



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích

Bakalářská práce

Užívání návykových látek u seniorů

Vypracovala: Dominika Kopačková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá užíváním návykových látek u seniorů. Věková kategorie 60+ by neměla být v souvislosti s užíváním návykových látek opomíjena. Důvod tvoří skutečnost, že mezi seniory jsou uživatelé některých návykových látek, především léků. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část má čtyři kapitoly (Stáří a stárnutí, Látková závislost, Návykové látky a jejich klasifikace, Užívání návykových látek ve stáří) a shrnuje poznatky současné literatury o daném tématu. První kapitola se věnuje stárnutí a životní etapě stáří. Pozornost je věnována i duševní hygieně osob v této životní etapě. Jsou zde zmíněny multifaktoriální projevy stáří, tj. biologické, psychické a sociální.

Ve druhé kapitole jsou uvedeny definice závislosti a znaky, kterými se závislost projevuje. Jsou zde popsány faktory, které zvyšují pravděpodobnost užívání návykových látek, případně vzniku závislosti. Tyto faktory mohou být genetické, biologické, či psychické. Zmíněné jsou i některé systémové modely vzniku, vývoje a udržování závislosti.

Třetí kapitola rozděluje návykové látky na legální a nelegální. Popsané jsou zde jejich účinky, dopady na organismus člověka. Do skupiny legálních návykových látek jsou zahrnuty tabák, alkohol, léky a některé potraviny. Nelegální látky zde zastupuje konopí, halucinogeny, stimulantia a opiáty.

Poslední, čtvrtá kapitola, je zaměřena přímo na užívání návykových látek u seniorů. Senioři jsou uživatelé mnohých látek se závislostním potenciálem. Nejlépe zmapovaná je problematika alkoholismu. Jiné podkapitoly se věnují závislosti na nikotinu, lécích, kofeinu i nelegálních návykových látkách.

Cílem práce je zjistit, zda senioři užívají některé návykové látky. Dílčím cílem je zjištění rozsahu a příčin užívání těchto návykových látek u seniorů. Pro dosažení zjištění těchto cílů byly použity zásady kvantitativního výzkumu. Pro sběr dat byly použity

dotazníky vlastní konstrukce. Dotazníky byly tvořeny uzavřenými i otevřenými otázkami a použity v tištěné podobě. Realizace výzkumu probíhala v Sušici a okolí v únoru 2015. Okruh respondentů tvořili lidé s minimální věkovou hranicí 70let. Jednalo se o 40 osob žijících v domácnosti i v domově pro seniory.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že i mezi seniory se najdou uživatelé některých návykových látek. Aktuálním problémem jsou především léky na předpis. Dnešní senior užívá léky pravidelně, často i kombinaci hned několika léků. Obzvláště často používaná jsou analgetika, tedy léky na zmírnění bolesti. To může být způsobeno faktem, že se bolest u starých lidí vyskytuje častěji než u zbytku populace. Stejně je to s poruchami spánku, proto jsou senioři i častými uživateli hypnotik. Další skupinou léků, které je věnovaná pozornost, jsou léky s uklidňujícím účinkem.

Mezi seniory jsou kuřáci tabáku, kteří si zpravidla svůj zlozvyk nesou ze středního věku. Jsou mezi nimi muži i ženy. Přesto, že některé výzkumy prokazují pozitivní účinky marihuany v léčbě Parkinsonovi i Alzheimerovi choroby, senioři ji k léčbě těchto nemocí nepoužívají. Vzhledem k tomu, že legislativa držení a užívání marihuany nepovoluje, je to pochopitelné.

Alkohol pijí lidé staršího věku především příležitostně, ale jsou i tací, kteří pijí větší množství, než je pokládáno za nerizikové. U starších lidí ubývá excesivního pití oproti mladé generaci. V práci je tato problematika popsána podrobněji.

Výsledky šetření mohou posloužit laické veřejnosti pro lepší pochopení problematiky. Tato práce může být zdrojem informací pro studenty zdravotně-sociálních oborů. Práce může zlepšit povědomí o důvodech užívání návykových látek mezi seniory.

Klíčová slova: závislost, senioři, návykové látky, stáří, stárnutí.

Abstract

The bachelor thesis deals with using addictive substances by senior citizens. The age category 60+ should not be omitted when speaking of using addictive substances. Even senior citizens are users of some addictive substances, especially drugs. The thesis is divided into two parts, theoretical and explorative one.

There are four chapters in the theoretical part (Old age and ageing, Substance addiction, Addictive substances and their classification, Usage of addictive substances in the old age) and summarizes the knowledge from recent literature about this topic. First, the old age and ageing are described. This chapter deals with ageing and old age of the human. This work describes the right mental hygiene, too. Multi-factorial manifestation of the old age (biological, psychological and social) is mentioned as well.

In the second chapter there are described the factors that increase probability of the addiction origin. These factors can be genetic, biological, and psychological. There are mentioned some system models of the formation, development and maintenance of addiction, dependence and definition of the signs that addiction manifests.

The third chapter divides addictive substances between legal and illegal. There are their effects, impacts on the human organism described. The group of legal addictive substances are included tobacco, alcohol, drugs and certain foods. Illegal substances represented here by cannabis, hallucinogens, stimulants, opiates.

The last fourth chapter focuses directly on the addictive behaviour of the senior citizens. Seniors are also users of substances with addictive potential. At first alcoholism is mapped, other chapters devote addiction to nicotine, drugs and narcotics.

The main goal of the thesis is to determine whether seniors use an addictive substance. A partial goal of is to find out the extent and cause of using addictive substances by the senior population.

To find out these goals there were used the principles of quantitative research. To collect the data there were used questionnaires, created all by the author. The questionnaires were created with open and closed questions and used in the printed form.

The research has been conducted in Sušice and its close surroundings in February 2015. Respondents were the people with the least age limit of 70 years. These were 40 people living in their households or home for elderly.

The results show that also amongst senior citizens can be found those ones who use the addictive substances. Current problem are by the doctor prescribed drugs. Today's senior citizen uses drugs regularly, very often also combination of more drugs. Seniors often use medication to relieve the pain because the pain occurs more frequently. They use drugs to help them sleep better, too. The next group of addictive substances, which this chapter deals with, are drugs with a soothing effect.

There are smokers between the senior citizens who bare this bad habit from their midlife. Some research shows that cannabis helps people with Parkinson's and Alzheimer's disease. Seniors do not use cannabis for these purposes because it is not legal.

Alcohol is drunk by older people on occasion, on the other hand there are also people who drink such an amount that is not considered as not-risky. Seniors do not drink so much on one occasion, compared to the young generation. In the thesis this problem is described more detailed.

Results of the research can be used by lay public to understand issues of addictive substances better. This thesis can be source of information for students of health-social fields of study and it can improve the awareness about reasons of using addictive substances amongst senior citizens.

Key words: addiction, senior citizens, addictive substances, old age, ageing.

Prohlášení

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

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 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.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2016

.....

Dominika Kopačková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc. za konzultace, odbornou pomoc a cenné rady. Dále chci poděkovat všem seniorům, kteří byli ochotni vyplnit výzkumný dotazník.

Obsah

1	Stáří a stárnutí.....	13
1.1	Projevy stáří a stárnutí	14
1.2	Pojem senior	16
1.3	Zásady duševní hygieny ve stáří.....	17
1.4	Stárnutí populace.....	19
2	Látková závislost	20
2.1	Znaky závislosti.....	20
2.2	Faktory ovlivňující vznik závislosti.....	23
2.3	Modely vzniku, vývoje a udržování závislosti.....	24
2.4	Stadia rozvoje závislosti	25
3	Návykové látky a jejich klasifikace	27
3.1	Legální návykové látky	27
3.2	Nelegální návykové látky.....	35
4	Užívání návykových látek ve stáří	39
4.1	Konzumace alkoholu ve stáří	40
4.2	Tabakismus a senioři.....	41
4.3	Kofein a senioři.....	41
4.4	Farmaka a senioři	41
4.5	Nelegální návykové látky a senioři.....	42
5	Cíl práce a výzkumné otázky	44
6	Metodika	45
6.1	Metodický postup	45
6.2	Charakteristika výzkumného souboru	45
7	Výsledky	46
7.1	Blok – užívání léků u respondentů	46
7.2	Blok – respondenti a kouření	49
7.3	Blok- kofein a jeho užívání respondenty.....	52

7.4	Blok – užívání alkoholu u respondentů	54
7.5	Blok – užívání konopí u respondentů	57
7.6	Blok – užívání „tvrdých drog“ u respondentů	59
8	Diskuze	60
9	Souhrn výsledků	67
10	Seznam použitých zdrojů	69
11	Přílohy	73
11.1	Příloha 1	73
11.2	Příloha 2	76

Seznam použitých zkratk

Apod.	A podobně
DSM- IV	Americká národní klasifikace mentálních poruch (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
Např.	Například
Pozn.	Poznámka
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace (<i>World Health Organization</i>)

Úvod

Sociálně patologických jevů je celá škála, ať už se jedná o delikvenci, kriminální či závislostní chování. Problém závislosti je dlouhodobým a stále aktuálním problémem společnosti. Některé závislosti, zejména kouření cigaret a pití alkoholu, bývají naší společností ve větší míře tolerovány. Pití alkoholu bývá akceptováno na oslavách, svatbách, společenských akcích. Téma zákazu kouření v restauračních zařízeních se řeší na společenské i politické úrovni.

V předkládané práci se chci zabývat problematikou užívání některých látek se závislostním potenciálem. Zároveň mě zajímá užívání léků i jiných návykových látek u skupiny seniorů, proto jsem zvolila téma „Užívání návykových látek u seniorů“. Literatura zmiňuje v souvislosti s užíváním návykových látek skupinu osob starších 40let. Užívání látek u cílové skupiny seniorů, tedy u osob starších 60let, je tématem méně obvyklým. K volbě tématu mě přivedlo i absolvování praxe v Domově důchodců v Sušici. Cílová skupina seniorů je mi velmi blízká i z důvodu, že se se svojí rodinou staráme o naši babičku trpící Parkinsonovou chorobou.

Práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Jelikož cílovou skupinu tvoří senioři, věnovala jsem se v teoretické části životní etapě stáří. Stárnutí provází mnoho změn. V práci jsou popsány jeho multifaktoriální projevy, tedy biologické, psychické a sociální. Pozornost je věnována i duševní hygieně, která je nezbytná pro spokojený život ve stáří. Je obecně známým faktem, že průměrný věk života člověka se prodlužuje a to v etapě postproduktivní. Je tedy jisté, že poskytování sociálních a jiných služeb pro seniory bude stále větší nutností.

Dále jsem se v teoretické části zabývala látkovou závislostí, pojmem závislost a jejími znaky. Zabývala jsem se příčinou i dopadem závislosti na organismus u legálních i nelegálních návykových látek. Zmíněná je problematika užívání marihuany, což je poměrně aktuální a živé téma. Třetí kapitola rozděluje látky se závislostním potenciálem podle toho, zda je jejich užívání státem tolerováno, či nikoliv. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na specifika užívání návykových látek ve stáří.

Praktická část práce zkoumá, zda soubor respondentů užívá některé z návykových látek. Zjištění této skutečnosti je hlavním cílem bakalářské práce. Dílčím cílem je nalezení příčin a rozsahu užívání návykových látek. Mimo jiné by měl výzkum odkrýt fakta, která z látek s potenciálem závislosti je nejčastěji užívanou a které pohlaví se k závislostem schyluje častěji.

Ve své práci vycházím z předpokladu, že užívání návykových látek je negativním jevem. Je však vždy nutné uživatele podpořit a motivovat k lepšímu životnímu stylu a psychohygieně. Stáří a stárnutí jsou termíny, které jsou často skloňované s negativy. Jsem toho názoru, že i tato životní etapa může být prožita kvalitně. Co se týká užívání návykových látek, není nikdy pozdě s ním přestat a rozhodnout se pro zdravější životní styl.

1 Stáří a stárnutí

Lidstvo se vždy snažilo odhalit příčiny stárnutí člověka. Snahy byly především o zlepšení kvality této životní etapy a oddálení smrti. Touto problematikou se nezajímala jen medicína, ale i alchymie, filozofie a náboženství (Mühlpachr, 2005).

Stárnutí je proces, jehož konečným výsledkem je smrt. Tento nevratný a složitý proces je typický neschopností těla udržet si homeostázu. Následkem je větší zranitelnost jedince, snížená vitalita i schopnost adaptace. Jinak řečeno, stárnutí je zhoršení několika funkcí organismu.

Jednoznačná příčina stárnutí není známa, ale existují různé teorie. Jednou z nich je teorie omylů, která tvrdí, že ke stárnutí dochází kvůli nevratným chybám při čtení genetického kódu uvnitř našeho organismu. Další teorie přikládá příčinu stárnutí člověka hromadění odpadních látek v těle, které brání buňkám plnit svoji funkci. Imunologická teorie tvrdí, že lidské tělo selhává kvůli vytváření protilátek proti vlastním bílkovinám (Kramářová, 2000).

Obecná definice stáří neexistuje. Tato životní etapa je vnímána jako post-vývojová, neboť ke všem latentním schopnostem rozvoje došlo už v etapách předchozích (Vágnerová, 2007). Jak uvádí Pokorná (2010), definic stáří bychom našli bezpočet. Je vždy nutné si uvědomit, že tuto etapu nelze považovat za nemoc, ale za přirozený proces. Výstižnou definici uvádí například Prchlík (1969 in Pokorná, 2010), který stáří vnímá jako proces fyziologický, přirozený, plynulý a pozvolný, při kterém dochází ke změnám jak v organismu, tak v psychice jedince.

Věk člověka bychom mohli rozdělit na chronologický a funkční. Chronologický, neboli kalendářní systém je jasný. WHO dělí životní etapy po patnácti letech. Za vyšší starší věk, nebo také za rané stáří bývá označována etapa mezi 60. až 74. rokem života. Věk 75 až 89 je považován za pokročilý, stařecký, nebo se nazývá sénium. Etapa života nad 90 let věku je označována za dlouhověkost. Věk funkční, jinak nazývaný biologický, se posuzuje podle zdravotního stavu, kondice a funkčnosti organismu. Funkční, ve smyslu

odpovídající skutečnému funkčnímu potencionálu jedince (Kramářová, 2000). Dle Českého statistického úřadu byla v roce 2013 naděje dožití českého muže 75,2 let. U ženy byla tato hodnota stanovena na 81,1 let (Český statistický úřad, 2014). Z toho vyplývá, že ženy se dožívají vyššího věku. Často však žijí o samotě jako vdovy. Nejčastějším důvodem úmrtí seniorů jsou kardiovaskulární, cerebrovaskulární a nádorová onemocnění (Vágnerová, 2007).

Své místo v této době nacházejí vědy, které se zabývají problematikou stárnutí a stáří. Geriatrie je medicínská věda zabývající se chorobami ve stáří. Gerontologie se zabývá problematikou stárnutí, stáří a faktory, které tuto etapu ovlivňují. Gerontopsychiatrie je součástí psychiatrie, jejímž předmětem zájmu je diagnostika, terapie, prevence a výzkum psychických poruch seniorů (Mühlpachr, 2005).

1.1 Projevy stáří a stárnutí

Stárnutí provází mnoho změn. Tyto změny jsou studovány, aby mohlo být posouzeno, které lze považovat v daném věku za normální a které za patologické. Stav jedince je vždy individuální a záleží na mnoha faktorech, které jej ovlivňují. Změny nastupují v různém věku, v různé míře a s rozdílnou rychlostí. V literatuře se rozlišuje stárnutí biologické (senescing), psychologické (geronting) a sociální (eldering) (Kramářová, 2000).

Společnost by měla stárnutí i všechny změny s ním spojené vždy akceptovat. Často se však s těmito změnami nedokáže vyrovnat ani osoba, které se stárnutí týká. Mnohdy přichází staří lidé k lékaři se stížnostmi na zhoršující se zdravotní stav. Trápí je bolesti, nemoci, s psychickými potížemi je to obdobné. Za těmito problémy může stát diagnóza, kterou lze obrazně pojmenovat „neschopnost vyrovnat se s projevy stárnutí“. Člověk se těžko vyrovnává s myšlenkou, že nestihne vše, co měl doposud v plánu, že se mu zavírají dveře jeho možností, apod. Takovému člověku můžeme nejlépe pomoci, když

jeho trápení nebudeme bagatelizovat. Můžeme pomoci především tím, že seniory nebudeme diskriminovat a budeme jim pozorně naslouchat (Křivohlavý, 2002).

