



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Užívání návykových látek v domově pro seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Michaela Borovková

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Užívání návykových látek v domově pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 8.8.2022

.....

Michaela Borovková

Poděkování

Děkuji mému vedoucímu práce doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc. za konzultace, cenné rady a vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat seniorům v domově pro seniory za vyplnění mého výzkumného dotazníku.

Užívání návykových látek v domově pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem užívání návykových látek v domově pro seniory. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část obsahuje přehled literatury k danému tématu. Tvoří ji čtyři kapitoly. První kapitola obsahuje přehled legálních a nelegálních látek. Druhá kapitola se zabývá užíváním návykových látek ve stáří. Třetí kapitola definuje stáří, stárnutí a pojem senior. Poslední a čtvrtá kapitola je zaměřena na vymezení pojmu domov pro seniory a jsou zde uvedeny podmínky pro přijetí seniora do domova pro seniory, poskytované služby včetně uvedeného počtu domovů pro seniory v současné době v České republice.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je obecná informovanost seniorů o návykových látkách (o druzích návykových látek, jejich účincích, vytváření závislosti, zdravotních a sociálních komplikacích abúzu, možnostech prevence a léčby). Dílčí cíl spočívá ve zjištění, v jakém rozsahu návykové látky senioři užívají. Pro dosažení těchto cílů byly využity postupy kvantitativního výzkumu. Sběr informací byl proveden metodou dotazování, s použitím dotazníků vlastní konstrukce. Dotazníky obsahovaly Likertovu škálu, otevřené a uzavřené otázky. Výzkum byl realizován ve vybraném domově pro seniory v Jihočeském kraji. Konečný soubor zahrnoval 30 respondentů starších padesáti let.

Dle výzkumu je patrná převážně vysoká informovanost respondentů. Senioři užívají řadu legálních návykových látek, nejčastěji léky, tabákové výrobky, kofeinové nápoje a alkohol.

Výsledky bakalářské práce mohou zvýšit informovanost o daném problému u seniorů i pracovníků domovů pro seniory, včetně studentů pomáhajících profesí i zájemců z řad laické veřejnosti.

Klíčová slova: stáří; stárnutí; závislost; návykové látky; senior; domov pro seniory

Substance use in a Retirement Home

Abstract

This Bachelor's thesis addresses the issue of substance abuse in a home for the elderly. The dissertation is divided to a theoretical and a research part.

The theoretical part contains a review of the literature on the given topic. It consists of four chapters. The first chapter contains an overview of legal and illegal substances. The second chapter deals with substance use in old age. The third chapter defines old age, ageing and the term elderly person. The last and fourth chapter focuses on the definition of the term nursing home. There are also described the conditions for admission to a nursing home, the services provided, including the number of nursing homes currently in the Czech Republic.

The main aim of the bachelor dissertation is to explore the general awareness of the elderly people about addictive substances (types of addictive substances, their effects, formation of addiction, health and social complications of abuse, prevention and treatment options). The sub-objective is to determine the extent of substance use among seniors. The quantitative research methods were used to achieve these objectives. The collection of information was carried out by the interview method, using questionnaires of our own construction. The questionnaires included Likert scale, open and closed questions. The research was carried out in the selected home for the elderly in the South Bohemia region. The final sample included 30 respondents over the age of fifty.

According to the research, the awareness of respondents is mostly high. Seniors use a variety of legal addictive substances, most commonly drugs, tobacco products, caffeinated beverages and alcohol.

The results of the Bachelor's thesis may increase awareness of the problem among seniors and staff of retirement homes, including students of the helping professions and interested members of the general public.

Keywords: old age; aging; addiction; addictive substances; senior; retirement home

ÚVOD

Některé závislosti, zejména kouření tabákových výrobků a pití alkoholu jsou aktuálním problémem společnosti. Užívání návykových látek se v současné době týká nejen dětí a mládeže, ale i také seniorů. I u starších lidí se předpokládá, že jsou uživateli návykových látek, především legálních.

K volbě tématu mě přivedla moje prababička, o kterou se společně se svou rodinou staráme. I ona je uživatelkou některých legálních návykových látek, užívá především léky na lékařský předpis a kofeinové nápoje. Z důvodu, že se o návykové látky zajímám už delší dobu, zejména o látky nelegální, jsem si zvolila toto téma bakalářské práce. Za tímto účelem jsem si i svou první povinnou praxi zajistila v domově pro seniory, kde jsem se seniory přišla denně do kontaktu.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá definicí a druhy legálních i nelegálních návykových látek. Dále jsou v práci popsány závislosti ve stáří, pojem stáří, stárnutí a senior. A závěrem teoretické části je definice domova pro seniory včetně podmínek pro přijetí do domova, poskytovaných služeb, práva a povinnosti, aktivizace a počet domovů v České republice.

Praktická část práce zkoumá, jaká je obecná informovanost seniorů o návykových látkách. Zjištění této skutečnosti je hlavním cílem bakalářské práce. Dílčí cíl spočívá ve zjištění, zda a v jakém rozsahu návykové látky senioři užívají.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	10
1.1 Legální návykové látky	10
1.1.1. Léky na lékařský předpis	11
1.1.2. Léky bez lékařského předpisu.....	12
1.1.3. Tabákové výrobky	13
1.1.4. Alkoholické nápoje	14
1.1.5. Organická rozpouštědla	15
1.2 Nelegální návykové látky	15
1.2.1. Marihuana	15
1.2.2. Heroin	16
1.2.3. Kokain.....	17
1.2.4. Hašiš.....	17
1.2.5. Metamfetamin (pervitin).....	18
1.2.6. Extáze (amfetamin).....	18
1.2.7. LSD (Diethylamid kyseliny lysergové)	18
1.2.8. Crack.....	19
1.2.9. Lysohlávky.....	19
2 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE STÁŘÍ	20
2.1 Užívání alkoholu	20
2.2 Tabakismus	21
2.3 Kofein.....	21
2.4 Farmaka.....	22
2.4.1. Benzodiazepiny	22
2.4.2. Analgetika.....	23
2.4.3. Hypnotika.....	23
2.4.4. Anxiolytika	23
3 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	24
3.1 Stárnutí	24
3.2 Stáří	24
3.2.1 Biologické aspekty stárnutí.....	25

3.2.2	Psychické aspekty stárnutí	25
3.2.3	Sociální aspekty stárnutí	26
3.3	Pojem senior.....	26
3.4	Kategorizace stáří.....	27
3.5	Gerontologie a další obory	27
4.	DOMOV PRO SENIORY	29
4.1	Podmínky pro přijetí žadatele do domova pro seniory	29
4.2	Poskytované služby v domově pro seniory	29
4.2.1	Poskytnutí ubytování	30
4.2.2	Poskytnutí stravování.....	30
4.2.3	Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	30
4.2.4	Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu 30	
4.2.5	Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.....	31
4.2.6	Sociálně terapeutické činnosti	31
4.2.7	Aktivizační činnosti	31
4.2.8	Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	31
4.3	Práva a povinnosti obyvatel v domově pro seniory	31
4.4	Aktivizace v domově pro seniory	32
4.5	Domovy pro seniory v České republice	32
5	CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	33
5.1	Cíl práce	33
5.2	Výzkumné otázky.....	33
5.3	Hypotézy	33
6	METODIKA	34
6.1	Použitá metodika	34
6.2	Výzkumný soubor	34
6.3	Vyhodnocování dat	34
6.4	Etika výzkumu	35
7	VÝSLEDKY.....	36
7.1	Likertova škála	36
7.2	Vědomostní otázky.....	41
7.3	Blok – kouření.....	45

7.4	Blok – léky	46
7.5	Blok – alkohol	48
7.6	Blok – kofein.....	49
7.7	Blok – drogy (kokain, pervitin, LSD, marihuana)	51
7.8	Statistické zpracování hypotézy	51
8	DISKUSE.....	54
9	ZÁVĚR.....	60
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
11	PŘÍLOHY	66
12	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	72
12.1	Seznam grafů	72
12.2	Seznam tabulek.....	73
13	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	74

1 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Návykové látky působí na nervovou soustavu člověka a způsobují dočasné změny ve vnímání, náladě, chování a vědomí. Jejich časté užívání může vést až k závislosti. Obecně lze návykové látky rozdělit podle původu na uměle vyrobené a přírodní, podle legislativy na legální a nelegální, podle účinků na lidskou psychiku na stimulační, tlumivé a halucinogenní. Legální návykové látky jsou společností tolerovány, jejich výroba, prodej či užívání je povoleno zákonem, jsou to látky, které jsou buďto volně dostupné v obchodní síti, nebo je jejich prodej omezen zákonem s horní hranicí věku 18 let, nebo jejich výdejem na lékařský předpis. Mezi legální návykové látky se řadí např. alkohol, tabákové výrobky, léky apod.

Nelegální návykové látky jsou naopak takové látky, které nejsou společností tolerovány a jejich užíváním, uchováváním, výrobou či prodejem se jejich uživatelé dostávají do rozporu se zákonem, tzn. nejsou zákonem povoleny. Jsou to látky, které na rozdíl od legálních látek devastují život závislého člověka, poškozují zdraví, vzniká na ně závislost. Patří mezi ně např. marihuana, hašiš, kokain, pervitin (Státní zdravotní ústav).

1.1 Legální návykové látky

Legální návykové látky jsou takové látky, které jsou společností tolerovány. Jsou nebezpečné a zároveň si na ně může člověk vytvořit závislost stejně tak, jako na nelegální návykové látky.

Patří mezi ně alkohol, tabákové výrobky, léky, nátěrové barvy a ředidla. Tyto látky můžeme zakoupit v drogeriích, v potravinových obchodech, v obchodech s barvami, v lékárnách, ale i v čerpacích stanicích (Státní zdravotní ústav).

Legální návykové látky jsou často omezeny zákazem prodeje osobám mladším 18 let, kam se řadí alkohol nebo tabákové výrobky. Také jsou často omezeny i jejich výdejem na předpis od lékaře, kam se řadí některé druhy léků (Ganeri, 2001).

1.1.1. Léky na lékařský předpis

Anxiolytika

Mezi anxiolytika řadíme například xanax, lavekan, neurool aj. (Prev – Centrum, z.ú.). Pomáhají lidem, kteří mají potíže s usínáním, depresemi, úzkostmi, stresem a s fobiemi. Patří k nejvíce předepisovaným lékům (Ganeri, 2001).

Vzhled: vyrábějí se jako prášek a poté se lisují do tablet nebo se plní do kapslí.

Užívání: polykají se ústy.

Účinky: mají uvolňující, zklidňující účinky. Tlumí stres a napětí. Pomáhají lidem k lepšímu spánku.

Rizika: při častém užívání těchto léků může vzniknout závislost. Mezi další rizika patří ucpaní žil, předávkování, nebo konzumování společně s alkoholem (Ganeri, 2001).

Barbituráty:

Barbituráty jsou určeny osobám, které trpí závažnými poruchami spánku nebo osobám s epileptickými záchvaty.

Vzhled: vyrábějí se jako prášek a prodávají se ve formě tabletek.

Užívání: polykají se ústy. Pokud jde o zneužívání těchto léků, častá aplikace je vpich do žil pomocí injekční stříkačky.

Účinky: mají tlumivé účinky, které přináší dávku štěstí a uvolnění.

Rizika: při dlouhodobém užívání může vzniknout závislost. Mezi nejčastější rizika patří předávkování a konzumace společně s alkoholem (Ganeri, 2001).

1.1.2. Léky bez lékařského předpisu

Lék proti kašli a nachlazení

Některé léky proti kašli obsahují kodein, což je vysoce návyková látka. Ta se v našem těle přemění na morfium a dodá nám pocit úlevy.

Léky proti nachlazení obsahují drogy pro vysušení zahleněného nosu a takovou drogou je efedrin, který se používá pro výrobu pervitinu (Ganeri, 2001).

Paracetamol

Nejznámější léky patřící do skupiny paracetamolu tvoří například panadol, coldrex, paralen, paramax, valetol aj. (Lékárna BENU).

Vzhled: vyrábí se jako prášek ve formě tabletek.

Užívání: užívá se k léčbě bolesti hlavy a dalších jiných bolestí.

Účinky: pomáhá k léčbě bolesti hlavy a dalších jiných bolestí.

Riziko: po užití velkého množství paracetamolu může dojít k předávkování, poškození jater nebo dokonce i k úmrtí (Ganeri, 2001).

Antihistaminika

Skupinu antihistaminik nejčastěji tvoří například xyzal, zodac, fenistil, claritine, analergin aj. (Lékárna BENU).

Vzhled: vyrábí se jako prášek ve formě tabletek. Vyskytují se i v přípravcích proti kašli a nachlazení.

Užívání: užívají se k léčbě alergických reakcí (bodnutí hmyzem, senná rýma). Mohou se použít i k léčbě nevolností při cestování.

Účinky: léky přinášejí pocit úlevy.

Riziko: při užívání mohou způsobit netečnost a ztrátu koordinace. Jsou nebezpečné v kombinaci s alkoholem. Při zneužívání způsobují poškození mozku, agresivní chování a záchvaty (Ganeri, 2001).

1.1.3. Tabákové výrobky

Tabákové výrobky se v České republice podle zákona č. 65/2017 Sb., Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů, nesmí prodávat osobám mladším 18 let. Kouření cigaret způsobuje více předčasných úmrtí než dopravní nehody, alkohol, zneužívání drog a sebevraždy. Tabák se skládá z nikotinu, dehtu a oxidu uhelnatého (Ganeri, 2001).

Domovem tabáku je americký kontinent. Do Evropy se dostal až v roce 1492. Jedná se o jednoletou vysokou rostlinu s názvem tabák viržinský (*nicotiana tabacum*). Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin a jedná se o prudký jed. Smrtnou dávkou pro člověka je asi 50 mg. Tabákové výrobky jsou rozšířené po celé planetě. V České republice kouří asi 30 % osob ve věku nad patnáct let a zemře každý rok odhadem 23 000 osob v důsledku nemoci způsobené užíváním tabákových výrobků (Kalina a kol., 2015).

Nikotin je vysoce jedovatá a návyková látka, která se za pouhých sedm sekund po vdechnutí dostane do mozku. Patří mezi látky s vysokým závislostním potenciálem. (Ganeri, 2001). Zvyšuje bdělost, schopnost se soustředit, snižuje podrážděnost, agresivitu a chuť k jídlu (Martínková a kol., 2007).

Dehet je jednou z rakovinotvorných přísad v tabáku. Je to hnědá lepivá látka, která se po vykouření cigarety usazuje na plicích a průdušnicích. Barví prsty, zuby a jazyk do žluta.

Oxid uhelnatý je smrtící plyn, který vzniká při hoření tabáku. Při kouření tabáku se tak dostává do krve a brání jejímu koloběhu. Cigarety nejsou jediným zdrojem nikotinu, viz doutníky, dýmky atd.

Riziko: kuřácký kašel, rakovina plic, bronchitida a rozedma plic, onemocnění srdce a cév.

Negativní dopady: dech a oblečení je cítit kouřem, větší náchylnost k sípavému kašli, škodlivé pro naše zdraví, prsty, jazyk a zuby se zbarví do žluta, finančně náročná záležitost (Ganeri, 2001).

1.1.4. Alkoholické nápoje

Alkoholické nápoje se v České republice podle zákona č. 65/2017 Sb., Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů, nesmí prodávat osobám mladším 18 let. Alkohol patří mezi nejrozšířenější a nejčastěji užívanou legální psychoaktivní látku. Jeho hlavní složkou je ethanol, který po užití způsobuje opilost. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí, energie, později, ale dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Nakonec se dostaví únava, útlum a spánek (Kalina a kol., 2015). Vyrábí se alkoholovým kvašením rostlinných produktů s obsahem sacharidů s následnou destilací (Fischer, Škoda, 2014).

