

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. et Bc. Markéta Bolková

**Užívání návykových látek u seniorů využívajících sociální služby ve  
Středočeském kraji.**

Substance use among seniors using social services in the Central Bohemia  
Region.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2022

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 7. 2022

Markéta Bolková

Podpis

**Identifikační záznam:**

BOLKOVÁ, Markéta. *Užívání návykových látek u seniorů využívajících sociální služby ve Středočeském kraji*. [Substance use among seniors using social services in the Central Bohemia Region]. Praha, 2022. 76 s., 3 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za její odborné vedení, rady a trpělivost. Děkuji také jednotlivým sociálním službám, které mi umožnily spolupracovat s klienty. Mé poděkování patří klientům, kteří se účastnili výzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým blízkým za jejich pomoc a podporu.

## Abstrakt

**Úvod:** Stárnutí a stáří má své charakteristické projevy, které ovlivňují jedince z pohledu fyzického, psychického, ale i sociálního. Se stářím jsou spojena i určitá rizika např. ve spojitosti se změnou zdravotního stavu. To může na jedince působit a ovlivňovat riziko vzniku závislosti. Škodlivé užívání návykových látek a riziko vzniku závislosti se netýká pouze mladých osob, ale právě i seniorů. Mezi nejčastěji užívané návykové látky patří alkohol, psychoaktivní léky a tabák.

**Cíl:** Cílem práce bylo zmapovat a popsat vzorce užívání návykových látek u seniorů, kteří využívají sociální služby, konkrétně domovy pro seniory a pečovatelské služby ve Středočeském kraji.

**Metody a soubor:** Data byla získána za využití dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu uskutečněného v domovech pro seniory a pečovatelských službách ve Středočeském kraji. Sociální služby byly vybrány metodou víceetapového náhodného výběru. Výzkumný soubor, který byl vybrán metodou záměrného výběru, tvoří 100 respondentů.

**Výsledky:** Respondenti nejčastěji užívají alkohol, psychoaktivní léky a tabák. Prevalence užívání tabáku a psychoaktivních léků je vyšší mezi respondenty než u obecné populace – 65+. Naopak prevalence pití alkoholu je vyšší v obecné populaci – 65+, než mezi respondenty s výjimkou denní prevalence. Malé procento respondentů uvedlo zkušenost s konopím, jiné návykové látky uvedeny nebyly. Míra ohrožení rizikem vzniku závislosti na nikotinu je u respondentů nižší v porovnání s obecnou populací. V případě alkoholu je vyšší u respondentů v porovnání s obecnou populací - 65+. Respondenti zároveň vykazují vyšší problémové užívání psychoaktivních léků. Preferovaným alkoholickým nápojem je pivo a mezi léky jsou to Lexaurin, Stilnox a Tramal. Povědomí o dané problematice má větší část respondentů, zájem o informace a adiktologické služby je spíše nižší.

**Závěr:** Je patrné užívání návykových látek mezi seniory a zároveň jejich ohrožení rizikem vzniku závislosti. Zásadní je také stárnutí populace a s tím spojené stárnutí uživatelů návykových látek. Z těchto důvodů se jeví jako vhodné mapovat užívání návykových látek u seniorů a v adiktologických službách počítat se specifickými potřebami seniorů.

**Klíčová slova:** senior, domov pro seniory, pečovatelská služba, alkohol, tabák, psychoaktivní léky, konopí, informovanost

## **Abstract**

**Introduction:** Aging and old age have their own characteristic manifestations that affect individuals from the perspective of physical, psychological and social aspects. Old age is associated with certain risks, e.g. in association with changes of health status. This can affect the individual and influence the risk of the development of addiction. Harmful use of addictive substances and the risk of addiction are not related only to young people, but also to the elderly. Addictive substances which are used the most commonly include alcohol, psychoactive drugs and tobacco.

**Aims:** The aim of the study was to map and describe patterns of substance use among seniors who use social services, specifically retirement homes for elderly and nursing services in the Central Bohemia region.

**Methods and sets:** Data were obtained using a questionnaire survey within the quantitative research carried out in retirement homes for the elderly and nursing services in the Central Bohemia region. The social services were selected by the method of multi-stage random selection. The research set, which was selected by the method of deliberate sampling, consists of 100 respondents.

**Results:** Respondents most often use alcohol, psychoactive drugs and tobacco. Prevalence use of tobacco and psychoactive drugs is higher among respondents than in the general population - 65+. Conversely, the prevalence of alcohol use is higher in the general population - 65+ than among respondents except for the daily prevalence. A small percentage of respondents reported experience with cannabis, no other addictive substances were mentioned. A rate of exposure to risk of addiction to nicotine is lower among respondents compared to the general population. In the case of alcohol, it is higher for respondents compared to the general population - 65+. Respondents also show higher problematic use of psychoactive drugs. The preferred alcoholic beverage is beer and among the drugs are Lexaurin, Stilnox and Tramal. The majority of respondents have an awareness of the issue, but interest in information and addiction services is rather lower.

**Conclusion:** The use of addictive substances among seniors is evident and at the same time they are at risk of developing addiction. Crucial is also ageing of the population and the associated ageing of substance users. For these reasons, it seems appropriate to map the use of addictive substances by seniors and take into account the specific needs of the elderly in addiction services.

**Key words:** senior, retirement home, nursing service, alcohol, tobacco, psychoactive drugs, cannabis, awareness

## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....</b>	<b>2</b>
2.1	Projevy stáří .....	3
2.2	Rizika spojená se stářím .....	4
2.3	Stárnutí populace .....	5
<b>3</b>	<b>SENIORŮ A NÁVYKOVÉ LÁTKY .....</b>	<b>8</b>
3.1	Užívání návykových látek u seniorů v ČR .....	9
3.2	Užívání návykových látek u seniorů v zahraničí .....	11
<b>4</b>	<b>SLUŽBY POSKYTOVANÉ SENIORŮM V ČR .....</b>	<b>13</b>
4.1	Sociální služby .....	13
4.2	Adiktologické služby.....	15
<b>5</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>17</b>
5.1	Výzkumný problém a cíle .....	17
5.2	Výzkumné otázky .....	17
5.3	Výzkumný soubor.....	17
5.4	Metody sběru dat.....	18
5.5	Metody zpracování a analýzy dat .....	22
5.6	Etické aspekty a limity výzkumu .....	22
5.7	Výsledky.....	23
5.7.1	Tabák .....	23
5.7.2	Alkohol .....	27
5.7.3	Léky .....	35
5.7.4	Konopí .....	44
5.7.5	Informovanost.....	45
<b>6</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>50</b>

<b>7</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>60</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>66</b>
9.1	Seznam tabulek a grafů .....	66
9.2	Dotazník.....	69
9.3	Prohlášení zájemce o nahlédnutí.....	76



# 1 Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou užívání návykových látek u seniorů. Pozornost je konkrétně zaměřena na seniory využívající sociální služby ve Středočeském kraji. Jako cíl je stanoveno zmapovat a popsat vzorce užívání návykových látek u seniorů využívající sociální služby, konkrétně domovy pro seniory a pečovatelské služby ve Středočeském kraji.

V teoretické části diplomové práce je nejprve popsáno stárnutí a stáří jako primární vhlad do problematiky užívání návykových látek seniory. Jsou zde popsány změny a rizika spojená se stářím, která mohou přispívat k riziku vzniku závislosti. Na tuto část navazuje kapitola věnovaná užívání návykových látek u seniorů, kde jsou uvedeny výzkumy uskutečněné v ČR a v zahraničí, které podkládají skutečnost, že se užívání návykových látek netýká jen mladých jedinců ale právě i seniorů. V závěru teoretické části jsou popsány adiktologické a sociální služby poskytované seniorům v ČR.

V praktické části práce je popsán realizovaný výzkum menšího rozsahu. Nejprve je vymezen výzkumný problém a cíl výzkumu společně s výzkumnými otázkami. Následně je definován výzkumný soubor a popsána realizace výzkumu. Výsledky jsou představeny za pomoci grafů a tabulek doplněných popisem. V diskuzi jsou následně porovnány výsledky výzkumu s výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2020 a zodpovězeny stanovené výzkumné otázky.

## 2 Stárnutí a stáří

Proces stárnutí a vývojová životní etapa stáří jsou v odborné literatuře popsány několika definicemi. Stárnutí je přirozenou a nevyhnutelnou součástí života každého jedince. Je prožíváno a vnímáno individuálně. Neovlivňuje pouze tělesnou stránku, ale i psychickou a sociální.

Stárnutí lze popsat jako celoživotní proces, který lze charakterizovat jako zákonitý, druhově specifický a individuální děj. Každý jedinec stárne svým tempem, což je ovlivněno nejen geneticky, ale současně různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem a životním stylem. Zároveň se jedná o proces asynchronní, který postihuje nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, což souvisí s jejich zatěžováním, stimulováním či poškozováním (Mühlpachr, 2009).

Během tohoto procesu dochází k souhrnu změn ve struktuře a funkcích organismu. Vzniklé změny vedou ke zvýšené zranitelnosti a snížení schopností a výkonnosti jedince, což následně vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti (Langmeier & Krejčíková, 1998).

V průběhu života prochází každý jedinec vývojovými etapami. Poslední vývojovou etapou, která uzavírá lidský život, je stáří. Jedná se o projev a následek involučních změn morfologických i funkčních, které probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou, což vede k takzvanému fenotypu stáří. Ten je pozměňován vlivy prostředí, životním stylem, zdravotním stavem a vlivy sociálně ekonomickými i psychickými (Čevela et al., 2012). Mezi nejčastější sociální změny patří odchod dětí z domova a odchod do penze.

Postupem času se přístup společnosti ke stárnutí měnil a vyvíjel. V devadesátých letech dvacátého století zastávala WHO koncept zdravého stárnutí a aktivního stáří. Důraz je kladen na udržení určité úrovně zdraví a funkčního stavu, jež umožňují i v pokročilém věku praktickou soběstačnost, kvalitu života a sociální i jiné zapojení. Nutno podotknout, že zdravé stárnutí neznamená nepřítomnost onemocnění, neboť soběstačnost může být díky kompenzačním pomůckám zachována i během projevení některých nemocí. Zdravé stárnutí je proces zaměřený na rozvoj a udržování funkčních schopností s cílem umožnit člověku dělat stále to co chce. Aktivní stárnutí se věnuje sociální, ekonomické, kulturní i duchovní stránce za účelem psychosociální adaptace seniorů (Ptáčková et al., 2021).

Stárnutí je konečnou fází lidského vývoje a mělo by se hodnotit jako součást kontinuální proměny. Protože se jedná o proměnu kontinuální, je obtížné dostatečně definovat okamžik, kdy končí střední věk a začíná stáří (Stuart-Hamilton, 1999). Na tuto skutečnost reagovala komise odborníků WHO, v šedesátých letech dvacátého století, stanovením tří kategorií v rozmezí patnácti let (Kozáková & Müller, 2006). Jedná se o následující kategorie:

- 60 – 74 let Rané stáří
- 75 – 89 let Vlastní stáří
- 90 let a více Dlouhověkost (Kozáková & Müller, 2006)

Čevela a kolektiv (2012) uvádí rozdělení, s kterým se v současné době setkáváme nejčastěji a je označeno jako výstižnější. Zahrnuje tyto kategorie:

- 65 – 74 let Mladí senioři nebo také young-old. Pro tuto kategorii je charakteristický zájem o práci, záliby, seberealizace po odchodu do penze, zapojení v rodině, např. hlídání vnoučat.
- 75 – 89 let Staří senioři též old-old. V tomto období se projevují zdravotní problémy, více se využívá rehabilitační a rekondiční péče. Jedná se o období s vyšším rizikem ztráty partnera. Na aktivity a běžné činnosti se vynakládá více energie a času.
- 90 let a více Velmi staří senioři či oldest-old nebo také very old-old. Již se projevují problémy se soběstačností, je patrná potřeba podpory a péče. Nicméně i v této kategorii mohou být mnozí senioři vitální a soběstační (Čevela et al., 2012)

Při hodnocení a vnímání stáří se tedy pozornost nezaměřuje pouze na věk, ale i na tělesnou stránku a sociální změny. V této souvislosti je stáří rozděleno na stáří biologické, kalendářní, sociální (Kalvach et al., 2004) a psychologické (Malíková, 2020).

## 2.1 Projevy stáří

Projevy stáří lze na jedinci pozorovat ve více směrech. Můžeme si všimnout tělesných změn, mezi které patří například šedivění a padání vlasů, stárnutí kůže, obtížná chůze, zhoršené vnímání pomocí smyslů, kdy jedinec hůře slyší a vidí. Jsou patrné i psychické změny, a sice zhoršení paměti, změny nálad. Stáří se projevuje také v sociální oblasti, kam lze zahrnout zásadní události jako je odchod do penze a ztráta životního partnera. Z uvedeného vyplývá, že projevy stáří a s tím spojené změny lze pozorovat v oblasti biologické (tělesné), psychické a sociální. Vymezení základních změn ve stáří uvádí Venglářová (2007) a jsou shrnuty v následující tabulce.

Tabulka č. 1: Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráta blízkých osob
degenerativní změny smyslů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonální změny	emoční labilita	finanční obtíže
změny trávicího systému	změny vnímání	
změny vylučování moči	zhoršení úsudku	
změny sexuální aktivity		

Zdroj: Venglářová, 2007.

Pozorováním tělesných změn v průběhu stárnutí byly zjištěny rozdíly v projevu, kdy některé změny probíhají relativně pomalu a jiné naopak rychleji. Tělesné změny zároveň ovlivňují vzhled i chování seniora. Objevují se pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Je patrné větší zaměření na sebe a svůj zdravotní stav. S tělesnými změnami se úzce pojí změny psychické (Dvořáčková, 2012).

Říčan (2004) upozorňuje na změnu osobnosti ve stáří. Projevují se více negativní vlastnosti a převládají negativní rysy osobnosti.

Sociální změny jsou spojeny se společenskou rolí a statusem seniora. Výrazná změna nastává odchodem do penze. Společenskou rolí je nemít roli a následný status nemít roli vede seniora do situace závislosti. Řešením může být co nejdéle zůstat po všech stránkách plně aktivní nebo se dopředu připravit na odchod do penze. Senior se dostává do situace, kdy má nadbytek volného času, a následně mění svůj dosavadní životní styl. Zároveň je změnou jeho role ovlivněno i vnímání, prožívání a chování seniora (Dvořáčková, 2012).

Reakce na změny a prožívání této životní etapy je individuální. Současně působí více faktorů, a sice osobnost jedince, reakce jeho okolí a způsoby, jak získat pomoc v situacích, které již nezvládne samostatně. V důsledku nastalých změn hledá senior nový způsob života (Venglářová, 2007).

## **2.2 Rizika spojená se stářím**

Malíková (2020) upozorňuje na všeobecně negativní vnímání období stárnutí a stáří, a také na časté obavy. Ve spojitosti s tímto obdobím se očekávají omezení způsobená ztrátou soběstačnosti a snížením mentálních funkcí. Dále omezení kontaktu s okolím a ztráta možnosti seberealizace. Se ztrátou soběstačnosti se pojí obavy z ponížení, nedostatku respektu a nezachování lidské důstojnosti.

S tělesnými změnami mimo jiné souvisí i výskyt nemocí. V tomto období se jedná o výskyt vícero onemocnění současně tzv. polymorbiditu (Ptáčková et al., 2021). Více onemocnění v kombinaci s atypickým průběhem může zvyšovat riziko pochybení například při diagnostice (Čevela et al., 2012), či vést k podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží (Mühlpachr, 2009). V důsledku onemocnění může dojít k zhoršení zdravotního stavu a následně k omezení soběstačnosti. Senior je odkázán na pomoc od svého okolí, ale ne vždy je možné poskytnout adekvátní péči (Ptáčková et al., 2012). V takovém případě může senior využít sociální služby. Je ale nutné pamatovat na rizika plynoucí ze snížené adaptace na změnu či nové prostředí (Dvořáčková, 2012). Jedním z rizik je snížení schopnosti a vůle projevit své potřeby a potíže, senior se dostává do situace, kdy je s ním snáze manipulováno a jsou omezeny jeho rozhodovací možnosti (Kozáková & Müller, 2006).

Se změnami v sociální oblasti souvisí několik rizik. První z nich je maladaptace na penzionování, dále ztráta životního programu a společenského postavení a také pokles životní úrovně (Kalvach et al., 2004), která se pojila s pracovní činností. Změna finanční situace je riziková z hlediska chudoby, kdy může dojít k pauperizaci a segregaci seniora

(Čevela et al., 2012). Další sociální změnou je odchod dětí z domu, kdy se zásadně mění soužití partnerů, což může vést k syndromu prázdného hnízda (Dvořáčková, 2012). Dochází také k omezení sociálních vztahů a kontaktů. Zvyšuje se riziko ztráty blízkých osob, partnera, členů rodiny či přátel. Sociální změny mohou zvyšovat riziko sociální izolace a osamělosti, jejíž součástí je negativní emoční stav, kdy senior postrádá smysluplný vztah s jinou osobou (Ptáčková et al., 2021). K osamělosti výrazně přispívá ztráta životního partnera, se kterým senior trávil spoustu času.

Jako další rizika uvádí Mühlpachr (2009) „generační intolerance, předsudky, rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikaci (nové aktivity, nová terminologie)“ (Mühlpachr, 2009, p.9).

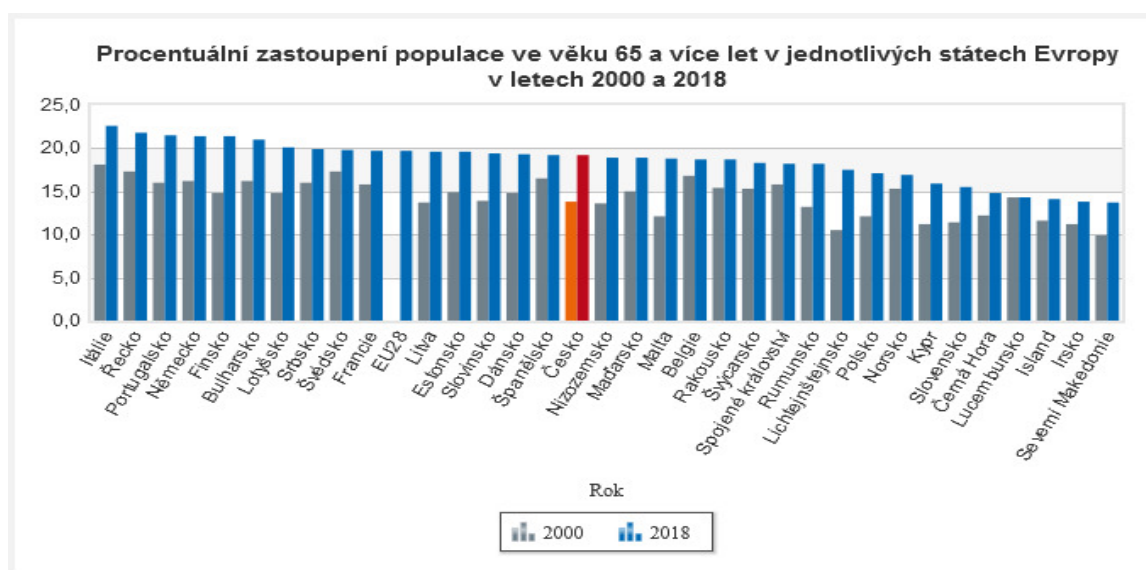
Mezi rizika dále patří ageismus neboli diskriminace na základě věku, zahrnující negativní představy o stáří (Klevetová & Dlabalová, 2008) a zanedbávání a týrání seniorů (Kozáková & Müller, 2006).

### 2.3 Stárnutí populace

V posledních letech dochází celosvětově k demografickým změnám. WHO (2012) upozorňuje na problematiku rychle stárnoucí populace. V rámci celosvětové populace dosahuje průměrný věk v Evropě nejvyšších hodnot. Dále se zvyšuje podíl osob ve věku 65 let a dle odhadů se jejich počet do roku 2050 zdvojnásobí.

Tento demografický vývoj se týká i České republiky. Je patrný nárůst počtu osob ve věku 65 a více let. Dle dat uvedených Českým statistickým úřadem (ČSÚ) byl počet osob této věkové kategorie v roce 2000 13,8 % a v roce 2018 činil 19,2 % (ČSÚ, 2019), což znázorňuje Graf č. 1.

Graf č. 1: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v Evropě v letech 2000 a 2018



Zdroj: Senioři, dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/senioři>

Z grafu je patrné, že přední místa zaujímá Itálie, Řecko a Portugalsko. V Itálii byl počet osob ve věku 65 a více let 18,1 % a v roce 2018 byl o více jak 4 % vyšší a sice 22,6 %. V Řecku byl v roce 2000 počet osob ve věku 65 a více let 17,3 % a v roce 2018 21,8 %. V Portugalsku byl počet osob v této věkové kategorii v roce 2000 16 % a v roce 2018 představoval 21,5 % (ČSÚ, 2019). Uvedená data znázorňují značný nárůst osob ve věku 65 a více let v Evropě.

Dle ČSÚ by zastoupení osob ve věku 65 a více let v populaci České republiky mělo být 22,8 % a v roce 2050 až 31,3 %, což je zhruba 3 miliony osob (Dvořáčková, 2012).

V rozmezí deseti let od roku 2011 do roku 2020 se zvýšil počet seniorů ve věku 65 a více let o více jak půl milionu, konkrétně z 1,64 na 2,16 milionu. V roce 2020 tvořili seniori více než jednu pětinu obyvatelstva České republiky (ČSÚ, 2022). Konkrétní složení seniorské populace od roku 2011 do roku 2022 je uvedeno v následující tabulce.

Tabulka č. 2: Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech

Věk (v letech)	2011	2015	2017	2019	2020
65-69	554 230	692 992	684 548	678 927	672 418
70-74	384 438	495 189	569 661	602 974	621 177
75-79	313 316	323 695	358 552	408 629	417 201
80-84	231 596	232 005	226 588	234 495	244 137
85-89	121 524	135 023	141 839	142 589	138 490
90+	31 865	53 508	58 995	64 016	64 899
Podíl 65+ letých v populaci v (%)	15,6	18,3	19,2	19,9	20,2

Zdroj: Seniori v ČR v letech 2021

Zvyšuje se i počet nejstarších osob. Jednou z prognóz je nadále zvyšující se počet, kdy lze v roce 2050 očekávat v České republice zhruba půl milionu osob ve věku 85 a více let. V evropské populaci tvoří seniori této věkové kategorie 3 % a v roce 2050 se očekává nárůst na nejméně 10 %. Ve stárnutí jsou patrné i generové rozdíly, kdy převládá zastoupení žen. V kategorii 60 let a více je o 50 % více žen než mužů a v kategorii 75 let a více jsou ženy zastoupeny v 70 % (Dvořáčková, 2012).

Během první poloviny 21. století se očekává zdvojnásobení počtu osob ve věku 65 a více let, a sice ze současné jedné šestiny na jednu třetinu (Štyglerová et al., 2014). Jednou z dalších předpovědí je, že se Česká republika společně s Itálií a Řeckem mohou stát zeměmi s nejvyšším podílem seniorů na světě. Příčinou procesu stárnutí populace je zvyšující se doba dožití a zároveň nízká porodnost (Dvořáčková, 2012). Podíl mají i lepší životní a pracovní podmínky, míra dostupnosti a kvality zdravotnictví a sociální ochrana. S narůstajícím počtem seniorů se zvyšuje poptávka po specifickém zboží, službách, bydlení a dopravě (Ptáčková et al., 2021). Zvyšující se nadějí dožití je spojena s otázkou zdravotního

stavu. Dvořáčková (2012) upozorňuje na budoucí značný výskyt chronických a degenerativních onemocnění, které se budou projevovat ztrátou soběstačnosti, což v konečném důsledku povede k zvýšení nákladů společenských, zdravotních i sociálních.

### 3 Senioři a návykové látky

Škodlivé užívání návykových látek a závislost na těchto látkách se netýká pouze mladých osob, ale i jedinců vyššího věku. Mezi nejčastěji užívané látky patří alkohol a léky, konkrétně hypnotika, benzodiazepiny a analgetika (Krombholz & Drástová, 2010). Problematika užívání návykových látek u seniorů není dostatečně zmapována a popsána. Na nedostatek informací upozorňuje EMCDDA (2008) a dále například Skopalová (2014), která uvádí, že chybí v česky psané literatuře metodologicky dostatečně robustní studie zabývající se užíváním alkoholu u seniorů.

Jako rizikové faktory užívání návykových látek u seniorů mohou působit změny typické pro stáří a řada sociálních, psychických a zdravotních problémů, anebo mohou být tyto problémy užíváním návykových látek prohlubovány (EMCDDA, 2008).

Mezi nejčastější příčiny vzniku závislosti ve stáří lze zařadit příčiny psychosociální, kdy je nejvíce uváděna osamělost, která může vést k depresi a úzkosti, snížená adaptabilita a neschopnost vyrovnat se se změnami, které ve stáří nastanou. Dále příčiny fyzické, jako například bolest, úzkost, deprese a nespavost. V neposlední řadě také nesprávné užívání předepsaných léků a sebemedikace (Bártová, 2011).

Závislost na alkoholu u seniorů lze rozdělit na dva základní typy – časný typ závislosti a pozdní typ závislosti. O časný typ se jedná v případě, kdy závislost na alkoholu vzniká v mladším věku a je přenesena do vyššího věku. Pozdní typ je popsán jako závislost, která vzniká ve vyšším věku, často ve spojitosti s psychologickými, sociálními a zdravotními rizikovými faktory stáří (Skopalová, 2014).

Ve stáří dochází běžně k změnám spánkového cyklu. Občasnými poruchami spánku trpí 30-70 % seniorů (Chalany, 2014) a úzkostnými stavy trpí 10-15 % seniorů. Tato skutečnost vede k tomu, že jsou hypnotika a anxiolytika nejčastěji předepisované psychoaktivní léky užívané seniory (Nepustil et al., 2012). Mezi seniory užívající hypnotika převažují ženy a to až trojnásobně (Chalany, 2014). Nejčastěji užívané léky na poruchy spánku a úzkosti jsou benzodiazepiny. Jejich užívání ve stáří je spojeno s riziky a měla by být dodržena doba užívání, kterou určí lékař (Nepustil et al., 2012). Senioři jsou ohroženi rozvojem závislosti, na niž navazují psychické a somatické komplikace, může dojít k poruše pohybové koordinace, což zvyšuje riziko pádů a následných poranění (Chomynová et al., 2022).

Senioři se často potýkají s bolestí a následně je časté nadužívání analgetik bez lékařského předpisu (Nepustil et al., 2012). Rizikovou skupinou jsou ženy ve věku 50 a více let, které trpí neurotickými obtížemi spojenými s bolestmi. Mezi nejčastěji užívaná analgetika patří kompozitní analgetika s obsahem kofeinu, kodeinu a barbituratů, dále léky obsahující paracetamol.



### 3.1 Užívání návykových látek u seniorů v ČR

V ČR je průměrně spotřebováno 10 litrů etanolu na 1 obyvatele za rok, což je přibližně 22 g na 1 obyvatele za den a to včetně dětí a seniorů. Díky tomu patří ČR mezi země s nejvyšší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele (Mravčík et al., 2021a).

Nadměrné pití alkoholu, ztráta kontroly nad užíváním, pití za účelem zlepšení nálady, z důvodu osamělosti atd. se dle Kalvacha et al. (2004) týká 10-15 % mužů a 6-8 % žen. Nepustil et al. (2012) upozorňuje na jiný údaj, kdy se odhady škodlivého užívání alkoholu a závislosti na alkoholu pohybují mezi 8-50 % a na základě toho upozorňuje na nutnost blíže zmapovat problematiku užívání alkoholu ve stáří.

Jedním ze zdrojů jsou údaje poskytované Ústavem zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS), na základě údajů poskytnutých v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD). Jedná se o počet seniorů užívajících psychoaktivní látky evidovaných v psychiatrických ambulancích a počet seniorů, kteří podstoupili léčbu závislosti. Nutno dodat, že se může jednat i o opakované léčby. Soukalová (2014) uvádí, že v roce 2012 bylo v psychiatrických ambulancích evidováno 7,8 % seniorů se závislostí na alkoholu a 4,8 % seniorů podstoupilo léčbu závislosti na alkoholu v některém psychiatrickém zařízení. Dle dat uvedených ÚZIS v roce 2015 žádalo o léčbu závislosti na alkoholu 3,9 % osob ve věku 65 a více let (Nechanská, 2016). V roce 2016 se jednalo o 3,8 % osob (Nechanská, 2017). V následujících dvou letech je v této věkové kategorii patrný nárůst, kdy v roce 2017 žádalo o léčbu závislosti na alkoholu 4,3 % osob (Nechanská, 2018) a v roce 2018 to bylo o dvě procenta více, konkrétně 6,3 % osob (Nechanská, 2019).

V roce 2020 se pod vedením Národního monitorovacího střediska (NMS) uskutečnila celopopulační studie s názvem Národní výzkum užívání návykových látek 2020, z něhož vyplývá, že nejčastěji konzumovaným nápojem v dospělé populaci je pivo, poté víno nebo šampaňské a následně lihoviny. V posledních 30 dnech pilo pivo 49,8 % respondentů, víno nebo šampaňské pilo 38,7 % respondentů a lihoviny pilo 29,9 % respondentů. Nejvyšší míru konzumace piva udávali respondenti ve věku 55-64 let. Pití alkoholu denně uváděli častěji respondenti ve starších věkových skupinách, kdy nejčastěji se jednalo o respondenty ve věku 65 a více let, a sice 12,5 % respondentů (Mravčík et al., 2021a).

