen na přímé oběti násilí, ale i na děti, žáky a žákyň, které agresivním situacím jen přihlížejí a tím i na klima celé třídy a školy.

Negativní klima třídy a školy se projevuje špatnými vztahy žáků se spolužáky i s učiteli, žáci mají pocit, že nikam nepatří, že ve škole nemají sociální oporu a podporu, mívají difcility a poruchy sebehodnocení, úzkosti a subdeprese, může se jim i horšit školní prospěch.

### **Druhy šikany**

Šikana má celou řadu variant, např. šikanování skryté a zjevné. Šikanování **skryté** má za následek sociální izolaci žáka nebo žákyň. V našem výzkumu šlo o 73 (23%) zkoumaných žáků a žákyň. Šikanování **zjevné** může mít podobu psychické šikany, fyzické šikany nebo kombinované šikany. Můžeme také rozlišovat **lehčí** šikanu, **střední** šikanu a **vážnou** šikanu. **Psychická** šikana projevovaná verbální agresivitou bývá často provázena šikanou **fyzickou**, která se projevuje brachiální agresivitou. Nežádka je šikana **kombinovaná**. Jde o propojení hostinní agresivity verbální a brachiální, přímé i nepřímé.

V poslední době se objevuje také tzv. happy slapping, což je druh agresivity či šikany, při níž dochází k náhodnému a neočekávanému fyzickému, brachiálnímu napadení i neznámého člověka a k nahrávání této situace na mobilní telefon, video, kameru, což je šikanujícími agresory většinou považováno za velmi zábavné.

- Fyzická (brachiální) agrese - agresor používá k šikanování oběti fyzické násilí, popřípadě předměty, kterými učiní útok důraznějším.
- Slovní agrese a zastrašování - agresor oběti vyhrožuje fyzickým útokem, zastrašuje, nadává jí, vysmívá se nebo zesměšňuje.
- Krádeže, ničení a manipulace s věcmi - agresor oběti ničí a odcizuje věci nebo si věci půjčuje a vrací je znehodnocené.
- Násilné a manipulativní příkazy - agresor nutí oběť k různým nepříjemným činnostem a úkolům.

Pavel **Říčan** (1995) uvádí příklady přímých a nepřímých známek šikany.

### **Přímé známky šikany:**

1. Kritika dítěte, výtky na jeho adresu, zejména pronášené nepřátelským až nenávislným, případně pohrdavým tónem.

2. Honění, strkání, šťouchání, rány, kopání, které třeba nejsou zvlášť silné, ale je nápadné, že je oběť neoplácí.

3. Rvačky, v nichž jeden z účastníků je zřetelně slabší a snaží se uniknout.

#### **Nepřímé známky šikany:**

1. Dítě je o přestávkách často samo, ostatní o něj nejeví zájem, nemá kamarády.

2. O přestávkách vyhledává blízkost učitelů.

3. Zhoršuje se jeho školní prospěch, někdy náhle.

4. Jeho věci jsou poškozené nebo znečištěné, případně rozházené.

5. Odřeniny, modřiny, škrábance nebo řezné rány, které dítě nedovede uspokojivě vysvětlit.

### **6.1.2 Příčiny agresivity a násilí**

U značného počtu dětí, mládeže i dospělých osob existuje **deficit morální, prosociální, altruistické a empatické orientace osobnosti**, který se mj. projevuje vzrůstem jejich individuální i skupinové agresivnosti.

Již ve škole se setkáváme s verbální agresí (např. nadávky, dehonestující přezdívky, pomluvy) i s brachiální agresí (např. fackování), s projevy agrese verbální či brachiální přímé (např. vyhrůžky, bití) i nepřímé (např. slovní špičkování, gesta), s agresivitou hostilní (nenávistnou), obrannou i užitkovou (původně loveckou a teritoriální, ve škole je to např. odcizování svačin spolužákům).

**Agresivita** se přitom šíří podobnou nákazou jako je nákaza emocionální. Působí zde např. i verbální a nonverbální zrcadlení, obličejová zpětná vazba, sugestivní nonverbální komunikace, mimika a gestikulace vedoucích agresorů.

**Prosociální deficit mládeže** souvisí i s hodnotovou krizí společnosti, zejména rodin, se společenskou adorací reprezentativních materiálních hodnot, se zvýšenou potřebou změny, neofilií, tj. s tendencí **staré věci i tradice považovat za nezajímavé a všechno nové a módní (včetně změn)- za přitažlivé a hodné nejen naší pozornosti, ale i zájmu a případně i lásky**, a s přehnaným důrazem na individualismus, narcismus a egoismus, provázený insuficientní morální, etickou výchovou (podrobnou analýzu viz. **MLČÁK, Z. Prosociální**

*chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010, s. 173 .

Agresivita jako útočná bojovná reakce na ohrožující podnět je vývojově velmi starým jevem. je protikladem úniku či útěku. V minulosti byla agresivita častým prostředkem k obraně vlastního území, osobního teritoria.

Mezi **příčiny a podmínky agrese** patří konflikty, stresy, nedostatek sebekontroly, vnitřní kázně a disciplíny, řevnivost, žárlivost, závist, pocit křivdy, pocit nepochopení nebo nedostatečný pocit kladného přijetí, akceptace či pocit nedostačivosti očekávané submisivity ze strany okolí, potřeba zvýšit si sebevědomí, porucha základní životní nálady, prostorové stísnění (deprivace), hlad, žízeň, únava či vyčerpání, nedostatečný pocit tělesné, duševní a sociální pohody, ohrožování preferovaných osobních hodnot.

S mírou agresivity souvisí také somatotyp a temperament. Cholerici bývají zpravidla agresivnější než flegmatici. Úroveň tendence k agresivnímu chování vůči ostatním osobám nebo věcem bývá ovlivněná také dědičností, etickou nezralostí, různými formami disharmonického vývoje, hyperaktivitou, disociálním vývojem osobnosti , úrazem mozku atp..

Patologické projevy agresivity se vyskytují u některých neuropsychických a duševních závad a poruch chování a osobnosti.

### **6.1.3 Sociální aspekty spojené s agresivitou a násilím**

Agresivita a násilí je záležitostí jak jednotlivců,tak skupin,tak i celé společnosti.Tolerance společnosti je různá z pohledu motivace, která k agresivitě a násilí vede.Nejvíce tolerovanou a pochopitelnou je agrese ke , které dochází z důvodu obrany. Dalším důvodem pro vznik agrese je pomsta,ale i užití agrese a násilí jako alternativní formy uspokojování některých potřeb, například materiálních,seberealizace.

Z komplexu problémů spojených s násilím a agresivitou bych upozornila na ty, které souvisí se sledováním násilí v televizi, ve filmech a videohrách u nichž výsledky prokázaly vyšší četnost agrese u dětí. Sledováním násilí může být ohrožen mravní a sociální vývoj jedince, který pak volí pro komunikaci agresivní formy chování a obtížněji navazuje spolupráci a přátelství.



Vandalismus, který je specifickým typem agresivního chování. Je to nelogické a nezdůvodnitelné poškozování a ničení veřejného i soukromého majetku či věcných hodnot. Nepřináší pachateli žádný

materiální zisk a většinou se takového jednání dopouští jen pro vlastní potěšení, odreagování. Často k němu dochází pod vlivem drog a alkoholu. Je to jednání iracionální, dochází při něm k ničení hodnot materiální i duchovní kultury, jako jsou parky a jejich zařízení, zastávky dopravních prostředků, hřbitovní náhrobky, lavičky, ale i nápisy na zdech, dopravních prostředcích. Patří sem rovněž různé počítačové viry.

V pozadí motivace vandalismu je nuda a prázdnota a z ní vychází potřeba „aby se něco dělo“. Tyto osoby potřebují na sebe upozorňovat. Proto vyjadřují ničením svůj nesouhlas se společností v, které žijí, ale nejsou spokojeni.

## 6.2 Suicidální jednání

Suicidální jednání spolu se sebepoškozováním patří mezi nejzávažnější projevy autoagrese. Suicidální jednání zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému činu.

**Sebevražda** (latinsky **suicidium**, z *sui* = se, sebe a *caedere* = zabít, respektive *caedium* = zabítí; řecky *autocheiria*) je akt vědomého a úmyslného ukončení vlastního života.

### 6.2.1 Motivace suicidálního jednání

Suicidální jednání je vyvoláno posledním podnětem ( problémem ) na který je však nutno hledět jako na spouštěč. Skutečná příčina spočívá v řadě hromadících se problémů a zátěžových situací. Nejčastějším motivem sebevražedného jednání u dětí a adolescentů jsou potíže a konflikty v rodině, u dětí do čtrnácti let věku časté problémy školní, u dospívajících pak vztahové a erotické.

Kolektivní vrstevnické vztahy souvisí bezesporu se zapojením dítěte a dospívajícího ve škole a hrají zde velkou roli. K přiměřenému sebevědomí patří dobré zapojení se mezi spolužáky a dobrá pozice mezi nimi. Naopak šikana ze strany vrstevníků navozuje pocity selhání, nedostačování, neúspěchu a nízkého sebevědomí mezi nimi, které vedou k nebezpečným úvahám o sebevražedném jednání.

## **Které děti a adolescenti jsou nejčastěji ohroženi ?**

přetěžování, méně nadání, s pomalým pracovním tempem, s hyperkinetickým syndromem, se specifickými poruchami učení (dyslexie, dysgrafie a podobně) ti, kteří nějakým způsobem vybočují z kolektivu nebo jsou „nápadní“ – děti obézní, fyzicky neobratné, tělesně postižení, se somatickými potížemi nebo nemocní psychickou poruchou (například schizofrenie, afektivní poruchy, toxikomanie), uzavření, nejistí.

### **6.2.2 Způsoby provedení suicidia**

#### **Přehled způsobů sebevražd podle MKN – 10 :**

Sebeotrávení léky a podobnými látkami X60-X64

Sebeotrávení chemickými látkami (alkohol, X65-X69 rozpustidla, plyny, pesticidy aj.)

Oběšení, uškrcení, udušení X70

Utopení X71

Střelná zbraň, výbušnina X72-X75

Úmyslné sebepoškození kouřem, ohněm a dýmem X76

Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty X77

Ostrý předmět X78

Úmyslné sebepoškození tupým předmětem X79

Skok s výše X80

Skok nebo lehnutí si před pohyblivý předmět X81-X82 vč. úmyslných havárií motorového vozidla

Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky X83

Úmyslné sebepoškození jinými neurčenými prostředky X84

### **6.2.3 Příčiny suicidálního jednání**

Častými příčinami sebevraždy bývá zhroucení interpersonálních vztahů, hlavně intimních, sexuálních, sexuální motivy v širokém smyslu a také alterace životních hodnot.

Postoj dětí a adolescentů ke smrti ovlivňuje několik faktorů:

- Kognitivní a emociální vyspělost
- Vlastní zkušenost s nemocí a se smrtí

- Fantazijní zpracování smrti
- Coping mechanismy (způsoby, jak se dítě nebo dospívající vyrovnává se stresem)
- Objektivní vztahy
- Vývojové a osobnostní poruchy
- Psychiatrické klinické syndromy
- Vliv rodiny a širšího sociálního okolí, působení sdělovacích prostředků

Sebevražedné chování je spojeno s řadou psychiatrických onemocnění, v první řadě s depresí, ale i schizofrenií, poruchami příjmu potravy a neurotickými poruchami. Může být také reakcí na vážné tělesné onemocnění.

### **Léčba suicidálních dětí a adolescentů**

Diagnostické prostředky pro posuzování dítěte a adolescenta

- Pozorování
- Rozhovor
- Hra
- Somatické vyšetření
- Psychodiagnostické metody (BID, CDRS-R, CDI, HAMD, BDI,...)

Některé psychoterapeutické zásady krizové intervence

- Je nutné navázat s postiženým kontakt a ten dále rozvíjet
- Je potřeba udržet komunikaci
- Musíme dát pacientovi najevo svou empatii, neznamená to ovšem souhlas s jeho jednáním
- Je nutné porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc
- Je třeba společného hledání alternativního řešení problému
- Je třeba hledat alternativy i pro budoucnost, pro řešení budoucích krizí
- V případě duševní poruchy při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění následné péče

Druhy terapií:

- **Individuální psychoterapie = suportivní psychoterapie** - jde o léčebnou metodu podpůrnou, jejímž účelem je zvládnutí suicidální krize v rámci nějakého závažného

psychiatrického onemocnění. Účelem je posílení "já" dítěte a adolescenta a podpora jeho adaptačních schopností.

- **Skupinová psychoterapie** - je zaměřena na oblast interpersonální a na oblast sociálních dovedností
- **Rodinná terapie** - pracuje na rodinných konfliktech, velmi často jde o adolescentní problematiku separace od rodiny
- **Ostatní psychotherapeutické přístupy** - jsou to například neverbální psychotherapeutické přístupy, herní terapie, arteterapie
- **Farmakoterapie při sebevražedném jednání** - medikamentózní léčba
- **Psychofarmaka v rámci první pomoci** - účelem medikace v těchto případech je zklidnění pacienta a nejčastěji jeho klidný transport do lůžkového zařízení
- **Farmakoterapie při krizové intervenci** - benzodiazepiny (používají se na jednorázové zklidnění, případně při diagnostikování neurotické poruchy), neuroleptika (jsou indikována především u psychotických poruch schizofrenního charakteru), antidepresiva ( předepisuje se u depresivních poruch, nástup účinku trvá delší dobu)

#### 6.2.4 Sebeпоškozování

Sebeпоškozování představuje závažnou patologii zvláště ve věku adolescence, kdy se nejčastěji objevuje.

**Automutilace** (*self-mutilation*) představuje sebeпоškození, kde nejčastější motivace vyplývá z psychotické poruchy a sebeпоškození může mít symbolický význam. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitáliím, očím, jazyku) symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebeпоtrestání při těžké depresi.

**Sebeпоškozování** (*self-harm, self-injury, self-wounding*) je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebeпоškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebeпоškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo. **Další formou sebeпоškození je popálení**, např. cigaretou nebo zapalovačem. Uváděné motivy pro sebeпоškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, úleva od napětí, někdy též přání zemřít

**Syndrom záměrného sebeпоškozování** (*deliberate self-harm*) představuje širší pojetí sebeпоškozujícího chování, které je vydělené z kategorie suicidálních pokusů a zahrnuje

sebepoškozování jako specifický patologický projev u poruch osobnosti (hraniční, histrionské, disociální, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo u pacientů s poruchami příjmu potravy (zejména mentální bulimie) a pacientů závislých na návykových látkách.

**Syndrom pořezávaného zápěstí** (*wrist-cutting, slashing*) má charakter sebepoškozování, v němž dominuje pořezávání, typicky na zápěstí a předloktí, které nemá vědomý suicidální motiv.

**Předávkování léky** (*self-poisoning, overdosing*) představuje neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidálního úmyslu. Předávkování bývá často opakované. Může jít o léky, které byly pacientovi předepsány nebo které patří někomu z rodiny, ale i takové, které náhodně najde v domácí lékárnice.

**Průběh aktu sebepoškození má následující znaky:**

Přítomnost precipitující události (ztráta významného vztahu)

Zesílení pocitů dysforie, napětí a úzkosti

Myšlenky na sebepoškození

Pokusy sebepoškozující jednání odvrátit

Následuje sebepoškození

Výsledkem je uvolnění napětí

**Prevence:**

Preventivní přístup v dětské psychiatrii a psychologii představuje moderní pohled na vývoj dítěte a možnost podpory jeho duševního zdraví. Rozlišujeme primární, sekundární a terciární prevenci. Cílem prevence je oslabit rizikové faktory a posílit ochranné faktory na straně dítěte, rodiny i prostředí. Prevenci velmi významně rozvíjejí krizová centra nebo linky důvěry.

### **6.3 Zneužívání psychoaktivních látek**

Zneužívání psychoaktivních látek a závislost na těchto látkách představuje značnou zátěž pro jedince i pro společnost. Problematika zneužívání psychotropních látek je také globálním problémem politickým.

**Psychoaktivní droga** (též **psychotropní látka**, **omamná látka**, často nepřesně **droga** nebo **návyková látka**) je chemická látka primárně působící na centrálně nervovou soustavu, kde mění mozkové funkce a způsobuje dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a chování. Záměrně bývá využívána k rekreačním účelům, jako entheogen pro rituální a duchovní účely, jako nástroj pro studium a rozšíření mysli nebo jako léčivo.

Pojem droga sám o sobě označuje usušené části rostlin či živočichů používané v lékařství. Původ slova je v nizozemském *droog* - „suchý“. Později začal být tento výraz používán pro psychoaktivní látky. Protože psychoaktivní drogy působí subjektivní změny v náladě a vědomí, jež mohou být příjemné (euforie) nebo výhodné (zvýšená ostražitost), je mnoho z nich návykových. To vede k nepřesnému označení těchto substancí jako návykových látek, přestože některé (většina halucinogenů, kanabinoidy) závislost nevyvolávají. Časté užívání psychoaktivních návykových látek může vést ke vzniku fyzické či psychické závislosti. Léčba závislosti je pak kombinací psychoterapie, skupinových sezení a jiných psychoaktivních látek, jež má vést ke zlomení závislosti. Státní moc zpravidla omezuje produkci a obchodování s těmito substancemi, podle míry restrikcí se dá mluvit o ilegálních a legálních drogách (nejčastěji alkohol, nikotin a kofein). Český právní řád používá pro psychoaktivní drogy pojem návykové látky.

Držení a užívání většiny psychoaktivních látek je ve většině zemí trestné. Trestné je u nás držení většího než malého množství drog, což zákon blíže nespecifikuje.

### 6.3.1 Závislost a škodlivé užívání alkoholu

Alkoholismus nebo též závislost na alkoholu, opilství je chronické recidivující onemocnění postihující nejen celou osobnost postiženého jedince po stránce psychické a fyzické, ale i jeho blízké, zvláště pak rodinné příslušníky. Patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy závislosti. Obecně lze o alkoholismu hovořit tehdy, dosáhne-li závislost na alkoholu takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti nebo oběma. Tuto nemoc je možno jako všechny ostatní duševní i tělesné poruchy léčit. Průběh závislosti na alkoholu je různý. Odlíší se mimo jiné podle toho, jaký alkohol je zneužíván.

Pro nadměrnou konzumaci alkoholu je typické, že může dojít k poškození **všech tělesných systémů**. Nezanedbatelnou součástí jsou však dopady **psychické**. Psychické dopady jsou

dvojí: první jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém. Do druhé skupiny dopadů alkoholu na psychiku člověka patří návykové chování, změna osobnosti apod.

Účinky alkoholu na organismus člověka, hlavně na centrální nervový systém, jsou prakticky všem známé. Jejich biologický podklad spočívá v tom, že alkohol narušuje a mění metabolismus **neurotransmiterů** ( hlavně systém dopaminu, serotoninu a taurinu). Dále dochází k potlačení inhibičního účinku GABA systému atd. Duševní poruchy a poruchy chování, vyvolané užíváním alkoholu jsou klasifikovány podle MKN-10 ( desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí).

### **Nebezpečí alkoholu pro mládež**

Mladiství mají méně schopností i možností, aby se mohli s účinky alkoholu fyzicky a emocionálně vypořádat. Stejné množství alkoholu může silněji působit na tělesné orgány dítěte či nezletilce než na tělesné orgány dospělého, jelikož děti a nezletilci dosud rostou a jejich organismus se vyvíjí. Mládež nemá ani dostatek zkušeností, aby se dokázala vyrovnat s působením alkoholu na myšlení a vnímání.

Konzumace alkoholických nápojů a opilost je pro mladistvé nebezpečná. Mohou říkat a dělat věci, kterých budou později litovat, často mívají nehody nebo se dostávají do nepříjemností. Konzumace velkého množství alkoholických nápojů v relativně krátkém časovém intervalu může být škodlivá, jelikož lidské tělo není schopno takové množství alkoholu zpracovat najednou. Tento škodlivý vliv je zřejmý zvláště u nezletilých, kteří se nedovedou vypořádat s alkoholem tak dobře jako dospělí.

Z dlouhodobého hlediska může mít konzumace alkoholu negativní vliv na školní prospěch, společenský život a přátelské vztahy mladistvých i na jejich celkový zdravotní stav. Mohou se také dostat do potíží v důsledku porušování zákazu nákupu a konzumace alkoholických nápojů.

### **6.3.2 Závislost a škodlivé užívání vybraných nealkoholových látek**

Vznik závislosti na nealkoholových látkách je procesem komplexních změn v somatické psychické a sociální oblasti. Závislost na drogách nevzniká náhle, ale tento proces probíhá

v několika po sobě jdoucích fázích. K rozvoji závislosti dochází v kratší době než je tomu u alkoholu.

### **Závislost na nikotinu**

*„Závažné zdravotní a celospolečenské důsledky má zneužívání nikotinu v celém širokém sortimentu tabákových výrobků.“ ( FISCHER,ŠKODA,2009, s.104)*

### **Tabák**

V České republice jsou běžné dvě formy tabáku, a to bezdýmý tabák a tabák, který hoří (KRÁLÍKOVÁ In: KALINA, 2003). **Bezdýmý tabák** lze rozdělit na **šňupací**, který se aplikuje vdechem do nosních dutin a orální, jež se aplikuje do úst. **Orální tabák** je buď tabák žvýkací, kdy se listy tabáku vkládají do úst a žvýkají anebo tzv. „moist snuff“, v překladu „vlhký šňupec“, což jsou papírové pytlíčky s tabákem podobným čajovým, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin (KRÁLÍKOVÁ In: KALINA , 2003). **Tabák, který hoří**, je známý ve formě doutníku, dýmky či cigarety. Doutník je svinutý tabákový list a obsahuje nejméně přidaných látek. Dýmkový, ale hlavně cigaretový tabák je různě doplňován a upravován. Dnes je mezi 4. – 5. tisíci látek cigaretového kouře kolem 700 přidaných látek pro různé účely, asi 60 kancerogenů a desítky dalších toxických látek (KRÁLÍKOVÁ In: KALINA, 2003). Čas, kdy se nikotin dostane z plic do mozku, trvá sedm vteřin, avšak na ostatní tělesné orgány působí během několika minut. Nikotin v mozku uvolňuje dopamin, jenž navozuje příjemné pocity. V nadledvinkách uvolňuje adrenalin, čímž zlepšuje výkonnost a soustředění. Na druhou stranu může nikotin vyvolat nevolnost, zvracení, průjem, studené pocení, slinění, zmatenost, vyšší dávka (tj. cca 50 miligramů) i smrt (ŠTABLOVÁ, BREJCHA, 2006). KRÁLÍKOVÁ In: KALINA, 2003) uvádí jako smrtelnou dávku pro člověka kolem 80 miligramů. Kouření má svá pozitiva a negativa. V krátkodobém pohledu má kouření kladný vliv například na pocit zvládnutí stresu, překonání pocitů nejistoty, vymanění se z pocitu méněcennosti, odstranění pocitu závislosti na druhých lidech, atd. Kouření dočasně zvyšuje kladné pocity, soustředěnost, schopnost vybavovat věci z paměti a snižuje úzkost a napětí, atd. Negativem dlouhodobého kouření je vliv na vznik rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění ( KŘIVOHLAVÝ, 2003 ).