Je to prostý fakt, že u každého, kdo pije alkohol, se může vyvinout závislost na alkoholu. Neustálé pití v průběhu času může způsobit abstinenční příznaky, ale jen tehdy, pokud je alkohol odstraněn. Mezi další faktory, které napomáhají k vývoji závislosti na alkoholu, je genetika, biologie a kultura (Walker, 2014).

Mezi zdravotní rizika v častém pití alkoholu patří poškození jater (např. cirhóza, rakovina, zánět), slinivky břišní, trávicího ústrojí (např. zánět žaludku, zánět střev, vředy, rakovina), ledvin, srdce a srdečního oběhu (např. infarkt myokardu, arytmie), dýchacího systému, pohlavního systému (např. u mužů dochází k předčasné ejakulaci či problémy s dosažením nebo udržení erekce) a mohou se vyskytovat i kožní problémy (např. zarudnutí tváří, zarudnutí víček, překrvení spojivek) (Heller, Pecinovská a kol., 1996).

Při pravidelné konzumaci alkoholu je pro zdraví žen škodlivé více než 16 gramů alkoholu za den a pro muže více než 24 gramů za den. Z celého světa jsme v České republice na druhém místě v konzumaci alkoholu (Ganeri, 2001). Alkohol konzumuje asi čtvrtina všech mužů a desetina žen (Kalina a kol., 2015).

Intoxikace má čtyři stádia v závislosti na alkoholu:

1. Lehká opilost – excitační stádium (1,0 - 1,5‰)
2. Opilost středního stupně – hypnotické stádium (1,5 – 2,5‰)
3. Těžká opilost – narkotické stádium (2,5 – 3,5‰)
4. Těžká intoxikace – ztráta vědomí, hrozí zástava dechu a oběhu (3,5 – 4,5‰)

(Kalina a kol., 2015)

1.1.5. Organická rozpouštědla

Lepidla a rozpouštědla jsou různé chemické látky, které se nejčastěji vyskytují ve formě organických rozpouštědel, ředidel, lepidel, odlakovačů na nehty, benzínu, acetonu, toluenu a čisticích prostředků. Tyto látky jsou levné a velmi snadno dostupné (Fischer, Škoda, 2014). Užívají se čicháním a patří mezi zvláštní druh toxikomanie. Jejich užívání způsobuje závažné somatické a psychické důsledky (Ganeri, 2001). Je potřeba podotknout, že tento druh závislosti je problém především adolescentů a pubertálních jedinců, nikoliv seniorů.

1.2 Nelegální návykové látky

Nelegální návykové látky jsou takové látky, jejichž užívání nepřipouští zákon. Mezi tyto látky řadíme marihuanu, kokain, heroin, hašiš, metamfetamin (pervitin), extáze, LSD, crack a lysohlávky (Státní zdravotní ústav).

1.2.1. Marihuana

Marihuana se řadí mezi konopné látky a získává se z rostliny, která pochází z Himaláje a Kašmíru. Je to tedy droga, která je vyrobena z usušených listů a vrchní okvětní části konopí setého (Mahdalíčková, 2014). Patří mezi nejznámější a nejvíce užívanou drogu zejména mezi mládeží. Nejčastějším způsobem užívání je kouření marihuanových cigaret neboli jointů. První účinky se dostavují během 20 minut a trvají 3-8 hodin. Mezi další způsoby užívání marihuany patří polykání společně s jídlem (může se přidat do cukroví, do pečiva, do nápojů nebo jako koření), papírek a tabák, vodnice nebo vodní dýmky (Kalina a kol., 2015).

Tato droga člověku dodává pocit relaxace, spokojenosti, veselosti a lehké intoxikace. Mezi nejčastější příznaky patří problémy s koordinací, hlad, zhoršení paměti, bezdůvodné záchvaty smíchu, zarudlé oči nebo rozšířené zorničky (Mahdalíčková, 2014).

Mezi nežádoucí účinky patří sucho v ústech, hlad, poruchy krátkodobé paměti, zmatenost, zhoršení jemné motoriky, změna vnímání času, úzkost, psychotické prožitky a halucinace (Kalina a kol., 2015).

1.2.2. Heroin

Heroin je derivát morfinu, který se vyrábí se surového opia nezralých makovic, a proto jej řadíme mezi opioidy. (Mahdalíčková, 2014). V současné době je považován jako jedna z nejnebezpečnějších drog. Je to prášek převážně hnědé a bílé barvy. Hnědý heroin je vhodný ke kouření nebo k inhalaci z aluminiové fólie. Bílý heroin se užívá nitrožilně a šňupáním (Kalina a kol., 2015). Po aplikaci přináší člověku celkový duševní a tělesný útlum, zklidnění, uvolnění a snížení či odstranění bolesti (Mahdalíčková, 2014).

Intravenózní injekce, tzn. aplikace přímo do žíly, je nejúčinnějším způsobem podání, kdy první účinky se dostavují během sedmi až osmi sekund. U intramuskulární injekce, tzn. aplikace přímo do svalu, se účinky dostavují během pěti až osmi sekund. Šňupání a kouření heroinu řadíme mezi nejpomalejší způsob aplikace, který se dostaví během deseti až patnácti minut (Belenko, Spohn, 2014).

Mezi časté příznaky po užití heroinu patří poruchy koordinace, zpomalené reakce, zúžené zornice, ospalost, bledá kůže, suchost v ústech, svědění a časté zvracení.

Mezi nejčastější rizika řadíme možnost předávkování, které může skončit smrtí, rychlý vznik fyzické i psychické závislosti, poškození organismu, velké riziko nákazy infekce HIV/AIDS a hepatitidy (Mahdalíčková, 2014).

1.2.3. Kokain

Koka je keř, který se vyskytuje ve vlhkých pralesích jihoamerických zemí jako je např. Bolívie, Peru či Brazílie. Kokain je účinný alkaloid, který se tedy získává z listů keře Koka. V minulosti byl tento keř známý pro výrobu Coca coly, podle něhož nese tento nápoj svůj název (Blažejovský, 2015).

Kokain je krystalický prášek bílé barvy a bez zápachu. Aplikuje se převážně šňupáním, ale může se užívat i polykáním nebo nitrožilně.

Tato droga je velmi silně návyková a po jejím užívání dodává člověku pocit euforie a neúnavnosti. Po delším užívání se projeví syndrom chronické otravy neboli kokainismus. Mezi nejčastější příznaky patří sucho v ústech, pocení, rozšířené zornice, zvýšený krevní tlak, poškození nosní přepážky, výtok z nosu a bolesti v krku.

Mezi nejčastější rizika při užívání kokainu patří vytvoření psychické závislosti, pocity pronásledování, halucinace, poruchy paměti, poruchy spánku, obtíže s dechem, poškození jater a mozku (Mahdalíčková, 2014).

1.2.4. Hašiř

Hašiř se získává z horní části rostliny Cannabis sativa. Je to tedy droga vyrobená z usušených pryskyřic z listů a květů. Užívá se kouřením, a to buď ve skleněné dýmce nebo se nakape hašiřový olej na cigaretový papírek, ze kterého se ubalí joint. Hašiř může být kouřen společně s tabákem anebo samostatně v již zmíněných speciálních dýmkách. Může se však přidat i do nápojů, do jídel nebo jako koření do masa či přísada do cukrovinek (Mahdalíčková, 2014).

Mezi uživateli hašiře se můžeme setkat se slangovými názvy jako je hař, čokoláda, čaras nebo shit (Miovský a kol., 2008).

Mezi nejčastější příznaky patří nepřirozená veselost, rozšířené zornice, zarudlé oči, zrychlený puls, zvýšená chuť k jídlu, pot páchne po spáleném listí či trávě.

Mezi nejčastější rizika řadíme podrážděnost, únavu, lhostejnost, nezájem, neklid, poruchy paměti, chronické záněty sliznic, neplodnost, u žen poruchy menstruačního cyklu, poruchy imunity, vytvoření fyzické a psychické závislosti (Mahdalíčková, 2014).

1.2.5. *Metamfetamin (pervitin)*

Pervitin je bílá látka ve formě prášku nebo krystalů. Řadí se do skupiny stimulačních návykových látek. Užívá se kouřením, šňupáním nebo nitrožilně. Po jeho užití se účinky dostavují během několika vteřin a trvají 30-40 minut. Tato droga je velmi silně návyková. Mezi její nejčastější příznaky patří zvýšený krevní tlak, neklid, rozšířené zornice, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava a vyčerpání.

Mezi nejčastější rizika řadíme vznik psychické závislosti, pocity pronásledování, agresivitu, halucinace, poruchy paměti, srdeční arytmie, riziko nákazy HIV/AIDS a hepatitidy a celkový kolaps organismu až smrt (Mahdalíčková, 2014).

1.2.6. *Extáze (amfetamin)*

Extáze je uměle vytvořená droga, která patří do skupiny metamfetaminů. Je typická pro víkendové užívání v tanečních klubech, na koncertech či na festivalech. Vyskytuje se ve formě tabletek či kapslí, které se užívají ústy. Po užití se její účinky dostavují po 30 minutách (Blažejovský, 2015). Extáze přináší pocit radosti, empatie, dodá více energie a zvýší jedinci sebevědomí (Petersen, 2014).

Nejčastějšími příznaky jsou rozšířené zornice, zrychlený puls, žízeň, úzkost, panika, zmatenost a nespavost.

Nejčastější rizika jsou poškození mozkových buněk, vznik psychického návyku, poruchy sebeovládání (Blažejovský, 2015).

1.2.7. *LSD (Diethylamid kyseliny lysergové)*

LSD je syntetická droga, tzn., že se vyrábí v laboratoři, nikoliv v přírodě. Patří mezi nelegální návykové látky s halucinogenním účinkem. Je to tedy neúčinnější halucinogenní droga, která má velmi silný účinek i v malých dávkách (Brezina, 2014). Vyskytuje se ve formě malých čtvercových papírků s potiskem napuštěných tekutinou či gelem. Užívají se pod jazyk a nechají se rozpustit pomocí slin. Po jeho užití se účinky dostavují za 30-90 minut a trvají přibližně 10-12 hodin (Blažejovský, 2015). Účinky se mohou u každého jedince značně lišit, proto se nedoporučuje experimentovat s touto drogou především u lidí, kteří jsou emocionálně křehčí nebo mají sklon k duševním chorobám (Brezina, 2014).

Nejčastějšími příznaky jsou rozšířené zornice, zrychlený puls, nechutenství, nespavost, sucho v ústech a zrudnutí v obličeji.

Nejčastější rizika jsou nepředvídatelné chování, dlouhodobé psychologické účinky nebo riziko sebevražedného chování (Mahdalíčková, 2014).

1.2.8. Crack

Crack je čistý krystalický kokain bez kokainových alkaloidů. Je určený pro kouření s tabákem nebo s marihuanou. Po užití se jeho účinky dostavují během několika minut a trvají krátkou dobu. Závislý člověk potřebuje 20-30 dávek cracku denně.

Nejčastějšími příznaky jsou extrémní euforie, ztráta sebeovládání, rozšířené zornice, roztřesenost, agresivní chování. Člověk pod vlivem této drogy může být velmi nebezpečný a může ublížit jak sobě, tak i svému okolí.

Nejčastější rizika patří vznik psychické závislosti, agresivitu, halucinace a poruchy paměti (Mahdalíčková, 2014).

1.2.9. Lysohlávky

Lysohlávky kopinaté neboli houbičky jsou stopkovýtrusné houby, které se řadí mezi halucinogeny. V České republice patří mezi nejvíce zneužívanou přírodní halucinogenní drogu. Houby se prodávají většinou usušené, klobouky, anebo celé plodnice. Jejich cena je velmi kolísavá a z větší části se jedná o darování či výměnu nežli o prodej.

Jejich způsob užití je ústy. První účinky se dostavují zhruba 20-60 minut po požití a trvají přibližně 2 hodiny.

Nejčastějšími příznaky jsou halucinace, poruchy vnímání, záchvaty paniky, úzkosti, deprese, rozšířené zornice, husí kůže a zvýšená tělesná teplota (Blažejovský, 2015).

Nejčastější rizika jsou předávkování, sebevražedné sklony, poškození ledvin a jater (Ganeri, 2001).

2 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE STÁŘÍ

Užívání návykových látek ve stáří se odlišuje od závislosti v mladém věku. Liší se především vznikem, průběhem, původem, ale i dopadem. Ve vyšším věku roste i riziko závislosti a tím se zvyšuje i náchylnost k vedlejším účinkům. Řada návykových látek zneužívaných ve stáří má negativní vliv na kognitivní funkce člověka (Jiráček et al., 2013). Řada seniorů bývá dlouhodobě léčena léky, např. kvůli vysokému krevnímu tlaku, cukrovce, srdečním onemocněním, a proto není vhodné kombinovat léky s alkoholem, případně s jinými návykovými látkami. Mohou způsobit zdravotní komplikace (Nešpor, 2011).

Kalvach, Zadák, Jiráček a kol. (2004) rozdělují seniory závislé na návykových látkách do dvou skupin. První skupinou jsou senioři, kteří užívají návykové látky řadu let a nesou si závislost už od středního věku. Do této skupiny patří zejména kuřáci a alkoholici.

Druhou skupinu tvoří senioři, kteří si svou závislost na návykových látkách vytvořili až v pozdním věku. Nejčastější příčinou užívání návykové látky patří traumatická situace jako je např. úmrtí blízké osoby, odchod do důchodu, konflikty s rodinou, přestěhování se nebo vážné onemocnění aj. (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004).

2.1 *Užívání alkoholu*

Alkoholické nápoje mohou senioři v malé míře pít. Např. při žaludečních potížích je vhodné si dát 2 dl pilsnerského piva. Avšak vyšší dávky alkoholu zhoršují mozkové funkce a tím i celkový stav seniora (Kleťková, Dlabalová, 2008). Problém nadměrného pití alkoholu u seniorů je často podceňován. Starší lidé pijí často raději v soukromí nežli ve společnosti. Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty, zmnožení tukové tkáně, snížení množství vody v organismu a tím se koncentrace alkoholu v krvi zvyšuje. V játrech ubývá alkoholdehydrogenáza, což způsobuje pomalejší odbourávání alkoholu.

Nejčastějšími příčinami nadměrného pití alkoholu jsou osamělost, ztráta partnera, ukončení pracovního poměru, ztráta aktivit, umístění do ústavu sociální péče, finanční nejistota, konflikty s rodinou, neúměrné nároky prostředí vzhledem k jejich schopnostem, zdravotní problémy, obava ze smrti.

Mezi závažné následky nadměrného pití alkoholu patří interakce s dalšími léky, které senioři často užívají, zhoršení se somatických onemocnění včetně vzniku nových, pády spojené s úrazy, zlomeninami a krvácením. Alkohol může vyvolat i řadu psychických onemocnění – Korsakovův syndrom, demenci, Wernickeovu encefalopatii (Jirák et al., 2013).

V současné době můžeme závislé seniory na alkoholu rozdělit do tří skupin:

První skupinu tvoří senioři, kteří užívají alkohol dlouhodobě, a i přesto se dožili stáří. Závislost na alkoholu si sebou nesou už od středního věku. Jejich průměrná délka dožití je asi o deset až patnáct let kratší. Vzhledem ke zlepšující se medicínské péči se tedy většina osob závislých na alkoholu dožívá seniorského věku.

