

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

Alkoholismus a tabakismus u lidí důchodového věku

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Autor práce: Eliška Pintrová

Studijní obor: Sociální práce

Ročník: 5., prezenční

2014

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citovaných zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

27.3.2013

.....  
Eliška Pintrová

Děkuji vedoucí své bakalářské práce PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D., za vedení této práce.

## OBSAH

Úvod.....	6
1. Základní pojmy týkající se drogové problematiky.....	8
1.1. Drogová závislost a její druhy .....	9
1.2. Užívání drog: intoxikace, abstinenční příznaky, účinky drogy .....	12
1.3. Společná rizika návykových látek .....	14
1.4. Základní charakteristika drog, se kterými se můžeme setkat v ČR.....	17
1.5. Stáří a postoj k němu .....	19
1.6. Závislosti ve vyšším věku a jejich specifika.....	21
2. Prevence .....	21
2.1. Způsoby prevence .....	22
2.2. Prevence primární, sekundární a terciární .....	23
2.3. Obecné zásady prevence .....	25
2.4. Sociální práce s člověkem drogově závislým.....	26
3. Alkoholismus.....	27
3.1. Působení alkoholu.....	27
3.2. Alkohol a stáří.....	28
3.3. Léčba způsobená alkoholem ve stáří .....	29
3.4. Alkohol jako návyková látka .....	29
3.5. Interakce alkoholu a jiných látek .....	31
3.6. Detoxifikace u alkoholu.....	31

4.	Tabakismus .....	32
4.1.	Léčba kuřáků .....	33
4.2.	Prevence kouření .....	33
4.3.	Závislosti na nikotinu .....	34
4.4.	Pasivní kouření .....	35
5.	Přístup a zkušenosti lidí důchodového věku s návykovými látkami – výzkumné šetření.....	37
5.1.	Metodika .....	37
5.2.	Výsledky šetření a jejich analýza .....	38
5.3.	Diskuze .....	46
5.4.	Souhrn výsledků .....	48
6.	Závěr .....	50
7.	Seznam použité literatury .....	52
8.	Periodika .....	53
9.	Internetové zdroje:.....	53
10.	Seznam příloh.....	54
11.	Příloha I Kazuistika – Výpověď vyléčeného alkoholika.....	55
12.	Příloha II. Dotazník Alkoholismus a Tabakismus v důchodovém věku. ....	58
13.	Abstrakt .....	60
	Abstract .....	60

## Úvod

Tématem mé bakalářské práce je alkoholismus a tabakismus u lidí důchodového věku. Toto téma jsem si vybrala, protože jsem na základě zkušeností z odborných praxí v zařízeních pro seniory dospěla k zjištění, že mnoho seniorů, kteří v minulosti měli nebo aktuálně mají problém se zneužíváním návykových látek, nebyli o problematice závislosti, její závažnosti a jejích důsledků dostatečně informováni. Tito lidé si v důsledku nedostupnosti informací o škodlivosti návykových látek vypěstovali nějaký druh závislosti, který jim mohl na první pohled například ulevit od psychické či fyzické bolesti, kterou pociťovali.

V souvislosti se zneužíváním návykových látek se ve věkové skupině lidí důchodového věku nejčastěji vyskytuje alkoholismus a tabakismus, což jsem zohlednila při výběru tématu práce. Toto téma je v dnešní společnosti velice zanedbáváno, pokud se řeší problematika zneužívání návykových látek například v rámci nízkoprahových organizací a streetworku, většinou se jedná o mladé lidi, kteří užívají návykové či psychotropní látky, které aplikují různými způsoby. Téma drogových závislostí seniorů není v povědomí veřejnosti, je tabuizováno, důsledkem těchto skutečností je i nedostatek odborné literatury a článků věnující se tomuto tématu. Také existuje velice málo organizací, které se v rámci práce s lidmi drogově závislími specializují přímo na cílovou skupinu seniorů.

Cílem práce je zmapování a analýza drogové problematiky u lidí důchodového věku. Pro dosažení cíle je třeba nejprve popsat drogovou problematiku v jejím širším kontextu, součástí práce je také nástin drogové problematiky a rozšíření jednotlivých drog. Hlavní důraz bude kladen na alkoholismus a tabakismus s ohledem na jejich výskyt u lidí důchodového věku, tedy lidí nad padesát let. Tuto hranici jsem zvolila s ohledem na možnost předčasného odchodu do důchodu a s ohledem na ženy, které měly hodně dětí, tudíž se jim důchodový věk nástupu do důchodu významně snížil. Práce zjišťuje vztah osob důchodového věku k drogám. Ve své práci se také snažím pochopit lidi, kteří trpí nebo v minulosti trpěli alkoholismem či tabakismem, především z hlediska důvodů a příčin, které vedly ke vzniku závislosti.

Vzhledem k rozsáhlosti tématu drogové problematiky se v úvodu práce věnuji vymezení a popsání problematiky v širším kontextu z obecného hlediska (např. co je droga, rizika zneužívání, prevence, vhodná terapie a léčba). V části práce věnované teoretickému zmapování problému budou vysvětleny základní pojmy týkající se tématu práce a obecný přehled problematiky drogové závislosti. Cílem této části je vytvořit teoretický základ pro další hlubší analýzu problematiky závislosti osob starších 50-ti let.

Ve třetí kapitole se zabývám samotným alkoholismem. Ve čtvrté kapitole teoretické části se věnuji tabakismu. Tyto dvě drogy představují nejrozšířenější závislosti mezi staršími lidmi. Dále se ve své práci věnuji výzkumnému šetření, ve kterém jsem zjišťovala různé aspekty alkoholismu a tabakismu u lidí důchodového věku. Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím dotazníků, a získaná data s výsledky jsou prezentována prostřednictvím přehledných grafů a dále analyzována. Zjištění získaná prostřednictvím výzkumného šetření jsou diskutovány s poznatky z literatury a uvedeny do souvislostí.

Přínos této práce spatřuji v poskytnutí náhledu na problematiku starších lidí nad padesát let a návykových látek, respektive alkoholu a tabakismu. Toto téma je dle mého názoru velmi aktuální a v budoucnu spolu s růstem počtu seniorů bude velmi zásadní. Je důležité o této problematice informovat a upozorňovat na tento fakt co možná nejširší veřejnost, aby se o problematice drogové závislosti seniorů vědělo, a aby se dbalo na prevenci, především u lidí pozdního středního věku, kteří mohou být ke vzniku závislosti v souvislosti s příchodem stáří náchylní.

## 1. Základní pojmy týkající se drogové problematiky

**Omamné a psychotropní látky** (narkotika, omamné jedy, drogy), většinou se jedná o látku přírodního či živočišného původu, která po požití svými účinky vyvolává různé psychické stavy, např. nereálné stavy vědomí a změnu smyslového vnímání.

**Droga** je ve svém smyslu každá látka, která významně ovlivňuje naši psychiku, vnímání, prožívání a jednání, která může u člověka vyvolat závislost po jejím požití. O drogách mluvíme zejména, jsou-li tyto látky užity a zneužity ke změněnému stavu vědomí, nejen v oblasti pocitové, ale též ke změnám vnímání skutečnosti i sebe sama, kdy se radikálně mění vnímání časoprostorových vztahů i vlastního těla a dostávají se velice intenzivní exkluzivní zážitky (smyslové dojmy) halucinace, iluze.<sup>1</sup>

**Toxikománie** je stav opakující se v pravidelných intervalech chronické otravy, který je škodlivý nejen pro samotného jedince, ale i pro společnost, a který je navozen stálým užíváním drog přirozeného či chemického původu.<sup>2</sup>

Hlavními znaky, kterými lze poznat toxikománii u závislého jedince je silná touha nebo pocit puzení používat látku, její nezákonné opatřování, získat ji za každou cenu, pokračování v jejím užívání, zhoršené sebeovládání (neuvědomění sám sebe a svých emocí), nespavost, zvyšování množství dávek či doby. Zároveň narkoman přestává vyhledávat přátele, rodinu i koníčky a pokračuje v užívání drogy přes jasný důkaz škodlivých následků. Také nakažení nemocí HIV či žloutenky typu A, B, C, E nemusí být výjimkou. Toxikoman tráví velké množství času užíváním a obstaráváním látky, nebo zotavováním se z jejího účinku, které lze vyvolat i látkami s rozdílnými účinky.<sup>3</sup>

Toxikománii můžeme shrnout jako neodolatelnou touhu po látce s tendencemi zvyšovat její dávky.

**Toxikoman**, též se uvádí jako narkoman, je člověk, který propadl své vášni na některé léky či drogy. Toxikomanem se může stát kdokoliv z nás, především lidé bez životního cíle (bezdomovci, sebevrahové) či rozvrácené rodiny.<sup>4</sup>

U toxikologie hraje velkou roli vlastní toxický projev chemické látky a její intenzita, která je ovlivněna řadou faktorů např. dávkou. Dávka je chápána jako množství chemické látky, která pronikne do organismu. Rozlišujeme zde i tři druhy dávek **podprahová**, je

<sup>1</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia 2003. s. 23

<sup>2</sup> Srov. PATOČKA, J. *Úvod do obecné toxikologie*. Praha: Manus 2003. s. 5-8

<sup>3</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál 2007. s. 11-22.

<sup>4</sup> HYNOUŠOVÁ, O. *Osobní rozhovor*. České Budějovice, 2011- 4 -10



toxická dávka, která zatím nevyvolala pozorovatelnou změnu (jedna cigareta), **prahová**, nejmenší dávka, která již vyvolala hodnotitelnou reakci a **neprahová**, nejvyšší dávka, která má nejvyšší toxický efekt, může mít za následek i smrt (předávkování). V tomto kontextu uvedu i dobu spojenou s dávkou máme dvě. První je střední smrtelná doba, sledujeme účinky toxické látky v čase. Časový interval mezi podáním látky, nástupem účinku a smrtí jedinců. Druhá, středně účinná dávka, je to jakýsi parametr, který sleduje, jak rychle se zvyšuje toxicita s rostoucí dávkou.<sup>5</sup> Dlouhodobým zneužíváním některých drog vzniká buď závislost somatická nebo závislost psychická či se mohou navzájem kombinovat. Člověk, který je na droze již závislý, ji nutně potřebuje k tomu, aby mohl normálně fungovat a cítil se dobře. To ovšem neznamená, že když jí má, může dobře fungovat. Dochází zde pouze k uvolnění reakcí a pocitů.

K zjišťování preventivních a rizikových faktorů se používají diagnostické pomůcky (tyčinky na sliny či moč). Při zkoumání se berou v potaz rizikové faktory jako např.: neshody v rodině, psychika, vrstevníci, prostředí a dostupnost návykových látek a dále protektivní faktor, jako osobnost, rodina, příznivé vlivy v širším prostředí.<sup>6</sup>

**Drogová závislost** je charakterizována jako silná touha, puzení užívat látku. Narkoman ztrácí kontrolu nad užíváním látky, zároveň může dojít k somatickému odvykacímu stavu, což bývá s úmyslem zmenšit či úplně odstranit odvykací příznaky. Zde funguje i tolerance jako zvyšování a vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo většího účinku. Člověk zanedbává zájmy a potěšení ve prospěch užívané psychoaktivní látky a pokračuje v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození jater, depresivní stavy, toxické poškození myšlení).<sup>7</sup>

### 1.1. Drogová závislost a její druhy

Při užívání drog v pravidelných či nepravidelných intervalech, když jsou splněny výše uvedené charakteristiky, mluvíme o drogové závislosti.<sup>8</sup>

**Psychická závislost** je touha po účinku drogy, mnohdy neodolatelná touha k naladění psychiky, které nabádá a nutí jedince k soustavnému užívání návykové látky za účelem

---

<sup>5</sup> Srov. PATOČKA, J. *Úvod do obecné toxikologie*. Praha: Manus 2003. s. 14-15.

<sup>6</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha: portál 2007. s. 49-50, 978-80-7367-267-6.

<sup>7</sup> Srov. NEŠPOR, K a kol. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: Besip M. s. 16-17

<sup>8</sup> Srov. NEŠPOR, K a kol. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: Besip M. s. 16-17

opakovat neobvyklé zážitky, pocity a stavy. Bez této závislosti by neexistovala toxikomanie. Tento duševní stav navozený užitím drogy, se projevuje přáním drogu užít. Tento stav pouhého přání, jemuž se nedá odolat, přes touhy, až stále se opakující nucení požití látku, i když uživatel ji „používat nechce“ považuje svůj čin za nerozumný. Jde-li, pouze o duševní závislost k užívání drogy, neobjeví se po jejím vysazení žádné somatické a abstinenční příznaky.<sup>9</sup>

Můžeme tedy tuto závislost shrnout do dvou níže uvedených bodů:

- Psychický stav navozený užíváním drogy a objevující se různým stupněm přání drogu užít, či zabránit tak nepříjemnému vzniku nepříjemných pocitů, vzpomínek a rozlad.
- Většina toxikomanů pod „příjemným psychickým stavem“ nemyslí euforii, povznesenou náladu, pocit blaženosti či slasti, ale nezřídka stavy opačné. Např. úzkostný stav, pokraj života a smrti, deprese.<sup>10</sup>

„**Somatická závislost** znamená adaptaci organismu na používanou látku. Dochází k tomu, že užívaná látka se stane nutnou součástí metabolismu a její vynechání má za následek vznik abstinenčních příznaků.<sup>11</sup>“ Převážně se abstinenční příznaky projevují zhoršením funkce některých orgánů, např. jater a ledvin či kompletně celých orgánových soustav. Vznikají poruchy trávicího traktu, nervového systému, krevního oběhu, které zahrnujeme do abstinenčních příznaků.<sup>12</sup>

Drogové závislosti se často mění, a to z důvodu stálého objevování nových a nových látek, které utváří po delším užívání závislost. Podle Světové zdravotnické organizace – (World Health Organization, dále jen WHO) se rozděluje na:

**Alkoholo-barbiturátový typ** - v České republice jde o nejčastější typ drogové závislosti. Patří sem závislost na alkoholu, barbiturátech ale i nebarbiturátových hypnotikách a sedativech.

**Amfetaminový typ** - sem spadají drogy, jejichž účinek je povzbuzující. V České republice byl zneužíván převážně Dexfenmetrazin a Fenmetrazin. Po přísné kontrole distribuce se jejich zneužívání omezilo. Výroba těchto látek byla v minulosti zastavena a nahradila ji nová látka Pervitin.

<sup>9</sup> Srov. JANÍK, A. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 72-75

<sup>10</sup> Srov. JANÍK, A. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 72-75

<sup>11</sup> Srov. JANÍK, A. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 72-75

<sup>12</sup> Tamtéž

**Kanabisový typ** - zahrnuje mnoho různých drog získávané z indického konopí. K nám se dostalo pomocí aktivních studentů či pracovníků, kteří delší čas trávili v zahraničí. U nás se pěstuje nelegálně a tajně.

**Kokainový typ** - v dnešní době velmi rozšířený druh toxikomanie na světě, je málo dostupný (jen z vykrádání lékáren).

**Halucinogenní typ** - zahrnuje řadu látek, z nichž u nás je nejvíce zneužíván lysergamid, též znám jako LSD či obrázek. Do této skupiny můžeme řadit i trihexyphenidyl, protože ve vyšších dávkách vyvolává silné halucinace.

**Kathový typ** - u nás prakticky neznámý, vyskytuje se ojediněle u jedinců, kteří pracovali či byli na stáži v chudých zemích Jemenu, Habeši nebo Somálsku.

**Opiátový typ** - sem spadá opium a jeho alkaloidy. V naší republice se rozšířilo zneužívání Alnagonu, jenž obsahuje kodein, též užíván v lékařství jako lék proti dráždivému kašli.

**Solenciový typ** - zahrnuje rozmanitost rozpouštědel, prchavých látek, které jsou čichány.

**Kofeinový typ** - pití kávy a čaje je ve většině zemí národním zvykem. Vzniká názor, jaké množství vypité kávy a čaje denně vyvolává již tak škodlivou závislost.

