



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

Katedra psychologie a speciální pedagogiky

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. I senioři patří mezi uživatele některých návykových látek, především léků. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část má 4 kapitoly (Stáří a stárnutí, Látková závislost, Návykové látky, Užívání návykových látek ve stáří) a shrnuje poznatky současné literatury o daném tématu. Zprvu se zabývá stářím a stárnutím. Tato první kapitola se věnuje stárnutí a životní etapě stáří. Obecně známým faktem je, že průměrný věk člověka se prodlužuje a to v etapě postproduktivní. Společnost tedy stárne. Pozornost je věnovaná i duševní hygieně ve stáří. Jsou zde zmíněné multifaktoriální projevy stáří, tj. biologické, psychologické a sociální.

Ve druhé kapitole jsou popsány faktory, které zvyšují pravděpodobnost užívání návykových látek, případně vzniku závislosti. Tyto faktory mohou být genetické, biologické, či psychické. Jsou zde zmíněné definice závislosti a znaky, kterými se závislost projevuje.

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, stimulancia a opiáty.

Poslední, čtvrtá kapitola, je zaměřena přímo na užívání návykových látek u seniorů. Senioři jsou uživateli 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 zjištění rozsahu a příčin užívání návykových látek u seniorské populace. Dílčím cílem je zjištění výše rizika návyku starší populace na návykových

látkách. Pro dosažení 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 70 let. 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 zlovyk 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, 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. It's generally known that the average age is becoming longer and especially in the after-productive period. The society gets older. 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 definitions of addiction and symptoms how the addiction is manifested itself.

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 find out the extent and cause of using addictive substances by the senior population. Partial goal is to find out risk amount of addiction by senior citizens to addictive substances. 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 4. 5 2015

.....

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
1.1.1 biologické projevy stáří	15
1.1.2 psychologické projevy stáří	15
1.1.3 sociální projevy stáří.....	16
1.2 Zásady duševní hygieny ve stáří	16
1.3 Stárnutí populace.....	18
2 Látková závislost	20
2.1 Definice a znaky závislosti.....	21
2.2 Stadia rozvoje závislosti.....	24
3 Návykové látky	25
3.1 Legální návykové látky	25
3.1.1 Tabák a tabákové výrobky.....	26
3.1.2 Alkohol	27
3.1.3 Psychoaktivní léky.....	29
3.1.4 Potraviny.....	31
3.2 Nelegální návykové látky.....	32
3.2.1 Konopí	32
3.2.2 Halucinogeny.....	33
3.2.3 Stimulancia	34
3.2.4 Opiáty	34
4 Užívání návykových látek ve stáří.....	35
4.1 Konzumace alkoholu ve stáří	36
4.2 Tabakismus a senioři.....	37
4.3 Kofein a senioři	37
4.4 Farmaka a senioři	37

4.5 Nelegální návykové látky a senioři	38
5 Cíl práce a hypotézy	39
5.1 Cíl výzkumné práce.....	39
5.2 Hypotézy	39
6 Metodika	40
6.1 Metodický postup.....	40
6.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
7 Vyhodnocení výsledků	41
7.1 Blok – užívání léků starší populací	41
7.2 Blok – kouření u starší populace	44
7.3 Blok- kofein a jeho užívání starší populací.....	46
7.4 Blok – užívání alkoholu starší populací	48
7.5 Blok – užívání konopí starší populací.....	50
7.6 Blok – užívání návykových látek starší populací.....	52
8 Diskuze	53
9 Závěr	58
10 Seznam použitých zdrojů.....	60
11 Přílohy.....	63
11.1 Příloha 1	63
11.2 Příloha 2	66

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.	Tak zvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace (<i>World Health Organization</i>)

Úvod

V posledních letech vzrůstá počet jevů, které společnost označuje za sociálně patologické. Jedná se o jevy, které jsou nežádoucí a nechtěné. Patologických jevů je celá škála, ať už se jedná o delikvenci, kriminální či závislostní chování. Některé závislosti, zejména kouření cigaret a pití alkoholu, bývají naší společností ve větší míře tolerovány. Pití alkoholu bývá akceptováno na oslavách, svatbách, společenských akcích. Počet lidí, užívajících alkohol a nikotin roste nejen v České republice, ale i ve světě. Není výjimkou vidět kouřit děti před základní školou, ale ani seniory v domovech důchodců. Právě problematikou závislostí seniorů bych se chtěla zabývat. Vybrala jsem si tedy téma Užívání návykových látek u seniorů. Toto téma není dostatečně zpracované, jelikož literatura zmiňuje v souvislosti s užíváním návykových látek skupinu starší populace, tedy osoby starší 40let. Abúzus užívání látek u cílové skupiny seniorů, tedy u osob starších 60let, je zpracován velmi nedostatečně.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Jelikož cílovou skupinu tvoří senioři, věnovala jsem se životní etapě stáří. Stárnutí provází mnoho změn. V práci jsou popsány jeho multifaktoriální projevy, tedy psychologické, biologické a sociální. Pozornost je věnována i duševní hygieně, která je nezbytná pro spokojený život ve stáří. K volbě tématu mě přivedlo i absolvování mé praxe v Domově důchodců v Sušici. Tato cílová skupina je mi velmi blízká i z důvodu, že se se svojí rodinou staráme o naši babičku trpící Parkinsonovou chorobou. 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.