Do druhé skupiny řadíme osoby, které podlely užívání alkoholu až ve stáří. Důsledkem bývají těžké životní události jako např. smrt blízké osoby, osamění, bolest, poruchy spánku, odchod do důchodu atd. Jejich závislost na alkoholu je lépe léčitelná nežli u osob s dlouhodobým užíváním.

Do poslední skupiny řadíme jedince, kteří užívají alkohol pouze příležitostně. Jejich občasná nadměrná konzumace alkoholu je může dovést k problémům (Mühlpachr, 2005).

2.2 *Tabakismus*

Kouření cigaret je činnost, při níž je uvolňován a následně vdechován kouř. Způsobuje rychlejší stárnutí pleti, žloutnutí zubů a celkovou devastaci organismu. Přestat s kouřením má smysl vždy a v každém věku. Čím dříve jedinec přestane s kouřením, tím bude menší riziko vzniku onemocnění (Štejf, 2007).

2.3 *Kofein*

Kofein je alkaloid, který stimuluje nervovou soustavu a srdeční činnost. Tato látka je obsažená především v kávě, a i pro člověka může být velmi návyková – kofeinismus (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004). Po užití kofeinu se odstraní pocit únavy a ospalosti. Po vyšších dávkách kofeinu se dostavuje třes, nervozita, úzkost, neklid a nespavost (Martínková a kol., 2007).

Výrobky, které obsahují kofein, nejsou pro seniory zcela vhodné a tekutiny jako káva, čaj, sladké limonády, aj. by se měly omezovat především v pozdních odpoledních hodinách. Hrozí kvůli nim nespavost (Mlýnková, 2011).

2.4 Farmaka

Mezi druhou nejčastější formou závislosti ve stáří patří škodlivé užívání a závislost na lécích. Nejvíce jsou užívána hypnotika (léky na nespavost), anxiolytika (léky na uklidnění) a analgetika (léky na bolest).

2.4.1. Benzodiazepiny

Nejznámější látky patřící do skupiny benzodiazepinů tvoří oxazepam, temazepam, midazolam, alprazolam (krátko-střednědobě působící) a triazolam (dlouhodobě působící).

Benzodiazepiny jsou psychoaktivní látky, které tvoří velký podíl předepisovaných léků u seniorů. Tato skupina léků působí jako anxiolytika i hypnotika. Většinu benzodiazepinů předepisují praktičtí lékaři. Seniorům by se proto měly tyto léky předepisovat s velkou opatrností, v nízkých dávkách a jen krátkodobě. Využívají se při léčbě úzkostí, nespavosti, agitace, křečí. Předepisují se někdy i při nespecifických potížích jako jsou závratě, malátnost, úmrtí blízké osoby. Dlouhodobé užívání způsobuje intelektové a kognitivní poruchy (anterográdní amnézie, zapomětlivost, zmenšení krátkodobé paměti), porucha psychomotoriky (větší riziko pádů, poranění, zlomeniny, autonehody).

Závislost na benzodiazepinech může, ale i nemusí vzniknout. Ne všichni, kteří benzodiazepiny dlouhodobě užívají, se stanou závislými. Riziko vzniku závislosti roste s věkem pacientů, chronickými bolestmi, závislostí na alkoholu, přítomností deprese. Závislost u seniorů bývá často špatně rozpoznatelná a léčeny jsou až její následky: úzkost, demence, deprese. Častěji bývá závislost nerozpoznána u starších žen, které benzodiazepiny užívají více než muži. Ti spíše pijí alkohol, a proto je tam rozpoznání závislosti častější. (Jirák et al., 2013).

2.4.2. Analgetika

Nejznámější a nejčastější látky patřící do skupiny analgetik jsou například valetol, brufen, ibalgin, nurofen, aspirin aj. (Lékárna BENU).

Analgetika jsou léky tlumící bolest. Léky jsou poměrně dobře dostupné a dají se koupit i bez předpisu od lékaře. Mezitím co muži řeší své životní problémy pomocí alkoholu, ženy vyhledávají v obdobných situacích převážně analgetika s psychotropními účinky. Rizikovou skupinou jsou ženy kolem 50 let trpící neurotickými potížemi doprovázenými bolestmi v nejrůznějších oblastech těla, především hlavy. V České republice užívá analgetika 25% střední generace, 50% starší generace a více než 50% nejstarší generace. Běžné je užívat 3-5 tablet denně, avšak konzumace se může vyšplhat až na 10-15 tablet denně. Nejvíce zneužívané jsou léky, které obsahují kodein, kofein a barbituráty (alnagon, korylan). Dlouhodobá konzumace analgetik vede k poruchám osobnosti, k neurotizaci a k hypochondrii (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004).

2.4.3. Hypnotika

Hypnotika jsou léky, které jsou využívány při poruchách spánku. Patří mezi často předepisovanou skupinu léčiv (Blažejovský, 2015).

2.4.4. Anxiolytika

Skupinu anxiolytik tvoří například xanax, lavekan, neurol aj. (Prev – Centrum, z.ú.). Patří mezi psychotropní léky, které snižují či odstraňují patologický strach, psychické napětí a úzkost. Nejčastěji předepisovanou skupinou jsou benzodiazepinová anxiolytika (Blažejovský, 2015).

Mezi nežádoucí účinky patří celkový útlum a zhoršení pozornosti (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004).

3 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

3.1 Stárnutí

Období stáří a stárnutí je chápáno negativně a s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, snížení kontaktů s okolním prostředím, ztráta možnosti seberealizace. Obavy a očekávání vedou také ke strachu z ponižení, ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu při nesoběstačnosti (Malíková, 2020).

Stárnutí je proces, který se projevuje zhoršením několika funkcí organismu. Během tohoto procesu dochází k větší náchylnosti k různým nemocem, jejímž výsledkem může být i smrt (Kramářová, 2000).

3.2 Stáří

Pro pojem stáří existuje celá řada definic. *Haškovcová (1990) charakterizuje stáří jako „přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku“.*

Většina lidí si při zmínce o pojmu stáří představí nesoběstačnou osobu, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby při všech běžných činnostech. Pro mnoho lidí, je naopak stáří jedním z nejkrásnějších životních období, kdy mají spousta volného času pro realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Stáří se může hodnotit individuálně, vždy záleží na věku, fyzickém nebo psychickém stavu člověka a na rozsahu samostatnosti. Každý si může pod pojmem stáří představit cokoli, ale vždy záleží na tom, z jakého úhlu pohledu se na stáří díváme (Malíková, 2020).

Starší člověk se musí přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám, které v životě nastanou a musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence vlivem stáří nebo chorob více či méně limitovány. Takovou ztrátou může být například odchod do důchodu, smrt partnera či umístění do nemocnice atd. (Vágnerová, 2007).

Stáří se projevuje biologickým, psychickým a sociálním aspektem stárnutí (Dvořáčková, 2012).

3.2.1 *Biologické aspekty stárnutí*

Biologické aspekty stárnutí se týkají tělesných změn, které se individuálně liší svou rychlostí a intenzitou u jednotlivých osob. Vznikají a souvisejí s výskytem nemocí, které jsou typické pro stáří.

Mezi typické projevy biologického stárnutí patří celkové snížení výkonnosti všech funkcí, změny reakcí organismu na určitou zátěž, atrofie (Malíková, 2020).

Jarošová (2006, s. 22-24) zařazuje do biologického stárnutí zvýšení atrofie, snížení elasticity orgánů a tkání, snížení funkce endokrinních žláz, vznik hormonální nerovnováhy, změnu distribuce tělesných tekutin, zvýšení obsahu tělesného tuku, změnu vápníku v těle, zmenšení postavy z důsledku zmenšení meziobratlového prostoru, pokles ukládání vápníku v kostech, snížení elasticity a výkonnosti kosterního svalstva, snížení činnosti nervového systému, vylučovacího systému, respiračního systému, snížení funkce smyslových orgánů a mnoho dalších (Malíková, 2020).

3.2.2 *Psychické aspekty stárnutí*

Psychické aspekty často poukazují na souvislost mezi biologickými a psychickými změnami. To znamená, že zhoršující se biologické změny jsou seniorem negativně prožívány a následně se poté zhoršují psychické změny (Malíková, 2020).

Jarošová (2006, s. 24-28) zařazuje do psychického stárnutí snížení kognitivních funkcí (zapomínání, snížení schopnosti paměti, snížení zapamatování si nových informací, snížení schopnosti rozpoznat viděné předměty), snížení fatických funkcí (snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat a porozumět řeči), snížení výkonnosti intelektových funkcí, zvýšenou emoční nestabilitu až labilitu, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků, změnu povahy (z pozitivních vlastností se stávají neutrální až negativní vlastnosti, nebo z negativních vlastností se mohou stát neutrální až pozitivní vlastnosti), celkový nebo částečný pokles zájmu seniora (apatie, rezignace, sociální izolace, neochota zapojit se do jakékoliv činnosti), změny v pořadí životních hodnot (orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty), změny potřeb a jejich pořadí (souvisí se změnou životních hodnot, sounáležitostí, duchovních potřeb, spirituality a větší orientací na uspokojení potřeb láskou), změnu zájmů a potřeb (změna často klesá, ale naopak může stoupnout i zájem o nové oblasti

a činnosti) a sníženou schopnost adaptace na změny, na nové a náročné situace (Malíková,2020).

3.2.3 Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí a stáří je ovlivňováno i sociálními aspekty. Podle konceptu psychosociálního vývoje E. H. Eriksona (Malíková, 2020, s.52.) je potřeba dosáhnout integrity v pojetí vlastního života, a to u každého jedince ve věku nad 60 let. Pro dosažení integrity je nezbytná pravdivost, smíření a kontinuita. Je důležité, aby senior přijmul své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažitelné cíle. Významná je akceptace sama sebe, takového, jaký je. Nezvládnutím tohoto termínu vede postupem času k rozvinutí psychických změn a ke změnám rysů osobnosti.

Mezi nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty stárnutí patří odchod do důchodu, omezení sociální integrace ve společenských a kulturních aktivitách, změna ekonomické situace, generační osamělost, sociální izolace, strach z osamělosti a nesoběstačnosti, fyzická závislost z důvodu nemoci, pohybového omezení, smyslového omezení atd., nutná a nevyhovující změna životního stylu, zhoršená možnost kontaktů s přáteli a s jinými osobami, stěhování (Malíková, 2020).

Podle Jarošové (2006, s. 31) patří mezi nejvýznamnější sociální aspekty stárnutí funkční rodina, dobré rodinné vztahy, plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří (zajištění vhodného bydlení), plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky) a možnost uspokojení potřeb seniora (Malíková, 2020).

3.3 Pojem senior

Pojem „senior“ není v legislativě ani v odborné literatuře nijak přesně vymezen. Tento termín je používán jako synonymum pro označení starého člověka. Někteří autoři za seniory považují jedince, kteří pobírají starobní důchod, někteří to rozlišují dle chronologického věku.

Slovník cizích slov vymezuje pojem senior jako „příslušník věkové kategorie“ (Linhart, 2005, s. 336). Marie Vágnerová (2007, s. 229) považuje starší dospělost do období 50-60 let a rané stáří od 60-70 let. Michal Šerák (2009, s. 183) tvrdí, že v nedávné době byl tento pojem používán pro osoby starší 60 let, v poslední době se, ale věková hranice posouvá až na 65 let (Špatenková, Smékalová, 2015).

Termíny se ale především liší dle toho, v jakém oboru, nebo ve které oblasti se používají. V gerontologii se využívá pojem „geront“, v psychologii se můžeme setkat s pojmem „senescent“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

3.4 Kategorizace stáří

Věk je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Věkové kategorie jsou členěny několika odlišnými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí životní etapy po patnácti letech. Za vyšší starší věk, nebo také za rané stáří se považuje etapa mezi 60. až 74. rokem života. Od 75. až do 89. roku života je považován stařecký věk. Za poslední etapu života se považuje věk nad 90. rokem života a je označován jako dlouhověkost (Kramářová, 2000).

3.5 Gerontologie a další obory

Seniorskou problematikou a oblastí se zabývá gerontologie a geriatrie. Gerontologie se ještě rozděluje na experimentální, sociální a klinickou. Mezi další obory zkoumající tuto oblast se řadí gerontopsychologie a gerontopedagogika.

Gerontologie je věda o stáří a stárnutí. Weber (2000, s. 11) ji charakterizuje jako „novou gerontologii“, jejímž cílem je zabývat se základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince.

Gerontologie experimentální se zabývá biologickým procesem stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů. Nadále se taktéž zabývá biologickými a psychologickými procesy stárnutí člověka.

Gerontologie sociální se zabývá problematikou sociálních dopadů stárnutí a stáří člověka. Zkoumá sociální a společenské vlivy ovlivňující proces stárnutí. Svou činnost zaměřuje na prevenci a podílí se na tvorbě programů zdravého stárnutí a udržování praktické soběstačnosti.

Gerontologie klinická neboli geriatrie se zabývá zvláštnostmi nemocí ve stáří a léčbou seniorů. Zakladatelem je Ignatz Leo Nascher. Geriatrie je v České republice samostatným oborem, a to od roku 1982. Obor je vyznačován svým interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě, rehabilitaci onemocnění a dysaptibilitou ve stáří. Z důvodu stárnutí populace dochází k tzv. „geriatrizační medicíně“, což znamená,

že senioři jsou zastoupeni ve všech lékařských oborech. Proto je důležité, aby všichni lékařský i nelékařský zdravotnický personál měl dostatek znalostí a odpovídal vzdělání v oboru geriatric.

Gerontopsychologie se zabývá psychickými změnami ve stáří. Gerontopedagogika se zabývá výchovou ve stáří a ke stáří. Zajišťuje podporu a pomoc seniorům při upokojování jejich potřeb (Malíková, 2020).

4. DOMOV PRO SENIORY

Domovy pro seniory jsou pobytová zařízení, která se řídí podle stanoveného provozního řádu. Musí být zapsané v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Je to druh placené pobytové sociální služby, která je určena seniorům. (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004). Tuto službu využívají především osoby se sníženou soběstačností, které potřebují trvalou pomoc jiné fyzické osoby z důvodu věku nebo chronického onemocnění (Hrozenská, 2013).

4.1 Podmínky pro přijetí žadatele do domova pro seniory

Základem pro přijetí do domova pro seniory je podání žádosti a doložení vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu klienta. Při nástupu uzavírá klient společně se zařízením smlouvu o poskytování sociální služby v domově pro seniory. Smlouva obsahuje práva a povinnosti obou smluvních stran, rozsah poskytovaných sociálních služeb, ustanovení o ubytování, stravování, péči, místo a čas poskytované sociální služby, výše úhrady za sociální službu a způsob jejího zaplacení, fakultativní služby, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovené poskytovatelem sociální služby, dobu platnosti smlouvy, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, podpisy klienta a poskytovatele. Smlouva musí být vyhotovena písemně a dvakrát (Malíková, 2020).

4.2 Poskytované služby v domově pro seniory

Každý poskytovatel sociální služby je povinen dodržovat rozsah služeb stanovený dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, pro konkrétní druh poskytované sociální služby a odpovídající typu zařízení. V domovech pro seniory jsou poskytovány pobytové sociální služby osobám, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby z důvodu snížené soběstačnosti. Služba musí obsahovat tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2020).