Biologické projevy stáří. K biologickým změnám, spojeným se stářím, patří oslabení regulačních funkcí organismu a imunity. Tím se zvyšuje zranitelnost jedince. Dochází ke snížení váhy mozku, který se i méně prokrvuje. Zmenšuje se kapacita plic. Dochází ke zhoršení smyslového vnímání. Zhoršuje se zrak, sluch, ubývá počet chuťových pohárků. V těle převládá tuková hmota, na úkor svalové. Snižuje se glomerulární filtrace, což způsobuje horší eliminaci léků (Krajčík, 2008). Dochází k postupnému poklesu fyzické energie, vytrácuje se rychlost a správnost v různých aktivitách. Člověka unavují běžné denní činnosti, které mu dříve přišly banální (Jirák, 2013).

Proces stárnutí je spojen i se změnou vzhledu člověka. S narůstajícím věkem se může měnit hmotnost, člověk zešediví, stane se vrásčitým. Kvůli těmto fyziologickým změnám ho i okolí začne vnímat jako starce. Mění se jeho sociální status a lidé se k jedinci chovají jinak (Kramářová, 2000).

Psychické projevy stáří. Ve stáří může docházet k situacím, kdy se u seniora projevují jeho negativní rysy osobnosti. Laicky řečeno se zhoršuje jeho povaha. Důvodem může být zaujetí postoje typu: „Já už se ve svém věku nechci omezovat, ať se snaží ostatní“. Negativní postoj není ve stáří pravidlem, docházet může i k opačnému jevu (Dvořáčková, 2012).

U seniorů se zpomaluje psychomotorické tempo, podněty jsou zpracovávány pomaleji a pomalejší je i reakce. Není divu, že jsou pro většinu seniorů nepříjemné aktivity, u kterých je důležité rychlé rozhodování (Kramářová, 2000). Se zpomalením psychomotorického tempa souvisí i poruchy myšlení. Častou poruchou je „zabíhavé“ myšlení, kdy člověk není schopen říci hlavní myšlenku a neustále zabíhá k nepodstatným podrobnostem (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994). Zhoršuje se paměť, především epizodická a stejně tak se zhoršuje schopnost udržet pozornost. Co se týká inteligence, člověk disponuje dvěma druhy. Fluidní inteligence je vrozená a její význam převažuje

v mládí. Představuje schopnost myslet a uvažovat abstraktně. Tato schopnost s vyšším věkem ubývá. Za to krystalická inteligence se s věkem výrazně nemění. Představuje získané znalosti a zkušenosti, laicky bychom mohli mluvit o moudrosti. K méně častějším změnám patří změny emotivity, kdy může jít například o snazší citovou zranitelnost, emoční labilitu. S rostoucím věkem se může měnit tolerance k druhým a vůči jejich názorům (Kramářová, 2000).

Sociální projevy stáří. Stáří znamená mimo jiné určitou sérii ztrát. Hlavní změny probíhají při odchodu do důchodu. Ztráta pracovní role, ztráta pravidelné činnosti, ztráta každodenního kontaktu s lidmi (Jirák, 2013). „*Změny rolí, které jsou typické pro stáří, vedou ke stále větší anonymizaci, ke ztrátě individuálně specifických znaků. Symbolizují ztrátu prestiže a potvrzují zvýšení celkové závislosti starého člověka na společnosti.*“ (Vágnerová, 2000, s. 464). Odchodem do důchodu se člověk často dostává i do horší ekonomické situace. Jedinci se naskytne více volného času, který neumí zaplnit. Obrovským zásahem pro člověka je pak úmrtí partnera. Tehdy dochází ke ztrátě sociální podpory, intimnosti a k neuspokojení citových potřeb (Jirák, 2013).

1.2 Pojem senior

Osoby v postproduktivní etapě života lze označit různě. Termíny se liší především dle toho, v jakém oboru, nebo oblasti se používají. V gerontologii je obvyklý pojem „geront“, v psychologii se setkáváme s pojmem „senescent“. V širší společnosti je zakotveno označení „starý“. Takové označení není u skupiny lidí, kterých se týká, nijak oblíbené, proto je vhodné použít jako synonym termín „senior“. Tento termín není v legislativě nijak přesně vymezen. Někteří autoři za seniory považují jedince pobírající starobní důchod, někteří vymezují tuto skupinu dle chronologického věku. Věková hranice, kterou se dospělý stává seniorem, není jasně vymezená. Někteří autoři za seniora považují osoby v kategorii 50+, někteří hranici posouvají až na 65+. Pojem „senior“ je

kategorií převážně sociologickou, na rozdíl třeba od pojmu „důchodce“, který se vztahuje spíše k ekonomické aktivitě jedince (Špatenková, Smékalová, 2015).

Seniorská populace je heterogenní skupina, kterou lze členit na mladší, starší a nejstarší seniory. Značné rozdíly mezi seniory jsou v jejich duševních i fyzických výkonech. Dle míry soběstačnosti lze rozlišovat elitní, aktivní a závislé seniory (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

1.3 Zásady duševní hygieny ve stáří

Kalvach, Zadák, Jirák a kol. (2004) uvádějí pět hlavních zásad, které směřují k uchování hodnotného způsobu života ve stáří. Tyto zásady bývají označovány jako „pět P“ optimální adaptace seniorů. V pěti bodech jsou shrnuty a formulovány poznatky, kterými se mohou řídit zdravotní pracovníci různých geriatrických oddělení. Do „pěti P“ patří perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení.

Životní perspektiva

Perspektivou je zde myšleno vnímání času jako výhledu do budoucnosti i minulosti. Mladí lidé vnímají seniora jako člověka, který vzpomíná na staré doby častěji, než kdokoli jiný. Je pravdou, že u osob staršího věku převažuje retrospektivní orientace času. Neznamena to však, že všichni senioři musejí žít v zajetí minulosti. Perspektiva vnímání budoucnosti se ukazuje jako velmi důležitá. Seniorů, kteří nebyli připraveni na vlastní stáří, je mnoho. Tito lidé si nevytvořili časovou perspektivu dopředu, a tak se s vlastním stářím střetli neočekávaně. Způsob vnímání plynoucího života může být činitelem aktuální adaptace jedince.

Pružnost

Pružnost ve smyslu flexibility, přizpůsobování se jedince situacím. Mladší člověk bývá přirozeně pružnější a flexibilnější. Ne vždy ale musí platit pravidlo, že s věkem této schopnosti ubývá. Je to způsobeno také velkými rozdíly mezi osobami téhož věku. Vždy

však platí, že udržení pružnosti chování a myšlení ve vyšším věku zlepšuje aktuální adaptaci.

Prozíravost

Kalvach, Zadák, Jirák a kol. (2004) prozíravost popisují jako schopnost jednat obezřetně a s časovým nadhledem. Člověk, který je prozíravý, si dokáže poradit ve složitých situacích, jelikož dokáže jednat předvídavě. Pro takové jednání je potřeba zkušenosti. Zkušenosti získává jedinec s rostoucím věkem a díky poučení z vlastních chyb a omylů. Schopnost organizovat si život a přizpůsobit ho svým možnostem a deficitům, je vždy výhodou.

Porozumění pro druhé

Jde o způsob, jak člověk vnímá své okolí. Zdali je schopný vcítění se do situace druhých, čili empatie. Mezi generacemi dochází často k rozporu, neboť mladší generace má často odlišné hodnoty od té starší. Je třeba vždy zachovat vstřícný přístup k druhým a respektovat jiné názory a postoje.

Potěšení

Předsudkem mnohých je, že stáří zbavuje člověka všech radostí. Zdrojem potěší, však může být cokoli. Záleží na postoji jednotlivce, zda najde radost v kontaktu s lidmi, s přírodou, uměním, cestováním apod. Nelze zavírat oči před problémy, které sebou stáří nese. Hodnota radosti je ale nezbytná pro zdravý duševní život (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

1.4 Stárnutí populace

Průměrná délka života se stále prodlužuje. Předpokládá se, že už v roce 2020 se bude průměrně člověk dožívat 85let (Rokyta, 2012). Což je o 20 let více, než v sedmnáctém století, jak uvádí Mühlrpachr (2005). Lze tedy říci, že populace stárne. To je způsobeno tím, že lidský život se prodlužuje v etapě postproduktivní. Přibývá a bude přibývat starých lidí. Nyní tvoří lidé nad 80 let 3 % evropské populace. V roce 2050 budou tvořit již 10 %. Současně se snižuje i podíl dětí a mládeže (Dvořáčková, 2012).

Stárnutí lidstva je celosvětový problém. Společnost 21. století je označována jako postmoderní. Proces modernizace je v této souvislosti líčen kladně i záporně. Nepřináší jen pokroky, které člověka obohacují, ale právě naopak. Mühlrpachr (2005) zmiňuje několik základních atributů postmoderní společnosti, která je:

- Permisivní, tzn. tolerantnější, než tradiční společnosti.
- Ludická, tzn. hravá. Mezi hlavní hodnoty nepatří jen práce, vydělávání peněz. Lidé si chtějí užívat, chtějí dělat to, co je baví.
- Sekularizovaná, jinak řečeno zesvětštěná. Hlavní aktivity společnosti nejsou náboženského charakteru.
- Postmoralistní, tzn., kdy morálka není samozřejmostí a správné morální hodnoty jsou vnímány jako výjimečné.
- Společnost globalizace. Je nutné, aby se do řešení globálních problémů zapojovala celosvětová společenství.

2 Látková závislost

Základní adiktologická terminologie rozlišuje termíny úzus a abúzus. Úzus je jednorázové užití i opakované užívání, které však nijak nepoškozuje uživatele. Abúzus je na rozdíl od úzu užívání škodlivé, které se negativně podepisuje na fyzické či psychické stránce člověka. Abúzus psychoaktivní látky je rizikové užívání, při kterém dochází k syndromu závislosti. Dalo by se konstatovat, že závislost je důsledkem abúzu (Kalina a kol., 2008).

Závislost je kategorie, která ke člověku vždy patřila, lidstvo se jí snažilo dostat pod kontrolu. Závislost je problémem multidiscipinárním. Jde o kombinaci sociálních, psychologických a biologických vlivů, které na člověka působí (Urban in Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a kol., 1994). Jedinec může být závislý na hracích automatech (gamblerství), své práci (workoholismus) a často právě na určité návykové látce.

Definice látkové závislosti podle WHO: „*Stav psychický nebo fyzický, vyplývající z působení účinné látky na organismus. Je charakteristický změnami chování a dalšími reakcemi, zejména neodolatelnou touhou, chorobným bažením po opakovaném podávání psychotropně působící látky.*“ (Martínková, 2007, str. 155).

2.1 Znaky závislosti

Nešpor (2003) zmiňuje definice závislosti podle dvou světových organizací. Podle Světové zdravotnické organizace v Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Dle Mezinárodní klasifikace nemocí se závislost diagnostikuje tehdy, kdy jsou u jedince zjevné alespoň tři z níže popsaných znaků.

Craving

Závislý člověk pociťuje velmi silnou touhu užívat látku. Tato touha, se odborně nazývá craving. Někteří autoři mluví o bažení, nebo puzení užívat látku. Bažení po návykové látce se vyznačuje i fyziologickými projevy. Mezi ně patří oslabená paměť, zvýšení tepové frekvence, zhoršený postřeh, abnormální nález na sítnici, vyšší slinění, teplota a aktivita potních žláz (Nešpor, 2003).

Kalina a kol. (2003) uvádí dva mechanismy, které přispívají k bažení po droze. První mechanismus způsobí, že tělo chce prožít znovu stav, kdy se mu dostalo oné návykové látky. Nazývá ho mechanismem pozitivního posilování. Druhý mechanismus se projeví až při vysazení návykové látky. Tělo pocítí nepříjemný odvykací syndrom a uživatel se bude snažit zbavit těchto obtíží, a to aplikací vyžadované látky.

Potíže v sebeovládání

Druhým znakem závislosti mohou být potíže v sebeovládání. Ty jsou občas zaměňovány s cravingem, ale rozhodně neznamenají totéž. Tyto znaky mají mezi sebou ale úzký vztah. Touha po droze rozhodně zhoršuje lidské sebeovládání. Není však pravidlem, že všichni trpící bažením se nedokáží ovládat (Nešpor, 2003).

Odvykací potíže

Třetím znakem dle Mezinárodní klasifikace nemocí je somatický odvykací stav. Ten nastává ve chvíli, kdy osoba vysadí, nebo zmenší dávky přijímané návykové látky. Uživatel začne pociťovat bolesti hlavy, nevolnost, neklid, třes apod. Může se dostavit zvracení, halucinace, pocit slabosti. Mezi další příznaky patří zvýšený krevní tlak a zrychlený tep, velké epileptické záchvaty, halucinace, třes jazyka a prstů. Tyto příznaky zároveň nelze vysvětlit nemocí, nebo poruchou nezávislou na příjmu návykové látky. Intenzita a druh příznaku záleží na typu užívané látky (Nešpor, 2003).

Růst tolerance

Uživatelé mohou v mnoha případech pociťovat tzv. růst tolerance. Pro navození stejného účinku drogy musejí postupem času zvyšovat dávky aplikované látky. Je to zapříčiněno tím, že se organismus s látkou vyrovnává pomocí adaptačních mechanismů. Centrální nervový systém mění citlivost na užívanou látku. Tento stav přetrvává i po vysazení látky. Proto při opětované aplikaci drogy po delší době, je reakce organismu agresivnější, než při prvotním užití (Fišerová in Kalina a kol, 2003).

Změny osobních hodnot

Velmi typická pro uživatele drog je změna v hodnotovém žebříčku. První místo zaujímá samozřejmě droga, která sesadila rodinu, mezilidské vztahy i zdraví. Hlavní náplní dne závislého člověka je shánění peněz na koupi drogy. Není tedy divu, že člověk zanedbává jiná potěšení, nebo dřívější zájmy (Nešpor, 2003).

Vědomé poškozování vlastního organismu

Jestliže si je uživatel vědom toho, že konzumací návykové látky škodí svému zdraví a přesto ji nepřestane užívat, můžeme mluvit o dalším příznaku závislosti (Nešpor, 2003).

Definice dle Americké psychiatrické asociace se řídí stejným principem diagnostikování závislosti jako Světová zdravotnická organizace. Jedinec musí vykazovat nejméně tři ze sedmi příznaků. Tyto příznaky se musejí vyskytovat současně ve stejném období.

- 1) Rostoucí tolerance neboli nutnost zvyšování dávek užívané drogy.
- 2) Abstinenční příznaky při ukončení aplikace látky.
- 3) Prodloužení doby užívání drogy, nebo aplikace většího množství drog, než měl uživatel původně v úmyslu.
- 4) Neúspěšné pokusy a snaha ukončit užívání návykové látky.

- 5) Trávení veškerého času obstaráváním drogy, jejím užíváním a zotavováním se z jejích účinků.
- 6) Omezení, nebo ukončení dříve oblíbených aktivit.
- 7) Užívání látky i přes vědomí, že mi způsobuje nejenom zdravotní problémy (Nešpor, 2003).

2.2 Faktory ovlivňující vznik závislosti

Ke vzniku a především rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách mohou přispět různé faktory. Jedná se o genetické, či biologické predispozice. Důležitým faktorem je psychika jedince a jeho osobnostní rysy.

Genetické faktory

Zda existují genetické informace, které by způsobovaly větší pravděpodobnost vzniku závislostního chování, není zcela jasné. Výzkumy však ukazují, že děti, které mají za otce alkoholika, mají též mnohem větší sklony k alkoholismu. Více ohroženi jsou synové, než ženy alkoholiků. Je tedy dokázáno, že alkoholismus má dědičný charakter. Mechanismus, jakým se tyto dispozice přenáší s generace na generaci, je zatím pochopen jen z části (Fischer, Škoda, 2014).

Biologické faktory

Biologickými faktory jsou myšleny například fyziologické reakce organismu na užití látky. Někteří jedinci zkusí užít návykovou látku, jenže reakce jejich těla na látku jsou tak negativním zážitkem, že se dalšímu experimentování s drogami vyhnou. Někteří jedinci snášejí tyto situace lépe, a proto se od dalšího užívání nenechají odradit (Fischer, Škoda, 2014).