**Tabákový typ** – nejznámější kouření tabákových výrobků, bolesti hlavy, závratě, zvracení. Účinná látka alkaloid nikotin.<sup>13</sup>

Uvedené typy závislostí nepostihují všechny druhy zneužívaných drog, jsou však nejčastější, existuje také například závislost na analgetikách, či jiných druzích léků.<sup>14</sup>

V úvodní definici jsem již zmínila toxikománii, že jde o snahu stále zvyšovat dávku. Tato snaha má dvě strany, kde jedna vyplývá ze somatické závislosti a druhá může, avšak nemusí být podmíněna abstinenci příznaky, které se vytrácí při vyšší dávce látky. Z toho může vyplývat i návyk organismu vůči návykovým látkám, jejichž projevem je nutnost stále zvyšovat dávku, aby lék či droga stejně působila.<sup>15</sup>

Ne každý organismus snáší tyto látky stejně, proto se v řadě míst mluví o toleranci. Vyjadřuje odolnost organismu na určitou toxickou látku. U většiny bývá uváděna tzv. zkřížená tolerance. Ta nastává, utvoří-li se tolerance na jednu látku a zároveň i na ostatní látky stejné skupiny.

---

<sup>13</sup> ZDRAŽILOVÁ, A. Rodina a droga. *Závislosti a my*. Ústí nad Labem: Česká pošta, s.p., 2006. s. 14

<sup>14</sup> JANÍK, A. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 72-75

<sup>15</sup> Srov. BERGERET, J. *Toxikománie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, 1982. s. 7-11

## 1.2. Užívání drog: intoxikace, abstinenční příznaky, účinky drogy

**Chronická otrava** (intoxikace) vzbuzuje v organismu změny, které mají nevratný vliv. Vznikají jako následek dlouhého a opakovaného podávání drogy v krátkých intervalech a ve velkých dávkách. Předávkování má za následek akutní otravu, mnohdy končící úmrtím.<sup>16</sup>

Každá Tolerance organismu je jiná, některý organismus si zvyká pomalu, rychle, málo, anebo hodně. Je to jeho možnost, jak tolerovat určité toxické látky. A organismus si navyká, až si na tyto látky zvykne.<sup>17</sup>

**Abstinenční syndrom** se vyznačuje příznaky, které jsou méně či více nebezpečné a intenzivní. Odvykací příznaky se vyskytují u všech návykových látek. U některých látek jsou méně patrné (kofein, čaj). Projevují se zejména náhlým pocením, nechutenstvím, poklesem krevního tlaku, nervozitou, zvracením, průjmem, třesem, husí kůží, slzením, zácpou, křečemi, vyčerpaností až úmrtím, depresi, poruchami spánku, zmateností, stavy úzkosti, záchvatovými stavy či epileptickými záchvaty.<sup>18</sup>

Abstinenční stav má somatické a psychické příznaky. Mezi somatické změny patří zácpa, křeče, porucha krevního tlaku, zvýšená teplota, třes, pocení, bolesti hlavy, občas se vyskytují epileptické záchvaty s poruchou vědomí. Z psychických příznaků jsou nejčastější nervozita, zmatenost, halucinace provázené zmateností a neklidem tzv. delirantním stavem, dále je to výbušnost, nechutenství, změny nálad a deprese.<sup>19</sup>

Intoxikace není totožná s abstinenčním syndromem, avšak může provázet některé toxikománie, obzvláště ty nejzhorbnější. Intoxikace organismu je v podstatě velmi vážné onemocnění, které zapříčiňuje mnohdy nevratné onemocnění důležitých orgánů v lidském těle. Z důsledku intoxikace můžeme přiřadit i tyto projevy: bolesti břicha, zvracení, dušení, prudký kašel, selhání jater, ledvin, špatná krvetvorba, narušení nervového systému, narušení srdečního rytmu. Tito lidé mají sníženou morální i pracovní schopnost a výkonnost. Často se dostávají do sporu se zákonem a veřejnou morálkou, a to z důvodů psychických a tělesných změn v důsledku potřeby nutně získat drogu jakýmkoliv prostředkem a za jakoukoliv cenu.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Srov. PEŠTÁLOVÁ, M. *Toxikologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 21

<sup>17</sup> Srov. JANÍK, A. *Drogy a společnost*. Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 76

<sup>18</sup> OSOBNÍ ROZHOVOR – staniční sestry, ZZS JčK, 12. 07. 2012

<sup>19</sup> Srov. JANÍK, A. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 79-80

<sup>20</sup> Srov. PATOČKA, J. *Úvod do obecné toxikologie*, Praha: Manus 2003. s. 32-35.

Různorodé druhy toxikománie provázejí lidstvo už od nepaměti svého vývoje. Počátkem 16. století Aureolus Bombastu von Hohenheim charakterizoval toxikománii jako „všechny látky jsou jedy a závisí jen na dávce, kdy látka přestává být jedem a stává se léčivem“.<sup>21</sup>

Tak jako každá látka i droga na každého člověka působí určitými aspekty. Člověk ztratí soudnost a odchýlí se od reality života. Vzniká zároveň závislost na droze, silná touha po dávce za jakoukoliv cenu, kdy jedinec neví, kdo je, zanedbává sociální potřeby. Psychická a fyzická devastace způsobuje nejčastěji halucinace a kožní defekty. Jedná se o určitý způsob kriminálního života. Neopomíjenou nesmí zůstat ani euforie, která se vyznačuje příjemným stavem psychické a tělesné pohody. Jedná se o emocionální stav pohody a povznesenosti, kdy člověk absolutně nic neřeší. Tento stav je doprovázen intenzivním pocitem radosti, štěstí a síly. Takovýto navozený duševní stav může být dle okolností normální až abnormální. Pseudoeuforie je vyznačována stavem euforie, která je vyvolána uměle, např. opiem či jinou drogou. Takovouto euforii můžeme právem označit jako „euforii nepravou“, a teprve tehdy můžeme mluvit o pseudoeuforii.<sup>22</sup>

Kvalita života je měřená pocitem blaha z užití další nové dávky, na kterou je potřeba jakýmkoliv způsobem získat prostředky.

Nebezpečí návyku na drogu závisí na mnoha faktorech, především na způsobu aplikace (kouření, injekce, šňupání, orální aplikace), na druhu drogy (marihuana, tabák, LSD), délce užívání a množství aplikované látky. Velkou roli zde též hraje duševní stav spotřebitele a individuální a dědičné dispozice jednotlivce. Každý lidský organismus reaguje jinak, někdo ji snese či nesnese nebo přijme jinou drogu, např. závislý na kouření nemusí být nikdy alkoholikem.<sup>23</sup>

Abúzus – všude, kde se mluví o drogách, se dříve nebo později setkáme s tímto slovem. Tyto slova jsou latinského původu a znamenají „užívání či užití“ a „zneužívání a zneužití“. Abúzus neboli zneužívání látek, znamená též nadměrné užívání či nadužívání

---

<sup>21</sup> Srov. Tamtéž

<sup>22</sup> Srov. URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicentrum, 1973

<sup>23</sup> Srov. URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicentrum, 1973

drog, a to ve smyslu příliš často, nebo příliš mnoho v nevhodnou dobu, např. při práci, v těhotenství a sportu.<sup>24</sup>

Možnost manipulovat své prožívání zná člověk od nepaměti. Všichni to svým způsobem děláme, avšak existuje několik bezpečných způsobů. Mezi ně patří vše, co je spjato s podporou druhých s projevy lásky a pochopení. K rizikovým pak patří ty, kdy manipulujeme své prožívání bez vlastního úsilí, jen z momentální potřeby, kdy přístup je zcela pasivní. I zde najdeme různé projevy intenzity účinků. Za abúzus drog obvykle považujeme požití drog, které nepříznivě působí, jak na naši duševní, tak fyzickou stránku. Člověk je méně výkonný zejména tehdy, kdy je zbavován schopnosti chápat věci, vztahy a správně soudit. Od určitého momentu závislý zaměňuje prožívání reality samotné. „Uvěří“ například tomu, že daný problém nemá, protože danou situaci již neprožívá. S tímto vývojem se mění i jeho úsudek myšlení a jednání. Jelikož situaci teď jinak prožívá, soudí, že problém zmizel nebo není tak naléhavý, jak se zdálo, a proto o tom jinak přemýšlí a na základě nových názorů i nově jedná. Ba co víc, pokud by z dmi jeho vědomí měly pronikat nelibé pocity jako je deprese či vina, aplikuje si závislý jedinec drogu dříve, než by se stačil rozvinout celý komplex nepříjemných zážitků.<sup>25</sup>

### **1.3. Společná rizika návykových látek**

Od pradávna musel člověk vyvíjet úsilí pro získání prostředků, aby zachoval svojí existenci, proto zkoušel všechny „možné“ větvičky, kořínky, houby, rostliny, zrna a plody, s nimiž se v přírodě setkal nejen proto, aby zabránil hladu a žizni, ale i k léčení nemocí, hlavně k ukojení další základní potřeby. Již staří Aztékové, hojně používali halucinogenní látky k rituálním účelům, ale i k povznesení nálady. Takže se dá s jistotou říci, že svět již v dávných dobách užíval opiáty, deriváty a přípravky z konopí z oblasti Středního a Blízkého východu, zatímco si na americkém kontinentu užívali tabáku, halucinogenních kaktusů a kokainu. Moderní doba s sebou nesla značná úskalí, přinesla epidemii zneužívání omamných

---

<sup>24</sup>KALINA. K, *Drogy a drogové závislosti: první mezioborový přístup*. Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 107-112

<sup>25</sup> KALINA. K, *Drogy a drogové závislosti: druhý mezioborový přístup*. Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 107-112

a návykových látek ve většině států světa a boj proti toxikománii se stal celosvětovým problémem.<sup>26</sup>

Vezmeme-li si např. drogovou situaci v ČR do roku 1989, dostaneme následující výčet. Česká republika se stala tranzitním územím pro přepravu a úkryt psychotropních a omamných látek. Protidrogová činnost, byla směřována na služební kynologii, která měla za úkol komplexně vyřešit protidrogový problém. Také došlo k ojedinělým a náhodným odhalením pašování drog a domácích výrobců a zároveň vznikla kombinace některých léků a alkoholu. Začaly se čichat ředidla (inhalace rozpouštědel).<sup>27</sup>

Pro porovnání uvedu drogový stav v ČR po roce 1990. Nastala doba velkých změn (svobodné cestování, jednoduchost v odbavovacích procesech). Tranzitní přeprava se začala proměňovat na překládku a skladování drog. Místní narkomani se začali orientovat na „klasiku“ a prodej vyváženého zboží za hranice, tzv. dumpingová cena se stala nejzajímavější. Budovala se i síť překupníků a odběratelů drog. Také obliba domácích drog nepoklesla, ale naši specialisté tzv. vaříči odjeli do zahraničí a učili tamní narkomanské komunity svému umění. Územím České republiky se začala protínat celá řada tras a směrů pro přepravu drog ke konzumentovi. Pocítili jsme značné následky toho, že jsme stát se silnou farmaceutickou a chemickou výrobou, máme prvenství ve výrobě pervitinu (efedrinu), značnou výrobu LSD (kyseliny lysergové).<sup>28</sup>

Některé druhy toxikománie byly za poslední století dokonce produktem moderního civilizovaného procesu. V posledních měsících a letech se objevují novinky ve způsobu pašování drog, avšak nejnovějším trendem je snaha dovézt drogy (např. kokain) vytvarované do podoby plastových výplní zavazadel, či rozpuštěné do polymeru, ze kterého jsou tyto výplně následně vytvarovány. V zahraničí byly odhaleny případy, kdy byly drogy napuštěny do textilních výrobků. V posledních dvou letech se k nám opět vrací tzv. polykači. V zachycených případech se jedná převážně o občany Nigérie, kteří pašují především kokain ve svých tělních dutinách. Hmotnost pašované drogy je od 10 gramů do jednoho kilogramu.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Srov. JANÍK, A. *Drogy a společnost*. Praha: Avicentrum zdravotnické nakladatelství, 1990. s. 209-213, 225-234

<sup>27</sup> Srov. CHMELÍK, J. a kol. *Drogová kriminalita*. vyd.1. Praha: Úřad pro vyšetřování pro ČR, 1999

<sup>28</sup> Srov. CHMELÍK, J. a kol. *Drogová kriminalita*. vyd.1. Praha: Úřad pro vyšetřování pro ČR, 1999

<sup>29</sup> FAJSTA VROVÁ, J. *Osobní rozhovor*. Praha: Redakce Idnes, 2011

V Evropě, a také v České republice, byl od počátku roku 2010 zaznamenáván nový trend v dovozu „imitací“ omamných a psychotropních látek převážně z Číny a Indie. Jednalo se především o chemické látky na bázi syntetického katinonu (účinné látky rostliny kathy jedlé, „cathaedulis“), které mají stimulační účinky („náhrada“ metamfetaminu, kokainu), včetně mediálně známého mefedronu, a také látky ze skupiny syntetických kanabinoidů, (skupina látek typově označovaná JWH). Mezinárodně se u těchto látek začal používat název „designersdrugs / legal highs“.<sup>30</sup>

Nové syntetické látky představovaly a představují závažné zdravotní a společenské riziko. V Evropské unii bylo zaznamenáno mnoho případů poškození zdraví při užití těchto látek a došlo k celé řadě úmrtí ve spojení s jejich aplikací. Vzhledem k tomu, že se jedná o nově připravené látky, u nichž není dosud dobře známa toxikologie, není vyloučeno ani trvalé poškození zdraví i při krátkodobém užívání. Předmětné chemické látky byly deklarovány např. jako koupelové soli, vykuřovací směsi či pod jiným chemickým názvem. Celníci, převážně z letiště v Praze – Ruzyni, dnes již letiště Václava Havla, od března 2010 zadrželi a následně předali k provedení chemické analýzy cca 250 kilogramů nových syntetických látek, z toho cca 80 kilogramů mediálně známého mefedronu.<sup>31</sup>

Nejoblíbenějšími kanály, kterými se kurýři snaží propašovat drogy, jsou nejfrekventovanější letadla, auta, vlaky. Jedním z častých způsobů „dopravy“ drog do České republiky je poštovní přeprava. V těchto případech se jedná převážně o dovoz nebo vývoz marihuany a hašiše v malých množstvích do 100 gramů. Zde je oproti minulosti změna – marihuana se do ČR v minulosti nelegálně dovážela především z Nizozemí. V současnosti je patrný nárůst nelegálního vývozu marihuany z ČR (indoorové pěstírny) poštovní přepravou do Velké Británie či USA. Potřeba (spotřeba) marihuany v ČR je z většiny pokryta „tuzemskou výrobou“.<sup>32</sup>

V loňském roce (2013) se podařilo zadržet toto množství narkomanských látek, marihuana – 76,9 kg, kokain – 9 kg, metamfetamin - 300 g, amfetamin - 1 kg, heroin 1,1 kg, methylon – 700 g, hašiš – 400 g, efedrin – 1,8 kg, pseudoefedrin – 2,9 kg a tablety s obsahem pseudoefedrinu (30-120 mg) – 111.082 tablet.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup>FAJSTA VROVÁ, J. Osobní rozhovor. Praha: Redakce Idnes, 2011

<sup>31</sup> Tamtéž

<sup>32</sup> Tamtéž

<sup>33</sup>FAJSTA VROVÁ, J. Osobní rozhovor. Praha: Redakce Idnes, 2011



Ochrana společnosti a jedince před zneužitím a nezákonným rozšiřováním některých chemických jedovatých a účinných látek patří mezi velmi významné úkoly celní zprávy a nyní se dotýká mnoha dalších profesí začínajících od psychologa, lékaře, lékárníka, sociologa až po právníky a kriminalisty.<sup>34</sup>

Toxikomanie vzbuzuje pozornost zejména u laické veřejnosti a v současné době se stává objektem masmediálních vystoupení. Příliš velká popularizace tohoto závažného problému vede k zjednodušení a nesprávnému užití různých vědeckých pojmů a poznatků.<sup>35</sup>

Drogovou závislostí může být ohrožen každý z nás a každý člověk, bez ohledu na věk. Zejména starší člověk v sobě může ukrývat motivaci k začátku drogové kariéry a přitom důvody mohou být různé: osamělost, bolest, úmrtí partnera, opuštění rodiny, syndrom prázdného hnízda, přátelé, nebo pouhá zvědavost či smysl vyrovnat se s konfliktními situacemi.

