TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická

Syndrom závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce: **Ludmila Zavadilová**
Vedoucí práce: Ing. František Vlach, MBA,LL.M.,Ing-Paed IGIP
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Liberec 2022

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická

Zadání bakalářské práce

Syndrom závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů

Jméno a příjmení: **Ludmila Zavadilová**
Osobní číslo: P19000677
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: **2020/2021**

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit rozsah výskytu syndromu závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Dotazování, Delfská metoda.
Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: Čeština

Seznam odborné literatury:

FISCHER, S., 2009. Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.
MATOUŠEK, O. 2013. Metody a řízení sociální práce. 3. aktual. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
NAVRÁTIL, P., 2001. Teorie a metody sociální práce. 1. kniž. vyd. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
RÖHR, H.-P., 2015. Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-262-0927-0.
SEIFERTOVÁ, D., aj., 2004. Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-06-2.

Vedoucí práce: Ing. František Vlach, MBA,LL.M.,Ing-Paed IGIP
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce: 20. dubna 2021
Předpokládaný termín odevzdání: 30. dubna 2022

L.S.

prof. RNDr. Jan Picek, CSc.
děkan

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 11. června 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

11. dubna 2022 Ludmila Zavadilová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou závislostí v seniorském věku. Jejím cílem je zjistit rozsah syndromu závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů. Práce se dělí na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce se zaměřuje na základní pojmy souvisejících s tématem, jako je stáří, téma závislostí, kvalita života, možnosti při práci se závislými seniory, které umožní získat vhled do dané problematiky. Obsahem práce je také náhled na životní hodnoty, sociální vazby a spiritualitu závislých seniorů.

V praktické části je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, kde je proveden průzkum dotazování odborníků delfskou metodou. S ohledem na cíl práce byla stanovena výzkumná otázka a vytyčeny hypotézy. Dále byl charakterizován výzkumný vzorek odborníků a popsána výzkumná metoda. V této části práce je prezentován výsledek výzkumného šetření, který je zpracován do odpovědí a následně vyhodnocen.

V závěru práce jsou interpretovány a vyhodnoceny názory odborníků, návrhy opatření, která mohou zvýšit kvalitu života seniorů se syndromem závislosti.

Klíčová slova

Alkoholismus, drogy, kvalita života, návyková látka, senior, spiritualita seniorů, syndrom závislosti, zdraví, životní potřeby.

Annotation

The bachelor thesis deals with the issue of addiction in senior age. Its aim is to determine the extent of the syndrome of alcohol and substance dependence in the senior part of the population. The work is divided into a theoretical part and an empirical part.

The theoretical part of the work is focused on obtaining basic concepts related to the topic, such as old age, the topic of addictions, quality of life, opportunities to work with dependent seniors, which will allow you to gain insight into the issue. The content of the work is also an insight into the life values, social ties and spirituality of addicted seniors.

In the empirical part, a qualitative research strategy is chosen, where a survey of experts by the Delphi method is conducted. With regard to the aim of the work, a research question was set and hypotheses were set. Furthermore, a research sample of experts was characterized and the research method was described. In this part of the work, the result of the research survey is presented, which is processed into answers and subsequently evaluated.

At the end of the work are interpreted and evaluated the views of experts, proposals for measures that can increase the quality of life of seniors with addiction syndrome.

Keywords

Addiction syndrome, addictive substance, alcoholism, drugs, health, necessities, quality of life, senior, spirituality of seniors.

Poděkování

Poděkování za cenné rady, vstřícnost, ochotu a odborné vedení mé bakalářské práce patří vedoucímu práce Ing. Františku Vlachovi, Ph.D., MBA, LL.M. Ráda bych poděkovala všem osloveným respondentům za spolupráci a vytrvalost. A v neposlední řadě patří díky také rodině za trpělivost a podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD 10

TEORETICKÁ ČÁST 11

1 Syndrom závislosti u seniorů 11

1.1 Stáří, senior, seniorský věk 12

1.2 Charakteristika návykové látky 12

1.3 Specifika starších uživatelů návykových látek 14

2 Problematika závislosti na alkoholu a návykových látkách z hlediska sociálních a zdravotních důsledků 16

2.1 Příčiny vzniku závislostí u seniorů 17

2.2 Vliv alkoholu a návykových látek na zdravotní stav seniorů 19

2.2.1 Somatické projevy 21

2.2.2 Duševní zdraví 23

2.2.3 Sociální rizika 24

3 Možnosti péče o seniory se syndromem závislosti 25

3.1 Systém sociálních služeb 26

3.2 Sociální prevence, poradenství, péče 27

3.2.1 Sociální prevence 27

3.2.2 Sociální poradenství 30

3.2.3 Sociální péče 30

3.3 Adiktologické služby 32

3.4 Specifika sociální práce se seniory závislými na alkoholu a návykových látkách 34

3.5 Význam spirituality u závislých seniorů 34

PRAKTICKÁ ČÁST 37

4 Cíle a výzkumné otázky 37

4.1 Výběr a charakteristika dotazovaných odborníků 37

4.2 Metoda a typ sběru dat ... 37
4.3 Překážky výzkumného šetření ... 38
5 Popis a interpretace získaných výsledků výzkumného šetření – první kolo odpovědí ... 39
5.1 Výzkumná otázka č. 1 ... 39
5.2 Výzkumná otázka č. 2 ... 40
5.3 Výzkumná otázka č. 3 ... 42
5.4 Výzkumná otázka č. 4 ... 46
5.5 Výzkumná otázka č. 5 ... 47
6 Popis a interpretace získaných výsledků výzkumného šetření – druhé kolo odpovědí ... 49
6.1 Výzkumná otázka č. 1 (druhé kolo odpovědí) ... 49
6.2 Výzkumná otázka č. 2 (druhé kolo odpovědí) ... 50
6.3 Výzkumná otázka č. 3 (druhé kolo odpovědí) ... 53
6.4 Výzkumná otázka č. 4 (druhé kolo odpovědí) ... 57
6.5 Výzkumná otázka č. 5 (druhé kolo odpovědí) ... 58
7 Shrnutí a doporučení pro praxi ... 61
ZÁVĚR ... 63
Seznam obrázků, tabulek a grafů ... 71
Seznam použitých zkratek ... 72

Motto:

„Být starý je krajně nepopulární. Lidé, jak se zdá, neberou na zřetel, že nedokázat zestárnout je stejně hloupé jako neumět odrůst dětským botičkám.“ (C. G. Jung)

ÚVOD

V oblasti užívání návykových látek je pozornost namířena na dospělou populaci a v posledních letech více i na děti a mládež. Avšak v dnešní době je poměrně opomíjená skupina seniorů, u kterých je nadužívání alkoholu a návykových látek velmi často nerozpoznáno a nediagnostikováno. S tímto trendem souvisejí zvýšená rizika celé řady sociálních a zdravotních důsledků.

Názory geriatrů se shodují, že zdravotní péče v 21. století bude muset zrevidovat postupy diagnostické, terapeutické a další s ohledem na specifické potřeby stárnoucí populace se závislostí. (Skopalová 2014) Problematika závislostí u seniorů tímto nabývá na celospolečenském významu, proto se autorka rozhodla věnovat v bakalářské práci tomuto aktuálnímu tématu, který vyžaduje a zaslouží si pozornost odborníků. Je proto potřeba se jím nadále zabývat a zjišťovat aktuální informace, nacházet řešení především v oblasti financování a poskytování odborné pomoci.

Současný systém sociální péče v České republice s cílovou skupinou seniorů se závislostmi systematicky nepracuje. Existují však služby, domovy se zvláštním režimem, které pracují se staršími klienty závislými na alkoholu a návykových látkách.

Cílem bakalářské práce je zjistit rozsah syndromu závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů. Pro účel jejího vypracování byla zvolena delfská metoda, která se řadí mezi kvalitativní výzkumné strategie. Vypracování je rozděleno na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány základní pojmy, které se k tématu vztahují a umožňují náhled na příslušnou oblast závislostí seniorů. Praktická část obsahuje vybranou výzkumnou metodu provedenou dotazováním odborníků, kteří se danou problematikou zabývají. Závěr práce se zabývá zjišťováním, jak odborná veřejnost vnímá téma závislostí u starších osob a shrnutím získaných dat z odpovědí odborníků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom závislosti u seniorů

Současné společenské směřování vede k zamyšlení a otevírání tématu závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů. Vlivem vyššího věku dožití vznikají otázky ohledně naplnění a kvality života starších lidí.

„*Závislosti ve vyšším věku a jejich léčba budou ještě nabývat na významu úměrně tomu, jak ve většině vyspělých zemí stárne populace.*“ (Nešpor 2000, s. 57)

Pro syndrom závislosti je podle uspořádání klasifikace (MKN-10) kód F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. (ÚZIS 2021)

Nešpor (2000, s. 14) definuje syndrom závislosti takto: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“

Pro přesnější vymezení slouží označení F10.2 pro alkohol a F19.2 pro závislost na více návykových látkách, která má několik kritérií, jestliže během jednoho roku došlo k minimálně třem z následujících jevů:

- silná touha nebo puzení užít látku,
- potíže v sebeovládání,
- tělesný odvykací stav,
- tolerance k účinku látky,
- postupné zanedbávání jiných zájmů,
- pokračování v užívání i přes důkaz škodlivosti. (Nešpor 2000)

Chceme-li najít hlubší kořeny vzniku závislostí, je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve vztahu protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávist apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vůbec. (Kalina 2008, s. 18)

1.1 Stáří, senior, seniorský věk

Seniorem je označován starší člověk, důchodce, ale úplně přesné vymezení nelze snadno definovat. Za seniora lze považovat člověka po šedesátém roce věku. Seniorským věkem bývá většinou označován přelom mezi produktivním věkem a začínajícím stářím. Vágnerová dělí stáří na období raného stáří a na pravé stáří (Vágnerová 2000, s. 489). Uvádí, že stárnutí má v rámci celého života určitý smysl, jeho hlavním úkolem je dosažení integrity v pojetí vlastního života. Integrita stáří závisí na zvládání úkolů předchozích vývojových stádií. Starý člověk je obrácen do minulosti, má tendenci bilancovat a hodnotit. Stáří přináší nové úkoly a zkušenosti, s nimiž je třeba se vyrovnat.

„*Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně.*“ (Čeleďová, aj. 2016, s. 11)

Seniorský věk přináší pro mnohé lidi ztráty v oblasti zvládání každodenních činností, udržení kontroly nad vlastním životem v míře, na kterou byli zvyklí. Podle psychoanalytického psychologa E. Eriksona je obecným vývojovým úkolem stáří zachování osobnostní integrity proti beznaději, zoufalství a strachu ze smrti. V zásadě jde o přiměřenou adaptaci, zachování celoživotní identity, hodnotového systému, životního smyslu, osobnostního růstu i životní perspektivy. (Čevela 2012, s. 31)

1.2 Charakteristika návykové látky

„*Závislost lze definovat jako chronickou, progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace.*“ (Kudrle 2003a, s. 107)

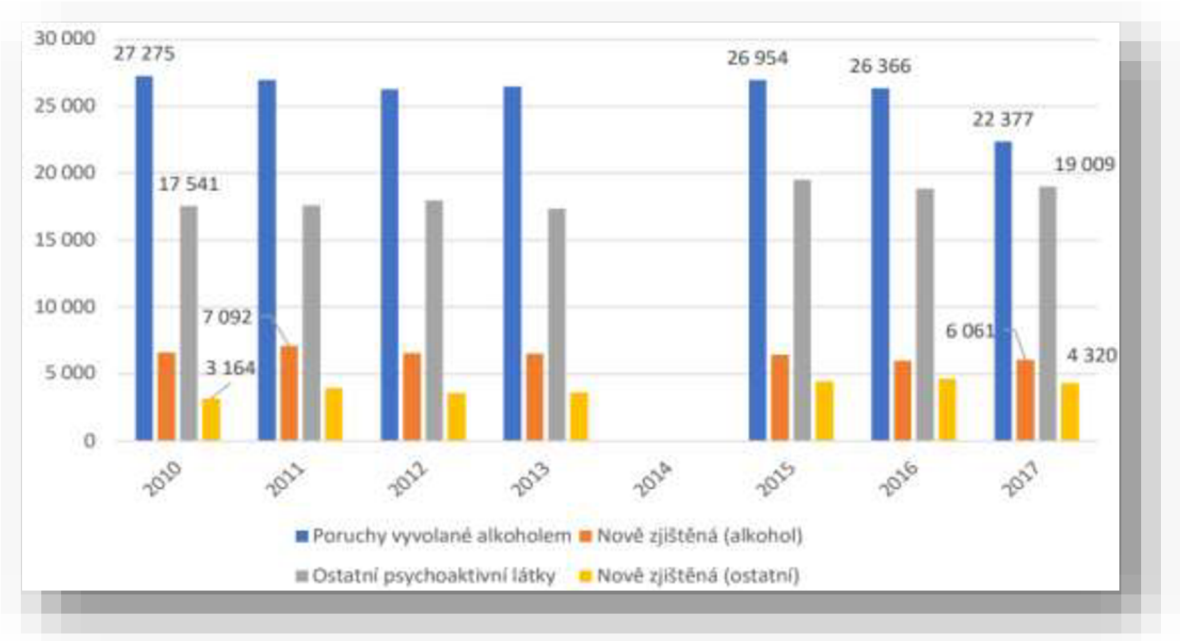
V dnešní době lze závislosti rozdělit do dvou skupin. Na závislosti látkové, kterými se tato práce zabývá, a závislosti nelátkové, mezi které patří například závislost na sociálních sítích, sexu, jídle, nakupování, gamblingu a mnohých dalších.

Podle Světové protidrogové zprávy z roku 2021, kterou zveřejnil Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC), užívalo drogy po celém světě přibližně 275 milionů lidí a přes 36 milionů lidí trpělo poruchami užívání drog. (UNODC 2021)

Návykové látky jsou významným zdravotním rizikovým faktorem – jsou globálně zodpovědné za 10 – 15 % všech ztracených let života v důsledku nemocnosti a úmrtnosti. Na úmrtnosti se podílí přibližně pětinou, z toho nejvíce kouření tabáku (cca 13 % celkové úmrtnosti), pak užívání alkoholu 5 % a nelegálních drog 1 %. (Drogy-info 2021)

„Pro závislost je jednou z charakteristických vlastností nízká frustrační tolerance a neschopnost oddalovat potřeby. Návykové látky ovlivňují systém mozkové odměny a její opakovaný účinek vede k rozvoji závislosti. Terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky (prosté jednorázové užití nebo i opakované užívání, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele), dále její škodlivé užívání (synonyma abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, problémové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a syndromu závislosti.“ (Jeřábek 2015, s. 190–191)

Graf 1: Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči (vyvolaná alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami)



Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR (2021).

