

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Ivana Císařová

**Užívání návykových látek a závislostní chování u osob se získaným tělesným postižením:
dotazníkové šetření**

Substance abuse and addictive behaviour among people with acquired physical disability:
questionnaire survey

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

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

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

V Praze, 10. 07. 2021

Ivana Císařová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D. za odborné vedení této práce a za cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D. za pomoc při sestavování dotazníku a Mgr. Tomáši Zdražilovi za pomoc při statistickém zpracování hypotéz. A v neposlední řadě patří velké díky také všem, kteří se podíleli na distribuci dotazníku a respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu.

Identifikační záznam

CÍSAŘOVÁ, Ivana. *Užívání návykových látek a závislostní chování u osob se získaným tělesným postižením: dotazníkové šetření. [Substance abuse and addictive behaviour among people with acquired physical disability: questionnaire survey]*. Praha, 2021. 53 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: V České republice i v zahraničí se adiktologickou tematikou u skupiny osob s tělesným postižením zabývá velmi malé množství výzkumů, ačkoliv existuje mnoho rizikových faktorů, které se v této skupině mohou podílet na vzniku problémů s užíváním návykových látek. Právě užívání návykových látek také mnohdy hraje roli v etiologii vzniku samotného tělesného postižení.

Cíl: Hlavním cílem této práce bylo zmapovat a analyzovat užívání legálních i nelegálních návykových látek a závislostní chování ve specifické skupině osob se získaným tělesným postižením.

Metody: Výzkum byl pojat kvantitativní metodou a data byla získána pomocí dotazníkového šetření, které bylo provedeno online. Dále byla data zpracována a analyzována v programu Microsoft Excel a TIBCO Statistica 13. Výzkumný vzorek byl tvořen 102 osobami se získaným tělesným postižením, jejichž průměrný věk byl 39,8 let.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že dle dotazníku AUDIT abstinuje a nebo konzumuje alkohol s nízkou mírou rizika 88,2 % jedinců ve skupině osob se získaným tělesným postižením. U respondentů s očekáváním pozitivní prognózy vývoje svého tělesného postižení bylo skóre získané v dotazníku AUDIT významně nižší než u respondentů bez pozitivního očekávání. Dále bylo zjištěno, že denně nebo téměř denně kouří 18,6 % respondentů a většina (43,8 %) z celkového počtu kuřáků má dle Fagerströмова testu nikotinové závislosti velmi malou závislost na nikotinu a nebo žádnou. Léky na spaní/s tlumivým efektem užívá asi čtvrtina respondentů, léky proti bolesti 41,2 % jedinců. Celoživotní prevalence užívání většiny nelegálních látek je relativně vysoká – například konopné látky někdy užilo 54,9 % respondentů, extázi 10,8 %, pervitin nebo amfetaminy 7,8 %, kokain 8,8 %. Na internetu tráví čtyři a více hodin denně 35,7 % respondentů o víkendu a ve všední dny 43,1 %. Hry hraje jednu a více hodin denně 28,4 % respondentů o víkendu a ve všední dny 29,4 %. Z hlediska hazardního hraní v kamenné provozovně byla nejčastěji udávána zkušenost s číselnými loterieri a stíracími losy – někdy v životě je vyzkoušelo 46,1 % respondentů. S online číselnými loterieri má za život zkušenost 20,6 % respondentů. Do kategorie rizika v souvislosti s hraním hazardních her se podle Lie/bet škály řadí 9,8 % jedinců.

Závěr: V rámci dotazníkového šetření bylo zmapováno a analyzováno užívání legálních i nelegálních návykových látek a závislostní chování cílové skupiny. Tato práce tak může sloužit jako podklad pro další výzkum, ale také může napomoci adiktologickým pracovníkům a odborníkům, kteří jsou v kontaktu s osobami se získaným tělesným postižením.

Klíčová slova: tělesné postižení, užívání návykových látek, závislostní chování, dotazníková studie, získané postižení

Abstract

Background: In the Czech Republic and abroad, there is very little research regarding addiction-related issues of physically disabled people, although there are many risk factors that may contribute to the development of substance use problems in this group. Substance use also often plays a role in the aetiology of the disability itself.

Objective: The main aim of this paper was to map out and analyze the use of legal and illegal substances and addictive behaviour in a specific group of people with acquired physical disabilities.

Methods: The research was conceptualized using a quantitative method and data was collected through an online questionnaire survey. Further, the data was processed and analysed using Microsoft Excel and TIBCO Statistica 13. The research sample consisted of 102 individuals with acquired physical disabilities whose average age was 39,8 years.

Results: The results show that, according to the AUDIT questionnaire, 88,2 % of individuals in the group of people with an acquired physical disability abstain or consume alcohol at low risk. Respondents who had a positive prognosis for their disability had significantly lower AUDIT scores than respondents without a positive prognosis. It was also revealed that 18,6 % of the respondents smoked daily or almost daily and the majority (43,8 %) of the total smokers had very little or no nicotine dependence according to the Fagerström Test of Nicotine Dependence. About a quarter of the respondents use pills with a sedative/hypnotic effect, and 41,2 % use painkillers. The lifetime prevalence of use of most illicit substances is relatively high – for example, 54,9 % of respondents have at some point used cannabis, 10,8 % have used ecstasy, 7,8 % have used methamphetamines or amphetamines, and 8,8 % have tried cocaine. 35,7 % of respondents spend four or more hours a day on the internet during weekends and 43,1 % on weekdays. Games are played for one or more hours a day by 28,4 % of respondents on weekends and by 29,4 % on weekdays. In terms of land-based gambling, the most frequently reported experience was that of lotteries and scratchcards, with 46,1 % of respondents having tried them at some point in their lives. 20,6 % of respondents had experience with online lotteries. 9,8 % of individuals fall into the risk category of gambling according to the Lie/bet scale.

Conclusion: The questionnaire survey mapped and analysed the use of legal and illegal substances and the addictive behaviour of the focus group. This work can thus serve as a basis for further research but can also help addictionologists and professionals who are in contact with people with acquired physical disabilities.

Keywords: physical disability, substance use, addictive behavior, questionnaire study, acquired disability

Obsah

1. Úvod	1
2. Charakteristika tělesného postižení	2
3. Etiologie a klasifikace tělesného postižení	4
3.1. Podle místa postižení.....	4
3.2. Podle doby vzniku postižení.....	4
4. Sociální a psychologické aspekty tělesného postižení	5
4.1. Handicap.....	5
4.2. Získané tělesné postižení.....	5
5. Užívání návykových látek a závislostní chování u osob s tělesným postižením	7
5.1. Alkohol.....	7
5.1.1. Prevalence užívání alkoholu	8
5.1.2. Užívání alkoholu před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku.....	9
5.2. Kouření.....	9
5.2.1. Prevalence užívání tabáku.....	10
5.2.2. Užívání tabáku před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku	11
5.3. Užívání nelegálních návykových látek a zneužívání farmak.....	11
5.3.1. Prevalence užívání nelegálních návykových látek a zneužívání farmak	12
5.3.2. Užívání nelegálních návykových látek před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku.....	14
5.4. Používání internetu, hraní her a hazardní hráčství	15
5.4.1. Používání internetu a hraní her.....	15
5.4.2. Hazardní hráčství.....	16
6. Metodika výzkumu	17
6.1. Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy	17
6.2. Metody tvorby dat.....	17
6.3. Výzkumný soubor.....	18
6.4. Metody analýzy dat.....	19
6.5. Etické aspekty výzkumu.....	19
7. Výsledky	20
7.1. Charakteristika výzkumného souboru	20
7.2. Získané tělesné postižení respondentů a aspekty s ním související	22

7.3.	Užívání alkoholu.....	25
7.4.	Kouření.....	28
7.5.	Užívání léků.....	31
7.6.	Užívání nelegálních návykových látek.....	32
7.7.	Používání internetu a hraní her	34
7.8.	Hazardní hráčství	37
8.	Diskuse a závěry	39
9.	Seznam literatury	43
	Přílohy	48

1. Úvod

Existuje nepřehledné množství výzkumných studií, které se zabývají tematikou užívání návykových látek v různých specifických skupinách obyvatel. Skupina osob s tělesným postižením však bývá z hlediska adiktologického výzkumu mnohdy opomíjena, a to nejenom v českém prostředí, ale i v zahraničí, přestože samotné užívání návykových látek mnohdy může hrát roli v etiologii vzniku onoho tělesného postižení a přináší navíc další zdravotní rizika. A ačkoliv je v populaci také kromě užívání návykových látek a látkových závislostí stále častěji zkoumána i problematika nelátkových závislostí, v této oblasti je výzkum ve skupině osob s tělesným postižením úplně na samotném počátku.

V této bakalářské práci se proto autorka zaměřila na zmapování a analyzování užívání návykových látek a závislostní chování ve skupině osob se získaným tělesným postižením. Tato práce by mohla tvořit podklad pro další výzkum a přinést nové poznatky o užívání legálních i nelegálních návykových látek a závislostním chování v této specifické cílové skupině odborníkům, kteří se věnují pomoci jedincům s tělesným postižením, ale i adiktologickým pracovníkům. Zde je důležité zmínit, že právě osoby s tělesným postižením mohou čelit bariérám, a to nejen těm architektonickým, v přístupu do adiktologických služeb. Zároveň mohou mít specifické potřeby v závislosti na aspektech spojených s jejich tělesným postižením.

Práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V počátečních kapitolách teoretické části se autorka zaměřila na charakteristiku, etiologii a klasifikaci tělesného postižení a na psychologické a sociální aspekty, které s tělesným postižením souvisejí. Dále byla věnována pozornost dosavadním adiktologicky zaměřeným výzkumům, které byly provedeny k tomuto tématu v České republice a v zahraničí. V praktické části je popsána metodika a výsledky kvantitativního výzkumu, do kterého byla sesbírána data od osob se získaným tělesným postižením za pomocí online dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu jsou diskutovány v závěru práce.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Charakteristika tělesného postižení

Osoby se zdravotním postižením jsou velmi různorodá a početná skupina. Definování této široké skupiny však není jednotné – stejně jako u užšího vymezení osob s tělesným postižením. Podle Českého statistického úřadu je zdravotně postižená osoba:

„Osoba, která byla kvůli svým zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 12 měsíců omezena v činnostech, které lidé obvykle dělají (subjektivní hodnocení) nebo která pobírala invalidní důchod nebo příspěvek na péči nebo příspěvek na mobilitu nebo byla uznána osobou invalidní nebo se zdravotním znevýhodněním nebo byla držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením (tj. průkazu TP, ZTP, ZTP/P).“ (Český statistický úřad, 2019, s. 9)

Dále podle čl. 1 Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb. m. s., o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, osoby se zdravotním postižením „zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“.

Český statistický úřad (2019) provedl v domácnostech Výběrové šetření osob se zdravotním postižením, dle kterého bylo v roce 2018 mezi obyvateli České republiky ve věku 15 a více let přibližně 13 % osob se zdravotním postižením. Jednalo se tedy celkem o 1152 tisíc jedinců se zdravotním postižením. Šetření bylo zaměřeno na šest oblastí zdravotního postižení, přičemž je nutné zmínit, že jedno onemocnění či zdravotní problém může zároveň zasahovat do několika oblastí. Oblasti zdravotního postižení byly následující: oblast pohybová/tělesná, oblast kůže/vnitřních orgánů, oblast zraková, oblast mentální/duševní/poruchy chování, oblast sluchová, oblast hlasová/řečová. U nejvíce lidí se projevuje zdravotní postižení v pohybové či tělesné oblasti jak samostatně, tak i v kombinované formě s jiným postižením – potíže má v této oblasti 831 tisíc osob.

V odborné literatuře nalezneme mnoho definic tělesného postižení. Vítková uvádí definici dle Krause a Šandery, podle kterých se jedná o „vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností“ (Vítková, 2006, s. 39). Milichovský (2010, s. 21) označuje za tělesně postižené jedince nejen ty s omezenou hybností, která vznikla vadou nosného a hybného ústrojí, ale také ty, kteří „trpí různými degenerativními, metabolickými, endokrinními a jinými poruchami, nebo např. srdečními vadami, chorobami dýchacího systému, revmatickými potížemi.“

Mnozí autoři zdůrazňují to, že tělesné postižení ovlivňuje jedince v mnoha aspektech a ne pouze z hlediska poruchy hybnosti. Podle Milichovského (2010, s. 21) se projevuje také v „souvisejících poruchách fyziologických, psychických a sociálních, v kognitivní oblasti a ve vytváření sociálních vztahů.“ Vítková (2006) zase poukazuje na to, že může být často ovlivněn i vývoj celé osobnosti, stejně jako Vágnerová (2014, s. 155), která uvádí, že: „jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou fungování jednoho orgánového systému. Ovlivňuje vývoj celé osobnosti postiženého jedince a spoluurčuje jeho společenské postavení.“

V současnosti se odborníci snaží nahlížet na jedince se zdravotním postižením za využití biopsychosociálního modelu. To jim umožňuje Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, dále jen MKF (v anglickém originále International Classification of Functioning, Disability

and Health – ICF). MKF byla vydána Světovou zdravotnickou organizací v roce 2001 a navzájem se doplňuje s Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize (World Health Organization, 2020). Podle Novosada se MKF „primárně nezaměřuje na charakterizování diagnóz nebo funkčních či orgánových abnormalit, ale zaměřuje se na to, co postižení znamená pro život jedince, jaká mu to přináší omezení, znevýhodnění, jaký to má vliv na jeho soběstačnost, průceschopnost a celkovou kvalitu života“ (Novosad, 2011, s. 89). Vznik této klasifikace mimo jiné umožňuje sjednotit pojmy používané při definici schopností jedince se somatickým či duševním onemocněním (Švestková & Hoskovcová, 2010). Důležitý je zde pojem „disabilita“, což je podle MKF (WHO, 2020, s. 14): „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“

3. Etiologie a klasifikace tělesného postižení

Poruchu hybnosti lze na základě jejího vzniku rozdělit do dvou kategorií – primární a sekundární. Primární porucha hybnosti vzniká v důsledku přímého poškození pohybového ústrojí. Může tak vzniknout úrazem, nemocí či jeho vadným vývojem. Sekundární vzniká na základě nemoci či poruchy, která nezasáhla pohybový aparát přímo, ale přesto jej ovlivňuje (Renotírová & Ludíková, 2006).

Autoři odborných publikací často klasifikují tělesné vady podle postižené části těla a nebo podle doby vzniku postižení.

3.1. Podle místa postižení

Podle postižené části těla lze pohybové vady rozdělit do několika základních skupin. Ty jsou následující: obrny centrální a periferní, deformace, malformace, amputace.

Obrny centrální mají původ v poškození mozku nebo míchy a obrny periferní postihují jednotlivé tělní periferie. Podle stupně intenzity se dělí na parézy a plegie a podle lokalizace dále na formy hemiparetické/hemiplegické, diparetické/diplegické, kvadraparetické/kvadraplegické (Novosad, 2011). Novosad (2011) jmenuje některé příčiny poškození mozku a míchy: například úrazy hlavy s poraněním mozku, fraktury páteře s poškozením míchy, meningitidy a encefalitidy, asfyxie, otravy, mozkové embolie či trombózy, nádory, rozštěpy páteře či lebky, poruchy metabolismu poškozující centrální soustavu a další. Dále zmiňuje také některé příčiny periferních obrn. Ty vznikají například následkem zánětů, otevřených zlomenin či hlubších poranění.

Deformace jsou „charakteristické nesprávným tvarem některého orgánu nebo části těla (kostí, svalů)“ (Opatřilová, 2014, s. 9). Mohou být způsobeny například degenerativními, zánětlivými onemocněními kloubů, následkem metabolických poruch či nervosvalových onemocnění. Některé vady páteře souvisí i s prudce rostoucím tělem v adolescenci (Michalík, 2011). Opatřilová (2014) zmiňuje možný vznik deformací po úrazech například špatně zhojenou zlomeninou.

Malformace je podle Opatřilové „vrozená vývojová vada, která je typická znetvořením a vzniká za nitroděložního vývoje zárodku“ (Opatřilová, 2014, s. 11).

Opatřilová definuje amputaci jako „nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla“ (Opatřilová, 2014, s. 11). Amputace může vzniknout traumatem či následkem chirurgického zákroku vůči důsledkům nádorového, cévního, metabolického či zánětlivého onemocnění (Michalík, 2011).

3.2. Podle doby vzniku postižení

Podle doby vzniku lze dělit tělesné postižení na: získané během života nebo na vrozené.

Příčinami vrozených tělesných postižení bývají poruchy vývoje zárodku v období prenatálním, perinatálním nebo raně postnatálním. Důsledkem jsou například vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra a páteře či nevyvinutí končetin (Renotírová & Ludíková, 2006).

Získané tělesné postižení může být zapříčiněno deformacemi, úrazy či následkem různých nemocí (např. revmatismem či myopatií) v jakémkoliv věku (Renotírová & Ludíková, 2006).

4. Sociální a psychologické aspekty tělesného postižení

4.1. Handicap

Z psychosociálního hlediska je důležitý pojem „handicap“. Nejedná se o synonymum postižení, handicap vzniká až jako sekundární důsledek postižení (Novosad, 2011). Vágnerová handicap označuje jako: „znevýhodnění, které je dané samotným postižením, mírou jeho subjektivního zvládnání i jeho sociálním významem“ (Vágnerová, 2014, s. 155). Dříve zmíněná MKF s tímto pojmem však už nepracuje, nahrazuje jej pojem „omezení participace“ (WHO, 2020).

Handicap může negativně ovlivňovat jedince v činnostech všedního života, kterými jsou například nakupování, vaření či uklízení, ale i v základních činnostech, jako je přijímání potravy, udržování hygieny a nebo i v samotné chůzi. Lze jej ovlivnit například systémovými opatřeními, jako odstraněním architektonických a dopravních bariér, a nebo změnou postojů většinové společnosti (Matoušek, 2008).

Vzhled je důležitý z hlediska sociální prezentace. Viditelná tělesná deformace u jedince s tělesným postižením může představovat větší psychickou zátěž než postižení hybnosti a tak může negativně ovlivnit sebehodnocení onoho jedince, jeho sociální status a akceptaci společností. Důležitá však není pouze sociální prezentace, ale také způsob, jakým jedinec vnímá a prožívá, jelikož představa vlastního těla je spojena s řadou sensorických zkušeností a tělesných pocitů (Vágnerová, 2014).

Na kvalitu života osob s tělesným postižením působí různé faktory a činitelé. Novosad (2011) je rozděluje na subjektivní a objektivní činitele, neboli na:

- činitele vyplývající z osobnostně-životních charakteristik osoby s postižením (jako např. osobnostní rysy jedince, zdravotní stav a omezení z něj vyplývající či schopnost zvládat nepříznivou životní situaci),
- činitele, které z osobnostně-životních charakteristik nevyplývají, ale přesto tuto osobu ovlivňují (jako např. politická kultura a hodnotová orientace společnosti, politika zaměstnanosti, stav životního prostředí, zdravotní péče či sociální a vzdělávací politika).

Některé tyto činitele lze změnit a ovlivnit v pozitivním slova smyslu, jiné jsou však v podstatě neměnné a lze je pouze kompenzovat a eliminovat jejich negativní působení (Novosad, 2011).

Každý jedinec s tělesným postižením má jinak zachované schopnosti, jinou adaptabilitu, motivaci a vůli, ale i jiné sociální zázemí a možnosti, z toho vyplývá, že i jeho potřeby jsou různé. Uspokojování některých běžných lidských i specifických potřeb (ty se týkají například přístupnosti prostředí, informací či příležitostí) může být vzhledem k onomu postižení těžko realizovatelné a proto v některých případech daný jedinec potřebuje pomoc, asistenci či kompenzaci nutnou k jejich uspokojení (Novosad, 2011).

4.2. Získané tělesné postižení

Osoba se získaným tělesným postižením, u které dochází k prudké změně zdravotního stavu, funkčnosti i sociálního statusu, je vystavena velké psychické zátěži. Oproti osobě s vrozeným a nebo brzy získaným tělesným postižením, která mívá k dispozici určitý časový prostor a různá podpůrná opatření pro adaptaci, přijetí své reálné situace a vytvoření přiměřených cílů, tuto možnost postupné adaptace nemá (Novosad, 2011). Daný jedinec se pak s takovou zátěží vyrovná v závislosti na své

dosažené vývojové úrovni, osobnostních vlastnostech a sociální podpoře lidí v jeho okolí (Vágnerová, 2014). Podle Novosada je pro podporu léčebné a sociální rehabilitace důležitý pozitivně realistický náhled a naděje a také sociální opora ze strany užšího sociálního okolí. Adaptace na změněné podmínky je podle něj trvalý proces (Novosad, 2011).