#### 1.4. Základní charakteristika drog, se kterými se může setkat v ČR

„Drogy se dají v zásadě rozdělit na čtyři základní skupiny. Tyto skupiny látek se mezi sebou liší vzhledem, účinky, průběhem závislosti, ale i mírou rizika pro uživatele.“<sup>36</sup> Drogy zde uvádím v podobě, ve které jsou prodávány na ulicích, klubech či jiných místech. Právě v této podobě se pak nalézají u jednotlivých konzumentů.<sup>37</sup>

„Základní dělení drog:

I. skupina	Konopné drogy
II. skupina	Opiáty
III. skupina	Stimulační látky
IV. skupina	Halucinogeny
V. skupina	Psychotropní léky <sup>38</sup>

#### **KONOPNÉ DROGY** (užití – nejčastěji kouření, perorální užití)

Název/ slang	účinná látka
Cannabissativa – indica (marihuana, haš, tráva)	THC (tetrahydrocannabiol)

<sup>34</sup> Tamtéž

<sup>35</sup> Tamtéž

<sup>36</sup> PRESL, J. *Drogy poznej svého nepřítele*. Media kultur, s. r. o. s. 7-19

<sup>37</sup> Srov. Tamtéž

<sup>38</sup> Tamtéž

**Účinky:** Poskytuje halucinogen a tišící prostředek. Po požití se projevují poruchy vnímání, emocí, myšlení, sucho v ústech, pocit hladu. Při dlouhodobém excesivním užívání je riziko poruch spermiogeneze a rakoviny plic.

### **OPIÁTY** (užití – nitrožilně či kouření)

Název/ slang	účinná látka
Kodein (káčko)	Kodein
Morpin	Morpin (sulphat)
Braun (béčko, jung, smack, H, hnědý cukr)	Dicodid
Heroin (háčko, bílý cukr, Cash)	Diacetylmorfin

**Účinky:** Útlum celé centrální nervové soustavy, útlum dechového centra, zácpa, potlačení bolesti, pokles sexuálního apetitu, sterilita, odstranění pocitu únavy.

### **STIMULAČNÍ DROGY** (užívají se kouřením, nitrožilně do svalů, šňupem, orálně)

Název/ slang	účinná látka
Kokain	Kokain (hydrochlorid)
Pervitin (perník, péčko)	Methamfetamin
Extáze (ěčko, adam, love)	MDMA
Dob	Metethoxyamfetamin

**Účinky:** Povzbuzuje nervový systém, zvýšení sebevědomí, pokles chuti k jídlu, kolísání nálad, afrodisiakum, deprese, vyčerpání, postupný vznik toxické psychózy – pronásledování, halucinace psychická a fyzická závislost.

### **HALUCINOGENY** (užití – perorálně)

Název/ slang	účinná látka
LSD-25 (trip, A, kyselinka, papír)	diethylamid kyseliny lysergové
Lysohlávka kopinatá (lisina, houbičky)	psilocybin

**Účinky:** Poruchy vnímání, změny nálad, halucinace

### **PSYCHOTROPNÍ LÉKY**

Název/ slang	účinná látka
Rohypnol	diacetylmorfin

**Účinky:** poškození jater, oblouznění

K těmto drogám u nás nelegálním patří další skupina drog legálních – ALKOHOL, NIKOTIN, KOFEIN, jejichž účinek je s výše uvedenými skupinami nejméně srovnatelný.<sup>39</sup>

### 1.5. Stáří a postoj k němu

Stáří je neodmyslitelnou součástí a etapou každého života. Jeho definice jsou však mnohdy zcela odlišné. Z hlediska společenského je za starého člověka považována osoba ve věku 45 – 90 let. S vývojem společnosti se však tato hranice posunuje. Na konci 18. století byl za starého považován člověk čtyřicetiletý, na konci 19. století to byl už padesátník. V současné době dle světové zdravotnické organizace nastává toto období stáří po 60. roce lidského života. Stáří, ale můžeme ještě rozdělit na fáze členěné podle věku, v každé této fázi se odehrává vývoj specifický pro dané věkové období. Jak uvádí Skorunková, tyto fáze jsou rozčleněny na tři období, na rané stáří – 60- 75 let, pravé stáří – 75- 90 let a dlouhověkost neboli vysoký věk nad 90 let. Celková doba aktivního stáří je nazývána jako třetí věk. Fáze, ve které se starý člověk v důsledku nemoci, a je zcela odkázán na péči ostatních je označována jako čtvrtý věk. V hodnotovém systému dnešní společnosti je stáří vnímáno jako období ztrát a celkového úpadku. Vlastní stáří je chápáno jako nežádoucí fyziologický jev. Pozitivním trendem v péči o seniory, kteří se o sebe již nemohou starat sami, je metoda validace uplatňující zásady humanistické psychologie a názor, že každý člověk má svoji cenu bez ohledu na svou odlišnost a duševní stav. Prostředí, ve kterém starý člověk žije, by mělo poskytovat nejen odbornou zdravotní péči, důstojné bydlení, ale také i aktivizační programy zajišťující prevenci fyzického a duševního chátrání.<sup>40</sup>

V adaptaci na stáří se lidé mezi sebou liší zejména svou mírou aktivity-pasivity, optimismu – pesimismu, popřením – přijetím reality. Někteří lidé své stáří akceptují, užívají si ho, jsou optimističtí a spokojení. Jiní ho naopak odmítají, bojí se přijmout skutečnost, že už se mohli dostat do této fáze a snaží se udělat maximum proto, aby byli a zůstali věčně mladí.

<sup>39</sup> Srov. PRESL, J. Drogy poznej svého nepřítele. Media kultur, s. r. o. s. 7-19

<sup>40</sup> SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Univerzita Hradec Králové Pedagogická fakulta: Gaudeamus, 2005

Stáří samo o sobě není choroba, přesto přináší zhoršení tělesného a duševního stavu jedince.<sup>41</sup>

Tělesné změny vedou ke změně vzhledu jedince, rysy tváře se mění, snižuje se fyzická zdatnost a výkonnost, člověk je více unavený. Přibývají též zdravotní potíže (chronické) a závislost na pomoci a péči okolí, což stárnoucí člověk může vnímat jako snížení vlastní důstojnosti, pokud byl do poslední chvíle soběstačný. Tyto výše popsané změny mohou mít za následek u některých jedinců projevy depresí a lability, které mohou vyústit až k sebevražednému sklonu, nedokážou se s touto situací vyrovnat.<sup>42</sup>

Ve stáří se mění i kognitivní schopnosti. Zhoršuje se smyslové vnímání, starý člověk se musí mnohem více soustředit, aby dobře slyšel vše, co potřebuje. S tím je spojená i větší únava a schopnost využívat krátkodobou paměť. Např. si nepamatují, zda ráno snídali či si vzali lék, ale pamatují si na zážitky z dětství. Úbytek paměti lze omezit pravidelným používáním a pravidelným tréninkem. Starší člověk se hůře orientuje v nových situacích, proto se hůře všemu přizpůsobuje a vyhovuje mu pravidelný režim a určitý řád. Jeho komunikace slábne z důvodu zhoršeného vidění a sluchu, proto potřebuje delší dobu, aby zpracoval nové informace. Pomalost řeči nepředstavuje problém, spíše narušuje kontakt s mladší generací, která nemá trpělivost a čas.<sup>43</sup>

V průběhu stáří se může změnit i osobnost člověka. Nejčastěji dochází ke zdůraznění některých vlastností, například šetrnost se mění v lakotu, opatrnost v podezíravost, introverze vede až k samotářství, extroverze se mění v dotěrnost a neodbytnost. U některých jsou tyto změny velmi nápadné, u jiných zase naopak. Někteří jsou citově labilnější a méně ovládají své emoční projevy.<sup>44</sup>

Identita člověka se pod tlakem okolností zásadním způsobem mění. Stáří je dobou ztrát mnoha rolí a různých kompetencí, které byly součástí identity. Nyní to jsou jen vzpomínky. Starý člověk rád vzpomíná, čeho dosáhl, kde byl, co dělal, co měl rád, tím si podporuje svůj vlastní sebeúctu. Důležitou významnou složkou identity je rodina, vědět kam a ke komu patří, i místo, kde žije. Rodina je hlavní oporou a zdrojem kontaktů. Kontakt

---

<sup>41</sup> Srov. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Univerzita Hradec Králové Pedagogická fakulta: Gaudeamus, 2005. s. 60-65

<sup>42</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, s. 493-494

<sup>43</sup> Srov. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Univerzita Hradec Králové Pedagogická fakulta: Gaudeamus, 2005

<sup>44</sup> Srov. Tamtéž

s vrstevníky přináší vzájemné porozumění a sdílení stejných zkušeností, vzpomínek na „staré časy“. Podle Eriksonovy psychologické teorie je hlavním vývojovým úkolem stáří vyrovnat se s vlastním prožitým životem, dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Pokud starý člověk hodnotí svůj život pozitivně, lépe se vyrovná i se smrtí.<sup>45</sup>

### **1.6. Závislosti ve vyšším věku a jejich specifika**

Lidé vyššího věku bývají častěji dlouhodobě léčeni léky, např. na vysoký krevní tlak, cukrovku, srdeční nemoci. Tyto léky mohou vstupovat do interakce s alkoholem či jinými návykovými látkami. Díky tomu klesá i odolnost vůči těmto látkám a zvyšuje se riziko těžkých intoxikací. Zároveň odolnost k alkoholu a návykovým látkám starých lidí může být do určité míry výhodou, protože související nepříjemné pocity mohou zvyšovat motivaci ke změně. Avšak u těchto lidí dochází ke zdravotním škodám rychleji, než ve středním věku a mnohem častěji trpí chronickými onemocněními. Zároveň v důsledku škodlivého užívání návykových látek, např. alkoholu, se ve vyšším věku často pojí s poruchami paměti jiného původu (stařecká demence). Při léčbě starších pacientů se závislostí je třeba ještě ve větší míře pamatovat na léčení jejich tělesného stavu, je důležité pomoci staršímu pacientovi vytvořit síť sociálních vztahů. Je důležitá i psychoterapie, která je nejen možná, ale i velmi vhodná při léčbě závislých pacientů vyššího věku. Velmi užitečné jsou také léky pro zlepšení metabolismu mozku a tréninku paměti. Výsledky léčby závislostí ve vyšším věku mohou být příznivé, zejména pokud se daří vytvořit přiměřený životní styl.<sup>46</sup>

## **2. Prevence**

V předchozích letech se protidrogová prevence zneviditelnila pod názvem „boj proti škodlivým návykům“ a byla společně s dalšími výchovně – zdravotními tématy prosazována do volného času. Protidrogová prevence se tedy praktikovala tak, že se pozval lektor (psycholog, lékař, sociolog), který pro starší jedince udělal přednášku spojenou s dotazy, čemuž se dříve říkalo besedování. Avšak tento neúplný systém měl několik vad. Zaprvé, jednalo se o jednorázovou akci, a zadruhé kvalita práce nebyla vždy na odpovídající úrovni. Občas na tuto preventivní práci byli ujímáni policisté, u nichž byla stejně velká

---

<sup>45</sup> Srov. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Univerzita Hradec Králové Pedagogická fakulta: Gaudeamus, 2005. s. 60-65

<sup>46</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha: portál 2007. s. 55-56

pravděpodobnost jako u lékařů, že jejich vystupování bude příkazující a hlavní metodou bude zastrašování člověka děsivými konci lidí beroucí opakovaně drogy. Tento přístup byl neúčinný. V dospělém jedinci může vzbudit touhu vzbouřit se těmto zákazům a s drogou, jakožto zakázaným ovocem, začít experimentovat. Možnost diskutovat o drogách s člověkem, jenž se každý den setkává s lidmi, kteří na užívání drog doplatili, by mohlo být pomyslnou tečkou za dlouhodobou, systematickou preventivní výchovou. A tu mohou provádět jen opravdu kvalifikovaní lektoři. Zde nemluvíme o nezastupitelné roli rodiny. Hlavním úkolem je tedy zabezpečit kvalitní výcvik a školení pracovníků.<sup>47</sup>

Program školicích sezení by měl zahrnovat tematické okruhy, jako jsou např. seznámení se s historií užívání drog a s rozvojem problému nejen u nás, ale i ve světě, včetně možných nových přístupů k řešení drogové politiky států (léčení, péče, represe, prevence), přehled zneužívaných drog, jejich účinků a následků, zneužívání práce s rodinou, co se týče rozpoznání pravděpodobnosti, že dospělí začali užívat drogu, seznámení s metodikou preventivní práce a jejím nácvikem, načtení potřebné literatury a videopořady. Takovéto školení pracovníků by mělo probíhat v každém domově důchodců či jiných organizacích, kde se starají o starší lidi.<sup>48</sup>

Každý dům pro seniory by měl mít proškolených několik těchto pracovníků, kteří by mohli tuto práci kvalifikovaně provádět. Prevence speciálně orientovaná na důchodce musí být v praxi téměř vždy zaměřená nejen proti drogám, ale i zároveň proti alkoholu, tabáku, zkrátka proti závislostem jako takovým. Zapomenout nesmíme ani na závislosti počítači a hracích automatech. Metody působení bývají totožné, i když je potřeba některé materiály a akce zaměřit pouze na jednu z problematik. Preventivní vzdělání je nutné provádět komplexně, v celé oblasti závislostí.<sup>4950</sup>

## **2.1. Způsoby prevence**

Prevence v širším slova smyslu znamená „předcházení nežádoucího jevu a ochrana před ním“. Je to metoda, která může fungovat překvapivě dobře, a to ve všech svých podobách. Cílem je dosáhnout toho, aby jak mladý, tak starší člověk drogu vůbec nezkusil.