Se závislostí na většině legálních a nelegálních drog plynou nejen známá zdravotní rizika, ale také sociálně patologické jevy, jako kriminalita nebo sebevraždy. Především konzumace alkoholu je u nás ve veřejném prostoru tolerována a nadměrné pití bývá bagatelizováno.

1.3 Specifika starších uživatelů návykových látek

Důležitou roli v seniorském věku hraje i škodlivé užívání alkoholu bez prokázání syndromu závislosti. I to může být vysoce rizikovým faktorem pro somatické či psychické poruchy a onemocnění.

Škodlivé užívání alkoholu představuje takový způsob pití, který vede k poškození tělesného i duševního zdraví (např. jaterní cirhóza, deprese). Předchází většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Takový způsob užívání alkoholu je často kritizován okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. Lékař stanovuje diagnózu škodlivého užívání v případě, kdy má užívání za následek akutní poškození duševního nebo tělesného zdraví, ale zároveň není přítomen syndrom závislosti. (Alkohol pod kontrolou 2021)

Dalším specifikem u seniorů je závislost na lécích a jejich zneužívání. Léky jsou prvotně vytvořeny proto, aby lidem pomáhaly. Jejich výrobu, distribuci a nakládání s nimi upravuje zákon o léčivech (Zákon č. 44/2019 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů). Přípravky, jejichž užívání je povolené, jsou označovány jako legální drogy. Bohužel i léky povolené jsou často užívány ve větším než nutném množství nebo jsou zneužívány k jinému účelu než léčbě. V tom případě je jejich užívání nezákonné. (NZIP 2021)

Nyní dochází často k tomu, že senior má posvěcený přístup k lékům od praktického lékaře či lékaře jiných klinických oborů. Léky na spaní a tlumivé látky patří mezi nejčastěji zneužívané. Závislost na nich se projevuje zmateností, ospalostí, špatným soustředěním a zhoršením paměti. Užíváním většího množství léků, než určí lékař, nebo bez indikace lékaře nemusí nutně znamenat závislost, může to však být jeden z jejích ukazatelů. Je v zájmu pacientů, aby lékařské autority předcházely problémům, hledaly alternativní řešení a prováděly patřičné intervence.

Závislí senioři mohou pocházet z různého sociálního prostředí. V dnešní době není výjimkou vzdělaný pracující senior, který užívá léky na bolest nebo zklidnění a svou závislost si ani neuvědomuje. Většinou zde hraje roli nadužívání nebo nevhodná kombinace s jinými léky nebo alkoholem. Jinou skupinou jsou senioři, kteří mají za sebou již letitou závislostní kariéru, kteří jsou velmi často demotivováni v péči o sebe a mnohdy trpí Diogenovým syndromem, který Haškovcová (2013, s. 67) popisuje jako syndrom zanedbaných starců podle řeckého filozofa Diogena ze Sinope (400–323 př. n. l.), který byl zanedbaný a nedbal na osobní hygienu.

V současnosti není mnoho informací o léčbě závislostí seniorů a z aktuálních zpráv vyplývá, že v takto širokém sociálním záběru, jakým jsou senioři se závislostí, je dostupnost specializovaných léčebných programů nedostatečná. Současné služby nejsou adekvátně připraveny na poskytování takové péče a specifických služeb pro závislé seniory se nedostává vůbec. Proto by léčba měla být přizpůsobena specifickým potřebám starších věkových skupin závislých a zaměřena na jejich konkrétní zdravotní problémy.

2 Problematika závislosti na alkoholu a návykových látkách z hlediska sociálních a zdravotních důsledků

Stárnutí obyvatelstva se odráží ve zdravotní a sociální oblasti. Je proto zřejmé, že se problematika závislostí dotýká i seniorů. Společnost často vnímá závislost jako problém dospívajících a doposud byla pozornost zaměřena na oblast závislostí u mladší generace. Nastává proto čas se o problém závislých seniorů zajímat, jelikož není zatím nikterak podrobně zmapován.

Statistika ÚZIS z roku 2019 uvádí data, která vypovídají o ambulantně léčených a hospitalizovaných pacientech seniorského věku od 60 – 80+ v psychiatrických nemocnicích nebo léčebnách. Ambulantně se léčilo s dg. F10–F19 poruchy duševní a poruchy chování způsobených užíváním psychoaktivních látek 6011 pacientů. Z toho bylo 5.155 s diagnózou způsobené užíváním alkoholu a 856 s diagnózou poruch způsobených drogami a jinými psychoaktivními látkami. Ukončených hospitalizací seniorů v nemocnicích nebo léčebnách bylo celkem 1.182, z toho s diagnózou alkoholové závislosti 1.035 a s diagnózou způsobených drogami a jinými psychoaktivními látkami bylo 147 pacientů v seniorském věku. (Melicharová 2021)

Tabulka 1: Ambulantní a hospitalizovaní pacienti 60 - 80+ v psychiatrických zařízeních

Péče	**Rok 2021**
AMBULANTNÍ	
Alkoholici	5 155
Drogově závislí	856
Celkem	**6 011**
UKONČENÉ HOSPITALIZACE	
Alkoholici	1 038
Drogově závislí	147
Celkem	**1 185**

Zdroj: ÚZIS, 2021

Senioři závislí na alkoholu a návykových látkách jsou snadným terčem pro páchání různých podob násilí, ať už se jedná o násilí psychické, fyzické či ekonomické. Jedná se o útoky na osobní integritu, zdraví či dokonce život. Agresorem může být kdokoliv z rodiny, blízkých a není výjimkou násilí páchané na seniorech v profesionálních institucích poskytujících pobytové služby. K násilí páchané na seniorech dle Haškovcové (2013, s. 120) dochází převážně v rodinách, proto jej lze řadit do kategorie domácího násilí. Zdravotníci i sociální pracovníci mají povinnost informovat o něm své nadřízené i v případě důvodného podezření.

Nezdravé užívání alkoholu nebo závislost na návykových látkách jsou spojeny s mnoha celkovými zdravotními riziky, jakými jsou pády a úrazy. Zranění seniorů pod vlivem jsou častým důsledkem zhoršení jejich zdravotního stavu, který klade vysoké nároky na léčbu a rehabilitaci. U problémů závislostí spojených se seniorskou populací bude do budoucna kladen důraz na oblasti specifické péče, jelikož jsou dlouhodobě podceněny a neřešeny.

2.1 Příčiny vzniku závislostí u seniorů

Závislost na alkoholu či jiných drogách je celosvětově nejčastější preventabilní příčinou nemocnosti a úmrtí. Závislost může mít mnoho podob a nevyhýbá se ani lidem vyššího věku. Začíná přitom nenápadně, první signály se dají snadno přehlédnout. Na místě je proto zvýšená pozornost směrem ke svým blízkým i všem ostatním seniorům. Závislost u seniorů se projevuje napříč společenským spektrem. Představa, že závislý senior je bezdomovec s mnohaletou závislostní kariérou, už dnes neplatí. Mezi osoby závislé ve vyšším věku se dnes řadí jedinci, kteří například svou nespavost řeší nepřiměřenou medikací, v horším případě v kombinaci s alkoholem. Na počátku si tito lidé zjevně svou závislost neuvědomují, o to větší překvapení zažívají při bližší konfrontaci se situací.

Budeme-li pátrat po tom, co vede seniory k zneužívání návykových látek a alkoholu, čím je situace podmíněna, jaké jsou motivace, nalezneme široké spektrum myšlenkových procesů jak vědomých, tak nevědomých. *„Motivace je souhrn pohnutek k určité činnosti, k výkonu. Senioři ztrácejí motivaci, když říkají „nemám pro co žít“, „nic nemá smysl.“* Haškovcová (2012, s. 118)

Provázanost faktorů vnitřních (biologické) a vnějších (sociální) mohou být ohrožujícím faktorem pro vznik závislostí. Proces stárnutí je pro jedince velice náročným a zúzkostňujícím obdobím, kdy si uvědomuje ubývání sil a omezení svých kompetencí. Stává se závislejší na okolí a s pocity nepotřebnosti, duševní stagnace se vzdaluje sociálním kontaktům.

Pro některé seniory je těžké přijmout stáří jako přirozenost a být v nastavení zdravého stárnutí, které Haškovcová (2012, s. 168) popisuje jako koncept, jak respektovat stáří jako přirozené období lidského života, které lze prožít aktivně, ve zdraví a osobní spokojenosti.

Významným životním předělem a zároveň traumatizující událostí může pro seniora být odchod do penze. Vystoupení ze zaběhlého řádu povinnosti a vlastní užitečnosti, se kterou se senior nedovede vyrovnat, může být spouštěčem rizikového chování. V tomto přechodovém období končícího zaměstnání a odchodu na odpočinek Stuart-Hamilton (1999, s. 162–163) uvádí, že v této souvislosti byly zjištěny počáteční obavy a zvýšená sebekritika osob odcházejících do penze. Zmiňuje také, že duševně pracující si užívají důchod více než fyzicky pracující osoby. Většina osob na změnu přechodu do penze reaguje pozitivně, ale dochází i k situacím, kdy lidé trpí vážnými psychologickými obtížemi spojenými s pocitem neužitečnosti ve stáří.

Mezi další nejčastější problémy seniorů se syndromem závislosti bývá osamělost. *„Ve vyšším věku dochází ke smrti partnera, příbuzných, přátel. Ovdovění (ztráta životního partnera, manžela nebo manželky) postihuje v důsledku různé střední délky života u obou pohlaví mnohem častěji ženy než muže. Existují určité důkazy, že dopad této ztráty závisí na tom, jak byla očekávána.*“ (Stuart-Hamilton 1999, s. 163)

Jedním z největších vlivů na život seniorů má jejich zdraví. S narůstajícím věkem přichází i uvědomění si pozvolnějších změn tělesného zdraví, nemoci, ztráty soběstačnosti, sebeobslužnosti. Stuart-Hamilton (1999, s. 166) zmiňuje starost o zdraví a volbu životního stylu, ke kterým řadí stravovací návyky, udržování tělesné i mentální kondice.

Zdravotní změny negativně ohrožují seniory ve vnímání sebe sama, dostavují se pocity nejistoty, konečnosti života a s tím spojené úzkosti a strachy. Cítí se ohroženi ztrátou fyzických i psychických sil. V takto zátěžových životních situacích se starší lidé často uchýlí

k snadnému řešení tím, že sáhnou po alkoholu či lécích jako rychlé a snadné momentální úlevě.

2.2 Vliv alkoholu a návykových látek na zdravotní stav seniorů

Česká republika se dlouhodobě řadí mezi státy s největší spotřebou alkoholu na světě. Podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD, 2021) je spotřeba alkoholu definována jako roční prodej čistého alkoholu v litrech na osobu ve věku 15 let a starší. Užívání alkoholu je spojeno s četnými škodlivými zdravotními a sociálními důsledky, včetně zvýšeného rizika řady druhů rakoviny, cévní mozkové příhody a jaterní cirhózy. Alkohol rovněž přispívá ke smrti a invaliditě v důsledku úrazů a zranění, napadení, násilí, vražd a sebevražd. Tento ukazatel se měří v litrech na obyvatele. Česká republika zaujímá třetí nejvyšší příčku se spotřebou 11,9 litru alkoholu na osobu.

Statistický přehled o zdravotních důsledcích užívání alkoholu a návykových látek přináší portál drogy-info.cz (2021), kde se uvádí: *„Pití alkoholu je v ČR zodpovědné přibližně za méně než 6 tisíc úmrtí ročně (6 % celkové úmrtnosti). Největší podíl celkového počtu alkoholových úmrtí se vyskytuje ve starších věkových skupinách, ale nejvyšší relativní zátěž alkoholem je u mladších osob kolem 40 let, kde způsobuje až čtvrtinu úmrtí. Z nemocí, které jsou vyvolány výhradně užíváním alkoholu, jsou nejvýznamnější onemocnění jater a intoxikace vyvolané alkoholem (ročně 1,5 tisíc, resp. 0,5 tisíc úmrtí).“*

Následky užívání návykových látek jsou dalekosáhlé, různorodé a ovlivňují osoby každého věku, seniory nevyjímaje. Záludnost závislostí na alkoholu a návykových látkách u starších osob je o to nebezpečnější, jelikož si starší lidé často ani neuvědomují, že už jde o závislost. Bagatelizováním svých denních dávek alkoholu nebo nadužíváním farmak předepisovaných na svá onemocnění (především benzodiazepiny a analgetika) svůj organizmus spolehlivě vedou k závislosti.

U starších osob jsou patrné některé odlišné vlivy fyziologické i patofyziologické oproti věku dospělému. Skopalová (2014, s. 423–424) zmiňuje vliv alkoholu u seniorů na:

- metabolismus a exkreci,
- kardiovaskulární systém,
- psychické funkce.

Zdravotní stav seniorů se škodlivým užíváním alkoholu a syndromem závislosti ovlivňuje především:

- množství konzumovaného alkoholu,
- jeho kvalita,
- stravovací návyky.

Při sečtení či vzájemném rušení rizik uvedených faktorů vychází míra nebezpečí a devastace na organizmus. Alkohol může mít vliv také na vznik a rozvoj řady duševních onemocnění, kterými jsou deprese, úzkosti, psychotické poruchy, alkoholová demence, závislost.

Skopalová (2014, s. 423) poukazuje na problematiku závislosti na alkoholu, která přináší seniorům výraznější komplikace oproti dospělému věku. Senioři vystaveni komplikacím vlivem úrazů, pádů, závratí a celkové horší mobilitě. Alkohol u seniorů umocňuje problémy s výživou, akcentovány jsou problémy rodinné, kdy děti odmítají péči o své závislé rodiče. Závislého seniora se také týká sociální vyloučení a izolace.