Druhá kapitola se zabývá užíváním látek se závislostním potenciálem. Dále jsem v teoretické části práce vymezila pojem závislost a druhy návykových látek, na kterých závislost vzniká. Zabývala jsem se příčinou i dopadem závislosti na organismus u legálních i nelegálních návykových látek. Zmíněná je i problematika užívání marihuany, což je poměrně aktuální a živé téma.

Praktická část práce se zabývá zjišťováním četnosti užívání návykových látek u seniorů. Cílem je zjištění příčin užívání a rozsahu návykových látek. Dále ve svém šetření zjišťuji, která z látek s potenciálem závislosti je nejčastěji užívána.

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 po staletí hledalo příčiny stárnutí člověka. Snahy byly především o zlepšení kvality této etapy života 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 homeostázu¹. Následkem je větší zranitelnost jedince, snížená vitalita i schopnost adaptace. Jinak řečeno, stárnutí je zhoršení několika funkcí organismu.

Jednoznačná příčina stárnutí není známá, 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. 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 60-74. rokem života. Věk 75-89 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

¹Homeostáza – stálost, rovnováha vnitřního prostředí

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. 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 a 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).

1.1.1 biologické projevy stáří

K biologickým změnám, spojeným se stářím, patří oslabení regulačních funkcí organismu a imunity. Tím se zvyšuje vulnerabilita² 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).

1.1.2 psychologické projevy stáří

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, Kämpel, Vojtěchovský, 1994). Zhoršuje se paměť, především epizodická³ a stejně tak se zhoršuje schopnost udržet pozornost. Může dojít ke změnám v povahových rysech jedince, většinou jde o sklon k introverzi. Co se týká inteligence, člověk disponuje dvěma druhy. Fluidní inteligence je vrozená a její význam převažuje

² zranitelnost

³ vážící se k situaci a místu

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).

1.1.3 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 Zásady duševní hygieny ve stáří

Kalvach, Zadák, Jirák a kol. (2004) uvádějí 5 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. Neznamená 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).

1.3 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 20let 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.

Mühlpachr (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

Závislost je kategorie, která ke člověku vždy patřila, lidstvo se jí snažilo dostat pod kontrolu. Závislost je problémem multidisciplinárním. 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), ale často právě na určité návykové látce.

Definice podle WHO: „*Léková závislost je 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).

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).

2.1 Definice a 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 sebevládní

Druhým znakem závislosti mohou být potíže v sebevládní. Ty jsou občas zaměňovány s cravingem, ale rozhodně neznamení totéž. Tyto znaky mají mezi sebou ale úzký vztah. Touha po droze rozhodně zhoršuje lidské sebevládní. 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 vťahy 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 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. 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. Uživatelé často odradí pohled na ty, kteří jsou v dalších fázích závislosti.
2. Stadium – Uživatel si 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. Stadium – tato fáze už je velmi riziková, uživatel se mění jeho hodnoty. V hlavním zájmu začíná být návyková látka. Jedinec ztrácí sociální vazby, přichází o zaměstnání, apod.
4. Stadium – v hlavním zájmu uživatele je droga. Jedinec svoji závislost často netají před okolím. Sociální vazby bývají zcela přerušeny. 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

Za návykovou látku lze pokládat látku přírodního, či 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).

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).

3.1.1 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).

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 (Králiková 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 10 letech od zanechání kouření riziko úmrtí na onemocnění oběhové soustavy stále dvakrát větší než u nekuřáků. Dokázána je i škodlivost pasivního kuřáctví (Špínar, Vítovec, 2007).

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

3.1.2 Alkohol

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 35-44 let a následovně mladých lidí ve věku 15-24 let (Úřad vlády České republiky, 2013).

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).

Česká republika se umísťuje 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 přísun 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).

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. Dostávají 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).

3.1.3 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 zneužívané, 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 léčích 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 Neurolog, 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 55-64let (Úřad vlády České republiky, 2013).

3.1.4 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 potravině, 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 potravině 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. 2,3-2,8 % respondentů uvedlo experimentování s kokainem, LSD a pervitinem. Heroin užilo znatelně nižší procento obecné populace (Úřad vlády České republiky, 2013).

3.2.1 Konopí

Konopné drogy mohou být ve dvou formách, jako marihuana nebo hašiš. Marihuana 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. Ty 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 chorobou⁴, aterosklerózou⁵, alergickým astmatem i autoimunitním diabetes⁶.

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).

3.2.2 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 a PCP (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).

⁴ Zánětlivé onemocnění střev

⁵ Chronické progresivní onemocnění cévních stěn

⁶ Cukrovka 1. typu

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).

3.2.3 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 vyprchání 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 psychózu⁷ (Minařík in Kalina kol., 2003).

3.2.4 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).

⁷paranoidní stav, kdy uživatel ztrácí náhled na situaci. Je přesvědčen o různých domněnkách, které mohou doprovázet halucinace

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 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 g alkoholu u mužů a 16 g alkoholu u žen. Pro představu jde o jedno velké pivo, nebo 2 dl 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 dl pilsenského 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. 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 (Klevetová, 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 4-6 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 85let.