Kromě alkoholu jsou velmi častou užívanou návykovou látkou psychoaktivní léky, mezi které patří sedativa, hypnotika, anxiolytika a to především benzodiazepiny a léky na bázi opioidů používaných proti bolesti.

Dle dat získaných v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek 2020 užilo v posledních 12 měsících psychoaktivní léky 15,8 % dospělých. Sedativa nebo hypnotika užilo 12,6 % dospělých, nejčastěji se jednalo o Neurol, Xanax či Stilnox. Léky na bázi opioidů proti bolesti užilo 6,8 % dospělých, nejvíce byl zastoupen Tramal, Doreta, Zalciar či Dolsin. Z výzkumu vyplývá, že ženy užívají psychoaktivní léky dvakrát častěji než muži a užívání se s věkem zvyšuje. Déle než 6 týdnů užívalo sedativa a hypnotika 12 % populace a opioidní analgetika užívalo 5,9 % populace. Problematické užívání psychoaktivních léků se týká i seniorů. Dlouhodobé užívání psychoaktivních léků,

například i po dobu delší než jeden rok, je nejvíce zastoupeno právě ve věkové kategorii 65 a více let. Vysoká míra zneužívání je i mezi seniory v domovech pro seniory, kde dochází k užívání vyšších dávek, než je doporučeno, či ke kombinování léků s alkoholem (Mravčík et al., 2021b).

O léčbu závislosti na sedativech a hypnotikách žádalo v roce 2015 8,7 % osob ve věku 65 a více let (Nechanská, 2016). Následující rok se jednalo o 7 % osob ve věku 65 a více let (Nechanská, 2017). Stejně jako u alkoholu i u léků je v roce 2017 a 2018 znatelný nárůst počtu osob. Dle Nechanské (2018) žádalo v roce 2017 o léčbu závislosti na sedativech a hypnotikách 11,3 % osob ve věku 65 a více let a počet osob v dané věkové kategorii v roce 2018 byl 13,5 % (Nechanská, 2019). Pravidelné užívání analgetik uvádí 25 % osob ze střední generace, 50 % osob z kategorie raně starých a více jak 50 % osob z nejstarší populace (Krombholz & Drástová, 2010).

Další často užívanou návykovou látkou je tabák. Z Národního výzkumu užívání návykových látek vyplývá, že v posledních 30 dnech kouřilo 33,6 % respondentů. Denně kouří 23,9 % respondentů. Mezi respondenty v kategorii 15-24 a 65 a více let je míra kouření každý den výrazně nižší, naopak je relativně vyrovnaná v kategoriích 25-64 let. Počet respondentů ve věku 55-64 let, kteří kouří denně tabák, je 24,4 % a ve věku 65 a více let je počet respondentů 17,6 % (Mravčík et al., 2021c).

V souvislosti s tabákem zažádala o léčbu dle ÚZIS v roce 2015 4,9 % osob ve věku 65 a více let (Nechanská, 2016). Následující dva roky je patrný pokles počtu žadatelů. V roce 2016 byl počet osob ve věku 65 a více let 2,7 % (Nechanská, 2017) a v roce 2017 činil 1,1 % (Nechanská, 2018). Za rok 2018 udává ÚZIS značný nárůst osob žádajících o léčbu závislosti na tabáku ve věku 65 a více let, a sice 3,9 % (Nechanská, 2019).

Dalším zdrojem údajů mohou být Zdravotnické ročenky České republiky, které vydává ÚZIS. Uvádí mimo jiné údaje o pacientech užívajících psychoaktivní látky a jsou evidováni v ambulantních psychiatrických zařízeních. Následující tabulka shrnuje údaje o evidovaných pacientech od roku 2015 do roku 2019.

Tabulka č. 3: Pacienti ve věku 65 a více let užívající psychoaktivní látky evidovaní v ambulantních psychiatrických zařízeních

Návyková látka	2015	2016	2017	2018	2019
Alkohol	2063	2232	2300	2414	2291
Opiáty a opioidy	48	71	37	50	58
Kanabinoidy	10	6	5	5	8
Sedativa, hypnotika	287	328	412	335	524
Kokain	3	3	2	0	2

Ostatní stimulancia	23	16	22	23	19
Prchavá rozpustidla	2	0	0	0	1
Tabák	90	137	50	16	18
Halucinogeny	0	0	3	0	0
Kombinace drog	123	64	84	129	115

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2015-2019

Na základě údajů poskytnutých ÚZIS se lze domnívat, že senioři užívají kromě alkoholu, léků a tabáku i jiné návykové látky. Nicméně nejvíce převládá počet seniorů užívajících alkohol a léky, konkrétně sedativa a hypnotika. V roce 2019 bylo evidováno v ambulantních psychiatrických zařízeních 2 291 osob užívajících alkohol a 524 osob užívajících sedativa a hypnotika (ÚZIS, 2020). V případě sedativ a hypnotik se jedná o značný nárůst oproti roku 2015, kdy bylo evidováno 287 osob (ÚZIS, 2016). Naopak pokles je patrný u počtu osob užívajících tabák, kdy v roce 2015 bylo evidováno 90 osob (ÚZIS, 2016) a v roce 2019 pouze 18 osob (ÚZIS, 2020). Časté je užívání více návykových látek najednou. Dále mezi častěji užívané návykové látky lze na základě údajů zařadit opiáty, opioidy a stimulancia. Mezi méně často užívané látky patří kanabinoidy. Ostatní návykové látky jako kokain, halucinogeny a prchavá rozpustidla jsou užívány ojediněle.

## 3.2 Užívání návykových látek u seniorů v zahraničí

V zahraničí se uskutečnilo několik výzkumů zaměřených na mapování problematiky užívání návykových látek u seniorů.

Užívání nelegálních návykových látek se netýká jen mladších osob. Narůstá prevalence užívání i mezi staršími dospělými. Dle odhadů z USA pravděpodobně vzroste počet osob ve věku nad 50 let, jenž v souvislosti s užíváním nelegálních návykových látek, vyhledají léčbu a to až o 300 % (EMCDDA, 2008). Na tuto skutečnost navazuje zjištění, že vzrůstá prevalence poruch způsobených užíváním návykových látek s přibývajícím věkem. O této skutečnosti informuje dvojice autorů Taylor a Grossberg, kteří zjistili, že užívání nelegálních drog je v geriatrické populaci stále častější (Hategan et al., 2018).

Dle statistik v USA tvoří starší populaci z 10 % těžcí nebo problémoví konzumenti alkoholu a až 4 % splňují diagnostická kritéria pro škodlivé užívání alkoholu nebo závislost. (EMCDDA, 2008).

Mattson et al. po zpracování dat, ze tří velkých národních zdrojů dat, uvedli informace o užívání návykových látek u dospělých ve věku 65 a více let v „typickém“ nebo „průměrném“ dni. Na základě dat v průměrný den v USA pije alkohol 6 milionů lidí, 132 tisíc lidí užívá marihuanu a 4 300 lidí užívá kokain (Hategan et al., 2018).

V další studii z USA, Chhatre et al. provedli analýzu údajů osob starších 55 let, kteří byli přijati do veřejně financovaných programů léčby závislosti na návykových látkách v rozmezí od roku 2000 (60 112) do roku 2012 (121 015). Zjistili, že se zvýšil podíl starších dospělých přijatých do těchto programů z 3,4 % na 7 %. Primární návykovou látkou ve většině přijetí byl alkohol, ale podíl alkoholu se snížil ze 77 % na 64 %, oproti tomu podíl ostatních látek se zvýšil o následující procenta: kokain, crack 63 %, marihuana 150 %, heroin 26 %, metadon bez předpisu 200 %, ostatní opiáty 221 %, a benzodiazepiny 67 %. Mezi nejčastěji užívané látky patřil alkohol 65 %, heroin 15 %, kokain 8 % a opiáty 5 % (Hategan et al., 2018).

Mezi nejčastěji užívané látky staršími dospělými patří léky na předpis. Schonfeld et al. uvádí, že z 3 500 starších dospělých, kteří byli na Floridě vyšetřeni v souvislosti s užíváním návykových látek, mělo 26,4 % problém se zneužíváním léků na předpis, dále 9,7 % mělo problém s alkoholem a 1,14 % mělo problém s různými nelegálními látkami. V této studii nebyly identifikovány konkrétní léky, ale obecnou kategorií zneužívaných léků na předpis byly léky proti bolesti 29,5 %, anxiolytika 22,9 % a léky na spaní 21,7 % (Hategan et al., 2018).

V Evropě uvádí každodenní pití alkoholu 27 % osob starších 55 let. Dle dostupných informací je tato věková skupina relativně vysoce ohrožena problémy souvisejícími s pitím alkoholu (EMCDDA, 2008).

Užíváním návykových látek u seniorů se zabývala také studie uskutečněná v Norsku (Bye & Rossow, 2017) kde uvedlo užívání sedativ, hypnotik 25 % seniorů, 19 % uvedlo užívání alkoholu a léků. Léky v kombinaci s alkoholem užívalo 6 % seniorů.

V Evropské unii se v letech 2012 až 2020 zvýšil o 82 % počet úmrtí v důsledku předávkování ve věkové skupině 50-64 let. Tento fakt odráží trend stárnutí vysoce rizikových uživatelů drog a v některých zemích nárůst úmrtí, často žen, ve spojitosti se zneužíváním opioidů, vydávaných na lékařský předpis, užívaných proti bolesti. Na základě toho roste potřeba rozvíjet intervence, které lépe odráží potřeby stárnoucí populace uživatelů drog s chronickými zdravotními problémy a zároveň pomohou lépe porozumět situaci v oblasti užívání opioidů mezi staršími dospělými a jeho negativními dopady v oblasti zdraví (EMCDDA, 2022)

V rámci studie (Saber et al., 2017) uskutečněné v Íránu, kde výzkumný soubor tvořilo 200 seniorů léčících se se závislostí, bylo zjištěno, že nejčastěji užívanou látkou byly opioidy (100 % respondentů). Dále 65 % seniorů užívalo tabákové výrobky, 31 % užívalo alkohol a 26,5 % užívalo sedativa či hypnotika.

## 4 Služby poskytované seniorům v ČR

Zvyšující se počet seniorů je mimo jiné spojen s nároky a požadavky na zdravotní a sociální služby, které mohou být některým seniorům nedostupné či poskytovány v rozdílné kvalitě. Této skutečnosti se věnuje WHO prostřednictvím Strategie a akčního plánu pro zdravé stárnutí v Evropě na období 2012 – 2020 s cílem zvýšit dostupnost a kvalitu služeb poskytovaných seniorům (WHO, 2012). Lze očekávat zvyšující se zastoupení seniorů mezi klienty adiktologických služeb (Skopalová, 2014), také dochází ke stárnutí populace uživatelů návykových látek. Tyto skutečnosti představují nároky a výzvy nejen pro již zmíněné zdravotní a sociální služby, ale také pro adiktologické služby (EMCDDA, 2010).

Matoušek et al. (2007) popisuje sociální služby jako služby určené společensky znevýhodněným lidem. Cílem je zlepšit kvalitu jejich života, začlenit je pokud možno co nejvíce do společnosti, ale zároveň také chránit společnost před riziky, které jsou s těmito lidmi spojeny. Je tedy brán ohled jak na uživatele, tak jeho okolí, potažmo i na zájmy širšího společenství.

Zdravotní a sociální služby určené seniorům jsou vzájemně propojené. Základem zdravotní péče je praktický lékař, který uplatňuje primární, sekundární i terciární prevenci. Spolupracuje například s domácí péčí. V rámci sociálních služeb je poskytnuta pomoc při péči o sebe, stravování, ubytování, pomoc s chodem domácnosti, ošetřování, poskytnutí potřebných informací, zapojení do společnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů s cílem zachování soběstačnosti, omezení sociální izolace atd. (Dvořáčková, 2012).

„Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární specializované služby určené pro osoby se závislostním chováním nebo osoby ohrožené závislostním chováním a jejich blízké. Jejich poskytování se nachází na pomezí různých resortních systémů (zejména sociálního, zdravotního a školského)“ (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021, p. 5).

### 4.1 Sociální služby

Péče o seniory v České republice je zaštitěna zákonem číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dle toho zákona sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (zákon č. 108/2006 Sb.).

Sociální služby lze rozdělit dle místa poskytování na terénní služby, ambulantní služby a pobytové služby. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí, tedy v místě bydliště a nejčastěji se jedná o pečovatelské služby. Ambulantní služby jsou poskytovány ve specializovaných zařízeních, kam senior dochází. Patří sem například denní stacionáře. Pobytové služby jsou zřízeny v zařízeních, kde senior bydlí a to buď celodenně, nebo celoročně. Jsou to například domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem (Malíková, 2020).

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství je součástí všech sociálních služeb a poskytování je povinné. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin, například poradenství pro seniory (Dvořáčková, 2012).

Služby sociální péče se zaměřují na zajištění fyzické a psychické soběstačnosti s cílem umožnit zapojení do běžného života. Pokud to není s ohledem na stav jedince možné, je cílem zajistit důstojné zacházení a prostředí. Mezi služby sociální péče se řadí osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služba, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (Matoušek et al., 2007).

Služby sociální prevence se snaží předcházet a zabránit sociálnímu vyloučení jedince. Jsou cíleny na osoby nacházející se v krizové sociální situaci, dále na osoby, jejichž návyky a způsob života vedou ke konfliktním situacím, pro osoby nacházející se v sociálně znevýhodněném prostředí a v ohrožení jejich práv. Cílem je pomoci zvládnout nepříznivou sociální situaci a zároveň chránit společnost. Mezi služby sociální prevence jsou zahrnuty raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace (Matoušek et al., 2007).

Pečovatelskou službu lze rozdělit na terénní a ambulantní. Je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v určeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Zahrnuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti (zákon č. 108/2006 Sb.). V ČR je dle registru poskytovatelů sociálních služeb 684 poskytovatelů pečovatelské služby.

Domovy pro seniory nabízejí dlouhodobé pobytové služby. Jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Je poskytováno ubytování, strava, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (zákon č. 108/2006 Sb.). Snahou je co možná nejvíce nahradit seniorovi jeho dřívější domov. Poskytnout možnost prožít důstojně a kvalitně zbytek života, uspokojit jeho potřeby a podporovat zájmy. Předcházet a zabránit sociální izolaci seniora, ke které může dojít například po ztrátě životního partnera nebo při zhoršení zdravotního stavu a snížení soběstačnosti. Dle registru poskytovatelů sociálních služeb je v současnosti v ČR 533 domovů pro seniory.

Pro přijetí do domova pro seniory je kontraindikací závislost na alkoholu, což následně vede k problémům s umístěním seniora a může vést až k bezdomovectví (Nepustil et al., 2012). Jedním z řešení je umístění do domova se zvláštním režimem.

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro dlouhodobé pobyty osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, onemocnění typu demence a je nutná pravidelná pomoc jiné osoby. Vzhledem k specifickým potřebám cílové skupiny osob je režim v těchto zařízeních přizpůsoben. Je zde poskytováno ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (zákon č. 108/2006 sb.). Domovů se zvláštním režimem je v ČR dle registru poskytovatelů sociálních služeb 393.

V praxi má několik pobytových sociálních zařízení část kapacity určenou pro klienty domova pro seniory a druhá část je určena pro klienty domova se zvláštním režimem. Poskytují tedy v jednom pobytovém zařízení dva druhy pobytových služeb (Malíková, 2020).

Kromě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se v sociální oblasti dodržují další právní předpisy, mimo jiné i standardy kvality sociálních služeb. Dále v případě domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem je nutné dodržovat i vlastní řády těchto zařízení (Malíková, 2020).

## 4.2 Adiktologické služby

V rámci adiktologie dochází ke spojení zdravotní, psychologické, sociální, pedagogické a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního oboru, který se zaměřuje na závislostní chování. Ve spojitosti se závislostním chováním se služby zaměřují na prevenci, včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, snižování rizik souvisejících se závislostním chováním, sociální zapojení osob s těmito poruchami a na práci s jejich blízkými (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

Péči poskytovanou uživatelům návykových látek lze rozdělit na adiktologickou péči zdravotní a adiktologickou péči realizovanou v programech sociálních služeb, v zařízeních speciálního školství nebo například ve věznicích. Adiktologickou péči zdravotní lze rozdělit na lékařskou a nelékařskou zdravotnickou péči (Miovský et al., 2014).

V poskytování adiktologických služeb je zásadní zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

V roce 2005 byl poprvé schválen systém certifikace odborné způsobilosti služeb určených uživatelům návykových látek. Cílem je zajistit kvalitu služeb poskytovaných

v oblasti harm reduction, léčby a následné péče. Bylo definováno devět typů služeb: detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba, ambulantní stacionární péče, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, doléčovací programy a substituční léčba (Miovský et al., 2014). V roce 2015 proběhla revize a byl definován další typ služby a sice adiktologické programy ve vězení a následná po-výstupní péče (Libra et al., 2015). Poslední revize Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb proběhla v rámci projektu Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky. Tento projekt probíhal od roku 2016 do roku 2021. Standardy odborné způsobilosti vycházejí z principů, východisek a typologie služeb, které jsou uvedeny v Koncepti rozvoje adiktologických služeb a jsou tedy vzájemně provázány. Jsou popsány následující adiktologické služby: adiktologické preventivní služby, adiktologické služby minimalizace rizik, adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství, adiktologické služby krátkodobé stabilizace, adiktologické služby rezidenční léčby a adiktologické služby následné péče (Adameček et al., 2021).

Sčítáním adiktologických služeb se zabývá Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti v pravidelných intervalech. Proběhla sčítání v roce 2012, 2014, 2017 a poslední se uskutečnilo v roce 2020. Poslední studie se zúčastnilo 292 jednotek, nejčastěji se statutem sociální služby a zdravotnické zařízení. Kontaktních a poradenských služeb bylo 87, stejně tak zařízeních poskytující ambulantní léčbu. Terénních programů bylo 65, doléčovacích programů 53, lůžkovou péči zprostředkovávalo 19 zařízení, substituční léčbu 18 zařízení a detoxifikaci poskytovalo 13 zařízení. Počet terapeutických komunit byl 16. Převažovala zařízení se statutem sociální služby, a sice v 64 % a 12 % mělo smlouvu se zdravotní pojišťovnou na úhradu zdravotních služeb (Janíková & Nechanská, 2021).

V případě seniorů byla zjištěna následující data. V roce 2012 z celkového počtu 254 zařízení uvedlo 137 zařízení, že přijímalo seniory a starší uživatele návykových látek za klienty. Speciální program zaměřený na seniory a starší uživatele návykových látek poskytovalo 15 zařízení (Nechanská et al., 2013). V roce 2017 poskytovalo služby seniorům nebo starším uživatelům často a velmi často 24 zařízení, což odpovídalo 9 % (Mravčík et al., 2019). V roce 2020 poskytlo intervenci seniorům nebo starším uživatelům návykových látek velmi často 2,2 % zařízení, často 9,6 %, občas 27,9 %, výjimečně 35,7 % a nikdy 24,6 % (Janíková & Nechanská, 2021).

Jednou ze slabých stránek adiktologie, na kterou upozorňuje Koncepte rozvoje adiktologických služeb je nedostatek zařízení, která pracují se seniory a staršími uživateli návykových látek (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).



## 5 Praktická část

Praktická část diplomové práce je zaměřena na mapování a popis vzorců užívání návykových látek u seniorů využívajících sociální služby, konkrétně domovy pro seniory a pečovatelské služby, ve Středočeském kraji. K zjištění vzorců je použita kvantitativní forma výzkumu. Samotný výzkum byl realizován v první polovině roku 2022. V této části diplomové práce je definován výzkumný problém a cíl výzkumu, výzkumné otázky a soubor. Dále jsou popsány metody tvorby, zpracování a analýzy dat. V neposlední řadě je věnována pozornost také etickým aspektům výzkumu a popisu výsledků výzkumu.

### 5.1 Výzkumný problém a cíle

Výzkumným problémem této práce je užívání návykových látek u seniorů, což je problematika, které se začíná věnovat více pozornosti. Co se týče vzorců chování seniorů užívajících návykové látky a prevalence užívání návykových látek touto skupinou v České republice, nejsou dostupná data získaná metodologicky dostatečně robustní studií zaměřenou na tuto problematiku. Jsou dostupná výzkumná data získaná prostřednictvím studií uskutečněných v rámci bakalářských či diplomových prací, které se ale především soustředí na užívání alkoholu či léků seniory.

Cílem práce je zmapovat a popsat vzorce užívání návykových látek u seniorů, kteří využívají sociální služby, konkrétně domovy pro seniory a pečovatelské služby ve Středočeském kraji. Dílčími cíli je popsat jaké návykové látky a jakým způsobem senioři užívají, jakými způsoby si návykové látky opatřují a zjistit, zda mají senioři informace o dané problematice.

### 5.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů bylo vytvořeno několik výzkumných otázek:

1. Jaké návykové látky a jakým způsobem senioři užívají?
2. Jak si senioři opatřují návykové látky?
3. Kdy začali senioři návykové látky užívat?
4. Jaká je informovanost seniorů o dané problematice a o adiktologických službách na které se v případě potřeby mohou obrátit?

### 5.3 Výzkumný soubor

Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice momentálně 533 domovů pro seniory a 681 pečovatelských služeb. Z důvodu místní dostupnosti a pracovních kontaktů je pozornost zaměřena na Středočeský kraj, kde je momentálně 79 domovů pro seniory a 92 pečovatelských služeb. Základní soubor tvoří uživatelé uvedených sociálních služeb ve Středočeském kraji. Kapacita jednotlivých služeb se liší. Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb činí celková kapacita domovů pro seniory ve

Středočeském kraji 5 346 a celková kapacita pečovatelských služeb činí 17 812. (V případě pečovatelských služeb tvoří senioři jednu z cílových skupin klientů.)

Konkrétní domovy pro seniory a pečovatelské služby byly do výzkumu vybrány náhodně. Jako výběrová metoda byl zvolen vícestupňový náhodný výběr. Tato metoda se zaměřuje na výběr postupně, kdy v každém stupni může pracovat s jinými výběrovými postupy. Může být například nejprve vybrán kraj, následně okres atd. (Šejda et al., 2005). Nejprve byl vytvořen seznam těchto sociálních služeb ve Středočeském kraji, poté byly losem vybrány 3 okresy a následně z každého vybraného okresu opět losem zvoleny 3 domovy pro seniory a 3 pečovatelské služby. Z každé služby bylo následně vybráno alespoň 5 respondentů metodou záměrného výběru, což je postup, kdy jsou vybráni respondenti na základě kritéria, které bylo předem stanoveno (Miovský, 2006). V rámci výzkumu byla stanovena následující kritéria: respondent je uživatelem sociální služby, ve věku 65 a více let a jeho zdravotní stav umožňuje zapojení do výzkumu. Pohlaví ani délka doby využívání služby není rozhodujícím kritériem. Předpokládaná velikost výzkumného souboru byla minimálně 90 respondentů, konečná velikost výzkumného souboru byla 100 respondentů.

Výzkumný soubor tvoří tedy 100 respondentů ve věku 65 a více let. Z toho bylo 53 mužů a 47 žen. Průměrný věk byl 77 let. Nejstaršímu respondentovi bylo 97 let. Respondenty lze na základě věku rozdělit do tří kategorií, které se nejčastěji používají, a sice 65-74 let, 75-89 let a 90 a více let. Zastoupení respondentů v kategoriích 65-74 let a 75-89 let je téměř vyrovnané. Nejméně je respondentů v rozmezí 90 a více let. Konkrétní počty jsou shrnuty v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Rozdělení respondentů podle věku

Věkové kategorie	Počet respondentů	Počet žen	Počet mužů
65-74 let	46	16	30
75-89 let	45	26	19
90 a více let	9	5	4

## 5.4 Metody sběru dat

Data pro účely této studie byla získávána v rámci kvantitativního výzkumu za využití dotazníkového šetření. Kvantitativní přístup předpokládá, že předmět zkoumání lze určitým způsobem měřit, třídit či uspořádat. Data jsou získávána v kvantifikovatelné a co možná nejvíce formálně porovnatelné podobě a následně analyzována statistickými metodami s cílem ověřit platnost představ (Reichel, 2009). Jsou využívány náhodné výběry, experimenty a strukturované sběry dat prostřednictvím testů, dotazníků nebo pozorování (Hendl, 2005).

Dotazník patří mezi značně využívané metody a to jak v kvantitativním výzkumu, tak i v kvalitativním výzkumu. Lze ho popsat jako písemný způsob dotazování (Reichel, 2009). Jeho použití s sebou nese výhody, kterými jsou menší finanční náklady, úspora času

a získaná data lze lépe kvantifikovat. S touto metodou jsou spojeny ale i nevýhody, jako je menší pružnost, kdy výzkumník nemůže pokládat doplňující otázky, vyšší nároky na přípravu otázek a jejich srozumitelnost a také se lze setkat s nižší věrohodností dat a nižší návratností (Ferjenčík, 2000). Dotazník může být volný neboli nestrukturovaný, kdy je zadáno téma a respondent se může volně rozepsat. Další možností je dotazník polostrukturovaný, který obsahuje otázky, na které může respondent odpovědět v libovolném pořadí. Často volenou formou dotazníku je dotazník strukturovaný, zde jsou otázky v určitém pořadí a respondent na ně postupně odpovídá. Používají se otázky volné, respondent nemá na výběr z možností naopak je mu nabídnut prostor k vyjádření. Dalším typem otázek jsou polootevřené, což je soubor možných odpovědí a zároveň i možnost uvést vlastní odpověď. Třetím typem používaných otázek jsou uzavřené otázky. V tomto případě respondent odpověď vybírá z uvedené nabídky možností. Otázky uzavřené a polootevřené lze dále rozdělit na výběrové, kdy respondent vybírá pouze jednu odpověď z nabízených možností. Dále otázky výčtové, v jejímž případě respondent vybírá z nabízených možností všechny odpovědi, které mu přijdou adekvátní. Setkat se můžeme se speciální variantou, kterou je otázka výčtová s pořadím, kdy respondent vybírá adekvátní odpovědi a zároveň je seřazuje dle kritéria např. podle důležitosti (Reichel, 2009).

V rámci výzkumu byl využit strukturovaný dotazník s pevně stanoveným pořadím otázek. Dotazník celkem tvoří 39 otázek. Použitý dotazník je součástí této práce jako Příloha č. 2.

Dotazník byl sestaven za využití dotazníku používaného v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek (NMS, 2016). Tento výzkum mapuje situaci v problematice užívání legálních i nelegálních drog v obecné populaci ČR. Dotazník obsahuje otázky zaměřené na abusivní užívání návykových látek a také otázky týkající se hazardního hraní. Pro účely diplomové práce je dotazník zkrácen a doplněn o otázky týkající se informovanosti seniorů o dané problematice a adiktologických službách.

Úvodní část dotazníku byla věnována představení, žádosti o spolupráci v rámci výzkumu a seznámení s cílem diplomové práce. Dále byli respondenti ujištěni o anonymitě, dobrovolné účasti a možnosti kdykoliv odstoupit z výzkumu. V neposlední řadě byl poskytnut kontakt na autorku výzkumu, kdyby měli respondenti jakékoliv otázky či připomínky.

Dále byl dotazník rozdělen do několika částí. První část obsahovala demografické údaje, konkrétně věk a pohlaví, které byly následně použity pro popis výzkumného souboru. Druhá část byla věnována souhrnně návykovým látkám. Nejprve byla pozornost soustředěna na míru užívání návykových látek a následně na jejich opatřování. Kvůli přehlednosti a zkrácení dotazníku byly v této části využity tabulky, kde mohli respondenti označit vhodné odpovědi. Poté byl dotazník zaměřen na jednotlivé návykové látky: tabák, alkohol, léky a konopí. Tuto konkrétní část vyplňovali vždy ti respondenti, kteří návykovou látku užívali. U všech návykových látek respondenti zodpovídali otázku, v kolika letech začali konkrétní látku užívat a poté následovaly specifické otázky.

V případě tabáku byly použity otázky z Heaviness of Smoking Index, což je test pro měření závislosti na nikotinu za pomoci dvou otázek. Odpovědi jsou bodovány a dle získaného počtu bodů je následně jedinec zařazen do příslušné kategorie. Jedná se o tyto kategorie: žádné riziko závislosti – 0 bodů, velmi nízká závislost – 1-2 body, nízká až střední závislost – 3 body, střední závislost – 4 body a vysoká závislost – 5-6 bodů. První otázka je „Kolik kouříte cigaret denně?“ a odpovědi i s příslušným počtem bodů jsou následující: „Více než 30 cigaret“ – 3 body, „21-30 cigaret“ – 2 body, „11-20 cigaret“ – 1 bod a „Méně než 10 cigaret“ – 0 bodů. Druhá otázka zní: „Jak brzo po probuzení si dáte svou první cigaretu (doutník nebo dýmku)?“ lze vybírat z následujících odpovědí, které jsou uvedeny s odpovídajícím počtem bodů: „Do 5 minut po probuzení“ – 3 body, „5 až 30 minut po probuzení“ – 2 body, „31 až 60 minut po probuzení“ – 1 bod a „Více než 60 minut po probuzení“ – 0 bodů. Tato otázka poukazuje na možné abstinenční příznaky. Potřeba zapálit si cigaretu hned po probuzení může být snahou zbavit se nepříjemných pocitů spojených s nízkou hladinou nikotinu (West & Shiffman, 2016).