4.2.1 *Poskytnutí ubytování*

V rámci poskytování ubytování musí poskytovatel sociální služby zajistit a vytvořit klientovi příjemné, bezpečné a útulné prostředí (Malíková, 2020).

4.2.2 *Poskytnutí stravování*

Povinností poskytovatele je zajištění klientům celodenního stravování. Strava se podává 5x denně a diabetikům 6x denně. Je důležité, aby byla strava kvalitní a přiměřená věku, zdravotnímu stavu a onemocněním člověka. Částečně mobilní klienti se stravují v jídelně zařízené, kde musí být vytvořené vhodné podmínky pro dodržování kultury stolování. Imobilní klienti se stravují na pokoji u stolu nebo přímo na lůžku. Jídelní lístek sestavuje nutriční terapeut a schvaluje jej praktický lékař společně s vrchní sestrou.

Poskytnutí stravy zahrnuje spoustu činností, mezi které např. patří rady při výběru jídla a nápojů, pomoc s jejich přijímáním, dodržování pitného režimu, spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem, zajištění, skladování a podávání výživových doplňků.

Poskytnutí stravy musí být zajištěno i u osob, které mají specifické odlišnosti. Jedná se o osoby se zavedenou nazogastrickou (žaludeční) sondou nebo s PEG (perkutánní endoskopická gastronomie). Realizace podávání stravy u těchto osob je odlišná, a proto je zde důležitá větší pozornost (Malíková, 2020).

4.2.3 *Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu*

Tato pomoc zahrnuje poskytnutí pomoci při přesunech (vstávání z lůžka, ulehání, změna polohy, přesuny na lůžko či vozík aj.), oblékání, svlékání, podávání nápojů a stravy, pomoc při manipulaci se speciálními pomůckami, pomoc při prostorové orientaci (Malíková, 2020).

4.2.4 *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*

Klientům je poskytována pomoc při všech činnostech, které jsou spojené s osobní hygienou, s péčí o vlasy, při použití WC, při holení, při manikúře a pedikúře (Malíková, 2020).

4.2.5 Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Poskytovatel je povinen zajistit klientům podporu a pomoc, během které mohou využívat dostupné služby a informační zdroje. Také je důležité, aby poskytovatel pomáhal klientům udržovat či obnovovat kontakt s rodinou tak, aby bylo maximálně podporováno sociální začlenění klienta (Malíková, 2020).

4.2.6 Sociálně terapeutické činnosti

Sociálně terapeutické činnosti pomáhají k podpoře nebo k rozvoji osobních a sociálních schopností, ale i dovedností, které pomáhají klientovi se sociálním začleňováním (Malíková, 2020).

4.2.7 Aktivizační činnosti

Aktivizační činnosti zahrnují volnočasové a zájmové činnosti. Poskytují pomoc při obnovení či udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Rovněž poskytují pomoc při nácviu a zlepšování se ve všech dovednostech (motorické, psychické a sociální dovednosti) klienta (Malíková, 2020).

V zařízeních pro seniory se poskytují aktivizační programy, a to z důvodu fyzických a psychických omezení klientů (Žumárová, Tesková, 2008). Aktivizační programy se mohou částečně v jednotlivých zařízeních lišit. Jedná se o rukodělné práce, tvořivé činnosti, společenské programy, hry, diskuse, hudbu, tanec, činnosti venku nebo v přírodě, náboženské programy, cvičení, sporty, sportovní hry a vzdělávací činnosti. (Mojžíšová, 2019)

4.2.8 Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

K zajištění této služby musí být klientům poskytnuta pomoc při komunikaci vedené k zachování práv a oprávněných zájmů klienta (Malíková, 2020).

4.3 Práva a povinnosti obyvatel v domově pro seniory

Práva a povinnosti obyvatel v domově pro seniory jsou zařazeny v každém domovním řádu (Malíková, 2020).

4.4 Aktivizace v domově pro seniory

Aktivizační činnosti zahrnují volnočasové, zájmové činnosti, kontakt s přirozeným sociálním prostředím, upevňování psychických a sociálních schopností.

Mezi aktivizační činnosti řadíme trénování paměti neboli reminiscence, muzikoterapie, ergoterapie, fyzioterapie, animoterapie, arteterapie, aromaterapie, snoezelen, pohybové aktivity a různé formy cvičení (Malíková, 2020).

4.5 Domovy pro seniory v České republice

V roce 2019 je podle Registru poskytovatelů sociálních služeb a Ministerstva práce a sociálních věcí v současné době v České republice registrováno 591 domovů pro seniory a 387 domovů se zvláštním režimem (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2019).

5 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

5.1 *Cíl práce*

Hlavním cílem je zjištění obecné informovanosti seniorů o návykových látkách (o druzích návykových látek, jejich účincích, vytváření závislosti, zdravotních a sociálních komplikacích abúzu, možnostech prevence a léčby). Dílčí cíl spočívá ve zjištění rozsahu úzu, případně abúzu vybraných návykových látek u seniorů.

5.2 *Výzkumné otázky*

Na základě daného cíle této práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. **Výzkumná otázka:** Jaká je informovanost (znalost) seniorů o návykových látkách?
2. **Výzkumná otázka:** Které návykové látky senioři nejčastěji užívají?

5.3 *Hypotézy*

1. **Hypotéza:** Znalost seniorů o návykových látkách je ovlivněna jejich informovaností.

6 METODIKA

6.1 Použitá metodika

Pro výzkum byl zvolen kvantitativní postup. Sběr informací byl proveden metodou dotazování a technikou dotazníku vlastní konstrukce, který je součástí přílohy a byl respondentům předložen v tištěné podobě. V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu a byli ujištěni o anonymitě během celého šetření. Dotazníky obsahovaly Likertovu škálu, uzavřené a otevřené otázky. Respondenti byli dotazováni na znalosti o návykových látkách, případně na osobní zkušenosti s pravidelným užíváním legálních návykových látek, tedy tabákových výrobků, léků, alkoholu, kofeinu, a na případné zkušenosti s užíváním nelegálních návykových látek.

Výzkum byl realizován u klientů a klientek žijících ve vybraném domově pro seniory v Jihočeském kraji, kdy konečný soubor zahrnoval 30 respondentů.

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor respondentů byl tvořen seniory, muži i ženami, staršími 50 let. Vybraný domov pro seniory v Jihočeském kraji je určen osobám, které dosáhly věku nad 45 let. Z tohoto důvodu jsem zvolila pro výzkum seniory starší 50 let. Výběr osob pro vyplnění dotazníku byl nahodilý a podle zdravotního stavu seniora. Dotazník vyplňovaly pouze osoby, které žijí v domově pro seniory, kde jsem vykonávala svou první povinnou praxi, prostřednictvím které jsem přišla s těmito klienty do kontaktu. Rozdáno bylo celkem 30 dotazníků a návratnost byla 100 %. Soubor respondentů tvořilo 10 mužů a 20 žen.

6.3 Vyhodnocování dat

Získaná data během dotazníkového šetření byla vyhodnocena a následně analyzována v programu Microsoft Excel. Získané výsledky byly znázorněny pomocí koláčových a sloupcových grafů. Pro statistické ověření stanovené hypotézy byl použit statistický program IBM SPSS Statistic a stanovená hladina významnosti testu činila $\alpha = 95 \%$. Pro otestování této hypotézy byl použit Pearsonův korelační koeficient.

6.4 Etika výzkumu

Dle Egera a Egerové (2017) je důležité se vůči respondentům eticky chovat, proto je etický přístup ve výzkumu velmi důležitým aspektem. Stěžejní je také správně zacházet se získanými daty od respondentů a odpovědnost za anonymitu. Výzkum a následné zacházení se získanými daty byl dle zákona č.110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné. Respondenti nevyplňovali žádné kontaktní údaje a byla tak plně zachována jejich anonymita.

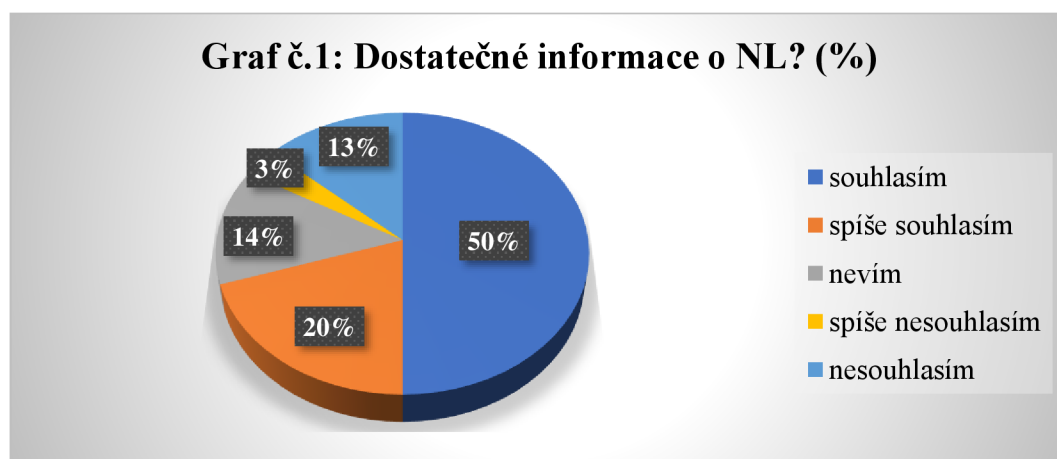
7 VÝSLEDKY

Část této práce se věnuje interpretaci výsledků prováděného výzkumu, které jsou zaznamenány v koláčových a sloupcových grafech.

7.1 Likertova škála

Otázka č.1: Myslíte si, zda máte dostatečné informace o návykových látkách?

Z odpovědí dotázaných respondentů má 70 % dostatečné informace o návykových látkách, ačkoli posouzení vlastních vědomostí zdaleka nemusí odpovídat realitě. 30 % je nemá anebo nevědí.

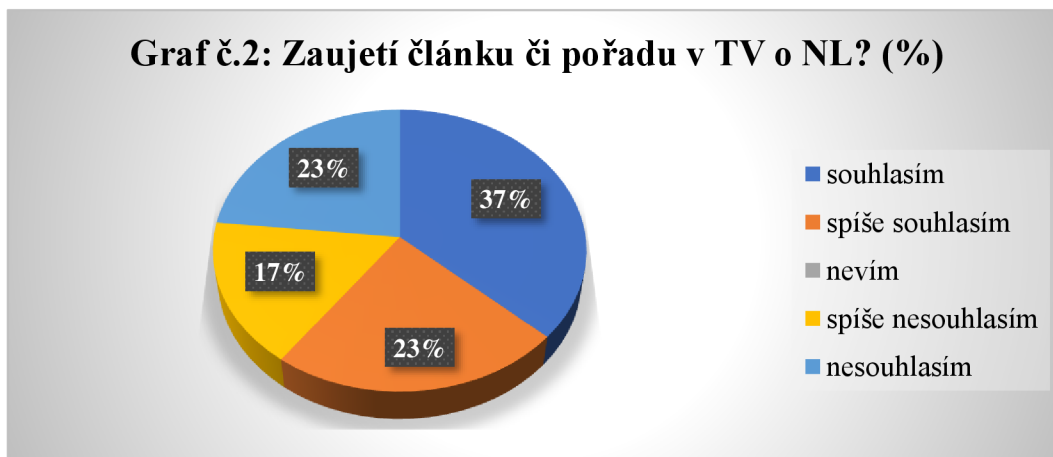


Obrázek 1

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Zaujme Vás nějaký článek nebo pořad v televizi o návykových látkách?

Větší polovina dotázaných se aktivně zajímá informacemi o návykových látkách uváděných v médiích.



Obrázek 2

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.3: Jste si vědom/a toho, že při pravidelném užívání návykových látek se může zhoršit Váš zdravotní stav?

Téměř všichni z dotázaných jsou si vědomi, že při pravidelném užívání návykových látek se může zhoršit jejich zdravotní stav.

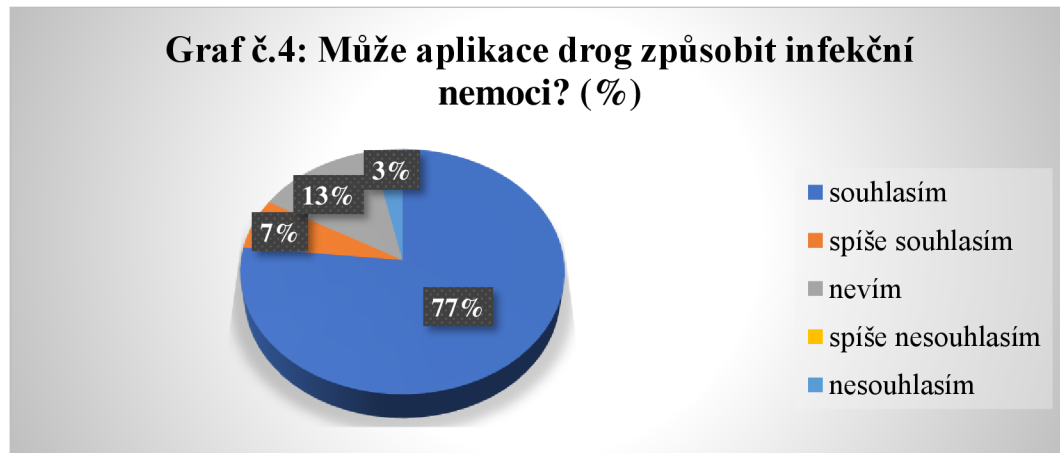


Obrázek 3

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.4: Víte, že aplikace některých drog může způsobit infekční nemoci? (např. žloutenku, AIDS).

Téměř většina dotázaných respondentů si uvědomuje, že užívání některých drog může způsobit infekční nemoci.

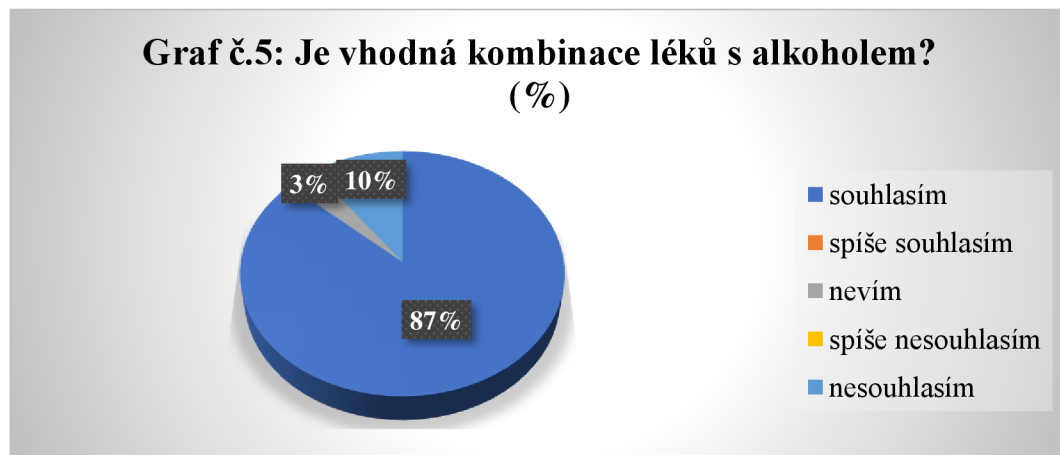


Obrázek 4

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.5: Víte, že není vhodné kombinovat některé léky s alkoholem?

Pouze 3 % z dotazovaných neví, že není vhodné kombinovat léky s alkoholem.



Obrázek 5

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6: Myslíte, že jste schopni si zajistit nebo sehnat návykovou látku? (drogy, alkohol, cigarety, léky).