Psychické faktory

Je dokázáno, že větší závislostní sklony mají jedinci emočně labilní, s depresiemi, neurotici. Dále osoby, které nemají zdravé sebehodnocení a mají sklony k sebedoceňování. Zvýšené riziko závislostního chování se týká osob, které nedokáží těžít ze zkušenosti. Co se týče žen, jsou to často osoby se zvýšenou mírou extravertze (Fischer, Škoda, 2014).

2.3 Modely vzniku, vývoje a udržování závislosti

Na podstatu vzniku závislosti se v historii nahlíželo různými způsoby. Byly zpracovány modely, které se posléze projevily jako nedostačující. Medicínský model závislosti, populární v polovině 20. let, vnímal závislost jako nemoc, či onemocnění mozku. Z tohoto modelu se vyvinul model bio-psycho-sociální, který Světová zdravotnická organizace začala prosazovat v 70. letech minulého století. Na závislost nebylo nahlíženo jako na nemoc, ale její příčiny byly pojaty multifaktoriálně. Tento model znamenal značný posun vpřed, přesto byl kritizován (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Současný model je rozšířen o úroveň spirituální, duševní, někdy označovanou za existenciální. Tento model nahlíží na podstatu vzniku závislosti nejkompexněji, pojímá člověka holisticky, jako bytost celistvou. Spiritualita je zde mimo jiné chápána jako uvědomění si smyslu života, uvědomění si vlastní hodnoty, jako duchovní rozměr jedince. Nešpor a Csémy (2006) zmiňují fakt, že právě spiritualita hraje zásadní roli při udržení jedince v abstinčním stavu.

Sklon člověka k užívání návykových látek Kalina (2008) objasňuje pomocí tři teorií:

1. *Civilizační karikatura šamanství.* Původně byly návykové látky součástí některých rituálních obřadů. Tyto obřady měly silný duchovní podtext a frekvence jejich konání nebyla příliš častá. S rozvojem civilizace ztratilo užívání psychotropních látek duchovní ráz a začalo docházet k jejich zneužívání.
2. *Hédonistický, jinak také psychostimulační model.* Závislost na látce je vytvořena z důvodu, že po jejím užití je jedinci jednoduše lépe. Stav po užití látky je jedincem subjektivně vyhodnocen jako příjemnější. V mnoha případech uživatel vnímá život jako závodní dráhu, kde mu návyková látka dočasně pomáhá dosahovat lepších výsledků.
3. *Autosanační, neboli pseudohomeostatický model.* Jedinec má nějaký nevědomý deficit, ať už biologického či psychologického rázu, který se snaží kompenzovat.

2.4 Stadia rozvoje závislosti

Závislost na nealkoholických látkách ovlivňuje oblast somatickou, psychickou i sociální. Závislost nevzniká náhle, jde o postupný proces, kdy jedinec prochází různými fázemi. Fáze závislosti na alkoholu se od závislosti na jiných návykových látkách odlišuje (Fischer, Škoda, 2014). Proto je rozvoj alkoholové závislosti popsán v samostatné kapitole (3.1.2 Alkohol).

Rozlišujeme 4 fáze, které jsou charakteristické:

1. *První stadium,* nazývané experimentální. Jedinec užívá drogu občasně, pomáhá mu uniknout z reality. Její negativní účinky nejsou zcela patrné. Okolí nemusí na jedinci užívání zaregistrovat. V této fázi lze poměrně jednoduše přestat s užíváním. Uživatele často odradí pohled na ty, kteří jsou v dalších fázích závislosti.

2. Ve *druhém stadiu* si uživatel uvědomuje, že mu návyková látka pomáhá řešit některé problémy. Za tímto účelem ji opakovaně užívá. Je si však vědom, že být závislý, není v sociálním kontextu v pořádku.
3. Ve *třetím, velmi rizikovém stadiu*, se uživateli mění jeho hodnoty. Hlavním zájmem začíná být návyková látka. Jedinec ztrácí sociální vazby, přichází o zaměstnání, apod.
4. *Čtvrté stadium závislosti* charakterizuje skutečnost, že v centru zájmu uživatele je droga. Jedinec svoji závislost často netají před okolím. Sociální vazby bývají zcela přerušené. Změny jsou na první pohled patrné v oblasti fyzické i psychické. Objevují se sekundární poškození organismu, například HIV a hepatitida typu C (Fischer, Škoda, 2014).

3 Návykové látky a jejich klasifikace

Dle Fischera a Škody (2014) je návyková látka každá látka, která ovlivňuje psychický stav a na které si jedinec může vytvořit návyk a závislost. Za návykovou látku lze pokládat látku přírodního i syntetického původu. Tato látka má psychotropní účinek, čili ovlivňuje vnitřní naladění jedince, jeho pohled na okolní svět. O každé látce, u které hrozí riziko návyku, můžeme říci, že má tzv. „potenciál závislosti“ (Mahrová, Venglářová, 2008).

Droga je pojem původně používaný pro všechny sušené léčivé rostliny. Za drogu by se tedy mohly označit například i sušené listy máty. V dnešní době tímto pojmem chápeme především omamné a psychotropní látky (Lüllmann, Mohr, Hein, 2012).

Návykové látky lze dělit dle různých kritérií. Jedním z možných dělení je rozdělení návykových látek dle účinků na psychiku. Rozlišují se tak tlumivé látky, psychomotorická stimulancia a halucinogeny. Další dělení je možné dle míry rizika, kdy jsou látky s vyšší mírou rizika označovány za „tvrdé“ a ty s nižší mírou rizika za „měkké“. V neposlední řadě lze za kritérium dělení považovat to, zda je jejich užívání legální, či nelegální (Kalina a kol., 2008).

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti provedlo v roce 2012 výzkum ohledně užívání návykových látek. 2000 náhodně vybraných respondentů bylo ve věku 15 až 64 let. Cílem tohoto dotazníkového šetření bylo zmapovat situaci užívání návykových látek na území České republiky (Úřad vlády České republiky, 2013).

3.1 Legální návykové látky

Jsou takové látky, které jsou daným státem tolerované. Patří mezi ně alkohol a nikotin. Nutno říci, že právě důsledky užívání alkoholu a cigaret jsou často podceňované (Fischer, Škoda, 2014).

Tabák a tabákové výrobky

Dle výzkumů kouřilo tabák v podobě cigaret, doutníků nebo vodní dýmky alespoň jednou za život 70 % dotázaných. Z toho 36,3 % respondentů kouřilo pravidelně po delší dobu a u ostatních lze hovořit spíše o experimentování. Průměrný denní kuřák vykouří 15,1 cigaret denně (Úřad vlády České republiky, 2013). Ve výzkumu z roku 2014 navíc 22 % mladistvých ve věku 14 až 15 let uvedlo, že v posledních dnech kouřilo cigaretu. 12 % z těchto dotazovaných, převážně dívky, uvedlo denní kouření (Úřad vlády České republiky, 2015).

Výzkum Státního zdravotního ústavu z roku 1998 uvádí 29 % pravidelných kuřáků. Průměrný počet vykouřených cigaret denně zůstává stejný (Sovinová, Csémy, Sadílek, 1999). Můžeme tedy hovořit o zvýšeném stavu počtu kuřáků.

Jediná látka, která činí kouření návykovým je nikotin. Rozlišujeme dva typy závislosti na této látce. U začínajících kuřáků jde o závislost psychosociální. Jde o naučenou potřebu, kdy máme určitou situaci spojenou s konkrétní činností. Tato závislost přechází v závislost fyzickou. Doba užívání nikotinu, po které se člověk stává fyzicky závislým, je individuální (Králíková in Kalina a kol., 2003).

Nikotin a oxid uhelnatý způsobují kornatění tepen, zrychlují srdeční frekvenci a zvyšují krevní tlak. Tyto dvě škodlivé látky mohou způsobit vznik krevní sraženiny, která je častou příčinou infarktu. Riziko infarktu se u mužů kuřáků zvyšuje trojnásobně, u žen kuřáček až šestinásobně. Jestliže lehký kuřák, který vykouří kolem 10 cigaret denně, přestane kouřit, jeho oběhová soustava se bude po dalších 10 let regenerovat. U silných kuřáků je po 10letech od zanechání kouření riziko úmrtí na onemocnění oběhové soustavy stále dvakrát větší než u nekuřáků. Dokázána je i škodlivost pasivního kuřáctví (Špinar, Vítovec, 2007).

Je pochopitelné, že čím déle člověk kouří, tím vyšší je riziko onemocnění. Jedná se především o rakovinu plic a dalších orgánů (Králíková in Kalina a kol., 2003).

Alkohol

Alkohol je látka, která vzniká kvašením cukrů při zpracování jablek, hrušek, jiného ovoce a dále se vyrábí i z brambor a obilných zrn. Jinak se nazývá etanol a jeho chemická značka je C₂H₅OH (Šamánek, Urbanová, 2012). Lidé pijí alkohol, protože jim chutná, stimuluje dobrou náladu a odbourává zábrany. Do určité míry tiší duševní i fyzickou bolest, může však podpořit i úzkostné stavy, deprese či únavu. Za návykem se tak často schovávají problémy a trápení, které se alkoholem samozřejmě nevyřeší. V mnohých případech je alkohol „startovací drogou“ pro užívání jiných, rizikovějších návykových látek (Hubinková a kol., 2008).

Ve výzkumu v roce 2012 byli respondenti dotázáni na konzumaci alkoholu v posledním roce. Za poslední rok požilo alkohol 84 % dotázaných. Bylo zjištěno, že častěji pijí alkohol muži. Nadměrná konzumace alkoholu, tzn. více než 5 sklenic alkoholu při jedné příležitosti, se týká věkové skupiny 35 až 44 let a následovně mladých lidí ve věku 15 až 24 let (Úřad vlády České republiky, 2013). Výzkum z roku 2014 dokazuje denní užívání alkoholu u 12,5 % dotázaných starších 15 let. Škodlivé pití alkoholu (tzn. 40 až 60 gramů alkoholu u mužů a 20 až 40 gramů alkoholu u žen) se týká 6 % populace starší 15 let. Do kategorie rizikového pití (tzn. u mužů více než 60 gramů alkoholu, u žen více než 40 gramů alkoholu) náleží 7,2 % populace (Úřad vlády České republiky, 2015).

Česká republika se umisťuje mezi prvními příčkami v žebříčku nejvyšší konzumace alkoholu. Přitom pravidelná a nadměrná konzumace alkoholu sebou nese několik rizik a možných zdravotních komplikací. Poruchy vzniklé užíváním alkoholu rozděluje Mezinárodní klasifikace nemocí do dvou skupin. První skupinou jsou poruchy centrálního nervového systému. Druhou skupinou jsou poruchy typické návykovým chováním, které ústí v alkoholismus (Popov in Kalina a kol., 2003).

Do jaké míry je organismus látkou poškozen, záleží na více faktorech. Sledujeme celkové množství užívaného alkoholu, tedy denní dávku a frekvenci pití. Vždy hraje roli individualita jedince, jeho rodové dispozice a zdravotní stav. U závislých jedinců dochází nejčastěji k porušení jater. Nejdříve dochází ke ztukovatění, neboli steatóze. Pro tuto poruchu je typické zvětšení jater, které není nijak zvlášť bolestivé. Pokud se přisun

alkoholu nijak neomezí, začnou jaterní buňky odumírat a dochází k zánětu. Tento stav se nazývá jaterní fibróza. Uživatel pociťuje zvýšenou citlivost jater, ze které se může vyvinout akutní alkoholická hepatitida. Tento stav je doprovázen horečkami, žloutenkou, zvracením a bolestmi břicha. Prognóza onemocnění není příliš příznivá. Pokud nedojde k okamžité léčbě, uživatelé v 50 % umírají. Když játra přestanou plnit svoji funkci, v organismu se začnou hromadit toxické látky. Játra přestanou tvořit dostatek plazmatických bílkovin a přestávají udržovat glykemii. Toto onemocnění se nazývá jaterní cirhóza a může vyústit v jaterní selhání a následnou smrt. Dalšími orgány, které jsou často poškozeny užíváním alkoholu, jsou slinivka břišní, ledviny, trávicí ústrojí, srdce a krevní oběh (Heller, Pecinová 1996).

Osoby, mající vztah k alkoholu, bychom mohli rozdělit na abstinenty, konzumenty, pijáky a osoby na alkoholu závislé. Tedy podle toho, jaký vztah k alkoholu mají. **Abstinentem** je člověk, který se z různých důvodů nenapil alkoholu alespoň po dobu tří let. Ve společnosti, kde je pití piva a ostatních lihovin běžnou záležitostí, se abstinentovi většinou nedostává žádného uznání. **Konzument** užívá alkohol kvůli jeho chuťovým vlastnostem, užívá takové množství, které mu zdravotně neublíží. Do této skupiny lze tedy zařadit většinu populace. Přechodnou fází mezi konzumentstvím a závislostí je fáze **pijáctví**. Tací lidé nepijí alkohol pouze kvůli jeho chuťovým vlastnostem, ale například za účelem zlepšení nálady. Typické je pití alkoholu několik dní v kuse a následně delší odmlka. Jde o zlomovou fázi, ve které člověk alkoholu zcela propadne, nebo si uvědomí fatálnost situace a začne abstinovat. V posledním stadiu závislosti se člověk stává **osobou závislou** na alkoholu. Alkohol se negativně podepisuje na fyzickém i duševním stavu jedince. Dochází k abúzu návykové látky, v tomto případě tedy alkoholu (Skála, 1988).

Stádia závislosti na alkoholu

E. M. Jellinek popisuje alkoholovou závislost ve čtyřech stádiích.

1. První stadium se nazývá počáteční, jinak řečeno prealkoholické. Jedinec si uvědomuje, že pije o něco více než ostatní a především, že mu alkohol poskytuje úlevu od starostí. Z tohoto důvodu konzumuje vyšší dávky.

2. Ve druhém, varovném stadiu, jedinec zvyšuje spotřebu užívaného alkoholu. Potřebuje větší množství alkoholu. Dostavují se palimpsesty, lidově řečeno „okna“ a uživatel se za své chování začíná stydět.

3. Třetí stadium (rozhodné, kruciólní) je typické stále rostoucí tolerancí k alkoholu, častými „okny“. Pod vlivem jedinec vyvolává konfliktní situace, nemá kontrolu nad pitím. Dochází ke změnám hodnotového žebříčku, jedinec před vším upřednostňuje alkohol.

4. Stadium čtvrté, jinými slovy terminální či konečné, je jiné v tom, že se tolerance k alkoholu začíná snižovat. Uživateli stačí malé množství alkoholu, které ho opije. Jedinec pije během dne, uvědomuje si, že nad pitím nemá kontrolu. Typické jsou stavy bezmoci, somatické i psychické potíže. Sociální interakce s okolím je zcela přerušena (Fischer, Škoda, 2014).

Psychoaktivní léky

Dále se výzkum zabýval mírou užívání psychoaktivních léků. Pro tento výzkum nás budou zajímat především tři hlavní skupiny léků, na kterých vzniká závislost. Rozlišujeme tedy léky na uklidnění (sedativa, anxiolytika), nespavost (hypnotika) a léky na bolest (analgetika).

Benzodiazepiny

Je nutno zmínit skupinu léků, která se nazývají benzodiazepiny. Tyto léky mají široké spektrum účinků, to znamená, že působí jako anxiolytika i hypnotika. V jiných případech se mohou použít i k celkové anestezii i pro léčbu epilepsie v kombinaci s antiepileptiky. Jejich nevýhodou je, že u nich hrozí poměrně velké riziko závislosti. Výhodou je naopak to, že při podávání terapeutických dávek nedochází k ovlivňování vegetativních center v těle. Benzodiazepiny nepůsobí negativně na krevní tlak ani dýchací centrum. Nelze se jimi předávkovat, což je velká výhoda oproti Barbiturátům, které byli benzodiazepiny nahrazeny (Lüllmann, Mohr, Hein, 2012).

Sedativa, anxiolytika

Sedativa jsou léky způsobující útlum centrální nervové soustavy, mají zklidňující účinek. Anxiolytika jsou léky, které tlumí patologický strach a úzkost. Právě anxiolytika jsou jedny z nejčastěji předepisovaných a zneužívaných léků (Karel Hampl in Kalina a kol., 2003). Rozlišujeme anxiolytika nebenzodiazepinová a benzodiazepinová. Nebenzodiazepinová anxiolytika mají slabší účinek, používají se tedy při lehčích stavech úzkosti. Mohou se předepisovat i jako hypnosedativum, či antidepressivum. Častěji předepisovanou a užívanou skupinou jsou anxiolytika benzodiazepinová. Ty jsou také velice často zneužívány, a to právě seniory. Jako většina léků i anxiolytika mohou mít nežádoucí účinky, převážně zhoršení pozornosti a celkový útlum (Petr, Marková a kol., 2014).