V části věnované alkoholu byla pozornost zaměřena nejprve na druh alkoholického nápoje, který respondenti pijí a poté na nárazové pití známé ze zahraniční literatury pod označením binge drinking. Nárazové pití je definováno jako vypití 5 a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti. Tento vzorec užívání alkoholu je značně rozšířen v Americe a zároveň je považován za velmi nebezpečný. Mezi negativní dopady tohoto typu užívání alkoholu patří autonehody či jiné nehody a poranění, otravy alkoholem, násilné činy, problémy s pamětí a další. Dlouhodobě se také mohou rozvinout potíže s užíváním samotného alkoholu, které mohou vést až k závislosti (CDC, 2020). Dále byly využity otázky z dotazníku CAGE, vyvinutého původně pro lékaře jako pomůcka při screeningovém vyšetření zaměřeném na problémy s alkoholem. Tento dotazník se rozšířil a byl upraven i na ostatní drogy (Kalina et al., 2015). Obsahuje následující otázky: „Cítil/a jste někdy potřebu svoje pití omezit?“ následuje otázka: „Podráždilo Vás někdy, když druzí kritizovali Vaše pití alkoholu?“, dále „Měl/a jste někdy kvůli Vašemu pití alkoholu pocit viny?“ a poslední otázka je: „Měl/a jste někdy potřebu pít alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil/a nebo zbavil/a kocoviny?“. Poslední otázka poukazuje na možné abstinenční příznaky. Odpovědi na tyto otázky je buď „Ano“, kdy je tato odpověď hodnocena 1 bodem nebo „Ne“, které je hodnoceno 0 body. Rozmezí získaných bodů je tedy 0 – 4 body. Dle získaných bodů lze jedince rozdělit do kategorií: získání 0 bodů neznačí riziko, 1 bod představuje důkaz o ohrožení, 2 body jeví podezření, že by se mohlo jednat o závislost a 3 a více bodů signalizuje vysokou míru pravděpodobnosti, že se jedná o závislost (Klinika adiktologie, 2019). Následně můžeme také rozdělit konzumaci alkoholu na rizikovou při získání 1 bodu a škodlivou konzumaci při získání 2 a více bodů (Mravčík et al. 2021a). Významný je i vliv alkoholu na různé aspekty v životě jedince, z toho důvody obsahoval dotazník otázky zaměřující se na skutečnost, zda pití alkoholu ovlivnilo respondentům rodinný život či manželství, přátelské vztahy či sociální život, nebo zda se v souvislosti s alkoholem poprali či měli problémy se zákonem a jestli má pití alkoholu dopady na jejich zdraví nebo finance a to v rozmezí posledních 12 měsíců. V poslední části věnované alkoholu byli respondenti dotazováni na zkušenost s léčbou závislosti na alkoholu.

Část věnovaná lékům se zaměřovala zvláště na léky na uklidnění nebo nespavost a zvláště na léky na bolest na bázi opiátu. V obou případech otázky mapovaly, jaký lék respondenti užívají a zda jej užívají v souladu s doporučením lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku. Pokud jsou léky užívány v rozporu s doporučením, můžeme se domnívat, že se jedná o rizikové chování. Dále byly respondenti dotazováni, zda vědí o riziku vzniku závislosti na lécích na uklidnění, nespavost a bolest na bázi opiátů.

Část určenou konopí respondenti vyplňovali v případě, že s touto návykovou látkou mají zkušenost. Tato část obsahuje dvě otázky a sice: „V jakém věku jste poprvé vyzkoušel/a marihuanu?“ a „Jakým způsobem užíváte nebo jste užíval/a marihuanu?“ s cílem zjistit vzorce užívání této návykové látky.

Poslední část dotazníku se věnuje informovanosti respondentů o dané problematice. Mapování informovanosti bylo uskutečněno za pomoci následujících otázek „Informoval Vás někdy někdo o tom, že na výše uvedených látkách (tabák, alkohol, léky a marihuana) může vzniknout závislost?“, pokud respondent odpověděl kladně, následovala otázka: „Pokud ano, kdo Vás informoval nebo jak jste se o možnosti vzniku závislosti dozvěděl/a?“. Další otázka je zaměřena na zájem respondentů o podání informací o dané problematice: „Chtěl/a byste být informován/a o možnosti vzniku závislosti?“ a jakou formu sdělení preferují: „Jaké formě sdělení informací o možnosti vzniku závislosti byste dal/a přednost?“. Následovaly otázky týkající se adiktologických služeb: „Víte o existenci adiktologických služeb, tj. služby určené osobám užívajícím návykové látky a zabývajícím se léčbou závislosti?“, „Pokud ano, jak jste se o službě zabývajícím se léčbou závislosti (adiktologické službě) dozvěděl/a?“, „Měl/a byste zájem o službu zabývajícím se léčbou závislosti (adiktologickou službu)?“ a poslední otázka byla: „Pokud máte zájem o službu zabývajícím se léčbou závislosti (adiktologickou službu), jaká by to byla?“.

Před zahájením samotného výzkumu se uskutečnil pilotní sběr dat, podle pracovní verze dotazníku. Účelem byla kontrola, zda jsou otázky pro respondenty správně a srozumitelně formulované, a zda není potřeba otázky upravit či doplnit. Na základě výsledků pilotního sběru dat byl následně dotazník upraven. Pro navázání spolupráce s vybranými sociálními službami byla nejprve využívána elektronická korespondence, nebo telefonický kontakt. Touto cestou byla domluvena schůzka, kde byl následně představen design výzkumu a dotazník. Po udělení souhlasu s realizací výzkumu, vedením sociální služby, se uskutečnil výběr respondentů podle stanovených kritérií. Respondenti byli osloveni po osobní domluvě s personálem dané sociální služby. V první řadě byli informováni o tom, že účast je dobrovolná, byli seznámeni s tématem výzkumu, účelem sběru dat a způsobem jejich využití a vyplnění dotazníku se uskutečnilo vždy pouze s jejich souhlasem (informovaný souhlas). Respondenti byli dále informováni o anonymizování dat, v práci nejsou uváděny identifikační údaje ani konkrétní názvy sociálních služeb. Respondenti byli vždy dotazováni, zda souhlasí se zpracováním poskytnutých údajů. Po zpracování dat byly dotazníky skartovány.

Sběr dat probíhal tváří v tvář, kdy byl s respondentem vyplněn papírový dotazník. Respondentovi byla nabídnuta možnost samovyplnění dotazníku z důvodu citlivosti některých otázek. Jednotlivé schůzky s respondenty a místo, kde se sběr dat uskutečnil,

byly dopředu naplánované. Vyplňování dotazníků probíhalo ve společenských místnostech, v pokoji respondentů a v jejich domácím prostředí, aby respondenti nemuseli nikam docházet. V některých případech vyplňoval s respondenty dotazníky personál, který byl nejprve seznámen s designem diplomové práce a dotazníkem a následně instruován o postupu vyplnění. Tento postup byl využit v případech, kdy respondent nechtěl vyplňovat dotazník s autorkou výzkumu a raději dal přednost zdravotnímu personálu, který zná. Zásadní bylo zachovat pocit bezpečí.

## **5.5 Metody zpracování a analýzy dat**

Nejprve byla provedena logická a optická kontrola všech dotazníků. Získaná data byla následně zakódována a přepsána do datové matice za použití programu Microsoft Office Excel. Analýza dat byla realizována taktéž prostřednictvím programu Microsoft Office Excel. Jako metoda analýzy dat byla použita popisná statistika s využitím frekvenčních a kontingenčních tabulek. V případě poměrových proměnných byla použita induktivní statistika.

## **5.6 Etické aspekty a limity výzkumu**

Každý výzkum má své etické aspekty a limity. Etické aspekty lze chápat ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a zároveň zpětné ovlivnění polem, ochrana respondentů a ochrana výzkumníka. Výzkumné pole představuje prostor, kde se výzkum odehrává. Mezi pravidla chránící respondenty patří zásadní souhlas s účastí ve výzkumu, dále ochrana soukromí a osobních údajů a také je nutné pamatovat na to, že během výzkumu nesmí dojít k poškození či ujmě. Pravidla chránící výzkumníka zahrnují ochranu hranic kontaktu s účastníky výzkumu, ochranu vztahů mezi respondenty a výzkumníkem, ochranu soukromí a osobních údajů výzkumníka a také během výzkumu nesmí dojít k poškození či ujmě výzkumníka (Miovský, 2006).

Téma užívání návykových látek je spojeno s určitou citlivostí. Respondenti se mohou obávat odsuzování, zároveň mohou pociťovat stud, ale i obavy, že by přiznání užívání návykových látek mohlo vést k problémům v sociálních službách, kdy je například závislost na alkoholu kontraindikací pro poskytování služeb. Senior by tedy mohl být s užíváním konfrontován a vystaven situaci změnit své chování a užívání. V této souvislosti byl v rámci výzkumu kladen důraz na zajištění anonymity respondentů. Obavy z případných problémů v sociálních službách, ale také neochota měnit své dosavadní chování a užívání návykových látek mohli vést k tendenci své užívání zlehčovat nebo nepřiznat a následně v dotazníku neuvádět pravdivé informace. Z toho důvodu byl kladen důraz na to, aby se sběr dat uskutečnil pro respondenta v bezpečném prostředí a pro něho bezpečnou formou, například samovyplněním dotazníku a maximálním zachování anonymity. Navzdory tomu je možné, že jsou některé odpovědi zkreslené.

Jedním z možných limitů mohla být neochota spolupráce ze strany vedení sociálních služeb, což se v jednom případě uskutečnilo. Vedení sociální služby po přečtení designu diplomové práce a seznámení s dotazníkem nesouhlasilo s uskutečněním výzkumu

v daném zařízení. Odmítnout spolupráci mohli také respondenti a to z několika důvodů. Jedním z nich může být neochota vyplnit dotazník, nedůvěra, nezájem o dané téma nebo naopak obavy a samotná citlivost tématu. Dalším limitem je zkreslení dat ze strany respondentů, kdy respondent nepřizná užívání návykových látek.

V úvodu dotazníku byl stručný popis z důvodu, aby respondenti věděli, do jakého výzkumu se zapojují. Úvod obsahoval informace o tom, že je dotazník anonymní, není potřeba uvádět identifikační údaje, dále ujištění, že účast je dobrovolná a je možné kdykoliv z výzkumu odstoupit. Dále byl uveden kontakt na autorku výzkumu, aby se respondenti mohli obracet s případnými dotazy.

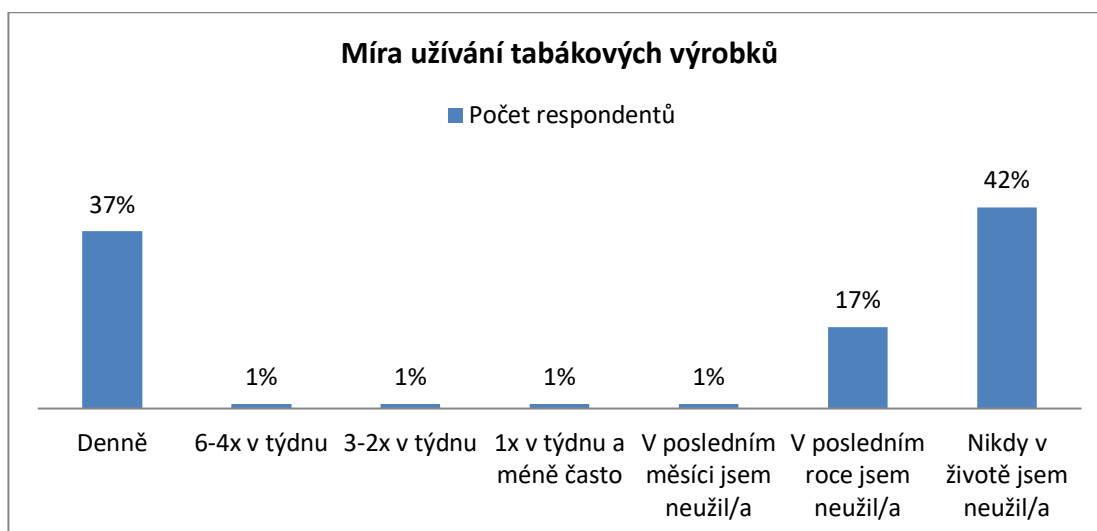
## 5.7 Výsledky

Výsledná data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření realizovaného mezi seniory využívající sociální služby ve Středočeském kraji budou prezentovány v této části diplomové práce. Výsledky jsou rozděleny podle tematických okruhů dotazníku. Nejprve budou prezentovány výsledky týkající se tabáku, následuje alkohol, léky, konopí a posledním tematickým okruhem je informovanost seniorů o dané problematice.

### 5.7.1 Tabák

Nejprve byla pozornost zaměřena na míru užívání tabákových výrobků (cigarety, doutníky, dýmky,...). Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 42 (42 %) respondentů, že nikdy v životě neužili tabák. Zkušenost s tabákovými výrobky uvedlo 58 (58 %) respondentů, z toho 17 (17 %) respondentů v posledním roce neužilo tabákové výrobky, 1 (1 %) respondent neužil v posledním měsíci a 40 (40 %) respondentů užívalo tabákové výrobky v posledních 30 dnech. Respondenti, kteří užívali tabák v posledních 30 dnech, uvedli následující míru užívání: 1 (1 %) respondent užíval tabák 1krát v týdnu a méně často, v míře 3-2krát v týdnu užíval 1 (1 %) respondent, užívání 6-4krát v týdnu uvedl také 1 (1 %) respondent a denní užívání tabáku uvedlo 37 (37 %) respondentů. Míra užívání tabákových výrobků je znázorněna v Grafu č. 2.

Graf č. 2: Míra užívání tabákových výrobků



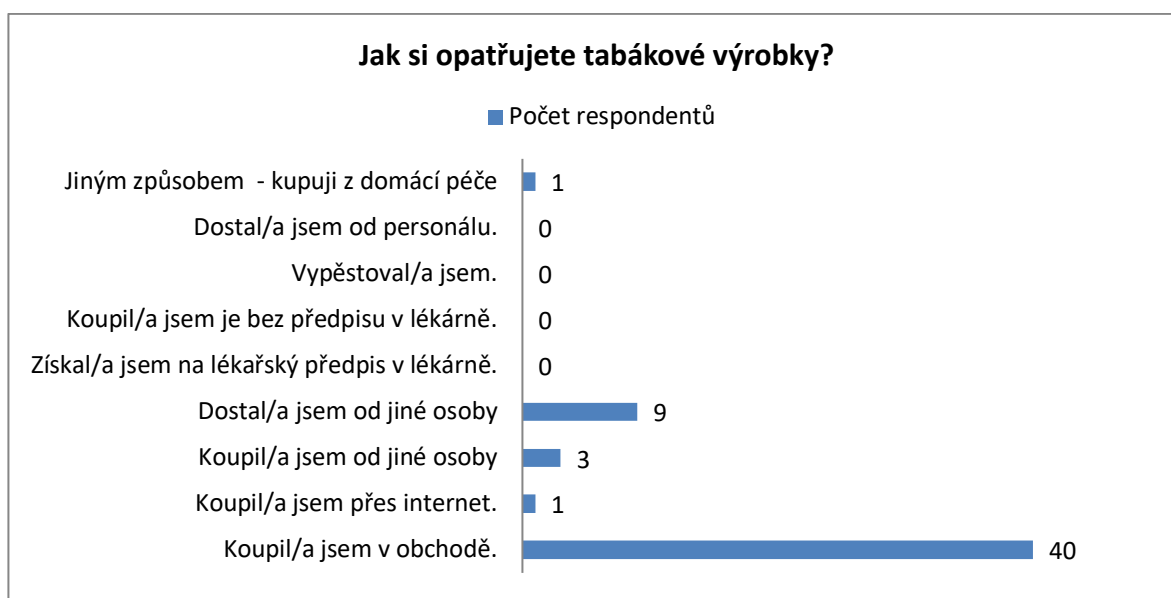
Užívání tabáku je častější u mužů než u žen. Denně kouří tabák 27 (27 %) mužů a 10 (10 %) žen. Denní užívání je tedy u mužů oproti ženám téměř trojnásobné. Míra užívání tabáku dle pohlaví je znázorněna v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Míra užívání tabáku dle pohlaví

Užívání tabáku	Ženy	Muži
Denně	10	27
6-4krát v týdnu	1	0
3-2krát v týdnu	1	0
1krát v týdnu a méně často	0	1
V posledním měsíci jsem neužil/a	0	1
V posledním roce jsem neužil/a	8	9
Nikdy v životě jsem neužil/a	26	15

Mezi nejčastější způsoby opatření tabákových výrobků patří nákup v obchodě a získání od jiné osoby. U této otázky bylo možné označit více odpovědí, část respondentů té možnosti využila. Výsledky jsou uvedeny v Grafu č. 3. Odpověď „koupil/a jsem v obchodě“ uvedlo 40 (74 %) respondentů, 9 (17 %) respondentů dostalo tabák od jiné osoby, nákup tabákových výrobků od jiné osoby uvedli 3 (5 %) respondenti, 1 (2 %) uvedl nákup tabáku přes internet a jiný způsob opatrování uvedl 1 (2 %) respondent a jednalo se o nákup prostřednictvím personálu domácí péče.

Graf č. 3: Opatřování tabákových výrobků



Většina respondentů začala kouřit v mladém věku. Respondenty uváděné věkové údaje byly v rozmezí od 12 let do 60 let. Nejvíce respondentů začalo kouřit v rozmezí od 12 do 20 let, jednalo se o 30 (75 %) respondentů, z toho ve věku 12 let začal kouřit 1 respondent. Dále 8 (20 %) respondentů spadalo to věkového rozmezí 21 až 30 let.

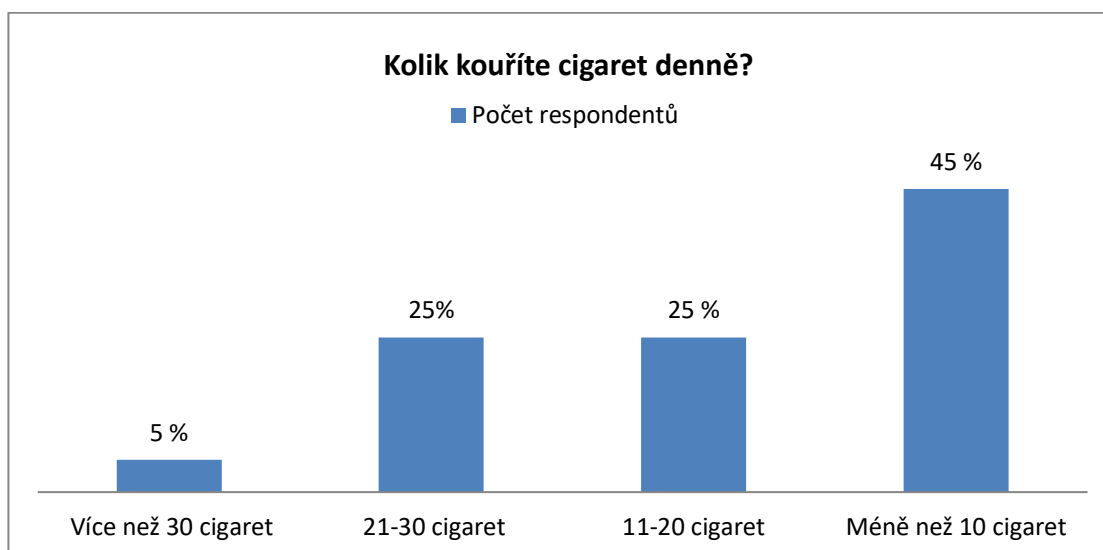


V rozmezí 31 až 40 let byl 1 (2,5 %) respondent, který uvedl věk 40 let, ve věkové kategorii 41 až 50 let nebyl žádný respondent a do kategorie 51 až 60 let patřil 1 (2,5 %) respondent, který začal kouřit v 60 letech. Nejnižší věk začátku kouření byl tedy 12 let a nejvyšší 60 let. Začátek kouření v pozdním věku je mezi respondenty ojedinělý.

Respondenti, kteří kouřili, dále odpovídali na otázky týkající se množství vykouřených cigaret, a jak brzo po probuzení si zapálí první cigaretu. Tyto otázky jsou součástí testu Heaviness of Smoking Index, jež slouží k stanovení rizika závislosti na nikotinu.

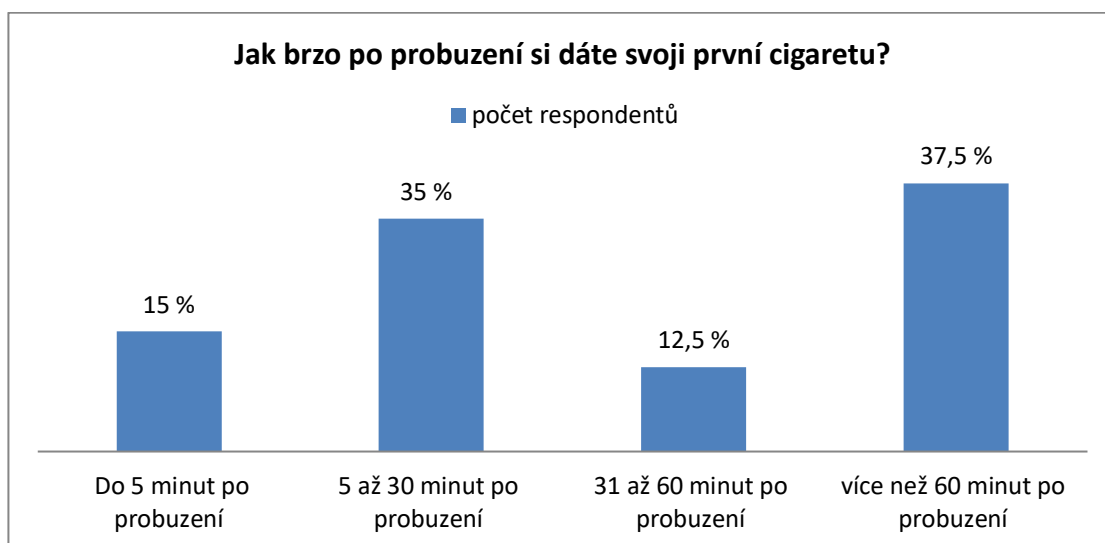
Množství více než 30 cigaret denně uvedli 2 (5 %) respondenti, 21-30 cigaret uvedlo 10 (25 %) respondentů. Dále 10 (25 %) respondentů uvedlo, že kouří 11-20 cigaret denně a možnost méně než 10 cigaret denně uvedlo nejvíce respondentů, konkrétně 18 (45 %). Uvedené výsledky jsou znázorněny v Grafu č. 4.

Graf č. 4: Množství vykouřených cigaret za den



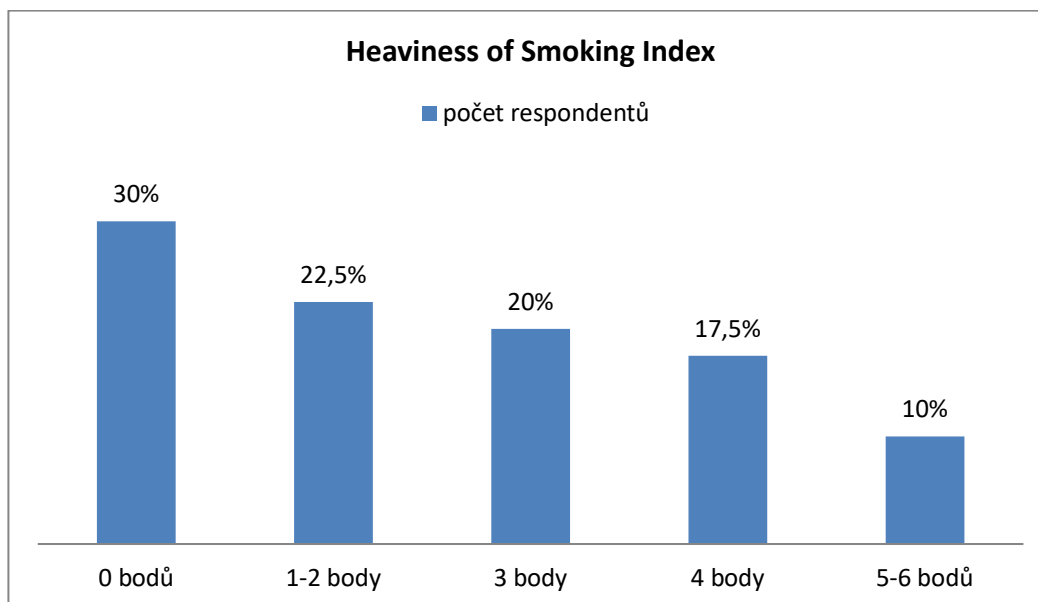
Graf č. 5 shrnuje výsledky v souvislosti s druhou otázkou z Heaviness of Smoking Index. Zapálení první cigarety do 5 minut po probuzení uvedlo 6 (15 %) respondentů, v časovém rozmezí 5 až 30 minut po probuzení si zapálí první cigaretu 14 (35 %) respondentů. Nejméně respondentů uvedlo možnost 31 až 60 minut po probuzení, konkrétně se jednalo o 5 (12,5 %) respondentů. Naopak nejvíce respondentů uvedlo možnost více než 60 minut po probuzení, v tomto případě se jednalo o 15 (37,5 %) respondentů.

Graf č. 5: Zapálení první cigarety po probuzení



Shrnutí výsledků v rámci testu Heaviness of Smoking Index je uvedeno v Grafu č. 6. Bez rizika závislosti je 12 (30 %) respondentů, velmi nízké riziko závislosti je patrné u 9 (22,5 %) respondentů, nízké až střední riziko závislosti vykazovalo 8 (20 %) respondentů, středně těžké riziko závislosti se projevilo u 7 (17,5 %) respondentů a 4 (10 %) respondenti patří do kategorie vysokého rizika závislosti.

Graf č. 6: Výsledky v Heaviness of Smoking Index



Nejen, že muži užívají tabák více než ženy, zároveň také patří mezi silné kuřáky. Více než 30 cigaret denně kouří 2 (5 %) muži a z 6 (15 %) respondentů, kteří si zapálí první cigaretu do 5 minut po probuzení je 5 (12,5 %) mužů. Počet denně vykouřených cigaret a čas zapálení první cigarety je dle pohlaví uveden v tabulce č. 6.

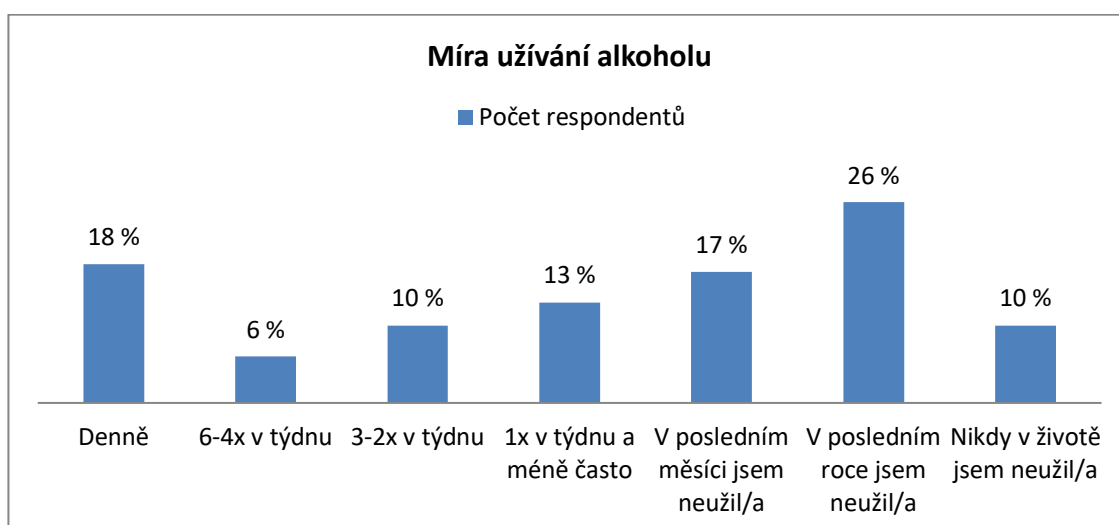
Tabulka č. 6: Počet denně vykouřených cigaret a zapálení první cigarety dle pohlaví

Počet cigaret denně	Ženy	Muži
Více než 30 cigaret	0	2
21-30 cigaret	3	7
11-20 cigaret	3	7
Méně než 10 cigaret	7	11
<b>Zapálení první cigarety po probuzení</b>		
Do 5 minut po probuzení	1	5
5 až 30 minut po probuzení	4	10
31 až 60 minut po probuzení	2	3
Více než 60 minut po probuzení	6	9

## 5.7.2 Alkohol

Další tematický okruh se zaměřoval na alkohol. Míru užívání alkoholu mezi respondenty znázorňuje Graf č. 7., z něhož je patrné, že z celkového počtu 100 respondentů pouze 10 (10 %) respondentů nikdy v životě neužil alkohol. Zkušenost s alkoholem má tedy 90 (90 %) respondentů. V posledním roce abstinovalo od alkoholu 26 (26 %) respondentů a v posledním měsíci neužil alkoholu 17 (17 %) respondentů. V posledních 30 dnech pilo alkohol 47 (47 %) respondentů. Z toho 13 (13 %) respondentů pilo alkohol 1krát v týdnu a méně často, užívání alkoholu v míře 3-2krát v týdnu uvedlo 10 (10 %) respondentů, 6-4krát v týdnu pilo alkohol 6 (6 %) respondentů a denní užívání alkoholu uvedlo 18 (18 %) respondentů.