Nadpoloviční většina dotazovaných respondentů je schopna si v současné době zajistit nebo sehnat návykovou látku.



Obrázek 6

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.7: Víte, že se používá konopí (marihuana) pro léčivé účinky? (konopný olej, konopná mast, konopný čaj).

Z grafu vyplývá, že 90 % dotázaných ví, že konopí se také používá pro léčebné účinky.



Obrázek 7

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.8: Jste si vědom/a toho, když užíváte pravidelně návykové látky, že si na ně můžete vytvořit závislost?

Pouze 3 % dotázaných neví, že při pravidelném užívání návykových látek si mohou na těchto látkách vytvořit závislost.

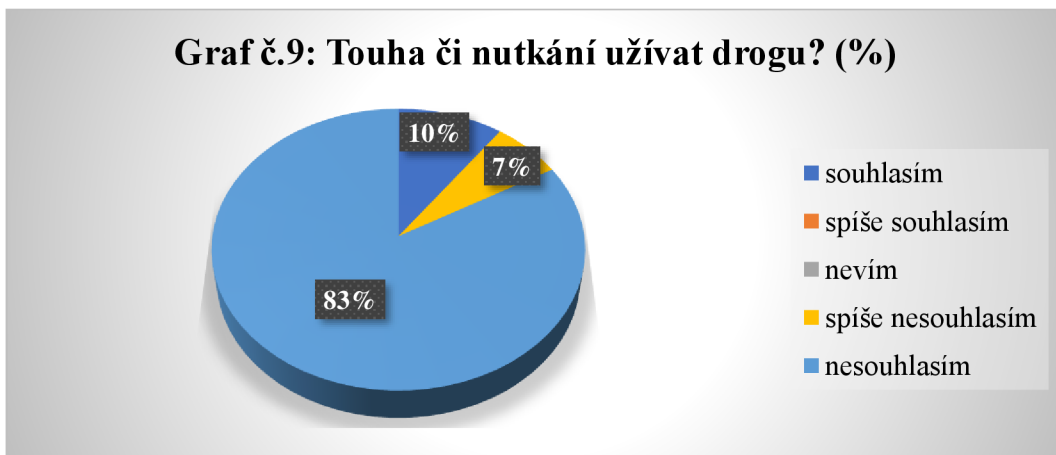


Obrázek 8

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.9: Měl/a jste někdy touhu nebo nutkání užívat drogu?

Z odpovědí vyplývá, že pouze 10 % dotázaných mělo touhu zkusit nějakou drogu užít.



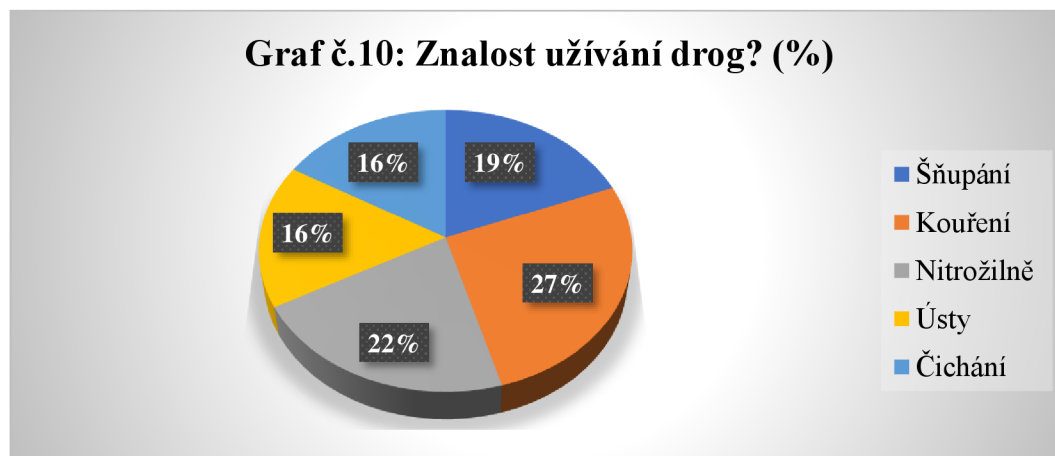
Obrázek 9

Zdroj: vlastní výzkum

7.2 Vědomostní otázky

Otázka č.1: Jaký způsob užívání drog znáte?

19 % dotázaných respondentů zná užívání drog šňupáním, 27 % kouřením, 22 % nitrožilně, 16 % ústy a 16 % čicháním.



Obrázek 10

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Víte, zda existují různé léčebny pro závislé osoby?

Z tohoto grafu plyne, že o existenci různých léčeben pro závislé osoby zná 90 % dotázaných, zbylých 10 % nemá o existenci léčeben ani ponětí.

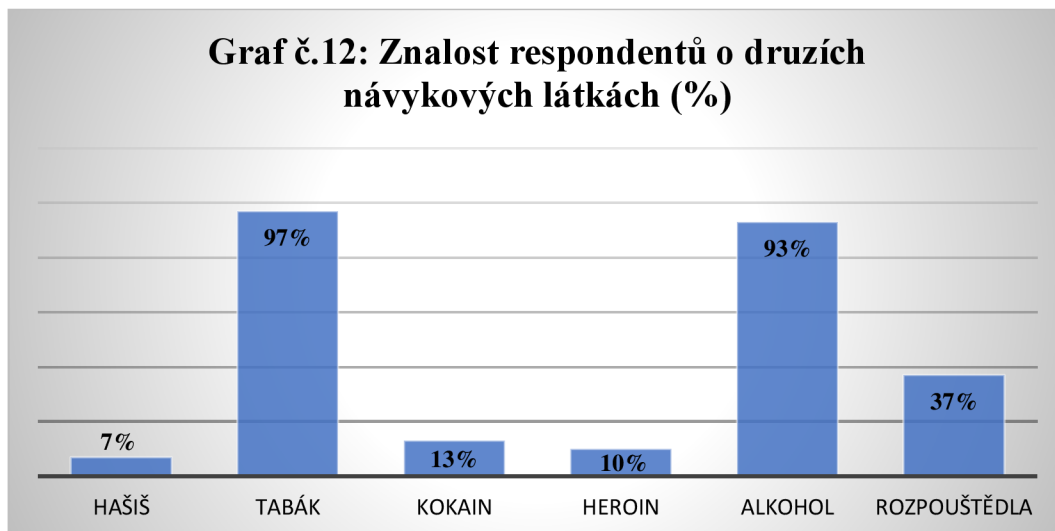


Obrázek 11

Zdroj: vlastní výzkum

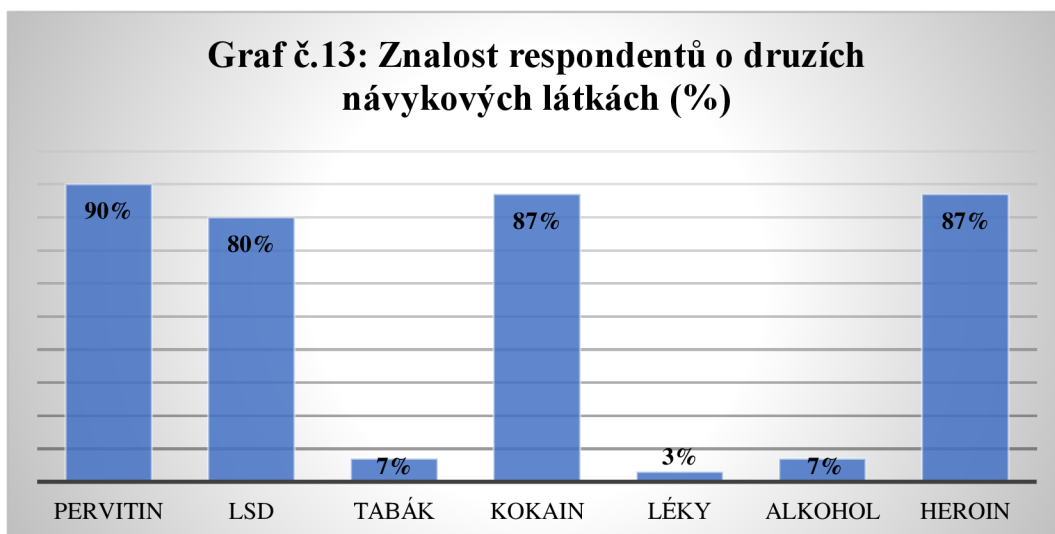
Otázka č.3: Víte, které návykové látky jsou legální a které nelegální?

U této otázky měli senioři za úkol rozpoznat, které z uvedených látek patří do skupiny nelegálních a legálních.



Obrázek 12

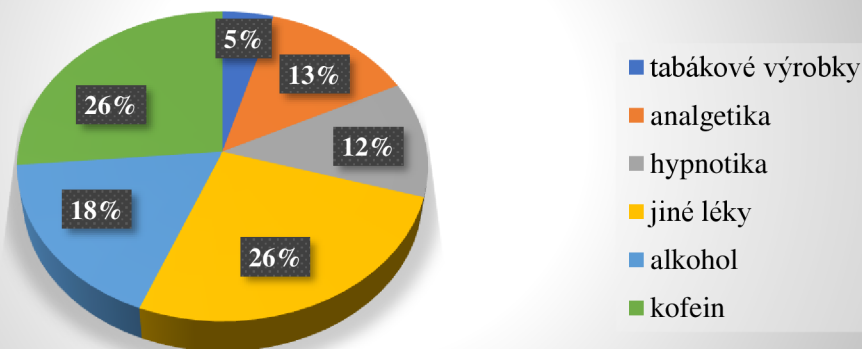
Zdroj: vlastní výzkum



Obrázek 13

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.14: Užívání návykových látek u respondentů (%)

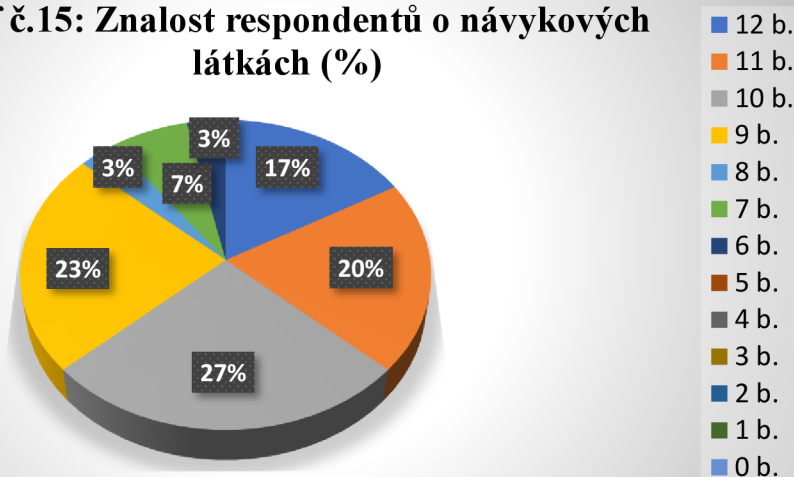


Obrázek 14

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.15 je zaměřen na znalost návykových látek a je měřen pomocí otázek 3a; 3b; 4; 5; 6; 7 a otázkou č. 8, kdy celkově za tyto otázky je možné získat celkem 12-10 bodů = vysoká znalost, 9-5 bodů = střední znalost a 4-0 bodů = nízká znalost. Z výzkumu plyne, že 12-10 bodů získalo celkem 64 % respondentů, tudíž jejich znalost o návykových látkách je vysoká. Střední znalost má 36 % respondentů a s nízkou znalostí ve výzkumu se nikdo z respondentů nenacházel.

Graf č.15: Znalost respondentů o návykových látkách (%)



Obrázek 15

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.4: Konzumování alkoholu v České republice je podle zákona povoleno od:

- a) 15 let b) 18 let c) 25 let

Správnou odpovědí je od 18 let. Na tuto otázku odpovědělo 90 % dotázaných respondentů správně. U zbylých 10 % nebyla odpověď správná.

Otázka č.5: Nadměrné konzumování alkoholu poškozuje nejvíce:

- a) srdce b) játra c) žaludek

Mezi správnou odpověď k této otázce patří játra. Správnou odpověď uvedlo 87 % dotázaných.

Otázka č.6: Návyková látka, kterou obsahují cigarety se nazývá:

- a) cigaretin b) dehet c) nikotin

Cigarety obsahují nikotin a zde správnou odpověď uvedlo taktéž 87 %. Zbylých 13 % odpověď neznalo nebo nebyla správná.

Otázka č.7: Do jaké skupiny drog se řadí LSD?

- a) konopná droga b) halucinogenní droga c) stimulační droga

Nad touto otázkou panovala velká nejasnost. LSD se řadí mezi halucinogenní drogy. 80 % respondentů odpovědělo správně.

Otázka č.8: Do jaké skupiny drog se řadí konopí seté?

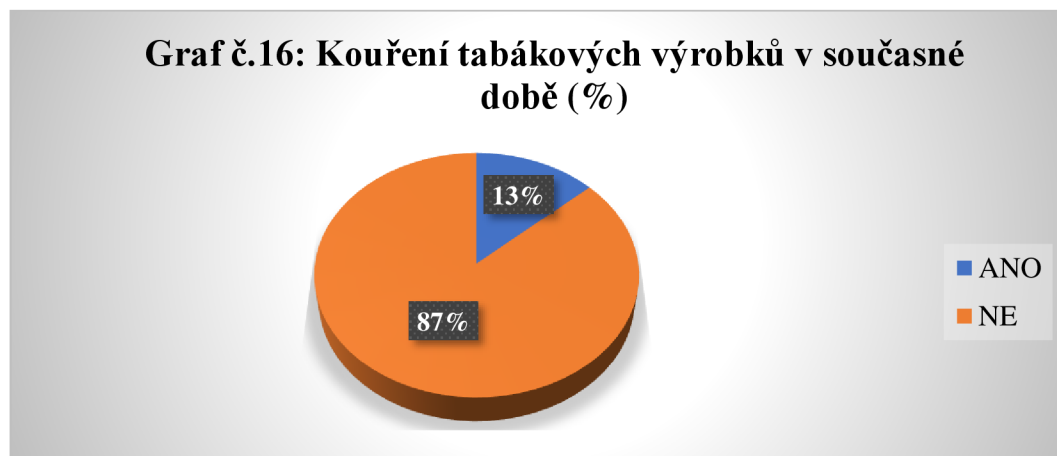
- a) halucinogenní droga b) opiáty c) konopná droga

Z názvu vyplývá, že konopí seté spadá do skupiny konopných drog. 17 % dotázaných respondentů nemělo odpověď správně, zbylých 83 % odpovědělo dobře.

7.3 Blok – kouření

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

Na tuto otázku odpověděly 4 dotazovaní respondenti kladně, což činí 13 % z celkového počtu. Jedná se o 3 ženy a 1 muže.



Obrázek 16

Zdroj: vlastní výzkum

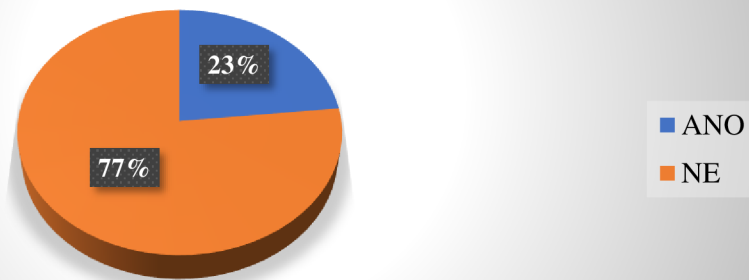
Otázka č.2: Pokud kouříte, tak jaké tabákové výrobky?