Abstinenční příznaky se objevují za několik hodin po poslední dávce nikotinu. Mezi hlavní příznaky při vzniklé závislosti patří nezvladatelná touha po cigaretě, podrážděnost, nervozita, změny nálady, nesoustředěnost, smutek ať deprese, poruchy spánku a únava (KRÁLÍKOVÁ In: KALINA , 2003). Závislost na tabáku začíná psychosociální závislostí a po určité době



fyzická drogová závislost, tj. závislost na nikotinu. **Psychosociální závislost** znamená potřebu mít v určitých situacích cigaretu v ruce a pohrávat si s ní. Jedná se o závislost na předmětu bez ohledu na její složení (KRÁLÍKOVÁ In: KALINA, 2003). **Kouření** je naučené chování, z tohoto důvodu není možné očekávat v léčbě okamžitý výsledek. Kuřák se musí sám rozhodnout nekouřit (KRÁLÍKOVÁ In: KALINA, 2003). Dle zákona č. 305/2009 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů se zakazuje prodávat tabákové výrobky, tabákové potřeby a elektronické cigarety osobám mladším 18 let. Celosvětově se odhaduje počet

kuřáků na 1,3 miliardy. Počet úmrtí lidí za jeden rok v důsledku kouření je 4,8 miliónů a toto číslo se neustále zvyšuje. V České republice kouří přibližně 2,3 miliónů lidí, z toho 26 % jsou lidé staří 18 let, zbytek představují děti a mladiství do 18 let. V průměru 9,5 roku začínají kouřit děti v Praze. Naopak v celé České republice je to potom kolem 10. roku věku. Ve věku do 18 let kouří více dívek než chlapců. Pravděpodobnost vzniku kuřáctví u dítěte, jehož oba rodiče kouří, je čtyřikrát vyšší než u dítěte z nekuřácké rodiny. Každý den začíná kouřit v České republice 100 dětí. Je zajímavé, že až 80 % drogových závislostí začíná společnou konzumací drog v partě, stejně je tomu i se začínajícími kuřáky ([www.kurakovaplice.cz](http://www.kurakovaplice.cz)).

### **Závislost na opiátech a opioidech**

**Opiát** je obecný název, který se používá pro alkaloidy z rostlin máku setého (*Papaver somniferum L.*) se schopností navodit euforii, analgesii a ve větších dávkách stupor až kóma a respirační depresi. Termín opiát, ale nezahrnuje syntetické opioidy jako jsou heroin nebo metadon ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)). **Opium** je zaslá šťáva z nezralých makovic (KUBÁTOVÁ In: MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ 2009). Vyrábí se tak, že z narušeného povrchu makovic se odebírá mléčná kapalina, jeť je zahušťována zahříváním (dochází ke změně barvy na hnědou) za vzniku tzv. **opiové gummy**. Z opia se vyrábí také vařené opium (chandu), granulové opium, opiový prášek, opiová tinktura a doverský prášek. Opium se využívá především upravované např. vařením, kvašením, je možné ho i jíst, pít, kouřit (dýmky, cigarety) nebo jej použít ve formě roztoku intravenózně (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Opium užívali již staří Sumeřané. Ve starém Řecku se používalo jednak jako lék, při kouřových obřadech v chrámech, při věštění, ale také jako opojný prostředek při pitkách a orgiích. Termín opium pochází z řeckého „opos“ neboli šťáva (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). V roce 1806 byl izolován ze surového opia alkaloid **morfin** ve formě krystalické báze. Hojně se potom

používal k tlumení bolesti (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Morfin se aplikuje ve formě šňupání, kouření, podkožní a nitrožilní injekce (KUBÁTOVÁ In: MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009). Nitrožilní aplikace se projevuje jako tzv. „flash“ vyvolávající prudké horko, euforii s pocitem blaha a snížení úzkosti. Morfin patří k nejsilnějším prostředkům proti bolesti, jelikož tlumí oblast pro vnímání bolesti v mozkové kůře a také vyvolává příjemný pocit, přehnaně dobrou náladu, snění a nestálost myšlenek. Působí však i jako uspávací prostředek. Návykovost na morfin se nazývá morfinismus. V konečném stádiu morfinismu dochází k celkovému úpadku duševních a tělesných sil a také ke smrti (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). K opiátům patří dále kodein a thebain (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010).

**Kodein** se hlavně užívá jako prostředek utišující kašel. Má podstatně slabší účinek než morfin. V medicíně se užívá jako depresivum centrálního nervového systému a také jako analgetikum pro tlášení bolesti v kombinaci s dalšími látkami, například Aspirinem pro tlášení kašle (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). **Thebain** je depresivum centrálního nervového systému a jeho účinky jsou spíše stimulační až tlumící (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). **Opioid** je obecný název užívaný pro alkaloidy máku setého (*Papaver somniferum*), „jejich syntetická analoga a látky produkované v lidském těle, které interagují se stejnými specifickými receptory v CNS i jinde v těle, se schopností tlumit bolest a vyvolávat pocit pohody – euforii“ (www.drogy-info.cz). Mezi opioidy se řadí i heroin, který patří mezi polysyntetické deriváty morfinu (MINAŘÍK In: KALINA, 2003). **Heroin** byl syntetizován v roce 1974. Německá firma Bayer ho začala v roce 1898 prodávat pod názvem heroisch, což v překladu znamená „silný“. Mnoho let se heroin považoval za účinný lék pro závislost na morfinu. Je velmi zajímavé, že heroin byl považován z počátku za lék bez rizika vzniku závislosti, když dnes patří mezi celosvětově rozšířenou drogu této skupiny (MINAŘÍK In: KALINA, 2003).

Heroin se užívá šňupáním, kouřením anebo injekčně. Heroin, který je aplikován injekčně do těla, je zužitkován v plné míře, na rozdíl od perorálně užitého, jehož část se nevstřebává z trávicího ústrojí. Dávka heroínu se nazývá „bag“. Velmi často heroin obsahuje různé přísady, například kofein. Na začátku se látka vpichuje pod kůži, pak do svalu a nakonec do žíly, jelikož tím lze dosáhnout nejrychlejšího působení. Heroin se také někdy kouří společně s kokainem, což zvyšuje účinek obou drog. Jde o tzv. „speedball“, který je silně návykový a nebezpečný. V jihovýchodní Asii a v Číně je nejčastějším způsobem užívání heroínu inhalace par vzniklých zahříváním (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Heroin navozuje spokojenost a blaženost. Aktivita nervového systému je utlumena, bolest otupena, frekvence dechu a činnost srdce jsou zpomaleny a kašlací reflex je potlačen. Při prvním užití se často objevuje nauzea a

zvracení. Vysoké dávky pak způsobují ospalost, někdy kóma a smrt zástavou dýchání. Dlouhodobé užívání způsobuje hubnutí, zácpu, snižuje sexuální aktivitu a porušuje menstruační cyklus. Po 6 – 24 hod po poslední dávce se dostavuje tzv. syndrom vynechání (abstinenční příznaky), který se projevuje zvýšenou produkcí nosního sekretu a slz, studeným a horkým potem, bolestmi, ospalostí, průjmem, spasmy svalů a křečemi v břiše. Nejvýraznější účinky se dostavují za 48 – 72 hod po přerušení a doznívají po 7 – 10 dnech. Strach z těchto účinků se stává silným impulzem pro získání drogy. Tolerance rychle roste tak jako zvyšování dávek (až gramová množství). V moči je prokazatelný 72 hodin (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Dle průzkumu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách měly zkušenost s heroinem v České republice 2 % studentů ve věku 16 let (www.drogy.cz).

### **Závislost na stimulantech**

Stimulanty jsou látky, které ovlivňují centrální nervovou soustavu tak, že ji aktivují, povzbuzují či zvyšují nervovou činnost. Jsou nazývány též jako tzv. „psychostimulanty“ (www.drogy-info.cz). Mezi stimulanty patří pervitin, amfetamin a kokain (MINAŘÍK In: KALINA, 2003).

Stimulanty zvyšují bdělost a psychomotorické tempo především urychlením myšlení, zvýšenou výbavností paměti a nabídkou asociací. Zahánějí únavu a zkracují spánek, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit duševní i tělesné síly a energie. Stimulanty snižují chuť k jídlu. Působí však i anxiogenně – vyvolávají úzkost, někdy umocňují trému, užití může vést k agresivitě a také k přecenění hranic psychosomatických možností. Látky této skupiny vyvolávají psychickou závislost, která se vyznačuje tzv. cravingem, což je dychtění po látce, respektive po jejím účinku (MINAŘÍK In: KALINA, 2003). Užívání stimulantů představuje pro celý organismus zátěž, hlavně pro kardiovaskulární systém, jelikož se zvyšuje riziko srdečních a mozkových příhod. Po celou dobu účinku je organismus připraven na vrcholový výkon, který vede se sníženou chutí k jídlu k rychlému hubnutí, třeba i o 10 kg za měsíc. Avšak návrat k původní hmotnosti po krátkodobém užívání je skoro stejně tak rychlý jako její úbytek. Dlouhodobé užívání vede také k toxickým psychózám, pro které je charakteristické zřetelné paranoidní myšlenky, postižení nálady a zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Klinický obraz toxické psychózy je většinou neodlišitelný od schizofrenie (MINAŘÍK In: KALINA, 2003). K zástupcům stimulantů patří amfetaminy, pervitin a kokain (MINAŘÍK In: KALINA, 2003). **Amfetaminy** se užívají perorálně ve formě kapslí, tablet, dražé, v kapkách, po rozpuštění jako injekce nebo někdy prociháním. Pravidelné užívání často vede ke snížení tělesné hmotnosti a zácpě. Vzniká citová nestálost, která se projevuje mnohmluvností, vzrušeností až agresivitou (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). **Pervitin**

(metamfetamin) je syntetická látka, která má formu krystalického bílého prášku, který je bez zápachu a má hořkou chuť. Na černém trhu je zbarven často do žluta nebo fialova, jelikož obsahuje zbytky látek, které se používají při vlastní výrobě. Pervitin je rozpustný ve vodě a ethanolu (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Poprvé byl metamfetamin syntetizován z efedrinu v roce 1919 v Japonsku (ŠTEFUNKOVÁ, 2010). U nás je pervitin vyroben domácími „vařiči“ z léků, které jsou většinou volně prodejné či z léků proti nachlazení. A je také distribuován v podobě tzv. psaníček, kdy je prášek zabalen do obdélníčku poskládaného papíru (www.drogy-info.cz). Pervitin je užíván jako tzv. „klubová droga“, která se užívá na večírcích v nočních klubech či na tanečních párty (www.drogy.cz).

K možnostem užití pervitinu patří inhalace, šňupání a injekční aplikace. Při inhalaci se pervitin zahřívá a výpary se vdechují. U šňupání se krystaly rozmělnují na jemný prach, který se pak šnupe podobně jako šňupací tabák. Pro injekční aplikaci se užívá krystalů, které se rozpustí ve vodě a roztok se pak vpichuje do žíly (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Běžné dávky se pohybují v rozmezí od 50 do 250 mg. U injekční aplikace dochází k účinku hned, u šňupání 5 – 10 minut a při použití ústy do 1 hodiny. V moči se objevuje již za 20 minut. Z těla je pervitin vylučován močí z velké části nezměněn (MINAŘÍK In: KALINA, 2003). Pervitin málokdy zaviní smrt. Akutní intoxikace způsobuje ale vážné kardiovaskulární problémy a také problémy v chování, včetně projevů násilí a paranoie. Dlouhodobé užívání pervitinu ale zapříčiňuje neurochemické a neuroanatomické změny. Projevy závislosti zahrnují halucinace paranoidní a dotekové. Tyto příznaky mohou přetrvávat i po skončení drogy, i přestože po čase obvykle zmizí (ŠTEFUNKOVÁ, 2010). Ke krátkodobým účinkům se řadí ztráta chuti k jídlu, zvýšení srdečního tepu a krevního tlaku, tělesné teploty, rozšíření zornic, narušení spánkového rytmu, halucinace, panika atd. Dlouhodobé účinky se projevují trvalým poškozením jater, ledvin a plic, dále dýchacími potížemi, zničení tkání v nosní dutině díky šňupání, deprese, psychózy atd. (www.drogy.cz): Nájezd, úlet (vysmažení), tah, dojezd, zhroucení, pervitinová psychóza a abst'ák jsou považovány za stádia pervitinových „zážitků“ (www.drogy.cz).

**Kokain** je alkaloid jihoamerického keře koky pravé, který byl izolován v roce 1859. Sigmund Freud objevil jeho účinky lokálního anestetika pro medicínu. K rozšíření kokainu přispěl v roce 1878 Bentley, který kokainem začal léčit morfinisty (MINAŘÍK In: KALINA, 2003). Kokain se častěji šnupe. Ke šňupání se většinou užívají trubičky z plastické hmoty či z drahého kovu, popřípadě i srolované bankovky. Někdy se látka pomocí čepele rozdělí na pruhy na malém zrcátku. Někteří uživatelé dávají přednost nitrozilnímu užívání. Do těla se kokain může také dostat vdechnutím nosem, polknutím nebo vpíchnutím. Jen čistý kokain

(crack) může být kouřen. Ke zvýšení zisku kokainu se ředí cukrem a dalšími drogami, například heroinem, amfetaminem, atd., což uživatele vystavuje neznámým, neočekávaným a nebezpečným účinkům (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Užívání kokainu vede k závislosti. Účinky se liší dle formy užití, ale je možné je pozorovat za několik sekund až minut, trvají přibližně půl hodiny. Urychluje se tep a dechová frekvence, zvyšuje se tlak a rozšiřují se zorničky. Kokain silně zužuje cévy, způsobuje ztrátu spánku a vyvolává silnou ztrátu chuti k jídlu, která vede ke ztrátě váhy a nerovnováze výživy. Při vysokých dávkách může docházet ke třesavce a záchvatům. Tyto povzbuzující účinky mohou vést rychle k zástavě dýchání či k srdeční zástavě s následkem smrti (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Příznaky kokainové psychózy zahrnují většinou vizuální, zvukové a taktilní halucinace, paranoii, sebeklam pronásledování, nepokojnost, deprese a nedostatek motivace. (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Psychóza odezní často sama při pouhém vysazení drogy.

### **Závislost na halucinogenech**

*„Halucinogeny jsou drogy (přírodní a syntetické látky), které u zdravého člověka vyvolávají psychické změny. Způsobují poruchy vnímání, zasahují citění, myšlení, pud sebezáchovy a náladu. Jen zřídka u nich jde o pravé halucinace“* (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010, s. 81). Jednotné označení halucinogeny bylo zavedeno v roce 1954. V překladu tento termín znamená *„látky vyvolávající halucinace“* (MIOVSKÝ, 1996, s. 16). Ve starší literatuře je možné se také setkat i s termíny jako jsou fantastika, psychedelika, psychodysleptika, atd. (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Halucinogeny se rozdělují na tři základní skupiny a to na halucinogenní drogy rostlinného (např. psilocybin) a živočišného původu (např. bufetenin), semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD) (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Halucinogeny způsobují poruchy vnímání a zasahují myšlení, citění, náladu a pud sebezáchovy (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). K nejčastějším halucinogenům patří psilocybin a LSD (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). **Psilocybin** je látka, která je obsažena v některých houbách rodu lysohlávek (Psilocybe) (MIOVSKÝ, 1996). **Lysohlávka** se používá syrová, neupravuje se. Na černém trhu se objevuje i v sušené podobě. Normální dávka se pohybuje od 25 do 60 lysohlávek. Lysohlávky mají příjemnou chuť, uživatelé je konzumují perorálně. Podle zvyků Evropanů se houby konzumují i s medem, dělají se z nich různá jídla a také čaj (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Účinek těchto hub se projevuje asi po 10 minutách po konzumaci. Počátečními příznaky intoxikace jsou křeče, bolesti hlavy, pocit neklidu a malátnosti, poruchy rovnováhy, pocení a třes (ŠTABLOVÁ, BREJCHA, 2006). Dále dochází k rozšíření zornic, objevují se vize, halucinace a také sebevraždy skokem z okna. Účinná

dávka psilocybinu je 4 – 8 mg, což odpovídá přibližně 2g sušených hub. V České republice patří lysohlávka k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Mezi další halucinogeny patří muskarin (jed v muchomůrce červené) a bufotenin (ropuší jed) a mnoho dalších. Tyto látky jsou málo rozšířené a jsou velmi nebezpečné s požitím vyššího množství. Z rostlin se sem řadí například durman a rulík zlomocný, experimenty s nimi vyvolávají otravy a smrt (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003).

**Muchomůrka červená** obsahuje vysoce toxický alkaloid muskarin. Konzumuje se obvykle tak, že se nakrájí na asi centimetrové plátky, které se pak usuší a potom se polykají srolované do kuličky bez žvýkání. Muchomůrka způsobuje polospánek s barevnými vizemi, dále zvýšenou aktivitu, euforii, pocit lehkosti. Je - li excitační stádium prožíváno ve spánku, objevují se halucinační sny. Účinky přicházejí po půl až dvou hodinách a mohou trvat až 8 hodin a mají zcela odlišný charakter než po psilocybinu či LSD (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010).

**LSD** je polysyntetická látka, která se vyrábí z idolových alkaloidů námelové houby paličkovice nachové. Nejrozšířenější je užívání tzv. tripů, což jsou papírové listy o velikosti 8 mm x 8 mm s perforovaným okrajem (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Na papírových čtverečcích jsou potisky, které zobrazují různé symboly (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Příkladem symbolů mohou být Superman, Asterix, Kačer Donald, drak, atd. (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Potisky jsou spojovány s určitou klasifikací kvality. Dále se LSD užívá ve formě krystalů (malé granulky), které jsou většinou tmavomodré nebo zelené barvy a připomínají umělé hnojivo. Krystaly se také nechávají rozpustit pod jazykem (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Účinnou látkou LSD je diethylamid kyseliny lysergové, která je vázána na jinou látku, tzv. matici. U nelegálně vyráběné drogy se objevují příměsy a nečistoty. Z tohoto důvodu lze hovořit pouze o kombinovaném účinku psychoaktivních látek (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003), což vede k nemožnosti předvídat jeho důsledky, jelikož i jednorázové užití může způsobit až trvalé poškození nervového systému (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Účinek LSD po užití se začíná projevovat přibližně za 30 – 60 minut a může trvat až 12 hodin. Dochází k rozšíření zornic a zvýšení hladiny cukru v krvi, ke snížení tělesné teploty. Dále může nastat nevolnost, nutkání ke zvracení a značné pocení. Velmi vážně je narušena psychika. Může nastat stav obav a úzkosti, které dlouho nepřestávají (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Na LSD vzniká psychická závislost, nikoliv somatická. Po několika dnech se vytvoří rezistence (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010).

## Závislost na kanabinoidech

**Konopí indické** (*Canabis indica*, *L.*, *Canabis sativa* *L.*) je výchozím materiálem pro přípravu této skupiny drog (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Konopí patří mezi jedny z nejstarších pěstovaných rostlin, jelikož ho prakticky využívaly všechny vyspělé starověké civilizace.

Indická tradice říká, že bohové věnovali člověku konopí k tomu, aby zvýšil svoji odvahu a rozkoš (ŠTABLOVÁ, BREJCHA, 2006). Konopí je považováno za nejrozšířenější nelegální drogu v Evropě, která se dováží a také pěstuje (EMCDDA, 2010). **Kanabinoidy** jsou specifické sekundární metabolity, které nebyly doposud identifikovány v jiných rostlinných druzích. Převážně se tvoří v plodech a ve žlázatých listech obalujících květy, v tzv. konopných plevách. Skupina kanabinoidů *canabis indica* tvoří asi 66 sloučenin. Nejdůležitější z těchto sloučenin je z hlediska psychoaktivního účinku převážně THC (tetrahydrocannabinolová kyselina) (KUBÁNEK, POLÍVKA, 2010). Kanabinoidy mají i další zajímavé vlastnosti. Je možné je využít pro analgetický vliv spolu s potlačením nevolnosti a zvracení u AIDS nebo v chemoterapii nádorových onemocnění. Jde o preparát Marinol, který se využívá také při terapii Alzheimerovy choroby. Dále je možné využít kanabinoidy v neurologii, vnitřním a očním

lékařstvím (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Zástupci konopných drog jsou marihuana a hašiš (KUBÁTOVÁ In: MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009). **Marihuana** je složena ze sušených částí rostlin, většinou z rozdrobených listů, stonků a květů (GOHLERT, KUHN, 2001). Obsahuje 2 – 8 % účinných látek u domácí produkce a u dovozu 6 – 15 % (KUBÁTOVÁ In: MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009). Barva marihuany je odvozena od kvality zpracování. Při nekvalitní přípravě, vlhkém sběru a v případě rychlého sušení je barva spíše tmavě zelená až černo zelená. Při dobrém zpracování je marihuana v menších kouscích, které drtí při sobě v hrudkách jemně lepících a má aroma (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Je nejrozšířenější nelegální drogou na světě ([www.drogy.cz](http://www.drogy.cz)). Marihuana se obvykle kouří ve formě cigaret (tzv. „joint“) anebo v dýmkách. Méně často je míchána s jídlem a konzumována jako čaj. Dále je možné ji užívat ve formě tzv. „bluntů“, které se připravují tak, že se odstraní tabák z cigarety a nahradí se marihuanou. Do jointů a bluntů se přidávají někdy silné drogy, například crack ([www.drogy.cz](http://www.drogy.cz)). **Hašiš** je získáván z pryskyřice kvetoucích rostlin konopí (GOHLERT, KUHN, 2001). Obsahuje až 40 % účinných látek (KUBÁTOVÁ In: MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009). Pryskyřice je žlutá až hnědá hmota, která nepříjemně páchne. Hašiš má tmavozelenou barvu, která přechází do tmavohnědé (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Hašiš je vysušován a slisován do tyčinek, hranolů nebo koulí. Během kouření se z hašišu a marihuany uvolňuje zápach po spáleném listí ([www.drogy.cz](http://www.drogy.cz)).

Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit často intenzivní a někdy až nepříjemné sucho v ústech, pocit hladu a chladu, výrazné překrvení spojivek (tzv. „králičí oči“), deformace ve vnímání času a prostoru, sluchové, zrakové a taktilní iluze. Intoxikace je většinou doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která může přejít do nezadržitelného a bouřlivého smíchu. Výjimečně se objevují panické a úzkostné stavy, agresivní nebo depresivní rozlady (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). Konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost, ale psychickou. Velmi časté, nadměrné a dlouhodobé užívání konopných drog vede ke zhoršení krátkodobé paměti a schopnosti soustředění, ke zmatenosti, dezorientaci, poruchám myšlení a emocí. Dochází také k paranoidním stavům u depresivních jedinců. U predisponovaných jedinců může dojít k rozvoji velmi intenzivních depresivních stavů nebo stavů úzkosti a napětí, které při vystupňování mohou přejít do panického stavu, kde hrozí nebezpečí sebepoškození anebo agrese k okolí (MIOVSKÝ In: KALINA, 2003). K dlouhodobým následkům patří plicní a srdeční poruchy, poruchy v reprodukčním systému obou pohlaví. Marihuana má negativní vliv také na veškerou činnost, která vyžaduje mentální, psychickou a fyzickou koordinovanost, jak je tomu například při řízení motorových vozidel. Negativní účinky marihuany mohou působit na člověka až 24 hodin po užití (ŠTABLOVÁ, BREJCHA, 2006).