Jedním z nejpalčivějších problémů u seniorů je zneužívání farmak s psychotropním účinkem. *„Pro psychotropní efekt jsou nejvíce zneužívány látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Nejčastěji se jedná o opioidy a benzodiazepiny. Psychotropní efekt a potenciál být zneužívána mají také antiepileptika, antidepresiva, celková anestetika a některá parkinsonika; jejich zneužívání je však málo obvyklé.“* (Kalina, aj. 2008, s. 349)

Působení návykových látek ve vyšším věku má svá specifika. Podle Nešpora (2000, s. 57–58) senioři dlouhodobě užívají medikaci z důvodu jiných nemocí a tyto léky mohou vstupovat do interakcí s alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Ke zdravotním rizikům dochází vlivem kontraindikací a přirozené křehkosti organismu. Senioři nemusí mít některé

nemoci diagnostikované a léčené, čímž může docházet k prudkému zhoršení zdravotního stavu. Při léčbě závislých seniorů se doporučuje užívání léků zlepšujících metabolismus mozku nebo trénink paměti. Při léčbě závislostí se jeví jako velmi vhodná psychoterapie, pro dlouhodobou stabilizaci je vhodné vytvoření fungujících sociálních vztahů, oživení rodinných vazeb, využívání svých dřívějších zkušeností.

2.2.1 Somatické projevy

Závislost na alkoholu se projevuje změnou na úrovni fyzické i psychické. Dochází k postupné devastaci organizmu, kde se alkohol stává ústředním bodem v alkoholikově životě. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k úzkostem, depresi, panickým atakám, podporuje sebevražedné a sebepoškozující sklony.

Jedním z podstatných projevů závislosti je craving – bažení. Je to nutkavá touha užít drogu spojená s kompulsivním užíváním drog. Ve výhodě je pacient, který si osvojí širší spektrum způsobů, jak bažení zvládat. Ukázalo se, že během léčby se počet strategií, jak překonávat bažení, zvyšuje. Nešpor (2000, s. 17) uvádí tři způsoby, jak bažení překonat:

- vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly,
- uvědomit si negativní důsledky recidivy,
- odvedení pozornosti.

Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů je mnohý – alkohol ovlivňuje metabolizmus i exkreční schopnosti stárnoucího organizmu, působí negativně na funkci kardiovaskulárního systému seniorů, negativně ovlivňuje psychické funkce. Alkohol u seniorů dále ovlivňuje a zhoršuje průběh již přítomných somatických chorob a vstupuje do farmakologicky významných lékových interakcí. (Skopalová 2014, s. 421)

Delirium tremens – je nejčastější psychóza provázející alkoholismus. Je možné říci, že se jedná o „šílenství“ z nedostatku, nedodání alkoholu. Delirium tremens provází halucinace tělesné i smyslové.

Fyzické příznaky – hrubý třes, nevolnost, slabost, pocení, zrychlená srdeční činnost, zvýšení krevního tlaku, teplota, zarudnutí v obličeji, epileptické záchvaty, inkontinence.

Psychické a smyslové příznaky – vědomí pacienta kolísá, narušené myšlení, chaotické snové představy, halucinace (zrakové, sluchové, taktilní), dezorientace, poruchy spánku, paranoia, zvýšená sugestibilita, úzkosti.

Delirium tremens může probíhat a vyvíjet se v několika fázích. Stav pacienta kolísá a delirium většinou odezní do 1 – 3 dnů. Déletrvající deliria se projevují spíše u starších osob, které trpí dalšími přidruženými nemocemi. Po prodělaném deliriu dochází k plné úzdravě, demenci, psychóze, podle stavu organizmu pacienta. V nejkrajnějším případě končí delirium smrtí. (Holmannová 2021)

Pokud se závislý senior rozhodne svou situaci řešit nebo je např. zdravotními okolnostmi donucen k ukončení užívání návykové látky, dostavuje se nepříjemný odvykací stav, který abstinenci provází. Ukončení užívání látek vyvolávajících závislost není zcela jednoduché. *„Odvykací stav je provázen abstinenčními symptomy, které jsou pro závislého natolik nepříjemné, že působí změnu důvodů k vyhledávání drogy: droga již není tolik (posléze vůbec) vyhledávána pro přímý odměňující efekt, ale pro potlačení právě těchto nepříjemných abstinenčních stavů.“* (Kalina 2008, s. 34)

V léčbě závislostí je jedinec chápán jako osobnost, kde jsou ve vzájemné interakci biologické, psychologické a sociální vztahy. Fišerová (2003, s. 115) popisuje v léčbě drogových závislostí – tedy bio-psycho-sociálního onemocnění – důležitost komplexního přístupu. Obecné farmakologické postupy u drogových závislostí jsou:

1. **Detoxikace** – život zachraňující postupy v případě předávkování drogy.
2. **Detoxifikace** – velmi pomalé odstranění látky z těla postupným snižováním dávek drogy tak, aby se zabránilo abstinenčním příznakům.
3. **Substituce** – alternativou detoxifikace je náhrada drogy bezpečnější látkou tak, aby se zabránilo příznakům z odnětí drogy a tuto látku pak postupně odebrat.
4. **Prevence relapsů** – aplikace látky, která snižuje bažení – craving po droze.

V porovnání s mladší populací odolnost vůči návykovým látkám ve vyšším věku klesá z důvodu přirozeného zpomalování metabolismu. Ve spojitosti s tím vzniká vyšší riziko těžkých intoxikací a život ohrožujících stavů.

2.2.2 Duševní zdraví

Lze se domnívat, že u pacientů s poruchami z užívání návykových látek má psychiatrická komorbidita nepříznivý dopad na jejich klinický stav, psychosociální fungování a kvalitu života. *„Pojetí léčby duální diagnózy, ať už farmakologické, psychologické či kombinované, musí zohledňovat obě poruchy od momentu jejich diagnostikování. Jedině tak je možné zvolit u každého jedince optimální terapeutickou variantu*. (Torrens, aj. 2017, s. 10)

Závislost je vnímána jako porucha seberegulace, kdy dochází k narušení rovnováhy ve vztahu k sobě a k okolnímu světu. Je to stav, kdy se nedaří najít rozumnou míru mezi tím, co jedinec chce, a tím, co potřebuje. Seberegulace je jednou z nejdůležitějších dovedností pro život v lidské společnosti. Její porucha se projevuje sníženým sebeovládáním, nedostatkem sebereflexe, sebekontroly, je provázena demotivací při stanovování osobních cílů.

Užívání alkoholu a návykových látek u seniorů má výrazný vliv na jejich psychické funkce. Alkohol patří mezi látky s výrazným psychotropním účinkem. Tolerance vůči alkoholu je dána individuálně. Záleží na tělesné konstituci, polymorbiditě a možnosti interakce s užívanými léky. Se zvyšující se dávkou požitého alkoholu rostou i jeho centrálně tlumivé účinky, které se projevují změnou psychomotorického tempa, vigility a kognitivních funkcí. (Skopalová 2014, s. 24)

Mezi specifické charakteristiky komorbidních duševních a adiktologických poruch z užívání návykových látek patří deprese, úzkostné poruchy, psychózy a poruchy z užívání konopí, opioidů, stimulancií, těkavých látek, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, poruchy osobnosti, poruchy pozornosti s hyperaktivitou, poruchy příjmu potravy (Thorrens, aj. 2014).

Nahlížíme-li na závislost jako na psychické onemocnění, je třeba si uvědomit i další faktory, které jej ovlivňují. *„Jeden z nejzávažnějších důsledků nového nazírání na rozměry lidské psýché spočívá v uvědomění si skutečnosti, že některé stavy, které moderní psychiatrie považuje za chorobné a léčí je potlačujícími léky, jsou v podstatě psychospirituální krize, které, správně chápány, mají léčivou a transformativní schopnost.“* (Grof 2004, s. 8)

2.2.3 Sociální rizika

Mezi sociální rizika pro seniory ohrožené škodlivým užíváním alkoholu a návykových látek patří izolace, ztráta motivace a naplňování životní role. K existencialitě života ve stáří Čeleďová, aj. (2016, s. 44) uvádí, že na podporu existenciality seniorského života je třeba vytvářet vhodné podmínky pro participaci, sociální inkluzi, důstojnou zabezpečenost, sounáležitost a seberealizaci i při závažném zdravotním postižení. Potřebná je krizová intervence v období těžkých ztrát (ovdovění), ale také podpora a vůle ke smyslu a zachování osobnostní integrity, k překonání zoufalství.

Alkohol pomáhá zvýšit sebevědomí, přispívá k lepší komunikaci ve společnosti, zahání pocity zklamání a zmaru. Hojně je nadužíván u lidí při problémech se sebedůvěrou.

Zákeřnost alkoholu spočívá v tom, že umí velice dobře tlumit úzkost a depresi. Alkohol je sám depresogenem a tím způsobuje další postalkoholovou depresi. Intoxikace alkoholem - podnapilý stav způsobuje rizikové chování, které je spojeno s úrazy. Obzvlášť u seniorů vzhledem k jejich celkové křehkosti zdraví, je tento stav ohrožující. Přiznání si problému s alkoholem provází pocit společenského odmítnutí, slabosti a selhání dotyčného.

Pokud se závislý senior rozhodne k abstinenci od návykové látky, má smysl ho podporovat. Přestože jsou starší uživatelé návykových látek považováni za méně motivované, často v léčbě dosahují lepších výsledků než ti mladší. (Nepustil 2019, s. 168)

Dostupnost látky v sociálním prostředí může ovlivňovat riziko vzniku závislosti. Faktory prostředí mohou zvyšovat riziko závislosti. Zotavení ze závislosti předpokládá vyhýbání se spouštěčům rizikového chování. V určitých sociálních kruzích je velká pravděpodobnost setkání s alkoholem, drogou. Tyto situace vyvolávají chuť, což zvyšuje riziko relapsu. (Presspassblog 2021) V této souvislosti stojí za pozornost přemýšlet o důsledcích snadné dostupnosti alkoholu v České republice oproti jiným státům v Evropě i ve světě.

3 Možnosti péče o seniory se syndromem závislosti

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) užívat alkohol a jiné návykové látky. Fyzická (tělesná) závislost se projevuje nárůstem tolerance k alkoholu a přítomností odvykacího stavu, jehož součástí je silná touha nebo pocit puzení užívat látku. (Alkohol pod kontrolou 2021)

Důsledky spojené se stárnutím obyvatelstva jsou značné a zasahují nejen zdravotnickou oblast, ale další pomáhající obory. Budoucnost v péči o seniory nadužívající alkohol a návykové látky nebo již trpící syndromem závislosti bude směřovat k přehodnocení dosavadních preventivních, diagnostických i terapeutických možností péče koncipovaných přímo na potřeby seniorů a jejich specifických potřeb. Zde je velký potenciál k nastavení komplexní multidisciplinární spolupráce zdravotnictví, sociální práce, sociální politiky a dalších oborů, kterých se tento problém dotýká.

V péči o závislé pacienty, klienty je popisován bio-psycho-sociální model, který uvádí Kudrle (2003b, s. 15) jako celostní, kde hrají roli společně biologické, psychologické a sociální úrovně. K tomuto modelu náleží ještě úroveň spirituální, která je důležitým článkem v oblasti léčby a sociální rehabilitace u závislostí.

Miovský (2003, s. 15) upozorňuje na problémy v mezioborovém přístupu k léčbě závislostí. Přínos pro klienty vidí v propojování a zlepšování poznatků a znalostí, koordinaci a návaznosti poskytovaných služeb, aby fáze léčby byly náležitě ošetřeny a byl ověřován jejich účinek. Je zde potřeba vyjít vstříc skutečným, a nikoli domnělým potřebám klienta.

Starší závislí více trpí negativními důsledky letité závislosti. Podle aktuálních informací je dostupnost specializovaných léčebných programů pro tuto skupinu v celé Evropě minimální. „*Existují proto reálné obavy, že aktuální služby nejsou dostatečně připravovány na poskytování takové péče, a že některé specifické služby pro stárnoucí chybí úplně.*“ (Nepustil, aj. 2019, s. 167)

3.1 Systém sociálních služeb

V České republice existují instituce a organizace, které mohou se včasnou diagnostikou a následnými kroky pomoci k úspěšnému zvládání závislostí. Uspokojení základních životních potřeb je hlavním předpokladem pro řešení sociálních a zdravotních problémů seniorů užívajících návykové látky.

Systém sociálních služeb právně upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje nejen podmínky, za kterých je poskytována pomoc a podpora osobám v nepříznivé životní situaci, ale i výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. (Můj právník 2021)

Systém zahrnuje sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Sociální služby se poskytují jako ambulantní, pobytové nebo terénní. V České republice působí více než 2.000 poskytovatelů sociálních služeb, kteří své služby poskytují přibližně 700.000 klientů. Pracují zde desetitisíce zaměstnanců, kteří pomáhají řešit jejich nepříznivou sociální situaci formou, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální potřeby a posiluje schopnost začleňování do společnosti v přirozeném sociálním prostředí. (APSS ČR 2021)

V oblasti závislostí hraje sociální práce klíčovou úlohu. Navrátil popisuje sociální práci ve sféře závislostí, kde jsou systematické znalosti o závislosti, člověku, společnosti a jejich systémech nezbytné, protože řeší rozmanité problémy, kterým závislí čelí. Popisuje osobnost sociálního pracovníka jako jeden z nejdůležitějších profesionálních nástrojů sociální práce. (Navrátil 2003, In: Kalina 2003)

Cílem sociálních služeb je:

- zachovávat lidskou důstojnost klientů,
- vycházet z individuálně určených potřeb klientů,
- rozvíjet aktivně schopnosti klientů,
- zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů,
- poskytovat služby v zájmu klientů a v náležité kvalitě. (MPSV 2021)

Zajištění kvality sociálních služeb v České republice je v kompetenci MPSV, které má za úkol přípravu dlouhodobých systémových opatření a příslušných právních předpisů.

Systém služeb péče o závislé seniory by měl splňovat požadavky struktury, provázanosti sítě služeb, dostupnosti a rozsahu poskytované péče. Závislosti do sociální práce patří a dát pozornost závislým seniorům je dobrým krokem k pochopení a nastavení pomoci v této oblasti.

Politiku v oblasti závislostního chování má v kompetenci Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. V květnu 2019 byla vládou ČR schválena nová *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027 (Národní strategie 2019-2027),* která plně integruje témata legálních a nelegálních návykových látek, hazardního hraní a dalšího závislostního chování a z existence legálních a nelegálních trhů s návykovými látkami, hazardním hraním a dalšími produkty se závislostním potenciálem. (Drogy-info 2021)

Trh s drogami je nelegální činností, která se podle Kaliny (2003, s. 16) řídí nabídkou a poptávkou. Podle toho se rozlišují strategické přístupy drogové politiky, označované jako snižování nabídky drog a snižování poptávky po drogách.