Co se týče úzkostí, trpí jimi asi 10-15 % 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. trakvilizéry, neboli léky odstraňující chorobnou úzkost a strach. Za rizikovou je považována situace, kdy uživatel konzumuje více než 20 mg 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).

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 stimulantů. Dalo by se říci, že problematika zneužívání nelegálních drog seniory je u nás okrajovým problémem (Krombholz, Drástová, 2010).

5 Cíl práce a hypotézy

5.1 Cíl výzkumné práce

Hlavním cílem je zjistit, zda staří lidé užívají návykové látky. Dílčím cílem je zjistit příčiny a rozsah užívání návykové látky seniorskou populací. Dalším dílčím cílem je zjištění, zda je častějším uživatelem žena, nebo muž. Výzkum by měl určit, která z návykových látek bývá nejčastěji užívaná.

5.2 Hypotézy

Pro výzkum byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Kuřáci z řad seniorů jsou dlouhodobí kuřáci, kteří nedokázali své zvyklosti změnit.

H2: Mezi seniory jsou uživatelé konopí, které využívají k léčebným účelům.

H3: Mezi seniory nejsou uživatelé pervitinu.

6 Metodika

6.1 Metodický postup

Pro zpracování daného tématu byl zvolen kvantitativní metodologický postup. Dotazník je vlastní konstrukce. V úvodu je seznámení respondentů s účelem výzkumu, zároveň je respondent upozorněn na anonymitu dotazníku. Následují otázky řazené do bloků, kdy se v každém bloku jedná o jinou návykovou látku. Léky jsou rozděleny na skupinu léků na spaní, s uklidňujícím účinkem, proti bolesti. Další bloky se zabývají tabákovými výrobky, pitím kávy či alkoholu, užíváním konopí a jiných návykových látek. Celkem obsahuje dotazník 31 otázek (viz příloha č. 1).

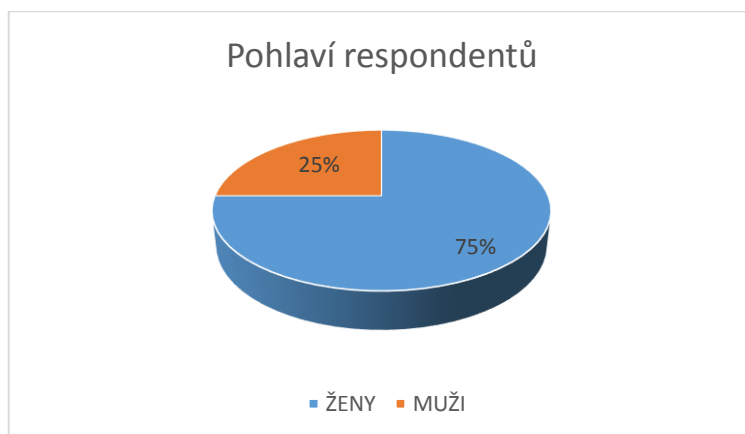
Dotazník byl v tištěné podobě. Část dotazníků byla ponechána v Domově důchodců v Sušici. Zbytek dotazníků byl rozdán po prarodičích mých vrstevníků. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Pro lepší vizualizaci výsledků šetření byly vytvořeny grafy.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor respondentů tvoří senioři, muži i ženy, starší 70 let. 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. Rozdáno bylo 40 dotazníků a návratnost byla 100%.

7 Vyhodnocení výsledků

Následující graf zobrazuje poměr mužů a žen ve skupině respondentů. Konkrétně se zúčastnilo 32 žen a 8 mužů. V převodu na procenta lze říci, že skupinu tvořilo 25 % mužů a 75 % žen.



zdroj: Vlastní výzkum

7.1 Blok – užívání léků starší populací

Otázka č. 1: první 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: na otázku pravidelného užívání léků s uklidňujícím účinkem odpovědělo 8 respondentů ano, zbylých 32 respondentů tyto léky neužívá.



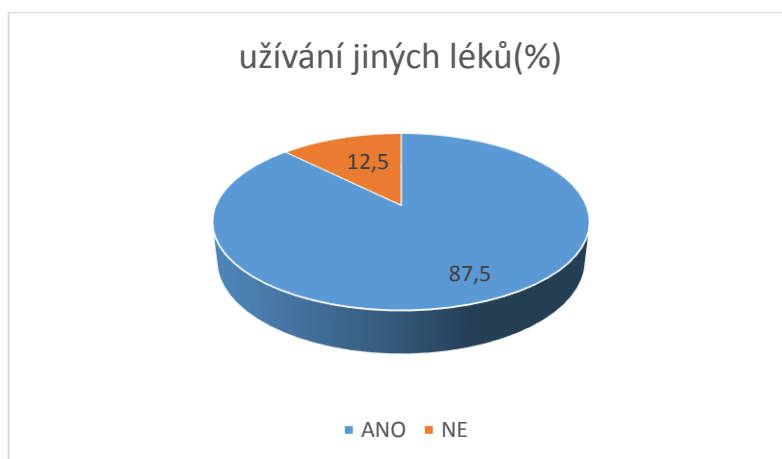
zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: 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).