Vágnerová (2014) udává fáze zvládnání získaného postižení:

- fáze latence – jedinec ví, že utrpěl úraz, ale nezná jeho následky, nemyslí si, že se jedná o trvalé omezení a tedy neuvažuje o změnách v životních plánech či hodnotách;
- fáze pochopení traumatizující reality – jedinec prochází léčbou a už ví, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví, na což reaguje šokem a nechce si to připustit;
- fáze protestu a smlouvání – jedinec považuje život s postižením za nepřijatelný a tedy odmítá v podstatě cokoli, co není návratem k původnímu stavu a snaží se uchovat si naději na lepší výsledek;
- fáze postupné adaptace – jedinec si připustí a přizpůsobuje se této zásadní změně a navrací se do společnosti.

Taková životní změna nemá dopad pouze na samotného jedince se získaným tělesným postižením, ale určitým způsobem se mění také jeho nejbližší sociální vztahy – s partnerem, rodinou či přáteli. Některé partnerské či přátelské vztahy jsou ohroženy více a rozdílnost stylu života, názorů a potřeb může být natolik významná, že tyto vazby přeruší (Vágnerová, 2014).

5. Užívání návykových látek a závislostní chování u osob s tělesným postižením

Autoři publikace Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám pojednávají o užívání návykových látek ve specifických skupinách – mimo jiné také ve skupině osob s tělesným postižením. V publikaci jsou zmíněny některé studie prováděné na toto téma v zahraničí i v České republice, avšak je v ní také upozorněno na nedostatek systematických studií této tematiky v českém prostředí. Problematické je také to, že specifické potřeby lidí z těchto skupin bývají nerespektovány a opomíjeny, což vede k tomu, že tito jedinci využívají sítě adiktologických služeb ve velmi malé míře a jsou na okraji zájmu výzkumníků i politiků (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová & Bártová, 2012).

Zjištění autorů ohledně prevalence užívání návykových látek v populaci osob se zdravotním postižením se liší. Někteří autoři došli k závěru, že prevalence užívání návykových látek v této skupině osob je vyšší než v běžné populaci, zatímco jiní naznačují, že je stejná a nebo dokonce nižší (Yu, Huang, Newman & SRI International., 2008). Autoři Glazier a Kling (2013), kteří zkoumali údaje z let 2002–2010, porovnali prevalenci zneužívání návykových látek u osob se zdravotním postižením a bez něj. Zjistili, že v průběhu let byly trendy v obou skupinách až na výjimky stabilní, avšak ve skupině osob se zdravotním postižením byla prevalence pro každou zkoumanou látku na statisticky významně vyšší úrovni, s výjimkou zneužívání alkoholu, které bylo výrazně nižší.

Organizace SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011) poukazuje na to, že u některých lidí může být zneužívání návykových látek včetně alkoholu přímou či nepřímou příčinou jejich zdravotního postižení. Také zmiňuje některé rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku problémů s užíváním návykových látek, jako například bolest, deprese, sociální izolace, nezaměstnanost, omezené vzdělání, nízký socioekonomický status či chronické zdravotní problémy.

Pančocha (Nepustil et al., 2012) na základě dostupných výzkumů zmiňuje mimo jiné následující poznatky:

- Většina jedinců, kteří vykazují problémy s užíváním návykových látek již před vznikem tělesného postižení, je užívají i po jeho vzniku a pouze ojedinele je jedinec začne užívat až po vzniku onoho tělesného postižení.
- U velké většiny osob užívajících návykové látky se přímo pojí jejich tělesné postižení, které bylo následkem úrazu, s jejich užitím.
- Zneužívání léků je v této skupině osob častým problémem.

Následující text se zabývá výzkumy, které se zaměřují na tematiku užívání návykových látek a závislostní chování u osob s různými typy tělesného postižení.

5.1. Alkohol

Existuje řada různých faktorů, které se pojí s užíváním alkoholu u osob s tělesným postižením. Oh, Lee, Jang a Park (2020) zkoumali souvislost mezi chronickým alkoholismem a mortalitou u zdravotně postižených jedinců. Jedinci se zdravotním postižením (56 % z nich mělo tělesné postižení), a to obzvláště ti specificky s tělesným postižením, mozkovými lézemi či renálním selháním, kteří byli

zároveň diagnostikování s chronickým alkoholismem, ve srovnání s jedinci, kteří diagnostikování nebyli, měli větší riziko mortality.

Zneužívání alkoholu a drog před zraněním je běžné u osob s poraněním míchy. Stroud, Bombardier, Dyer, Rimmele a Esselman (2011) udávají, že téměř u čtvrtiny respondentů s poraněním míchy sehrál alkohol nějakou roli v jejich zranění, ve skupině rizikových uživatelů alkoholu to bylo dokonce u 43 % respondentů. Ti, kteří přisuzovali příčinu úrazu užívání alkoholu nebo drog, vykazovali větší připravenost ke změně vzorců užívání alkoholu (Stroud et al., 2011). Autoři Davis, Cao a Krause (2018) na základě informací z několika studií udávají, že 35 % až 40 % osob s poraněním míchy mohlo utrpět ono poranění jako přímý důsledek konzumace alkoholu. To souhlasí i se zjištěním Müllerové (2009), podle které u téměř třetiny respondentů se získaným tělesným postižením vzniklo postižení pod vlivem alkoholu.

Turner et al. (2014) poukazuje na důležitost podpory sociálního okolí. Ve studii, ve které autoři zkoumali prevalenci užívání alkoholu u osob s amputací, si většina respondentů sice zachovala stejné vzorce užívání alkoholu v době před i po amputaci, i v případě významných zdravotních rizik, avšak ti, kteří rizikové užívání alkoholu omezili, uváděli vyšší vnímanou míru sociální podpory.

Autoři Arias Vázquez et al. (2018) ve studii zahrnující data osob po amputaci zjistili, že u 92,5 % z nich byla zjištěna deprese a 27,5 % se pokusilo o sebevraždu. Dále zjišťovali souvislost mezi závažností příznaků deprese a mírou funkční nezávislosti (mírou závislosti na pomoci druhých) a dospěli k závěru, že čím nižší je míra funkční nezávislosti, tím závažnější jsou příznaky deprese. 57,5 % respondentů vykazovalo úplnou závislost na pomoci z hlediska vykonávání běžných činností každodenního života. Zjištění této a i studie autorů Kearns, Powers, Jackson, Elliott a Ryan (2019) poukazují na důležitost psychologických a farmakologických intervencí, které by měly být součástí léčebných a rehabilitačních strategií po traumatickém poškození s přihlédnutím i na dříve zmíněný poznatek, že deprese je považována za jeden z rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku problémů s užíváním návykových látek.

5.1.1. Prevalence užívání alkoholu

V českém prostředí bylo provedeno několik výzkumů, které byly zaměřeny na užívání alkoholu ve skupině osob s tělesným postižením. Horáková (2013), která zkoumala užívání alkoholu u osob po poškození míchy, udává, že 5,5 % respondentů bylo abstinenty, 70 % užívalo alkohol s nízkou mírou rizika, 19,4 % se pohybovalo již v rozmezí rizikového užívání, 3,4 % v rozmezí škodlivého užívání a 1,7 % v rozmezí možné závislosti na alkoholu.

Šperlová (2009) ve své práci zjistila, že alkohol v posledním roce užilo 99 % osob se zdravotním postižením (zastoupení osob se specifikací tělesného postižení v této skupině bylo 14 %), přičemž necelých 20 % z nich alkohol konzumovalo výjimečně. Podle zjištění Kachlíka a Havelkové (2010) zase ve skupině osob s motorickým postižením během života alkohol užilo přibližně 86 % osob, z toho přibližně 40 % při výjimečných příležitostech, a abstinentů bylo zaznamenáno přes 10 %. Müllerová (2009) získala informace od osob se získaným i vrozeným tělesným postižením, podle kterých v posledním roce abstinovalo 6 % osob s vrozeným postižením (za celý život 3 %) a 13 % osob se získaným postižením (za celý život 13 %).

Podle analýzy národně reprezentativních dat porovnávajících užívání návykových látek mezi mladými dospělými se zdravotním postižením a vrstevníky v obecné populaci USA užívali ti se zdravotním postižením v posledním měsíci alkohol méně než jejich vrstevníci v běžné populaci (46 %

oproti 56 %). Jedinců s ortopedickým poškozením, kteří hlásili užití jednoho a více alkoholických nápojů v posledním měsíci, bylo 20 %, jedinců s traumatickým poškozením mozku 36 % (Yu et al., 2008). Podle dat z Mexika (Arias Vázquez et al., 2018), která zahrnovala odpovědi od jedinců s amputacemi končetin, bylo cca 88 % z nich konzumenty alkoholu (v obecné populaci 71 %).

Autoři Kearns et al. (2019) v USA vyhodnotili údaje od osob s amputacemi horních končetin na podkladě traumatického poškození a zjistili, že 39 % z nich konzumovalo alkohol již v rozmezí problémového užívání alkoholu.

5.1.2. Užívání alkoholu před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku

Několik následujících autorů se zaměřilo na porovnání konzumace alkoholu u osob s různými typy tělesného postižení v období před tím, než jejich tělesné postižení vzniklo, a také v období po jeho vzniku. Jejich výsledky poukazují na snížení užívání alkoholu v období po vzniku jejich tělesného postižení.

Horáková (2013) se věnovala souvislosti mezi užíváním alkoholu před a po poškození míchy. Došla k závěru, že po poškození míchy ubylo jedinců v kategorii těžkých uživatelů alkoholu (před 35 %, po 16 %), naopak tedy přibyli jedinci v kategorii jedinců s mírným užíváním (před 60 %, po 78 %) a zvýšil se také o 1 % počet abstinentů (před 5 %, po 6 %). Důležité je také zmínit, že autorka získala data od respondentů od 1 roku a více po poškození míchy.

Odstrčil (2009) ve své práci získal data od osob s později vzniklým tělesným postižením a zjistil, že jedinci, kteří konzumovali alkohol před vznikem postižení, jej zpravidla konzumovali i po jeho vzniku (abstinující abstinovali před vznikem i po něm). Zmiňuje také přímou úměrnost z hlediska množství užívaného alkoholu před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku, avšak ti, kteří tělesné postižení získali před méně než 24 měsíci, vykazovali nižší průměrnou spotřebu alkoholu než ti s tělesným postižením starším.

Autoři Davis et al. (2018) zkoumali změny v užívání alkoholu u osob po poškození míchy. Získali data o užívání od respondentů v době, kdy došlo k poškození míchy a také přibližně v době 17 měsíců po úrazu. Podle dat získaných v době poškození byla prevalence užívání alkoholu 69 % (v obecné populaci 51 %) a epizodického užívání alkoholu (binge drinking) 45 % (v obecné populaci 13 %). Podle dat získaných v době 17 měsíců po úrazu byla prevalence užívání alkoholu před úrazem 70 % a po něm 51 %, epizodické užívání alkoholu před úrazem 43 % a po něm 17 %.

Autoři Turner et al. (2014) zkoumali prevalenci užívání alkoholu u osob s amputací před operací a rok po ní. Vyhodnotili, že 16 % respondentů splnilo kritéria pro zneužívání alkoholu na počátku sledování a 13 % rok po operaci. Alkohol nikdy v posledním roce neužilo 48 % respondentů před a 53 % po operaci. Je vhodné také zmínit, že průměrný věk respondentů byl 62 let a amputace byla důsledkem arteriálního onemocnění.

5.2. Kouření

Je známo, že kouření má negativní vliv na celkový zdravotní stav a je příčinou mnoha onemocnění. Kouření je mimo jiné rizikovým faktorem pro vznik různých druhů rakoviny, kardiovaskulárních a respiračních onemocnění a má podíl na vzniku diabetu a revmatoidní artritidy, způsobuje také zánět a snižuje funkce imunitního systému (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). I proto je důležité zmínit zjištění autorů Theis, Steinweg, Helmick, Courtney-Long, Bolen a Lee (2019), kteří udávají, že mezi nejčastější příčiny zdravotního postižení dospělých v USA v

roce 2010 se řadila následující onemocnění: artritida/revmatismus, problémy se zády nebo páteří, srdeční potíže a také diabetes. Zmiňují ale také další onemocnění, která lze asociovat s kouřením.

Stres je významným negativním faktorem spojeným s komplikacemi, které mohou vyvstat při řešení problémů každodenního života u jedinců s tělesným postižením. Odvykání kouření je sice spojeno s pozitivními změnami z hlediska snížení stresu, deprese a také úzkostí (Taylor, McNeill, Girling, Farley, Lindson-Hawley & Aveyard, 2014), avšak někteří autoři se shodují, že jedinci se zdravotním postižením se účastní procesu odvykání kouření s menší pravděpodobností než běžná populace. Borrelli, Busch a Dunsiger (2014) udávají, že kuřáci s omezením hybnosti se pokusili v posledním roce přestat kouřit s menší pravděpodobností (20 %) oproti těm bez omezení hybnosti (27 %). Také podle práce autorů Lee, Park, Kim a Shin (2014) bylo u jedinců se zdravotním postižením méně pravděpodobné (bez ohledu na závažnost nebo věk, ve kterém ono postižení vzniklo), že se pokusili přestat kouřit v posledním roce oproti běžné populaci.

Různí autoři udávají vyšší prevalenci kouření u jedinců se zdravotním postižením ve srovnání s těmi bez zdravotního postižení (Glazier & Kling, 2013; Jarrett & Pignataro, 2013; Emerson, 2018), avšak je důležité přihlédnout k rozdílům v prevalenci kouření v závislosti na specifickém druhu zdravotního postižení a jeho závažnosti. Podle autorů Lee et al. (2014) jedinci se závažným zdravotním postižením v porovnání s běžnou populací byli současnými kuřáky s menší pravděpodobností, což může souviset i s omezeným přístupem k cigaretám.

5.2.1. Prevalence užívání tabáku

Mezi výzkumy provedené v českém prostředí, které se zabývaly kouřením tabáku u osob s tělesným postižením, se řadí již zmíněná práce Šperlové (2009), podle které mělo za život zkušenost s kouřením tabáku 73 % osob se zdravotním postižením. Kachlík a Havelková (2010) zachytili celoživotní prevalenci kouření u téměř poloviny respondentů s motorickým postižením.

Šperlová (2009) také udává, že z těch, kteří někdy za život měli zkušenost s užíváním tabáku, stále kouřilo 71 % respondentů a tedy 29 % by se dalo považovat za bývalé kuřáky. Z hlediska celého souboru bylo současnými kuřáky 52 %. Podle práce Kachlíka a Havelkové (2010) užilo v posledním dnu nebo týdnu tabák 21 % respondentů.

Podle již zmíněné analýzy dat autorů Yu et al. (2008) z USA 20 % mladých dospělých se zdravotním postižením hlásilo denní užívání tabáku v posledním měsíci, což se výrazně nelišilo v porovnání s daty užívání jejich vrstevníků v běžné populaci. Specificky jedinců s ortopedickým poškozením, kteří hlásili užití tabáku jednou a vícekrát v posledním měsíci, bylo 10 % (z hlediska denního užívání 8 %), jedinců s traumatickým poškozením mozku 30 % (z hlediska denního užívání 12 %). Data autorů Zhou, Glasgow a Du (2019) vycházející z národně reprezentativního průzkumu v Austrálii přináší mimo jiné informace ohledně kouření u osob se zdravotním postižením (tuto skupinu tvořili nejčastěji jedinci s tělesným postižením – 55 %) ve srovnání s jejich protějšky bez zdravotního postižení. Podle tohoto srovnání byli jedinci se zdravotním postižením častěji současnými i denními kuřáky.

Jarrett a Pignataro (2013) ve své práci na vzorku vysokoškolských studentů, z čehož bylo přibližně 16 % osob se zdravotním postižením (z celkového vzorku cca 3 % s tělesným postižením), zjistili, že prevalence kouření u osob se zdravotním postižením byla vyšší než u těch bez něj (23 % oproti 15 %). Důležité je však zmínit, že specificky v kategorii osob s tělesným postižením byla prevalence cca 16 %.

Autoři Lee et al. (2014) porovnali kouření osob se zdravotním postižením s běžnou populací v Koreji. Vhodné je poznamenat, že 56 % jedinců ze skupiny osob se zdravotním postižením mělo poruchu hybnosti, 10 % poškození mozku a 5 % chronické zdravotní potíže. Podle celkových dat se prevalence kouření ve skupině osob se zdravotním postižením příliš nelišila od té v obecné populaci (22,8 % oproti 23,3 %), avšak rozdíly byly patrné dle typu postižení. Prevalence současných kuřáků u osob s poruchou hybnosti byla vyšší než v obecné populaci (26,3 %), ale naopak nižší u osob s poškozením mozku (13,1 %) a chronickými potížemi (12,8 %).

5.2.2. Užívání tabáku před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku

Autoři v následujících dvou pracích srovnali užívání tabáku u osob s tělesným postižením v období před vznikem a v období po vzniku jejich tělesného postižení. V obou případech došlo k nárůstu nekuřáků v období po vzniku jejich tělesného postižení.

Odstrčil (2009) porovnal užívání tabáku v českém prostředí, stejně jako dříve zmíněné užívání alkoholu, u osob s později vzniklým tělesným postižením před vznikem a po jeho vzniku. Před vznikem postižení denně užívalo tabák 23 %, příležitostně 10 % a nekouřilo 67 % respondentů. Po vzniku postižení denně užívalo tabák jen 13 %, příležitostně 10 % a nekouřilo 77 % respondentů.

Turner et al. (2014) zkoumal také prevalenci kouření u osob s amputací před operací a rok po ní a zjistili, že v době amputace bylo 37 % respondentů kuřáků, po ní 29 %.

5.3. Užívání nelegálních návykových látek a zneužívání farmak

V této části se autorka práce zabývá některými výzkumy ze zahraničí i z českého prostředí, které se zaměřily na užívání nelegálních návykových látek a také na ty obsahující data ohledně léků, které bývají zneužívány jako drogy (léky užití neschváleným způsobem).

Dříve zmíněná SAMHSA upozorňuje na důležitou úlohu alkoholu nebo jiných návykových látek ve vzniku samotného postižení u některých lidí (SAMHSA, 2011). Tétrault a Courtois (2014) na základě analýzy různých literárních zdrojů udávají, že v době úrazu bylo 16 % až 33 % jedinců s poškozením páteře intoxikováno drogami.

Zneužívání legálních i nelegálních návykových látek může mít negativní vliv na jedince z hlediska zdraví a kvality života. Zneužívání těchto látek může ovlivnit proces samotné rehabilitace, účinnost léčby a vést k různým zdravotním komplikacím (SAMHSA, 2011; Tétrault & Courtois, 2014), dále může interagovat s předepsanými léky či přispívat k sociální izolaci u jedinců se zdravotním postižením (SAMHSA, 2011).

Tétrault a Courtois (2014) zmiňují, že během období rehabilitace je u jedinců s poškozením páteře zlepšení fyzických a psychických schopností výraznější u těch z nich, kteří od návykových látek abstinují. Také jedinci užívající návykové látky před nehodou jsou více ohroženi příznaky deprese několik měsíců po traumatu, což by mohlo údajně také vysvětlovat nižší míru jejich zapojení do rehabilitace a potíže s vyrovnáním se s následky úrazu.

Ford, Hinojosa a Nicholson (2018) upozorňují na samoléčení (často léky na předpis) u osob se zdravotním postižením a poukazují mimo jiné na důležitost vzdělávat tyto osoby v oblasti zvládnutí bolesti a s vypořádáváním se s nově vzniklými omezeními a také na potřebu preventivních programů a intervencí pro zlepšení kvality jejich života. Samoléčba pro tyto jedince totiž není pouze prostředkem ke zvládnutí stresu a deprese způsobené fyzickým či psychickým omezením, ale také zvyšuje úroveň fungování nezbytnou k plnění činností každodenního života.

Již zmínění autoři Kearns et al. (2019), kteří zkoumali vztah mezi posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a užíváním návykových látek u jedinců s amputací v důsledku traumatického poranění, zjistili, že 26 % z nich testovalo pozitivně pro výskyt PTSD. Podle Vágnerové je PTSD „prodlouženou nebo oddálenou reakcí, resp. projevem nedostatečného zpracování závažné traumatické zkušenosti, která se projevuje přetrváváním psychických i somatických potíží“ (Vágnerová, 2014, s. 431). A právě u těchto jedinců, kteří měli pozitivní screening pro PTSD, se vyskytla větší pravděpodobnost pro užívání nelegálních návykových látek (Kearns et al., 2019). Podle Vágnerové reakce jedince na traumatický zážitek, jako je například těžký úraz, může být různá v závislosti na mnoha faktorech. Obranná reakce však může být maladaptivní, a tedy nejen že nepřispívá k přizpůsobení se vzniklé situaci, ale navíc jí může ještě zhoršit. Zneužívání návykových látek lze zařadit právě mezi maladaptivní obranné reakce.

Lidé se zdravotním postižením však mnohdy čelí nejen architektonickým překážkám, které jim mohou bránit přístupu do adiktologických zařízení, ale i překážkám z hlediska samotných programů, jež nejsou uzpůsobené jejich specifickým potřebám a omezením (Horáková, 2013).

5.3.1. Prevalence užívání nelegálních návykových látek a zneužívání farmak

Následující část je věnována výzkumům, které se zaměřily na užívání různých skupin nelegálních návykových látek a také na zneužívání farmak ve skupině osob s tělesným postižením.