3.2 Sociální prevence, poradenství, péče

Opatření snižující poptávku po drogách je prevence, která je podle WHO rozdělena jako:

- **Primární prevence** – předcházení užití drogy u populace,
- **Sekundární prevence** – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se stali závislými,
- **Terciální prevence** – předcházení vážnému, či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. (Kalina 2003, s. 17)

3.2.1 Sociální prevence

Mezi významné faktory ovlivňující vnímání stáří je využití volného času, který senioři po aktivní životní fázi mají. V tomto období je pro seniory důležité zabývat se otázkami stáří

a stárnutí, mluvit o svých pocitech a obavách. Strach mnohdy vyplývá ze ztráty samostatnosti a soběstačnosti, kdy senioři vnímají úbytek tělesných a psychických sil.

Volný čas seniorů je takový čas, kdy jsou provozovány takové aktivity na základě fyzických, psychických, sociálních a zájmových aspektů jednotlivých osob, které jsou vykonávané mimo čas věnovaný péči o vlastní osobu, domácnost, rodinu a uspokojování základních potřeb jedince v seniorském věku. Jedná se o takové aktivity, které přinášejí radost, zábavu, spokojenost, potěšení a uspokojení (Janiš aj. 2016). Základem sociální prevence před závislostmi seniorů by mělo být uvědomění si zodpovědnosti a ovlivňování kvality života, podporování vlastní realizace, využívání svých životních zkušeností a v neposlední řadě i efektivní využívání volného času. Ve stáří není čas ztrácet čas.

V České republice je mnoho zařízení poskytujících služby mladším osobám se závislostí, avšak nabídka sociální prevence pro závislé seniory jim není v současnosti přímo uzpůsobena. Takové zařízení by mělo brát ohled na specifické potřeby závislých seniorů, jako je bezbariérovost, programy přímo koncipované pro potřeby seniorů se závislostí. Tuto funkci v současnosti plní Domovy pro seniory se zvláštním režimem, které jsou zřizovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *„Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a dalšími typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*."

Mezi programy sociální prevence, které mohou využít senioři závislí na alkoholu a návykových látkách, jsou např.:

- **Kontaktní centra** – jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

  Služba poskytuje tyto činnosti:

  a) sociálně terapeutické činnosti,

  b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,

  c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

- **Azylové domy** – poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba poskytuje tyto činnosti:
  a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
  b) poskytnutí ubytování,
  c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- **Krizová pomoc** – je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. Služba poskytuje tyto činnosti:
  a) poskytnutí ubytování,
  b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
  c) sociálně terapeutické činnosti,
  d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- **Nízkoprahová denní centra** – poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba poskytuje tyto činnosti:
  a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
  c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.
- **Noclehárny** – poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba poskytuje tyto činnosti:
  a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  b) poskytnutí přenocování.
- **Služby následné péče** – jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. Služba poskytuje tyto činnosti:
  a) sociálně terapeutické činnosti,
  b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba nabízí i formu pobytových služeb:

a) poskytnutí ubytování,
b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3.2.2 Sociální poradenství

Sociální poradenství je součástí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady. (MPSV 2021)

„Poradenskou činnost pro seniory se závislostmi zajišťuje speciální poradenství, které definuje jako komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap má dlouhodobý (chronický) nebo trvalý charakter.“ (Novosad 2000, s. 61)

3.2.3 Sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. (Zákony pro lidi 2021)

V systému služeb není jasně vymezeno, jaké služby jsou určeny právě pro závislé seniory, s výjimkou Domovů se zvláštním režimem. Stárnutí populace a s tím spojený vyšší věk dožití závislých občanů bude aktuálním tématem při řešení poskytování odborné sociální

a zdravotnické pomoci této cílové skupině. Mezi služby sociální péče nabízející pomoc seniorům závislým na alkoholu a návykových látkách patří např.:

- **Domovy se zvláštním režimem** – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob, které zajišťují:
  a) poskytnutí ubytování,
  b) poskytnutí stravy,
  c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
  e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  f) sociálně terapeutické činnosti,
  g) aktivizační činnosti,
  h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** – poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb. Služby zajišťují:
  a) poskytnutí ubytování,
  b) poskytnutí stravy,
  c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
  e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  f) sociálně terapeutické činnosti,
  g) aktivizační činnosti,

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

- **Centra denních služeb** – poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služby poskytují:
  a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
  c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
  d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  e) sociálně terapeutické činnosti,
  f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.3 Adiktologické služby

Adiktologie je v České republice definována jako samostatný transdisciplinární vědecký obor, který se zaměřuje na užívání návykových látek, závislostní chování a jejich dopady a souvislosti. Adiktologie spojuje biologické, psychologické, sociální a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiky, jako je rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostního chování atd. (Adiktologie 2021)

Síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním a tvoří ji zařízení a programy různých typů, které jsou zakotveny v různých oborech a resortních (legislativních) rámcích. Aktuálně je v ČR téměř 300 programů různých typů poskytujících adiktologické služby (Drogy-info 2021). Existuje více přístupů ke zvládání závislosti. Pro úspěch v léčbě je nutné uvědomění si problému a spolupráce závislého, rodiny, odborné psychologické a psychiatrické pomoci.

Mezi nejčastější možnosti léčby závislostí se řadí forma léčby ambulantní, ústavní a terapeutické komunity. Provázanost těchto sfér má na pozitivní vliv na výsledek léčby.

Ambulantní léčba – je založena na docházení do psychiatrické ambulance. Klienta směruje k abstinenci buď psychiatr, nebo odborník na léčbu závislostí – adiktolog. Výhodou ambulantní léčby je to, že dotyčný může být v běžném rodinném a pracovním kontaktu.

Ústavní léčba – pokud alkoholik ambulantní léčbu nezvládá, je mu doporučena ústavní léčba, tedy za hospitalizace. Ta je dobrovolná a většinou v délce tří měsíců. Hovoříme o tzv. ústavní protialkoholní léčbě (ÚPAL). Většinou probíhá v psychiatrických nemocnicích na specializovaném oddělení (Polách 2015).

Terapeutické komunity – jsou podle Kratochvíla in Kalina (2008, s. 199) zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde spolu klienti žijí, pracují, účastní se skupinových terapií a sdílejí další společný program, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítli své problémy a vztahy k lidem, čímž dochází k projekci a korekci maladaptivních stereotypů prožívání a chování.

V České republice jsou zpracovány Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické služby. Jedná se o standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče, které v roce 2015 schválila Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. V roce 2012 byl v rámci reformy zdravotnictví schválen legislativní rámec služeb pro uživatele návykových látek, který zahrnuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních potřebách. Nejvýznamnějším legislativním rámcem pro oblast léčby uživatelů návykových látek je zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, kde jsou uvedeny typy poskytovaných adiktologických služeb: akutní lůžková péče, detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, programy následné péče, substituční léčba. (Miovský 2014, s. 19)

3.4 Specifika sociální práce se seniory závislými na alkoholu a návykových látkách

Současné trendy v sociální práci přináší široké spektrum služeb, ale pouze okrajově se zabývají závislostmi u seniorů. Vyvstávají proto otázky ohledně přístupu, péče a budoucnosti o závislé seniory. Je třeba vzít v potaz rodinu závislého, pokud ji má, a ptát se, jak situaci v rodině rozumí, jaké informace by potřebovali, jak staří lidé tráví volný čas, jaké mají sociální kontakty, co je pro ně důležité, co znamená závislost seniora pro rodinu. Sociální práce jako součást multidisciplinárního přístupu přináší prostor věnovat se této oblasti. Rostoucí počet závislých starších uživatelů bude v budoucnu vyžadovat mimo specifických léčebných programů také programy podporující v abstinenci.

Kalina (2008, s. 218) zmiňuje významnou roli sociální práce při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého. Pomoc v této oblasti by měla být v mnoha případech především praktická, protože mnoho závislých není schopno řešit svou situaci samostatně.

Závislý senior se potýká se stigmatem sociálně znevýhodněného klienta. Novosad (2000, s. 66) popisuje sociální stigma jako punc něčeho zvláštního, odlišného, nesrozumitelného a často nežádoucího. Stigmatizace je reakcí okolí společnosti, komunity na odchylku od obecné normy obsahující názor na to, jak má jedinec fungovat a reagovat, čeho má být schopen, jak má vypadat, jak má vnímat, jak se má vyjadřovat nebo jak se má pohybovat.

3.5 Význam spirituality u závislých seniorů

Spiritualita je významným faktorem doprovázejícím stárnutí a stáří. Senioři mají přirozeně tendence bilancovat, hodnotit svůj dosavadní život. V této chvíli je pro člověka důležité uvědomovat si svou spiritualitu, která může být záchytným bodem při přemítání o smyslu bytí a životní roli stáří. Frankl (2007, s. 64) uvádí, že spiritualita leží v samém centru lidské existence. Popisuje existenční vakuum jako významnou potřebu smyslu pro člověka, kterého se v dnešní době zmocňuje pocit nesmyslnosti, nudy, netečnosti a vnitřní prázdnoty.

Při objevování spirituality u seniorů se závislostí lze aplikovat Franklovu logoterapii – psychoterapii vycházející z duchovna, která je schopna podporovat odvahu, naději a hledání

smyslu. *„Logoterapie má co do činění s jedinečným smyslem jedinečné situace, do které je postaven jedinečný člověk.“* (Frankl 2007, s. 78)

Závislosti ve vyšším věku mohou být celoživotním programem neseným z minulosti, určitým vnitřním nastavením z nenaplnění, nebo se rozvíjející právě v seniorském věku ze ztráty smyslu, strachu z budoucnosti, konečnosti života, smrti. Strategie závislosti vede ke změně vnímání reality z důvodu snadnější adaptace na podněty nebo prostředí. Osobní spiritualita jako zdroj naplnění vlastních duchovních potřeb může být cenným zdrojem životní síly v životním období přinášejícím mnohé fyzické, psychické a sociální deficity. Duchovní potřeby se rozhodně nevztahují pouze k věřícím nebo konfesně zařazeným lidem, stejně jako příslušnost k náboženskému vyznání nijak nezaručuje naplněnost těchto potřeb. (Štěpánková, aj. 2014, s. 247)

Víra poskytuje seniorům návod, jak zvládat různé zátěže, je jim oporou a rámcem pro interpretaci významu jejich životních zkušeností i základem sebehodnocení.

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.“ (Kudrle 2003a, s. 93)

Pro kvalitu života je zásadní pocit subjektivní spokojenosti. Jeho součástí je zdraví, naplnění lidských potřeb a individuálních aspirací. U většiny lidí zůstává do vysokého stáří zachován životní koncept a komplexnost potřeb dle Maslowa. Podle OSN by měla podpora seniorů usilovat o 5 základních prvků, jimiž jsou:

- **Důstojnost**;
- **Autonomie** – svébytnost, kontrola nad děním;
- **Seberealizace** – smysluplnost;
- **Participace** – sociální inkluze, sounáležitost, přínosnost;
- **Zabezpečenost** – hmotná zabezpečenost, nestrádání. (Čevela, aj. 2012, s. 125)

Závislý senior má oslabenou schopnost i motivaci dát smysl vlastnímu stáří. Posilováním a vyrovnáním jeho úrovně znalostí, dovedností a morálních hodnot bude poté schopen samostatně určit smysl a hodnotu svého stáří. *„Žít smysluplně znamená dělat to, co je vnímáno a rozpoznáváno jako hodnotné.“* (Čeleďová 2016, s. 43) Spirituální dimenze je pro

lidskou bytost zásadně důležitá, je oporou, kterou neztratí, ani když se z jejího života odstraní různé vnější možnosti. Je nápomocná při hledání životního smyslu a umožňuje strukturovat jednotlivé fáze života.

„Dvanáct kroků AA je řada zásad duchovní povahy, které v případě, že se uskutečňují jako způsob života, mohou potlačit posedlost pitím a umožnit trpícímu stát se znovu šťastným a užitečným plnohodnotným člověkem.“ (Anonymní alkoholici 2021) Výsledkem zásady 12 kroků je duchovní probuzení a v důsledku toho projevují bývalí závislí snahu a uplatňovat principy a předávat toto poselství ostatním alkoholikům.

Ondrušová (2011, s. 98) vyjadřuje smysl života jako významnou salutogenní sílu, kdy na rozdíl od klasické medicíny, která popisuje symptomy a konstatuje ztrátu schopností, salutogenetický postoj je zaměřen na objevování faktorů posilujících a stimulujících zdraví nejen v organismu, ale i v prostředí člověka. Jeho konceptu odpovídá hodnocení zdraví v kontextu života.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíle a výzkumné otázky

Na dosavadní teoretickou část práce navazuje praktická část, která se soustředí na zpracování a analýzu získaných dat z výzkumných otázek, formulace odpovědí a závěrů. Hlavním tématem praktické části je syndrom závislosti seniorů na alkoholu a návykových látkách.

Následná část práce je zaměřena na formulaci výzkumných cílů, proces sběru dat, volbu a popis zvolené výzkumné strategie, metodu sběru dat, která byla využita. Stěžejní byl výběr zvolených odborníků pro dotazování, jejichž odbornost byla předpokladem pro zvolenou metodu. Rovněž je zde důležitý časový plán výzkumného šetření a překážky, které v procesu nastaly.

4.1 Výběr a charakteristika dotazovaných odborníků

Klíčovým aspektem při výběru dotazovaných odborníků byla jejich zkušenost s touto problematikou. Získávání informací probíhalo formou e-mailové komunikace, poté dle pravidla delfské metody byly názory jednotlivců anonymizovaně rozeslány ostatním účastníkům k potřebné reflexi k danému tématu. Obsahem byla dvě kola reflektování. Charakteristika odborníků vychází z oblasti adiktologie, psychiatrie, psychoterapie, psychologie, sociální práce.

4.2 Metoda a typ sběru dat

Volba výzkumné strategie vychází ze stanoveného cíle výzkumného šetření: **Zjistit názory odborníků o problematice syndromu závislostí na alkoholu a návykových látkách u seniorů.**

Volba kvalitativní metody se jeví jako vhodná k reflexi vybrané problematiky. *„Kvalitativní přístup představuje řadu rozdílných postupů, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému.“* (Reichel 2009, s. 40*) „Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality.“* (Disman 1993, s. 285)

Pro sběr dat kvalitativního výzkumu je použito dotazování odborníků delfskou metodou. Delfská metoda je postup utváření společného názoru skupiny expertů. Byla původně vypracována pro potřeby prognózování, v současnosti se využívá i při rozhodování a řešení nejrůznějších problémů. (Benkovič 2021)

Dle Reichla má delfská metoda tři základní a nejdůležitější principy:

- vzájemná anonymita uvnitř panelu expertů, či minimálně anonymita jejich názorů,
- řízená zpětná informační vazba mezi panelem a výzkumným týmem,
- využití statistických postupů k identifikaci většinového názoru panelu a k úpravám míry jeho názorové shody. (Reichel 2009, s. 147)

4.3 Překážky výzkumného šetření

Při provádění výzkumného šetření nastal problém v navázání komunikace odborníků z oblasti sociální práce, kteří nereagovali nebo z různých důvodů odmítli odpovědět na výzkumné otázky i jakkoliv se zapojit a přispět svým názorem do uvedené práce. Nicméně vytrvalým oslovováním ke spolupráci bylo dosaženo požadovaného výsledku, který mohl být použit do praktické části práce.