---

<sup>47</sup> Srov. CSÉMY, L. Prevence problémů způsobených návykovými látkami na školách. Praha: Besip MV. s. 34

<sup>48</sup> OSOBNÍ ROZHOVOR – staniční sestry. ZZS JČK, 12. 07. 2012

<sup>49</sup> OSOBNÍ ROZHOVOR – staniční sestry. ZZS JČK, 12. 07. 2012

<sup>50</sup> Srov. CSÉMY, L. Prevence problémů způsobených návykovými látkami na školách. Praha: Besip MV. s. 34

Neexistuje žádná zázračná stoprocentně účinná metoda, dají se však popsat aktivity, které mohou drogové riziko výrazně potlačit. Není nutné si myslet, že protidrogová prevence musí být jen a jedině o drogách. Drogy nejsou jen zlo. Látky, které ovlivňují lidskou psychiku, slouží každý den v každé nemocnici a medicína by se bez nich těžko obešla. Droga – tedy látka ovlivňující psychiku, není sama o sobě zas až tak zlá či nebezpečná. Nebezpečný je pouze způsob a okolnost jejího zneužívání. Drogou, a to i smrtelně nebezpečnou, se může stát ledajaký lék, jsme jimi obklopeni na každém našem kroku. Již přístup a zacházení s návykovými látkami obecně (ať už jde o cigarety nebo alkohol) může být dobrým preventivním faktorem. Není nutné řešit lecjaký stres či bolest hlavy polykáním různých prášků, stejně tak jako není nutné sahat v podobných situacích automaticky po „panácích“. Právě správné postupy při řešení zátěžových situacích v běžném denním životě mohou být velmi účinnou nesespecifickou protidrogovou prevencí. Stejně důležitý je i postoj rodiny vůči obdobným situacím v okolním světě – třeba na obrazovce. Děti i starší lidé nad padesát let jsou k těmto přístupům velice vnímaví, a to už od nejtěplejšího věku. Nemá žádný smysl hledat „optimální“ věk, kdy začít s prevencí proti drogám, avšak nikdy není pozdě s ní začít. Jde o to najít přiměřenou formu a obsah přiměřený k věku důchodce. Pokud se rozhodneme preventivně působit, musíme vědět, že by nemělo jít o dlouhodobý proces. Nečekejme okamžité výsledky. Prevence nefunguje jako spláchnutí záchodu, ale měla by být, co možná nejpropracovanějším systémem činností.<sup>51</sup>

„Prevence má též své strategie, které se rozděluje:

- Snižování nabídky – menší dostupnost látek
- Snižování poptávky – menší zájem o návykové látky“<sup>52</sup>

## **2.2. Prevence primární, sekundární a terciární**

Pro vymezení obsahové náplně protidrogové prevence, musíme vzít v úvahu i to, co by se starší jedinci měli naučit již na základní škole, či spíše co by mělo být rozvíjeno v primární rodině. V oblasti nesespecifické prevence se jedná o pěstování pozitivních návyků, o vytváření podvědomí o pojmech zdraví a nemoci a pochopení základních životních rolí, jako je přirozený pocit radosti. Starším lidem by měla přinést prohloubení již naučených a získaných znalostí, jako je stálé upozorňování na nebezpečí zneužívání. Souvislost injekčního

---

<sup>51</sup> Srov. PRESL, J. *Řekni drogám ne*. Media kultur s.r.o. s. 12-18

<sup>52</sup> NEŠPOR a kol. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 20

aplikování drog s problematikou šíření nemoci HIV/AIDS. Při práci s dospělými zaměřené na prevenci drogových závislostí přicházíme hned na dva okruhy, se kterými se v našem podvědomí odmítáme ztotožňovat, protože nám přijdou nepatřičné. První je fakt, že v první fázi užití drogy nám přináší ve většině příjemné a zajímavé zážitky. Je téměř nemožné připustit si, že příjemný pocit, jenž prožívá, je způsoben látkou, před níž byl svým okolím varován. Druhý fakt je ten, že spousta lidí bere drogy dlouhodobě a kontrolovaně, a přesto nejsou závislími; nemají problémy s bráním drog. Děsí mě nevyhnutelnost představy, že ten, kdo vezme drogu, bezpodmínečně skončí na ulici jako válející se, špinavý, odporný „feťák“ bez domova, práce a přátel. Se staršími lidmi nad padesát let je to jako s dětmi, a proto se musíme naučit na ně působit takovým způsobem, aby neměli potřebu riskovat a s drogou experimentovat. Nikdo nemůže vědět, jak právě on bude reagovat na první setkání s drogou. Toto platí bezpodmínečně i o alkoholu. Škola a primární rodina by měla být základním bodem pro účinnou prevenci. Starší lidé nad padesát let jsou nepoučitelní a zvědaví, z důvodu zapomenutí ztráty a bolesti drogu přes všechna varování mnohdy užijí.<sup>53</sup>

Toto má za úkol primární prevence, která předchází užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.<sup>54</sup>

Zde je správná, již časná, prevence v primární rodině, která představuje nejdůležitější a zároveň nezastupitelnou složku primární prevence. Rodina je základním nositelem vzorů a hodnot, je základem pro socializaci každého jedince. Důležité je, aby rodina poskytla nejlepší vztahy mezi sourozenci a vedla své potomky i k přiměřené zodpovědnosti.

Pro ukázkou uvedu několik zásad a pravidel, kterých by se rodina měla držet:

- Získat si důvěru dospělého a umět mu naslouchat
- Umět s dospělým o návykových látkách mluvit
- Předcházet nudě
- Pomáhat dospělému přijímat hodnoty, které mu pomohou drogy odmítnout
- Vytvořit zdravá rodinná pravidla
- Pomoci dospělému bránit se nevhodné společnosti
- Posílit sebevědomí
- Nenechat se vydírat

---

<sup>53</sup> HYNOUŠOVÁ O. *Osobní rozhovor*. České Budějovice, 2011- 4 -10

<sup>54</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 17



- Spolupracovat s různými organizacemi<sup>55</sup>

Jak vlastně odhalíme, že starší dospělý začal užívat drogy? Z počátku to nemusí být vůbec patrné, přesto existují varovné signály, kterých bychom si měli všimnout. Např.: ztráta původních zájmů, změna přátel, změna chování, ztráta chuti k jídlu, kožní defekty, hubnutí, stopy po injekční aplikaci na rukách či nohou.<sup>56</sup>

Prevence **sekundární** se týká lidí, kteří se již do kontaktu s drogou dostali, či ji vyzkoušeli nebo užívají. Dá se říci, že by měla předcházet vzniku, rozvoji a přetrvání závislosti u osob, kteří byli již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ni stali závislími. Obvykle se používá pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Pro včasnou intervenci je důležitá práce tzv. streetworkerů, kteří navštěvují místa, kde se scházejí lidé užívající drogy, pokouší se s nimi navázat kontakt a poskytnout poradenství.<sup>57</sup>

Prevence **terciální** se týká těch lidí, u kterých došlo k sociálnímu selhání (loupeže, správní delikty). Můžeme sem zařadit sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik a léčení. Lidem, kteří úspěšně absolvovali léčbu a rozhodli se pro abstinenci, je nabízená pomoc v rámci resocializace. To znamená, že sociální pracovník napomáhá k začlenění jedince zpátky do společnosti a hlavně do rodiny.<sup>58</sup>

### 2.3. Obecné zásady prevence

- Získat důvěru dospělého a naučit se mu naslouchat
- Naučit se s dospělým o alkoholu a drogách mluvit a otevřeně si o tom s ním povídejme.
- Předcházejte nudě, dejte dospělému dobrou zábavu odpovídající nejen jeho věku, ale i jeho mentálním schopnostem.
- Pomáhat dospělému přijmout hodnoty, které mu usnadní alkohol a drogy odmítat.
- Pomáhat dospělému vyhnout se nevhodné společnosti a najít si dobrou. Nebrat dospělého do prostředí, kde by se mohl k drogám vrátit.
- Posilujte sebevědomí dospělého, „neshazujte“ ho, zvláště pak v situacích, kdy sám drogu odmítá a je k tomu kamarády nabádán.

<sup>55</sup> Srov. NEŠPOR a kol. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: psychiatrické centrum, 1996, s. 20 - 22

<sup>56</sup> Srov. PRESL, J. *Drogy poznej svého nepřítele*. Media kultur, s. r. o. s. 3-5

<sup>57</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 16-17

<sup>58</sup> Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 16-17

- Spolupracujte s dalšími dospělými i mimo rodinu.<sup>59</sup>

## 2.4. Sociální práce s člověkem drogově závislým

Následující subkapitola podává reálný pohled na práci sociálních pracovníků se závislým člověkem, uvádí možné příklady organizací poskytující obdobné služby a terapie, dotýkající se problematiky práce.

Sociální pracovník může pracovat se závislým člověkem v kterékoliv fázi jeho závislosti nebo v jakékoliv potřebě se závislosti zbavit či překonat.<sup>60</sup> Důležitým úkolem je motivace k léčbě klienta a jeho sebedůvěry. Motivace může být stimulovaná následujícími způsoby: projevení empatického porozumění, využitím aktivního naslouchání, pomoc k uvědomění si, jak klient žije, a jak by chtěl žít. Tato podpora by měla být zpracovávána průběžně a podporovat důvěru ve vlastní schopnosti. Též během práce musí být ze strany sociálního pracovníka určitá míra angažovanosti. Pokud je zde nízká angažovanost, tak se může projevovat jako expertní rada ve chvíli, kdy klient není připraven na jejich přijetí. Naopak přílišná angažovanost a přebírání odpovědnosti místo klienta v něm může vyvolávat pocit odporu k léčbě a dlouhodobě zablokovat odhodlání nastoupit na léčbu. Závislý si sám musí dokázat, zhodnotit, co kvůli drogám ztratil či naopak získal. V uvědomění si, že jeho závislost začíná být pro něj problém, je prací sociálního pracovníka posilovat rozpor mezi tím, jak vnímá svojí závislost a jak vnímá nové hodnoty, ve kterých mu brání závislost. Nesmí být na něho vyvíjen tlak, ani výčitky, co dělal špatně. Pokud u klienta převažují ztráty, nachází se v takzvaném „stádiu odhodlání“. Nyní sociální pracovník může klientovi poskytnout informace o možných způsobech léčby. Tyto informace musí být srozumitelné a přesné, aby klient věděl, co ho během léčby čeká a jaké nároky na něj budou kladeny. Velkým přínosem pro něj je i kontakt s někým, kdo tuto léčbu prodělal. Důležitým okamžikem pro pracovníka je nepromeškat ten správný okamžik, kdy je klientova motivace nejvyšší. Sociální pracovník může nabídnout kontakt s jeho rodinou, aby usnadnil orientaci v celé její orientaci.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> Srov. NEŠPOR, K. a kol. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: psychiatrické centrum, 1996, s. 66-68

<sup>60</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi.: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha:portál, 2005, s. 217.

<sup>61</sup> Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi.: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha:portál, 2005, s. 218-220

Pro vytvoření preventivních programů je zcela nezbytné určení hlavního a vedlejšího cíle. Nutné je si reálně stanovit, čeho vlastně budeme chtít dosáhnout, tak aby cíle byly splnitelné a účinek programů prokazatelný. Musíme zde rozlišit věkovou skupinu starších jedinců nad padesát let, na které chceme působit. Objektem působení musí být vždy lidé závislí na drogách, potencionální uživatelé, příčiny. Je zcela nezbytné, aby osoby, které zajišťují preventivní program, měly potřebné znalosti. Závislý jedinec může vyhledat tyto instituce: nízkoprahové zařízení, kontaktní centra, komunitní centra, detoxy, ambulantní postpéče, pobytová léčebná či rehabilitační centra.<sup>62</sup> Důležité jsou i psychologické terapie, zmíním např.: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, behaviorální terapie, gestalt terapie.

### **3. Alkoholismus**

Již od pradávna se říká, že alkohol je metlou lidstva. Někdo alkoholu holduje ve velkém množství a někdo ho nemusí vůbec. Alkohol při pokojové teplotě je čistá bezbarvá tekutina, která má ve své čisté formě stahující účinky a v ústech je velice odporná. Pokud tuto tekutinu zředíme, tato nepříjemná chuť se zmírní. Alkohol se velice dobře míchá s vodou.<sup>63</sup>

WHO (Světová zdravotnická organizace) udává za bezpečné pití alkoholu v těchto dávkách na den přibližně půl litr piva, u vína dva decilitry a u destilátů padesát mililitrů. Tato bezpečná dávka se ovšem odlišuje v závislosti na pohlaví dospělého muže či ženy.<sup>64</sup>

#### **3.1. Působení alkoholu**

Alkohol se po požití, když ho polkne, vstřebává ze žaludku do tenkého střeva. Toto vstřebávání se může zpomalit pomocí jídla v trávicím ústrojí či naopak urychlit, pokud by byl nápoj chlazený či syčený oxidem uhličitým. Po průchodu játry se část alkoholu dostává do mozku v několika málo minutách. Hladina alkoholu v krvi se pak bude pomalu zvyšovat, dokud se nedokončí vstřebávání. Vstřebávání alkoholu v krvi je velice individuální záležitost a může probíhat zcela odlišně u každodenního pijáka a jinak u svátečního popíječe. Část alkoholu zlikviduje metabolický proces, zbytek se vyloučí v nezměněné podobě v moči

---

<sup>62</sup>HYNOUŠOVÁ, O. *Osobní rozhovor*. České Budějovice, 2011- 4-10

<sup>63</sup> Srov. GRIFFITH, E. *Záhadná molekula: mýty a skutečnost o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2000, s. 9-17

<sup>64</sup>BEČKOVÁ, I a kol. *Farmakologie drogových závislostí*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 98-99.

a malý díl odejde vydechnutím – vzduchem, anebo se vypotí. Průměrný piják si s vámi nejspíše nesesedne a nebude si s vámi povídat, co se mu právě děje.<sup>65</sup> Každý konzument po požití této látky bude jinak povídavý, nadšený, šťastný, povzbuzený, uklidněný, jinou měrou se mu rozvolní asociace a v jiné míře bude zažívat pocity moci nebo sexuálního potěšení. Změna nálady je prvním patrným a požadovaným účinkem alkoholu, ve stejné chvíli se projeví i fyziologické efekty, např. zrychlení puls, zvýšený tlak a zvýšená tvorba moči. Požadovanou euforii pak nahradí deprese a palčivá nálada. Dalším nechtěným tělesným účinkem může být nevolnost, zvracení, pocit sucha v ústech. Alkohol zcela jasně ovlivňuje fungování mozku díky své schopnosti narušovat biologický systém chemických neurotransmiterů, který stále reguluje rovnováhu mezi aktivitou a inaktivitou mozkových buněk a celého mozku. Prostřednictvím těchto mechanismů aktivuje ty mozkové struktury, jejichž aktivita vyvolává pocity slasti, či naopak tlumí aktivitu a působí zklidnění a zhoršení koordinace. Alkohol může potencionálně působit jako jed několika způsoby. Nejznámějším důsledkem přiotrávení je kocovina – stav, který se projevuje přecitlivělostí, palčivou bolestí hlavy, nevolností, pocitem, že se vše kolem točí, smrtelnou bledostí, dehydratace, způsobená diuretickým účinkem alkoholu. Další z toxických účinků je předávkování alkoholem, kvůli respiračním problémům způsobeným alkoholem, které ještě zkomplikují vdechnuté zvratky, občas je na vině i to, že alkohol snižuje hladinu cukru v krvi. Ke smrti na předávkování alkoholem dochází spíše tehdy, kdy osoba požije ještě jiné drogy (sedativa, marihuana, heroin). Za třetí je alkohol jed také proto, že poškozuje tkáně, ničí orgány a přináší s sebou zvýšené riziko rakoviny. Za čtvrtý alkohol zhoršuje koordinaci a úsudek. Tím jedinec způsobuje různé nehody, které mohou přerůst v násilnické chování či zvýšit riziko sebevraždy.<sup>66</sup>

### **3.2. Alkohol a stáří**

„Starší lidé mívají nižší toleranci vůči alkoholu a jiným návykovým látkám. K silnému účinku stačí nižší dávky, časté jsou interakce alkoholu nebo jiných návykových látek s léky, které berou lidé vyššího věku pro různé nemoci. Je proto pochopitelné, že u těchto lidí mnohem častěji dochází ke zdravotním škodám a je u nich zvýšené riziko těžkých intoxikací. Poruchy paměti patří mezi důsledky škodlivého užívání těchto látek, které se mohou

---

<sup>65</sup> Srov. GRIFFITH, E. *Záhadná molekula: mýty a skutečnost o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2000, s. 9-17

<sup>66</sup> Srov. BEČKOVÁ, I. *Farmakologie drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999.

kombinovat s poruchami paměti jiné etiologie. Pokud lidé vyššího věku nejsou léčeni těmito návykovými látkami (hypnotika, analgetika), dokáží si je i sami opatřit. Tato závislost jde rozdělit do dvou skupin.<sup>67</sup>

- „Závislost vznikla ve středním nebo mladším věku a pokračuje ve stáří.
- Závislost vznikla až ve stáří u lidí, kteří dříve s alkoholem ani návykovými látkami neměli problémy. K tomuto může dojít po úmrtí přítele či manžela, manželky.<sup>68</sup>

### **3.3. Léčba problémů způsobených alkoholem ve stáří**

„Podstatnou součástí léčby starších pacientů nad padesát let je somatické léčení. Většina z nich trpí dalšími chorobami a nedostatky ve výživě nebo somatickými následky alkoholu a jiných návykových látek. U pacientů s poruchami paměti jsou kromě totální abstinence od alkoholu a rizikových léků užitečné nootropní léky a tréninky paměti. Do léčby se zahrnují i psychoterapeutické postupy např. behaviorální terapie. Horší tolerance vůči alkoholu a návykovým látkám starých lidí může být do jisté míry výhodou, jelikož související nepříjemné pocity mohou zvyšovat motivaci ke změně. Prognóza této léčby ve vyšším věku může být za určitých okolností velice příznivá, pro udržení sítí sociálních vztahů a u těch, kteří si vytvoří pozitivní životní styl. Toto jim též může pomoci využít své schopnosti a zkušenosti, aniž by byli vystavováni nadměrnému stresu.“<sup>69</sup>