Konopné drogy

Co se týká užívání konopných drog (marihuany či hašiše) Kachlík a Havelková (2010) udávají, že během života je užito 16 % jedinců s motorickým postižením, za poslední půlrok 12 % a v posledním měsíci 9 %. Šperlová (2009) udává, že v posledním roce konopné drogy užilo dokonce 72 % jedinců se zdravotním postižením, což je procentuálně téměř stejně, jako autorkou dříve zmíněná míra současných kuřáků tabáku. V posledním měsíci však konopné produkty užilo pouze 13 % jedinců.

Autoři z USA Casseus, West, Graber, Wackowski, Cooney a Lee (2021) zkoumali rozdíly v prevalenci užívání nelegálních návykových látek a poruch z užívání návykových látek mezi vysokoškoláky se zdravotním postižením a jejich protějšky bez postižení. Z celkového vzorku studentů mělo zdravotní postižení cca 16 % studentů, při specifikaci na některé druhy omezení hlásila například 4 % jedinců omezení z hlediska nezávislého žití, 2 % omezení hybnosti, 1 % z hlediska omezení osobní péče (10 % jedinců, a tedy nejvíce, mělo kognitivní postižení). Zjistili, že mezi studenty se zdravotním postižením bylo za poslední měsíc více uživatelů marihuany (20 % oproti 16 % bez zdravotního postižení), z hlediska celoživotní zkušenosti užilo marihuanu 48 % jedinců bez a 57 % se zdravotním postižením. Zde je nutné upozornit na to, že v různých částech USA již byla přijata legislativa schvalující lékařské a nebo rekreační užívání marihuany. Podle Yu et al. (2008) naopak mladí dospělí se zdravotním postižením hlásili užívání marihuany v posledním měsíci méně často než vrstevníci v obecné populaci (16 % oproti 27 %). Specificky jedinců s ortopedickým poškozením, kteří hlásili užití marihuany za poslední měsíc, bylo 5 %, těch s traumatickým poškozením mozku 14 %. Autoři Stroud et al. (2011) udávají, že 28 % jedinců s nedávným poraněním míchy užilo v průběhu třech měsíců před úrazem marihuanu, ve skupině rizikových uživatelů alkoholu to bylo dokonce 41 %. Glazier a Kling (2013) podle údajů z let 2002–2010 zjistili, že v průběhu let došlo k nárůstu prevalence užívání marihuany u jedinců se zdravotním postižením i bez něj, avšak o něco výrazněji u osob se zdravotním postižením, což může být v pozdějších letech podpořené legalizací lékařské marihuany v několika státech.

Halucinogeny

Užívání halucinogenních drog Kachlík a Havelková (2010) zaznamenali z hlediska celoživotní zkušenosti u 5 % jedinců s motorickým postižením, za poslední půlrok u 3 %. Z celkového souboru užila tyto látky více než desetkrát 3 % respondentů, ostatní v menší míře a na experimentální úrovni. V práci Šperlové (2009) užil LSD v posledním roce pouze jeden respondent, tedy méně než 1 %. Stroud et al. (2011) udává, že pouhá 2 % z celkového počtu jedinců s nedávným poraněním míchy užila v průběhu třech měsíců před úrazem halucinogenní drogy, ve skupině osob, kteří byli zároveň označeni za rizikové uživatele alkoholu, to byla 4 %.

Opioidy

Celoživotní zkušenost s užitím opioidů zaznamenali Kachlík a Havelková (2010) u 3 % respondentů s motorickým postižením, v posledním půlroce u 1 %. Práce Šperlové (2009) zahrnovala pouze jednoho respondenta, co užil heroin v posledním roce, ale ne již v posledním měsíci. Autoři Casseus et al. (2021) zjistili, že méně než 1 % studentů bez zdravotního postižení někdy užilo heroin, zatímco studentů se zdravotním postižením necelá 3 %. Podle Stroud et al. (2011) heroin užila v průběhu třech měsíců před úrazem 3 % jedinců s nedávným poraněním míchy, ve skupině osob, kteří byli zároveň označeni za rizikové uživatele alkoholu, to byla 4 %.

Psychostimulancia

Šperlová (2009) udává, že v posledním roce kokain užila 4 % a v posledním měsíci méně než 1 % jedinců se zdravotním postižením. Podle Kachlíka a Havelkové (2010) za celý život, poslední půlrok i měsíc užila kokain či crack 3 % jedinců s motorickým postižením. Celoživotní zkušenost s drogami typu amfetaminu nebo efedrinu měla 3 % respondentů, v posledním půlroce a měsíci 1 %. Autoři dále udávají, že s diskotékovými drogami (typicky extází) měla zkušenost za celý život 4 % respondentů, za poslední půlrok a měsíc 3 % (Kachlík & Havelková, 2010). Avšak zkušenost v posledním roce s extází mělo podle Šperlové (2009) dokonce 12 % respondentů, v posledním měsíci 2 %, v kategorii uživatelů amfetaminů za poslední rok bylo 6 % respondentů, za poslední měsíc necelé 1 %.

Podle autorů Casseus et al. (2021) kokain nebo crack někdy v životě užilo 14 % studentů se zdravotním postižením oproti 11 % studentů bez zdravotního postižení. Za poslední měsíc tyto látky někdy užila 2 % jedinců se zdravotním postižením a 1 % bez něj. Výsledky autorů Stroud et al. (2011) přinášejí zjištění, že v průběhu třech měsíců před úrazem užilo kokain 6 % a amfetaminy 9 % jedinců s nedávným poraněním míchy. Ve skupině, kam se řadili rizikové uživatelé alkoholu, bylo dokonce 11 % jedinců užívajících kokain a 13 % amfetamin. Yu et al. (2008) nenalezli výrazné rozdíly v užívání kokainu v posledním měsíci mezi mladými dospělými se zdravotním postižením (2 %) a bez něj (4 %).

Farmaka

Dále jsou již zmíněny některé výzkumy zaměřené na užívání a zneužívání léků. Šperlová (2009) ve své práci zkoumala užívání sedativ a tišících léků, ty podle ní během posledního roku užilo 96 % respondentů, z hlediska frekvence je v posledním měsíci denně či téměř denně užívalo 18 % a méně než jednou za měsíc 42 %. V tomto případě je však důležité poznamenat, že přibližně třetina tyto léky při posledním užití získala na lékařský předpis. Kachlík a Havelková (2010) se již zaměřili na užití léků navozujících spánek či uklidnění non lege artis. Zjistili, že za život je tímto způsobem zneužila třetina respondentů, v posledním půlroce čtvrtina a za poslední dny pětina. Dlouhá (2020) se ve své práci

věnovala souboru studentů se zdravotním postižením, z nichž nejvíce (37 %) jedinců své postižení charakterizovalo jako tělesné. Zjistila, že cca 17 % respondentů někdy užilo léky na předpis, které nebyly určené pro ně a že důvod jejich užití byl nejčastěji bolest a nespavost. Podle autorky také jedinci s tělesným postižením užívali větší počet druhů léků oproti jedincům s jinými typy zdravotního postižení. Podle Müllerové (2009) častěji užívali léky jedinci se získaným tělesným postižením oproti těm s vrozeným tělesným postižením a také nadpoloviční většina uživatelů léků si jejich dávkování někdy upravila.

Ze zahraničních autorů se tématu zneužívání farmak s psychotropním účinkem věnovali také autoři Casseus et al. (2021), kteří do této skupiny zahrnuli léky proti bolesti, sedativa, stimulanty a trankvilizéry. Zjistili, že vysokoškoláci se zdravotním postižením měli vyšší celkovou prevalenci zneužívání léků na předpis než vysokoškolští studenti bez postižení – za život je někdy zneužilo 25 % jedinců se zdravotním postižením oproti 18 % jedinců bez něj, za poslední rok 17 % oproti 11 % a za poslední měsíc 6 % oproti necelým 4 %. Nejčastěji zneužívanými léky za poslední rok byly léky proti bolesti, následované stimulanty a trankvilizéry. Míra zneužívání stimulantů se však mezi těmito skupinami studentů příliš nelišila. Co se týká léků proti bolesti, u studentů s jakýmkoli postižením byla za poslední rok dokonce více než dvakrát větší pravděpodobnost, že zneužili OxyContin.

Autoři Ford et al. (2018) zkoumali zneužívání opioidů a benzodiazepinů na předpis a zaměřili se na dvě skupiny jedinců – jedince omezené v základních činnostech každodenního života (závažnější omezení v provádění základních aktivit – např. stravování, dodržování hygieny, oblékání) a jedince, kteří jsou omezení v instrumentálních činnostech běžného života (méně závažná omezení, která vyžadují pomoc např. při vyřizování pochůzek, návštěvě lékaře či uklízení). Podle jejich zjištění jsou jedinci s omezeními v základních činnostech více ohrožení z hlediska zneužívání opioidů, zatímco jedinci s omezeními v instrumentálních aktivitách jsou více ohrožení z hlediska zneužívání benzodiazepinů a nebo zneužívání obou skupin léčiv zároveň. Výsledky také naznačují, že lepší celkové (fyzické a duševní) zdraví respondentů bylo spojeno s nižší pravděpodobností zneužívání léků na předpis. Lauer, Henly a Brucker (2019) ve své práci udávají, že u dospělých se zdravotním postižením byla významně větší pravděpodobnost užívání (47 % oproti 29 %), zneužívání (4 % oproti 3 %) a závislosti (necelá 2 % oproti necelému 1 %) na opioidech na předpis než u dospělých bez postižení. Byla u nich navíc také významně větší pravděpodobnost, že naposledy zneužili opioidy kvůli bolesti a také byli s menší pravděpodobností léčeni pro jejich závislost. Důležité je zmínit, že takto vysoká konzumace opioidních léčiv je však v kontextu probíhající opioidové krize v USA.

5.3.2. Užívání nelegálních návykových látek před vznikem tělesného postižení a po jeho vzniku

Následující autoři přináší poznatky ohledně užívání nelegálních návykových látek před a po vzniku jejich tělesného postižení.

Odstrčil (2009) zjistil, že ze vzorku osob s později vzniklým tělesným postižením 74 % respondentů před vznikem onoho postižení nikdy neužilo žádnou nelegální návykovou látku. Ti, kteří nějakou užívali, jmenovali hlavně užití marihuany, výjimečně halucinogenních hub a sedativ. Po vzniku tělesného postižení se procentuální zastoupení uživatelů snížilo na 70 %, u uživatelů se jednalo hlavně o marihuanu a výjimečně sedativa.

Tétrault a Courtois (2014) podrobili kritice literaturu ohledně užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek u osob s poraněním míchy a došli k závěru, že před zraněním 32 % až 35 %

jedinců užívalo nelegální látky (hlavně konopí, kokain, amfetaminy a někdy také více drog). Literatura dále ukázala, že někteří jednotlivci užívající psychoaktivní látky před nehodou měli tendenci po nehodě udržovat nebo dokonce zvyšovat jejich spotřebu.

5.4. Používání internetu, hraní her a hazardní hráčství

„Chování, které přináší okamžité uspokojení, má tendenci být opakováno. Při častém opakování se pak z dlouhodobého hlediska stává zvykem či návykem i navzdory tomu, má-li negativní následky“ (Vacek & Vondráčková, 2014).

Následující část je zaměřená na používání internetu, hraní her a hazardní hráčství ve skupině osob s tělesným postižením. Těmto tématům týkajících se osob s tělesným postižením je bohužel věnována minimální pozornost jak z hlediska adiktologicky zaměřených studií z českého prostředí, tak i těch zahraničních.

5.4.1. Používání internetu a hraní her

Přístup na internet může zajistit větší míru samostatnosti v každodenním životě. Nejen že si tělesně postižený jedinec může například nakoupit online, může být ve spojení s lidmi a socializovat se, aniž by bylo nutné opustit domov, ale internet je také zdrojem mnoha užitečných informací.

Pro mnoho zdravotně postižených jedinců existuje řada bariér, která je odrazuje od používání internetu. Někteří jedinci v závislosti na druhu a vážnosti jejich zdravotního postižení mohou například potřebovat různé asistivní technologie, které jim umožní používat internet samostatně. Získání takových technologií ovšem může představovat značnou ekonomickou zátěž (Petre et al., 2009).

Podle analýzy dat ze 27 evropských zemí, mělo v roce 2012 doma přístup k internetu v průměru sedm z deseti evropských občanů, ale pouze pět z deseti jedinců se zdravotním postižením (z hlediska omezení v provádění každodenních aktivit). V České republice mělo přístup k internetu 69 % jedinců bez zdravotního postižení a pouze 46 % osob se zdravotním postižením (Scholz, Yalcin & Priestley, 2017). Používání internetu je méně pravděpodobné například v případě osob s těžkým zdravotním postižením, těch, kteří jsou starší, mají nižší vzdělání, nepříznivou finanční situaci a nebo žijí sami (Scholz et al., 2017; Duplaga, 2017).

Duplaga a Szulc (2019) na základě své práce zjistili, že používání internetu osobami se zdravotním postižením je mimo jiné spojeno se zlepšením životní pohody (well-being) a lepším duševním zdravím. Jedinci, kteří používali internet, častěji hodnotili svůj život jako šťastný a méně často zažívali osamělost a sebevražedné myšlenky oproti jeho neuživatelům. Jiná studie z Koreji (Lee & Cho, 2019) mezi jedinci s poruchou hybnosti a mobility přinesla poznatky, že vyšší intenzita používání sociálních médií a větší kontakt s online komunitou vedly k nižší úrovni deprese a poukázala na důležitost sociálních médií při budování sociální podpory. Někteří autoři však přišli s jinými závěry. Například podle práce autorky Miller (2008) na vzorku jedinců s poraněním míchy používání internetu významně nesouviselo s vnímanou sociální podporou a navíc analýza naznačila, že používání internetu mělo významný negativní vliv na celkový pocit životní pohody (well-being).

Jeden výzkum na vzorku rumunských jedinců se zdravotním postižením (41 % z nich mělo specificky tělesné postižení) byl zaměřen přímo na možnou souvislost mezi nadměrným užíváním internetu a depresí. Asociace mezi depresí a nadužíváním internetu však nebyla statisticky významná (Tomsa, Dudau, Jenaro & Flores, 2018).

Suriá Martínez (2015) ve své práci udává, že mladí lidé se zdravotním postižením, zejména jedinci s motorickým postižením, využívali internetové prostředí excesivněji než ti bez postižení. I když autorka poukazuje na důležitost a pozitivní aspekty používání internetu právě touto skupinou, zároveň upozorňuje na možné větší ohrožení těchto jedinců možnou závislostí.

Podle již zmíněných autorů Duplaga a Szulc (2019) jedinci se zdravotním postižením, kteří používali internet, méně často kouřili a méně často konzumovali alkohol v excesivní míře než ti, kteří jej nepoužívali.

V českém prostředí se používáním internetu a hraním her u jedinců s motorickým postižením zaobírali autoři Kachlík a Havelková (2010), zaměřili se na čas strávený těmito aktivitami. Podle nich přibližně třetina respondentů trávila denně 1–3 hodiny on-line zábavou na počítači, čtvrtina méně než hodinu, 16 % 3–6 hodin a 9 % více než 6 hodin. Co se týká hraní počítačových her, tak přibližně třetina respondentů hry nehrála vůbec, čtvrtina respondentů je hrála 1–3 hodiny denně, 16 % méně než hodinu denně a po desetíně od 3–6 hodin a nebo více než 6 hodin denně.

V současné době je s rozvojem technologií více přístupné hraní videoher i těm jedincům, kteří je například kvůli postižení horních končetin nebyli schopní hrát z důvodu nevyhovujících ovladačů. Účel hraní her však nemusí být pouze zábavní, ale jedincům s tělesným postižením může sloužit také z hlediska rehabilitace a léčby. V posledních letech se zvyšuje zájem výzkumníků o studium a vývoj her pro uživatele s tělesným postižením a mezi hlavní přínosy, které jsou uváděny v jejich studiích, se řadí zlepšení kvality života hráčů a v případě her určených pro rehabilitace také poskytování informací o výkonu hráčů (Szykman, Gois & Brandão, 2015). Podle jiné, již dříve zmíněné práce, však byla frekvence hraní online her ve skupině osob s poraněním míchy negativně asociována s měřítky používanými k hodnocení životní pohody (well-being) (Miller, 2008). Co se týká vyloženě adiktologicky zaměřených studií na tematiku excesivního hraní videoher ve skupině osob s tělesným postižením, takové se nepodařilo nalézt.

5.4.2. Hazardní hráčství

Autorů, kteří se zaměřili na tematiku hazardního hráčství u osob se zdravotním postižením, je velmi málo. Kachlík a Havelková (2010) zkoumali mimo jiné využití hracích a výherních automatů u jedinců s motorickým postižením a zjistili, že hru na automatu si alespoň jednou v životě vyzkoušela pětina respondentů, z čehož nejvíce se jednalo o ojedinelé experimenty.

Ze zahraničních zdrojů se autorce podařilo najít jednu práci z USA (Morasco & Petry, 2006), která se zaměřila na gambling u jedinců, kteří uvedli, že dostávají dávky v invaliditě (disability benefits) pro zdravotní poruchu a to ve srovnání s těmi, kteří tyto dávky nedostávají. Výsledky ukázaly významně vyšší prevalenci problémových/patologických hráčů ve skupině osob pobírající dávky v invaliditě (26 %) oproti těm, kteří tyto dávky nepobírali (14 %). Je však vhodné poznamenat, že i ve skupině jedinců, kteří dávky nepobírali, mohli být jedinci se zdravotním postižením. Autoři udávají, že je možné, že ti, kteří jsou omezení v provádění rekreačních aktivit kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu, mohou využívat hazardní hraní jako náplň svého volného času. Hazardní hraní může také souviset s dalším nezdravým chováním – jako je kouření, užívání alkoholu a jiných návykových látek i sedavý způsob života – což může ovlivnit zdravotní status (Morasco & Petry, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Metodika výzkumu

6.1. Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat a analyzovat užívání návykových látek a závislostní chování ve specifické skupině osob se získaným tělesným postižením. Výzkum byl zaměřen na užívání alkoholu, tabáku, léků, nelegálních návykových látek a na trávení času na internetu, hraním her a také hazardní hráčství.

Na základě výzkumného šetření byly stanoveny následující hypotézy:

Pracovní hypotéza H1: Jedinci s očekáváním pozitivní prognózy vývoje svého tělesného postižení podle bodového skóre v dotazníku AUDIT užívají alkohol méně rizikově než ti, kteří pozitivní vývoj svého postižení nepředpokládají.

- H1₀: Mezi skóre dotazníku AUDIT a očekávané prognózy vývoje svého tělesného postižení není závislost.
- H1_A: Mezi skóre dotazníku AUDIT a očekávané prognózy vývoje svého tělesného postižení je závislost.

Pracovní hypotéza H2: Jedinci, kteří jsou vážně omezeni v činnostech, které lidé obvykle dělají, skórují méně ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti oproti těm, kteří vážně omezeni nejsou.

- H2₀: Mezi skóre Fagerströмова testu a mírou omezení v obvyklých činnostech není závislost.
- H2_A: Mezi skóre Fagerströмова testu a mírou omezení v obvyklých činnostech je závislost.

Pracovní hypotéza H3: Jedinci, kteří jsou více než jednou za měsíc odkázáni kvůli svému tělesnému postižení na pomoc jiné osoby, mají méně často zkušenost s užitím nelegální návykové látky v posledním roce než ti, kteří jsou na pomoc odkázáni méně často nebo vůbec.

- H3₀: Mezi zkušeností s užitím nelegální návykové látky v posledním roce a odkázáním na pomoc jiné osoby není závislost.
- H3_A: Mezi zkušeností s užitím nelegální návykové látky v posledním roce a odkázáním na pomoc jiné osoby je závislost.

Pracovní hypotéza H4: Jedinci, kteří jsou nezaměstnaní, tráví na internetu průměrně méně času než ti, kteří jsou zaměstnanci/OSVČ či studenti.

- H4₀: Mezi časem tráveným na internetu a pracovním statutem není závislost.
- H4_A: Mezi časem tráveným na internetu a pracovním statutem je závislost.

6.2. Metody tvorby dat

Pro účely tohoto výzkumu byla použita dotazníková forma sběru dat, jako metoda kvantitativního výzkumu.

Dotazník byl vytvořen a distribuován elektronicky prostřednictvím online nástroje Survio. Z důvodu probíhající koronavirové krize nemohla být v organizacích distribuována tištěná verze dotazníku, jelikož situace neumožňovala bezpečné osobní setkání.

Dotazník byl sestaven ze 45 položek (příloha B). V úvodu dotazníku bylo šest otázek pro získání sociodemografických údajů a sedm otázek zaměřených na specifikaci a některé aspekty získaného tělesného postižení respondenta. Otázky byly uzavřené, až na otázku, kde bylo nutné vyplnit věk a polouzavřenou otázku, kde měli respondenti definovat své získané tělesné postižení – zde bylo možné zvolit možnost z nabídky a nebo případně odpověď definovat vlastními slovy. Po úvodu již bylo zkoumáno užívání alkoholu pomocí testu pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu – AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), který se skládá z deseti otázek. Dalších osm otázek se věnovalo užívání tabáku, z toho šest otázek bylo tvořených Fagerströmovým testem nikotinové závislosti. Následovaly dvě otázky ohledně užívání léků na spaní/léků s tlumivým efektem a léků proti bolesti. Užívání nelegálních drog zkoumala jedna otázka, která byla rozdělena do několika podkategorií v závislosti na jednotlivých látkách. Na trávení času na internetu a hraním her bylo zaměřeno šest otázek a posledních pět otázek se týkalo hazardního hráčství, z čehož dvě otázky byly tvořeny Lie/bet screeningovým dotazníkem k odhadu možného problémového hráčství.

Sběr dat probíhal online v období od konce ledna 2021 do počátku května 2021.

6.3. Výzkumný soubor

Zkoumanou skupinou byly osoby s tělesným postižením získaným během života, které byly v době sběru dat starší 18 let.

Pro získání co nejvíce možných respondentů z různých prostředí bylo s žádostí o pomoc s distribucí dotazníku osloveno e-mailem 15 organizací. Autorka se snažila oslovit organizace, které byly zaměřené na pomoc osobám s různým typem tělesného postižení, aby oslovila co nejširší skupinu osob se získaným tělesným postižením. Tyto organizace na svých webových stránkách udávaly, že se zaměřují na pomoc například osobám s poraněním míchy (po úraze či nemoci), se získaným poškozením mozku (po centrální mozkové příhodě, úrazu, zánětu atp.), handicapovaným, tělesně postiženým či vozíčkářům.

Bohužel z většiny (9) organizací se autorce nedostalo žádné odpovědi, což mohlo být také částečně ovlivněno jejich velkou vytížeností v probíhající koronavirové krizi. V jedné organizaci jejich klienti nesplňovali kritéria pro vyplnění dotazníku – jednalo se hlavně o osoby s vrozeným tělesným postižením. Dvě organizace žádosti vyhověly a své klienty oslovily e-mailem (jednalo se o organizaci zaměřenou na pomoc osobám se získaným poškozením mozku a organizaci poskytující služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu tělesného postižení, interního onemocnění či věku). Jiná organizace poskytující pomoc osobám s poraněním páteře autorku odkázala na své webové stránky, na kterých autorka následně publikovala výzvu k vyplnění dotazníku (tuto výzvu zveřejnila ještě na dalších dvou portálech vztahujících se k tématu zdravotního postižení). Další oslovená organizace autorku také odkázala na své webové stránky se zveřejněnými kontakty některých klientů, na základě toho e-mailem oslovila šest z nich. Z jedné organizace přišla odpověď, že autorka musí své potenciální respondenty oslovit sama a bylo jí zasláno několik e-mailových adres patrně klientů této organizace, avšak se slovy, aby neprozradila, od koho kontakt na ně má, proto tyto adresy nevyužila.

Výzvu k vyplnění dotazníku také sdílela na Twitteru a v sedmi Facebookových skupinách. Pět z těchto Facebookových skupin bylo zaměřeno na tematiku zdravotního postižení, jednalo se o skupiny sdružující osoby na vozíku, handicapované, jedince se skoliózou páteře a osoby s amputací. V závislosti na publikaci výzvy k vyplnění v těchto skupinách autorka zaznamenala nejvyšší přírůstky přijatých dotazníků.

Jelikož jsou zkoumanou skupinou v této práci osoby se získaným tělesným postižením, autorka oslovila různorodé organizace a Facebookové skupiny se zaměřením na osoby s obrnou, amputacemi či deformacemi. A ačkoliv vzhledem k problematickému přístupu k cílové populaci očekávala nižší míru zapojení do dotazníkového šetření, nakonec se autorce podařilo získat 104 vyplněných dotazníků. Z nich byly dva vyřazeny na základě nesplnění stanovených kritérií pro zkoumanou skupinu – respondenti nedefinovali své tělesné postižení jako získané během života, ale jednalo se o osoby s vrozeným tělesným postižením. Pro další zpracování tak bylo připraveno 102 dotazníků.

6.4. Metody analýzy dat

Sesbíraná data byla pomocí nástroje Survio automaticky převedena do programu Microsoft Excel, tam byla následně zpracována a analyzována za pomoci kontingenčních tabulek. V rámci popisné statistiky zde byly vytvořeny některé tabulky a všechny grafy s absolutními a relativními četnostmi, které byly následně použity ve výsledcích práce. Nástroj Survio ze sesbíraných dat také do programu Microsoft Word automaticky vytvořil souhrnné grafy a tabulky, z nichž některé tabulky byly po úpravě v této práci také využity.

V rámci statistického testování byly testovány čtyři hypotézy. Závislost dvojic kategoriálních proměnných byla testována pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Absolutní a relativní četnosti byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu. Závislost kvantitativní proměnné (skóre) na nominální proměnné byla testována pomocí Mann-Whitneyho testu (normální rozdělení dat nebylo možné předpokládat). Pořadové statistiky byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO Statistica 13. Zvolená hladina významnosti činila 5 %.

6.5. Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli v úvodu před vyplňováním samotného dotazníku seznámeni s tím, že poslouží jako podklad pro vypracování této bakalářské práce. Účast ve výzkumu byla naprosto dobrovolná. Oslovení mohli účast na výzkumu odmítnout a dotazník nevyplňovat a rovněž měli možnost v průběhu vyplňování dotazníku kdykoliv svobodně od výzkumu odstoupit, a to tak, že by dotazník jednoduše neodevzdali.

Účastníkům výzkumu se také dostalo ujištění o zachování anonymity. A aby anonymita byla zachována, ve výzkumu nejsou použita žádná jména nebo další informace vedoucí k identifikaci respondentů.

Respondenti měli možnost kontaktovat autorku na základě zveřejnění jejího e-mailu na úvodní stránce dotazníku. V případě sdíleného dotazníku na sociálních sítích jí bylo možné oslovit také přímo tam osobní zprávou a nebo v komentářích pod příspěvkem. Autorka odpověděla na několik dotazů ohledně vyplňování dotazníku – jednalo se hlavně o to, zda potenciální respondent spadá do zkoumané skupiny. Nebyly zaznamenány žádné etické námitky a stížnosti.

7. Výsledky

7.1. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor činilo celkem 102 respondentů – 52 mužů (51 % respondentů) a 50 žen (49 % respondentů). Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 25–34 let, jednalo se celkem o 27 respondentů. Nejméně početnou kategorií bylo věkové rozmezí 65 a více let, které tvořili pouze tři respondenti (viz Tabulka 1). Průměrný věk respondentů byl 39,8 let.

Tabulka 1: Pohlaví a věkové rozložení výzkumného souboru

	věkové rozložení respondentů						celkem
	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65+	
muž	4 (3,9 %)	14 (13,7 %)	15 (14,7 %)	12 (11,8 %)	5 (4,9 %)	2 (2,0 %)	52 (51,0 %)
žena	7 (6,9 %)	13 (12,7 %)	11 (10,8 %)	9 (8,8 %)	9 (8,8 %)	1 (1,0 %)	50 (49,0 %)
celkem	11 (10,8 %)	27 (26,5 %)	26 (25,5 %)	21 (20,6 %)	14 (13,7 %)	3 (2,9 %)	102 (100 %)

Zastoupení respondentů podle krajů (Tabulka 2) bylo značně nevyvážené. Nejvíce respondentů bylo z hlavního města Prahy (22,5 %) a z Jihomoravského kraje (17,6 %). Naopak z Ústeckého kraje neodpověděl na dotazník žádný respondent a v Libereckém kraji odpověděl pouze jeden (1 %).

Tabulka 2: Zastoupení respondentů podle kraje

kraj	počet respondentů	podíl respondentů
Praha	23	22,5 %
Jihočeský kraj	5	4,9 %
Jihomoravský kraj	18	17,6 %
Karlovarský kraj	2	2,0 %
Kraj Vysočina	5	4,9 %
Královéhradecký kraj	4	3,9 %
Liberecký kraj	1	1,0 %
Moravskoslezský kraj	10	9,8 %
Olomoucký kraj	4	3,9 %
Pardubický kraj	6	5,9 %
Plzeňský kraj	5	4,9 %
Středočeský kraj	13	12,7 %
Ústecký kraj	0	0 %
Zlínský kraj	6	5,9 %

Nejvíce respondentů je svobodných (51 %), ve svazku manželském 29,4 %, rozvedených je 13,7 % a v partnerském vztahu druh, družka je 4,9 %. Jedna žena uvedla, že je vdova a žádný z respondentů nezvolil možnost odpovědi registrované partnerství – Tabulka 3.

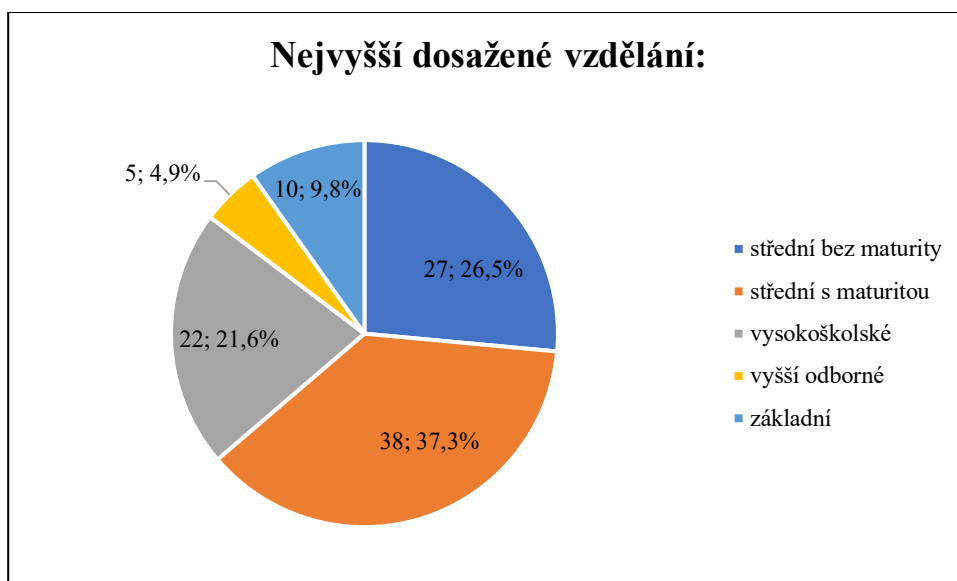
Tabulka 3: Zastoupení respondentů podle rodinného stavu

rodinný stav	počet respondentů	podíl respondentů
svobodný/á	52	51,0 %
ženatý/vdaná	30	29,4 %
druh/družka	5	4,9 %
rozvedený/á	14	13,7 %
vdovec/vdova	1	1,0 %
registrované partnerství	0	0 %

Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání (Graf 1), nejvíce respondentů má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou (37,3 %) a nebo středoškolské vzdělání bez maturity (26,5 %). Dále

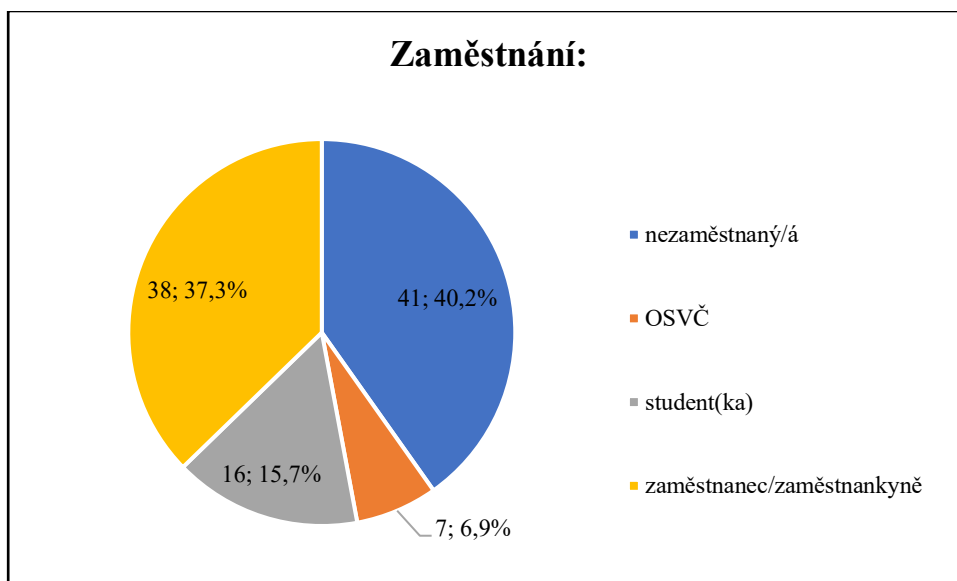
21,6 % respondentů udává vysokoškolské vzdělání, 9,8 % základní a 4,9 % vyšší odborné vzdělání. Ani jeden respondent nezvolil možnost bez vzdělání a nebo neúplné základní vzdělání.

Graf 1: Zastoupení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání



Z hlediska zaměstnání (Graf 2) je nejvíce (40,2 %) respondentů nezaměstnaných. Zaměstnaných je 37,3 % a 6,9 % jsou osoby samostatně výdělečně činné. Studentů je z celkového počtu respondentů 15,7 %.

Graf 2: Zastoupení respondentů podle zaměstnání



7.2. Získané tělesné postižení respondentů a aspekty s ním související

Naprostá většina (66,7 %) respondentů udává, že jejich získané tělesné postižení vzniklo před více než čtyřmi lety. Druhá největší skupina respondentů vznik svého tělesného postižení datuje do období před dvěma až čtyřmi lety (16,7 %). Možnost datující jeho vznik před jedním až dvěma lety zvolilo 5,9 % respondentů, před šesti až dvanácti měsíci vzniklo u 2,9 % respondentů. Ani jeden respondent neudává, že by jeho tělesné postižení vzniklo před méně než šesti měsíci. Někteří (7,8 %) respondenti časové období jeho vzniku nemohli určit a nebo si nevzpomněli.

Tabulka 4: Zastoupení respondentů podle doby vzniku jejich získaného tělesného postižení

časové období	počet respondentů	podíl respondentů
před méně než 6 měsíci	0	0 %
před 6–12 měsíci	3	2,9 %
před 1–2 lety	6	5,9 %
před 2–4 lety	17	16,7 %
před více než 4 lety	68	66,7 %
nelze určit/nevzpomínám si	8	7,8 %

Pro upřesnění, o jaké získané tělesné postižení se u respondentů jedná, mohli respondenti volit odpověď z několika různých možností, jak by jej bylo možné definovat (Tabulka 5). Pokud jim žádná možnost odpovědi nevyhovovala, mohli napsat vlastní definici – tuto možnost využilo 11,8 % respondentů. Mezi takto napsanými odpověďmi bylo například:

- samovolné pohyby, špatná koordinace pohybu;
- menší síla v pravé ruce;
- psoriatická artritida;
- amputace a i ochrnutí na stejné straně těla.

Nejvíce respondentů (20,6 %) jako definici svého získaného tělesného postižení udává amputaci na jedné dolní končetině, následně 19,6 % úplné nebo částečné ochrnutí všech čtyřech končetin, 17,6 % ochrnutí dvou končetin a 11,8 % jedinců definuje své tělesné postižení jako deformaci. V menší míře se u 5,9 % respondentů jedná o ochrnutí končetin na stejné straně těla, u 4,9 % respondentů o ochrnutí jedné končetiny, u 2,9 % o ochrnutí tří končetin, jako obrnu periferních nervů ono tělesné postižení definovalo 2,9 % respondentů a 2 % jako amputaci na obou dolních končetinách. Na dotazník neodpověděl ani jeden respondent s amputací na horní končetině.

Tabulka 5: Zastoupení respondentů podle toho, jak lze definovat jejich získané tělesné postižení

získané tělesné postižení	počet respondentů	podíl respondentů
úplné či částečné ochrnutí jedné končetiny	5	4,9 %
úplné či částečné ochrnutí dvou končetin	18	17,6 %
úplné či částečné ochrnutí tří končetin	3	2,9 %
úplné či částečné ochrnutí ruky a nohy na stejné straně těla	6	5,9 %
úplné či částečné ochrnutí všech čtyřech končetin	20	19,6 %
obrnu periferních nervů	3	2,9 %
amputace na jedné horní končetině	0	0 %
amputace na obou horních končetinách	0	0 %
amputace na jedné dolní končetině	21	20,6 %
amputace na obou dolních končetinách	2	2,0 %
deformace	12	11,8 %
jinak...	12	11,8 %

Naprostá většina respondentů udává, že jsou částečně (51 %) a nebo vážně (43,1 %) omezeni v činnostech, které lidé obvykle dělají. Pouze 5,9 % respondentů se necítí omezeně.

Tabulka 6: Zastoupení respondentů podle míry omezení v činnostech, které lidé obvykle dělají

omezení v běžných činnostech	počet respondentů	podíl respondentů
vážně omezen(a)	44	43,1 %
částečně omezen(a)	52	51,0 %
neomezen(a)	6	5,9 %

Z hlediska prognózy 62,7 % respondentů očekává, že se jejich tělesné postižení postupem času nebude příliš měnit a 31,4 % očekává zhoršení. Pouhých 5,9 % očekává zlepšení.

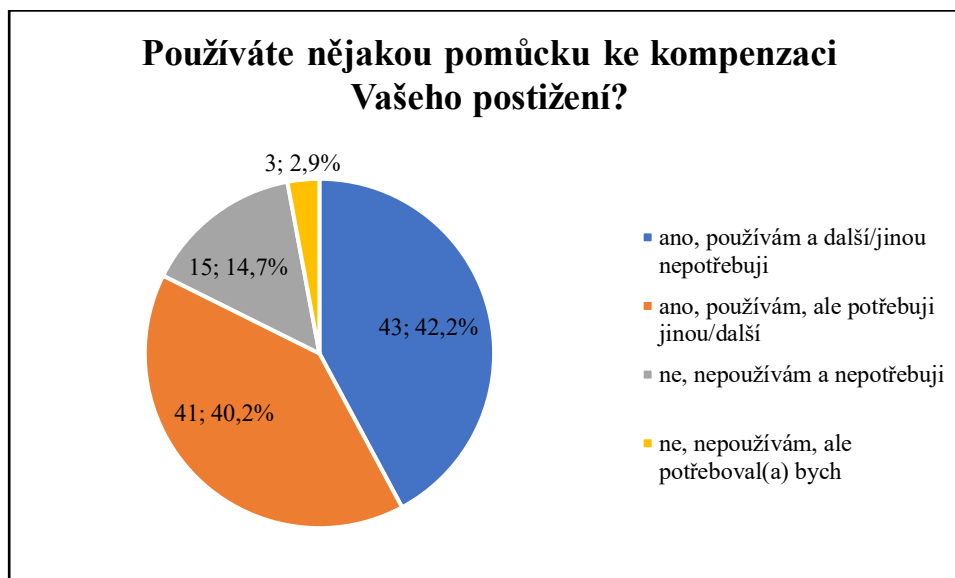
Tabulka 7: Zastoupení respondentů podle očekávaného vývoje svého tělesného postižení

očekávaný vývoj tělesného postižení	počet respondentů	podíl respondentů
zlepšení	6	5,9 %
zhoršení	32	31,4 %
statický vývoj	64	62,7 %

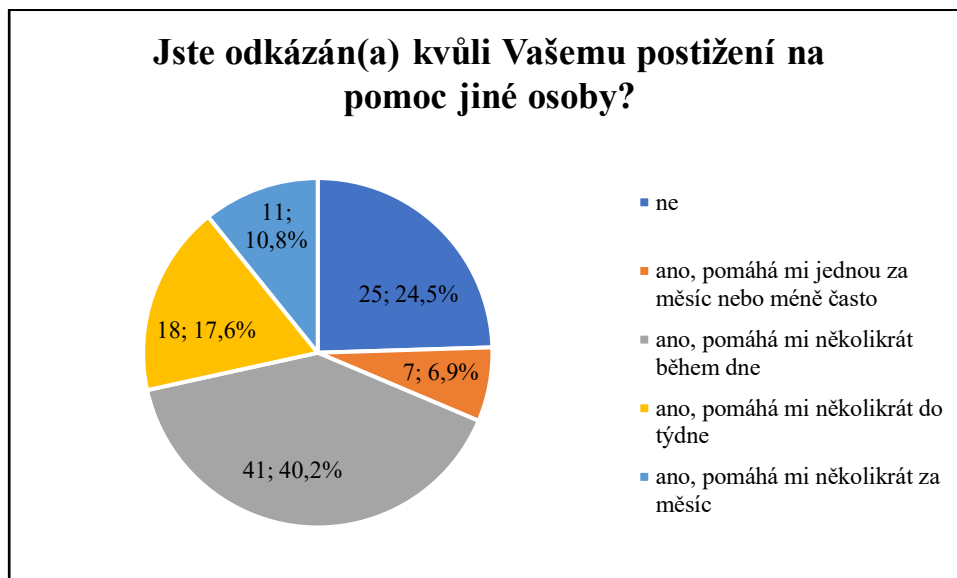
Naprostá většina 82,4 % respondentů používá nějakou kompenzační pomůcku, avšak 40,2 % z nich by potřebovalo nějakou další a nebo jinou. Pouhých 14,7 % nepoužívá a ani nepotřebuje žádnou kompenzační pomůcku, 2,9 % respondentů sice žádnou nepoužívá, ale byla by potřeba (Graf 3).

Největší skupina respondentů (40,2 %) je odkázána na pomoc jiné osoby a potřebuje pomoci několikrát během dne, několikrát do týdne potřebuje pomoci 17,6 % a několikrát do měsíce 10,8 %. Jednou za měsíc nebo méně často potřebuje pomoci 6,9 % respondentů a druhá nejpočetnější skupina respondentů (24,5 %) nepotřebuje žádnou pomoc jiné osoby (Graf 4).

Graf 3: Rozložení respondentů podle potřeby a použití kompenzačních pomůcek

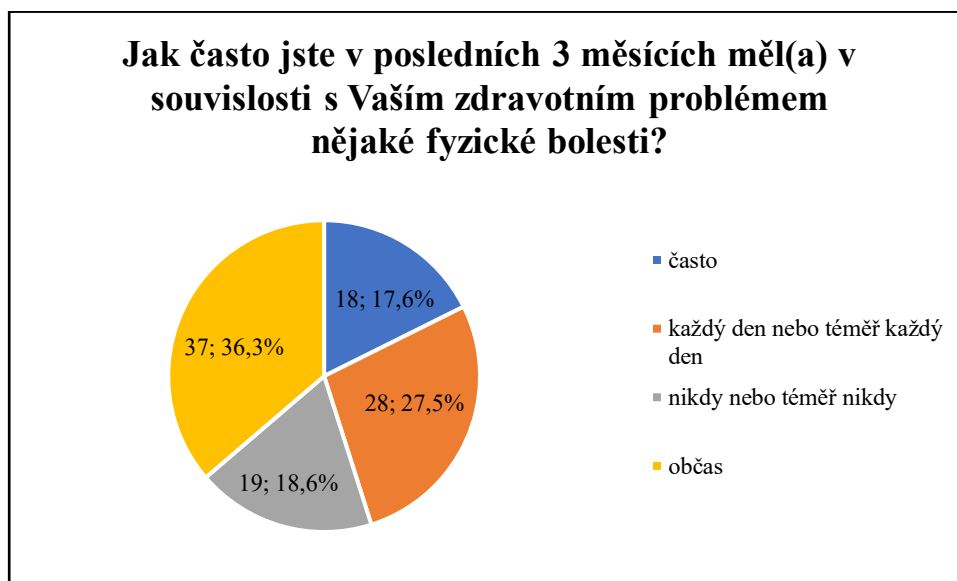


Graf 4: Rozložení respondentů podle potřeby pomoci jiné od osoby



Pouhých 18,6 % respondentů nepocítilo nikdy nebo téměř nikdy za poslední tři měsíce fyzické bolesti kvůli svému zdravotnímu problému (Graf 5). Občas tyto bolesti mělo 36,3 % respondentů, často 17,6 % a každý den nebo téměř každý den 27,5 %.

Graf 5: Rozložení respondentů podle bolesti za poslední tři měsíce



7.3. Užívání alkoholu

Pro odhalení míry závažnosti užívání alkoholu, byl do dotazníku zakomponován screeningový dotazník AUDIT, který se skládá z 10 otázek týkajících se nedávného užívání alkoholu, symptomů možné závislosti na alkoholu a problémů souvisejících s alkoholem. Respondent, který v první otázce AUDITu uvedl, že nepije vůbec, vyplňoval dále ohledně alkoholu pouze otázku devátou a desátou (Tabulka 8). Tyto dvě poslední otázky mohou indikovat problémy s užíváním alkoholu v minulosti.

Ke každé otázce dotazníku AUDIT lze zvolit odpověď, jež je bodově ohodnocena v rozmezí od nuly do čtyřech bodů. Součet bodů ze všech otázek tvoří konečné bodové skóre. Celkové skóre 8 a více bodů je považováno za indikátor nebezpečného a škodlivého užívání alkoholu a možné závislosti na alkoholu (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

Hodnocení dle bodového rozpětí:

- 0 až 7 bodů – abstinence nebo pití alkoholu s nízkým rizikem;
- 8 až 15 bodů – rizikové pití alkoholu;
- 15 až 19 bodů – pití alkoholu s vysokým rizikem, škodlivé užívání;
- 20 a více bodů – možná závislost na alkoholu.

Po vyhodnocení dat získaných od všech (102) respondentů uvedlo 28,4 % z nich (tedy 29 respondentů), že vůbec nepijí alkohol, proto následně vyplňovali už jen pouze dvě poslední otázky ohledně užívání alkoholu v minulosti. Otázky v rozmezí od druhé do osmé otázky tedy vyplňovalo pouze 73 respondentů – současných uživatelů alkoholu.

V kategorii abstinence nebo pití alkoholu s nízkým rizikem se pohybuje dle dotazníku AUDIT naprostá většina respondentů (88,2 %). Do oblasti rizikového užívání alkoholu se řadí 8,8 % respondentů a do kategorie užívání alkoholu s vysokým rizikem (škodlivé užívání) se řadí 2 % jedinců. Jeden respondent (1 %) získal více než 20 bodů, specificky 26 bodů, což indikuje možnou závislost na alkoholu.

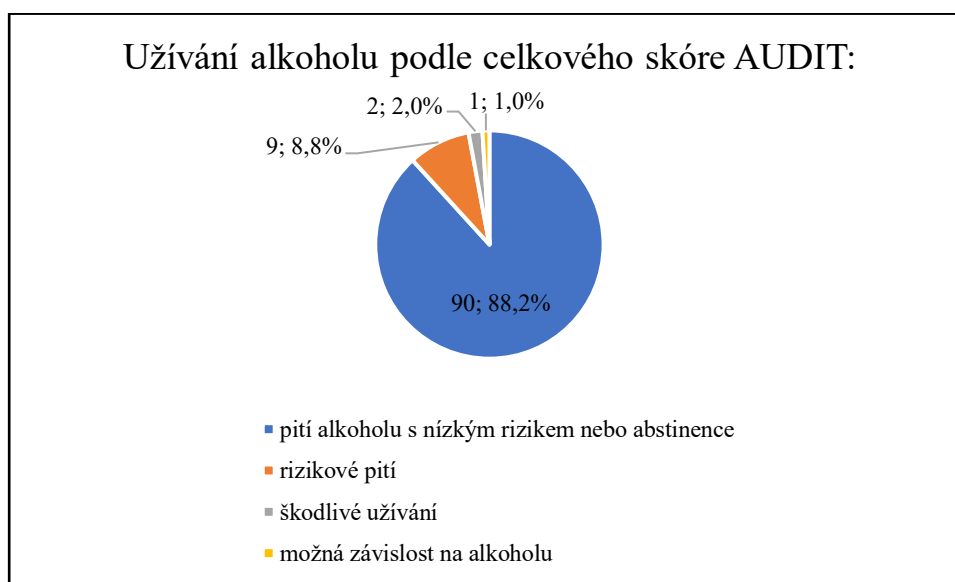
Průměrné celkové bodové skóre dotazníku AUDIT je 3,7 bodů. Jedinců, kteří získali celkové nulové skóre, je 24 (tedy 23,5 %). Celkové skóre 8 a více bodů mělo celkem 12 respondentů (11,8 %), z nichž bylo 8 mužů a 4 ženy.

Tabulka 8: AUDIT (*n=102 pro otázku 1, 9 a 10; n=73 pro otázky 2–8*)

otázky	možnosti odpovědí	počet respondentů	podíl respondentů
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	nepijí vůbec	29	28,4 %
	jednou měsíčně nebo méně často	26	25,5 %
	2x–4x měsíčně	26	25,5 %
	2x–3x týdně	15	14,7 %
	4x nebo vícekrát týdně	6	5,9 %
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete?	1 nebo 2	54	74,0 %
	3 nebo 4	13	17,8 %
	5 nebo 6	4	5,5 %
	7 nebo 8	2	2,7 %
	10 nebo více	0	0 %
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	nikdy	42	57,5 %
	méně než jednou měsíčně	25	34,2 %
	každý měsíc	3	4,1 %
	každý týden	3	4,1 %
	denně nebo téměř denně	0	0 %

4. Jak často během posledního roku jste zjistil(a), že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	nikdy	61	83,6 %
	méně než jednou měsíčně	9	12,3 %
	každý měsíc	2	2,7 %
	každý týden	0	0 %
	denně nebo téměř denně	1	1,4 %
5. Jak často během posledního roku jste nebyl(a) kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	nikdy	48	65,8 %
	méně než jednou měsíčně	17	23,3 %
	každý měsíc	3	4,1 %
	každý týden	3	4,1 %
	denně nebo téměř denně	2	2,7 %
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval(a) napít hned ráno, abyste se dostal(a) hned do formy po nadměrném pití předešlý den?	nikdy	70	95,9 %
	méně než jednou měsíčně	3	4,1 %
	každý měsíc	0	0 %
	každý týden	0	0 %
	denně nebo téměř denně	0	0 %
7. Jak často jste měl(a) během posledního roku pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?	nikdy	56	76,7 %
	méně než jednou měsíčně	14	19,2 %
	každý měsíc	1	1,4 %
	každý týden	1	1,4 %
	denně nebo téměř denně	1	1,4 %
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl(a) schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den, protože jste pil(a)?	nikdy	60	82,2 %
	méně než jednou měsíčně	12	16,4 %
	každý měsíc	1	1,4 %
	každý týden	0	0 %
	denně nebo téměř denně	0	0 %
9. Utrpěl jste někdy vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	ne	88	86,3 %
	ano, ale ne v posledním roce	12	11,8 %
	ano, během posledního roku	2	2,0 %
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	ne	89	87,3 %
	ano, ale ne v posledním roce	9	8,8 %
	ano, během posledního roku	4	3,9 %

Graf 6: Rozložení respondentů dle celkového skóre v dotazníku AUDIT



Vyhodnocení hypotézy:

Pracovní hypotéza H1: Jedinci s očekáváním pozitivní prognózy vývoje svého tělesného postižení podle bodového skóre v dotazníku AUDIT užívají alkohol méně rizikově než ti, kteří pozitivní vývoj svého postižení nepředpokládají.

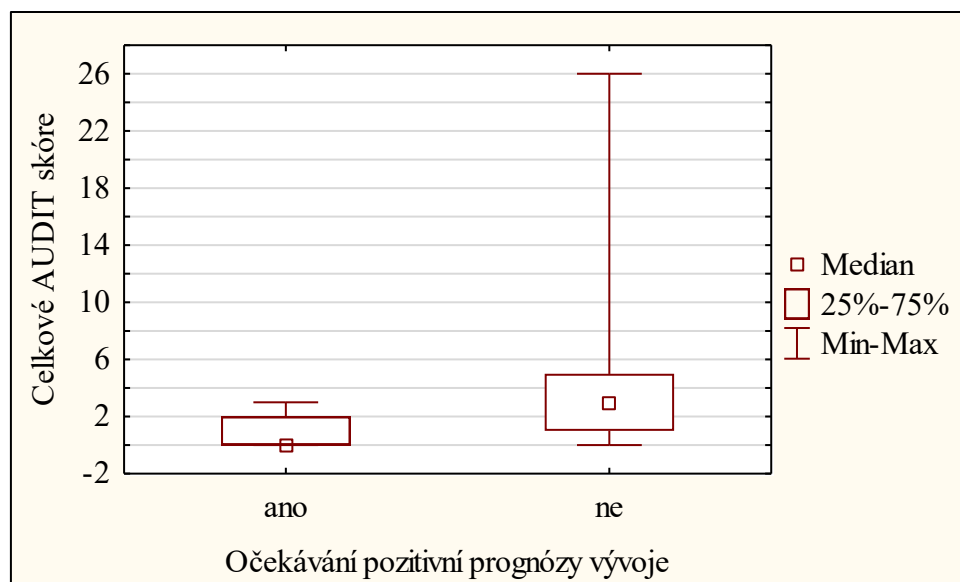
- H1₀: Mezi skóre dotazníku AUDIT a očekávané prognózy vývoje svého tělesného postižení není závislost.
- H1_A: Mezi skóre dotazníku AUDIT a očekávané prognózy vývoje svého tělesného postižení je závislost.

Skóre dotazníku AUDIT činilo pro respondenty s pozitivním očekáváním v mediánu 0 bodů a v průměru 0,8 bodu při směrodatné odchylce 1,3 bodu. Skóre dotazníku AUDIT činilo pro respondenty bez pozitivního očekávání v mediánu 3 body a v průměru 3,9 bodu při směrodatné odchylce 4,3 bodu. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,022, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05 (Tabulka 9). Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi skóre dotazníku AUDIT a očekávané prognózy vývoje svého tělesného postižení. Skóre dotazníku AUDIT bylo pro respondenty s pozitivním očekáváním statisticky významně nižší než pro respondenty bez pozitivního očekávání. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (Graf 7).

Tabulka 9: Hypotéza 1: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky				
pozitivní očekávání	medián	průměr	sm. odch.	p-hodnota
ano (n=6)	0	0,8	1,3	0,022 (zamítáme H1 ₀)
ne (n=96)	3	3,9	4,3	

Graf 7: Hypotéza 1: krabicový graf



7.4. Kouření

Osmdesát otázek v dotazníku bylo věnováno užívání tabáku. Respondent, který v první otázce (Tabulka 10) uvedl, že v posledních třiceti dnech neužíval tabák, následujících sedm otázek ohledně kouření nevyplňoval.

Ve zkoumaném vzorku respondentů byla naprostá většina (68,6 %, 70 respondentů) nekuřáků, z toho 36 mužů a 34 žen, ti tedy následující otázky související s užíváním tabáku nevyplňovali. Denně nebo téměř denně tabák užívalo 18,6 % respondentů (11 mužů a 8 žen), jednou nebo párkrát za měsíc 4,9 % (4 muži a 2 ženy) a jednou nebo párkrát za týden 7,8 % (3 muži a 5 žen).

Tabulka 10: Užívání tabáku v posledních 30 dnech

Kouřil(a) jste či jinak užíval(a) tabák v průběhu posledních 30 dní? Jak často?	počet respondentů	podíl respondentů
ne, nekouřil(a) jsem	70	68,6 %
ano, 1x měsíčně	2	2,0 %
ano, několikrát za měsíc (2–3x měsíčně)	3	2,9 %
ano, 1x nebo 2x týdně	4	3,9 %
ano, několikrát týdně (3–4x týdně)	4	3,9 %
ano, každý den nebo téměř každý den (5–7x týdně)	19	18,6 %

Druhá otázka ohledně užívání tabáku byla zaměřená na nejčastější formu jeho užívání. Ze 32 uživatelů tabáku jej 78,1 % z nich, tedy 25 respondentů, nejčastěji užívalo ve formě běžných cigaret. Druhou nejčastější odpovědí bylo užívání formou zahřívání tabáku (12,5 %, tedy 4 respondenti) a dva respondenti (6,3 %) užívají tabák nejčastěji ve formě doutníku a jeden respondent (3,1 %) nejčastěji používá elektronické cigarety.

Následujících šest otázek bylo tvořeno Fagerströmovým testem závislosti na nikotinu (viz Tabulka 11), který slouží pro rychlé orientační posouzení závažnosti nikotinové závislosti. Otázky se čtyřmi možnostmi odpovědi byly hodnoceny bodovou škálou od třech do nuly bodů a otázky se dvěma možnostmi odpovědi bodovou škálou od jedné do nuly bodů.

Orientační hodnocení dotazníku je následující:

- 0 až 1 bod – žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu;
- 2 až 4 body – střední závislost na nikotinu;
- 5 až 10 bodů – silná závislost na nikotinu.

Lze také říct, že na nikotinu je závislý ten, kdo kouří nejméně 10–15 cigaret denně a zapaluje si první cigaretu do hodiny po probuzení. Tuto oblast v dotazníku pokrývají dvě hlavní otázky, další jsou upřesňující (Králíková et al., 2005).

Nejvíce kuřáků, 43,8 % tedy 14 respondentů (6 mužů a 8 žen), se nacházelo v rozhraní 0 až 1 bodu, kdy se jedná o žádnou nebo velmi malou závislost. V rozhraní 2 až 4 bodů se nacházelo 37,5 %, tedy 12 jedinců (6 mužů a 6 žen), což značí již střední závislost na nikotinu. V rozmezí silné závislosti na nikotinu, 5 až 10 bodů, bylo 18,8 %, tedy 6 jedinců a z toho 4 muži a 2 ženy. Rozložení respondentů podle bodového rozmezí je patrné v Grafu 8.

Tabulka 11: Fagerströmův test závislosti na nikotinu ($n=32$)

otázky	možnosti odpovědí	počet respondentů	podíl respondentů
1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	do 5 minut	4	12,5 %
	za 6–30 minut	6	18,8 %
	za 31–60 minut	6	18,8 %
	po 60 minutách nebo později	16	50 %
2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	ano	1	3,1 %
	ne	31	96,9 %
3. Kterou cigaretu byste nerad(a) postrádal(a)?	první ráno	15	46,9 %
	kteroukoliv jinou	17	53,1 %
4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?	0–10	23	71,9 %
	11–20	7	21,9 %
	21–30	2	6,3 %
	31 a více	0	0 %
5. Kouříte častěji během dopoledne?	ano	8	25 %
	ne	24	75 %
6. Kouříte, i když jste nemocný/nemocná a upoután(a) na lůžko?	ano	6	18,8 %
	ne	26	81,3 %

Graf 8: Rozložení respondentů dle míry závislosti



Vyhodnocení hypotézy:

Pracovní hypotéza H2: Jedinci, kteří jsou vážně omezeni v činnostech, které lidé obvykle dělají, skórují méně ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti oproti těm, kteří vážně omezeni nejsou.

- H₂₀: Mezi skóre Fagerströмова testu a mírou omezení v obvyklých činnostech není závislost.
- H_{2A}: Mezi skóre Fagerströмова testu a mírou omezení v obvyklých činnostech je závislost.

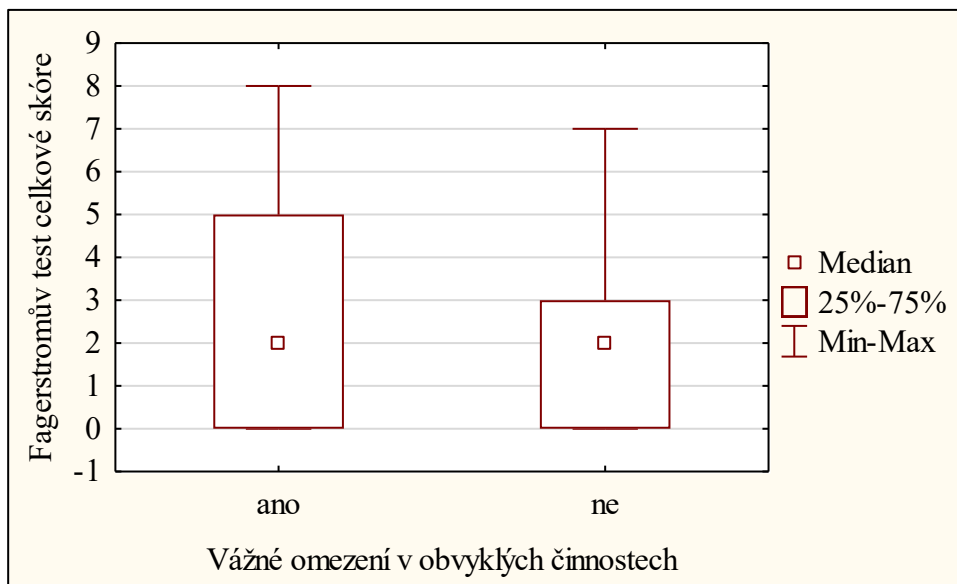
Skóre Fagerströмова testu činilo pro respondenty s vážným omezením v mediánu 2,0 bodu a v průměru 2,6 bodu při směrodatné odchylce 3,0 bodu. Skóre Fagerströмова testu činilo pro respondenty bez vážného omezení v mediánu 2,0 bodu a v průměru 2,0 bodu při směrodatné odchylce 2,2 bodu. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,736, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (Tabulka 12). Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi skóre Fagerströмова testu a mírou omezení v

obvyklých činnostech. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (Graf 9).

Tabulka 12: Hypotéza 2: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky				
vážné omezení	medián	průměr	sm. odch.	p-hodnota
ano (n=11)	2,0	2,6	3,0	0,736 (nezamítáme H ₂₀)
ne (n=21)	2,0	2,0	2,2	

Graf 9: Hypotéza 2: krabicový graf



7.5. Užívání léků

Ve dvou otázkách byli respondenti tázáni na užívání vybraných druhů léků – léků na spaní/léků s tlumivým efektem a léků proti bolesti. U těchto otázek byly respondentům vypsány příklady některých specifických léků pro lepší výbavnost. První otázka byla zaměřena na to, zda tyto druhy léků v současnosti užívají a odkud léky získali (Tabulka 13). Druhá otázka zkoumala to, zda respondenti tyto léky užívají v souladu s pokyny lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku (Tabulka 14).

Většina respondentů (75,5 %) neužívá žádné léky na spaní/s tlumivým efektem (Tabulka 13). Těm, kteří je užívají, byly nejčastěji předepsány lékařem (20,6 %), získávají je jinak (2,9 %) a nebo jsou volně prodejné (1 %). Léky proti bolesti užívá více respondentů oproti předchozímu druhu léků, neužívá je pouze 58,8 % respondentů. Uživatelé těchto léků je mají nejčastěji na předpis (20,6 %) a nebo jsou volně prodejné (19,6 %), jeden respondent je získává jinak.

Tabulka 13: Počet a procentuální zastoupení respondentů dle užívaných léků a způsobu jejich získání

Užíváte v současnosti některé z následujících léků?	ne	ano, byly mi předepsány lékařem	ano, jsou volně prodejné	ano, získávám je jinak
léky na spaní/léky s tlumivým efektem	77 (75,5 %)	21 (20,6 %)	1 (1,0 %)	3 (2,9 %)
léky proti bolesti	60 (58,8 %)	21 (20,6 %)	20 (19,6 %)	1 (1,0 %)

Ve druhé otázce ohledně léků 42,2 % z celkového počtu respondentů uvedlo, že léky uvedené v první otázce neužívá (Tabulka 14). Těch, kteří zde uvedli, že, užívají tyto druhy léků dle pokynů lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku, bylo 41,2 % z celkového počtu respondentů. Jedinců, kteří někdy užívání upravují podle vlastní potřeby, bylo 11,8 %. Nejmenší podíl respondentů z celkového souboru (4,9 %) tvořili ti, kteří je užívají vyloženě podle vlastní potřeby.

Ačkoliv 42,2 % respondentů ve druhé otázce uvedlo, že zmíněné léky neužívá, při bližším zkoumání odpovědí jednotlivých respondentů vyšlo najevo, že jeden respondent, který ve druhé otázce uvedl, že tyto léky neužívá, v předchozí otázce zvolil možnost odpovědi, že užívá léky na spaní/s tlumivým efektem, které získává jiným způsobem. Z dalších pěti respondentů, kteří zvolili v první otázce, že v současnosti neužívají ani jeden druh léků, čtyři ve druhé otázce odpověděli, že tyto léky vždy užívají podle pokynů lékaře, lékárníka nebo pokynů v příbalovém letáku a jeden respondent někdy užívání upraví dle vlastní potřeby – takovéto odpovědi se tedy možná vztahují k užívání těchto léků v minulosti a nebo k užívání léků obecně.

Tabulka 14: Rozložení respondentů podle dodržování pokynů užívání léků

Užíváte tyto léky v souladu s pokyny lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku?	počet respondentů	podíl respondentů
tyto léky neužívám	43	42,2 %
vždy je užívám podle pokynů lékaře, lékárníka nebo pokynů v příbalovém letáku	42	41,2 %
někdy užívání upravím podle vlastní potřeby	12	11,8 %
ne, užívám je podle vlastní potřeby	5	4,9 %

7.6. Užívání nelegálních návykových látek

Na užívání nelegálních návykových látek byla zaměřena jedna otázka s různými podkategoriemi podle jednotlivých návykových látek (Tabulka 15).

Z celkového počtu respondentů v souboru nadpoloviční většina (54,9 %) respondentů užíla někdy v životě konopné látky, 25,5 % léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, ...), 10,8 % extázi, 9,8 % halucinogenní houby, 8,8 % kokain, 7,8 % pervitin nebo amfetaminy a stejné procento i LSD, 3,9 % uvádí těkavé látky a stejné procento i kategorii jiných opioidů (metadon, buprenorfin, fentanyl bez lékařského předpisu, ...), 2 % anabolické steroidy, 2 % ketamin, poppers nebo GHB/GBL a jeden respondent někdy v životě užil heroin. Žádný respondent nehlásil užití nových psychoaktivních drog.

V posledním roce užílo konopné látky 14,7 % jedinců, z čehož většina (9 z 15 respondentů) je užíla v posledních 30 dnech. Extázi za poslední rok užílo 3,9 %, ale nikdo z nich v posledním měsíci. Jeden respondent užil pervitin nebo amfetaminy v posledním roce, specificky v posledních 30 dnech. Dva respondenti v posledním roce užíli kokain, jeden z nich v posledním měsíci. Nikdo v posledním roce neužil heroin a ani jiné opioidy. Prevalence užití LSD v posledním roce jsou 2 %, u halucinogenních hub se jedná o 2,9 % (1 ze 3 respondentů halucinogenní houby užil v posledním měsíci). Oba uživatelé ketaminu, poppers nebo GHB/GBL látky užíli před více než rokem, to samé platí i pro uživatele anabolických steroidů. Těkavé látky užil jediný respondent v posledním roce/měsíci. Léky bez lékařského předpisu v posledním roce užílo 7,8 % respondentů (čtvrtina z nich v posledním měsíci).

Tabulka 15: Počet a procentuální zastoupení respondentů podle užití návykové látky

typ návykové látky	užili někdy v životě	užili posledních 12 měsících	užili v posledních 30 dnech	neužili nikdy
konopné látky	56 (54,9 %)	15 (14,7 %)	9 (8,8 %)	46 (45,1 %)
extáze	11 (10,8 %)	4 (3,9 %)	0	91 (89,2 %)
pervitin nebo amfetaminy	8 (7,8 %)	1 (1,0 %)	1 (1,0 %)	94 (92,2 %)
kokain	9 (8,8 %)	2 (2,0 %)	1 (1,0 %)	93 (91,2 %)
heroin	1 (1,0 %)	0	0	101 (99,0 %)
jiné opioidy (metadon, buprenorfin, fentanyl bez lékařského předpisu, ...)	4 (3,9 %)	0	0	98 (96,1 %)
LSD	8 (7,8 %)	2 (2,0 %)	0	94 (92,2 %)
halucinogenní houby	10 (9,8 %)	3 (2,9 %)	1 (1,0 %)	92 (90,2 %)
ketamin, poppers nebo GHB/GBL	2 (2,0 %)	0	0	100 (98,0 %)
těkavé látky (toluen, rajský plyn, ...)	4 (3,9 %)	1 (1,0 %)	1 (1,0 %)	98 (96,1 %)
nové psychoaktivní látky (fenetylaminy, piperaziny, katinony, ...)	0	0	0	102 (100 %)
anabolické steroidy	2 (2,0 %)	0	0	100 (98,0 %)
léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika, ...)	26 (25,5 %)	8 (7,8 %)	2 (2,0 %)	76 (74,5 %)

Vyhodnocení hypotézy:

Pracovní hypotéza H3: Jedinci, kteří jsou více než jednou za měsíc odkázáni kvůli svému tělesnému postižení na pomoc jiné osoby, mají méně často zkušenost s užitím nelegální návykové látky v posledním roce než ti, kteří jsou na pomoc odkázáni méně často nebo vůbec.

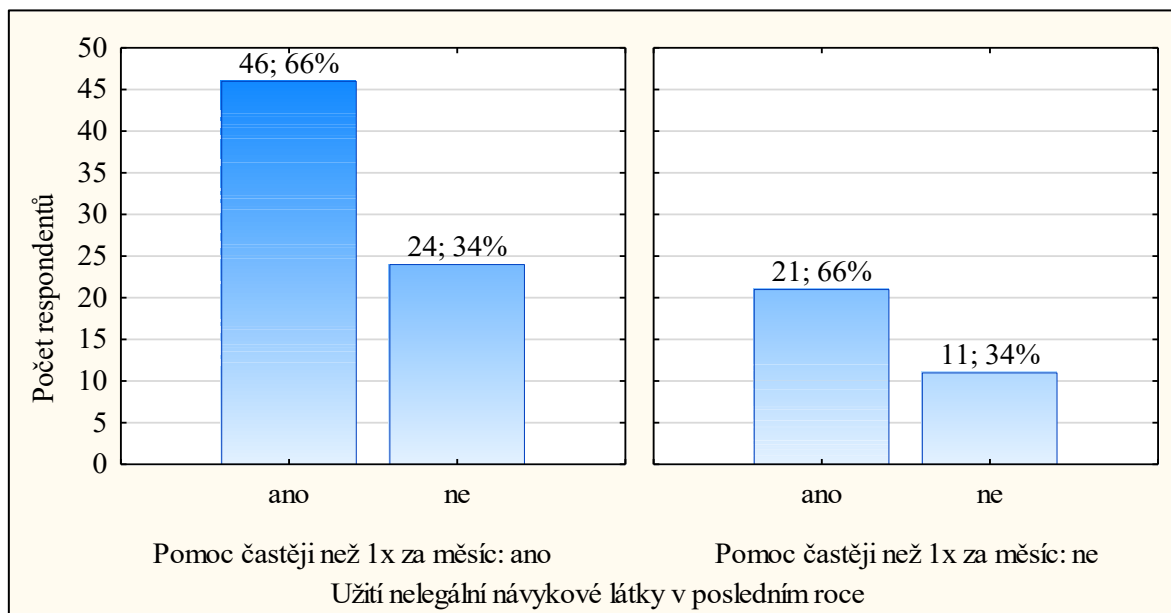
- H3₀: Mezi zkušeností s užitím nelegální návykové látky v posledním roce a odkázáním na pomoc jiné osoby není závislost.
- H3_A: Mezi zkušeností s užitím nelegální návykové látky v posledním roce a odkázáním na pomoc jiné osoby je závislost.

Nelegální návykovou látku užilo 66 % respondentů v obou srovnávaných skupinách. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,993, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (Tabulka 16). Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi zkušeností s užitím nelegální návykové látky v posledním roce a odkázáním na pomoc jiné osoby. Absolutní a relativní četnosti srovnávaných skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu (Graf 10).

Tabulka 16: Hypotéza 3: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

kontingenční tabulka a chí-kvadrát test						
chí-kvadrát test p-hodnota: 0,993		užití nelegální návykové látky				celkem
		ano		ne		
		n	%	n	%	
odkázání na pomoc více než 1x za měsíc	ano	46	65,7	24	34,3	70
	ne	21	65,6	11	34,4	32
	celkem	67		35		102

Graf 10: Hypotéza 3: sloupcový graf



7.7. Používání internetu a hraní her

Na používání internetu byly zaměřeny čtyři otázky – dvě na průměrný čas strávený denně na internetu o víkendu a ve všední dny a dvě na možné problémy spojené s nezdravým používáním internetu. Průměrný čas strávený hraním her ve všední dny a o víkendu zahrnují další dvě otázky.

Většina respondentů tráví denně na internetu dvě a více hodin ve všední dny (77,5 %), o víkendu se jedná o 68,6 % (Tabulka 17). Poměr žen a mužů, kteří tráví dvě a více hodin denně na internetu o víkendu či ve všední dny, je téměř vyrovnaný. Nejčastějším časovým rozmezím, ve kterém se respondenti pohybují z hlediska stráveného času na internetu ve všední dny i o víkendu, jsou asi 2–3 hodiny. Celkem tři respondenti (2,9 %) zvolili možnost, že netráví čas na internetu o víkendu a dva respondenti (2 %) ve všední dny – jeden z respondentů zvolil, že netráví čas na internetu ve všední dny ani o víkendu, ostatní tři respondenti tráví čas na internetu pouze o víkendu, a nebo ve všední dny.

Tabulka 17: Rozložení respondentů dle průměrného času stráveného denně na internetu ve všední dny a o víkendu

čas strávený denně na internetu	ve všední dny	o víkendu
netrávím čas na internetu	2 (2,0 %)	3 (2,9 %)
půl hodiny nebo méně	9 (8,8 %)	12 (11,8 %)
asi 1 hodinu	12 (11,8 %)	17 (16,7 %)
asi 2–3 hodiny	35 (34,3 %)	34 (33,3 %)
asi 4–5 hodin	20 (19,6 %)	15 (14,7 %)
6 hodin nebo více	24 (23,5 %)	21 (20,6 %)
celkem	102 (100 %)	102 (100 %)

Za poslední rok jídlo nebo spánek kvůli trávení času na internetu zanedbalo 15,7 % respondentů a necelá třetina (31,4 %) udává, že se cítili nepříjemně, když nemohli být na internetu (Tabulka 18). Jedinců, kteří odpověděli pozitivně v obou těchto otázkách, bylo osm (7,8 % respondentů – 4 muži a 4 ženy). Negativně odpovědělo na obě tyto otázky 60,8 % respondentů.

Tabulka 18: Rozložení respondentů v otázkách souvisejících s nezdravým používáním internetu

otázky	možnosti odpovědí	počet respondentů	podíl respondentů
Zanedbal(a) jste v posledních 12 měsících jídlo nebo spánek kvůli trávení času na internetu?	ano	16	15,7 %
	ne	86	84,3 %
Cítil(a) jste se nepříjemně, když jste nemohl(a) být v posledních 12 měsících na internetu?	ano	32	31,4 %
	ne	70	68,6 %

Nadpoloviční většina respondentů nehraje počítačové nebo mobilní hry ve všední dny (52 % – 34 žen a 19 mužů), o víkendu nehraje 52,9 % (33 žen a 21 mužů) (Tabulka 19). Jednu hodinu a více času hraním her tráví čas denně ve všední dny 29,4 % respondentů (7 žen a 23 mužů) a o víkendu 28,4 % (7 žen a 22 mužů).

Tabulka 19: Rozložení respondentů dle průměrného času stráveného hraním počítačových/mobilních her ve všední dny a o víkendu

čas strávený denně hraním počítačových/mobilních her	ve všední dny	o víkendu
nehrají počítačové ani mobilní hry	53 (52,0 %)	54 (52,9 %)
méně než 15 minut	6 (5,9 %)	8 (7,8 %)
asi půl hodiny	13 (12,7 %)	11 (10,8 %)
asi 1 hodinu	14 (13,7 %)	9 (8,8 %)
asi 1–2 hodiny	6 (5,9 %)	7 (6,9 %)
více než 2 hodiny	10 (9,8 %)	13 (12,7 %)
celkem	102 (100 %)	102 (100 %)

Vyhodnocení hypotézy:

Pracovní hypotéza H4: Jedinci, kteří jsou nezaměstnaní, tráví na internetu průměrně méně času než ti, kteří jsou zaměstnanci/OSVČ či studenti.

- H₀: Mezi časem tráveným na internetu a pracovním statutem není závislost.
- H_A: Mezi časem tráveným na internetu a pracovním statutem je závislost.

Jelikož byl čas trávený na internetu zjišťován pomocí dvou otázek (čas ve všední dny a o víkendu), byla vytvořena tabulka (Tabulka 20), podle které každému respondentovi bylo přiřazeno skóre na základě jejich času stráveného na internetu. U každého respondenta byl pro celkové skóre sečten kód ze sloupce všední dny a víkend podle jejich odpovědí ohledně stráveného času na internetu o víkendu a ve všední dny. Celkové skóre tráveného času na internetu mohlo nabývat od 0 do 10 – čím vyšší hodnota skóre, tím delší čas strávený na internetu.

Tabulka 20: Vyhodnocení pro skóre tráveného času na internetu

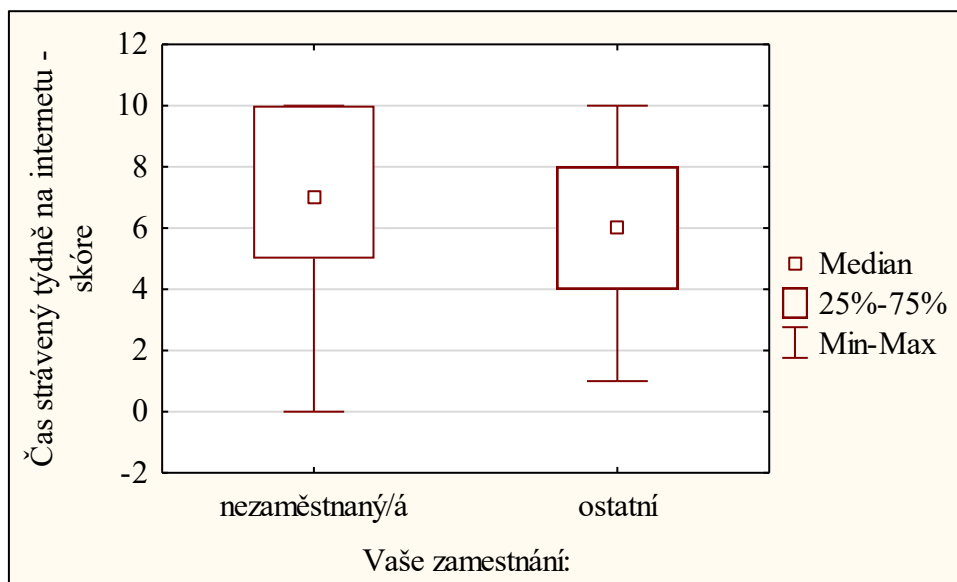
varianta odpovědi	sloupec všední dny	sloupec víkend
netrávím čas na internetu	0	0
půl hodiny nebo méně	1	1
asi 1 hodinu	2	2
asi 2–3 hodiny	3	3
asi 4–5 hodin	4	4
6 hodin nebo více	5	5

Skóre času tráveného na internetu činilo pro nezaměstnané v mediánu 7,0 bodu a v průměru 6,8 bodu při směrodatné odchylce 2,7 bodu. Skóre času tráveného na internetu činilo pro ostatní respondenty v mediánu 6,0 bodu a v průměru 6,1 bodu při směrodatné odchylce 2,4 bodu. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,169, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (Tabulka 21). Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi časem tráveným na internetu a pracovním statutem. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (Graf 11).

Tabulka 21: Hypotéza 4: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky				
skupina	medián	průměr	sm. odch.	p-hodnota
nezaměstnaný/á (n=41)	7,0	6,8	2,7	0,169 (nezamítáme H ₄₀)
ostatní (n=61)	6,0	6,1	2,4	

Graf 11: Hypotéza 4: krabicový graf



7.8. Hazardní hráčství

Posledních pět otázek v dotazníku se týkalo hazardního hráčství – dvě otázky se zaměřily na hraní různých typů her v kamenné provozovně a online, jedna otázka na frekvenci hraní o peníze v posledním roce a dvě otázky byly tvořeny Lie/bet škálou pro screening patologického hráčství.

Číselné loterie a stírací losy tvoří kategorii her, kterou v kamenné provozovně někdy v životě hrálo 46,1 % respondentů (Tabulka 22). Ostatní typy hazardních her v kamenné provozovně vyzkoušelo v životě již mnohem méně respondentů – technické hry typu automaty 20,6 %, kurzové sázky 16,7 %, jiné technické hry než automaty 12,7 %, živé hry v kasinu 11,8 % a live sázky 5,9 %. Z hlediska aktuálního hraní v posledním roce číselné loterie a stírací losy hrálo 17,6 % respondentů, z čehož většina (10 z 18 respondentů) je hrála v posledním měsíci. Technické hry typu automaty a také jiné technické hry hrál jeden jedinec za poslední měsíc. Co se týká kurzových sázek v sázkových kancelářích, ty hrálo v posledním roce 4,9 % respondentů (jeden z nich za poslední měsíc). Live sázky hrál pouze jeden respondent za poslední rok. Hraní her v kasinu se u všech vyskytuje před více než rokem.

Tabulka 22: Počet a procentuální zastoupení respondentů podle typu hrané hry v kamenné provozovně

typ hry v kamenné provozovně	hráli někdy v životě	hráli v posledních 12 měsících	hráli v posledních 30 dnech	nehráli nikdy
číselné loterie a stírací losy (Sportka, Lotto, Šťastných 10, ...)	47 (46,1 %)	18 (17,6 %)	10 (9,8 %)	55 (53,9 %)
technické hry typu automaty	21 (20,6 %)	1 (1,0 %)	1 (1,0 %)	81 (79,4 %)
jiné technické hry	13 (12,7 %)	1 (1,0 %)	1 (1,0 %)	89 (87,3 %)
kurzové sázky v sázkových kancelářích uzavřené před zahájením události	17 (16,7 %)	5 (4,9 %)	1 (1,0 %)	85 (83,3 %)
live sázky v sázkových kancelářích uzavřené v průběhu utkání	6 (5,9 %)	1 (1,0 %)	0	96 (94,1 %)
živé hry v kasinu (ruleta, karetní hry, ...)	12 (11,8 %)	0	0	90 (88,2 %)

Číselných loterií se online zúčastnilo někdy v životě 20,6 % respondentů (Tabulka 23). Hry jako poker, ruletu, karty a jiné kasinové hry online hrálo 8,8 % respondentů, kurzové sázky 7,8 %, technické hry typu automaty 6,9 % a live sázky 4,9 %. Aktuálně v posledním roce hrálo číselné loterie 6,9 % respondentů (6 ze 7 respondentů v posledním měsíci). Poker, ruletu, karty či jiné kasinové hry v posledním roce hrál jen jeden respondent online. Technické hry typu automaty hráli dva respondenti v posledním měsíci. Kurzové sázky hrálo v posledním roce 3,9 % respondentů (polovina z nich v posledním měsíci), live sázky také 3,9 % respondentů (jedna čtvrtina v posledním měsíci).

Tabulka 23: Počet a procentuální zastoupení respondentů podle typu hrané hry online

typ hry online	hráli někdy v životě	hráli v posledních 12 měsících	hráli v posledních 30 dnech	nehráli nikdy
číselné loterie (Euromillions, iLotto, ...)	21 (20,6 %)	7 (6,9 %)	6 (5,9 %)	81 (79,4 %)
technické hry typu automaty	7 (6,9 %)	2 (2,0 %)	2 (2,0 %)	95 (93,1 %)
poker, ruleta, karty, kasinové hry	9 (8,8 %)	1 (1,0 %)	0	93 (91,2 %)
kurzové sázky uzavřené před zahájením události	8 (7,8 %)	4 (3,9 %)	2 (2,0 %)	94 (92,2 %)
live sázky uzavřené v průběhu utkání	5 (4,9 %)	4 (3,9 %)	1 (1,0 %)	97 (95,1 %)

Naprostá většina respondentů (80,4 %) se za poslední rok neúčastnila hraní o peníze (Tabulka 24). Ti, kteří však o peníze hráli, tak nejčastěji činili jednou za měsíc nebo méně často (14,7 % – 6 žen a 9 mužů), nanejvýš dvakrát až čtyřikrát měsíčně (4,9 % – 2 ženy a 3 muži).

Tabulka 24: Rozložení respondentů dle frekvence hraní o peníze v posledním roce

frekvence hraní o peníze	počet respondentů	podíl respondentů
ani jednou	82	80,4 %
jednou za měsíc nebo méně často	15	14,7 %
2–4x měsíčně	5	4,9 %
2–3x týdně	0	0 %
4–5x týdně	0	0 %
6 nebo vícekrát týdně	0	0 %

Lie/bet škála (Johnson et al., 1997) je složená ze dvou otázek, které jsou určeny pro testování problémového hráčství. Na otázky je možné odpovědět „ano“ (1 bod) nebo „ne“ (0 bodů).

Vyhodnocení dle celkového součtu bodů:

- 1 bod – mírné riziko problémového hráčství;
- 2 body – vysoké riziko problémového hráčství.

Z celkového počtu respondentů 91,2 % nikdy nepocítilo potřebu hrát/sázet za více a více peněz a 97,1 % nemuselo nikdy lhát blízkým o tom, jak moc hrají/sázejí (Tabulka 25). Na obě otázky kladně odpověděli pouze dva jedinci (muž a žena), což může indikovat vysoké riziko problémů v souvislosti s hazardním hraním. Na jednu otázku kladně odpovědělo 8 respondentů (8,2 % – 4 muži a 4 ženy), což může indikovat mírné riziko problémového hraní.

Tabulka 25: Lie/bet škála

otázky	možnosti odpovědí	počet respondentů	podíl respondentů
1. Pocítil(a) jste někdy potřebu hrát/sázet za více a více peněz?	ano	9	8,8 %
	ne	93	91,2 %
2. Musel/a jste někdy lhát lidem, kteří jsou pro Vás důležití, o tom, jak moc hrajete/sázejí?	ano	3	2,9 %
	ne	99	97,1 %

8. Diskuse a závěry

Tato práce měla za cíl zmapovat a analyzovat užívání návykových látek a závislostní chování ve skupině osob se získaným tělesným postižením. Výsledky byly zpracovány ve formě tabulek a grafů a opatřeny textovým komentářem.

Výzkumný soubor tvořilo 102 osob, z čehož bylo 52 mužů (51 %) a 50 žen (49 %), kteří vyplnili online dotazník. Výhradně elektronická distribuce dotazníku probíhala z důvodu probíhající koronavirové krize. Umožnila zúčastnit se dotazníkového šetření respondentům z mnoha krajů České republiky, tato forma však limitovala v účasti ty, kteří se nepohybují v internetovém prostředí, což mohlo vést ke zkreslení výsledků. Jedná se obzvláště o skupinu osob ve věku 65 let a více, která je i nejméně zastoupena ve výzkumném souboru. Podíl osob v této věkové kategorii, kteří podle Českého statistického úřadu v roce 2020 používali internet, byl pouze 40 % (Český statistický úřad, 2020), i proto je důležité poznamenat, že více než polovinu osob se zdravotním postižením (i specificky s tělesným/pohybovým postižením) tvoří právě lidé starší 65 let (ČSÚ, 2019). Další skupinou, která mohla být limitována z hlediska účasti na výzkumu, byla skupina osob s tělesným postižením v kombinaci s mentálním postižením a nebo také skupina osob s těžkým tělesným postižením, které by mohlo znemožnit vyplnění dotazníku. Pro budoucí výzkum by proto bylo vhodné se více zaměřit na získání respondentů v těchto skupinách, které jsou limitovány z hlediska vyplňování elektronických dotazníků.

Nejčastěji respondenti definovali své získané tělesné postižení jako amputaci na jedné dolní končetině (20,6 %), úplné či částečné ochrnutí všech čtyřech končetin (19,6 %) a nebo dvou končetin (17,6 %). U většiny (66,7 %) respondentů vzniklo před více než čtyřmi lety a 62,7 % očekává, že se z hlediska prognózy jejich tělesné postižení postupem času nebude příliš měnit, 31,4 % očekává zhoršení. V činnostech, které lidé obvykle dělají, je subjektivně částečně omezeno 51 % respondentů a vážně 43,1 %. Autorce se nepodařilo získat téměř žádné respondenty, kteří vznik datují do období před dvanácti měsíci a dříve a minimum těch, kteří očekávají postupem času zlepšení svého tělesného postižení.

V současnosti nepije alkohol 28,4 % respondentů a celkového nulového skóre v dotazníku AUDIT dosáhlo 23,5 % respondentů. Osob, které se nacházely v bodovém rozmezí abstinence nebo pití alkoholu s nízkým rizikem, bylo 88,2 %. Do kategorie rizikového užívání alkoholu se zařadilo 8,8 % respondentů, do kategorie užívání s vysokým rizikem/škodlivého užívání 2 %. Jeden respondent (1 %) vykazuje znaky možné závislosti na alkoholu. V práci Horákové (2013), která zkoumala prevalenci užívání alkoholu v populaci osob po poškození míchy pomocí dotazníku AUDIT, dosáhlo nulového skóre pouze 5,5 % respondentů. V bodovém rozmezí abstinence nebo pití alkoholu s nízkým rizikem bylo 75,5 % respondentů, v kategorii odpovídající rizikovému užívání alkoholu 19,4 %, dále v kategorii škodlivého užívání 3,4 % a znaky možné závislosti mělo 1,7 % jedinců. Je zřejmé, že v provedeném výzkumu, který zahrnoval různorodou skupinu osob se získaným tělesným postižením, bylo v porovnání s prací Horákové přibližně čtyřnásobně více abstinentů a dvojnásobně méně jedinců v kategorii rizikového užívání alkoholu. V obecné populaci je v kategorii abstinence či nízkého rizika 78,7 % jedinců, rizikového nebo škodlivého pití 19,2 % jedinců a 2,1 % v kategorii možné závislosti na alkoholu (Sovinová & Csémy, 2010). V souboru osob se získaným tělesným postižením je tedy výrazně menší zastoupení osob v kategorii rizikových a problémových uživatelů alkoholu oproti obecné populaci.

Skóre dotazníku AUDIT bylo pro jedince s očekáváním pozitivní prognózy vývoje svého tělesného postižení významně nižší oproti jedincům bez pozitivního očekávání. První hypotéza se tedy potvrdila. To je v souladu se závěrem práce Odstrčila (2009), podle kterého osoby s očekáváním pozitivního vývoje konzumují alkohol mnohem méně než osoby, které jsou bez pozitivního očekávání.

Ve výzkumném souboru se nacházelo 31,4 % osob, které kouřily alespoň jednou v posledním měsíci a v tom 18,6 % denních nebo téměř denních kuřáků. Většina kuřáků (14 ze 32, tedy 43,8 %) se podle testu nikotinové závislosti pohybuje v rozmezí žádné nebo velmi malé závislosti, 37,5 % v kategorii střední závislosti na nikotinu a 18,8 % v silné závislosti. V porovnání s obecnou populací (Mravčík, Chomynová et al., 2020) bylo v roce 2019 v ČR celkem 24,9 % současných kuřáků (kouření v posledním měsíci), v tom 18,1 % kouřilo denně. Lze tedy říct, že ve výzkumném souboru bylo více současných kuřáků, ale přibližně stejně těch, kteří kouří denně či téměř denně jako v obecné populaci. Různí autoři udávají vyšší a nebo stejnou prevalenci užívání tabáku u osob se zdravotním postižením v porovnání s běžnou populací, mnohdy se však výrazně liší v závislosti na specifickém druhu zdravotního postižení (Yu et al., 2008; Lee et al., 2014; Jarrett & Pignataro, 2013).

Podle práce autorů Lee et al. (2014) byla u lidí se závažným zdravotním postižením ve srovnání s běžnou populací o 31 % nižší pravděpodobnost, že budou současnými kuřáky. Jedinci s méně závažným zdravotním postižením byli kuřáky s větší pravděpodobností, ale tato pravděpodobnost se od běžné populace významně nelišila (Lee et al., 2014). V závislosti na ověření druhé hypotézy se u těch, kteří již kouří, v této práci nepotvrdilo, že by jedinci, kteří jsou vážně omezeni v činnostech, které lidé obvykle dělají, skórovali ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu méně než ti, kteří vážně omezeni nejsou. Lze tedy říct, že v této práci nebyla nalezena závislost mezi získaným skóre a mírou omezení v běžných činnostech. Je možné, že ačkoliv jsou jedinci se závažným postižením s menší pravděpodobností současnými kuřáky, když už však kouří, tak s podobnou mírou závislosti jako ti s méně závažným postižením.

Léky na spaní/s tlumivým efektem v současnosti užívá 24,5 % respondentů. Výrazně více (41,2 %) jich užívá léky proti bolesti, což může souviset se samotným tělesným postižením, jelikož v souvislosti s ním v posledních třech měsících pocítilo každý den nebo téměř každý den bolesti 27 % respondentů, často je pocítilo 18 % a občas 36 % respondentů. Většina respondentů tyto léky užívá v souladu s pokyny lékaře, lékárníka či příbalového letáku.

Léky získané bez lékařského předpisu se sedativním, hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů užívaných proti bolesti užilo někdy v životě 25,5 % respondentů. To je v souladu s výzkumem Prevalence užívání drog v populaci ČR z roku 2019 (Mravčík, Chomynová et al., 2020), kde je někdy v životě užilo 26,8 % dotázaných.

Někdy v životě užilo konopné látky 54,9 % respondentů se získaným tělesným postižením. Celoživotní prevalence užití konopných látek v obecné populaci je přibližně dvojnásobně menší (25,9 %) (Mravčík, Chomynová et al., 2020). V posledním měsíci konopí užilo 8,8 % respondentů, v obecné populaci se jednalo o 2,6 % dotazovaných (Mravčík, Chomynová et al., 2020). V porovnání Kachlík a Havelková (2010) udávají celoživotní prevalenci užívání konopných látek u 16 % jedinců s motorickým postižením a v posledním měsíci u 9 %. Vyšší míra konzumentů konopných látek ve výzkumném vzorku by mohla být zapříčiněná sebemedikací respondentů za účelem zmírnění svých obtíží.

Respondenti v tomto výzkumu vykazují vyšší celoživotní prevalenci užívání většiny dalších zkoumaných drog (kromě anabolických steroidů a nových psychoaktivních látek) oproti obecné populaci (Mravčík, Chomynová et al., 2020). Užití těchto drog v období posledního roku a měsíce jsou však spíše výjimečné. Vyšší prevalenci užívání drog mezi osobami se zdravotním postižením ve srovnání s osobami bez zdravotního postižení dokumentují také Casseus et al. (2021) nebo Glazier a Kling (2013). Nepotvrdila se třetí hypotéza, že by jedinci, kteří jsou více než jednou do měsíce odkázáni na pomoc jiné osoby, měli méně často zkušenost s užitím nelegální návykové látky v posledním roce oproti těm, kteří jsou na pomoc odkázáni méně často a nebo vůbec.

Dvě a více hodin ve všední dny na internetu tráví denně 77,5 % respondentů, o víkendu 68,6 %. V porovnání s Národním výzkumem užívání návykových látek 2016 (Chomynová & Mravčík, 2018), podle kterého čtyři a více hodin denně stráví ve volném čase ve všední dny na internetu celkem 8,5 % dotázaných a o víkendu dvojnásobek (17,1 %), respondenti se získaným tělesným postižením tráví na internetu mnohem více času. Čtyři a více hodin denně ve všední dny na internetu trávilo 43,1 % respondentů a o víkendu 35,7 %. Jelikož se otázka v dotazníkovém šetření mezi osobami se získaným tělesným postižením specificky nezaměřovala na trávení času na internetu ve volném čase, bylo možné předpokládat, že tak velké rozdíly oproti obecné populaci mohly být dány také započítáním času stráveného na internetu například v zaměstnání. Avšak čtvrtá hypotéza, že nezaměstnaní jedinci tráví na internetu méně času oproti těm, kteří jsou zaměstnaní/OSVČ nebo studenti, nebyla potvrzena. Vliv ale také mohla mít samotná koronavirová krize, která dobu strávenou na internetu mohla prodloužit vzhledem k omezeným příležitostem v trávení volného času.

Za poslední rok jídlo nebo spánek kvůli trávení času na internetu zanedbalo 15,7 % respondentů a 31,4 % respondentů se cítilo nepříjemně, když nemohli být na internetu. Na obě otázky pozitivně odpovědělo 7,8 %, což může naznačovat možné problémy, jenž souvisí nadužíváním internetu. Oproti tomu v obecné populaci 24,4 % osob zanedbalo jídlo nebo spánek a 18,7 % dotázaných se cítilo nepříjemně, když nemohlo být na internetu (Chomynová & Mravčík, 2018).

Hry hraje jednu a více hodin denně o víkendu 28,4 % respondentů a ve všední dny 29,4 %, převážně mužů. Podle Kachlíka a Havelkové (2010) třetina respondentů s motorickým postižením nehrála hry vůbec, v tomto dotazníkovém šetření mezi osobami se získaným tělesným postižením se jednalo o přibližně polovinu respondentů, kteří hry nehrají. Roli zde může mít věk, jelikož průměrný věk ve výzkumném souboru Kachlíka a Havelkové (2010) byl o téměř 20 let méně (20,4 let oproti 39,8 let).

Podle Výzkumu občanů 2019 (Mravčík, Rous et al., 2020) zkušenost s hraním loterií a stíracích losů v kamenné provozovně mělo za život 56,8 % dotázaných v obecné populaci. Ve výzkumném vzorku této práce se jednalo o 46,1 %. Z hlediska online loterií je však poměr hráčů oproti obecné populaci mnohem větší – 20,6 % oproti 8 % v obecné populaci. Zde může hrát roli lepší přístup k hazardním hrám, které jsou v online prostředí, pro osoby s tělesným postižením. Nejčastěji byla uváděna účast na číselných loteriích v obecné populaci i ve výzkumném vzorku. Celoživotní prevalence hraní ostatních typů hazardních her online i v kamenné provozovně byla celkově vyšší u osob se získaným tělesným postižením oproti obecné populaci, kromě účasti na kurzových sázkách.

Podle Lie/bet škály do kategorie rizika v souvislosti s hraním hazardních her spadalo 9,8 % jedinců se získaným tělesným postižením (10 respondentů – 2 v kategorii mírného rizika a 8 v kategorii

vysokého rizika). V obecné populaci se jednalo o výrazně menší procentuální zastoupení jedinců v kategorii rizika, pouze 1,6 % (Mravčík, Rous et al., 2020).

Závěrem na základě rešerše literatury a informací získaných v rámci dotazníkového šetření autorka navrhuje několik doporučení. Z hlediska budoucího výzkumu by bylo vhodné zabývat se možnými nelátkovými závislostmi ve skupině osob s tělesným postižením, jelikož tato tematika není prozkoumána v zahraničí ani v České republice. Vzhledem k tomu, že samotné zneužívání návykových látek může ovlivňovat účinek léčby a proces rehabilitace u osob se zdravotním postižením, je dále vhodné, aby byli zdravotničtí pracovníci dostatečně edukováni a byli schopní rozpoznat příznaky a důsledky užívání návykových látek u osob se získaným tělesným postižením. Odpovídající a včasná intervence by mohla zabránit nepříznivým dopadům na pokrok v rehabilitaci a mohla by se podílet na zlepšení kvality života pacienta. V neposlední řadě je nutné upozornit na to, že pro některé osoby s tělesným postižením mohou být adiktologické služby, které hrají významnou roli v řešení problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním, nedostupné z důvodu existence architektonických a jiných bariér.

9. Seznam literatury

- Arias Vázquez, P. I., Castillo Avila, R. G., Dominguez Zentella, M. D. C., Hernández-Díaz, Y., González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., ... Fréсан, A. (2018). Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *International Journal of Rehabilitation Research*, 41(1), 52–56. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: the alcohol use disorders identification test – guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>
- Borrelli, B., Busch, A. & Dunsiger, S. (2014). Cigarette smoking among adults with mobility impairments: a US population-based survey. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1943–1949. doi: 10.2105/AJPH.2013.301772
- Casseus, M., West, B., Graber, J. M., Wackowski, O., Cooney, J. M. & Lee, H. S. (2021). Disparities in illicit drug use and disability status among a nationally representative sample of U.S. college students. *Disability and Health Journal*, 14(1):100949. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100949
- Český statistický úřad. (2019). Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018. Praha: ČSÚ. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>
- Český statistický úřad. (2020). Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci za období 2020. Praha: ČSÚ. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/122362692/06200420.pdf/d203b0fc-50c5-4763-ae5c-4ad5d2a8e2fd?version=1.3>
- Davis, J. F., Cao, Y. & Krause, J. S. (2018). Changes in alcohol use after the onset of spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 41(2), 230-237. doi: 10.1080/10790268.2017.1319996
- Dlouhá, D. (2020). *Problematika závislosti na lécích u osob se zdravotním postižením*. (Rigorózní práce). Masarykova Univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/vrp5r/Dana_Dlouha_-_Rigorozni_prace__12.02.20.pdf
- Duplaga, M. & Szulc, K. (2019). The association of internet use with wellbeing, mental health and health behaviours of persons with disabilities. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3252. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph16183252>
- Duplaga, M. (2017). Digital divide among people with disabilities: Analysis of data from a nationwide study for determinants of internet use and activities performed online. *PLOS ONE*, 12(6), e0179825. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179825>
- Emerson, E. (2018). Smoking among adults with and without disabilities in the UK. *Journal of Public Health*, 40(4), e502–e509. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy062>
- Ford, J. A., Hinojosa, M. S. & Nicholson, H. L. (2018). Disability status and prescription drug misuse among U.S. adults. *Addictive Behaviors*, 85,64–69. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.05.019

- Glazier, R. E. & Kling, R. N. (2013). Recent trends in substance abuse among persons with disabilities compared to that of persons without disabilities. *Disability and Health Journal*, 6(2):107–15. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.01.007
- Horáková, D. (2013). *Výskyt a souvislosti užívání alkoholu u osob po poškození míchy*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/54492>
- Chomynová, P. & Mravčík, V. (2018). Národní výzkum užívání návykových látek 2016. *Zaostřeno* 4(2), 1–20. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32788/798/Zaostreno_2018-02_narodni%20vyzkum.pdf
- Jarrett, T. & Pignataro, R. M. (2013). Cigarette smoking among college students with disabilities: National College Health Assessment II, Fall 2008–Spring 2009. *Disability and Health Journal*, 6(3), 204–212. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.01.011
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N. & Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80(1), 83–88. doi:10.2466/pr0.1997.80.1.83
- Kachlík, P. & Havelková, M. (2010). Sonda do segmentu osob s tělesným postižením zaměřená na závislostní chování. In *Škola a zdraví pro 21. století* (s. 321–342). Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/36/36/texty/sh21_2010_czech.pdf
- Kearns, N. T., Powers, M. B., Jackson, W. T., Elliott, T. R. & Ryan, T. (2019). Posttraumatic stress disorder symptom clusters and substance use among patients with upper limb amputations due to traumatic injury. *Disability and Rehabilitation*, 41(26), 3157–3164. doi: 10.1080/09638288.2018.1485180
- Králíková, E., Býma, S., Cífková, R., Češka, R., Dvořák, V., Hamanová, J., ... Widimský, J. (2005). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 144(5), s. 327–333. Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty/cle5kralikova.pdf>
- Lauer, E. A., Henly, M. & Brucker, D. L. (2019). Prescription opioid behaviors among adults with and without disabilities – United States, 2015–2016. *Disability and Health Journal*, 12(3), 519–522. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.12.001
- Lee, H. E. & Cho, J. (2019). Social media use and well-being in people with physical disabilities: influence of SNS and online community uses on social support, depression, and psychological disposition. *Health Communication*, 34(9), 1043–1052. doi: 10.1080/10410236.2018.1455138
- Lee, J. E., Park, J. H., Kim, H. R. & Shin, H. I. (2014). Smoking behaviors among people with disabilities in Korea. *Disability and Health Journal*, 7(2), 236–241. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.11.002>
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Milichovský, L. (2010). *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- Miller, S. M. (2008). The effect of frequency and type of internet use on perceived social support and sense of well-being in individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(3), 148–158. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0034355207311315>