5 Popis a interpretace získaných výsledků výzkumného šetření – první kolo odpovědí

Kapitola obsahuje popis výsledku výzkumu prvního kola dle stanovených výzkumných otázek.

5.1 Výzkumná otázka č. 1

VO – č. 1 Jaké jsou nejčastější druhy závislostí u seniorů?

Respondent A

Nejčastější závislostní poruchy u seniorů souvisejí s (1) alkoholem, (2) anxiolytiky a hypnotiky benzodiazepinového nebo příbuzného typu, (3) opiátovými analgetiky (např. tramadol). Velmi častá je kombinace 1+2, nezřídka kombinace všech tří okruhů. Škodlivý účinek se výrazně potencuje u 1+2 a 1+3.

Respondent B

Samozřejmě, na prvním místě u mužů bude F10.2, závislost na alkoholu. U žen odhaduji F19.2, tedy závislost na více návykových látkách, nejspíše primární budou „prášky“, léky proskribované praktickými lékaři, především hypnotika a benzodiazepiny. Často v kombinaci s alkoholem. U mužů je třeba ještě zmínit nelátkové závislosti, nevylučuji, že tam budou statisticky významné narativy patologického hráčství. Přesná čísla k tomuto fenoménu ale nemáme.

Respondent C

Z mého pohledu nejčastěji závislost na alkoholu a na nikotinu, popřípadě kofeinu. S jinými drogami jsem se u seniorů zatím nesetkal, ale blíží se do seniorského věku generace pěstitelů a konzumentů marihuany. V úvahu by připadala léková závislost, ale s tou také nemám zkušenost.

Respondent D

V našich službách je nejčastější formou závislosti závislost nebo ohrožení závislostí na alkoholu, THC a lécích (opioidy, benzodiazepiny, barbituráty, etc...).

Respondent E

Závislost na alkoholu a na lécích, mezi nejčastěji zneužívané léky patří hypnotika, anxiolytika a analgetika.

5.2 Výzkumná otázka č. 2

VO – č. 2 Jaké jsou možnosti péče o seniory závislé na alkoholu a návykových látkách?

Respondent A

Možnosti nejsou valné. Neexistuje žádné specializované léčebné zařízení. Většina lůžkových i ambulantních zařízení a programů pro léčbu závislostních poruch se seniorům (65+, případně 70+) vyhýbá. V psychiatrických nemocnicích jsou senioři se závislostní poruchou obvykle umísťováni na gerontopsychiatrických odděleních, případně na „chroňácích“, ani tam ani tam žádná cílená léčba neexistuje.

V sociálních službách existují tzv. domovy se zvláštním režimem, kde často nacházejí azyl chroničtí alkoholici, ale žádná cílená péče (např. socioterapie) se tam obvykle neprovádí, pro klienty je to sice aspoň nějaký azyl, pro vedení ústavu neustálé průšvihy s okolím, protože klienti chodí do obce či města žebrat alkohol nebo peníze na něj – no, a když je nejhůř, tak je odvezou do psychiatrické nemocnice, viz výše.

V magisterském studiu adiktologie na 1. LF UK čtu ročně cca 100 studentských kasuistik z nejrůznějších oblastí adiktologické nebo psychiatricko-adiktologické péče, případové práce zabývající se seniory v tom tvoří tak 2-3 %, což taky o něčem vypovídá.

Typ péče „domov s adiktologickým režimem“, který má Společnost pro návykové nemoci (SNN) v koncepci od r. 2012, se zatím nepodařilo založit. Viz: https://snncls.cz/wp/wp-content/2012/02/Koncepce_oboru_AD-2_4.pdf

Respondent B

Omezené. Samozřejmě, senioři mohou využít existující sítě služeb, od ambulantních programů po rezidenční a doléčování, tak jako kdokoliv jiný. Nicméně cílených programů, které by byly schopny zohlednit specifické potřeby seniorů, je málo, pokud vůbec jsou.

Specifičností a „zajímavostí" mohou být programy, které existují v rezortu nikoliv zdravotnictví (kde jich je skutečně málo), ale spíše v rezortu sociální péče. Za příklad mohu uvést řadu úžasných projektů, které jsou dostupné pro závislé a sociálně stigmatizované, „opuštěné" seniory na Českolipsku, v gesci Charity. Doporučuji oslovit Štěpánku Keckovou od nás ze skupiny v rámci SURu. To, co právě ona jako ředitelka Charity v regionu dělá pro závislé seniory, je neuvěřitelné.

Respondent C

Stejné jako u neseniorů – psychologické, adiktologické poradny, psychiatr, pokud je v místě bydliště také svépomocná skupina, pokud se vlivem věku přidávají nemoci a tím i nesamostatnost nebo duševní porucha (poruchy paměti, poruchy vnímání, degradace osobnosti, poruchy osobnosti vycházejí se závislosti) pak je možnost umístit takového seniora do psychiatrické nemocnice (léčebny) nebo i využít pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem (zde poptávka vysoko převyšuje nabídku).

Respondent D

V současné době je závislost na alkoholu a návykových látkách téměř pro všechny zařízení poskytující sociální služby kontraindikací, kterou mají zapsanou v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV a zanesenou i ve svých veřejných závazcích. Problém je i to, když má senior tuto diagnózu "historicky" ve svých lékařských záznamech a aktuálně závislý není nebo po nastavení jasných hranic a pravidel je schopen abstinence nebo kontrolovaného pití alkoholu. I v těchto případech senioři do zařízení přijímáni nejsou.

Jedinou možností pro tyto seniory jsou domovy se zvláštním režimem nebo další sociální služby komunitního charakteru (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení), ale to je závislé na potřebné míře podpory seniora, jeho schopnostech fyzických i psychických.

Respondent E

Pro seniory závislé na alkoholu neexistují žádné specializované služby jako např. programy pro závislé rodiče nebo oddělení pro závislé nezletilé. Závislí senioři můžou využívat systém zdravotní a sociální péče jako zbytek závislé dospělé populace. Otázkou však je, jak jsou informováni o existenci adiktologických služeb a zda jsou pro ně tyto služby dostupné. Co se týká zdravotních služeb, můžou senioři využívat psychiatrickou péči ambulantní či pobytovou, na oddělení pro léčbu závislostí nebo na gerontopsychiatrickém oddělení. Dále můžou senioři docházet do adiktologických ambulancí. V rámci sociálních služeb můžou využívat terénní programy, kontaktní centra, poradenská a terapeutická centra, tyto služby nejsou nijak omezeny horní věkovou hranicí. Na základě mých zkušeností jsem však nezažila seniora (pokud se bavíme o seniorech ve věku 65+, nikoliv 40+, jak bývá někdy v adiktologii zvykem), který by využíval některou z těchto služeb určenou právě pro závislé jedince. Tyto služby využívají mladší osoby. Dále existují pro seniory denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, tyto služby však nepřijímají do své péče závislé jedince. Spousta seniorů však v domovech pro seniory popíjí a nadužívá léky, je otázka, zda se jedná už o závislost a zda je závislost případně odhalena.

5.3 Výzkumná otázka č. 3

VO – č. 3 Jaké jsou překážky (legislativní, finanční, rodinné) v péči o závislé seniory?

Respondent A

Legislativní překážky: vlastně žádné nejsou, chybí ale pozitivní zájem a důraz ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven na zajištění zdravotní péče o tuto problémovou skupinu. Více méně se udržují věkově diskriminační, ageistické zvyky zdravotnického systému, že „se seniory to nemá cenu“. Předsudek „věkového stropu“ tady hraje velmi významnou roli. Stojí za zmínku, že současná koncepce psychiatrické reformy se obecně psychickými poruchami ve stáří vůbec nezabývá. Totéž asi platí pro sociální služby.

Finanční překážky: taky by žádné neměly být, ani v systému veřejného zdravotního pojištění, ani v systému dotací na sociální služby, jde jen o ten pozitivní zájem a důraz: kde

není veřejný zájem, nejsou finance, kde nejsou finance, nejsou služby. Co je zajímavé, že se této klientely nechytá ani soukromý sektor za přímé platby. Léčba závislosti šitá na míru potřebám člověka, který si ji může zaplatit – existuje. Dobré ústavy pro nesoběstačné seniory (nejen s Alzheimerem), když rodina zaplatí – existují. Ale pro seniory se závislostní poruchou si nic zaplatit nemůžete, protože nic není.

Rodinné překážky: to je hodně důležité. Rodina se za svého „závislého" seniora buď stydí, nebo to bagatelizuje, nebo obojí. Nebo ho nechce vydat na pospas veřejným službám, což je taky docela pochopitelné.

A další překážky: medicínské, osobní … Řada seniorů si chodí pravidelně k lékařům pro recepty na „prášky na spaní, na uklidnění, nebo na ty bolesti v zádech", lékaři je předepisují do nekonečna, a pokud pacient/pacientka zároveň vydatně pije, tak to doktorům nikdy neprozradí. Nebo to člověk utají úplně, před kýmkoliv, před rodinou, před lékaři. A má pro to své důvody. A současní trochu příčetní senioři si asi spočítají, jak by dopadli, kdyby svou závislost přiznali.

Respondent B

Především ekonomické. Peněz na péče o seniory a jejich specifické potřeby je málo. Určitě také odborné. Pozornost tomuto problému v odborné obci je malá. Organizačním problémem je neschopnost ministerstva zdravotnictví efektivně spolupracovat s ministerstvem práce a sociálních věcí. A naopak.

Respondent C

Legislativa je v ČR podle mého názoru nastavena dobře, proseniorsky – na rozdíl třeba od Slovenska nebo Velké Británie, kde je větší odpovědnost rodiny či finančního spoření během života se o seniora postarat. Sice chybí místa v domovech pro seniory, ale mnohem více chybí specializovaných domovů, právě třeba pro alkoholovou demenci nebo Alzheimerovu chorobu.

Finanční bych řekl, že je to také hodně dobré - pokud senior v pobytové sociální službě v ČR nemá na plnou úhradu, úhrada se mu snižuje, ze zákona mu musí zůstat 15 % z příjmu a zbytek do úhrady platí stát. To není obvyklé v sousedních zemích.

V rodinné péči vidím trochu problém v tom, že dnes se na střední generaci klade velká zátěž v tom, aby se postarali nejen o své děti, ale také své seniory, říká se tomu sendvičová generace, ale podle mě je to trend k západnímu myšlení, tedy větší odpovědnost jednotlivce a rodiny či komunity a menší role státu v zajištění služeb a péče. Uvidíme, zda se tento trend u nás projeví.

A otázkou je, co je myšleno v péči o „závislé“ seniory. Senior je apriori závislý – na péči, na podpoře. Pokud zůstaneme u závislosti na alkoholu, což je velká komplikace na péči u seniora, pak vidím problém největší v rodinném zázemí. Protože je potřeba promítnout historii pijáka a z těch stovek seniorů, které jsem měl možnost poznat, kteří byli závislí na alkoholu nebo již duševně nemocní z alkoholu, jsem neviděl ani jeden případ dobrého konce ve stylu „náš tatínek/maminka celý život pila, sice udělala dluhy, nestarala se o nás, neměli jsme co jíst, nemohl jsem je na tábor, hrál u toho automaty, ale jsme v podstatě šťastná rodina a co jsme si, to jsme si a my se o tatínka teď budeme starat, i když ještě splácíme dluh na exekuci za tatínka". Rodina často takovou péči odmítá. Je to vidět na případech omezení svéprávnosti u takového jedince, kdy rodina nechce takovému jedinci ani dělat opatrovníka a spravovat tak jeho záležitosti. Vše podle hesla jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá.

Respondent D

Legislativní překážku nevnímám žádnou, je to více o neochotě měnit zaběhlé standardizované postupy (např., že senior už není schopen léčby) – naši senioři k léčbě přijímáni nejsou. Světlou výjimkou byla PN Mariany Oranžské v Bílé Vodě, ale to s příchodem nového vedení už také neplatí. A pokud náhodou je senior do PN přijat, je zařazen na geriatrické oddělení a do žádného programu léčby závislosti zařazen není. Finanční překážka je u komerční léčby. Tu si senioři v našich službách nemohou dovolit, protože svým závislostním chováním v průběhu produktivní části svého života, nemají splněnu dostatečnou dobu pojištění a mají minimální starobní důchody ve většině případů jsou dopláceni dávkami hmotné nouze.

Rodinnou překážku vnímám v oblasti etiky a normality. Dnes není běžné, aby o rodiče jejich děti pečovaly. Často jsou tzv. sendvičovou generací, kdy současně pečují o své děti a péči o své rodiče nezvládají nebo nechtějí zvládat. Je pro ně dosažitelnější, jednodušší, tuto péči „přehodit“ na stát. V této situaci může hrát roli i společenský tlak na co nejvyšší výkon, dokonalost. Nechuť dětí pomáhat rodičům, se kterými prožily své dětství v oparu závislosti.

Respondent E

Myslím si, že je často velmi obtížné přijít vůbec na to, že je senior závislý na alkoholu nebo lécích, zvláště v situaci, kdy žije sám. Často se závislost projeví až tehdy, kdy je např. senior hospitalizovaný a začne mít abstinenční příznaky nebo o sebe přestane dbát či se začne vyhýbat sociálním kontaktům. Takže klíčová je diagnostika závislosti u seniora.

Co se týká rodiny, může nastat situace, kdy se rodina nechce vlivem alkoholismu či jiné závislosti o svého příbuzného starat, pak se závislý senior může dostávat do čím dál větší sociální izolace.