### **3.4. Alkohol jako návyková látka**

„Závislost na alkoholu se neprojevuje vždycky stejně. Její podoba je ovlivněná vlastnostmi postiženého jedince, prostředím a kulturou v nichž žije a pije.“<sup>70</sup> Podle Nešpora bychom neměli podceňovat ani genetické faktory neboli dědičnost. Statistiky prokázaly zvýšený výskyt problémů s alkoholem či jinými návykovými látkami u dospělých, jejichž matka či otec alkohol konzumovali.<sup>71</sup> Abstinenční a odvykací příznaky – tyto příznaky jsou

---

<sup>67</sup> NEŠPOR, K. a kol. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 163-164

<sup>68</sup> Tamtéž

<sup>69</sup> NEŠPOR, K. a kol. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 163-164

<sup>70</sup> GRIFFITH, E. *Záhadná molekula: mýty a skutečnost o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2000. s. 59-67

<sup>71</sup> NEŠPOR, K. *Alkohol, drogy a vaše děti*, Praha: Sportprag, 1993, s. 69

z části fyziologické (třes, pocení, nevolnost), a z části psychologické (úzkost, deprese).<sup>72</sup>  
„Jejich intenzita je proměnlivá.“<sup>73</sup>

Každý takto postižený jedinec se chce zbavit těchto nepříjemných pocitů a symptomů. Rychlým a účinným lékem na kocovinu je další alkohol – tím se zdůvodňuje další pití hned po ránu a s další vydrží až po obědě. Tomuto se říká mírná závislost. Na rozdíl od silně závislého jedince, který potřebuje skleničku alkoholu hned po ránu, aby byl schopný vstát z postele. Jako u předešlých druhů návykových látek i sem patří tolerance. Kde díky závislému pijákovi získané toleranci k účinkům alkoholu daleko méně patrné známky intoxikace, než nerekrečním konzumentovi, a to při stejné hladině alkoholu v krvi. Život u pijáka se začíná soustředit kolem pití a upadá do těžké závislosti. Přátelé a rodina upadají a jdou stranou, začínají být pro pijáka nezajímavý. Místo nich se dostává do popředí potřeba pít, doplňovat hladinu alkoholu, zajistit si tak neustálý přísun pití a zodpovědnost velice slábné. Uvědomění, že pití se už nedá kontrolovat, je pro alkoholika zcela nezajímavá. U závislých na alkoholu je schopnost rozhodovat o pití méně oslabena. Těžko mu odolávají, a jakmile začnou pít, neví, kdy mají přestat, dokud nebudou úplně opilí. Pití probouzí touhu po dalším alkoholu a pak bažení po dalším pití. Obranné mechanismy zde přestaly fungovat. Po přestávce pití se s novým zahájením konzumace opět vrací symptomy závislosti. Není těžké si vybudovat určitou toleranci k alkoholu. Do jisté míry ji dosahují i „rekreační“ pijáci. V určitém stádiu pijácké kariéry se dostavuje i biologická daň a začnou se objevovat abstinenci příznaky, proto mozek závislý na alkoholu začne bez dostatečného přísunu alkoholu provádět zvláštní aktivity (třes, úzkost). Tyto nepříjemné aktivity se snaží piják odstranit, z tohoto důvodu pije čím dál tím víc. Alkoholismus je tedy naučené chování, jehož hnacím motorem je potřeba zisku a hledání úlevy od abstinenci příznaků. Tato závislost má stejnou úroveň jako závislost na heroínu.<sup>74</sup>

Syndrom závislosti na alkoholu je sám osobě závažným onemocněním, které zahrnuje vedle tělesných aspektů také aspekty psychologické a sociální. U žen je alkoholismus

---

<sup>72</sup> Srov. GRIFFITH, E. *Záhadná molekula: mýty a skutečnost o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2000. s. 59-67

<sup>73</sup> Tamtéž

<sup>74</sup> Srov. BEČKOVÁ, I. *Farmakologie drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999.

společensky nepřijatelný.<sup>75</sup> Odvykací syndrom po alkoholu se dá do značné míry přirovnat k odvykacímu stavu po tlumivých látkách.

### 3.5. Interakce alkoholu a jiných látek

Alkohol vstupuje do interakce s řadou jiných látek. Mohou zahrnovat inhibici biotransformace a zesílení tlumivých účinků alkoholu a léků. K těmto interakcím může docházet i bezděčně a nechtěně, též mohou být záměrně navozovány, díky zesilujícímu účinku. Pokud závislému přes všechna rizika nestačí kombinace alkoholu a léků, začíná s kombinací jiných drog (pervitin, těkavé látky, barbituráty). Kombinace alkoholu a konopí je také dosti riziková. Konopí, jak bylo zmíněno výše, oslabuje zvracivý reflex. Potlačení zvracivého reflexu po vyšších dávkách alkoholu při současné intoxikaci konopím zvyšuje riziko smrtelné otravy. Kromě toho konopí i vyšší dávky alkoholu zatěžují srdce a u disponovaných jedinců se tak zvyšuje riziko srdečních nebo oběhových komplikací.<sup>76</sup>

### 3.6. Detoxifikace u alkoholu

U intoxikace alkoholem se bere na vědomí, zda jde o intoxikaci lehkou či těžkou. U lehké intoxikace ve většině případů nevyžaduje léčba. Jenomže s intoxikací mohlo dojít k úrazu hlavy s nitrolebním krvácením. Člověk v kómatu po požití alkoholu je ohrožen aspirací zvratků a při ještě vyšších hladinách alkoholu v krvi hrozí útlum dechového centra a asfyxie.<sup>77</sup>

„Odvykací syndrom se vyznačuje třesem, tachykardií, pocením, podrážděnost, zvýšení krevního tlaku, nespavost a neklid. U pokročilejších forem může dojít k epileptickým záchvatům a delirium.“<sup>78</sup>

Některé alkoholické psychózy: alkoholická halucinóza, paranoidní psychóza, alkoholová epilepsie, korsakova psychóza, alkoholová demence a delirium tremens. Pro představu níže rozvedu jednu z uvedených psychóz.

---

<sup>75</sup> Srov. ŠEDIVÝ, V. a kol., *Lidé, alkohol, drogy*, Praha: Naše vojsko, 1988. s. 95-97

<sup>76</sup> Srov. SCÉMY, L. a kol. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami*. Praha: Sport propag, a.s., 1999. s. 3

<sup>77</sup> Srov. NEŠPOR, K. a kol. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 42, 51-53

<sup>78</sup> Tamtéž

## **Delirium tremens**

Nešpor uvádí, že tato psychóza je jednou z nejzávažnějších, která ohrožuje život. Vzniká po přerušení užívání alkoholu alkoholikem/ pijákem. Pokud jedinec zemře, umírá na rozvrat minerálního a vodního hospodářství. Tito pacienti vyžadují spolupráci internistů a odborníků na léčbu závislostí. Ideálním místem pro léčení takového pacienta je psychiatrická jednotka intenzivní péče.<sup>79</sup>

„jednou alkoholik, navždycky alkoholik“. Alkoholik, který experimentuje s návratem ke společenskému popíjení, bude dříve či později zpátky tam, kde byl před léčbou. Piják musí přijmout onu skutečnost, že bude celoživotně abstinovat. Alkoholismus nelze tedy pokládat za „nevyléčitelnou nemoc“. <sup>80</sup> V příloze, na straně 53, uvádím kazuistiku, čím vším si musí projít závislý člověk na alkoholu a jak se vyrovnal se svojí závislostí.

## **4. Tabakismus**

„Kouření různých jiných drog patří do odlišné oblasti společenských negativních jevů. Při kouření tabáku nejde jen o závislosti na nikotinu, ale i dalších látkách, které v tabáku jsou obsaženy a též mají podíl na poškozování organismu. Indiáni používali tabák jako lék, např. proti bolestem zubů, kdy jej vtírali do dásní, při bolestech hlavy či proti infekčním chorobám. Při kouření tabáku se vytváří především závislost na nikotinu. Pro některé má uklidňující účinky. Škodlivost tabakismu spočívá v tom, že kuřák neohrožuje pouze sebe, ale i své okolí. Působením nikotinu může dojít k akutní otravě. Její projevy jsou bolesti hlavy, nucením na zvracení nebo zvracení či zblednutí. V těžších případech vede ke ztrátě vědomí či psychické poruše. Otrava obvykle nemá dlouhodobé trvání a potíže zanedlouho odezní. Je známo, že nikotin zvyšuje účinek alkoholu. V posledních letech se ukazuje, že i malá spotřeba tabáku denně může mít velmi závažné následky. Působením nikotinu může docházet i k chronické otravě. Vede k ní dlouhodobé kouření tabáku. Dochází při ní k poškození tělesnému i duševnímu. Nejvíce jsou ohroženy dýchací cesty, protože v tabákovém kouři jsou obsaženy rakovinotvorné látky. Obtíže psychické, které mohou vznikat po dlouhodobém nadměrném kouření, se projevují nesoustředěností, nervozitou, sklony k výbušnosti, sklony k sebepozorování či otupělost. Je známo, že žena jako kuřačka má větší vliv na kouření u dětí

---

<sup>79</sup> Tamtéž

<sup>80</sup> NEŠPOR, K. a kol. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s 42, 51-53



než kuřák otec. Kouření žen se u nás rozmohlo ve větším měřítku až po druhé světové válce. U některých národů je to běžné, ale u nás se to pokládalo za nemravné a neslušné. Ženy v těhotenství by neměly vůbec kouřit, má to nepříznivý vliv na plod jako jsou nedonošenost, vývojové vady či potrat.<sup>81</sup>

„Vzhledem k tomu, že nikotin proniká k plodu placentou, bývá počaté dítě postiženo otravou různého stupně. Také se dostavují poruchy menstruace.“<sup>82</sup>

#### **4.1. Léčba kuřáků**

Mnoho kuřáků dokáže zanechat svého návyku, některým je potřeba naopak pomoci. I zde se tvoří silná psychická a somatická závislost, jak již bylo popsáno výše v kapitole. Psychická závislost nutí kuřáka, aby nadále kouřil, jinak má pocit, že mu něco chybí, je nervózní a neklidný. Vytvoření somatické závislosti se výrazně projeví až při vynechání kouření. Objeví se tzv. abstinční příznak či syndrom. Tento syndrom může mít různé formy a intenzitu a u každého jedince se mohou lišit (nespavost, nesoustředěnost, bolesti hlavy snížený aktivity, nechutenství). Též záleží na tom, jaká závislost se u něho vytvořila, a jednak na osobnosti kuřáka. Velký význam v boji proti kuřáctví má prevence. Pokud někdo propadl náruživému kuřáctví, nelze předpokládat, že se naučí kouřit s mírou. Platí zde stejné pravidlo jako u alkoholismu: přestat s kouřením úplně. Žádné nařízení nemůže z kuřáka udělat nekuřáka. K tomu je zapotřebí jeho rozhodnutí přestat kouřit. Ostatní mu v tom mohou jen pomoci.<sup>83</sup> Samozřejmě pro kuřáky existují různé poradenské programy pro odvykání kouření, různé intervence a léky. Např. různé pasty, náplasti, žvýkačky či čipy, které mají kuřákovi pomoci abstinovat.

#### **4.2. Prevence kouření**

„Všechny formy spotřeby tabáku, jako je kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo šňupání, přispívají ke vzniku více než 20 nemocí a předčasnému úmrtí na ně. S dobou se zvyšuje nárůst kuřáctví u mladších věkových skupin obou pohlaví. Tabák je nebezpečný v každé formě a jakékoliv formě užívání. Není žádná náhrada tabáku, která by byla méně nebezpečná, proto lze říci že „Bezpečná cigareta a neškodlivé kouření neexistují“.

---

<sup>81</sup> JANÍK, A. a kol. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum, 1990. s. 50-53

<sup>82</sup> ILLES, T. *Děti a drogy*, Praha: ISV Institut sociálních vztahů, 2002

<sup>83</sup> JANÍK, A. a kol. *Drogy a společnost*, Praha: Avicentrum, 1990. s. 51-56

Podle světové zdravotnické organizace WHO se považuje kouření za návykové a závislost vyvolávající. Užívání tabáku můžeme charakterizovat jako pravidelné a nutkavé užívání s doprovodem abstinčního příznaku syndromem z odnětí. Určující jsou zde procesy, které rozvoji návyku na tabák se podobají drogové závislosti, zejména se jedná o farmakologické, psychické a behaviorální procesy. Tabakismus je naučené chování, které komplikuje fyzická závislost na nikotinu. Experimentování s kouřením začíná v dětství a v dospívání. Záleží na sociálním prostředí, především vztahem k vrstevníkům, touhou patřit ke skupině, a v poslední řadě nápodoba vzoru ze světa dospělých. Návyk kouření nevzniká rychle, má několik stádií od prvních pokusů a příležitostného kouření, než se utvoří vzorce požitku a chování pro pravidelné kuřáctví. Hlavní cíl kontroly kouření a zlepšení zdraví v sobě zahrnuje přerušování fyzické i psychické závislosti a úpravu naučeného chování. Podobně jako u ostatních typů závislosti je i závislost na tabáku způsobená řadou příčin. Příčiny můžeme hledat už v útlém věku, kdy chce člověk zapadnout do kolektivu či party, tak se přizpůsobí a tento návyk se s ním táhne až do dospělosti. Jak se závislost postupně vyvíjí, mění se i naše důvody, proč začínáme a pokračujeme v kouření tabáku. Mnohdy toto naučené chování souvisí i s určitými sociálními situacemi jako je káva po obědě s ní i cigareta, sledování sportovních zápasů či čekání na autobus. V tomto ohledu se dále rozlišuje psychická, či psychosociální závislost na kouření ve smyslu rituálu od fyzické závislosti na nikotinu jako droze. Někteří kuřáci mívají pocit, že po vykouření jedné cigarety se mohou lépe soustředit nebo uvolnit.<sup>84</sup>

### **4.3. Závislost na nikotinu**

Fyzická závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u každého zcela odlišná. Ve většině případů se tato závislost objeví do dvou let od zahájení kouření. Je i mnoho lidí, kteří se snaží s touto závislostí bojovat, přestat s kouřením, ale nevydrží dlouho a po čase se k této závislosti vrací. Hlavním důvodem nutkání kouřit je udržet si hladinu nikotinu v krvi. Pokud tato hranice klesne, toto nutkání začne být pro kuřáka velice intenzivní. Kuřák začne být podrážděný, rozladěný, nervózní a zapálí si další cigaretu. Účinky nikotinu na organismus jsou jemné a okamžité. Nikotin v první cigaretě má vliv na zvýšení srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, zvýší se výdej krve ze srdce, dojde k zúžení cév. K abstinčnímu příznaku při nedostatku nikotinu v krvi patří nervozita, deprese

---

<sup>84</sup> SOVINOVÁ, H. a kol., *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: 2003, Státní zdravotní ústav, s. 15-27

podrážděnost, neschopnost soustředění na určitou věc, samozřejmě nutková touha po zapálené cigaretě. U velmi těžkých závislostí se tento nedostatek může projevit i fyzickou nevolností. Látky, které jsou obsaženy v jedné cigaretě, velmi negativně ovlivňují všechny orgány a tkáně lidského těla. K překonání fyzické závislosti na nikotinu se s úspěchem užívá postupů nikotinsubstituční terapie (žvýkačky, náplasti, léky, spreje) často s psychoterapeutickými postupy.<sup>85</sup>

Kuřáci, kteří překonají fyzickou potřebu nikotinu, zde tento boj často prohrávají. Psychosociální závislost na kouření bývá často spojená s první cigaretou. Většina lidí, kteří vdechnou poprvé cigaretový kouř, pocítili negativní účinky kouření. Mezi ně patří oblouznění, nevolnost, bolesti hlavy, bolest břicha či průjem. Na tyto pocity vznikne časem tolerance. Tato tolerance je stejná jako u závislosti na alkoholu, marihuany či heroinu. Tuto toleranci doprovází psychosociální závislost na situacích a vztazích, které kouření provází. Vzniká zde závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. U mnoha osob rituál zapálení a kouření cigaret znamená dočasné snížení stresu, úzkosti, překonání osobních komunikačních bariér okolím. Překonání psychosociální závislosti je pro řadu lidí hlavní příčinou opakovaného selhání a návratu zpátky ke kuřáctví, přestože zvládli fyzickou závislost. I sem patří psychoterapeutické postupy, mezi ně patří kognitivně-behaviorální terapie, nácvik vhodných způsobů chování, asertivní techniky ke změně či ovlivnění konkrétních situací.<sup>86</sup>

#### **4.4. Pasivní kouření**

Tabákový kouř, který vdechují nekuřáci, je směsí několika tisíc chemických látek. Toto kouření má okamžitý a dlouhodobý vliv na lidské zdraví. Mezi okamžité účinky patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic. U jedinců nekuřáků citlivých na tabákový kouř může vyvolat nevolnost, závratě a bolesti hlavy. Astmatici a alergici by se měli v zakouřených místnostech pohybovat co nejméně, neboť tento kouř pro ně představuje riziko vyvolání okamžitého záchvatu. Pasivní kouření zatěžuje srdce a postihuje hospodaření organismu s přijímáním a využitím kyslíku. Též se zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění.

