

Sluchové postižením – vymezení

Pod pojmem *sluchové postižení* si většina laiků představí zpravidla jen snížení schopnosti slyšet. Ve skutečnosti však existuje mnoho druhů a typů sluchových postižení, přičemž jejich projevy jsou velmi pestré. Nejčastějším důsledkem sluchového postižení je snížení intenzity sluchových vjemů. Tento stav se odborně nazývá *hypoacusis*, česky *nedoslychavost*. U někoho může být sníženo vnímání na vysokých tónových frekvencích, u jiného naopak jen na nízkých kmitočtech, jindy může být porušeno vnímání celého tónového spektra (Strnadová, 1998).

Podle statistiky z Usnesení vlády ČR z roku 1993 žilo v České republice přibližně 300 tisíc sluchově postižených osob, z toho 15 tisíc zcela neslyšících. Dle Bulové (in Pipeková, 1998) trpí sluchovou vadou v ČR dokonce 500 000 obyvatel. Znakový jazyk jako prostředek komunikace pak užívá přibližně 7 300 osob (Horáková, in Opatřilová, 2006). Dle ČSÚ však jde pouze 75 tisíc osob (Výsledky šetření o zdravotně postižených, 2007). Opět se tedy setkáváme se značně rozdílným pohledem na to, kdo je a kdo není zařazen do skupiny osob se sluchovým postižením.

Pro potřeby profesionálů z oblasti adiktologie je vhodné se zaměřit na dvě základní kategorie dle způsobu komunikačního systému. Při kontaktu se sluchově postiženými je možné využít dva základní komunikační systémy: audioorální systém – reprezentovaný mluveným jazykem majoritní slyšící společnosti, vizuálně motorickým systémem, zastoupeným především znakovým jazykem, znakovým jazykem a prstovými abecedami. (Horáková, in Opatřilová, 2006)

Užívání návykových látek u osob se sluchovým postižením

Empirické výzkumy, které by ozřejmily zda jsou návykové látky pro skupinu sluchově postižených vážným problémem, včetně prevalence problémového užívání a závislostí, v této skupině nejsou v ČR ani v zahraničí prováděny. K největším překážkám výzkumu v této oblasti patří:

- nedůvěra sluchově postižených jedinců k většinou slyšícím výzkumníkům
- strach z „označení“ nebo vyloučení z komunity sluchově postižených
- neexistence standardizovaného nástroje pro rychlý sběr dat v této skupině
- komunikační bariéry.

Odborníci se domnívají (např. McCrone, 1994, Zangar, 1990), že užívání alkoholu a jiných drog je v populaci sluchově postižených minimálně stejně rozšířeno jako v populaci obecné. Toto je však již samo o sobě problémem, neboť tyto osoby nemají dostatečný přístup k informacím o návykových látkách ani možnostech podpory a služeb (Leigh, 1999).

Materiály týkající se prevence užívání drog nezohledňují kulturní, jazyková a komunikační specifika osob se sluchovým postižením. Nepřipravenost mnohých státních institucí, provozovatelů sociálních služeb, škol a zaměstnavatelů správně komunikovat se umožnila lidem se sluchovým postižením vyhnout se obvyklým následkům užívání návykových látek. Tento stav ovšem vede pouze k prohlubování problému s drogou (Ford a Moore, 1999).

Lidé se sluchovým postižením, zejména Neslyšící, se však mnohdy za postižené vůbec nepovažují a cítí se být spíše příslušníky jazykové a kulturní menšiny (srovnej Horáková, in Pipeková, 2006). Z toho pramení i jistá uzavřenost této minoritní skupiny.

Neexistence specializovaného terapeutického programu spolu s uzavřeností komunity sluchově postižených v ČR vedou k tomu, že jen velmi málo sluchově postižených užívajících návykové látky vyhledá odbornou pomoc.

Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou u skupiny sluchově postižených srovnatelné s faktory, které se vyskytují u osob s jiným motorickým či smyslovým postižením. Důvody zneužívání návykových látek tak mohou vycházet jednak ze samotného postižení, jednak může jít o stejné důvody jako u nepostižených jedinců. U adolescentů a dospělých se jedná především o následující:

- nedostatečné vzdělání a problémy ve škole
- nízká sebedůvěra
- nedostatek pozitivních vzorů mezi sluchově postiženými
- překážky v komunikaci
- nedostatek vhodných informací o návykových látkách a neznalost strategií odmítání
- nedostatek prostředků pro včasnou intervenci
- nadužívání léků
- zdravotní problémy
- tlak vrstevnických skupin
- stres
- malá podpora ze strany společnosti
- *umožňování* návykového chování
- nadbytek volného času
- nevhodné preventivní působení

(Leigh, 1999)

Dospívající lidé se sluchovým postižením často prožívají větší množství stresových situací, než je tomu u jejich nepostižených vrstevníků. Například kontakt se slyšícími spolužáky může být velmi stresující. Postižený student se může obávat sociálního odmítnutí a izolace (Dick, 1996, Stinson a Lane, 1994). Drogy pak mohou být užívány pro snížení stresu v těchto zátěžových situacích a proto, aby jedinec „dobře zapadl“ do vrstevnické skupiny, kde je užívání normou (Dick, 1996).

Mezi nejčastější rizikové faktory užívání návykových látek patří neúspěch ve škole, nízké sebevědomí, ztráta zájmu o školu, zneužívání a zanedbávání sluchově postiženého, očekávání nezaměstnanosti a odcizení od rodiny (McCrone, 1994).

Jen velmi málo výzkumných prací se v minulosti zabývalo faktory, které by mohly predikovat užívání návykových látek u dospívajících se sluchovým postižením. Dick (1996) našel určité faktory vztahující se ke škole a vrstevnické skupině, jež vyhodnotil jako možné signály zneužívání drog u sluchově postižených. Špatný školní prospěch se ukázal jako

nejcharakterističtější prediktor. Při srovnání užívání drog u sluchově postižených integrovaných do běžných škol s žáky a studenty speciálních škol pro sluchově postižené bylo užívání častější ve speciálních školách internátního typu. Samostatnou kategorií je pak všeobecný nedostatek informací o návykových látkách, závislosti, různých způsobech léčby a svépomocných skupinách ve formátu dostupném pro sluchově postižené.

Vliv komunity neslyšících na užívání návykových látek

Většina osob se sluchovým postižením se účastní aktivit, které se realizují uvnitř komunity sluchově postižených. Lidem, kteří zneužívají návykové látky je doporučováno, aby se vyhýbali známostem a prostředí, ve kterém dochází k jejich užívání. Většina slyšících jedinců má možnost si vybrat prostředí i osoby, které bude navštěvovat. Slyšící si reálně mohou vytvořit nová přátelství např. ve skupině abstinujících klientů. Oproti tomu klienti se sluchovým postižením jsou často osamělí nebo mají pouze omezený okruh přátel. Tento fakt vede k tendenci setrvávat ve vztazích i s přáteli, kteří zneužívají návykové látky. Setrvání v prostředí, kde se drogy vyskytují, prostředí, kde je užívání normou, je však pro abstinujícího klienta velmi rizikové a vede k relapsům a návratu ke stavu před počátkem léčby. (Leigh, 1999)

Další bariéra v přístupu ke službám je spojena s komunikací. Aby mohl sluchově postižený klient plně využívat služeb terapeutického zařízení, je nutné vzít do úvahy kulturní a komunikační zvláštnosti této skupiny. Jednou z možností je využití tlumočnicka do znakového jazyka, ten však nemůže být přítomen po celou dobu trvání terapeutického programu. Jako nejvhodnější varianta se proto jeví zařazení klienta do programu, kde je přítomen terapeut, který ovládá znakový jazyk a zná kulturu neslyšících. Komunikace s ostatními klienty, jež ovlivňuje výsledek celého léčebného programu, je pro sluchově postiženého také problematická. Možnost plnohodnotné komunikace je zásadní jak pro terapeuticko-vzdělávací část léčebného programu, tak pro část, kdy dochází k interakci mezi jednotlivými klienty (Leigh, 1999).

Jeden z mála specializovaných programů léčby závislostí zaměřený na sluchově postižené, známý pod jménem Minnesotský program (The Minnesota Chemical Dependency Program for Deaf and Hard of Hearing Individuals), byl vyvinut ve Spojených státech a přijímá klienty z celého území USA a Kanady. (Guttman, 1996)

Doporučení pro praxi

Komunikace. V ideálním případě by měly být veškeré intervence prováděny terapeutem, který je schopen používat znakový jazyk. V případě, že takovýto terapeut v zařízení není, je možné využít služeb tlumočnicka do znakového jazyka, který zná terminologii a koncepty užívané v terapii závislostního chování.

1. Doléčování. Je nutné zajistit možnost doléčování klienta v místě jeho bydliště. Jedním z velkých problémů je fakt, že po léčbě se klient vrací do nebezpečného prostředí. Sluchově postižený však nemá vzhledem ke svým specifickým komunikačním potřebám možnost prostředí snadno měnit.
2. Zpřístupnění svépomocných skupin. Svépomocné skupiny nepatří v českém prostředí k rozšířeným způsobům terapie. V zahraničí existují skupiny, které mezi sebe běžně přijímají jedince se sluchovým postižením.

3. Prevence fenoménu *umožňování* u osob se sluchovým postižením. Profesionálové, opatrovníci, rodinní příslušníci i přátelé často přehlížejí nebo dokonce podporují užívání návykových látek u sluchově postiženého člověka. Umožňování vychází z mylné představy, že užívání může napomoci sluchově postiženému při společenském kontaktu, pro navození pocitu štěstí a spokojenosti, nebo dokonce pro získání pocitu rovnocennosti s nepostiženými jedinci. Aby bylo možné dosáhnout pozitivních výsledků v léčbě, musí být také názory a chování okolí sluchově postiženého terapeuticky ovlivňováno (Leigh, 1999).
4. Pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace musí být součástí terapie a léčby. Jak udává Guthmann (1996), mezi abstinencí a zaměstnaností existuje silný vztah. Terapeuti by proto měli věnovat zvýšenou pozornost otázkám práce a zaměstnanosti spolu s vytvářením dovedností týkajících se pracovního uplatnění.
5. Odstraňování předsudků. Předsudky o neslyšících osobách jsou v českém prostředí hluboce zakořeněny a daří se je jen velmi pozvolna měnit. Mnozí zaměstnavatelé se proto obávají přijmout sluchově postiženého zaměstnance a je nutné dodat, že ani podpora ze strany legislativy není v tomto ohledu příliš výrazná.
6. Vzdělávání pracovníků služeb. Profesionální vzdělávání v oblasti problematiky sluchového postižení je nutností pro všechny, kteří přicházejí do kontaktu se sluchově postiženými. Toto vzdělávání by se mělo zaměřit na zprostředkování znalostí o kultuře Neslyšících a možnostech komunikace. Dále pak na vytvoření dovedností včasného rozpoznání příznaků zneužívání, preventivní strategie, možnosti léčby a doléčování.
7. Výzkum. V českém prostředí zcela absentuje výzkum týkající se užívání návykových látek u osob se sluchovým postižením. Zejména pak longitudinální studie by měly objasnit rozsah problému a úspěšnost různých druhů terapeutických přístupů.
8. Využití terapeutů se sluchovým postižením při léčbě závislých se stejným postižením může významně napomoci překonání kulturních bariér, bariér v komunikaci a vytvoření pozitivních vzorů (Leigh, 1999).

Úkol:

Jaký vliv má komunita Neslyšících na chování jednice se sluchovým postižením, který zneužívá návykové látky?