Jak už jsem zmínila výše, další překážkou je, řekněme legislativní, že neexistuje specializované pobytové zařízení pro závislé seniory (mimo azylové domy, kde sice závislí senioři můžou dlouhodobě bydlet, když prokážou, že mají pouze určité množství alkoholu v krvi, nadužívání prášků se zde vůbec neřeší, jedná se však o službu, kde se s člověkem na jeho závislosti nepracuje, a mimo psychiatrická oddělení, kde sice probíhá léčba, ale za několik měsíců je senior propuštěn). Ideální by byl koncept, který by kloubil zdravotní a sociální péči o závislé seniory a pracoval by zde multidisciplinární tým (psychiatr, adiktolog, psycholog, sociální pracovník a pečovatel, případně další odborní lékaři podle zdravotního stavu pacienta). Dokážu si však představit, že provoz takového zařízení by byl velmi nákladný, a tím bych navázala na další překážku, a to finanční.

Zde asi záleží, zda senior začal pít až v pozdním věku a ve svém produktivním věku legálně pracoval, nebo zda pil tzv. většinu svého života. Pokud senior pije od mládí a dlouhodobě se mu nedařilo pracovat, nebo pracoval „načerno“ a neplatil si zdravotní pojištění, hrozí, že bude mít minimální starobní důchod, případně přiznaný invalidní důchod, ale bez nároku na výplatu invalidity. Tím pádem nebude mít možnost si některé sociální služby vůbec zaplatit, i když bude třeba čerpat dávky hmotné nouze. Vyhráno však nemají ani senioři, kteří celý život pracovali. Často ani ti si nemůžou dovolit kvůli nízkým starobním důchodům a nevyřízeným příspěvkům na péči zaplatit pobytovou sociální službu.

5.4 Výzkumná otázka č. 4

VO – č. 4 Jaké jsou názory odborníků na problematiku závislostí v seniorském věku?

Respondent A

Odborníci, kteří to vůbec vnímají jako problém, upozorňují, že je to problém třeskutě zanedbávaný, taková „adiktologická časovaná bomba“, kdy čím víc se tím budeme zabývat, tím víc budeme odkrývat alarmující údaje o problému, na jehož zvládnutí nemáme v současné době ani odborný, ani institucionální potenciál. Nutno říct, že jej nemají ani jiné země v EU, s nimiž se rádi srovnáváme (Německo, Rakousko …).

Respondent B

Chabá pozornost. Podceňování problému. Malá znalost specifických potřeb seniorů.

Respondent C

Odborníci z řad psychologů, poradců nemají čas se věnovat pijícímu seniorovi, který ještě navíc dělá „bordel“. Mají dost práce a tento typ klienta je na okraji odborného zájmu. Není to myšleno negativně, ale tak to je, stačí se podívat do literatury. I dr. Nešpor, náš velký odborník na adiktologii, se ve svých knihách této problematice věnuje minimálně. A spíše je to o radě „nejdříve řešte alkohol, pak ostatní“.

Respondent D

Na to neumím odpovědět.

Respondent E

Myslím, že se odborníci domnívají, že závislí senioři jsou stále poměrně neodhalenou skupinou závislých jedinců. Často nadužívají alkohol, prášky na uklidnění, na spaní a na bolest a je těžké to odhalit. Vlivem věku, ztráty partnerů, odloučení, nemoci, špatné finanční situace začnou svou situaci řešit tím, co mají běžně doma k dispozici – alkohol a léky. Pro jejich blízké je těžko rozpoznatelné, že jejich příbuzní trpí závislostí, jelikož změny nálad, strach, nervozita, třes jsou běžně spojovány se stářím.

5.5 Výzkumná otázka č. 5

VO – č. 5 Jaké jsou společenské mýty o alkoholu a návykových látkách?

Respondent A

Mýtů či „non-evidence based“ obecně sdílených přesvědčení je v této oblasti spousta, např. „závislí lidé si svou závislost zavinili sami“ nebo „výměnné programy a substituce jsou podporou toxikománie“ atd.

Za důležité „non-evidence based“ obecně, a často i v odborné obci sdílených přesvědčení pokládám (1) bagatelizaci problémů spojených s alkoholem a neadekvátní důraz na tzv. nelegální drogy, ač jejich problémových uživatelů je cca 10 % proti problémovým, avšak společensky tolerovaným pijákům alkoholu, (2) bagatelizaci problémů spojených s tzv. iatrogenními závislostmi (iatron = řecky lékař = závislosti „lékařem způsobené“), které jsou spojené s neuváženou preskripcí ze strany lékařů, ale také s trhem těchto psychofarmak na internetu. Obojí má u závislostních poruch u seniorů velký význam.

Respondent B

Neškodí. Naopak je zdravý. Každý pije. Je to normální.

Respondent C

Těch je víc, ale asi ten nejčastější, který zároveň komplikuje spolupráci při léčbě je, že kdo neumí pít alkohol, tak je slaboch. Dalším problém je celospolečenská zakázka, kdy je alkohol všudypřítomný a snadno dostupný, každá reklama o alkoholu v TV v podstatě využívá mýtů, viz „chlapi sobě“, „život je hořký, bohudík“ apod. Další z mýtů je, že závislý se může naučit kontrolovaně konzumovat. Nebo ten o tom, že umíme závislé na alkoholu přivést k trvalé abstinenci.

Respondent D

Když nepiji denně, nejsem alkoholik. Alkohol je v malém množství zdravý. Když budu chtít, ihned přestanu. Když mi léky předepíše lékař, nemohu být na nich závislý. Alkohol mám pod kontrolou. Marihuana neškodí. Když si znovu vsadím, určitě vyhraji. Závislý na alkoholu je bezdomovec.

Respondent E

Je zajímavé, jak se liší postoj veřejnosti vůči alkoholu a návykovým lékům a naproti tomu vůči nelegálním návykovým látkám, které jsou společností velmi odsuzovány, i když vliv na zdraví jedince mají obdobný. Nelíbí se mi tolerance veřejnosti vůči alkoholu, nerespektování abstinujících jedinců a věty typu: „dej si panáka, ať seš zdravý jako řípa“. Nemyslím si, že by se byť i minimálním množstvím jakéhokoliv alkoholu posílilo zdraví jedince. Také se mi nelíbí mýtus, že všichni alkoholici musí být zavřeni a léčeni na psychiatrii. Dále nesouhlasím s tím, že kdo měl v životě jednou potíže s alkoholem, už se ho nikdy nemůže dotknout. Dále se mi nelíbí, že je často užívání alkoholu spojováno s tím, že člověk v životě „něco nezvládl.“ Myslím, že závislosti se týkají každého z nás.

6 Popis a interpretace získaných výsledků výzkumného šetření – druhé kolo odpovědí

Kapitola obsahuje popis výsledku výzkumu druhého kola dle stanovených výzkumných otázek.

6.1 Výzkumná otázka č. 1 (druhé kolo odpovědí)

VO – č. 1 Jaké jsou nejčastější druhy závislostí u seniorů?

Respondent A

Nejčastější závislostní poruchy u seniorů souvisejí s (1) alkoholem, (2) anxiolytiky a hypnotiky benzodiazepinového nebo příbuzného typu, (3) opiátovými analgetiky (např. tramadol). Velmi častá je kombinace 1+2, nezřídka kombinace všech tří okruhů. Škodlivý účinek se výrazně potencuje u 1+2 a 1+3. Nutno mít na paměti, že stáří bývá křehké: rychle dochází k somatickým poruchám, deliriím, depresím či demencím.

Respondent B

Závislost na alkoholu (více u mužů, nicméně ani ženy seniorky nejsou tohoto problému ušetřeny). Závislost na hypnoticích, benzodiazepinech, sedativech (více u žen). Závislost na analgeticích a opioidech.

Respondent C

Z mého pohledu nejčastěji závislost na alkoholu a na nikotinu, popřípadě kofeinu. S jinými drogami jsem se u seniorů zatím nesetkal, ale blíží se do seniorského věku generace pěstitelů a konzumentů marihuany. V úvahu by připadala léková závislost, ale s tou také nemám zkušenost.

Respondent D

V našich službách je nejčastější formou závislosti závislost nebo ohrožení závislostí na alkoholu, THC a lécích (opioidy, benzodiazepiny, barbituráty, etc.).

Respondent E

Závislost na alkoholu a na lécích, mezi nejčastěji zneužívané léky patří hypnotika, anxiolytika a analgetika.

6.2 Výzkumná otázka č. 2 (druhé kolo odpovědí)

VO – č. 2 Jaké jsou možnosti péče o seniory závislé na alkoholu a návykových látkách?

Respondent A

Možnosti nejsou valné. Neexistuje žádné specializované léčebné zařízení. Většina lůžkových i ambulantních zařízení a programů pro léčbu závislostních poruch se seniorům (65+, případně 70+) vyhýbá. V psychiatrických nemocnicích jsou senioři se závislostní poruchou obvykle umísťováni na gerontopsychiatrických odděleních, případně na „chroňácích“, ani tam ani tam žádná cílená léčba neexistuje.

V sociálních službách existují tzv. domovy se zvláštním režimem, kde často nacházejí azyl chroničtí alkoholici, ale žádná cílená péče (např. socioterapie) se tam obvykle neprovádí. Pro klienty je to sice aspoň nějaký azyl, pro vedení ústavu neustálé průšvihy s okolím, protože klienti chodí do obce či města žebrat alkohol nebo peníze na něj. Když je dají na uzavřené oddělení, tak klienti zlobí – no, a když je nejhůř, tak je odvezou do psychiatrické nemocnice, viz výše.

Typ péče „domov s adiktologickým režimem“, který má Společnost pro návykové nemoci (SNN) v koncepci od r. 2012, se zatím nepodařilo založit.

Viz: https://snncls.cz/wp/wp-content/2012/02/Koncepce_oboru_AD-2_4.pdf

Na fakultě čtu ročně cca 100 studentských kasuistik z nejrůznějších oblastí adiktologické nebo psychiatricko-adiktologické péče. Z toho jsou nejvýš 2-3 případové práce zabývající se seniory, což taky o něčem vypovídá.

Respondent B

Pro pochopení problému je třeba si uvědomit, že kvalitní a účinná péče o závislé seniory je interdisciplinárním a mezirezortním problémem. Je třeba, aby se na ní podílely odborné instituce působící v gesci ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, organizace lokální úrovně v působnosti měst a obcí a také nestátní organizace.

Významným faktorem ovlivňujícím negativně kvalitu i dostupnost odborné péče v posledních 2 letech je také COVID-19.

Specifickými rysy jsou:

- Vysoká komorbidita
- Psychologické a psychospirituální aspekty ovlivňující zásadním způsobem vznik onemocnění, jeho psychosomatický (téměř vždy přítomný) kontext i efektivitu vlastního léčení a psychosociální pomoci

Limity péče:

- Absence specializovaných komplexních zdravotních a sociálních programů pro závislé seniory
- Nedostatečné povědomí o prevalenci problému závislosti u seniorů v populaci, malá pozornost tomuto problému mezi politiky, úředníky a „decision makery“
- Malá pozornost tomuto problému u významné části odborné veřejnosti
- Velmi omezená dostupnost finančních a lidských zdrojů pro tento problém, absence specifických dotačních programů ze státního rozpočtu
- Malá úroveň vzdělanosti o účinných formách odborné péče mezi odbornou veřejností

Reálné možnosti:

- Navzdory výše řečenému existuje relativně rozsáhlý systém ambulantní specializované péče, včetně alespoň dílčí dostupnosti specialistů psychiatrů, psychosomatiků, neurologů, ale také praktických a rodinných lékařů, kteří v této oblasti hrají daleko významnější roli, než by se na první pohled mohlo zdát
- Taková péče je hrazena i pro závislé seniory z veřejného zdravotního pojištění

- Mimo oblast zdravotních služeb existují programy specializované sociální péče (i pro závislé seniory), někdy dokonce i s přítomností alespoň částečné zdravotní péče (viz Štěpánka Kecková v severních Čechách)
- Navíc, v rámci existující institucionální péče (domy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, Alzheimer centra, hospice, atd.), kde alespoň „minimální" zdravotně-sociální péče je dostupná. Samozřejmě v omezeném měřítku (např. v případě alkoholové demence, atd.)

Respondent C

Stejné jako u neseniorů - psychologické/adiktologické poradny, psychiatr, pokud je v místě bydliště také svépomocná skupina, pokud se vlivem věku přidávají nemoci a tím i nesamostatnost nebo duševní porucha (poruchy paměti, poruchy vnímání, degradace osobnosti, poruchy osobnosti vycházejí se závislosti), pak je možnost umístit takového seniora do psychiatrické nemocnice (léčebny) nebo i využít pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem (zde poptávka vysoko převyšuje nabídku).

Respondent D

V současné době je závislost na alkoholu a návykových látkách téměř pro všechny zařízení poskytující sociální služby kontraindikací, kterou mají zapsanou v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV a zanesenou i ve svých veřejných závazcích. Problém je i to, když má senior tuto diagnózu „historicky" ve svých lékařských záznamech a aktuálně závislý není nebo po nastavení jasných hranic a pravidel je schopen abstinence nebo kontrolovaného pití alkoholu. I v těchto případech senioři do zařízení přijímáni nejsou. Jedinou možností pro tyto seniory jsou domovy se zvláštním režimem nebo další sociální služby komunitního charakteru (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení), ale to je závislé na potřebné míře podpory seniora, jeho schopnostech fyzických i psychických.

Respondent E

Závislí senioři můžou využívat systém zdravotní a sociální péče jako zbytek populace, která má zkušenost se závislostí. Otázkou však je, jak jsou informováni o existenci adiktologických služeb a zda jsou pro ně tyto služby dostupné. Co se týká zdravotních služeb, můžou senioři využívat psychiatrickou péči ambulantní či pobytovou, na oddělení pro léčbu závislostí nebo na gerontopsychiatrickém oddělení. Dále můžou senioři docházet

do adiktologických ambulancí. V rámci sociálních služeb můžou využívat denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, pokud se však aktuálně potýkají se závislostí, jsou pro ně tyto služby nedostupné. Dále jsou pro ně určeny domovy se zvláštním režimem. Závislí senioři také mohou využívat noclehárny, azylové domy, denní centra, která jsou celkově určená pro lidi v nouzi, ale nijak se nepracuje s jejich specifickými potřebami spojenými s věkem a závislostí.

6.3 Výzkumná otázka č. 3 (druhé kolo odpovědí)

VO – č. 3 Jaké jsou překážky (legislativní, finanční, rodinné) v péči o závislé seniory?

Respondent A

Legislativní překážky: vlastně žádné nejsou, chybí ale pozitivní zájem a důraz ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven na zajištění zdravotní péče o tuto problémovou skupinu. Více méně se udržují věkově diskriminační, ageistické zvyky zdravotnického systému, že „se seniory to nemá cenu“. Předsudek „věkového stropu“ tady hraje velmi významnou roli. Stojí za zmínku, že současná koncepce psychiatrické reformy se obecně psychickými poruchami ve stáří vůbec nezabývá. Totéž asi platí pro sociální služby.