---

<sup>85</sup> Tamtéž

<sup>86</sup> Dvořáková, D., *Osobní rozhovor*. České Budějovice:2011. 13.7.

Nejzranitelnější jsou malé děti v souvislosti s pasivním kouřením. Kouření budoucích matek či jejich pasivní kouření velmi zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí kojenců.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Srov. SOVINOVÁ, H. a kol., *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: 2003, Státní zdravotní ústav. s. 19-27

## 5. Přístup a zkušenosti lidí důchodového věku s návykovými látkami – výzkumné šetření

V této části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které jsou dále analyzovány. Kapitola je strukturována následovně: nejprve jsou stanoveny hypotézy a společně s nimi představena metodika sběru dat. Dále jsou uvedeny základní údaje o statistickém vzorku následované již analýzou získaných dat.

### 5.1. Metodika

Cílem dotazníkového šetření, které bylo zvoleno jako nástroj získávání informací pro další zpracování, bylo získat ve zkoumaném vzorku určitý přehled, jaké zkušenosti mají lidé starší padesáti let s návykovými látkami, jejich přístup k lidem, kteří již jsou narkomany a důvody vedoucí k experimentu s drogami. Dalším cílem bylo získat určité základní informace mnou osloveném vzorku populace.

Dotazník byl sestaven takovým způsobem, aby poskytoval informace o současném stavu rozšíření návykových látek (zejména alkoholu a tabáku) mezi staršími lidmi. Obsahuje sedmnáct otázek. V úvodu dotazníků jsem použila dvě identifikační otázky. Otázky jsem zvolila většinou uzavřené, vzhledem k věku dotazovaných osob a také proto, že mi umožňují celkem dobré zpracování odpovědí. Na druhé straně mě mohou vést ke zkreslené odpovědi. Z tohoto důvodu jsem použila i polootevřené otázky, které dávají možnost vlastní odpovědi. Podoba pokládaných otázek je místy výběrová (multiplechoice) s jednou možností odpovědi.<sup>88</sup>

Původní plán poskytnout dotazník osobám ubytovaným v domovech pro seniory situovaných v Českých Budějovicích musel být pozměněn. Hlavním důvodem pro změnu byla zejména nemožnost komunikovat s ubytovanými lidmi, protože k nim není povolen přístup jiným osobám, než rodinným příslušníkům nebo jiným oprávněným osobám. Dále jsem se také setkala s názorem pečovatelek, že toto dotazníkové šetření nebude mít velký dopad na životy dalších generací a nedostanu tudíž povolení s ubytovanými hovořit. Jako náhradní způsob distribuce dotazníku jsem zvolila oslovování jednotlivých osob příslušného věku v ulicích města České Budějovice v období od 1. 6. 2012 do 1. 1. 2014.

---

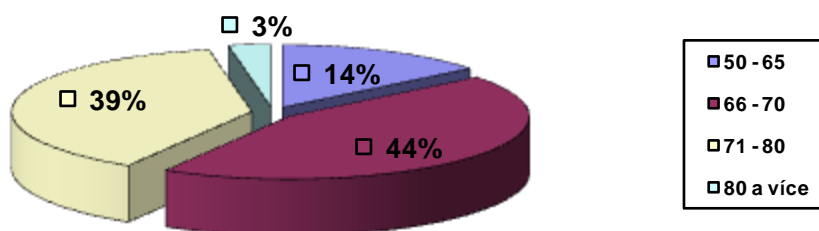
<sup>88</sup> REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, s. 101-103. Praha: Grada Publishing, 2009

Bylo osloveno 100 respondentů, kteří byli vybráni pouze na základě věkové příslušnosti a pohlaví, kdy byl zvolen poměr 53 % mužů a 47 % žen. Od těchto respondentů jsem po patřičném seznámení s jednotlivými otázkami získala zpět sedmdesát vyplněných dotazníků, ze kterých muselo být dále vyřazeno 30 dotazníků z důvodu nesprávně zodpovězených nebo nevyplněných otázek. Což lze kvalifikovat jako velmi reprezentativní vzorek dat.

## 5.2. Výsledky šetření a jejich analýza

Z dotázaných respondentů, kteří poskytli úplně vyplněný dotazník, jich více než polovina byla ve věku od 50 do 70 let (Obrázek 1). Toto lze považovat za relativně očekávané rozvrstvení, vzhledem k schopnostem osob v takto vysokém věku se o sebe samostatně postarat v takovémto městě a v příslušné oblasti.

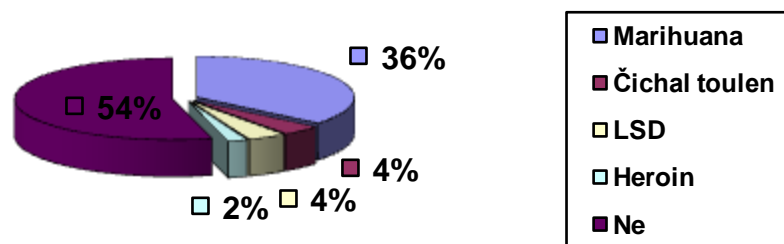
Obrázek 1: Respondenti podle věkového rozdělení



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Jako nejčastěji zneužívanou látku zmínili dotazované osoby marihuanu (Obrázek 2). Z dotazovaných celá polovina osob během svého života nevyzkoušela žádnou návykovou látku. Na základě srovnání s odpověďmi v dalších bodech dotazníku nebylo potvrzeno podvodné odpovídání v tomto bodě.

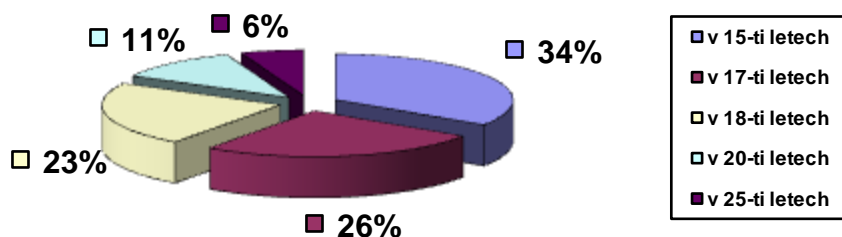
**Obrázek 2: Rozdělení podle osobní zkušenosti s návykovou látkou**



**Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování**

Třetina dotázaných odpověděla, že svou první zkušenost s alkoholem měla v 15ti letech (Obrázek 3). Do věku 18ti let vyzkoušelo alkohol osmdesát procent dotázaných osob. Tyto odpovědi ukazují na přetrvávající problém s naléváním alkoholu mladistvým.

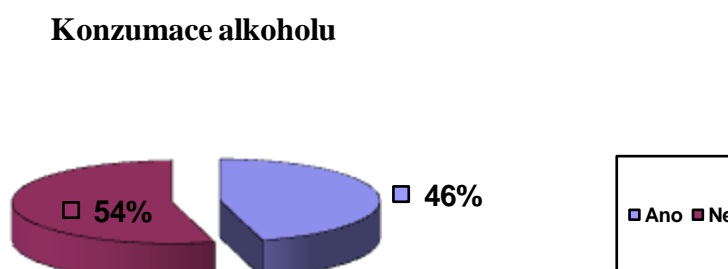
**Obrázek 3: Rozdělení podle let prvního užití alkoholu**



**Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování**

Z dotazu majícího za úkol zjistit vztah k alkoholu u dotazovaných v současné době vyplývá, že šestačtyřicet procent z nich pije alkohol (Obrázek 4).

Obrázek 4: Rozdělení podle vztahu k alkoholu



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Dotazovaní uvedli, že nejčastěji pijí alkoholické nápoje s nízkým obsahem alkoholu (Obrázek 5). Pouze v devíti případech byly uvedeny destiláty, jako převažující alkoholický nápoj v nákupním koši.

Obrázek 5: Rozdělení podle druhu konzumovaného alkoholického nápoje

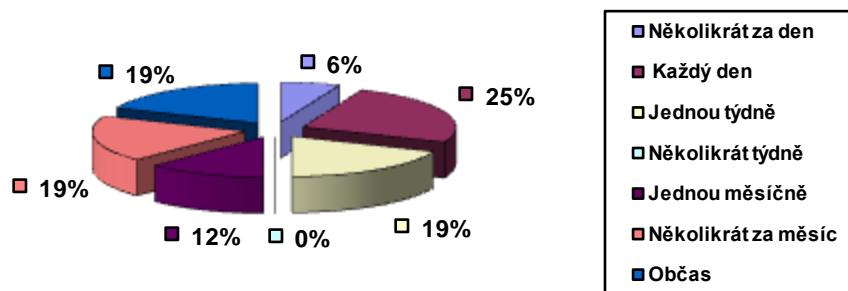


Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Zajímavé výsledky přineslo sdělení, jak často pijí dotázaní alkohol (Obrázek 6). 2 dotázaní zodpověděli, že pijí alkohol několikrát za den, což je 6% z celkového počtu; 8 dotázaných odpovědělo, že pijí alkohol denně, čímž zaujímají 25%, tedy největší procento z celkového počtu dotázaných; 6 dotázaných odpovědělo „jednu týdně“, což je dalších 19% z celkového počtu; další 4 dotázaní odpověděli „jednu měsíčně“, což je 12% z celkového počtu; odpověď „několikrát za měsíc“ zvolilo 6 dotázaných, 19% z celkového počtu a 6 dotázaní odpověděli, že pijí alkohol pouze občas, čímž zaujímají 19% z celkového počtu dotázaných. Nikdo z dotázaných nezvolil odpověď „několikrát týdně“.



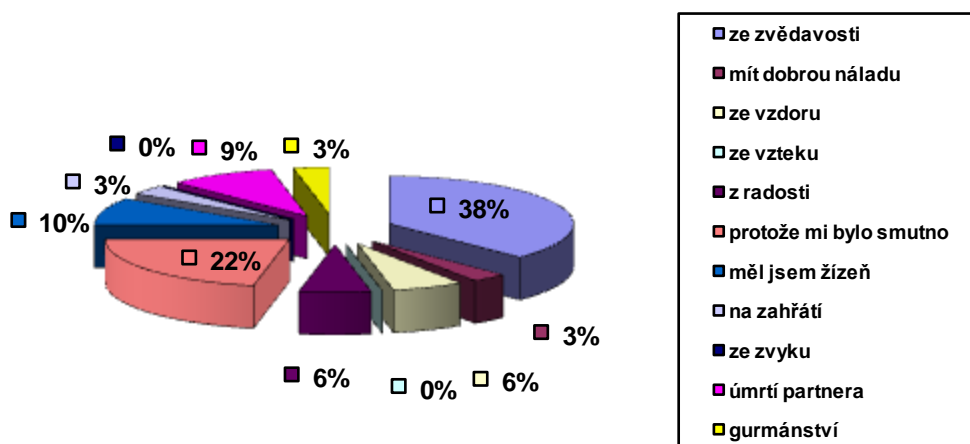
**Obrázek 6: Rozdělení podle frekvence užívání alkoholických nápojů**



**Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování**

Jako hlavní důvod, proč okusit alkoholické nápoje, s 38 procenty převažuje zvědavost a dále pak s 22 procenty z důvodu, že daná osoba se cítila osamocena a bylo jí smutno (Obrázek 7). Vynecháme-li minoritní důvody jako gurmánství a na zahřátí, převažujícími podněty, které vedly k okusení alkoholického nápoje, byl zejména emoční stav osoby, ať již se jedná o osamocenenost, vzteky nebo naopak radost, je vidět, že nemalá část respondentů byla vedena svým emocionálním stavem a snažili se tak zahnat tento nepříjemný pocit.

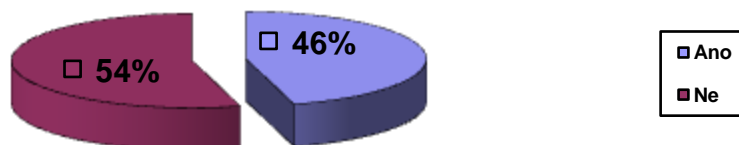
**Obrázek 7: Rozdělení podle argumentu, který vedl k pití alkoholu**



**Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování**

Ve čtyřiapadesáti procentech případů zodpověděli dotázaní, že v současné době již nekouří, nebo nekouřili cigarety nikdy během svého života (Obrázek 8). Z osob, které uvedly, že kouří, jich 17 zkusilo přestat, nicméně se to nepovedlo.

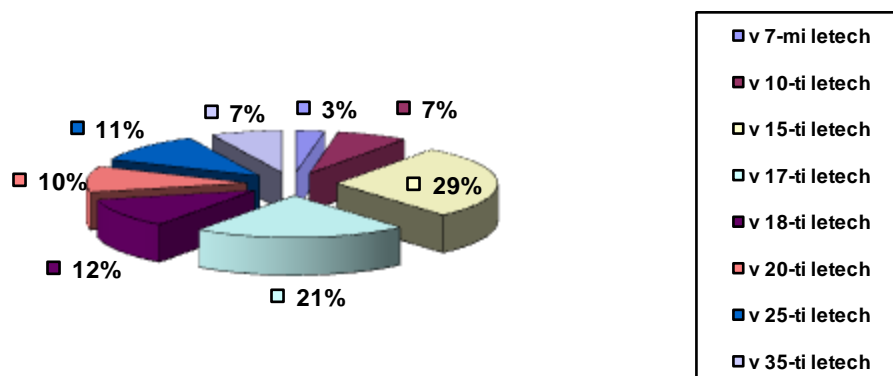
Obrázek 8: Podíl respondentů podle osobního vztahu k užívání cigaret



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Mezi dotazovanými se našly dvě osoby, které si zapálily cigaretu poprvé v sedmi letech (Obrázek 9). V deseti letech to již bylo pět dotazovaných. Dříve než dosáhli plnoletosti, si zapálilo 42 respondentů svou první cigaretu.

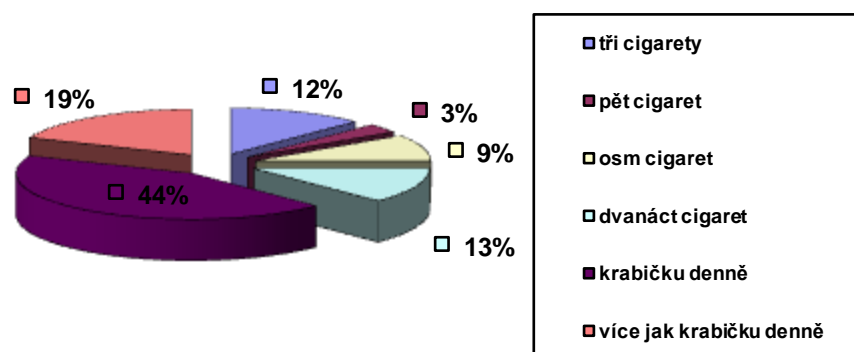
Obrázek 9: Rozdělení podle věku, kdy si poprvé zapálili cigaretu



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Z dotazovaných je pravidelnými kuřáky staršími 50 let 15 respondentů, kteří spotřebují jednu a více krabiček cigaret denně (14 respondentů vykouří krabičku denně, 6 více než krabičku), (Obrázek 10). Ve zbylých případech konzument potřebuje méně než dvacet cigaret.