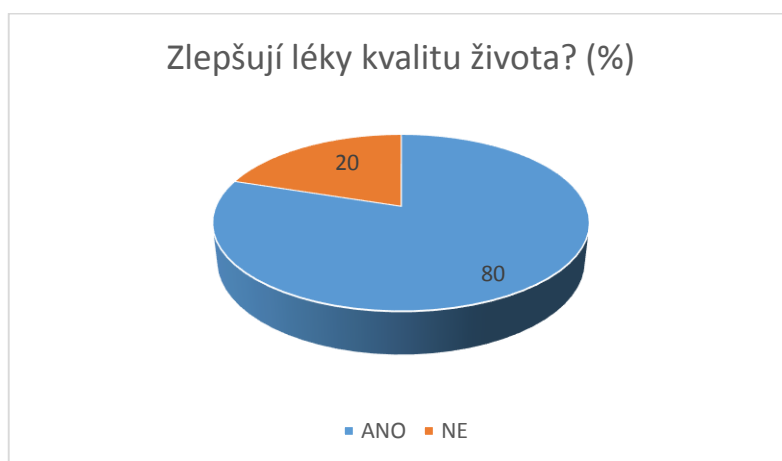
zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: z následujícího grafu je evidentní, že senioři neužívají obvykle jen jeden lék, ale kombinaci více léků. 35 lidí 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 chorobu).



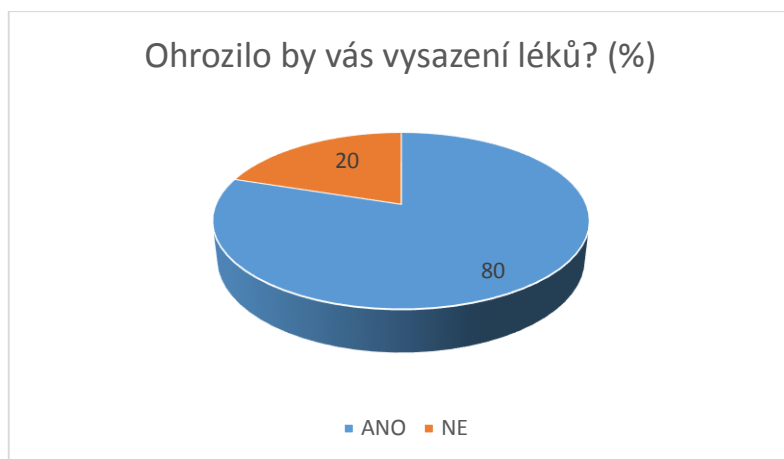
zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: následující graf ukazuje, že na otázku: „Jste toho názoru, že vám léky výrazně pomáhají zlepšit kvalitu života?“, odpovědělo 32 lidí (80 %) ano.



zdroj: Vlastní výzkum

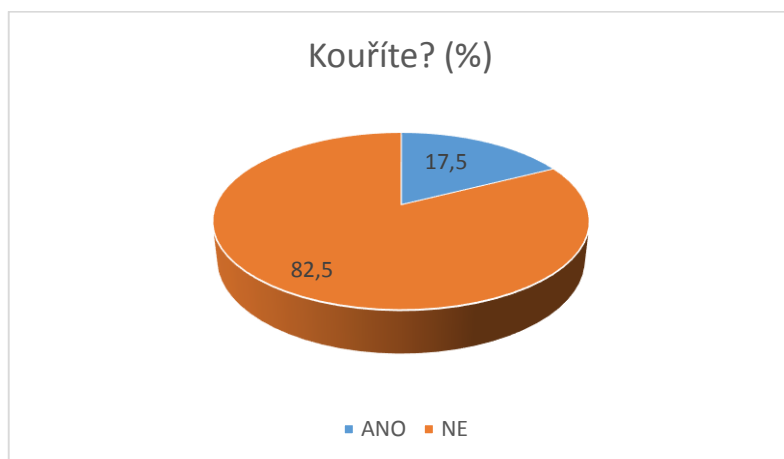
Otázka č. 6: senioři si myslí, že jim léky výrazně pomáhají. Stejně procento dotázaných je přesvědčeno o tom, že při případném vysazení jejich medikace se jejich zdravotní stav může výrazně zhoršit.



zdroj: Vlastní výzkum

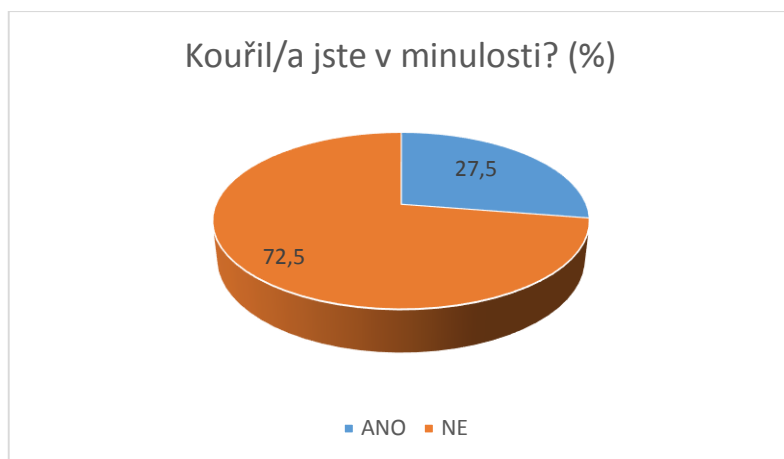
7.2 Blok – kouření u starší populace

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: na otázku zdali kouřili respondenti v minulosti, odpovědělo 11 lidí kladně. Když odečteme počet lidí, kteří kouří stále, zjišťujeme, že se v dotazovaném souboru nacházejí 4 bývalí kuřáci. Navíc lze z výsledků uvést, že jde o ženy.