Finanční překážky: taky by žádné neměly být, ani v systému veřejného zdravotního pojištění, ani v systému dotací na sociální služby, jde jen o ten pozitivní zájem a důraz: kde není veřejný zájem, nejsou finance, kde nejsou finance, nejsou služby.

Co je zajímavé, že se této klientely nechytá ani soukromý sektor za přímé platby. Léčba závislosti šitá na míru potřebám člověka, který si ji může zaplatit – existuje. Dobré ústavy pro nesoběstačné seniory (nejen s Alzheimerem), když rodina zaplatí – existují.

Ale pro seniory se závislostní poruchou si nic zaplatit nemůžete, protože nic není.

Rodinné překážky: to je hodně důležité. Rodina se za svého „závislého“ seniora buď stydí, nebo to bagatelizuje, nebo obojí. Nebo ho nechce vydat na pospas veřejným službám, což je taky docela pochopitelné.

A další překážky: medicínské, osobní … Řada seniorů si chodí pravidelně k lékařům pro recepty na „prášky na spaní, na uklidnění, nebo na ty bolesti v zádech“, lékaři je předepisují do nekonečna, a pokud pacient/pacientka zároveň vydatně pije, tak to doktorům nikdy neprozradí. Nebo to člověk utají úplně, před kýmkoliv, před rodinou, před lékaři. A má pro to své důvody. Na to, že moje babička (v lékařské rodině) byla závislá na tvrdém alkoholu a opiátových analgetikách, jsme přišli až po její smrti (+ v 80 letech r. 1967). A současní trochu příčetní senioři si asi spočítají, jak by dopadli, kdyby svou závislost přiznali.

Respondent B

Největší překážkou je nedostatečná pozornost tomuto fenoménu z hlediska péče pomoci ze strany vlastní rodiny. Potom nejspíše finance a absence specializovaných programů. Nakonec legislativní aspekty.

Respondent C

Legislativa je v ČR podle mého názoru nastavena dobře, proseniorsky – narozdíl třeba od Slovenska nebo Velké Británie, kde je větší odpovědnost rodiny, či finančního spoření během života se o seniora postarat. Sice chybí místa v domovech pro seniory, ale mnohem více chybí specializovaných domovů, právě třeba pro alkoholovou demenci nebo Alzheimerovu chorobu.

Finanční bych řekl, že je to také hodně dobré – pokud senior v pobytové sociální službě v ČR nemá na plnou úhradu, úhrada se mu snižuje, ze zákona mu musí zůstat 15 % z příjmu a zbytek do úhrady platí stát. To není obvyklé v sousedních zemích.

V rodinné péči vidím trochu problém v tom, že dnes se na střední generaci klade velká zátěž v tom, aby se postarali nejen o své děti, ale také své seniory, říká se tomu sendvičová generace, ale podle mě je to trend k západnímu myšlení, tedy větší odpovědnost jednotlivce a rodiny či komunity a menší role státu v zajištění služeb a péče. Uvidíme, zda se tento trend u nás projeví.

A otázkou je, co je myšleno v péči o „závislé“ seniory. Senior je apriori závislý – na péči, na podpoře. Pokud zůstaneme u závislosti na alkoholu, což je velká komplikace na péči u seniora, pak vidím problém největší v rodinném zázemí. Protože je potřeba

promítnout historii pijáka a z těch stovek seniorů, které jsem měl možnost poznat, kteří byli závislí na alkoholu nebo již duševně nemocní z alkoholu, jsem neviděl ani jeden případ dobrého konce ve stylu „náš tatínek/maminka celý život pila, sice udělala dluhy, nestarala se o nás, neměli jsme co jíst, nemohl jsem jet na tábor, hrál u toho automaty, ale jsme v podstatě šťastná rodina a co jsme si, to jsme si a my se o tatínka teď budeme starat, i když ještě splácíme dluh na exekuci za tatínka“. Rodina často takovou péči odmítá. Je to vidět na případech omezení svéprávnosti u takového jedince, kdy rodina nechce takovému jedinci ani dělat opatrovníka a spravovat tak jeho záležitosti. Vše podle hesla jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá.

Respondent D

Legislativní překážku nevnímám žádnou, je to více o neochotě měnit zaběhlé standardizované postupy (např., že senior už není schopen léčby) – naši senioři k léčbě přijímáni nejsou. Světlou výjimkou byla PN Mariany Oranžské v Bílé Vodě, ale to s příchodem nového vedení už také neplatí. A pokud náhodou je senior do PN přijat, je zařazen na geriatrické oddělení a do žádného programu léčby závislosti zařazen není. Finanční překážka je u komerční léčby. Tu si senioři v našich službách nemohou dovolit, protože svým závislostním chováním v průběhu produktivní části svého života nemají splněnu dostatečnou dobu pojištění a mají minimální starobní důchody. Ve většině případů jsou dopláceni dávkami hmotné nouze.

Rodinnou překážku vnímám v oblasti etiky a normality. Dnes není běžné, aby o rodiče jejich děti pečovaly. Často jsou tzv. sendvičovou generací, kdy současně pečují o své děti a péči o své rodiče nezvládají nebo nechtějí zvládat. Je pro ně dosažitelnější, jednodušší tuto péči „přehodit“ na stát. V této situaci může hrát roli i společenský tlak na co nejvyšší výkon, dokonalost. Nechuť dětí pomáhat rodičům, se kterými prožily své dětství v oparu závislosti.

Respondent E

Co se týká rodinných překážek, dokážu si představit situaci, kdy se rodina vlivem alkoholismu nebo jiné závislosti nechce starat o seniora zvláště, pokud se senior se závislostí potýká celý život a mělo to vliv např. na dětství a dospívání dětí a celkově na vztahy v rodině.

Další překážkou, řekněme legislativní, je neexistence specializovaných pobytových zařízení pro závislé seniory (mimo domovy se zvláštním režimem, jejichž kapacita je omezená a azylové domy, kde sice závislí senioři můžou dlouhodobě bydlet, když prokážou, že mají pouze určité množství alkoholu v krvi, nadužívání prášků se zde vůbec neřeší, jedná se však o službu, kde se s člověkem na jeho závislosti nepracuje, a mimo psychiatrická oddělení, kde sice probíhá léčba, ale za několik měsíců je senior obvykle propuštěn). Ideální by byl koncept, který by kloubil zdravotní a sociální péči o závislé seniory a pracoval by zde multidisciplinární tým (psychiatr, adiktolog, psycholog, sociální pracovník a pečovatel, případně další odborní lékaři podle zdravotního stavu pacienta. Provoz takového zařízení by byl však velmi nákladný.

Když budeme mluvit o finančních překážkách, tak zde asi záleží, zda senior začal pít až v pozdním věku a ve svém produktivním věku legálně pracoval, nebo zda pil tzv. většinu svého života. Pokud senior pije od mládí a dlouhodobě se mu nedařilo pracovat, nebo pracoval „načerno“ a neplatil si zdravotní pojištění, hrozí, že bude mít minimální starobní důchod, případně přiznaný invalidní důchod, ale bez nároku na výplatu invalidity. Tím pádem nebude mít možnost si některé sociální služby vůbec zaplatit, i když bude třeba čerpat dávky hmotné nouze. Vyhráno však nemají ani senioři, kteří celý život pracovali. Často ani ti si nemůžou dovolit kvůli nízkým starobním důchodům a nevyřízeným příspěvkům na péči zaplatit pobytovou sociální službu.

6.4 Výzkumná otázka č. 4 (druhé kolo odpovědí)

VO – č. 4 Jaké jsou názory odborníků na problematiku závislostí v seniorském věku?

Respondent A

Odborníci, kteří to vůbec vnímají jako problém, upozorňují, že je to problém třeskutě zanedbávaný, taková „adiktologická časovaná bomba“, kdy čím víc se tím budeme zabývat, tím víc budeme odkrývat alarmující údaje o problému, na jehož zvládnutí nemáme v současné době ani odborný, ani institucionální potenciál. Nutno říct, že jej nemají ani jiné země v EU, s nimiž se rádi srovnáváme (Německo, Rakousko …).

Důležité téma, které se u nás i jinde v Evropě v posledních letech ozvalo, jsou tzv. stárnoucí uživatelé drog. Nejde o seniory, ale o lidi, kteří třeba 30 let užívají opiáty nebo amfetaminy, a v 50 letech jejich zdravotní stav, biologický i mentální věk, odpovídá pokročilému stáří. Často žijí jako bezdomovci. Aktivní léčba většinou už nepřichází v úvahu. Vhodná by byla komplexní paliativní péče zdravotní, psychiatrická i sociální, ale tady je to podobné, jako jsem uvedl v odpovědi 1.

Respondent B

Jistě záleží na tom, jakých „odborníků“. Když se jich zeptáte, málokdo nejspíše odpoví, že to není problém. Na druhou stranu se „odborníci“ tomuto problému často věnují nedostatečně, pokud vůbec. Řada z nich se na vzniku problémů naopak podílí: nerozvážnou preskripcí sedativ, anxiolytik, hypnotik, nedostatečnou pozorností potřebě léčit bolest (typickou pro seniorský věk) komplexně a nikoliv pouze „léky“, nedostatečnou pozorností „automedikaci“ řady psychických, somatických i psychosomatických symptomů samotnými seniory atd.

Respondent C

Odborníci z řad psychologů, poradců nemají čas se věnovat pijícímu seniorovi, který ještě navíc dělá „bordel“. Mají dost práce a tento typ klienta je na okraji odborného zájmu. Není to myšleno negativně, ale tak to je, stačí se podívat do literatury. I dr. Nešpor, náš velký odborník na adiktologii, se ve svých knihách této problematice věnuje minimálně. A spíše je to o radě „nejdříve řešte alkohol, pak ostatní“.

Respondent D

Většina společnosti vnímá závislosti u seniorů jako zanedbatelný problém a odborníci, kteří o této problematice ví a vidí její velikost a hloubku, se tím zabývají jen okrajově.

Respondent E

Pro odborníky jsou závislí senioři jednak poměrně neodhalenou skupinou (někdy je obtížné určit, zda je senior závislý, často je to možné až v případě, kdy je mu na delší dobu, např. hospitalizací, odepřen alkohol a dostává jen standardní množství léků. Dále k této problematice chybí relevantní data. A jen málo odborníků se touto cílovou skupinou zabývá, je to tedy opomíjené téma.

6.5 Výzkumná otázka č. 5 (druhé kolo odpovědí)

VO – č. 5 Jaké jsou společenské mýty o alkoholu a návykových látkách?

Respondent A

Mýtů či „non-evidence based“ obecně sdílených přesvědčení je v této oblasti spousta, např. „závislí lidé si svou závislost zavinili sami“ nebo „výměnné programy a substituce jsou podporou toxikománie“ atd.

Za důležitá „non-evidence based“ přesvědčení, sdílená obecně, a často i v odborné obci pokládám, (1) bagatelizaci problémů spojených s alkoholem a neadekvátní důraz na tzv. nelegální drogy, ač jejich problémových uživatelů je cca 10 % proti problémovým, avšak společensky tolerovaným pijákům alkoholu, (2) bagatelizaci problémů spojených s tzv. iatrogenními závislostmi (iatron = řecky lékař = závislosti „lékařem způsobené“), které jsou spojené s neuváženou preskripcí ze strany lékařů, ale také s trhem těchto psychofarmak na internetu. Obojí má u závislostních poruch u seniorů velký význam.

Respondent B

- Každý pije.
- Alkohol není problém.
- Na něco umřít musíme.
- „Alkoholik“ patří za mříže. Či do léčebny (nerozumí se zde výkon trestu). Nepochopení, že závislost je závažné onemocnění, stejně jako cukrovka nebo oběhové choroby a že je nezbytné (a také možné) jej léčit i v seniorském věku bez zavírání „za mříže“.
- Antidepresiva jsou špatná a návyková (proto radši užíváme sedativa, hypnotika, benzodiazepiny, analgetika…). Prášek nic nezkazí (ten modrý, růžový…).
- Když mají senioři „odbornou“ péči, tak nepotřebují podporu rodiny.
- Závislost u seniorů je už zbytečné (nesmyslné) léčit.

Respondent C

Těch je víc, ale asi ten nejčastější, který zároveň komplikuje spolupráci při léčbě, je že kdo neumí pít alkohol, tak je slaboch. Dalším problém je celospolečenská zakázka, kdy je alkohol všudypřítomný a snadno dostupný, každá reklama o alkoholu v TV v podstatě využívá mýtů, viz „chlapi sobě“, „život je hořký, bohudík“ apod. Další z mýtů je, že závislý se může naučit kontrolovaně konzumovat. Nebo ten o tom, že umíme závislé na alkoholu přivést k trvalé abstinenci.

Respondent D

- Když nepiji denně, nejsem alkoholik.
- Alkohol je v malém množství zdravý.
- Když budu chtít, ihned přestanu.
- Když mi léky předepíše lékař, nemohu být na nich závislý.
- Alkohol mám pod kontrolou.
- Marihuana neškodí.
- Když si znovu vsadím, určitě vyhraji.
- Závislý na alkoholu je bezdomovec.

Respondent E

Je zajímavé, jak se liší postoj veřejnosti vůči alkoholu a návykovým lékům a naproti tomu vůči nelegálním návykovým látkám, které jsou společností velmi odsuzovány, i když vliv na zdraví jedince mají podobně škodlivý, a navíc je závislých na nelegálních návykových látkách výrazně méně. Užívání alkoholu je normalizováno, stejně tak užívání návykových léků, které přece předepisuje lékař. Alkohol v naší společnosti funguje jako všelék, kterým se dají vyřešit veškeré fyzické a psychické potíže.

Typický je postoj veřejnosti vůči závislým jedincům, kteří jsou vnímáni jako ti, co v životě „něco nezvládli“. Dále, že všichni závislí jedinci patří do léčebny a že kdo měl v životě někdy potíže s alkoholem, už je navěky alkoholik.

7 Shrnutí a doporučení pro praxi

Tato práce poskytuje náhled na problematiku syndromu závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů. Z výše uvedených názorů vyplývá, že oblast závislostí seniorů je vnímána okrajově a dosud jí nebyla věnována dostatečná pozornost.