Hypnotika

Hypnotika je skupina léků užívaná k léčbě spánku. Rozlišujeme hypnotika benzodiazepinová a nebenzodiazepinová. Mezi benzodiazepinová patří především Nitrazepam a dále Rohypnol, který už je kvůli zneužívání v některých zemích zakázán. V České republice se stal oblíbenou látkou uživatelů drog. Při vysokých dávkách prodlužuje stav heroinové intoxikace. Uživatelé pervitinu užívají Rohypnol ve chvíli, kdy jim pervitin přestává působit. Vyhnou se tak nepříjemným stavům, slangově řečeno „dojezdům“. Někteří lidé užívají Rohypnol bez kombinace s jinými látkami. Navozuje jim pocit klidu. Nebenzodiazepinová hypnotika měla být náhradou za benzodiazepinová s tím rozdílem, že na nich nebude vznikat závislost. Bohužel se prokázalo, že i na těchto lécích vzniká závislost. Patří mezi ně například Stilnox (Hampl in Kalina a kol., 2003). V dnešní době se používají zejména hypnotika třetí generace („Z“ hypnotika). Tyto léky vyvolávají spánek, který je pro tělo nejpřirozenější. Uživatel by po probuzení neměl být pomatený a riziko závislosti je minimální. Radíme sem např. Zopiklon, Zolpidem (Petr, Marková a kol., 2014).

Analgetika

Co se týče léků tlumících bolest, nazýváme je analgetika. Ani abúzus užívání této skupiny látek není dobře zmapován. Léky jsou poměrně dobře dostupné, dají se koupit i bez předpisu. Výzkumy ukazují, že analgetika užívá 25 % střední generace, 50 % u střední generace a více než 50 % starší generace. Běžné je užívání 1-3 tablet denně, výjimkou není ale ani konzumace až 15 analgetických tablet. Nejvíce zneužívané jsou léky, které obsahují kodein, kofein a barbituráty. Nynějším nejvíce předepisovaným lékem praktickými lékaři je Paracetamol (Krombholz, Drástová, 2010). Nejvyšší riziko závislosti nesou opioidní analgetika. Podávají se při opravdu intenzivních bolestech a používají se i při celkové anestezii (Hampl in Kalina a kol., 2003).

V posledním roce užilo 6,1 % respondentů léků na nespavost nebo uklidnění. Šlo především o Neuro, Stilnox, Lexaurin a Diazepam. Léky na bázi opiátů respondenti užívají méně často, z dotázaných jde jen o 2,6 %. Zde se jedná především o Tramal. Mezi

pravidelné uživatele léků na uklidnění i opiátů patří lidé, častěji však ženy ve věku od 55 do 64 let (Úřad vlády České republiky, 2013).

Potraviny

Člověk se může stát závislým i na jídle a to zejména na sladkostech. Důležitou roli ve zdravém přístupu k jídlu hrají například stravovací návyky, média, reklama, rodinné zvyky a jiné. Z jakého důvodu může být člověk závislý na potravine, která ve své podstatě neobsahuje návykovou látku? Může za to oblast mozku, která se laicky nazývá systém odměny. Tento systém je zodpovědný za to, že si pamatujeme příjemný pocit po konzumaci určité potraviny. Cíleně chce dosáhnout opakování této činnosti. Opakovanou konzumací se systém odměn stimuluje a upřednostňuje přísun této „drogy“ před jinými odměnami (Ehrmann, Hůlek a kol., 2014). Návyk na potravine spjatý s obezitou je často důsledkem psychickým problémů. Při psychicky vypjatých situacích může mít cukr obsažený například v čokoládě uklidňující účinky. Konkrétně čokoláda obsahuje další tři látky, u kterých je dokázáno, že mohou vyvolat pocit mírné závislosti. Jedná se o theobromin, látku podobnou kofeinu, methylxanthin a bioaktivní látky bílkovinné povahy (Hubinková a kol., 2008).

Kofein

Tato látka, obsažená především v kávě, může být pro člověka velmi návyková. I tento druh závislost má své jméno – kofeinismus. Účinky kávy jsou především povzbuzující. Po vypití 2-3 šálků kávy se do moči člověka dostane množství kofeinu, které ještě do roku 2004 bylo považováno za doping u profesionálních sportů (Mach, 2012). Kofein se přidává i do některých léků pro podporu analgetického účinku. Nalezneme ho například ve volně dostupném paracetamolu (např. Panadol extra, Paralen extra) (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

3.2 Nelegální návykové látky

Ve stejném výzkumu byli respondenti dotazováni i na užívání látek nelegálních. Nejčastěji užívanou drogou je marihuana, se kterou má zkušenost 27,9 % dotázaných. Druhou nejčastější drogou jsou lysohlávky a následně po nich extáze. 2,3 % respondentů uvedlo experimentování s kokainem, LSD a pervitinem. Heroin užilo znatelně nižší procento obecné populace (Úřad vlády České republiky, 2013). K užití jakékoliv nelegální látky alespoň jednou v životě se přiznalo 31,1 % dotazovaných a to ve věku od 15 do 64 let. Vyšší míra užívání nelegálních látek je zaznamenána u mužů a u věkové skupiny 15 až 34 let. Častější užívání je patrné také u některých subkultur (Úřad vlády České republiky, 2015).

Konopné drogy

Konopné drogy mohou být ve dvou formách, jako marihuana nebo hašiš. Marihuana, latinsky *Cannabis sativa*, je sušené květenství ze samičí rostliny. Hašiš je pryskyřice s malým obsahem květenství. Aplikace je nejčastější z dýmky nebo v podobě cigarety (joint). Méně často se konopí přidává do pokrmů či nápojů (Miovský in Kalina a kol., 2003). Ačkoliv je užívání marihuany velmi rozšířené, mechanismus jejího účinku není zcela objasněn. Dochází však k uvolňování a aktivitě dopaminergních neuronů. Abstinenční příznaky u silných kuřáků nejsou nijak závažné, projevují se stresem, napětím, pocením apod. (Fischer, Škoda, 2014).

Účinné látky obsažené v konopí nazýváme kanabinoidy. Nejaktivnější látkou je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol, zkráceně THC. Kanabinoidy mají psychotropní efekt, to znamená, že ovlivňují psychiku a duševní stav uživatele. Dostavuje se euforie, smích, deformace ve vnímání času i prostoru. Možná je i úzkost a panické stavy. To ale nejsou zdaleka jediné účinky této látky. Je dokázáno, že má příznivý vliv na průběh Alzheimerovy choroby. Dále konopné drogy potlačují nevolnost, čehož se dříve využívalo po chemoterapiích a při léčbě AIDS. Mají příznivé účinky při léčbě migrén, Parkinsonovy choroby, roztroušené sklerózy i onkologických onemocněních (Miovský in Kalina a kol., 2003). Miovský a kol. (2008) zmiňují protizánětlivé účinky marihuany,

kteří příznivě působí na stav pacientů s Crohnovou chorobou, aterosklerózou, alergickým astmatem i autoimunitním diabetes.

Není tedy divu, že je konopí jednou z nejkontroverznějších rostlin vůbec. Někteří lidé, kteří trpí těžce léčitelnými chorobami, užívají marihuanu jako lék, který jim pomáhá. Velice často kvůli tomu stojí na hraně zákona, jelikož v mnoha zemích je její držení a užívání trestné. Situace se v tomto ohledu zlepšuje a v mnoha zemích je konopí využíváno k medicínským účelům (Miovský a kol., 2008). Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 (Úřad vlády České republiky, 2015) se oproti minulým rokům zvýšil průměrný věk uživatele konopných látek. Nárůst uživatelů byl zaznamenán ve věkové kategorii od 45 do 54 let.

Halucinogeny

Tento druh drog dělíme do tří skupin podle původu. Ten může být rostlinný, živočišný nebo syntetický. Co se týče rostlinných halucinogenů, jde především o psilocybin, dále mezkalin a durman. Nejznámější droga živočišného původu je bufotenin, který se získává z kůže ropuchy. Syntetickým halucinogenem je LSD, celým názvem Dietylamid kyseliny lysergové a fencyklidin (PCP, přezdíváný „Andělský prach“) (Miovský in Kalina a kol., 2003).

Právě LSD je na černém trhu s drogami velmi oblíbené. Dá se sehnat ve formě tripu, což je napuštěný papírový čtvereček, nebo krystalu. V obou případech se aplikuje perorálně, rozpuštěním v ústech. Má velmi neobvyklé účinky typické přítomností iluzí a pseudohalucinací. Při užití vysoké dávky se často objevují paranoidní stavy, poruchy paměti, vztahovačnost (Miovský in Kalina a kol., 2003).

Psilocybin je látka obsažená v houbách rodu Lysohlávek, které se hojně vyskytují na území České republiky. Nelze přesně odhadnout, kolik psilocybinu jedna houba obsahuje. Proto je konzumace hub velmi riziková. Lysohlávky mají podobné účinky jako LSD, často však doprovázené výraznějšími tělesnými příznaky (třes, zvýšený tep).

Halucinogenní drogy jsou užívány především příležitostně. Jsou spojené se subkulturním prostředím, pro které je typická určitá hudba, styl oblékání a podobně (Miovský in Kalina a kol., 2003).

Stimulancia

Do kategorie drog nazývané i jako psychostimulancia patří pervitin, amfetamin, kokain a bývá sem zařazována i extáze. Tyto látky potlačují únavu, uživatel se cítí nabitý energií a pociťuje euforii. Na úkor toho se po vyprcháání drogy dostavuje tzv. dojezd, což je stav typický vyčerpáním, únavou, nevolnostmi. Stimulancia nevyvolávají fyzickou závislost, při užívání vzniká závislost psychická. Ta je však na léčbu mnohem náročnější. Užívání sebou nese i riziko závažných somatických komplikací. Zatížen je celý organismus, stoupá pravděpodobnost mozkových a srdečních příhod, dále také extrémní snížení váhy. Kokain se běžně aplikuje šňupáním. To způsobuje poruchy nosní sliznice a vede ke ztrátě čichu. Pervitin se kromě šňupání aplikuje nitrožilně nebo perorálně. Dlouhodobé užívání může způsobit toxickou psychózu (Minařík in Kalina kol., 2003).¹

Podle výzkumu z roku 2014 se odhadovaný počet uživatelů pervitinu v České Republice zvýšil. Odhad počtu těchto uživatelů se uvádí na 36,4 tisíc osob ((Úřad vlády České republiky, 2015).

Opiáty

Opiáty, jinak také opioidy, jsou látky, které mohou být přírodního, polosyntetického, nebo syntetického původu. Látka se získává z nezralých makovic. Nejznámějšími opiáty přírodního původu jsou kodein a morfium. Zástupcem polosyntetického původu je především heroin. Mezi opiáty dále patří metadon, buprenorfin a také Braun, což byla droga vyráběná za dob Československa v domácích podmínkách z léků (analgetik). Užívání opiátů způsobuje změněné stavy vědomí a tlumení pocitu bolesti (Kalina a kol., 2008).

¹ Toxická psychóza je paranoidní stav, kdy uživatel ztrácí náhled na situaci. Je přesvědčen o různých domněnkách, které mohou doprovázet halucinace.

Počet uživatelů opiátů v České republice je nyní stanoven na 11,3 tisíc osob. Z toho 4,1 % uživatelů je závislých na heroinu, zbylé procento užívá buprenorfin (Úřad vlády České republiky, 2015).

4 Užívání návykových látek ve stáří

V literatuře je problematice závislosti na návykových látkách věnována značná pozornost. Nedostatečně zpracována je problematika závislosti ve stáří. Senioři jsou skupinou, která je v souvislosti s užíváním drog často opomíjena. Cílovou skupinou seniorů je myšlena skupina lidí, která překročila věkovou hranici nejméně 60let. V literatuře s drogovou tematikou se mluví jen o starší populaci, tedy o osobách starších 40let. Nejvíce zpracovaná je tematika alkoholismu (Krombholz, Drástová, 2010).

Diagnostikování závislosti u starého člověka může být mnohem složitější. V pracovním prostředí je šance, že si změny chování v důsledku závislosti kdokoliv všimne. Jakmile se zpretrhají sociální vazby nejenom ze zaměstnání, šance na pomoc klesá. Zvláště jestliže nefunguje rodina (Baštecký, Kämpel, Vojtěchovský, 1994).

Závislost ve stáří sebou nese řadu odlišností od závislosti v mladém věku. Liší se vznikem, průběhem i dopadem (Kučerová in Jiráková, 2013). S narůstajícím věkem roste i riziko somatických komplikací. Lidské tělo má zpomalený metabolismus a hůře se vyrovnává s toxickými látkami. Lehce tak může dojít k intoxikaci organismu, zvláště jestliže uživatel kombinuje medikaci s alkoholem apod. (Krombholz, Drástová, 2010).

Kalvach, Zadák, Jiráková a kol. (2004) rozdělují závislé seniory na dvě skupiny. První skupinou jsou senioři, kteří užívají návykové látky již řadu let a nesou si s sebou závislost už od středního věku. Do této skupiny patří především muži kuřáci a alkoholici v mnoha případech s již poškozeným zdravím. Druhou skupinu tvoří staří lidé, kteří si svoji závislost vytvořili až v pozdním věku. Obvykle s užíváním návykových látek začali z důvodu nějaké traumatické situace. Takovým zlomovým okamžikem může být úmrtí blízkého člověka, odchod do důchodu, vážná nemoc či konflikt v rodině. Závislost může vzniknout na lécích předepisovaných lékaři či na jiných návykových látkách užívaných ve stylu „samoléčby“ (Kalvach, Zadák, Jiráková a kol., 2004).

4.1 Konzumace alkoholu ve stáří

Užívání alkoholu, v rámci látek se závislostním potenciálem, je oblastí nejlépe popsanou. Počet uživatelů alkoholu starších 65 let bude vždy jen odhadem, nikoliv přesným číslem. Podle striktních kritérií jde o 2 až 4 %. Dle jiných studií, prováděných v nemocničních a jiných ošetrovatelských zařízeních je počet uživatelů v rozptylu 2 až 50 %. V tomto případě se tedy nelze opírat o přesná čísla (Krombholz, Drástová, 2010). Senioři často konzumují alkohol, např. pivo a víno, kvůli jeho chuťovým vlastnostem. Ti, kteří oceňují jeho povzbuzující a uklidňující účinky, pijí často pro zahánění žalu, nebo z pocitu osamělosti (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

Co se nemění, je fakt, že závislost u starší populace se objevuje častěji u mužů. Muži senioři-alkoholici si svoji závislost nesou už od rané dospělosti a jen 30 % jich začalo s pitím ve vyšším věku. Studie také dokazují, že senioři pijí častěji a v menších dávkách oproti mladým lidem, kteří se nevyhýbají excesivnímu pití. Jako nerizikové množství alkoholu pro osoby staršího věku se považuje přibližně 24 gramů alkoholu u mužů a 16 gramů alkoholu u žen. Pro představu jde o jedno velké pivo, nebo 2 decilitry vína. Dvojnásobek, či trojnásobek této dávky je považován za rizikový (Krombholz, Drástová, 2010). Pití alkoholu se při některých potížích dokonce doporučuje. Při žaludečních potížích je vhodné vypít 2 decilitry pšeničského piva, které je na rozdíl od většiny piv zásadité (Klevetová, Dlabalová, 2008). Mistoler (2010) uvádí, že přiměřená konzumace alkoholu snižuje riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění a demence.

S pitím alkoholu u starší populace je spojeno hned několik komplikací. Alkohol často způsobuje úbytek kognitivních funkcí i vznik demencí. Alkoholová závislost je spojena s častější úrazovostí, nedostatkem vitamínů, podvýživou a dalšími zdravotními komplikacemi. Z některých výzkumů vyplývá, že zvýšená konzumace alkoholu zapříčiňuje urychlení procesu stárnutí a zvyšuje riziko náhlého úmrtí (Krombholz, Drástová, 2010).

4.2 Tabakismus a senioři

Stárnutí je proces, který nelze zastavit, ale můžeme ho částečně zpomalit. Kouření nám v tom určitě nepomůže, právě naopak. Kouření cigaret způsobuje rychlejší stárnutí pleti, žloutnutí zubů, v podstatě celkovou devastaci organismu (Štejfa, 2007).

Přestat s kouřením má smysl vždy a v každém věku. Čím dříve jedinec přestane, tím bude menší riziko vzniku onemocnění, která kouření způsobuje. Kouření je činnost, naučený zvyk. Dalo by se říci, že čím déle má člověk tuto činnost zafixovanou, tím hůře se zlozvyku zbaví. Při odvykání kouření je nutné zjistit, zda je uživatel závislý na nikotinu. U některých osob totiž nemusí jít o závislost fyzickou, ale jen o naučené chování. K tomuto zjištění se používá Fagerströmův test (viz Příloha 2.) (Štejfa, 2007).

4.3 Kofein a senioři

Senioři by měli dodržovat určité zásady správné životosprávy. Výrobky obsahující kofein nejsou zcela vhodnými. Tekutiny jako káva, čaj, kola by se měly omezovat především ve večerních hodinách. Hrozí kvůli nim nespavost (Mlýnková, 2011). Pokud možno, černou kávu nahrazovat kávovinovou směsí bez kofeinu. Káva tělo odvodňuje, nelze ji tak započítávat do pitného režimu jedince (Klevelandová, Dlabalová, 2008).

4.4 Farmaka a senioři

Závislost na lécích je druhou nejčastější závislostí hned po alkoholu. Dnešní senioři užívají pravidelně více léků. Průměrný senior užívá denně 4 až 6 léků. I zde je obtížné určit, kdy už se jedná o závislost. V tomto případě však výzkumy ukazují, že větší riziko nesou ženy. Léky na nespavost a proti úzkosti užívá až 36 % osob starších 85 let.

Co se týče úzkostí, trpí jimi asi 10 až 15 % starší populace. Úzkost je také častým symptomem mnoha nemocí (Krombholz, Drástová, 2010). Cílem léčení je zmírnit pocity úzkosti, pomocí co nejnižší dávky léků a za co nejkratší dobu. Jedinci si však často dávky navyšují sami, bez odborné konzultace. Prevencí závislosti je tak předepisování nižších dávek léků a jejich užívání v kratším časovém intervalu. Obvykle stačí vysadit léky po 4-6 týdnech užívání. U 50 % osob užívajících anxiolytika po dobu delší jeden rok se objevují těžké abstinенční příznaky (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

Hypnotika čili léky na nespavost užívá asi každý čtvrtý jedinec ve věkové skupině 65-79 let. Populární jsou hypnotika třetí generace, u kterých je riziko závislosti nebo poškození organismu minimální. Často bývají užívány i jako tzv. trankvilizéry, neboli léky odstraňující chorobnou úzkost a strach. Za rizikovou je považována situace, kdy uživatel konzumuje více než 20 miligramů benzodiazepinových hypnotik po dobu delší než 4 měsíce. Komplikace nastávají hlavně tehdy, když jsou hypnotika užívána v kombinaci s alkoholem, nebo analgetiky (Krombholz, Drástová, 2010).

U starých lidí se bolest objevuje třikrát častěji, než u zbytku populace. Je tedy pochopitelné, že senioři léky na bolest užívají častěji. Analgetika nadužívají především ženy starší 50 let. Nejčastěji bývá uváděna bolest situovaná do oblasti hlavy. Nejen, že ženy užívají léky častěji, ale užívají je i ve větší míře (Mistoler, 2010). V rozpoznání abúzu léků je zásadní role příbuzných a lékaře. Léčbu seniora by měl koordinovat jeho praktický lékař. Rodina, případně ošetřující personál, by se měla podílet na kontrole dodržování správného dávkování (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

4.5 Nelegální návykové látky a senioři

Přesto, že průměrný věk drogově závislých roste, seniorů závislých na nelegálních návykových látkách příliš nenajdeme. V roce 2002 byl průměrný věk uživatele 22 let, o 6 let později již 26. Ve věkové skupině nad 60 let se podíl závislých nijak nemění. Co se týče druhu užívané látky, s narůstajícím věkem klesá počet uživatelů halucinogenů i

heroinu, naopak přibývají uživatelé pervitinu a stimulancií. Dalo by se říci, že problematika zneužívání nelegálních drog seniory je u nás okrajovým problémem (Krombholz, Drástová, 2010).

5 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, zda senioři užívají návykové látky. Dílčím cílem je zjistit rozsah a příčiny užívání návykových látek u seniorů. Cíl výzkumného šetření vedl k formulaci tří výzkumných otázek.

Výzkumné otázky

Pro výzkum byly stanoveny následující výzkumné otázky:

V1: Užívají staří lidé návykové látky?

V2: Které návykové látky senioři užívají a v jakém rozsahu?

V3: Jaké jsou příčiny užívání těchto látek?

6 Metodika

6.1 Metodický postup

Pro zpracování daného tématu byl zvolen kvantitativní metodologický postup. Informace byly zjišťovány formou dotazování, pomocí dotazníku vlastní konstrukce. V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu a byli ujisti o anonymním charakteru celého šetření. Následují otázky, které jsou uspořádané do bloků dle toho, které návykové látky se týkají. Respondenti jsou postupně dotazováni na své zkušenosti s léky, tabákem, kofeinem, alkoholem, konopím, případně s tvrdými drogami. Léky jsou rozděleny na hypnotika, anxiolytika a analgetika. Celkem obsahuje dotazník 31 otázek.

Dotazník byl seniorům předložen v tištěné podobě. Část dotazníků byla ponechána v Domově důchodců v Sušici. Zbytek dotazníků byl rozdán prarodičům svých přátel. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Pro lepší vizualizaci výsledků šetření byly vytvořeny grafy.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor respondentů tvoří senioři, muži i ženy, starší 70let. Výběr osob byl nahodilého charakteru. Jedná se o osoby žijící samostatně v městských bytech, v rodinných domech, ale i o osoby z Domova důchodců v Sušici. S těmi byl navázán kontakt na pracovišti, kde jsem vykonávala povinnou praxi. Všichni respondenti jsou z Plzeňského kraje. Vzorek zahrnuje 32 žen a 8 mužů. V převodu na procenta lze říci, že skupinu tvořilo 25 % mužů a 75 % žen. Rozdáno bylo 40 dotazníků a návratnost byla 100%.

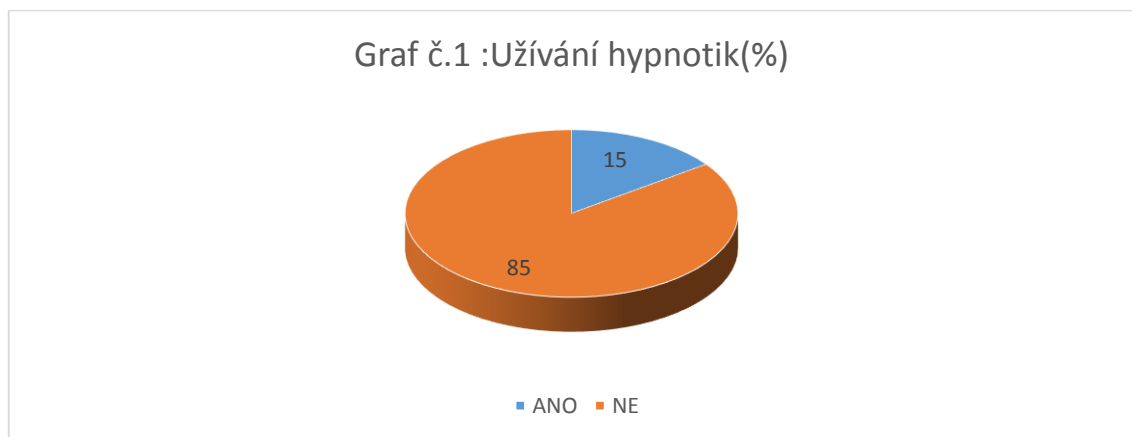
7 Výsledky

Výsledky jsou prezentovány pomocí koláčových a sloupcových grafů.

7.1 Blok – užívání léků u respondentů

Otázka č. 1: Užíváte pravidelně léky „na spaní“ (s hypnotickým účinkem)?

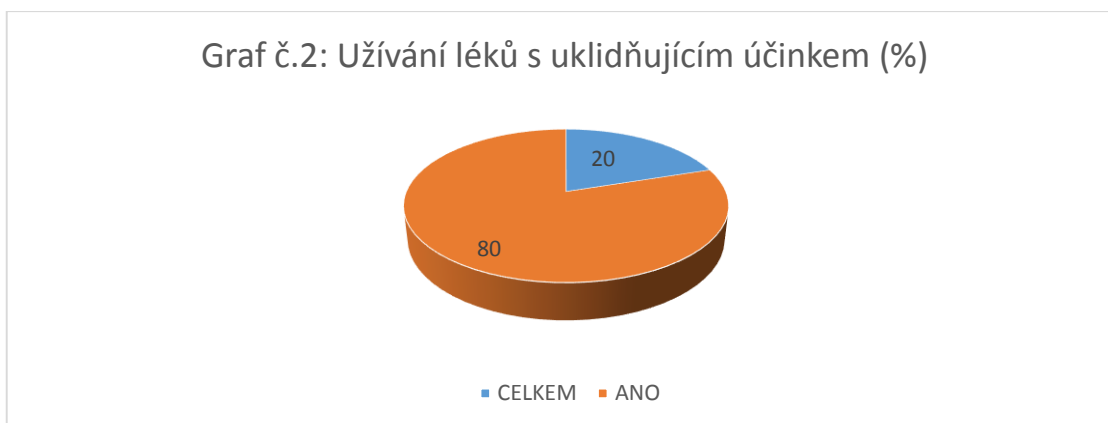
Tato otázka se týká pravidelného užívání léků s hypnotickým účinkem. Z celkového počtu dotázaných uvedlo 6 osob užívání léků na spaní. Jedná se o 15 % dotázaných.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Užíváte pravidelně léky s uklidňujícím účinkem (na zmírnění pocitů úzkosti)?

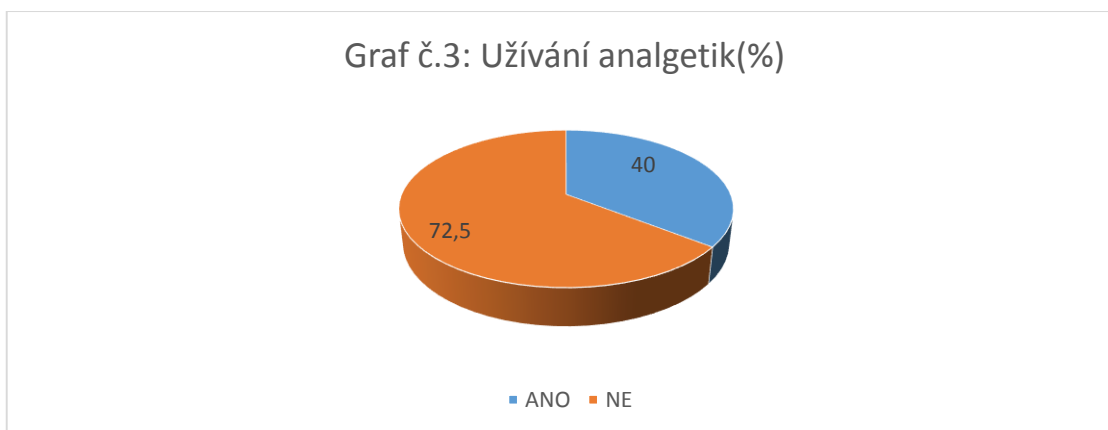
Na otázku pravidelného užívání léků s uklidňujícím účinkem odpovědělo 8 respondentů kladně, zbylých 32 respondentů tyto léky neužívá. V převedení na procenta se 20 % respondentů řadí mezi uživatele této skupiny léků.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Užíváte pravidelně léky proti bolesti (analgetika)?

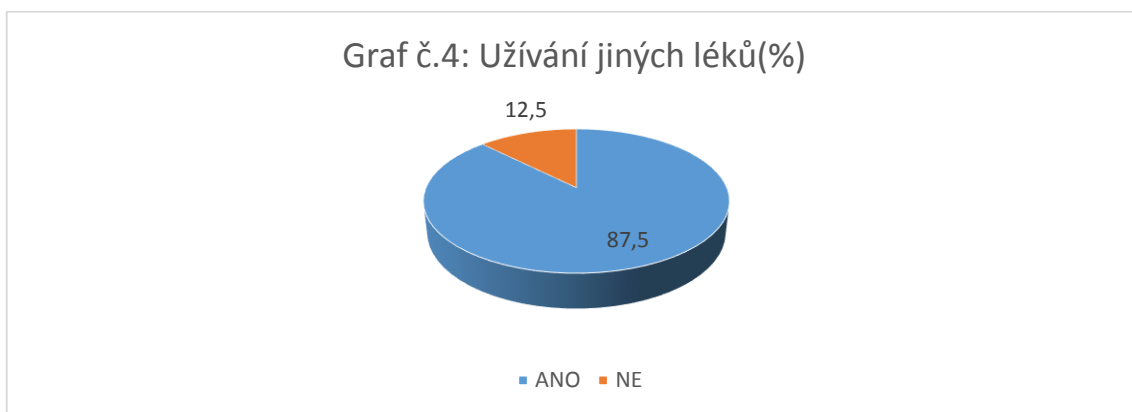
Léky na bolest z celkového počtu dotázaných 40 (100 %) užívá 16 osob (40 %). Z léků jsou tedy respondenty nejvíce užívány analgetika (ať už na předpis či volně dostupná).



Zdroj: vlastní výzkum

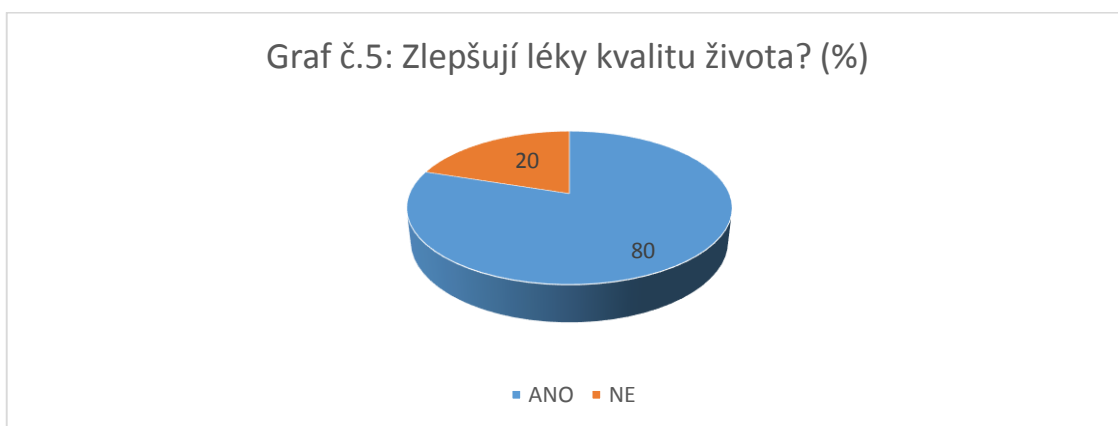
Otázka č. 4: Užíváte pravidelně nějaké jiné léky? Pokud ano, uveďte jaké a k čemu přispívají.

Z následujícího grafu je evidentní, že senioři neužívají obvykle jen jeden lék, ale kombinaci více léků. 35 osob tento fakt potvrdilo. Nejčastěji se jedná o léky ovlivňující kardiovaskulární systém, což uvedlo 13 respondentů. Dále byly zmíněny léky na podporu trávení, pohybového aparátu a CNS (např. Parkinsonovu chrobu). Respondenti uváděli konkrétní názvy léků, např.: "Isicom".