Ženy i muži uvedli, že upřednostňují pouze cigarety nežli doutníky, elektronické cigarety nebo vodní dýmky. Během hovoru mi i někteří senioři sdělili, že ani neví, co to elektronická cigareta je.

Otázka č.3: Pokoušel/a jste se opakovaně přestat s kouřením?

Na tuto otázku, zda se pokoušeli opakovaně přestat s kouřením tabákových výrobků, mi 23 % respondentů odpovědělo kladně.

Graf č.17: Pokus o přestání s kouřením tabákových výrobků (%)



Obrázek 17

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.4: Kolik cigaret vykouříte denně?

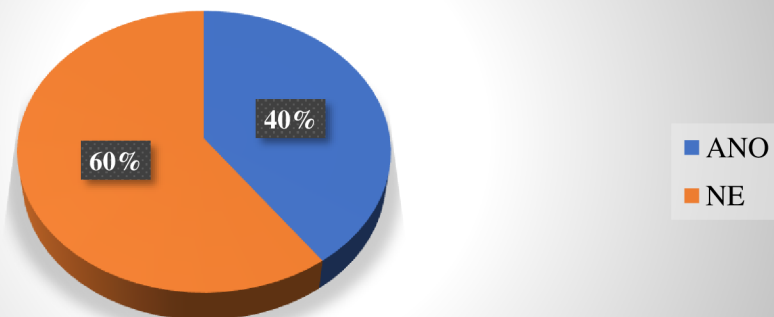
Z celkového počtu dotazovaných 30 osob jsou pouze 4 osoby závislé na užívání tabákových výrobků, a z toho dvě ženy a jeden muž uvedli, že vykouří denně méně jak 5 cigaret. Jedna žena uvedla, že vykouří denně více jak 10 cigaret.

7.4 Blok – léky

Otázka č.1: Užíváte pravidelně léky na bolest (např. ibuprofen, brufen, diklofenak)?

Léky na bolest z celkového počtu dotázaných užívá pouze 40 %, to činí 12 osob. Zbýlých 60 % léky na bolest vůbec neužívá.

Graf č.18: Pravidelné užívání léků na bolest (%)



Obrázek 18

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Užíváte pravidelně léky na spaní?

Tato otázka se týká pravidelného užívání léků na spaní. Z celkového počtu dotázaných uvedlo 11 osob užívání léků na spaní. Jedná se tedy o 37 % dotázaných.

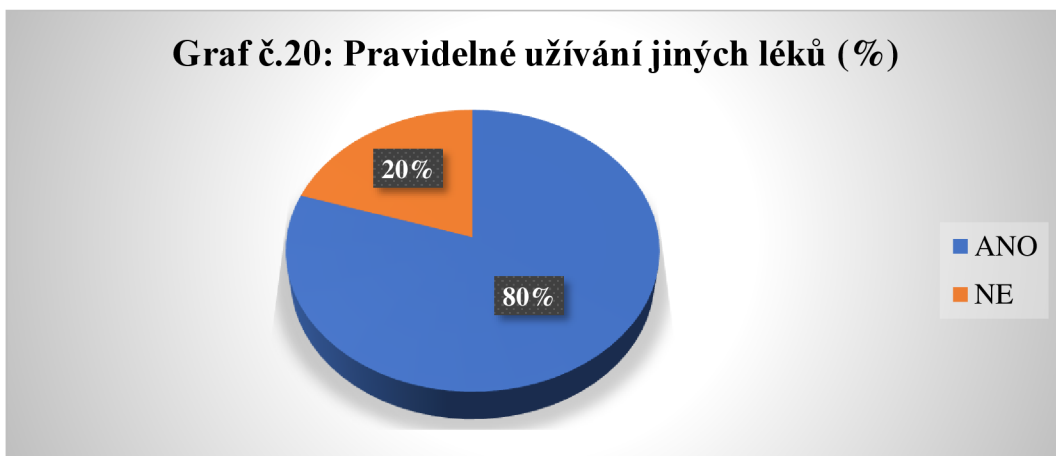


Obrázek 19

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.3: Užíváte pravidelně jiné léky?

Na tuto otázku, zda užívají pravidelně i jiné léky odpovědělo kladně 80 % dotázaných, tedy 24 osob z 30.



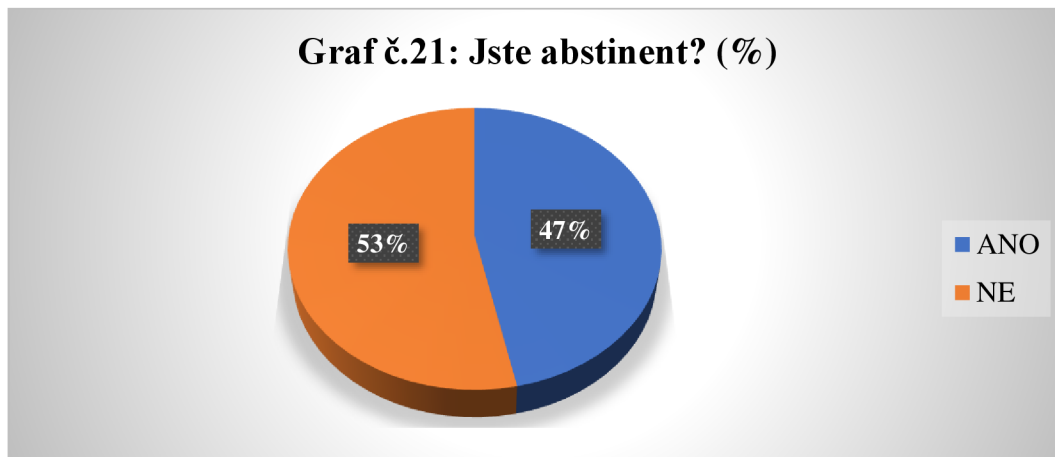
Obrázek 20

Zdroj: vlastní výzkum

7.5 Blok – alkohol

Otázka č.1: Jste abstinent?

Abstinuje 47 % dotázaných respondentů, to činí 14 osob. Zbýlých 53 % si občasnou konzumaci alkoholu dopřeje.

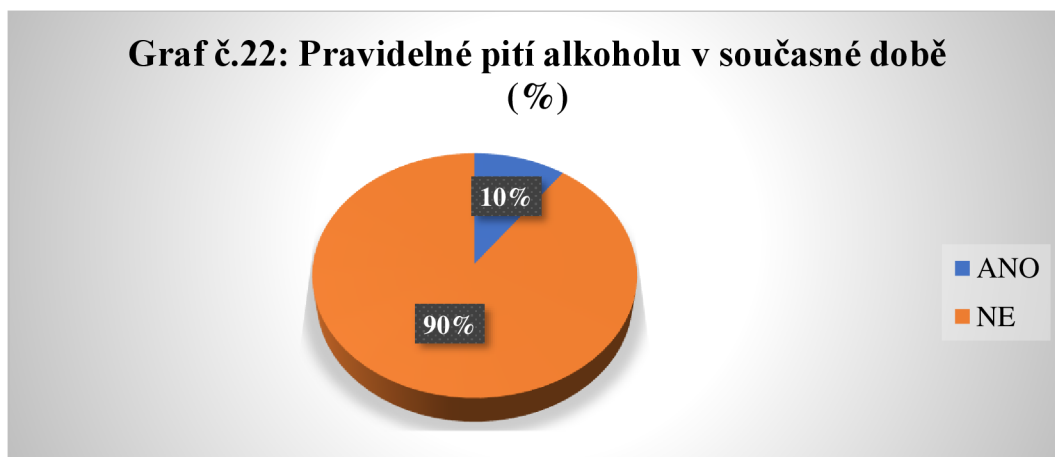


Obrázek 21

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Pijete v současné době pravidelně alkohol?

V současné době pravidelně alkohol nekonzumuje 90 % dotázaných.



Obrázek 22

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.3: Byl/a jste někdy závislý/á na alkoholu?

Počet dotázaných respondentů, kteří byli v minulosti závislí na alkoholu uvedlo pouze

7 % kladně, jednalo se o 2 osoby.



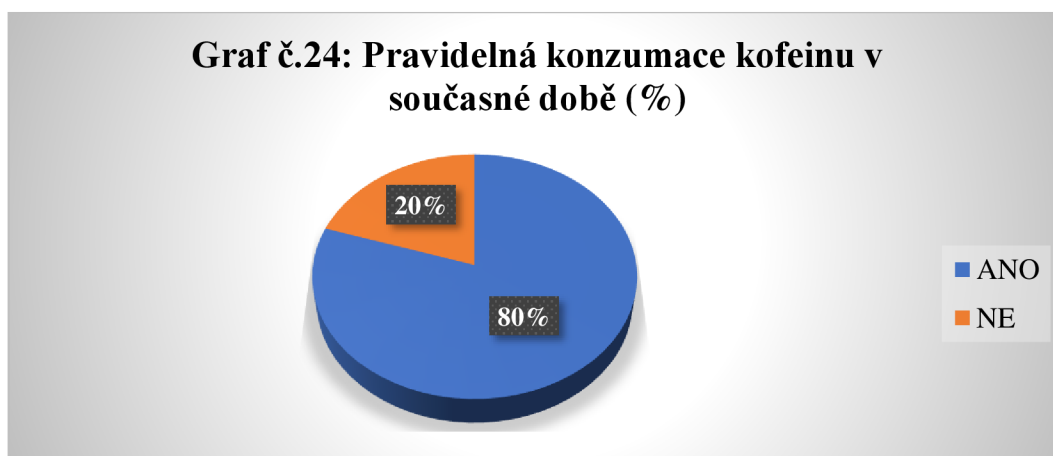
Obrázek 23

Zdroj: vlastní výzkum

7.6 Blok – kofein

Otázka č.1: Pijete v současné době pravidelně kávu?

V současné době konzumuje pravidelně kávu 80 % dotázaných, tedy 24 osob z 30. Jednu kávu denně uvedlo, že vypije 9 osob. Dvě kávy uvedlo 10 osob. Tři kávy denně vypijí 4 osoby a více než tři kávy za den vypijí 3 osoby.

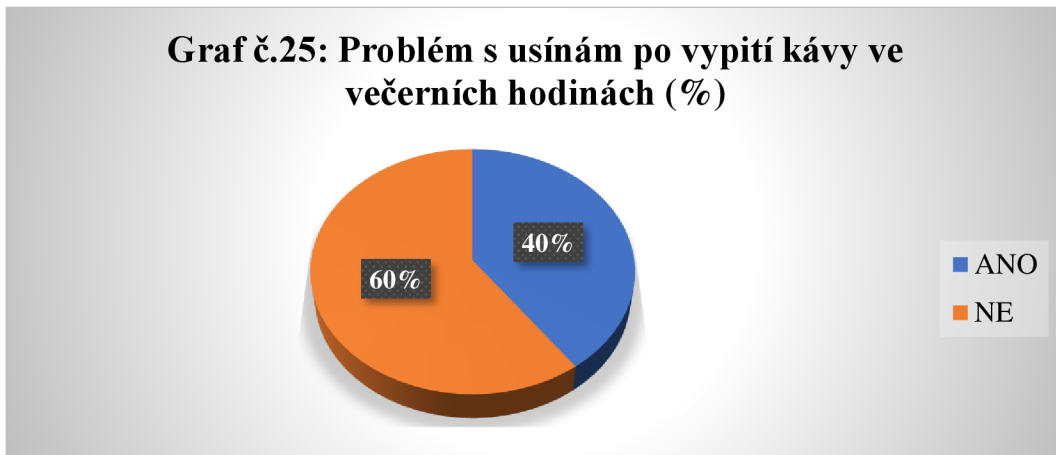


Obrázek 24

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Kdybyste si dal/a kávu večer, máte problém s usínáním?

Na otázku, zda mají respondenti problém s usínáním, když si dají kávu ve večerních hodinách, odpovědělo 12 osob kladně, což je 40 % dotázaných. Zbýlých 60 % problém s usínáním po konzumaci kávy ve večerních hodinách nemá.



Obrázek 25

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.3: V případě, že si kávu nedáte, máte pocit, že Vám chybí?

Z tohoto grafu vyplývá, že 40 % dotázaných osob má pocit, že jim káva chybí, když si ji nedají.



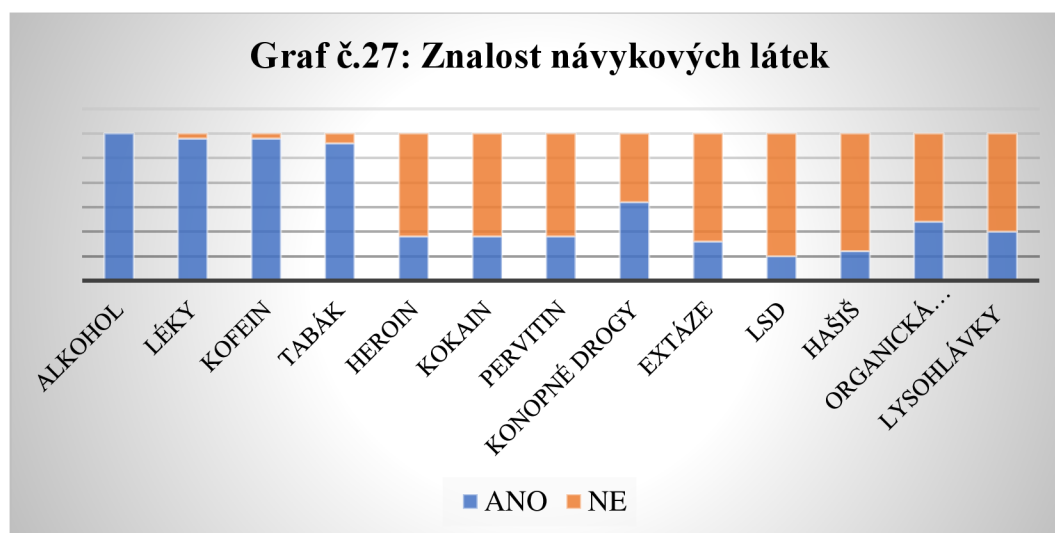
Obrázek 26

Zdroj: vlastní výzkum

7.7 Blok – drogy (kokain, pervitin, LSD, marihuana)

Otázka č.1: Jaké drogy znáte?

Následující graf vyjadřuje, že senioři mezi nejvíce známé návykové látky zařadili alkohol, léky, kofein a tabák. Mezi ty méně známé uvedli heroin, kokain, pervitin, konopné drogy, extáze, LSD, hašiš, organická rozpouštědla a lysohlávky.



Obrázek 27

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.2: Zkoušel/a jste někdy v minulosti užívat nelegální drogy, pokud ano, tak jaké?

Ženy i muži uvedli, že nelegální návykovou látku nikdy v minulosti nevyzkoušeli.

7.8 Statistické zpracování hypotézy

Pro statistické ověření stanovené hypotézy byl použit statistický program IBM SPSS Statistic a stanovená hladina významnosti testu činila $\alpha = 95 \%$.

H1: Znalost seniorů o návykových látkách je ovlivněna jejich informovaností.

Znalost návykových látek je měřena otázkami 3a; 3b; 4; 5; 6; 7 a otázkou č. 8, kdy celkově za tyto otázky je možné získat celkem 12-10 bodů = vysoká znalost, 9-5 bodů = střední znalost a 4-0 bodů = nízká znalost. Informovanost je dále subjektivně měřena otázkou č. 1. „*Myslíte si, že máte dostatečné informace o návykových látkách?*“, která byla vyjádřena mírou souhlasu = souhlasím – spíše souhlasím – nevím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím.