Doporučení a shrnutí pro praxi zejména ve zdravotní a sociální oblasti vyplývající z názorů odborníků:

- zvýšit povědomí o latentním problému směrem k veřejnosti možnou diskuzí s odborníky v televizním, rozhlasovém a internetovém prostoru, zajistit rozsáhlou a srozumitelnou informovanost o skrytých a nediagnostikovaných závislostech u seniorů formou besed v komunitních centrech měst a obcí,
- vytvářet a vzdělávat multidisciplinární týmy skládající se z odborných zdravotních a sociálních služeb, které budou cílit na specifické potřeby závislých seniorů,
- rozvíjet a podporovat diskuzi odborníků, uvažovat o prevenci pro veřejnost, blízké ohrožených seniorů i pro ně samotné, vytvářet expertní spolupracující skupiny z oblasti zdravotnictví a sociální práce, využívat komparace studií ze zahraničních zdrojů a vyhledávat příklady dobré praxe,
- edukovat praktické lékaře o případných interakcích předepisované medikace se závislostním potenciálem a o možném nebezpečí závislosti na lécích u seniorů,
- zajistit podpůrnou síť služeb v městech a obcích, zapojit a provázat komunitní činnost rodin a sociálních sítí v oblasti pomoci ohroženým seniorům, informovat laickou veřejnost o tématu závislostí starších občanů, vytvářet a zapojovat dobrovolnická centra, svépomocné skupiny, které budou pracovat s příslušnou cílovou skupinou,
- podporovat oblast prevence formou přednášek z řad odborníků, ale i seniorů s osobní zkušeností z různých společenských vrstev a profesí,
- vést diskuze odborníků v oblasti léčby a prevence závislostí o rozumné míře řízené konzumace alkoholu v zařízeních, která v současné době poskytují alespoň základní péči seniorům se závislostí a v budoucnu vytvářet programy a opatření přímo zaměřené na pomoc závislým seniorům,
- odtabuizovávat citlivé téma závislostí seniorů v rodinách, kde je senior autoritou v roli rodiče, prarodiče, podporovat terapeutické pobyty rodin a osob blízkých,

rozšiřovat nabídky aktivit trávení volného času v podobě komunitního setkávání s terapeutickým přesahem,

- vážně se zabývat reformou psychiatrické péče, kde by na seniory se závislostí nebo takto ohrožené byl brán zřetel, přizpůsobit odborné gerontologické, adiktologické a sociální služby pro potřeby seniorské populace s problémem závislostí,
- klást důraz na vytváření prostoru pro seniory se syndromem závislosti v oblasti protidrogové politiky a zajistit finanční zdroje pro vytváření a fungování péče pro tuto klientelu,
- zahrnout téma problému závislostí u seniorů v dokumentech ministerstva práce a sociálních věcí Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti a Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí,
- sledovat dynamiku, vývoj a změny postojů ve společnosti směrem k problematice závislostí starších osob a vyvozovat závěry pro praxi.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala syndromem závislosti na alkoholu a návykových látkách u seniorů. Oslovenými respondenty byli doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MUDr. Pavel Bém, PhDr. Pavel Kliment, Ph.D., Bc. Štěpánka Kecková a respondentka, která si přála zůstat v anonymitě. Odpovědi odborníků vycházejí z pěti výzkumných otázek, na které odpovídají ve dvou kolech dotazování. Poté byly z odpovědí vyhodnoceny závěry bakalářské práce.

V první otázce, která se zaobírá nejčastějšími druhy závislostí, se odborníci shodují, že jde především o závislost na alkoholu a nadužívání léků, popřípadě kombinaci obojího. Zde je patrné, že alkohol je zneužíván více muži a léková závislost je spíše záležitostí žen. Významným faktorem ovlivňujícím závislosti seniorů je jejich nevědomost, že léky v kombinaci s alkoholem vytváří život ohrožující koktejl. Za zmínku stojí rovněž nelátkové závislosti ve formě patologického hráčství. Nutno podotknout, že zde hrají svou roli i legální látky se závislostním potenciálem, kterými jsou nikotin a káva.

Z druhé otázky, týkající se možnosti péče o seniory se závislostí vyplývá, že v současné době neexistuje cílený program, péče nebo služba zabývající se problémem závislostí u této věkové skupiny. Odborníci se shodují, že závislost u seniorů je téměř vždy kontraindikací k přijetí do jakéhokoliv léčebného nebo sociálního zařízení. Jedinou možností jsou domy se zvláštním režimem, které takovéto klienty přijímají, avšak nemají pro ně adekvátní nabídku služeb specifických pro jejich onemocnění. Závislí senioři mohou využívat systém sociální a zdravotní péče jako ostatní populace, většinou gerontopsychiatrických oddělení, rovněž bez přímé léčby závislostí. Mohou se také zaměřit na adiktologické služby, v rámci sociálních služeb vyhledat odbornou terapeutickou pomoc, stacionáře a jiná zařízení. Zde však nastává problém týkající se nedostatečné informovanosti závislých starších občanů o možných centrech pomoci. Z výzkumu vyplývá, že specifická a cílená pomoc seniorům závislým na alkoholu a návykových látkách v současnosti není žádná.

Třetí otázka zkoumala, jaké jsou překážky v péči o závislé seniory, specifikováno na překážky legislativní, finanční, rodinné. Legislativní překážky nevyplývají žádné, jelikož přímo problém závislostí starší populace přímo neřeší. V současné době zcela chybí zájem

ze strany zákonodárců, se tímto tématem zabývat. Z uskutečněného výzkumu plyne, že připravovaná reforma psychiatrické péče by měla klást důraz na zabývání se psychickými poruchami ve stáří. Financování péče a služeb pro seniory se závislostí je hrazeno ze systému zdravotního pojištění. Pomoc formou přímé platby pro seniorskou závislou klientelu není poptávána, tudíž neexistuje. Dalším hlediskem je nedostatečné navázání spolupráce mezi resorty zdravotnictví a sociálních věcí, která by generovala odborné multidisciplinární týmy. Rodinné překážky vyplývají z konkrétního nastavení rodinného zázemí a jejího fungování. Většinou se nedaří závislost u seniora odhalit nebo rodina situaci odmítá a nevnímá jako problém. Je důležité si uvědomit, že mnoho seniorů žije samo a není tak schopno sebereflexe při nadužívání alkoholu a návykových látek.

Názory odborníků na problematiku závislostí v seniorském věku byly předmětem čtvrté výzkumné otázky. Z názorů vyplývá, že toto téma je velice zanedbávané a neodhalené, dokonce nazývané jako „časovaná adiktologická bomba“, která skrývá znepokojivé údaje o závislostech seniorů. Odborníci se rovněž domnívají, že je velký nedostatek kvalifikovaných odborníků poskytujících sociální a zdravotní služby. Významným faktorem je snadná dostupnost alkoholu a předepisování léků posvěcené lékařskou autoritou, které vrhají seniory do náruče závislostí.

Pátá otázka je zaměřena na společenské mýty o alkoholu a návykových látkách. Mýtus je podle sociologické encyklopedie zvláštní slovesný útvar, většinou příběh odpovídající skutečnosti, který obsahuje významnou symbolickou hodnotu. Přeneseně se jím označuje jev nebo předmět, který je ojedinělý nebo nepravděpodobný. (Justoň 2021)

Česká republika se řadí mezi světovou špičku v konzumaci alkoholu. Dle názorů odborníků je zřejmé, že vztah české veřejnosti k alkoholu je více jak kladný a z toho plynou i poněkud volnější názory a tolerance k jeho požívání. Sdílených a předávaných přesvědčení o zdravotním prospěchu pití alkoholu a bagatelizování možných důsledků je mnoho. Tato přesvědčení mnohdy komplikují jak motivaci k léčbě, tak i léčbu samotnou.

Užívání látek s vysokým potenciálem závislosti u seniorů je v České republice okrajovým tématem. Důvodem můžou být nediagnostikované a přehlížené problémy seniorů, kteří nadužívají alkohol a léky. K odhalení v mnoha případech dochází až v důsledku ohrožení zdraví vlivem pádů a možných intoxikací.

Seznam použitých tištěných zdrojů

ČELEĎOVÁ, Libuše, aj., 2016. *Úvod do gerontologie.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav, 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DISMAN, Miroslav, 1993. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 80-7066-822-9.

FIŠEROVÁ, Magdaléna, 2003. Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty. In: KALINA, Kamil, aj. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

FRANKL, Viktor E, 2007. *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu.* B. v. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-088-6.

GROF, Stanislav, 2004. *Psychologie budoucnosti: Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí.* V českém jazyce 1. vyd. Praha: Perla. ISBN: 80-902156-6-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

JANIŠ, Kamil., aj., 2016. *Volný čas seniorů.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.

JEŘÁBEK, Petr, 2015. Psychopatologie závislosti. In: KALINA, Kamil, aj. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.

KUDRLE, Stanislav, 2003a. Psychopatologie závislosti a kodependence. In: KALINA, Kamil, aj. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2003. Terapeutická komunita. In: KALINA, Kamil, aj. *Drogy a drogové závislosti 1-2: Mezioborový přístup.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav, 2003b. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, Kamil, aj. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1-2: Mezioborový přístup.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, aj., 2008. *Základy klinické adiktologie.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

NAVRÁTIL, Pavel, 2003. Sociální práce. In: KALINA, Kamil, aj. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování: Současné poznatky a perspektivy léčby.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-432-X.

NOVOSAD, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-197-5.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. Karolinum. ISBN:978-80-246-1997-2.

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

SKOPALOVÁ, Blanka, 2014. Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie,* roč. 14, č. 4, s. 421–427. ISSN 1213-3841.

STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-274-2.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, aj., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd.* 1. vyd. Praha: Karolinum. Univerzita Karlova v Praze. ISBN 987-80-246-2628-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

Adiktologie. 2021. [online]. [vid 27. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/adiktologie-jako-obor-1

Anonymní alkoholici: 12 kroků AA. [online]. [vid. 15. 11. 2021]. Dostupné z: https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR: Sociální služby [online]. [vid. 15. 9. 2021]. Dostupné z: https://tyden-socialnich-sluzeb.cz/

BENKOVIČ, Peter, 2021. Metoda delfská. In: *Sociologická encyklopedie* [online]. 11. 12. 2017 [vid. 3. 9. 2021]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Metoda_delfsk%C3%A1

Drogy-info, 2021. [online]. [vid 27. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/

HOLMANNOVÁ, Drahomíra, 2021. Delirium tremens. In: *Symptomy* [online]. [vid. 5. 10. 2021]. ISSN 2336-6540. Dostupné z: https://www. symptomy.cz/nemoc/delirium-tremens

JUSTOŇ, Zdeněk, NAKONEČNÝ, Milan, 2020. Mýtus:. In: *Sociologická encyklopedie* [online]. [vid. 17. 1. 2022]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/M%C3%BDtus

MELICHAROVÁ, Hana, aj. *Psychiatrická péče 2019: zdravotnická statistika* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [vid 5. 10. 2021]. ISSN: 1210-8588. ISBN 978-80-7472-188-5. Dostupné z: http://www.uzis.cz/res/f/008348/psych2019.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2021. *Mezinárodní klasifikace nemocí MKN - ÚZIS ČR* [online]. [vid. 15. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#publikace

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2021. *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Druhy sociálních služeb* [online]. [vid. 15. 9. 2021]. Dostupné z: https://mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1#sszp

MIOVSKÝ, Michal, 2003. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In: MIOVSKÝ, Michal, aj., 2014. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze. [vid. 15. 11. 2021]. ISBN: 978-80-905717-0-9. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/koncepce-site-specializovanychadiktologickych-sluzeb-v-ceske-republice

MŮJ PRÁVNÍK, 2021. *Zákon o sociálních službách* [online]. [vid. 15. 9. 2021]. Dostupné z: https://muj-pravnik.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/

NEPUSTIL, Pavel, aj., 2019. *Metodika moderních metod sociální práce a síťování a adiktologických službách* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. [vid. 15. 11. 2021]. Dostupné z: https://docplayer.cz/203218283-Metodika-modernich-metod-socialni-prace-a-sitovani-v-adiktologickych-sluzbach.html

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2021. *Závislost na lécích*: *co to je?* [online]. [vid 22. 11. 2021]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/254-zavislost-na-lecich-zakladni-informace

OECD, 2021. Alcohol compsumtion [online]. [vid. 27. 9. 2021]. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm

POLÁCH, Ladislav., 2015. Léčba alkoholismu. In: *U psychiatra* [online]. 25. 05. 2015 [vid. 09. 11. 2021]. Dostupné z: http://www.upsychiatra.cz/lecba-alkoholismu/

PRESSPASSBLOG, 2021 *Rizikové faktory závislosti 2021*. [online]. [vid. 15. 11. 2021]. Dostupné z: https://presspassblog.com/cs/articles/20226-risk-factors-for-addiction

TORRENS, Marta, aj., 2017. *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě* [online]. 1. vydání v českém jazyce. Praha: Úřad vláda ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. [vid 16. 9. 2021]. ISBN 978-80-7440-194-7. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32823/817/Komorbidita_adiktologickych_a_dusevnich_poruch_v_Evrope.pdf

UNDOC, 2021. *World Drugs Report 2021.* [online]. [vid. 15. 11. 2021]. Dostupné z: https://www.unodc.org/centralasia/en/news/unodc-world-drug-report-2021_-pandemic-effects-ramp-up-drug-risks--as-youth-underestimate-cannabis-dangers.html nebo (https://www.unodc.org/centralasia/en/news/unodc-world-drug-report-2021_-pandemic-effects-ramp-up-drug-risks--as-youth-underestimate-cannabis-dangers.html)

ZÁKONY PRO LIDI, 2021. *Zákon o sociálních službách.* [online]. [vid 01. 11. 2021]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3

Seznam ostatních zdrojů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Zákon č. 44/2019 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů

Seznam obrázků, tabulek a grafů

GRAF 1: DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A PSYCHIATRICKÁ VYŠETŘENÍ V AMBULANTNÍ PÉČI (VYVOLANÁ ALKOHOLEM A OSTATNÍMI PSYCHOAKTIVNÍMI LÁTKAMI)13

TABULKA 1: AMBULANTNÍ A HOSPITALIZOVANÍ PACIENTI 60 - 80+ V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH16

Seznam použitých zkratek

APSS – Asociace poskytovatelů služeb České republiky

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)

OSN – Organizace spojených národů

SNN – Společnost pro návykové nemoci

SUR – Institut pro vzdělávání v psychoterapii

UNDOC – Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (United Nations Office on Drugs and Crime)

ÚPAL – Ústavní protialkoholní léčba

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR