

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Petra Ondráčková

Analýza potřeb seniorů se závislostí na alkoholu ve střednědobé ústavní léčbě

Needs Analysis of Alcohol-dependent Seniors in Medium-term
Institutional Treatment

Diplomová práce

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

Praha, 2023

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 mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 21.11.2023

PETRA ONDRÁČKOVÁ

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ONDRÁČKOVÁ, Petra. *Analýza potřeb seniorů se závislostí na alkoholu ve střednědobé ústavní léčbě. [Needs Analysis of Alcohol-dependent Seniors in Medium-term Institutional Treatment]*. Praha, 2023. 88 s., 4 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování za cenné rady, shovívavost a trpělivost patří vedoucímu diplomové práce, Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. Ráda bych poděkovala i respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníku.

ABSTRAKT

Východiska: V důsledku aktuálních demografických trendů projevujících se stárnutím populace, dochází k nárůstu skupiny starších osob s problémy z užívání alkoholu, která se začíná stále častěji objevovat v síti adiktologických služeb, včetně střednědobé ústavní léčby. Vzhledem k jedinečným fyzickým, emocionálním a kognitivním vlastnostem spojeným se stárnutím senioři a starší dospělí reagují na léčbu odlišně než mladší dospělí. V současné době však poskytovatelé zdravotní péče často nedisponují dostatkem intervencí týkajících se léčby a snižování škod spojených s užíváním návykových látek u starších dospělých, které by řešily široké spektrum rizik spojených s užíváním v tomto věku.

Cíle: Cílem diplomové práce je pomocí analýzy potřeb zjistit, jaké mají starší uživatelé ve střednědobé ústavní léčbě potřeby a zda nabídka intervencí tyto potřeby pokrývá, případně jak službu vylepšit, aby je pokrývala.

Metody: Byly uskutečněny polostrukturované rozhovory s klienty ústavní střednědobé léčby. Výzkumný soubor tvořící 7 mužů a 6 žen starších 65 a více let byl vybrán metodou záměrného výběru, konkrétně se jednalo o záměrný (účelový) výběr přes instituce. K analýze dat byla použita metoda zachycení vzorců („gestaltů“).

Výsledky: Z výsledků práce vyplývá, že respondenti jsou převážně spokojeni s poskytovanými službami a považují nabídku služeb jako vesměs zajímavou a pro ně přínosnou. Celkově je většina klientů spokojená také s přístupem personálu, který hodnotili jako vstřícný a profesionální. Z analýzy je dále zřejmé, že se starší uživatelé setkávají s řadou bariér, které jim brání v přístupu k léčbě a které tak pro ně zbytečně snižují dostupnost služby. Většina respondentů rovněž zdůrazňovala, že jim vyhovuje věková různorodost klientů a nechtěli by absolvovat léčbu pouze ve společnosti osob stejného věku. Místo věkově specifické léčby by respondenti upřednostnili, kdyby se některé prvky programu upravily či vyčlenily v rámci stávajícího systému tak, aby byly více přístupné jejich věkové skupině.

Závěr: Pro uspokojení potřeb starších uživatelů je výhodnější vnitřně strukturovat stávající systém léčby a vyčlenit pro ně některé části programu. Jako užitečné se rovněž jeví vyvíjet úsilí o rozvoj přístupů k léčbě a přístupů šitých na míru k lepšímu oslovení této stále početnější klientely. Spolu s rozšířenou spoluprací s primární péčí a institucemi, které se zaměřují na péči o seniory to může sloužit ke zlepšení využití léčby starších uživatelů návykových látek.

KLÍČOVÁ SLOVA: střednědobá ústavní léčba, alkohol, senioři, analýza potřeb

ABSTRACT

Background: Owing to current demographic trends reflecting an aging population, there is an increase in the group of older individuals facing issues related to alcohol consumption. This group is increasingly seeking assistance within the network of addiction services, including medium-term institutional treatment. Due to the unique physical, emotional, and cognitive characteristics associated with aging seniors and older adults respond differently to treatment compared to younger adults. Currently, healthcare providers often lack sufficient interventions related to treatment and harm reduction for substance use among older adults, addressing a broad-spectrum risk associated with substance use in this age group.

Goals: The goal of the thesis is to use needs analysis to determine the needs of older users in medium-term institutional treatment and to assess whether the range of interventions meets these needs. Additionally, the thesis aims to identify potential improvements to the service better address these needs.

Methodology: Semi-structured interviews were conducted with clients undergoing medium-term institutional treatment. The research sample, consisting of 7 men and 6 women aged 65 and older, was selected through intentional (purposive) sampling, specifically employing purposive selection through institutions. The data analysis utilized the method pattern capturing (“gestalts”).

Results: The findings of the thesis indicate that the respondents are predominantly satisfied with the provided services, considering the service offerings generally interesting and beneficial for them. Overall, the majority of clients are also satisfied with the approach of the staff, whom they rated as friendly and professional. The analysis further reveals that older users face several barriers hindering their access to treatment, unnecessarily reducing the service’s availability for them. Most respondents also emphasized that they appreciate the age diversity among clients and would not prefer to undergo treatment solely in the company of individuals of the same age. Instead of age-specific treatment, respondents would prefer if certain program elements were adjusted or designated within the existing system to be more accessible to their age group.

Conclusion treatment system and allocate certain parts of the program specifically for them. It is also beneficial to make efforts to develop treatment approaches tailored to better address this growing clientele. Along with enhanced collaboration with primary care and institutions: To meet the needs of older users, it is advantageous to internally structure the existing focusing on

senior care, this can contribute to improving the utilization of substance use treatment among older users.

KEYWORDS: medium-term institutional treatment, alcohol, seniors, needs analysis

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Stárnutí populace uživatel návykových látek.....	13
3	Epidemiologie poruch užívání návykových látek u starších osob	15
4	Užívání alkoholu ve stáří	19
4.1	Vzorce zneužívání alkoholu u starších osob.....	20
4.2	Specifika užívání alkoholu ve stáří.....	22
4.3	Rizika spojená s nadměrnou konzumací alkoholu ve stáří.....	23
4.3.1	Somatická zdravotní rizika.....	23
4.3.2	Rizika v oblasti duševního zdraví	25
4.3.3	Sociokulturní aspekty a rizika stárnutí.....	27
5	Diagnostika a screening poruch užívání alkoholu u seniorů.....	28
5.1	Důvody nedostatečné nebo chybné diagnózy poruch užívání alkoholu u seniorů	28
5.1.1	Ageismus	30
5.1.2	Popření	31
5.1.3	Stigma.....	31
5.2	Identifikace rizikového pití u starších dospělých	32
6	Léčba závislosti na alkoholu u seniorů	34
6.1	Bariéry v přístupu k léčbě.....	35
6.2	Možnosti intervencí u starších dospělých v rámci léčebného systému	36
6.2.1	Farmakoterapeutické možnosti.....	36
6.2.2	Nefarmakologické intervence pro starší uživatele alkoholu	38
6.3	Budoucí doporučení a zásady pro věkově specifickou léčbu	41
7	Systém léčebné péče o osoby ohrožené závislostmi nebo osoby závislé na návykových látkách v České republice.....	43
7.1	Síť adiktologických služeb	43
7.2	Střednědobá ústavní léčba	44
8	Výzkumná část.....	46
8.1	Analýza potřeb.....	46
8.2	Cíle výzkumu.....	48
8.3	Výzkumné otázky	48
8.4	Výzkumný soubor.....	49
8.4.1	Základní soubor	49
8.4.2	Výběrový soubor	50
8.5	Metody tvorby a analýzy dat	50
8.5.1	Metoda získávání dat	51

8.5.2	Metody zpracování a analýzy dat.....	51
8.6	Etické normy a pravidla.....	52
8.7	Popis výzkumného souboru.....	53
8.8	Výsledky.....	55
8.8.1	Příčiny počátku závislosti.....	55
8.8.2	Negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu.....	57
8.8.3	Uvědomění si potřeby odborné pomoci, motivace k léčbě	58
8.8.4	Informovanost o léčbě.....	58
8.8.5	Bariéry v přístupu k léčbě.....	60
8.8.6	Spokojenost s léčbou.....	61
8.8.7	Spokojenost s přístupem personálu.....	63
8.8.8	Co by klienti změnili.....	63
8.8.9	Generační propast.....	64
8.8.10	Léčba ve smíšeném věku versus věkově specifická léčba	65
9	Shrnutí výsledků analýzy.....	67
10	Výzkumná omezení.....	69
11	Diskuse.....	70
12	Závěr.....	75
13	Bibliografie.....	78
14	Přílohy.....	85

SEZNAM ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici
ARPS	Alcohol-Related Problems Survey
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BRITE	Brief Intervention and Treatment for Elders
CAGE	Cut down on drinking, Annoyed by criticism, Guilty feeling and Eye opener
CNS	Centrální nervová soustava
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MAST-G	Michigan Alcohol Screening Test-geriatric version
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NRLUD	Národní registr léčby uživatelů drog
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TEDS	Treatment episode data set
UNDCP	United Nations Drug Control Programme
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization

1 Úvod

Problematika závislosti na alkoholu u seniorů nabývá na celospolečenském významu, a to nejen v důsledku současných demografických trendů. Odhaduje se, že do roku 2028 bude více než čtvrtina evropské populace ve věku nad 65 let (EMCDDA, 2008). Postupné stárnutí obecné populace tak přináší nové problémy, jakým je právě rostoucí skupina starších osob s poruchami z užívání návykových látek. Tyto trendy jsou patrné ve všech vyspělých zemích světa, včetně České republiky (Skopalová, 2014).

Přestože poruchy vyvolané užíváním alkoholu jsou v této věkové skupině poměrně časté a bývají spojené s četnými zdravotními problémy, zůstávají senioři opomíjenou skupinou uživatelů návykových látek (Khan et al., 2002; O'Connell et al., 2003). U pacientů ve vyšším věku jsou příznaky znamenající problémy s alkoholem také mnohdy přehlíženy a nedignostikovány. Tito lidé často nejsou ochotni odhalit své problémy s alkoholem, bývají uzavřenější a zdravotníci tak nejsou schopni odhalit rizikové pití alkoholu (O'Connell et al., 2003).

Jedním z vysvětlení může být i skutečnost, že většina screenigových nástrojů je zaměřena na mladistvé nebo dospělou populaci. Jejich výsledky tak nezohledňují charakteristické biologické a psychosociální faktory spojené se stárnutím. Senioři také mohou symptomy spojené s nadměrným užíváním alkoholu prezentovat v atypické formě například v podobě zmatení, deprese nebo jako maskované další somatickou nebo duševní poruchou (Reid & Anderson, 1997). Další komplikací v souvislosti s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu u seniorů je představa odborné i laické veřejnosti, že tito lidé již nebudou mít přínos z léčby, ačkoliv bylo zjištěno, že staří lidé benefitují z léčby minimálně stejně jako mladší osoby (O'Connell et al., 2003).

Evropské monitorovací středisko pro drogy drogové závislosti (EMCDDA, 2008) upozorňuje, že vzhledem k rostoucímu počtu seniorů a starších dospělých s problémy spojenými s užíváním návykových látek, lze očekávat jejich stále častější zastoupení mezi klientelou využívající adiktologické služby. To bude klást nové, větší požadavky na léčebné programy, které jsou zvyklé pracovat hlavně s mladou populací a budou se muset přizpůsobit potřebám starší věkové skupiny (např. EMCDDA, 2008; Yarnell, Li, MacGrory, Trevisan, & Kirwin, 2020). Miovský (2014) v koncepci vzdělávání v oboru adiktologie uvádí, že postupně dochází k jasnějšímu vymezení konceptu gerontologické péče o adiktologické pacienty a k otevření diskuse, jak

tuto péči v budoucnu zajistit. Obecně je ale geronto-adiktologická péče jedním z největších současných problémů a v koncepci sítě adiktologických služeb (Miovský et al., 2013) zůstává i nadále tato cílová skupina spíše na okraji pozornosti.

Jednou ze složek sítě adiktologických služeb v České republice, kde se tito starší uživatelé návykových látek objevují stále častěji, je i střednědobá ústavní léčba. S rostoucím počtem závislých ve vyšším věku je nutné zamyslet se nad tím, zda současná struktura ústavní léčby závislostí vyhovuje i této skupině pacientů, snažit se zjistit jejich požadavky a potřeby.

Práce se zaměřuje na problematiku a specifika seniorů se závislostí na alkoholu a intervencemi, které lze v tomto kontextu aplikovat ze strany programu ve střednědobé ústavní léčbě. Prostřednictvím analýzy potřeb se diplomová práce zabývá potřebami seniorů se závislostí na alkoholu ve vybraném zařízení střednědobé ústavní léčby, kteří službu využili a definuje, jaké jsou požadavky a potřeby cílové skupiny a jak jsou programem pokrývány. Zároveň výsledky slouží jako zpětná vazba a podnět pro zlepšování programu. Účelem analýzy potřeb je odhadnout současnou, případně budoucí povahu, prevalenci a incidenci problémů souvisejících s užíváním návykových látek v konkrétní populaci. Tyto informace slouží k vývoji a provozování služeb a k jejich vylepšování (WHO, 2000).

2 Stárnutí populace uživatel návykových látek

Svět prochází demografickým přechodem, který vede k rostoucímu zastoupení starších osob v populaci. Správní a legislativní rámce ve většině rozvinutých zemích obecně považují a vymezují stáří od věku 65 let, a právě osoby této věkové skupiny tvoří nejrychleji rostoucí segment populace (EMCDDA, 2010). Celosvětově se předpokládá, že počet osob starších 65 let vzroste z 516 milionů v roce 2009 na odhadovaných 1,53 miliard v roce 2050 (Wu & Blazer, 2013). Ve Spojených státech se má mezi lety 2010 až 2030 počet osob této věkové skupiny zvýšit ze 40,3 na 72,1 milionu a jeden z pěti obyvatel USA tak bude v roce 2030 ve věku 65 let a starší (Institute of Medicine, 2012 in Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Rovněž v Evropě se podíl populace starších 65 let za posledních 60 let téměř zdvojnásobil, zatímco podíl populace mezi 14 až 64 lety zůstává stejný. Tento trend je odrazem poválečného „baby boomu“, kdy se porodnost v některých evropských zemích téměř zdvojnásobila, přičemž míra plodnosti v posledních desetiletích výrazně klesá. K nárůstu této populace přispěl i fakt, že od druhé světové války zaznamenaly evropské státy významné zlepšení zdravotních a sociálních podmínek, které vedly k poklesu úmrtnosti a prodloužení dlouhověkosti. Výše zmíněné procesy odráží skutečnost, že obecná populace těchto zemí stárne a předpokládá se, že podíl populace ve věku 65 let a více se bude nadále zvyšovat (EMCDDA, 2010).

Také populace v ČR stárne, a to již od konce 80. let 20. století. Dle Českého statistického úřadu na konci roku 2018 tvořilo populaci České republiky 19,6 % obyvatel ve věku 65 a více let. Nejvyšší přírůstky v počtu obyvatel se koncentrují právě v této věkové skupině, kdy v roce 2018 vzrostl počet seniorů ve věku 65 a více let o 46,4 tisíce na 2,09 milionu. Skopalová (2014) poukazuje, že stárnutí obyvatelstva bude mít dalekosáhlé důsledky, které budou mít negativní dopad nejen na absolutní velikost populace, ale budou do budoucna představovat stále větší zátěž pro systémy zdravotní péče i celou společnost.

Současné demografické trendy představované stárnutím obyvatelstva tak stále častěji obracejí pozornost k seniorům, kteří se postupně stávají významnou a specifickou klientelou sociálního a zdravotního systému. Problematika závislostí se však nevyhýbá ani této části populace, právě naopak, aktuální prevalenční odhady hovoří o nárůstu počtu seniorů s problematickým užíváním návykových látek či již rozvinutým syndromem závislosti (Lužný et al., 2013). Zneužívání návykových látek u starších dospělých je jedním z nejrychleji rostoucích zdravotních problémů a měnící se demografické složení starší dospělé populace tak ovlivňuje nejen prevalenci užívání návykových látek, ale také potřebu různých služeb, včetně léčby závislostí (Chhatre, Cook, Mallik & Jayadevappa, 2017).

Odhaduje se, že mezi r. 2001 a 2020 se počet starších lidí s problémy v souvislosti s užíváním návykových látek nebo vyžadujících léčbu poruch způsobených užíváním těchto látek více než zdvojnásobí. Ke změnám demografického složení a charakteristik léčby návykových látek u starších dospělých mohlo přispět několik demografických faktorů a faktorů souvisejících se službami. Jedním z důvodů tohoto nárůstu je stárnutí uživatelů drog s dlouhodobou historií užívání návykových látek, kteří mají za sebou často několik pokusů o léčbu a tento trend tak odráží chronickou a recidivující povahu drogové závislosti (EMCDDA, 2010).

Dalším z důležitých demografických faktorů je stárnoucí kohorta baby boomu (narozených v letech 1946 až 1964). Kromě toho, že je tato kohorta větší, má také vyšší prevalenci celoživotního užívání návykových látek ve srovnání s dřívějšími staršími kohortami. Tato populace byla od mladšího věku více vystavena drogám, alkoholu a tabáku, což je údajně rizikovým faktorem pro užívání a zneužívání návykových látek i v pozdějším věku (Gfroerer et al., 2003 in Chhatre, Cook, Mallik & Jayadevappa, 2017). Jedinci této kohorty totiž dospěli během šedesátých a sedmdesátých let, které bylo obdobím měnících se postojů a míry užívání drog a alkoholu, kdy například reklama na alkohol byla velmi rozšířená a vnímána jako „symbol poválečné prosperity“ a alkohol byl nedílnou součástí mnoha společenských a kulturních akcí (McEvoy et al., 2013 in Stevenson, Stephens, Dulin, Kostick & Alpass, 2015). Předpokládá se, že jak generace baby boomu stárne, bude se míra zneužívání alkoholu a ostatních návykových látek nadále zvyšovat a s tím i počet starších dospělých, kteří budou potřebovat léčbu závislosti (Simoni-Wastila & Yang, 2006).

U osob s poruchami užívání návykových látek je přitom definice staršího dospělého problematická. Chronologický věk u těchto osob totiž nemusí odrážet věk biologický, který je hodně závislý na kumulativní nemocenské zátěži. Například celkový zdravotní stav 50letého dospělého uživatele návykových látek může být více podobný zdravotnímu stavu 60letého dospělého bez poruchy užívání návykových látek. Rychlejší biologické stárnutí se odráží i ve vyšší úmrtnosti osob se závislostí, oproti jedincům s odpovídajícím věkem bez zneužívání návykových látek. Z výše uvedených důvodů se chronologický věk 65 let jako přijatá definice starších osob nemusí vztahovat na stárnoucí uživatele návykových látek a v jednotlivých výzkumných studiích se vymezení věkové hranice pro tyto uživatele značně odlišuje (Patterson & Jeste, 1999 in Kalapatapu & Sullivan, 2010).

3 Epidemiologie poruch užívání návykových látek u starších osob

Užívání návykových látek, včetně alkoholu, obvykle začíná v dospívání a pokračuje nebo vrcholí dospělostí. V důsledku toho je velká část klinické a výzkumné pozornosti zaměřena na mladší a dospělé věkové skupiny a senioři s problémy s užíváním návykových látek tak zůstávají relativně zanedbávanou podskupinou (Dar, 2006). Zatímco v ČR nebylo téma užívání návykových látek mezi seniory nebo mezi staršími dospělými specificky mapováno, v zahraničí byly realizovány a publikovány studie zaměřující na tuto problematiku (Černíková, 2017).

Navzdory rostoucí míře zneužívání nelegálních drog a léků na předpis u seniorů starších 65 let, je alkohol nejčastěji užívanou látkou mezi touto věkovou skupinou. Proto je většina výzkumů týkajících se užívání návykových látek a léčby starších dospělých a seniorů zaměřena na poruchy užívání alkoholu (Moore et al., 2009 in Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Johnson (2000 in O'Connell et al., 2003) však poukazuje, že většina studií zkoumajících prevalenci problémů s alkoholem mezi seniory byla provedena na území Severní Ameriky a výsledky tak nemusí být zobecnitelné na jiné populace. Navíc tyto studie často vycházejí z menšího počtu vzorků účastníků a zahrnují omezenou dobu sledování (Wu & Blazer, 2011). Omezeními stávajících prevalenčních studií mezi seniory je také to, že se zde často liší používaná terminologie a metodologie zkoumání rizikového užívání návykových látek (Reid & Anderson, 1997 in O'Connell et al., 2013).

Z výše uvedeného vyplývá, že výsledky prevalenčních studií zabývajících se problematikou poruch užívání návykových látek u starších lidí se mohou značně lišit, právě podle typu studie metodologie, či diagnostických kritérií. Například komunitní studie zaměřená na odhad prevalence závislosti na alkoholu uvádí prevalenci 2-4 %, přičemž jiná studie užívající kritéria nadužívání alkoholu ukazuje mnohem vyšší prevalenci, a to 17 % u mužů a 7 % u žen (O'Connell et al. 2013 in Černíková, 2017).

Blazer a Wu (2009a), kteří podrobněji analyzovali data National Survey on Drug Use and Health z roku 2005 – 2006 uvedli, že rizikové užívání alkoholu a nadměrné pití bylo častější u respondentů ve věku 50–64 let ve srovnání s respondenty ve věku 65 let a starší. Ve věkové skupině nad 65 let uvedlo 13 % mužů a 8 % žen rizikové užívání alkoholu a přibližně 14 % mužů a 3 % žen uvedlo, že konzumují alkohol nadměrně. Jinou míru prevalence udávají výsledky Novozélandské populační studie zaměřující se na prevalenci nebezpečného a epizodického (nárazového) pití u reprezentativního vzorku 13 045 osob ve věku 55-70 let.

Studie srovnávala tyto kritéria mezi osobami ve věku 55-64 a skupinou ve věku 65-70 let, u které se očekává mírnější konzumace alkoholu. Skupina respondentů ve věku 65-70 let však v této studii měla obdobnou míru prevalence jako mladší skupina a jejich míra prevalence nebezpečného (44,8 %) i nárazového pití (18 %) byla velmi vysoká ve srovnání se studiem obdobných věkových skupin (Stevenson, Stephens, Dulin, Kostick & Alpass, 2015).

Ukazuje se, že pravidelné užívání alkoholu je u seniorů častějším jevem než vlastní závislost na alkoholu (Saitz a Samet, 2012 in Skopalová, 2014). Prevalence pravidelné konzumace alkoholu u seniorů žijících v komunitě je odhadována až na 62% populace starší 65 let, přičemž až 13 % mužů a 2 % žen jeví klinické známky závislosti na alkoholu (Rigler, 2000 in Lužný et al., 2013). Obecně je však prevalence problémů s konzumací alkoholu mnohem vyšší u starších hospitalizovaných pacientů než u starších lidí v komunitě. Přičemž odhady hovoří až o 14 % u pacientů na pohotovostních odděleních, 18 % mezi hospitalizovanými z důvodů somatických poškození a 23-44 % mezi hospitalizovanými na psychiatrických odděleních (Goldstein et al., 1996 in O'Connell et al., 2003).

Dlouhodobě druhou nejčastější formou závislostí ve stáří je škodlivé užívání a závislost na lécích. Starší dospělí patří k těm, kteří jsou nejvíce ohroženi nadužíváním léků, protože vzhledem ke zdravotním problémům spojeným se stárnutím užívají více léků na předpis i bez lékařského předpisu než jiné věkové skupiny. Osoby starší 65 let užívají přibližně jednu třetinu všech předepsaných léků, mezi nimiž jsou často benzodiazepinová anxiolytika, hypnotika a opioidní analgetika (EMCDDA, 2008). Zneužívání předepsaných nebo volně prodejných léků u této skupiny populace může zahrnovat jak příležitostné nebo záměrné užívání vyšších než doporučených dávek, tak i dlouhodobé užívání a závislost. Časté je však v tomto věku i neúmyslné či nesprávné užívání (např. vypůjčení si léku od příbuzného) a užívání léků spolu s alkoholem (Gossop & Moss, 2008). Je třeba mít na paměti, že tolerance a fyzická závislost u seniorů může vzniknout i v případě, kdy se léky na předpis užívají delší dobu ve správných dávkách (EMCDDA, 2008).

Zneužívání léků na předpis může být u starších lidí také iatrogenní povahy, kdy jsou tyto léky často nadměrně a nevhodně předepisovány, lékaři pravidelně nesledují užívání léků ani reakci na léčbu, nebo předepisují více léků s nežádoucími interaktivními účinky (EMCDDA, 2008). Například průřezová komunitní studie ve Spojených státech zaměřená na prevalenci a vzorce užívání léků u starších dospělých zahrnující 3005 jedinců ve věku 57 až 85 let zjistila, že 37,1 % mužů a 36,0 % žen užívalo současně nejméně 5 léků na předpis, přičemž téměř 1 z 25 osob bylo potenciálně ohroženo významnou interakcí mezi léky (Qato et al., 2008). Simoni-Wastila

a Yang (2006), kteří mezi lety 1990 až 2006 srovnávali více než 60 studií zabývajících se problematikou zneužívání návykových látek mezi staršími dospělými poukazují na to, že jeden ze čtyř starších dospělých užívá psychoaktivní léky se závislostním potenciálem a tento trend bude se stárnutím populace pravděpodobně pokračovat.

Výsledky studií zkoumající prevalenci zneužívání léků u starších dospělých jsou stejně jako u alkoholu značně odlišné. V závislosti na definici staršího dospělého (kdy se udává věk 50, 55, 60 nebo 65 let a více) a také dle použitých diagnostických kritérií jsou odhady prevalence škodlivého užívání a závislosti na lécích u těchto osob v rozmezí od 1 % do 26 % (SAMHSA, 2012). Přičemž starší ženy mají vyšší pravděpodobnost, že získají předpis na psychoaktivní léky a budou je zneužívat než starší muži, odhaduje se, že až 11 % starších žen zneužívá léky na předpis (Simoni-Wastila & Yang, 2006).

Zatímco většina realizovaných studií zabývajících se užíváním návykových látek u starších dospělých a seniorů je zaměřena na jeho nejběžnější projevy-zneužívání alkoholu, případně léků na předpis, fenoménu užívání nelegálních drog u této populace je věnována relativně malá pozornost (Tayler a Grossberg, 2012). Užívání psychoaktivních drog u starších dospělých zůstává poměrně opomíjenou oblastí výzkumu a existuje jen málo srovnatelných empirických údajů týkajících se této problematiky (Simoni-Wastila & Yang, 2006). Důvodem je pravděpodobně i historický pohled, který nahlížel na zneužívání nelegálních návykových látek jako problém mladších dospělých, který s rostoucím věkem končí. Nicméně v posledních desetiletích se profily zneužívání návykových látek u starších dospělých výrazně změnily a zdá se, že je tento předpoklad již neplatný (Tylor & Grossberg, 2012). Naopak údaje z posledních let ukazují, že prevalence užívání nelegálních drog u starších osob narůstá a ve skutečnosti zaujímá větší podíl veškerého užívání návykových látek v této populaci (Wu & Blazer, 2011 in Tylor & Grossberg, 2012).

Arndt, Clayton a Schultz (2011) uvádí, že se v USA počet osob starších 55 let, kteří vstupují poprvé do léčby závislostí mezi lety 1998 a 2008 zvýšil o 65 % a v této věkové skupině vzrostlo zastoupení uživatelů nelegálních drog, především heroínu a kokainu. Rovněž údaje Treatment episode data set (TEDS) potvrzují zvyšující se trend zneužívání nelegálních drog u starších dospělých a měnící se profil užívaných látek. Údaje o přijetí do zařízení pro léčbu závislostí u dospělých starších 65 let prokázaly, že se v letech 1995 až 2005 se podíl vstupů pro problémy způsobené alkoholem snížil z 84,7 % na 75,9 %, zatímco počet přijatých v souvislosti s užíváním opiátů / heroínu (6,6 % až 10,5 %) a kokainu (2,1 % až 4,4 %) se významně zvýšil (SAMHSA, 2007 in Wu & Blazer, 2011).

Blazer a Wu (2009b), kteří využili údaje SAMHSA's National Survey on Drug Use and Health v letech 2005-2006 při zkoumání trendů mezi 10 953 neinstitucionalizovanými dospělými staršími 50 let zjistili, že 2,6% osob užívalo během minulého roku marihuanu, 0,41% kokain a že míra užívání těkavých látek, halucinogenů, metamfetaminu a heroínu byla velmi nízká (<0,2%). Prevalence užívání nelegálních drog se však ukazuje být jiná u osob přijímaných na pohotovostních odděleních, kde dle výsledků studie autorů Rockett, Putnam, Jia & Smith (2006) marihuanu užívalo 2,4 %, kokain 1,9 % a opiáty 11,6 % starších mužů hospitalizovaných na odděleních akutní péče. Opiáty bývají uváděné jako nejčastější primární nelegální droga u starších osob, kteří vyhledávají léčbu, což také poukazuje na závažnější problémy u uživatel tohoto druhu drog (Blazer & Wu, 2009b). V roce 2011 v průměru denně navštívilo pohotovostní oddělení v USA kvůli problémům s užíváním návykových látek 2 056 starších dospělých, z toho bylo 290 osob v souvislosti s užíváním nelegálních drog (Mattson, Lipar, Hays & Van Horn, 2017).

I když o rizikových faktorech užívání nelegálních drog mezi staršími dospělými není mnoho údajů, lze konstatovat, že charakteristické je zneužívání návykových látek v minulosti nebo závislost, přičemž většina starších uživatelů nelegálních drog jsou uživatelé s časným počátkem užívání (EMCDDA, 2008). Obecně se ukazuje, že u starších dospělých, kteří mají problémy se zneužíváním nelegálních návykových látek, frekvence zneužívání s věkem klesá (Tylor & Grossberg, 2012). Také autoři Blazer a Wu (2009b) poukazují, že dospělí ve věku 50 až 64 let užívají více psychoaktivních drog než osoby ve věkové skupině nad 65 let, což dokládají i výsledky National Survey on Drug Use and Health z roku 2012 které odhalily, že se mezi lety 2002 až 2013 míra užívání nelegálních látek ve věkové kategorii 50 až 65 let v průměru zdvojnásobila (SAMHSA, 2014).

Zneužívání návykových látek u starších dospělých a seniorů se stává čím dál častějším problémem a zahrnuje jak legální, tak nelegální látky. Dosud však neexistují spolehlivé screeningové nástroje ani metody léčby pro včasnou identifikaci a léčbu zneužívání návykových látek u této skupiny uživatel. Rovněž diagnostická kritéria se nemusí vztahovat na starší lidi kvůli měnícím se životním rolím, okolnostem a odlišným zdravotním charakteristikám (Reid & Anderson, 1997 in O'Connell et al. 2013). Wu a Blazer (2011) upozorňují, že je zapotřebí realizovat výzkumy, které by zahrnovaly tyto aspekty, hodnotily dlouhodobé výsledky a zkoumaly účinnost léčby starších dospělých s problémem užívání drog.

4 Užívání alkoholu ve stáří

Přestože alkoholové závislosti ve stáří je ze všech oblastí věnována největší pozornost, je stále nedostatečně zmapována (Bártová, 2011). Oborníci zatím pouze tuší, kolika seniorů se závislost týká, protože v České republice chybějí větší studie, které jsou např. mezi mládeží běžné. Realizované průzkumy jsou navíc často prováděny jen na malých souborech, které jsou mnohdy nekonzistentní a nelze je úplně srovnávat (senioři hospitalizováni na akutních somatických odděleních, klienti praktických lékařů, domovů pro seniory, psychiatrických nemocnic, atd.) (Mistorel, n.d.). Rovněž Skopalová (2014) poukazuje, že v česky psané literatuře chybí metodologicky dostatečně robustní studie věnující se této problematice, a i přes existující informace týkající se epidemiologie zneužívání alkoholu u starších dospělých tak existuje jen málo srovnatelných údajů o jeho zneužívání v této populaci.

Přehledné údaje ohledně prevalence užívání alkoholu v populaci uvádí například Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR (Mravčík et al., 2016). Z výzkumu uvedeného ve zprávě za rok 2015 vyplývá, že v obecné populaci ČR ve věku 15 a více let je odhadem 4,3 % celoživotních abstinentů od alkoholu (2,9 % mužů a 5,5 % žen) a naopak 9,5 % denních konzumentů (16,4 % mužů a 3,2 % žen). Ukazuje se, že s věkem roste počet denních konzumentů alkoholu, přičemž nejvyšší podíl byl v daném roce ve věkové skupině 65–74 let (u mužů i u žen). Denní konzumaci alkoholu v této věkové kategorii konkrétně uvedlo 28,7 % mužů a 5,9 % žen.

Údaje popisující problémové pití alkoholu u seniorů v ČR lze získat i z databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), kde jsou dostupná data popisující ambulantní i psychiatrickou péči. V roce 2018 bylo v psychiatrických ambulancích s diagnózou závislosti na alkoholu evidováno 21 724 osob, z toho 11,1 % jich bylo ve věku 65 let a více (2 414 osob) a 13,4 % seniorů starších 60 let z celkového počtu 9 198 osob bylo v roce 2018 s touto diagnózou léčeno v některém psychiatrickém zařízení.

Ačkoliv téma nadměrné konzumace alkoholu mezi seniory nebo mezi staršími dospělými nebylo v prostředí České republiky specificky mapováno, z dostupných dat týkajících se prevalence a dalších indikátorů užívání návykových látek v české populaci je zřejmé, že se tato problematika nevyhýbá ani populaci starších osob (Černíková, 2017). Lužný et al. (2013) uvádí jako možné příčiny tohoto trendu horšící se ekonomickou situací seniorů v ČR, postupně se měnící sociální a kulturní klima společnosti, zahrnující diskriminaci seniorů, a obtíže se

sociálním zajištěním seniorů, ale také postupnou negativní proměnu vztahů v dyádě „stárnoucí rodič – dospělé dítě“ vedoucí k nárůstu pocitu osamění a izolaci stárnoucích lidí.

4.1 Vzorce zneužívání alkoholu u starších osob

Při diskusi o zneužívání alkoholu mezi staršími lidmi se objevují dva obecné vzorce užívání. Starší osoby s nadměrnou konzumací alkoholu lze kategorizovat jako stárnoucí uživatele s časným nebo s pozdním počátkem užívání. Skupina uživatel s časným počátkem zahrnuje osoby s dlouhou historií zneužívání alkoholu, kteří užívají nadále i v pozdním věku. U uživatelů s pozdním počátkem se závislost vyvíjí až v pozdějším věku, často po stresových životních situacích spojených se stárnutím (Tayler & Grossberg, 2012). Různé studie zaměřené na zneužívání návykových látek mezi staršími dospělými ukazují na významné klinické rozdíly mezi těmito typy uživatel (EMCDDA, 2008).

Například Tayler a Grossberg (2012) popisují, že je zneužívání návykových látek v raném věku u starších osob složitým jevem, jehož vznik souvisí s mnoha sociálněekonomickými, kulturními a demografickými faktory, jako je například dostupnost návykových látek, vliv vrstevníků a okolí, ale také sociální třída či rasa. Méně zřejmé než počáteční rizikové faktory pro užívání návykových látek v mladém a střední dospělosti jsou však faktory, které ovlivňují další užívání do pozdní dospělosti. K pozitivním, respektive podpurným faktorům, které mají vliv na úspěšné ukončení užívání určitě patří podpora rodiny či účinná léčba, zatímco k negativním faktorům, které naopak ovlivňují pokračování v užívání lze zahrnout účast na trestné činnosti, sociální tlak či komorbidní psychiatrické onemocnění.

Závislost na alkoholu s časným začátkem užívání v porovnání s tou s pozdním začátkem způsobuje více psychiatrických komorbidit a závažnějších zdravotních problémů souvisejících s alkoholem a je doprovázena častějšími problémy v rodinné anamnéze, vyšší mírou úmrtnosti a antisociálním chováním (Shahpesandy et al., 2006). Hanson a Gutheil (2004 in LaCoursiere, 2013) dále poukazují, že problémoví pijáci s časným nástupem často užívají alkohol jako maladaptivní reakci na zvládání životních obtíží a jsou obvykle lépe identifikovatelní kvůli předchozím kontaktům s léčbou či dřívějšímu problémovému chování. Odhaduje se, že skupina osob s časným nástupem tvoří až dvě třetiny pijáků zneužívajících alkohol u starších osob (Bogunovič, 2012; Trevisan, 2014). Někteří autoři jsou však opačného názoru a upozorňují na to, že se většina osob této skupiny nedožije vyššího věku, protože umírá na somatické komplikace spojené s nadměrnou konzumací alkoholu (např. Kovářová & Dóci, 2002; Paech & Weston, 2009).

Zneužívání alkoholu s pozdním nástupem je méně častým vzorcem, některé odhady hovoří i o méně než 10% zneužívání návykových látek u starších osob (Wu & Blazer, 2011), naproti tomu jiné zdroje udávají, že tito uživatelé mohou tvořit jednu třetinu až polovinu starších uživatelů návykových látek (Benshoff, Harrawood & Koch, 2003; Hanson & Gutheil, 2004; Memmott, 2003). Uživatelé s pozdějším nástupem mívají většinou mírnější klinický obraz s menšími zdravotními problémy kvůli kratší expozici alkoholu a lépe reagují na léčbu (Dar, 2006). Obvykle také mívají méně problémů s chováním, lepší vztahy s členy rodiny a podpůrnější sociální síť (Health Kanada, 2002 in Paech & Weston, 2009). Atkins (1996 in LaCoursiere, 2013) ještě dodává, že jsou tito uživatelé vzdělanější a mají vyšší příjmy než uživatelé s časným nástupem.

Osoby s pozdním začátkem často začínají s nadměrnou konzumací alkoholu v souvislosti s psychologickými, sociálními a zdravotními rizikovými faktory ve stáří (EMCDDA, 2008). Tayler a Grossberg (2012) uvádí nejčastější příčiny, které mohou vést k počátku zneužívání návykových látek ve vyšším věku. Mezi somatické faktory lze zahrnout přibývající nemocnost a vyšší míru bolestivých zdravotních stavů, které řeší tito lidé samoléčbou, ale příčinou zneužívání alkoholu u starších dospělých může být také rozvoj různých psychiatrických onemocnění včetně úzkostí, deprese a demence. Sociální rizikové faktory pro vznik závislosti mohou být v tomto věku obdobné jako u mladších uživatelů návykových látek. Patří zde zejména sociální izolace a nedostatek sociální podpory, finanční potíže nebo smrt partnera. Naproti tomu některé okolnosti, které bývají obvykle spojeny s užíváním návykových látek u dospívajících a mladých dospělých, jako je například zapojení do drogové kriminality, vystavení užívání drog v rodině či výskyt nových duševních onemocnění, jsou u těchto starších uživatelů mnohem méně pravděpodobné.

Rovněž LaCoursiere (2013) upozorňuje, že zneužívání návykových látek s pozdním nástupem je obvykle vyvoláno jednou nebo více konkrétními událostmi, což může být v tomto věku absence komunikace s příbuznými, osamělý život, přizpůsobení se novým životním změnám jako je odchod do důchodu, ústavní péče nebo zdravotní změny spojené s procesem stárnutí. Menninger (2002) dále udává, že uživatelé s reaktivním vzorcem užívání často začínají s užíváním v reakci na významné životní ztráty, jako je smrt manžela/manželky nebo blízkých přátel, ekonomický pokles či nenaplněná očekávání. Je třeba si uvědomit, že starším lidem přináší zvyšující se věk nejen předtím nepoznané problémy v mnoha životních oblastech, ale navíc tito lidé žijí s hrozbou vyplývající z uvědomění si konečnosti vlastní existence

(Shahpesandy, 2005). Mnoho zneužívajících v tomto věku tak může hledat v alkoholu zmírnění emocionální, psychologické a fyzické bolesti a stresu z procesu stárnutí (LaCoursiere, 2013).

Z výše uvedeného vyplývá, že uživatelé alkoholu s časným nástupem mají proti uživatelům s pozdním začátkem větší pravděpodobnost vzniku široké škály zdravotních, psychiatrických nebo sociálních problémů, které vyžadují intenzivnější léčbu a monitorování (Gossop & Moss, 2008). Za účelem efektivních léčebných intervencí by proto bylo vhodné rozlišovat mezi těmito typy uživatelů, přičemž screening by měl určitě zahrnovat počátek prvního užívání. Uživatelé s časným typem závislosti totiž vyžadují komplexnější posouzení užívání návykových látek a psychiatrické historie než uživatelé s pozdním nástupem. Skupina uživatel s pozdním počátkem užívání zase může potřebovat důkladnější zhodnocení aktuálních a nedávných změn ve zdravotním stavu a faktorech prostředí, které by mohly vyvolat nástup užívání alkoholu (Gossop & Moos, 2008; King et al., 1994 in Wu & Blazer, 2011).

4.2 Specifika užívání alkoholu ve stáří

Zneužívání alkoholu u seniorů má jistá specifika oproti běžné dospělé populaci. Tato specifika souvisí se změnami organismu způsobenými věkem, častou polymorbiditou u seniorů, ale i poněkud odlišným klinickým obrazem vybraných diagnostických jednotek vztahujících se k alkoholu (Skopalová, 2014 in Černíková, 2017).

Příznaky poruch spojených s užíváním alkoholu mohou být u starších osob jak mírné, tak i atypické nebo podobné symptomům jiných geriatrických chorob. V některých případech mírnějšího epizodického pití se mnohdy nemusí objevovat výraznější tělesné příznaky, které tak mohou zůstat snadno nerozpoznány. Středně těžká závislost na alkoholu může mít projevy nekontrolované hypertenze nebo diabetu mellitu, u těžké závislosti už jsou poruchy užívání alkoholu často spojeny s rozsáhlými zdravotními problémy, které jsou mnohem závažnější a častější než u celkové populace podobného věku (Shahpesandy, 2005).

Rozdíly užívání alkoholu ve stáří oproti mladšímu věku jsou nejen v následcích a klinickém obraze, ale také ve způsobu pití. Většina seniorů konzumuje alkohol pro jeho chuťové vlastnosti nebo jako zdroj tekutin, jen 10-15 % mužů a 6-8 % žen v tomto věku oceňuje na alkoholu jeho uklidňující nebo povzbuzující účinky. Starší lidé preferují spíše malé dávky alkoholu v rozdělených denních dávkách, chybí zde excesy se ztrátou kontroly přítomné v mladším věku a rovněž pokusy o abstinenci jsou méně časté. Ve stáří má nadužívání alkoholu obvykle pozvolný, kontinuální průběh. Výskyt rizikového pití s věkem klesá, zlom nastává u žen po 55 roce věku, u mužů po 65 roce věku, a naopak zásadových abstinentů s věkem přibývá (Kalvach

et al., 2004; in Kromholz & Drástová, 2010). Podle některých autorů (Kalvach et al., 2004; Nešpor, Scemy, 1999) může ve stáří docházet ke spontánní remisi, kdy takzvaně „bažení po pití jde do penze“. Lužný et al. (2013) ještě dodává, že v souvislosti s horší ekonomickou situací preferují senioři levnější druhy alkoholických nápojů oproti těm dražším.

Ve všech stávajících studiích je závislost na alkoholu u této populace popisována častěji u mužů než u žen. Přičemž za klasického rizikového pacienta je uváděn starší, osaměle žijící muž s nízkým vzděláním, s anamnézou problémového pití, depresivního onemocnění, případně sebevražednými pokusy a přítomností chronických chorob s pravidelnou preskripcí léků (Raboch, Pavlovský, 2003 in Kromholz & Drástová, 2010).

Problematika nadměrného pití se však v tomto věku nevyhýbá ani ženám, naopak ženy tvoří velkou část starších problémově pijících osob s pozdním nástupem užívání (Shahpesandy, 2005). V této fázi životního cyklu se totiž ženy potýkají s dalšími problémy biologické a sociální povahy, včetně menopauzy, odchodu do důchodu, „syndromem prázdného hnízda“, pocity osamělosti či ovdověním (Zilberman, 2009). Navíc starší ženy jsou obzvláště náchylné k nepříznivým účinkům alkoholu. Ve srovnání s muži mají v těle méně vody a méně svalové hmoty a jejich jaterní enzymy štěpí alkohol pomaleji. V důsledku těchto biologických rozdílů stejná dávka alkoholu může vystavit starší ženy většímu riziku poškození než starší muže. V neposlední řadě starší ženy pravděpodobněji: žijí déle než muži, žijí samy, mohou být méně finančně nezávislé, jejich problémy s pitím nejsou včasně detekovány. Všechny tyto aspekty pak představují další rizikové faktory, které mohou vést u starších žen ke vzniku závislosti (Blow & Barry, 2002).

4.3 Rizika spojená s nadměrnou konzumací alkoholu ve stáří

Proces stárnutí je spojen s celou řadou problémů a stresových životních situací. Mnohé z nich představují na jednu stranu rizikové faktory vedoucí k užívání alkoholu u starších osob, na straně druhé mohou být jeho nadměrnou konzumací dále prohlubovány (EMCDDA, 2008). Problematika závislosti na alkoholu totiž přináší seniorům výraznější komplikace oproti běžné dospělé populaci a je spojena rozsáhlými poruchami fyzického, psychického, sociálního a kognitivního zdraví (Wilson, Knowles, Huang & Fink, 2014).

4.3.1 Somatická zdravotní rizika

Konzumace alkoholu a jeho interakce s chorobami, užíváním léků a funkčním stavem organismu mohou vést u seniorů k vážným zdravotním problémům (Wilson, Knowles, Huang

& Fink, 2014). Je třeba mít na paměti, že starší problémoví konzumenti mají více problémů fyzické povahy než mladší osoby, i když pijí méně a jsou méně často závislí na alkoholu (EMCDDA, 2008).

Skopalová (2014) poukazuje, že vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů je mnohý: alkohol ovlivňuje metabolismus stárnoucího organismu, působí negativně na funkci kardiovaskulárního systému, negativně ovlivňuje psychické funkce, ovlivňuje a zhoršuje průběh již přítomných somatických chorob.

Autoři Kuerbis, Sacco, Blazer a Moore (2014) upozorňují na výraznější komplikace způsobené konzumací alkoholu u seniorů ve srovnání s dospělými v mladém a středním věku. U starších osob se farmakokinetické a farmakodynamické aspekty značně liší. Ve stáří dochází k poklesu tělesné vody, hmotnosti a snížené rychlosti metabolismu. Snižuje se také schopnost jater odbourávat alkohol, a naopak se zvyšuje propustnost hematoencefalické bariéry a citlivost neuronových receptorů na alkohol v mozku. V důsledku těchto změn mají starší dospělí vyšší koncentrace alkoholu v krvi, což je činí zranitelnějšími vůči nepříznivým účinkům alkoholu a může tak snadno docházet k intoxikacím a při nižším příjmu alkoholu.

Skopalová (2014), která se podrobněji věnuje vlivu alkoholu na stárnoucí organismus popisuje, že u starších osob nacházíme oproti dospělému věku několik fyziologických i patofyziologických odlišností. Na úrovni kardiovaskulárního aparátu zvyšuje nadměrná konzumace alkoholu riziko kardiovaskulárních komplikací, kdy se snadněji rozvíjí tachykardie, snížení srdečního výdeje či poruchy srdečního rytmu. Neuroregulační a smyslový systém seniorů reaguje rovněž citlivěji na vliv alkoholu, snáze se objevují závratě a pády se závažnými důsledky v podobě traumatických změn. Alkohol také snižuje obranyschopnost u starších osob, což může vést ke snadnějšímu rozvoji infekčních a nádorových onemocnění. A v neposlední řadě pak alkohol sám o sobě urychluje proces stárnutí organismu.

Zneužívání alkoholu je spojováno s různými zdravotními problémy a nemocemi starších dospělých, jako je například poškození jater, gastrointestinální problémy, nutriční malabsorpce, hypertenze, cukrovka a cévní mozková příhoda (Gilson, 2016). U seniorů, kteří se léčí s některou chorobou může navíc docházet vlivem škodlivého účinku alkoholu ke zhoršení průběhu dané choroby. V důsledku konzumace alkoholu může docházet ke zhoršení žaludečních a duodenálních vředů, chronické pankreatitidy či rozvoji krvácivých stavů ze zažívacího traktu. Alkohol u starších osob může také zhoršovat již přítomné jaterní onemocnění, u diabetiků vede ke změnám citlivosti k inzulínu a následně zvyšuje hladiny glykemie, ale negativně může ovlivňovat rovněž hladiny hormonů štítné žlázy. Zvýšená hladina

kyseliny močové vlivem alkoholu může u seniorů vyvolat záchvat dny, u seniorů epileptiků pak alkohol zase snižuje epileptický práh. Alkohol způsobuje rovněž zvýšení krevního tlaku, dochází častěji k tachykardiím a může vést až k vyčerpání srdeční rezervy a obrazu srdečního selhání. Alkohol může také reaktivovat chronické plicní choroby, jako je tuberkulóza nebo chronická bronchitida (Skopalová, 2014).

Alkohol ve stáří nejen zvyšuje riziko vzniku nebo prohloubení celé řady psychických a somatických chorob, ale je také spojený s častějšími návštěvami ambulancí, častějšími hospitalizacemi a vysokými náklady na léčbu (Shahpesandy, 2005).

Nezanedbatelný je u seniorů konzumujících alkohol i vliv současně užívaných léků (Skopalová, 2014). U starších dospělých je totiž větší pravděpodobnost, že jim budou předepsány léky na komorbidní onemocnění, což je vystavuje riziku možného poškození v důsledku interakce užívaných léků a alkoholu (Lal & Pattanayak, 2017). Rovněž Lužný et al. (2012) popisuje riziko závažných farmakokinetických interakcí alkoholu s léčivy běžnými v terapii geriatrických pacientů. Jako naprosto nežádoucí je udáváno užívání alkoholu spolu s léky tlumícími centrální nervový systém nebo dechové centrum. Nevhodné je také užívání alkoholu u antibiotik, kde může docházet k antabusové reakci a zhoršení tolerance antibiotik. Ale alkohol ovlivňuje účinky celé řady dalších léků, snižuje účinky antidiabetik, antihypertenziv, antiepileptik, antiulcerózních léčiv, hepatoprotektiv, kardiotonik a antiarytmik. Na druhé straně je rizikem i naprosté vysazení užívaných léků a preference užívání alkoholu, což může vést k zhoršení základní choroby, pro kterou byly léky předepsány (Skopalová, 2014).

4.3.2 Rizika v oblasti duševního zdraví

Psychické problémy seniorů v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu mohou zahrnovat deprese, úzkosti, změny nálady, poruchy spánku, demenci či zmatenost (EMCDDA, 2008). Alkohol patří mezi látky s velkým psychotropním účinkem, proto má na psychické funkce u seniorů výrazný vliv. Tolerance vůči alkoholu je u seniorů individuální, hodně záleží na konstituci, tělesné hmotnosti, ale velkou roli hrají i přítomné choroby a užívané léky (Skopalová, 2014).

Dlouhodobá konzumace alkoholu urychluje proces stárnutí CNS, zvyšuje membránovou rigiditu a akceleruje normální stárnutí mozku. Je prokázán vztah mezi stupněm závislosti na alkoholu a progresí organického poškození mozku (Mistorel, n.d.). S rostoucí dávkou požitého alkoholu rostou i centrální tlumivé účinky alkoholu, které se projevují změnou psychomotorického tempa, vigility a kognitivních funkcí. V důsledku toho dochází ke

zpomalení psychomotorického tempa, snížení vigility a objevuje se zvýšená spavost, zmatenost a poruchy paměti (Skopalová, 2014). Poruchy zejména novopaměti v důsledku škodlivého užívání se zde mohou kombinovat s poruchami paměti jiné etiologie (Kalvach a kol., 2004; in Krombholz & Drástová, 2010). Tyto kognitivní poruchy, které často doprovázejí stárnutí mohou navíc narušit schopnosti uživatelů efektivně kontrolovat příjem alkoholu či jiných návykových látek a porozumět zpětné vazbě od lékaře či jiných poskytovatelů zdravotní péče o jejich nadměrném užívání (Trevisan, 2014). Pro zdravotníky je zase na druhou stranu často obtížné určit, zda je pokles kognitivních schopností způsoben problémy s užíváním alkoholu či nástupem chronických nemoci nebo demence (Paech & Weston, 2009).

Kontroverzní zůstává role alkoholu jako příčinného a rizikového faktoru pro vznik demence (Oslin et al., 1997 in Paech & Weston, 2009). V této oblasti existují protichůdné názory, kdy někteří autoři poukazují na ochranný účinek mírného příjmu alkoholu pro zpomalení kognitivního poklesu a postupu při Alzheimerově demenci (Rodgers et al., 2005.; Lobo et al., 2010 in Paech & Weston, 2009), naproti tomu jiní autoři varují, že je třeba z důvodu heterogenity údajů tyto nálezy interpretovat opatrně (Peters et al., 2008 in Paech & Weston, 2009). Demence a mozkové dysfunkce jsou totiž u starších osob se závislostí na alkoholu velmi časté, přičemž nejčastěji je zmiňována Korsakoffova demence, u které dochází k širokému spektru kognitivních dysfunkcí, často zahrnujících vizuální a prostorové problémy a problémy s pamětí (Allen et al., 1997 in Paech & Weston, 2009).

V rámci škodlivého užívání alkoholu se také častěji objevují deprese, úzkosti, roste i zvýšené riziko sebevraždy a celkově klesá kvalita života (Skopalová, 2014). V souvislosti se staršími uživateli alkoholu a drog je často zmiňována vysoká míra psychiatrické komorbidity a psychosociálních stresorů. Úzkost a deprese patří mezi běžné problémy duševního zdraví u starších osob. Tyto patické nálady mohou být nejen příčinou užívání návykových látek, ale mohou být také užíváním návykových látek zhoršeny, zejména pak nadužíváním alkoholu (Sarkar, Parmar, & Chatterjee, 2015). Téměř 20 % osob ve věku 65 let a starších s diagnózou deprese má současně se vyskytující závislost na alkoholu a naopak, více než 90 % starších osob s poruchou užívání alkoholu má v anamnéze depresi. Vztah mezi poruchou užívání alkoholu a depresí v pozdním životě je složitý, a proto je důležité si uvědomovat, zda je deprese důsledkem nadměrné konzumace alkoholu nebo naopak (Caputo et al., 2012). Společný výskyt deprese a závislosti na alkoholu může navíc velmi komplikovat diagnostiku a léčbu obou (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014).

V neposlední řadě se pak v důsledku pravidelné konzumace alkoholu může u seniorů snadněji oproti střednímu věku rozvinout závislost na alkoholu spolu s problémovými diagnostickými jednotkami, mezi které patří akutní opilost, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom a psychotická reziduální porucha (Skopalová, 2014).

4.3.3 Sociokulturní aspekty a rizika stárnutí

Se změnami společenských norem, přesvědčení a kulturních hodnot došlo v posledních desetiletích k postupnému poklesu systémů rozšířené rodiny. Postupný posun směrem k individualismu a materialistické kultuře tak vedl k odcizení starších lidí. Autorita starších lidí je postupně ovlivňována celou řadou těchto změn, které následně vedly k měnící se roli starších osob ve srovnání s předchozími generacemi. Všechny tyto faktory pak mohou vést k rodinným a mezilidským konfliktům, špatnému psychickému zdraví a izolaci starších osob (Lal & Pattanayak, 2017).

Starší lidé jsou všeobecně více náchylní ke vzniku problémů v sociální oblasti, které mohou v tomto věku vznikat také například z důvodu ovdovění, samoty, odchodu do důchodu, nedostatku sociální opory či finančních prostředků (EMCDDA, 2008). Všechny tyto okolnosti pak mohou vést k nárůstu užívání alkoholu. Baštecký et al. (1994) v souvislosti s problematikou závislosti na alkoholu ve stáří hovoří o důležitosti řešení tohoto problému osamělosti a izolace, a dokonce uvádí skutečnost, že závislost na alkoholu ve stáří je problémem spíše sociálním než medicínským.

Starší osoby zneužívající alkohol mohou také trpět řadou negativních sociálních důsledků plynoucích z dlouhodobého užívání, mnoho z nich pak žije v nejistých podmínkách, v nestabilním ubytování či v různých institucích. Sociální poškození těchto starších osob se závislosti na alkoholu se však může objevovat i ve formě tzv. senilní zanedbanosti nebo Diogénova syndromu, který se většinou projevuje špinavou domácností, hromaděním odpadků, lhostejností, izolací, odmítáním pomoci, či extrémním zanedbáváním se, včetně špatné hygieny a stravování (Shahpesandy, 2005). Kumulativní účinky dlouhodobého užívání alkoholu také vedou ke zmenšení sociálního okruhu starších uživatelů. Vytváření nových vztahů je velmi obtížné a stigma a ageismus přispívají k sociálnímu vyloučení těchto osob a izolaci od rodin a přátel. Zdravotní podmínky snižují kvalitu života seniorů a omezují je v každodenních aktivitách a všechny tyto faktory pak mohou přispívat k depresi a osamělosti. Stigma a pocity studu, které zažívají kvůli tomu, že ve starším věku nadměrně pijí alkohol, mohou bránit vyhledání jakékoli pomoci a zdravotní péče (Černíková, 2017). Tyto sociální a kulturní faktory

související se stárnutím tak mohou ovlivnit nejen rozsah a vzorce užívání alkoholu, ale i klinický obraz a připravenost zapojení se do služeb (Lal & Pattanayak, 2017).

5 Diagnostika a screening poruch užívání alkoholu u seniorů

I když počet starších dospělých se závislostí na návykových látkách roste, užívání návykových látek je v této populaci mnohdy nezjištěno a nedostatečně léčeno (Ortman et al., 2012). Zneužívání návykových látek u starších dospělých bývá často popisováno jako neviditelná epidemie právě i z důvodů nedostatečné nebo chybné diagnostiky a léčby (Wu & Blazer, 2011). Identifikace problémů s alkoholem u starších lidí je však obtížná z mnoha důvodů. Někteří autoři poukazují, že se lékařům podaří rozpoznat alkoholismus pouze u jedné třetiny starších hospitalizovaných pacientů (Curtis et al., 1989; McInnes & Powell, 1994 in Dar, 2006). Přitom diagnóza tohoto problému je zásadní pro prevenci potenciálních závažných následků (LaCoursiere, 2013).

Komplexní hodnocení problémů s užíváním alkoholu u seniorů by mělo zahrnovat důkladné fyzické vyšetření, laboratorní analýzu, psychiatrické, neurologické a sociální zhodnocení. Bogunovic (2012) upozorňuje, že je u seniorů třeba se více zaměřit na úspěšnou identifikaci a následnou léčbu, protože se obecně ukazuje, že starší pacienti omezují užívání návykových látek, pokud je k tomu vyzve lékař (Bogunovic, 2012). Dokazují to i poznatky z projektu screeningu a krátkých intervencí zaměřených na zneužívání návykových látek u starších dospělých (Florida Brief Intervention and Treatment for Elders [BRITE]), díky němuž se nejen zvýšil počet starších uživatelů návykových látek, kteří jsou vyšetřeni, identifikováni a následně léčeni, ale také se díky těmto intervencím zlepšilo návykové chování v této populaci (Schonfeld et al., 2010 in Wu & Blazer, 2011).

5.1 Důvody nedostatečné nebo chybné diagnózy poruch užívání alkoholu u seniorů

Tayler a Grossberg (2012) poukazují, že diagnostika užívání návykových látek u seniorů představuje jedinečnou výzvu pro lékaře primární péče. Starší pacienti totiž mívají často různé jiné zdravotní problémy, v jejichž důsledku pak může lékař zanedbat možnost zneužívání návykových látek. Kromě toho se geriatrickí pacienti, stejně jako uživatelé návykových látek všech věkových skupin často snaží skrývat své závislostní problémy před lékařem, nebo své nadměrné pití bagatelizují či racionalizují. Na druhou stranu byly pojmenovány faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že starší osoba užívající návykové látky vyhledá léčbu či jinou formu pomoci: vyšší vzdělání, vyšší kognitivní status a závažnější problémy s užíváním návykových látek či

s jiným komorbidním psychiatrickým onemocněním (Tayler & Grossberg, 2012 in Černíková, 2017).

Možné překážky včasné identifikace nebo léčby mohou také zahrnovat nedostatečné znalosti o problematice závislosti u starších dospělých ze strany poskytovatelů péče, omezené údaje z výzkumu či nedostatek zdravotní péče a dalších odborníků vyškolených v oblasti screeningu a krátké intervence. Ze strany samotných seniorů zde může hrát roli i obecná nechuť vyhledat odbornou pomoc, nedostatek finančních prostředků nebo možnost dopravy. Rovněž zmenšující se síť sociální podpory či komorbidní stavy mohou komplikovat diagnostiku nebo léčbu závislostí u seniorů (CSAT, 1998 in Wu & Blazer, 2011). Navíc ve srovnání s mladšími dospělými, je u starších dospělých méně pravděpodobné, že ohlásí nebo vnímají své užívání alkoholu jako nadměrné nebo problematické (Nemes et al., 2004 in Wu & Blazer, 2011).

Také autoři Aira, Hartikainen, a Sulkava (2005) poukazují na některé důvody, proč bývá zneužívání alkoholu u starších dospělých přehlédnuto. Jednou z příčin může být nedostatek věkově specifických screeningových nástrojů pro starší dospělé se závislostí na alkoholu. Také mnohé názory zdravotníků na to, že zneužívání alkoholu je u seniorů spíše ojedinělé, nebo že množství vypitého alkoholu u těchto osob nepředstavuje závažnější riziko mohou představovat bariéry při diagnostice poruch užívání alkoholu. Blow (1998 in LaCoursiere, 2013) dále upozorňuje, že by při diagnostice závislosti u starších osob mohly nastat problémy s nedostatkem zkušeností, jak se zapojit do rozhovoru se staršími dospělými o jejich chování při pití. Zdravotničtí odborníci často neví, jak hodnotit problémy s alkoholem u starších lidí, ani co dělat, když je problém identifikován, nebo upřednostňují jiné zdravotní problémy a nemusí mít potom dostatek času zkoumat problémy s alkoholem (Hunter, 2010).

Rinfrette (2009) udává, že důvody nedostatečné diagnostiky lze také přičíst zkráceným časům konzultací mezi pacientem a lékařem kvůli změně protokolů systému zdravotní péče či nadbytečné administrativě. Mnohdy také lékaři zaměřují svou pozornost spíše na fyzické příznaky než na příznaky duševního zdraví. Navíc mnozí z nich mohou být ovlivněni stereotypními postoji, týkajícími se pesimistických přesvědčení o účinnosti léčby závislostí u starších osob. Ferrell a Sorocco (2006) dále poznamenávají, že u lékařů je mnohem méně pravděpodobné, že budou zkoumat zneužívání návykových látek u starších dospělých, žen, vzdělaných jedinců a osob s vyšším socioekonomickým statusem.

Lal a Pattanayak (2017) ještě dodávají, že lékaři často nedovedou odhalit užívání návykových látek u této populace jednak z nedostatku povědomí o této problematice, ale také například z rozpaků nad screeningem zneužívání alkoholu u seniora. Mnohdy si také lékaři nespojují

existující zdravotní problémy s užíváním návykových látek a přičítají je stárnutí. Navíc kvůli stigmatu spojenému se zneužíváním návykových látek starší pacienti tento problém skrývají a nevyhledávají odbornou pomoc, i když mnozí mají pravidelný kontakt se zdravotnickými službami z jiných důvodů (Gossop & Moss, 2008). Skutečná prevalence zneužívání návykových látek v této populaci proto zůstává neznámá (Bogunovic, 2012). Měnicí se demografické vzorce a vzorce užívání návykových látek u této věkové skupiny však znamenají, že postupně vznikne široká škála psychologických, sociálních a fyziologických potřeb, k jejichž řešení bude třeba vyvíjet integrované, multidisciplinární a přizpůsobené politiky prevence, diagnostiky a léčby (Chhatre, Cook, Mallik & Jayadevappa, 2017).

5.1.1 Ageismus

Ageismus se stává po rasismu a sexismu hlavním tématem v diskusi o rovnosti práv a příležitostí. Stereotypizace a diskriminace jedinců kvůli jejich vyššímu věku nabývá řady forem a má rovněž negativní dopady na rozpoznávání problémů se zneužíváním návykových látek u starších dospělých. Mnoho lidí totiž uplatňuje u starších osob odlišné standardy kvality života než u mladších dospělých. V důsledku toho přetrvávají například názory, že se starší lidé nestávají závislími na návykových látkách, anebo že by měli dělat co se jim zlíbí, protože jim do konce života zbývá omezený čas (Rinfrette, 2009). Na druhou stranu může být někdy užívání alkoholu u starších dospělých normalizováno, bráno se shovívavostí a považováno za jedno z mála „potěšení“, které lidé v tomto věku mají. Rodina a přátelé pak mají často pocit, že berou jednu z posledních věcí, které si jejich starší milovaná osoba užívá. Je však smutnou skutečností, že pití ve vyšším věku nepředstavuje pro tyto osoby potěšení, ale je to důsledek osamělosti, která dále vede k izolaci, depresi a ztrátě požitku (Zimberg, 1996 in LaCoursiere, 2013).

Poskytovatelé péče a příbuzní také zastávají názor, že léčba nebude úspěšná při provádění zásadních změn v životě starších osob. Tento ageistický přístup, který předpokládá, že léčba závislosti je u starších osob zbytečná a nemůže jim pomoci pak způsobuje, že rodiny a pečovatelé popírají a minimalizují existenci problémů se zneužíváním návykových látek, což následně zhoršuje možnost rozpoznání problémů se závislostí (Perkins & Tice, 1999 in LaCoursiere, 2013).

Podle Thorntonovy (2002) studie o ageistických stereotypech existuje ve společnosti několik ageistických mýtů, které se týkají starších dospělých. Obecně se předpokládá, že starší dospělí jsou nemocní nebo zdravotně postižení, postrádají duševní ostrost, jsou senilní, trpí depresemi

jsou asexuální, nudní a nejsou schopni učit se novým věcem anebo se změnit. Tyto ageistické stereotypy, které jsou založeny především na polopravdách a falešných znalostech jsou velmi škodlivé při řešení potřeb starších dospělých s problémy s užíváním návykových látek. Thornton (2002) dále tvrdí, že tyto mýty udržují falešné představy o stáří a neúmyslně tak staví starší osoby do situací, kdy jsou podhodnoceni, bráni jako neproduktivní, méně schopní a závislí na systémech. Kromě toho tyto stereotypy ponižují a marginalizují život stárnoucích dospělých, zejména pokud jde o ty, kteří mají problémy se zneužíváním drog. Velkou mírou to může být způsobeno právě přesvědčením členů rodiny a lékařů, že starší dospělí nemění nebo nemohou změnit své chování související s užíváním návykových látek.

5.1.2 Popření

Popření je jedním ze základních lidských obranných mechanismů, které umožňují jednotlivcům fungovat, když je realita pro jejich mysl příliš obtížná. Odpor k přijetí chyby neboli popření problému existuje u jakékoli věkové skupiny. Ferrell a Sorocco (2006) poukazují, že popření také představuje jednu z možných bariér při hodnocení a diagnostice problémů s alkoholem u starších dospělých. Starší uživatelé nejenže popírají, že mají problém, ale k popírání a bagatelizování problémů spojených se zneužíváním návykových látek často přispívají i jejich přátelé a členové rodiny. Mnoho příbuzných považuje problém s alkoholem u starších členů rodiny za soukromou záležitost, což jim následně brání ve vyhledání pomoci (Ferrell & Sorocco, 2006). Často zde hraje roli i neochota rodiny vystavit se „ostudě“, že dědeček, natož babička, pije (Kučerová, 2013).

Jednou z udávaných komponent popření je i racionalizace. Racionalizaci využívají právě i rodiny starších uživatelů návykových látek v rámci jejich ageistického myšlení. Rodiny racionalizují nadměrné užívání alkoholu tím, že starší dospělí se blíží ke konci svého života a mohou pít, pokud se tak rozhodnou (Rinfrette, 2009). Samotní senioři pak často racionalizují své problémy s nadužíváním alkoholu jako problémy související s věkem (Menninger, 2002).

5.1.3 Stigma

Stigma spojené s užíváním alkoholu nebo jiných návykových látek zůstává jednou z nejsilnějších překážek při identifikaci problémů se závislostí a následném vyhledání léčby (Conner & Rosen, 2008). Menninger (2002) poznamenává, že pokud už u starších osob dojde k doporučení do léčebných programů, řada těchto pacientů k léčbě nenastoupí právě kvůli vnímanému negativnímu stigmatu souvisejícímu se zneužíváním návykových látek. Je třeba si uvědomit, že starší dospělí pocítují větší hanbu a pocit viny související s jejich závislostními

problémy než mladší lidé. Často se setkáváme také s tím, že starší lidé vnímají alkoholismus jako morální slabost či vadu charakteru a ze strachu z odsouzení, ztráty anonymity či z předchozí negativní zkušenosti, se pak často rozhodnou odbornou pomoc nevyhledávat. Mnoho starších osob zneužívající návykové látky navíc zažívá dvojí stigmatizaci, stigma spojené s problémy se závislostí a zároveň se stárnutím (Wadd et al., 2011). Stigma je zvláště pociťováno staršími ženami, lidmi s problémy s nelegálními drogami a zejména pak těmi, kteří se účastní různých léčebných programů (Doukas, 2011; Kelsall, Parkes, Watson, Madden, & Byrne, 2011 in Nicholas, 2015). Starší lidé se také mohou cítit stigmatizováni tím, že musí navštěvovat tradiční služby v oblasti léčby závislosti vyvinuté pro mladší věkové skupiny (Wadd et al., 2011).

Snížení stigmatu, které zažívají starší lidé s problémy se zneužíváním alkoholu bude vyžadovat lepší přístup komunity a odborníků k této skupině a větší úsilí o snížení pocitu terapeutické beznaděje a sociálního vyloučení (Royal College of Psychiatři, 2011 in Nicholas, 2015). Kromě toho bude důležité zvýšit soukromí a přístupnost jednotlivých programů zavedením širší škály možností služeb, včetně návštěv v domácím prostředí (Wadd et al., 2011).

5.2 Identifikace rizikového pití u starších dospělých

Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, existuje mnoho důvodů, proč jsou starší dospělí při zneužívání návykových látek nedostatečně nebo špatně diagnostikováni. Některé z těchto nedostatků vznikají i v důsledku omezených informací týkajících se diagnostických, preventivních a léčebných strategií pro starší dospělé (Memmott, 2003; Myers, Dice & Dew, 2000 in LaCoursiere, 2013). Aby se snížila otázka nedostatečného diagnostikování zneužívání návykových látek u starších dospělých, doporučuje se pravidelně provádět screeningové vyšetření v rámci primární péče (Blow a Barry, 2002; Menninger, 2002). Vzhledem ke zdravotním problémům, které se u starších dospělých užívajících návykové látky velmi často vyskytují, jsou totiž mnozí z nich v pravidelném kontaktu se zdravotnickými službami (EMCDDA, 2008). Primární péče a další zdravotnické služby tak nabízejí jedinečnou příležitost k prověření problémů s užíváním návykových látek a doporučení těchto pacientů k vhodnému poradenství a léčbě podle potřeby (Nemes et al., 2004 in Wu & Blazer, 2011). Navzdory pravidelnému kontaktu však u těchto osob nejsou poruchy v souvislosti s užíváním návykových látek často zjištěny nebo jsou špatně diagnostikovány (EMCDDA, 2008). Screeningové programy pro starší osoby totiž dosud nebyly široce implementovány v nastavení primární zdravotní péče, což se do značné míry odráží v nedostatku nástrojů k uspokojování

jedinečných a často složitých potřeb starších lidí (Bright, Fink, Beck, Gabriel, & Singh, 2013 in Nicholas, 2015). Navíc mnozí lékaři nejsou v této oblasti dostatečně vyškoleni a současná diagnostická kritéria pro hodnocení závislosti u starších osob nemusí být uspokojivá (EMCDDA, 2008).

Obecně se doporučuje, že by měl být každý dospělý po šedesátém roce života vyšetřován na problémy spojené s nadužíváním alkoholu v rámci pravidelné kontroly zdravotního stavu u praktického lékaře. Screening nebo rescreeing by se měl dělat rovněž při předepisování nových léků, když starší pacient prochází významnými životními změnami, ale také například když se častěji objevují poruchy spánku, paměti, zmatenost, podrážděnost, neklid, nebo časté pády, špatná hygiena či změna stravovacích návyků atd. (Aalto, Alho, Halme a Seppä, 2011).

Ze stávajících validovaných screeningových nástrojů pro klinické rozpoznání nadužívání alkoholu autoři O'Connell et al. (2004) identifikovali CAGE (Cut down on drinking, Annoyed by criticism, Guilty feeling and Eye opener), jako nejpoužívanější nástroj pro starší dospělé, po kterém následuje AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) a Michigan Alcohol Screening Test-geriatric version (MAST-G). Na druhou stranu O'Connell et al. (2003) upozorňují, že tyto screeningové nástroje nejsou pro populaci starších osob příliš vhodné. Nehodnotí totiž množství nebo frekvenci konzumace alkoholu, ale více se zaměřují na behaviorální, sociálně emocionální a fyziologické problémy spojené se zneužíváním alkoholu.

Jako vhodnější nástroj pro identifikaci nebezpečného pití u starších dospělých se jeví AUDIT-C, upravená verze nástroje AUDIT. Ve srovnání s jinými dostupnými nástroji, tj. CAGE a MAST-G je zaměřen i na hodnocení množství a frekvence užívání alkoholu a je rovněž velmi citlivý na stanovení hraničních bodů pro detekci nebezpečného pití u těchto osob. Je to třípoložkový screeningový nástroj, který lze snadno dokončit samostatně nebo u lékaře a trvá minimálně času. Bylo zjištěno, že mezní skóre čtyři a vyšší identifikuje problémy s alkoholem ohrožující zdraví u starších dospělých (Towers et al., 2011; Gilson et al., 2014 in Gilson, 2016). I když je AUDIT-C přesný nástroj k detekci problémů s alkoholem u starších dospělých, nezjistí bohužel problémy s ostatními návykovými látkami, včetně užívání léků a další komorbiditami (Nicholas, 2015). Za tímto účelem Fink et al. (2002) vyvinuli Alcohol-Related Problems Survey (ARPS), což je 18bodový screeningový nástroj, který se zaměřuje na vztah mezi konzumací alkoholu a zdravotními problémy, užíváním léků a fyziologickými změnami souvisejícími s věkem. Ačkoli má tento dotazník má dobrou citlivost, na druhou stranu výsledné bodování kombinuje odpovědi s mírou rizika, což není v klinické praxi snadno aplikovatelné.

Měřítkem používaným k diagnostice zneužívání alkoholu je i Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání (DSM-5). Existuje však několik diagnostických omezení při používání tohoto nástroje s ohledem na starší dospělé a je zapotřebí nový výzkum, aby se prozkoumala relevance revidovaných kritérií v DSM-5 pro starší dospělé (O'Connell, Chin, Cunningham a Lawlor, 2003). Některá kritéria pro poruchy zneužívání alkoholu jsou totiž považována za irelevantní pro starší osoby, u kterých je méně pravděpodobné, že narazí na sociální a pracovní komplikace spojené s poruchami užívání alkoholu. Kritéria rovněž neřeší biologické změny, které se vyskytují během procesu stárnutí v souvislosti s tolerancí jedince k alkoholu. Biologická zranitelnost a rozdíly v sociální dynamice stárnutí tak ztěžují vytváření platných a zobecnitelných odhadů prevalence zneužívání návykových látek nebo závislosti u starších dospělých (Blow, Oslin & Barry, 2002 in LaCoursiere, 2013).

Rozdílné jsou i kvantifikované limity pití alkoholu pro starší dospělé. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ve Spojených státech doporučuje, aby starší muži (65 let a více) nepili více než jeden standardní nápoj denně (14gramů), s maximálně dvěma nápoji při jedné příležitosti, nebo sedm nápojů v průměru za týden. Kritéria pro starší ženy jsou ještě přísnější. Ženám starším 65 let se doporučuje pít méně než jeden nápoj denně a maximálně čtyři nápoje týdně. Přičemž překročení pokynů k pití je spojeno se zvýšeným rizikem vzniku poruch užívání alkoholu. Zvláště vysoké riziko je u jednotlivců, kteří překračují pokyny pro denní spotřebu pěti a více nápojů pro muže a čtyř a více nápojů pro ženy (Blow et al. 2000 in LaCoursiere, 2013), což vede k výzvám k zahrnutí kvantitativních a frekvenčních opatření jako součásti diagnostiky poruch alkoholu (Li et al., 2007 in LaCoursiere, 2013).

Lepší diagnostika poruch v souvislosti s užíváním návykových látek u starších osob tak může vyžadovat věkově specifická měřítka užívání těchto látek a závislosti. Bylo by proto vhodné přesněji rozlišovat mezi různými způsoby užívání návykových látek s ohledem na různé behaviorální či klinické projevy, připravit screeningové a hodnotící dotazníky a upravit diagnostické klasifikační systémy konkrétně zaměřené na zjištění potřeb a problémů starších osob (EMCDDA, 2008).

6 Léčba závislosti na alkoholu u seniorů

Realita současných demografických změn a rostoucí potřeby služeb u stárnoucích osob užívajících návykové látky kladou vyšší nároky na stávající zdroje. Náklady na zdravotní péči u starších dospělých s problémy s užíváním návykových látek jsou vysoké a očekává se, že i

nadále porostou. Narůstající počet starších uživatelů tak bude klást nové a větší nároky na léčebné služby (Gossop & Moss, 2008). Programy, které jsou zvyklé zabývat se hlavně mladou populací budou muset vyhovět potřebám těchto starších osob, protože by i oni měli mít přístup k efektivním zdravotnickým službám, kde se jim dostane důstojné a citlivé péče. Tato skutečnost bude vyžadovat vytvoření širší škály alternativ k současné léčbě, nutnost vyvinout vhodné přístupy a v neposlední řadě revidovat léčebné intervence tak, abychom zajistili jejich vhodnost i pro starší občany (EMCDDA, 2008).

6.1 Bariéry v přístupu k léčbě

Údaje z posledních let ukazují nárůst starších dospělých, kteří se účastní léčby závislosti na návykových látkách, i když míra je stále poměrně nízká (Chhatre, Cook, Mallik & Jayadevappa, 2017). Ukazuje se, že na nízké úrovni využití léčby u osob starších 65 let se podílejí jiné faktory, než je tomu u mladších skupin. Jednak bylo prokázáno, že starší dospělí ve věku 65 let a více mají nižší míru využití léčby než osoby ve věku 50–64 let a rovněž bylo méně pravděpodobné, že uvedou jako bariéry v přístupu k léčbě obavy z nákladů a stigmatu (Choi, DiNitto, & Marti, 2014). Navíc se zdá, že starší dospělí méně pravděpodobně, než mladší dospělí vnímají užívání návykových látek jako problematické a také méně vnímají potřebu léčby než mladší dospělí (Wu a Blazer, 2011).

Pocit odlišnosti či dokonce diskriminace, je další často zmiňovanou překážkou léčby starších dospělých. Wadd a Dutton (2018) upozorňují, že starší dospělí mnohdy pociťují v rezidenčních zařízeních a ambulantních programech „generační propast“, především pak poukazují na rozdíly v postojích, přesvědčeních, zájmech a chování mezi svými staršími vrstevníky a mladšími osobami, což negativně ovlivňuje jejich zkušenost. Starší uživatelé se také často zmiňují o pocitu věkových předsudků od mladších klientů (Wadd & Dutton, 2018) nebo se při skupinových terapeutických sezeních ve smíšeném věku mnohdy cítí, jako by byli rodiči mladších klientů a museli se o ně starat. Rozdíly mezi kohortami jsou tedy také možnou překážkou léčby starších dospělých a naznačují, že léčebná zařízení zaměřená na starší dospělé by se měla snažit o menší věkovou rozmanitost mezi pacienty (Mertz, Richie & Dulin, 2020).

Častým mýtem týkajícím se užívání alkoholu u starších dospělých je, že tito starší uživatelé nereagují dobře na léčbu (Sorocco a Ferrell, 2006). Obecně se však ukazuje, že celkově mají starší dospělí srovnatelné nebo lepší výsledky léčby zneužíváním návykových látek než mladší dospělí (Gossop & Moss, 2008; Satre et al, 2011). Autoři Dauber et al. (2018) ve své studii zjistili, že starší dospělí opouštějící zařízení pro léčbu návykovými látkami vykazovali vyšší

míru abstinence při propuštění, vyšší podíl pravidelného ukončení léčby a vyšší procento úspěšných propuštění v ústavních a ambulantních léčbách ve srovnání s mladším vzorkem dospělých. Rovněž významně více starších dospělých uvádí abstinenci rok po léčbě než mladší dospělí (Satre et al., 2004 in Mertz, Richie & Dulin, 2020).

Zmiňované bariéry spolu s výše uváděnou stigmatizací a ageismem tvoří nejčastější překážky v přístupu k léčbě u seniorů se závislostí na alkoholu. K jejich minimalizaci se do budoucna jeví jako užitečné vyvinout větší úsilí k vývoji přístupů k léčbě šitých na míru pro lepší oslovení této klientely, zejména na pozadí pozitivních výsledků léčby starších dospělých. Spolu s rozšířenou spoluprací s primární péčí a institucemi pracujícími se staršími klienty mohou tyto opatření přispět ke zlepšení využití léčby starších dospělých se závislostí na alkoholu (Dauber et al., 2018).

6.2 Možnosti intervencí u starších dospělých v rámci léčebného systému

Stejně jako u mladší populace je léčba zneužívání návykových látek u starších dospělých poskytována v závislosti na zdravotním stavu a závažnosti závislostního problému od detoxikace přes ambulantní léčbu až po následnou péči. Léčebné intervence by měly být individualizované a flexibilní podle konkrétních potřeb klienta (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014) a probíhat v rámci biopsychosociálního přístupu. Při navrhování léčebného plánu by měla být brána v úvahu komorbidická psychiatrická a somatická onemocnění a jiné omezení související s věkem (Kalapatapu & Sullivan, 2010). U starších osob ve stabilizovaném stavu má farmakoterapie relativně omezenou roli a důraz by měl být vždy kladen na psychoedukaci a krátké psychosociální intervence. Starší lidé s přidruženými psychosociálními a somatickými problémy vyžadují obvykle intenzivnější intervence, v mnoha případech je nutná ústavní péče k posouzení a zvládnutí komplikací. Nemocniční léčba je ještě důležitější, pokud je sociální a rodinná podpora nedostatečná (Lal & Pattanayak, 2017).

6.2.1 Farmakoterapeutické možnosti

Farmakoterapie je upřednostňována jednak jako možnost krátkodobé léčby v rámci zvládnání odvykacího stavu, dále k léčbě souběžných zdravotních/psychiatrických stavů (pokud jsou přítomny) a v neposlední řadě k dlouhodobější léčbě poruch užívání alkoholu (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014).

Detoxifikace starších osob by měla být prováděna ve zdravotnickém prostředí (EMCDDA, 2008, 2010), protože výskyt lékařských a neurologických komplikací během syndromu z

vysazení alkoholu je u starších uživatel alkoholu vyšší než u jejich mladších protějšků (Caputo et al., 2012). Starší osoby v rámci odvykacího stavu také častěji trpí dezorientací, zmatením, neklidem či poruchami spánku. Navíc bývá odvykací stav ve stáří často spojen i s vyšší úmrtností. V rámci farmakoterapie je nutno pamatovat také na potenciální lékové interakce, protože starší lidé pravděpodobně užívají několik léků kvůli komorbidním lékařským a psychiatrickým onemocněním (Menninger, 2002).

O'Connell et al. (2003) nabádá ke zvýšené opatrnosti při detoxifikaci starších uživatelů alkoholu pomocí benzodiazepinů kvůli zvýšené citlivosti na nežádoucí účinky a změnu farmakokinetiky. Ke zmírnění odvykacího stavu se proto podávají jen krátkodobě působící benzodiazepiny, které se během 7 až 10 dnů postupně vysazují (Caputo et al., 2012). U starší populace je třeba se vyvarovat užívání především dlouhodobě působících benzodiazepinů (např. Diazepam atd.), protože se pomalu vylučují z důvodů snížené jaterní clearance související s vyšším věkem a mohou být spojeny s nežádoucími účinky ve formě nadměrné sedace nebo zhoršené motorické koordinace (Lal & Pattanayak, 2017). Při tachykardii a hypertenzi jsou účinné betablokátory, ale je rovněž třeba opatrnosti při jejich podávání kvůli zvýšenému riziku hypotenze (Caputo et al., 2012). Lal a Pattanayak (2017) ještě dodávají, že kromě sledování abstinečních příznaků a příslušných zdravotních komplikací pro komorbiditu, je třeba u seniorů pravidelně sledovat vitální funkce.

Možnosti léčby syndromu závislosti pro starší dospělé jsou omezenější než u běžné populace, protože stále chybí důkazy o účinnosti a bezpečnosti některých z těchto léků pro starší populaci. Pokud jde o dlouhodobé zvládnutí poruch užívání alkoholu, je farmakoterapie dostupná ve formě averzivní terapie disulfiramem a léků snižující craving Acamprosat a Naltrexon (Lal & Pattanayak, 2017).

Mezi léky schválenými pro závislost na alkoholu se především disulfiram obecně nedoporučuje podávat u starších dospělých kvůli zvýšenému riziku závažných nežádoucích účinků. Disulfiram je averzivní látka, která zvyšuje nepříznivé účinky požití alkoholu zvýšením hladiny acetaldehydu (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014) a je kontraindikován u pacientů s anamnézou jaterní dysfunkce, diabetu, cerebrovaskulárních onemocnění či například periferní neuropatie, což mohou být jinak běžné komorbidity u starších pacientů. Navíc terapie disulfiramem funguje nejlépe, pokud je dávkování pod dohledem člena rodiny. To však může být opět problém, protože řada starších osob nemá odpovídající sociální podporu nebo jejich rodinní příslušníci nemusí mít čas, či nemusí dodržovat odpovídající dohled nad podáváním

léku. Užívání disulfiraminu lze proto u starších uživatelů alkoholu provádět pouze s maximální opatrností (Lal & Pattanayak, 2017).

Akamprosát je lék používaný ke snížení touhy a příjemných účinků alkoholu. Dosud nebyly provedeny žádné studie zkoumající účinnost akamprosátu u osob ve věku 65 let a starších. Avšak vzhledem k tomu, že existuje jen málo údajů o jeho nepříznivých účincích napříč populacemi, je u starších dospělých považován za relativně bezpečný (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Může být předepsán osobám s mírnou až středně těžkou jaterní dysfunkcí, je však kontraindikován u pacientů s renální nedostatečností. Také jeho časté dávkování lze považovat u starších dospělých za poněkud problematické (Lal & Pattanayak, 2017).

Naltrexon je nejvíce studovaným lékem používaným k léčbě závislosti na alkoholu u starších dospělých a u této populace byla prokázána určitá účinnost. Naltrexon je antagonist opioidních receptorů a snižuje touhu a příjemné nebo stimulační účinky alkoholu tím, že blokuje uvolňování dopaminu v mozku. Avšak hlavní omezení naltrexonu u populace starších dospělých, zejména u osob s výraznou chronickou bolestí spočívá v tom, že blokuje účinek léků proti bolesti na bázi opiátů. Může také potencovat již existující příznaky depresivní poruchy. U pacientů s anamnézou komorbidní deprese by proto mělo být podávání tohoto přípravku pečlivě zváženo a následně pozorně sledováno (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014).

6.2.2 Nefarmakologické intervence pro starší uživatele alkoholu

U starších uživatelů alkoholu je možno aplikovat kontinuum psychosociálních intervencí s ohledem na závažnost jejich problémů. Léčba specifická pro starší uživatele však musí být relevantní a přijatelná jak z hlediska obsahu (např. zvládání výzev souvisejících s pozdními fázemi života), tak i z hlediska procesů (např. nekonfrontační přístup s ohledem na snížené psychomotorické tempo) (Lal & Pattanayak, 2017).

Mnoho starších dospělých s problémy s užíváním alkoholu může mít prospěch z intervencí s nízkou intenzitou, kdy včasný a krátký zásah poskytovatele zdravotní péče může mít za následek významnou změnu v užívání (Gossop & Moss, 2008). Tyto krátké intervence lze vzhledem k jejich časové nenáročnosti dobře využít i v rámci primární péče. Jejich účelem je poskytnout informace o možném poškození zdraví v důsledku nadměrné konzumace alkoholu, zvýšit motivaci ke změně a nabídnout uživatelům možnosti léčby (Lal & Pattanayak, 2017). Zpětná vazba v kombinaci s krátkou radou, je jedním z nejběžnějších používaných krátkých zásahů a ukazuje se, že je velmi efektivní pro starší uživatele. Většina krátkých intervencí je prováděna s využitím aspektů motivačního rozhovoru a podporuje přístup zaměřený na klienta

směřovaný k pozitivním změnám v životě jednotlivce (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Formálně mají motivační rozhovory snížit ambivalenci tím, že pomáhají klientovi identifikovat výhody a nevýhody změny oproti zachování současného stavu. U starších osob mohou důvody k takovým změnám zahrnovat udržení si nezávislosti, optimálního zdraví a duševních schopností a minimalizaci nepříznivého dopadu alkoholu na jejich život (Lal & Pattanayak, 2017). Krátké intervence tedy představují nákladově efektivní a včasné řešení problémového pití a měly by být více integrovány do přístupů veřejného zdraví pro starší dospělé. Stejně tak poskytovatelé primární a speciální péče by měli být nadále vyškolení v poskytování motivačních krátkých intervencí zaměřených na starší pacienty (Mertz, Richie, & Dulin, 2020).

Ke zlepšení přístupu k systému zdravotní péče u starších dospělých, zvláště pak u těch, kteří mají problémy se sníženou mobilitou či dostupností služeb, mohou být využívány modely case managementu (Lal & Pattanayak, 2017). Tyto intervence poskytují komplexní přístup tím, že řeší složitost lékařských a psychiatrických komorbidit běžných v této populaci a zároveň spojují izolované starší dospělé s potřebnými komunitními zdroji. Case manager zde koordinuje péči více spolupracujících institucí, pomáhá klientům zajistit a vyjednat vhodné služby, podporu a zdroje v jejich přirozeném prostředí. Další výhodou těchto intervencí je, že intervence v oblasti užívání návykových látek jsou zakotveny v širokém přístupu k řešení zdraví a snižování stigma. Modely case managementu tak mohou být velmi účinné při zapojení a udržení starších rizikových uživatelů v léčbě (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014).

Ukazuje se, že starší dospělí dobře reagují i na psychosociální léčbu včetně intervencí, jako je kognitivní behaviorální terapie a motivační rozhovory, jakož i podpůrné, nekonfrontační přístupy a samostatné skupiny pro starší dospělé (Lal & Pattanayak, 2017). Autoři Mertz, Richie a Dulin (2020) naznačují, že kognitivní behaviorální terapie (KBT) u starších dospělých je stejně účinná jako u mladších dospělých. Naopak vysoce strukturovaný přístup používaný v KBT je pro starší dospělé zvláště vhodný právě kvůli jejich případným potížím s pamětí (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014), zároveň je však lepší volbou pro starší dospělé, kteří nemají výrazný kognitivní deficit. Zatímco hlavní principy KBT, tedy zavádění copingových dovedností jako alternativ k maladaptivnímu chování a identifikace toho, jak myšlenky ovlivňují toto maladaptivní chování zůstávají stejné pro všechny věkové kategorie, pro starší populaci byly doporučeny určité úpravy. Tyto úpravy spočívají například v zahrnutí více sezení do léčebného plánu s cílem poskytnout další kontrolu a shrnutí, zpomalit tempo a požadovat zpětnou vazbu k zjištění porozumění obsahu či zvětšit velikost písma na vizuálních pomůckách pro osoby se zrakovým postižením (Mertz, Richie & Dulin, 2020). Je také vhodné jasně a

srozumitelně vyjádřit strukturu sezení a případně klienta jemně přerušit, pokud odbočí z hlavního tématu diskuse, což se může u starších dospělých vyskytovat častěji v důsledku kognitivních poruch nebo touhy vyhnout se určitým tématům. Zejména na počátku léčby by si měl lékař či terapeut udělat více času, aby vysvětlil principy a výhody KBT, což je pro starší klienty velmi přínosné z hlediska porozumění struktury a očekávání od léčby a zároveň k podpoře naděje a víry v účinnost léčby (Secker et al., 2004 in Mertz, Richie & Dulin, 2020).

Rovněž prevence relapsu se může u starších dospělých mírně lišit. Relaps neboli návrat k dřívějším vzorcům užívání alkoholu lze připsat u starších dospělých především situacím a stavům jako jsou úzkosti, deprese, osamělost, ztráty či sociální izolace. Tyto negativní emoční stavy jsou u seniorů většími rizikovými faktory, než interpersonální konflikty a sociální tlak. Proto je důležité vzdělávat pacienty o tom, jak tyto emoční stavy mohou vést k relapsu, pracovat na identifikaci vysoce rizikových situací relapsu a následně plánovat strategie zvládnutí těchto situací jako alternativ k pití. Pokud dojde k relapsu, je důležité nadále povzbuzovat starší klienty a popsat relaps jako zkušenost a příležitost k učení místo selhání (Barrick a Connors, 2002).

Psychoterapeutické intervence mohou zahrnovat jak individuální, tak skupinové či rodinné terapie. Přínosné může být rovněž zapojení do různých svépomocných a podpůrných skupin. Ve skutečnosti se tyto skupinové, rodinné či svépomocné skupiny ukazují být pro starší dospělé obzvlášť prospěšné z důvodu důrazu na sociální podporu (Kalapatapu & Sullivan, 2010). Anonymní alkoholici (AA) a jejich příbuzné skupiny mohou být pro seniory prospěšné také při snižování izolace, studu a stigmatu (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Starší dospělí se však mohou ve svépomocných skupinách setkávat se stejnými překážkami jako ve formálním léčbě, mohou mít obavy ohledně reakcí mladších členů či mít pocit že do skupiny nezapadají. Kromě toho mohou mít starší lidé potíže s mobilitou nebo s nedoslýchavostí, které jim brání v účasti (Dar, 2006). Navíc tyto setkání nemusí vyhovovat starším dospělým i vzhledem k různým tempům schůzek a obecnému zaměření skupiny. Někteří odborníci proto doporučují, aby byly tradiční svépomocné skupiny upraveny pro starší dospělé a odrážely kognitivní změny ve stárnutí například zpomalením tempa schůzky, pozorností věnovanou řešením ztrát a rozšiřováním sociální podpory (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Norton (1998) ještě dodává, že se starším dospělým nejlépe daří ve skupinách svých vrstevníků, proto by bylo vhodné pomáhat rozvíjet skupiny anonymních alkoholiků pro starší osoby.

V léčbě starších dospělých nelze opomenout ani problematiku duálních diagnóz, protože podobně jako u mladších uživatelů návykových látek se i u nich často vyskytují komorbidní psychiatrická onemocnění (Černíková, 2017). Tayler a Grossberg (2012) považují stejně jako

u mladších dospělých za nejvhodnější integrovanou léčbu obou poruch jediným léčebným týmem. Zároveň však poukazují, že jen relativně málo poskytovatelů bude mít důkladné znalosti a zkušenosti s léčbou užívání návykových látek a geriatrických poruch současně.

6.3 Budoucí doporučení a zásady pro věkově specifickou léčbu

O věkově specifické léčbě starších dospělých existuje velmi málo informací. Nedostatek literatury je způsoben především složitostí tohoto rostoucího problému (Myers, Dice & Dew, 2000 in Mertz, Richie & Dulin, 2020). Péče o starší dospělé se závislostí na alkoholu totiž představuje jak medicínsky, tak sociálně složité výzvy a bude stále více tlačit na systémy zdravotní péče, aby poskytovaly koordinovanou péči, která bude účinná. Nedostatek povědomí o součinnosti stárnutí, chronických nemocí a užívání návykových látek mezi poskytovateli tak zbytečně omezuje účinnost péče o tuto narůstající populaci (Han, 2018).

Zatímco jsou tedy metody léčby u osob závislých na návykových látkách ve středním a mladším věku obecně stejné, řada autorů zabývajících se problematikou léčby závislostí u starších dospělých se shoduje v tom, že odlišným potřebám starších osob užívajících návykové látky je třeba věnovat zvláštní pozornost. Jedná se zde především o zvládání stresujících životních událostí, pocitů smutku a životních ztrát či překonávání sociální izolace (SCAT, 1998 in Mertz, Richie & Dulin, 2020). Autoři Myers, Dice & Dew (2000) nabízí několik doporučení pro léčbu starších dospělých. Léčba by měla být podpůrná, zaměřena na zvládání deprese, ztráty a izolace, s důrazem na přestavbu sítě sociální podpory, terapeuti by se měli vyhýbat konfrontačním přístupům a snažit se minimalizovat diskriminaci a stigma. Rovněž tempo a obsah léčby by měly být přizpůsobeny starším dospělým. Pracovat s touto klientelou by měli pracovníci, kteří mají zájem a zkušenosti s prací se staršími dospělými. V neposlední řadě je důležité rozvíjet spolupráci s komunitními programy, lékařskými službami a se službami, které pracují se starší populací. Kromě výše uvedeného doporučují autoři klást důraz na věkově specifické nastavení léčby, které je prospěšné při vytváření kultury bezpečnosti a respektu, s důrazem na holistický přístup k léčbě (Myers, Dice & Dew, 2000).

Rosen, Engel a Hunsaker (2013 in Han, 2018) poukazují, že efektivní řešení potřeb starších dospělých bude vyžadovat rámec, který čerpá jak z geriatrických principů, tak z přístupů harm reduction. Geriatrická medicína i přístupy harm reduction totiž poskytují péči v kontextu rizik, výhod pro pacienta a prognózy bez absolutního zaměření na „vyléčení“ (Rosen, Engel, & Hunsaker, 2013 in Han, 2018). Navíc většina principů harm reduction jako je humanismus, pragmatismus, individualismus a autonomie se shoduje s hlavními principy přístupu ke starším

pacientům s multimorbiditou (Hawk et al., 2017 in Han, 2018). Oba přístupy také zdůrazňují společné rozhodování a sdílejí společné zaměření na péči zaměřenou na pacienta (Carew & Comiskey, 2018). Geriatrické principy by tak měly být začleněny do oblasti medicíny závislostí jako přístup k integrované chronické lékařské péči a léčbě závislostí pro stárnoucí populaci (Han, 2018).

Lal a Pattanayak (2017) dále upozorňují, že by se v budoucnu měl výzkum více zabývat nedostatkem věkově odpovídajících hodnotících nástrojů a nedostatečným zastoupením genderových otázek ve výzkumu užívání návykových látek u starších dospělých. Především se tedy bude třeba zaměřit na vývoj účinných screeningových metod, které budou zohledňovat biologické a psychosociální faktory spojené se stárnutím; rozvoj kulturně relevantních a věkově přizpůsobených psychosociálních intervencí a rovněž bude důležité realizovat více randomizovaných studií testujících účinnost farmakoterapeutických léčiv určených k léčbě závislosti starších dospělých. Wu a Blazer (2011) ještě dodávají, že k včasné identifikaci a léčbě starší populace je třeba nejen vyvíjet a testovat screeningové nástroje, ale bude také důležité upravit diagnostická kritéria a kvantifikované limity pití alkoholu pro starší dospělé.

Steinhagen a Friedman (2008) označují jako velmi účinné pro zlepšení přístupu k starším uživatelům také intervence zaměřené na zvýšení podpory pro rodinné pečovatele, včetně vzdělávání o léčbě a známkách zneužívání alkoholu, ale i šíření osvěty a veřejného vzdělávání s cílem minimalizovat ageismus, stigma a obavy z léčby a její účinnosti.

Neméně důležité bude rovněž zlepšení přístupu ke službám pro starší uživatele návykových látek prostřednictvím zvýšené kapacity těchto služeb a jejich nabízení v domácím a komunitním prostředí, kde se shromažďují starší dospělí, jako jsou například centra seniorů a přirozeně se vyskytující komunity starších osob. Nerovnoměrná kvalita péče bude také vyžadovat budování kliniky a kulturně kompetentní pracovní síly prostřednictvím vzdělávání a školení poskytovatelů (Steinhagen & Friedman, 2008).

Wu a Blazer (2011) podotýkají, že starší uživatelé návykových látek mají prospěch z léčby přizpůsobené jejich konkrétním potřebám a zkušenostem (Wu & Blazer, 2011). Vzhledem ke zvýšené náchylnosti starších osob k nežádoucím účinkům mnoha léků a také k fyziologickým změnám souvisejícím se stárnutím je vhodnější uplatňovat v jejich léčbě méně intenzivní přístupy a dlouhodobější léčebné režimy než kratší náročné režimy s vysokou intenzitou využívané v léčbě mladších osob (Tayler & Grossberg, 2012 in Černíková, 2017). Na druhou stranu deprese, samota a další stresové události spojené se stárnutím jsou důležitými rizikovými

faktory pro relaps u starší populace, proto je důležité zachovávat vícerozměrný přístup, včetně farmakologické, psychologické a sociálně-behaviorální léčby (Caputo et al., 2012).

7 Systém léčebné péče o osoby ohrožené závislostmi nebo osoby závislé na návykových látkách v České republice

7.1 Síť adiktologických služeb

Síť adiktologických služeb pokrývá široké spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním a tvoří ji zařízení a programy různých typů, které jsou zakotveny v různých oborech a legislativních rámcích (Rous, Chomynová & Mravčík, 2020). V současné době je možno rozlišit adiktologickou péči zdravotní, která se dále člení na adiktologickou péči lékařskou a nelékařskou, a adiktologickou péči prováděnou v programech sociálních služeb, v zařízeních speciálního školství nebo např. ve věznicích (Miovský et al., 2013).

K zajištění standardů kvality adiktologických služeb slouží od r. 2006 systém certifikace odborné způsobilosti, jehož základem jsou multidisciplinární Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. V prosinci 2019 schválila vláda nová Pravidla systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb, jejichž smyslem má být zjednodušení a zpřehlednění celého procesu a úspora finančních prostředků (Mravčík et al., 2020). Certifikační standardy jsou minimálními požadavky na odbornou způsobilost služeb a programů a jsou upraveny pro 10 typů služeb: detoxifikaci, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčbu, stacionární programy, krátkodobou a střednědobou lůžkovou péči, residenční péči v terapeutických komunitách, doléčovací programy, substituční léčbu a adiktologické služby ve vězení (Libra et al., 2015). Adiktologická problematika často spojuje ve službách klientům zdravotní a sociální služby, což vytváří potřebu společného financování těchto služeb prostředky obou resortů (Miovský et al., 2013).

Ve Sčítání adiktologických služeb za rok 2017 bylo zjištěno celkem 275 adiktologických programů, z nich 17 poskytovalo detoxifikaci, 62 terénní služby, 69 provozovalo kontaktní centrum, 95 ambulantní služby, 2denní stacionář, 22 krátkodobou a střednědobou residenční léčbu, 17 terapeutickou komunitu, 46 doléčovací program a 23 poskytovalo substituční léčbu. Nejčastěji šlo o poskytovatele sociálních služeb (68 %), poskytovatele zdravotnických služeb (35 %), školská a církevní zařízení (shodně po 1 %). Programy poskytovaly služby obvykle více cílovým skupinám, nejčastěji uživatelům nelegálních drog (88 %), osobám užívajícím více

látek současně (77 %), uživatelům alkoholu (65 %), psychoaktivních léků (63 %) a problémovým hráčům (55 %). Souhrnně bylo adiktologickými programy za r. 2016 hlášeno 88 tisíc klientů (Rous, Chomynová & Mravčík, 2020).

Většina krajů však popisuje stávající síť služeb jako minimální či nedostačující. Často je zmiňováno nedostatečné a nestabilní financování služeb, špatná dostupnost ambulantní léčby (geografická i časová) a nedostatky jsou hlášeny i v poskytování péče pro klienty s jinými komorbiditami a duálními diagnózami. Některé kraje dále poukazují na nedostatek ambulantních psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů ochotných pracovat s uživateli návykových látek (Mravčík et al., 2020). Mezi slabé stránky současného systému adiktologických služeb patří rovněž nedostatečná koordinovanost, v důsledku čehož jsou některé oblasti nastaveny disproporčně, někdy není dostatečně zajištěna vzájemná propustnost jednotlivých resortních rámců a návaznost péče a některé segmenty péče neexistují vůbec, postupně zanikají nebo se nerozvíjí žádoucím směrem. Tento roztříštěný systém péče následně nezajišťuje dostupnost a potřebnou kvalitu služeb adekvátní jednotlivým typům klientů (Mioviský et al., 2013), mezi něž patří i skupina starších dospělých a seniorů, která zůstává v koncepci sítě adiktologických služeb i nadále upozaděna.

7.2 Střednědobá ústavní léčba

Krátkodobá a střednědobá léčba je definována jako léčba problémových uživatelů a závislých ve zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie trvající v rozsahu týdnů až několika měsíců. Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se jedná o především akutní péči, která je poskytována pacientovi se stanovenou diagnózou, u kterého došlo ke stabilizaci zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje následné doléčení, přičemž se poskytuje tak dlouho, pokud se pacientův stav zlepšuje (Mioviský et al., 2013).

Lůžková oddělení, která zajišťují krátkodobou a střednědobou odvykací léčbu jsou jednak specializovanými odděleními pro léčbu závislostí v rámci psychiatrických léčeben, nebo specializovaná oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocnic, či se může jednat o psychiatrickou léčebnu specializovanou na léčbu závislostí. Specializovaná lůžková péče může navazovat přímo na akutní lůžkovou péči, nebo je možný v případě stabilizovaného zdravotního stavu přímý vstup do služby. Program ústavní léčby je vysoce strukturován a celý terapeutický proces je postavený na principech terapeutické komunity. Cílem rezidenční léčby je léčba závislostí zaměřená na práci s motivací, na dosažení a udržení abstinence, na stabilizaci

psychického a somatického stavu a na maximálně možnou resocializaci pacienta. Cílovou populaci pak tvoří osoby závislé na návykových látkách a patologičtí hráči, často s četnými psychiatrickými či somatickými komorbiditami (Miovský et al., 2013).

Základními nástroji terapeutického procesu jsou psychoterapie skupinová, komunitní i individuální, farmakoterapie, edukace, sociální práce, rodinná terapie, rehabilitace směrem ke stabilizaci somatického a psychického stavu a sociálních kapacit pacienta (Miovský et al., 2013). Významnou roli v terapii hraje rovněž spolupráce s rodinou pacienta, která je zaměřena na úpravu vztahů a vytvoření podpůrného rodinného prostředí. K prohloubení tohoto procesu slouží také víkendové propustky, během nichž si pacient ověřuje svou schopnost vytvořit a dodržet osobní program s abstinencí od návykových látek ve svém přirozeném prostředí (Pecinovská, 2013).

Proces léčby vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta a stanovení léčebného plánu (Miovský et al., 2013). Léčebný program je doplněn režimem, tzn. časovou strukturou dne a pravidly, přičemž dodržování léčebného režimu a zapojení klienta do léčby je monitorováno pomocí bodovacího systému. Bodovací systém je brán jednak jako nástroj hodnocení průběhu léčby a výkonný systém k ovlivnění pacientova chování, ale také jako zdroj informací pro pacienta o tom, co se mu daří, či nedaří a kam je potřeba zaměřit úsilí (Dvořáček, 2003). I když je bodovací systém v ústavní léčbě závislosti v ČR široce uplatňován a je mu přisuzován velký terapeutický význam, zatím není známo ověření jeho terapeutické účinnosti a nelze ho tedy pokládat za evidence based metodu (Kalina, 2013).

Ústavní léčba je indikována převážně tam, kde existují závažné překážky pro léčbu ambulantní, tedy je primární volbou pro klienty s dlouhodobějším a komplikovanějším stupněm závislosti, s nízkou motivací, špatným sociálním zázemím, kteří mají navíc často i jiné psychiatrické či somatické komorbidity. V České republice je však často touto překážkou především nedostatek ambulantních kapacit a zvyk paušálně indikovat u závislých klientů ústavní léčbu. V důsledku toho jsou ústavní zařízení přetížena a na léčbu se dlouho čeká. Přitom zkrácení indikačního a přijímacího procesu u klientů, kteří se chtějí léčit, zlepšuje počet skutečných nástupů do léčby a působí jako prevence předčasných odchodů z léčby (Kalina, 2000). Navíc program v ústavní léčbě, obdobně jako ostatní programy v síti adiktologických služeb, je primárně nastaven pro mladší a střední populaci a starší osoby se svými specifickými potřebami nemusí léčebný režim akceptovat. Vzhledem k nastaveným pravidlům pak řada seniorů už nemusí mít potenciál k plnohodnotné režimové léčbě, předčasně z léčby vypadávají nebo jejich hospitalizace následně probíhá na gerontopsychiatrickém oddělení.

8 Výzkumná část

Rezidenční léčba je důležitou součástí systému léčby alkoholem, zejména pak u pacientů s relativně složitými potřebami a zakořeněnými problémy s alkoholem, jakými jsou právě i starší uživatelé. V důsledku aktuálních demografických trendů projevujících se stárnutím populace, dochází k nárůstu této skupiny starších osob s problémy z užívání alkoholu, která se začíná stále častěji objevovat v síti adiktologických služeb, včetně střednědobé ústavní léčby. Vzhledem k jedinečným fyzickým, emocionálním a kognitivním vlastnostem spojeným se stárnutím je možné, že senioři a starší dospělí reagují na léčbu odlišně než mladší dospělí. V současné době však poskytovatelé zdravotní péče nedisponují dostatkem intervencí založených na důkazech týkajících se léčby a snižování škod spojených s užíváním návykových látek u starších dospělých, které by řešily široké spektrum rizik spojených s užíváním v tomto věku. S rostoucím počtem závislých ve vyšším věku je proto nutné zamyslet se nad tím, zda současná struktura ústavní léčby závislostí vyhovuje i této skupině pacientů.