Pro otestování této hypotézy byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledek testu činil $r=0,405$ a dosažená hladina významnosti činila $p=0,026$. Z výsledku byl prokázán statisticky významný vztah mezi znalostí návykových látek a informovaností seniorů. Na základě toho je H_0 zamítnuta a přijata H_A (viz tabulka 1, níže).

Tabulka 1. – Vliv informovanosti seniorů o návykových látkách na jejich znalost

		Znalost o návykových látkách	1. Myslíte si, zda máte dostatečné informace o NL?
Znalost o návykových látkách	Pearson Correlation	1	,405*
	Sig. (2-tailed)		,026
	N	30	30
1. Myslíte si, zda máte dostatečné informace o NL?	Pearson Correlation	,405*	1
	Sig. (2-tailed)	,026	
	N	30	30

Zdroj: vlastní výzkum

Dále byl v rámci statistického ověřování také zjišťován vztah mezi znalostí seniorů a dalších výroků, které byly ve formě Likertových škál (viz tabulka 2, níže). Statisticky významný vztah byl nalezen u výroku č. 5. „*Víte, že není vhodné kombinovat některé léky s alkoholem?*“, kdy v tomto případě korelační koeficient činil $r=0,498$ a dosažená hladina významnosti $p=0,005$. Dále vztah byl nalezen i v případě výroku č. 6. „*Myslíte si, že jste schopni si zajistit nebo sehnat návykové látky?*“ s korelačním koeficientem $r=0,425$ a $p=0,019$ a v posledním případě se jednalo o výrok č. 7. „*Víte, že se používá konopí pro léčivé účinky?*“, kde výsledek testu činil $r=0,434$ dosažená hladina významnosti $p=0,017$.

Tabulka 2. – Vztah mezi znalostí seniorů a vybranými výroky

Výrok	Dosažená hladina významnosti (p)	Korelační koeficient (r)
Víte, že není vhodné kombinovat některé léky s alkoholem?	0,005	0,498
Myslíte si, že jste schopni si zajistit nebo sehnat návykové látky?	0,019	0,425
Víte, že se používá konopí pro léčivé účinky?	0,017	0,434

Zdroj: vlastní výzkum

8 DISKUSE

Užívání návykových látek se v současné době týká nejen dětí a mládeže, ale také i seniorské populace. I u seniorů se předpokládá, že jsou uživateli především legálních návykových látek. Odborné zdroje, například Kalvach, Zadák, Jiráček kol. (2004), Kalina a kol. (2008), Krombholz a Drástová (2010) aj. naznačují sklon seniorů k rekreačnímu (občasnému) konzumu alkoholu a tabáku, ale také zvýšenou míru užívání některých léků.

Kalina a kol. (2008) rozlišuje pojem úzus a abúzus při užívání návykové látky. Úzus neboli jednorázové či opakované užití návykové látky, které nevede k žádnému významnému poškození uživatele. Kdežto abúzus neboli škodlivé užívání návykové látky, které směřuje k syndromu závislosti na ní.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká je obecná informovanost seniorů o návykových látkách a v jakém rozsahu návykové látky užívají. Výzkumný soubor zahrnoval seniory žijící ve vybraném domově pro seniory v Jihočeském kraji a byl rozdělen na muže a ženy od 50 let výše.

Dotazník obsahoval obecnou informovanost o návykových látkách v podobě Likertovy škály a otázek. Nadále jsem zjišťovala závislost na tabákových výrobcích, lécích, alkoholu, kofeinu a nelegálních návykových látkách.

Úvodní část dotazníku obsahoval Likertovu škálu, která se skládá z devíti otázek a týká se obecné informovanosti seniorů o návykových látkách. U první otázky, zda si senioři myslí, že mají dostatečné informace o návykových látkách, uvedlo 70 % dotázaných kladně. Větší polovina seniorů u otázky druhé, tedy 60 % dotázaných, se aktivně zajímá o návykové látky například formou článku či televizního pořadu.

U třetí otázky si je 97 % dotázaných respondentů vědomo toho, že při pravidelném užívání návykové látky se může zhoršit jejich zdravotní stav. Zbylá 3 % toto vědomí nemá, anebo neví. Čtvrtou otázku si 84 % dotázaných uvědomuje rizika při aplikaci některých drog. Na otázku, zda vědí, že není vhodné kombinovat některé léky společně s alkoholem, uvedla pouze 3 %, že nevědí.

Další otázka se dotazovala, zda si jsou senioři schopni sehnat nebo zajistit některou z legálních návykových látek. 60 % dotázaných respondentů z celkového počtu uvedlo,

že jsou si ji schopni zajistit, například donesením od rodinného příslušníka či zakoupením v obchodě.

O skutečnosti, že se konopí užívá pro léčivé účinky, ví 90 % dotázaných, zbylých 10 % respondentů neví. Podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) se konopí může v České republice užívat pro léčebné účely pouze pro určité druhy onemocnění, jako je například onkologické onemocnění, nemoci pohybového aparátu, Parkinsonovu chorobu, pro lidi s roztroušenou sklerózou, po úrazu mozku či onemocněním HIV. Konopné produkty jsou pouze na lékařský předpis od lékaře specialisty.

Na předposlední otázku, zda jsou si senioři vědomi toho, že při pravidelném užívání návykové látky si na ni mohou vytvořit závislost uvedla, pouze 3 % dotázaných z celkového počtu, že nevědí. A poslední otázka se zabývá touhou či nutkáním užití některé z drog. Na tuto otázku odpovědělo 10 % dotázaných z celkového počtu kladně. Zbylých 90 % respondentů nikdy nemělo touhu ani nutkání drogu užít.

V další části dotazníku se nachází vědomostní otázky, které zkoumají taktéž informovanost seniorů o návykových látkách. Na dotaz, jaký způsob užívání drog znají, odpovědělo 19 % dotázaných respondentů, že zná užívání drog šňupáním, 27 % kouřením, 22 % nitrožilně, 16 % ústy a 16 % čicháním.

Na otázku, zda ví o existenci různých léčeben pro závislé osoby kladně odpovědělo 90 % dotázaných, zbylých 10 % nemá o existenci léčeben ani ponětí.

Následující otázka měla za úkol zjistit, zda dokáží senioři rozpoznat a správně zařadit uvedené druhy návykových látek do skupiny legálních či nelegálních drog. Drtivá většina respondentů uvedené návykové látky zařadila do správné skupiny.

Konzumace a prodej alkoholu v České republice se smí dle zákona od dovršení věku 18 let. Na tuto otázku odpovědělo 90 % dotázaných správně. Nadměrné konzumování alkoholu poškozuje játra. Správnou odpověď mělo 87 % dotázaných respondentů. Cigarety obsahují nikotin, který způsobuje závislost na tabákových výrobcích. Nadměrné užívání nikotinu poškozuje plíce. Správnou odpověď mělo taktéž 87 % dotázaných.

LSD se řadí do skupiny halucinogenních drog. 20 % dotázaných nemělo na tuto otázku správnou odpověď, anebo nevědělo, zbylých 80 % mělo odpověď správnou.

Poslední otázka se dotazovala, do jaké skupiny drog se řadí konopí seté. Správnou odpověď mělo 83 % dotázaných respondentů z celkového počtu.

Závěr dotazníku se zaměřoval na jednotlivé bloky, které zkoumají závislost na kouření tabákových výrobků, na lécích, alkoholu, kofeinu a na nelegálních drogách.

První blok se zabývá závislostí na tabákových výrobcích, kdy se vždy jedná pouze o dobrovolné rozhodnutí samotného uživatele. Na otázku, zda kouří v současné době tabákové výrobky, odpověděli kladně 4 dotazovaní respondenti, což činí 13 % z celkového počtu. Na navazující otázku, jaké preferují tabákové výrobky, odpovědělo, že upřednostňují pouze cigarety. Dotazovaní kuřáci uvedli, že si svou závislost na cigaretách nesou z dospělosti až do stáří. Hlavním důvodem, proč tedy kouří, je ten, že byli například vyhecováni od kamarádů, vyrůstali od mala v kuřáckém prostředí či z nervozity, jelikož je kouření uklidňuje. Cigarety nejen že škodí našemu zdraví, ale je to také v současné době velmi finančně náročná záležitost.

Na otázku, zda se pokoušeli opakovaně přestat s kouřením, odpovědělo 23 % dotazovaných kladně. To znamená, že 10 % z nich se podařilo přestat kouřit. Mezi hlavní důvody, proč ukončili svou závislost na cigaretách, patřilo doporučení lékaře nebo tíživá finanční situace. Zbývajících 13 %, jak jsem již uvedla, kouří stále. Je důležité také podotknout, že v domově jsem se setkala s tím, že kuřáci měli počet cigaret pouze na přiděl. Hlavním důvodem bylo přání rodiny nebo doporučení lékaře.

Druhý blok se zabývá pravidelným užíváním léků. Léky na bolest (analgetika) pravidelně užívá 40 % dotázaných respondentů z celkového počtu. Na druhou otázku, zda užívají pravidelně léky na spaní (hypnotika) uvedlo 37 % respondentů, že užívá. Na poslední otázku týkající se pravidelného užívání i jiných léků odpovědělo 24 respondentů z 30 kladně, což činí 80 %. Kalvach, Zadák, Jiráček kol. (2004) uvádějí, že větší sklon k užívání léků mají ženy. Z výzkumu tedy vyplývá, že i přes nepoměr žen a mužů nejvíce léky užívají ženy. Z respondentů, kteří pravidelně užívají léky, většina uvedla, že je užívá z důvodu nutnosti, jelikož jim tyto léky pomáhají, např. při usínání, či chronických bolestech. Mezi další léky, které užívají z důvodu jejich aktuálního zdravotního stavu, patří například léky na vysoký tlak, cukrovku, na srdce, ředění krve apod. Pokud by tyto léky neužívali, ohrožovalo by to jejich životní funkce. I když

si uvědomují, že si tímto užíváním vytvářejí závislost, a v některých případech je to pro ně škodlivé, musí tyto léky užívat.

Dalším druhem závislosti jsou alkoholové výrobky. Na dotaz, zdali abstinují, odpovědělo 47 % z celkového počtu dotazovaných kladně. Avšak na otázku pravidelného pití alkoholu v současné době odpovědělo pouze 10 % respondentů negativně. Co se týče závislosti na alkoholu v minulosti uvedly pouze 2 osoby, že se se závislostí potýkaly. Jednalo se o ženu a muže. Dle Krombholze a Drástové (2010) se alkoholová závislost u seniorů odhaduje na 2-4 %. Ve výzkumném souboru se potýkaly s alkoholovou závislostí pouze 2 osoby z celkového počtu dotázaných, což činí 6 % z dotázaných. Tato skutečnost tedy dokazuje, že i mezi seniory nalezneme osoby, které alkohol konzumují ve vysoké míře, tedy lehce nad rámec uváděného odhadu v literatuře. Ostatní respondenti uvedli, že si konzumaci alkoholu dopřejí pouze příležitostně a konzumují jej pouze kvůli jeho chuti. Mezi respondenty se našli i ti, kteří uvedli, že alkohol nepijí vůbec. Mezi nejčastější příčinu u nadměrného pití alkoholu patří osamělost, ztráta partnera, umístění do sociálního zařízení, konflikty s rodinou, zdravotní problémy či obava ze smrti. Mezi závažné následky při nadměrném pití alkoholu patří interakce s dalšími léky, pády spojené s úrazy, zhoršení zdravotního stavu, případně zhoršení onemocnění. Je důležité si uvědomit, že alkoholismus je nemoc, kterou je potřeba začít včas léčit.

Předposlední blok se věnuje závislosti na kofeinu. Na otázku, zda v současné době pravidelně pijí kávu, uvedlo pravidelné pití kávy 24 osob z 30, tedy 80 % dotázaných. Po vypití kávy ve večerních hodinách má problém s usínáním 40 % dotázaných respondentů, zbylých 60 % problém nemá. Na poslední otázku odpovědělo 40 % dotázaných osob, že mají pocit, že jim káva chybí, když si ji nedají. Kávu užívají především kvůli její chuti, a ne kvůli jejím povzbuzujícím účinkům, a to zejména v dopoledních hodinách, protože v pozdějších hodinách má většina respondentů problém s usínáním, což souvisí s obsahem kofeinu v kávě a jeho povzbuzujícím účinku na organismus. Někteří respondenti kávu z tohoto důvodu nepijí vůbec.

Pro zdravého dospělého člověka je smrtelná dávka kofeinu 150 mg na 1 kg tělesné váhy. Odborníci se shodují na tom, že přiměřené vypití kávy za den se odhaduje na 4-6 šálků kávy. Z dotázaných respondentů kávu denně vypije 30 % dotázaných,

dvě kávy denně 34 %, tři kávy denně 13 % a více kávy za den vypije 10 %. Z uvedených výsledků vyplývá, že z hlediska závislosti na kofeinu to není škodlivé ani nijak rizikové. Zbýlých 13 % respondentů uvedlo, což činí 4 osoby z celkového počtu, že kávu nepijí vůbec.

Poslední blok se zabývá znalostí návykových látek. Mezi nejvíce známé návykové látky senioři zařadili alkohol, léky, kofein a tabákové výrobky. Mezi ty méně známé uvedli heroin, kokain, pervitin, konopné drogy, extáze, LSD, hašiš, organická rozpouštědla a lysohlávky. Na otázku, zda někdy v minulosti vyzkoušeli nelegální drogu užívat, uvedlo všech 30 dotázaných respondentů, že s tím zkušenosti nemají. Pokud nedojde ke včasné léčbě, lidé drogově závislí se většinou nedožijí vyššího věku, jelikož jedinci hrozí smrt předávkováním návykovou látkou či selháním organismu. I když se ve výzkumu nepotvrdila žádná závislost na nelegálních návykových látkách, neznamená to, že nemohou být i senioři uživateli drog.

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla: „***Jaká je informovanost (znalost) seniorů o návykových látkách?***“ Z výzkumného souboru vyplynulo, že vysokou informovanost o návykových látkách má celkem 64 % respondentů. Střední znalost má 36 % respondentů a s nízkou znalostí se ve výzkumném souboru nikdo nenacházel.

Stanovená hypotéza č.1 byla otestována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Znalost návykových látek byla měřena otázkami 3a; 3b; 4; 5; 6; 7 a otázkou č. 8, kdy celkově za tyto otázky bylo možné získat celkem 12-10 bodů = vysoká znalost, 9-5 bodů = střední znalost a 4-0 bodů = nízká znalost. Informovanost respondentů byla nadále měřena otázkou č.1. „*Myslíte si, že máte dostatečné informace o návykových látkách?*“, která byla vyjádřena mírou souhlasu = souhlasím – spíše souhlasím – nevím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím. Z výsledků vyplynulo, že byl prokázán statisticky významný vztah mezi znalostí návykových látek a informovaností seniorů. Na základě toho byla hypotéza potvrzena.

Druhou výzkumnou otázkou byla: „***Které návykové látky senioři nejčastěji užívají?***“ Z výsledků se potvrdilo, že i senioři jsou uživateli některých druhů návykových látek. Z výzkumu je tedy patrné, že mezi nejčastěji užívanými návykovými látkami u seniorů patří kofein, léky, tabákové výrobky a alkohol. Z léků senioři nejčastěji užívají hypnotika

a analgetika, ale i jiné léky, mezi které patří například léky na srdce, cukrovku, vysoký tlak apod. Mezi respondenty bylo jednoznačně málo kuřáků. Ovšem se závislostí na cigaretách u seniorů se často potýkáme i mimo domovy pro seniory. Alkohol užívají především příležitostně, škodlivé užívání se prokázalo pouze ve dvou případech. Nelegální návykové látky tvoří skupinu, u které se neprokázalo žádné užívání. To ovšem nemění nic na tom, že i osoba staršího věku může být závislá na drogách.