Zdroj: vlastní výzkum

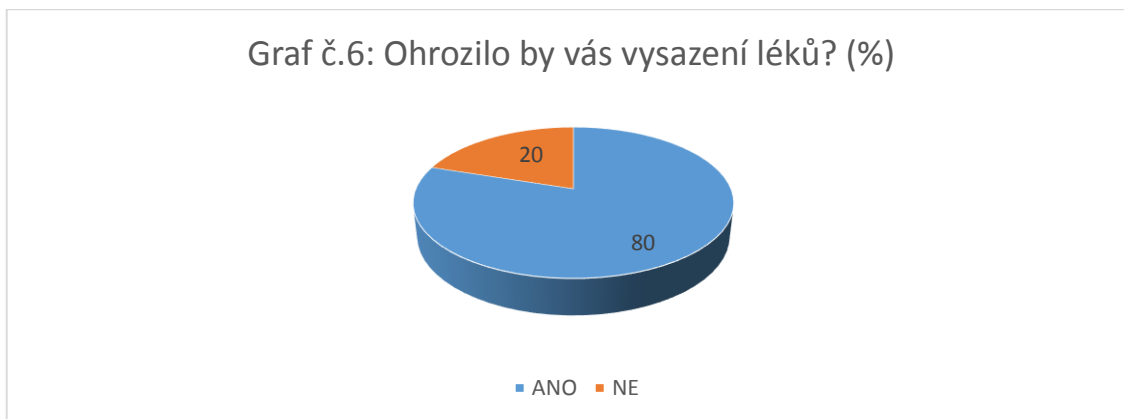
Otázka č. 5: Jste toho názoru, že Vám léky výrazně pomáhají zlepšit kvalitu života? Následující graf ukazuje, že na otázku odpovědělo 32 osob (80 %) kladně.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6: Myslíte si, že vysazení léků by mohlo ohrozit Váš zdravotní stav?

Z výzkumu je patrné, že je 80 % respondentů názoru, že jim léky výrazně pomáhají. Stejně procento dotázaných je přesvědčeno o tom, že při případném vysazení jejich medikace se jejich zdravotní stav může výrazně zhoršit.

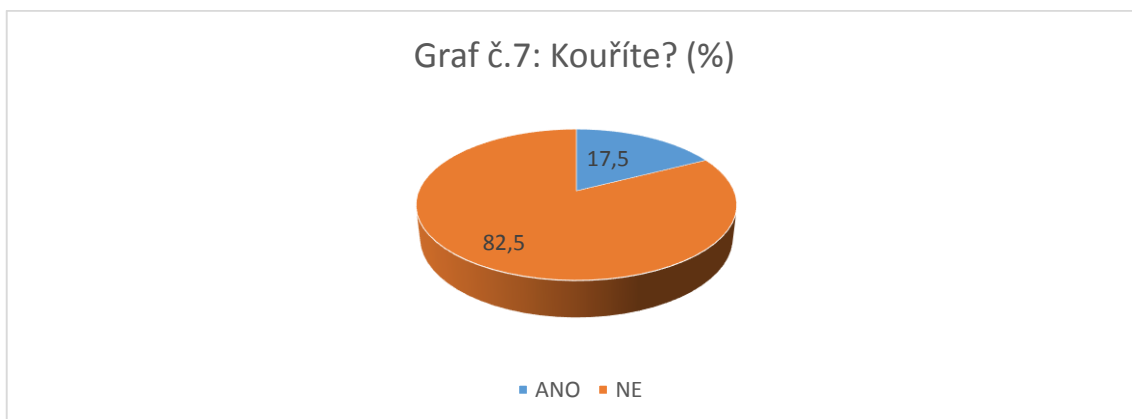


Zdroj: vlastní výzkum

7.2 Blok – respondenti a kouření

Otázka č. 1: Kouříte v současné době cigarety a jiné tabákové výrobky?

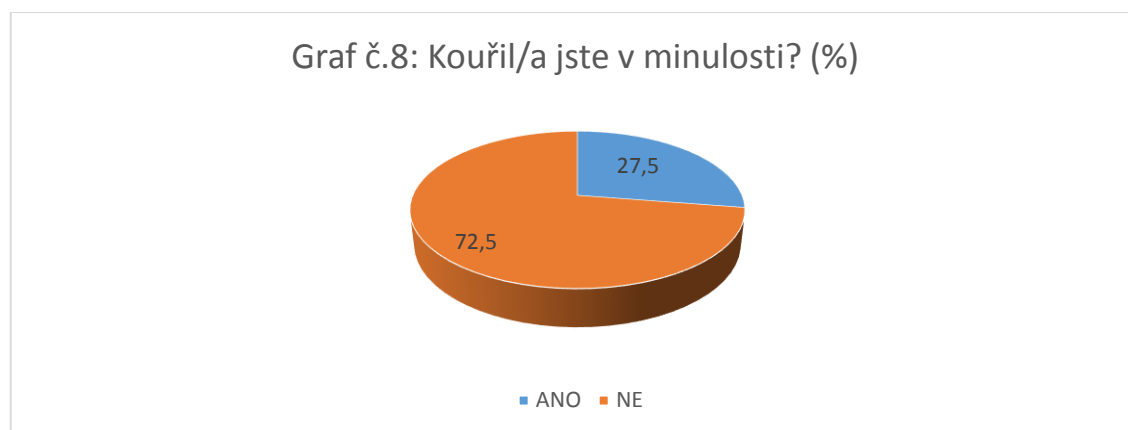
Na tuto otázku odpovědělo 7 z dotazovaných kladně, což činí 17,5 % z celkového počtu. Dále z dotazníku vyplývá, že jde o 4 ženy a 3 muže.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Kouřil/a jste v minulosti?

Na otázku, zdali kouřili respondenti v minulosti, odpovědělo 11 lidí kladně. Když odečteme počet lidí, kteří kouří v současné době, zjistíme, že se v dotazovaném souboru nacházejí 4 bývalí kuřáci. Navíc lze z výsledků usoudit, že jde o ženy.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Přestal/a jste kouřit z obav o své zdraví?

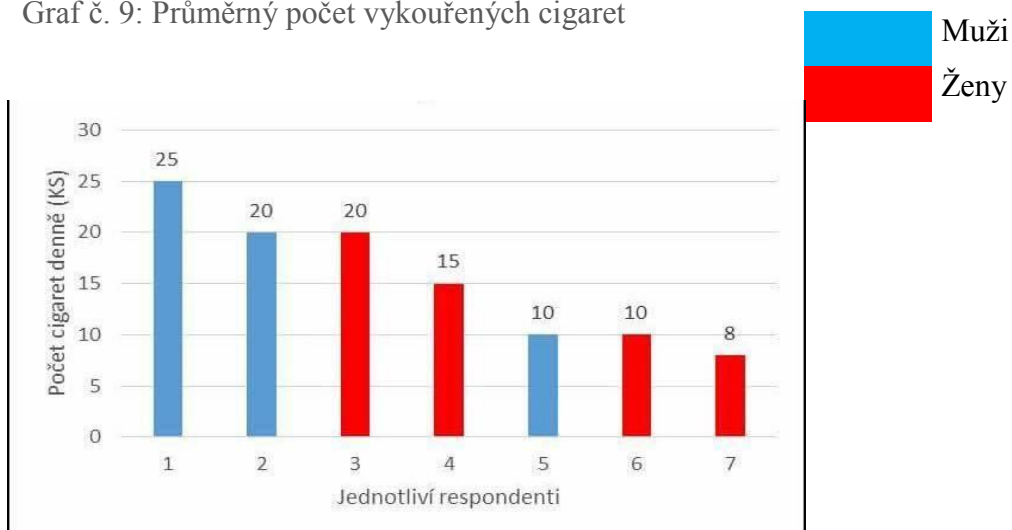
Na tuto otázku odpovídali 4 respondenti a všichni uvedli, že ano.

Zbylé otázky v tomto bloku byly určeny jen pro kuřáky.

Otázka č. 4: Kolik cigaret průměrně za den vykouříte?

Cílem této otázky bylo zjistit, kolik kusů cigaret vykouří respondenti denně. Ukázalo se, že průměrně vykouří respondenti 15,4 cigaret denně. Rozmezí počtu kusů cigaret činí 8 až 25 denně. Více cigaret průměrně vykouří muži.

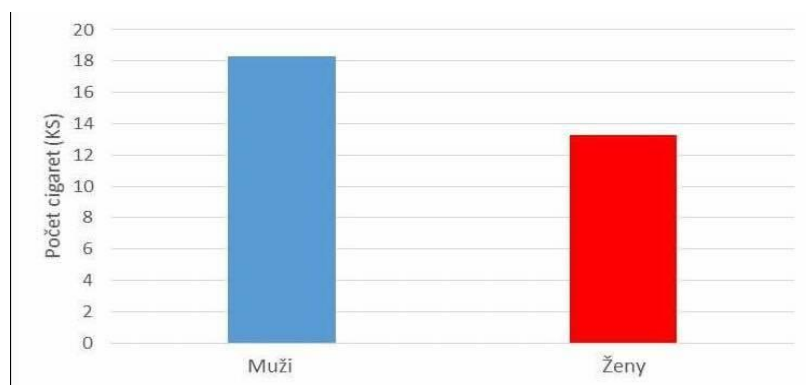
Graf č. 9: Průměrný počet vykouřených cigaret



Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf jasně ukazuje, že muži vykouří větší množství cigaret.

Graf č.10: Průměrný počet cigaret vykouřených mužem/ženou



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5: Kouříte více než 5 let?

Otázka č. 6: Kouříte více než 10 let?

Všichni současní kuřáci uvedli, že jejich nikotinová závislost trvá déle než 10 let. V souboru respondentů se nachází pouze dlouhodobí kuřáci.

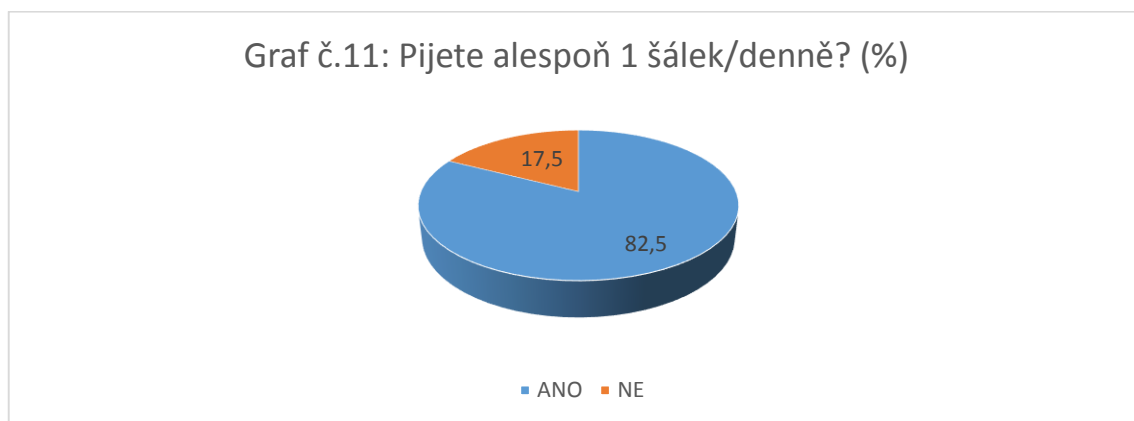
Otázka č. 7: Pokoušel/a jste se opakovaně přestat s kouřením?

5 ze 7 respondentů uvádí, že se opakovaně pokoušelo s kouřením přestat.

7.3 Blok- kofein a jeho užívání respondenty

Otázka č. 1: Pijete obvykle alespoň 1 šálek kávy denně?

Ze 40 dotazovaných pije šálek kávy denně 33 osob. Z grafu vyplývá, že jde o 82,5 % z celkového počtu souboru respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Pijete 3 a více šálků kávy denně?

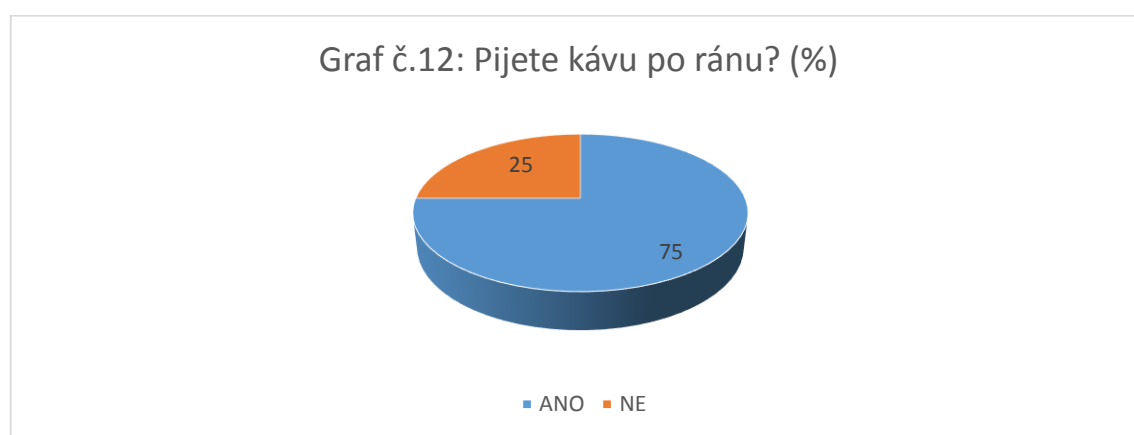
Z 33 lidí, kteří odpověděli na předešlou otázku kladně, uvedli 4 respondenti, že nezůstávají u jednoho šálku a vypijí i více než 3 šálky kávy denně.

Otázka č.3: Pijete pravidelně kávu po ránu?

30 dotazovaných (75 %) uvedlo, že si svoji první kávu dopřejí po ránu.

Otázka č. 4: Pomáhá Vám káva s nabuzením organismu?

Stejné procento lidí odpovědělo kladně i na otázku č. 4, zda jim káva pomáhá s nabuzením organismu.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.5: Pokud pijete kávu večer, hůře se Vám usíná?

Na otázku, zda mají respondenti obtíže s usínáním, když si večer dají kávu, odpovědělo 24 osob kladně. Je to tedy jeden z důvodů, proč kávu nepijí ve večerních hodinách.

7.4 Blok – užívání alkoholu u respondentů

Otázka č. 1: Myslíte si, že jste nyní závislý/á na alkoholu?

Následující graf vyjadřuje, zda se mezi respondenty cítí být někdo závislý na alkoholu. Na tuto otázku odpověděli dva respondenti kladně, jednalo se o muže a ženu.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Byl/a jste závislý/á na alkoholu a nyní již abstinujete? Jestli ano, jak dlouho?

V souboru respondentů se nachází pouze jedna osoba, která uvedla, že měla v minulosti potíže se závislostí na alkoholu, které již překonala a úspěšně abstinuje. V doplňující otázce uvedla, že se jí to daří přes 25 let.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Pijete alkohol jen příležitostně?

Následující graf znázorňuje, že více než $\frac{3}{4}$ respondentů uvedli, že alkohol pijí pouze příležitostně (myšleno na oslavách, při přípitcích, apod.)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Můžete o sobě říci, že alkohol nepijete nikdy?

5 respondentů, čili 12,5 % z celkového počtu uvádí, že alkohol nepijí nikdy.

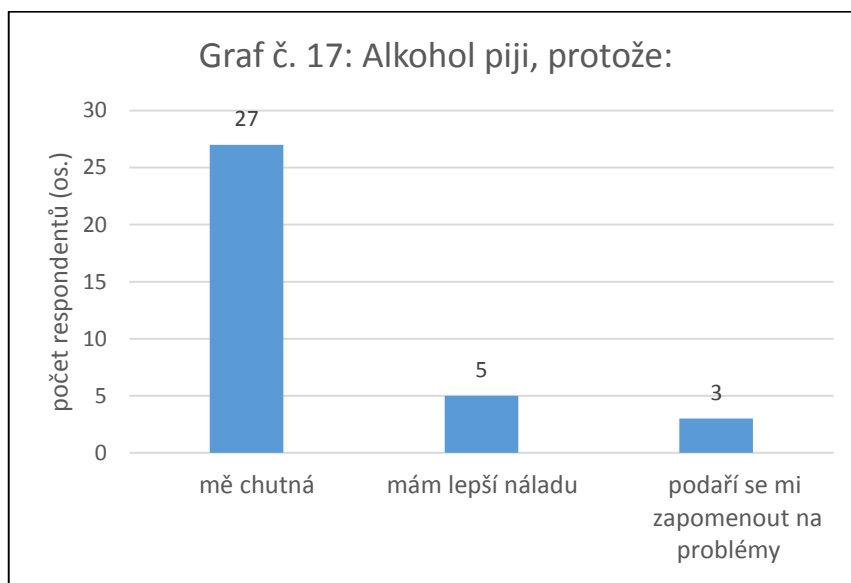


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5: Pijete alkohol především z důvodu, že:

- 1. Varianta:** Vám chutná;
- 2. Varianta:** Máte poté lepší náladu;
- 3. Varianta:** Podaří se Vám zapomenout na problémy.