Graf č. 7: Míra užívání alkoholu



U alkoholu převažuje míra užívání u mužů. Alkohol v posledních 30 dnech užilo 35 (35 %) mužů a pouze 12 (12 %) žen. Denně pije alkohol 15 (15 %) mužů a v případě žen

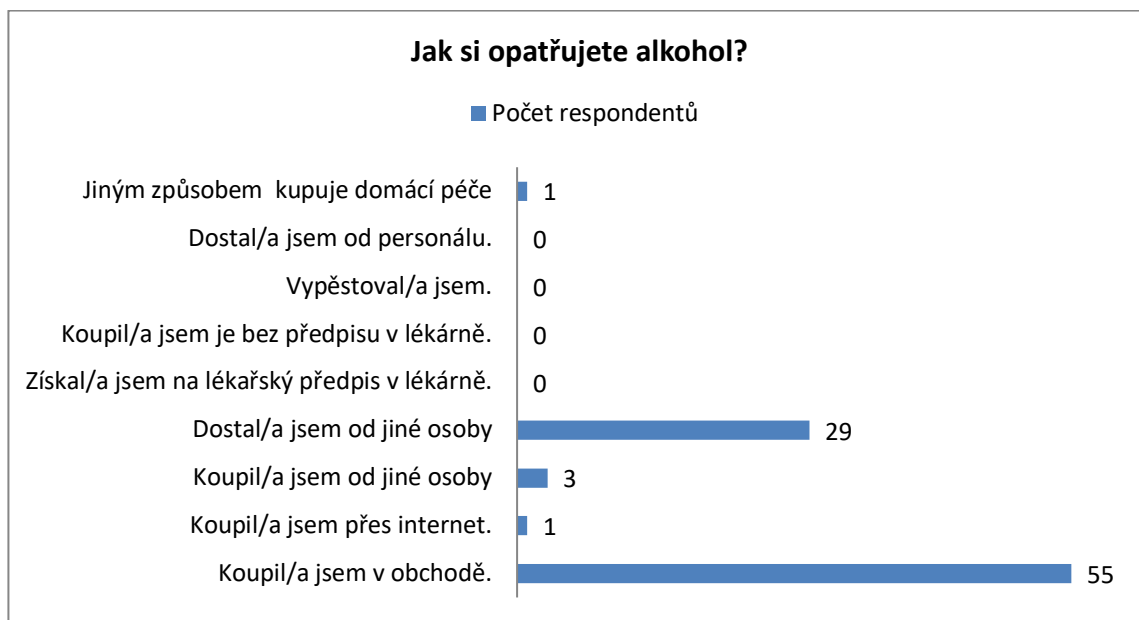
se jedná jen o 3 (3 %) ženy. Míra konzumace alkoholu dle pohlaví je uvedena v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Míra užívání alkoholu dle pohlaví

Užívání alkoholu	Ženy	Muži
Denně	3	15
6-4 krát v týdnu	2	4
3-2 krát v týdnu	2	8
1 krát v týdnu a méně často	5	8
V posledním měsíci jsem neužil/a	11	6
V posledním roce jsem neužil/a	19	7
Nikdy v životě jsem neužil/a	5	5

Alkohol je stejně jako tabák nejčastěji opatřován cestou nákupu v obchodě. Možnost koupil/a jsem v obchodě uvedlo 55 (62 %) respondentů. Následovala možnost dostal/a jsem od jiné osoby, kterou uvedlo 29 (33 %) respondentů. Možnost koupil/a jsem od jiné osoby uvedli 3 (3 %) respondenti, 1 (1 %) respondent si koupil alkohol přes internet a 1 (1 %) respondent uvedl jiný způsob opatření alkoholu, kdy se jednalo o nákup alkoholu prostřednictvím personálu domácí péče. Respondenti mohli uvést více odpovědí, což je patrné z následujícího Grafu č. 8, kde jsou shrnuty možnosti opatřování alkoholu.

Graf č. 8: Opatřování alkoholu

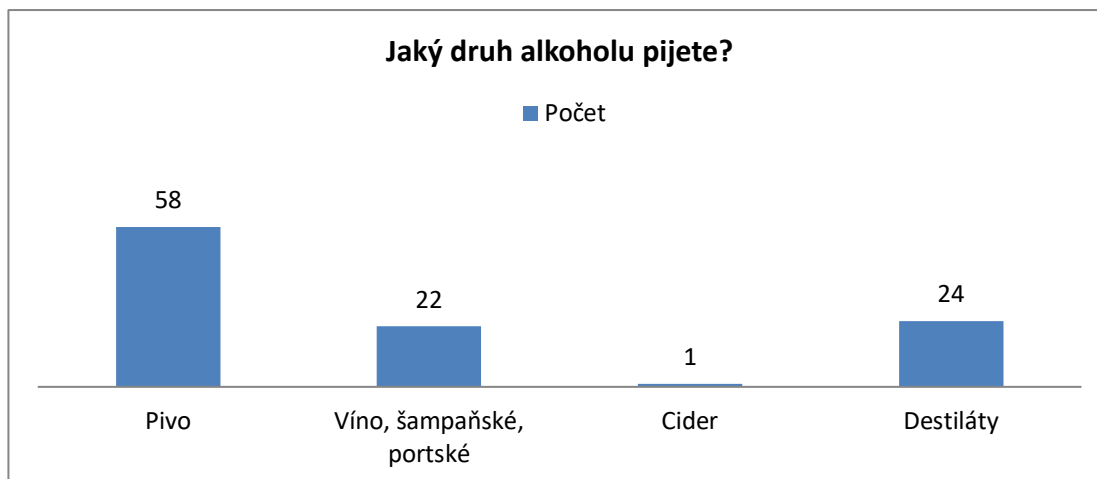


Věk, ve kterém respondenti začali pít alkohol, se pohyboval v rozmezí 15 až 70 let. Většina respondentů má první zkušenost s alkoholem v mladém věku. Nejvíce respondentů udávalo věk v rámci rozmezí 15 až 20 let. V této věkové kategorii se nachází 52 (81 %) respondentů. V následujícím věkovém rozmezí 21 až 30 let je zařazeno 10 (16 %) respondentů. Ve věkové kategorii 31 až 40 let a 41 až 50 let není žádný respondent. Věk

v rámci věkového rozmezí 51 až 60 let uvedl 1 (1,5 %) respondent, konkrétně se jednalo o věk 60 let. V poslední kategorii 61 až 70 let je uveden také 1 (1,5 %) respondent, který uvedl, že začal pít alkohol v 70 letech.

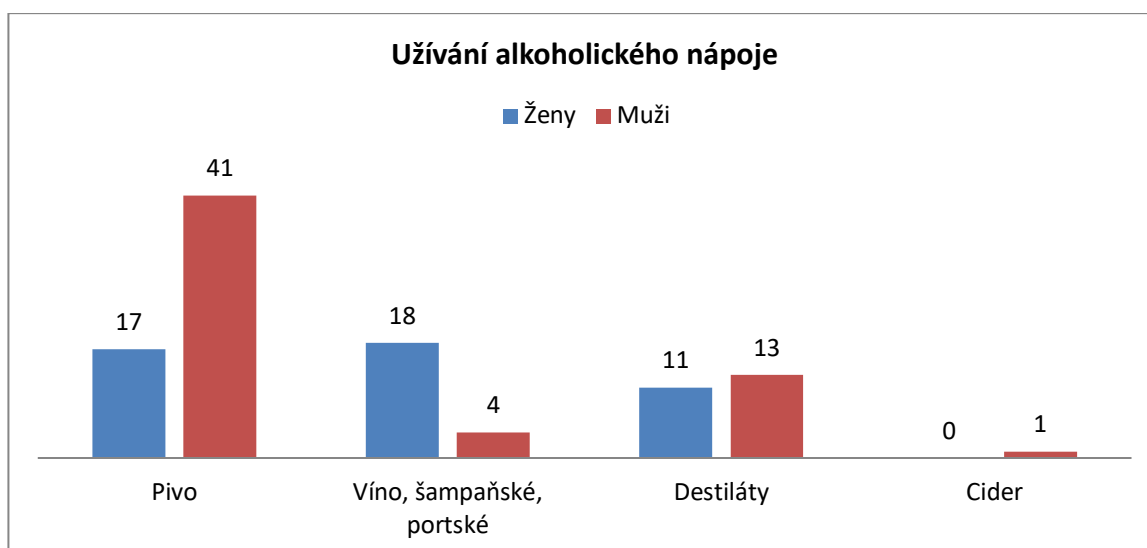
Mezi nejčastěji konzumované alkoholické nápoje patří pivo a destiláty, což je patrné z Grafu č. 9. Respondenti mohli označit více odpovědí. Pivo preferuje 58 (55 %) respondentů, kategorii víno, šampaňské a portské uvedlo 22 (21 %) respondentů, destiláty pije 24 (23 %) respondentů a cider uvedl 1 (1 %) respondent.

Graf č. 9: Druhy konzumovaného alkoholického nápoje



Pivo preferují muži a víno, šampaňské a portské uvádějí častěji ženy. V případě destilátů není tak značný rozdíl v užívání mezi ženami a muži. Užívání alkoholického nápoje s ohledem na pohlaví uvádí Graf č. 10.

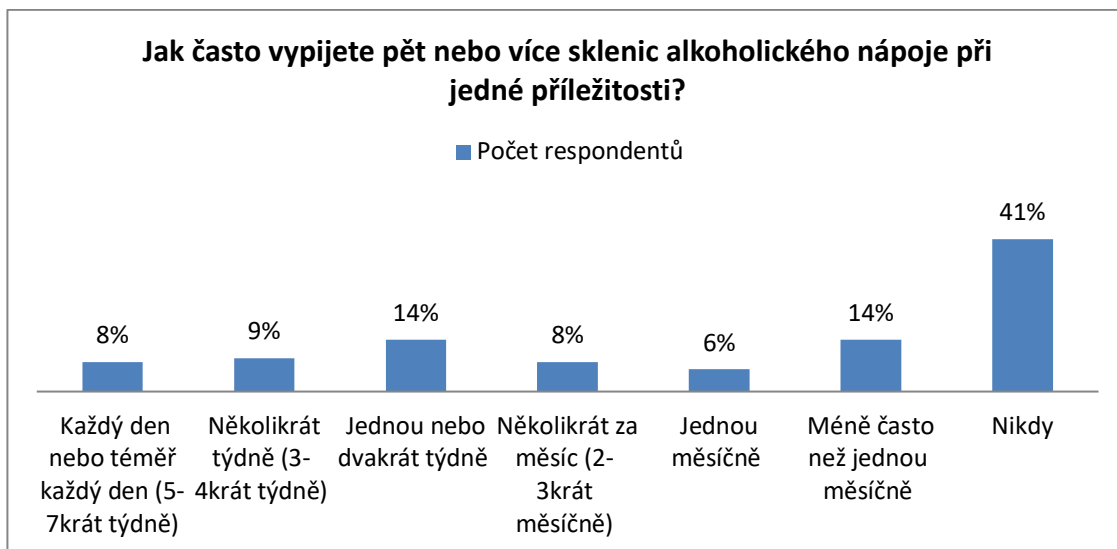
Graf č. 10: Užívání alkoholického nápoje dle pohlaví



V souvislosti s užíváním alkoholu dotazník mapoval vzorce užívání alkoholu, kdy jedním z nich je nárazové pití alkoholu (binge drinking). Nárazové pití je charakterizované vypitím více sklenic alkoholu při jedné příležitosti. Graf č. 11 uvádí míru nárazového pití

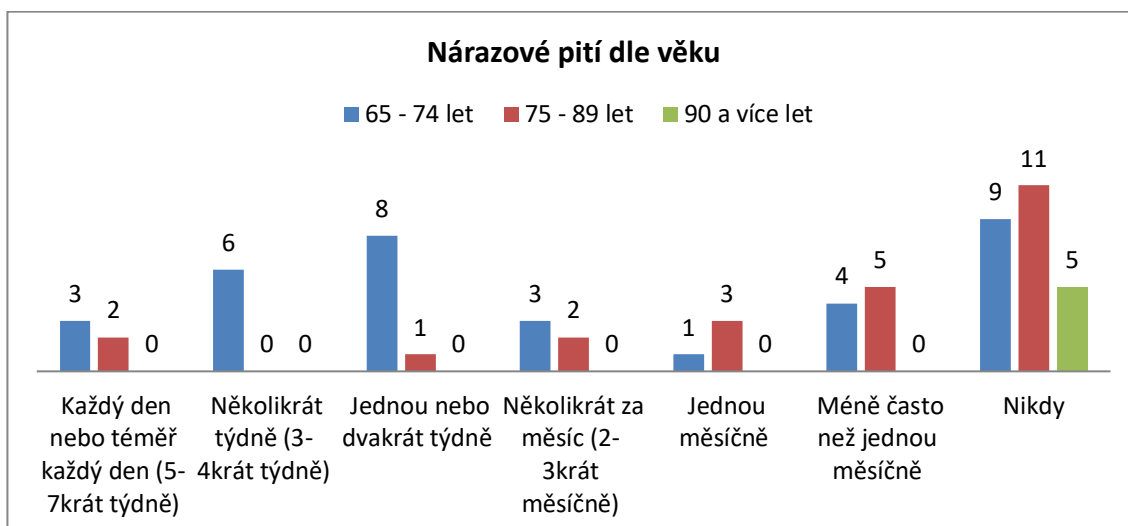
mezi respondenty. Vypítí 5 a více sklenic při jedné příležitosti každý den nebo téměř každý den uvedlo 5 (8 %) respondentů. 6 (9 %) respondentů vypije 5 a více sklenic při jedné příležitosti několikrát týdně, možnost jednou nebo dvakrát týdně uvedlo 9 (14 %) respondentů, několikrát za měsíc vypije 5 a více sklenic 5 (8 %) respondentů. Možnost jednou měsíčně uvedli 4 (6 %) respondenti a méně často než jednou měsíčně pije 5 a více sklenic 9 (14 %) respondentů. Možnost nikdy uvedlo nejvíce respondentů, a sice 26 (41 %).

Graf č. 11: Výskyt nárazového pití



Nárazové pití alkoholu uvádějí častěji respondenti ve věku 65 až 74 let, méně ve věku 75 až 89 let a vůbec ve věku 90 a více let. Jednotlivá data znázorňuje Graf č. 12.

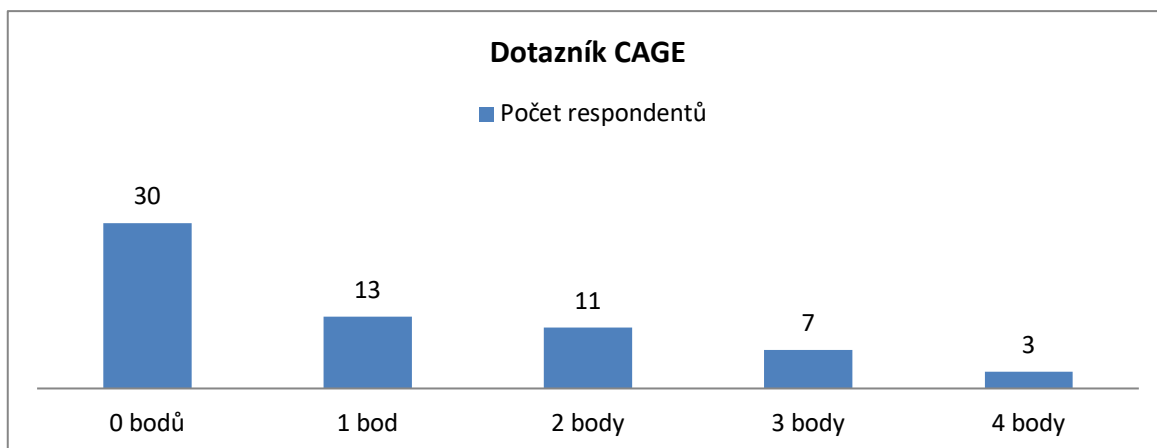
Graf č. 12: Nárazové pití dle věkových kategorií



Výsledky v rámci otázek, které obsahuje dotazník CAGE, prezentuje Graf č. 13. Dle odpovědí respondentů není ohroženo závislostí na alkoholu 30 (47 %) respondentů, na základě získání 0 bodů. V případě 13 (20 %) respondentů, kteří získali 1 bod, což představuje důkaz o ohrožení, můžeme předpokládat riziko vzniku závislosti. 2 body

získalo 11 (17 %) respondentů a řadí je to do kategorie, kdy už by se mohlo jednat o závislost. 3 a více bodů získalo celkem 10 (16 %) respondentů. V jejich případě je vysoká míra pravděpodobnosti, že se jedná o závislost na alkoholu. Můžeme tedy říci, že 13 (20%) respondentů pije alkohol rizikově a škodlivé pití alkoholu se týká 21 (33%) respondentů.

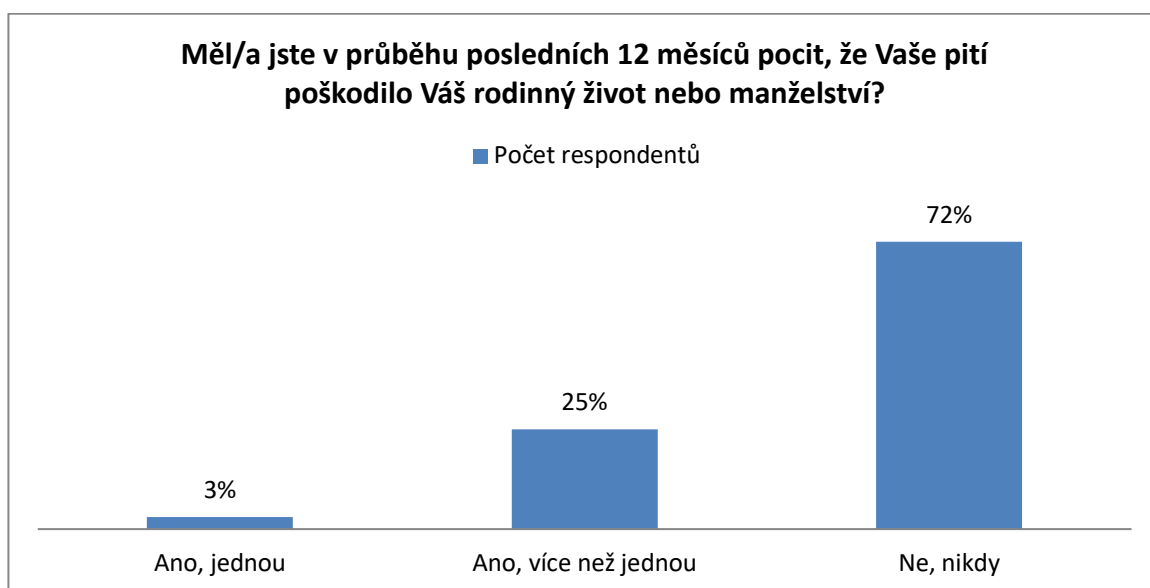
Graf č. 13: Výsledky v rámci dotazníku CAGE



V návaznosti na otázky patřící do dotazníku CAGE, byly dále pokládány otázky zaměřující se na souvislosti mezi abusem alkoholu a spokojeností v rodinném a sociálním životě. Pozornost byla také věnována výskytu souvislosti mezi užíváním alkoholu a problémy se zákonem, dopady na zdraví a finance jedince v průběhu posledních 12 měsíců.

Vliv pití alkoholu na rodinný život nebo manželství v průběhu posledních 12 měsíců pocítovali jednou 2 (3 %) respondenti, více než jednou 16 (25 %) respondentů a nikdy 46 (72 %) respondentů. Výsledky jsou uvedeny v Grafu č. 14.

Graf č. 14: Vliv pití alkoholu na rodinný život nebo manželství



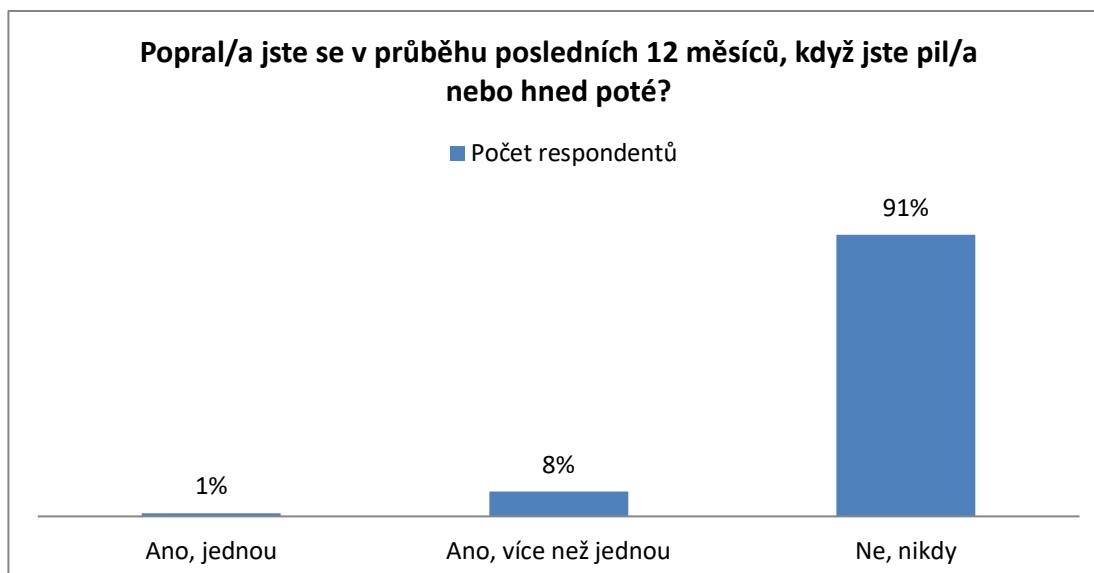
Poškození přátelských vztahů nebo sociálního života v souvislosti s pitím alkoholu v posledních 12 měsících zaznamenali jednou 2 (3 %) respondenti, více než jednou 13 (20 %) respondentů a nikdy 49 (77 %) respondentů a je znázorněno v Grafu č. 15.

Graf č. 15: Vliv pití alkoholu na přátelské vztahy a sociální život



Graf č. 16 prezentuje výsledky otázky mapující agresivní chování ve spojitosti s pitím alkoholu. Během pití alkoholu nebo hned poté se v průběhu posledních 12 měsíců popral jednou 1 (1 %) respondent. 5 (8 %) respondentů uvedlo, že se poprali více než jednou a 58 (91 %) respondentů se v této souvislosti nikdy nepopralo.

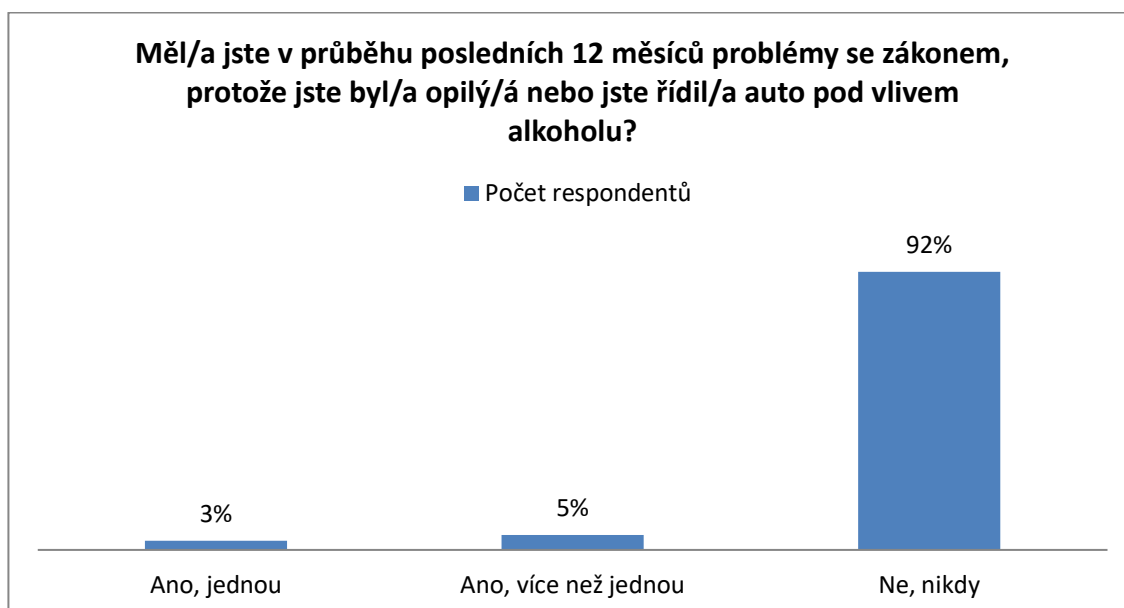
Graf č. 16: Agresivní chování ve spojitosti s alkoholem



Problémy se zákonem v důsledku opilosti nebo řízení auta pod vlivem alkoholu měli v průběhu posledních 12 měsíců jednou 2 (3 %) respondenti, více než jednou 3 (5 %) respondenti a žádnou zkušenost v této oblasti uvedlo 59 (92 %) respondentů. Tyto údaje jsou uvedeny v Grafu č. 17.

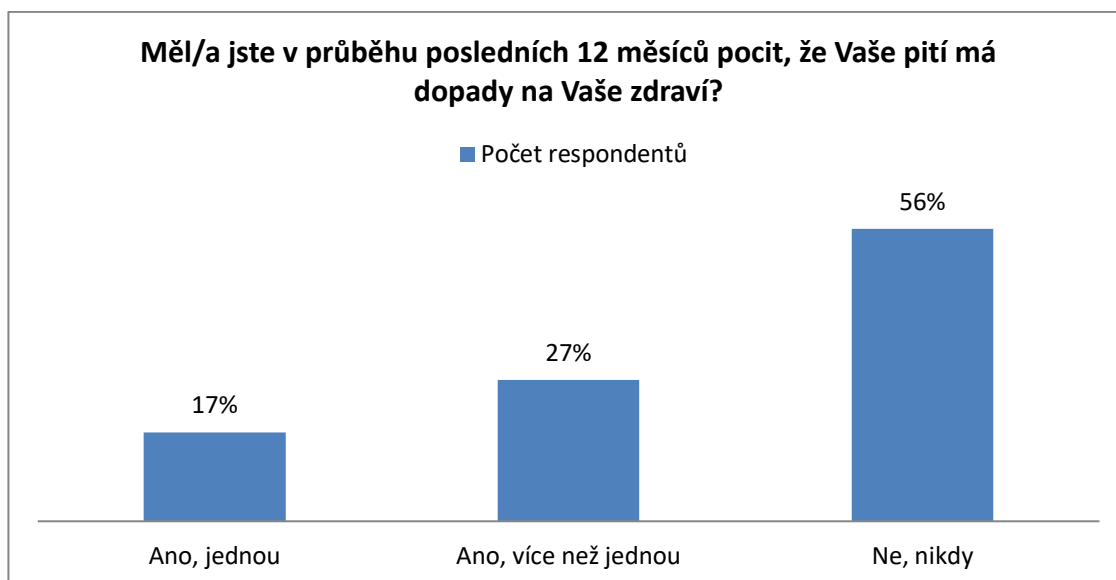


Graf č. 17: Problémy se zákonem ve spojitosti s pitím alkoholu



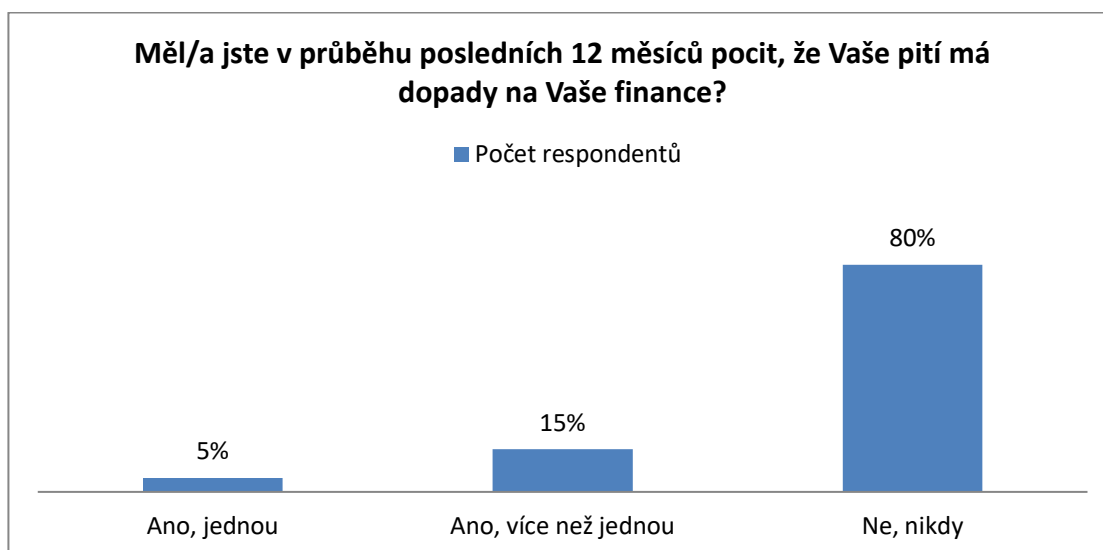
Graf č. 18 shrnuje vnímání zdravotního stavu v souvislosti s pitím alkoholu v průběhu posledních 12 měsíců. Zdravotní problémy v důsledku pití alkoholu pocítilo v průběhu posledních 12 měsíců jednou 11 (17 %) respondentů, více než jednou 17 (27 %) respondentů a 36 (56 %) respondentů nezaznamenalo žádné zdravotní problémy.