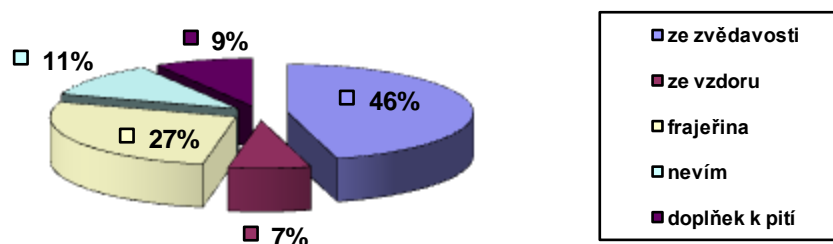
Obrázek 10: Rozdělení podle počtu denně vykouřených cigaret



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Ze zvědavosti začalo kouřit 28 dotázaných, až neuvěřitelných 46%; odpověď „nevím“ na otázku, proč dotázaný začal kouřit, zvolilo 8 lidí, což je 18,2% a dalších 5 začalo kouřit ze vzdoru; z frajeřiny začalo kouřit devatenáct dotázaných.

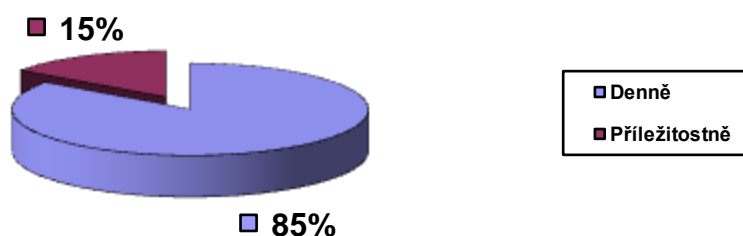
Obrázek 11: Rozdělení podle argumentů, jež vedly ke kouření



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Na otázku, jak často dotázaní kouří cigarety, odpovědělo 28 dotázaných, že kouří denně, což je 85% z celkového počtu a dalších 5 dotázaných odpovědělo, že kouří příležitostně, což je zbývajících 15% z celkového počtu.

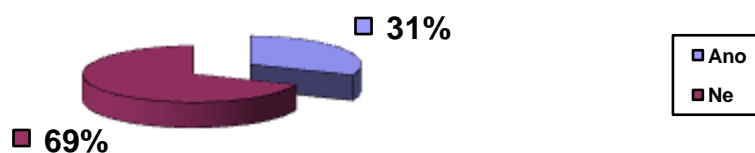
**Obrázek 12: Rozdělení podle frekvence kouření**



**Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování**

Na dotaz, jestli dotázaní kouří v průběhu dopoledne více než v ostatním denním čase, odpovědělo kladně deset dotázaných, zbylí respondenti holdují cigaretám více v odpoledních hodinách.

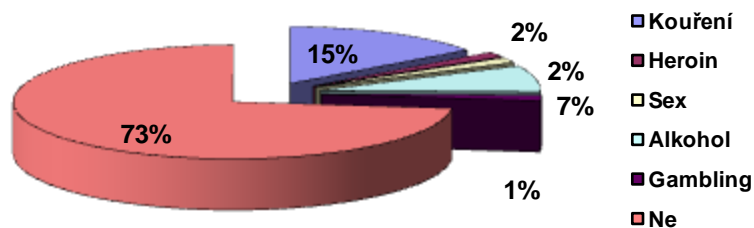
**Obrázek 13: Rozdělení podle preferované doby kouření (dopoledne, odpoledne)**



**Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování**

K léčbě ze závislosti se přiznalo až deset dotázaných. Nejčastější léčenou závislostí bylo kouření cigaret, kterou podstoupilo šest uchazečů. Největší procento dotázaných tvořilo 16 lidí, kteří doposud neměli potřebu se léčit, čímž zaujímají až neuvěřitelných 50%.

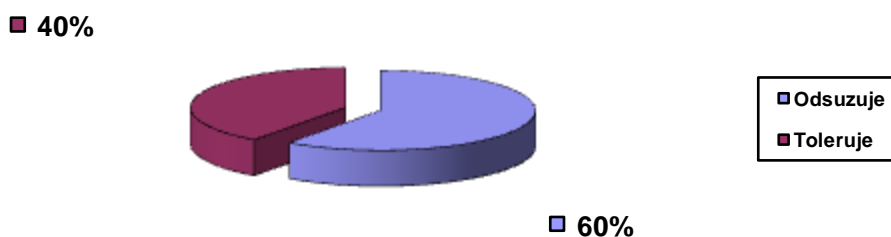
Obrázek 14: Rozdělení podle léčby závislosti



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

Poslední otázka, kterou jsem pokládala respondentům, byla zaměřena na jejich vztah k narkomanům. Čtyřicet dva respondentů uvedlo, že je odsuzují, ostatní uvedli, že je tolerují.

Obrázek 15: Rozdělení podle postoje k narkomanům



Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní zpracování

### 5.3. Diskuze

V mém výzkumu se potvrdilo, že všichni respondenti, tedy 100 % z celkového počtu 70 dotazovaných (Graf č. 4: Pijete alkohol? s. 42) již mají zkušenosti s alkoholem. Přičemž 46 % alkohol stále konzumuje a 54 % uvádí, že již alkohol nepije. K podobným výsledkům došla i Chromynová. Z 2134 respondentů konzumuje alkohol 84 % dotazovaných.<sup>89</sup>

Dále zkoumám, jak často dotazovaní konzumují alkohol. (Graf č. 6). Z grafu č. 4 vyplývá, že stále pije 46 % z celkového počtu 70 dotazovaných. Na základě zjištěných výsledků z dotazníků vyplývá, jak často starší občané konzumují alkohol. Každý den uvedlo 25 % respondentů, několikrát za den uvedlo 6 %, jednou týdně 19 %, jednou měsíčně 12 %, několikrát za měsíc 19 %, občas 19 %. Ukázalo se tedy, že většina respondentů alkohol nejen zkusila, ale dalo by se říci, že je jejím pravidelným konzumentem. V publikaci, kterou vydal Úřad vlády České republiky je zmínka o tom, že z 84 % dotazovaných již výše zmíněných 58,9 % konzumovalo alkohol maximálně čtyřikrát do měsíce a 38 % pilo alkohol dvakrát týdně. Další zajímavou připomínkou je problémové pití alkoholu, které podle screeningové škály má 9,3 % populace a rizikové pití 19,3 % populace dotazovaných.<sup>90</sup>

V dalších bodech dotazníku řeším otázku týkající se důvodu konzumace alkoholu, který vedl k jeho užití (viz. Graf č. 7). Jak se v uvedených odpovědích ukázalo, hlavním a nejčastějším důvodem, který vedl k užití alkoholu, byla zvědavost. Pro 22 % starších lidí nad padesát let to bylo ze smutku, 10 % uvedlo z žízně. Úmrtí partnera uvedlo 9 %, to mělo dle mého názoru za příčinu emoční nestabilitu dotazovaných. Zdražilová ve svém článku poukazuje na úmrtí v rodině jako nejčastější jev, kdy se člověk může stát závislým (toxikomanem).<sup>91</sup> 6 % respondentů uvedlo jako důvod užívání alkoholu na zahřátí a ze zvyku. Přijde mi zajímavé, že 3 % respondentů uvedla, že pila ze vzteku.

Přátelé, známí, vrstevníci starších lidí nad padesát let jsou velmi důležitou součástí jejich života a nemálo mohou ovlivnit i jejich život, buď to správným, nebo naopak špatným směrem. Záleží, s kým se rozprávějí a do jakého zařízení je rodina umístí. Proto se také

---

<sup>89</sup> CHROMYNOVÁ, P. *Zaostřeno na drogy: Národní výzkum užívání návykových látek: Kouření a pití alkoholu a dalších drog v obecné populaci*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2013. str. 5

<sup>90</sup> Tamtéž

<sup>91</sup> ZDRAŽILOVÁ, A. *Závislosti a my: rodina a droga*. Ústí nad Labem: Česká pošta, 2006str. 14

narušené vztahy s vrstevníky řadí mezi rizikové činitele, které se však dají např. pomocí vhodné terapie ovlivnit.

V dalších bodech mého výzkumu jsem se zajímala o zkušenosti starších lidí nad padesát let s tabákovými výrobky. První otázka zjišťovala, zda respondenti mají zkušenosti s touto látkou, která je v České republice legální (viz. Graf č. 8). Následně jsem se ptala na věk prvního užití (viz. Graf č. 9). Jako zajímavé se ukázalo, že dva dotázaní si cigaretu zapálili již v sedmi letech a pět dalších v deseti letech. Zkušenosti s tabakismem uvedlo 32 (46 %) starších lidí nad padesát let. 38 (54 %) dotazovaných uvedlo, že s tabákovými výrobky nemá zkušenosti, nebo nekouří. Z výzkumu Chromynové vyplývá, že z 2134 respondentů tabák ve formě cigaret, doutníků či dýmek kouřilo 70% dotazovaných.<sup>92</sup>

Dále jsem zjišťovala důvod užití tabákových výrobků (viz. Graf č. 11). 46 % respondentů uvedlo jako hlavní důvod vyzkoušení zvědavost. V porovnání s důvody pro konzumaci alkoholu vidíme, že tento důvod se od u těchto dvou látek neliší a shodně zaujímá první místo co do četnosti odpovědí. První zkušenost s alkoholem měli starší jedinci též ze zvědavosti stejně, tak jako užívali tabákové výrobky ze zvědavosti. Další jedinci užívali tabákové výrobky ze vzdoru, z frajeřiny, když chodili na střední školy, aby lépe zapadli do party kamarádů. V poslední řadě byla cigareta jakýmsi pomyslným doplňkem ke kávě, vínu či pivu. Dále jsem se ptala na frekvenci kouření (viz. Graf č. 12). 28 (85 %) starší populace kouří denně a příležitostně 5 (15 %) lidí. Také Chromynová uvádí, že s kouřením experimentovalo a kouřilo příležitostně 36,3 % dotázaných. Pravidelně kouřilo v průběhu svého života 32,1 % respondentů.<sup>93</sup>

V kontextu užívání tabákových výrobků jsem nemohla opomenout otázku, kolik cigaret denně vykouříte? (viz. Graf č. 10). Zde jednotliví kuřáci uvedli, že za den vykouří i dvě krabičky, tj. šest dotázaných, čtrnáct lidí uvedlo krabičku denně, dvanáct cigaret vykouří čtyři lidé, osm vykouří tři respondenti, pět jen jedna osoba a tři potahují čtyři lidé. Také

---

<sup>92</sup> CHROMYNOVÁ, P. *Zaostřeno na drogy: Národní výzkum užívání návykových látek: Kouření a pití alkoholu a dalších drog v obecné populaci*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2013. str. 4

<sup>93</sup> Tamtéž

Chromynová dále uvádí, frekvenci kouření, kde kuřáci denně vykouří 15 cigaret za den. Muži jsou více četnějšími kuřáky než ženy. Ty vykouří v průměru o čtyři cigarety méně.<sup>94</sup>

Důležitou otázkou mého výzkumu byla ta, která zjišťovala, zda se dotazovaný někdy léčil ze závislosti? Pokud respondent odpověděl kladně, uvedl druh závislosti (Graf č. 14). 49 (73 %) občanů uvedlo, že se nikdy ze závislosti neléčilo či nemělo potřebu se léčit. Deset (15 %) se zmínilo potřebu léčit se z tabakismu. Závislost na automatech, tedy gamblerství, zmínil jeden člověk (2 %). Alkoholovou závislost prodělalo pět (7 %) jedinců. Pozoruhodné bylo zjištění, že jeden člověk se léčil ze závislosti na sexu a heroinu. Podle výzkumu, který prováděl Petr Mistoler, se ukázalo, že zneužívání návykových látek narůstá ve vyšším věku populace a zvyšuje se procentuální podíl žen. Potvrzuje se, že zneužívání alkoholu začíná spíše v nižším věku, naproti tomu nadužívání léků až ve vyšším věku. Počet dobrovolně léčených pacientů starších 60 let v pražském protialkoholním centru v Apolinářské ulici nikdy nepřesáhl 10%. Zde uvádím několik faktů pro srovnání. Poruchy vyvolané alkoholem vykazovalo 9% mužů a 0.5% žen přijímaných na gerontopsychiatrii. Poradny pro léčbu alkoholismu navštěvuje 4% mužů a 1% žen v seniorském věku. Výskyt seniorů majících problém s nadměrnou konzumací alkoholu: 2-10% v komunitách, 2-15% v domovech důchodců, více v geriatrických ambulancích.<sup>95</sup>

Poslední otázka, kterou jsem pokládala respondentům, byla zaměřena na jejich vztah k narkomanům (viz. Graf č. 1). Čtyřicet dva respondentů uvedlo, že je odsuzují, ostatní uvedli, že je tolerují (40 %). Škařupová ve své studii uvádí postoj starších lidí nad padesát let k drogově závislým občanům. Starší lidé byli nejméně tolerantní k osobám k drogově závislým a k alkoholikům. Kdyby si mohli vybrat, téměř nikdo by je nechtěl mít za sousedy.<sup>96</sup>

#### **5.4. Souhrn výsledků**

Jedním z cílů bylo zjistit postoj a vztah osob starších 50-ti let k návykovým látkám. Zjišťovala jsem také zkušenosti seniorů s návykovými látkami, přičemž jsem předpokládala,

---

<sup>94</sup> Tamtéž, s. 5

<sup>95</sup> MISTOLER, P. *Závislost na návykových látkách a jejich abusů ve stáří*[online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné na WWW: <http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf>

<sup>96</sup> ŠKAŘUPOVÁ, K. *Zaostřeno na drogy: Národní výzkum užívání návykových látek: Trendy užívání drog v populaci ČR*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2010, s. 9



že určitou zkušenost s alkoholem či tabákem bude mít většina respondentů. Výsledky ukázaly, že zkušenosti s návykovými látkami má zhruba polovina dotázaných, čímž nedošlo k potvrzení mého předpokladu. Nicméně dlouhodobé a pravidelné užívání alkoholu a kouření cigaret uvedlo 46 procent, což potvrdilo můj předpoklad.

Nejčastěji uváděným důvodem, proč lidé nad padesát let užívali drogy, byl smutek. Následovaly důvody jako zvědavost respondenta, kterého více zajímaly zážitky, spíše než chuť drogy. První zkušenost s alkoholem v 15ti letech je spojena se vzpomínkami seniorů na dětství, když chodili otci pro pivo do džbánu, za rohem tajně usrkávali. Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem seniorů je pivo a víno.

Závislost na tabákových výrobcích senioři spíše nechtěli přiznávat. Dotazovaní však posléze uvedli, že s kouřením tabáku před dosažením zákonného věku pro konzumaci tabákových výrobků začala necelá polovina dotázaných. Hlavním důvodem pro začátek kouření byla zvědavost. Necelá polovina kuřáků spotřebuje krabičku denně. Léčbu tabakismu prodělalo 15 % dotazovaných.