Výzkumná část práce navazuje na teoretické podklady a jejím zaměřením je analýza potřeb provedená mezi klienty se závislostí na alkoholu staršími 65 let ve střednědobé ústavní léčbě. Prostřednictvím analýzy potřeb se snaží autorka zjistit, zda současný model uplatňovaný ve střednědobé ústavní léčbě odpovídá požadavkům seniorů se závislostí na alkoholu, jak se v rámci léčby reaguje na potřeby související s věkem a v neposlední řadě, jak samotní senioři vnímají tuto službu.

8.1 Analýza potřeb

Obecně přijatá definice potřeby, ani způsob její analýzy neexistuje. Naopak, definic potřeby existuje celá řada. Z pohledu jednotlivce je pocíťovaná potřeba to, co člověk chce (Bradshaw, 1972; in WHO, 2000), z hlediska epidemiologického můžeme potřebu definovat jako schopnost dané populace profitovat ze zdravotnických služeb (Stevens & Raftery, 1994; in WHO, 2000). Výraz „potřeba“ se dá vyložit i jako to, co by z pohledu společnosti mělo být nebo jaké problémy by se podle odborníků měly řešit (WHO, 2000). Z biologického hlediska potřebu chápeme jako stav nedostatku, narušení vnitřní rovnováhy organismu (Nakonečný, 2000; Helus, 1997), z pohledu sociálních věd je zase potřeba definována jako druh problému, který pocíťuje určitá skupina lidí, přičemž tito lidé žádají reakci na jejich (Šťastná, 2010). Důraz na důležitost uspokojování potřeb pro pocit pohody (well-being) pak upozorňuje celá řada psychologů a odborníků na duševní zdraví (Křivohlavý, 2004).

V kontextu analýzy potřeb můžeme definovat potřebu jako mezeru ve výsledcích, důsledcích nebo dovednostech. Pokud jsou potřeby jednou identifikovány, je možné je seřadit podle důležitosti a následně vybrat nejlepší způsob, jak se dostat k požadovaným výsledkům (Kaufman, Rojas, & Mayer, 1993 in Šťastná, 2010).

Analýza potřeb je jedním z typů evaluace. Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje šest hlavních typů evaluace: evaluaci formou analýzy potřeb, evaluaci procesu, evaluaci nákladů, evaluaci spokojenosti klientů, evaluaci výsledku a ekonomickou evaluaci. Jedná se o nástroj, který rozeznává rozpor mezi aktuálním stavem a cílovými potřebami. Analýza potřeb tedy zjišťuje a identifikuje, do jaké míry poskytovaná služba reaguje na potřeby a požadavky cílové skupiny a jaké změny je třeba udělat, aby byly tyto potřeby pokryty (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000). Pomocí evaluačních nástrojů a procesů následně získáváme zpětnou vazbu o fungování prováděných intervencí a ověřujeme jejich správnost, vhodnost či účinnost (Hendl & Remr, 2017).

V ideálním případě by analýza potřeb měla být průběžným a flexibilním procesem, citlivým na změny v míře a typech problémů ve zkoumaných oblastech (WHO, UNDCP a EMCDDA, 2000). Prostřednictvím nástroje evaluace můžeme dát klientům v léčbě prostor, aby vyjádřili spokojenost či nespokojenosti s užívanými službami. Tím pádem nám proces evaluace může pomoc zhodnotit aktuální stav a na základě toho službu zlepšovat (Galla et al., 2005 in Čmelíková, 2020).

Podle WHO (WHO, UNDCP, & EMCDDA, 2000 in Šťastná, 2010) je evaluace formou analýzy potřeb formální a systematickou snahou o stanovení a následné vyplnění mezer mezi tím, „co je“, a „co by mělo být“. Spočívá ve zdokumentování nesrovnalostí mezi aktuálními a požadovanými výsledky a vytyčení těchto nesrovnalostí jako priorit z hlediska plánování programů a intervencí. Analýza potřeb je nástroj k plánování programu a v ideálním případě probíhá předtím, než je program naplánován a realizován. V rámci analýzy potřeb se tedy zjišťuje, jak by měl být stávající program upraven, aby reagoval na potřeby, které nejsou uspokojovány.

Cílem analýzy potřeb nemusí být pouze změna jednotlivého programu, ale také celku, určitého systému služeb. Základní cíle analýzy potřeb se dají charakterizovat především jako snaha o zvýšení účinnosti služeb, jejich optimalizaci vzhledem k možnostem, efektivita služeb a umožnění plánování a tvorbu strategií (WHO, 2000). Analýza potřeb nachází široké uplatnění v oblasti adiktologie, sociálních a zdravotnických služeb, v oblasti státní správy a samosprávy,

ale rovněž v oblasti komerčních služeb, jako je například obchod, reklama a mnoha dalších (Janouškovec, 2013).

V kontextu služeb zaměřených na uživatele drog analýza potřeb hodnotí (WHO, 2000):

- kapacitu léčebných služeb v komunitě nebo regionu v závislosti na prevalenci a incidenci poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek,
- vhodnou kombinaci požadovaných služeb, které by reagovaly na rozličné potřeby týkající se poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek,
- koordinaci služeb v rámci systému péče za účelem zajištění snazší dostupnosti tohoto systému, hladkého přechodu mezi jeho jednotlivými komponenty a správného postupu ve follow-up fázi.

Výsledkem analýzy potřeb by mělo být to, že potřeby klientů, uživatelů drog a jejich rodin, jsou identifikovány a následně uspokojeny. Ukazuje se, že většina uživatelů drog má celou řadu potřeb a že poskytovatelé potřeb mohou hrát určitou roli při uspokojování těchto potřeb. Analýza potřeb je tak v této oblasti komplexním úkolem, který ale vyžaduje čas, snahu a široké spektrum schopností (Scottish Executive, 2004 in Šťastná, 2010).

8.2 Cíle výzkumu

Primárním cílem práce je odpovědět na základní otázky potřeb, představ a očekávání týkající se seniorů starších 65 let léčících se závislostí na alkoholu ve vybraném zařízení střednědobé ústavní léčby. Jedná se tedy především o snahu zjistit a ověřit tyto oblasti:

- příčiny počátku závislosti, vzorce zneužívání alkoholu u starších osob
- důsledky nadměrné konzumace, motivace k léčbě
- jaké jsou bariéry v přístupu k léčbě u seniorů
- jaké jsou potřeby a specifika seniorů se závislostí na alkoholu v ústavní léčbě
- zda jsou poskytované služby pro starší uživatele přijatelné a akceptovatelné, případně zda jsou nároky režimového oddělení pro starší uživatele příliš náročné

8.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaká je dostupnost služby? Jaké bariéry v přístupu k léčbě museli respondenti překonávat?
- 2) Jak jsou nabízené služby ve střednědobé ústavní léčbě seniory vnímány? Jsou pro ně tyto služby přijatelné a odpovídají potřebám? Pokud ne, tak proč a jak by měly vypadat či být zajišťovány, aby potřebám odpovídaly.

- 3) Jaký je pohled a zkušenosti starších respondentů s léčbou a životem vedle mladších klientů? Preferovali by pobyt v rezidenčním zařízení specializovaným pro léčbu závislostí u starších dospělých?

8.4 Výzkumný soubor

8.4.1 Základní soubor

Souhrnné údaje o pacientech ve specializovaných službách pro osoby s poruchou spojenou s užíváním návykových látek poskytuje Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který byl spuštěn v roce 2015. Registr sice nepokrývá celou síť adiktologických služeb a všechny léčené klienty, nicméně jeho pokrytí se postupně zvyšuje. V r. 2019 bylo v registru hlášeno celkem 7613 uživatelů alkoholu, 5,5 % z tohoto počtu jich bylo ve věkové skupině 65 a více let. Průměrný věk uživatelů návykových látek v kontaktu s adiktologickými službami se zvyšuje, přičemž v roce 2019 byl průměrný věk žadatelů o léčbu závislosti na alkoholu 46 let, ženy tvořily přibližně třetinu klientů. Ukazuje se, že obdobně jako u mladších věkových skupin do 20 let, kde je podíl žen vstupujících do léčby vyšší, téměř 50 %, rovněž ve věkové skupině seniorů nad 65 let je podíl žadatelů o léčbu mezi ženami a muži téměř vyrovnaný (52,3 % muži a 47,7 % ženy) (Mravčík et al., 2020).

Přehledné údaje týkající se počtu léčených klientů uvádí také výroční zpráva o stavu ve věcech drog. Z výzkumu uvedeného ve zprávě za rok 2019 vyplývá, že v daném roce bylo evidováno 14 985 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9694 (61 %) hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických nemocnicích, více než čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic akutní péče (Mravčík et al, 2020). Dle databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) bylo v roce 2018 s diagnózou závislosti na alkoholu léčeno v některém psychiatrickém zařízení již zmiňovaných 13,4 % seniorů starších 60 let z celkového počtu 9 198 osob.

Rezidenční abstinčně orientovanou léčbu pacientům závislým na návykových látkách poskytují v ČR převážně psychiatrické nemocnice na speciálních odděleních pro léčbu závislostí. Podle údajů z výroční zprávy o stavu ve věcech drog bylo v roce 2019 v České republice 19 psychiatrických nemocnic pro dospělé s kapacitou lůžek 8 606 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020c in Mravčík et al., 2020). Základní soubor tedy tvoří všichni klienti ve věku 65 let a více, kteří se léčí se závislostí na alkoholu ve střednědobé ústavní léčbě v těchto psychiatrických nemocnicích.

8.4.2 Výběrový soubor

Z údajů statistiky Psychiatrické nemocnice Kroměříž vyplývá, že v posledních letech dochází k nárůstu počtu seniorů s poruchami způsobenými užíváním alkoholu přijatých na toxirehabilitační primariát nebo na jiný primariát Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Mezi lety 2002 a 2012 byl v tomto zařízení nárůst z celkového počtu pacientů přijatých pro diagnózu F 10 ve věkové skupině 60 let a více ze 7,6 % na 15,1 %. Na toxirehabilitačním primariátu pak tvořili v roce 2002 pacienti ve věku 60 let a více 3,1 % z celkového počtu pacientů, v roce 2012 to už bylo 7,8 % (Stoklasová, 2013). Rovněž Lužný et al. (2013) porovnával prevalenci syndromu závislosti na alkoholu jako hlavní příjmové diagnózy u seniorů starších 65 let přijatých k hospitalizaci na gerontopsychiatrickém lůžku Psychiatrické nemocnice v Kroměříži v roce 2001 a v roce 2011. Výsledky studie poukazují na více než dvojnásobný nárůst prevalence závislosti na alkoholu u těchto osob. Přičemž statistická data dostupná v elektronické podobě v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži zachycují pouze pacienty s diagnózou F 10 jako hlavní příjmovou diagnózou, případy komorbidní závislosti na alkoholu při jiné hlavní příjmové psychiatrické diagnóze tak zůstávají zcela opomenuty.

Výběrovým souborem jsou senioři výše zmiňovaného zařízení střednědobé ústavní léčby závislosti na alkoholu PN Kroměříž. Účastníci výzkumu byli vybíráni metodou záměrného výběru, konkrétně se jednalo o záměrný (účelový) výběr přes instituce. Tato metoda, jak uvádí Miovský (2006) vede k tomu, že můžeme využít činnosti zvolené instituce k zachycení cílové skupiny, jež je předmětem našeho zájmu. Z hlediska vlastností výběrový soubor charakterizuje: aktuální pobyt/ dobrovolná komplexní ústavní protialkoholní léčba; klienti přijatí s diagnózou F 10.2 -Syndrom závislosti na alkoholu nebo F 10.3 – Odvykací stav při závislosti na alkoholu; věk 65 let v daném kalendářním roce a vyšší; pohlaví – muž/žena.

8.5 Metody tvorby a analýzy dat

Určujícím výběrem pro další postup v analýze byla volba kvalitativní metodologie. Důvodem pro výběr kvalitativní metodologie byl záměr získat individuální zkušenosti a názory respondentů a předložit jejich výčet k diskusi. Takto získaná kvalitativní data poslouží k lepšímu poznání dané problematiky. Rozhodně si neklade ambici být jediným a vyčerpávajícím zdrojem informací – což ani nelze od kvalitativně zaměřeného výzkumu očekávat.

8.5.1 Metoda získávání dat

Metodou získání dat byl moderovaný individuální rozhovor, konkrétně se jednalo o formu polostrukturovaného interview s klienty ústavní střednědobé léčby. Důvodem pro volbu tohoto druhu rozhovoru byla volnost a možnosti, které tento druh rozhovoru tazateli dává. Stejně tak dává tento typ práce určitou míru svobody i respondentovi, který je podněcován k dalšímu rozvíjení tématu. Zvolená forma rozhovoru navíc působí přirozeněji a poskytuje dostatek prostoru, kdy mohou být případné nejasné otázky dovysvětleny (Miovský, 2006), což se ukázalo u starších respondentů jako zvláště užitečné.

Před zahájením samotného výzkumu byl proveden malý pilotní test s jedním respondentem, který splňoval kritéria pro zařazení do výzkumu. V rámci pilotáže následně došlo k úpravě otázek pro polostrukturovaný rozhovor. Otázky byly klientům pokládány výzkumníkem v rámci běžného chodu služby. Vždy ale bylo snahou zajistit soukromí pro vedení rozhovoru s cílem minimalizovat rušivé vlivy prostředí.

8.5.2 Metody zpracování a analýzy dat

Pro fixaci dat byl použit zvukový záznam pomocí telefonu s funkcí diktafon, důležité body pak byly zároveň zaznamenávány i do záznamového archu. Miovský (2006) uvádí jako jednu z hlavních výhod audiozáznamu jeho autentičnost a nestrannost. Po skončení dotazování je možné znovu kdykoli poslechnout celý průběh rozhovoru bez toho, aby se jakákoli informace v průběhu času ztratila, díky čemuž audiozáznam plní důležitou funkci i při kontrole validity. Pořizování audiozáznamu výzkumníkovi zároveň dává možnost aktivně naslouchat, nepsat si do záznamového listu vše, co respondent říká, následně je pak i více času na přemýšlení o obsahu sdělovaného a případnou rozvahu, kam rozhovor dále rozvíjet.

V průběhu pořizování rozhovorů jsem dbala na to, aby záznamové zařízení nenarušovalo kontakt s dotazovanou osobou. Dotazovaná osoba byla o způsobu záznamu rozhovoru dopředu informována. Stejně tak všem respondentům byly v úvodu rozhovoru poskytnuty informace o diplomové práci a jejím zaměření.

Získaná data v podobě audio záznamu jsem následně transkripcí převedla ze zvukové do textové podoby. Poté byla kvůli potřebám této práce a lepší přehlednosti provedena redukce prvního řádu. Redukcí prvního řádu vznikl srozumitelnější celek vhodnější pro další analytickou práci. V této redukci se z tzv. plné transkripce (úplné verze) vynechají části vět nesdělující identifikovatelnou informaci a výrazy které text spíše narušují a netvoří podstatnou součást nositele informace. A na závěr zpracování proběhlo kódování dat do segmentů, kterým

byly přiřazeny názvy (Miovský, 2006). Tyto názvy vyplynuly z rozhovorů již při přepisu, ale v rámci potřeb práce se v průběhu zpracování dat měnily a vznikaly tak podskupiny.

K analýze dat byla použita metoda dle Miovského (2006) zachycení vzorců („gestaltů“). To znamená, že ve zpracovaných datech jsem analyzovala a zachycovala opakující se vzorce a jejich specifika. Tyto vzorce jsou očekávaným výstupem studie a jsou prezentovány ve výsledcích.

8.6 Etické normy a pravidla

Základním etickým předpokladem výzkumu bylo neohrozit při získávání dat a informací účastníky výzkumu. Stejně tak bylo předpokladem nepoškodit je následným využitím a zpracováním získaných dat.

Všichni respondenti se zúčastnili výzkumu dobrovolně. Před začátkem interview byli respondenti seznámeni se všemi základními informacemi o výzkumu a se svými právy, včetně práva neodpovídat na otázky či kdykoli přerušit rozhovor nebo účast na této studii (Šťastná, 2010). Pro rozhovor bylo zajištěno místo poskytující soukromí a bezpečí ve smyslu snahy o minimalizaci rušivých vlivů, možnosti odposlechu rozhovoru třetí osobou apod.

Všichni oslovení respondenti, kteří vyslovili souhlas s účastí ve výzkumu, podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Nahrávky byly bezpečně archivovány a mohou být užity pouze k tomuto výzkumu. Ve výzkumu je zachována anonymita všech respondentů.

8.7 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 13 osob, přičemž počet účastníků nebyl předem určen. Do výzkumu byli zařazeni všichni klienti, kteří byli přijati s problematikou závislosti alkoholu na toxirehabilitační primariát ve věku 65 let a starší v daném období. Další podmínkou bylo, že tito klienti postoupili do poslední části tříměsíční léčby, aby mohli adekvátně odpovídat na otázky týkající se průběhu léčby. Především pak aby popsali, jak vnímají nabízené služby, zda jsou tyto služby pro ně přijatelné a akceptovatelné i jak se v rámci léčby reaguje na jejich potřeby související s věkem.

Tabulka 1 – Sociodemografické charakteristiky podle pohlaví a časného nebo pozdního nástupu

Kód respondenta	Pohlaví	Věk	Stav	Bydlení	Vzdělání	Vzorce zneužívání
R 1	žena	65	rozvedená	vlastní	středoškolské	pozdní
R 2	muž	67	ženatý	vlastní	vysokoškolské	pozdní
R 3	muž	66	vdovec	s dětmi	vysokoškolské	pozdní
R4	muž	70	ženatý	vlastní	středoškolské	časný
R5	žena	71	vdova	vlastní	středoškolské	pozdní
R6	muž	65	rozvedený	u přítelkyně	učební obor	časný
R7	muž	65	vdovec	pronájem	učební obor	pozdní
R8	žena	73	vdova	vlastní	středoškolské	pozdní
R9	muž	65	rozvedený	u přítelkyně	učební obor	časný
R10	žena	65	vdaná	s dětmi	středoškolské	pozdní
R11	žena	65	vdaná	vlastní	vysokoškolské	pozdní
R12	muž	69	ženatý	vlastní	vysokoškolské	pozdní
R13	žena	65	vdaná	vlastní	středoškolské	pozdní

časný = časný nástup užívání alkoholu (≤ 45 let); pozdní = pozdní nástup užívání alkoholu (≥ 45 let);

Jak je uvedeno výše, výzkumu se zúčastnilo 13 osob, konkrétně se jednalo o 6 žen a 7 mužů. Věkový průměr vzorku činil 67 let, nejstarší respondent měl 73 let (žena). I když je zkoumaný vzorek respondentů malý, téměř vyrovnaný počet žen a mužů odpovídá údajům z Národního registru léčby uživatelů drog, kde ve věkové skupině seniorů nad 65 let je rovněž podíl žadatelů o léčbu mezi ženami a muži téměř stejný (52,3 % muži a 47,7 % ženy) (Mravčík et al., 2020). V průměru byli muži o něco mladší než ženy a pacienti s časným nástupem byli mladší než

pacienti s pozdním nástupem. Vyšší podíl osob byl nalezen mezi participanty s pozdním nástupem užívání alkoholu, pouze 3 muži byli uživatelé s časným nástupem. Všechny ženy tedy byly uživatelkami s pozdním nástupem užívání, což jen dokládá tvrzení, že ženy tvoří velkou část starších problémově pijících osob s pozdním nástupem užívání (Shahpesandy, 2005). Pokud jde o rodinný stav a životní situaci, 6 participantů bylo ženatých/vdaných a žili společně se svým partnerem. Na druhou stranu 4 osoby byly ovdovělé a 3 rozvedené. Pacienti s pozdním nástupem ovdověli častěji než pacienti s časným nástupem, zatímco pacienti s časným nástupem měli vyšší míru rozvodovosti. Poměrně zajímavé je, že asi jedna čtvrtina starších pacientů, vykazovala vysokou úroveň vzdělání. Konkrétně 4 respondenti měli vysokoškolské vzdělání, 7 středoškolské a pouze 2 absolvovali učební obor. Nejvyšší úroveň vzdělání byly nalezeny u starších mužů s pozdním nástupem užívání. Z uváděných uživatelů s časným nástupem byli 2 vyučeni a 1 měl středoškolské vzdělání s maturitou. Rovněž Atkins (1996 in LaCoursiere, 2013) poukazuje na skutečnost, že uživatelé s pozdním nástupem bývají vzdělanější.

Tabulka 2 – Charakteristiky související s poruchami a léčbou podle pohlaví a časného nebo pozdního nástupu

Kód resp.	Pohlaví	Vstup do léčby	Poruchy užívání NL	Komorbidní duševní poruchy	Doporučení	Vzorce zneužívání
R 1	žena	první	BZD, tabák	-	sama	pozdní
R 2	muž	první	-	-	sám	pozdní
R 3	muž	druhý	tabák	-	rodina	pozdní
R4	muž	první	-	-	lékař	časný
R5	žena	druhý	-	úzk. - depr. porucha	rodina	pozdní
R6	muž	první	tabák		přítelkyně	časný
R7	muž	první	tabák	úzk. - depr. porucha	rodina	pozdní
R8	žena	druhý	BZD, opiáty	úzk. - depr. porucha	rodina	pozdní
R9	muž	třetí	-	-	přítelkyně	časný
R10	žena	první	tabák	-	rodina	pozdní
R11	žena	druhý	BZD misusus	neurotická porucha	rodina	pozdní
R12	muž	první	-	-	sám	pozdní
R13	žena	první	BZD,hypnotika	-	rodina	pozdní

Na rozdíl od mladších uživatelů návykových látek, kde je spolu s alkoholem častější komorbidní užívání konopí, kokainu či stimulantů, ve zkoumaném vzorku starších uživatelů bylo zjištěno, že pouze dvě látky jsou v zásadě užívány současně s alkoholem problematickým způsobem: tabák a návykové léky (sedativa, hypnotika, opiáty). Přičemž léky se závislostním potenciálem uváděly pouze ženy a toto zneužívání bylo převážně iatrogenní povahy. Zároveň opět ženy měly vyšší prevalenci komorbidních duševních poruch. Nelze opomenout, že všichni respondenti měli četné somatické onemocnění, které v tabulce nejsou uvedeny. Nejčastěji to pak byl diabetes mellitus, hypertenzní nemoc či hepatopatie toxometabolické etiologie. Dva respondenti měli rovněž diagnostikovanou mírnou kognitivní poruchu smíšené etiologie. Užívání tabáku udávali ženy i muži jak s časným, tak i s pozdním nástupem užívání alkoholu. 8 respondentů bylo ve své první léčebné epizodě a neukázalo se, že by pacienti s pozdním nástupem vykazovali vyšší procento první léčby než pacienti s časným nástupem. Co se týče doporučení do léčby, většina respondentů nastoupila do léčby po dohodě s rodinnými příslušníky, nebo se rozhodli pro léčbu sami. Velmi nízká míra doporučení od lékařů do léčby závislostí (pouze 1 respondent), která byla nalezena v této studii jen podtrhuje potřebu zintenzivnit spolupráci mezi zařízeními pro léčbu závislostí a primární péčí.

8.8 Výsledky

8.8.1 Příčiny počátku závislosti

Vzhledem k tomu, že byla většina respondentů uživateli s pozdním nástupem užívání, počátky jejich závislosti nejčastěji vznikly v souvislosti s psychologickými, sociálními a zdravotními rizikovými faktory ve starším věku. Konkrétně 8 ze 13 participantů uvedlo některý z těchto faktorů, které vnímají jako příčinu rozvoje své závislosti.

„Když mi bylo zhruba padesát let, děti odcházely z domova. Byla jsem v té době už rozvedená a cítila jsem se hrozně sama a když jsem si dala decku vína, bylo mi lépe. Více jsem se ale rozpila až posledních pět let a když jsem přešla do důchodu, tak to bylo nejhorší. Hlavně ty rána byly nejhorší. Vždy jsem si říkala panebože zase ráno, den přede mnou, nic mě nečeká, nikdo mě nepotřebuje. Ale když jsem si dala panáka, hned to bylo lepší“ /R1, 65 let/.

„Měla jsem 55 let, v období menopauzy, když se dostavily problémy s nespavostí a deprese, které jsem nikdy dříve neměla. Stalo se, že tělo reagovalo na tyto změny. Pak tam byl syndrom prázdného hnízda, když nejmladší dcera z mých třech dětí odešla z domova, to mě hodně vzalo. Na základě toho jsem vlastně začala pít pravidelně. Tady jsem vlastně zjistila, že mi ten alkohol

pomáhá se toho zbavit. Nebo jsem myslela, že mi pomáhá, ale nebyla to pravda. Pak jsem zjistila, že ten alkohol potřebuji víc a víc...“ /R5, 71 let/.

„Začátky byly před těmi 10 lety, po úmrtí manželky. Manželka zemřela na rakovinu, zůstal jsem sám se dvěma syny, kteří ještě studovali vysokou školu, ale byli málo doma. Cítil jsem se sám. Začala k nám chodit sousedka, odešel od ní manžel a pak ji propustili z práce a my jsme se dali dohromady a začali jsme pít spolu. Nenutila mě k tomu, ale ta příležitost tam byla, to víno tam pořád bylo“ /R3, 66 let/.

„Začal jsem více pít poslední dva roky, přestal jsem chodit do práce, měl jsem více času, nudil jsem se. Navíc jsem měl méně peněz na své koníčky a cestování. Vrátil jsem se bydlet k matce, předtím jsem pracoval ve světě. To byla pro mě velká změna. Matka mě neustále kontrolovala a vyčítala...“ /R7, 65 let/.

Příčinu vzniku své závislosti spatřovala 1 z respondentek i v pijícím partnerovi.

„Ty začátky pití byly s manželem. On dost pil a já jsem se mu bohužel přizpůsobila. Já jsem to nesnášela, protože u nás doma nikdo nepil. Dohadovali jsme se, vždy když nejel do práce autem tak jsem věděla, že to špatně dopadne. Pak jsem zjistila, že když jsem se napila, tak mi to bylo jedno. Pak se to postupně zvyšovalo...Nejhorší bylo, když mi bylo zhruba padesát, tak mě manžel přesvědčil, že se máme z města odstěhovat na venkov. Já jsem byla městská holka, nikoho jsem tam neznala, nemohla jsem si zvyknout. Bydleli jsme tam 20 let a pro mě to bylo ztracených 20 let. Tam to začalo být s tím pitím horší. Já jsem k tomu pití utíkala, abych se zbavila toho venkova. Byli jsme s manželem, jak se říká takoví ti kvartální alkoholici, nějakou dobu jsme pili a pak nějakou dobu zase ne. Když pak manžel zemřel, ... po jeho smrti jsem hodně pila, to jsem pila tvrdý alkohol“. /R8, 73 let/.

3 respondenti s časným nástupem užívání udávali celoživotní pití, ze kterého se postupně rozvinula závislost.

„Byly to každodenní starosti a když to člověk vidí kolem sebe, tak každý pije. Zpočátku se to nedalo nazvat závislost, bylo to pití po práci, pití s kamarády, pití v neděli. V neděli dopoledne, to bylo zvykem, po kostelu šli chlapi do hospody, ženské vařily. Nebyly telefony, chlapi se v neděli v hospodě domluvili na práci na celý týden, ten šel pomoci tomu, ten zase tomu a u toho se zase vždycky pilo. Bylo to spojení příjemného s užitečným. Tam ta závislost ještě nebyla, ale pravidelné pití. Neumím specifikovat, kdy už tam byla ta závislost, tak kolem té čtyřicítky, možná dříve.... Ten chlast byl takový únik, taková pomoc“ /R6, 65 let/.