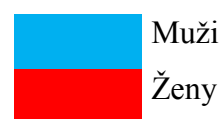
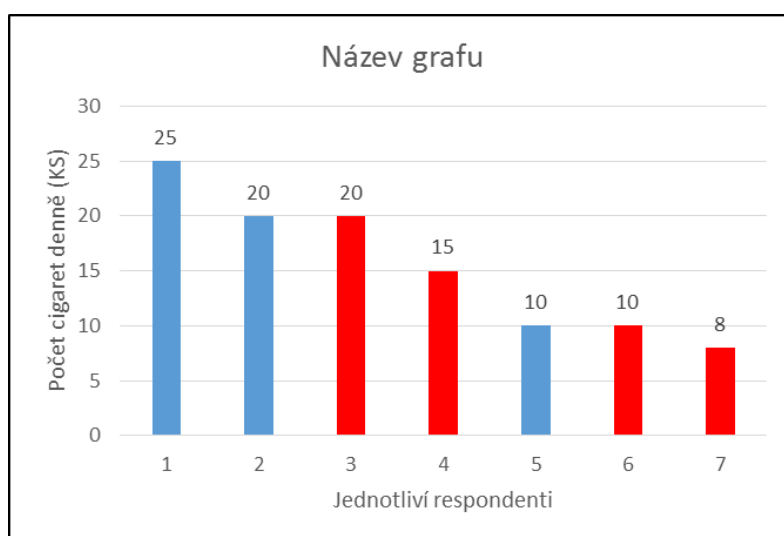


zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: „přestal/a jste kouřit z obav o své zdraví?“ Na tuto otázku odpovídali 4 respondenti, všichni uvedli, že ano.

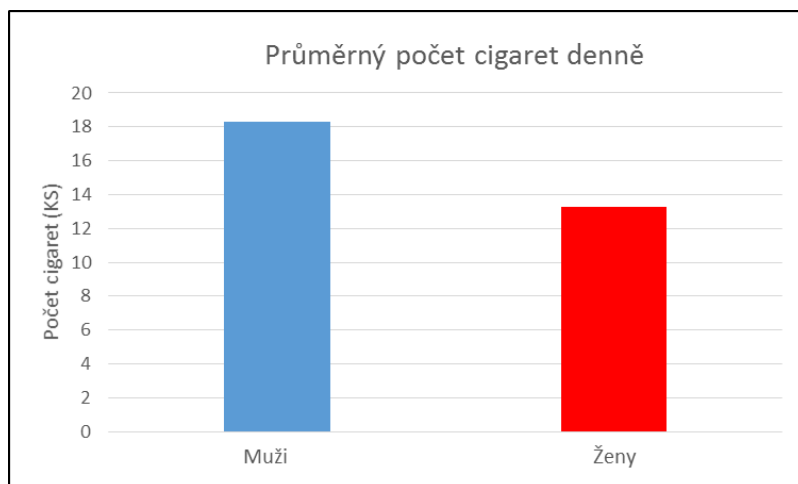
Zbylé otázky v tomto bloky byly určeny jen pro kuřáky.

Otázka č. 4: cílem této otázky bylo zjistit, kolik ks cigaret vykouří respondenti denně. Ukázalo se, že průměrně vykouří respondenti 15,4 cigaret denně. Rozmezí počtu kusů cigaret činí 8 - 25 denně. Více cigaret průměrně vykouří muži.



Zdroj: vlastní výzkum

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



Zdroj: Vlastní výzkum

Zároveň všichni kuřáci uvedli, že jejich návyk trvá více než 10 let. 5 ze 7 respondentů uvádí, že se opakovaně pokoušelo s kouřením přestat.

7.3 Blok- kofein a jeho užívání starší populací

Otázka č. 1: ze 40 dotazovaných pije šálek kávy denně 33 lidí. Z grafu vyplývá, že jde o 17,5 % z celkového počtu souboru respondentů.



zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.2 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: 30 dotazovaných (75 %) uvedlo, že si svoji první kávu dopřejí po ránu. Stejně procento lidí odpovědělo kladně i na otázku č. 4, zda jim káva pomáhá s nabuzením organismu.



zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.5: 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 starší populací

Otázka č. 1: 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.



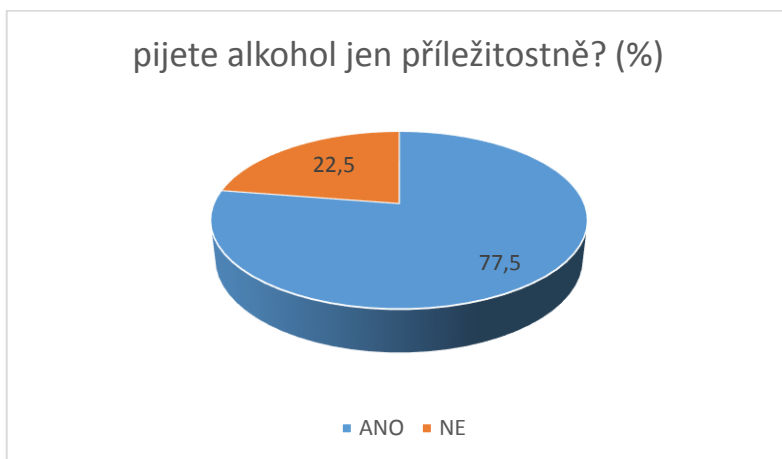
zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: 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: následující graf znázorňuje, že více než $\frac{3}{4}$ respondentů uvedli, že alkohol pijí pouze příležitostně (myšleno na oslavách, při přípitcích, apod.)