### **Závislost na sedativech a hypnotikách**

**Analgetika** jsou látky, které díky dostatečné selektivitě snižují vnímání bolesti. Analgetika se rozdělují na dvě skupiny a to na opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika (NSA). **Opioidní analgetika** působí pravděpodobně přímo na centrální nervový systém a užívají se k tišení středně silné až silné bolesti, tj. pooperační, poúrazové bolesti a také bolesti u onkologicky nemocných. Mezi opioidní analgetika patří například Morphin, Codein, Tramal, atd. Naproti tomu **NSA** působí v místě bolesti, ve kterém se vytváří zánětlivá reakce. Jsou určena k tišení bolesti nižší až středně silné intenzity, tj. bolesti kloubů, svalů a jsou nezastupitelné při léčbě revmatických onemocnění. Řadí se k nim Aspirin, Acylpyrin, Brufen, Ibuprofen a další (BAYER In: KALINA, 2003).

Dlouhodobé nadužívání analgetik nesteroidního typu může způsobit poškození ledvin. Užívání NSA se stalo „módním“ trendem v samoléčbě. Léky jako jsou Ibuprofen nebo Diclofenac jsou považovány mnohdy za všespasitelné. Samoléčba bolestí zad, kloubů a zubů



atd. je v České republice zcela běžná. Neodborné užívání léků vede k poškození sebou samým (BAYER In: KALINA, 2003). Opioidní analgetika se odvykacím stavem neliší od jiných opioidů, avšak příznaky z vysazení mají obvykle nižší intenzitu. Nesteroidní analgetika nemají příznaky z vysazení (BAYER In: KALINA, 2003). **Sedativa** „jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem“ (BAYER IN: KALINA, 2003, s. 180). Mezi sedativa se řadí barbituráty, bromidy a některé rostlinné drogy. Sedativa můžeme pokládat také za **hypnotika** neboli „léky na spaní“, která negativním způsobem ovlivňují bdělost. Vyvolávají ospalost a navozují spánek. K sedativům se řadí například Rohypnol, neuroleptika, antihistaminika, antidepresiva atd. (BAYER In: KALINA, 2003). **Barbituráty** se v dnešní době jen zřídka užívají v neurologii jako antiepileptika (BAYER In: KALINA, 2003). Vzniká u nich výrazná fyzická závislost. U akutní toxicity dochází k zmatenosti, útlumu, komatu, depresi dechu, hypotenzi. Při těžší otravě se dostavuje hypertermie a smrt. Abstinenci příznaky se projevují strachem, úzkostí, poruchami spánku, třesem a křečemi (FIŠEROVÁ In: KALINA, 2003). **Trankvilizéry neboli anxiolytika** jsou léky, které ovlivňují pozitivním způsobem náladu. Svým působením způsobují snížení nebo odstranění úzkosti, napětí a strachu. Anxiolytika se podávají při úzkostných stavech, poruchách spánku spojených s úzkostí, odvykacím syndromu při závislosti na barbiturátech a alkoholu a při epileptickém záchvatu. Řadí se k nim například Valium, Diazepam, Rivotril, atd. (BAYER In: KALINA, 2003).

### **Závislost na organických rozpouštědlech**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) jsou těkavé látky uvedeny pod označením F 18 jako prchavé látky. Častěji se však užívá k jejich označení termín „inhalační drogy“. K těmto látkám se řadí některá ředidla, rozpouštědla, lepidla a plynné látky jako jsou například éter a rajský plyn. Těkavé látky se od sebe odlišují svým chemickým složením, způsobem užití a klinickým obrazem. Jejich společným znakem po užití je ovlivnění centrální nervové soustavy, jež se projevuje euforií, většinou s útlumem. Mohou se objevit i sluchové a zrakové halucinace (HAMPL In: KALINA, 2003). Mezi inhalační drogy patří toluen, trichlorethylen, aceton, éter, benzin a rajský plyn (HAMPL In: KALINA, 2003).

Toluen je u nás nejrozšířenějším zástupcem této skupiny. Z chemického hlediska jde o aromatický uhlovodík. Jedná se o bezbarvou kapalinu, která se získává z ropy, lehkého oleje či koksových plynů. Toluen je rozpouštědlo a ředidlo hlavně laků. Je volně prodejný v drogeriích. Je možné ho inhalovat přímo z láhve nebo ho čichat z napuštěné tkaniny. Účinek se dostavuje za několik minut a je relativně krátkodobý, pokud se inhalace neopakuje. Někteří uživatelé si ke zvýšení účinku přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují, což

představuje zvýšené riziko úmrtí. Při inhalaci toluenu se velmi rychle dostavuje pocit euforie, halucinace, dále dochází k útlumu, spánku a poruchám vědomí. Cílené dávkování je při běžném způsobu aplikace nemožné. Kvalitativní porucha vědomí potom snadno přejde v kvantitativní poruchu, v bezvědomí až koma, v němž může dojít k zástavě srdce, dechu, popřípadě k udušení zvratky. Již při prvním experimentálním užití může dojít k úmrtí. Při dlouhodobém užívání dojde k celkovému otupění, poruchám chování a emocí, toxickému poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest a popřípadě i k aspirační pneumonii. Jde o tzv. organický psychosyndrom, který je dán toxickým působením látky na mozkovou tkáň bohatou na lipidy. Toluén vyvolává psychickou závislost (HAMPL In: KALINA, 2003). Trichlorethylen je jedovatá kapalina, která se používá jako všestranné rozpouštědlo. Při inhalaci se mohou objevit sluchové a zrakové halucinace (HAMPL In: KALINA, 2003). Aceton, éter, benzin a rajský plyn patří mezi méně užívané inhalační drogy u nás. Aceton je mnohostranné rozpouštědlo, éter rozpouštědlo olejů a tuků dříve užívaný k narkózám. Benzin je pohonná hmota. Rajský plyn (oxid dusný) se užívá ke krátkodobým narkózám (HAMPL In: KALINA, 2003). Jako inhalanty je možné zneužívat více než 1000 domácích a jiných běžných výrobků. K dalším možným způsobům, jak užít inhalační drogy je jejich vstříkávání do úst a do nosu ([www.drogy.cz](http://www.drogy.cz)). V naší zemi mají těkavé látky dlouholetou tradici a jsou pořád aktuální, jelikož je řada z nich snadno dostupná a cenově přístupná. Zejména jsou populární u mladistvých, kteří navštěvují učňovské školy (ŠTABLOVÁ, BREJCHA, 2008).

## 7. Program primární prevence sociálně patologických jevů v prostředí školy pro mládež se sluchovým postižením

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vydalo **Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních**, č. j.: 21291/2010 – 28, které se prioritně zaměřuje na předcházení rozvoje rizik směřujících k rizikovým projevům v chování žáků. K rizikovým projevům zařazuje nejen agresí, šikanu, záškoláctví, atd., ale také závislostní chování a užívání návykových látek. Základním principem primární prevence rizikového chování je, dle článku 2 tohoto doporučení, *„výchova k přecházení a minimalizaci rizikových projevů chování, ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací osobnosti.“* Jejím cílem je buď zabránit výskytu rizikového chování nebo omezit co nejvíce škody způsobené jejich výskytem mezi žáky. Toto metodické doporučení (čl. 2) vymezuje termíny jako jsou specifická, nespecifická, efektivní a neúčinná primární prevence, minimální preventivní program, školní preventivní strategie a rizikové chování. **Systém organizace a řízení primární prevence rizikového chování** (čl. 3) tvoří Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, krajský úřad, krajský školní koordinátor prevence, metodik prevence v pedagogicko – psychologické poradně, ředitel školy a školského zařízení, školní metodik prevence a třídní učitel. Standardní činnosti školního metodika prevence (metodické, koordinační, informační a poradenské) vymezuje **Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních**. U žáků se sluchovým postižením se v protidrogové prevenci využívá jejich snadné ovlivnitelnosti. Prevence je uskutečňována pedagogickým pracovníkem ve speciálních školách pro sluchově postižené, který absolvoval speciální kurz. Při besedách s tematikou protidrogové prevence se využívá znakového jazyka a s pomocí znaků, které odpovídají konkrétním termínům, mohou děti dané problematice porozumět lépe. Díky tomu se pro ně stane tato problematika přístupnější. Mohou se však vyskytnout problémy v tom, že znakový jazyk nemá odpovídající slovní zásobu na toto téma (LANGER In: RÁDLOVÁ, VALENTA, 2002).

Jiří Langer z katedry speciální pedagogiky PdF UP, Olomouc, ČR, který se věnuje významu znaků z oblasti protidrogové prevence pro sluchově postižené uvádí :

*„Lidé s poruchou sluchu mají vzhledem k charakteru svého postižení výrazně narušenou komunikační schopnost, která jim brání v plnohodnotné komunikaci mezi lidmi a následně také v přístupu k informacím. I když jsou dnešní média televizí počínaje a denním tiskem*

konče plná nejrůznějších dokumentů a příspěvků upozorňujících na nebezpečí drog a návykových látek, k neslyšícím se většina informací nedostane. Jsou vesměs odkázáni jen na individuální informace od rodičů a pedagogů ve speciálních školách. Riziko vzniku závislosti na omamných látkách, či jiných sociálně patologických jevech není u lidí se sluchovým postižením o nic nižší, než u ostatní populace. Příčinou je poměrně značná „ovlivnitelnost“ sluchově postiženého jedince, který se snadněji ztotožní s jakýmkoli vzorem. Dostane-li se tedy sluchově postižené dítě v kritických letech do nevhodného prostředí, je riziko vzniku sociálně patologického jevu velmi vysoké. Že je toto riziko velice reálné potvrzuje fakt, že ve velkých městech (především v Praze) si drogy našly cestu i mezi sluchově postižené.

Zmíněné „ovlivnitelnosti“ sluchově postižených ovšem můžeme paradoxně využít při protidrogové prevenci. Ta je ve speciálních školách pro sluchově postižené realizována pedagogickým pracovníkem, který absolvoval speciální kurs.

V posledních deseti letech došlo k obrodě a velkému rozvoji znakového jazyka, který se začal prosazovat i do vyučování ve školách pro sluchově postižené. Znakový jazyk neslyšících je jejich přirozeným jazykem a nabízí se jej tedy využít i při besedách s tematikou protidrogové prevence. Pomocí znaků odpovídajícím konkrétním termínům mohou děti porozumět dané problematice lépe a bude pro ně přístupnější, než pokud budou odkázány pouze na mluvenou řeč..

Protože je však oblast protidrogové prevence u sluchově postižených víceméně teprve v plenkách, mohou se vyskytnout problémy takového rázu, že znakový jazyk jednoduše nemá odpovídající slovní zásobu.

Z příručky *Modifikované národní osnovy pro vzdělávání metodiků primární prevence škol a školských zařízení pro sluchově postižené* (Olomouc 2001), vypsals klíčové termíny a pokusil se k nim vyhledat odpovídající znaky. Spolupracoval přitom s několika tlumočnickými znakového jazyka a samotnými neslyšícími. Z 37 vybraných termínů se mu ovšem nepodařilo najít žádný znak u 6 z nich a proto doporučil nutnost při jejich interpretaci použít prstovou abecedu. Dva výrazy si vypomáhají prstovou abecedou a jsou doplněny znakem a zbylých 30 termínů má svůj vlastní znak (některé i více).

Dospěl k tomu, že v rámci zefektivnění protidrogové prevence u sluchově postižených by bylo prospěšné doplnit zmíněné *Modifikované národní osnovy* obrazovým slovníčkem klíčových znaků, protože znakový jazyk neslyšících je vizuálně-motorickým komunikačním systémem, u kterého není možné popsat (pro laického čtenáře) průběh jednotlivých znaků ve srozumitelné formě. Během prezentace příspěvku byly jednotlivé znaky názorně předvedeny. Uvedl tedy jen seznam interpretovaných znaků.“

Áčko, Alnagon	Kofenismus, Kokain
Abstinence	Konopí
Abst'ák	LSD
AIDS	Lysohlávky
Alkohol	Marihuana
Alkoholismus	Marjánka
Ambulantní léčba	Narkoman
Braun	Opium
Crack	Patologické hráčství – není znak
Cukr	Pervitin
Časná intervence	Sexuální zneužívání – není znak
Déčko, Dolsin	Šikanování
Delikvence – není znak	Tabák
Diferencovaná léčba	Téčko, Toluen
Droga	Ústavní léčba
Extáze – není znak	Závislost
Fetovat	
Gambler – není znak	
Háčko, Heroin, Hašiš	

To, že nelegální drogy prostoupily do života naší společnosti, tedy i té neslyšící, neznamena, že bychom měli rezignovat na hledání účinných prostředků, které nám pomohou snižovat nabídku i poptávku po nich. Největší zlo všech drog pro společnost spočívá v tom, že jejich užívání rozkládá přirozené sociální vazby, způsobuje zdravotní problémy a provazuje uživatele s kriminálním prostředím a chováním. Jen mladý člověk, který má dostatek objektivních informací o rizicích spojených s užíváním drog, může drogy ze svého hodnotového systému úplně vyloučit. **Chytré je totiž nezačít.**

## **8. Šetření výskytu závislostního chování adolescentů se sluchovým postižením**

Praktická část diplomové práce spočívala v získávání a následném zpracování informací o osobních zkušenostech žáků – adolescentů se sluchovým postižením naší školy s návykovými látkami. Takto získané informace mohou být následně využity při další a účelněji zaměřené prevenci.

## **9 . Cíl šetření výskytu závislostního chování adolescentů se sluchovým postižením**

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké zkušenosti s návykovými látkami mají adolescenti se sluchovým postižením.

### **9.1 Výzkumné otázky**

O1: Se kterými návykovými látkami mají adolescenti se sluchovým postižením největší zkušenost?

O2: Se kterými návykovými látkami mají adolescenti se sluchovým postižením nejmenší zkušenost?

O3: Které látky považují adolescenti se sluchovým postižením za nejsnadněji dostupné?

O4: Které látky považují adolescenti se sluchovým postižením za nejobtížněji dostupné?

### **9.2 Metody a metodika šetření**

Výzkum se uskutečnil ve školním roce 2013/2014 ve Speciální škole pro sluchově postiženou mládež v Praze. Výzkumný vzorek tvořili žáci OU, SOU, SŠ a HŠ. Pro zjišťování údajů byla použita metoda dotazníku o 24 položkách. Součástí dotazníku byly instrukce k jeho vyplnění, kde byli respondenti informováni o účelu dotazníkového šetření a jeho anonymitě. Dotazník obsahoval základní faktografické údaje, uzavřené a polouzavřené otázky. Oba typy otázek byly formulovány tak, aby mi umožnily dosáhnout výzkumného cíle a odpovědět na výzkumné otázky. Polouzavřené otázky nabízely nejprve alternativní odpověď a potom ještě žádaly vysvětlení nebo objasnění v podobě otevřené otázky. Dotazník byl sestaven nejen proto, aby vyhodnotil zkušenosti a znalosti žáků se sluchovým postižením s návykovými látkami (užívání, prevence, pomoc, dostupnost), ale také aby ukázal jejich právní povědomí o této problematice.

Výzkum jsem ve škole pro sluchově postižené prováděla osobně s pomocí vyučujících. Při vyplňování dotazníku byla v mnoha případech nutná individuální pomoc, neboť některá slova byla pro žáky méně srozumitelná. Návratnost dotazníků byla 100 % a pro splnění cílů diplomové práce jsem použila odpovědi 21 respondentů. Je třeba si uvědomit, že tato zvolená metoda má nižší věrohodnost z toho důvodu, že údaje uváděné respondenty nemusejí být pravdivé. Při vyhodnocování dotazníků bylo také zjištěno, že na některé otázky respondenti neodpověděli. Vzor dotazníku je uveden jako Příloha č. 1.

## 10. Analýza výsledků dotazování „Návykové látky“

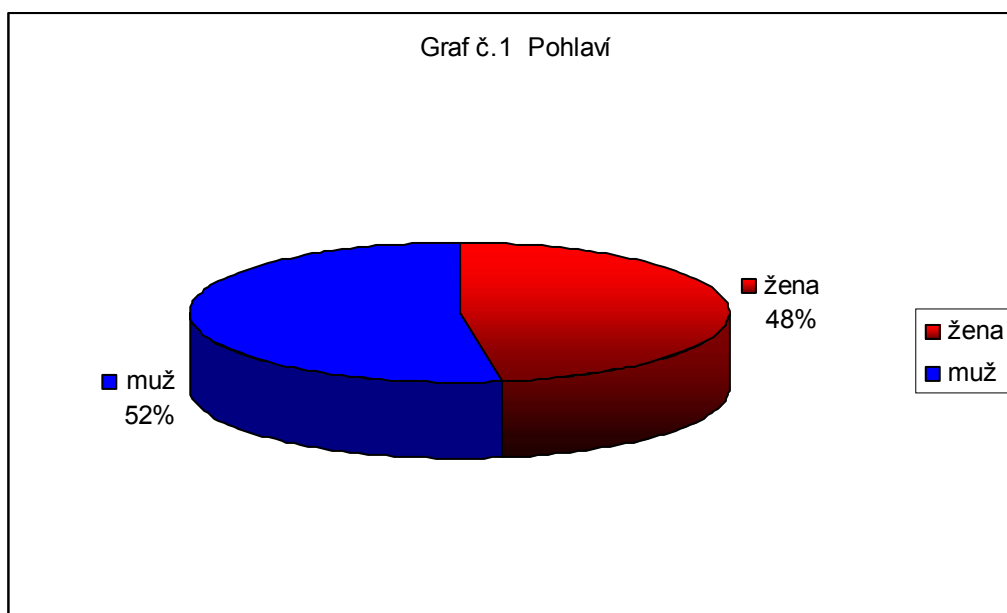
Odpovědi adolescentů se sluchovým postižením (respondentů) na jednotlivé otázky dotazníku jsou shrnuty pro lepší přehlednost v tabulkách a grafech, které pro každou variantu odpovědi uvádějí jejich četnost a procentuální vyjádření. Tabulka se skládá ze tří částí. V první jsou uvedeny možné varianty odpovědi, ve druhé je vyjádřena četnost odpovědí a ve třetí procentuální výsledky souhrnu odpovědí. Ke každé odpovědi následuje krátký slovní komentář.

### 10.1 Data a jejich interpretace

Do dotazníku jsem zařadila tři otázky týkající se faktografických údajů – pohlaví, věku a bydliště adolescentů se sluchovým postižením

#### Faktografický údaj č. 1 : Pohlaví

Tabulka č.1: Pohlaví		Počet	Počet (%)
Žena		10	48
Muž		11	52
Celkem		21	100



#### Komentář č. 1: Pohlaví

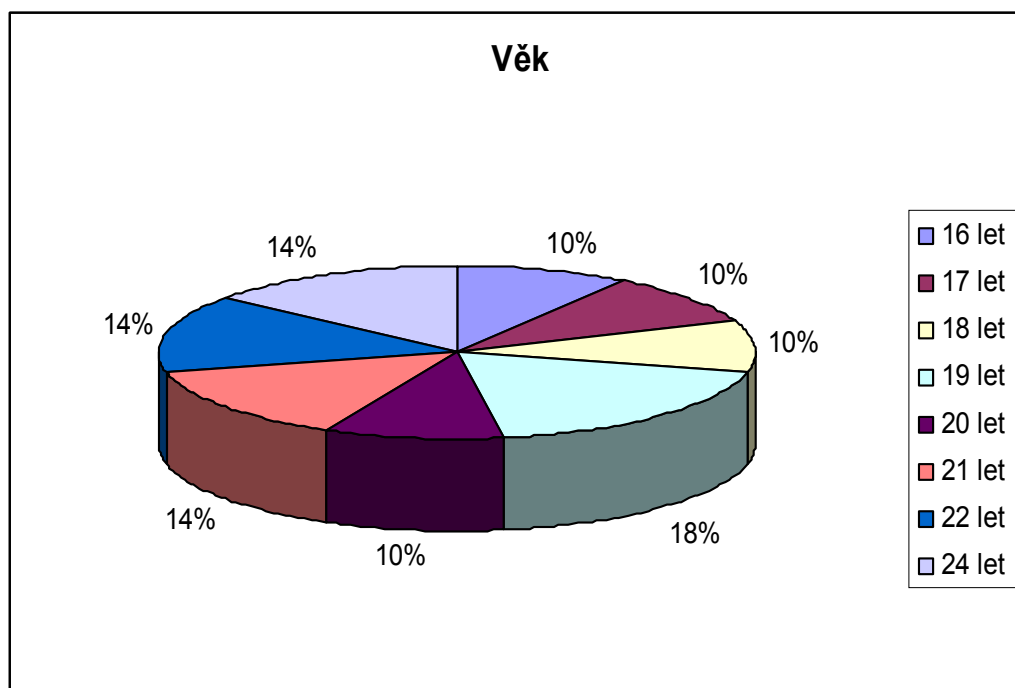
Z uvedené tabulky a grafu je patrné, že počet respondentů je téměř vyrovnaný, Na otázky v dotazníku odpovídalo více chlapců.



## Faktografický údaj č. 2 : Věk

Tabulka č.2 : Věk		Počet	Počet
16 let	2	10	
17 let	2	10	
18 let	2	10	
19 let	4	18	
20 let	2	10	
21 let	3	14	
22 let	3	14	
24 let	3	14	
Celkem	21	100	

Graf č. 2 : Věk



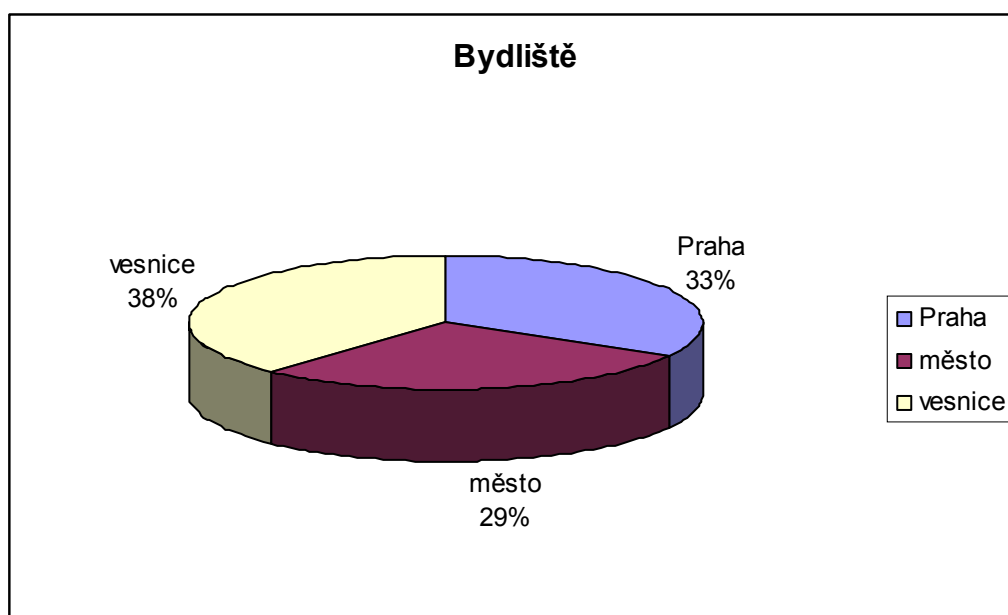
### Komentář č. 2: Věk

Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 je patrné, že nejvíce dotazník vyplňovali devatenáctiletí žáci (18 %). Hned za nimi následovali žáci ve věku 21 , 22 a 24 let (14 %), a 16, 17, 18 a 20 let (10 %).