Graf č. 18: Dopady pití alkoholu na zdraví



Kromě zdraví má pití alkoholu vliv i na finance jedince, což znázorňuje Graf č. 19. V průběhu posledních 12 měsíců ovlivnilo pití alkoholu finance respondentů následovně: „ano, jednou“ uvedli 3 (5 %) respondenti, dopady na finance pocíťovalo více než jednou 10 (15 %) respondentů a nikdy 51 (80 %) respondentů.

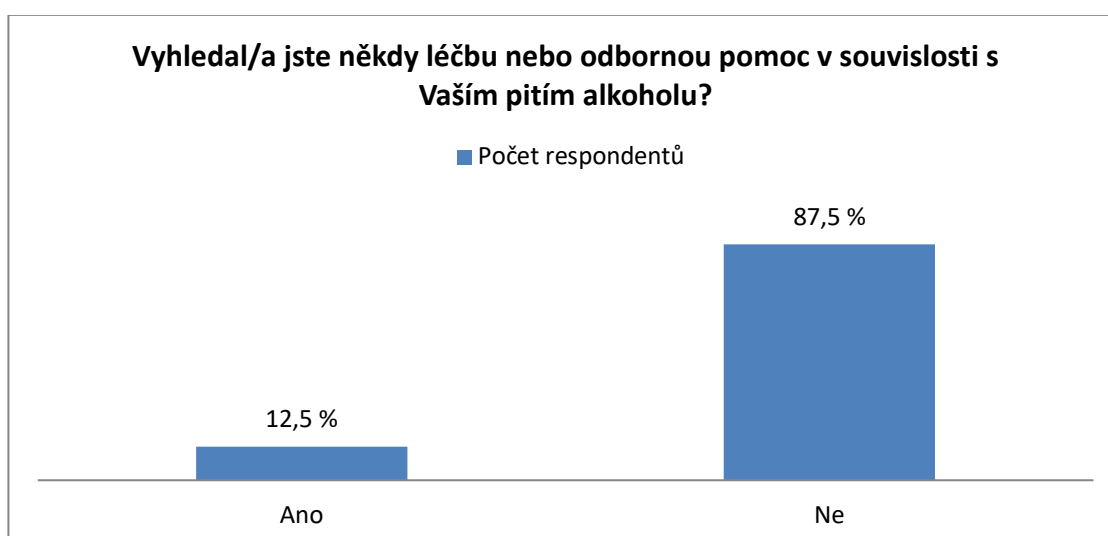
Graf č. 19: Dopady pití alkoholu na finance



Respondenti přiznávali výskyt problémů v rodinném a sociálním životě, agresivitu a problémy se zákonem, dále také dopady na zdraví a finance ve spojitosti s užíváním alkoholu. Celkově se tedy jednalo o šest oblastí. Opakovaný výskyt problémů v jedné oblasti uvedlo 5 (8 %) respondentů, opakující se problémy ve dvou oblastech uvedli 2 (3 %) respondenti, nejvíce respondentů pociťuje problémy více než jednou ve třech oblastech, v tomto případě se jednalo o 7 (11 %) respondentů. Problémy ve čtyřech z výše uvedených oblastí uvedlo 6 (9 %) respondentů a v pěti oblastech pociťují opakovaně problémy 2 (3 %) respondenti. Opakovaný výskyt problémů v oblastech rodinného a sociálního života, agresivita a problémy se zákonem, dopady na zdraví a finance jedince ve spojitosti s užíváním alkoholu naznačuje značnou míru rizika vzniku závislosti.

Zkušenost s léčbou závislosti na alkoholu uvedlo 8 (12,5 %) respondentů, 56 (87,5 %) respondentů nevyhledalo žádnou léčbu v souvislosti s alkoholem. Zkušenost s léčbou závislosti na alkoholu znázorňuje Graf č. 20.

Graf č. 20: Zkušenost s léčbou nebo odbornou pomocí v souvislosti s alkoholem



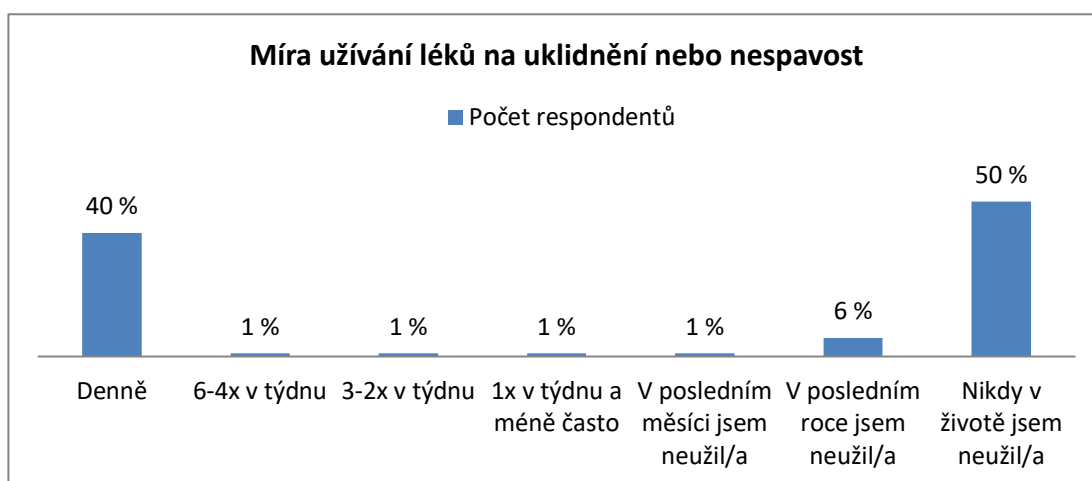
V minulosti vyhledalo léčbu či odbornou pomoc v souvislosti s alkoholem 8 (100 %) respondentů, z toho 5 (62,5 %) respondentů uvedlo, že se jedno o ambulantní léčbu, 2 (25 %) respondenti uvedli ústavní léčbu a 1 (12,5 %) respondent uvedl praktického lékaře.

### 5.7.3 Léky

Tento tematický okruh se zaměřuje na léky na uklidnění nebo nespavost v první části a v druhé části na léky na bolest na bázi opiátů.

Užívání léků na uklidnění nebo nespavost je mezi respondenty značně rozšířené a je shrnuto v Grafu č. 21. Zkušenost s těmito léky uvedlo 50 (50 %) respondentů, z toho 6 (6 %) respondentů uvedlo, že v posledním roce léky neužilo, 1 (1 %) respondent neužil léky v posledním měsíci a 43 (43 %) respondentů užilo léky v posledních 30 dnech. Respondenti, kteří užívali léky v posledních 30 dnech, užívali léky v následující míře: 1krát v týdnu a méně často užíval léky 1 (1 %) respondent, 3-2krát v týdnu uvedl užívání léků 1 (1 %) respondent, 6-4krát v týdnu užíval léky také 1 (1 %) respondent a denní užívání léků uvedlo 40 (40 %) respondentů. Léky na uklidnění nebo nespavost nikdy v životě neužilo 50 (50 %) respondentů.

Graf č. 21: Míra užívání léků na uklidnění nebo nespavost



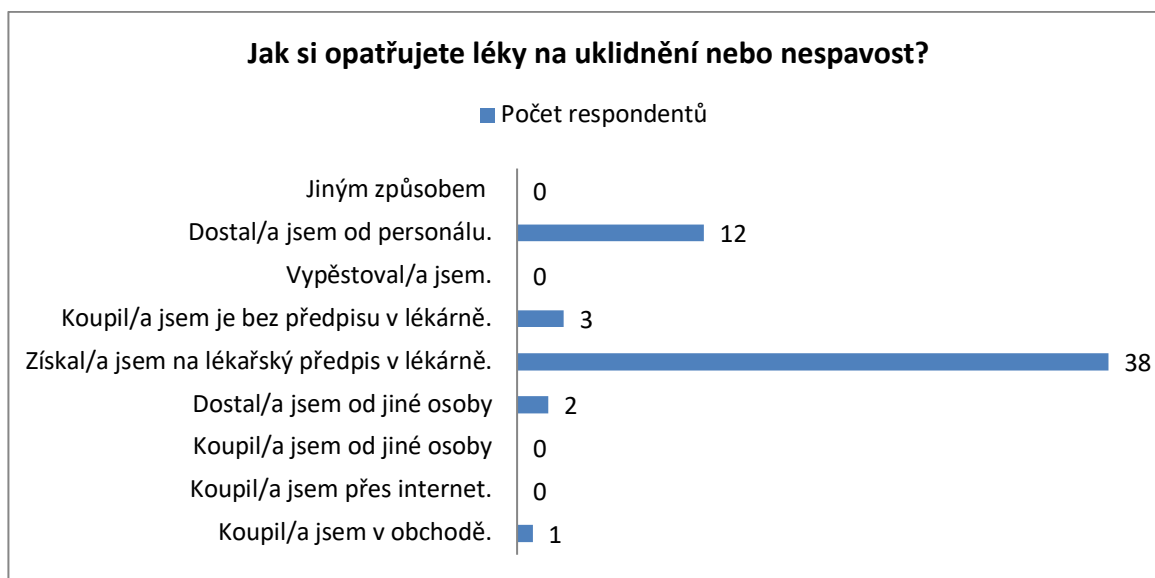
Užívání léků na uklidnění nebo nespavost je častější u žen. Konkrétně se jedná o 32 (73 %) žen ku 12 (27 %) mužů. Míra užívání těchto léků je uvedena v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8: Užívání léků na uklidnění nebo nespavost dle pohlaví

Užívání léků na uklidnění nebo nespavost	Ženy	Muži
Denně	29	11
6-4 krát v týdnu	0	1
3-2 krát v týdnu	1	0
1 krát v týdnu a méně často	1	0
V posledním měsíci jsem neužil/a	1	0
V posledním roce jsem neužil/a	3	3
Nikdy v životě jsem neužil/a	12	38

Léky na uklidnění nebo nespavost si respondenti nejčastěji opatřovali v lékárně na lékařský předpis, tuto možnost uvedlo 38 (68 %) respondentů. Dalším nejčastějším způsobem opatření léků byla možnost dostal/a jsem léky od personálu, což uvedlo 12 (21 %) respondentů. Léky v lékárně bez lékařského předpisu si koupili 3 (5 %) respondenti. Možnost „dostal/a jsem od jiné osoby“ označili 2 (3 %) respondenti a 1 (2 %) respondent uvedl, že si koupil léky v obchodě. Respondenti mohli označit více odpovědí. Výsledky jsou znázorněny v Grafu č. 22.

Graf č. 22: Opatřování léků na uklidnění nebo nespavost



Na rozdíl od tabáku či alkoholu začala většina respondentů s užíváním léků na uklidnění nebo nespavost v pozdním věku. Na základě údajů, které uvedli respondenti k začátku užívání léků, lze stanovit rozmezí od 40 let do 97 let. Nejvíce respondentů začalo užívat léky ve věkové kategorii 61 až 70 let, jednalo se o 15 (34 %) respondentů, následovala kategorie 71 až 80 let, kam bylo zařazeno 12 (27 %) respondentů. Věkové rozmezí začátku užívání léků na uklidnění nebo nespavost a konkrétní počty respondentů uvádí tabulka č. 9.

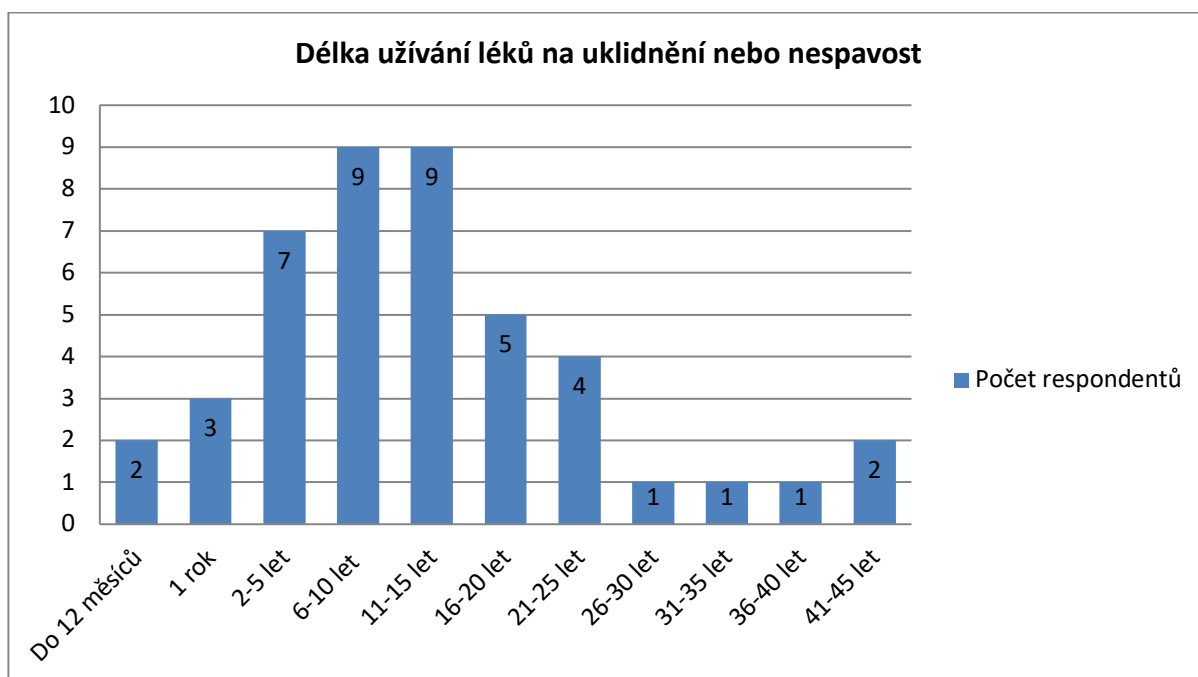
Tabulka č. 9: Začátek užívání léků na uklidnění nebo nespavost

Věk	Počet respondentů	Vyjádřeno v %
40-50	4	9 %
51-60	8	18 %
61-70	15	34 %
71-80	12	27 %
81-90	2	5 %
91-97	3	7 %

S věkem souvisí i délka užívání léků. Dle doporučení by se tyto léky neměli užívat dlouhodobě. V praxi tomu tak ale bohužel není a řada seniorů užívá tyto léky dlouhodobě a

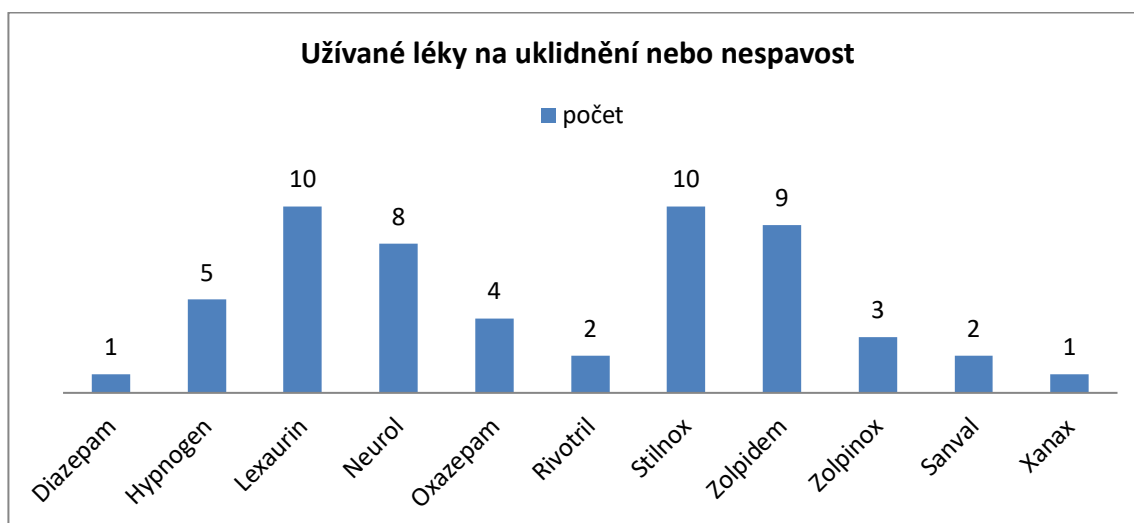
to i v řádu několika let. Délku užívání léků mezi respondenty znázorňuje Graf č. 23, z kterého vyplývá, že doporučení neužívat léky dlouhodobě dodržují zatím 2 (5 %) respondenti, kteří užívají léky kratší dobu než jeden rok. 3 (7 %) respondenti užívají léky v rozmezí jednoho roku. Nejvíce respondentů užívá léky v délce 5-10 let a 11-15 let, kdy v obou případech se jedná o 9 (20 %) respondentů. Nejdéle užívají léky 2 (5 %) respondenti a to v délce 41-45 let.

Graf č. 23: Délka užívání léků na uklidnění nebo nespavost



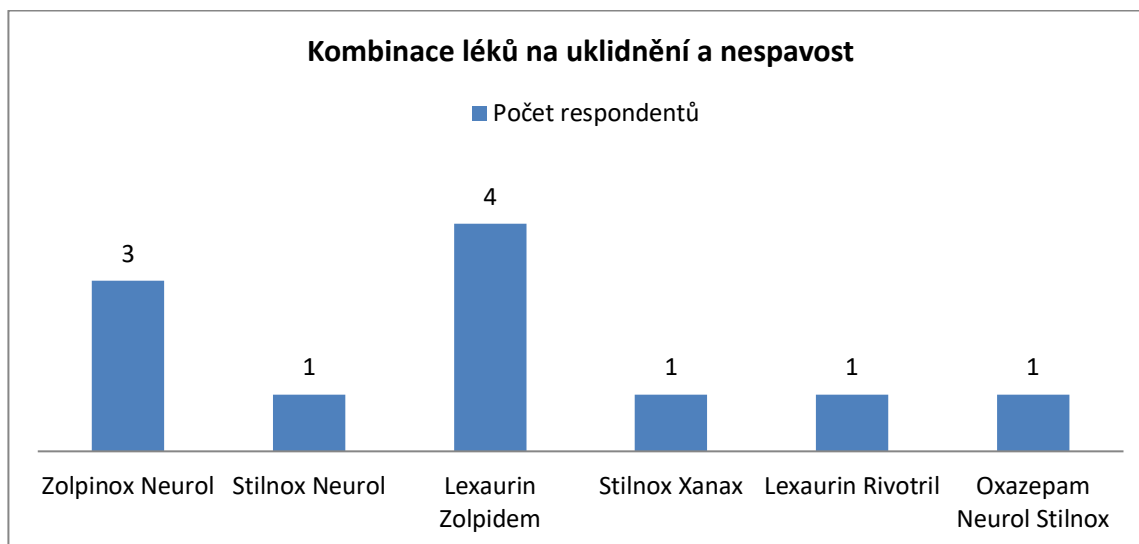
Nejčastěji užívané léky jsou hypnotika obsahující látku Zolpidem – známé pod obchodním názvem Hypnogen, Stilnox, Zolpidem, Zolpinox a Sanval. Poté léky na uklidnění ze skupiny benzodiazepiny – známé jako Diazepam (účinná látka diazepam), Lexaurin (účinná látka bromazepam), Neurol a Xanax (obsahují alprazolam), Oxazepam (účinná látka oxazepam) a Rivotril (obsahující klomazepam). Z uvedených zástupců léků respondenti nejčastěji užívali Lexaurin a Stilnox, které uvedlo v obou případech 10 (23 %) respondentů. Další lék, který respondenti nejčastěji uváděli je Zolpidem, tento lék uvedlo 9 (20 %) respondentů a 8 (18 %) respondentů užívalo Neurol. Konkrétní výsledky užívání jednotlivých léků na uklidnění a nespavost prezentuje Graf č. 24.

Graf č. 24: Zástupci užívaných léků na uklidnění a nespavost



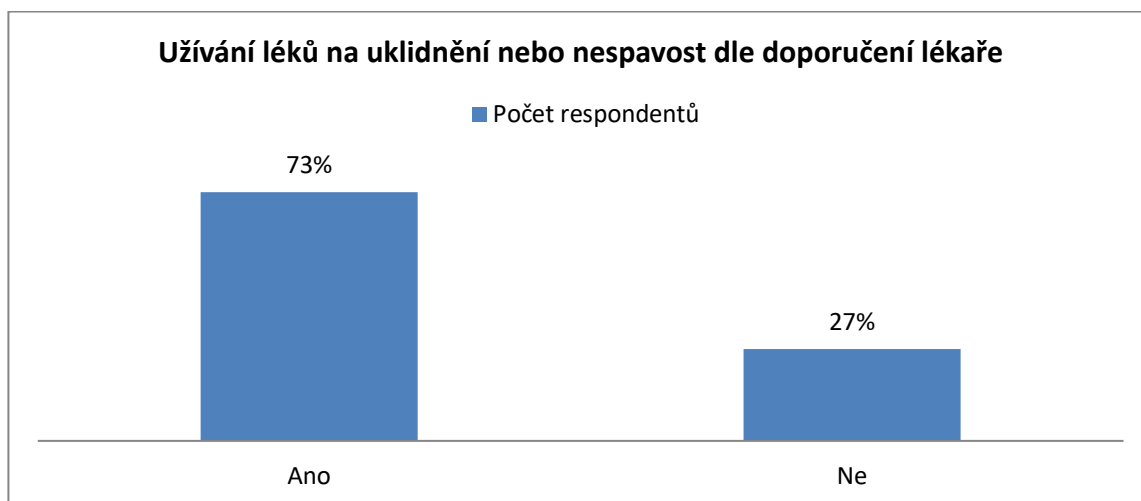
Respondenti udávali užívání kombinace léků ze skupiny hypnotik a BZD. Kombinaci léků uvedlo 11 respondentů. Jednalo se o následující kombinace, shrnuté v Grafu č. 25. Nejčastěji uváděli respondenti kombinaci léků Lexaurin a Zolpidem. Tuto kombinaci uvedli 4 (37 %) respondenti. Následovala kombinace Zolpinox a Neurol, kterou uvedli 3 (27 %) respondenti. Kombinace Stilnox a Neurol, Stilnox a Xanax, a Oxazepam, Neurol a Stilnox byla uvedena, ve všech třech případech 1 (9 %) respondentem.

Graf č. 25: Užívané kombinace léků na uklidnění a nespavost



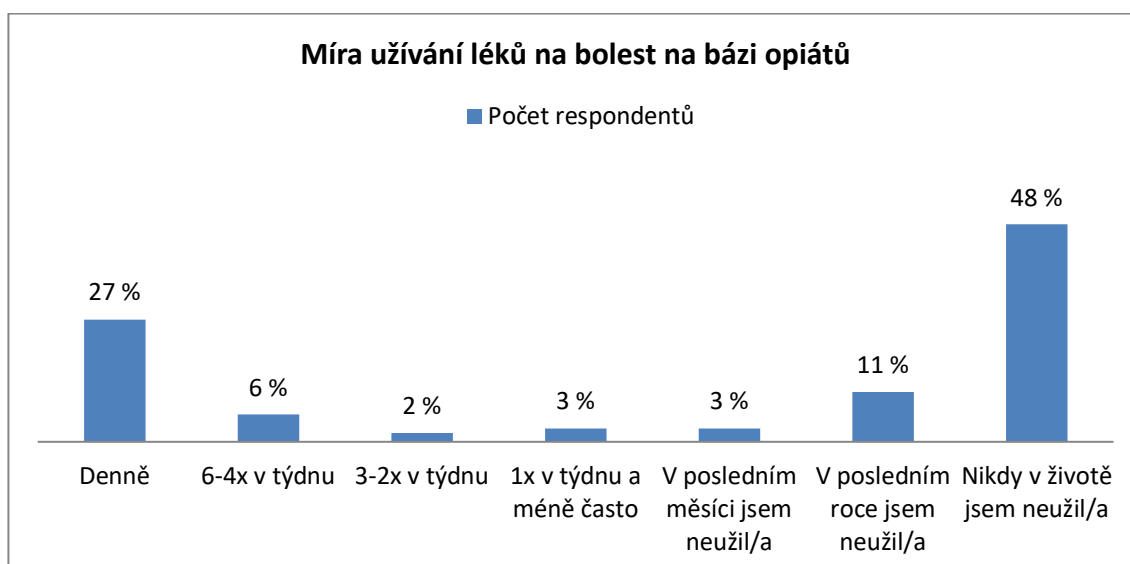
Užívání léků v souladu s doporučením lékaře uvedlo 32 (73 %) respondentů. Užívání proti doporučení lékařem jako je užití většího množství léků než je doporučené dávkování, kombinace s léky alkoholem, kombinování léků s jinými léky atd. uvedlo 12 (27 %) respondentů. Toto chování lze označit za rizikové a je znázorněno v Grafu č. 26.

Graf č. 26: Dodržování doporučení lékaře v souvislosti s užíváním léků na uklidnění nebo nespavost



Následující část je zaměřena na léky na bolest na bázi opiátů. Zkušenost s užíváním léků na bolest na bázi opiátů má 52 (52 %) respondentů, z toho v posledním roce neužilo léky 11 (11 %) respondentů a v posledním měsíci neužili léky 3 (3 %) respondenti. V posledních 30 dnech užilo léky na bolest na bázi opiátů 38 (38 %) respondentů. Z tohoto počtu 3 (3 %) respondenti užívali léky 1krát v týdnu a méně často, 2 (2 %) respondenti uvedli užití 3-2krát v týdnu a 6 (6 %) respondentů užívalo léky v intervalu 6-4krát v týdnu. Denně užívalo léky na bolest na bázi opiátů 27 (27 %) respondentů. Naopak žádnou zkušenost s těmito léky uvedlo 48 (48 %) respondentů, kteří označili možnost „nikdy v životě jsem neužil/a.“ Výsledky prezentuje Graf č. 27.

Graf č. 27: Míra užívání léků na bolest na bázi opiátů



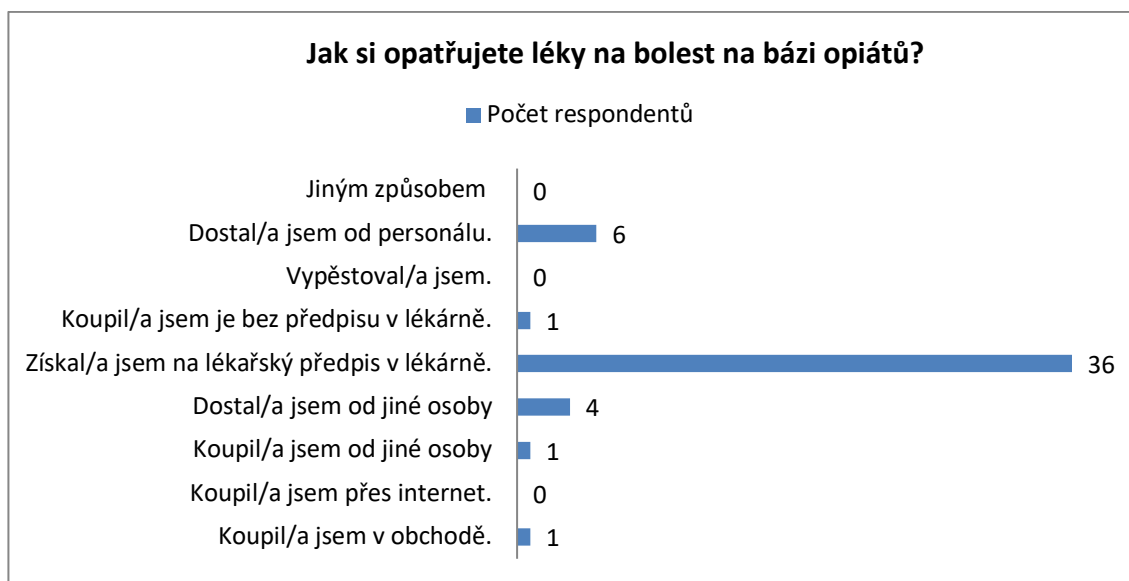
Léky na bolest na bázi opiátů užívají více ženy než muži. Léky na bolest užívá 25 žen a 16 mužů. Denně užívá léky 17 žen a 10 mužů. Je tedy patrné, že převažuje užívání léků u žen. Shrnutí je uvedeno v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10: Užívání léků na bolest na bázi opiátů dle pohlaví

Užívání léků na uklidnění nebo nespavost	Ženy	Muži
Denně	17	10
6-4 krát v týdnu	2	4
3-2 krát v týdnu	1	1
1 krát v týdnu a méně často	2	1
V posledním měsíci jsem neužil/a	3	0
V posledním roce jsem neužil/a	5	6
Nikdy v životě jsem neužil/a	17	31

Stejně jako u léků na uklidnění nebo nespavost je nejčastějším způsobem opatrování léků na bolest na bázi opiátů získání v lékárně na lékařský předpis. Tuto možnost uvedlo 36 (75 %) respondentů. Následuje možnost dostal/a jsem od personálu, kterou uvedlo 6 (12,5 %) respondentů. Dalším způsobem opatrování léků na bolest je dostal/a jsem od jiné osoby, což uvedli 4 (8 %) respondenti. Dále 1 (2 %) respondent koupil léky na bolest od jiné osoby a 1 (2 %) respondent koupil léky v obchodě. U této otázky mohli respondenti označit více možností. Výsledky jsou uvedeny v Grafu č. 28.

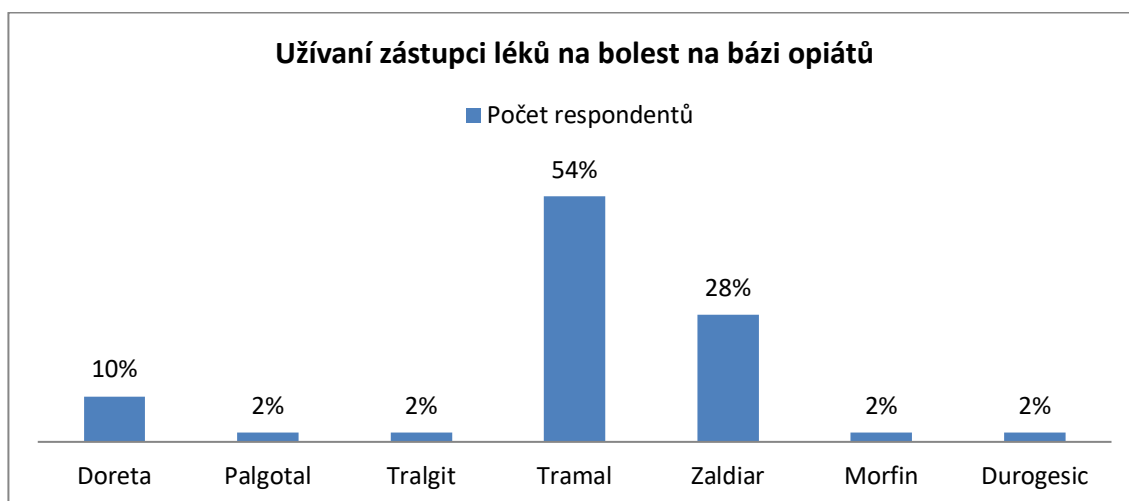
Graf č. 28: Opatrování léků na bolest na bázi opiátů



Nejčastěji užívaným lékem na bolest na bázi opiátů je Tramal, jeho užití uvedlo 22 (54 %) respondentů. Následuje lék Zaldiar, který užívá 11 (28 %) respondentů a lék Doreta, jež užívají 4 (10 %) respondenti. Užívání léku Palgotal a Tralgit uvedlo shodně po 1 (2 %) respondentovi. Dále lék Morfin uvedl 1 (2 %) respondent. Léčivo Durogesic, který obsahuje léčivou látku fentanyl, užívá 1 (2 %) respondent. Graf č. 29 znázorňuje užívání výše vypsanych léků na bolest.



Graf č. 29: Užívání zástupci léků na bolest na bázi opiátů



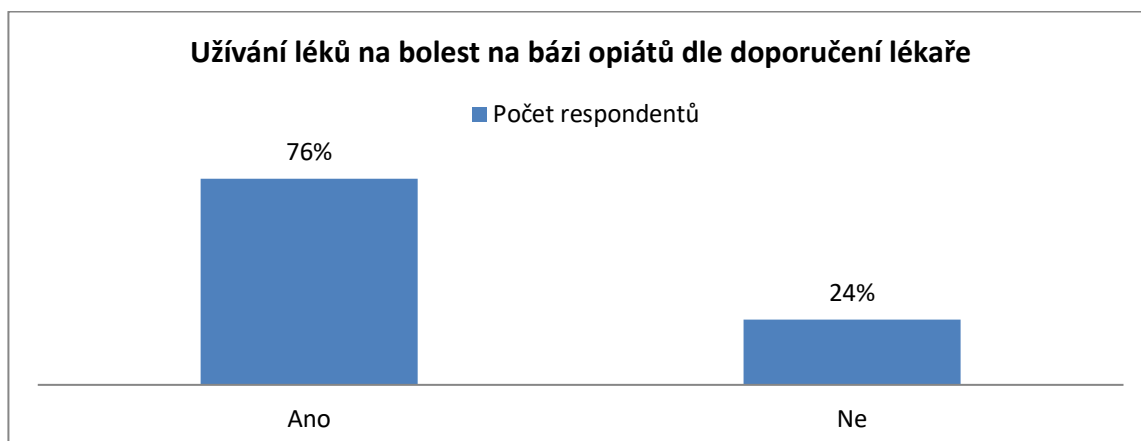
Věk začátku užívání léků na bolest je v rozmezí 48 až 95 let a 2 (5 %) respondenti uvedli, že si nepamatují, v jakém věku začali léky užívat. Nejvíce respondentů je ve věkové kategorii 61 až 70 let, a sice 12 (29 %) respondentů. Začátek užívání léků na bolest na bázi opiátů je patrný spíše v pozdním věku. Konkrétní počty respondentů v jednotlivých věkových kategoriích jsou shrnuty v tabulce č. 11.

Tabulka č. 11: Začátek užívání léků na bolest na bázi opiátů

Věkové kategorie	Počet respondentů	Vyjádřeno v %
36-40	2	5 %
41-50	2	5 %
51-60	6	14 %
61-70	12	29 %
71-80	9	22 %
81-90	7	17 %
91-95	1	2 %

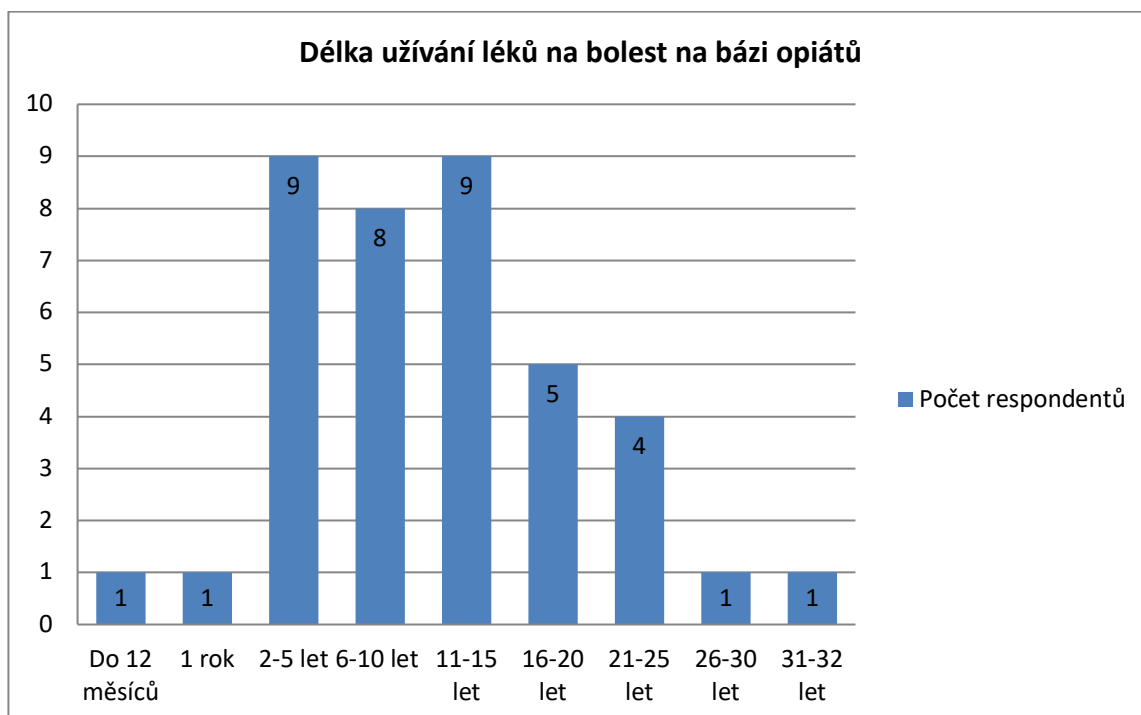
Užívání léků na bolest na bázi opiátů je spojeno s doporučením lékaře. Užívání v souladu s doporučením uvedlo 31 (76 %) respondentů a 10 (24 %) respondentů užívá léky na bolest v rozporu s doporučením lékaře, což znamená změny v doporučeném dávkování, kombinace léků s alkoholem atd. Uvedené výsledky jsou zaznamenány v Grafu č. 30.

Graf č. 30: Dodržování doporučení lékaře v souvislosti s užíváním léků na bolest na bázi opiátů



V rámci užívání těchto léků dochází i k jejich dlouhodobému užívání, což může způsobit riziko vzniku závislosti. Délka užívání léků na bolest je znázorněna v Grafu č. 31. Pouze 1 (2 %) respondent užívá léky na bolest krátkodobě, konkrétně v rozmezí do 12 měsíců. Nejvíce respondentů užívá léky na bolest v rozmezí 2 až 5 let a v rozmezí 11 až 15 let, v obou kategoriích je po 9 (22 %) respondentech. Dále 8 (19 %) respondentů užívá léky na bolest v délce 6 až 10 let. Do kategorie 16 až 20 let je zahrnuto 5 (12 %) respondentů a 4 (10 %) respondenti spadají délkou užívání léků na bolest do kategorie 21 až 25 let. Nejdéle užívají léky na bolest 2 (5 %) respondenti, jeden z nich patří do kategorie 26 až 30 let a druhý do rozmezí 31 až 32 let.

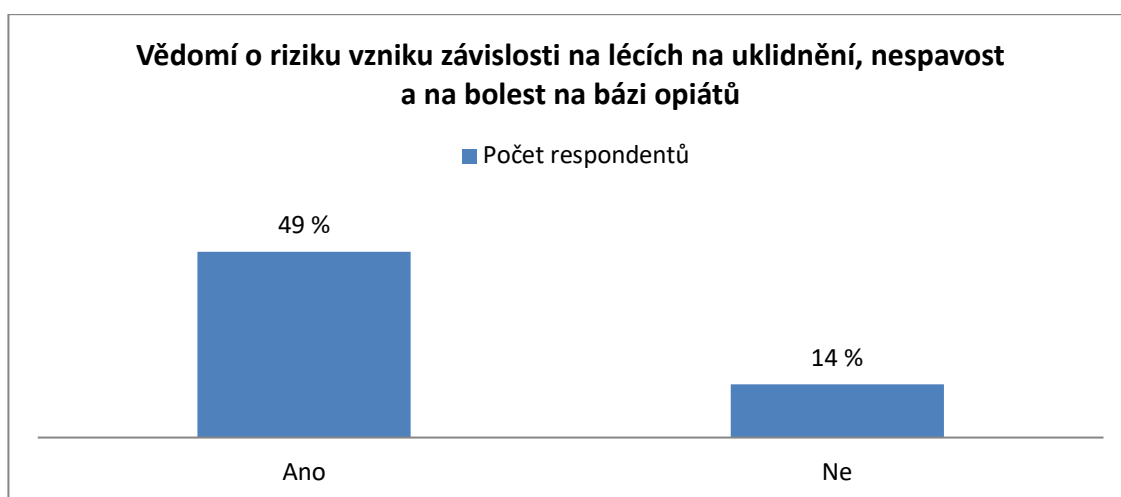
Graf č. 31: Délka užívání léků na bolest na bázi opiátů



V případě léků na bolest je užívání opět častější u žen, stejně jako v případě léků na uklidnění nebo nespavost. Užívání léků na bolest na bázi opiátů uvedlo 25 (61 %) žen a 16 (39 %) mužů.

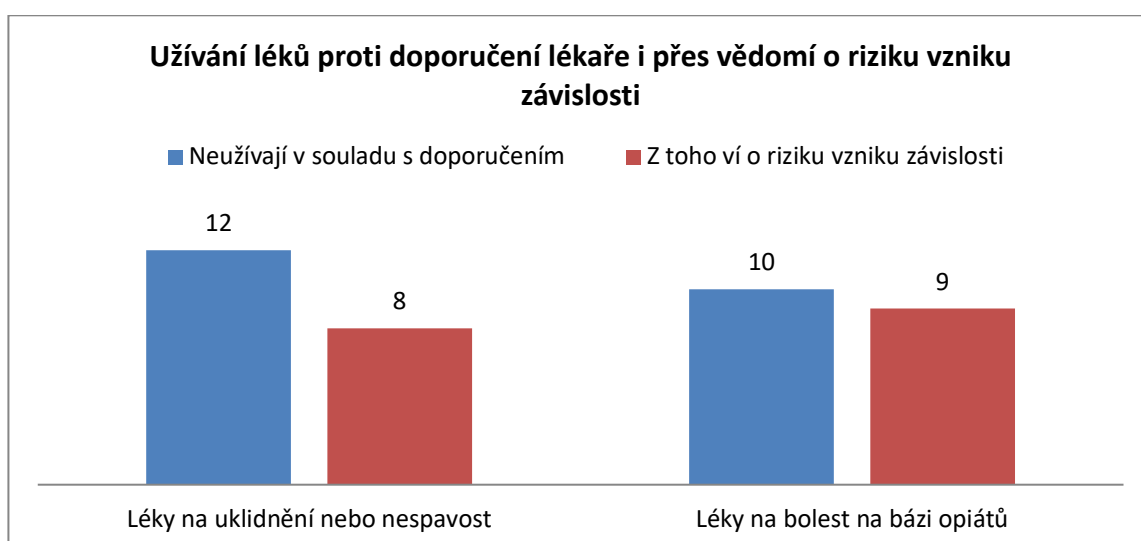
S užíváním léků na uklidnění, nespavost či léků na bolest na bázi opiátů je spojeno riziko vzniku závislosti, o kterém často nemají senioři povědomí. O riziku vzniku závislosti na uvedených lécích ví 49 (49 %) respondentů a 14 (14 %) respondentů uvedlo, že o riziku vzniku závislosti neví. Následující Graf č. 32 shrnuje informovanost o dané problematice mezi respondenty.

Graf č. 32: Informovanost o riziku vzniku závislosti na lécích



Značná část respondentů, kteří neužívají léky dle doporučení lékaře, zároveň ví o riziku vzniku závislosti, a přesto užívají léky rizikovým způsobem. Léky na uklidnění nebo nespavost užívá v rozporu s doporučením lékaře 12 (27 %) respondentů, z toho 8 (67 %) respondentů ví o riziku vzniku závislosti. Léky na bolest na bázi opiátů užívá v nesouladu s doporučením lékaře 10 (24 %) respondentů, z toho 9 (90 %) respondentů ví o riziku vzniku závislosti. Toto rizikové chování je znázorněno v Grafu č. 33.

Graf č. 33: Užívání léků proti doporučení lékaře i přes vědomí o riziku vzniku závislosti

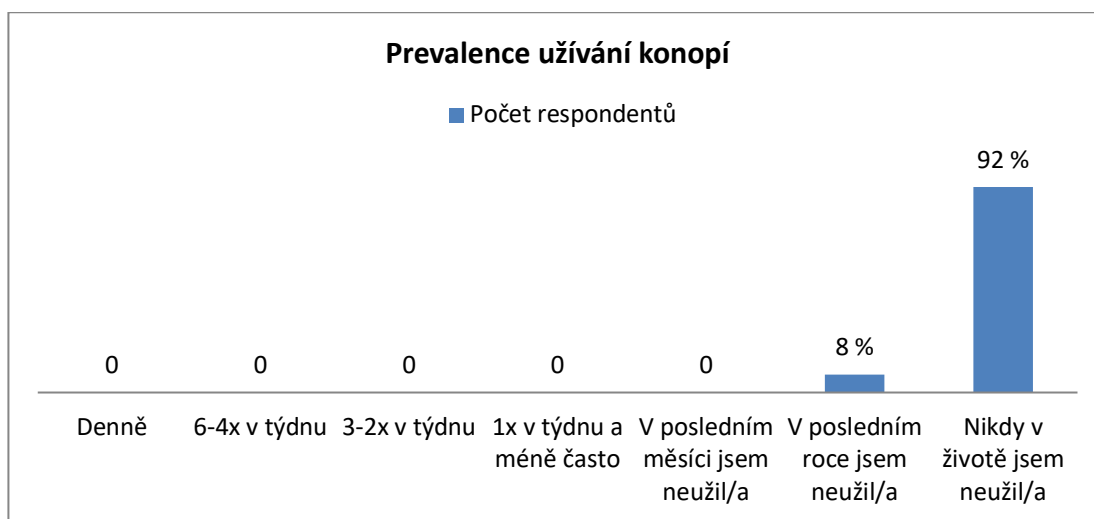


Jak již bylo zmíněno jedním z doporučení lékaře ohledně užívání léků na uklidnění nebo nespavost a léků na bolest na bázi opiátů je nekombinovat léky s alkoholem. Denní užívání alkoholu a zároveň léků uvedlo 6 (6 %) respondentů. V 1 (1 %) případě se jednalo o léky na bolest na bázi opiátů, 2 (2 %) respondenti společně s alkoholem denně užívali léky na uklidnění nebo nespavost i léky na bolest a zbývajících 3 (3 %) respondenti denně užívali alkohol a léky na uklidnění nebo nespavost. Toto chování lze označit za značně rizikové.

### 5.7.4 Konopí

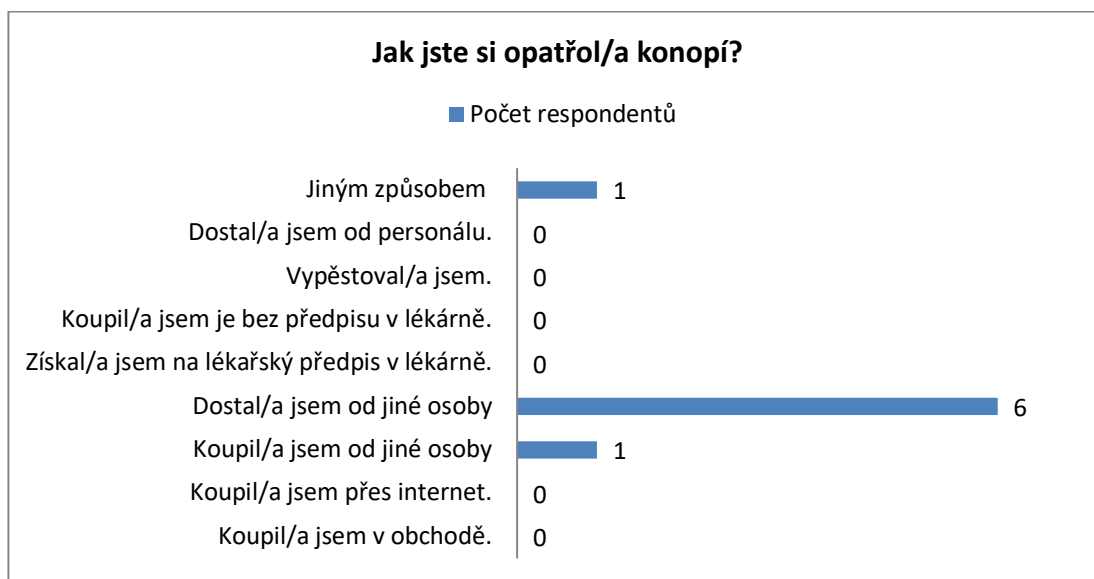
Tato část je zaměřena na užívání konopí. Zkušenost s konopím uvedlo 8 (8 %) respondentů, kteří odpověděli, že v posledním roce konopí neužili. Jednalo se o 5 mužů a 3 ženy. 92 (92 %) respondentů uvedlo, že nikdy v životě konopí neužilo. Prevalenci užívání konopí mezi respondenty znázorňuje Graf č. 34.

Graf č. 34: Prevalence užívání konopí



Většina respondentů, kteří mají zkušenost s konopím, uvedlo, že látku dostalo od jiné osoby, jednalo se konkrétně o 6 (75 %) respondentů. Dále 1 (12,5 %) respondent uvedl, že konopí koupil od jiné osoby a 1 (12,5 %) respondent uvedl jako možnost opatření konopí jiný způsob, který ale blíže nspecifikoval. Způsoby opatření konopí jsou uvedeny v Grafu č. 35.

Graf č. 35: Opatřování konopí



Věk, ve kterém poprvé vyzkoušeli respondenti konopí je různý. Nejnižší věk bylo 17 let, tento věk uvedl 1 (12,5 %) respondent, dále 1 (12,5 %) respondent uvedl 29 let, následoval věk 30 let uvedený 1 (12,5 %) respondentem. Poté udávali respondenti zkušenost v pozdním věku, a sice 48 let, 50 let a 67 let a 2 (25 %) respondenti svůj věk neuvedli.

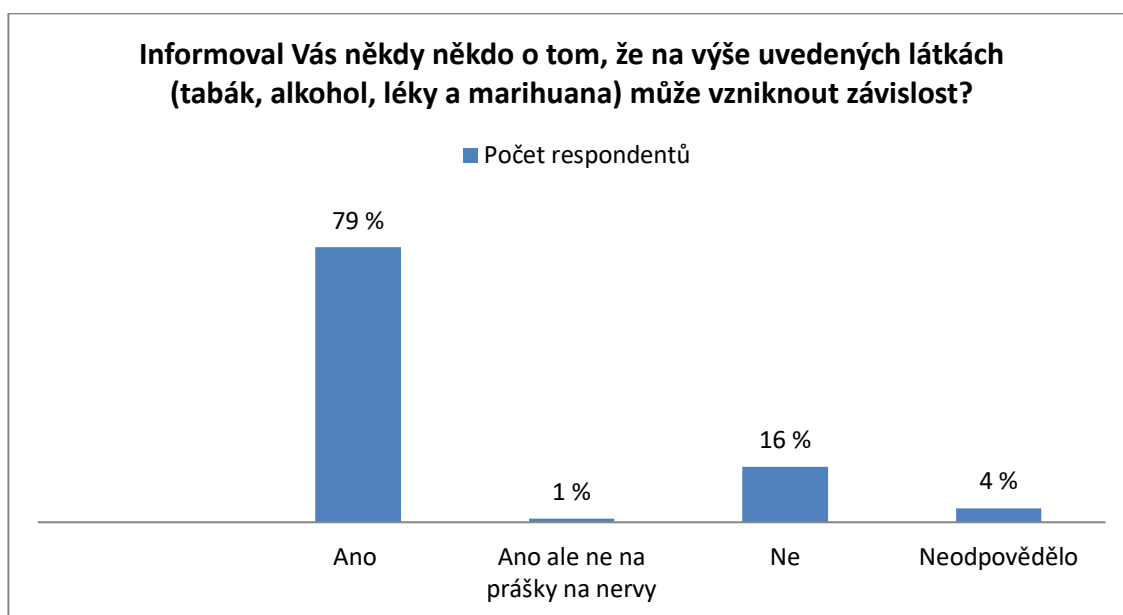
Jako způsob užití konopí převládalo kouření, které uvedlo 7 (87,5 %) respondentů a 1 (12,5 %) respondent uvedl užití prostřednictvím pití a jídla.

### 5.7.5 Informovanost

Tato část se zaměřuje na informovanost seniorů o vzniku závislosti na návykových látkách a o existenci adiktologických služeb.

Informování respondentů o možnosti vzniku závislosti na návykových látkách je uvedeno v Grafu č. 36. Z grafu je patrné, že většina respondentů byla informována o možnosti vzniku závislosti na návykových látkách. Ano odpovědělo 79 (79 %) respondentů, dále 1 (1 %) respondent odpověděl ano a zároveň uvedl, že ale nebyl informován o riziku vzniku závislosti na lécích na nervy. Ne odpovědělo 16 (16 %) respondentů a 4 (4 %) respondenti na otázku neodpověděli.

Graf č. 36: Informování o riziku vzniku závislosti



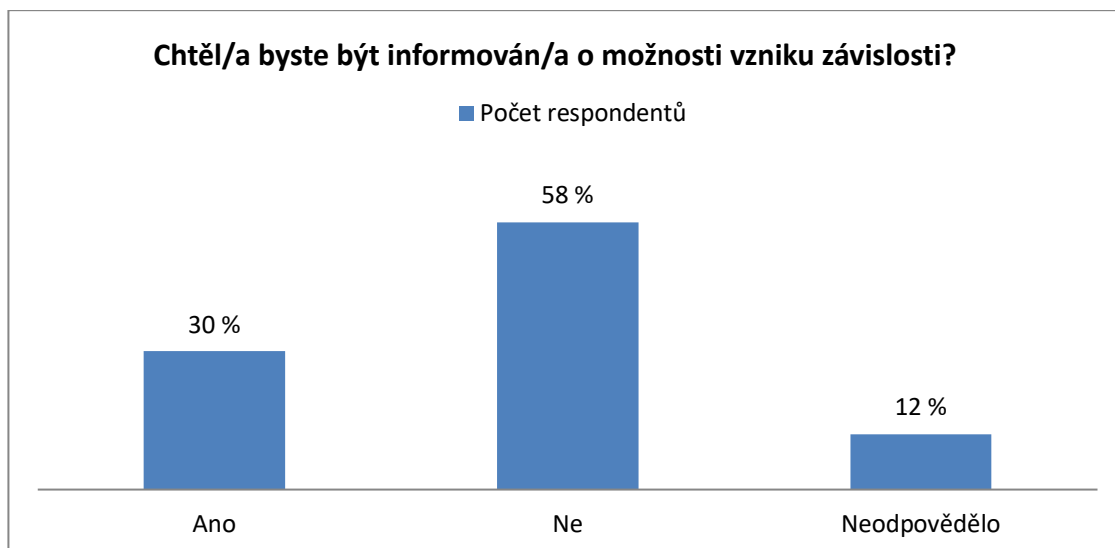
Respondenti, kteří byli informováni o možnosti vzniku závislosti na návykových látkách, dále uváděli, jakou formou se o dané problematice dozvěděli. Výsledky jsou uvedeny v Grafu č. 37. V rámci této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Respondenti se nejčastěji dozvěděli o možnosti vzniku závislosti na návykových látkách od lékaře. Tuto možnost uvedlo 23 (24 %) respondentů, dále 19 (20 %) respondentů uvedlo jako zdroj informací televizi, 16 (17 %) respondentů se o možnosti vzniku závislosti dozvědělo od zdravotního personálu a 11 (11 %) respondentům poskytla informace rodina.

Graf č. 37: Zdroj informací o možnosti vzniku závislosti



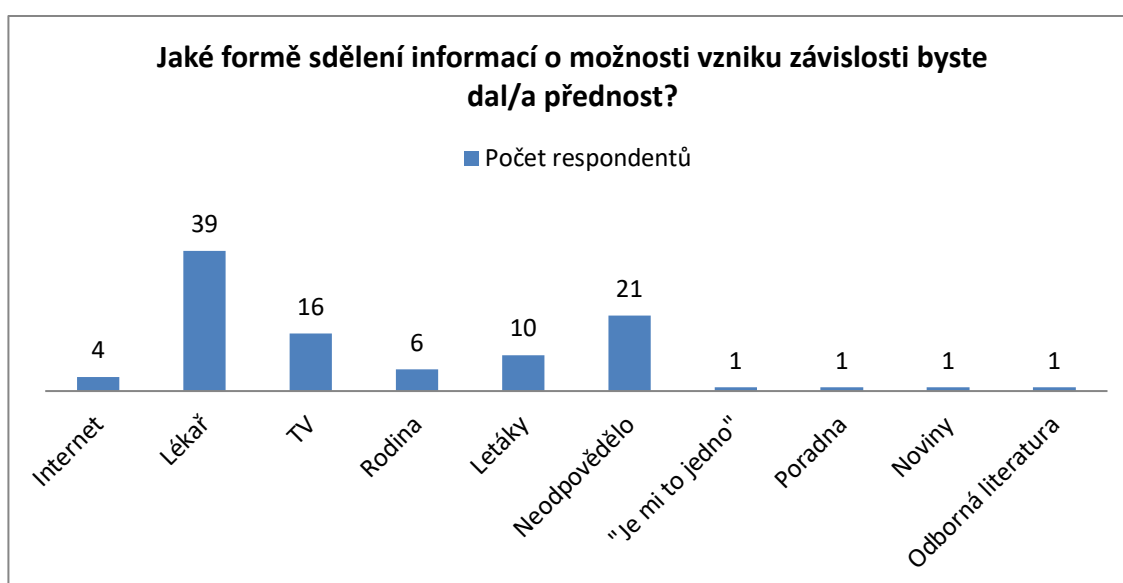
Graf č. 38 znázorňuje zájem respondentů o poskytnutí informací týkajících se dané problematiky. Z grafu je patrný převažující nezáměr respondentů o danou problematiku. Kdy 58 (58 %) respondentů odpovědělo, že nechtějí být o možnosti vzniku závislosti informováni. Zájem o poskytnutí informací uvedlo 30 (30 %) respondentů a 12 (12 %) respondentů na otázku neodpovědělo.

Graf č. 38: Zájem o informace o dané problematice



Nejvíce respondentů preferuje možnost sdělení informací o vzniku závislosti prostřednictvím lékaře, konkrétně tuto možnost uvedlo 39 (39 %) respondentů, dále 16 (16 %) respondentů si zvolilo televizi jako vhodný zdroj informací a 10 (10 %) respondentů preferuje jako zdroj informací letáky. Na tuto otázku neodpovědělo 21 (21 %) respondentů. Jednotlivé výsledky jsou uvedeny v Grafu č. 39.

Graf č. 39: Preference zdroje informací o dané problematice



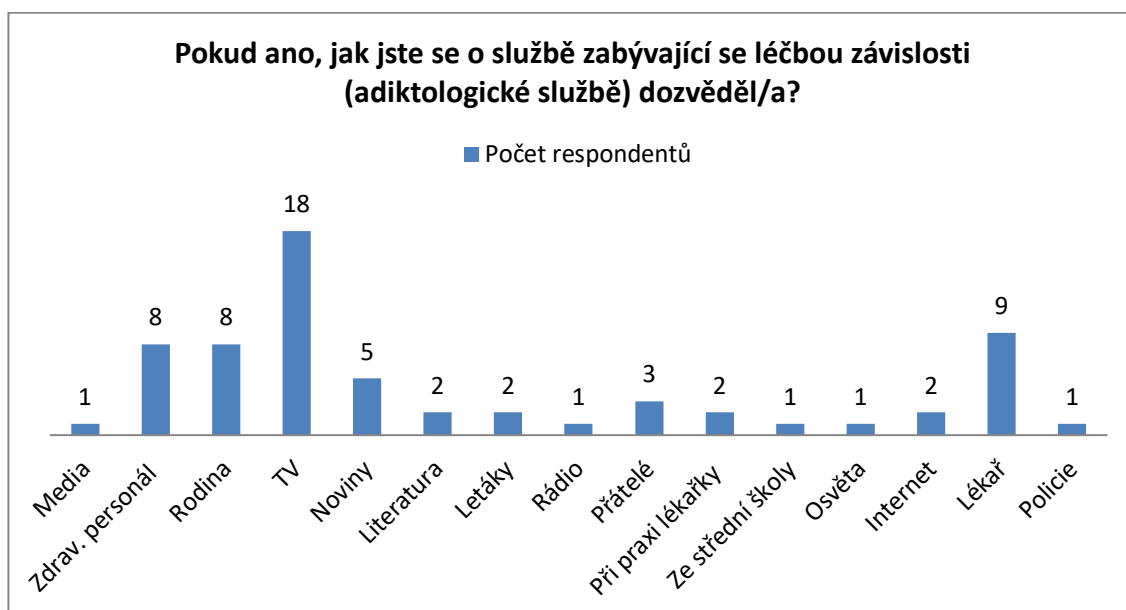
Na základě údajů uvedených v Grafu č. 40 se lze domnívat, že respondenti mají povědomí o existenci adiktologických služeb. Ano odpovědělo 61 (61 %) respondentů, 33 (33 %) odpovědělo ne a 6 (6 %) respondentů na otázku neodpovědělo.

Graf č. 40: Povědomí o existenci adiktologických služeb



Respondenti, kteří věděli o existenci adiktologických služeb, následně uváděli, jak se o jejich existenci dozvěděli. Výsledky jsou zaznamenány v Grafu č. 41. Nejčastěji uvedeným zdrojem informací byla televize, tuto možnost uvedlo 18 (28 %) respondentů. Poté následoval lékař, kterého uvedlo 9 (14 %) respondentů. 8 (12,5 %) respondentů se o existenci adiktologických služeb dozvědělo od zdravotního personálu a stejný počet respondentů, tedy 8 (12,5 %), uvedlo jako zdroj informací rodinu.

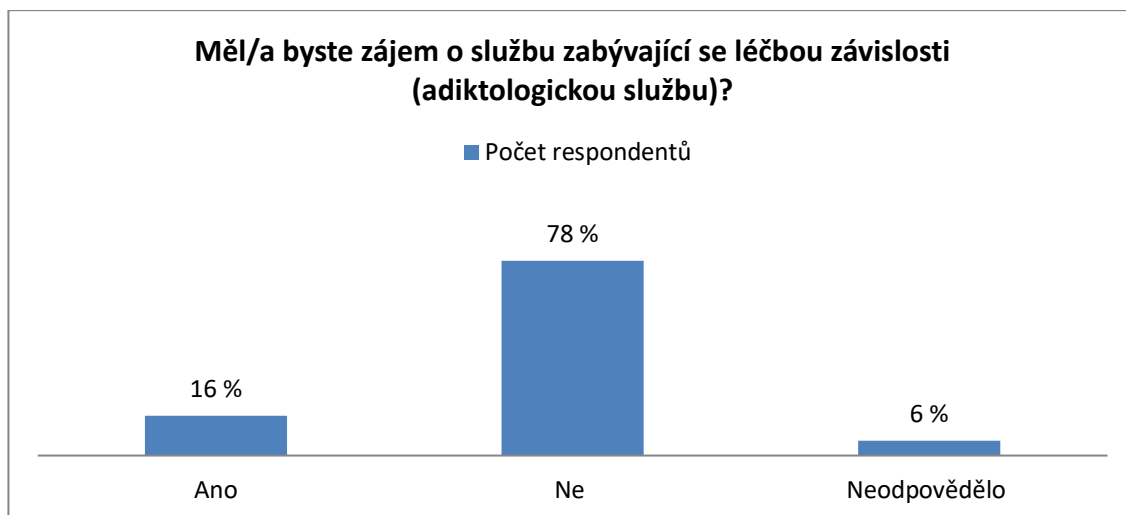
Graf č. 41: Zdroj informací o existenci adiktologických služeb





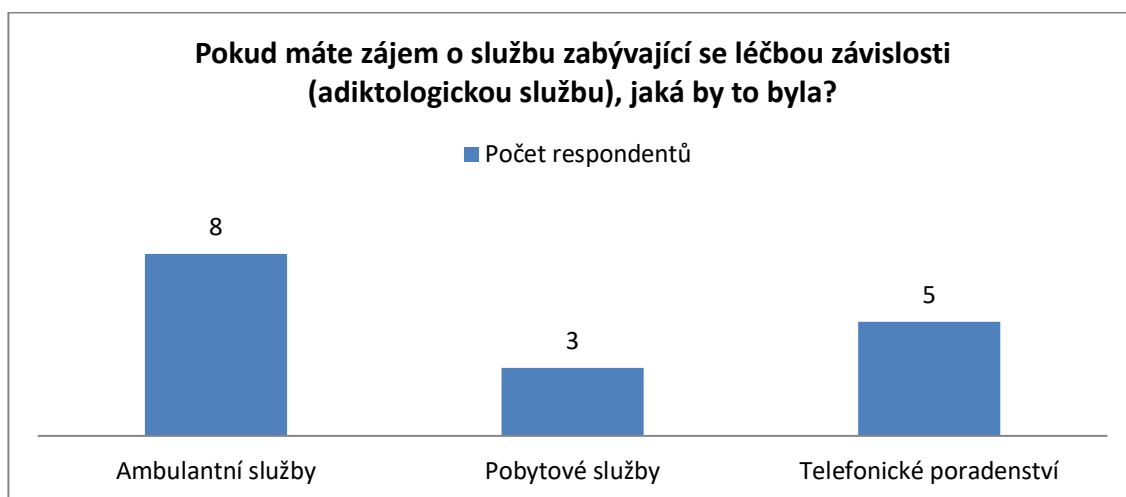
Graf č. 42 prezentuje zájem respondentů o adiktologické služby. Na základě poskytnutých odpovědí lze předpokládat nízký zájem o adiktologické služby mezi respondenty. 78 (78 %) respondentů uvedlo, že nemá zájem a pouze 16 (16 %) respondentů má zájem o adiktologické služby. Na otázku neodpovědělo 6 (6 %) respondentů.

Graf č. 42: Zájem o adiktologické služby



Z 16 (100 %) respondentů, kteří mají zájem o adiktologické služby má 8 (50 %) respondentů zájem o ambulantní služby, 3 (19 %) respondenti o pobytové služby a 5 (31 %) respondentů má zájem o telefonické poradenství. Výsledky jsou uvedeny v následujícím Grafu č. 43.

Graf č. 43: Preferované adiktologické služby



Z grafu je patrný převahující zájem o ambulantní služby. Z 16 respondentů, kteří uvedli zájem o adiktologickou službu má předchozí zkušenost 5 (34 %) respondentů. 2 (12,5 %) respondenti mají zkušenost s ambulantní léčbou, další 2 (12,5 %) respondenti s ústavní léčbou a 1 (6 %) respondent vyhledal pomoc u praktického lékaře.

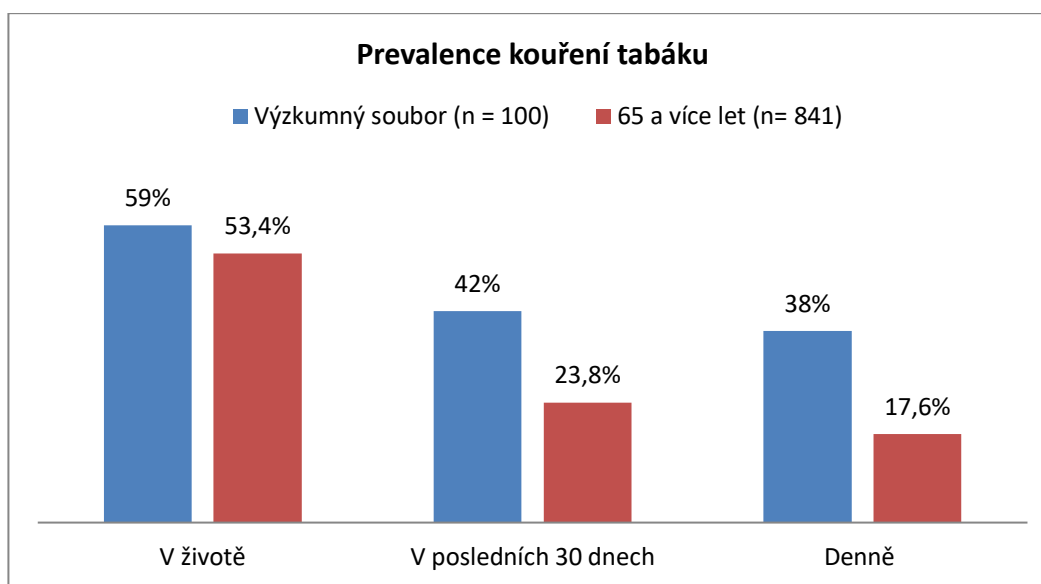
## 6 Diskuze

Získaná data lze porovnat s daty získanými v rámci celopopulační studie s názvem Národní výzkum užívání návykových látek 2020 a to díky skutečnosti, že byl použitý dotazník sestaven za využití dotazníku používaného v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek (NMS, 2016). V rámci tohoto výzkumu odpovídali tedy respondenti na totožně formulované otázky jako obecná populace v rámci celopopulační studie. Výsledky dotazníkového šetření mezi obecnou populací byly získány z periodika Zaostřeno (Chomynová & Mravčík, 2021), které vyšlo v říjnu roku 2021 a kde byly výsledky prezentovány.

Následující část se věnuje porovnání výsledků výzkumu uskutečněného mezi respondenty a mezi obecnou populací. Obecná populace je rozdělena do věkových kategorií od 15 let do 65 a více let. Pro účely porovnání byly zvoleny data z kategorie 65 a více let.

Užívání tabáku je zjevné jak v obecné populaci, tak mezi respondenty. Prevalence kouření tabáku je vyšší mezi respondenty než u obecné populace v kategorii 65 a více let. V denním užívání je u respondentů dvojnásobně vyšší hodnota než u obecné populace. Srovnání je uvedeno v Grafu č. 44.

Graf č. 44: Prevalence kouření tabáku



Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

V rámci výsledků testu Heaviness of Smoking Index nebyly ve výsledcích celopopulační studie uvedeny data k věkové kategorii 65 a více let, výsledky tedy byly porovnány s obecnou populací celkem. Dostupné byly údaje o nejčastěji uváděném počtu vykouřených cigaret denně, a kdy nejčastěji docházelo k zapálení první cigarety v rámci celku. Nejčastěji byl udáván počet 11-20 cigaret denně, což uvedlo 55,8 % a více než 20 cigaret uvedlo 22,1 % (Chomynová & Mravčík, 2021). V případě respondentů byl udáván nejčastěji počet méně než deset cigaret, který uvedlo 18 % respondentů. Počet 11-20

cigaret a více než 20 cigaret uvedlo shodně 10 % respondentů. Počet denně vykouřených cigaret mezi respondenty je tedy nižší než v obecné populaci. Jednotlivá data jsou uvedeny v Tabulce č. 12.

Tabulka č. 12: Počet vykouřených cigaret denně

Počet vykouřených cigaret denně	Výzkumný soubor (n= 100)	Obecná populace (n=3642)
Méně než 10 cigaret	18 %	neuvedeno
11-20 cigaret	10 %	55,8 %
Více než 20 cigaret	10 %	22,1 %

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

V obecné populaci si svoji první cigaretu zapálí nejčastěji do 30 minut po probuzení, konkrétně 61,9 % a do 5 minut od probuzení uvedlo 15,6 % (Chomynová & Mravčík, 2021). Respondenti si nejčastěji zapálí první cigaretu v rozmezí více než 60 minut po probuzení, což uvedlo 15 % respondentů a 14 % respondentů si zapálí první cigaretu do 30 minut po probuzení. V případě respondentů je zapálení první cigarety do 5 minut od probuzení o více jak polovinu nižší v porovnání s obecnou populací, což je znázorněno v Tabulce č. 13.

Tabulka č. 13: Zapálení první cigarety po probuzení

Zapálení první cigarety po probuzení	Výzkumný soubor (n= 100)	Obecná populace (n=3642)
Do 5 minut po probuzení	6 %	15,6 %
Do 30 minut po probuzení	14 %	61,9 %
Více než 60 minut po probuzení	15 %	neuvedeno

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

Užívání tabáku je v obecné populaci i mezi respondenty častější mezi muži. V obecné populaci užívá denně tabák 30,6 % mužů a 14,3 % žen (Chomynová & Mravčík, 2021) a mezi respondenty užívá denně tabák 27 % mužů a 10 % žen. V obou případech patří mezi silnější kuřáky muži.

Tabulka č. 14 prezentuje srovnání prevalence konzumace alkoholu v posledních 12 měsících, posledních 30 dnech, denně nebo téměř denně a denně. Kdy je patrná vyšší míra užívání alkoholu u obecné populace v rozmezí posledních 12 měsíců, 30 dnů a denně nebo téměř denně ale v případě denního užívání je vyšší míra u respondentů. Dále obsahuje data o tzv. binge drinking neboli vypití 5 a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti, zde je v obou případech vyšší míra užívání u respondentů.

Tabulka č. 14: Prevalence konzumace alkoholu

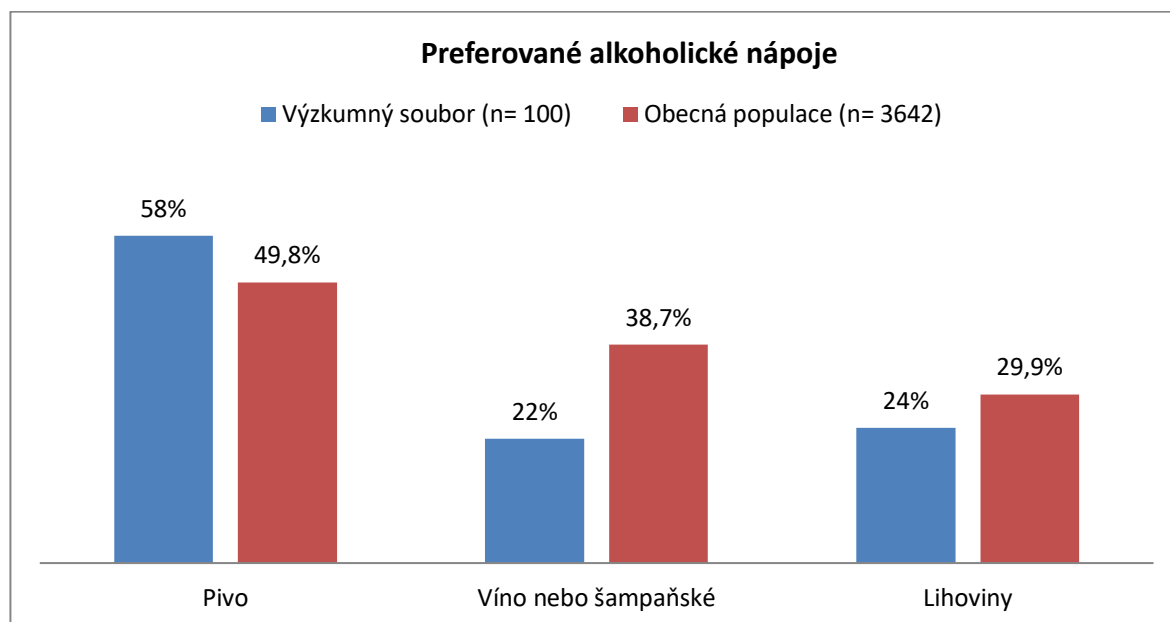
Konzumace alkoholu	Výzkumný soubor (n= 100)	65 a více let (n = 841)
V posledních 12 měsících	64 %	67,3 %
V posledních 30 dnech	47 %	56,5 %
Denně nebo téměř denně	6%	12,5 %
Denně	18 %	6,8 %
Binge drinking alespoň jednou týdně	9 %	7 %
Binge drinking denně nebo téměř denně	5 %	1,1 %

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

Alkohol opět užívá více mužů než žen jak v obecné populaci, tak mezi respondenty. Denně pije alkohol 17,1 % mužů a 3,1 % žen v obecné populaci (Chomynová & Mravčík, 2021) a 15 % mužů a 3 % žen mezi respondenty.

Mezi nejčastěji konzumované alkoholické nápoje v obecné populaci (opět nejsou uvedeny data pro 65 a více let) patří pivo, víno nebo šampaňské a lihoviny. Respondenti uváděli pivo, lihoviny a víno nebo šampaňské. Srovnání je uvedeno v Grafu č. 45. Dle výsledků z obou výzkumů preferují muži pivo a ženy víno nebo šampaňské.

Graf č. 45: Preferované alkoholické nápoje



Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

Při srovnání dat týkajících se rizikového a škodlivého nebo problémového pití alkoholu zjistíme, že respondenti se nachází ve větším riziku než obecná populace. Tato skutečnost je znázorněna v tabulce č. 15.

Tabulka č. 15: CAGE – rizikové užívání alkoholu

Škála CAGE	Výzkumný soubor (n=100)	65 a více let (n=841)
Žádné riziko (0 bodů)	30 %	88,3 %
V riziku (1+ bodů)	34 %	11,7 %
Rizikové pití (1 bod)	13 %	6,3 %
Škodlivé pití (2+ bodů)	21 %	5,4 %

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

Dále můžeme porovnat data zaměřená na užívání psychoaktivních léků. Porovnání prevalence užívání léků v posledních 12 měsících a denně je uvedeno v tabulce č. 16. V obou případech je prevalence vyšší mezi respondenty.

Tabulka č. 16: Prevalence užívání psychoaktivních léků

Léky na uklidnění nebo nespavost	Výzkumný soubor (n= 100)	65 a více let (n=841)
V posledních 12 měsících	44 %	23,7 %
Denně	40 %	10,1 %
Léky na bolest na bázi opiátů		
V posledních 12 měsících	41 %	11,4 %
Denně	27 %	13,6 %

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

Léky na uklidnění nebo nespavost užívá v obecné populaci 7,3 % mužů a 17,6 % žen (Chomynová & Mravčík, 2021). Mezi respondenty užívá tyto léky 12 % mužů a 32% žen. V obou případech užívají léky více ženy než muži.

Léky na bolest na bázi opiátů užívá v obecné populaci 5,7 % mužů a 7,8 % žen (Chomynová & Mravčík, 2021). Z řad respondentů užívá léky na bolest 16 % mužů a 25 % žen. Opět tedy užívají ženy více než muž, jak v obecné populaci, tak mezi respondenty.

V obecné populaci byl nejčastěji z léků na uklidnění nebo nespavost užíván Lexaurin (21,1 %), Neurol (20,9 %), Diazepam (16,6 %), Stilnox (8,6 %) a 6,1 % uvedlo Xanax (Chomynová & Mravčík, 2021). Respondenti uváděli nejčastěji užití Lexaurinu (10 %) a Stilnoxu (10 %), následoval Zolpidem (9 %) a Neurol (8 %), Diazepam (1 %) a Xanax (1 %) byl uveden minimálně oproti obecné populaci.

Z léků na bolest na bázi opiátů byl v obecné populaci nejčastěji uváděn Tramal (40,4 %), Dolsin (12,1 %), Doreta (5,6 %) a 5 % uvedlo Zaldiar (Chomynová & Mravčík, 2021). Respondenti nejčastěji uváděli také Tramal (22 %), poté ale následoval Zaldiar (11 %) a následně Doreta (4 %).

Nejčastější způsob opatřování psychoaktivních léků je mezi respondenty a obecnou populací stejný, konkrétně získání v lékárně na lékařský předpis. Tímto způsobem získává léky na uklidnění nebo nespavost v obecné populaci v kategorii 65 a více let 92,5 % a léky na bolest na bázi opiátů 93,8 % (Chomynová & Mravčík, 2021). V případě respondentů se jedná o 38 % u léků na uklidnění nebo nespavost a 42 % u léků na bolest. Problémové užívání psychoaktivních léků se odhaduje dle doby užívání léků – užívání déle než 6 týdnů, užívání léků v rozporu s doporučením lékaře (nedodržení dávkování, kombinování s alkoholem) a získání léků jinak než na lékařský předpis. V této oblasti se respondenti chovají rizikověji než zástupci obecné populace. Srovnání na základě těchto údajů je uvedeno v tabulce č. 17.

Tabulka č. 17: Problémové užívání psychoaktivních léků

<b>Léky na uklidnění nebo nespavost</b>	Výzkumný soubor (n= 100)	65 a více let (n=841)
Užívání po dobu delší než 6 týdnů	44 %	23,2 %
Užívání mimo doporučení lékaře	12 %	3 %
Získání bez lékařského předpisu	18 %	1,8 %
<b>Léky na bolest na bázi opiátů</b>		
Užívání po dobu delší než 6 týdnů	41 %	10,5 %
Užívání mimo doporučení lékaře	10 %	1,8 %
Získání bez lékařského předpisu	13 %	0,7 %

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

Srovnání prevalence užívání konopí mezi respondenty a obecnou populací je uveden v tabulce č. 18. U respondentů je patrná vyšší celoživotní prevalence užití konopí ale na rozdíl od obecné populace, žádný z respondentů neužil konopí v posledních 12 měsících či posledních 30 dnech.

Tabulka č. 18: Prevalence užívání konopí

Rekreační užívání konopí	Výzkumný soubor (n= 100)	65 a více let (n=841)
V životě	8 %	4,3 %
V posledních 12 měsících	0 %	0,5 %
V posledních 30 dnech	0 %	0,2 %

Zdroj dat: výzkum v rámci diplomové práce, Národní výzkum užívání návykových látek 2020 (Chomynová & Mravčík, 2021)

## 7 Závěr

V následující části diplomové práce budou zodpovězeny výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumu.

### **Výzkumná otázka: Jaké návykové látky a jakým způsobem senioři užívají?**

Nejčastěji užívanou návykovou látkou mezi respondenty byl alkohol. Zkušenost s alkoholem uvedlo 90 (90 %) respondentů. Z celkového počtu uvedlo užívání alkoholu v posledních 12 měsících 64 (64 %) respondentů a v posledních 30 dnech 47 (47 %) respondentů a následně 18 (18 %) respondentů pilo alkohol každý den. Mezi nejčastěji konzumované alkoholické nápoje patří pivo, které preferuje 58 (58 %) respondentů, poté byly uváděny 24 (24 %) respondenty destiláty a následně uvedlo 22 (22 %) respondentů víno, šampaňské nebo portské.

Jedním ze způsobů užívání alkoholu je tzv. binge drinking, kdy jedinec vypije při jedné příležitosti 5 a více sklenic alkoholického nápoje. Tento způsob konzumace alkoholu je rizikový a může vést k zdravotním komplikacím způsobenými pády, které jsou pro seniora velmi rizikové. Značně rizikový způsob konzumace alkoholu uvedlo 5 (5 %) respondentů, kteří vypili 5 a více sklenic každý den nebo téměř každý den, následovalo 6 (6 %) respondentů, kteří pijí několikrát týdně a jednou nebo dvakrát týdně pije 5 a více sklenic alkoholu 9 (9 %) respondentů. Několikrát za měsíc vypije 5 a více sklenic 5 (5 %) respondentů, jednou za měsíc 4 (4 %) respondenti, méně často než jednou měsíčně uvedlo 9 (9 %) respondentů a nikdy uvedla značná část respondentů, konkrétně 26 (26 %) respondentů. Na základě získaných dat lze usuzovat, že značná část respondentů pije alkohol rizikovým způsobem.

Další způsob jak zhodnotit užívání alkoholu u respondentů je v rámci dotazníku CAGE, který se zaměřuje na riziko vzniku závislosti na alkoholu. Značný počet respondentů se nenachází v riziku ohrožení, konkrétně se jedná o 30 (30 %) respondentů. Důkaz ohrožení jeví 13 (13 %) a můžeme u nich předpokládat riziko vzniku závislosti. V případě 11 (11 %) respondentů by se již mohlo jednat o závislost a u 10 (10 %) respondentů je vysoká míra pravděpodobnosti, že se jedná o závislost. Rizikové pití se tedy týká 13 (13 %) respondentů a škodlivé pití alkoholu 21 (21 %) respondentů.

V průběhu posledních 12 měsíců užívalo 16 (16 %) respondentů alkohol způsobem, který měl více než jednu dopad na jejich rodinný život či manželství, 2 (2 %) respondenti pocítili dopad jednou a 46 (46 %) respondentů nikdy. Lze tedy říci, že jedna třetina respondentů, užívá alkohol způsobem, který ovlivňuje jejich rodinný či manželský život.

V průběhu posledních 12 měsíců užívalo 13 (13 %) respondentů v souvislosti s pitím alkoholu pocítilo více než jednu poškození přátelských vztahů nebo sociálního života, 2 (2 %) respondenti toto poškození vnímali jednou a 49 (49 %) respondentů nikdy.

V souvislosti s užíváním alkoholu se opakovaně agresivně chovalo 5 (5 %) respondentů, 1 (1 %) respondent pocítoval tento druh chování jednou a 58 (58 %) respondentů nikdy. Dále problémy se zákonem jako důsledek pití měli více než jednou 3 (3 %) respondenti, jednou 2 (2 %) respondenti a nikdy 59 (59 %) respondentů. Na základě

těchto dat lze usuzovat, že způsob užívání alkoholu a následné důsledky se u respondentů projevují v agresivním chování a problémech se zákonem v menší míře.

Naopak pití alkoholu ovlivňuje respondenty po zdravotní stránce. Zdravotní problémy jednou v průběhu posledních 12 měsíců udává 11 (11 %) respondentů, více než jednou 17 respondentů (17 %) a nikdy 36 (36 %). Můžeme tedy říci, že způsob užívání alkoholu vedl u více jak poloviny respondentů ke zdravotním problémům.

Vliv užívání alkoholu na finance uvedli jednou 3 (3 %) respondenti, více než jednou 10 (10 %) respondentů a nikdy 51 (51 %) respondentů. Dopady na finance nejsou tedy tak značné jako v případě zdravotního stavu.

Další užívanou návykovou látkou jsou léky na uklidnění nebo nespavost. Zkušenost s těmito léky má 49 (49 %) respondentů. V posledních 30 dnech užívá léky na uklidnění nebo nespavost 43 (43 %) respondentů a denní užívání uvedlo 40 (40 %) respondentů.

Nejčastěji se jedná o tyto léky: Lexaurin (10 %), Stilnox (10 %), Zolpidem (9 %), Neurol 8 (8 %) a Hypnogen (5 %). Současné užívání léků na uklidnění a léků na nespavost uvedlo 11 (11 %) respondentů.

Problémové užívání léků na uklidnění nebo nespavost zahrnuje užívání léků delší dobu a neužívání léků podle doporučení lékaře. Všichni respondenti užívající léky na uklidnění nebo nespavost užívají léky dlouhodobě, v délce do 12 měsíců užívají tyto léky pouze 2 (2 %) respondenti. Užívání léků proti doporučení lékaře uvedlo 12 (12 %) respondentů. Všichni respondenti, kteří užívají léky na uklidnění nebo nespavost užívají léky dlouhodobě, což je značně rizikové. Z toho u 12 (12 %) respondentů je vyšší riziko způsobené užíváním léků proti doporučení lékaře.

Kromě léků na uklidnění nebo nespavost užívají respondenti léky na bolest na bázi opiátů. Zkušenost s těmito léky má 52 (52 %). V posledních 30 dnech užilo léky na bolest 38 (38 %) respondentů. Denní užívání uvedlo 27 (27 %) respondentů. Nejčastěji se jedná o tyto léky: Tramal (22 %), Zaldiar (11 %) a Doreta (4 %).

Problémové užívání léků na bolest na bázi opiátů zahrnuje stejně jako u léků na uklidnění nebo nespavost delší dobu užívání a neužívání léků podle doporučení lékaře. Všichni respondenti, kteří užívají léky na bolest, uvedli dlouhodobé užívání. Pouze jeden respondent uvedl užívání v rozmezí do 12 měsíců, i tak se ale jedná o dlouhodobé užívání. Užívání léků v rozporu s doporučením lékaře uvedlo 10 (10 %) respondentů. Můžeme tedy říci, že i v případě léků na bolest na bázi opiátů dochází mezi respondenty k rizikovému užívání.

Mezi užívané návykové látky dále patří tabák. Zkušenost s tabákem uvedlo 59 (59 %) respondentů. V posledním roce užilo tabák 42 (42 %) respondentů a denní užívání uvedlo 38 (38 %) respondentů.

Nejvíce respondentů kouří méně než 10 cigaret denně, konkrétně se jedná o 20 (20 %) respondentů. První cigaretu si nejvíce respondentů zapálí více než 60 minut pro probuzení, a sice 16 (16 %) respondentů. Po následném vyhodnocení Heaviness of Smoking Index může říci, že 12 (12 %) respondentů je bez rizika závislosti na nikotinu,



velmi nízké riziko je patrné u 8 (8 %) respondentů, nízké až střední riziko závislosti je u 9 (9 %) respondentů, středně těžké riziko závislosti se projevilo u 7 (7 %) respondentů a 4 (4 %) respondenti jsou v kategorii vysokého rizika závislosti. Více jak polovina respondentů se nachází v nějakém stupni rizika závislosti na tabáku.

Poslední návyková látka, s kterou mají respondenti zkušenosti je konopí. Životní prevalenci uvedlo 8 (8 %) respondentů a 92 (92 %) respondentů konopí nikdy neužilo. Z těchto 8 (8 %) respondentů uvedlo 7 (7 %) respondentů užívání konopí formou kouření a 1 (1 %) respondent užíval prostřednictvím jídla a pití.

### **Výzkumná otázka: Jak si senioři opatřují návykové látky?**

Tabák a alkohol si respondenti opatřují nejčastěji nákupem v obchodě, darování od jiné osoby, nákupem od jiné osoby, nákupem přes internet a zprostředkovaně od personálu domácí péče.

Léky na uklidnění nebo nespavost si respondenti nejčastěji opatřují v lékárně na lékařský předpis, další nečastější možnost, kterou respondenti uváděli, byla dostat/a jsem od personálu. Další opatření byl nákup v lékárně bez předpisu lékaře, darování od jiné osoby a nákup v obchodě. V případě léků na bolest na bázi opiátu byl stejný nejčastější způsob opatření, a sice získání v lékárně na lékařský předpis a dostat/a jsem od personálu. Poté následovalo darování od jiné osoby, nákup v lékárně bez lékařského předpisu, koupě od jiné osoby a nákup v obchodě. Přestože si respondenti nejčastěji opatřují psychoaktivní léky na lékařský předpis, je patrné, že volí i jiný způsob, který je ale vnímán jako rizikový.

Konopí respondenti nejčastěji dostali od jiné osoby. Další způsob byl nákup od jiné osoby a jiný způsob, který ale respondent blíže nespecifikoval.

### **Výzkumná otázka: Kdy začali senioři návykové látky užívat?**

Tabák začali respondenti užívat nejčastěji v mladém věku v rozmezí 12 až 20 let – 31 (31 %) respondentů a v rozmezí 21 až 30 let – 9 (9 %) respondentů. V pozdějším věku začali kouřit 2 (2 %) respondenti a to ve věku 40 a 60 let.

Alkohol začali respondenti užívat nejčastěji také v mladém věku, konkrétně se jedná o rozmezí 15 až 20 let, které uvedlo 52 (52 %) respondentů a v rozmezí 21 až 30 let začalo konzumovat alkohol 10 (10 %) respondentů. Pití alkoholu v starším věku uvedli 2 (2 %) respondenti, kdy se jednalo o věk 60 a 70 let.

Tabák a alkohol začínají respondenti užívat v mladém věku, začátek užívání v pozdním věku je spíše minimální.

Léky na uklidnění nebo nespavost začínají respondenti užívat naopak v pozdním věku. Nejvíce respondentů uvádělo věk v rozmezí 61 až 70 let – 15 (15 %) respondentů a 71 až 80 let – 12 (12 %) respondentů. Nejmladší věk, ve kterém začali respondenti užívat léky, byl v rozmezí 40 až 50 let – 4 (4 %) respondenti a nejstarší 91 až 97 let, který uvedli 3 (3 %) respondenti.

Léky na bolest na bázi opiátů začali respondenti užívat nejčastěji také v rozmezí 61 až 70 let – 12 (12 %) respondentů a 71 až 80 let – 9 (9 %) respondentů. Nejmladší věk

začátku užívání léků byl v tomto případě v rozmezí 36 až 40 let a uvedli ho 2 (2 %) respondenti a nejstarší v rozmezí 91 až 95 – 1 (1 %) respondent.

V případě psychoaktivních látek je oproti tabáku a alkoholu typický pozdní začátek užívání. Léky na bolest na bázi opiátů začali respondenti užívat nejdříve od 36 let. Léky na uklidnění nebo nespavost začali respondenti užívat o pár let později, sice od 40 let.

Konopí začali respondenti užívat v různém věku. 3 (3 %) respondenti uvedli první zkušenost s konopím v rozmezí 17 až 30 let, 3 (3 %) respondenti poprvé užíli v rozmezí 48 až 67 let a 2 (2 %) respondenti si věk nepamatují. Můžeme tedy říci, že v případě konopí je první užití konopí shodné v mladém i pozdním věku.

### **Výzkumná otázka: Jaká je informovanost seniorů o dané problematice a o adiktologických službách, na které se v případě potřeby mohou obrátit?**

Většina respondentů byla informovaná o riziku vzniku závislosti na tabáku, alkoholu, lécích a konopí. Pouze 16 (16 %) respondentů nebylo informováno a 4 (4 %) respondenti neodpověděli. Nejčastější zdroj informací o závislosti byl lékař, televize, zdravotní personál a rodina. Zájem o dané informace uvedlo pouze 30 (30 %) respondentů, převažuje tedy nezájem o informace a 12 (12 %) respondentů neodpovědělo. V případě zájmu o informace preferují respondenti jako zdroj informací lékaře – 39 (39 %) respondentů. Lékař se tedy jeví jako nejlepší způsob předání informací respondentům, může pro ně představovat bezpečnou a důvěryhodnou osobu, zároveň je to osoba, s kterou přicházejí senioři často do kontaktu. Vhodné se jeví provádět screeningové vyšetření a krátkou intervenci.

Povědomí o možnosti vzniku závislosti na psychoaktivních lécích není tak časté jako v případě alkoholu či tabáku. O riziku vzniku závislostí ví 49 (49 %) respondentů a 14 (14 %) respondentů o tomto riziku neví. Jeví se tedy jako vhodné, poskytnout respondentům informace o možném riziku vzniku závislosti.

O existenci adiktologických služeb ví značná část respondentů – 61 (61 %) respondentů, 33 (33 %) respondentů o existenci adiktologických služeb neví a 6 (6 %) respondentů neodpovědělo. Nejčastějším zdrojem informací v tomto případě je televize a až poté lékař, zdravotní personál a rodina. Televize by tedy mohla být i nadále využívána jako zdroj informací společně s lékařem.

Zájem o adiktologické služby uvedlo 16 (16 %) respondentů. Ambulantní služby preferovalo 8 (8 %) respondentů, 5 (5 %) zvolilo telefonické poradenství a 3 (3 %) respondenti mají zájem o pobytové služby.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat a popsat vzorce užívání návykových látek u seniorů, kteří využívají sociální služby, konkrétně domovy pro seniory a pečovatelské služby, ve Středočeském kraji. Využit byl dotazník, který byl sestaven za využití dotazníku používaného v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek (NMS, 2016). Pro účely této práce byl dotazník zkrácen a upraven.

Konkrétní domovy pro seniory a pečovatelské služby byly do výzkumu vybrány náhodně. Nejprve byly losem vybrány 3 okresy a následně z každého okresu opět losem zvoleny 3 domovy pro seniory a 3 pečovatelské služby. Z oslovených služeb 1 služba

odmítla spolupráci. Předpokládaná velikost výzkumného souboru byla minimálně 90 respondentů. Konečná velikost výzkumného souboru byla 100 respondentů.

Z výsledků vyplývá, že senioři užívají nejčastěji alkohol, psychoaktivní léky a tabák. Z ostatních návykových látek mají zkušenost pouze s konopím, jiné návykové látky nebyly uvedeny. V případě tabáku je vyšší míra prevalence kouření u respondentů než u obecné populace v kategorii 65 a více let. Naopak míra ohrožení rizikem vzniku závislosti na nikotinu je u respondentů nižší než v obecné populaci (v tomto případě nebyla uvedena data v obecné populaci v kategorii 65 a více let, bylo tedy porovnáno s celkovou obecnou populací). Prevalence alkoholu je vyšší v obecné populaci v kategorii 65 a více let, kromě denního užívání kde je vyšší míra užívání patrná u respondentů. Nejčastěji konzumovaným alkoholickým nápojem je pivo, které preferují muži, ženy upřednostňují víno. Alkohol pijí více muži než ženy. Míra nárazového pití alkoholu je vyšší u respondentů, zároveň jsou respondenti více ohroženi rizikem závislosti na alkoholu dle výsledků škály CAGE. Prevalence užívání psychoaktivních léků je vyšší u respondentů než u obecné populace 65 a více let. Nejčastěji užívaným lékem na uklidnění nebo nespavost je Lexaurin a Stilnox a na bolest na bázi opiátů Tramal. Problémové užívání psychoaktivních léků je vyšší u respondentů. Psychoaktivní léky užívají více ženy než muži. Životní prevalence užívání konopí je vyšší u respondentů, ale v případě užívání v období posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je vyšší u obecné populace 65 a více let. Respondenti mají z větší části povědomí o riziku vzniku závislosti na návykových látkách a o existenci adiktologických služeb. Mezi nejčastější zdroje informací patří lékař, televize, zdravotní personál a rodina. Zájem o poskytování informací o dané problematice a o dané služby je mezi respondenty spíše nižší.

Tato diplomová práce přibližuje užívání návykových látek mezi seniory využívající sociální služby ve Středočeském kraji. Popisuje míru a vzorce užívání alkoholu, tabáku, psychoaktivních léků a konopí. Zaměřuje se také na informovanost o dané problematice a zájem seniorů o toto téma a služby. Jako vhodné se jeví mapovat užívání návykových látek u seniorů, u kterých lze předpokládat zvyšující se nárůst. K tomuto předpokladu přispívá stárnutí populace a s tím spojené stárnutí uživatelů návykových látek a zároveň i skutečnost, že senioři užívají návykové látky a jsou v ohrožení rizika vzniku závislosti.

Z důvodu stárnutí uživatelů návykových látek a ohrožení vzniku závislosti u seniorů je nezbytné v adiktologických službách počítat s případným zvýšením počtu klientů seniorského věku. Zapomínat by se nemělo na specifické potřeby seniorů, které jsou odlišné od mladší populace. V případě sociálních služeb lze předpokládat nárůst počtu klientů s adiktologickou problematikou, z toho důvodu je nezbytná odborná erudice personálu.

Senioři mají povědomí o dané problematice. Zájem o informace vztahujících se k užívání návykových látek a zájem o adiktologické služby je spíše malý. V této souvislosti by bylo vhodné zmapovat, proč tomu tak je a jaký je důvod nezájmu. Následně z toho vycházet a případně upravit poskytování informací a služby, aby byly pro seniory přijatelné.

## 8 Seznam použitých zdrojů

Adameček, D. et al. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Bártová, A. (2011). *Problematika zneužívání léků a návykových látek ve stáří*. (Diplomová práce). Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/741/>

Bye, E. K., & Rossow, I. (2017). Concomitant alcohol and sedative-hypnotic drug use among the elderly in Normay. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 18-27. Dostupné z <https://doi.org/10.1177/1455072516683896>

CDC. (2020). *Binge drinking*. Dostupné z <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>

Čevela, R., Kalvach, Z. & Čeledová L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing a.s.

ČSÚ. (2019). *Senioři*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

ČSÚ. (2022). *Senioři v ČR v datech 2021*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2021>

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing a.s.

EMCDDA. (2008). *Užívání návykových látek u starších dospělých a seniorů: opomíjený problém*. Lisabon: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Dostupné z <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html>

EMCDDA. (2010). *Treatment and Care for Older Drug Users*. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug, Selected isme. Dostupné z [http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/older-drug-users\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/older-drug-users_en)

EMCDDA. (2022). *Evropská zpráva o drogách 2022: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. Dostupné z [https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en)

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Hategan, A. et al. (2018). *Geriatric Psychiatric Study Guide: Mastering the Competencies*. Springer.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Chalany, J. (2014). Závislost na zolpidemu u seniorů. *Česká a slovenská psychiatrie* 2014, 110(6), 311-316. Dostupné z [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_6\\_311\\_316.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_6_311_316.pdf)

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J. & Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Chomynová, P., & Mravčík, V. (2021). Národní výzkum užívání návykových látek 2020, *Zaostřeno* 7, (5). Praha: Úřad vlády České republiky.

Janíková, B., & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020, *Zaostřeno* 7, (3). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. et al. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.

Klevetová, D. & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada.

Klinika adiktologie (2019). *Screeningový dotazník CAGE*. Dostupné z <https://www.adiktologie.cz/screeningovy-dotaznik-cage>

Kozáková, Z. & Müller, O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Krombholz, R. & Drástová, H. (2010). Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi*, 11(3), 95-98. Dostupné z [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201003-0002\\_Zavislosti\\_a\\_stari.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201003-0002_Zavislosti_a_stari.php)

Langmeier, J. & Krejčíková, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s.

Libra, J. et al. (2015). *Standardy odborné způsobilosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.

- Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Matoušek, O. et al. (2007). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Miovský, M. et al. (2014). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z.,...Vopravil, J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z.,...Fidesová, H. (2021a). *Zpráva o alkoholu v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Grolmusová, L.,...Nechanská, B. (2021b). *Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z.,...Fidesová, H. (2021c). *Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mühlpachr, P. (2009). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita
- NMS. (2016). Národní výzkum užívání návykových látek 2016. [Online]. In *Vláda České republiky*. Dostupné z [https://zakazky.vlada.cz/document\\_2687/5175b4d8f0e9fd86-gps-2016\\_dotaznik\\_verze-final-pro-zd-pdf](https://zakazky.vlada.cz/document_2687/5175b4d8f0e9fd86-gps-2016_dotaznik_verze-final-pro-zd-pdf)
- Nechanská, B., Nečas, V. & Mravčík, V. (2013). *Sčítání adiktologických služeb 2012. Zaostřeno na drogy*, (5). Praha: Úřad vlády České republiky
- Nechanská, B. (2016). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2015*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z

[https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2016\\_08\\_NRLUD\\_Lecba\\_uzivatelu\\_drug\\_2015.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2016_08_NRLUD_Lecba_uzivatelu_drug_2015.pdf)

Nechanská, B. (2017). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2016*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2017\\_03\\_NRLUD\\_Lecba\\_uzivatelu\\_drug\\_2016.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2017_03_NRLUD_Lecba_uzivatelu_drug_2016.pdf)

Nechanská, B. (2018). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2018\\_02\\_NRLUD\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_02_NRLUD_2017.pdf)

Nechanská, B. (2019). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008270/ai-2019-03-nrlud.pdf>

Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R. & Bártová, A. (2012). *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1630/321/Uzivani\\_drog\\_ve\\_skupinach\\_s\\_obtiznym\\_pristupem\\_k\\_drogovym\\_sluzbam\\_v\\_CR.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1630/321/Uzivani_drog_ve_skupinach_s_obtiznym_pristupem_k_drogovym_sluzbam_v_CR.pdf)

Ptáčková, H., Ptáček, R. et al. (2021). *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.

Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Saberi, M., FaniSaberi L, Mousavinasab N, Zarghami M, Taraghi Z. Substance Use Disorders in the Elderly People Referring to Addiction Treatment Clinics, 2017. *Iran Journal Health Sciences*. 2018; 6 (2) :31-40. Dostupné z <http://jhs.mazums.ac.ir/article-1-557-en.html>

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLSJEP, (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 420-427.

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

Šejda, J., Šmerhovský, Z., & Göpfertová, D. (2005). *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. Praha: Grada.

Štyglerová, T., Němečková, M., & Šimek M. (2014). *Stárnutí se nevyhneme*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>

ÚZIS. (2016). *Zdravotnická ročenka České republiky 2015*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2015.pdf>

ÚZIS. (2017). *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2016.pdf>

ÚZIS. (2018). *Zdravotnická ročenka České republiky 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz_2017.pdf)

ÚZIS. (2019). *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz2018.pdf>

ÚZIS. (2020). *Zdravotnická ročenka České republiky 2019*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008381/zdroccz2019.pdf>

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing a.s.

West, R. & Shiffman, S. (2016). *Fast facts: smoking Cessation*. UK: Health press.

WHO (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupné z <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe.-20122020>



Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách

Zákon č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

## 9 Přílohy

### 9.1 Seznam tabulek a grafů

#### Tabulky

Tabulka č. 1: Změny ve stáří .....	3
Tabulka č. 2: Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech.....	6
Tabulka č. 3: Pacienti ve věku 65 a více let užívající psychoaktivní látky evidovaní v ambulantních psychiatrických zařízeních.....	10-11
Tabulka č. 4: Rozdělení respondentů podle věku.....	18
Tabulka č. 5 : Míra užívání tabáku dle pohlaví.....	24
Tabulka č. 6: Počet denně vykouřených cigaret a zapálení první cigarety dle pohlaví.....	27
Tabulka č. 7: Míra užívání alkoholu dle pohlaví.....	28
Tabulka č. 8: Užívání léků na uklidnění nebo nespavost dle pohlaví.....	35
Tabulka č. 9: Začátek užívání léků na uklidnění nebo nespavost.....	36
Tabulka č. 10: Užívání léků na bolest na bázi opiátů dle pohlaví.....	40
Tabulka č. 11: Začátek užívání léků na bolest na bázi opiátů.....	41
Tabulka č. 12: Počet vykouřených cigaret denně.....	51
Tabulka č. 13: Zapálení první cigarety po probuzení.....	51
Tabulka č. 14: Prevalence konzumace alkoholu.....	52
Tabulka č. 15: CAGE – rizikové užívání alkoholu.....	53
Tabulka č. 16: Prevalence užívání psychoaktivních léků.....	53
Tabulka č. 17: Problémové užívání psychoaktivních léků.....	54
Tabulka č. 18: Prevalence užívání konopí.....	54

#### Grafy

Graf č. 1: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v Evropě v letech 2000 a 2018.....	5
--	---

Graf č. 2: Míra užívání tabákových výrobků.....	23
Graf č. 3: Opatřování tabákových výrobků.....	24
Graf č. 4: Množství vykouřených cigaret za den.....	25
Graf č. 5: Zapálení první cigarety po probuzení.....	26
Graf č. 6: Výsledky v Heaviness of Smoking Index .....	26
Graf č. 7: Míra užívání alkoholu.....	27
Graf č. 8: Opatřování alkoholu.....	28
Graf č. 9: Druhy konzumovaného alkoholického nápoje.....	29
Graf č. 10: Užívání alkoholického nápoje dle pohlaví.....	29
Graf č. 11: Výskyt nárazového pití.....	30
Graf č. 12: Nárazové pití dle věkových kategorií.....	30
Graf č. 13: Výsledky v rámci dotazníku CAGE.....	31
Graf č. 14: Vliv pití alkoholu na rodinný život nebo manželství.....	31
Graf č. 15: Vliv pití alkoholu na přátelské vztahy a sociální život.....	32
Graf č. 16: Agresivní chování ve spojitosti s alkoholem.....	32
Graf č. 17: Problémy se zákonem ve spojitosti s pitím alkoholu.....	33
Graf č. 18: Dopady pití alkoholu na zdraví.....	33
Graf č. 19: Dopady pití alkoholu na finance.....	34
Graf č. 20: Zkušenost s léčbou nebo odbornou pomocí v souvislosti s alkoholem.....	34
Graf č. 21: Míra užívání léků na uklidnění nebo nespavost.....	35
Graf č. 22: Opatřování léků na uklidnění nebo nespavost.....	36
Graf č. 23: Délka užívání léků na uklidnění nebo nespavost.....	37
Graf č. 24: Zástupci užívaných léků na uklidnění nebo nespavost.....	38
Graf č. 25: Užívané kombinace léků na uklidnění a nespavost.....	38
Graf č. 26: Dodržování doporučení lékaře v souvislosti s užíváním léků na uklidnění nebo nespavost.....	39
Graf č. 27: Míra užívání léků na bolest na bázi opiátů.....	39

Graf č. 28: Opatřování léků na bolest na bázi opiátů.....	40
Graf č. 29: Užívání zástupci léků na bolest na bázi opiátů.....	41
Graf č. 30: Dodržování doporučení lékaře v souvislosti s užíváním léků na bolest na bázi opiátů.....	42
Graf č. 31: Délka užívání léků na bolest na bázi opiátů.....	42
Graf č. 32: Informovanost o riziku vzniku závislosti na lécích.....	43
Graf č. 33: Užívání léků proti doporučení lékaře i přes vědomí o riziku vzniku závislosti.....	43
Graf č. 34: Prevalence užívání konopí.....	44
Graf č. 35: Opatřování konopí.....	45
Graf č. 36: Informování o riziku vzniku závislosti.....	46
Graf č. 37: Zdroj informací o možnosti vzniku závislosti.....	46
Graf č. 38: Zájem o informace o dané problematice.....	47
Graf č. 39: Preference zdroje informací o dané problematice.....	47
Graf č. 40: Povědomí o existenci adiktologických služeb.....	48
Graf č. 41: Zdroj informací o existenci adiktologických služeb.....	48
Graf č. 42: Zájem o adiktologické služby.....	49
Graf č. 43: Preferované adiktologické služby.....	49
Graf č. 44: Prevalence kouření tabáku.....	50
Graf č. 45: Preferované alkoholické nápoje.....	52

## 9.2 Dotazník

### Užívání návykových látek u seniorů využívající sociální služby ve Středočeském kraji

Vážená paní, vážený pane

mé jméno je Markéta Bolková a studuji navazující magisterský obor Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o několik minut Vašeho drahocenného času, který byste věnoval/a zapojení do výzkumu realizovaného v rámci mé diplomové práce. Cílem práce je zmapovat a popsat vzorce užívání návykových látek u seniorů využívající sociální služby ve Středočeském kraji. Dotazník je anonymní, neobsahuje otázky, které by Vás mohly jakkoli identifikovat. Účast je zcela dobrovolná a můžete kdykoliv odstoupit z výzkumu bez udání důvodů. Data budou souhrnně použita pro zpracování diplomové práce s výše uvedeným názvem. Ráda Vám zodpovím jakékoliv dotazy prostřednictvím e-mailu [marketa.bolkova@seznam.cz](mailto:marketa.bolkova@seznam.cz) nebo telefonního čísla +420 724 880 465. Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

#### Demografické údaje

1. Věk

.....

2. Pohlaví

Muž

Žena

#### Návykové látky

3. Jaké návykové látky užíváte? Označte křížkem

	Denně	6-4x v týdnu	3-2x v týdnu	1x v týdnu a méně často	V posledním měsíci jsem neužil/a	V posledním roce jsem neužil/a	Nikdy v životě jsem neužil/a
Tabák (cigarety, doutník, dýmky,...)							
Alkohol							
Léky na uklidnění nebo na nespavost (Diazepam, Rivotril, Lexaurin, Oxazepam, Neurol, Xanax, Hypnogen,							

Sanval, Stilnox, Zolpidem, Zolpinox)								
Léky na bolest (Tramal, Tralgit, Zaldiar, Doreta)								
Konopí (též známé jako marihuana či THC)								
Jiné, prosím vypište.....								

4. Jak si opatřujete návykové látky? Označte křížkem

	Koupil/ a jsem v obcho- dě.	Koupi l/a jsem přes intern et.	Koupil /a jsem od jiné osoby (rodin a, kamar ád, známý ).	Dostal /a jsem od jiné osoby (rodin a, kamar ád, známý ).	Získal/ a jsem na lékařsk ý předpis v lékár ně.	Koupil / a jsem je bez předpis u v lékár ně.	Vypěstov al/a jsem.	Dostal/ a jsem od person álu	Jiným způsob em (vypišt e)
Tabák (cigarety , doutník, dýmky, ...)									
Alkohol									
Léky na uklidněn í nebo na nespavos t (Diazepa m, Rivotril, Lexaurin , Oxazepa m, Neurol, Xanax,									

Hypnogen, Sanval, Stilnox, Zolpidem, Zolpinox )									
Léky na bolest (Tramal, Tralgit, Zaldiar, Doreta)									
Konopí (též známé jako marihuana či THC)									
Jiné, prosím vypište .....									

**Tabák (vyplňte, pokud kouříte)**

5. V kolika letech jste začal/a kouřit?

Prosím vypište.....

6. Kolik kouříte cigaret denně?

Více než 30 cigaret

21-30 cigaret

11-20 cigaret

Méně než 10 cigaret

7. Jak brzo po probuzení si dáte svou první cigaretu (doutník nebo dýmku)?

Do 5 minut po probuzení

5 až 30 minut po probuzení

31 až 60 minut po probuzení

více než 60 minut po probuzení

**Alkohol (vyplňte, pokud pijete alkohol)**

8. V kolika letech jste začal/a pít alkohol?

Prosím vypište.....

9. Jaký druh alkoholu pijete?

pivo

víno, šampaňské, portské

cider (kvašení mošt s obsahem alkoholu)

destiláty (vodka, rum, slivovice, whisky, koňak, fernet, becherovka aj.) a míchané nápoje (např. rum s kolou)

10. Jak často vypijete pět nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti? (1 sklenice je 0,5l alkoholického piva, 2 dcl vína nebo šampaňského, 3 dcl cideru nebo míchaného nápoje nebo 4 cl destilátu)

každý den nebo téměř každý den (5-7krát týdně)

několikrát týdně (3-4krát týdně)

jednou nebo dvakrát týdně

několikrát za měsíc (2-3krát měsíčně)

jednou měsíčně

méně často než jednou měsíčně

nikdy

11. Cítil/a jste někdy potřebu svoje pití omezit?

ano

ne

12. Podráždilo Vás někdy, když druzí kritizovali Vaše pití alkoholu?

ano

ne

13. Měl/a jste někdy kvůli Vašemu pití alkoholu pocit viny?

ano

ne

14. Měl/a jste někdy potřebu pít alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil/a nebo zbavil/a kocoviny?

ano

ne

15. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců pocit, že Vaše pití poškodilo Váš rodinný život nebo manželství?

ne, nikdy

ano, jednou

ano, více než jednou



16. Cítil/a jste v průběhu posledních 12 měsíců, že Vaše pití poškodilo Vaše přátelské vztahy nebo sociální život?

ne, nikdy

ano, jednou

ano, více než jednou

17. Popral/a jste se v průběhu posledních 12 měsíců, když jste pil/a nebo hned poté?

ne, nikdy

ano, jednou

ano, více než jednou

18. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců problémy se zákonem, protože jste byl/a opilý/a nebo jste řídil/a auto pod vlivem alkoholu?

ne, nikdy

ano, jednou

ano, více než jednou

19. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců pocit, že Vaše pití má dopady na Vaše zdraví?

ne, nikdy

ano, jednou

ano, více než jednou

20. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců pocit, že Vaše pití má dopady na Vaše finance?

ne, nikdy

ano, jednou

ano, více než jednou

21. Vyhledal/a jste někdy léčbu nebo odbornou pomoc v souvislosti s Vaším pitím alkoholu?

ano

ne

22. Jakou léčbu nebo odbornou pomoc jste v souvislosti s Vaším pitím alkoholu vyhledal/a?

Prosím vypište .....

## Léky

23. Pokud užíváte lék na uklidnění nebo nespavost (jako je - Diazepam, Rivotril, Lexaurin, Oxazepam, Neurole, Xanax, Hypnogen, Sanval, Stilnox, Zolpidem, Zolpinox) o jaký lék nebo léky se jedná?

Prosím vypište .....

24. V kolika letech jste začal/a užívat lék na uklidnění či nespavost?

Prosím vypište.....

25. Když jste naposledy užíval/a léky na uklidnění nebo nespavost, užíval/a jste je v souladu s doporučením lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku (tj. dodržoval/a jste doporučené dávkování, nekombinoval/a s jinými léky či alkoholem apod.)?

ano

ne

26. Pokud užíváte lék na bolest na bázi opiátů (jako je Tramal, Tralgit, Zaldiar, Doreta), o jaký lék nebo léky se jedná?

Prosím vypište.....

27. V kolika letech jste začal/a užívat lék na bolest?

Prosím vypište.....

28. Když jste naposledy užíval/a léky na bolest na bázi opiátů, užíval/a jste je v souladu s doporučením lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku (tj. dodržoval/a jste doporučené dávkování, nekombinoval/a s jinými léky či alkoholem apod.)?

ano

ne

29. Víte o riziku vzniku závislosti na lécích na uklidnění, nespavost a proti bolesti?

ano

ne

## Konopí (vyplňte, pokud máte zkušenost s marihuanou)

30. V jakém věku jste poprvé vyzkoušel/a marihuanu?

Prosím vypište .....

31. Jakým způsobem užíváte nebo jste užíval/a marihuanu?

Prosím vypište .....

## Informovanost

32. Informoval Vás někdy někdo o tom, že na výše uvedených látkách (tabák, alkohol, léky a marihuana) může vzniknout závislost?

ano  
ne

33. Pokud ano, kdo Vás informoval nebo jak jste se o možnosti vzniku závislosti dozvěděl/a?

Prosím vypište.....

34. Chtěl/a byste být informován/a o možnosti vzniku závislosti?

ano  
ne

35. Jaké formě sdělení informací o možnosti vzniku závislosti byste dal/a přednost?

lékař  
rodina  
televize  
internet  
letáky  
jiná, uveďte.....

36. Víte o existenci adiktologických služeb, tj. služby určené osobám užívajícím návykové látky a zabývající se léčbou závislosti?

ano  
ne

37. Pokud ano, jak jste se o službě zabývající se léčbou závislosti (adiktologické službě) dozvěděl/a?

Prosím vypište.....

38. Měl/a byste zájem o službu zabývající se léčbou závislosti (adiktologickou službu)?

ano  
ne

39. Pokud máte zájem o službu zabývající se léčbou závislosti (adiktologickou službu), jaká by to byla?

ambulantní služby  
pobytové služby  
online poradenství  
telefonické poradenství  
jiné, prosím vypište.....

### 9.3 Prohlášení zájemce o nahlédnutí

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v  
Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>