Odchod do domova pro seniory je pro staršího člověka určitě psychicky náročný. Odchází ze svého domácího prostředí, mnohdy od rodiny, a čeká ho nové prostředí a nové tváře. Senioři se v domově ocitají z důvodu snížené soběstačnosti, a to zejména z důvodu věku, onemocnění nebo proto, že potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Po rozhovoru s některými jsem usoudila, že každý jedinec je jiný a má individuální potřeby. Jedněm se v domově pro seniory líbí a jiným zase ne. Můj názor je takový, že je dobře, že tyto pobytové služby existují. Je zde věnována seniorům celodenní péče včetně volnočasových aktivit, kterých se mohou kdykoliv zúčastnit. V případě zdravotního problému jim je poskytnuta i odborná pomoc. Rovněž jsou senioři i mezi svými vrstevníky, a tudíž si zde mohou najít nové přátele, mohou si vyprávět o své minulosti, o svém životě, o tom, jak to bylo dříve, o svých dětech, vnoučatech případně i o svých nemocech.

Na domovech pro seniory se mi nelíbí nedostatek jednolůžkových pokojů. Myslím si, že by každý senior ocenil soukromí ve svém vlastním pokoji. Soužití dvou a více seniorů v jedné místnosti bývá dost často velice náročné a jsou s tím spojené i určité rozpory a neshody.

Ve vybraném domově pro seniory v Jihočeském kraji, kde jsem byla na praxi, neměli pro seniory žádnou zahradu ani park, ve kterém by mohli trávit svůj volný čas, případně využívat volnočasové aktivity venku. Po rozhovoru s klienty domova mi bylo několikrát sděleno, že jim chybí zahrádka či zvířátka, o která by se mohli vzájemně starat. Myslím si, že v každém věku je důležité mít nějaké záliby nebo koníčky, které by směřovaly ke smysluplnému trávení volného času. Dalším aspektem této skutečnosti je, že pokud by se mohli starat o zahrádku či zvířata, odvádělo by to jejich pozornost od svých psychických problémů spojených s umístěním do domova a tím pádem od změny prostředí, ve kterém před příchodem do domova žili, či od zdravotních problémů. Při těchto aktivitách by na tyto své problémy alespoň dočasně zapomněli.

9 ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjištění obecné informovanosti seniorů o návykových látkách. Dílčí cíl spočívá ve zjištění úzu, případně abúzu vybraných návykových látek u seniorů.

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které napomohly k naplnění cíle práce. Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, jaká je obecná informovanost seniorů o návykových látkách. Z výzkumného souboru vyplynulo, že vysokou informovanost o návykových látkách má celkem 64 % respondentů. Střední znalost má 36 % respondentů a s nízkou znalostí se ve výzkumném souboru nikdo nenacházel.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, které návykové látky seniori nejčastěji užívají. Z výzkumu vyplývá, že největším problémem u seniorské populace je nadužívání léků, kofeinu, kouření tabákových výrobků a konzumace alkoholu. Mezi nejvíce návykové léky patří analgetika, která slouží k utlumení bolesti. Mezi respondenty užívá analgetika 40 %. Dalšími nejčastěji užívanými léky jsou hypnotika, která pomáhají k lepšímu spánku. Ze souboru respondentů užívá hypnotika 37 %. U pravidelného užívání i jiných léků mi odpovědělo kladně 80 % dotázaných z celkového počtu.

Řada seniorů konzumuje i kofein, který je nejvíce obsažen v kávě. Výzkum nám tedy ukazuje, že pravidelné vypití kávy si dopřeje 80 % dotázaných respondentů. Většina seniorů si kávu dopřeje v dopoledních či odpoledních hodinách, jelikož s usínáním ve večerních hodinách po vypití kávy má problém 40 % dotázaných.

Kouření tabákových výrobků způsobuje řadu onemocnění. Mezi respondenty uvedlo, že kouří pouze 13 % z celkového počtu dotázaných. Jedná se o 3 ženy a 1 muže.

I konzumace alkoholu se řadí mezi návykové látky, se kterými se potýká nejen mládež, ale i seniori. Ve výzkumném souboru uvedly pouze dvě osoby, které měly v minulosti problém se závislostí na alkoholu. Jednalo se o muže a ženu. 47 % respondentů abstínuje a ostatní si alkohol dají pouze příležitostně.

V práci byla stanovena jedna hypotéza:

Znalost seniorů o návykových látkách je ovlivněna jejich informovaností.

Tato hypotéza byla testována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Hypotéza byla testem potvrzena.

Výsledky bakalářské práce mohou zvýšit informovanost o daném problému u seniorů i pracovníků domovů pro seniory, včetně studentů pomáhajících profesí i zájemců z řad laické veřejnosti.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BELENKO, S., SPOHN, C., 2014. *Drogy, kriminalita a spravedlnost*. Thousand Oaks: SAGE Publications. 344 s. ISBN 9781483355429.
2. BLAŽEJOVSKÝ, M., 2015. *Drogy v dopravě*. Praha: Wolters Kluwer. 185 stran. ISBN 978-80-7478-903-8.
3. BREZINA, C., 2014. *Pravda o LSD a halucinogenech*. New York: Rosen Publishing. 64 s. ISBN 1477719016.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. EGER, L., EGEROVÁ, D., 2017. *Základy metodologie výzkumu*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Plzeň: Západočeská univerzita. 184 s. ISBN 978-80-261-0735-4
6. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada. 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
7. GANERI, A., 2001. *Drogy: od extáze k agonii*. Praha: Amulet. 153 s. ISBN 80-86299-70-8.
8. HAŠKOVCOVÁ, H., 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
9. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol., 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.
10. HROZENSKÁ, M., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
11. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 108 s. ISBN 80-7368-110-2.
12. JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
13. KALINA, K. a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
14. KALINA, K. a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

15. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
16. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
17. KRAMÁŘOVÁ, N., 2000. *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-442-6.
18. KROMBOLZ, R., DRÁSTOVÁ, H., 2010. *Závislosti a stáří*. [online]. [cit. 2022-4-15] z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>.
19. LÉKÁRNA BENU. *Analgetika*. [online]. [cit. 2022-7-21]. Dostupné z: <https://www.benu.cz/vyhledavani?q=analgetika>.
20. LÉKÁRNA BENU. *Antihistaminika*. [online]. [cit. 2022-7-21]. Dostupné z: <https://www.benu.cz/vyhledavani?q=Antihistaminika>.
21. LÉKÁRNA BENU. *Paracetamol*. [online]. [cit. 2022-7-21]. Dostupné z: <https://www.benu.cz/vyhledavani?q=paracetamol>.
22. LINHART, J. a kol., 2005. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog. 412 s. ISBN 80-85843-61-7.
23. MAHDALÍČKOVÁ, J., 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: WoltersKluwer. 124 s. ISBN 978-80-7478-589-4.
24. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2 vydání. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
25. MARTÍNKOVÁ, J. a kol., 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Přehled registrovaných domovů pro seniory – domovů se zvláštním režimem*. [online]. Copyright © [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>
27. MIOVSKÝ, M. a kol., 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada. 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2.
28. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
29. MOJŽÍŠOVÁ, A., 2019. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 80 s. ISBN 978-80-7394-761-3.

30. MÜHLPACHR, P., 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
31. NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
32. PETERSEN, Ch., 2014. *Ecstasy*. New York: Marshall Cavendish. 64 s. ISBN 9780761481270.
33. PREV-CENTRUM, z.ú., © 2017. *Benzodiazepiny*. [online]. Praha: Prev – Centrum, z.ú. [cit. 2022-7-21]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/benzodiazepiny>.
34. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
35. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, © 2010. *Konopí pro léčebné použití*. [online]. Praha: SÚKL. [cit. 2022-4-15]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/konopi-pro-lecebne-pouziti>.
36. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, © 2010. *Návykové látky (drogy)*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2022-4-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/323-navykovove-latky-drogy>.
37. ŠERÁK, M., 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
38. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 stran. ISBN 978-80-247-5446-8.
39. ŠTEJFA, M., 2007. *Kardiologie*. 3 vyd. Praha: Grada. 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
40. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
41. WALKER, I., 2014. *Závislost na alkoholu: nestojí za to*. Mason Crest. 128 s. ISBN 978-1-4222-9292-1.
42. WEBER, P. a kol., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
43. Zákon č. 110/2019 Sb., Zákon o zpracování osobních údajů, 2019. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Ročník 2019, částka 47, číslo 110, 890–911. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=63839>

44. Zákon č. 65/2017 Sb., Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2017. *In: Sběrka zákonů České republiky. Ročník 2017.*
45. ŽUMÁROVÁ, M., TESKOVÁ, J., 2008. *Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. Posuzování životní situace v sociální práci.* Hradec Králové: Gaudeamus.

11 PŘÍLOHY

Dotazníkové šetření – znalost seniorů o návykových látkách

Dobrý den, jsem studentkou Jihočeské fakulty v Českých Budějovicích, oboru sociální práce. V rámci mé bakalářské práce, píšu o seniorech a návykových látkách, s kterými přicházejí do styku. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění mého dotazníku, který je zcela anonymní a bude sloužit jen pro účel mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a vstřícnost.

Jsem:

ŽENA

MUŽ

Likertova škála

Myslíte si, zda máte dostatečné informace o návykových látkách?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Zaujme Vás nějaký článek nebo pořad v televizi o návykových látkách?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Jste si vědom/a toho, že při pravidelném užívání návykových látek se může zhoršit Váš zdravotní stav?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Víte, že aplikace některých drog může způsobit infekční nemoci? (např. žloutenku, AIDS).	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím

Víte, že není vhodné kombinovat některé léky s alkoholem?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Myslíte, že jste schopni si zajistit nebo sehnat návykovou látku? (drogy, alkohol cigarety, léky).	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Víte, že se používá konopí (marihuana) pro léčivé účinky? (konopný olej, konopný čaj, konopná mast).	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Jste si vědom/a toho, když užíváte pravidelně návykové látky, že si na ně můžete vytvořit závislost?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Měl/a jste někdy touhu nebo nutkání užívat drogu?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím

1. Jaký způsob užívání drog znáte?

- | | | |
|---|-----|----|
| a) Šňupáním (kokain, heroin, pervitin) | ANO | NE |
| b) Kouřením (marihuana, heroin, pervitin) | ANO | NE |
| c) Nitrožilním (heroin, pervitin) | ANO | NE |
| d) Ústý (LSD, Extáze) | ANO | NE |
| e) Čicháním (lepidla a rozpouštědla) | ANO | NE |

2. Víte, zda existují různé léčebny pro závislé osoby? ANO NE

3. Víte, které návykové látky jsou legální a které nelegální?

*Zakroužkujte **nelegální** návykové látky:*

- a) Pervitin
- b) LSD
- c) Tabák
- d) Kokain
- e) Léky
- f) Alkohol
- g) Heroin

*Zakroužkujte **legální** návykové látky:*

- a) Hašiš
- b) Tabák
- c) Kokain
- d) Heroin
- e) Alkohol
- f) Organická rozpouštědla

4. Konzumování alkoholu v České republice je podle zákona povoleno od:

- a) 15 let b) 18 let c) 25 let

5. Nadměrné konzumování alkoholu poškozuje nejvíce:

- a) Srdce b) Játra c) Žaludek

6. Návyková látka, kterou obsahují cigarety se nazývá:

- a) Cigaretin b) Dehet c) Nikotin

7. Do jaké skupiny drog se řadí LSD?

- a) Konopná droga b) Halucinogenní droga c) Stimulační droga

8. Do jaké skupiny drog se řadí konopí seté?

- a) Halucinogenní droga b) Opiáty c) Konopná droga

Blok č.1. – kouření

1. Kouříte v současné době tabákové výrobky? ANO NE
2. Pokud kouříte, tak jaké?
cigarety doutník elektronické cigarety vodní dýmka
3. Pokoušel/a jste se opakovaně přestat s kouřením? ANO NE
4. Kolik cigaret vykouříte denně?
méně jak 5 cigaret 10 cigaret a více krabička více než je uvedeno

Blok č.2. – léky

1. Užíváte pravidelně léky na bolest? (např. ibuprofen, brufen, diklofenak) ANO NE
2. Užíváte pravidelně léky na spaní? ANO NE
3. Užíváte pravidelně i jiné léky? ANO NE

Blok č.3. – alkohol

1. Jste abstinent? ANO NE
2. Pijete v současné době pravidelně alkohol? ANO NE
3. Byl/a jste někdy závislý/á na alkoholu? ANO NE

Blok č.4. – kofein

- | | | | | | |
|--|--------|--------|-----------|--|--|
| 1. Pijete v současné době pravidelně kávu? | ANO | NE | | | |
| 1 káva | 2 kávy | 3 kávy | více kávy | | |
| 2. Kdybyste si dal/a kávu večer, máte problém s usínáním? | ANO | NE | | | |
| 3. V případě, že si kávu nedáte, máte pocit, že Vám chybí? | ANO | NE | | | |

Blok č.5. – drogy (kokain, heroin, pervitin, LSD, marihuana)

1. Jaké drogy znáte?

Alkohol	ANO	NE
Léky	ANO	NE
Kofein	ANO	NE
Tabák	ANO	NE
Heroin	ANO	NE
Kokain	ANO	NE
Pervitin	ANO	NE
Konopné drogy (marihuana)	ANO	NE
Extáze	ANO	NE
LSD	ANO	NE
Hašiš	ANO	NE
Organická rozpouštědla (toulén)	ANO	NE
Lysohlávký	ANO	NE

2. Zkoušel/a jste někdy v minulosti užívat nelegální drogy, pokud ano, tak jaké?

				ANO	NE
Kokain	Heroin	Pervitin	Hašiš	Marihuana	Jiné

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta:

Studijní program/obor:

Jméno a příjmení studenta/studentky:

Kontaktní údaje (e-mail, tel.):

Název instituce:

Název práce:

Hypotézy, výzkumné otázky:

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Předpokládané výstupy:

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno:

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

12 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

12.1 Seznam grafů

Obrázek 1.....	36
Obrázek 2.....	37
Obrázek 3.....	37
Obrázek 4.....	38
Obrázek 5.....	38
Obrázek 6.....	39
Obrázek 7.....	39
Obrázek 8.....	40
Obrázek 9.....	40
Obrázek 10.....	41
Obrázek 11.....	41
Obrázek 12.....	42
Obrázek 13.....	42
Obrázek 14.....	43
Obrázek 15.....	43
Obrázek 16.....	45
Obrázek 17.....	46
Obrázek 18.....	46
Obrázek 19.....	47
Obrázek 20.....	47
Obrázek 21.....	48
Obrázek 22.....	48
Obrázek 23.....	49
Obrázek 24.....	49
Obrázek 25.....	50
Obrázek 26.....	50
Obrázek 27.....	51

12.2 Seznam tabulek

Tabulka 1:	52
Tabulka 2:	53

13 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
HIV/AIDS	Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka (Human Immunodeficiency Virus) / Syndrom získaného imunodeficitu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
Např.	Například
SZÚ	Státní zdravotní ústav
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)