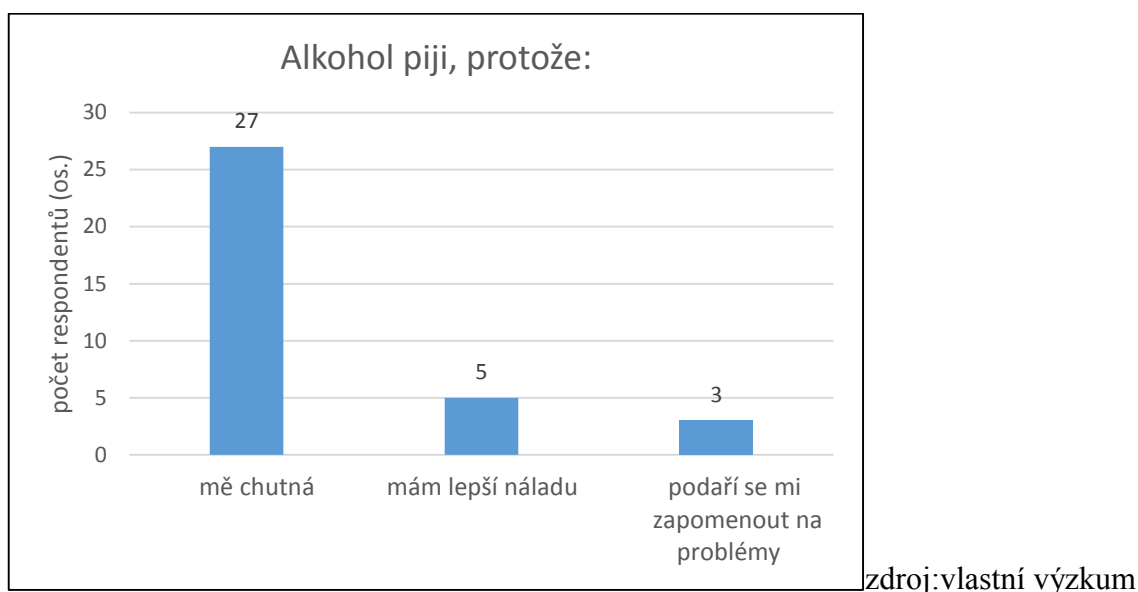
zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: 5 respondentů, čili 12,5 % z celkového počtu uvádí, že alkohol nepijí nikdy.



zdroj: Vlastní výzkum

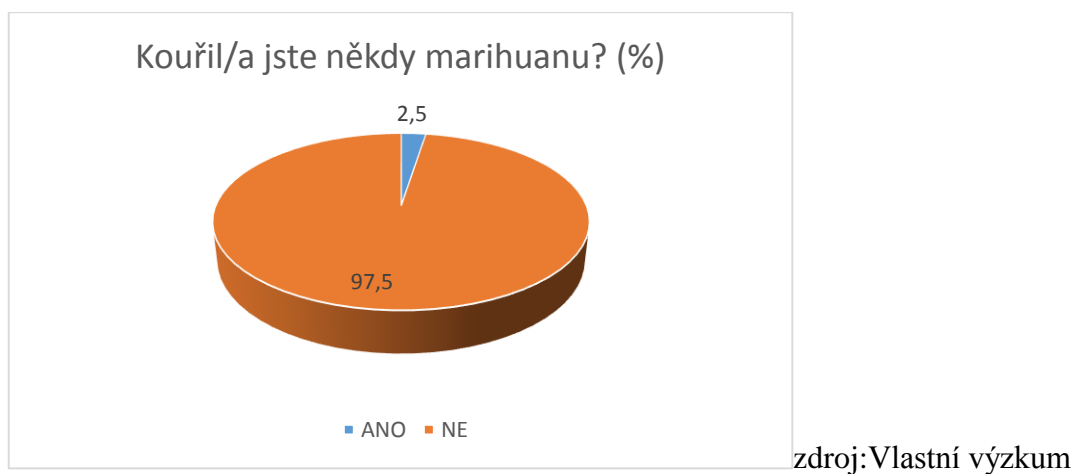
Otázka č. 5: z jakého důvodu senioři pijí alkohol? (odpovědělo 35 respondentů)