- Morasco, B. J. & Petry, N. M. (2006). Gambling problems and health functioning in individuals receiving disability. *Disability and Rehabilitation*, 28(10), 619–623. doi: 10.1080/09638280500242507
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33369/1076/VZdrogy2019_v02_s%20obalkou.pdf
- Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T. & Cibulka, J. (2020). *Výroční zpráva o hazardním hrani v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33288/1055/VZhazard2019_web_v20200814-04.pdf
- Müllerová, J. (2009). *Analýza závislostního chování u jedinců s tělesným postižením*. (Bakalářská práce). Masarykova Univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/r7wis/>
- Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R. & Bártová A. (2012). *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Uzivani_drog_ve_skupinach_s_obtiznym_pristupem_k_drogovym_sluzbam_v_CR.pdf
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
- Odstrčil, M. (2009). *Specifika užívání návykových látek u osob s tělesným postižením z roku*. (Diplomová práce). Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/beofx/>
- Oh, S. S., Lee, S., Jang, S. I. & Park, E. C. (2020). Chronic alcoholism and all-cause mortality among disabled individuals: Findings from the Korea National Health Insurance Service-National Sample Cohort. *Alcohol*, 89, 57–62. doi: 10.1016/j.alcohol.2020.08.006
- Opatřilová, D. (2014). *Grafomotorika a psaní u žáků s tělesným postižením*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/js14/grafomot/web/docs/Grafomotorika.pdf>
- Petre, L., Jones, G., Hopkins, A., Marks, S., Paton, J., Matthews, L., ... Staines, R. (2009). Consumer Expert Group report into the use of the internet by disabled people: barriers and solutions. Dostupné z: https://www.dundee.gov.uk/dundee-city/uploaded_publications/publication_1679.pdf
- Renotierová, M. & Ludíková, L. (2006). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb. m. s., o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. (2010). *In Sběrka mezinárodních smluv* (s. 66–128). Praha: Ministerstvo vnitra.
- Scholz, F., Yalcin, B. & Priestley, M. (2017). Internet access for disabled people: Understanding socio-relational factors in Europe. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 11(1), article 4. doi: 10.5817/CP2017-1-4
- Sovinová, H. & Csémy, L. (2010). The Czech AUDIT: internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Central European Journal of Public Health*, 3(18), 127–131. doi: 10.21101/cejph.a3599

- Stroud, M. W., Bombardier, C. H., Dyer, J. R., Rimmele, C. T. & Esselman, P. C. (2011). Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: Implications for rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(5), 461–472. doi: 10.1179/2045772311Y.0000000033
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Substance use disorders in people with physical and sensory disabilities. *In Brief*, 6(1). Dostupné z: <https://web.archive.org/web/20201103182544/https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma11-4648.pdf>
- Suriá Martínez, R. (2015). Disability in young people, increases the risk of excessive internet use? *Health and Addictions*, 15(1), 15–24. Dostupné z: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758002>
- Szykman, A. G., Gois, J. P. & Brandão, A. L. (2015, prosinec). A perspective of games for people with physical disabilities. In B. Ploderer, M. Carter, M. Gibbs, W. Smith, & F. Vetere (Eds.), *Proceedings of the Annual Meeting of the Australian Special Interest Group for Computer Human Interaction*, (s. 274–283). New York: Association for Computing Machinery. Dostupné z: <https://doi.org/10.1145/2838739.2838765>
- Šperlová, L. M. (2009). *Prevalence užívání návykových látek u zdravotně postižených (OZP)*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/23125>
- Švestková, O. & Hoskovcová, S. (2010). Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *E-psychologie*, 4(4), 27–40. Dostupné z: https://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 348, g1151. doi:10.1136/bmj.g1151
- Tétrault, M. & Courtois, F. (2014). Use of psychoactive substances in persons with spinal cord injury: a literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(9-10), 684–695. doi: 10.1016/j.rehab.2014.10.002
- Theis, K. A., Steinweg, A., Helmick, C. G., Courtney-Long, E., Bolen, J. A. & Lee, R. (2019). Which one? What kind? How many? Types, causes, and prevalence of disability among U.S. adults. *Disability and Health Journal*, 12(3), 411–421. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.03.001
- Tomsa, R., Dudau, D. P., Jenaro, C. & Flores, N. (2018). Depression and excessive use of internet among young people and adults with disabilities. In *5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM 2018: vol. 5. Science and Society Issue 3.2* (s. 65–72). Sofia: STEF92 Technology Ltd. doi: 10.5593/sgemsocial2018/3.
- Turner, A. P., Williams, R. M., Norvell, D. C., Henderson, A. W., Hakimi, K. N., Blake, D. J., Czerniecki, J. M. (2014). Prevalence and 1-year course of alcohol misuse and smoking in persons with lower extremity amputation as a result of peripheral arterial disease. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(6), 493–502. doi: 10.1097/PHM.0000000000000055
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention

and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf

Vacek, J. & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6), 144–150. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_144_150.pdf

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

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

World Health Organization. (2020). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* (2nd ed., Pfeiffer, J. & Švestková, O., překl.). Praha: ÚZIS ČR. (Originál byl publikován v roce 2001 pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health). Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008317/mkf-cz-002.pdf>

Yu, J., Huang, T., Newman, L. & SRI International. (2008). *Substance use among young adults with disabilities: Facts from National Longitudinal Transition Study 2*. Washington, DC: Department of Education Institute of Education Science. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501318.pdf>

Zhou, Q., Glasgow, N. J. & Du, W. (2019). Health-related lifestyles and obesity among adults with and without disability in Australia: Implication for mental health care. *Disability and Health Journal*, 12(1), 106–113. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.08.007

10. Přílohy

Příloha A: Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Pohlaví a věkové rozložení výzkumného souboru	20
Tabulka 2: Zastoupení respondentů podle kraje	20
Tabulka 3: Zastoupení respondentů podle rodinného stavu	20
Tabulka 4: Zastoupení respondentů podle doby vzniku jejich získaného tělesného postižení	22
Tabulka 5: Zastoupení respondentů podle toho, jak lze definovat jejich získané tělesné postižení	22
Tabulka 6: Zastoupení respondentů podle míry omezení v činnostech, které lidé obvykle dělají	23
Tabulka 7: Zastoupení respondentů podle očekávaného vývoje svého tělesného postižení	23
Tabulka 8: AUDIT	25
Tabulka 9: Hypotéza 1: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky	27
Tabulka 10: Užívání tabáku v posledních 30 dnech	28
Tabulka 11: Fagerströmův test závislosti na nikotinu	29
Tabulka 12: Hypotéza 2: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky	30
Tabulka 13: Počet a procentuální zastoupení respondentů dle užívaných léků a způsobu jejich získání	31
Tabulka 14: Rozložení respondentů podle dodržování pokynů užívání léků	31
Tabulka 15: Počet a procentuální zastoupení respondentů podle užití návykové látky	32
Tabulka 16: Hypotéza 3: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test	33
Tabulka 17: Rozložení respondentů dle průměrného času stráveného denně na internetu ve všední dny a o víkendu	34
Tabulka 18: Rozložení respondentů v otázkách souvisejících s nezdravým používáním internetu	34
Tabulka 19: Rozložení respondentů dle průměrného času stráveného hraním počítačových/mobilních her ve všední dny a o víkendu	35
Tabulka 20: Vyhodnocení pro skóre tráveného času na internetu	35
Tabulka 21: Hypotéza 4: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky	36
Tabulka 22: Počet a procentuální zastoupení respondentů podle typu hrané hry v kamenné provozovně	37
Tabulka 23: Počet a procentuální zastoupení respondentů podle typu hrané hry online	37
Tabulka 24: Rozložení respondentů dle frekvence hraní o peníze v posledním roce	38
Tabulka 25: Lie/bet škála	38
Graf 1: Zastoupení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání	21
Graf 2: Zastoupení respondentů podle zaměstnání	21
Graf 3: Rozložení respondentů podle potřeby a použití kompenzačních pomůcek	23
Graf 4: Rozložení respondentů podle potřeby pomoci jiné od osoby	24
Graf 5: Rozložení respondentů podle bolesti za poslední tři měsíce	24
Graf 6: Rozložení respondentů dle celkového skóre v dotazníku AUDIT	26
Graf 7: Hypotéza 1: krabicový graf	27
Graf 8: Rozložení respondentů dle míry závislosti	29
Graf 9: Hypotéza 2: krabicový graf	30
Graf 10: Hypotéza 3: sloupcový graf	33
Graf 11: Hypotéza 4: krabicový graf	36

Příloha B: Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,
obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro výzkum v rámci vypracování bakalářské práce na téma „Užívání návykových látek a závislostní chování u osob se získaným tělesným postižením“.

Dotazník je určen osobám se získaným tělesným postižením, kteří jsou starší 18 let. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. V případě Vašeho zájmu o výsledky z tohoto dotazníkového šetření mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese cisarovaiv@gmail.com. Předem děkuji za spolupráci.

Ivana Císařová – studentka oboru Adiktologie na 1. LF Univerzity Karlovy

1. Váš věk:
2. Vaše pohlaví:
 - a) muž
 - b) žena
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) bez vzdělání nebo neúplné základní
 - b) základní
 - c) střední bez maturity
 - d) střední s maturitou
 - e) vyšší odborné
 - f) vysokoškolské
4. V jakém kraji je Vaše bydliště?
 - a) Hlavní město Praha
 - b) Jihočeský kraj
 - c) Jihomoravský kraj
 - d) Karlovarský kraj
 - e) Kraj Vysočina
 - f) Královéhradecký kraj
 - g) Liberecký kraj
 - h) Moravskoslezský kraj
 - i) Olomoucký kraj
 - j) Pardubický kraj
 - k) Plzeňský kraj
 - l) Středočeský kraj
 - m) Ústecký kraj
 - n) Zlínský kraj
5. Vaše zaměstnání:
 - a) student(ka)
 - b) zaměstnanec/zaměstnankyně
 - c) OSVČ
 - d) nezaměstnaný/á
6. Váš rodinný stav:
 - a) svobodný/á
 - b) ženatý/vdaná
 - c) druh/družka
 - d) rozvedený/á
 - e) vdovec/vdova
 - f) registrované partnerství
7. Vaše získané tělesné postižení vzniklo:
 - a) před méně než 6 měsíci
 - b) před 6–12 měsíci
 - c) před 1–2 lety
 - d) před 2–4 lety
 - e) před více než 4 lety
 - f) nelze určit/nevzpomínám si
8. Vaše získané tělesné postižení lze definovat jako:
 - a) úplné či částečné ochrnutí jedné končetiny
 - b) úplné či částečné ochrnutí dvou končetin
 - c) úplné či částečné ochrnutí tří končetin
 - d) úplné či částečné ochrnutí ruky a nohy na stejné straně těla
 - e) úplné či částečné ochrnutí všech čtyřech končetin
 - f) obrna periferních nervů
 - g) amputace na jedné horní končetině
 - h) amputace na obou horních končetinách
 - i) amputace na jedné dolní končetině
 - j) amputace na obou dolních končetinách
 - k) deformace
 - l) jiné, jaké...?
9. Jste kvůli Vašemu tělesnému postižení omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?
 - a) ano, vážně omezen(a)
 - b) ano, částečně omezen(a)
 - c) ne, neomezen(a)
10. Z hlediska prognózy se Vaše tělesné postižení postupem času:
 - a) bude zlepšovat
 - b) bude zhoršovat
 - c) nebude příliš měnit
11. Používáte nějakou pomůcku ke kompenzaci Vašeho postižení?
 - a) ano, používám a další/jinou nepotřebuji
 - b) ano, používám, ale potřebuji jinou/další
 - c) ne, nepoužívám a nepotřebuji
 - d) ne, nepoužívám, ale potřeboval(a) bych

12. Jste odkázán(a) kvůli Vašemu postižení na pomoc jiné osoby?
- a) ne
 - b) ano, pomáhá mi jednou za měsíc nebo méně často
 - c) ano, pomáhá mi několikrát za měsíc
 - d) ano, pomáhá mi několikrát do týdne
 - e) ano, pomáhá mi několikrát během dne

13. Jak často jste v posledních 3 měsících měl(a) v souvislosti s Vaším zdravotním problémem nějaké fyzické bolesti?
- a) nikdy nebo téměř nikdy
 - b) občas
 - c) často
 - d) každý den nebo téměř každý den

Alkohol (1 sklenice = 0,5 l piva, nebo 0,2 l vína, nebo 0,05 l destilátu)

14. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?
- a) nepiji vůbec (pokračujte otázkou č. 22.)
 - b) jednou měsíčně nebo méně často
 - c) 2x–4x měsíčně
 - d) 2x–3x týdně
 - e) 4x nebo vícekrát týdně

15. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete?
- a) 1 nebo 2
 - b) 3 nebo 4
 - c) 5 nebo 6
 - d) 7 nebo 8
 - e) 10 nebo více

16. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?
- a) nikdy
 - b) méně než jednou měsíčně
 - c) každý měsíc
 - d) každý týden
 - e) denně nebo téměř denně

17. Jak často během posledního roku jste zjistil(a), že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?
- a) nikdy
 - b) méně než jednou měsíčně
 - c) každý měsíc
 - d) každý týden
 - e) denně nebo téměř denně

18. Jak často během posledního roku jste nebyl(a) kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?
- a) nikdy
 - b) méně než jednou měsíčně
 - c) každý měsíc
 - d) každý týden
 - e) denně nebo téměř denně

19. Jak často během posledního roku jste se potřeboval(a) napít hned ráno, abyste se dostal(a) hned do formy po nadměrném pití předešlý den?
- a) nikdy
 - b) méně než jednou měsíčně
 - c) každý měsíc
 - d) každý týden
 - e) denně nebo téměř denně

20. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl(a) schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den, protože jste pil(a)?
- a) nikdy
 - b) méně než jednou měsíčně
 - c) každý měsíc
 - d) každý týden
 - e) denně nebo téměř denně

21. Jak často jste měl(a) během posledního roku pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?
- a) nikdy
 - b) méně než jednou měsíčně
 - c) každý měsíc
 - d) každý týden
 - e) denně nebo téměř denně

22. Utrpěl jste někdy vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?
- a) ne
 - b) ano, ale ne v posledním roce
 - c) ano, během posledního roku

23. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?
- a) ne
 - b) ano, ale ne v posledním roce
 - c) ano, během posledního roku

Kouření

24. Kouřil(a) jste či jinak užíval(a) tabák v průběhu posledních 30 dní? Jak často?
- a) ne, nekouřil(a) jsem (pokračujte otázkou č. 32)
 - b) ano, 1x měsíčně
 - c) ano, několikrát za měsíc (2–3x měsíčně)
 - d) ano, 1x nebo 2x týdně
 - e) ano, několikrát týdně (3–4x týdně)
 - f) ano, každý den nebo téměř každý den (5–7x týdně)
25. V jaké formě užíváte nikotin nejčastěji?
- a) běžné cigarety
 - b) elektronické cigarety
 - c) dýmky (i vodní dýmky)
 - d) doutníky
 - e) bezdýmny tabák (šňupací a žvýkací tabák)
 - f) zahříváný tabák (např. IQOS)
26. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
- a) ano
 - b) ne
27. Kterou cigaretu byste nerad(a) postrádal(a)?
- a) první ráno
 - b) kteroukoliv jinou
28. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
- a) do 5 minut
 - b) za 6–30 minut
 - c) za 31–60 minut
 - d) po 60 minutách nebo později
29. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?
- a) 0–10
 - b) 11–20
 - c) 21–30
 - d) 31 a více
30. Kouříte častěji během dopoledne?
- a) ano
 - b) ne
31. Kouříte, i když jste nemocný/nemocná a upoután(a) na lůžko?
- a) ano
 - b) ne

Léky

32. Užíváte v současnosti některé z následujících léků?

(označte pouze jeden rámeček v každém řádku)	ne	ano, byly mi předepsány lékařem	ano, jsou volně prodejné	ano, získávám je jinak
léky na spaní/léky s tlumivým efektem				
léky proti bolesti				

*léky na spaní/s tlumivým efektem jsou např. Alprazolam, Apaurin, Diazepam, Lexaurin, Midazolam, Neurol, Oxazepam, Rivotril, Stilnox, Xanax, Zolpidem, ...

*léky proti bolesti jsou např. Addnok, Adolor, Alnagon, Buprenorphine, Codein, Dolsin, Fentanyl, Morfin, Panadol Ultra, Metadon, Oxycodon, Ravata, Stopex, Tralgit, Tramadol, Tramal, Vendal, Zaballex, ...

33. Užíváte tyto léky v souladu s pokyny lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku (tj. dodržujete doporučené dávkování, nekombinujete je s jinými léky či alkoholem apod.)?
- a) tyto léky neužívám
 - b) vždy je užívám podle pokynů lékaře, lékárníka nebo pokynů v příbalovém letáku
 - c) někdy užívání upravím podle vlastní potřeby

NL

34. Užil(a) jste některou z následujících drog?

(označte pouze jeden rámeček v každém řádku)	ano, někdy v životě	ano, v posledních 12 měsících	ano, v posledních 30 dnech	ne, nikdy
konopné látky				
extáze				
pervitin nebo amfetaminy				
kokain				
heroin				
jiné opioidy (metadon, buprenorfin, fentanyl bez lékařského předpisu, ...)				
LSD				
halucinogenní houby				
ketamin, poppers nebo GHB/GBL				
těkavé látky (toluen, rajský plyn, ...)				
nové psychoaktivní látky (fenetylaminy, piperaziny, katinony, ...)				
anabolické steroidy				
léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika, ...)				

Internet a hraní her

35. Kolik času průměrně trávíte denně na internetu VE VŠEDNÍ DNY?

- a) netrávím čas na internetu
- b) půl hodiny nebo méně
- c) asi 1 hodinu
- d) asi 2–3 hodiny
- e) asi 4–5 hodin
- f) 6 hodin nebo více

36. Kolik času průměrně trávíte denně na internetu O VÍKENDU?

- a) netrávím čas na internetu
- b) půl hodiny nebo méně
- c) asi 1 hodinu
- d) asi 2–3 hodiny
- e) asi 4–5 hodin
- f) 6 hodin nebo více

37. Zanedbal(a) jste v posledních 12 měsících jídlo nebo spánek kvůli trávení času na internetu?

- a) ano
- b) ne

38. Cítil(a) jste se nepříjemně, když jste nemohl(a) být v posledních 12 měsících na internetu?

- a) ano
- b) ne

39. Kolik času průměrně trávíte denně hraním počítačových/mobilních her VE VŠEDNÍ DNY?

- a) nehraji počítačové ani mobilní hry
- b) méně než 15 minut
- c) asi půl hodiny
- d) asi 1 hodinu
- e) asi 1–2 hodiny
- f) více než 2 hodiny

40. Kolik času průměrně trávíte denně hraním počítačových/mobilních her O VÍKENDU?

- a) nehraji počítačové ani mobilní hry
- b) méně než 15 minut
- c) asi půl hodiny
- d) asi 1 hodinu
- e) asi 1–2 hodiny
- f) více než 2 hodiny

Hazardní hry v kamenných provozovnách a na internetu

41. Hrál(a) jste některou z uvedených hazardních her V KAMENNÉ PROVOZOVNĚ?

(označte pouze jeden rámeček v každém řádku)	ano, někdy v životě	ano, v posledních 12 měsících	ano, v posledních 30 dnech	ne, nikdy
číselné loterie a stírací losy (Sportka, Lotto, Šťastných 10, ...)				
technické hry typu automaty				
jiné technické hry				
kurzové sázky v sázkových kancelářích uzavřené před zahájením události				
live sázky v sázkových kancelářích uzavřené v průběhu utkání				
živé hry v kasinu (ruleta, karetní hry, ...)				

42. Hrál(a) jste některou z uvedených hazardních her ONLINE?

(označte pouze jeden rámeček v každém řádku)	ano, někdy v životě	ano, v posledních 12 měsících	ano, v posledních 30 dnech	ne, nikdy
číselné loterie (Euromillions, iLotto, ...)				
technické hry typu automaty				
poker, ruleta, karty, kasinové hry				
kurzové sázky uzavřené před zahájením události				
live sázky uzavřené v průběhu utkání				

43. Jak často jste hrál(a) v posledních 12 měsících o peníze?

- a) ani jednou
- b) jednou za měsíc nebo méně často
- c) 2–4x měsíčně
- d) 2–3x týdně
- e) 4–5x týdně
- f) 6 nebo vícekrát týdně

44. Pocítil(a) jste někdy potřebu hrát/sázet za více a více peněz?

- a) ano
- b) ne

45. Musel/a jste někdy lhát lidem, kteří jsou pro Vás důležití, o tom, jak moc hrajete/sázíte?

- a) ano
- b) ne