Z jakého důvodu senioři pijí alkohol? (odpovědělo 35 respondentů)



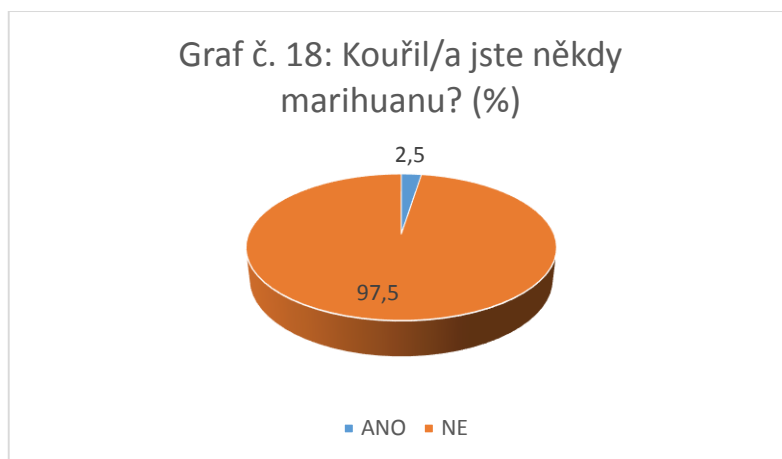
Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji pijí senioři alkohol kvůli jeho chuťovým vlastnostem. Odpovědělo tak 27 respondentů, což je přibližně 77 % z celkového počtu 35 dotazovaných (100 %).

7.5 Blok – užívání konopí u respondentů

Otázka č. 1: Užil/a jste někdy marihuanu ve formě cigarety?

Na tuto otázku odpověděl 1 respondent kladně. Jednalo se o ženu.



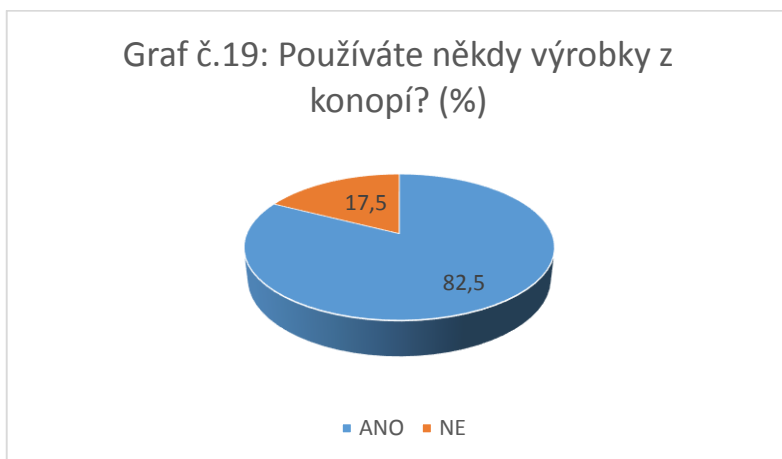
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Užíváte takto marihuanu pravidelně?

Ani žena která uvedla, že experimentovala s marihuanou neuvádí, že by se toho dopouštěla pravidelně. Mezi seniory tedy není osoba, která by pravidelně užívala marihuanu.

Otázka č. 3: Používáte někdy výrobky z konopí (masti, atp.)?

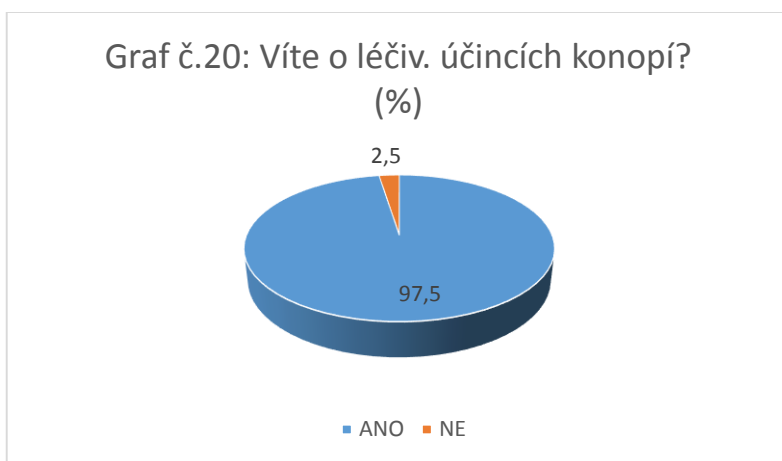
Naopak velké procento lidí uvedlo, že využívá léčivých účinků konopí a to ve formě mastí, sirupů apod. Jde o 33 osob ze 40.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Víte o možných léčivých účincích marihuany na Alzheimerovu či Parkinsonovu chorobu?

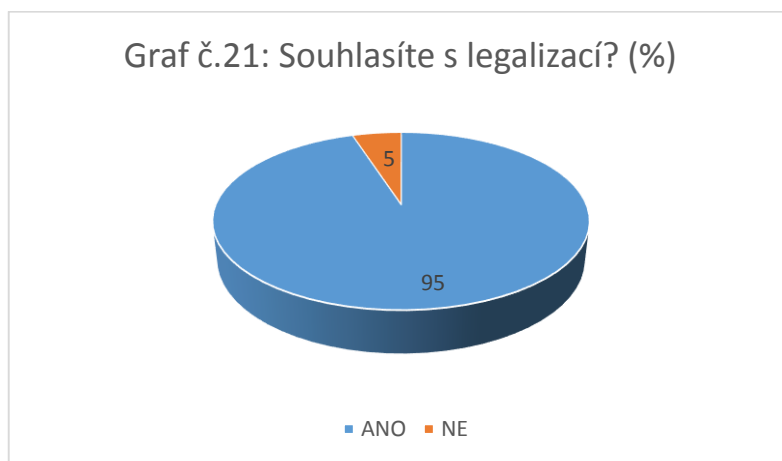
Z grafu je jasné, že povědomí o léčivých účincích této rostliny má většina respondentů. Pouze jedna žena uvádí, že neví o souvislostech těchto nemocí a léčivou rostlinou.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5: Souhlasíte s legalizací marihuany pro léčivé účely?

S legalizací marihuany nesouhlasí pouze 2 respondenti.



Zdroj: vlastní výzkum

7.6 Blok – užívání „tvrdých drog“ u respondentů

Otázka č. 1: Jste závislý/á na drogách?

První otázka zjišťovala, zda je mezi respondenty někdo závislý na drogách. Výzkum ukázal, že mezi respondenty se nenachází nikdo se závislostí na drogách.

Otázka č. 2: Byl jste v minulosti závislý/á na drogách?

Ani na druhou otázku, zda měl někdo problémy s drogami v minulosti, neodpověděl nikdo z respondentů kladně.

Otázka č. 3: Experimentoval/a jste v minulosti s nějakým druhem návykových látek?

Ani na tuto otázku neodpověděl žádný z respondentů kladně.

8 Diskuze

Užívání návykových látek je dlouhodobě aktuální téma. Systém prevence funguje už na základních školách, aby se zamezilo kontaktu dětí a mládeže s drogami. Tato problematika, ať už prevence, užívání i terapie závislostí, je literaturou podrobně popsána. Nejméně pozornosti je věnováno seniorské populaci.

Kalina a kol. (2008) v terminologii rozlišuje pojem úzus, tedy užití či užívání, při kterém nedochází k žádnému signifikantnímu poškození organismu uživatele a abúzus, tedy škodlivé užívání látek. Práce se zabývá užíváním, avšak popisuje i vznik a rozvoj závislostí.

Odhalit abúzus návykových látek u cílové skupiny seniorů bývá někdy obtížné. Pády, třes, únava a podobné symptomy mohou být chybně přiřazovány různým nemocem. Přímý systém prevence pro tuto cílovou skupinu není. Děti se uchylují k experimentování s drogami ze zvědavosti, pod nátlakem vrstevnické skupiny. Může jít i o způsob určitého projevu či demonstrace dítěte vůči okolnímu světu. U seniorů je podnětem spíše nějaká krizová situace, úmrtí v rodině, nemoc či odchod do důchodu. Ve stáří si nějakou touto situací projdeme každý. Ne každý má kolem sebe rodinu a lidi, kteří jej v těžkých chvílích podpoří. Řada lidí své stáří prožije v ústavním zařízení, kde by jejich psychickou rovnováhu měl podpořit personál.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda senioři užívají návykové látky, v jakém rozsahu a jaké jsou příčiny případného užívání. Tyto skutečnosti ovlivňuje celá řada faktorů. Soubor respondentů zahrnoval lidi žijící ve vlastní domácnosti i v domovech pro seniory. Pobyt v ústavní péči je mnohdy tak finančně nákladný, že ubytované osobě z důchodové mzdy zbude minimální částka. Zbytek této částky má důchodce pro vlastní potřebu a je na něm, jak s ním naloží. Jestliže je důchodce kuřák, je na jeho rozhodnutí, zda investuje do cigaret. Má zkušenost plynoucí z absolvování praxe v Domově pro seniory je taková, že s rozpočtem důchodců pomáhají sociální pracovníci. Domluva s klientem může být taková, že mu na každý den bude přidělen určitý počet cigaret. Klient tedy ví, že může

vykouřit například 6 kusů cigaret denně, aby si mohl dovolit i balení limonád nebo něco sladkého. Tento fakt jsem chtěla zmínit, jelikož může ovlivnit výsledky výzkumu.

Další faktor, který výzkum mohl ovlivnit, je špatná orientace klienta. Jak uvádí Kramářová (2000), seniorům se často výrazně zhoršuje paměť, tudíž sami mohou mít zmatek ve své medikaci. Nejsou si jisti, k čemu jsou léky, které užívají, nebo je dokonce zapomínají užívat.

Jak uvádí Brzáková, Beksová (2013), u seniorů se objevuje ve zvýšené míře sebelítost, skeptická prognóza budoucnosti, pesimismus apod. Nemoci se mohou stát prostředkem, jak dosáhnout pozornosti svého okolí. Senior se tedy může považovat za více nemocného, než tomu opravdu je. Doufám, že anonymitou dotazníku jsem zajistila, že respondenti v tomto smyslu uváděli pravdivé informace.

Do šetření byly zahrnuty hypnotika, anxiolytika a analgetika. Dále se u této populace zjišťovala závislost na kofeinu, tabákových výrobcích, alkoholu, konopí a jiných nelegálních látkách. V úvodu dotazníku respondent zvolil možnost pohlaví, tudíž jde z výzkumu posoudit, zda jsou z hlediska užívání rizikovější ženy nebo muži. Diskuze se zabývá zjištěnými výsledky, které budou porovnané s údaji uvedenými v teoretické části práce.

První blok se týká užívání léků. Léky jsou rozděleny do tří skupin, kvůli lepší srozumitelnosti otázek pro respondenty. Místo odborných názvů jsou použity laická označení. První otázka se týká užívání léků na podporu spánku. Tyto léky, hypnotika, pravidelně užívá 6 z dotazovaných (15 % z celkového počtu). Kalvach, Zadák, Jirák a kol. (2004) uvádějí, že větší sklony k užívání léků mají ženy. Z dotazníku vyplynulo, že z těchto 6 respondentů se jedná v pěti případech o ženy. I přes nepoměr žen a mužů v souboru respondentů lze usoudit, že mezi uživateli hypnotik jsou především ženy.

Další otázka zjišťuje četnost užívání anxiolytik. Pod tímto označením si respondenti mohli představit také antidepresiva, která lze do této skupiny zařadit. Tyto léky užívá 8 respondentů. Z celkového počtu dotazovaných mluvíme o 20 %. Výzkum navíc ukázal, že mezi uživateli se nenachází žádný muž.

Výzkum zjistil, že skupina léků na bolest, odborně nazývaná jako analgetika, je nejčastěji užívanou. Užívání uvedlo 16 respondentů, což je z celkového počtu 40 %. I v tomto případě se potvrdilo častější užívání této skupiny léků u žen. Z odpovědí vyplývá, že z 16 uživatelů analgetik, jde v 11 případech o ženy. Je však nutné poukázat na fakt, že v našem souboru je pouze 8 mužů a 7 z nich, tedy většina, uvedlo užívání analgetik. Předchozí studie, jak uvádí Krombholz a Drástová (2010), uvádí v souvislosti s užíváním analgetik více než 50 % starší generace. Ukázalo se, že soubor respondentů prokazuje nižší užívání analgetik než u širší veřejnosti. Je poměrně dost možné, že ostatní respondenti nepovažují svoji frekvenci užívání analgetik za pravidelnou. U takto početného souboru však nelze nikdy výsledky považovat za přesné.

Ať už se jedná o kteroukoliv ze tří dotazovaných skupin léků, v tomto výzkumu se prokázalo častější užívání léků u žen. Z uživatelů hypnotik se jedná v 84 % o ženy, u anxiolytik jde o 100 %, v případě analgetik o 69 %. Procentuálně lze tedy dokázat častější užívání léků u žen.

Skoro 90 % respondentů uvedlo, že užívají jiné, než uvedené léky. Dotazovaní měli možnost uvést konkrétní příklady. Nejvíce osob uvedlo užívání léků na podporu kardiovaskulárního systému. Následně respondenti užívají léky na podporu pohybového aparátu a trávicího traktu. Minimum respondentů uvedlo léky na Parkinsonovu chorobu a Diabetes mellitus. Často ten samý respondent uvedl léky na více nemocí, což dokazuje přítomnost polymorbidity u staršího obyvatelstva.

U užívání tabákových výrobků a konzumace alkoholu jde vždy pouze o rozhodnutí samotného uživatele. Užívání léků je z tohoto pohledu mnohem složitější. Léky může indikovat lékař na rozdíl od alkoholu nebo cigaret. Léky z počátku může jedinec opravdu nutně potřebovat. Vyskytne se nějaký zdravotní problém a léky pomáhají. Z toho vyvede dotyčný závěry, že léky jsou dobré a pomohou mu vždy. Za nějaký čas se objeví jiná zdravotní komplikace a první po čem jedinec sáhne, budou léky. Někdy je bolest symptomem nějaké nemoci. Laicky řečeno nám tělo dává na vědomí, že něco není v pořádku. Naše odpověď je utišení bolesti analgetiky. Nemoc je v těle dál a my nehledáme její příčiny vzniku. Doktor, ať už obvodní nebo specialista, by měl vždy

určit konkrétní indikaci a léčbu. Otázkou je, zda je zdravotní péče natolik kvalitní, aby nedocházelo ke špatné indikaci přímo ze stran odborníků. Sama jsem se setkala z neurologem, který indikoval poměrně silné léky jen po krátkém rozhovoru s pacientem. Prvním krokem ke zmírnění nadužívání léků je tak kvalitnější zdravotní péče.

Ve výzkumu zjišťuji, zda jsou respondenti názoru, že léky výrazně zlepšují kvalitu jejich života. Ti, kteří je užívají, uvádějí vždy kladnou odpověď. Z celkového počtu si 80 % respondentů myslí, že je jejich zdravotní stav výrazně lepší díky lékům. Je otázkou, zda by se u respondentů změnil zdravotní stav, kdyby některé z jejich léků byly nahrazeny neúčinnými a to bez jejich vědomí. Jak uvádí Orel, Facová a kol. (2010), placebo efekt je příznivé působení víry jedince v účinnost léků. Tento efekt funguje u každého člověka jinak. Je však prokázáno, že jde spíše o krátkodobý jev. Placebo nemusí být jen pilulka, ale může to být metoda, postup, slovo i osoba (např. ošetřující lékař). Placebo není využíváno jako standartní léčebná metoda, ale bylo by dobré jeho účinnosti pozitivně využít (Orel, Facová a kol., 2010). S tímto tématem souvisí i otázka ve znění: „Myslíte si, že přerušení užívání léků by mohlo ohrozit Váš zdravotní stav?“. Počet kladných odpovědí byl procentuálně stejný jako u předchozí otázky. Potvrzuje se, že **senioři jsou přesvědčeni o pozitivních účincích léků a o nezbytnosti jejich používání. Toto přesvědčení může být příčinou užívání léků.**

Sedm osob ze souboru respondentů kouří cigarety. Jde o 4 ženy a 3 muže. Z doplňujících otázek vyšlo najevo, že 4 ženy kouřily v minulosti. Všechny uvedly, že hlavním důvodem proč přestaly kouřit, byly obavy o zdraví. Na zbylé otázky o kouření odpovídali pouze kuřáci. Zjistilo se, že průměrně respondenti vykouří 15,4 cigaret denně. To je o 3 desetiny vyšší hodnota, než ukázal průzkum z roku 2013. Tehdy byl soubor respondentů tvořen všemi věkovými kategoriemi (Úřad vlády České republiky, 2013). Všichni kuřáci navíc uvedli, že kouří déle než 10 let. Lze tedy vyvodit názor, že **svůj návyk z dospělosti nedokázali změnit** přesto, že se o to pokoušeli.