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

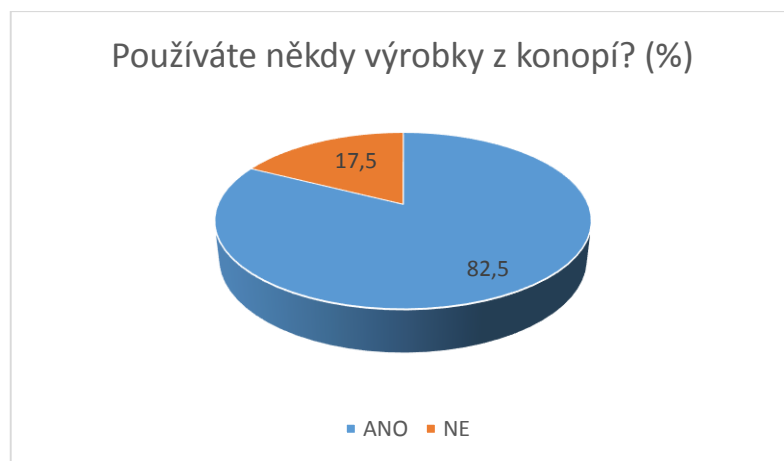
7.5 Blok – užívání konopí starší populací

Otázka č. 1: „Užil/a jste někdy marihuanu ve formě cigarety?“ na tuto otázku odpověděl 1 respondent kladně. Jednalo se o ženu.



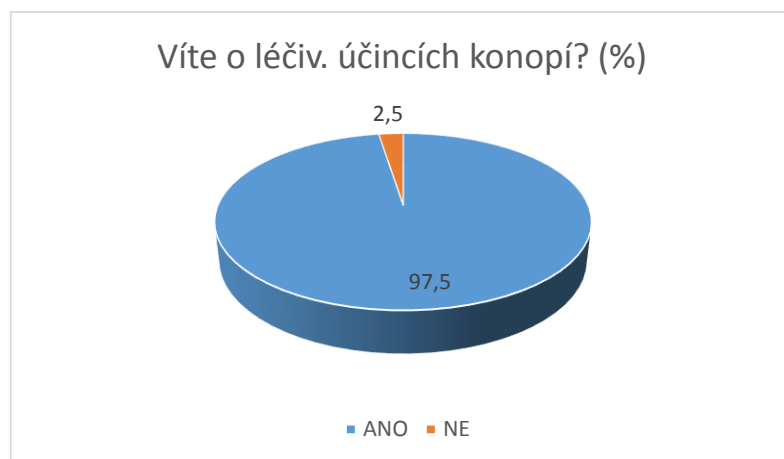
Otázka č. 2: „Užíváte takto marihuanu pravidelně?“ Ani žena která uvedla, že experimentovala s marihuanou neuvádí, že by se toho dopouštěla pravidelně. Mezi seniory tedy není osoba, která by pravidelně užívala marihuanu.

Otázka č. 3: naopak velké procento lidí uvedlo, že využívá léčivých účinků konopí a to ve formě mastí, sirupů apod. Jde o 33 lidí ze 40.



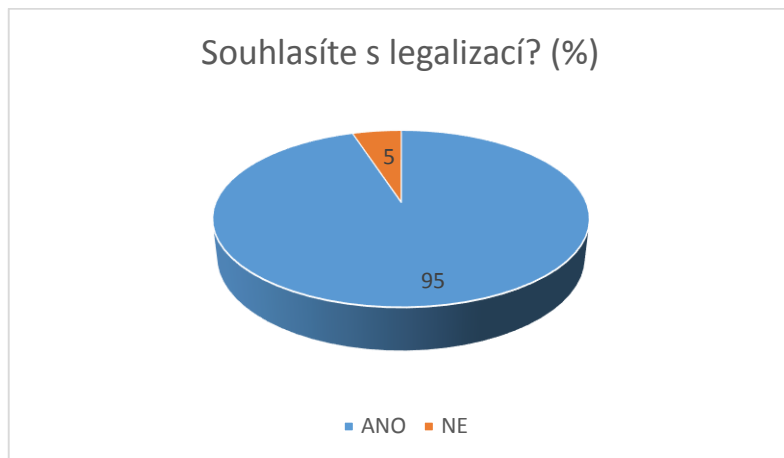
zdroj: Vlastní výzkum

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 s určitých důvodů nesouhlasí 2 respondenti.



zdroj: Vlastní výzkum

7.6 Blok – užívání návykových látek starší populací

Otázka č. 1: 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: 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 dnes poměrně aktuálním tématem. 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.

Kalvach, Zadák, Jirák a kol. (2004) v terminologii rozlišují pojmy užívání (konzumentství), zneužívání (misúzus) a nadužívání (abúzus) látek. Práce se zabývá užíváním, avšak popisuje i vznik a rozvoj závislostí.

Odhalit nadužívání návykových látek 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, v jakém rozsahu užívají senioři návykové látky. Tuto skutečnost ovlivňuje více faktorů. Soubor respondentů zahrhoval lidi žijící ve vlastní domácnosti i v domovech pro seniory. Pobyť 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 důchodcům pomáhají sociální pracovníce. Domluva s klientem může být taková, že mu na každý den bude přidělen určitý počet cigaret. Klient tedy ví, že může vykouřit například 6 ks 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 léky na spaní, na uklidnění a proti bolesti. 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 rizikovější ženy nebo muži. V diskuzi se budu zabývat zjištěnými výsledky, které porovnáám s údaji uvedenými v teoretické části této práce.

První blok se týká užívání léků. Léky jsem rozdělila do tří skupin kvůli lepší srozumitelnosti otázek pro respondenty. Místo odborných názvů jsem použila laická označení. V otázce číslo jedna se ptám na užívání léků „na spaní“. Léky na podporu spánku neboli 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 užívání léků s uklidňujícím účinkem proti úzkosti a strachu. Pod tímto označením si respondenti mohli představit také antidepresiva, která lze do této skupiny zařadit. Tyto léky tedy 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 %.