### Faktografický údaj č. 3 : Bydliště

Tabulka č. 3 : Bydliště		Počet (%)
	Počet	
Praha	7	33
město	6	29
vesnice	8	38
celkem	21	100

### Graf č. 3 : Bydliště



### Komentář č. 3 : Bydliště

Tabulka č. 3 a graf č. 3 ukazují, kolik respondentů žije v Praze , v městech a kolik na vesnicích. Z odpovědí vyplynulo, že v Praze žije 33% žáků , ve větších městech žije 29% žáků a nejvíce respondentů jsem měla žijících ve vesnicích ( 38 %).

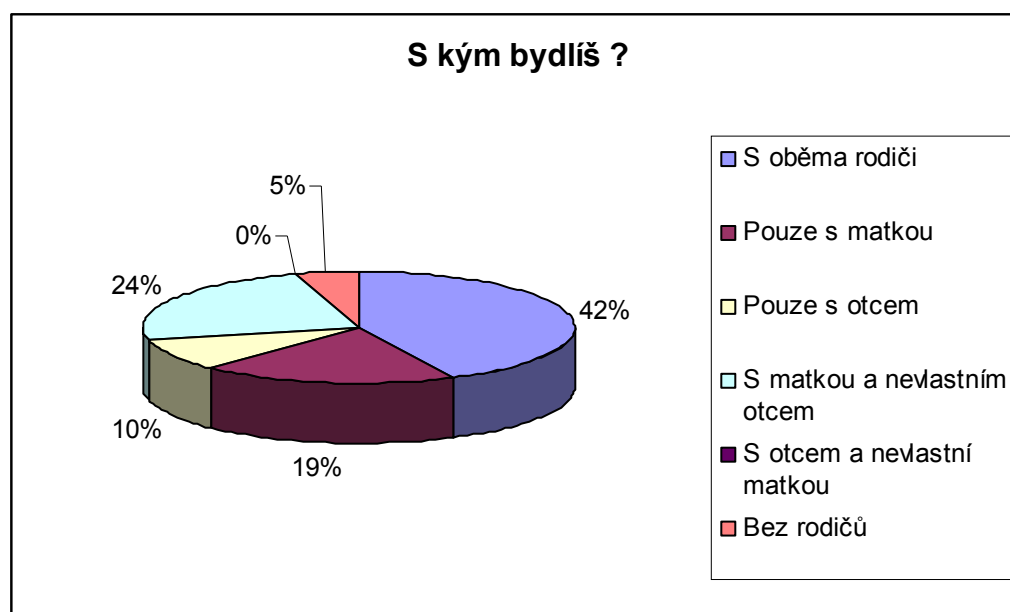
## 10.2 Vlastní dotazník

Ve vlastním dotazníku jsem kladla otázky zaměřené na různé oblasti, týkající se zkušeností adolescentů se sluchovým postižením s návykovými látkami. Dotazník je přílohou č.1 tohoto materiálu .

**Otázka č. 1 :** S kým bydlíš ?

<b>Tabulka č. 1:</b> Bydlení	Počet	Počet (%)
S oběma rodiči	9	42
Pouze s matkou	4	19
Pouze s otcem	2	10
S matkou a nevlastním otcem	5	24
S otcem a nevlastní matkou	0	0
Bez rodičů	1	5
Celkem	21	100

**Graf č. 1 :** S kým bydlíš ?



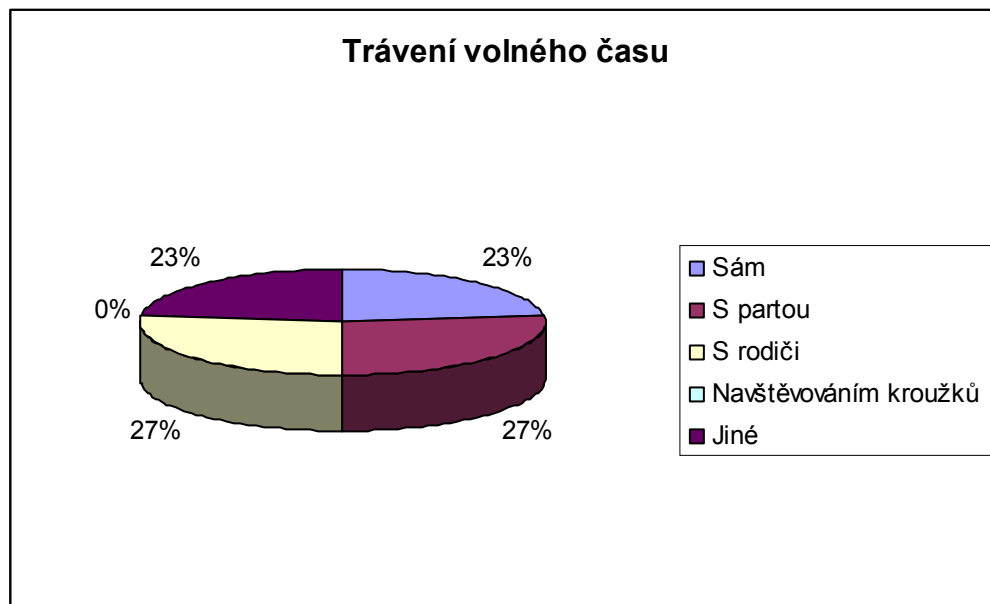
### Komentář č. 1 : Bydlení

Na tuto otázku většina respondentů odpověděla (42 %), že bydlí s oběma rodiči. Pouze s matkou bydlí 19% a jen s otcem 10 % adolescentů . S matkou a nevlastním otcem bydlí 24 % respondentů. Je zajímavé, že s otcem a nevlastní matkou nebydlí žádný z respondentů. 5 % žáků odpovědělo, že nebydlí vůbec s rodiči, ale v dětském domově.

### Otázka č. 2 : Volný čas trávíš nejčastěji ?

	Počet	Počet (%)
Sám	5	23
S partou	6	27
S rodiči	6	27
Navštěvováním kroužků	0	0
Jiné	5	23
Celkem	21	100

### Graf č. 2 : Trávení volného času



### Komentář č. 2 : Trávení volného času.

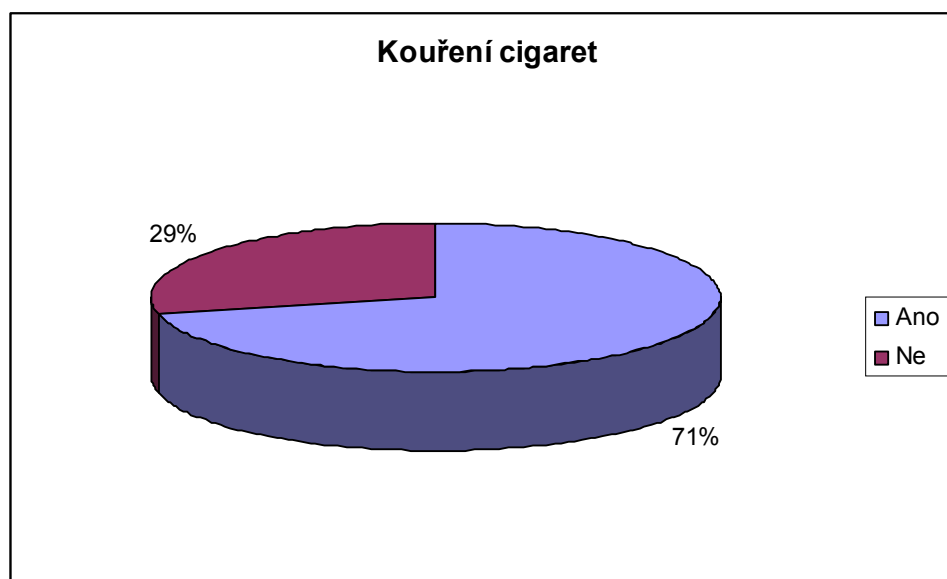
23 % adolescentů tráví volný čas o samotě . S partou a rodiči tráví volný čas 27% respondentů. 23 % respondentů odpovědělo, že volný čas tráví většinou jinak tzn.s přítelkyní

nebo přítelem nebo sportem případně u počítače. A žádný respondent nenavštěvuje zájmové kroužky.

**Otázka č. 3 :** Kouřil(a) jsi někdy cigarety?

<b>Tabulka č. 3: Kouření cigaret</b>		
	Počty	Počty (%)
Ano	15	71
Ne	6	29
Celkem	21	100

**Graf č. 3 :** Kouření cigaret



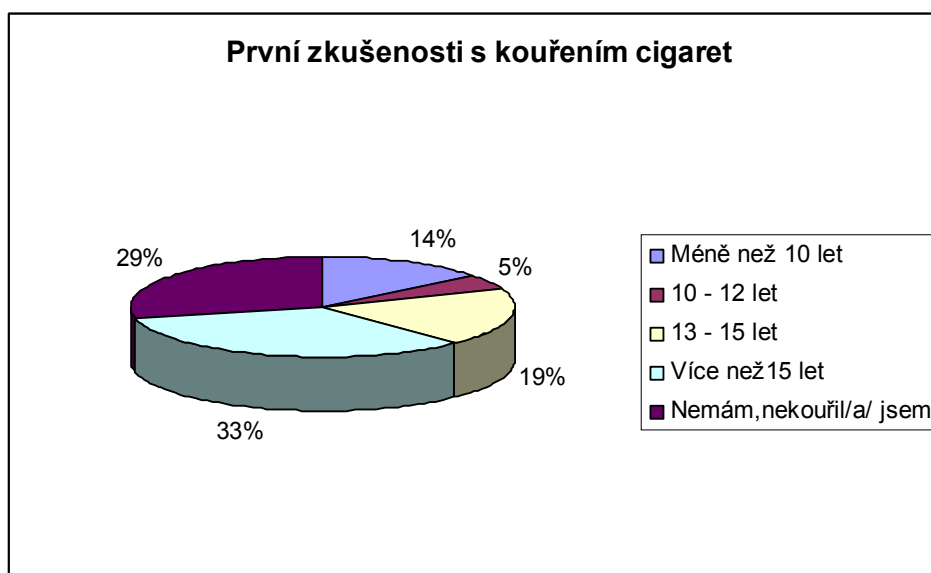
**Komentář č. 3 :** Kouřil(a) jsi někdy cigaretu ?

Na tuto otázku 71 % adolescentů odpověděla kladně a jen 29 % respondentů odpovědělo záporně.. To, že tolik % žáků má zkušenosti s kouřením cigaret, je velmi znepokojivé.

**Otázka č. C1 :** Poprvé jsi kouřil(a) cigaretu, když ti bylo ?

<b>Tabulka C1: První zkušenosti s kouřením cigaret</b>		
kouřením cigaret	Počty	Počty (%)
Méně než 10 let	3	14
10 - 12 let	1	5
13 - 15 let	4	19
Více než 15 let	7	33
Nemám, nekouřil/a/ jsem	6	29
Celkem	21	100

**Graf č. C1 :** První zkušenosti s kouřením cigaret



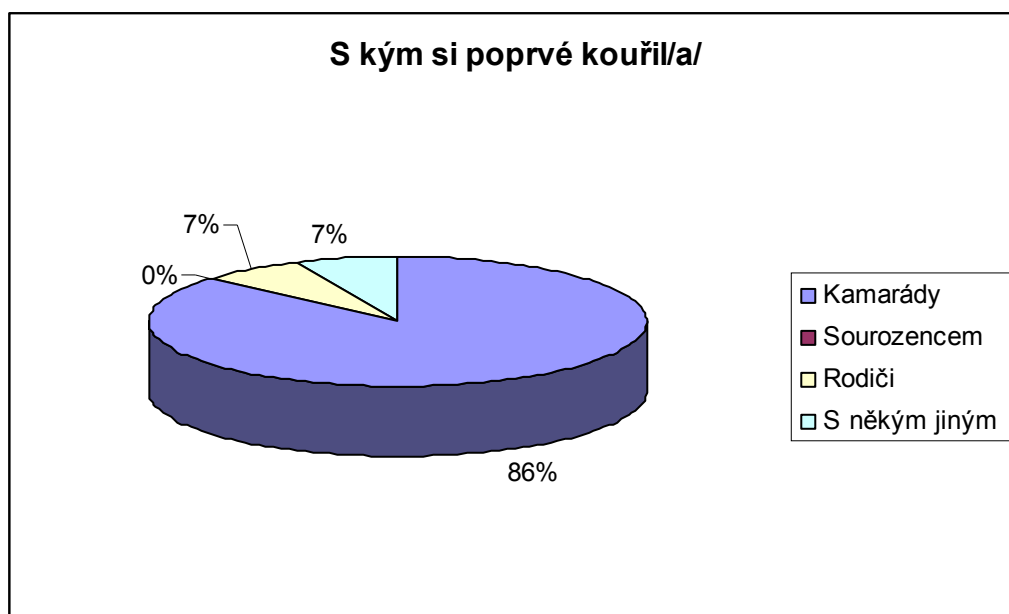
**Komentář č. C1:** První zkušenost s kouřením cigaret

Z tabulky č. C1 a grafu C1 jsou patrné informace o věku, kdy žáci poprvé získali osobní zkušenost s kouřením. Nejvíce žáků zkusilo svou první cigaretu po 15. roku věku ( 33 %). Je velmi alarmující, že 14 % respondentů uvedlo, že svoji první cigaretu zkusilo, když jim bylo méně než 10 let. Zarážející je ovšem i zjištění ,že 19 % respondentů zkusilo kouřit cigarety již mezi 13 – 15 rokem věku.Potěšujícím zjištěním je ,že 29 % adolescentů se sluchovým postižením nemá žádné zkušenosti s kouřením cigaret, protože nikdy nekouřili

**Otázka č. C2 :** Cigarety jsi poprvé kouřil(a) s

<b>Tabulka č. C2 : S kým jsi poprvé kouřil(a) cigarety</b>		
kouřil(a) cigarety	Počty	Počty (%)
Kamarády	13	86
Sourozencem	0	0
Rodiči	1	7
S někým jiným	1	7
Celkem	15	100

**Graf č. C2 :** S kým jsem poprvé kouřil(a) cigarety



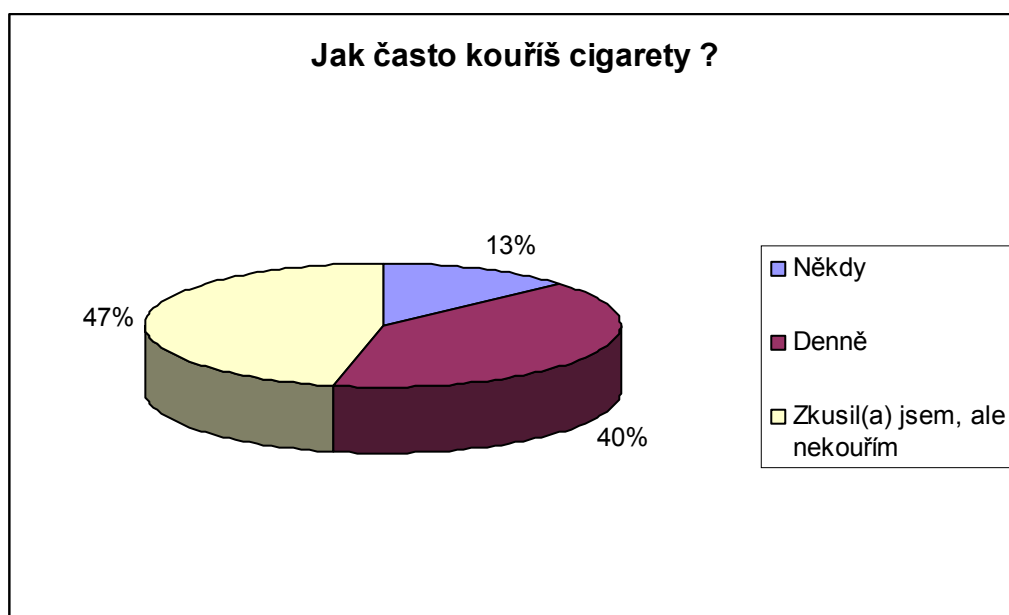
**Komentář č. C2 :** S kým jsi poprvé kouřil(a) cigarety

86 % respondentů poprvé kouřilo cigarety s kamarády. 7 % respondentů odpovědělo na otázku, že začínali kouřit sami. Je překvapující, že 7% začínalo kouřit cigarety s rodiči.

**Otázka č. C3 : Jak často kouříš cigarety?**

<b>Tabulka č. C3 : Četnost</b>		
kouření cigaret	Počty	Počty (%)
Někdy	2	13
Denně	6	40
Zkusil(a) jsem, ale nekouřím	7	47
Celkem	15	100

**Graf č. C3 : Četnost kouření cigaret**



**Komentář č. C3 : Četnost kouření cigaret**

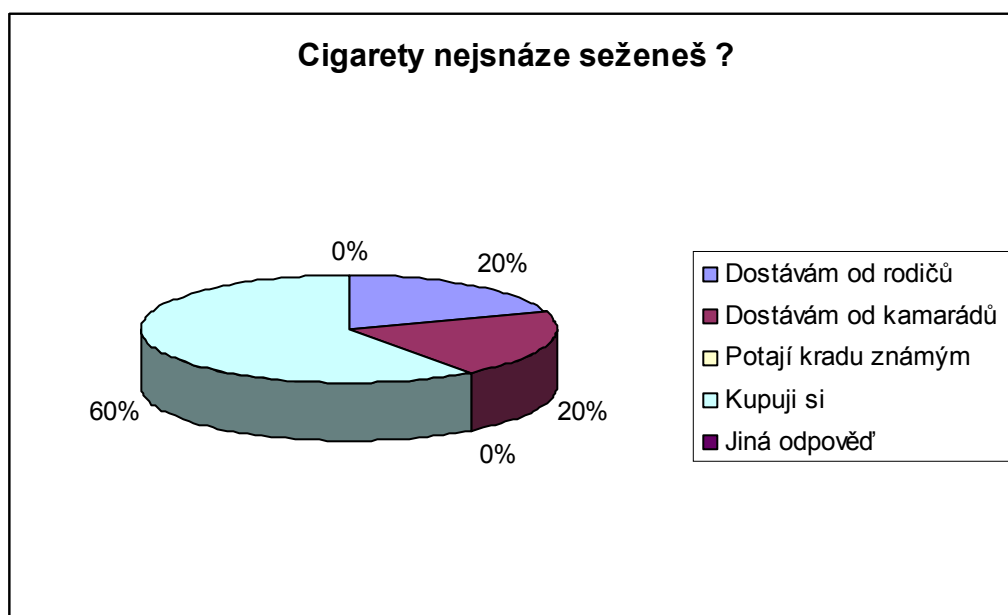
47 % respondentů uvedlo, že zkusili kouřit cigarety, ale v současné době již nekouří. Někdy kouří cigarety 13 % a denně až 40 % adolescentů , což je alarmující.



**Otázka č. C4 : Cigarety nejnáze získáváš**

<b>Tabulka č. C4: Možnosti</b>		
získávání cigaret	Počty	Počty (%)
Dostávám od rodičů	3	20
Dostávám od kamarádů	3	20
Potají kradu známým	0	0
Kupuji si	9	60
Jiná odpověď	0	0
Celkem	15	100

**Graf č. C4 : Možnosti získávání cigaret**



**Komentář č. C4 : Možnosti získávání cigaret**

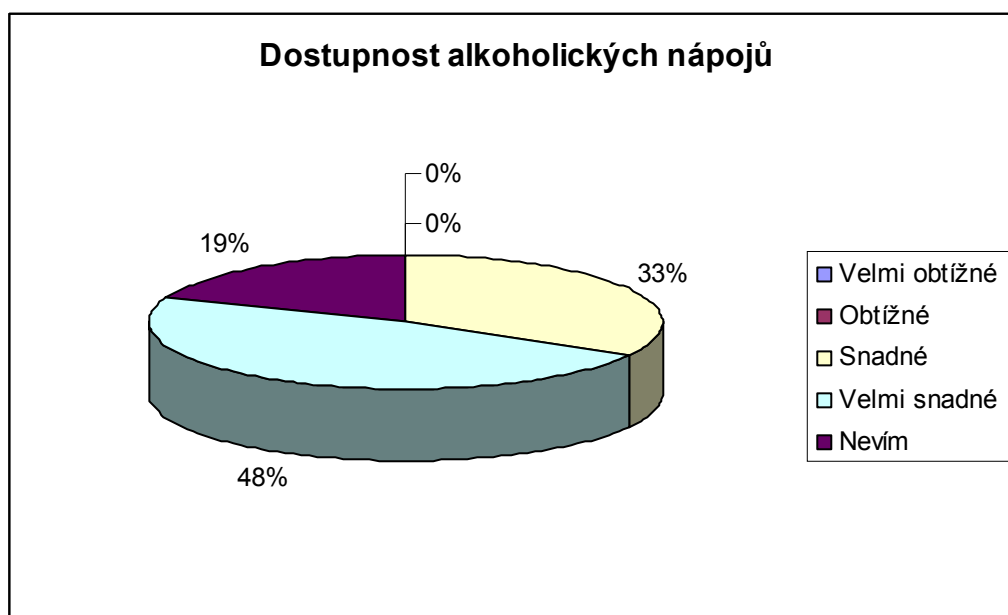
20 % respondentů uvedlo, že nejčastěji dostávají cigarety od rodičů a od kamarádů..

60 % adolescentů se sluchovým postižením si sami kupují cigarety.

**Otázka č. 4 :** Myslíš si, že je obtížné sehnat alkoholické nápoje?

<b>Tabulka č. 4: Dostupnost alkoholických nápojů</b>		
	Počty	Počty (%)
Velmi obtížné	0	0
Obtížné	0	0
Snadné	7	33
Velmi snadné	10	48
Nevím	4	19
Celkem	21	100

**Graf č. 4 :** Dostupnost alkoholických nápojů



**Komentář č. 4 :** Dostupnost alkoholických nápojů

Počet respondentů, kteří považují dostupnost získání alkoholických nápojů za velmi obtížnou či obtížnou je nulový. Pro adolescenty je snadné ( 33% ) či velmi snadné ( 48 % ) sehnat alkoholické nápoje. 19 % respondentů odpovědělo, že neví jak je obtížné sehnat alkoholické nápoje.