„Dělal jsem na stavbách, tam se pilo i v pracovní době, to bylo za komunistů běžné. Bylo to takové rizikové místo. Pracoval jsem mimo domov, pak se šlo večer s chlapy ještě na pivo. Ale začalo to už na vojně, ale tam to jsem tehdy pil ještě konzumně“ /R4, 70 let/.

8.8.2 Negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu

Obecně starší dospělí zažívají méně sociálních důsledků, protože mnozí jsou v důchodu, nepracují anebo žijí sami. V důsledku toho, že mají méně sociálních a pracovní povinností, užívání návykových látek u nich nezasahuje do těchto činností tak, jako u mladších dospělých a důsledky jejich pití se tak projevují především v oblasti rodinných vztahů a zdraví. Rovněž všech 13 respondentů v této studii popisovalo, že nejzávažnější negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu pociťovali především v oblasti vztahů a zdravotního stavu (*„ta rodina to vnímala úplně jinak než já. Vztahy byly špatné. Pořád jsem jen slyšela, ty jsi pila. Já jsem se smála s vnuky a už zase bylo, že jsem pila. Říkala jsem, že jsem nepila, jen mám radost, ale oni všechno sváděli na ten alkohol. Cokoliv se událo, tak za tím byl alkohol. Ale nebyla to pravda.“ /R10, 65 let/; „zhoršily se vztahy s dcerou. Manželovi to taky vadilo, vždycky říkal, „už zase“? Taky jsem měla zdravotní problémy, vyšší tlak a tady jsem se dozvěděla, že i ty jaterní testy byly zvýšené. Nezvládala jsem věci, které jsem dříve zvládala, bývala jsem unavená, apatická k okolí, všechno mi déle trvalo. Tím, že jsem už byla doma a nemusela do práce, tak jsem si šla po obědě lehnout“ /R13, 65 let/; „zanedbávala jsem hygienu, ztrácela děti, dcery se mnou nechtěli komunikovat ani za mnou jezdit.“ /R8, 73 let/; „no hrozně mi to ovlivnilo život. Dvakrát jsem se kvůli tomu rozvedl, nestýkám se s dětmi, poškozené zdraví, hlavně ty játra a časté úrazy. Rodina, sourozenci se mnou nekomunikují. Moje děti – s těma nejsem v kontaktu od jejich 6 let.“ /R9, 65 let/).*

Kromě dopadů na zdraví a vztahy v rodině 2 respondenti udávali, že jejich závislost měla rovněž vliv na jejich zájmy a koníčky (*„nechtělo se mi nikam jezdit, nechtělo se mi vyvíjet žádné činnosti, třeba sport nebo ryby, začal jsem se uzavírat do sebe s tím alkoholem.“ /R2, 67 let/; „dopady to mělo na peníze, kterých se měl už tak v důchodu málo a kašlal jsem na koníčky. Nezajímalo mě, co je za den. Dříve jsem se těšil na důchod, že budu někam jezdit do kempu. Když jsem pil, tak jsem na všechno kašlal. Myslel jsem si, že na to v důchodu budu mít čas, ale ten alkohol byl přednější.“ /R7, 65 let/).*

8.8.3 Uvědomění si potřeby odborné pomoci, motivace k léčbě

Ukazuje se, že velkou roli v rozhodnutí léčit se ze závislosti na alkoholu hraje u starších osob tlak rodiny. I když ve zkoumaném vzorku byly 4 respondenti ovdovělí a 3 rozvedení, žili buď v partnerském svazku nebo spolu se svými dětmi či s nimi byli v úzkém kontaktu. Vzhledem k tomu většina respondentů, konkrétně 10 osob uvádělo jako bezprostřední důvod k léčbě tlak rodiny. (*„bylo mi striktně řečeno, buď s tím něco uděláš, nebo my tě neznáme. Dcera řekla, že buď léčebna nebo nic. A vnuky neuvidím. Tak jsem začala obvolávat léčebny. Chtěla jsem jít tady, protože jsem to znala z předchozí léčby.“* /R11, 65 let/; *„už jsem si nevěděla rady. I když jsem si přečetla nějaké odborné věci a zkoušela si to v hlavě probrat, tak to nešlo ... Když jsem pak viděla, jak je dcera bledá a je z toho vyloženě smutná, tak jsem si řekla, že to dál už tak nejde. Že přece nezničím vztahy v rodině, když to půjde zastavit, že pro to udělám všechno.“* /R10, 65 let/; *„kdybych s tím nic nedělala, tak bych přišla o děti a zůstala sama.“* /R8, 73 let/; *„synové chtěli abych se šel léčit, jinak neuvidím vnuky.“* /R3, 66 let/.)

Hned vzápětí dalším faktorem byl horšící se zdravotní stav, který uvádělo jako svou motivaci k nástupu do léčby 7 respondentů (*„obvodák to na mě poznal, měl jsem špatné jaterní testy. Já jsem mu o tom říkal, že se chci léčit. Jediná možnost byla léčba. Obvodák mě poslal k psychiatrovi a ten mi dal doporučení do léčby.“* /R4, 70 let/; *„to zdraví, časté úrazy, játra byly hrozné, vysoký tlak, měl jsem obavy, jestli nemám infarkt a taky se začaly ozývat staré rány.“* /R9, 65 let/; *„sám jsem to nedokázal zvládnout, já jsem se snažil to vypustit, ale vznikaly ty odvykací stavy těžší a těžší a myslím si, že je to ještě horší než u těch mladých lidí.“* /R6, 65 let/; *„věděla jsem, že buďto se upiju a umřu, nebo se půjdu léčit, že to v mém věku nějaký smysl ještě má.“* /R1, 65 let/.)

Jeden respondent také uvedl, že poslední kapkou k rozhodnutí podstoupení léčby, bylo kromě zhoršených vztahů v rodině i odebrání řidičského průkazu, když řídil pod vlivem alkoholu a jeden respondent rovněž uváděl, že nevěděl jak dál.

8.8.4 Informovanost o léčbě

Část respondentů se domnívá, že měli informace o poskytovaných službách. Tyto informace získali převážně z předchozí léčby (5 respondentů), z internetu (2 respondenti), od známých (1 respondent). Jeden respondent se přišel před léčbou na oddělení po telefonické domluvě podívat. Avšak mnozí respondenti, i když měli zkušenosti s léčbou, či získali informace zprostředkovaně, měli přesto obavy ze zvládnání nároků režimové léčby (*„ted' už jsem věděla do čeho jdu, ale i tak jsem měla zpočátku zaječí úmysly. Bála jsem se těch písemek a toho, že*

se to všechno nenaučím. Já jsem z té první léčby věděla, že je to tu desatero, osvěta, a další, a to že já prostě nezvládnou, to není možné abych to zvládla.“ /R8, 73 let/; „já jsem zhruba věděla do čeho jdu, ale měla jsem špatné zkušenosti s tou předchozí léčbou.“ /R11, 65 let/; „informace o léčbě jsem si přečetla na internetu, ale stejně jsem vůbec nevěděla do čeho jdu. Obavy jsem měla strašné, že to tady nezvládnou“ /R13, 65 let/; „informace jsem získal od známé, která kdysi v léčebně pracovala jako zdravotní sestra. Ale měl jsem strach z těch bliček. To jsem netušil, že se to dávno nepraktikuje.“ /R7, 65 let/; „obával jsem se neznámého, já jsem nevěděl, co to vlastně bude. Ale po té návštěvě oddělení to bylo mnohem lepší.“ /R4, 70 let/; „obával jsem se, že jsou tady i ti toxici, tak jsem se bál toho jejich chování, který je jiný než u alkoholiků. Nakonec to nebylo tak strašný.“ /R9, 65 let/.)

Jeden respondent, který již v minulosti absolvoval léčbu měl naopak pozitivní očekávání. (*„spíše jsem se těšil, že přijdu mezi jiné lidi, do jiného prostředí. a to mi pomůže. Že pak třeba až do smrti skončím s alkoholem.“*)

Zbývající čtyři respondenti neměli o léčbě žádné informace a jejich představy i očekávání se značně lišily (*„byla jsem úplně vyděšená, žila jsem pod dojmem filmu Dobří holubi se vracejí, který jsem kdysi viděla. Byla jsem opravdu vyděšená, ale pak jsem si řekla, že to musím vydržet.“ /R10, 65 let/; „já jsem o tom nevěděla vůbec nic, já jsem jenom věděla, že jdu na protialkoholní léčbu. Představovala jsem si, že budeme dostávat nějaké léky, nebo něco co nás vyléčí z alkoholu a pak se budeme moct někdy napít.“ /R1, 65 let/; „já jsem moc spoléhal na to, že tady budou lidi se stejnými problémy, že si posedíme a rozebereme proč jsem začal pít, v čem je problém a uvědomit si, proč se to pití vystupňovalo až tak moc, že je člověk závislý.“ (R 6, 65 let); „bál jsem se množství lidí, se kterými já budu probírat problémy, o kterých se mi špatně mluví před více lidmi.“ /R7, 65 let/.)*

Vzhledem k tomu, že řada klientů neměla dostatečné informace a povědomí o existující službě, byli dotazováni, jakým způsobem by šlo informace o léčbě lépe zprostředkovat, aby byly dostupnější i pro starší dospělé (*„nebylo by špatné, kdyby ti obvodáci na to více tlačili. Kdybych to věděl, jak to tady chodí, šel bych už dříve“ /R 12, 69 let/; „slovo adiktologie jsem slyšela poprvé tady. Pomohlo by, kdyby praktický lékař o tom něco věděl, řekl a vysvětlil by to. S tím jsem se nikde nesešla. Mají tam letáky o cukrovce, tlaku, ale o závislosti ne“ /R 13, 65 let/; „ono se sice ví, že je tady léčba závislosti, ale ty lidi vůbec nevědí, do čeho jdou, jak to probíhá ta protialkoholní léčba. Kdyby byly nějaké brožurky a tam by se napsalo, že je to režimová léčba a tak. Ty lidi jsou zbytečně vystrašení a pak jsou hrozně překvapení, když sem přijdou“ R 8, 73 let/; „já jsem jen věděl, že je tady protialkoholka. Ty starší lidi už na ten počítač moc*

nejdou. Já osobně počítač nemám vůbec, protože tvrdím, že je to žrout času. Když něco potřebuji na počítači, zavolám dceři. Pro starší by bylo dobré udělat o tom nějaký dokument na ČT3, to sledují hodně ty starší lidi. Letáky by mohly být u doktora v čekárně. Ale 95 % doktorů vám řekne, že na to nemá čas“ /R4, 70 let/).

8.8.5 Bariéry v přístupu k léčbě

Starší uživatelé návykových látek mohou mít obecně větší problémy při zahájení léčby a potenciálně větší překážky v přístupu k léčbě než mladší uživatelé. Nedostatek znalostí a informací o dostupných možnostech léčby mohou představovat pro mnohé seniory vážné bariéry, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole. Senioři se ale rovněž setkávají s řadou sociokulturních a osobních překážek v přístupu k léčbě. Mezi ně určitě patří stigmatizace, stud a pocity viny spojené s užíváním návykových látek. Konkrétně 6 ze 13 respondentů udávalo, že měli pocity studu, selhání a obavy z negativních reakcí okolí. Tato nízká míra sebehodnocení se u starších osob může často kombinovat s pesimistickým postojem v možnost změny. Dochází tak k oddalování léčby způsobené obavou staršího pacienta a někdy i jeho rodiny ze stigmatizace diagnózou závislosti. Z 6 respondentů, kteří udávali tyto skutečnost jako bariéru vstupu do léčby, jich bylo 5 žen. Je to jistě důsledek i toho, že jsou ženy vystaveny silnějšímu společenskému tlaku, stigmatizaci a odsouzení než muži (*„největší strach byl, jak se na mě bude dívat to okolí, jak mě budou posuzovat. To jsou ještě ty staré předsudky, ještě pořád, neuměla jsem se toho zbavit.“ /R11, 65 let/; „k tomu dřívějšímu nástupu bránily ty obavy, že budu celý zbytek života trpět tím, že o mě budou říkat – „ona se byla léčit“, že pro ostatní budu nadosmrti alkoholička.“ /R10, 65 let/.* *„já jsem těm svým kamarádkám neřekla, že půjdu na léčbu. Já o tom před těma ženskýma nechci mluvit, protože to jsou všechno starší lidi a dívají se na to jinak. Mám z toho strach, že by mě odsoudily, podle toho, jak se vyjadřují o jiných lidech, co pijí.“ /R8, 73 let/; „těch reakcí okolí jsem se obávala. Nikdo neví, že jsem tady. Bydlím na vesnici a stále se bojím, že se budou sousedi ptát, kde jsem byla tak dlouho.“ /R13, 65 let/.)*

Sedm respondentů uvádělo jako bariéru vstupu do léčby obavy z odloučení od rodiny a opět to byla většina žen (5 žen a 2 muži). Pro řadu starších osob je to jistě neobvyklá a náročná situace, kdy opouští rodinu na období 3 měsíců, pro některé jsou to zase obavy či neochota vymanit se ze svého zázemí a přerušit nebo uvolnit rodinné vztahy a vazby (*„vůbec jsem si nedovedla představit, že bych byla tak dlouho od manžela. Za těch 45 let co jsme spolu, jsme nikdy nebyli od sebe odloučení, kromě pár dnů, když byl manžel v nemocnici.“ /R10, 65 let/; „já jsem zvyklá být doma, se synem a mám doma tři kočky, které mám moc ráda a možná to bude znít blbě,*

ale já jsem na ně zvyklá a ony na mě a neuměla jsem ty tři měsíce bez nich představit.“ /R5, 71 let/.)

Obavy ze zvládnutí režimové léčby kvůli souběžným zdravotním problémům souvisejícím s věkem měli 4 respondenti (*„bála jsem se té vady sluchu, že nebudu slyšet, o čem se na těch skupinkách mluví.“ /R8, 73 let/; „obavy byly, že to nezvládnou psychicky ani fyzicky. Já už delší chůzi nezvládám, do kopce potřebuji hůlku, mám problémy se schody, musím se držet zábradlí.“ /R13, 65 let/.)*

Pro některé respondenty (2 muži a 1 žena) byla bariérou vstupu do léčby horní věková hranice, kterou mají některá rezidenční zařízení stanovenou jako kritérium přijetí (*„já jsem měl šok, když jsem se objednával a sestřička si ode mě brala informace a když došlo na rok narození, tak řekla „Vás nebereme.“ To mě dost zlomilo, protože jsem byl rozhodnutý, že se chci léčit a ona mi řekla rezolutně ne.“ /R12, 69 let/; „no mě už na té první léčbu nechtěli vzít, měli stopku do 65 let a přes to nejede vlak.“ /R8, 73 let/.)*

Překážku v přístupu k léčbě pro 3 respondenty představovala rovněž dlouhá čekací doba (*„to, že jsem na léčbu čekala 3 měsíce, to bylo šílené, protože se se mnou doma nikdo nebavil, já jsem žila ve výčitkách, všechno na mě padalo.“ /R11, 65 let/; „když jsem tu volal, tak byla karanténa, pak jsem volal znovu, nakonec jsem čekal skoro 2 měsíce, bylo to náročné.“ /R3, 66 let/; „měl jsem štěstí, že se uvolnilo místo a mohl jsem nastoupit. Nedovedu si vůbec představit, kdybych měl ten původní termín. To bych byl podstatně zdevastovanější, a to odhodlání by se ztrácelo.“ /R2, 67 let/.)*

8.8.6 Spokojenost s léčbou

Všech 13 respondentů vyjádřilo celkovou spokojenost s poskytovanou službou a považují nabídku služeb jako vesměs zajímavou a pro ně přínosnou. Nejvíce oceňují zlepšení zdravotního stavu (*„ta léčba mi dala hodně, zlepšila jsem se po fyzické i psychické stránce, získala jsem zpátky sebedůvěru“ /R13, 65 let/).* Řada klientů rovněž popisovala, že v průběhu léčby došlo k úpravě rodinných vztahů (*„dcera se ke mně teď chová jako dříve, to pro mě byla velká motivace v léčbě, to zlepšení naší komunikace“ /R10 65 let/).*

Poměrně zajímavé bylo, že většině klientů vyhovovala nastavená pravidelnost v rámci režimové léčby (9 respondentů) (*„ten režim mi hodně pomohl. Teď děláš to, teď děláš ono, vše nám bylo vysvětleno, proč je ta káva v tu hodinu a ne jindy, prostě s režimem jsem neměla žádné problémy“ /R11, 65 let/; „ten režim je dobře propracovaný a když chce být člověk venku a abstinovat, tak na něj musí být trošku tvrdý i ten léčebný systém, protože kdyby si tady člověk*

mohl dělat co chce, tak by si to přenesl i ven a bylo by to k ničemu“ /R2, 67 let/, „ten režim je potřeba. Já už jsem to doma měla takové chaotické, z jednoho do druhého, nebo naopak jsem koukala celý den na televizi“ /R8, 73 let/). Respondentům také vyhovoval pobyt v rámci koedukovaného oddělení, kde je možná současná léčba mužů i žen s odděleným zázemím („je to lepší, když jsou chlapi s ženami dohromady, je to takové přirozenější, ne jako v kriminále. Chlapi se snaží i lépe chovat před těmi ženami“ /R4, 70 let/). Na druhou stranu někteří měli výhrady k bodovacímu systému (3 respondenti) („vadí mi, že se minusové body dávají za neporovnatelné věci. Bodovací systém mi prostě nevyhovuje, přijde mi nespravedlivý“ /R7, 65 let/; „můžu mít sebevíc kladných bodů a nejde to, aby mi smazal jeden záporný“ /R3, 66 let/).

Vzhledem k tomu, že mají starší klienti mnohé somatické komorbidity, obraceli se častěji se svými zdravotními problémy na personál, především pak lékaře oddělení. Je třeba zmínit, že všichni respondenti byli s poskytováním zdravotní péče spokojeni („zdravotní péče byla výborná, když jsem potřebovala konzultaci s lékařem, tak mě lékařka vždy vyhověla“ /R5, 71 let/). Klienti byli převážně spokojeni i s hygienickým standardem na oddělení („koupelna bohatě stačí, když nejdou všichni ve stejnou dobu, tak se netvoří žádné fronty“ /R 3, 66 let/); „na záchody jsem někdy čekal, ale celkově se to dalo, důležité je, že tu bylo čisto“ /R12, 69 let/), a rovněž ke stravování neměla většina klientů výhrady („bylo to chutné, a navíc jsem se tady naučila pravidelně jíst“ /R 10, 65 let/). Jen 2 respondenti měli ke stravě připomínky („někdy se to nedá jíst, ale dá se přilepšit, když si něco koupím v kantýně“ /R7, 65 let/; „nejsem vybíravý, ale to jídlo je kolikrát studený, než se to rozdá“ /R4, 70 let/).

Pokud klientům něco schází, pak je to dostatečné soukromí a prostor, na které jsou ve svém věku zvyklí („byl jsem po týdnu úplně mimo, šest lidí na jednom pokoji, žádné soukromí, v noci chrápání“ /R9, 65 let/; „starší člověk už potřebuje svůj klid a tady nebylo kde, tak jsem si vzala rádio a šla si sednout na schody“ /R11, 65 let/). Na druhou stranu je však třeba zmínit, že omezení soukromí pro některé respondenty nepředstavovalo vážnější problém („s tím se musí počítat, nejsou to žádné lázně“ /R4, 70 let/; „když chci být sama, jdu si sednout na chvíli ven na lavičku“ /R10, 65 let/).

Někteří klienti zase špatně snášeli omezení, které měli v době epidemie koronaviru, především pak zmiňovali zákaz vycházek, dovolenek, návštěv a omezenou možnost činnosti terapie („celou tu dobu jsem v kontaktu s rodinou jen přes telefon, chybí mi ta podpora“ /R13, 65 let/; „moc tady chybí ten kontakt s venkem a cvičení si ostražitosti“ /R7, 65 let/).

8.8.7 Spokojenost s přístupem personálu

Celkově je většina klientů spokojená rovněž s přístupem personálu a hodnotí ho jako profesionální a vstřícný („v první řadě oceňuji přístup personálu. Až na nějaké menší výjimky to je perfektní“). Zejména kladou důraz na:

- lidskost („ten lidský přístup je hrozně důležitý pro toho člověka co sem přijde“).
- individuální přístup („personál ví, co byste měla dělat a na co už nestačíte, třeba v těch rajónech a vyjdou Vám vstříc. Takže ten individuální přístup dělá hodně“.)
- zájem („když jsem něco potřeboval, tak jsem se mohl na kohokoliv obrátit“.)
- podpora („je moc důležitá taková ta pomoc, podpora, když se člověk necítí dobře, něco nezvládá, má chuť to vzdát. To mi moc pomohlo hlavně v těch začátcích“).

Celkem 10 respondentů nemá žádné výhrady a připomínky k chování pracovníků ve střednědobé ústavní léčbě. Ostatní respondenti (3 respondentů) jsou celkově spokojení, ale navíc zastávají názor, že je pro ně důležitý trpělivý přístup a respekt ze strany personálu, který jim občas chyběl. Jeden respondent pak ještě zmiňuje nedostatečnou kapacitu terapeutických pracovníků („chtělo by to více terapeutických pracovníků, kteří by měli více času. Dva na 35 lidí je strašně málo. Trvalo dlouho, než si na mě psychologka udělala čas na individuální pohovor“.)

V přístupu pracovníků respondentům nejvíce chybí:

- respekt („někdy si říkám, je to mladá holka, měla by mít nějaký respekt. Já vím, proč jsme tady, ale prostě nějaký respekt by tam měl být“.)
- důvěra („chybí mi trochu takový ten bližší kontakt mezi personálem a pacienty, aby se člověk neměl obavy se svěřit“.)
- trpělivost („mě už to všechno prostě déle trvá, navíc špatně slyším a je potřeba mi to opakovat a bylo vidět, že to tomu personálu někdy vadí, pořád na mě brát ohledy“).

8.8.8 Co by klienti změnili

Klienti byli převážně spokojeni s nastavením léčby a poskytovanými službami, zároveň však poukazují na vhodnost úpravy či doplnění některých prvků programu režimové léčby. Nejvíce nespokojení jsou respondenti s nemožností odpočinku po obědě (11 respondentů), častější opakování a vysvětlování osvětových témat by ocenilo 7 respondentů a 5 respondentů by rovněž uvítalo pozvolnější adaptaci na nové prostředí a režimovou léčbu.

Možnost odpočinku, relaxace:

- respondenti poukazují zejména na to, že jim chybí v programu místo na odpočinek po obědě („uvítala bych, kdybych si mohla po obědě chvíli lehnout, ten celý den být

v pohotovosti je prostě v tomto věku náročné“; „mohlo by být volno po obědě, je to namáhavé, cítím se hodně unavená“; „chybí mi ta hodinka po obědě, nemusí člověk vyloženě spát, jen si lehnout a odpočinout“; „uvítal bych odpočinek po obědě, vzal bych si knížku a chvilku bych se natáhl“; „ono se řekne po obědě jsi měl edukaci, což není fyzicky nic náročného, ale na druhou stranu, když je člověk ve věku a po obědě má zapnout mozek na vnímání toho učení, je to únavné. Nemálo se mi stalo, že jsem u toho usínal a nešlo to hlavy“).

Program edukace na oddělení:

- častější opakování a vysvětlování osvětových témat, zahrnutí více sezení do léčebného plánu s cílem poskytnout další kontrolu a shrnutí, zpomalit tempo a požadovat zpětnou vazbu k zjištění porozumění (*„to byl velký problém, vrátit se do školních lavic skoro po padesáti letech, zapamatovat si to všechno, chtělo by to častěji opakovat“; „připadalo mi to dost náročné, mohlo by to být jednodušší a více vysvětlit“; „slyšela jsem jen některá slova a než jsem si to dala dohromady, už se mluvilo o něčem jiném, nestačila jsem reagovat na situaci, která právě byla“).*

Adaptace na nové prostředí:

- pozvolnější zapojování do režimové léčby, tempo a obsah přizpůsobit starším dospělým (*„ty začátky byly náročnější, chtěla jsem odejít, ale pak jsem si uvědomila, že bych o ty dcery mohla přijít a zůstala bych na stáří úplně sama“; „bylo to složitější, jsem zvyklá na svůj klid a špatně si zvykám na cizí lidi, déle mi to vše trvá“).*

8.8.9 Generační propast

Vnímané rozdíly v hodnotách, postojích a chování mezi mladšími a staršími klienty měly rovněž dopad na zkušenost starších respondentů s léčbou (*„my starší jsme si prožili vojnu, pak období, kdy všeho moc nebylo a žilo se skromně a s tímto jsem šel do života. To chci právě říct, že vzhled na ten život máme my starší úplně jiný, než ti mladí. Já jim to nezazlívám, je jiná doba a oni zažili zase něco jiného. Ale když před těma mladýma začnete, ne že by je člověk poučoval, tak někteří vůbec neví, o čem vlastně mluvíte“ /R4, 70 let/.*)

Někteří respondenti také upozorňovali na rozdílné zvyklosti, zájmy a využití volného času oproti mladším klientům (*„mě šíleně rozčiluje, jak oni všichni pořád chodí s tím mobilem. Je jídlo, mají mobil, cvičení, mají mobil, prostě pořád mobil. Taky mi vadí, když tady někdy ječí ta hlasitá hudba. Ale řekla jsem si, že ty tři měsíce to vydržím, je to zase nějaká zkušenost“ /R1, 65 let/; „ti mladší otevírají dveře tak, že do nich první vrazí a pak teprve mačkají kliku. Nám*

starším už prostě takové věci vadí“ / R3, 66 let/). Zároveň skutečnost, že mladší klienti měli často jiné zájmy, bylo pro některé respondenty výzvou a pro některé také příležitostí vyzkoušet něco nového („já jsem člověk aktivní, mě nedělá problém pohyb a když jsem pracovala s dětmi, tak jsem s nimi dělala různé blbosti. Takže mě různé hry a aktivity nevadí, ale mnoho těch starších už do toho nejde. Je to pro ně obtížné a mimo jejich zónu pohodlí. Popisovala mi starší kolegyně, jak chtěla odejít z léčby jen proto, že měla strach přečíst zprávy na komunitě“ /R11, 65 let/).

Někteří účastníci této studie rovněž pociťovali věkové předsudky a stigma kvůli svému věku od mladších klientů („když jsem tady přišel, tak mi říkali – co tady děláš dědku“/R9, 65 let/). Jiní respondenti popsali situaci, kdy mladší klienti vyjadřovali určité věkové postoje ohledně jejich léčby („no tak říkal mi jeden mlad'och, že kdyby měl tolik roků, tak už se na nějakou léčbu vykašle a prochlastá to až do smrti“/R4, 70 let/; „divili se, že jsem se v tomto věku ještě na tu léčbu dal, brali to tak, že už to nestojí za to“ /R3, 66 let/). Jeden klient rovněž popisoval určitou formu slovních útoků („někteří ti mladí byli sobečtí, někdy i vulgární a jeden mi nakreslil do křížovek, které luštím v době pití kávy sprostý symbol. Jen jsem si odskočil na záchod a když jsem se vrátil, tak tam namaloval kosočtverec“/R7, 65 let/). Většina respondentů však poukazovala na to, že vnímali od mladších klientů podporu a cítili se mezi nimi dobře.

8.8.10 Léčba ve smíšeném věku versus věkově specifická léčba

Vzhledem k určitému napětí mezi mladšími a staršími klienty, které popisovali někteří respondenti, bylo záměrem práce zjistit, zda by starší uživatelé upřednostňovali pobyt v rezidenčním zařízení speciálně pro starší dospělé. Pouze 2 respondenti (1 žena, 1 muž) se vyjádřili ve smyslu, že by uvítali věkově specifickou léčbu („to by bylo fajn. Oni ti mladí se na nás dívají takovým jiným pohledem, ty jejich názory jsou úplně jiné a samozřejmě, že ty naše myšlenkové pochody se taky pohybují jinde“ /R11, 65 let/; „potřeby, pohledy, preference starších jsou jiné než u mladších. Já ve svém věku i ten režim беру úplně jinak, ti mladí to berou, že je nějak omezujete, oni nebyli na vojně“/R7, 65 let/). Zbývající participanti to však cítili jinak, a naopak jim věková různorodost klientů vyhovovala („absolutně mi nevadí, že jsou tady mladší, zasmějeme se s nimi“ /R7, 65 let/; „to rozhodně ne, naopak, ti mladí člověka povzbudí, oživí. Tady jsme na jedné lodi a každý má ten svůj příběh a všechno se to spojuje, že jsme to řešili tím alkoholem“ /R10, 65 let/; „to by nebylo dobré oddělovat ty starší a mladší. Nechtěl bych léčbu jen pro starší, to bych si připadal jako v nějakém domovu důchodců. Já to беру tak, že i v běžném životě jsou ty starší a nemohoucí. Ten mladší život je potřeba, ti mladí jsou takový povzbuzující živel pro ty starší“/R3, 66 let/; „mě vyhovuje ta skladba starší, mladší, protože

s těma babkama a dědkama by to nebylo ono. Člověk s těma mladýma může pohovořit a lépe vnímat některé věci. Něco se můžeme naučit my od nich, něco oni od nás, proto je ta skladba lidí důležitá“ /R 6, 65 let/).

Místo věkově specifické léčby by respondenti uvítali, kdyby poskytovatel služeb více zohledňoval odlišné potřeby různých věkových skupin a snažil se tomu přizpůsobit své služby. Respondenti zejména upozorňovali, že s přibývajícím věkem mají rozdílné požadavky a potřeby než mladší klienti. Proto by upřednostnili, kdyby se některé prvky programu upravily či vyčlenily v rámci stávajícího systému tak, aby byly více přístupné jejich věkové skupině. Jako nejvhodnější se podle nich jeví kromě výše zmiňovaného odpoledního odpočinku, častějšího opakování a vysvětlování osvětových témat a pozvolnější adaptaci na nové prostředí, také možnost mít více prostoru a soukromí. Toho by se podle nich dalo dosáhnout tím, že by byli starší klienti umísťováni na menší pokoje spolu s přibližně stejně starými klienty (*„měl jsem štěstí, že jsme byli na pokoji jen tři a zhruba ve stejném věku. My jsme byli nejstarší cimra a velice jsme si v tom lebedili. To mi moc pomohlo. Ne že bych se s těma mladýma nedohodl, ale oni by tam dělali kravál a já nevím co všechno a já na to už nejsem ve svém věku zvědavý“ /R4, 70 let/).*

Respondenti by rovněž ocenili, kdyby se pro starší klienty vyčlenily některé psychoterapeutické skupiny a probíhaly ve složení jejich vrstevníků. Poukazují především na rozdíly v postojích, přesvědčeních a chování mezi svými staršími vrstevníky a mladšími klienty (*„s těmi lidmi v mém věku máme více společných témat, můžeme si spolu povídat o různých věcech a více otevřeněji“ /R11, 65 let/; „to by bylo fajn, kdyby ti starší byli spolu nejen na pokoji, ale měli spolu i své skupiny. Bylo by lepší ty skupinky rozdělit na starší a mladší a jednou za čas je dát dohromady, aby se více poznali navzájem. Ale prostě s těma staršíma jinak, než s těma mladšíma“ /R4, 70 let/).* Ale ne všichni respondenti byli toho názoru a skupiny s mladšími klienty jim naopak vyhovovaly (*„mě vyhovuje, že ti mladší mají úplně jiné názory a kolikrát ty jejich hloupé názory jsou věci, na které jsem už úplně zapomněl, že jsem byl taky tak blbý před těmi 30 lety“ /R3, 66 let/; „to mi nevadí, ty životní příběhy druhých jsou inspirující. Mluvit před mladšími mi nedělá problém. Psycholožka to umí dobře skloubit, ty mladší s těma staršíma /R 9, 65 let/).*

Řada prvků terapeutického programu, jako například sportovní aktivity, rajóny či výlety je rovněž často založena na fyzické aktivitě. Někteří respondenti proto považovali za obtížné podílet se na těchto aktivitách spolu s mladšími klienty a uvítali by, kdyby i v těchto částech programu byly zohledněny jejich zdravotní limity (*„trošku by to mohlo být mírnější a větší*

tolerance by nevadila. Jsou lidi, co to už v mém věku nemohou zvládat, ale zase ne, aby to někdo zneužíval“ /R9, 65 let/; „ty těžší rajóny, jak je třeba úklid schodů, to je náročnější. Nebo při generálním úklidu odtahovat postele, to už je hůř zvladatelné“ /R8, 73 let/; „měl by se brát ohled na zdravotní stav“/R7, 65 let/; „byli jsme teď venčit pejsky, ale museli jsme tam jet městskou dopravou, protože už bych to neušel, tak se mě museli ostatní podřídít“/R3, 66let/; „rozcvičky pro mě byly náročné, než jsem se trochu rozhýbal, tak byl konec a nějaké předklony ty už jsem vůbec nezvládal“ /R7, 65 let/; „pro ty starší by bylo lepší raději více činnostní terapie a rehabilitačního cvičení“/R1, 65 let/). Je však třeba zmínit, že pro některé respondenty tyto prvky programu nepředstavovaly vážnější problém („rajóny mi nevadily, dali mi vždy nějaké lehčí a ty jsem zvládala, protože doma taky musím uklidit, nikdo to za mě neudělá“ /R8, 73 let/; “to mi určité problémy dělalo, ale brala jsem to z té lepší stránky, že se člověk aspoň trochu hýbe. Děkala jsem to do té míry, do které to moje tělo zvládalo“ /R10, 65 let/ „já v tom nevidím velký problém. I když jsem životem zdevastovaný a mám zdravotní limity, tak to teď neřeším, protože to není na pořadu dne. Na pořadu dne je léčba závislosti, proto se plně věnuji léčbě a ani jsem si neřekl o nějaké rehabilitace, protože si myslím, že by mě to mohlo trochu odvádět od léčby a třeba bych v tom hledal nějaké úlevy“ /R2, 67 let/).

9 Shrnutí výsledků analýzy

Většina respondentů byla uživateli s pozdním nástupem užívání a počátky jejich závislosti nejčastěji vznikly v souvislosti s psychologickými, sociálními a zdravotními rizikovými faktory ve starším věku. Všech 13 respondentů v této studii dále popisovalo, že nejzávažnější negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu pociťovali především v oblasti rodinných vztahů a zdravotního stavu. Rovněž se ukazuje, že velkou roli v rozhodnutí léčit se ze závislosti na alkoholu hraje u starších osob tlak rodiny, hned vzápětí dalším motivačním faktorem k nástupu do léčby je horšící se zdravotní stav.

Část respondentů měla informace o poskytovaných službách. Informace získali převážně z předchozí léčby, z internetu či zprostředkovaně od známých a tyto informace byly často zkreslené či neúplné. Někteří respondenti neměli o léčbě žádné informace a jejich představy i očekávání od léčby se značně lišily a byly spojeny se značnými obavami. Respondenti se dále domnívají, že zprostředkování informací o léčbě závislosti by bylo pro jejich věkovou skupinu nejdostupnější v rámci primární péče u praktických lékařů. Je však důležité, aby byli tito lékaři dostatečně vyškoleni o problematice závislosti v jejich věku a podávali jim relevantní informace, případně je doporučovali k vhodnému poradenství a léčbě podle potřeby.

Respondenti by také uvítali v ordinacích lékařů brožurky, které by podávaly stručné, srozumitelné a objektivní informace o prevenci, příčinách, diagnostice a možnostech léčby závislosti na návykových látkách.

Kromě nedostatku znalostí a informací o dostupných možnostech léčby se respondenti rovněž setkali s některými sociokulturními a osobními překážkami v přístupu k léčbě. Nejčastěji popisovali pocity studu, viny a selhání spojené s užíváním návykových látek. Tuto bariéru v přístupu k léčbě pak uváděly především ženy, což je jistě i důsledek toho, že jsou ženy vystaveny silnějšímu společenskému tlaku, stigmatizaci a odsouzení než muži. Část respondentů (opět to byla většina žen) mělo před nástupem do léčby obavy z odloučení od rodiny. Tato bariéry rodinných vazeb představovala pro některé nemožnost a pro některé i neochotu vymanit se ze svého rodinného zázemí a přerušit nebo uvolnit rodinné vztahy a vazby.

Pro některé respondenty představovaly bariéru vstupu do léčby také obavy ze zvládnutí režimové léčby kvůli souběžným zdravotním problémům souvisejícím s věkem. Někteří respondenti se zase setkali s věkovou diskriminací, kdy jim na základě jejich věku nebylo umožněno podstoupit léčbu závislosti. Poukazovali tak na to, že některá rezidenční zařízení mají stanovenou horní věkovou hranici jako kritérium přijetí do léčby a pravděpodobně vycházejí z toho, že nároky péče o staršího dospělého budou vyšší a že jejich potřeby by v rámci léčby nemusely být uspokojeny. Jiní spatřovali bariéru v dlouhé čekací době pro nástup do léčby.

Respondenti jsou převážně spokojeni s poskytovanými službami a považují nabídku služeb jako vesměs zajímavou a pro ně přínosnou. Nejvíce oceňují zlepšení somatického zdravotního stavu a psychické kondice a také úpravu vztahů v rodině. Poměrně zajímavé je, že většině respondentů vyhovuje režimová léčba a cítí pocit větší jistoty, když mají nastavenou určitou pravidelnost. Lze se domnívat, že starší lidé jsou navyklí vyšší sebedisciplíně a z minulosti jsou zvyklí žít v určitém organizovaném řádu.

Nedostatky vidí respondenti v některých prvcích programů a poukazují na vhodnost jejich úpravy či doplnění. Nejvíce nespokojeni jsou respondenti s nemožností odpočinku po obědě, který jim v programu chybí. Respondenti by také ocenili častější opakování a vysvětlování osvětových témat a rovněž by uvítali pozvolnější zapojování do režimové léčby, kdy by tempo a obsah byl více přizpůsoben starším dospělým.

Celkově je většina klientů spokojená také s přístupem personálu, který hodnotili jako vstřícný a profesionální. Respondenti zejména kladou důraz na individuální přístup a respekt, který je

pro ně v jejich věku velmi důležitý. Neméně důležitá je pro ně také podpora a zájem ze strany personálu a k vybudování vztahu mezi klienty a pracovníky je pro ně pak samozřejmě nutná i důvěra, kterou respondenti také často zmiňovali. K tomu všemu je jistě nezbytná dostatečná kapacita terapeutických pracovníků.

Klienti rovněž vnímali rozdíly v hodnotách, postojích a chování mezi mladšími a staršími klienty. Především poukazovali na rozdílné zvyklosti, zájmy a využití volného času oproti mladším klientům. Pro některé respondenty však tato skutečnost rozdílných zájmů nepředstavovala výraznější překážku, a naopak pro ně byla výzvou a příležitostí vyzkoušet něco nového. Část účastníků studie rovněž pociťovalo určité věkové předsudky a stigma kvůli svému věku od mladších klientů. Někteří tito mladší klienti vůči nim používali různé ageistické výrazy a vyjadřovali pochybnosti ohledně smyslu léčby v jejich věku. Většina respondentů však poukazovala na to, že vnímali od mladších klientů podporu a cítili se mezi nimi dobře.

Opět většina respondentů zdůrazňovala, že jim vyhovuje věková různorodost klientů a nechtěli by absolvovat léčbu pouze ve společnosti osob stejného věku. I když se občas mezi mladšími a staršími klienty vyskytlo určité napětí nebo konflikt, většina respondentů vnímala mezigenerační soudržnost. Někteří respondenti popisovali, že si společnost mladších užívali, byli pro ně povzbuzením a jejich názory pro ně byly mnohdy přínosné. A oni zase naopak měli příležitost předat své životní zkušenosti mladším klientům a podílet se na činnostech, kterých by se za normálních okolností neúčastnili. Řada respondentů měla pocit, že věk není důležitý, protože členové komunity byli spoutáni společnou zkušeností se závislostí.

Místo věkově specifické léčby by respondenti upřednostnili, kdyby se některé prvky programu upravily či vyčlenily v rámci stávajícího systému tak, aby byly více přístupné jejich věkové skupině. Nejvhodnější se podle nich jeví umístění starších klientů na menší pokoje spolu s přibližně stejně starými klienty, kde by jim bylo zajištěno větší soukromí a prostor. Rovněž by uvítali vyčlenění některých částí terapeutických skupin pro jejich věkovou skupinu a zohlednění jejich zdravotních limitů především ve fyzicky náročnějších částech programu.

10 Výzkumná omezení

Každý výzkumný projekt, jako i tento, se potýká s jistými limity a omezeními. Základním vědomím, skrze které musíme získaná data interpretovat, je skutečnost, že se jedná o práci kvalitativního charakteru, jejíž data nelze jednoduše zobecňovat. Zachyceny byly individuální názory malého výzkumného vzorku, který zcela jistě není pro danou populaci reprezentativní.

V práci dále nebyl zjišťován názor jiných skupin, jako například odborníků z oblasti léčby, kteří by se nepochybně rovněž mohli k dané problematice týkající se potřeb uživatelů NL v seniorském věku a nabízeným službám ve střednědobé ústavní léčbě vyjádřit. Vzhledem k možnostem a rozsahu diplomové práce se tedy jedná pouze o část úplné analýzy potřeb. Pro získání podrobnějších a přesnějších výsledků by bylo zapotřebí provést rozsáhlejší výzkum a použít i další dostupné metody.

Omezení představuje i realizace rozhovorů s respondenty, která probíhala v poslední části tříměsíční léčby, aby respondenti mohli adekvátně odpovídat na otázky týkající se průběhu léčby a jejich potřeb. Vzhledem k nastaveným pravidlům však někteří starší klienti již neměli potenciál k plnohodnotné režimové léčbě, předčasně z léčby vypadávali nebo byli přerazeni na psychiatrické nerezimové oddělení již v počátcích léčby. Proto tito klienti nebyli do studie zařazeni, i když vzhledem ke svým specifickým potřebám a zdravotním limitům, které vedly k předčasnému ukončení léčby mohli být pro daný výzkum přínosem.

Jisté omezení vyplývá i ze samotných rozhovorů s respondenty. Starší klienti často odpovídali na otázky velmi obšírně, měli tendence odklánět se od tématu hovoru, ať už v důsledku kognitivních poruch nebo touhy vyhnout se určitým tématům. Autorka tak mnohdy musela respondenty šetrným způsobem jemně přerušovat a vracet k hlavnímu tématu hovoru. Důležitý tak byl trpělivý přístup, časté opakování otázek a jasné a srozumitelné vyjádření struktury rozhovoru.

11 Diskuse

Ve vyspělých společnostech dochází k demografické proměně, která vede ke stárnutí společnosti. S rostoucím počtem starších osob a stárnoucí generací „baby boomu“ se rovněž objevuje nárůst počtu starších dospělých s poruchami užívání alkoholu, což bude do budoucna představovat zásadní výzvu pro oblast veřejného zdraví. Ve výrazném kontrastu s tímto vysokým podílem seniorů s poruchami užívání alkoholu, se však ukazuje nízké využití léčby v této skupině. Řada studií poukazuje na skutečnost, že i přes dobrou prognózu léčby, starší dospělí zřídka vyhledávají léčbu kvůli problémům s alkoholem. Může to být způsobeno jednak pocitem studu, popíráním či nedostatkem povědomí o této problematice ze strany samotných uživatelů a jejich rodin, ale také nedostatkem specifických služeb zdravotní a sociální péče pro starší uživatele návykových látek (Dauber, Pogarell, Kraus & Braun, 2018).

Léčba i další péče o starší osoby s problémem s užíváním návykových látek je omezená, protože většina služeb byla vytvořena tak, aby vyhovovala potřebám mladších věkových skupin (EMCDDA, 2017; Kuerbis & Sacco, 2013). Realita současných demografických změn a rostoucí potřeby služeb u stárnoucích osob užívajících návykové látky tak budou klást vyšší nároky na stávající zdroje (Gossop & Moss, 2008) a programy navyklé pracovat převážně s mladší a střední populací budou muset vyhovět i potřebám těchto starších osob (EMCDDA, 2008). Zároveň mnohočetné zdravotní a sociální potřeby této skupiny obyvatel budou představovat značné náklady na poskytování péče a z těchto důvodů musí být zásahy do zlepšení péče a vytváření vhodných přístupů rovněž nákladově efektivní. Nicméně účinnost léčebných programů pro starší uživatele je těžké určit, protože výzkum se zřídka zaměřuje na aspekty související s věkem a je tak jen omezený počet studií o výsledcích léčby. Existuje tedy jasná mezera ve výzkumu léčby starších uživatelů drog, která by mohla pomoci poskytovatelům zlepšit výsledky léčby v této skupině. Poskytovatelé se tak často musí spoléhat na stávající zdroje a své vlastní profesionální zkušenosti k řešení věkově specifických potřeb u starších závislých (EMCDDA, 2010).

Ačkoli v zahraničí byly realizovány a publikovány některé studie zaměřující na tuto problematiku, v České republice nejsou k dispozici žádné srovnatelné údaje a je málo známo o léčbě závislosti a klinických charakteristikách starších dospělých s problémy s užíváním alkoholu. I v důsledku toho je v ČR v současném systému adiktologické péče cílová skupina starších osob spíše na okraji pozornosti a není kladen důraz na specializované typy péče pro starší uživatele návykových látek (Černíková, 2017). Na tomto pozadí si tato studie klade za cíl zjistit specifika seniorů se závislostí na alkoholu, stejně jako intervence, které lze v tomto kontextu aplikovat ze strany programu ve střednědobé ústavní léčbě. Prostřednictvím analýzy potřeb se diplomová práce zabývá potřebami seniorů se závislostí na alkoholu ve vybraném zařízení střednědobé ústavní léčby, kteří službu využili a definuje, jaké jsou požadavky a potřeby cílové skupiny a jak jsou programem pokrývány.

Z hlediska porovnání získaných dat s výzkumy, které byly na toto téma realizovány v zahraničí, přináší studie některá obdobná zjištění. Například autoři Dauber et al. (2018), provedli průzkumnou analýzu týkající se prevalence, sociodemografických proměnných a poruch souvisejících s léčbou, s využitím údajů u 10 860 pacientů s poruchou užívání alkoholu ve věku 60 a více let, které jsou dokumentovány v německém monitorovacím systému péče o závislost. Vzhledem ke značné velikosti tohoto celostátního vzorku účastníků poskytuje průzkumné šetření reprezentativní a spolehlivé výsledky a umožňuje ucelený přehled o aktuální situaci

v léčbě starších dospělých s poruchou užívání alkoholu s ohledem na využití služeb, charakteristiky a výsledky léčby. Tuto studii samozřejmě nelze co se týče počtu respondentů ani typu výzkumu srovnávat s předkládanou prací, nicméně co se týče některých sociodemografických charakteristik a faktorů souvisejících s poruchami a léčbou, lze zde nalézt některé shodné údaje.

Velmi nízká míra doporučení lékařů do péče o závislost, která byla nalezena v obou studiích, poukazuje na potřebu zintenzivnit spolupráci mezi zařízeními pro léčbu závislostí a primární péčí. Skutečnost, že téměř všichni dospělí s poruchou užívání alkoholu jsou v kontaktu se systémem primární péče a rovněž vzhledem k četnosti, s jakou zde starší dospělí hledají pomoc při řešení mnoha zdravotních problémů, zdůrazňuje důležitou roli, kterou může hrát primární péče v detekci problémového pití a zahájení adekvátní léčby. V souladu s tím může zavedení krátkých intervencí nebo speciálního vzdělávání pro zdravotnické pracovníky pomoci lépe rozpoznat poruchy užívání alkoholu u starších dospělých v zařízeních primární péče (Dauber, Pogarell, Kraus & Braun, 2018).

Rovněž celkově vyšší podíl žen u starších pacientů s problémy s užíváním alkoholu v obou výzkumech je ve výrazném kontrastu s vyšším podílem mužů se závislostí na alkoholu v běžné populaci. To je v souladu s dřívějšími zjištěními, že u žen se problémy s alkoholem často vyvíjejí pozdějším životě kvůli významným životním ztrátám, přičemž každá z nich naznačuje nedostatek sociálních kontaktů (Blow & Barry, 2002). Dauber et al. (2018) tak poukazují na fakt, že ženy v jejich výzkumném souboru se liší, pokud jde o jejich vlastnosti a pravděpodobné důvody pro pití a zdůrazňují potřebu zaměřit se zejména na výzkum a léčbu starších žen. Jako užitečnou pak vidí integraci sociálních aspektů do léčby starších žen.

Dále mezi staršími dospělými v obou studiích byly přítomny pouze poruchy užívání tabáku a návykových léků společně s užíváním alkoholu, což je v souladu s vysokým užíváním léků v této populaci (Gossop & Moss, 2008; EMCDDA, 2008). Také souvislost mezi psychickými problémy a problémovým užíváním alkoholu dokazuje v obou výzkumných vzorcích větší zátěž komorbidními duševními poruchami, zejména pak u opět u starších žen (Dauber, Pogarell, Kraus & Braun, 2018). A v neposlední řadě vysoká úroveň vzdělání u starších pacientů se závislostí na alkoholu v obou vzorcích je v souladu s dřívějšími nálezy (Weyerer & Schäufele, 2017 in Dauber et al., 2018), které ukazují na vztah mezi úrovní vzdělání a konzumací alkoholu u starších osob. Na druhou stranu se zdá, že hledání léčby je také pozitivně spojeno s úrovní vzdělání (Dauber, Pogarell, Kraus & Braun, 2018).

Také Wadd a Dutton (2018) realizovali smíšenou studii týkající se přístupnosti a vhodnosti rezidenční léčby závislosti na alkoholu u starších dospělých v Anglii. V této studii se autoři snažili zjistit, zda rezidenční zařízení reagují na věkové potřeby starších dospělých a jak starší dospělí tyto služby vnímají. Z výsledků vyplynulo, že starší dospělí jsou vyloučeni ze tří čtvrtin pobytových léčeb uvedených v online adresáři Public Health England na základě jejich věku. Dále z polostrukturovaných rozhovorů s 16 respondenty staršími 50 let, kteří absolvovali rezidenční léčbu závislosti vyplynulo, že někteří vnímali v soužití s mladšími klienty napětí, pociťovali šikanu či zastrašování, jiní byli vystaveni ageistickému jazyku a postojům, či se nemohli kvůli svým zdravotním limitům účastnit fyzických aktivit, což vedlo k dalšímu sociálnímu vyloučení. Někteří starší obyvatelé si ale naopak společnost mladších obyvatel užívali a cítili, že se tím obohatila jejich zkušenost s léčbou. Výsledky této studie tedy také v mnohém korespondují s výzkumem v této diplomové práci.

Závažné téma, které vyvstává v obou studiích je tedy jistě téma věkové diskriminace, kdy byl některým respondentům na základě jejich věku odepřen přístup ke službě. Wadd a Dutton (2018) poukazují na skutečnost, že některé zařízení vychází z předpokladu, že potřeby péče o staršího dospělého budou vyšší a že jejich potřeby tak nemohou být v rámci léčby uspokojeny. Samotný věk však nemůže určit potřeby péče a je docela možné, že potřeby péče u 40letých budou vyšší než u 65letých. Rezidenční zařízení zavedením věkových limitů pro umístění přímo diskriminují starší dospělé, což je v rozporu se zákonem o rovnosti, který ukládá službám nediskriminovat klienty na základě jejich věku. Autoři studie dále upozorňují, že tento diskriminační postup nemá v systému léčby zneužívání návykových látek místo a přístup člověka k léčbě by měl být založen čistě na jeho individuálních schopnostech a potřebách, nikoli na předpokladech založených na jeho věku.

Služby však mohou diskriminovat starší dospělé i nepřímou, i když jim teoreticky nebrání v přístupu k léčbě. K této nepřímé diskriminaci na základě věku dochází, když se s lidmi z různých věkových skupin a různých potřeb zachází podobným způsobem. Tento „věkově slepý“ přístup pak následně vede k tomu, že potřeby starších dospělých nejsou plně uspokojeny (Wadd & Dutton, 2018). Také zjištění v obou studiích naznačují, že některé rezidenční služby dostatečně nereagují na potřeby starších dospělých, především pak co se týká jejich zdravotních limitů, dostatku soukromí či odpočinku.

Autoři Mertz, Richie a Dulin (2020) proto doporučují, aby léčebné programy braly v úvahu heterogenitu starších lidí a povahu a úroveň intenzity intervencí přizpůsobily charakteristikám jejich prožívaných problémů. Rovněž vysoká prevalence komorbidit mezi staršími lidmi s

problémy s alkoholem vyžaduje řadu zvláštních přístupů. Tyto programy by tedy měly být přizpůsobeny potřebám starších lidí kteří mají omezenou pohyblivost, ztrátu sluchu, zrakové a kognitivní poruchy a braly tyto zdravotní problémy v úvahu při aplikaci léčebného plánu. Programy by měly být přístupné i pro ty, kteří používají pomůcky pro mobilitu, programové materiály by měly být tištěny větším písmem, aby pomohly osobám se zrakovým postižením a personál by měl mluvit hlasitěji, pomaleji (Mertz, Richie & Dulin, 2020) a podle potřeby dané téma zopakovat případně požadovat zpětnou vazbu k zjištění porozumění.

Také skupinová terapie by měla vyhovovat potřebám starších dospělých a měla by se zaměřovat na věkově specifické problémy, jako je například reakce na ztrátu a osamělost související s věkem. Při samotných hovorech se staršími uživateli je pak důležitý podpůrný, nekonfrontační a trpělivý přístup. Neméně důležité je jednat se staršími lidmi s respektem, vyvarovat se stigmatizujícího jazyka jako „alkoholik“, „drogově závislý“ nebo „duševní zdravý“, a používat jinou terminologii, která je méně stigmatizující. Starší dospělí mnohem pravděpodobněji poskytnou informace o potenciálně stigmatizujícím chování, pokud si myslí, že se lékař či terapeut skutečně zajímá o jejich celkové zdraví a pohodu. Proto by měl být kladen důraz na vybudování vztahu a důvěry se staršími pacienty (Kuerbis et al., 2014).

Z výzkumu v diplomové práci rovněž vyplynulo, že se někteří starší respondenti setkali s ageismem a pociťovali věkové předsudky a stigma kvůli svému věku od mladších klientů. Tato skutečnost také koresponduje s dalšími výzkumy realizovanými v zahraničí na dané téma. Například autoři Wadd, Holley-Moore, Riaz a Jones (2017) se ve své studii zabývali důkazy o ageismu v alkoholové politice, praxi a výzkumu se zaměřením na Spojené království. Autoři podotýkají, že jedna z největších výzev snižování škod souvisejících s alkoholem u starších dospělých je právě ageismus. Z výsledků jejich studie vyplynulo, že starší dospělí jsou „odepisováni“ jako příliš staří na to, aby se změnili, což je vnímání toho, že vzhledem k jejich potenciální délce života již nestojí za to zasahovat, pokud jde o léčbu alkoholem, mladší dospělí mají přednost před staršími dospělými a starší dospělí jsou v důsledku problému s alkoholem často odkazováni do nesespecializovaných služeb.

Wadd a Dutton (2018) proto navrhuje, aby rezidenční zařízení usilovaly o věkově zvýhodněnou léčbu. To znamená, aby v rámci terapie propagovaly postupy, které zvyšují spolupráci a interakci mezi lidmi různých generací, a umožnili všem věkovým skupinám sdílet jejich zdroje a vzájemně se podporovat. Tento mezigenerační přístup uznává, že generační shody i rozdíly jsou důležité a obohacující a měly by být v rámci léčby závislosti využity.

Zatímco mezigenerační léčba může u některých osob dobře fungovat a vést ke splynutí názorů a zkušeností, což byl i případ většiny respondentů v tomto výzkumu, někteří starší dospělí pravděpodobně budou mít prospěch z toho, že budou absolvovat léčbu s lidmi podobného věku. Ostatně i některé hodnotící studie poukazují na to, že starší dospělí mají lepší výsledky ve věkově specifických rehabilitacích ve srovnání s rehabilitacemi ve smíšeném věku (Atkinson, 1995; Slaymaker, Blow et al., 2000; Owen, 2008 in Wadd & Dutton, 2018).

12 Závěr

Problematika seniorů se závislostí na alkoholu je postupně rozvíjející se téma, na které bude muset odborná veřejnost a jednotlivé státy reagovat přiměřenými službami. Hlavním cílem této práce bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být jednak podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů.

V rámci studie jsme provedli popis současných demografických trendů představovaných stárnutím obyvatelstva, epidemiologických údajů týkajících se užívání návykových látek u starších osob a specifických aspektů závislosti na alkoholu ve stáří. Velká pozornost byla rovněž věnována diagnostice a screeningu poruch užívání alkoholu u seniorů, včetně věkově specifické léčby starších dospělých. Prioritní oblastí pak byla analýza potřeb jejíž cílem bylo zjistit, jaká je přijatelnost a dostupnost služeb, jaké bariéry v přístupu k léčbě museli respondenti překonávat a na to, zda služby odpovídají potřebám, nebo zda by raději klienti preferovali věkově specifickou léčbu.

Účastníky výzkumu byli klienti se závislostí na alkoholu starší 65 let ve střednědobé ústavní léčbě nominovaní výběrem přes instituce. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s respondenty a analyzována pomocí tvoření segmentů a následnému zachycování vzorců. V rozmezí od listopadu 2020 do června 2021 bylo provedeno 13 rozhovorů s klienty se závislostí na alkoholu ve střednědobé ústavní léčbě v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Konkrétně se jednalo o 6 žen a 7 mužů. Věkový průměr vzorku činil 67 let, nejstarší respondent měl 73 let (žena).

Z analýzy je zřejmé, že se starší uživatelé setkávají s řadou bariér, které jim brání v přístupu k léčbě a které tak pro ně zbytečně snižují dostupnost služby. Primárně je to nízké povědomí a informovanost o stávajících možnostech léčby, především v rámci primární péče. Tento fakt poukazuje na skutečnost, že jsou praktičtí lékaři nedostatečně vzděláváni o problematice závislosti ve vyšším věku. Bylo by tedy vhodné organizovat pro praktické lékaře a sestry

vzdělávací kurzy na základě kterých by následně lépe rozeznali u svých pacientů příznaky závislosti a mohli tak včasné zasáhnout, jednak vlastní krátkou intervencí a jednak nasměrováním a zprostředkováním do specializované péče.

Respondenti se rovněž setkali s některými sociokulturními a osobními překážkami v přístupu k léčbě. Pocity studu, viny a selhání spojené s užíváním návykových látek, ale také obavy z odloučení od rodiny či dlouhé čekací doby před nástupem do léčby se ukazují jako bariéry pro vstup do léčby pro tuto skupinu obyvatel. Do budoucna se tedy jeví jako důležité zlepšení přístupu ke službám pro starší uživatele návykových látek prostřednictvím posílení flexibility v procesu přijímání nových klientů do programů, zvýšené kapacity těchto služeb a jejich nabízení v domácím a komunitním prostředí, kde se vyskytují starší osoby. Neméně důležité pak bude i šíření osvěty a veřejného vzdělávání s cílem minimalizovat ageismus, stigma a obavy z léčby a její účinnosti.

V rámci léčby závislosti se respondenti setkali také s přímou a nepřímou diskriminací. Věková diskriminace je jistě tématem, které vyžaduje více pozornosti a změnu přístupu. Z provedeného šetření vyplývá i to, jak by se měly stávající léčebné programy změnit, aby byly přístupnější pro starší klienty. Jako prioritní se jeví odstranění věkových hranic, kdy by přístup klienta k léčbě měl být založený čistě na jeho individuálním stavu a schopnostech. Dále by se měly rezidenční zařízení snažit zajistit, aby mezigenerační povědomí, dovednosti a strategie byly součástí kompetence zaměstnanců. V přístupu ke starším klientům by pak měli pracovníci služby dbát na individuální přístup, zachovávat trpělivost, projevovat zájem a respekt.

Při přijetí by zaměstnanci měli posoudit kompatibilitu jednotlivce se stávajícími klienty, aby minimalizovali jakákoli rizika vyplývající z nevhodného chování. V pravidlech léčby by mělo být pro všechny klienty jasně stanoveno, aby se vyvarovali slovních útoků, vulgárního a diskriminačního chování k osobám jinak znevýhodněným (včetně věku). Aby se více podpořilo soukromí a prostor, měly by zařízení poskytovat pro starší klienty menší pokoje, kde je to možné a umísťovat je společně spolu s přibližně stejně starými klienty. Zaměstnanci by měli zajišťovat terapeutické a sociální aktivity, které si mohou užít lidé jakéhokoli věku a úrovně kondice nebo mobility. Jednotlivá zařízení by měly zvážit zavedení flexibilnějších pravidel a upravení náplně denního programu s ohledem na cílovou skupinu. Týká se to zejména možnosti odpočinku v rámci denního programu, častějšímu opakování osvětových témat a zohlednění zdravotních limitů starších klientů především ve fyzicky náročnějších částech programu.

Ukazuje se tedy, že pro uspokojení potřeb starších uživatelů je výhodnější vnitřně strukturovat stávající systém léčby a vyčlenit pro ně některé části programu. Zároveň by se do budoucna

měl zvážit vývoj samostatných zařízení konkrétně pro starší dospělé, u nichž je pravděpodobné, že budou mít prospěch nebo preferují věkově specifickou léčbu.

Závěrem se jeví jako užitečné vyvíjet úsilí o rozvoj přístupů k léčbě a přístupů šitých na míru k lepšímu oslovení této stále početnější klientely, zejména na pozadí pozitivních výsledků léčby starších dospělých. Spolu s rozšířenou spoluprací s primární péčí a institucemi, které se zaměřují na péči o seniory to může sloužit ke zlepšení využití léčby starších uživatelů návykových látek.

13 Bibliografie

- Aalto, M., Alho, H., Halme, J., & Seppä, K. (2011). The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 881-885.
- Aira, M., Hartikainen, S., & Sulkava, R. (2005). Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication - a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 680-685.
- Arndt, S., Clayton, R., & Schultz, S. K. (2011). Trends in substance abuse treatment 1998–2008: Increasing older adult first-time admissions for illicit drugs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 704-11.
- Barrick, C., & Connors, G. J. (2002). Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs Aging*, 19(8), 583-94.
- Baštecký, J., Kumpel, Q., & Vojtěchovský, M. e. (1994). *Gerontopsychiatrie. 1. vydání*. Praha: Grada Avicenum.
- Blazer, D. G., & Wu, L. T. (2009a). The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Psychiatry*, 166 (10), 1162-1169.
- Blazer, D. G., & Wu, L. T. (2009b). The Epidemiology of Substance Use and Disorders Among Middle Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 237-245.
- Blow, F. C., & Barry, K. L. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 308–315.
- Bogunovic, O. (2012). *Substance Abuse in Aging and Elderly Adults*. Načteno z <https://www.psychiatrytimes.com/view/substance-abuse-aging-and-elderly-adults>
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). *Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4999313/citedby/>
- Carew, A. M., & Comiskey, C. (2018). Treatment for opioid use and outcomes in older adults: A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 182, 48-57.
- Conner, K., & Rosen, D. (2008). “You're nothing but a junkie”: Multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 244-264.
- Černíková, T. (2017). *Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Čmelíková, Š. (2020). *Analýza potřeb klientů terénního programu na Berounsku*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.

- ČSÚ. (2019). *Vývoj obyvatelstva České republiky 2018*. Praha: Český statistický úřad. Načteno z https://ct24.ceskatelevize.cz/sites/default/files/2365481-vyvoj_obyvatelstva_cr_v_roce_2018.pdf
- Dar, K. (2006). Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(3), 173-181.
- Dauber, H., Pogarell, O., Kraus, L., & Braun, B. (2018). Older adults in treatment for alcohol use disorders: Service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 40.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. V K. e. Kalina, *Drogy a drogové závislosti 2 - Mezioborový přístup*. Kapitola 8/7. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- EMCDDA. (2008). *Substance use among older adults: a neglected problem*. Drugs in Focus.
- EMCDDA. (2010). *Treatment and care for older drug users. Selected issues*.
- EMCDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*.
- Fink, A., Morton, S. C., Beck, J. C., Hays, R. D., Spritzer, K., Oishi, S., & Moore, A. A. (2002). The alcohol-related problems survey: Identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of The American Geriatrics Society*, 50(10), 1717–1722.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: The impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(2):127–135.
- Gilson, K. M. (2016). *Risky drinking in older adults: Towards better awareness and screening in clinical practice*. Načteno z file:///C:/Users/Admin/Downloads/801-risky-drinking-in-older-adults-towards-better-awareness-and-screening-in-clinical-practice%20(1).pdf
- Gossop, M., & Moss, R. (2008). Substance misuse among older adults: A neglected but treatable problem. *Addiction*, 103, 347-348.
- Han, B. H. (2018). Aging, multimorbidity, and substance use disorders: The growing case for integrating the principles of geriatric care and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 58, 135-136.
- Helus, Z. (1997). *Psychologie*. Praha: Fortuna.
- Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.
- Hunter, B. (2010). *Substance misuse – management in the older population*. Načteno z http://nceta.flinders.edu.au/files/9814/2250/4969/Hunter_2010.pdf
- Chhatre, S., Cook, R., Mallik, E., & Jayadevappa, R. (2017). *Trends in substance use admissions among older adults*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568321/>

- Choi, N., DiNitto, D., & Marti, C. (2014). Treatment use, perceived need, and barriers to seeking treatment for substance abuse and mental health problems among older adults compared to younger adults. *Drug & Alcohol Dependence*, 145, 113-120.
- Janouškovec, V. (2013). *Aplikační místnosti pro uživatele drog - analýza potřeb*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Kalapatapu, R. K., & Sullivan, M. A. (2010). *Prescription Use Disorders in Older Adults*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320720/>
- Kalina, K. (2000). *Sborník "Drogy ze všech stran II"*. Praha: Institut FILIA.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., & al., e. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Khan, N., Davis, P., Wilkinson, T. J., Sellman, J. D., & Graham, P. (2002). Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *New Zealand Medical Journal*, 115, 72 – 75.
- Kovářová, M., & Dóci, I. (2002). Charakteristika konzumentov alkoholu nad 65 rokov v kontexte projektu Zdravé starnutie. *Geriatrics*, (8)2: 78–82.
- Krombholz, R., & Drástová, H. (2010). Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi*, 11 (5–6), 161–164.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Kučerová, H. (2013). Závislosti ve stáří. V R. e. Jiráček, *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén.
- Kuerbis, A., & Sacco, P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Substance Abuse*, 7, 13-37.
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G., & Moore, A. A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clin Geriatr Med.*, 30(3), 629-654.
- LaCoursiere, L. (2013). *Older Adults and Substance Abuse: A Program Evaluation*. Sophia, the St. Catherine University. Načteno z https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1221&context=msw_papers
- Lal, R., & Pattanayak, R. (2017). Alcohol use among the elderly: Issues and considerations. *J Geriatr Ment Health*, 4: 4-10.
- Lužný, J., Bičan, V., Honzák, F., Výrostková, O., Blažková, M., Pospíšilová, I., . . . Dedek, M. (2013). Prevalence syndromu závislosti na alkoholu u seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém lůžku Psychiatrické léčebny Kroměříž – srovnání let 2001 a 2011. *Adiktologie*, 13(1), 8–13.

- Mattson, M., Lipar, R. N., Hays, C., & Van Horn, S. L. (2017). A day in the life of older adults: Substance use facts. *The CBHSQ Report, 5 (11)*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- Menninger, J. A. (2002). Assessment and treatment of alcoholism and substance-related. *Bulletin of the Menninger Clinic, 66(2)*, 166.
- Mertz, R., Richie, A., & Dulin, P. (2020). *Substance Use and Misuse Among Older Adults*. Načteno z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128186978000327>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M. (2014). *Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014-2020*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- Miovský, M., & (Ed.). (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- Mistorel, P. (nedatováno). *Závislost na návykových látkách a jejich abusů ve stáří*. Načteno z <https://adoc.pub/zavislost-na-navykovych-latkach-a-jejich-abusus-ve-stai-mudr.html>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Myers, J. E., Dice, C. E., & Dew, B. J. (2000). Alcohol abuse in later life: Issues and interventions for counselors. *Adultspan: Theory Research & Practice, 2(1)*, 2.
- Nakonečný, M. (2000). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Nešpor, K., & L., C. (1999). *Bažení (craving)*. Praha: Sportpropag a. s. pro Sdružení FIT IN, rodiče proti drogám.
- Nicholas, R., Roche, A., Lee, N., Bright, S., & Walsh, K. (2015). *Preventing and reducing alcohol- and other drugrelated harm among older people: A practical guide for health and welfare professionals*. Načteno z <http://www.atdc.org.au/wp-content/uploads/2015/12/Absolute-final-version.pdf>
- Norton, E. D. (1998). Counseling substance abusing older adults. *Educational Gerontology, 24*, 373-390.
- O'Connell, H., Chin, A. V., Hamilton, F., Cunningham, C., Walsh, J. B., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (2004). A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19(11)*, 1074-86.

- O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.
- Ortman, J. M., Velkoff, V. A., & Hogan, H. (2014). *An Aging Nation: The Older population in the United States*. Načteno z <https://www.census.gov/prod/2014pubs/p25-1140.pdf>
- Paech, D., & Weston, A. (2009). Problematic substance use in older adults: a rapid literature scan. *HSAC Report*, 2(14).
- Pecinová, O. (2013). Léčba závislosti na alkoholu a její specifika u žen. *Revue České lékařské akademie*, 9, 25-28.
- Qato, D. M., Alexander, C. G., Conti, R. M., Johnson, M., Schumm, P., & Lindau, S. T. (2008). Use of Prescription and Over-the-counter Medications and Dietary Supplements Among Older Adults in the United States. *JAMA*, 300(24), 2867–2878.
- Reid, M. C., & Anderson, P. A. (1997). Geriatric substance use disorders. *Medical Clinics of North America*, 81(4), 999-1016.
- Rinfrette, E. S. (2009). Treatment of anxiety, depression, and alcohol disorders in the elderly: Social work collaboration in primary care. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(1), 79-91.
- Rockett, I. R., Putnam, S. L., Jia, H., & Smith, G. S. (2006). Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction*, 101(5), 706–712.
- Rous, Z., Chomynová, P., & Mravčík, V. (2020). Návykové látky v České republice v roce 2019. *Zaostřeno* 6, (6), 1-20.
- SAMHSA. (2012). *Older Americans behavioral health Issue Brief 5: Prescription Medication Misuse and Abuse Among Older Adults*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Načteno z [https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-11/Issue Brief 5 Prescription Med Misuse Abuse.pdf](https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-11/Issue%20Brief%205%20Prescription%20Med%20Misuse%20Abuse.pdf)
- Sarkar, S., Parmar, A., & Chatterjee, B. (2015). Substance use disorders in the elderly: A review. *J Geriatr Ment Health*, 2 (2), 74-82.
- Satre, D. D., Sterling, S. A., Mackin, R. S., & Weisner, C. (2011). Patterns of alcohol and drug use among depressed older adults seeking outpatient psychiatric services. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 695–703.
- Shahpesandy, H. (2005). Aktuálne názory na zneužívanie a závislosť. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(1), 40-47.
- Shahpesandy, H., Pristášová, J., Janíková, Z., Mojžišová, R., Kasanická, V., & Šupalová, O. (2006). Alcoholism in the elderly: A study of elderly alcoholics compared with healthy elderly and young alcoholics. *Neuroendocrinology Letters*, 27 (5), 651-657.
- Simoni-Wastila, L., & Yang, H. K. (2006). Psychoactive drug abuse in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4, 380-94.

- Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 420–427.
- Sorocco, K. H., & Ferrell, S. W. (2006). Alcohol use among older adults. *Journal of General Psychology*, 133 (4), 453–467.
- Steinhagen, K. A., & Friedman, M. B. (2008). Substance Abuse and Misuse in Older Adults. *Aging Well*, 3, 20.
- Stevenson, B. S., Stephens, C., Dulin, P., Kostick, M., & Alpass, F. (2015). Alcohol consumption among older adults in Aotearoa/New Zealand: a comparison of 'baby boomers' and 'over-65s'. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3, 366-378.
- Stewart, S. B., Christine, S., Patrik, D., Marylynne, K., & Fiona, A. (2015). *Alcohol consumption among older adults in Aotearoa/New Zealand: a comparison of 'baby boomers' and 'over-65s'*. Načteno z Health Psychology and Behavioral Medicine: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21642850.2015.1082916>
- Stoklasová, A. (2013). *Možnosti a limity léčby závislosti na alkoholu u pacientů ve vyšším věku*. Kroměříž: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. (2014). Načteno z Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/We b/NSDUHresults2013.pdf>
- Šťastná, L. (2010). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Taylor, M. H., & Grosberg, G. T. (2012). The Growing Problem of Illicit Substance Abuse in the Elderly: A Review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(4).
- Thornton, J. E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4).
- Trevisan, L. A. (2014). *Elderly Alcohol Use Disorders: Epidemiology, Screening, and Assessment Issues*. Načteno z <https://www.psychiatrytimes.com/view/elderly-alcohol-use-disorders-epidemiology-screening-and-assessment-issues>
- ÚZIS. (2019). *Psychiatrická péče 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky*. Načteno z <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>
- Wadd, S., & Dutton, M. (2018). Accessibility and suitability of residential alcohol treatment for older adults: a mixed method study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1).
- Wadd, S., Holley-Moore, G., Riaz, A., & Jones, R. (2017). *Calling Time: Addressing ageism and age discrimination in alcohol policy, practice and research*. Načteno z <https://www.drinkwiseagewell.org.uk/media/publications/pdfs/calling-time-addressing-ageism.pdf>
- Wadd, S., Lapworth, K., Sullivan, M., Forrester, D., & Galvani, S. (2011). *Working with Older Drinkers*. Bedford: Tilda Goldberg Centre, University of Bedfordshire.

- WHO. (2000). *International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.
- WHO, UNDCP, & EMCDDA. (2000). *Analyza potřeb*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.
- Wilson, S., Knowles, S., Huang, Q., & Fink, A. (2014). The Prevalence of Harmful and Hazardous Alcohol Consumption in Older U.S. Adults: Data from the 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *J Gen Intern Med*, 29(2), 312–319.
- Wu, L. T., & Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *J Aging Health*, 23(3), 481-504.
- Yarnell, S., Li, L., MacGrory, B., Trevisan, L., & K. P. (2020). Substance Use Disorders in Later Life: A Review and Synthesis of the Literature of an Emerging Public Health Concern. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 226-236.
- Zilberman, M. L. (2009). Substance abuse across the lifespan in women. V K. T. Brady, S. E. Back, & S. F. Greenfield, *Women and addiction: A comprehensive handbook* (stránky 3–13). New York: Guilford Press.

14 Přílohy

Příloha č. 1: Osnova polostrukturovaného rozhovoru

1. Charakteristiky respondenta

- a) Věk
- b) Gender
- c) Místo narození
- d) Místo pobytu
- e) Národnost
- f) Vzdělání
 - 1. Neukončené základní
 - 2. Ukončené základní
 - 3. Učební obor bez maturity
 - 4. Středoškolské s maturitou
 - 5. Vysokoškolské
- g) Bydlení
 - 1. Vlastní
 - 2. Pronájem
 - 3. U dětí/příbuzných/jiných blízkých osob
 - 4. Sociální bydlení
 - 5. Bez domova
 - 6. Jiné
- h) Rodinná situace
 - 1. Svobodný/á
 - 2. Žije s partnerem/partnerkou
 - 3. Ženatý/vdaná
 - 4. Rozvedený/á
 - 5. Rozvedený/á, žije s partnerkou/partnerem
 - 6. Ovdovělý/á
 - 7. Jiné
- i) Počet dětí

2. Charakteristiky a dopady užívání

- a) Popište mi prosím Vaše zkušenosti s užíváním alkoholu (frekvence užívání, délka, množství užívání). Máte zkušenosti i s některou jinou návykovou látkou?
- b) Kdy vnímáte začátky Vaší závislosti a v souvislosti s jakou příčinou jste začal/a nadměrně pít alkohol?
- c) Při jakých příležitostech jste většinou pil/a alkohol? (Spíše sám/anebo spolu s dalšími lidmi? Spíše ve společnosti nebo v soukromí?).
- d) Kdy jste poprvé začal/a pociťovat, že pro vás vaše užívání představuje významný problém? Jaké jste pocítil/a nejzávažnější negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu? Jaké to pro Vás mělo důsledky, pokud jde o vztahy s blízkými osobami, zdraví, bydlení?
- e) Co Vás vedlo k uvědomění, že potřebujete odbornou pomoc? Jaká byla Vaše motivace k léčbě?

3. Využívání služeb a zkušenosti se službami

- a) Absolvujete léčbu závislosti poprvé? Využil/a jste někdy v minulosti některé služby, které poskytují pomoc lidem s problémy s užíváním návykových látek, včetně ambulantních, případně některé další sociální, zdravotní či jiné služby?
- Pokud ano, uveďte prosím, o jakou službu šlo.
 - Kdy a kde to bylo? Podařilo se vám úspěšně dokončit léčebný program?
 - Pomohla vám léčba dosáhnout abstinence? Jak dlouho se vám tento stav dařilo udržet?
 - Co bylo podle vás příčinou vašeho návratu k užívání alkoholu?

4. Znalost systému léčby, bariéry v přístupu k léčbě

- a) Měl/a jste informace a povědomí o existující službě? Jak jste o ní informace získal/a? Šlo by nějakým způsobem informace o službě lépe zprostředkovat?
- b) Jak jste se dostal/a do této služby? Kdo vám s tím pomohl, dal vám doporučení? Co tomu předcházelo?
- c) Jak vnímáte celkovou dostupnost služby? (místo, čas, kapacita, kritéria pro přijetí, omezení vyplývající z pravidel, např. věkovou hranici pro vstup do léčby)
- d) Byla pro Vás bariérou pro vstup do léčby stigmatizace, stud či pocit viny spojené s užíváním alkoholu? Obával/a jste se negativních reakcí laické či odborné veřejnosti ohledně vaší léčby-byly bariérou vstupu do léčby obavy spojené z odsouzení okolí?
- e) Musel/a jste nejdříve absolvovat tzv. čekací dobu? Jak byla dlouhá? Byly s tímto čekáním spojené nějaké obtíže?
- f) Měl/a jste před léčbou obavy z odloučení od rodiny, či strach z neznáma?

5. Spokojenost se službou a přístupem personálu

- a) Jak jste si léčbu představoval/a, jaká byla Vaše očekávání a jak se naplnila? Co oceňujete? Co vám naopak nevyhovuje?
- b) Co vám ve službě schází? Co byste změnil/a a jak? Jak by vypadala ideálně tato služba? Co vám naopak přijde zbytečné? Je něco, co Vám dělá problémy?
- c) Jak jste spokojen/a s pracovníky služby? (Jak se k Vám chovají? Jak hodnotíte jejich chování k Vám? Důvěřujete pracovníkům?)
- d) Jaká jsou pravidla a jak fungují? Změnil/a byste je nějak? Plní svůj účel?
- e) Jaké služby byste v rámci léčby uvítal/a?
- f) Nyní s Vámi projdu několik oblastí lidských potřeb. U každé potřeby by mě zajímalo, do jaké míry jde o oblast, ve které jste byla spokojená s jejím uspokojením či jste pociťoval/a nedostatek a se kterou jste potřebovala/a pomoci: hygienický standard a potřeby, stravování, zdravotní péče, spánek a odpočinek, program edukace na oddělení – učení se nových informací, adaptace na nové prostředí, omezení soukromí, fungování pravidel, bodovací systém, tresty
- g) Vyhovuje Vám věková různorodost ostatních klientů nebo byste raději preferoval/a léčbu v zařízení specializovaném pro léčbu závislostí u starších dospělých?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím a využitím dat z rozhovoru pro účely výzkumného šetření v rámci diplomové práce Analýza potřeb seniorů se závislostí na alkoholu ve střednědobé ústavní léčbě.

Autorka diplomové práce: Bc. Petra Ondráčková

Výzkum, na němž se na základě tohoto informovaného souhlasu podílíte, probíhá pro účely zpracování mé diplomové práce. Zpracovávám jej a je veden v rámci studia oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Cílem výzkumu je zjistit, zda současný model uplatňovaný ve střednědobé ústavní léčbě odpovídá požadavkům seniorů se závislostí na alkoholu, jak se v rámci léčby reaguje na potřeby související s věkem a v neposlední řadě, jak samotní senioři vnímají tuto službu. Abych získala potřebná data, budu s Vámi vést rozhovor, kde se budu ptát na základní sociodemografická data (tzn. pohlaví, kolik Vám je let, Vaše rodinné zázemí, bydlení atd.) a na data týkající se problematiky alkoholu a Vašeho vnímání léčby. Rozhovor bude spolu s ústním potvrzením tohoto informovaného souhlasu nahráván na hlasový záznamník.

Je důležité vědět, že s veškerými informacemi bude nakládáno anonymně tak, aby nemohlo dojít k identifikaci Vaší osoby. Při práci s veškerými získanými daty ve výzkumném šetření se nikde neobjeví Vaše jméno, bude nahrazeno pouze kombinacemi písmena R s čísly, např. R1, R2, R3 atd. To z toho důvodu, že použití např. iniciál by mohlo vést k obavám ze ztráty Vaší anonymity. Identifikující a určující údaje či názvy budou z přepisu nahrávek odstraněny nebo anonymizovány.

Data nebudou poskytnuta jiným osobám ani institucím, po přepisu dat do elektronické podoby budou nahrávky s rozhovory trvale odstraněny a získaná data budou použita pouze pro vypracování diplomové práce. Poskytnutím Vašeho souhlasu jste srozuměn/a a souhlasíte s tím, že jste byl/a autorkou diplomové práce informován/a o výzkumu, dobře mu rozumíte, souhlasíte s účastí ve výzkumu a s nahráváním rozhovoru. Svůj souhlas s účastí ve studii dáváte dobrovolně a víte, že souhlas můžete kdykoli zrušit bez udání důvodu a bez rizika vzniku negativních následků.

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Tabulka 1 – Sociodemografické charakteristiky podle pohlaví a časného nebo pozdního nástupu	53
Tabulka 2 – Charakteristiky související s poruchami a léčbou podle pohlaví a časného nebo pozdního nástupu	54

Příloha č. 4: 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.

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