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.

Skoro 90 % respondentů uvedlo, že užívají jiné než uvedené léky. Dotazovaní měli možnost uvést konkrétní příklady. Nejvíce osob uvedlo užívání léků na podporu kardiovaskulárního systému⁸. Následně respondenti užívají léky na podporu pohybového aparátu a trávicího traktu. Minimum respondentů uvedlo léky na Parkinsonovu chorobu a Diabetes mellitus⁹. Často ten samý respondent uvedl léky na více nemocí. Dokazuje to přítomnost polymorbidity¹⁰ u staršího obyvatelstva.

Ve výzkumu zjišťuji, zda jsou respondenti názoru, že léky výrazně zlepšují kvalitu 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, 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 standardní léčebná metoda, ale bylo by dobré jeho účinnosti pozitivně využít (Orel, Facová a kol., 2010). S tímto tématem souvisí i následující 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.

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

⁸ Častá odpověď zněla: Srdce, cévy

⁹ „cukrovka“

¹⁰ Přítomnost více chorob současně

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.

Tímto se potvrzuje Hypotéza H1.

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 2–4 % 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 nikdy, ani při zvláštních příležitostech.

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.

Potvrzuje se Hypotéza H2.

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 THC¹¹. 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).

Výsledky výzkumu korespondují s Hypotézou H3.

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

¹¹Tetrahydrokanabinol

9 Závěr

Celá práce se zabývala návykovými látkami a jejich užíváním. Z výzkumu je patrné, že největším problémem je nadužívání léků, kouření a konzumace alkoholu. 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. Z vlastní zkušenosti 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.

Jak uvádí Popov (in Kalina a kol., 2003) Česká republika se umísťuje mezi prvními příčkami v konzumaci alkoholu. S pitím alkoholu se začíná poměrně brzy. Jakmile jedinec dosáhne věkové hranice 18let, považuje se za normální, když v malé míře konzumuje alkohol. Je běžné dát si skleničku piva k obědu, nebo 2dl vína k večeři. Naše společnost má takto nastavené hodnoty. Respondenti uvádějí, že alkohol pijí především kvůli chuťovým vlastnostem. 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 rodinný příslušníci, mají tendence alkoholika krýt nebo jeho závislost přehlížet. Je tedy důležité si uvědomit, že alkoholismus je nemoc, kterou je nutno vyléčit.

Kouření cigaret je návyk, se kterým se špatně přestává. Právě proto si lidé nesou tuto závislost z dospělosti do stáří. Obavy o zdraví jsou ale přesto častým a správným důvodem přestat kouřit. Paradoxně kouření marihuany neprokazuje tak škodlivé účinky na organismus, přesto je její užívání zakázáno. Miovský a kol. (2008) uvádí, že závislost rozhodně nepatří mezi hlavní problémy s užíváním marihuany. Nikdy nebylo dokázáno, že je marihuana startovací návykovou látkou k užívání látek s vysokým závislostním potenciálem. Pozitivních účinků konopí, především látky THC, je vskutku mnoho. Alespoň když uvážíme, že nikotin obsažený v cigaretách žádné lékařské využití nemá.

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.

Vzhledem k vyššímu průměrnému věku, kterého se ženy dožívají oproti mužům, je pochopitelné, že v populaci nad 70 let převažují ženy. Právě proto jsou také častějšími uživateli látek se závislostním potenciálem. Důvodem může být i fakt, že v souboru respondentů převažovaly osoby ženského pohlaví.

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 (Dvořáčková, 2012). 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.

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. 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.
11. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

12. 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.
13. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. ISBN 978-80-247-6642-3.
14. KRAJČÍK, Štefan. *Principy diagnostiky a terapie v geriatrici*. Bratislava: Charis, 2008. ISBN 978-80-88743-72-9.
15. KRAMÁŘOVÁ, Naděžda. *Gerontopsychiatric*. Skriptum pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2000. ISBN 80-7040-442-6.
16. KROMBOLZ, Richard a DRÁSTOVÁ, Hana. *Závislosti a stáří*. www.psychiatriepropraxi.cz, 2010. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
18. 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.
19. MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
20. 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.
21. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
22. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
23. 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>

24. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN 978-80-247-7099-4.
25. MÜHLPACHR, Pavel. *Schola Gerontologica*. Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
26. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
27. OREL, Miroslav a FACOVÁ, Věra. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2946-6.
28. PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-274-4236-6.
29. ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2662-8.
30. 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.
31. ŠAMÁNEK, Milan a URBANOVÁ, Zuzana. *Účinný lék*. In: BUDINSKÝ, V., *Ať žije alkohol*. Vyd. 5. Praha: Agentura Lucie, 2012. ISBN 978-80-87138-44-1.
32. 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.
33. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie – 3., přepracované a doplněné vydání*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.
34. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zaostřeno na drogy 2/2013* (ročník jedenáctý). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. ISSN: 1214 – 1089.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
36. 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 na bolest (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, uveďte, jak dlouho se vám to daří: _____
- 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 protože: (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 kúru? ANO / NE

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

➤ Pokud ano, uveďte název návykové látky_____

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