**Otázka č. 5 :** Alkoholické nápoje si můžeš koupit, až když ti bude ?

<b>Tabulka č. 5: Legální nákup</b>		
alkoholických nápojů	Počty	Počty (%)
15 letech	1	5
18 letech	19	90
21 letech	1	5
Celkem	21	100

**Graf č. 5 :** Legální nákup alkoholických nápojů



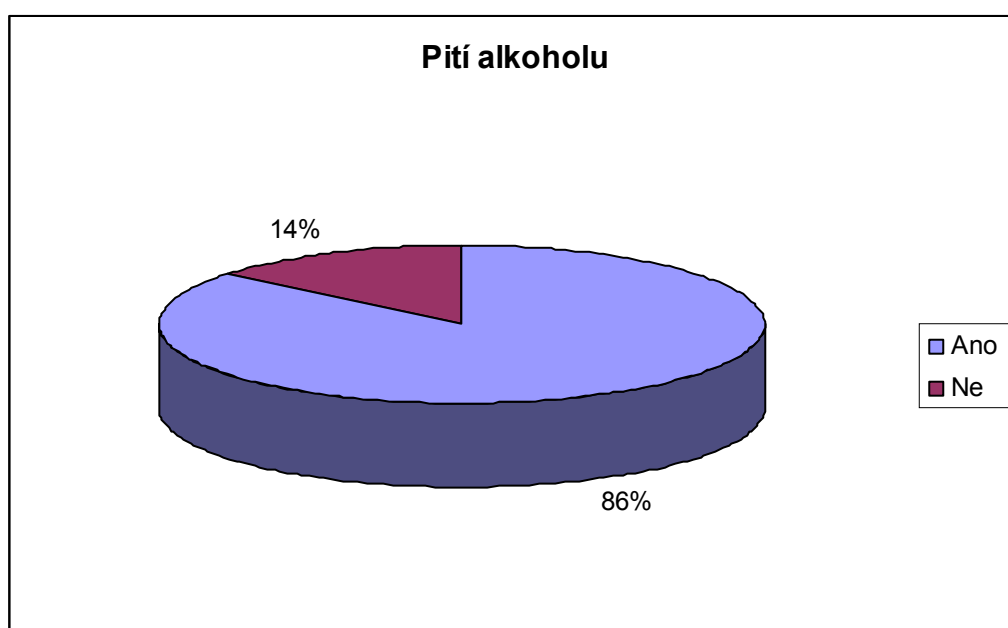
**Komentář č.5:** Legální nákup alkoholických nápojů

90 % dotázaných správně odpovědělo na otázku, v kolika letech si mohou koupit alkoholické nápoje. Zbývajících 10 % uvedlo chybnou odpověď (15ti nebo 21 letech).

**Otázka č. 6 :** Pil(a) jsi už alkohol ?

<b>Tabulka č. 6 : Pítí alkoholu</b>	Počty	Počty (%)
Ano	18	86
Ne	3	14
Celkem	21	100

**Graf č. 6 :** Pítí alkoholu



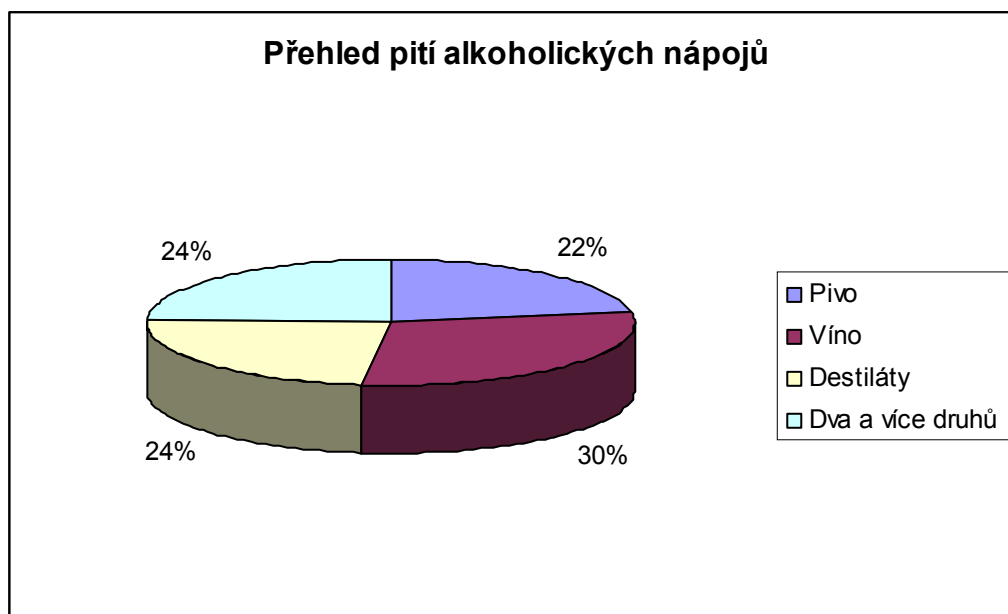
**Komentář č. 6 :** Pítí alkoholu

Na tuto otázku odpovědělo kladně většina respondentů. Zápornou odpověď zvolilo pouze 14% respondentů. Je velmi znepokojivé, že 86% adolescentů má zkušenosti s pitím alkoholu.

**Otázka č. A1 :** Které z těchto alkoholických nápojů si už pil(a)?

<b>Tabulka č. A1 : Přehled pití</b>		
alkoholických nápojů	Počty	Počty v %
Pivo	12	22
Víno	16	30
Destiláty	13	24
Dva a více druhů	13	24
Celkem	54	100

**Graf č. A1:** Přehled pití alkoholických nápojů



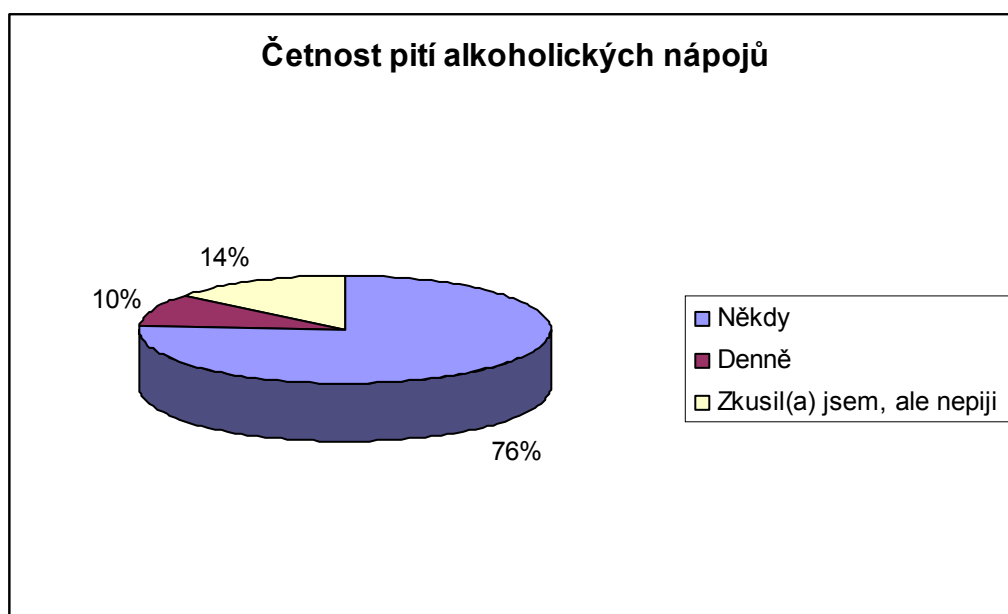
**Komentář č. A1 :** Přehled pití alkoholických nápojů

Z tabulky č. A1 a grafu č. A1 vyplývají informace o druhu alkoholu, který již adolescenti pili. Respondenti si mohli vybrat i odpověď, že pili více druhů alkoholických nápojů. Tuto možnost zvolilo 24 % adolescentů. Dalšími velmi často užívanými alkoholickými nápoji byly pivo (22 %) a víno (30 %). Více procent (24 %) než pít piva získalo pít destilátů, což vidím jako velice závažný jev.

**Otázka č. A2 :** Jak často piješ alkoholické nápoje?

Tabulka č. A2: Četnost pití alkoholických nápojů		
alkoholických nápojů	Počty	Počty v %
Někdy	16	76
Denně	2	10
Zkusil(a) jsem, ale nepiji	3	14
Celkem	21	100

**Graf č. A2 :** Četnost pití alkoholických nápojů



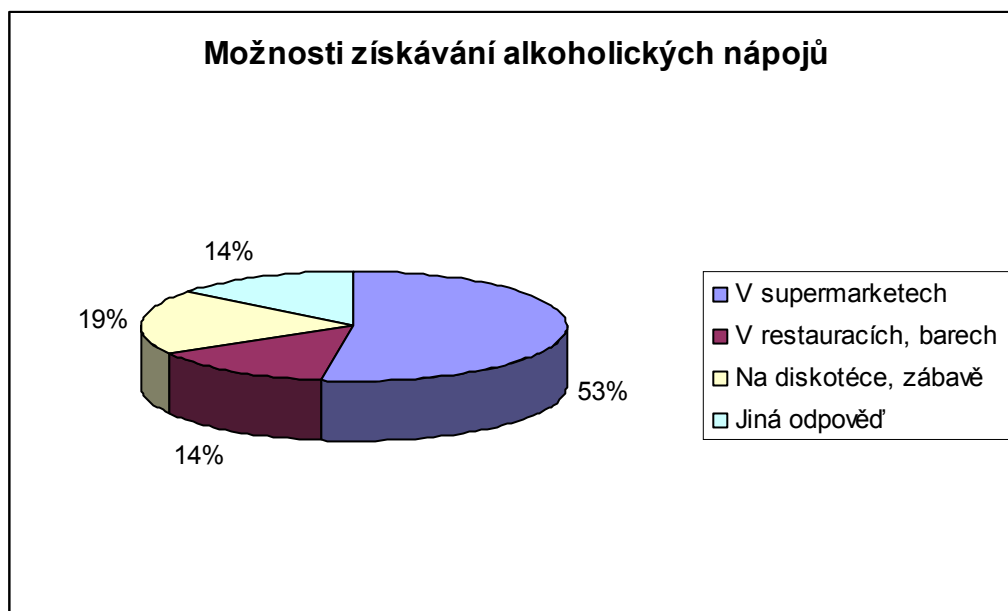
**Komentář č. A2 :** Četnost pití alkoholických nápojů

Přes 76% respondentů uvedlo, že alkoholické nápoje pijí někdy. 14 % respondentů pití zkusilo, ale v současné době již nepijí. Odpověď, že pije alkohol denně, dali dva adolescenti což je 10% z oslovených.

**Otázka č. A3:** Alkoholické nápoje nejnáze seženeš

<b>Tabulka č. A3 : Možnosti získávání</b>		
alkoholických nápojů	Počty	Počty (%)
V supermarketech	11	53
V restauracích, barech	3	14
Na diskotéce, zábavě	4	19
Jiná odpověď	3	14
Celkem	21	100

**Graf č. A3 :** Možnosti získávání alkoholických nápojů



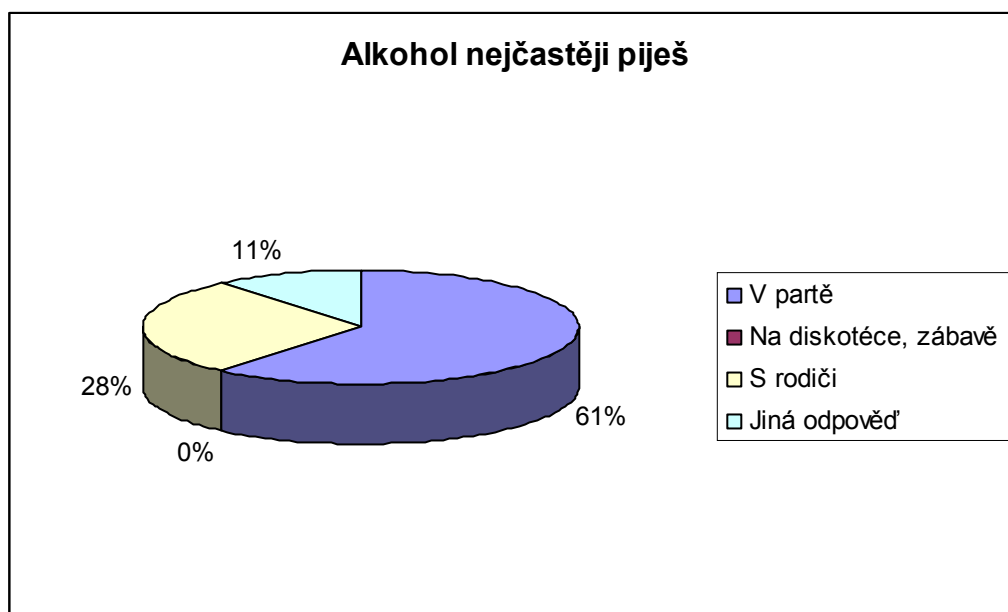
**Komentář č. A3 :** Možnosti získávání alkoholických nápojů

Čtrnáct procent respondentů uvedlo, že alkohol lze nejnáze sehnat v restauracích a barech. Diskotéku a zábavu zvolilo 19 % respondentů. 53 % respondentů odpovědělo, že alkohol nejnáze seženou v supermarketech. Jinou možnost využilo 14 %, pro které je snadné získat alkohol například v rodině případně od kamarádů nebo na oslavě.

**Otázka č. A4 :** Alkoholické nápoje nejčastěji piješ

<b>Tabulka č. A4 : Nejčastější možnosti</b>		
pití alkoholických nápojů	Počty	Počty (%)
V partě	11	61
Na diskotéce, zábavě	0	0
S rodiči	5	28
Jiná odpověď	2	11
Celkem	18	100

**Graf č. A4 :** Nejčastější možnosti pití alkoholických nápojů



**Komentář č. A4:** Nejčastější možnosti pití alkoholických nápojů

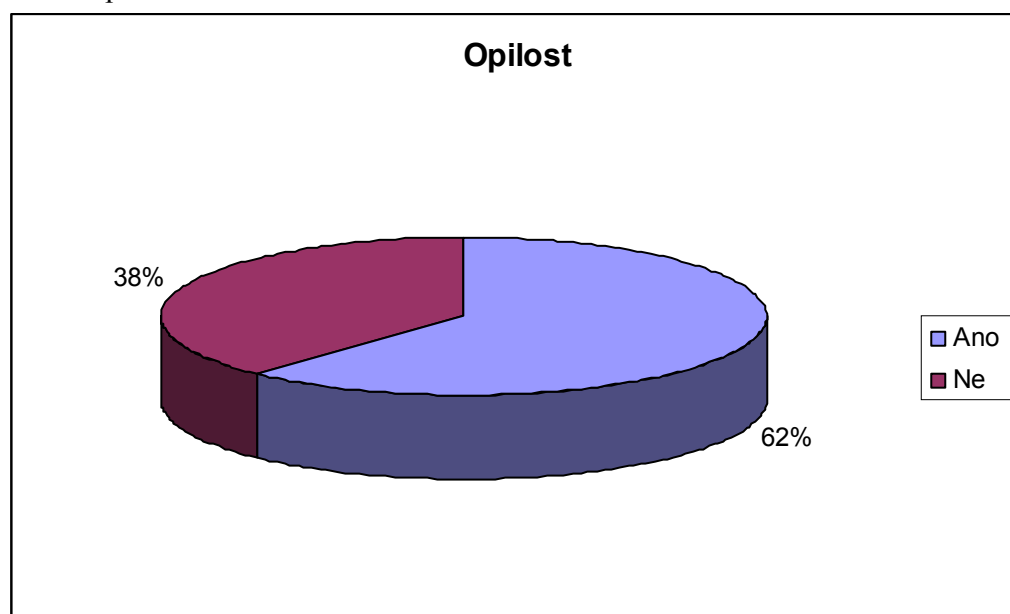
Velmi překvapující je, že téměř 28 % respondentů uvedlo, že nejčastěji konzumují alkohol s rodiči. V partě konzumuje alkohol 61% adolescentů. Na diskotéky a zábavy naši sluchově postižení adolescenti nechodí.



**Otázka č. A5 :** Byl(a) jsi už opilý(á)?

<b>Tabulka č. A5 : Opilost</b>	Počty	Počty (%)
Ano	13	62
Ne	8	38
Celkem	21	100

**Graf č. A5 :** Opilost



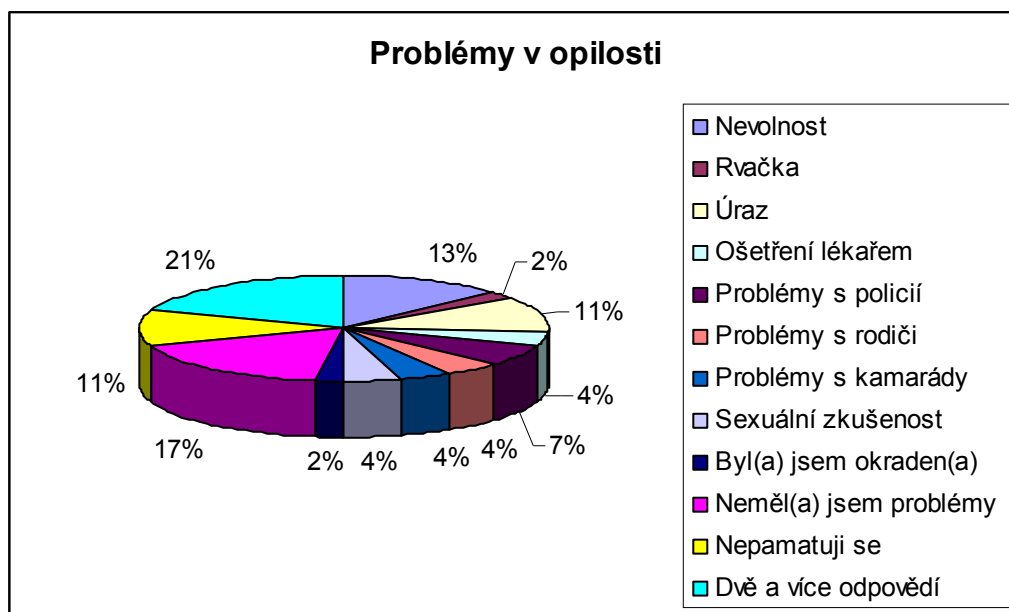
**Komentář č. A5 :** Opilost

38 % adolescentů odpovědělo, že nebyli opilí. K opilosti se přiznalo 62 % respondentů.

**Otázka č. A6 : Jaké jsi měl(a) v opilosti problémy?**

<b>Tabulka č.A6 : Problémy</b>		
v opilosti	Počty	Počty v %
Nevolnost	6	13
Rvačka	1	2
Úraz	5	11
Ošetření lékařem	2	4
Problémy s policií	3	7
Problémy s rodiči	2	4
Problémy s kamarády	2	4
Sexuální zkušenost	2	4
Byl(a) jsem okraden(a)	1	2
Neměl(a) jsem problémy	8	17
Nepamatuji se	5	11
Dvě a více odpovědí	9	21
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**Graf č. A6 : Problémy v opilosti**



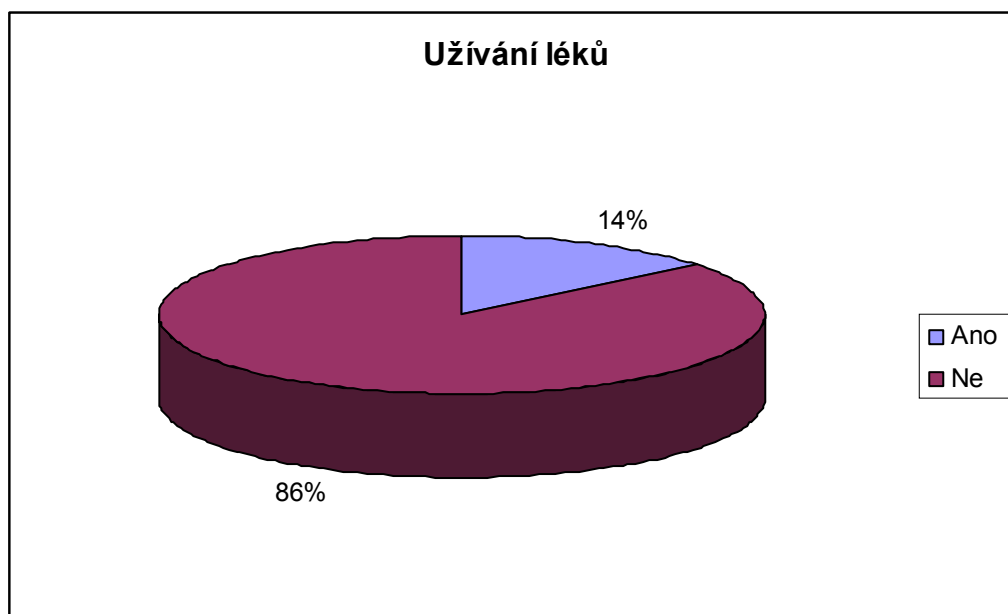
### Komentář č. A6: Problémy v opilosti

Žádné problémy způsobené opilostí nemělo pouze 17 % adolescentů. Nevolnost pociťovalo 13 % tázaných. Více problémů (nevolnost, rvačka, problémy s rodiči a další uvedené) mělo 51 % adolescentů . Na žádné problémy si nepamatuje 11 % žáků.

### Otázka č. 7 : Nejsi nemocný(á), a přesto užíváš nějaké léky?

Tabulka č. 7 : Užívání léků		Počty ( % )
	Počty	
Ano	3	14
Ne	18	86
Celkem	21	100

### Graf č. 7 : Užívání léků



### Komentář č. 7 : Užívání léků

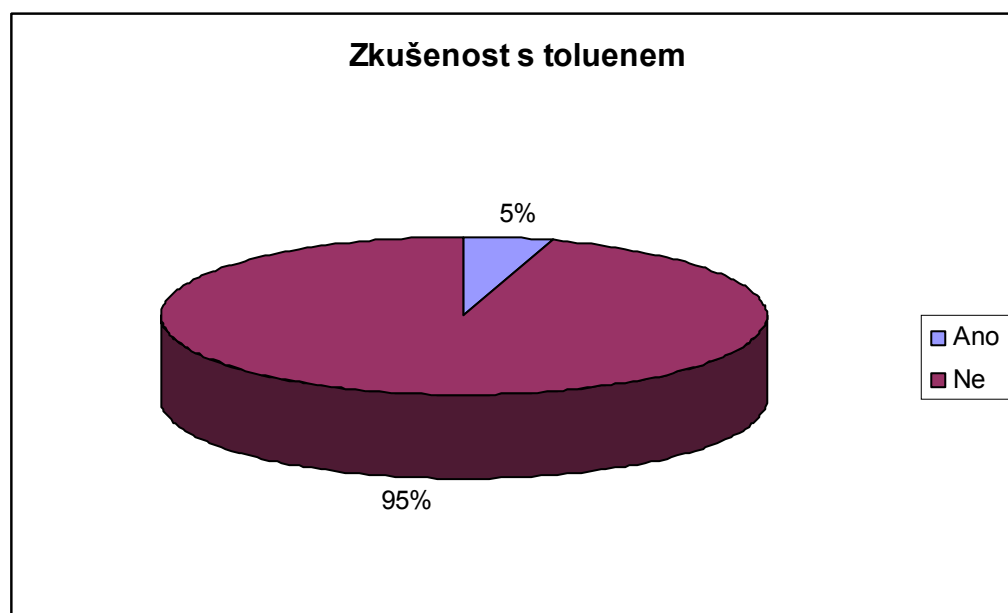
86 % respondentů uvedlo, že neužívá žádné léky. Tato otázka ovšem nebyla pravděpodobně správně pochopena, neboť 14 % respondentů odpovědělo, že užívá léky i když nejsou

nemocní. Jsou to léky na uklidnění, alergii, proti bolesti, odstranění úzkosti i na spaní. Domnívám se, že jim tyto léky s největší pravděpodobností předepisuje lékař.

**Otázka č. 8 :** Máš zkušenost s toluenem?

<b>Tabulka č. 8 : Zkušenost</b>		
s toluenem	Počty	Počty (%)
Ano	1	5
Ne	20	95
Celkem	21	100

**Graf č. 8 :** Zkušenost s toluenem



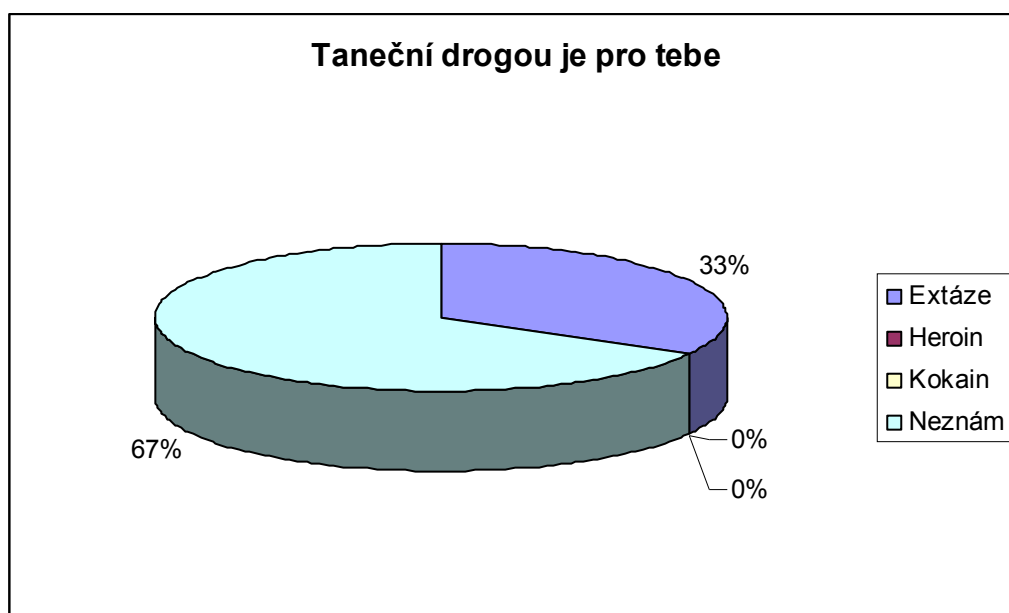
**Komentář č. 8 :** Zkušenost s toluenem

Z tabulky č. 8 a grafu č. 8 je zřejmé, že 95 % respondentů nemá žádnou zkušenost s toluenem. Jen jeden respondent ( 5 % ) uvedl, že zkušenost má.

**Otázka č. 9 :** Taneční drogou je podle tebe

<b>Tabulka č. 9 : Pojem</b>		
taneční droga	Počty	Počty (%)
Extáze	7	33
Heroin	0	0
Kokain	0	0
Neznám	14	67
Celkem	21	100

**Graf č. 9 :** Pojem taneční droga



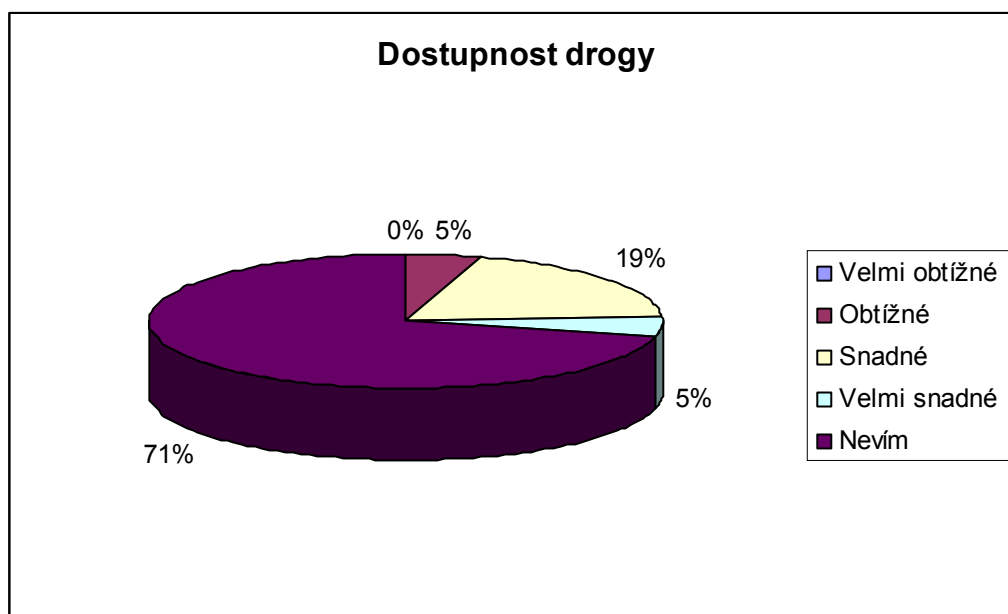
**Komentář č. 9 :** Pojem taneční droga

Na tuto vědomostní otázku správně odpovědělo přes 33 % adolescentů. 67 % respondentů pojem vůbec nezná.

**Otázka č. 10 :** Myslíš si, že je obtížné sehnat drogu?

<b>Tabulka č. 10 : Dostupnost</b>		
drogy	Počty	Počty (%)
Velmi obtížné	0	0
Obtížné	1	5
Snadné	4	19
Velmi snadné	1	5
Nevím	15	71
Celkem	21	100

**Graf č. 10 :** Dostupnost drogy



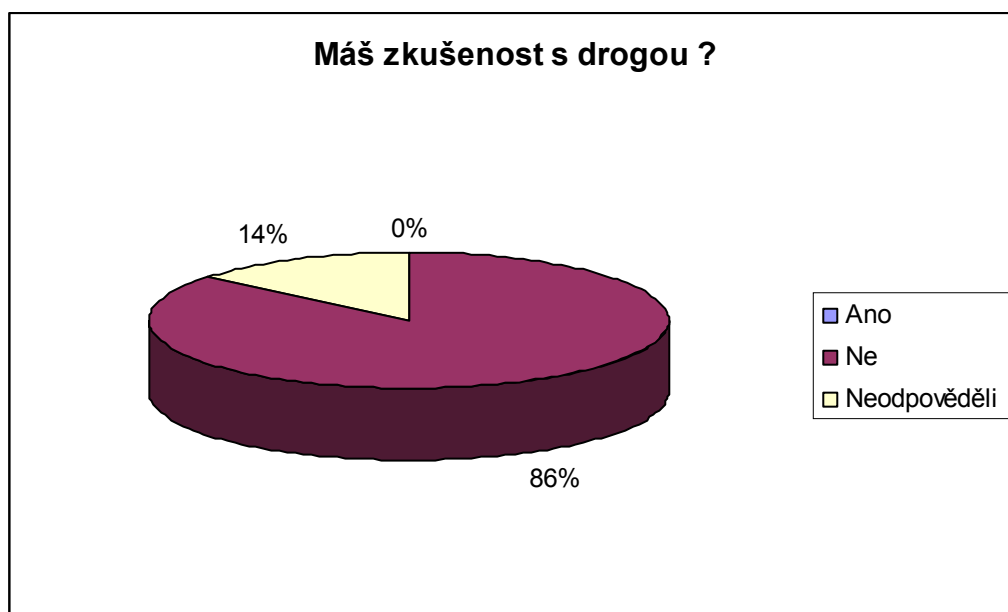
**Komentář č. 10:** Dostupnost drogy

71 % respondentů uvedlo, že neví, zda je či není obtížné sehnat drogu. 5 % respondentů si myslí, že je obtížné zajistit drogu. Naproti tomu 19 procent adolescentů považuje dostupnost získání drogy za snadné a 5 % dokonce za velmi snadné.

**Otázka č. 11 : Máš zkušenost s drogou?**

<b>Tabulka č. 11 : Osobní zkušenost</b>		
s drogou	Počty	Počet (%)
Ano	0	0
Ne	18	86
Neodpověděli	3	14
Celkem	21	100

**Graf č. 11 : Osobní zkušenost s drogou**



**Komentář č. 11 : Osobní zkušenost s drogou**

Na tuto otázku 86 % respondentů odpovědělo, že nemá zkušenost s drogou a 14 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Kladnou odpověď nezvolil žádný respondent.

Na základě žádné kladné odpovědi na tuto otázku, nebyly zodpovězeny podotázky č. D1 – D4.

**Otázka č. 12 : Máš zkušenost s marihuanou?**

<b>Tabulka č. 12 : Osobní zkušenost</b>		
s marihuanou	Počty	Počty (%)
Ano	9	43
Ne	12	57
Celkem	21	100

**Graf č. 12 : Osobní zkušenost s marihuanou**



**Komentář č. 12 : Osobní zkušenost s marihuanou**

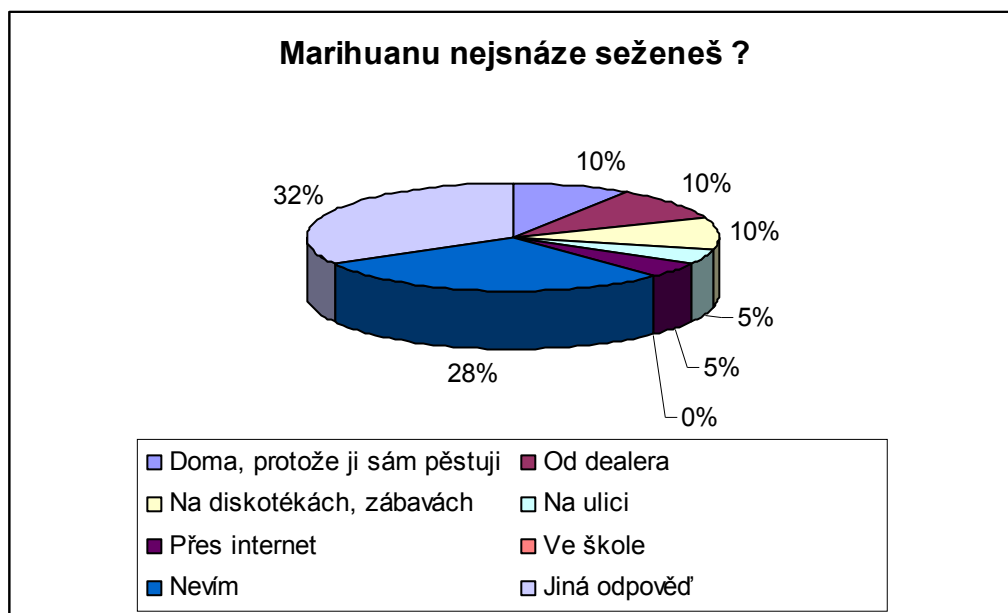
Přes 57 % respondentů nemá osobní zkušenost s marihuanou. Naopak téměř 43 % respondentů tuto zkušenost má.



### Otázka č. M1 : Marihuanu nejsnáze seženeš

Tabulka č. M1 : Možnosti získávání marihuany		
marihuany	Počty	Počty (%)
Doma, protože ji sám pěstují	2	10
Od dealera	2	10
Na diskotékách, zábavách	2	10
Na ulici	1	5
Přes internet	1	5
Ve škole	0	0
Nevím	6	28
Jiná odpověď	7	32
Celkem	21	100

### Graf č. M1 : Možnosti získávání marihuany



### Komentář č. M1 : Možnosti získávání marihuany

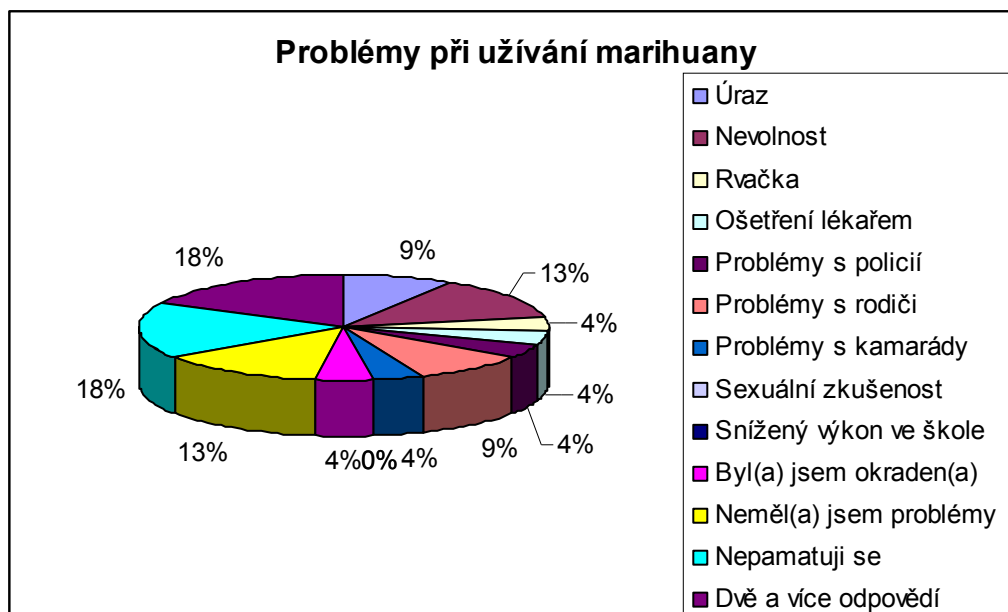
Respondenti, kteří měli zkušenost s marihuanou, na tuto otázku odpověděli, shodně ( 10 % ), že ji nejsnáze seženou na diskotékách, od dealera nebo, že si jí vypěstují sami doma. Jinou odpověď uvedlo 32 % respondentů s tím, že marihuanu seženou nejsnáze od kamaráda. Na

tuto otázku neznalo odpověď 28 % respondentů. Možnost, že by marihuana byla nejsnáze dostupná ve škole ne zvolil žádný z respondentů. Na ulici a přes internet získává marihuanu 5 % respondentů.

**Otázka č. M2 :** Které problémy jsi měl(a)/máš s užíváním marihuany?

<b>Tabulka č. M2 : Problémy při užívání marihuany</b>		
	Počty	Počty (%)
Úraz	2	9
Nevolnost	3	13
Rvačka	1	4
Ošetření lékařem	1	4
Problémy s policií	1	4
Problémy s rodiči	2	9
Problémy s kamarády	1	4
Sexuální zkušenost	0	0
Snížený výkon ve škole	0	0
Byl(a) jsem okraden(a)	1	4
Neměl(a) jsem problémy	3	13
Nepamatuji se	4	18
Dvě a více odpovědí	4	18
Celkem	23	100

**Graf č. M2 :** Problémy při užívání marihuany



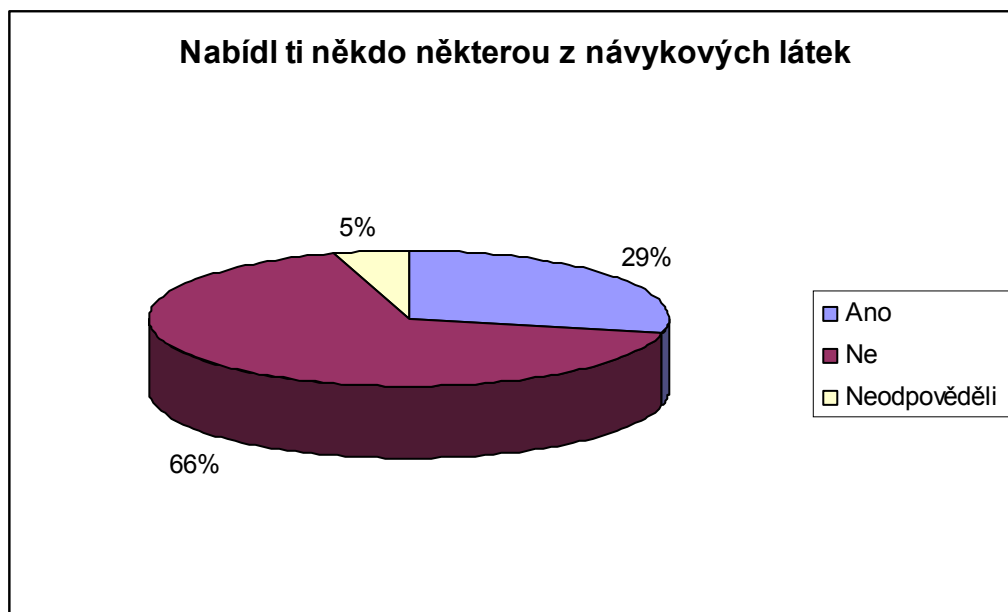
**Komentář č. M2 :** Problémy při užívání marihuany

Při užívání marihuany pociťovali respondenti nevolnost (13 %), snížený výkonost ve škole nevnímali žádný respondent a agresivitu (4 %). Bez problémů po užití marihuany bylo 13 % adolescentů, případně si na ně nepamatuje 18 % z nich. Více problémů s marihuanou mělo 18 % respondentů. Ostatní problémy s užíváním marihuany jako je ošetření lékařem (4%), problémy s policií (4%), problémy s kamarády (4%) a okradení (4%) uvádí adolescenti procentuelně shodně. Problémy s rodiči mělo 9% respondentů.

**Otázka č. 13 :** Nabídl ti někdo některou z návykových látek (alkohol, cigarety, drogy)?

návykových látek	Počty	Počty (%)
Ano	6	29
Ne	14	66
Neodpověděli	1	5
Celkem	21	100

**Graf č. 13 :** Nabízení návykových látek



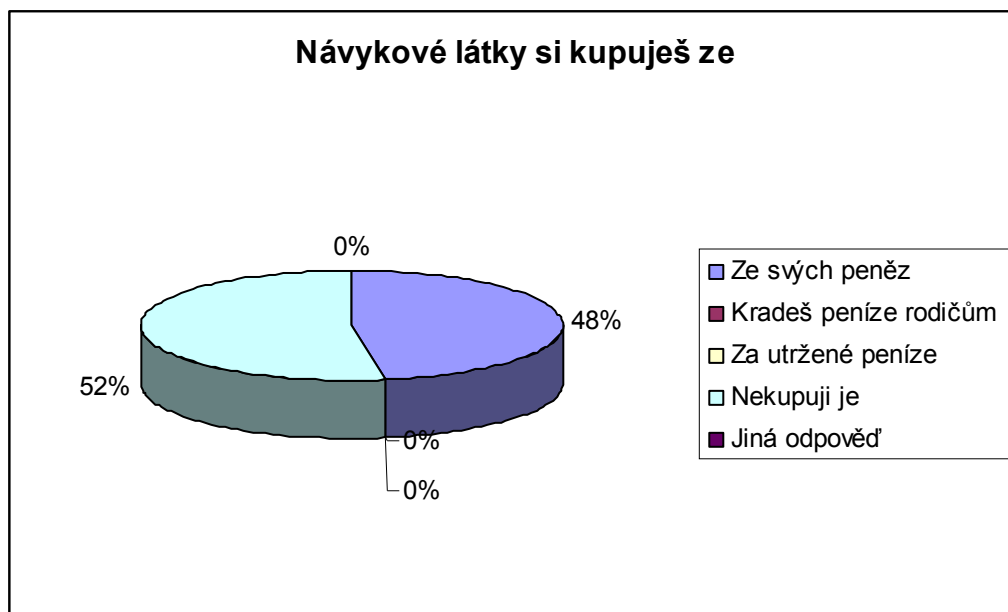
**Komentář č. 13 :** Nabízení návykových látek

Přes 66 % respondentů uvedlo, že jim návykové látky nikdo nenabízel. Naproti tomu téměř 30 % respondentů odpovědělo, že jim byly návykové látky nabízeny například na ulici, na oslavě, u kamarádů, v restauraci a dokonce doma. Na tuto otázku neodpovědělo 5 % respondentů.

**Otázka č. 14 :** Návykové látky si kupuješ

<b>Tabulka č. 14: Původ peněz na nákup návykových látek</b>		
nákup návykových látek	Počty	Počty (%)
Ze svých peněz	10	48
Kradeš peníze rodičům	0	0
Za utržené peníze	0	0
Nekupuji je	11	52
Jiná odpověď	0	0
Celkem	21	100

**Graf č. 14 :** Původ peněz na nákup návykových látek



**Komentář č. 14 :** Původ peněz na nákup návykových látek

Nejčastěji respondenti uvedli ( 52 %), že si návykové látky sami nekupují. Ze svých peněz (kapesné, odměny za práci) si návykové látky kupuje 48 % adolescentů.

**Otázka č. 15 :** Kolik peněz utratíš za návykové látky měsíčně?

<b>Tabulka č. 15: Peněžité výdaje na nákup návykových látek</b>		Počty (%)
	Počty	
Žádné	11	52
Do 100 Kč	4	19
Do 1000 Kč	2	10
Nad 1000 Kč	4	19
Celkem	21	100

**Graf č. 15 :** Peněžité výdaje na nákup návykových látek



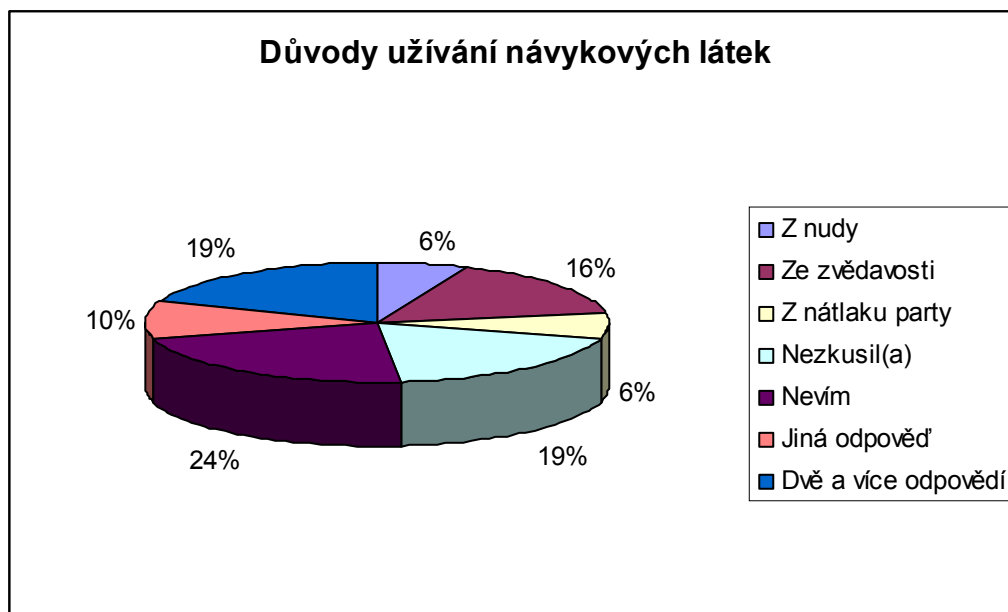
**Komentář č. 15 :** Peněžité výdaje na nákup návykových látek

52 % respondentů neutrácí žádné peníze za návykové látky. Naproti tomu 19 % respondentů vydává měsíčně za návykové látky více než 1000 Kč. 10 % utratí za nákup návykových látek do 1000 Kč a 19 % do 100 Kč.

**Otázka č. 16 :** Z jakého důvodu jsi zkusil(a) návykovou látku?

<b>Tabulka č. 16 : Důvody užívání návykových látek</b>		
	Počty	Počty (%)
Z nudy	2	6
Ze zvědavosti	5	16
Z nátlaku party	2	6
Nezkusil(a)	6	19
Nevím	7	24
Jiná odpověď	3	10
Dvě a více odpovědí	6	19
Celkem	31	100

**Graf č. 16 :** Důvody užívání návykových látek



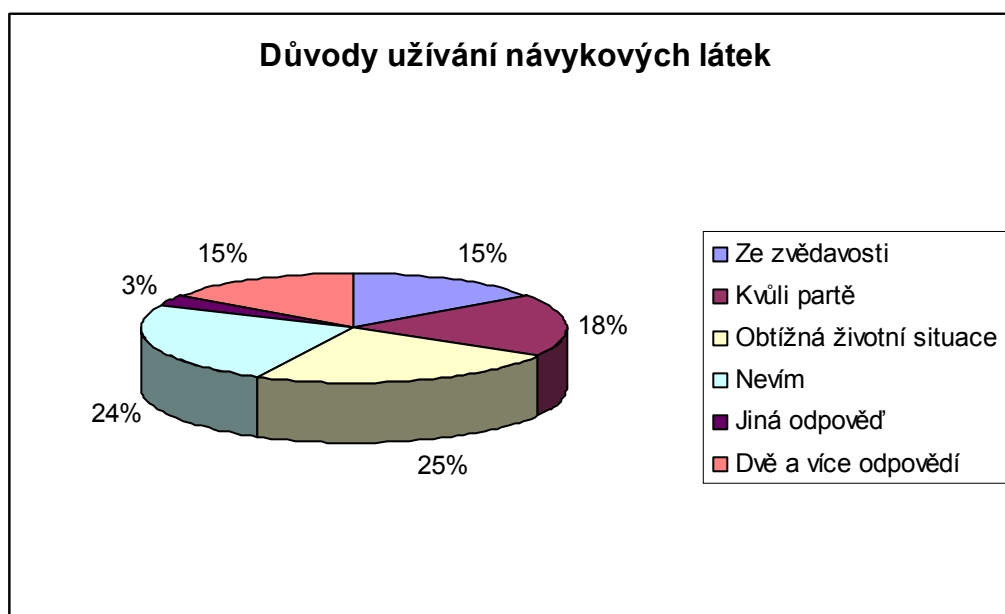
**Komentář č. 16 :** Důvody užívání návykových látek

Návykové látky zatím nezkusilo přes 19 % respondentů. 24 % respondentů uvedlo, že již neví důvod, který je vedl k tomu, proč zkusili návykové látky. Ze zvědavosti návykové látky užilo 16 % a z nudy 6 % respondentů. Nátlak party vedl 6 % respondentů k užití návykových látek a osobní problémy uvedlo 10 % adolescentů. 19 % adolescentů zaškrtnulo více alternativ odpovědí a mimo jiné uvedli, že užívání návykových látek jim pomáhá od stresu, nudy, podrážděnosti, zlepšují jim náladu a dobře se po nich spí.

**Otázka č. 17 :** Proč si myslíš, že lidé berou návykové látky?

<b>Tabulka č. 17 :</b> Důvody užívání návykových látek		
návykových látek	Počty	Počty (%)
Ze zvědavosti	5	15
Kvůli partě	6	18
Obtížná životní situace	8	25
Nevím	8	24
Jiná odpověď	1	3
Dvě a více odpovědí	5	15
<b>Celkem</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**Graf č. 17 :** Důvody užívání návykových látek



**Komentář č. 17 :** Důvody užívání návykových látek

Na tuto otázku nedokázalo přesně odpovědět téměř 24 % respondentů. 25 % se domnívá, že návykové látky užívají hlavně lidé, kteří jsou v obtížné životní situaci. 15 % respondentů je přesvědčeno, že je lidé berou hlavně ze zvědavosti nebo kvůli partě (18 %). Jinou odpověď zvolila 3 % respondentů. Tito adolescenti jsou přesvědčeni, že důvody užívání návykových látek pramení ze závislosti.



**Otázka č. 18 :** Návykové látky považuješ za

<b>Tabulka č. 18 : Nebezpečnost</b>		
návykových látek	Počty	Počty (%)
Nebezpečné	13	62
Škodlivé	7	33
Neškodné	1	5
Celkem	21	100

**Graf č. 18 :** Nebezpečnost návykových látek



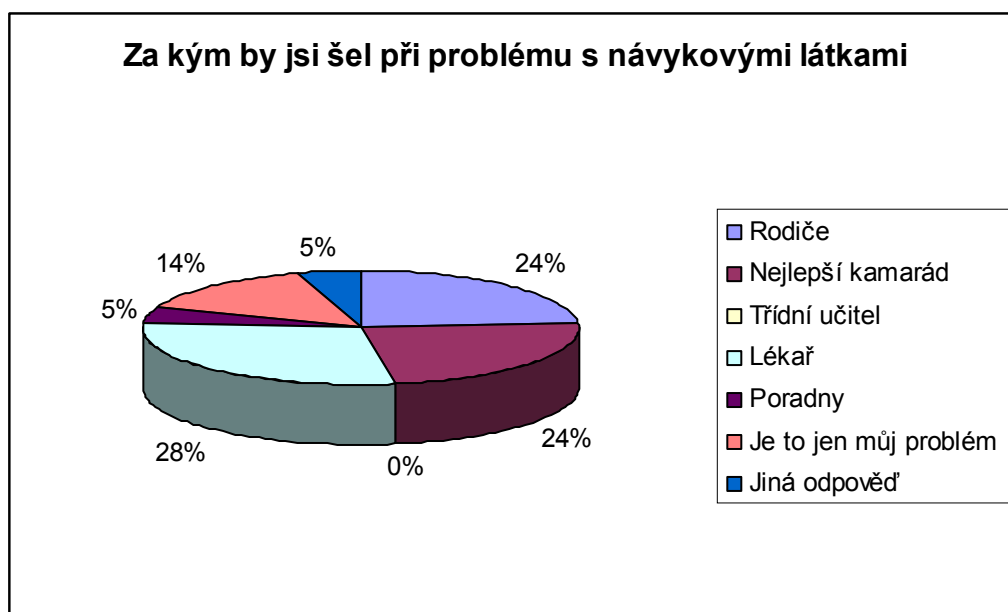
**Komentář č. 18 :** Nebezpečnost návykových látek

Téměř dvě třetiny respondentů považuje návykové látky za nebezpečné. Jako škodlivé je uvedlo 33 % respondentů. Návykové látky hodnotí 5 % respondentů jako neškodné.

**Otázka č. 19 :** Kdybys měl(a) problémy s návykovými látkami, za kým by jsi šel/šla?

<b>Tabulka č. 19 : Pomoc při osobním problému s návykovými látkami</b>		
	Počty	Počty %
Rodiče	5	24
Nejlepší kamarád	5	24
Třídní učitel	0	0
Lékař	6	28
Poradny	1	5
Je to jen můj problém	3	14
Jiná odpověď	1	5
Celkem	21	100

**Graf č. 19 :** Pomoc při osobním problému s návykovými látkami



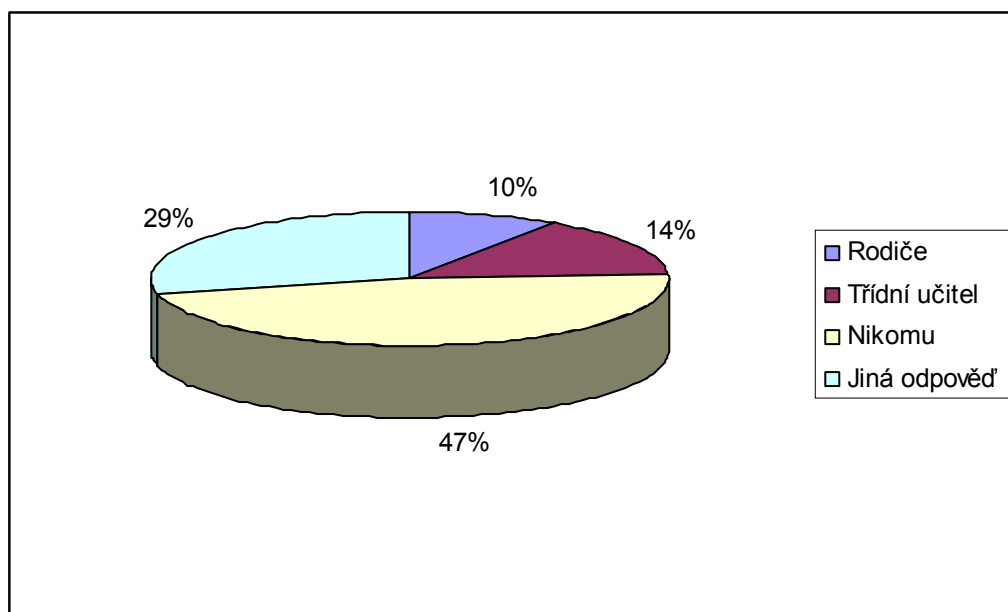
**Komentář č. 19 :** Pomoc při osobním problému s návykovými látkami

Při osobních problémech s návykovými látkami by pomoc u rodičů a kamarádů shodně vyhledalo 24 % adolescentů . Dalších 28 % respondentů by se obrátilo na lékaře, popřípadě by se snažili problém vyřešit sami (14 %). Pomoc třídního učitele by nevyhledal žádný adolescent a na odbornou poradnu by se obrátilo 5 % respondentů.

**Otázka č. 20 :** Kdybys měl(a) kamaráda, který má problémy s návykovými látkami, komu bys to řekl(a)?

<b>Tabulka č. 20: Pomoc kamarádovi</b>		
při jeho problému s návykovými látkami	Počty	Počty (%)
Rodiče	2	10
Třídní učitel	3	14
Nikommu	10	47
Jiná odpověď	6	29
Celkem	21	100

**Graf č. 20 :** Pomoc kamarádovi při jeho problému s návykovými látkami



**Komentář č. 20 :** Pomoc kamarádovi při jeho problému s návykovými látkami  
 Pokud by měl kamarád problémy s návykovými látkami, pomoc rodičů by vyhledalo 10 % respondentů. Třídní učitel by se o tomto problému dověděl ve 14 %. Možnost nechat kamaráda, ať si problémy s návykovými látkami vyřeší sám, zvolilo 47 % respondentů což je alarmující. Adolescenti uvádějí ve 29 % i jiné alternativy řešení jako jsou například, že by to nikomu neřekl a kamaráda by odvedl k lékaři nebo dokonce by jej to sám odnaučil.

**Otázka č. 21:** Chtěl(a) by ses více dozvědět o návykových látkách?

<b>Tabulka č. 21:</b> Rozšíření poznatků o návykových látkách		
návykových látkách	Počty	Počty (%)
Ano	4	19
Ne	17	81
Celkem	21	100

**Graf č. 21 :** Rozšíření poznatků o návykových látkách



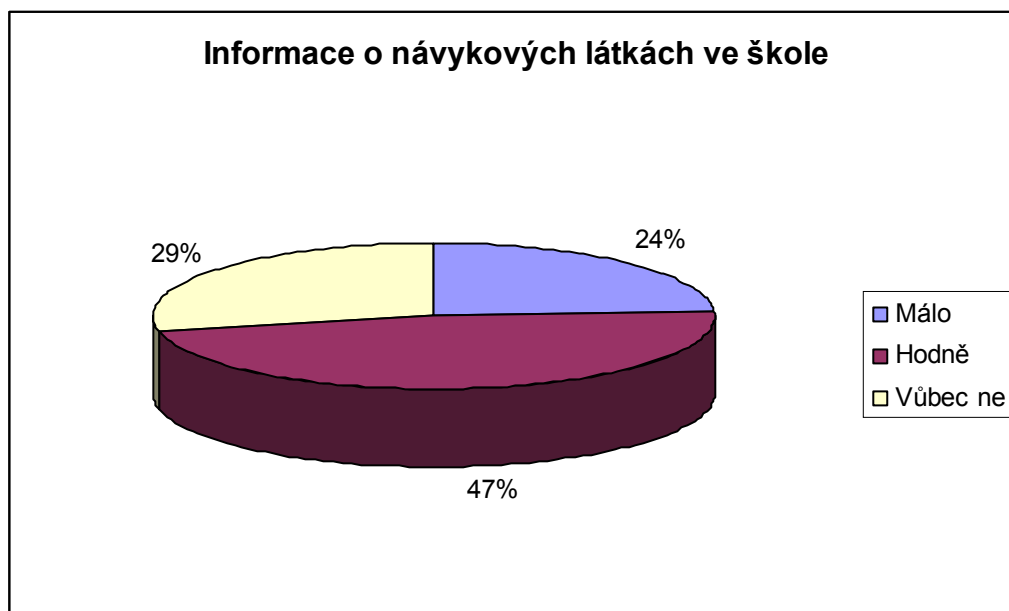
**Komentář č. 21:** Rozšíření poznatků o návykových látkách

Odpovědi na tuto otázku byly překvapující, neboť 81 % respondentů se nechce dozvědět více o návykových látkách. Pouze 19 % respondentů by mělo zájem o rozšíření poznatků souvisejících s návykovými látkami.

**Otázka č. 22 :** Ve škole se o návykových látkách dozvídáš

<b>Tabulka č. 22 :</b> Informace o		
návykových látkách ve škole	Počty	Počty (%)
Málo	5	24
Hodně	10	47
Vůbec ne	6	29
Celkem	21	100

**Graf č. 22:** Informace o návykových látkách ve škole



**Komentář č. 22:** Informace o návykových látkách ve škole

24 % respondentů je přesvědčeno, že se ve škole o návykových látkách dozvídají málo informací. 47 % respondentů si myslí opak. 29 % adolescentů informace o návykových látkách podle průzkumu ve škole nedostali vůbec. To je námět k zamyšlení.

## 11. Komparace zjištěných výsledků z dotazníku

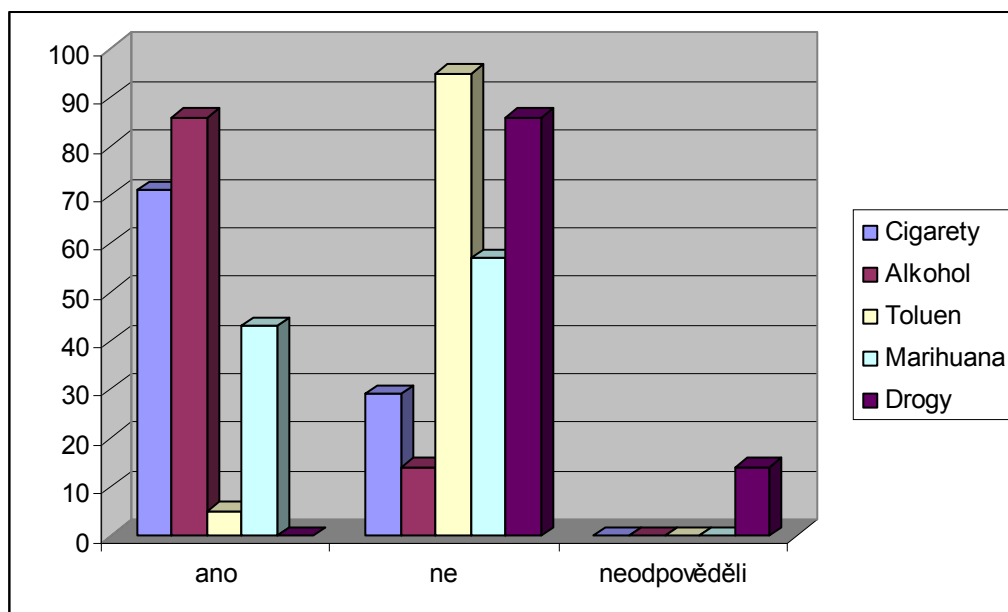
Pro srovnání výsledků osobních zkušeností adolescentů se sluchovým postižením s návykovými látkami jsem použila z dotazníku:

- otázku č. 3: Kouřil(a) jsi někdy cigarety?
- otázku č. 6: Pil(a) jsi už někdy alkohol?
- otázku č. 8: Máš zkušenost s toluenem?
- otázku č. 11: Máš zkušenost s drogou?
- otázku č. 12: Máš zkušenost s marihuanou?

**Tabulka č. 23 :** Porovnání zkušeností adolescentů se sluchovým postižením s návykovými látkami

	<b>Cigarety</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Těkavé látky (toluen )</b>	<b>Marihuana</b>	<b>Drogy (pervitin,heroin ...)</b>
	<b>Počet respondentů / údaj v%</b>	<b>Počet respondentů / údaj v%</b>	<b>Počet respondentů / údaj v%</b>	<b>Počet respondentů / údaj v%</b>	<b>Počet respondentů / údaj v %</b>
<b>Ano</b>	<b>15 / 71</b>	<b>18 / 86</b>	<b>1 / 5</b>	<b>9 / 43</b>	<b>0 / 0</b>
<b>Ne</b>	<b>6 / 29</b>	<b>3 / 14</b>	<b>20 / 95</b>	<b>12 / 57</b>	<b>18 / 86</b>
<b>Neodpověděli</b>	<b>0 / 0</b>	<b>0 / 0</b>	<b>0 / 0</b>	<b>0 / 0</b>	<b>3 / 14</b>
<b>Celkem</b>	<b>21/100</b>	<b>21/100</b>	<b>21/100</b>	<b>21/100</b>	<b>21/100</b>

**Graf č. 23 :** Porovnání zkušeností adolescentů se sluchovým postižením s návykovými látkami (v %)



**Komentář č. 23 :** Porovnání zkušeností adolescentů se sluchovým postižením s návykovými látkami

Z tabulky č.23 a z grafu č.23 vyplývá, že největší zkušenosti měli adolescenti se sluchovým postižením s alkoholem, jehož užívání uvedlo 86 %. Zkušenosti z tabákovými výrobky má 71 % adolescentů. Užívání měkké drogy (marihuany) uvedlo téměř 43 % adolescentů. Téměř žádné zkušenosti s těkavými látkami (toluen) a tvrdými drogami (pervitin, heroin, atd.) adolescenti nemají.

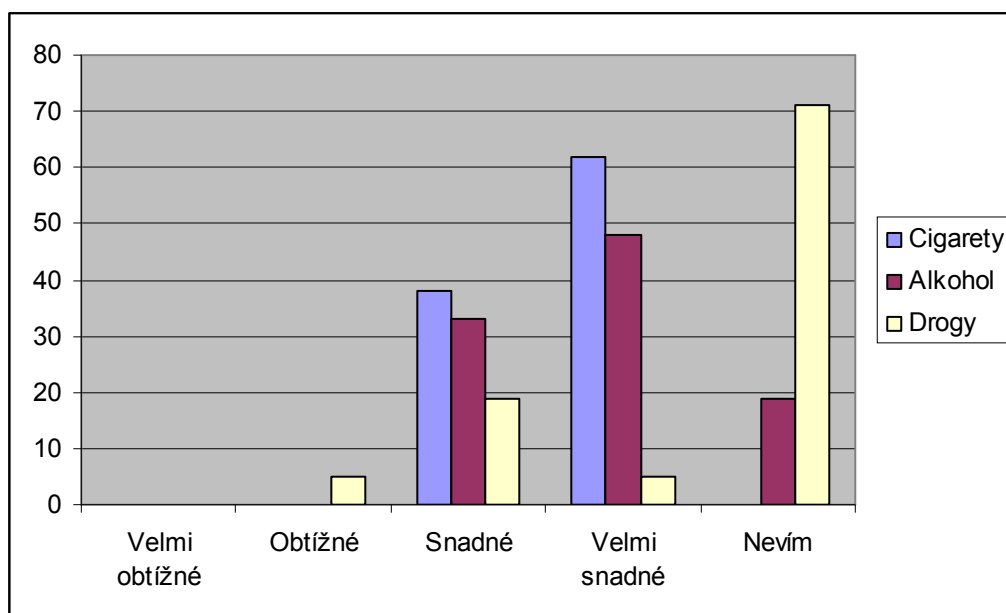
Pro srovnání výsledků dostupnosti návykových látek, jak byla uvedena žáky se sluchovým postižením, jsem využila odpovědi z dotazníku:

- otázku č. 3: Myslíš si, že je obtížné sehnat cigarety?
- otázku č. 4: Myslíš si, že je obtížné sehnat alkoholické nápoje?
- otázku č. 10: Myslíš si, že je obtížné sehnat drogu?

**Tabulka č. 24 :** Dostupnost návykových látek

	<b>Cigarety</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Drogy</b>
	<b>Počet respondentů / údaj v %</b>	<b>Počet respondentů / údaj v %</b>	<b>Počet respondentů / údaj v %</b>
<b>Velmi obtížné</b>	<b>0 / 0</b>	<b>0 / 0</b>	<b>0 / 0</b>
<b>Obtížné</b>	<b>0 / 0</b>	<b>0 / 0</b>	<b>1 / 5</b>
<b>Snadné</b>	<b>8 / 38</b>	<b>7 / 33</b>	<b>4 / 19</b>
<b>Velmi snadné</b>	<b>13 / 62</b>	<b>10 / 48</b>	<b>1 / 5</b>
<b>Nevím</b>	<b>0 / 0</b>	<b>4 / 19</b>	<b>15 / 71</b>
<b>Celkem</b>	<b>21/100</b>	<b>21/100</b>	<b>21/100</b>

**Graf č. 24:** Dostupnost návykových látek (v %)



**Komentář č. 24 :** Dostupnost návykových látek

Z tabulky a grafu č. 24 je dostatečně zřejmé, že za velmi snadné (5%) nebo snadné považují adolescenti se sluchovým postižením sehnat nebo si obstarat drogu ( 19%). Ovšem řada adolescentů ( 71 % ) neví ,jak by si drogu opatřila. Jako velmi snadno dostupné uvedli adolescenti sehnání cigaret (62 %) a alkoholu (48 %



## 12.Diskuze

Na základě zjištěných výsledků z dotazníku je možné odpovědět na výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku praktické části. **O1: Se kterými návykovými látkami mají adolescenti se sluchovým postižením největší zkušenost?**

Z komparací výsledků, které jsou uvedeny v tabulce a grafu č. 23 lze konstatovat, že největší zkušenosti mají adolescenti se sluchovým postižením s užíváním alkoholu a také s kouřením cigaret . (viz. tab. č. 23, graf č. 23). Bohužel není ovšem ani zanedbatelné zjištění, že i kouření marihuany se podílí vysokým procentem u našich adolescentů. **O2: Se kterými návykovými látkami mají adolescenti se sluchovým postižením nejmenší zkušenost?**

Na základě porovnání výsledků mohu uvést, že nejmenší zkušenost mají adolescenti se sluchovým postižením s těkavými látkami (toluen) a tvrdými drogami (viz. tab. 23, graf č. 23). Velmi vysoké procento adolescentů má zkušenosti s marihuanou. **O3: Které látky považují adolescenti se sluchovým postižením za nejsnadněji dostupné?**

Z tabulky a grafu č. 24 je dostatečně zřejmé, že za nejsnadněji dostupné návykové látky, je adolescenty považováno sehnání či obstarání cigaret a alkoholu. Toto zjištění koresponduje s tvrzením *Prim. Mudr. Karla Nešpora, CSc.*, že ochrana vůči alkoholu nejen dětí, ale všech obyvatel České republiky, je nedostatečná. Alkohol je běžně dostupný, laciný, prodejci zákaz prodeje do 18 let nedodržují a povolením reklamy, jež je agresivní a nápaditá, stoupá chuť na něj, zvláště u mladých ([www.alkoholik.cz](http://www.alkoholik.cz)). Také Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) dospěla v roce 2011 k tomu, že v populaci šestnáctiletých v České republice, je velmi snadné sehnat alkohol a cigarety ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)). Běžně dostupné jsou i tabákové výrobky, neboť prodejci zákaz prodeje osobám mladším 18 let také nedodržují. V České republice kouří přibližně 2,3 milionů lidí, z toho 26 % jsou lidé starší 18 let, zbytek představují děti a mladiství do 18 let ([www.kurakovaplice.cz](http://www.kurakovaplice.cz)). **O4: Které látky považují adolescenti se sluchovým postižením za nejobtížněji dostupné?**

Na základě vyhodnocení výsledků tabulky a grafu č. 24 (Dostupnost návykových látek) lze konstatovat, že adolescenti se sluchovým postižením v 71% neví, jak se k návykovým látkám dostat, ale musím konstatovat, že čtvrtina adolescentů uvádí, že je to naopak snadné.

Zjištěné výsledky se velmi podobají studii ESPAD, která v roce 2011 dospěla k tomu, že pro populaci šestnáctiletých v naší republice je velmi obtížné (nebo nemožné) sehnat drogy typu pervitin a extáze ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)).

### 13 . Doporučení pro praxi

Na základě zjištění z výzkumu jsem dospěla k několika poznatkům, že:

- adolescenti se sluchovým postižením mají zkušenosti s užíváním návykových látek,
- mají obtížnou orientaci v odborném názvosloví návykových látek,
- ve škole se dozívají málo informací o návykových látkách.

Podceňování nebezpečí problematiky návykových látek představuje celospolečensky závažný problém. Doporučila bych proto, aby se adolescenti se sluchovým postižením dozívávali ve škole o návykových látkách co nejvíce informací. Tyto informace by mohli žáci přijímat například formou různých **besed** s externími pracovníky, kteří se zabývají touto problematikou v praxi (streetworkers, lékaři, psychologové, policie,...). Tato setkání by napomohla zvyšovat povědomí o návykových látkách, o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s užíváním těchto látek, o zdravém životním stylu bez drog. Nedílnou součástí těchto besed by měli být tlumočníci. Vhodné je také zařazení besed či setkání s bývalými narkomany, popřípadě se žáky, kteří v minulosti návykové látky užívali. Tato setkání mohou být pro žáky přínosná v tom, že si budou schopni více představit nebezpečnost a zrádnost užívání těchto látek. Další z možností **primární prevence** zaměřené na návykové látky představují různé propagační materiály s protidrogovou tematikou (brožury, filmy a videa ve znakovém jazyce, prezentace, atd.). Jinou vhodnou formou, kterou by žáci se sluchovým postižením mohli využít, představují **knihy** věnující se problematice návykových látek. Tyto knihy by měly být upraveny vhodným způsobem tak, aby žáci jejich obsahu co nejlépe porozuměli. Velký význam bych také věnovala **spolupráci s rodiči**, kteří by měli své děti podporovat při vhodném a smysluplném využívání volného času. Volnočasové aktivity se zaměřením na vhodné dovednosti pomáhají zvyšovat u žáků fyzickou zdatnost a psychickou odolnost. Vzhledem k tomu, že žáci se sluchovým postižením mají obtížnou orientaci v odborném názvosloví návykových látek, doporučila bych zařadit adekvátní **znaky** k zlepšení celkové orientace v této oblasti.

## Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké zkušenosti s návykovými látkami mají adolescenti se sluchovým postižením. Práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se věnovala problematice osob se sluchovým postižením a na způsoby jejich komunikace. Vysvětlila jsem pojem sluchová vada a uvedla jsem klasifikaci sluchových vad. Zaměřila jsem se také na problematiku návykových látek. Objasnila jsem pojmy návyková látka, droga a závislost. Uvedla jsem klasifikaci a charakteristiku jednotlivých typů drog. Teoretickou část jsem ukončila vymezením jednotlivých druhů prevence. V praktické části jsem prováděla výzkum, vyhodnocení a srovnání údajů z dotazníků, které vyplnili adolescenti naší střední školy pro sluchově postižené. V diskusi jsem odpovídala na výzkumné otázky.

V kapitole doporučení pro praxi jsem navrhla některá řešení, která by mohla zlepšit informovanost žáků se sluchovým postižením o návykových látkách. Z mého výzkumu jasně vyplynulo, že adolescenti se sluchovým postižením mají značné zkušenosti s návykovými látkami. Největší zkušenost mají s užíváním alkoholu (téměř 86%) a s kouřením cigaret (71%). Jen malou zkušenost mají adolescenti s těkavými látkami (toluen) a s tvrdými drogami nemají zkušenosti žádné. Poměrně velké procento žáků (43%) má osobní zkušenosti s užíváním marihuany. Za nejsnadněji dostupné návykové látky tito žáci považují cigarety a alkohol. Z hlediska dostupnosti jsou tvrdé drogy považovány adolescenty za nejobtížněji obstaratelné. Výsledky mého výzkumu jsou srovnatelné s výsledky odborné studie ESPAD, která mapovala problematiku návykových látek u šestnáctiletých žáků v České republice. Přínos své diplomové práce vidím v tom, že jsem se zaměřila na méně prozkoumanou oblast, kterou představuje skupina adolescentů se sluchovým postižením a jejich zkušenosti s návykovými látkami. Práce mi pomohla, abych si vytvořila základní náhled na tuto problematiku. Na základě zjištěných výsledků je možné říci, že problematika návykových látek není omezena pouze na majoritní společnost, ale že se i přímo dotýká osob se sluchovým postižením.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- BAYER, David. Analgetika, sedativa a trankvilizéry. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
- BÉM, Pavel a Kamil KALINA. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- BULOVÁ, Alena. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*, Grada Publishing.a.s.2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- FÍŠEROVÁ, Magdaléna. Neurobiologie závislostí. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky, terapie*. Praha: Euromedia Group – Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.
- HAMPL, Karel. Léky vyvolávající závislost. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- HAMPL, Karel. Těkavé látky. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. 98
- HORÁKOVÁ, Radka. Uvedení do surdopedie. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 1. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1997. ISBN 80-7216-006-0.
- HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 2. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KOUTEK J.; KOCOURKOVÁ J. Sebevražedné chování *Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9

- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Karolinum: Praha 2002. 2. rozšířené a přepracované vydání. ISBN 80-246-0329-2.
- KRAHULCOVÁ-ŽATKOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Karolinum: Praha 1996. ISBN 80-7184-239-7.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- KUBÁNEK, Vladimír a Lubomír POLÍVKA. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. Praha: Policejní akademie České republiky, 2010. ISBN 978-80-7251-319-2. 99
- KUBÁTOVÁ, Dagmar. Drogy. In: MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- KUDRLE, Stanislav. Psychopatologie závislosti a codependence. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- LANGER, Jiří. Význam znaků z oblasti protidrogové prevence pro sluchově postižené. In: RÁDLOVÁ, E., M. VALENTA. *III. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0547-4.
- LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In: RENOTÉROVÁ, M., L. LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. *Surdopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1206-3.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- MACUROVÁ, A. 2001a. Poznáváme český znakový jazyk. (Úvodní poznámky). *Speciální pedagogika*, roč. 11, č. 2. ISSN 1211-2720
- MICHALÍK, Jan. Postižení, společnost, právo. In: RENOTIÉROVÁ, M., L. LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, Jakub. Stimulancia. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, Jakub a Tomáš PÁLENÍČEK. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. 100

- MIOVSKÝ, Michal. Halucinogenní drogy. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal. Konopné drogy. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Brno: Albert Sdružení Podané ruce, 1996. ISBN 80-85834-35-9.
- MLČÁK, Zdeněk. *Prosociální chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010 .
- NEŠPOR, Karel. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- POPOV, Petr. Alkohol. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- POTMĚŠIL, Miloň. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-744-8.
- ŘÍČAN, Pavel *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9
- SLOWÍK Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOURALOVÁ, Eva. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2619-8.
- ŠTABLOVÁ, Renata a Břetislav BREJCHA. *Návykové látky a současnost*. Praha: Policejní akademie České republiky, 2006. ISBN 80-7251-224-2 .
- ŠTEFUNKOVÁ, Michaela. *Metamfetamin (pervitin), situace v EU a její globální kontext*. Praha: Centrum adiktologie, 2010. ISBN 978-80-86620-24-4.
- VYMĚTAL, Štěpán. Ohrožení sluchově postižených lidí kriminalitou. In: Infozpravodaj. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2002.
- ČASOPIS GONG. *Gong.cz - časopis sluchově postižených* [online]. 2012 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.gong.cz/neco-o-me>
- DROGA (DRUG). *Drogy-info.cz* [online]. 23.04.2003, 08.12.2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/droga\\_drug](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/droga_drug)
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *TEMATICKÉ DOKUMENTY - PREVENCE POZDĚJŠÍCH NÁVYKOVÝCH PORUCH U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ S RIZIKOVÝM CHOVÁNÍM* [online]. Lucembursko:

Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2009 [cit. 2012-03-11]. ISBN 987-92-9168-349-9. Dostupné z: [http://www.msmt.cz/file/12209\\_1\\_1/](http://www.msmt.cz/file/12209_1_1/) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD).

*ZAOSTŘENO NA DROGY* [online]. 2012, desátý, č. 1 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/155164/655182/file/Zaostreno%202012\\_01\\_ESPAD\\_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/155164/655182/file/Zaostreno%202012_01_ESPAD_web.pdf) Grades of hearing impairment.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization* [online]. © WHO 2012 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.who.int/pbd/deafness/hearing\\_impairment\\_grades/en/index.html](http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/index.html)

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vybrané termíny primární prevence* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2007 [cit. 2012-03-8]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarniprevence.pdf>

MLČOCH, Zbyněk. Alkoholismus v ČR - statistiky 2010 - Alkoholik.cz. *Úvod - Alkoholik.cz* [online]. 16.7.2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky\\_a\\_statistiky/alkoholismus\\_v\\_cr\\_statistiky\\_2010.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/alkoholismus_v_cr_statistiky_2010.html)

MLČOCH, Zbyněk. České děti a pití alkoholu - statistiky - Alkoholik.cz. *Úvod - Alkoholik.cz* [online]. 30.9.2009 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky\\_a\\_statistiky/alkoholismus\\_v\\_cr\\_statistiky\\_2010.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/alkoholismus_v_cr_statistiky_2010.html)

NADACE PRO SVĚT BEZ DROG. *PRAVDA O HEROINU* [online]. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/downloads/heroin.pdf>

NADACE PRO SVĚT BEZ DROG. *PRAVDA O INHALANTECH* [online]. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/downloads/inhalanty.pdf> 103

NADACE PRO SVĚT BEZ DROG. *PRAVDA O MARIHUANĚ* [online]. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/downloads/marihuana.pdf>

NADACE PRO SVĚT BEZ DROG. *PRAVDA O PERVITINU* [online]. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/downloads/pervitin.pdf>

OPIÁT. *Drogy-info.cz* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opiat](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opiat)



OPIOID. *Drogy-info.cz* [online]. 23.04.2003, 09.12.2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opioid](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opioid)

PERVITIN, METAMFETAMIN. *Drogy-info.cz* [online]. 06.12.2010, 09.12.2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/p/pervitin\\_metamfetamin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p/pervitin_metamfetamin)

Problematika závislosti na THC. RODOVÁ, Miroslava. STREET DROP IN O.P.S. *Drop In* [online]. 12.12.2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.dropin.cz/odborne-texty/44-odborne-texty/113-problematika-zavislosti-na-zhc>

Statistiky týkající se kouření cigaret - souhrn všech údajů - Kuřáková plíce. *Vítejte na kurakovaplice.cz - Kuřáková plíce* [online]. © 2003 - 2012, 9.10. 2011 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html)

STIMULANCIA. *Drogy-info.cz* [online]. 23.04.2003, 07.12.2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/s/stimulancia](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/stimulancia)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10, I. díl – Tabelární část)* [online]. 10. revize. Česká republika, 2009, 1.1.2012 [cit. 2012-03-11]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-dil-tabelarni-ca>

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů

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

Zákon č. 305/2009 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

Zákon č. 106/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Závazný pokyn policejního prezidenta 12/1999, kterým se upravuje postup příslušníků Policie České republiky při odhalování protiprávních jednání souvisejících s toxikomanií

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č. j.: 21291/2010 – 28 Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

## **PŘÍLOHA:**

### **Dotazník na téma Návykové látky**

Dobrý den, studenti, máte před sebou dotazník zabývající se Vaší zkušeností s návykovými látkami. V dotazníku budete na jednotlivé otázky odpovídat buď výběrem z nabízených možností nebo vlastními slovy. **Zakroužkujte pouze jednu odpověď!**

Byla bych velmi ráda, kdybyste si své odpovědi řádně promysleli a na jednotlivé otázky v klidu a pravdivě odpověděli!

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku. **Dotazník je anonymní! Nikde se nepodepisujte!**

#### **Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

#### **Věk:**

- a) 15 let
- b) 16 let
- c) 17 let
- d) 18 let
- e) 19 let
- f) jiný: \_\_\_\_\_

#### **Bydliště:**

- a) Praha
- b) město
- c) vesnice

#### **1) S kým bydlíš?**

- a) s oběma rodiči
- b) pouze s matkou
- c) pouze s otcem

- d) s matkou a nevlastním otcem
- e) s otcem a nevlastní matkou
- f) bez rodičů, kde :

**2) Volný čas trávíš nejčastěji:**

- a) sám
- b) s partou
- c) s rodiči
- d) navštěvováním kroužků
- e) jiné:

**3) Kouřil(a) jsi někdy cigaretu?**

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, odpověz na otázky týkající se kouření (C1 – C5). Pokud NE, pokračuj otázkou č.

**4 C1: Poprvé jsi kouřil(a) cigaretu, když ti bylo:**

- a) méně než 10 let
- b) 10 – 12 let
- c) 13 – 15 let
- d) více než 15 let
- e) nemám, nekouřil/a/ jsem

**C2: Cigarety jsi poprvé kouřil(a) s:**

- a) kamarády
- b) sourozencem
- c) rodiči
- d) s někým jiným (uved' s kým) ?

**C3: Jak často kouříš cigarety?**

- a) někdy
- b) denně
- c) zkusil(a) jsem, ale už nekouřím

**C4: Cigarety nejsnáze získáváš :**

- a) dostávám od rodičů
- b) dostávám od kamarádů
- c) potají kradu známým

- d) si kupuji, uveď kde:
- e) jiná odpověď:

**4) Myslíš si, že je obtížné sehnat alkoholické nápoje?**

- a) velmi obtížné
- b) obtížné
- c) snadné
- d) velmi snadné
- e) nevím

**5) Alkoholické nápoje si můžeš koupit, až když ti bude:**

- a) 15 let
- b) 18 let
- c) 21 let

**6) Pil(a) jsi už někdy alkohol?**

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, odpověz na tyto otázky (A1 – A6). Pokud NE, pokračuj otázkou č. 7.

**A1: Které z těchto alkoholických nápojů si už pil(a)? (Můžeš zakroužkovat i více možností)**

- a) pivo
- b) víno
- c) destiláty (rum,slivovice, vodka, atd.)

**A2: Jak často piješ alkoholické nápoje?**

- a) někdy
- b) denně
- c) zkusil(a) jsem, ale už nepiji

**A3: Alkoholické nápoje nejsnáze seženeš:**

- a) v supermarketech
- b) v restauracích, barech
- c) na diskotéce, zábavách
- d) jiná odpověď:

**A4: Alkoholické nápoje nejčastěji piješ:**

- a) v partě
- b) na diskotéce, zábavě
- c) s rodiči
- d) jiná odpověď: \_\_\_\_\_

**A5: Byl(a) jsi už opilý(á)?**

- a) ano
- b) ne (pokud ne, pokračuj otázkou č. 7)

**A6: Měl(a) jsi v opilosti problémy? (Můžeš zakroužkovat i více možností)**

- a) nevolnost
- b) rvačka
- c) úraz
- d) ošetření lékařem
- e) problémy s policií
- f) problémy s rodiči
- g) problémy s kamarády
- h) sexuální zkušenost
- i) byl(a) jsem okraden(a)
- j) neměl(a) jsem problémy
- k) nepamatuji se

**7) Nejsi nemocný(á), a přesto užíváš nějaké léky? a) ano**

b) ne

**L1: Které léky užíváš, i když nejsi nemocný?**

a) léky proti bolesti

b) léky na spaní

c) léky k odstranění úzkosti

d) léky na uklidnění

e) jiná odpověď:

**8) Máš zkušenost s toluenem?**

a) ano

b) ne

**9) Taneční drogou je podle tebe:**

a) extáze

b) heroin

c) kokain

**10) Myslíš si, že je obtížné (těžké) sehnat drogu?**

a) velmi obtížné

b) obtížné

c) snadné

d) velmi snadné

e) nevím

**11) Máš zkušenost s drogou?**

a) ano

b) ne

Pokud ano, odpověz na tyto otázky (D1 – D3). Pokud NE, pokračuj otázkou č. 12.

**D1: Drogy nejsnáze seženeš:**

- a) doma, protože je sám/sama vyrábím
- b) od dealera
- c) na diskotékách, zábavách
- d) přes internet
- e) ve škole
- f) jiná odpověď:

**D2: Užil(a) jsi některé z těchto drog? ( můžeš zakroužkovat i více možností )**

- a) lysohlávka
- b) muchomůrka červená
- c) LSD
- d) heroin
- e) opium
- f) pervitin
- g) kokain
- h) extáze
- i) jiná odpověď:

**D3: Které problémy jsi měl(a)/máš s užíváním drog? ( můžeš zakroužkovat více možností )**

- a) nevolnost
- b) úraz
- b) rvačka
- d) ošetření lékařem
- e) problémy s policií
- f) problémy s rodiči
- g) problémy s kamarády

- h) sexuální zkušenost
- i) snížený výkon ve škole
- j) byl(a) jsem okraden(a)
- k) neměl(a) jsem problémy
- l) nepamatuji se

**12) Máš zkušenost s marihuanou?**

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, odpověz na otázky (M1 –M2). Pokud NE, pokračuj otázkou č. 13.

**M 1: Marihuanu nejsnáze sežene**

- a) doma, protože ji sám/sama pěstují
- b) od dealera
- c) na diskotékách, zábavách
- d) na ulici
- e) přes internet
- f) ve škole
- g) nevím
- h) jiná odpověď:

**M2: Které problémy jsi měl(a)/máš s užíváním marihuany? ( můžeš zakroužkovat i více možností )**

- a) úraz
- b) nevolnost
- c) rvačka
- d) ošetření lékařem
- e) problémy s policií
- f) problémy s rodiči



- g) problémy s kamarády
- h) sexuální zkušenost
- i) snížený výkon ve škole
- j) byl(a) jsem okraden(a)
- k) neměl(a) jsem problémy
- l) nepamatuji se

**13) Nabídl ti někdo některou z návykových látek (alkohol, cigarety, drogy)?**

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, tak kde ti ji nabídl? Odpověz:

**14) Návykové látky si kupuješ?**

- a) ze svých peněz (kapesné, odměna za práci)
- b) kradeš peníze rodičům
- c) za peníze, které jsi utržil(a) za prodej věcí z domu
- d) nekupuji je
- e) jiná odpověď:

**15) Kolik peněz utratíš za návykové látky měsíčně?**

- a) žádné
- b) do 100 Kč
- c) do 1000 Kč
- d) nad 1000 Kč

**16) Z jakého důvodu jsi zkusil(a) návykovou látku?**

- a) z nudy

- b) ze zvědavosti
- c) z nátlaku party
- d) nezkusil(a)
- e) nevím
- f) jiná odpověď:

**17) Proč si myslíš, že lidé berou návykové látky?**

- a) ze zvědavosti
- b) kvůli partě
- c) jsou v obtížné životní situaci
- d) nevím
- e) jiná odpověď:

**18) Návykové látky považuješ za:**

- a) nebezpečné
- b) škodlivé
- c) neškodné

**19) Kdybys měl(a) problémy s návykovými látkami, za kým by jsi šel/šla?**

- a) rodiče
- b) nejlepší kamarád
- c) třídní učitel
- d) lékař
- e) poradny
- f) za nikým, je to můj problém
- g) jiná odpověď:

**20) Kdybys měl(a) kamaráda, který má problémy s návykovými látkami, komu bys to řekl(a)?**

- a) rodičům
- b) třídní učitel
- c) nikomu, je to jeho problém
- d) jiná odpověď:

**21) Chtěl(a) by ses více dozvědět o návykových látkách?**

- a) ano
- b) ne

**22) Ve škole se o návykových látkách dozvídáš:**

- a) málo
- b) hodně
- c) vůbec ne

## ***RESUMÉ – SUMMARY***

Sociálně patologické jevy v populaci adolescentů se sluchovým postižením  
Social Pathological Phenomena in Adolescent Population with Hearing Disabilities

Bc. Ilona Bussová

Diplomová práce je zaměřena na adolescenty se sluchovým postižením a jejich zkušenosti s návykovými látkami. Teoretická část je věnována objasnění pojmů, které souvisejí se sluchovým postižením a s problematikou návykových látek. Praktická část obsahuje analýzu a komparaci výsledků dotazníku.