## 6. Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zabývala převážně dvěma vybranými návykovými látkami a to alkoholem a tabákovými výrobky (nikotinem) v souvislosti s jejich užíváním lidmi důchodového věku. Tyto dvě látky jsem si vybrala proto, že jak tabákové výrobky, tak i alkohol jsou ve většinové společnosti spíše tolerovány a v ČR není kladen takový důraz na nebezpečnost konzumace jako např. v zemích západní Evropy. Obě tyto látky, alkohol i tabák, se řadí mezi takzvané látky průchozí či také vstupní drogy, které mohou vést k užívání daleko tvrdších drog. Ačkoliv nadměrná konzumace alkoholu nebo tabáku vede k závislosti a může být počátkem zneužívání jiných drog, je toto riziko v naší společnosti přehlíženo a jejich konzumace je hojně tolerována. Ve své práci jsem se především zabývala u lidí starších padesáti let jejich zkušenostmi s alkoholem a kouřením a zjišťovala jsem, zda a jak tyto látky užívají, případně rozsah jejich závislosti. Práce byla zaměřena v teoretické oblasti na přehledné zpracování drogové problematiky včetně možností jejich prevence a léčby. V praktické části jsem využila kvantitativní výzkum, který jsem realizovala formou dotazníkového šetření. Pomocí odpovědí z dotazníků jsem přehledně zjistila, jaký je počet lidí starších padesáti let, kteří mají zkušenosti s drogou, kdo se z nich léčil a hlavně důvod proč drogu požili. Sběr dat probíhal v oblasti Českobudějovicka. Pomocí dotazníkového šetření byl zjištěn vysoký podíl lidí starších padesáti let závislých na alkoholu a cigaretách.

Jsem toho názoru, že je alarmující počet lidí starších padesáti let, kteří jsou postiženi drogovou problematikou a potýkají se s následky své závislosti. Většina starších lidí nad padesát let uváděla, že návykové látky začala užívat buďto z důvodu úmrtí partnera či přítele, a hledali tak únik ze smutku a reality svého života. Někteří starší lidé nad padesát let se uchýlili k drogové závislosti i z důvodu finančních problémů, neboť po ztrátě životního partnera nedokázali zvládnout svoji situaci. Z některých se stali lidé bez domova konzumující alkohol každý den, a jediným smyslem jejich života se stalo každodenní shánění alkoholu, této jejich drogy za každou cenu. Dalším důvodem způsobujícím závislost u starších občanů nad padesát let bylo zhoršení jejich zdravotního stavu a následné nadměrné užívání léků (analgetik a hypnotik). Postupné zvyšování dávek u těchto léků a touha po úlevě z bolesti vedla u mnohých k ještě větší závislosti. Zajímavým zdrojem a inspirací v souvislosti s mou prací pro mne byla výpověď vyléčeného alkoholika, kterou prezentuji v Příloze I této práce.

Ve své práci chci v neposlední řadě poukázat na to, že i lidé starší padesáti let mohou být závažně postiženi drogovou problematikou. Senioři alkohol i tabákové výrobky užívají v hojné míře, většinou se nejedná o jednorázovou zkušenost, ale o pravidelnou konzumaci. Toto zneužívání návykových látek starším lidem způsobuje mnoho problémů v různých oblastech a může v extrémních situacích zapříčinit ztrátu domova, případně následnou smrt. Proto považuji za důležité, aby se o problematice drogové závislosti u seniorů více mluvilo a aby se více dbalo na prevenci, která je v současné době zanedbávána.

## 7. Seznam použité literatury

BERGERET, J. *Toxikománie a osobnost*. Praha:VictoriaPublishing, 1982. ISBN 80-7187-003-X.

BEČKOVÁ, I.; VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

GRIFFITH, E. *Záhadná molekula: mýty a skutečnost o alkoholu*, 1. vydání. Praha: Lidové noviny, 2000. ISBN 80-7106-696-6.

ILLES, T. *Děti a drogy*, Praha: ISV Institut sociálních vztahů, 2002, ISBN 80-85866-501.

JANÍK, A. a kol. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

SKORUNKOVÁ, R. a kol. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-727-7.

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost :Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. vyd. Praha: portál 2007, ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportprag, 1993.  
NEŠPOR, K. a kol. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: psychiatrické centrum, 1996, ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K. a kol. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: Besip.

MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi.: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd.Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X.

PATOČKA, J. *Úvod do obecné toxikologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2003. IBN 80-86571-04-1.

PEŠTÁLOVÁ, M. *Toxikologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-382-1

PRESL, J. *Drogy poznej svého nepřítele*. Media kultur, s. r. o.

PRESL, J. *Řekni drogám ne*. Media kultur s.r.o.

REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vyd. Praha: GradaPublishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

SCÉMY, L. a kol. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami*. Praha: 1999, Sportpropag, a.s.

CSÉMY, L. *Prevence problémů způsobených návykovými látkami na školách*. Praha: BesipMV,

SOVINOVÁ, H. a kol. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-230-9.

ŠEDIVÝ, V. a kol. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, 1988.

URBAN, E. *Toxikománie*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1973. ISBN 80-7169-86058-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

## 8. Periodika

ZDRAŽILOVÁ, A. *Rodina a droga. Závislosti a my*. Ústí nad Labem: Česká pošta, s. p., 2006. ISSN: 1213-8584.

CHROMYNOVÁ, P. *Zaostřeno na drogy: Národní výzkum užívání návykových látek: Kouření a pití alkoholu a dalších drog v obecné populaci*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2013. ISSN-1214-1089

ŠKAŘUPOVÁ, K. *Zaostřeno na drogy: Národní výzkum užívání návykových látek: Trendy užívání drog v populaci ČR*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2010

## 9. Internetové zdroje:

MISTOLER, P. *Závislost na návykových látkách a jejich abusus ve stáří* [online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné na WWW: <http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf>

## **10. Seznam příloh**

Příloha I Kazuistika

Příloha II Dotazník

## 11. Příloha I Kazuistika – Výpověď vyléčeného alkoholika

„Už v dětském věku, jako desetiletý jsem chodil tátovi pro pivo, tehda stál půllitr pouhých 1,40 Kč, vždy jsem kupoval dvě piva do džbánu a dostal jsem na zaplacení tři koruny, na dvě piva a dvacetník byla „diškerece“<sup>1</sup>. Cestou jsem přes zámeckou zahradu upíjel a zbytek cesty hodně dýchal s otevřenou pusou. Když jsem přišel domů, musel jsem dýchnout na tátu, když nic necítil, dostal jsem nalitou skleničku od hořčice, když ano, tak záhlavec – tak to asi začínalo.

Když jsem přišel na vojnu, tak na rozdíl od jiných kamarádů v základní službě jsem měl dost peněz. A tak to začalo nejdříve pivem v kantýně a pokračovalo v okolních hospodách. Po návratu z vojenské základní služby jsem hned získal zaměstnání, které bylo na vyšší společenské úrovni. Tam se pro alkohol také nešlo daleko, a tak jsem už začal pít zcela vědomě. Vše však ještě běželo více méně normálně, rodina mi pití tolerovala a celkem jsem to zvládal. A to bylo v čase 5 – 10 let od vojny. Pak jsem se začal už opíjet častěji. Rodině jsem dával všechny finance, co jsem vydělal, celou mzdu, protože jsem pil převážně zadarmo. Pomalu jsem začal narážet na problémy v zaměstnání a moje pití začalo přesahovat míru, která byla tamním kolektivem brána ještě jako normální. Dostával jsem první tresty za alkohol, jako byla důtka, přísná důtka a pokuty z platu, 5 % a 10% z měsíční mzdy. Domů jsem však dával to, co jsem měl, protože v té době jsem hodně fotografoval, a tak jsem si udělal nějakou tu svatbu, křtiny navíc a tím jsem to dorovnával. Manželka nikdy nevěděla, že jsem v trestu. V rodině však už byly problémy, protože jsem chodil z práce často opilý, strach z toho v jakém stavu z práce zase přijdu. V tom času už byla manželka těžce nemocná, ale to mi bylo jedno. Byl jsem už zcela závislý a alkohol jsem bezpodmínečně potřeboval. Bydleli jsme v rodinném domě společně s tchýní, a když nebyla doma, chodil jsem do její kuchyně upíjet z různých lahví, které tam byly. V té době mi bylo jedno, co to bylo, hlavně, že to bylo k pití. Hledal jsem po půdě zbytky ve starých demižonech od domácího vína a vůbec mne nevadilo, že jsou na dně pavouci, utopené mouchy a jiná havěť. Hlavně, že to bylo k pití.

Jednoho dne si mne však šéf zase po nějakém průšvihy v práci zavolaal a řekl: „Jiří, už toho mám dost. Všechny tresty, které mi zákoník práce umožňuje, jsem už vyčerpal. Takže buďto s tím vaším chlastem něco uděláte, nebo vás vyrazím! Dávám Vám na to deset dní a řeknete mi, jak to chcete řešit!“ A já měl to štěstí, že se mně v hlavě rozsvítilo.

Zavolaal jsem na protialkoholní poradnu a chtěl se objednat. Tam mi však řekli, že nejdříve za měsíc, že mají plno. Co teď? Já měl jen deset dní. Měl jsem však kamaráda, lékaře, kterému jsem zavolaal. Do smrti si budu pamatovat jeho první slova: Já jsem Ti vždycky říkal, že to nezvládneš, ale v úterý do porady klidně jdi, já to zařídím. Tak jsem šel. Seděl jsem v čekárně a nervozita a strach se mnou lomcoval. Pak se otevřely dveře a sestra řekla moje jméno. Přihlásil jsem se a ve dveřích se objevil lékař. Přede všemi mi řekl: „Jestli si myslíš, že Tě v Želivě naučí pít s mírou, tak na to zapomeň. Žádná míra neexistuje, máš jen jednu možnost, už nikdy ani kapku, tak si to rozmysli, anebo odejdi.“ Já tam seděl skoro tři hodiny, sestra mne přehlížela, až jsem tam zůstal sám. Měl jsem strach odejít, co řeknu šéfovi a svoji práci jsem nadmíru miloval. Nakonec se otevřely dveře a opět se objevil doktor. Tak co, jak ses rozmyslel, a já řekl, už nikdy ani kapku! Tak pojd' dál, v tom případě se můžeme spolu bavit. Za tři měsíce jsem nastoupil do léčebny v Želivě. Absolvoval jsem přesně tři měsíce a na den léčebnu opustil. Byli jsme dva, kamarád se napil už v Havlíčkově Brodě na nádraží. Já na rozdíl od něj se držím, už 35 let.

Po léčbě jsem byl 3 x po týdnu na opakovacích léčbách. Pak mi bylo nabídnuto, že mohu ještě jezdit na opakovačku vždy jednou za rok na týden. Tak jsem jezdil po tři roky. Léčebnu jsem pravidelně navštěvoval a dokonce jsem tam měl i skupinu pod svým jménem. Po léčbě jsem se začal zabývat i protialkoholní teorií, která mne zajímala, protože jsem uznával, že jsem alkoholik. Samozřejmě, že ne hned od začátku, protože první měsíc v léčebně je člověk našťvaný na celý svět, zvláště když ještě dostane od někoho nějaký ten dopis; ... že jsem já nevím, koho k pití sváděl, propíjel peníze apod. Druhý měsíc začne svítat, tím myslím v hlavě a pomalu přicházíte k tomu, že to opravdu, než bez kapky nepůjde. Dozvěděl jsem se ledascoš z teorie, nějakou tu definici a absolvoval přednášky; také skupinové pohovory. Třetí měsíc jsem už plánoval, co bude; ... pokud budu dělat to, co jsem dělal a jak to tedy dělat budu, ale bez kapky. Samostatnou kapitolou pro mě bylo doléčování; jsem přesvědčen o tom, že doléčování je nezbytné a to stále jakoukoliv formou - myslím takovou formou, která mi vyhovuje: využívat opakovacích léceb po léčbě ústavní. Pokud to je možné, čas od času navštěvuji léčebnu, zúčastním se své skupiny a tzv. „dobívám si abstinenci baterku“ přímo na místě je také dobré navštěvovat nějaké společenství Anonymních alkoholiků anebo dřívější KLUS – klub lidí usilujících o střízlivost; já jsem tento Klus v začátcích abstinence několikrát navštívil, ale nebylo to zrovna to pravé, co mi



vyhovovalo. Lepším způsobem doléčování pro mne bylo psát své zkušenosti do různých časopisů s protialkoholní tematikou.

Dnes mi už alkohol nic neříká, a ani nesmí. Již je tomu přes třicet let co jsem abstinent a mohu říci, že tento krok, léčba a doléčování byla nejužitečnější a správná volba v mém životě. Již nemám touhu ani nutkání sáhnout po pití, samozřejmě, že je to určitá odpovědnost ale stojí to za to<sup>97</sup>

---

<sup>97</sup> Soukromí rozhovor s léčeným alkoholikem. Lhenice. 20. 2. 2013

## 12. Příloha II. Dotazník Alkoholismus a Tabakismus v důchodovém věku.

1. Vaše pohlaví muž - žena
2. Kolik Vám je let? 50-65 66-70 71-80 80 a více
3. Zkusil/a jste někdy drogu? Pokud ano, jakou? ano – ne
4. V kolika letech jste poprvé vyzkoušel/a alkohol? .....
5. Pijete alkohol? ANO - NE
6. Jaký alkoholické nápoje konzumujete nejčastěji? Vyberte jednu možnost
  - a) Pivo
  - b) Víno
  - c) Destiláty
7. Jak často konzumujete alkohol v současné době?
  - a) několikrát za den
  - b) každý den
  - c) jednou týdně
  - d) několikrát týdně
  - e) jednou měsíčně
  - f) několikrát za měsíc
  - g) občas
8. Z jakého důvodu jste se rozhodl/a k pití?
  - a) ze zvědavosti
  - b) chtěl/a jsem mít dobrou náladu
  - c) ze vzdoru
  - d) z radosti
  - e) protože mi bylo smutno
  - f) měl jsem žízeň
  - g) na zahřátí
  - h) ze zvyku - aniž jsem měl důvod
  - i) z jiného důvodu .....
9. Kouříte? ANO - NE
10. V kolika letech jste si dal/a svou první cigaretu? .....
11. Kolik cigaret denně vykouříte?
  - a) tři cigarety
  - b) pět cigaret
  - c) osm cigaret
  - d) dvanáct cigaret
  - e) krabičku denně
  - f) Více jak krabičku denně
12. Z jakého důvodu jste začal/a kouřit?  
.....

13. Jak často kouříte? a) denně  
b) příležitostně
14. Kouříte v průběhu dopoledne více než v ostatním denním čase?  
ANO - NE
15. Zkoušel/a jste někdy zanechat kouření? ANO - NE
16. Léčil jste se někdy ze závislosti? Pokud ano, z jaké? ANO – NE  
.....
17. Jaký máte názor na osoby závislé na návykových látkách (narkomany)?  
.....  
.....

### 13. Abstrakt

PINTROVÁ E., Alkoholismus a tabakismus u lidí důchodového věku. České Budějovice 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra Psychologie. Vedoucí PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

**Klíčová slova:** Alkohol, drogy, závislost, stáří, tabakismus, marihuana, LSD

Cílem práce je uceleně představit problematiku drogové závislosti u starších osob nad padesát let. Práce se zabývá v teoretické části drogovou problematikou a její prevencí. V druhé části je provedena analýza dotazníkového šetření mezi lidmi starších padesáti let zaměřené na jejich zkušenosti s návykovými látkami a vztah k drogově závislým spoluobčanům. Výsledky analýzy naznačují vysoké rozšíření závislosti na alkoholu a cigaretách u starších osob nad padesát let. Mezi alkoholickými nápoji převažují ty, jež mají nižší obsah alkoholu. Dále výzkum ukázal na závažný problém, a to přetrvávající problém kouření a pití mladistvých.

#### **Abstract**

Alcoholism and tabakism for people of retirement age

**Keywords:** Alcohol, drugs, addiction, age, tabakism, marijuana, LSD

The aim is to comprehensively introduce the problem of drug addiction among the elderly over fifty years. This work deals with the theoretical part of the drug problem and its prevention. The second part is an analysis of a questionnaire survey among people over fifty years of focusing on their experiences with drugs and relationship to fellow addicts. The results of the analysis indicate high prevalence of alcohol and cigarettes among older people over fifty years. Among alcoholic beverages outweigh those that have a lower alcohol content. Further research has shown a serious problem, and the persistent problem of smoking and drinking adolescents.