Další blok se zabývá konzumací kofeinu. Jak uvádí Mach (2012), kofein je obsažen nejen v kávě, ale i v černém čaji, kole, kakau, hořké čokoládě apod. V kávě je jeho koncentrace nejvyšší, a proto byl výzkum zaměřen na ni. Jeden šálek kávy denně si

dopřeje 33 respondentů. Toto množství, jak uvádí Mach (2012), není z hlediska závislosti na kofeinu nijak rizikové ani škodlivé. Z 33 respondentů 4 uvedli, že si často dopřejí i 3 a více šálků kávy. Je však otázkou, zda obsahuje šálek respondenta stejnou gramáž kávy, která se pro šálek kávy uvádí v literatuře. 75 % respondentů si kávu dopřává v ranních hodinách po probuzení, jelikož jim pomáhá s nabuzením organismu. Večer kávu respondenti spíše nepijí.

V souboru respondentů jsou dvě osoby, které uvedly, že mají problém s nadměrnou konzumací alkoholu. Myslím, že mohu uvést, že jedna z nich je žena, umístěná do Domova důchodců v Sušici. Přesto, že dotazník byl anonymní a respondenti náhodně vybráni, této ženě se do rukou dostal cíleně. Druhou osobou je muž žijící sám ve vlastní domácnosti. Další osoba uvedla, že se jí daří přes 25 let abstinovat. Dle Krombholze a Drástové (2010) jsou na alkoholu závislí 2 až 4 % osob z řad seniorů. Kvůli malému počtu respondentů v souboru činí dva jedinci 5 % z celkového počtu dotazovaných. Tato skutečnost dokazuje, že i v seniorské populaci nalezneme osoby konzumující alkohol v rizikovém množství. Ostatní respondenti sympatizují spíše jen s příležitostní konzumací alkoholu. Uvádějí, že **pijí alkohol kvůli jeho chuťovým vlastnostem**, než kvůli jeho účinkům. Našli se i tací, kteří nepijí alkohol ani při zvláštních příležitostech. Jestliže má senior problém s nadměrnou konzumací alkoholu, má problém psychický. Často se na závislosti druhé osoby může podílet i jeho okolí. Okolí může problémy osoby bagatelizovat, zjednodušovat, osobu odrazovat od skutečného vyřešení problému. Někteří lidé, často i rodinní příslušníci, mají tendence alkoholika krýt nebo jeho závislost přehlížet. Je tedy důležité si uvědomit, že alkoholismus je nemoc, kterou je nutno léčit.

Přes 80 % seniorů ze souboru dotazovaných používá výrobky z konopí. Masti, likéry, oleje, konopné semínko nebo potravinové doplňky z konopí jsou dnes běžně dostupné v obchodech. Miovský a kol. (2008) zdůrazňují unikátní nutriční složení konopného semena či oleje. Je tedy pochopitelné, že senioři mají o tyto výrobky zájem. Senioři užívají výrobky z konopí k léčebným účelům. Užívat konopí ve formě cigarety u seniorů tak běžné není. Dalo by se říct, že senioři mají zkušenost pouze s technickým

konopím. Technické konopí obsahuje minimální množství látky THC. Proto jeho držení, užívání a prodej není zakázán. Výzkumy však dokazují, že právě THC je látka, která pomáhá lidem s těžkým onemocněním (Miovský a kol., 2008).

Je nutné uznat, že výsledky tohoto výzkumu nelze srovnávat s výsledky rozsáhlých a mnohem přesnějších studií. I přes nízký počet respondentů v souboru je ale zřetelné, že i staří lidé jsou uživateli některých návykových látek. **Odpověď na výzkumnou otázku ve znění: „Užívají staří lidé návykové látky?“ má kladný charakter.**

Potvrdilo se, že mezi respondenty nejsou uživatelé pervitinu, heroinu ani kokainu. Jestliže žijí lidé starší 70 let s tímto problémem, žijí pravděpodobně dlouhodobě ve vyloučené sociální komunitě. Tito lidé s užíváním těchto látek měli pravděpodobně zkušenosti i v dospělosti. Nepředpokládám, že by senioři s užíváním tvrdých drog začínali v pozdním věku.

Z výzkumu vyplývá, že tvrdé drogy jsou skupinou látek, u které se neprokázalo žádné užívání. Ani s účinnou látkou THC obsaženou v konopí nemají senioři žádné zkušenosti. Alkohol užívají příležitostně, o škodlivé užívání se jednalo ve dvou případech. V žebříčku rozsahu užívání návykových látek by v rámci výzkumného souboru za pitím alkoholu následovalo užívání hypnotických léků. Větším problémem se zdá být kouření, kterého se dopouští 17,5 % respondentů. Následuje užívání anxiolytických léků a jako nejrozsáhlejší problém lze vyhodnotit užívání analgetik, které uvedlo 40 % respondentů. **Odpověď na výzkumnou otázku: „Které návykové látky senioři užívají a v jakém rozsahu?“ zní: „Rozsah užívání návykových látek se mění dle druhu návykové látky“.**

Poslední výzkumná otázka zněla: „**Jaké jsou příčiny užívání těchto látek?**“. Jak už jsem uvedla, podnětem k užívání některých návykových látek u seniorů může být nějaká krizová situace, úmrtí v rodině, nemoc či odchod do důchodu. Je patrné, že senioři věří v pozitivní účinky léků, proto je také užívají. Kouření je zlovyk, který si kuřáci přenášejí z dospělosti do stáří. Kouří tedy hlavně z důvodu, že tuto závislost nedokázali

ukončit. Alkohol pijí senioři především při zvláštních událostech a zejména kvůli jeho chuťovým vlastnostem. **Příčiny užívání návykových látek jsou vždy individuální a liší se dle druhu užívané látky.**

V každém věku je důležité mít záliby, koníčky, smysluplně někam směřovat svoji energii. I ve stáří mohou vznikat nové sociální vazby, nová přátelství. Často se však setkáváme s tím, že se senioři uzavírají do sebe a neotvírají se novým věcem. Je důležité pochopit a přijmout různá omezení, která s věkem přicházejí. Na druhou stranu je důležité stáří nechápat pouze jako involuční proces, ale jako fázi zrání osobnosti, vedoucí ke zlepšení kvality života jedince. Člověk, který je po psychické stránce v dobré kondici, bude mít jistě menší tendence užívat návykové látky. Prevencí proti užívání návykových látek u seniorů může být především náš přístup k nim samotným.

9 Souhrn výsledků

Z výzkumu je patrné, že největším problémem je nadužívání léků, kouření a konzumace alkoholu. Z léků jsou riziková především analgetika, která slouží ke zmírnění bolesti. Ze souboru respondentů se 40 % osob řadí právě mezi uživatele analgetik. Druhou nejčastěji užívanou skupinou léků jsou anxiolytika, tedy léky na zmírnění pocitů úzkosti a s uklidňujícím účinkem. Senioři ze souboru respondentů jsou i uživateli hypnotik, avšak z těchto skupin léků je užívají s nejmenší frekvencí. Kromě četnosti užívání léků lze z výzkumu dedukovat i jiné závěry. Výzkum ukazuje, že senioři z řad respondentů užívají více léků současně a častějšími uživateli jsou ženy.

Česká republika se umísťuje mezi prvními příčkami v konzumaci alkoholu. Jakmile jedinec dosáhne věkové hranice 18let, považuje se za normální, když v malé míře konzumuje alkohol. Naše společnost má takto nastavené hodnoty. Ze souboru respondentů dvě osoby přiznaly své problémy s alkoholem a jeden respondent uvedl stav úspěšné abstinence. Ostatní respondenti pijí alkohol příležitostně, především kvůli jeho chuťovým vlastnostem.

Kouření cigaret je návyk, který si lidé nesou z dospělosti do stáří. Obavy o zdraví jsou ale přesto častým a správným důvodem přestat kouřit. V našem souboru činí kuřáci 17,5 % z celkového počtu. Průměrný počet vykouřených cigaret je 15,4 kusů denně. Výzkum ukázal, že více cigaret vykouří muži.

Mezi látky s potenciálem závislosti byl do výzkumu zařazen i kofein. Kofein je obsažen nejvíce v kávě, kterou dle našeho výzkumu pije pravidelně 82,5 % respondentů. Nejde však o užívání škodlivé, senioři z řad seniorů pití kávy upřednostňují v dopoledních hodinách a její množství umí správně regulovat.

Jak už bylo zmíněno v Diskuzi, v souboru respondentů nebyli lidé užívající nelegální návykové látky. Užívání nelegálních látek s vysokým potenciálem závislosti je v České republice okrajovým problémem. Důvodem může být právě to, že se narkomani důchodového věku často ani nedožijí.

10 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav a KÜMPEL, Quido a VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
2. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2296-6.
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v číslech – 2014*. www.czso.cz, 2014. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/20556123/3202031405.pdf/773b9f7d-f277-4291-88ea-570ac89d5b80?version=1.0>
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. EHRMANN, Jiří a HŮLEK, Petr a kol. *Hepatologie*. Vyd.2. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 859-404-924-027-2.
6. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
7. HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996. ISBN 80-7169-277-8.
8. HUBINKOVÁ, Zuzana. a kol., *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1593-3.
9. JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-960-2.
10. JIRÁK, Roman a HOLNEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
11. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky 2003, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.

12. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
13. KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ, Helena; SUCHARDA, Petr a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 978-80-247-7038-3.
14. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. ISBN 978-80-247-6642-3.
15. KRAJČÍK, Štefan. *Principy diagnostiky a terapie v geriatrici*. Bratislava: Charis, 2008. ISBN 978-80-88743-72-9.
16. KRAMÁŘOVÁ, Naděžda. *Gerontopsychiatric*. Skriptum pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2000. ISBN 80-7040-442-6.
17. KROMBHOLZ, Richard a DRÁSTOVÁ, Hana. *Závislosti a stáří*. www.psychiatriepropraxi.cz, 2010. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
19. LÜLLMANN, Heinz a MOHR, Klaus. *Barevný atlas farmakologie - Překlad 4. anglického, zcela přepracovaného a rozšířeného vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3908-3.
20. MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
21. MACH, Ivan. *Doplňky stravy: jaké si vybrat ve sportu i v každodenním životě*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2012. ISBN 978-80-247-8059-7.
22. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
23. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.

24. MISTOLER, Petr. *Závislost na návykových látkách a jejich abúzus ve stáří*.
www.psychiatr.org , 2010. Dostupné z: <http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf>
25. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN 978-80-247-7099-4.
26. MÜHLPACHR, Pavel. *Schola Gerontologica*. Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
27. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
28. OREL, Miroslav a FACOVÁ, Věra. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2946-6.
29. PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-274-4236-6.
30. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-327-8.
31. PTÁČEK, Radek a BARTŮŇEK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
32. ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2662-8.
33. SKÁLA, Jaroslav. *...Až na dno!?*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 978-80-262-0005-5.
34. SOVINOVÁ, Hana a CSEMY, Ladislav a SADÍLEK, Petr. *Zdraví a škodlivé návyky – Tematický sborník věnovaný problematice kouření, spotřeby alkoholických nápojů a užívání drog u dospělých a mládeže*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-141-8.
35. ŠAMÁNEK, Milan a URBANOVÁ, Zuzana. *Účinný lék*. In: BUDINSKÝ, V., *At žije alkohol*. Vyd. 5. Praha: Agentura Lucie, 2012. ISBN 978-80-87138-44-1.
36. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů, geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-9917-9.

37. ŠPINAR, Jindřich a VÍTOVEC, Jiří a kol. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1822-4.
38. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie – 3., přepracované a doplněné vydání*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.
39. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zaostřeno na drogy 2/2013* (ročník jedenáctý). Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. ISSN 1214 – 1089.
40. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2014*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015. ISBN 978-80-7440-134-3.
41. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
42. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

11 Přílohy

11.1 Příloha 1

Dotazníkové šetření – Užívání návykových látek u seniorů

Dobrý den, jsem studentkou Jihočeské fakulty, oboru speciální pedagogika. Za účelem výzkumu ke své bakalářské práci vás poprosím o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní. Děkuji za váš čas a ochotu.

Jsem:

MUŽ / ŽENA

Blok 1 – Užívání léků

- č. 1 : Užíváte pravidelně léky „na spaní“ (s hypnotickým účinkem)? ANO / NE
- č. 2 : Užíváte pravidelně léky s uklidňujícím účinkem (zmírnění pocitů úzkosti)? ANO / NE
- č. 3: Užíváte pravidelně léky proti bolesti (analgetika)? ANO / NE
- č. 4 : Užíváte pravidelně nějaké jiné léky? ANO / NE
- Pokud ano, uveďte jaké a k čemu přispívají: _____
- č. 5 : Jste toho názoru, že Vám léky výrazně pomáhají zlepšit kvalitu života? ANO / NE
- č. 6 : Myslíte si, že vysazení léků by mohlo ohrozit váš zdravotní stav? ANO / NE

Blok 2 – Kouření

- č. 1: Kouříte v současné době cigarety a jiné tabákové výrobky? ANO / NE
- č. 2: Kouřil/a jste v minulosti? ANO / NE
- č. 3: Přestal/a jste kouřit z obav o své zdraví? ANO / NE
- Jestliže jste nekuřák, na zbylé otázky v Bloku 2 neodpovídejte.**
- č. 4 : Kolik cigaret průměrně za den vykouříte? _____
- č. 5: Kouříte více než 5 let? ANO / NE

- č. 6: Kouříte více než 10 let? ANO / NE
- č. 7: Pokouše/a jste se opakovaně přestat s kouřením? ANO / NE

Blok 3 – Kofein

- č. 1: Pijete obvykle alespoň 1 šálek kávy denně? ANO / NE
- č. 2: Pijete 3 a více šálků kávy denně? ANO / NE
- č. 3: Pijete pravidelně kávu po ránu? ANO / NE
- č. 4: Pomáhá vám káva s nabuzením organismu? ANO / NE
- č. 5: Pokud pijete kávu večer, hůře se vám usíná: ANO / NE

Blok 4 – Alkohol

- č. 1 : Myslíte si, že jste nyní závislý/á na alkoholu? ANO / NE
- č. 2 : Byl/a jste závislý/á na alk. a nyní již abstinujete? ANO / NE
- Jestli ano, jak dlouho ? _____
- č. 3 : Pijete alkohol jen příležitostně? ANO / NE
- č. 4 : Můžete o sobě říci, že alkohol nepijete nikdy? ANO / NE
- č. 5: Pijete alkohol především z důvodu, že: (zaškrtněte variantu)

Vám chutná

máte poté lepší náladu

podaří se vám zapomenout na problémy

Blok 4 – Marihuana - Konopí

- č. 1: Užil/a jste někdy marihuanu ve formě cigarety? ANO / NE
- č. 2: Užíváte takto marihuanu pravidelně? ANO / NE
- č. 3: Používáte někdy výrobky z konopí (masti, atp.)? ANO / NE
- č. 4: Víte o možných léčivých účincích marihuany
na Alzheimerovu, či Parkinsonovu chorobu? ANO / NE
- č. 5: Souhlasíte s legalizací marihuany pro léčivé účely? ANO / NE

Blok 5 – „Tvrdé drogy“ (Pervitin, Kokain, Heroin,...)

č. 1: Jste závislý/á na drogách? ANO / NE

➤ Pokud ano, uveďte název návykové látky _____

č. 2: Byl jste v minulosti závislý/á na drogách? ANO / NE

➤ Pokud ano, uveďte, jak dlouho již abstinujete: _____

➤ Pokud ano, podstoupil/a jste odvykací kůru? ANO / NE

č. 3: Experimentoval/a jste v minulosti s nějakou výše uvedenou
návykovou látkou? ANO / NE

➤ Pokud ano, uveďte její název _____

11.2 Příloha 2

Fagerströmův test nikotinové závislosti:

1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

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

2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?

- první ráno (1 bod)
- kterékoli jiné (0 bodů)

3) Kolik cigaret denně kouříte?

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

5) Kouříte víc během dopoledne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Součet bodů:

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