

**Univerzita Karlova v Praze**

**Husitská teologická fakulta**

**Diplomová práce**

**PROBLEMATIKA ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ A NÁVYKOVÝCH  
LÁTEK VE STÁŘÍ**

**MISUSE OF DRUGS AND ADDICTIVE SUBSTANCES  
IN THE OLD AGE**

**Vedoucí práce:**

**MUDr. Jiřina Ondrušová**

**Autor:**

**Alžběta Bártová**

**Praha 2011**

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní MUDr. Jiřině Ondrušové, za odborné vedení mé diplomové práce, cenné připomínky a především trpělivost. Velké díky patří také odborníkům z psychiatrické léčebny Bohnice, za ochotu poskytnout své znalosti a zkušenosti. Dále chci poděkovat pracovníkům i klientům oddělení „B“ Domova důchodců Sloup v Čechách za věnovaný čas a poskytnuté rozhovory.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Problematika zneužívání léků a návykových látek ve stáří vypracovala samostatně, s využitím uvedené literatury.

V Praze dne 17. července 2011

Alžběta Bártová

## **Anotace**

Tato práce si klade za cíl přiblížit problematiku zneužívání léků a návykových látek ve stáří. Popisuje bio-psycho-sociálně-spirituální změny a potřeby seniorů, které jsou se vznikem škodlivého užívání léků a návykových látek spojovány. Uvádí látky, které jsou ve stáří nejčastěji zneužívány, a dokládá teorii na konkrétních kazuistikách. Nadužívání léku a závislosti na návykových látkách ve vyšším věku se příliš nevěnuje adiktologie a geriatrie, ani sociální práce. Cílem této práce je celou problematiku přiblížit právě pro obor sociální práce, který by měl dané problematice věnovat více pozornosti.

## **Anotation**

The aim of this thesis is to draw attention to the issue of medical drug and addictive substance abuse in the old age. It describes the bio-psycho-socio-spiritual changes and needs of the elderly which are often connected with the start of harmful use of medical drugs. It lists the substances which are most commonly abused in the old age and it demonstrates the theory by means of concrete casuistries. Overuse of and addiction to addictive substances is not investigated enough by either addictology, geriatrics or social work. The aim of this thesis is to discuss the whole problem area from the point of view of social work, which should be paying more attention to it.

## **Klíčová slova**

stáří, léky, návykové látky, závislost, senior, prevence, kazuistika, problémový klient

## **Key words**

old age, medical drugs, addictive substances, addiction, the elderly, prevention, casuistry, problem client

# Obsah

SEZNAM TABULEK .....	7
SEZNAM ODBORNÝCH ZKRATEK.....	8
ÚVOD .....	9
<b>1 STÁŘÍ JAKO STUPEŇ BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍHO VÝVOJE .....</b>	<b>11</b>
1.1 ROZDĚLENÍ STÁŘÍ .....	11
1.1.1 Kalendářní stáří .....	11
1.1.2 Sociální stáří .....	11
1.1.3 Biologické stáří .....	12
1.1.4 Demografické stáří .....	12
1.2 ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	13
1.2.1 Biologické aspekty stárnutí.....	13
1.2.2 Psychické aspekty stárnutí.....	14
1.2.3 Sociální aspekty stárnutí.....	16
1.2.4 Spirituální aspekty stárnutí.....	17
1.3 ADAPTACE NA STÁŘÍ .....	18
1.3.1 Reakce na životní změny ve stáří.....	19
1.3.2 Příprava na stáří .....	20
<b>2 LÉKY A NÁVYKOVÉ LÁTKY VE STÁŘÍ .....</b>	<b>21</b>
2.1 NÁVYKOVÉ A NADUŽÍVANÉ LÁTKY .....	22
2.2 ZÁVISLOST A JEJÍ CHARAKTERISTIKA VE STÁŘÍ.....	23
2.2.1 Vznik závislosti.....	26
2.3 ALKOHOL VE STÁŘÍ .....	28
2.3.1 Alkohol u žen vyššího věku.....	32
2.4 NIKOTIN VE STÁŘÍ.....	33
2.5 HYPNOTIKA A ANXIOLYTIKA VE STÁŘÍ .....	34
2.5.1 Poruchy spánku ve stáří.....	35
2.5.2 Hypnotika .....	35
2.5.3 Úzkostné poruchy ve stáří.....	37
2.5.4 Anxiolytika .....	37
2.6 ANALGETIKA VE STÁŘÍ .....	39
2.6.1 Bolest ve stáří .....	40
2.6.2 Opioidní analgetika .....	41
2.6.3 Nesteroidní protizánětlivé látky.....	43
2.7 GERONTOFARMAKOTERAPIE.....	44
2.7.1 Otravy a sebevraždy .....	46

2.8	ZANEDBÁVÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A TÝRÁNÍ SENIORŮ .....	47
2.9	KOMBINOVANÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A LÉKŮ .....	50
2.10	JINÉ ZÁVISLOSTI VE STÁŘÍ .....	51
<b>3</b>	<b>PŘEKONÁNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ A NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE STÁŘÍ .....</b>	<b>53</b>
3.1	FORMY LÉČBY ZÁVISLOSTI .....	54
3.2	PREVENCE ZÁVISLOSTI .....	54
<b>4</b>	<b>ROZHOVOR .....</b>	<b>57</b>
<b>5</b>	<b>DD SLOUP ODDĚLENÍ „B“ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....</b>	<b>59</b>
5.1	SEMINÁŘ „PROBLÉMOVÝ KLIENT“ .....	62
5.2	SETKÁNÍ SKUPINY .....	64
5.3	ROZHOVORY S KLIENTY DD SLOUP - ODDĚLENÍ „B“ .....	65
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
	<b>SUMMARY.....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ .....</b>	<b>72</b>

## Seznam tabulek

TABULKA 1 - ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	16
TABULKA 2 - NEBEZPEČNOST ODVYKACÍCH STAVŮ U RŮZNÝCH LÁTEK.....	25
TABULKA 3 - RIZIKO NEŽÁDOUCÍCH REAKCÍ V SOUVISLOSTI S POČTEM UŽÍVANÝCH LÉKŮ .....	45
TABULKA 4 - VĚKOVĚ SPECIFICKÁ SEBEVRAŽEDNOST V ČR .....	46
TABULKA 5 - ODPOVĚDI PĚTI OCHOTNÝCH RESPONDENTŮ .....	67

## Seznam odborných zkratk

EAN	Elder Abuse and Neglect
NSPZL	Nesteroidní protizánětlivé látky
WHO	World Health Organization
CNS	Centrální Nervový Systém
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GIT	Gastrointestinální trakt
MMSE	Mini Mental-State Examination
BZD	Benzodiazepiny
PL	Psychiatrická léčebna
DD	Domov důchodců



## Úvod

Na stáří se asi nikdo z nás netěší. Přináší s sebou mnohá úskalí, se kterými se potencionálně každý člověk jednou bude muset vyrovnat. Jsou i tací, jimž představa poklidného života v důchodu nijak zvlášť nevadí. Mnoho lidí se například těší na to, že budou mít konečně čas věnovat se tomu, co doposud kvůli kariéře, obětování se rodině či jiným důvodům zanedbávali. To však závisí na mnoha faktorech. Takto vyrovnaný člověk musí mít např. vyřešenu ekonomickou stránku života, nesmí se potýkat se sociálními problémy (absence rodiny, přátel) a měl by mít i ve stáří aktivní život – naplňovat jej zálibami, případně ještě příležitostně pracovat, pokud to jde. Těžko odhadnout, jak se na stáří připravit, stárnutí je individuální proces a neexistuje jeden recept, který by zaručeně fungoval. Co ale platí určitě je, že člověk by se neměl stát pasivním, zahořknout vůči okolnímu světu a pokud okolnosti dovolí, zkusit se ze života i v pozdním věku radovat; aneb jak říká jedno oblíbené úsloví o stárnutí – „život by neměl být naplněn dny, ale dny životem“.

Tato práce se zabývá především seniory, kteří takové štěstí prožít sklonek života v klidu a harmonii nemají. Někteří lidé ve stáří utíkají před realitou způsobem spíše nešťastným: berou nejrůznější léky, stávají se závislími na alkoholu či nejrůznějších návykových látkách všeobecně.

První část práce popisuje teorii stárnutí obecně. Popisují jej jako stupeň bio-psycho-sociálního vývoje a věnují se rozdělení stárnutí podle kategorií a aspektů. Tyto teoretické předpoklady by měly naznačit, proč se právě někteří jedinci v pozdním věku uchylují k návykovým látkám.

Ve druhé části popisují již samotné zneužívání a závislost na těchto látkách. Po kapitolách věnovaných rozdělení návykových a zneužívaných látek a vzniku závislosti se již věnují jednotlivým skupinám zneužívaných látek, které jsou nejčastěji se stářím spojovány: alkoholu, nikotinu, hypnotikům, anxiolytikům a analgetikům a především stavům či rozpoložením mysli, které tyto závislosti podněcují. Z této části by měly být patrné různé biologické a psychosociální aspekty a důvody, ze kterých se někteří staří lidé k závislosti uchylují.

Určitá východiska z těchto škodlivých situací jsou naznačena ve třetí části, kde se snažím shrnout obecné teorie o překonání závislostí, především se věnuji různým formám léčby a - velice důležité - prevenci. Abych veškeré znalosti (především z odborných

publikací) měla potvrzeny i samotnými odborníky, navštívila jsem PhDr. Václava Červenku a MUDr. Hanu Drástovou v psychiatrické léčebně Bohnice, kteří mi ochotně poskytli své poznatky z práce se seniory zneužívajícími léky či návykové látky. Stejnému tématu, tentokrát formou rozhovoru se sociální pracovnící, se věnuje i 4. kapitola, která je pojata jako interview s Mgr. Magdalénou Š.

Po předchozích teoretických východiscích je důležité ověřit tyto poznatky v praxi. K tomu by mi měla dopomoci návštěva DD Sloup, o které píše v poslední části. Ráda bych vešla do konfrontace přímo s takto postiženými osobami, vyslechla si jejich životní osudy a pokusila se o analýzu příčin a podnětů, které je vedli k závislosti. Tato část práce by měla zdůraznit individuální přístup ke každému seniorovi, který má problém se zneužíváním a závislostí na lécích a návykových látkách a naznačit, že neexistuje jedna jediná forma léčby.

Byla bych ráda, kdyby se mi podařilo snoubit teorii s praxí, vyzdvihnout bio-psycho-sociálně- spirituální rozměr každé lidské osobnosti a poukázat na fakt, že lidé, kteří věkově spadají do skupiny seniorů, bývají úřady, lékařskou péčí i způsobem žití v postmoderní společnosti, která zpřetrhala tradiční rodinné vazby, nezřídka zanedbáváni.

# 1 STÁŘÍ JAKO STUPEŇ BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍHO VÝVOJE

Stárnutí můžeme popsat jako soubor bio-fyziologických procesů nezvratně vedoucích ke smrti. Stáří (jako důsledek stárnutí) nemá pouze stránku biologickou, ale mění i stránku psychickou či sociální. K tématu této práce je velmi důležité uvést základní změny a potřeby, které vznikají ve stáří. Pochopením problematiky stárnutí a samotného stáří lze lépe objasnit souvislost s fenoménem zneužívání léků a návykových látek v pozdním věku.

## 1.1 Rozdělení stáří

Stáří je podmíněno věkem jedince, věk ale není samotným ukazatelem stáří. Příčin a projevů stáří je mnoho a jsou individuální. Výsledný obraz, označovaný jako stařecký fenotyp, je modifikován životním stylem a prostředím, zdravotním stavem, sociálně ekonomickým postavením a psychickými vlivy jako je sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Stáří je tedy multifaktoriální a individuálně specifické a proto jej nelze jednostranně vymezit. Z tohoto důvodu Kalvach (2004) stáří rozlišuje na kalendářní, sociální a biologické.

### 1.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří lze sice zcela jednoznačně vymezit, tímto rozdělením však nelze postihnout výše zmíněné rozdíly. Tento fakt je patrný i z toho, že rozdělení kalendářního stáří se různí. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí tři období stáří. Od věku 60–74 let trvá období senescence, tedy časně stáří. Druhým obdobím, 75–89 let věku, je kmetství, neboli vlastní stáří. Třetí období od 90 let je nazýváno dlouhověkost (Příhoda 1974 in Kalvach a kol., 2004 s. 47). Vágnerová (2007) rozděluje stáří pouze na dvě období: 60–75 let pojmenovává obdobím raného stáří a 75 a více let je podle ní období pravého stáří. Zavázalová (2001) uvádí další členění s odlišnými pojmy - mladí senioři (65–74 let), staří senioři (75–84 let) a velmi staří senioři (85 a více let).

### 1.1.2 Sociální stáří

Sociální stáří je úzce vázáno na sociální role, které člověk během svého života zastává, a postihuje jejich změnu. Za počátek sociálního stáří bývá většinou považován odchod do

starobního důchodu. V souvislosti se sociálním stářím jsou užívány termíny jako předproduktivní věk mládí, produktivní věk dospělosti a věk postproduktivní, tedy stáří, případně následující období závislosti. Už podle samotného termínu „postproduktivní“ věk lze toto období chápat negativně a jako problémové. Stáří s sebou ale kromě nutného úbytku energie a schopností v různých oblastech života přináší i určitý nadhled a zkušenosti. Přesto jej nelze pojímat jako něco univerzálního, protože vždy závisí na konkrétním průběhu stárnutí (Kalvach a kol., 2004).

### **1.1.3 Biologické stáří**

Biologické stáří je charakterizováno involučními změnami, tedy zánikem biologických funkcí vlivem stárnutí organismu. Lidé (a dokonce ani jednotlivé orgány v lidském těle) nestárnou stejně rychle a právě z tohoto důvodu je biologické stáří velmi obtížné vymezit. Osoby stejného kalendářního věku totiž mohou vykazovat biologické stáří zcela rozdílné a individuálně specifické. Odpovědět na otázku, kdy je člověk ve skutečnosti starý, je velmi obtížné, neboť lidé stárnou vlastně již od narození. Proces stárnutí je nesouvislý, a tak v některých životních stádiích stárneme rychleji než v jiných (Haškovcová 2002 in Martinek a kol., 2010).

### **1.1.4 Demografické stáří**

Důležitým prvkem pro pojem stáří a jeho určování je také demografické stáří, které se měří podílem osob vyššího věku k celkovému počtu obyvatelstva. Demografické stáří je sice determinováno stářím biologickým, ale nelze opomenout ani sociální faktory, které stupeň demografického stáří podstatně ovlivňují. Dolní hranice demografického stáří je určena právě spojením biologických kritérií a sociálních faktorů, věkem 60 nebo 65 let, kdy lidé nejčastěji odcházejí do důchodu. Hranice stáří se ale posouvá i historicky a to k vyšším věkovým skupinám. Toto je způsobeno zlepšujícími se socioekonomickými podmínkami a prodlužováním střední délky života (Zavázalová a kol., 2001). Dle Nešpora (2000) bude mít tento fakt za následek věnování větší pozornosti fenoménu závislosti ve vyšším věku.

Zvyšování podílu starých lidí v populaci má za následek demografické stárnutí obyvatelstva, které je typické pro většinu států světa. Vzhledem k demografickému stárnutí je důležité uvést základní demografické charakteristiky české populace (Topinková, 2005):

- Trvale klesající porodnost a snižující se úmrtnost ve všech věkových skupinách.
- Prodlužování střední délky života.

- Zvyšování absolutního počtu starých lidí i jejich procentuálního zastoupení.
- Trend populačního stárnutí bude v ČR (i ve světě) dále pokračovat.

Z výše uvedených charakteristik je patrná klesající porodnost a stárnutí (nejen) české populace, které může (a pravděpodobně bude) v budoucnu představovat velký problém v mnoha oblastech, ekonomickou nevyjímaje. Je zřejmé, že bude potřeba co nejdříve vyřešit důchodovou reformu. Nedostatek peněz výrazně determinuje životní úroveň starých lidí a může nepřímo vést i např. k alkoholismu.

## 1.2 Aspekty stárnutí

Člověk je bio-psycho-sociální bytostí, proto i lidské stárnutí obsahuje aspekty jak biologické, tak i psychické a sociální. Právě na souboru těchto aspektů závisí, jak individuální stárnutí probíhá. Z tohoto důvodu nelze tyto tři aspekty vnímat osamoceně, ale jako části jednoho procesu. Přesto považuji za důležité jednotlivé aspekty blíže specifikovat.

### 1.2.1 Biologické aspekty stárnutí

Ve stárnoucím organismu probíhají typické tělesné změny, které vnímáme jako biologické aspekty stárnutí (Malíková, 2011). Tyto změny probíhají u každého jedince jinou rychlostí a intenzitou, proto je tento proces chápán jako individuální a proměnný v čase i vážnosti projevů. Vágnerová (2007) uvádí dva činitele, kterými je výsledný proces ovlivněn - genetické předpoklady a vnější faktory.

Genetické dispozice stárnutí určují průběh tohoto procesu již od narození. Genetika je příčinou interindividuálních rozdílů po celý život a i v procesu stárnutí hraje důležitou roli. Lze v podstatě říci, že existují lidé s genetickou dispozicí k dlouhému i ke krátkému životu. V souvislosti s tím jsou popisovány extrémní odchylky ve smyslu dlouhověkosti, která je vnímána jako odchylka pozitivní a proti tomu stojící předčasný rozvoj stařeckého fenotypu, tedy progerie (Kalvach a kol., 2008).

Vnější faktory jsou dalším činitelem, který působí na člověka během celého jeho života. Vzhledem k tomu, že je stáří pozdním obdobím života, je pochopitelné, že se v jeho průběhu projeví způsob života v předchozích fázích. Výsledný stav potom může být odlišný od toho, který by mohl být na základě genetických dispozic očekáván (Vágnerová, 2007).

K tématu práce je důležité uvést konkrétní tělesné změny ve stárnoucím organismu. Typickými projevy a rysy biologického stárnutí, jak je uvádí Jarošová (2006 in Malíková, 2011 s. 19 - 20), jsou:

- Celková atrofie postihující všechny orgány a tkáně.
- Snížení elasticity orgánů a tkání.
- Vznik hormonální nerovnováhy snížením funkce endokrinních žláz.
- Změna distribuce tělesných tekutin.
- Zvýšení obsahu tělesného tuku a změna ukládání vápníku v těle.
- Zmenšení postavy v důsledku svalové ochablosti.
- Změna v minerálovém hospodářství způsobující úbytek vápníku v kostech.
- Snížení elasticity a výkonnosti kosterního svalstva.
- Změny na kůži, padání a šedivění vlasů a zpomalení růstu nehtů.
- Snížení činnosti nervového systému vedoucí k zhoršení pohybových schopností a porušení stability.
- Poruchy spánku - insomnie.
- Projev metabolických změn poruchou glukózové tolerance.
- Změny oběhového, respiračního, vylučovacího i trávicího systému.
- Zhoršení funkcí smyslových orgánů.

### **1.2.2 Psychické aspekty stárnutí**

Mezi biologickými a psychickými změnami ve stáří probíhá vzájemná interakce. Psychické změny dle Jarošové (2006 in Malíková, 2011 s. 21) jsou:

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí, které má za následek zvýšené zapomínání, zhoršení paměti, koncentrace a výbavnosti, snížení schopnosti zapamatovat si nové věci, rozpoznat viděné předměty a slyšené zvuky.
- Snížení fatických funkcí, tedy funkce řeči a to jak ve schopnosti cokoli pojmenovat tak i řeči rozumět.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.

- Zvýšení emoční nestability, které způsobuje výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů a změny požadavků.
- Někdy naopak ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny, kdy se některé povahové vlastnosti a postoje zcela promění (z pozitivních vlastností v neutrální až negativní či naopak z negativní až v pozitivní).
- Zvýraznění, většinou negativních povahových vlastností.
- Částečný nebo celkový pokles zájmu seniora a to buď v některých oblastech života či ve všech. Tato apatie, rezignace, sociální izolace a neochota jakékoli činnosti a aktivity mohou být jasným motivem pro zneužívání některé látky, která svým působením tento nežádoucí stav pozmění.
- Změny v pořadí životních hodnot, potřeb a zájmů.
- Tendence k bilancování života a posuzování situací s nadhledem.
- Snížená schopnost adaptace na změny.

Je zřejmé, že duševní rovnováha vede ke stabilitě organismu jako celku. Lidskou psychiku, obzvláště u starých lidí, je důležité stále zaměstnávat, nejhorsí v tomto období je nečinnost. I po odchodu do důchodu by se lidé nadále měli zabývat svými koníčky, pečovat o své blízké, možná i částečně pracovat, pokud mohou a mají příležitost. Mozek, který zpracovává vnější podněty a vyvíjí činnost, pomaleji degeneruje, což pochopitelně prospívá celému organismu. Taktéž se při těchto činnostech spoluvytváří i sociální síť, napojení na různé lidi, což je významným a důležitým faktorem pro kvalitu života v pozdním věku.

Na stárnutí lze také nahlížet očima teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona, jak uvádí také Vágnerová (2007) a Malíková (2011). Podle této teorie je nejdůležitějším úkolem stáří dosažení integrity v pojetí vlastního života, přičemž opakem integrity je zoufalství. Dosažení integrity, tedy vyrovnání se s vlastním životem, usnadňuje i přijetí jeho konce. V ideálním případě starý člověk přijímá celý svůj život takový, jaký byl, akceptuje jeho smysl, odpouští si životní omyly a nedokonalosti, což mu dává možnost důstojně dožít. Dosahnout integrity lze pouze za nezbytných základních podmínek (Vágnerová, 2007):

- Pravdivost k sobě samému ve smyslu vidění uplynulého života i vztahu k vlastnímu stáří.
- Smíření s tím, že vlastní život už nelze zásadně změnit, přestože neodpovídá dřívějším ideálům.

- Kontinuita, tedy uvažování o vlastním životě jako o části většího celku.

### 1.2.3 Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí je ovlivněno také aspekty sociálními. Nejvýznamnějšími nepříznivými sociálními aspekty stáří, jak je uvádí Malíková (2011), jsou:

- Odchod do důchodu.
- Omezení sociální integrace, sociální izolace.
- Změna ekonomické situace.
- Generační osamělost, zhoršená možnost sociálních kontaktů.
- Strach z nesoběstačnosti.

Tyto nepříznivé sociální aspekty jsou často dávány do souvislosti s nadužíváním léků či dokonce vznikem závislosti na návykových látkách v pozdním věku. Provázanost sociálních změn fenoménu zneužívání různých látek bude zmíněna v následujících kapitolách.

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty uvádí Jarošová (2006 in Malíková, 2011 s. 22):

- Funkční rodina.
- Plánovaná ekonomická příprava na stáří.
- Efektivní nakládání s volným časem.

Výše popsané pozitivní sociální aspekty jsou dle mého názoru do jisté míry primární prevencí zneužívání léků a návykových látek ve stáří.

**Tabulka 1 - Změny ve stáří**

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- změny vzhledu</li> <li>- úbytek svalové hmoty</li> <li>- změny termoregulace</li> <li>- změny činnosti smyslů</li> <li>- degenerativní změny smyslů</li> <li>- kardiopulmonární změny</li> <li>- změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování)</li> <li>- změny vylučování moči (častější nucení)</li> <li>- změny sexuální aktivity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhoršení paměti</li> <li>- obtížnější osvojování nového</li> <li>- nedůvěřivost</li> <li>- snížená sebedůvěra</li> <li>- sugestibilita</li> <li>- emoční labilita</li> <li>- změny vnímání</li> <li>- zhoršení úsudku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odchod do penze</li> <li>- změna životního stylu</li> <li>- stěhování</li> <li>- ztráty blízkých lidí</li> <li>- osamělost</li> <li>- finanční obtíže</li> </ul>

*Zdroj: VENGLÁŘOVÁ M. Problematické situace v péči o seniory, 2007 s. 12*



Venglářová (2007) upozorňuje, že změny v jedné oblasti zasahují i do jiných. Uvádí základní změny ve stáří v přehledné tabulce č. 1. na předchozí straně.

#### 1.2.4 Spirituální aspekty stárnutí

Někteří autoři nevnímají člověka pouze jako tvora bio-psycho-sociálního, ale poukazují i na stránku spirituální, která je vnímána jako síť jeho sociálních vztahů. V tomto ohledu je aspektem stárnutí bilancování předchozího života. Martinek (2010) v tomto kontextu upozorňuje na spirituální bolest seniora způsobenou závěrem této bilance. Mnoho stárnoucích lidí totiž dochází k závěru, že jejich předchozí život neměl smysl nebo mají pocit, že jsou svému okolí na obtíž. Spirituální bolest senior může pociťovat také kvůli ztrátě osobních vztahů a to smrtí či odcizením blízkých osob. Člověk může dát svému životu smysl i ve stáří, ale malá intenzita sociálních vztahů se negativně odrazí nejen v jeho životě společenském, ale také duchovním - pokud nemá nikoho, s kým by mohl vztah budovat.

Další obtíže spirituálního charakteru v pozdním věku mohou být vysloveně konfesní. Výzkumy v ČR ukazují, že nejvíce religiózních lidí je právě mezi seniory. Mnoho víru praktikujících seniorů má pocit viny z toho, že jejich vnoučata nebyla pokřtěna a nejsou vychovávána ve víře (Martinek, 2010).

Pro starého člověka jsou důležité nejen duchovní hodnoty, ale také církevní společenství, k němuž patří. Toto společenství poskytuje svým farníkům více než duchovní oporu (Vágnerová, 2007):

- Návštěva bohoslužeb a další aktivity v rámci církevního společenství přinášejí známé podněty a poskytují starému člověku smysluplnou náplň života.
- Církevní společenství poskytuje starému člověku určitou sociální roli a tím je významnou součástí sociální identity.
- Spirituální sounáležitost s ostatními farníky přesahuje běžný sociální kontakt, tento vztah je užší a privilegovanější.

Potřeba spirituálního směřování ve stáří často narůstá. Víra poskytuje starým lidem *„návod, jak zvládat různé zátěže, je jim oporou a rámcem pro interpretaci významu jejich životních zkušeností i základem sebehodnocení“* (Vágnerová, 2007 s. 428). Víra může přispět k vyrovnání se se stářím samotným i všemi změnami, které přináší.

### 1.3 Adaptace na stáří

Všechny z výše uvedených aspektů stárnutí (biologické, psychické, sociální a spirituální) přinášejí změny, které jsou se stářím nevyhnutelně spjaty. Každý senior má před sebou díky této skutečnosti nelehký úkol se s těmito změnami vyrovnat. Havighurst (1982 in Kalvach, 2004 s. 105) jej rozdělil do konkrétních oblastí:

- přizpůsobit se poklesu tělesných sil a zdraví
- vyrovnat se s odchodem do důchodu a poklesem příjmů
- vyrovnat se s úmrtím životního partnera
- jednoznačně se přiřčenit k vlastní věkové skupině
- přijmout sociální role a pružně se přizpůsobit
- vytvořit si uspokojivou životosprávu

Stárnutí je tedy plné změn a je nezbytné pokusit se najít možnosti, jak se těmto změnám úspěšně přizpůsobit. Základním termínem v otázce kvalitního vyrovnávání se se změnami, které stárnoucí člověk prožívá, je *schopnost adaptace*. Jak již bylo uvedeno výše, jedním z psychických aspektů stárnutí je snížení právě této schopnosti. Z tohoto důvodu vznikají různé teorie, které Švancara (in Kalvach a kol., 2004) popisuje:

- Teorie aktivního stáří klade důraz na udržení si činností a sociálních kontaktů, jako předpoklad optimální adaptace na stáří.
- Postupné uvolňování aktivit je opakem teorie předchozí. Dle tohoto přístupu se má senior v prospěch adaptace z řady činností a funkcí vyvázat.
- Substituční teorie přichází s názorem, že činnosti, povinnosti a role, které starého člověka zatěžují, by měly být nahrazeny vhodnějšími aktivitami.

Při volbě z těchto teorií je třeba mít stále na zřeteli rozdíly mezi lidmi a průběhy jejich stárnutí a přistupovat ke každému individuálně. Hlavním ukazatelem by měl být respekt osobní svobody, kterou si každý člověk zaslouží. Z toho vyplývá důležitý apel: „*brát ohled na integritu osobnosti starého člověka a respektovat jeho volbu adaptovat se takovým způsobem, který mu vyhovuje*“ (Švancara in Kalvach a kol., 2004 s. 106). V neposlední řadě je třeba si uvědomit, že staří lidé potřebují většinou více času se přizpůsobit, aby se necítili pod tlakem. Celková přizpůsobivost je ztížena právě již zmiňovaným snížením schopnosti

adaptace – syndromem maladaptace. Z dalšího textu vyplývá, že právě snížená adaptabilita je jednou z příčin zneužívání léků a návykových látek ve stáří.

### 1.3.1 Reakce na životní změny ve stáří

Jak již bylo popsáno výše, proces stárnutí probíhá velmi individuálně a má několik odlišných faktorů, které musí být pro celkový obraz zohledňovány. Každý člověk na nejrůznější změny reaguje rozdílně. Vyrovnávání se se změnami ve stáří je ovlivněno několika faktory, jako jsou osobnost daného člověka, životní zkušenosti, výchova, vzdělání a prostředí života, stejně jako reakce okolí a jeho možnosti (Malíková, 2011). Pacovský (1990 in Minibergerová a Dušek, 2006 s. 7) i Malíková (2011) v této souvislosti uvádí několik modelů vyrovnávání se se stářím, pozitivních i negativních:

- Konstruktivnost vyjadřující kladný vztah k budoucnosti, smíření se s faktem stárnutí a stáří a vysokou schopnost adaptability a tolerance. Tento přístup je ideálním postojem seniora, vyznačující se též optimismem, díky kterému si člověk v pozdním věku udržuje nejen dobré fyzické a duševní zdraví, ale také aktivní vztah s okolím.
- Závislost směřující k pasivitě a přenesení odpovědnosti na ostatní. K tomuto přístupu neodmyslitelně patří strategie manipulace a citového vydírání. Starý člověk využívá, ne vždy vědomě, svých zdravotních obtíží k manipulaci se svým okolím.
- Obranný postoj odmítající pomoc druhých a stáří samotné. Pro tento přístup je typické oddalování odchodu do důchodu. Většinou tuto strategii vyrovnávání se se stářím volí lidé vysoce postavení zvyklí během svého života hodně pracovat. V podstatě se jedná o formu popírání reality a oddalování řešení nové situace vyplývající z životní etapy stáří. Z mého pohledu jsou právě tací lidé ohroženi nezvládnutím situace, kdy již je odchod do důchodu nevyhnutelný, což u nich může vést až ke škodlivému chování.
- Nepřátelství vyjadřující nepřijetí nepříznivé situace. Tento přístup je běžný u lidí, kteří jsou nespokojeni se svým prožitým životem a jsou kvůli tomu plni negativních pocitů, jako jsou nenávisť, zloba, vztek a zklamání. Takto zvolená strategie zatěžuje nejen okolí stárnoucího člověka, ale i jeho samotného. Většinou tedy takový člověk upřednostňuje život o samotě.
- Sebenenávisť je postoj velmi závažný a svědčí o silně negativním vztahu seniora k sobě samému, což může jistě vést k vážnému sebepoškozování či dokonce sebevraždě (například zneužitím léků či návykových látek).

### 1.3.2 Příprava na stáří

Příprava na stáří by měla být součástí celého života. Věda, která se zabývá výchovou a vzděláváním ve stáří, se nazývá gerontogogika. Tato věda vyzdvihuje fakt, že člověk se může vzdělávat v každém věku. Stáří s sebou přináší nahromadění různých životních zvratů a změn a právě proto je v této etapě života důležité získávat schopnosti, pomocí kterých je snazší se s těmito změnami vyrovnat.

Je dobré promyslet si aktivity v období po odchodu do důchodu a také si naplánovat ekonomickou stránku života. Též je důležité v období přechodu do postproduktivní etapy nezapomenout ani na fyzickou aktivitu a aktivity sociální - celoživotně je důležité pěstovat pevné a pozitivní vztahy s rodinou a snažit se o funkční sociální síť i mimo ni. Kvalitní funkčnost okolí je velmi důležitým faktorem, který pomáhá životní změny ve stáří lépe ustát, jejich nezvládnutí (uzavírání se do sebe, nepřátelský postoj vůči okolí, izolace) s sebou totiž může přinášet nejrůznější negativní aspekty a reakce. Dle Nešpora (2000) může být jednou z takových reakcí právě vznik závislosti na alkoholu.

## 2 LÉKY A NÁVYKOVÉ LÁTKY VE STÁŘÍ

Nesprávné užívání návykových i nenávykových látek se týká i populace seniorů. Užívání ilegálních látek ve stáří je velmi ojedinělé; velký problém v případě zneužívání a závislosti ve vyšším věku představují léky (bez předpisu i na předpis) a alkohol (Foreman, 2010). „*Zneužívání a nadužívání psychotropních látek (drog) patří do malé skupiny gigantů gerontopsychiatrie – „nemocí čtyř D“: demence, deliria, deprese a drogy*“ (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004 s. 564). O čtvrté „D“ byl gerontopsychiatrický trias rozšířen až v poslední době. Někdy je poslední gigant týkající se drog uváděn jako *drug-induced changes* tedy změny vyvolané léky (Ondrušová, 2009) a jindy popisuje přímo *drug dependency* tedy závislost na lécích a závislost jako takovou (Krombholz a Drástová, 2010). Změny způsobené léky jsou blíže popisované oborem gerontofarmakologie a stává se, že na tuto problematiku závislosti ve stáří bývá zapomínáno. Oba problémy jsou ve stáří běžné a je třeba jim věnovat stejnou pozornost. Myslím si, že by bylo žádoucí rozšířit giganty gerontopsychiatrie o páté „D“ a tím udělat mezi dvěma problémy týkajícími se léků a drog jasnou hranici. Tato práce se ve většině věnuje právě tomuto opomíjenému *pátému „D“*.

Jak bylo uvedeno již v předchozích kapitolách, stáří s sebou přináší řadu změn, na které je třeba se během života připravit a v samotném stáří se s nimi vyrovnat. Existuje přímá souvislost mezi vyrovnáváním se s životními změnami, které přináší stáří, a škodlivým užíváním či vzniku závislosti na různých látkách. Nelze ale ani tvrdit, že nadužívajícími či se závislostí na lécích či návykových látkách potýkajícími se jsou pouze tací, kteří mají tento problém až ve stáří. Seniorsky škodlivě užívající návykové látky lze dle Vojtěchovského (in Kalvach a kol., 2004) a Nešpora (2000) rozdělit do dvou skupin:

- Seniorsky, u nichž škodlivé užívání či závislost vznikly už v mladším věku a pokračují až do stáří. Zde jde především o „*fyzicky odolnější část mužské populace, která nadměrně popíjela alkohol a kouřila tabák*“ (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004 s. 565)
- Seniorsky, u nichž škodlivé užívání či závislost vznikají až ve vyšším věku a navazují obvykle na významná psychotraumata stáří - odchod do důchodu, smrt partnera, přestěhování se či konflikt v rodině. „*Následný rozvoj duševních poruch je uspokojivé, i když jen dočasně, tlumen psychotropními léky předepisovanými lékaři (anxiolytika a hypnotika) nebo volně dostupnými analgetiky či alkoholem*“ (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004 s. 565)

Vojtěchovský (in Kalvach a kol., 2004) dále uvádí rizikové skupiny mezi seniory, kteří škodlivě užívají některou návykovou či nenávykovou látku:

- Nemocní s dlouhodobým škodlivým užíváním alkoholu, často kombinovaným s abúzem tabáku (5 – 15% seniorů, převážně muži)
- Nemocní s poruchami spánku a úzkostnými stavy konzumující hypnotika a anxiolytika (10 – 30% seniorské populace)
- Osoby s chronickými bolestmi konzumující volně dostupná analgetika a to hlavně skupinu kompozitních, tedy vícesložkových látek (25 – 50% seniorů, zvláště žen).

Tato práce se tedy konkrétně zaměří na zneužívání a závislost na těchto třech skupinách látek a dále je specifikuje v následujících kapitolách.

## 2.1 Návykové a nadužívané látky

Do kategorie návykových látek spadá dle právního řádu ČR „*alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování*“ (Lincová a kol., 2007 s. 207). Mezi návykové látky patří omamné a psychotropní látky uvedené v přílohách č. 1 až 7 zákona 167/1998 Sb. o návykových látkách. Za návykovou látku je považována každá látka, která „*mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost*“ (Fischer a Škoda, 2009 s. 88). Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) označuje tyto návykové látky jako psychoaktivní substance. Zneužívání těchto substancí pak může vést k rozvoji duševních poruch a poruch chování, které jsou rozděleny do deseti skupin a označeny kódy F10 – F19:

1. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)
2. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů (F11)
3. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů (F12)
4. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (F13)
5. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu (F14)
6. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu (F15)
7. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů (F16)
8. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (F17)

9. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel (F18)
10. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (F19)

Přestože do skupiny návykových látek nepatří látky nezpůsobující závislost, v souvislosti s problematikou, kterou se zabývá tato práce, je důležité uvést látky způsobující abúzus neboli *nadužívání*: Užívanou terminologií pro tuto kategorii je zneužívání (misúzus) a nadužívání (abúzus). MKN-10 se tomuto věnuje v oddílu Abúzus látek nezpůsobujících závislost, označenému kódem F55. Jako zvláště důležité v této kategorii uvádí:

1. Psychotropní léky, které nezpůsobují závislost, jako antidepresiva
2. Laxativa (projímadla)
3. Analgetika, která lze koupit bez lékařského předpisu, jako aspirin a paracetamol

Nadužívání těchto látek má škodlivý vliv na organismus a tento stav mnohdy nelze odstranit, ani při vyvinutí somatického onemocnění. Z tohoto důvodu je zřejmá motivace užívat dál tyto léky. Příznaky závislosti se nevyvíjejí jako u látek návykových, ale přesto se dá hovořit o chování, které je syndromu závislosti blízké. Populace seniorů je nejčastěji spojována s nadužíváním analgetik, která lze koupit bez lékařského předpisu.

## 2.2 Závislost a její charakteristika ve stáří

MKN-10 dále uvádí přehled diagnostických kategorií, 9 subtypů chorobné závislosti na psychoaktivních látkách:

**Akutní intoxikace** je přechodný stav po aplikaci některé z psychoaktivních látek „vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace.“ (MKN-10). Diagnóza akutní intoxikace by měla být hlavní diagnózou pouze v případě, že se nevyskytují jiné vážnější a trvalejší problémy vyvolané dlouhodobým užíváním psychoaktivních látek. V takovém případě by měla mít přednost diagnóza škodlivého užívání, syndromu závislosti či psychotické poruchy (Nešpor, 2002a).

**Škodlivé použití** je „příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví“ (MKN-10). „Poškození může být tělesné (např. u případů hepatitidy při intravenózní aplikaci látek infikovanou jehlou a stříkačkou) nebo duševní (např. deprese, objevující se sekundárně při požití neobvykle vysokého množství alkoholu). Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti, psychotická porucha nebo jiné specifické poruchy, vyplývající z požívání drog nebo alkoholu“ (Nešpor, 2002a). Dle mého názoru lze do této kategorie zařadit i nadužití analgetik bez lékařského předpisu, přestože se nejedná o psychoaktivní látky.

**Syndrom závislosti** je „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“ (MKN-10)

Stav závislosti je řazen mezi chronická onemocnění CNS a jako takový je nutné jej posuzovat. Závislost je tedy onemocnění, které je možné diagnostikovat, je třeba ho léčit a především je žádoucí jeho vzniku předcházet. Definitivní diagnózu závislosti lze stanovit v případech, že během jednoho roku došlo ke třem či více následujícím projevům (Lincová a kol., 2007):

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení),
- potíže v kontrole užívání látky,
- užívání látky s úmyslem odstranit tělesný stav způsobený odvykacími příznaky,
- potřeba vyšších dávek látek k dosažení žádoucího stavu,
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení ve prospěch užívané látky,
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků (fyzických, psychických i sociálních).

Je třeba si uvědomit, že výše uvedená kritéria byla stanovena především pro mladé a dospělé uživatele návykových látek a pro diagnostiku závislosti na návykových látkách ve stáří mohou být zavádějící (The U. S. Surgeon General, 2005). Biologické změny ve stáří vedou spíše ke snížení tolerance a následnému snižování dávek návykové látky k dosažení žádoucího stavu. Nešpor (2000) uvádí specifika působení návykových látek ve vyšším věku:



- Odolnost vůči návykovým látkám ve vyšším věku klesá.
- Menší odolnost vůči alkoholu a návykovým látkám starších lidí může být motivací ke změně.
- Pokles tolerance zvyšuje riziko těžkých intoxikací.
- Lidé vyššího věku bývají dlouhodobě léčeni léky, které mohou s alkoholem a návykovými látkami reagovat a působit tím zdravotní komplikace.
- Ve stáří dochází ke zdravotním škodám rychleji než ve středním věku.
- U lidí staršího věku je díky chronickým bolestivým onemocněním zvýšené riziko vzniku závislosti na některých typech léků proti bolesti.
- Poruchy paměti v důsledku užívání návykových látek se ve vyšším věku mohou pojít s poruchami paměti jiného původu.
- Mnoho starších pacientů se závislostí trpí nediodagnostikovanými a neléčenými nemocemi.

**Odvykací stav a odvykací stav s deliriem** jsou příznaky vyskytující se při „*absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání*“ (MKN-10). Odvykací stav může být komplikován deliriem. Nešpor (2000) popisuje nebezpečnost odvykacích stavů u různých látek v tabulce č. 2:

**Tabulka 2 - Nebezpečnost odvykacích stavů u různých látek**

Látka	Nebezpečnost odvykacího stavu
Alkohol	Těžké odvykací stavy s epileptickými záchvaty nebo deliriem život ohrožují
Opioidy	Sám o sobě život neohrožuje, pokud nejsou přítomné sebevražedné tendence
Kanabinoidy	Neohrožuje život
Sedativa a hypnotika	Těžké odvykací stavy po vysokých dávkách mohou život ohrozit
Kokain	Sám o sobě život neohrožuje, pokud nejsou přítomné sebevražedné tendence
Jiná stimulantia (pervitin)	Sám o sobě život neohrožuje, pokud nejsou přítomné sebevražedné tendence
Halucinogeny	Zpravidla odvykací stavy nevyvolávají
Tabák	Neohrožuje život
Těkavé látky	Neohrožuje život
Kombinování látek a jiné psychotropní látky	Závislý na typu látek

Zdroj: NEŠPOR K., *Návykové chování a závislost*, 2000 s. 22

**Psychotická porucha** je „soubor psychotických fenoménů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné senzorní modalitě), percepčními zkomoleními, bludy (často paranoidní nebo persekční povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem) a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti“ (MKN-10)

**Amnestický syndrom** je „syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti. Bezprostřední vybavování je obvykle zachováno a čerstvá paměť je typicky více poškozena než paměť dávná“ (MKN-10). Patří sem například Korsakovova psychóza, tedy nahrazování výpadků paměti kofabulacemi. Při povrchním kontaktu nemusí být takový problém rozpoznán (Nešpor, 2000).

**Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem** je „porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán“ (MKN-10). Začátek poruchy však s užíváním těchto látek souvisí. V této diagnostické kategorii je častý výskyt psychotické reminiscence, tedy „flashbacků“, kdy dochází k opakování prožitků, které byly dříve vyvolány návykovými látkami, přestože aktuálně žádná taková látka užita nebyla (Nešpor, 2000).

Posledními dvěma diagnostickými skupinami jsou **jiné duševní poruchy a poruchy chování a neurčené duševní poruchy a poruchy chování** vyvolané návykovými látkami.

Problematika závislosti má multidisciplinární charakter a k jejímu pochopení je nutné věnovat pozornost všem faktorům, které se na jejím vzniku podílejí. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální, které jsou mezi sebou v neustálé interakci. Dalším faktorem je farmakologická schopnost látky ovlivnit některou z psychických funkcí. Závislost je aktivním a dynamickým dějem, kde se vztahy těchto faktorů odrážejí (Baštěcký a kol., 1994).

### 2.2.1 Vznik závislosti

Na vzniku závislosti se spolupodílejí tři faktory, které od sebe nelze oddělit. Samotná **návyková látka** a její schopnost vyvolat bažení. Tato schopnost je určena charakteristikami návykové látky, jako jsou: schopnost vyvolat silný psychický účinek – zážitek, schopnost být

rozpoznána mezi jinými látkami a schopnost vyvolat následné nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace. Důležitým faktorem je vedle výše uvedených schopností návykové látky také **osobnost uživatele**, kdy mezi základní charakteristiky patří genetická predispozice, předchozí zkušenosti s návykovou látkou, povaha osobnosti nebo přidružené psychiatrické symptomy. Některé studie potvrzují roli sexuálního faktoru, tedy rozdílné dispozice k různým typům závislosti u mužů a žen (muži spíše podléhají alkoholu, zatímco ženy většinou zneužívají léky). Třetím faktorem ovlivňujícím vznik závislosti je **prostředí** jedince, především pak jeho sociální vazby, ale také dostupnost návykové látky. Snadno dostupné, tedy legální návykové látky jsou alkohol, tabák a kofein, kdy tabáková závislost je vůbec tou nejčastější (Lincová a kol., 2007).

Závislost na návykových látkách je komplexní bio-psycho-sociální onemocnění. Díky multidisciplinárnosti samotné závislosti je zapotřebí nahlížet z různých pohledů i na její vznik. Teorie vzniku závislosti, jak je uvádí Pešek (2007), jsou:

**Biologická teorie** předpokládá, že na vzniku závislosti se podílejí vrozené či získané odchylky ve fungování mozku. Za normálních okolností běžně dosahované stavy díky těmto odchylkám nepřicházejí, a tak se člověk uchyluje ke zneužití některé látky, která mu v tomto uspokojení pomůže. Je třeba si uvědomit, že ve stáří takových odchylek díky involučním změnám stále přibývá, proto je motivace ke zneužívání léků a návykových látek seniory zřejmá.

**Psychoanalytická teorie** tvrdí, že závislý člověk prožívá nevědomý vnitřní konflikt. Přítomna je silná emoční bolest, úzkosti a deprese, kdy užití návykové látky pomáhá těmto pocitům utéci. Závislost je označována jako sebetrestání a sebedestrukce. Jak již bylo uvedeno, stáří s sebou přináší mnohé ztráty sociálních vazeb. Psychoanalytická teorie chápe zneužívanou látku jako náhražku těchto špatně fungujících či nepřítomných mezilidských vztahů.

**Kognitivní teorie** poukazuje na životní pozadí (špatný život provázený traumaty) jako příčinu vzniku závislosti. Spouštěčem vzniku závislosti může být také kritická událost, kterých během stárnutí přibývá (odchod do důchodu, smrt partnera a vrstevníků a další situace uváděné v předchozích kapitolách).

**Behaviorální teorie** považuje závislost za naučené chování, které se posiluje uplatňováním systému odměn a trestů. Dále poukazuje na vliv sociálního učení, kdy člověk napodobuje vypozerované chování. Toto napodobování nežádoucího chování je vzhledem k této problematice patrné v pobytových zařízeních pro seniory, kde může jeden problémový

klient závislý na alkoholu zlákat k pití i ostatní, jinak alkoholismem neohrožené klienty. K tomuto problému se vrátím při popisu semináře „Problémový klient“ - práce se seniorem závislým na alkoholu – domov se zvláštním režimem.

**Sociální teorie** nahlíží na vznik závislosti v kontextu společnosti a její struktury. Především poukazuje na dostupnost drog jako na ukazatel množství závislých ve společnosti. *„Jsou-li drogy snadno dosažitelné, je jejich spotřeba větší a počet závislých také. Jsou-li drogy dosažitelné těžší, jejich cena je vysoká, je také sklon k jejich užívání nižší. Přitom dosažitelnost drog je na úrovni technické, ekonomické a sociální“* (Baštecký a kol., 1994 s. 288). Nejsnadněji dosažitelnou návykovou látkou je alkohol a nikotin, kdy je třeba vzít v úvahu, že jejich nadměrná spotřeba bývá často finančně náročná. Jelikož senioři v České republice většinou nedisponují velkými finančními prostředky, může nákladnost užívání alkoholu způsobovat v této úrovni různé obtíže. Blíže se o této stránce užívání alkoholu ve stáří věnuji v části popisující již zmíněný seminář.

Důvody vzniku závislosti mají širší souvislosti. Dnešní doba přikládá velký význam zdraví, kráse a výkonu. To je mnohdy velmi stresující tlak, kterému často podléhají lidé každé generace. Mnoho seniorů trpí strachem, že moderního způsobu života nejsou schopni dosáhnout a tohoto nepříjemného pocitu se mnohdy zbavují pomocí alkoholu a léků. Přesto se problému zneužívání léků a návykových látek ve stáří přímo nevěnuje mnoho literatury. Informace o tomto fenoménu lze získat pouze z knih obecně zaměřených na tematiku závislosti či stáří. Diagnostika závislosti ve stáří je díky životním změnám problematická. Člověk jako bio-psycho-sociálně-spirituální tvor podléhá změnám ve všech těchto jeho součástech a jako na takového je třeba na něj nahlížet. S věkem dochází k redukci v mnoha životních oblastech a senior se pak často uchyluje k nahrazování chybějícího některým lékem či návykovou látkou. Pro pomoc takto postiženým lidem je třeba chápat všechny širší souvislosti a změny ve stáří a v tomto kontextu uplatňovat individuální přístup.

### **2.3 Alkohol ve stáří**

Škodlivé užívání alkoholu se projevuje u 2,5% a syndrom závislosti u 1% české populace, kdy spotřeba alkoholu v České republice patří mezi nejvyšší na světě. Nadměrná konzumace alkoholu způsobuje nemoci trávicího ústrojí a důsledkem oslabené imunity jsou časté i pneumonie a TBC plic. Závažně postižen je také kardiovaskulární aparát a dochází i k onemocnění mozku, projevujícím se například kognitivními poruchami a demencí. Přestože některé studie uvádějí příznivý účinek malých dávek alkoholu na zdraví, je zapotřebí si

uvědomit, že tyto doporučené dávky jsou skutečně malé a pro seniory dokonce ještě nižší, než pro mladší populaci (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004).

Ve stáří je alkohol zdraví nebezpečnější než ve středním věku. S léty se zhoršuje jeho snášenlivost, což může v některých případech usnadnit překonání návyku. Je mnoho seniorů, kteří si uvědomují, že nadměrná konzumace alkoholu má neblahý vliv na jejich zdraví i možné interakce alkoholu s užívanými léky. Většina z nich tedy alkohol konzumuje pouze v malé míře pro jeho chuťové vlastnosti. Stoll (1987 in Kalvach, 2004 s. 566) formuluje některé hypotézy o příčinách poklesu škodlivého užívání alkoholu ve stáří:

- Lidé s těžkými problémy s alkoholem v mládí a ve středním věku se nedožívají stáří, neboť umírají předčasně. Z celoevropské statistiky a následných studií vyplývá, že muži umírají dříve než ženy. Na vině je dle výsledků tabák a alkohol (Jandová, 2011).
- Ve stáří je narušena schopnost bezpečného pití. Jednou ze základních potřeb ve stáří je pocit bezpečí. (Jakmile si starý člověk uvědomí, že požitím alkoholu se vystavuje různým nebezpečím, ztratí, dle mého názoru, sám v sobě chuť se napít.)
- Citlivost CNS na alkohol se ve stáří zvyšuje a proto hrozí intoxikace i po požití nižších dávek.
- Alkoholické nápoje jsou finančně nákladné a tak dávají senioři většinou přednost levnější variantě nápojů nealkoholických.
- Ve stáří často dochází ke spontánní remisi užívání alkoholu, když „*bažení po pití jde do penze*“ (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004, s. 566)

Do této většiny uvědomělých seniorů, kteří oceňují alkohol pro jeho uklidňující či povzbuzující účinky, však nespadá asi 10–15 % mužů a 6–8 % žen. Ti nad takovým pitím postupně ztrácejí kontrolu a alkohol se pro ně stává drogou (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004). Jiné zdroje zase uvádějí, že dle striktních kritérií je ze starší populace závislých na alkoholu 2–4 % seniorů a použitím méně striktních kritérií se odhady škodlivého užívání a závislosti na alkoholu pohybují mezi 8–50 %. Z takového procentuálního rozptylu je patrné, že přestože alkoholové závislosti ve stáří je ze všech oblastí věnována největší pozornost, je stále nedostatečně zmapována a informace o této problematice jsou nedostatečné. „*Starší lidé hospitalizovaní s diagnózou F10 v nejrůznějších psychiatrických lůžkových zařízeních představují pouze špičku ledovce, protože jejich problémy s nadužíváním alkoholu dosáhly takových rozměrů, že je již nešlo jinak řešit*“ (Doněk, Doňková a Doňková, 2007).

Již v kapitole 2.2 Závislost jsem upozornila na to, že obecná kritéria pro definitivní diagnózu závislosti nejsou vždy vyhovující pro populaci seniorů. Specifická jsou i rizika, která alkohol osobám vyššího věku přináší (Nešpor, 2010):

- Užívání alkoholu často souvisí se zátěžovou životní situací. O této skutečnosti se tato práce zmiňuje již v několika souvislostech. Na tomto místě je podstatné si uvědomit, že zátěžová životní situace není pouze možnou příčinou problematického užívání alkoholu, ale přetrvávajícím psychosociálním stavem. Jako v každém přístupu k seniorovi je i zde podstatné si uvědomit důležitost komplexního přístupu. Na nastalé zátěžové situace v životě seniora, který má v jejich důsledku problém s užíváním alkoholu, nelze tedy nahlížet pouze jako na příčinu problému, který je třeba řešit, ale je nutné se blíže věnovat i řešení těchto situací samotných. Baštecký (1994) v souvislosti s problematikou závislosti na alkoholu ve stáří hovoří o důležitosti řešení problému osamělosti a izolace. Dokonce uvádí skutečnost, že závislost na alkoholu ve stáří je problémem spíše sociálním než medicínským.
- Seniori, zvláště ženy, mají větší sklon pít tajně.
- Horší snášenlivost alkoholu.
- Vyšší riziko poruch paměti a zmatenosti.
- Seniori častěji kombinují alkohol a jiné léky či jsou závislí na více látkách. Kombinovanému užívání alkoholu se blíže věnuje kapitola 2.7.
- Užívání alkoholu ve vyšším věku zvyšuje riziko pádů a jiných nehod. Závratě, instabilita a pády ve stáří patří mezi geriatrické syndromy. Následky pádů ve stáří jsou velmi závažné a mnohdy trvalé. Jedná se především o zlomeniny, které se u seniorů špatně hojí a mohou vést až ke ztrátě soběstačnosti. Velký problém může nastat také v momentě, kdy senior po pádu není schopný vstát a v takovém případě hrozí např. podchlazení. Přidá-li se k involucím pohybového aparátu, běžným pro stáří, účinek alkoholu, riziko pádů se ještě zvyšuje. Jak upozorňuje Thomas (2001 in Kalvach a kol., 2004 s. 566) s pokročilým věkem roste nebezpečí předčasného úmrtí po požití alkoholu následkem úrazů a umrznutí.
- Nežádoucí účinky na zdraví se u seniorů umocňují. Vyšší je riziko mozkové příhody, krvácení do trávicí trubice, arytmií a dalších srdečních komplikací a dochází ke zhoršování chronických nemocí, jako je například cukrovka.

- V neposlední řadě mají senioři alkohol škodlivě užívající či na něm závislí větší sklon k depresím.

Závislost na alkoholu je výhradně připisována spíše mužské části populace. U mužů se alkohol obecně toleruje více než u žen. Krombholz a Drástová (2010) dále uvádějí, že asi 70% závislých seniorů začalo pít již v raném věku a 30% až ve věku pozdním. Úspěšnost léčení těchto pacientů je pak vyšší právě u těch 30% seniorů závislých na alkoholu. Jako klasický příklad rizikového seniora z hlediska škodlivého užívání alkoholu je popisován osaměle žijící muž s nižším vzděláním, ale závislost se nevyhýbá ani lidem vyššího vzdělání, jak dokládá následující kazuistika.

Na základě uvedených kazuistik pacientů psychiatrické léčebny (popsaných ve článku časopisu Psychiatrie pro praxi 2010 – Závislosti a stáří, MUDr. Richard Krombholz, MUDr. Hana Drátová) je snadnější pochopit, proč závislosti konkrétních seniorů vznikly, příp. proč přetrvávají. Je naznačen rodinný původ, vzdělání, sociální prostředí, zaměstnání, zdravotní stav a teoretické příčiny závislosti na alkoholu a jiných závislostí (v dalších kapitolách) dané osoby – tak, aby se dal utvořit komplexní pohled (v souladu s předchozími popsány teoriemi) na danou situaci:

*Pacient, 75 let, VŠ technického směru. Od roku 2004 do roku 2009 8x hospitalizovaný v PL pro závislost na alkoholu. V rodinné anamnéze 2x suicidium<sup>1</sup> a úzkostně depresivní poruchy. Pacient důchodce, rozvedený, bezdětný, žil osaměle, oba sourozenci žijí v zahraničí. V průběhu života nebyl abstinent, ale nikdy nepil přes míru, protialkoholně se neléčil. Nekuřák. Léčil se pouze pro mírnou hypertenzi, jinak léky neužíval. Asi v 65 letech začal trpět úzkostmi až panického charakteru a depresí s ruinačními představami, pocity osamění, zbytečnosti, bezvýhodnosti. Praktický lékař mu v té době předepsal Clonazepam, který mu sice trochu pomáhal, ale nechtěl si na něj zvykat. Začal si kupovat levná krabicová vína. Jak pacient uváděl, alkohol mu pomáhal zahánět „běsy“, uvědomoval si, že by pít neměl, ale nemohl si pomoci. Postupně se propracoval až ke spotřebě 2–3 litrů denně. Poprvé se do PL dostal přes pobyt na záchytné stanici, když byl nalezen ležící opilý na ulici. Vzhledem k věku byl již přijat na gerontopsychiatrické oddělení. Tento scénář se v následujících letech pravidelně opakoval. Pacient byl po detoxifikaci a následné jedno či dvouměsíční hospitalizaci propuštěn odhodlaný abstinovat, aby záhy recidivoval. V průběhu let je zřejmá*

---

<sup>1</sup> Suicidium – (z lat.) sebevražda. Dle výsledku se rozlišuje dokonaná a nedokonaná. Bilanční sebevražda je výsledkem, jasné motivace, kterou může být např. nevléčitelná nemoc. Demonstrativní sebevražda (nedokonaná) může být využívána k vydírání nebo zastrašování, ale také může ukazovat na tíživou situaci, ve které se takto jednající člověk nachází (Vokurka a kol., 2004).

*postupující kognitivní deteriorace<sup>2</sup>. V domácím prostředí již začal selhávat, nebyl schopný důsledné sebepečce a po posledním pobytu v r. 2009 již byl ve spolupráci s rodinou umístěn v ústavu sociální péče. Stav byl uzavřen jako závislost na alkoholu rozvinutá v pozdním věku se smíšenou převážně ethylickou demencí<sup>3</sup>.*

Svým sociálním zázemím a rodinnou anamnézou je tento pacient typickým příkladem seniora, u něhož je zvýšené riziko zneužívání návykových látek. Dle mého názoru je velmi zajímavý jeho rozdílný přístup k lékům a k alkoholu. Na lék předepsaný přímo na své úzkostné stavy „si nechtěl zvykat“, tak si raději vypěstoval závislost na alkoholu, jako by byl alkohol méně škodlivý a návykový. Sice si uvědomoval, že by neměl pít, ale k upřednostnění léků předepsaných lékařem to nevedlo. Tento přístup nepřímě dokládá již zmíněné tvrzení, že muži se spíše potýkají s nadužíváním alkoholu, zatímco ženy dávají přednost lékům. Jsem přesvědčena o tom, že vítězství recidivy nad odhodláním abstinovat bylo dáno pochybením při následné péči po propuštění z psychiatrické léčebny. Dle mého názoru, že v ČR je pro klientelu závislých ve stáří velmi omezená sekundární a terciární prevence<sup>4</sup>.

### **2.3.1 Alkohol u žen vyššího věku**

Fakt, že škodlivé užívání alkoholu je typické spíše u mužů, ještě neznamena, že by se tento fenomén vůbec netýkal žen. Rozhovor s PhDr. Červenkou přinesl zajímavé zjištění, že užívání alkoholu se v poslední době převrstvuje. Dříve alkohol zneužívaly spíše ženy z nižších sociálních vrstev, v dnešní době se přesouvá pít i do vyšší sociální vrstvy. Jedná se o tzv. zelené vdovy, tedy ženy, které se stěhují do satelitních městeček, která jsou anonymní a v podstatě fungují na principu ubytovny. Celý den tyto ženy zůstávají samy; jsou saturovány po stránce finanční, ale už ne po stránce citové popřípadě vztahové. Tuto situaci pak řeší nadměrnou konzumací alkoholu (Červenka – ústní tvrzení, 2011). V dnešní době se ještě nejedná o ženy seniorky, ale vzhledem k faktu, že 70% seniorů závislých na alkoholu začalo pít v mladším věku, žen z vyšších vrstev zneužívajících alkohol bude do budoucna jistě přibývat. I v případě „zelených vdov“ je opět patrné, jak silným motivem škodlivého chování je osamělost a citová deprivace.

---

<sup>2</sup> Deteriorace - (z lat.) zhoršení, úpadek např. duševních schopností (Vokurka a kol., 2004).

<sup>3</sup> Ethylická (alkoholová) demence – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností důsledkem alkoholismu (Vokurka a kol., 2004).

<sup>4</sup> Tři druhy prevence s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog definuje WHO: primární prevence předchází užití u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu, sekundární prevence předchází vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají a terciární prevence má za cíl předcházet vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog (Trapková, 2004).



Doněk, Doňková a Doňková (2007) uveřejnili výsledky vlastního pozorování v Psychiatrické léčebně Kroměříž. Sledováno bylo 65 žen starších 65 let, které byly v letech 2002 – 2006 hospitalizovány na ženském gerontopsychiatrickém primariátu Psychiatrické léčebny Kroměříž. Z těchto pacientek bylo 5,4 % na psychiatrii pro závislost na alkoholu přijato již v minulosti ve středním věku. Z celkového počtu 26,2 % sledovaných žilo ve společné domácnosti s partnerem či dětmi, o závislosti rodinní příslušníci věděli v 76,9 %, ale nedokázali jí zabránit. O samotě a v ústraní pilo 87,6 % nemocných. V 6,2 % bylo zjištěno kombinování alkoholu a léků.

V závěru této studie autoři opakovaně upozorňují, že fenoménu závislosti na alkoholu ve stáří není věnována dostatečná pozornost. Doporučují zahájit podrobné sledování tohoto problému po celé ČR. „*Pouze vzájemná spolupráce všech psychiatrických lůžkových zařízení, ambulantních psychiatrů, alkoholů, geriatrů, dalších specialistů a praktických lékařů může přinést objektivní výsledky a umožnit časnou intervenci a léčbu*“ (Doněk, Doňková a Doňková, 2007).

## 2.4 Nikotin ve stáří

Užívání alkoholu bývá často spojeno s kouřením tabáku. Nikotin je hlavní alkaloid z listu tabáku. Užívání těchto listů je známo již po mnoho staletí Indiánům a po jeho převezení do Evropy v XVI. století se velmi rozšířilo. Je to kromě alkoholu nejrozšířenější droga.

Nikotin má centrální účinky, pro které je používán jako droga, i periferní účinky, které je možno považovat za vedlejší příznaky. Kromě toho je účinek nikotinu dvojfázový - stimulační v nižších dávkách a tlumivý v dávkách vysokých. Nikotin má zřetelný stimulační vliv na CNS, ovlivňuje mozkovou kůru, stimuluje cirkulační a dýchací centrum. Po období stimulace CNS následuje deprese a vysoké dávky vyvolávají smrt zástavou dechu. Z řady periferních účinků je nejdůležitější vazokonstrikční vliv na cévy, kdy může nikotin nepříznivě ovlivnit patologicky změněnou činnost koronárních cév, zvýšené vylučování žaludeční šťávy a motility střevní. Při kouření spalovacím procesem vznikají karcinogenní produkty, které zapříčiňují 40krát častější výskyt rakoviny plic u kuřáků cigaret (Rašková a kol., 1970).

Nikotin je jedinou návykovou látkou tabáku i tabákového kouře. Tolerance na něj vzniká poměrně rychle. Závislost je zpočátku psychosociální a po určité době závislé na individuálních faktorech kuřáka vzniká závislost fyzická. Hlavními odvykacími příznaky jsou bažení (craving), nervozita, podrážděnost, změna nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost,

poruchy spánku, únava (Králíková in Kalina a kol., 2003). Vzhledem k tomu, že je tabák legální a společensky tolerovaná droga, která nemá závažná psychologická a sociální rizika<sup>5</sup>, mnoho kuřáků opomíjí její rizika somatická. Nikotinismus například zvyšuje riziko mozkové mrtvice, infarktu myokardu a prokázána je i souvislost kouření s onkologickými onemocněními. Dlouhodobé studie dokazují, že abstinence po dobu 2 – 5 let snižuje rizika pro bývalého kuřáka na úroveň rizik u celoživotního nekuřáka (Kalvach a kol., 2004).

U kouření téměř absolutně neplatí rozdělení seniorů na ty, kteří se stali závislími v mladším věku a ty, kteří počali kouřit až ve stáří. V rozhovoru s PhDr. Červenkou jsem si ověřila, že u kuřáků mezi seniory vyššího věku, není příliš žádoucí odvykání. Často stres z toho, že si nemohou dát cigaretu je více škodlivý, než když si zakouří. Ne mnoho ze seniorů však kouří velké množství cigaret denně, což je dáno finanční stránkou, kdy jsou cigarety opravdu drahé. Jedná se tedy spíše o rituál (tedy 4 nebo 5 cigaret denně) než takovou závislost, kdy postižený vykouří až několik krabiček denně; to je finančně velmi náročné (Červenka – ústní tvrzení, 2011).

## 2.5 Hypnotika a anxiolytika ve stáří

Hypnotika a anxiolytika patří k nejčastěji předepisovaným psychotropním lékům užívaným seniory. Ve stáří trpí 30-50% populace poruchami spánku a 10-15% anxiousními, tedy úzkostnými stavy. Tato léčiva mají řadu výhod, jako je dobrá snášenlivost, nízká toxicita a fakt, že předávkování nezpůsobuje smrt. Jejich nevýhodou je však riziko rozvoje kognitivních poruch, především poruch paměti a pozornosti, což je způsobeno zvýšenou vnímavostí CNS ve stáří. Při náhlém vysazení těchto léků je nebezpečí výskytu epileptických křečí. Nebezpečí škodlivého užívání anxiolytik a hypnotik seniory vidí Vojtěchovský (in Kalvach a kol. 2004) v následujících situacích:

- Potřeba konzumovat vyšší dávky.
- Doba užívání je delší než 4 měsíce.
- Pozitivní anamnéza abúzu alkoholu nebo analgetik.

Při opakovaném užívání vyvolávají hypnotika a anxiolytika fyzickou závislost. Nejprve jsou tyto léky užívané na předpis lékaře, postupně ale může dojít k jejich nadužívání pro nespavost a úzkostné stavy. Jejich vysazení způsobuje nespavost, neklid, bolest hlavy, neschopnost se soustředit a u starých lidí se objevuje i zmatenost (Martínková a kol., 2007).

---

<sup>5</sup> V posledních letech je kouření společností tolerováno čím dál méně. Příznivci protikuřáckého zákona mají mnoho argumentů, se kterými mohou souhlasit i někteří kuřáci.

### 2.5.1 Poruchy spánku ve stáří

Spánkové poruchy jsou pro vyšší věk velmi typické. Dochází ke zkrácení doby spánku, porušení jeho celistvosti a běžná jsou i krátká usnutí během dne, která způsobují narušení spánku v noci. Trvá-li nespavost déle než jeden měsíc, je třeba zjišťovat její příčinu. Tou může být u starých lidí somatická či duševní choroba, ale také strach z nespavosti samotné a nadměrná úzkost. K poruchám spánku dochází častěji u seniorů žijících v domovech důchodců, ústavech sociální péče či nemocnicích, než u lidí žijících v domácím prostředí. Vlivy negativně narušující spánek mohou být somatické i psychosociální (Jiráček in Kalvach a kol., 2004), tedy jakákoli již zmiňovaná zátěž, kterých stáří přináší mnoho.

Topinková (2005) rozděluje vlivy působící na nespavost:

- Somatické vlivy, kdy nečastějším z těchto bývá bolest.
- Psychické vlivy jako jsou úzkost, deprese, demence, stres či poruchy přizpůsobivosti.
- Environmentálním vlivem podílejícím se na vzniku insomnie je hlavně nevhodné prostředí.
- Farmakogenní vlivy např. působení kofeinu, alkoholu či nikotinu.

K těmto výše popsaným vlivům přidává Jiráček (in Kalvach a kol., 2004):

- Iatrogenní (tedy způsobené lékařem v negativním smyslu slova) vlivy, z nichž nejvýznamnějším je medikace.

### 2.5.2 Hypnotika

Pro léčbu poruch spánků se používají hypnotika. Tato léčiva by se ale měla užívat pouze po krátkou dobu, proto jsou nevhodná pro léčbu chronické nespavosti. Užívaná hypnotika se dělí do tří generací: barbituráty, které nepříznivě ovlivňují přirozený spánkový cyklus a při předávkování mohou způsobit útlum dechového centra (I. generace), více rozšířené benzodiazepiny - BZD (II. generace) a nejnovější nebenzodiazepinová hypnotika, která se svým účinkem blíží ideálnímu hypnotickému působení (III. generace). Ideálním hypnotikem je taková látka, která *„navozuje spánek rychle po aplikaci, udrží jej po celé požadované období, zachovává přirozenou architekturu spánku, její účinek po probuzení plně odezní, neovlivňuje psychomotorické funkce během dne, nevzniká na ni tolerance ani závislost při opakovaném podávání ani náhlé vysazení nepřináší abstinenční příznaky ani*

*následnou nespavost“ (Lincová a kol., 2007 s. 176). Jak je však patrné z následující kazuistiky, také hypnotika III. generace (zolpidem a zopiclon) mohou způsobit závislost:*

*Pacientka, 72 let, VŠ, bývalá středoškolská profesorka, 2 roky vdova, žila sama, byla v kontaktu s dcerou. Poprvé psychiatricky hospitalizovaná v PL v r. 2007. Přijata po krátkém pobytu na psychiatrickém oddělení krajské nemocnice, kam byla doporučena pro úzkostně depresivní rozlady a nespavost. Zde uzavřeno jako porucha přizpůsobení a suspektní nadužívání hypnotik. Po přijetí do PL, kam nebyla spádová, připouští abúzus hypnotik 3. generace – zolpidemu. Závislost se rozvíjí zhruba 2 roky od úmrtí manžela, nespavostí trpěla již před tím. Na psychiatrickém oddělení nemocnice, kde byla krátce hospitalizovaná, tento problém negovala, měla obavu, že se o něm dozví okolí. Dcera pacientky potvrdila nadužívání. Pokud mohla sama ověřit, pacientka konzumovala i 40 a více tbl. Stilnoxu za týden. Střídaly se u ní stavy apatie, euforie, někdy zapomínala, častější byly i konflikty s dcerou. U pacientky v poslední době narůstala nerozhodnost a neochota věnovat se činností vyžadujícím pozornost. Při přijetí byla úzkostná, depresivní na úrovni středně těžké deprese, opakovaně se ujišťovala, že dostane „něco na spaní“ a „neví, jak to vydrží“. Zavedená antidepressivní léčba citalopramem byla změněna na mianserin až do 60 mg pro die<sup>6</sup>, dále přidán melperon jako hypnotická komedikace. Zpočátku ještě ponechány 2 tbl. zolpidemu denně, při zvýšené úzkosti medikována bromazepamem do 3 mg pro die. Zpočátku byla pacientka naléhavá, úzkostná, postupně došlo ke zlepšení nálady, ústupu afektivní lability i somatických obtíží směřovaných do oblasti hrudníku (sevření srdce, nemožnost dýchat). Po dvouměsíčním pobytu byla pacientka propuštěna na medikaci mianserinem, melperonem a minimální dávkou bromazepamu.*

Ztráta životního partnera je jednou z často uváděných příčin počátku zneužívání a závislosti na lécích. Na případu této pacientky je zajímavý stud, který kvůli zneužívání léků pocítovala. Tento fakt značí to, že si uvědomovala, že má problém, ale nemohla se s tím nikomu svěřit. Snaha udržovat problémy doma za zavřenými dveřmi je pro mnoho jedinců i rodin zcela běžná. Hlavně u starší generace, která vnímá mnohem více společenských tabu než generace mladší, může být mnoho problémů znásobeno odkládáním vyhledání odborné pomoci.

---

<sup>6</sup> Pro die – denní dávka léku.

### 2.5.3 Úzkostné poruchy ve stáří

Úzkostné stavy, smutek atd. jsou nejčastěji se vyskytující chorobnými náladami ve vyšším věku. Asi 20% seniorů uvádí pocity úzkosti, ale z nich se pouze u 5 - 6% jedná o úzkostnou poruchu. Tyto stavy si stárnoucí člověk může přinést z mladšího věku, někdy vznikají až ve stáří, kdy příčinou těchto stavů mohou být somatická onemocnění či farmakoterapie. Stejně jako u poruch spánku je vyšší výskyt úzkostí u institucionalizovaných seniorů. Faktorem vyvolávajícím úzkost může být, dle mého názoru, každá z bio-psycho-sociálně-spirituálních změn stáří, ze kterých Jiráček (in Kalvach a kol., 2004) v tomto kontextu uvádí např. osamělé žití, četné významné ztráty (ovdovění, odchod do důchodu), nutnost adaptace na nové prostředí (institucionalizace), uvědomění si poruch paměti, úbytek fyzického výkonu a soběstačnosti a mnohé další.

Nejčastějšími úzkostnými poruchami ve stáří jsou GAD (generalizované úzkostné poruchy), jejichž hlavním znakem je dlouhodobě zvýšená hladina úzkosti kolísající vlivem životních okolností a během dne (Vokurka a kol., 2004), různé typy fobií, nejčastěji sociální fobie a organická úzkostná porucha. Tyto úzkostné poruchy se častěji vyskytují u žen než mužů a to v poměru až 2:1 (Jiráček in Kalvach a kol., 2004).

### 2.5.4 Anxiolytika

Anxiolytika jsou používána pro farmakoterapii úzkosti, nejužívanější skupinou z nich jsou benzodiazepiny. Pro tuto skupinu anxiolytik rozděljuje Lincová (2007) nežádoucí účinky na projevy akutní toxicity při předávkování, nežádoucí účinky v běžném dávkovacím rozmezí a projevy tolerance a závislosti. Již v úvodu kapitoly 2.5 mezi výhodami anxiolytik (a hypnotik) - jako skupiny léčiv celkově - byla zmíněna nízká toxicita a neusmrcení při předávkování. Při něm sice dochází k prodloužení a prohloubení spánku, ale respirační ani kardiovaskulární funkce nejsou ohroženy. Tato skutečnost neplatí, jsou-li benzodiazepiny kombinovány s alkoholem (kombinování léků a alkoholu se věnuje kapitola 2.7). Nejčastějšími nežádoucími účinky v běžném dávkovacím rozmezí benzodiazepinů je ospalost, zmatenost a poruchy koordinace. Pro všechny benzodiazepiny je také společná tolerance a závislost vznikající při jejich dlouhodobém užívání.

*Pacientka, 72 let, vdova, dříve vedoucí v lázních. Přijata na doporučení neurologa. Asi jeden a půl roku v péči praktického lékaře a neurologa pro úzkosti, obavnost a vertiginózní*

obtíže<sup>7</sup>. Původně medikována malou dávkou alprazolamu, který během tří měsíců navýšila až na 4 mg denně. Dle rodiny naléhavá, několikrát denně volá synovi, který bydlí 100 km od pacientky, a žádá ho, aby přijel, protože je jí špatně. Nedokáže nakoupit základní potraviny, naléhá na předpis léků. Při přijetí úzkostná, perseveruje stížnosti na samotu, je celý den sama, synové pracují, to jí dělá zle. Ráno si vezme Neurol, to se jí uleví, pak se nasnídá, sleduje TV, když je jí hůř, vezme si další Neurol, navečer si vezme také jeden nebo dva Neuroly, aby spala. U pacientky zjištěn kognitivní deficit, vstupní MMSE<sup>8</sup> 21 bodů, odpovídající demenci na rozhraní mírně až středně pokročilé. Stav uzavřen jako organická porucha nálady a kognitivní deficit velmi suspektně s podílem škodlivého užívání BZD. Pacientka přijata, nasazena antidepressivní terapie mirtazapinem, postupně až do 30 mg pro die, redukovány BZD a jako anxiolytikum nasazen buspiron. Stav se po tříměsíční hospitalizaci výrazně zlepšil, podařilo se zcela vysadit BZD, při propuštění na antidepressivní léčbě mirtazapinem v kombinaci s malou dávkou milnacipramu (50 mg) a buspironem jako nebenzodiazepinovým anxiolytikem. Stav se zlepšil i po kognitivní strážce, MMSE před propuštěním 28 bodů, psychologickým vyšetřením prokázán jen lehčí intelektový celkový úbytek, deteriorace pouze mírného stupně. Propuštěna do ambulantní péče.

Hlavní bolestí pacientky v tomto případě byla samota. Její rodina žijící v jiném městě nebyla schopna trávit s ní dostatek času, což její úzkost ještě zhoršovalo. Dle mého názoru je v této kazuistice zajímavé postavení syna. Pečování o seniora není pro některé rodiny možné z různých důvodů. V takovém případě je dobré vyhledat pomoc v místě bydliště v podobě služeb pro seniory (asistenční služba, kluby důchodců apod.).

Pacientka, 77 let, vdova, dříve úřednice. Přijata na doporučení ambulantního psychiatra pro škodlivé užívání BZD, úzkostně depresivní symptomatiku. Pacientka byla před 40 lety léčena pro fobickou poruchu, jedna sestra suicidovala. Celoživotně více úzkostná. Asi před 13 lety jí byl poprvé předepsán bromazepam (Lexaurin) pro úzkosti a insomnii. Od té doby užívá bromazepam prakticky trvale, naposledy až 9 mg denně. Nyní bydlí u dcery, která na ni začala naléhat, že by měla dávky léků snížit, případně vysadit. Zkusila to sama, ale dostala velký třes, měla slabost v nohách, úzkosti, celkový neklid. Také se jí zhoršil tinitus. Úlevu cítí, pokud si vezme léky a chvilku se prospí. Navštívila ambulantního psychiatra, který

---

<sup>7</sup> Vertigo - (z lat.) závrať.

<sup>8</sup> MMSE - Mini Mental-State Examination. Tento test se užívá jako diagnostická kognitivní škála k vyšetřování demence. Hodnotí např. orientaci, pozornost a jazykové schopnosti. Za hranici pro demenci je považována hodnota pod 24 bodů. Závažnost postižení je rozlišena: 00 < 06 bodů (těžká demence), 17 - 06 bodů (středně těžká demence), 24 - 18 bodů (lehká demence), 26 - 25 bodů (hraniční nález, kdy může jít o lehkou poruchu poznávacích funkcí nebo počínající demenci; v tomto případě je doporučeno osobu s tímto výsledkem dále sledovat), 30 - 27 bodů (normální kognitivní funkce).

*jí řekl, že je na lécích závislá a doporučil jí hospitalizaci. Při přijetí úzkostná, depresivní, četné somatické obtíže, opakovaně se ujišťuje, že nezůstane bez léků. Na druhou stranu sama avizuje přání závislosti se zbavit. Opakovaně upozorňuje na fakt, že léky jí byly předepisovány proti úzkostem a že možnost vzniku závislosti si neuvědomovala. Pacientce byla nasazena antidepresivní léčba, vzhledem ke spánkovým potížím melatonin s prodlouženým uvolňováním a malá dávka tiapridalu. Postupně redukován bromazepam, úzkost kontrolována dobře hydroxyzinem. Pacientka při léčbě velmi dobře spolupracovala, stejně jako její rodina. Během dvou měsíců byly BZD zcela vysazeny a ponechána zavedená antidepresivní léčba. Pacientka se při propuštění cítila dobře, nenaléhala na léky, udávala dobrou úpravu spánku. Úzkosti prakticky nemá, pokud ano, reagují dobře na malou dávku hydroxyzinu. Nálada upravena ad integrum. Předána zpět do ambulantní péče.*

Výše uvedený případ je klasickým příkladem iatrogeně navozené závislosti. Anxiolytika jsou běžně a často předepisované léky, přestože hrozí nebezpečí vzniku závislosti. Myslím si, že právě z tohoto důvodu by měla být situace a stav uživatelů důsledně monitorovány. V případě této pacientky zasáhla dcera, což je dle mého názoru pěkný případ fungujících rodinných vztahů a zájmu. U této pacientky bych zdůraznila její odhodlání zbavit se závislosti, přestože léky užívala celých 13 let. Velmi nápomocnou při léčbě byla dle všeho právě spolupráce rodiny a její podpora.

## **2.6 Analgetika ve stáří**

Škodlivé užívání analgetik je typické spíše pro ženy a to pravděpodobně proto, že na rozdíl od nadměrné konzumace alkoholu, ke kterému má sklon spíše mužská část populace, je možné užívání vyšších dávek léků snadněji skrýt před veřejností. V této souvislosti lze mnohdy hovořit o iatrogením onemocnění, neboť se ve většině případů na rozvoji škodlivého užívání analgetik podílí lékař (Vojtěchovský in Kalvach a kol., 2004).

Analgetika jsou léčiva, která s dostatečnou selektivitou snižují vnímání bolesti tlumivým zásahem do její dráhy. Dělí se na analgetika opioidní (analgetika morfinového typu neboli anodyna) a skupinu nesteroidních protizánětlivých látek (NSPZL). Tato část práce charakterizuje bolest a užívání analgetik k jejímu tlumení. Dále se soustředí na jejich zneužívání ve stáří a případné následky tím způsobené (analgetický syndrom).

### 2.6.1 Bolest ve stáří

„*Bolest je nepříjemný subjektivní vjem, který je nejčastěji pociťován jako reakce na děje spojené s poškozením orgánů a tkání.*“ (Martínková a kol., 2007 s. 161). Bolest může být **akutní** (trvajících dny až týdny) a **chronická** (trvajících déle než 3 – 6 měsíců), která se obvykle rozvíjí v **syndrom chronické bolesti**. Tento syndrom je charakteristický výrazným psychosociálním kontextem, který s sebou často nese specifické osobnostní rysy a vyžaduje multidimenzionální přístup (Kalvach a kol., 2004). Akutní bolest informuje o možném stávajícím poškození, což organismus nutí chránit se před škodlivými vlivy. Na rozdíl od bolesti akutní, nemá chronická bolest žádnou biologicky kladnou funkci. V současnosti je k ní přistupováno jako k samostatnému onemocnění, které nemocného vysiluje a je třeba je intenzivně léčit (Lincová a kol., 2007). Dalším druhem bolesti je **bolest nádorová**, při které pacient trpí silnými bolestmi a je třeba přikročit k radikální léčbě silnými opioidními analgetiky, která jsou podávána v pravidelných časových intervalech. Dříve se lékaři v podávání léků tisících bolest řídili pravidlem „podle potřeby“, kdy nemocnému byl lék podán až tehdy, když si o něj řekl. V dnešní době je dle WHO užívána „léčba bolesti podle hodin“. Doba trvání účinku jednotlivých léků je známa a tak lze podat další dávku dříve, než odezní účinek té předchozí. Jinak má pacient strach z toho, že se bolest vrátí a nemůže na ni zapomenout ani v případě, že hladina analgetika v těle je dostatečná (Matoušek a kol., 2005).

Vnímání bolesti má 2 složky - algognostickou a algothymickou. Algognostická složka zahrnuje percepci, určení charakteru a lokalizaci bolesti. Algothymickou složkou, která je hlavní příčinou utrpení nemocného, je emoční reakce na bolest (Wenke a kol., 1983). Jedná se tedy o samotné prožívání bolesti, míru utrpení a způsob reagování. „*Je ovlivňována volnými vlastnostmi, výchovou, tradicí, zkušeností, konotací, významem, který je jí přisuzován, faktory psychickými (úzkost, deprese) i sociálními (osamělost)*“ (Kalvach a kol. 2004 s. 344). Ve stáří je člověk ovlivněn mnoha psychosociálními stresy, již výše zmiňovanými, což může potencovat především bolest chronickou. Bolest je nepříjemným smyslovým a emocionálním prožitkem a také nejčastějším důvodem, který přivádí pacienta k lékaři (Hynie, 2001). Zde je důležité si uvědomit, že se vždy jedná o subjektivní zkušenost a „*bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká*“ (O'Connor, 2005 s. 89).

Bolest ve stáří má svá specifika. Na základě různých studií Kalvach (2004) uvádí následující předpoklady:

- Staří lidé vnímají bolest méně a lépe ji snášejí. Především se jedná o bolest viscerální. Viscerální bolest má svůj zdroj v útrokách a je obtížně lokalizovatelná, nelze tedy na



jejím základě určit poškozené místo (Vokurka a kol., 2004). Zdá se ale, že ubývá i bolest somatická (dobře lokalizovatelná). Dále byl u seniorů prokázán lepší efekt způsobený již nižší dávkou analgetika.

- Množství bolestivých podnětů se však s věkem celkově zvyšuje, jedná se především o pohybový aparát. V rámci komplexního přístupu k léčení bolesti ve stáří jsou zdůrazňovány nefarmakologické postupy, jako je odlehčení chůze oporou, fyzioterapie a vhodná obuv.
- I přes dobrý účinek nižších dávek analgetik jsou senioři od bolesti léčení nedostatečně. Nebezpečí podceňování analgetické léčby je vyšší u lidí trpících demencí, poruchami komunikace a velmi starých seniorů.
- Spotřeba analgetik ve stáří je i přes výše uvedené poznatky značná.

Hodnocení a léčení bolesti ve stáří by tedy mělo mít komplexní, zároveň ale individuální charakter. Konkrétní cíl (pro léčbu analgetiky) by měl být reálný a měl by být stanoven s ohledem na povahu bolesti a prognózu zdravotního stavu, stejně jako na sociální zázemí a priority pacienta, kdy je pro léčbu mnohdy nezbytné navázání spolupráce s rodinou.

### 2.6.2 Opioidní analgetika

Ke zvládnutí středně silné až silné bolesti jsou užívána analgetika v pravém slova smyslu, tedy opioidní analgetika, která jsou označována i jako narkotická, neboť vedle analgezie (potlačení bolesti) mají i narkotické účinky - vyvolávají spánek, respektive ztrátu vědomí. Vedle silného analgetického účinku sebou užívání této skupiny látek přináší i značné riziko, má totiž tlumivý účinek na dechové centrum. Při delším podávání způsobují všechna analgetika této skupiny tělesnou i psychickou závislost (Rašková a kol., 1970). Opioidní analgetika neovlivňují příčinu bolesti, ale působí symptomaticky, tedy tlumí bolest jako příznak onemocnění (Martínková a kol., 2007).

Nejdéle známou látkou skupiny opioidních analgetik je morfin, od kterého se ostatní analgetika této skupiny liší v podstatě pouze intenzitou nebo délkou účinku. Účinkem opioidních analgetik je zvýšení prahu vnímání bolesti, kdy při vyšších dávkách jsou schopné tlumit vedle bolesti somatické i bolest viscerální (bolest, která je obtížně lokalizovatelná, neboť vychází z viscerálních orgánů). „*Toto příznivé ovlivnění algognostické složky bolesti je doprovázeno příznivým ovlivněním algorithické složky bolesti, která je zodpovědná za vlastní utrpení pacienta*“ (Hynie, 2001 s. 194).

Martínková (2007) rozděluje účinky opioidních analgetik:

- Psychotropní účinky, které přímo závisí na množství, typu a způsobu podání analgetika.
- Útlum dýchání, ke kterému dochází podáním vyšších dávek analgetik. Již v menším množství opioidní analgetika ovlivňují centrum pro kašel a zvyšování dávek může vést až k paralýze dechového centra, což je „nejčastější příčinou úmrtí po opioidech“ (Hynie, 2001 s. 194).
- Účinky na GIT a dolní cesty močové, kdy opioidní analgetika zpomalují průchod potravy a tím způsobují zácpu, což může značně snížit kvalitu života nemocného, stejně jako zdržování moči. Po první dávce se až u 40 % nemocných dostaví nauzea a zvracení, které po opakovaném podávání ustoupí.
- Mióza, tedy zornice velikosti špendlíkové hlavičky, bývá charakteristickým příznakem intoxikace i lékové závislosti.
- Dalšími účinky mohou být snížení tělesné teploty a snížení krevního tlaku.
- Tolerance a léková závislost, kdy se tolerance vyvíjí jak na analgetické účinky, tak na ty nežádoucí, s výjimkou miózy a zácpy. Tolerance i léková závislost jsou při podávání opiátů běžné a jejich projevy je třeba včas rozpoznat a řešit.
- Intoxikace, tedy akutní otrava po opioidech nastává po jejich předávkování. Projevy intoxikace jsou „nevolnost, pocit tepla v obličeji, hluboký spánek, který přechází v kóma. Zornice jsou miotické, dýchání je povrchní, kůže cyanotická, studená, tep rychlý. Bez léčení nastává smrt mezi 8 – 48 hodin obrnou dechového centra“ (Hynie, 2001 s. 196).

Zneužití opioidů brání zákon 167/1998 Sb. o návykových látkách, dle kterého se řídí jejich předepisování. Pokud ale nemocný trpí silnými bolestmi, je třeba tato silná analgetika předepsat. Nemocný v takovém případě musí být informován o nežádoucích účincích a podílet se na rozhodování o léčbě. „Přirozeným požadavkem je pravidelné monitorování léčby, včetně naplňování cílů léčby a také náležitá dokumentace. Přerušování léčby je indikováno při nedostatečné analgezií, nedodržení léčebného režimu (např. nekontrolované zvyšování dávky, kombinace s nepředepsanými léčivými), snaha získat opioidy jinde, projevy lékové závislosti“ (Martínková a kol., 2007 s. 168).

### 2.6.3 Nesteroidní protizánětlivé látky

Ve srovnání s opioidními analgetiky jsou analgetika skupiny nesteroidních protizánětlivých látek (NSPZL) v analgezií méně účinná. Na rozdíl od opioidních analgetik však mají i další než analgetické účinky: účinek antipyretický (působící proti horečce), protizánětlivý a antiuratický (snižující koncentraci kyseliny močové v krvi, tedy působící proti dně). Léků této skupiny je řada a mezi sebou se liší právě zastoupením těchto účinků. Některé z nich jsou dostupné bez lékařského předpisu a tak mohou být snadno nadužívána bez jakékoli kontroly (Martínková a kol., 2007).

Skupinu NSPZL lze rozdělit na analgetika-antipyretika a ostatní léčiva s analgetickým a protizánětlivým účinkem. Analgetika-antipyretika jsou označována jako neopioidní analgetika a dále se dělí na salicyláty, paracetamol a parazolidinové deriváty. Mezi ostatní léčiva skupiny NSPZL patří deriváty kyseliny octové, deriváty kyseliny propionové (např. ibuprofen) a oxikamy (Martínková a kol., 2007).

Také léčba NSPZL může přinést nežádoucí reakce a to zejména po užití vyšších dávek či v důsledku dlouhodobého užívání. Rizikovou skupinou jsou především uživatelé vyššího věku. Martínková (2007) tyto reakce rozděluje:

- Nejčastěji popisovanou nežádoucí reakcí jsou trávicí obtíže, průjemy i zácpa, nauzea a zvracení.
- Nežádoucím účinkem jsou ovlivněny také ledviny, kdy terapeutické dávky mohou ovlivnit jejich funkci a dlouhodobé užívání (zneužívání) dokonce způsobit tzv. analgetickou nefropatii (nezánětlivé onemocnění ledvin způsobené analgetiky).
- Nastat mohou také kožní reakce, od mírné vyrážky až po závažná kožní onemocnění.

Nadužívání analgetik skupiny NSPZL může být vážným problémem vyžadujícím intervenci lékařů, jak dokazuje následující kazuistika pacientky závislé na neopioidních analgetikách (Krombholz a Drástová, 2010).

*Pacientka 67 let. První pobyt na psychiatrii doporučen praktickým lékařem. V rodinné anamnéze bez zátěže, pacientka celý život psychastenická<sup>9</sup>, neurotická, po porodu a v období přechodu se léčila pro úzkosti. Nyní přijata pro nadužívání analgetik neopiátového typu. Asi 15 let má vertebrogenní obtíže směřované zejména do krční páteře a s tím související bolesti hlavy. Byla proto opakovaně vyšetřována na neurologii, prodělávala rehabilitaci, vždy*

---

<sup>9</sup> Psychastenie – porucha osobnosti s neurotickými rysy. Často rázu fobie a úzkosti, někdy se zdůrazněním prvků obsese (Vokurka a kol., 2004)

uzavíráno jako cervikokraniální syndrom<sup>10</sup> s výraznou psychickou nadstavbou. Asi před 10 lety začala pro tyto obtíže užívat Alnagon. V mezidobí vystřídala řadu nesteroidních antirevmatik, nesystematicky brala i antidepressiva nasazovaná nepsychiatry. Vždy se však vrátila k Alnagonu. V poslední době bere až 10 tbl. Alnagonu denně, opakovaně žádá praktického lékaře o předpis většího množství. Sama již vnímá, že s nadužíváním má problém, ale má strašné bolesti a žádný jiný lék jí nikdy nepomohl. Kdyby si ráno nevzala Alnagon, nemohla by vůbec fungovat. Při přijetí pacientka úzkostná, deprese spíše situační, ošetřujícím personálem zjištěno, že si k hospitalizaci přinesla 4 balení Alnagonu. K možnému vysazení léku skeptická. Pacientce byla nasazena antidepressivní léčba duloxetinem, který má rovněž i výrazné analgetické účinky, dále nasazen gabapentin postupně až do 1 800 mg pro die vzhledem k předpokládané neuropatické složce bolesti. Pacientce jsme s ohledem na dlouhodobé zneužívání ponechali 4 tbl. Alnagonu denně a dávku jsme jen velmi pomalu redukovali. Po úplném vysazení Alnagonu během 8 týdnů jsme pacientce při velkých obtížích tolerovali paracetamol do 1 000 mg pro die. Před propuštěním po třech měsících pobytu jej pacientka již ani nevyžadovala.

Stárnutí většinou není bezbolestné a užívání různých analgetik je tedy mezi seniory na denním pořádku. U této pacientky je zajímavá její skepse k vysazení zneužívaného léku. Jsem toho názoru, že ve stáří je pod heslem „vždyť už je to všechno stejně jedno“ snížená motivace nadužívání léků překonat. Mnoho seniorů (i lidí mladší generace) si neuvědomuje následky zneužívání léků – ty „mají léčit a jsou dobré“. Mnoho medikamentů, které se ve vyšším množství stávají nebezpečné, je také dostupných bez lékařského předpisu. To vše by mělo vést ke snaze lépe zmapovat terén gerontofarmakoterapie a nevhodné farmakoterapie vůbec a podnítit větší komunikaci různých specialistů mezi sebou.

## 2.7 Gerontofarmakoterapie

Farmakoterapie ve stáří má několik specifika, která je při léčbě seniora léky třeba mít na paměti. Iatrogenní poruchy v geriatrii jsou častým problémem - především kvůli tomu, že staří lidé užívají vyšší počet medikamentů. Vyšší množství užívaných léků (polyfarmakoterapie nebo polypragmazie) zvyšuje riziko komplikací. Kolem 90 % seniorů užívá alespoň jeden lék, ale většina z nich bere léky dva i více (Ambler, 2000). Hegyi (in Kalvach a kol., 2004) je popisuje:

---

<sup>10</sup> Cervikokraniální syndrom – porucha krční páteře, při které bolest vyzařuje do oblasti hlavy. Je jednou z častých příčin bolesti hlavy.

- Výskyt nežádoucích účinků léků u seniorů je častější než v mladším věku. Je při tom dokázáno, že tyto nežádoucí účinky jsou důsledkem spíše polypragmatie než věkem. Riziko nežádoucích reakcí roste s počtem užívaných léků, což je dobře patrné z tabulky č. 3 podle Topinkové:

**Tabulka 3 - Riziko nežádoucích reakcí v souvislosti s počtem užívaných léků**

Počet léků užívaných v průběhu jednoho roku	Procento osob, u kterých se objevují nežádoucí reakce na léky
1 - 2	2
3 – 5	7
6 - 10	13
více než 10	17

Zdroj: TOPINKOVÁ E. 1995, in Kalvach a kol., *Geriatric a gerontologie*, 2004 s. 377

- Lékové interakce jsou vzhledem k polypragmazi ve stáří opravdu typické. Faktory zvyšující riziko lékových interakcí jsou dlouhodobá léčba, nesprávné dávkování, kombinace léků s podobným účinkem, nevhodné kombinace léků, samomedikace a, ve stáří velmi časté, předepisování různých léků různými specializovanými lékaři.
- Důležitá je compliance, tedy dodržování předepsaného léčebného postupu a ochota nemocného řídit se pokyny lékaře. Téměř 60 % seniorů neužívá léky tak, jak jim byly předepsány; nejčastěji se tento fakt týká osaměle žijících. Farmakologická compliance ve vyšším věku je často snižena (z psychických či somatických důvodů, nebo z důvodu zrakové poruchy) a senior tak není schopen léky užít dle předpisu. Lékař by si měl při předepisování léků uvědomit limity seniora a zvážit, zda je ten schopen léky sám užít. Poměrně častá je ve stáří i compliance ze sociálních důvodů. Výrazně se na špatném užívání předepsaných léků podílejí osamělost, závislost na alkoholu, self-neglect (zanedbávání sama sebe), ale problém může vzniknout také jako důsledek imobility, kdy senior není schopen vyzvednout léky z lékárny. Zvláštním případem neužívání či nadužívání předepsaných léků je zanedbávání a týrání seniorů, které blíže popíše kapitola 2.8.

Z rozhovoru s PhDr. Červenkou vyplývá, že problém kombinování různých léků, které na sebe mají mnohdy nežádoucí reakce, by mohla vyřešit takzvaná preskripční karta. To je karta pacienta, ve které by se měly zobrazovat veškeré medikamenty, které pacient užívá (od

jakéhokoli lékaře). V praxi to však nefunguje. Této situaci by hodně pomohla elektronická zdravotní knížka. Musel by to být systém, který by byl propustný u všech. Jak mezi jednotlivými lůžkovými zařízeními, tak i praktickými lékaři. Praktický lékař totiž v podstatě nemá možnost zjistit, jestli je pacient vedený ještě někde jinde. Často se stává, že jsou hospitalizováni pacienti, kteří mají nějakým způsobem zhoršené kognitivní funkce, což bývá i z důvodu toho, že mají předepsané velké množství léků, které mohou jít proti sobě. Když se při vstupním vyšetření vyškrtají léky, které pacient nepotřebuje, po několika dnech se vrací do normálu. Dalo by se tedy říci, že senioři jsou často intoxikováni množstvím léků, které mají předepsané, nebo různě dobírají. Senioři mají většinou doma mnoho léků, které se třeba už vůbec nevyrábí - často se jedná o léky, které už nejsou na trhu, protože zvyšují závislost (Červenka – ústní sdělení, 2011).

### 2.7.1 Otravy a sebevraždy

Ve stáří nejsou intoxikace (otravy) něčím zvláštním, proto by na ně mělo být vždy pomýšleno v rámci diagnostiky, kdy jsou mnohdy opomíjeny – tedy jako příčina poruch vědomí. Staří lidé mají většinou v domácnosti velké množství léků s vysokou toxicitou. Intoxikace je ve většině případů následkem špatného užití léků, není neobvyklá ani kombinace léků a alkoholu (viz kapitola 2.8). Důvodem otravy je nejčastěji sebevražda. Dalšími důvody mohou být záměny a laické léčebné omyly (Kalvach a kol., 2004).

Sebevraždy (suicidium) jsou závažným problémem stáří. Většina starých lidí se snaží i přes veškeré změny, které jim stáří přineslo, zachovat si svou důstojnost a sebeúctu. „*Jde o tak vysokou hodnotu, že zalomení životního příběhu, ztráta jeho kontinuity („to už nejsem já“), ztráta sebeúcty, pocit, že se člověk stal přítěží, vede k tomu, že věkově specifická sebevražednost je nevyšší v nejstarších věkových skupinách, především nad 75 let a s dalším nárůstem do vyššího věku*“ (Kalvach, 2011). Kalvach (2004) v této souvislosti uvádí následující tabulku č. 4:

**Tabulka 4 - Věkově specifická sebevražednost v ČR**

Pohlaví	Věk						
	40 – 44	45 – 49	50 – 54	70 – 74	75 – 79	80 – 84	85+
Muži	9,3	13,5	11,3	41,3	54,3	97,3	119,6
Ženy	Neuvedeno	Neuvedeno	Neuvedeno	11,5	15,7	17,0	20,4

Zdroj: KALVACH Z., *Geriatric a gerontologie*, 2004 s. 398

Ve stáří jsou nejobvyklejší demonstrativní pokusy o sebevraždu, staří lidé tak upozorňují rodinu a blízké osoby na své problémy. U těch dokonaných je typická promyšlenost a dlouhá příprava na vlastní akt. Nejčastějším způsobem sebevraždy u mužů je oběšení, u žen skok z výšky a právě již zmiňovaná intoxikace. Rizikovou skupinou jsou především starší muži, vdovci, ovdovělí, rozvedení a osaměle žijící. Mnohdy jsou u nich přítomny deprese, často sklon ke zneužívání alkoholu, závažná tělesná choroba nebo úzkostná porucha. Jako hlavní motivy sebevražd jsou, nejen u mužů, uváděny závažné nemoci, smrt partnera, osamění a ztráta smyslu života, např. odchodem do důchodu (Baštecký a kol., 1994).

Ringel (1989 in Baštecký a kol., 1994 s. 221) upozorňuje na to, že suicidální vývoj probíhá ve třech etapách. První etapou je zvažování možnosti sebevraždy, následuje vnitřní spor, zda a jak život ukončit (stadium ambivalence), který vyústí do třetí etapy definitivního rozhodnutí o ukončení vlastního života. Každý sociální pracovník by měl vědět o triádě presuicidálního syndromu:

- První fáze stažení se do sebe.
- Druhá fáze agresivních impulzů. Nejprve tyto impulzy směřují navenek a následně do sebe.
- Suicidální fantazie.

## **2.8 Zanedbávání, zneužívání a týrání seniorů**

Problematika zanedbávání a týrání seniorů není společností tolik diskutovaná jako týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, přesto se o tomto fenoménu začíná v posledních letech věnovat více pozornosti. Média nás čím dál častěji informují o odhalení násilí na starém člověku a následně upozorňují na existenci tohoto problému ve vyšší míře - tyto jevy bohužel nejsou ojedinělé. Jsou různé formy EAN (Elder Abuse and Neglect), některé z nich mohou být způsobeny zneužíváním (nadužíváním i nedostatečným užíváním) léků a návykových látek. Každá z forem EAN může mít za důsledek škodlivé chování seniora - může být příčinou zneužívání a závislosti na lécích a návykových látkách a v některých případech také důvodem sebevraždy. Kalvach (2008) formy EAN popisuje následovně:

- Tělesné týrání je dle WHO *způsobování bolesti či zranění, fyzický nátlak a fyzické či lékově navozené omezování*. Jedná se o záměrné působení bolesti nejčastěji bitím, škracením, cloumáním či srážením k zemi, ale také kopáním, pálením, vystavováním chladu, včetně mytí studenou vodou. Jako způsob tělesného týrání může být užito také

odpírání jídla (takové jednání vede k malnutrici, tedy podvýživě, což může způsobit neočekávané reakce na podávané léky), léků či ošetření při bolesti. Zvláště v ústavech pak hrozí užívání omezovacích prostředků jako je kurtování a neodůvodněné podávání psychofarmak (Kalvach a kol., 2008).

- Citové a psychické týrání charakterizuje WHO jako *působení duševního utrpení*. Tato forma týrání má podobu verbální agrese, urážení, ponižování, znejišťování či vyhrožování. Patří sem také likvidování a poškozování předmětů pro týraného seniora citově významných či agrese proti domácím zvířatům. Může se jednat také o bránění v sociálních kontaktech (vedoucí k osamělosti) a omezování pohybu. Závažnou formou citového a psychického týrání je omezování autonomie, soukromí a rozhodovacích kompetencí, k čemuž může docházet především v institucích (Kalvach a kol., 2008).
- Sexuální obtěžování a zneužívání ve stáří sice není problémem příliš častým, ale jistě ne zanedbatelným. WHO tuto formu EAN popisuje jako *nedobrovolný sexuální kontakt jakéhokoli druhu, kterému je vystaven starý člověk*. Nejběžnější je obtěžování a zneužívání mezi klienty v ústavní péči, kdy za rizikové pachatele takového chování jsou považováni senioři zneužívající alkohol či jiné návykové látky. Desmarais a Reeves (2007 in Kalvach a kol., 2008 s. 252) upozorňují také na sexuální obtěžování ze strany pečovatелů v ústavní i domácí péči a sexuální zneužívání a násilí v partnerském životě seniorů (Kalvach a kol., 2008).
- Finanční a materiální zneužívání je velmi častou formou EAN. Dle WHO jde o *protiprávní či nepřiměřené využívání či přivlastňování majetku a zdrojů starších osob*. Užíváno je při tom vynucování peněz včetně neoprávněných poplatků za sociální služby, vynucování změny závěti, nevýhodné převody majetku (v ČR nejčastěji nemovitostí a bytů). Těmito praktikami se senior může dostat do tíživé životní pozice jako je bezdomovectví a závislost na sociální pomoci (Kalvach a kol., 2008).
- Zanedbání péče je WHO charakterizováno jako *odpírání či selhání pečovatelské (ošetřovatelské) závazky, bez ohledu na to, zda jde či nejde o vědomý a úmyslný pokus způsobit starému člověku tělesné či duševní potíže a ohrožení*. Nejčastěji popisovanými důsledky zanedbání péče jsou dekubity (proleženiny). Závažnou formou je osamělost, která je na hranici zanedbávání (Kalvach a kol., 2008).
- Zanedbání péče o sebe sama (self-neglect) je životním stylem, kdy senior nedodrží základní hygienické a sociální normy. Tento stav může být důsledkem asociálního způsobu života v mladším věku, často závislosti na alkoholu. Druhým důvodem



takového jednání může být neschopnost či nezájem o zvládnutí situace ve stáří. Jedná se o těžkou formu maladaptačního syndromu, kterou Hanisková (2007 in Kalvach a kol., 2008 s. 253) považuje za *stařecké zhroucení*. Zanedbání péče o sebe sama jako způsob života se obvykle vyskytuje u osob bez příštěší s nízkou schopností či motivací dodržovat společenské normy a nechutí svůj současný stav změnit. Rozsáhlá studie v USA konstatuje, že u osob se self-neglect se často vyskytuje závislost na návykových látkách (Kalvach a kol., 2008). Vzhledem k tomu, že okolí se často cítí těmito osobami ohroženo, upozorňuje v této souvislosti Baštecký (2004 in Kalvach a kol., 2008 s. 254) na vyšší hrozbu nedobrovolné institucionalizace než u jiných obětí EAN.

- Diogenův syndrom je chápán jako „*geriatrická varianta obsedantně kompulzivních rysů osobnosti projevujících se nadměrným shromažďováním předmětů, tzv. syllogomanií*“ (Kalvach a kol., 2008 s. 254). Tento jev byl poprvé pojmenován ve Velké Británii a jeho rysy byly popsány (Clark a kol. in Kalvach a kol., 2008 s. 254) jako: zanedbávání zevnějšku, záliba ve špíně a nečistotě, sběr a hromadění zbytečného odpadu, nedůvěřivost a sociální izolace, aktivní odmítání sociálních služeb, obvykle normální či nadprůměrný intelekt, často původně vyšší společenský statut (včetně vyššího vzdělání), mnohdy sběratelské rysy v mladším věku, špatná prognóza z hlediska přežití. Přestože je uváděn jako jeho podjednotka, od self-neglect se tento syndrom liší především zachovalostí intelektu a původně vyšším sociálním statutem i nutkavostí hromadění.
- Nevhodné jednání (mistreatment) je obvykle souhrnné označení pro všechny formy EAN, ale někdy se takto nazývá skupina mírnějšího nevhodného chování a postojů negativně seniory ovlivňujících. V tomto případě se jedná např. o hyperprotektivní péči, také ageismus, sociální exkluzi či segregaci. V ústavní péči bývá často důsledkem nevhodného jednání iatrogenní poškození či nerespektování specifických potřeb geriatrických pacientů (Kalvach a kol., 2008).

Ať už se jedná o jakoukoli z výše uvedených forem zanedbávání, zneužívání a týrání seniorů, vzhledem k již uvedeným faktům o problematice zneužívání léků a návykových látek ve stáří je patrná souvislost mezi těmito dvěma fenomény. Jako následky špatného zacházení se seniory jsou často popisovány deprese, stavy úzkosti i poruchy spánku. Jednotlivé podoby EAN mohou být tedy jasnou příčinou škodlivého užívání a závislosti na návykových látkách, kdy se sám senior snaží svým chováním uniknout trýznivé realitě (v nejhorším případě i sebevraždou). Zneužívání léků a návykových látek však může být pro EAN také prostředkem. Tím se stává za předpokladu, že týrající buď podává seniorovi příliš velké množství

nežádoucích látek či mu nedopřává dostatečné množství látek žádoucích. V neposlední řadě uváděné formy EAN nepřímo ovlivňují reakce organismu týraného jedince na užívané látky. Především malnutrice může způsobit nežádoucí reakce na léky a ohrozit život již tak těžce zkoušeného seniora.

## 2.9 Kombinované užívání alkoholu a léků

Alkohol, spolu s nikotinem nejrozšířenější a nejlépe dostupná „droga seniorů“, vstupuje do interakce s léky, které bere, jak již bylo řečeno, téměř každý senior, a tím jejich účinek buď zesiluje, nebo snižuje. V důsledku interakce alkoholu a léků může dojít i k reakci, kterou by ani jedna z látek sama o sobě nevyvolala; může být uživatelem způsobena nechtěně nebo záměrně z různých důvodů - zesílení účinku (běžné u kombinací alkoholu a tlumivých léků) či zmírnění nežádoucích účinků užívaného léku. Samostatným důvodem ke kombinování alkoholu a léků je suicidium (jak dokládá kazuistika v kapitole 2.10). Významná je také interakce, ke které dochází kombinací alkoholu a tabáku a to díky tomu, že obě látky jsou karcinogenní. Z tohoto důvodu je riziko nádorových onemocnění vyšší u lidí, kteří užívání alkoholu a tabáku kombinují (Nešpor a Csémy, 1999).

Víme, že starší lidé bývají často léčeni více léky současně, proto u nich alkohol „vstupuje do velmi nepřehledného farmakologického terénu“ (Nešpor a Matanelli, 2011 s. 1). Jak již bylo uvedeno výše, mnoho seniorů si fakt, že se alkohol nesnáší s užívanými léky, uvědomuje a z tohoto důvodu přestává pít.

Ze své praxe uvádí Nešpor (2002b) fakta, která lze aplikovat na problematiku kombinování alkoholu a léků ve stáří:

- Souběžná závislost na alkoholu a jiných látkách je typická spíše u žen, které alkohol nejčastěji kombinují s tlumivými léky.
- Požití alkoholu může omezit sebeovládání nejen u závislých na alkoholu, ale i u závislých na jiných návykových látkách a tím zvýšit riziko recidivy.
- Alkohol je často užíván k mírnění odvykacích potíží, což může vést ke kombinované závislosti na více návykových látkách.
- Alkohol je mnohdy užíván jako náhradní látka místo prostředku, který z nějakého důvodu závislý brát již nechce nebo nemůže (jak dokazuje kazuistika v kapitole 2.3, kdy pacient z obavy ze závislosti na lécích upřednostnil vybudování si závislosti na alkoholu).

Interakce léků a alkoholu je v ČR častějším problémem než v jiných zemích především díky tomu, že spotřeba alkoholu je zde jedna z nejvyšších ve světě. Alkohol a mnohé léky jsou snadno dostupné a lidé, kteří je kombinují, si mnohdy neuvědomují závažné následky svého chování.

## 2.10 Jiné závislosti ve stáří

Tato práce se zabývá škodlivým užíváním a závislostí na lécích a látkách, které jsou se stářím nejčastěji spojovány. Senioři však často podléhají i jiným závislostem a škodlivému chování.

V tomto kontextu se lze nejčastěji setkat s gamblingem, tedy patologickým hráčstvím. V nejvyšší míře se jedná o závislost na hracích automatech, přičemž toto chování typicky souvisí se škodlivým užíváním alkoholu (Krombholz a Drástová, 2010). Stejně jako jiné škodlivé chování má i gambling ve stáří své specifické rysy a rizika (Nešpor, 2011):

- Ve stáří se objevuje častěji souvislost se zátěžovou životní situací. Tato skutečnost, jak již bylo uvedeno, se týká jak hazardu, tak i zneužívání léků a návykových látek.
- Takto postižení senioři často trpí samotou a sociální izolací, což mimo jiné znesnadňuje včasné odhalení jejich problému.
- Následné deprese „z prohry“ bývají častější, než u mladší generace.
- Nebezpečným rysem v patologickém hráčství seniora může být postižení kognitivních funkcí, menší pružnost myšlení a někdy i naivita ve finančních záležitostech.
- Staří lidé často mají problém s naplněním volného času. Vzhledem k dostupnosti a propagaci hazardu v ČR je pro ně takové trávení času mnohdy lákavé. Dle mého názoru je třeba v souvislosti s tímto faktem upozornit na skutečnost, že jiné aktivity pro občany vyššího věku jsou na většině míst v ČR velmi omezené a tím stát nevědomky přispívá ke škodlivému chování této generace.
- Senior mívá obvykle větší obtíže se splácením dluhů z hazardu, díky svému sníženému pracovnímu potenciálu a závislosti na sociálních dávkách.

Stejně jako v případě škodlivého užívání a závislosti na návykových látkách, má i gambling své příznivce mezi seniory rozdělené do dvou skupin (Nešpor, 2011):

- Senioři, kteří měli problém s hazardem už v mladším věku. Mezi touto skupinou jsou častější sociální problémy plynoucí z tohoto chování (např. dluhy).

- Senioři, kteří začali hazardně hrát až ve stáří. Pro tuto skupinu nejsou typické výrazné sociální problémy, ale častěji se objevují úzkostné stavy související s tímto chováním.

Pro pomoc takto postiženým seniorům je důležité si uvědomit výrazné sociální důsledky, které s sebou patologické hráčství přináší a je třeba takto vzniklou nepříznivou situaci řešit. Stejně jako u jiných závislostí má i senior potýkající se s gamblingem tendenci recidivovat pod tíhou nepříznivé životní situace či si dokonce sáhnout na život, jak dokládá následující kazuistika (Krombholz a Drástová, 2010):

*Pacient, 70 let. Přijatý k 1. hospitalizaci v PL po krátkém pobytu na spádovém interním oddělení, kde byl krátce léčen po intoxikaci léky a alkoholem v sebevražedném úmyslu poté, co prohrál v automatech 90 000 Kč během tří dní. Pacient je dosud pracující jako OSVČ, vyučen obkladačem, rozvedený, má přítelkyni, bydlí však ve svém bytě. Dle sdělení přítelkyně a syna je u pacienta problém s hráčstvím řadu let, na psychiatrii se dosud nikdy neléčil. Vydělává i při důchodu slušné peníze, které ale většinou „nahází do bedny“. Syn pacienta odhaduje, že hráčstvím přišel v posledních asi 7 letech o několik set tisíc korun, možná i přes milion. Když hraje, tak také pije alkohol – destiláty. Pacient při přijetí verbalizuje náhled na okolnosti sebevražedného pokusu, rovněž i na své hráčství. Jako motiv TS udává obavy, že ho přítelkyně opustí, když zjistí, že zase prohrál velké peníze, mnohokrát jí už slíbil, že toho nechá. Tak spolykal vše, co doma našel, asi 34 tablet Coxtralu, 60 tbl. Fokusinu, který bere na prostatu, a zapil to lahví slivovice. Stydí se za to. Pacient v průběhu dvouměsíční hospitalizace docházel na specializované hráčské skupiny v rámci AT oddělení, byla mu nasazena antidepresivní léčba citalopramem. Před propuštěním deklaroval úplný náhled problému, byl předán do psychiatrické ambulance s tím, že i nadále bude navštěvovat hráčské skupiny již ambulantně. Přítelkyně i rodina pacienta přijaly, a pokud je nám známo, v průběhu posledního roku nedošlo k recidivě.*

Tato kazuistika přímo dokládá hned dvě předchozí tvrzení: sebevraždy nejsou ve stáří nic neobvyklého, senioři často disponují nejrůznějšími druhy léků. Je obtížné poznat, zda byl u pacienta pokus o sebevraždu výsledkem skutečnosti, že deprese z prohry je u starších hráčů častější. V každém případě je zde patrný strach ze samoty a opuštění, ke kterému mělo dojít, protože nedodržel slib přítelkyni a opět prohrál peníze.

### 3 PŘEKONÁNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ A NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE STÁŘÍ

*„Při léčení starších a starých alkoholiků si zpravidla neklademe za cíl dosažení úplné abstinence. Na rozdíl od mladších nemocných dovedou starší alkoholici mnohdy omezit pití alkoholu na společensky únosnou míru, i když si neodvyknou úplně. Výsledek protialkoholického léčení starého člověka závisí hlavně na úspěchu naší snahy přimět nemocného k aktivnímu způsobu života. U starších nemocných se spokojíme s omezením konzumu alkoholu na přijatelnou míru“ (Kvapilík a kol., 1985 s. 47).*

I přes výše uvedené tvrzení je třeba se léčbě závislosti na alkoholu i jiných návykových látkách věnovat i u starých lidí. Od léčby mladších pacientů se v mnohém liší a pro úspěšnost celého procesu je podstatné si tyto rozdíly uvědomovat. Specifika, která je třeba mít na paměti při pomoci lidem s překonáním závislosti na návykových látkách, uvádí Nešpor (2010):

- Je nutné respektovat pomalejší tempo starých lidí.
- U těžkých poruch paměti a orientace je třeba dbát o bezpečnost postiženého i jeho okolí. Někdy je zapotřebí učinit v tomto směru právní kroky (např. omezení způsobilosti). Při léčbě závislých pacientů vyššího věku s poruchami paměti je užitečný trénink paměti či léky zlepšující metabolismus mozku.
- Pro dlouhodobou stabilizaci stavu je důležité pomoci staršímu pacientovi vytvořit fungující síť sociálních vztahů. Pokud je to možné, je třeba zapojit širší rodinu, která může postiženého k překonání škodlivých návyků motivovat. Dobré je rozšířit i síť vrstevníků.
- Vhodné je také pomoci při adaptaci na nové situace, např. podporou uplatnění specifických dovedností a schopností.
- Je dobré zvolit přiměřenou fyzickou aktivitu, která zlepšuje nejen tělesný, ale také duševní stav a paměť.
- Výsledky léčby závislostí ve vyšším věku mohou být pozitivně ovlivněny zlepšením životního stylu pacienta, jako je užívání nefarmakologické alternativy léčení bolesti, kvalitní stravovací návyky a dostatek tekutin a také pozitivní záliby.

### **3.1 Formy léčby závislosti**

V ČR lze formy léčby závislosti rozdělit dle typu na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a ústavní (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny). Podle délky trvání léčby na krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců).

Z hlediska délky trvání léčby závislostí u seniorů je upřednostňována spíše léčba krátkodobá. Je to opět z důvodů snížení adaptability ve stáří. Pokud starý člověk na příliš dlouho dobu opustí své prostředí, má po propuštění z léčby větší problém zařadit se zpět do svého života (Drástová – ústní tvrzení, 2011).

Z rozhovoru s MuDr. Drástovou dále vyplývá, že recidiva je u závislých mezi seniory stejně častá jako u závislých mladšího věku. Zmapovat celou situaci procentuálně je ale obtížné, neboť údaje jsou zkresleny tím, že není neobvyklé, když starý člověk ještě před návratem do léčby umírá (Drástová – ústní tvrzení, 2011).

### **3.2 Prevence závislosti**

Skutečnost, že je člověk tvorem bio-psycho-sociálně-spirituálním, dává východiska také pro prevenci závislosti na návykových látkách. Všechny složky člověka je nutné vnímat jako celek a takto k nim přistupovat i v případě intervence na úrovni prevence primární, sekundární i terciární, které by tedy měly být pojímány komplexně.

Cílem primární prevence je podpora zrání jedince tak, aby odolal různým nebezpečím při hledání vlastní identity a podpora jeho bio-psycho-sociálně-spirituálního celku (Kudrle in Kalina a kol., 2003). Prevence závislosti ve stáří je tedy snaha o co největší minimalizaci škodlivých reakcí na životní změny a podpora zdravého stárnutí.

Biologickým předpokladem primární prevence je starost o výživu a fyzické zdraví, včasná léčba nemocí, prevence úrazů (např. kompenzačními pomůckami) a celková snaha o co největší zachování zdraví ve stáří. Mezi psychologickými předpoklady zneužívání návykových látek je často uváděna absence vlastního programu. Primární prevence by tedy např. měla zajišťovat možnosti aktivit ve stáří, aby senioři měli příležitost kvalitně naplnit svůj volný čas. Primární prevence závislosti na návykových látkách v oblasti sociální by měla zabráňovat především sociálnímu vyčlenění seniorů a negativním sociálním faktorům, jako je

např. ageismus<sup>11</sup>. Za rizikový faktor ve spirituální složce osobnosti je považována především absence smyslu života a duchovních hodnot. Primární prevence má zabránit této spirituální bolesti seniorů.

Sekundární prevence se zabývá především léčbou osob, u kterých již závislost vznikla. Kudrle (in Kalina a kol., 2003) popisuje jednotlivé části léčby, které je třeba uplatnit v sekundární prevenci drogových závislostí především v mladší generaci. Pro seniory lze konkrétně využít především tyto:

- Zastavení užívání.
- Detoxikace v širším smyslu slova, která zahrnuje také detoxikaci vztahů, prostředí a návyků.
- Pohled zpět na uplynulé události. Především je důležité si uvědomit, jak závislost ovlivňovala kvalitu života a vztahy s okolím.
- Konfrontace se škodlivými faktory v prostředí, které mohly způsobit závislost. Hlavní je dle mého názoru zjistit, co vedlo k tomu, že závislost vznikla. Příkladem může být závislost na anxiolytikách užívaných proti úzkosti způsobené EAN.
- Konfrontace s negativními výsledky vlastní závislosti pro okolí. Pokud zneužívání návykové látky narušilo vztahy s okolím, je třeba toto narušení především rozpoznat a dále mu čelit.
- Hledání smyslu života a životních hodnot. Přestože starý člověk během svého stárnutí postupně ztrácí mnoho z toho, co celý život budoval, nemusí nutně ztratit smysl celého života. Je třeba nalézt cestu, jak své hodnoty přeměřovat ke spokojenému stáří bez užívání návykových látek.

Léčbu je vždy třeba zaměřit na biologické, psychologické, sociální i spirituální předpoklady, kvůli kterým závislost vznikla (Kudrle in Kalina a kol., 2003).

Biologické předpoklady lze také rozdělit na ty, kvůli kterým závislost vznikla (bolest často vede ke zneužívání analgetik, nespavost může způsobit nadužívání hypnotik apod.), a na ty, které způsobují pokračování užívání, tedy nepříjemné fyzické komplikace při odvykání. Pro sekundární prevenci na úrovni psychologické je třeba znát psychologické problémy jedince, které k závislosti vedly. Tyto problémy je třeba v rámci léčby co nejvíce eliminovat. Sociální úroveň sekundární prevence zahrnuje např. kontakt s úřady, kdy právě tato složka

---

<sup>11</sup> Ageismus je diskriminace na základě věku. Nejčastěji jsou za oběti ageismu považováni staří lidé, ale diskriminování mohou být i příslušníci mladších generací.

výrazně ovlivňuje úspěšnost celé léčby. Pokud totiž senior podlehl závislosti pod tíhou nepříznivé sociální situace (např. ztráta bydlení), je třeba tuto situaci řešit spolu se samotným odvykáním látky, protože jinak je třeba počítat s recidivou. Spirituální úroveň léčby se zaměřuje na „*aspekty životního smyslu nebo údělu, na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti a soucítění, pokory a respektu k tomu, co přesahuje vlastní Já*“ (Kudrle in Kalina a kol., 2003 s. 147). Tato úroveň zahrnuje např. formy terapeutických skupin jako jsou Anonymní alkoholici nebo již zmiňované církevní sbory - jako podporu nejen spirituální jednoty a zdraví starého člověka.

Posledním stupněm prevence je předcházení zdravotním i sociálním poškozením vzniklým užíváním návykových látek, tedy prevence terciární. Je zde uplatňován především sociální přístup a to poskytnutí konkrétní pomoci jako je např. zajištění pobytu v residenčním zařízení.

Prevenici (zvláště primární) závislosti na návykových látkách je věnována velká pozornost. Hlavní cílovou skupinou jsou však děti a na seniory se v této souvislosti spíše zapomíná. Dle mého názoru jsou ale právě senioři přinejmenším stejně rizikovou částí populace jako děti. Je třeba fenomén zneužívání léků a návykových látek ve stáří zviditelnit, aby se pomocí primární, sekundární i terciární prevence podařilo této problematice kvalitně čelit.



## 4 ROZHOVOR

V rámci ověřování teorie v praxi jsem dne 12. 7. 2011 navštívila Příjmové oddělení pro ženy a muže nad 65 let (pavilon 29) v Psychiatrické léčebně Bohnice. Zde jsem uskutečnila rozhovor se zdravotně sociální pracovnící oddělení M. Š.

Paní M. Š. na tomto oddělení, které má celkový počet 68 lůžek, pracuje 6 let. V roce 2003 dokončila magisterské studium oboru psychosociálních studií na Husitské teologické fakultě, které si v roce 2005 rozšířila dle podmínek získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Jako zdravotně sociální pracovníce na oddělení gerontopsychiatrie má s problematikou zneužívání léků a návykových látek ve stáří praktické zkušenosti, o které se se mnou v rozhovoru ochotně podělila.

Jak byste z Vaší praxe charakterizovala seniory se závislostí na lécích nebo návykových látkách?

*„Nejprve bych je rozdělila do dvou skupin. V první skupině jsou senioři, kteří do toho spadli kvůli své životní situaci (jsou v důchodu, jsou osamělí, mají různé problémy). Ve většině to pak řeší léky, hodně berou anxiolytika, hypnotika. Tato skupina se dá dále rozdělit na dvě podskupiny. V té první jsou senioři, kteří mají fungující rodinu. Problém je v tom, že i přes to se mohou cítit sami. Staří lidé vyžadují extrémní pozornost rodiny, ale ta u nich nemůže být pořád. Pamatuji si na pacientku, za kterou dcera jezdila 4x týdně, ale i to pro ni bylo málo. Dcera si ale vzhledem ke svému životu nemohla dovolit matku navštěvovat častěji a ta se pak, i přes dceřin zájem, cítila sama. Jedna pacientka zase svému synovi, který bydlel 100 km daleko, volala každý den, aby za ni přijel na návštěvu. To pro něj však nebylo možné, protože nemohl odjet z práce. Naučila jsem se lidi nesoudit. Opravdu nikdo neví, v jakém stavu jsou rodinní příslušníci pacienta (jestli třeba sami nemají zdravotní problémy) a jak pro ně je a není možné se o své babičky nebo dědečky starat. Nikdy ani nemůžeme vědět, jak se daný senior choval za svého mládí jako rodič. Těžko můžete chtít po dítěti, kterého matka opustila v dětství, aby se o ni ve stáří postaral. Druhou podskupinou jsou pak senioři, kteří jsou skutečně sami. Když se k takovému stavu přidá například imobilita, často to vede k zobání různých léků. U mužů více k alkoholismu.“*

*„Ve druhé skupině jsou pak alkoholici vypítí už od mládí. Jsou sem expedováni z AT oddělení. Jsou to ve větší míře muži, žen je o něco méně, mají tendenci spíše nadužívat léky. Tihle lidé mají zničené sociální zázemí a vztahy. Často jsou bezdomovci, dlužníci. Alkoholismus samozřejmě popírají.“*

Máte k pacientům patřícím do druhé skupiny odlišný vztah?

*„Abych řekla pravdu, mám s tím docela etický problém. Tihle alkoholici naslibují hory doly, vy mu všechno zařídíte a za týden je tu znovu. Zařídím péči a oni si ji pak neváží a jenom toho zneužívají. Je tady třeba jeden pacient na 36. pobytu kvůli alkoholismu. Já bych byla pro „tříkrát a dost“. Tenhle problém řeší všichni: sestry, lékaři. Na interně dávají za těžké peníze dohromady nějakého alkoholika, který jde po propuštění zase pít. V dnešní době je ve zdravotnictví všechno hodně drahé a nedostává se peněz a tihle lidi se sami z vlastní vůle ničí. Potom nejsou peníze na léčení někoho, kdo za svou nemoc nemůže.“*

Myslíte, že by recidivě zabránila nějaká sociální služba, která by se zaměřovala přímo na seniory se závislostmi?

*„To záleží. Pokud je zneužívání léků nebo alkoholu důsledkem samoty, můžu doporučit kluby seniorů nebo asistenční službu. O kluby ale většinou tihle lidé nemají zájem. S asistenční službou je zase problém v tom, že ne vždycky se klientovi asistent zamlouvá. Asistenty dělají dobrovolníci, často i senioři (spíše ženy), kteří jsou ještě aktivní. Starou paní moc nezajímá, když si s ní přijde podívat mladá slečna, která má dredy. Nebo by naopak potřebovala někoho takového a místo toho k ní přijde stará paní a chce si povídat o vnoučatech.“*

Bylo by tedy lepší rizikové seniory posílat do specializovaných residenčních zařízení?

*„Je časté, že odtud lidé nechtějí domů, protože se bojí samoty. Nejprve se domů sice těší, ale jak nastane realita odchodu, vymýšlejí si důvody, proč by tady měli zůstat nebo chtějí přímo do domova důchodců. Na domovy je ale dlouhá čekací doba a některé jsou drahé, a domovy pro psychiatrické pacienty jsou jenom 3, takže čekací doba je okolo 10 let. Dalším problémem je také to, že seniora s diagnostikovanou závislostí (hlavně na alkoholu) do klasického domova důchodců vůbec nechtějí přijmout. Závislost na omamných látkách a na alkoholu je uváděno doslova jako kontraindikace k přijetí.“*

## 5 DD SLOUP ODDĚLENÍ „B“ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

V rámci praktického šetření problematiky seniorů závislých na alkoholu jsem navštívila Domov důchodců Sloup v Čechách, jehož součástí je oddělení pro psychotiky a lidi závislé na alkoholu - Oddělení „B“ se zvláštním režimem. Kapacita tohoto oddělení je 19 lůžek (jedno a dvoulůžkové pokoje a jeden třílůžkový). Klienty oddělení jsou muži ve věku 50 – 79 let, kteří sem byli umístěni z důvodů sociálních či zdravotních na základě diagnostikované závislosti na alkoholu.

Od roku 2005 se oddělení řídí novými „Pravidly bydlení“, kterými vedení oddělení cíleně dosáhlo změny předchozího stavu. Před úpravou pravidel často docházelo k alkoholovým excesům klientů, které však vedení oddělení nemohlo úspěšně řešit sankcemi (např. propuštěním z domova). Předchozí pravidla zakazovala klientům donášku alkoholu na půdu domova a tak konzumovali alkohol mimo areál v nedalekých hospodách či před obchody s potravinami a na oddělení se vraceli v opilosti. Z tohoto hlediska nejhorším obdobím v měsíci bylo vyplácení důchodů, kdy se většina klientů opíjela i po několik dnů, dokud nevyčerpali všechny své peníze. Na tento stav si opakovaně stěžovali obyvatelé Sloupu v Čechách, kteří vedle negativního morálního ovlivňování mládeže a vandalismu upozorňovali i na krádeže, ke kterým se závislí klienti mnohdy uchýlovali, aby získali více peněz na alkohol. Dalším problémem byl také fakt, že klienti se mnohdy na oddělení vraceli s různými poraněními, které si v opilosti způsobili, a v několika případech došlo dokonce k těžkému ublížení na zdraví a vyhrožování spolubydlícím i členům personálu. Vzhledem k tomu, že klienti necítili nebezpečí sankce, popisované chování se často opakovalo.

Stávajícímu stavu se vedení oddělení rozhodlo čelit vytvořením nového pracovního týmu, nových „Pravidel bydlení“ a také tvorbou aktivizačního programu klientů.

**Pracovní tým oddělení „B“** se skládá z jednoho vedoucího pracovníka, čtyř pracovníků sociální péče (2 muži a 2 ženy) a uklízečky. Od počátku své existence (v roce 2005) prošel celý tým supervizí vedenou psycholožkou. Cílem této supervize bylo vzdělání a podpora pracovníků pro lepší pochopení specifických situací, ke kterým díky složení klientů na oddělení může docházet. Zásadním cílem supervize bylo naučit pracovníky řešit tyto situace a případné konflikty komunikací vedoucí k hlubšímu porozumění problému klientů. Během supervize byly nastavovány modelové sociální situace, ve kterých pracovníci trénovali příslušné způsoby chování. Další součástí celého procesu byl také team-building, během kterého se jednotliví členové týmu učili vnímat se navzájem. Důležitým bodem byla také

změna přístupu pracovníků ke klientům – komplexní péče byla nahrazena přístupem, který měl klienty motivovat k co nejmenší závislosti na službě pracovníků ústavu.

Dalším krokem ke změně nežádoucího stavu na oddělení bylo vytvoření nových **Pravidel bydlení**. Jednotlivé body pravidel, vytvářených pracovním týmem, byly konzultovány přímo s klienty oddělení. V průběhu jednoho roku byli klienti s pravidly seznamováni a byl jim dán prostor k reflexi a diskusi nad změnami, čímž se na tvorbě pravidel mohli sami aktivně podílet. V roce 2006 byla nová Pravidla bydlení oddělení „B“ aplikována.

Nově vzniklá pravidla definovala cílovou skupinu klientů a konkrétně pojmenovala poslání oddělení. Jako **cílová skupina** byli určeni muži od 50 let věku v plném invalidním nebo starobním důchodu v nepříznivé sociální situaci trpící závislostí na alkoholu a takovými psychickými poruchami, které neomezují klienta v dodržování pravidel bydlení. **Poslání** oddělení byla definována v několika bodech, z nichž nejdůležitějšími jsou:

- Podporovat klienty v soběstačnosti, dovednostech, sebeobsluze, odpovědnosti za své chování, v samostatném rozhodování a seberealizaci.
- Podpora při zvládnutí závislosti na alkoholu a dovednosti žít s psychickou poruchou, motivování klienta k co nejmenší závislosti na službě, popřípadě k jeho odchodu do své vlastní domácnosti nebo návazné služby.
- V případě potřeby klienta poskytnutí doživotního ubytování.
- Snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů - poskytnout klientům důstojnou službu dle individuálního plánu a Smlouvy o poskytování sociální služby.

Konkrétní pravidla bydlení (domovní řád) upravují zásady, kterými se klienti domova musí řídit. Prvním pravidlem je „**Desatero**“ stanovující jasné mantinely pro klienty oddělení „B“ (Hašek a kol., 2008 s. 3):

1. *Jsem tu dobrovolně, snažím se být plně odpovědný za své jednání a mohu kdykoli odejít.*
2. *Žiji ve skupině, respektuji rozhodnutí skupiny, jednotlivce a týmu.*
3. *Podílím se na potřebách skupiny.*
4. *Plním své určené povinnosti, funkce a činnosti dle individuálního plánu.*
5. *Jsem zodpovědný za spoluvytváření a plnění individuálního plánu.*
6. *Jsem dochvilný, respektuji čas ostatních.*

7. *Neužívám v areálu domova alkohol ani jiné drogy, nedonáším je sobě ani ostatním do domu, neohrožuji svým pitím alkoholu ostatní klienty, v areálu domova se pohybuji pouze ve střízlivém stavu.*
8. *Kouřím pouze tam, kde je to dovoleno.*
9. *Neublížuji lidem ani zvířatům.*
10. *Dodržuji pravidla bydlení.*

„Desatero“ je pilířem spokojeného bydlení na oddělení „B“ a klienti je mají stále na očích hned naproti vstupním dveřím.

Následující pravidla upravují příjem a ubytování klientů, zmocnění zaměstnance domova, roli klíčového pracovníka na oddělení, individuální plán, odpovědnost za škodu, stravování, přechodný pobyt mimo domov, vycházky mimo areál domova během jednoho dne, výbor obyvatel a stravovací komise. Dále objasňují možnosti a povinnosti zdravotní a ošetrovatelské péče, definují klientovi povinnosti týkající se hygieny, vymezují dobu klidu na oddělení, návštěv a stanovují orientační denní časový program. Pravidla bydlení také objasňují smysl a strukturu setkání skupiny, motivace a aktivity klientů, popisují konkrétní funkce a činnosti klientů oddělení a vymezují podmínky provádění zájmové a dobrovolné činnosti. Popisují strukturu a složení personálu, jeho role a kompetence a také jeho etické minimum. Obsahují také všechny možnosti klientů, jak podat připomínky, stížnosti, odmítnutí pravidel a služeb a definují výčet hrubých porušení Pravidel bydlení, restriktivní opatření a nápravné opatření. Dále definují možnosti ukončení pobytu v domově a to jak ze strany klienta, tak ze strany organizace. Závěrečná ustanovení obsahující fakta týkající se nabytí účinnosti Pravidel bydlení, nutnost seznámení se s Pravidly bydlení každého klienta, možnost případných změn Pravidel bydlení ze strany organizace a dále seznam organizací a jednotlivců, které podpořili vznik těchto pravidel.

Posledním krokem změny byla **tvorba aktivizačního programu klientů**. Cílem tohoto kroku bylo vytvoření volnočasových aktivit pro klienty a to za jejich spolupráce, aby tyto aktivity pokrývaly jejich zájmy a přání. Celý proces trval jeden rok, během kterého mezi sebou pracovníci a klienti diskutovali a dle možností a okolností různé aktivity uskutečňovali. Některé aktivity se u klientů neosvědčily a víckrát nebyly opakovány, některé se pak v programu oddělení ustálily. Aktivitami klientů oddělení „B“ jsou:

- Pracovní aktivity (práce pro domov, práce pro obec, práce pro externí organizace, rukodělné práce).
- Zahradničení.

- Vzdělávání (např. PC kurzy, hudební kroužek).
- Stolní hry (převážně „Člověče nezlob se!“).
- Sportovní disciplíny (např. turistika).
- Trénink paměti (tento bod aktivizačního programu se mezi klienty oddělení příliš neujal).
- Péče o zvířata.
- Kulturní akce (např. divadelní představení, taneční zábavy).
- Zvláštní aktivitou je psaní kroniky, kterého se dlouhodobě ujal jeden z klientů.

Všechny realizované i chystané aktivity jsou vždy zapisovány do knihy, která je součástí dokumentace oddělení. Kromě těchto aktivit zde pracovníci popisují také sledovaný zájem, úspěchy a neúspěchy u nově zkušných činností a návrhy na program pro další dny. Součástí této knihy je pravidelné hodnocení uplynulého týdne vedoucím sociálním pracovníkem.

V současné době je oddělení „B“ DD Sloup jedním z mála specializovaných pracovišť, která mají za cílovou skupinu seniory s diagnostikovanou závislostí na alkoholu. Pracovníci oddělení si uvědomují veškerá specifika, která jim stanovená cílová skupina a poslání ukládají, a jejich výsledky v péči o takto zvláštní klientelu jsou kvalitní. Zároveň vnímají i skutečnost, že takto postižených klientů je v běžných residenčních zařízeních pro seniory větší množství, než jsou tomuto podobná pracoviště schopna pojmout, a proto se snaží v této oblasti o osvětu; ta probíhá ve formě seminářů pro odborné pracovníky i veřejnost.

## 5.1 Seminář „Problémový klient“

Z důvodu prohloubení znalosti problematiky závislosti na alkoholu ve stáří jsem navštívila odborný seminář: „Problémový klient“ Práce se seniorem závislým na alkoholu – domov se zvláštním režimem.

*Místo konání: Domov důchodců Sloup v Čechách, příspěvková organizace  
471 52 Sloup v Čechách, Benešova 1*

*Datum konání: 13. 5. 2011*

*Přednášející: Štěpán Hašek Dis., vedoucí oddělení pro psychotiky a alkoholiky v DD Sloup  
Bc. Jakub Horák, sociální pracovník*

Přednáška akreditována Českou asociací adiktologů a Asociací klinických psychologů.

Seminář byl založený na praktických zkušenostech v práci s klienty, kteří jsou závislí na alkoholu. Pozornost byla věnována možnostem umístění seniorů závislých na alkoholu v současném systému rezidenčních služeb, které s sebou nesou určitá specifika, např.: nastavení smlouvy a pravidel pro tyto klienty, důraz na aktivizaci a další konkrétní rozdíly od ostatních seniorů v rezidenčních zařízeních, kteří se nepotýkají se závislostí na alkoholu.

Vzhledem k již popsané praxi na oddělení „B“ uvádím pouze konkrétní body přednášky, které nebyly ještě zmíněny, nebo již zmíněné rozvádím. Důležitými tématy v práci se seniorem závislým na alkoholu v rezidenčním zařízení jsou (Hašek a Horák, 2011):

- **Kdo je závislý - „problémový klient.** Problémový klient má pochopitelně osobní problémy, kdy v tomto případě jimi jsou samotná závislost na alkoholu a z toho vyplývající bio-psycho-sociální důsledky. Je však důležité si uvědomit, že takovýto problémový klient problémy i sám způsobuje, především ovlivňováním ostatních pacientů. Z tohoto důvodu je dobré soustředit klienty závislé na alkoholu na jedno oddělení (v případě DD Sloup se jedná o oddělení B se zvláštním režimem). V situaci, kdy to z praktických důvodů nelze splnit, hrozí hned několik nebezpečí - těmi nejzávažnějšími jsou porušení smlouvy ostatních klientů a negativní působení na klienty neproblémové, kdy je klienti závislí na alkoholu motivují k pití. Hlavním problémem, kterému je třeba věnovat pozornost v souvislosti s problémovými klienty mezi obyvateli rezidenčních zařízení pro seniory, je jejich integrace mezi ostatní seniory.
- **Legislativní rámec a popis problematiky z hlediska možnosti umístění klientů.** Pro výše popsanou problematiku lze najít zakotvení v Zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhlášce 505/2006 Sb., konkrétně se jedná o § 50<sup>12</sup> a § 16 Domovy se zvláštním režimem.
- **Specifické nastavení smlouvy.** Velmi důležité je v případě klienta závislého na alkoholu specifické nastavení smlouvy o pobytu v rezidenčním zařízení. Tato smlouva musí nutně obsahovat následky, které klient ponese, pokud smlouvu poruší (nejčastěji opilostí). V opačném případě by nebylo možné konkrétně uplatnit následky pro klienta v případě nedodržení smlouvy, čímž by mohlo dojít ke ztrátě autority pracovníků oddělení. Tuto problematiku upravuje příloha č. 2 k vyhlášce č. /2006 Sb. obsahem standardů kvality sociálních služeb.

---

<sup>12</sup> V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo **závislosti na návykových látkách**, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. **Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.**

- **Zmocnění zaměstnance domova.** Jedno z Pravidel bydlení na oddělení je zmocnění zaměstnance domova, tedy opatření o hospodaření s penězi klientů. Po dohodě mezi vedením domova a klienty nebo v některých případech rozhodnutím soudu byly sedmi klientům oddělení „B“ kontrolovány finance zmocněnými pracovníky. Tento způsob dohledu nad penězi měl za výsledek úbytek excesů způsobených klienty v opilosti (v porovnání s minulostí) a případů zadlužování se. Rovněž nedocházelo k tomu, že by měli tito klienti nedostatek tabáku, kávy, hygienických potřeb apod. dny i týdny před výplatou důchodu.
- **Setkání skupiny.** Jedná se o pravidelná setkání klientů a zaměstnanců oddělení jednou týdně, která jsou rovněž popsána v Pravidlech bydlení. Velkou výhodou takového setkávání je, že si zde klienti mohou sdělovat své názory a zážitky a mohou diskutovat o událostech z předchozího týdne. Skupina reflektuje chování jednotlivců kladně i záporně dle situace. Dojde-li u některého klienta k prohřešku, skupina se společně domluví na trestu a úspěch jedince zase společně pochválí.

Seminář „Problémový klient“ byl pro mou práci velkým přínosem a jsem toho názoru, že by se podobných seminářů měli pravidelně zúčastňovat všichni pracovníci residenčních služeb pro seniory. Zkušenosti pracovníků oddělení „B“ DD Sloup mohou být přínosem pro zviditelnění problému závislosti na alkoholu ve stáří stejně jako návodem pro péči o tyto klienty. Pro klienty závislé na alkoholu může vzdělání jejich pečovatелů v této oblasti vést ke zkvalitnění jejich života.

## 5.2 Setkání skupiny

Na druhé návštěvě oddělení jsem se účastnila jednoho z výše zmiňovaných setkání skupiny. Účastni byli všichni klienti, kromě dvou, kteří zrovna byli na výletě mimo domov, vedoucí pracovník, pracovnice přímé péče a uklízečka.

Na programu bylo řešení dvou mimořádných událostí z předchozího týdne, kdy jednomu z klientů byl dvakrát naměřen alkohol v dechu. Pan Hašek se tohoto klienta, pana S., zeptal na událost z jeho pohledu a sám klient uznal, že udělal chybu, která už se nebude opakovat. Pan Hašek upozornil pana S. na jeho zdravotní stav, kdy po požití alkoholu trpí epileptickými záchvaty, které musejí pracovníci oddělení dle všeho řešit poměrně často. Apeloval, ať si svůj stav uvědomí, opakoval, že nechce klientům zakazovat „dojít si na pivo“, ale že v případě pana S. je to zdraví nebezpečné. Ostatní klienty potom žádal o to, aby panu S., který občas chodí na nákupy do obchodu, nedávali peníze od cesty, protože si za ně kupuje



alkohol, což ohrožuje jeho zdraví i život. Nabídl jim místo toho alternativu dávat mu cigarety nebo kávu. Opět zdůraznil, že když má pan S. u sebe peníze, svádí ho to k nákupu alkoholu a tím, že mu ostatní klienti peníze dávají, se nepřímo podílejí na jeho zdravotních komplikacích. Další diskuze plynoucí z tohoto tématu se týkala kouření a ceny cigaret. Pan Hašek se snažil debatu vrátit k původnímu problému a zeptal se ostatních klientů, zda mají k mimořádné události minulého týdne nějaký komentář. Na tuto výzvu reagoval pan S., který opakoval, že si to uvědomuje a že s pitím alkoholu přestane, což ostatní klienti přešli s úsměvem. Pan Hašek panu S. nabídl jako alternativu nealkoholické pivo, které je vždy připraveno v lednici v kuchyni domova. Pan S. tuto alternativu nevzal na vědomí. V soukromí mi pan Hašek vysvětlil, že podobné excesy pana S. jsou časté a nikdy si je nepamatuje, neboť trpí Korsakovovým syndromem<sup>13</sup>.

Po uzavření tématu mimořádných událostí upozornil pan Hašek klienty na mou přítomnost, kterou avizoval na setkání skupiny předchozí týden. Požádal klienty, aby se mi představili a seznámili mě se svou funkcí v domově. (Všichni klienti plní v rámci aktivizačního programu pracovní aktivity jako je úklid parku, převážení prádla z prádelny a do prádelny, odvoz pytlů s hygienickými pomůckami (plenkami), odnášení zbytků z jídelny, třídění odpadu apod.) Představili se mi všichni až na jednoho, o kterém mi pan Hašek v soukromí sdělil, že se u něj kvůli závislosti na alkoholu rozvinula paranoidní porucha osobnosti<sup>14</sup>. Tento klient není dle slov pana Haška problematický a plní veškeré své povinnosti bezproblémově, pouze s nikým nekomunikuje.

Po představení jsem klienty požádala, zda by mi byli ochotni odpovědět na pár dotazů k tématu mé diplomové práce. Pan Hašek zdůraznil, že se jedná o činnost dobrovolnou a pokud by se jí někdo nechtěl účastnit, neznamená to žádný problém.

### **5.3 Rozhovory s klienty DD Sloup - oddělení „B“**

Cílem výzkumného šetření mezi klienty oddělení „B“ DD Sloup bylo ověření teorií týkajících se závislosti na alkoholu ve stáří v praxi. Jako formu výzkumu jsem zvolila řízený rozhovor, tedy metodu kvalitativní. Dotazníky nepřicházely v úvahu - klienti odmítli cokoli

---

<sup>13</sup> Korsakovův syndrom je stav charakterizovaný těžkou poruchou paměti a neschopností zapamatovat si především nové údaje. Nemocnému způsobuje dezorientaci a vede ho nahrazování zapomenutého smyšlenkami. Jednou z příčin Korsakovova syndromu je nadměrné užívání alkoholu (Vokurka a kol., 2004).

<sup>14</sup> Paranoidní porucha osobnosti se vyznačuje nadměrnou vztahovačností, přecitlivělostí, malou schopností odpouštět, ješitností, podezíravostí, sklonem ke zdůrazňování vlastní osoby a konspiračním pohledem na svět. Častější je u mužů, má určité genetické předpoklady a vliv mají také psychosociální faktory (Vokurka a kol., 2004).

samostatně vyplňovat, pan Hašek mě upozornil, že bez bližšího vysvětlení hrozí velmi reálná možnost, že klienti mé otázky nepochopí. Šetření proběhlo dne 20. 6. 2011.

Byly stanoveny 4 hypotézy:

1. Klienti rezidenčních zařízení specializovaných na léčbu závislosti na alkoholu mají většinou nižší než VŠ vzdělání.
2. U většiny seniorů se závislostí na alkoholu se jedná o problém vzniklý již v mládí.
3. Většina starých lidí si vzhledem ke svému věku a zkušenostem uvědomuje svůj problém, tedy závislost na alkoholu.
4. Lidé závislí na alkoholu mají většinou komplikované vztahy s rodinou a svým okolím.

Celkem z 19 přítomných bylo ochotno zúčastnit se rozhovoru 12 klientů. Respondentům jsem položila 8 otázek:

1. Věk
2. Vzdělání
3. Zaměstnání
4. V kolika letech jste začal mít problémy s alkoholem?
5. Měl jste k nadměrnému pití konkrétní důvod?
6. Narušilo toto chování vztahy v rodině a s Vaším okolím?
7. Jaké jsou současné vztahy s rodinou a Vašimi blízkými?
8. Co pro Vás bylo motivací k rozhodnutí problém s alkoholem řešit?

První 3 otázky byly demografické a kontextové – věk, vzdělání, zaměstnání. Na tyto otázky odpověděli všichni dotazovaní:

1. Věk klientů se pohyboval mezi 50 – 79 lety.
2. Dokončené vzdělání většiny klientů bylo vyučení, kdy 1 navštěvoval zvláštní školu a 1 dokončil SŠ.
3. Zaměstnání bylo určeno vzděláním, většina tedy dělníci, 1 nepracoval, 1 geodet.

Následujících 5 otázek mělo zmapovat zkušenosti a chování klientů. Získat odpovědi na tyto otázky bylo náročnější a nepodařilo se to u většiny dotazovaných. Respondenti se na základě odpovědí rozdělili do dvou skupin:

- A. Skupina klientů odmítajících jakýkoli problém s alkoholem v minulosti či současnosti (7 ze 12). Vzhledem k tomu, že ve svém minulém ani současném vztahu k alkoholu klienti nevidí problém, nebylo možné získat odpovědi na otázky č. 4,5,6 a 8. Současné vztahy s rodinou mají 4 ze 7 klientů dobré (jezdí 1 – 2 ročně), zbývající 3 klienti uvedli, že se o ně rodina nezajímá.
- B. Skupina klientů, kteří si svůj problém uvědomují a otevřeně o něm hovoří (5 z 12). Již v mládí měly problémy s alkoholem 4 z 5 klientů, pouze jeden klient začal s nadměrným pitím až ve vyšším věku. Konkrétní příčinu pití uvedli 2 z 5 (jeden začal pít po nezdařené operaci zad až ve stáří, druhý jako sirotek žijící na internátě propíjel stravenky na jídlo již od svých 15 let), zbývající klienti „prostě pili“. U všech dotazovaných vztahy v rodině nebyli kvalitní bez ohledu na jejich závislost na alkoholu. V současné době navštěvuje rodina 3 z 5 klientů, jeden se stýká s přítelkyní žijící mimo domov, jeden nemá nikoho. Motivací ke změně bylo u dvou klientů zdraví, jeden klient uvedl, že mu pití už nechutná, jednoho k abstinenci vedlo rozhodnutí, „že už se nebude dál ničít“ a jeden přiznal, že pije dál.

**Tabulka 5 - Odpovědi pěti ochotných respondentů**

	<b>Muž č. 1</b>	<b>Muž č. 2</b>	<b>Muž č. 3</b>	<b>Muž č. 4</b>	<b>Muž č. 5</b>
Počátek problémů s alkoholem	Ve vyšším věku	V mládí	V mládí	V mládí	V mládí
Konkrétní příčina pití	Nezdařená operace zad	Samota na internátě	„Prostě pil“	„Prostě pil“	„Prostě pil“
Vztahy s rodinou v minulosti	Nekvalitní	Žádné	Nekvalitní	Nekvalitní	Nekvalitní
Vztahy s rodinou v současnosti	Přítelkyně mimo domov	Nemá nikoho	Rodina navštěvuje 1-2x ročně	Rodina navštěvuje 1-2x ročně	Rodina navštěvuje 1-2x ročně
Motivace ke změně	Zdraví	Pije dál	Pití mu nechutná	Nebude se dál ničít	Zdraví

*Zdroj: Osobní rozhovory s klienty DD Sloup*

## **Rekapitulace hypotéz**

Z popsaných rozhovorů vyplývá potvrzení 3 ze 4 hypotéz:

Hypotéza č. 1: „Klienti rezidenčních zařízení specializovaných na léčbu závislosti na alkoholu mají většinou nižší než VŠ vzdělání“. Hypotéza č. 1 byla na základě šetření potvrzena.

Hypotéza č. 2: „U většiny seniorů se závislostí na alkoholu se jedná o problém vzniklý již v mládí“. Hypotéza č. 2 byla rovněž potvrzena.

Hypotéza č. 3: „Většina starých lidí si vzhledem ke svému věku a zkušenostem uvědomuje svůj problém, tedy závislost na alkoholu“. Hypotézu č. 3 výzkumné šetření vyvrátilo.

Hypotéza č. 4: „Lidé závislí na alkoholu mají většinou komplikované vztahy s rodinou a svým okolím“. Hypotéza č. 4 byla na základě výzkumného šetření potvrzena.

## **Shrnutí**

Z popsaných rozhovorů vyplývá potvrzení 3 ze 4 hypotéz. Většina dotazovaných klientů měla vzdělání z odborných učilišť, jeden klient navštěvoval zvláštní školu a jeden dosáhl vzdělání na úrovni vyšší odborné školy. Až na jednoho měli všichni klienti zařízení problémy s alkoholem již v mladším věku. Nepotvrdil se předpoklad, že si klienti svůj problém uvědomují, většina z nich jej spíše zapírá. Vztahy klientů s rodinou potvrdily očekávání, že závislost na alkoholu sociální vazby komplikuje.

Z návštěvy oddělení „B“ DD Sloup v Čechách jsem si odnesla mimo jiné důležitý poznatek, který mě překvapil: tito lidé mají tak pozměněné vnímání reality, že vztahy s rodinou považují za „dobré“, pokud je příbuzní navštěvují i jen jednou až dvakrát ročně. Jsem velice ráda, že jsem tuto návštěvu absolvovala. Z hlediska nasbírání zkušeností a praktických poznatků od konkrétních osob to bylo pro tuto práci i mě osobně velmi cenné.

## Závěr

Při sepisování této práce jsem si uvědomila především jednu věc. Problematika zneužívání léků a návykových látek ve stáří je prokazatelně zanedbávaným fenoménem a to jak odborníky, tak laickou veřejností. Tím, že máme doma dědečka závislého na alkoholu či babičku užívající deset tablet Neurolu denně, se neradi chlubíme. Nejen že tento problém podceňují a přehlížejí mladší členové rodiny, ale dokonce, jak jsem si v praxi ověřila, i samotní senioři. Toto je velmi zajímavý poznatek: člověk by řekl, že ke stáří patří moudrost, zkušenosti dané věkem a určitý nadhled a sebereflexe. Jak jsem ale zjistila v DD Sloup, pouze 5 ze 12 klientů si bylo schopno a ochotno svoji závislost přiznat. Zbytek mlžil, zapíral a nejevil ochotu se se mnou (ale i lékaři) o své prožitky podělit. Jak je tedy potom možné léčit lidi, o kterých jejich rodina či blízcí i oni sami tvrdí, že žádný problém se závislostí nemají?

Při hledání dostupných pramenů k této práci jsem si ověřila fakt, že tento problém je v literatuře skutečně opomíjen. Neexistuje totiž souhrnná publikace, která by se tomuto tématu věnovala. Mohla jsem čerpat pouze z krátkých úseků či zmínek v knihách zabývajících se seniory či závislostmi všeobecně a několika odborných článků specializovaných konkrétně na toto téma. To je podle mého názoru málo, tento jev totiž zdaleka není ojedinělý a dá se mu předcházet, pokud se o něm bude dostatečně mluvit.

Jako jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících kvalitní prožití sklonku života bych určitě uvedla vliv rodiny a nejbližšího okolí (známí, přátelé, sousedi). Lékař či sociální pracovník může zajistit odborný dohled či v horších případech institucionalizaci, vliv těch nejbližších je ale rozhodující. Osamělost, která vede k depresím a úzkostem je jedním z pilířů, proč lidé utíkají před realitou pomocí léků a návykových látek. Taktéž si myslím, že je důležitá primární prevence, tedy snaha zabránit jakýmkoli nežádoucím vlivům, které by seniora mohly dovést do fáze závislosti. Rozdělme nyní seniory na ty, kterým rodina funguje normálně, zde tedy tento úkol patří právě rodině, a ty seniory, kteří žijí osaměle a jejich situace tak představuje zvýšené riziko. Zde by dle mého názoru měli úlohu rodiny převzít sociální pracovníci, mapovat situaci takto ohrožených starých lidí a seniorovi nabídnout adekvátní alternativní možnosti, jak se svým životem v postproduktivním věku smysluplně naložit. Tato služba je v ČR velmi nedostatečná. Víím, že tato myšlenka zní vzhledem k rozpočtu MPSV poněkud idealisticky, proč ale nezadat tuto terénní práci dobrovolníkům z řad neziskových organizací již se problematice seniorů věnujícím nebo např. studentům oborů dle zákona 108/2006 Sb.?

Pokud už k výše zmíněnému škodlivému chování ve vyšším věku dojde, je nejdůležitější, aby senior pochopil, o čem se jedná – měl by tedy mít dostatek informací o svém problému a uvědomovat si rizika, která s sebou toto chování přináší. Společnost by mu potom měla poskytnout jakousi záchrannou síť formou sekundární a terciální prevence, tak jako to činí pro jiné ohrožené sociální skupiny.

Návštěva DD Sloup byla pro mou práci velmi přínosná. Odborné vedení oddělení „B“ mě utvrdilo v tom, že pokud se těmto lidem opravdu někdo věnuje, je vidět určitý pokrok. Z tohoto důvodu si myslím, že by takovýchto zařízení mělo být v ČR víc, když už je zanedbávána prevence. Spolupráce s klienty takového zařízení je, jak jsem poznala na vlastní kůži, velmi náročná. Jak již bylo řečeno, dvě třetiny z nich si dokonce svůj problém ani neuvědomují. Na tuto práci je tedy třeba školených odborníků (lékařů, psychologů a sociálních pracovníků), kteří se těmto lidem budou věnovat. Tuto domněnku mi potvrdili i sami pracovníci ústavu, který jsem navštívila, a jen potvrzuje tezi z teoretické části práce, že tento problém zahrnuje jak biologickou podstatu člověka, tak stránky psychologickou, sociální a v neposlední řadě spirituální.

Tato práce je ucelenou studií na téma zneužívání léků a návykových látek ve stáří, nemohu však bohužel říci, že je dostačující, právě kvůli chybějícímu materiálu. Přes všechnu mou snahu se mi například nepodařilo zjistit přesnější počet takto postižených osob. Cílem práce bylo zabývat se tímto problémem více do hloubky, shrnout všechny teoretické předpoklady vedoucí ke vzniku závislosti ve stáří, nastínit způsoby léčby a prevence a ověřit tyto poznatky v praxi terénním šetřením, což se mi, myslím, podařilo. Byla bych ráda, aby se má práce stala motivací pro zviditelnění celé této problematiky.

## Summary

The question of medicaments and addictive substances abuse in senior age is evidently a phenomenon neglected both by experts and by general public. When searching for available resources for this paper, it was confirmed that this problem is in fact marginalized in publications, even though it is not rare and it can be prevented if it is sufficiently talked about. In my opinion, the primary prevention, meaning the effort to stop any undesirable actions that could lead to a senior's addiction, is very important. When, however, the detrimental behaviour in higher age has already appeared, it is most important for the senior to understand, what is happening – he/she should have enough information about his/her problem and recognize the threats that are connected to this behaviour. The society should then provide him/her with a safety net in the form of secondary and tertiary prevention as it is common for other disadvantaged groups in the society. This paper is an integrated survey on the issue of drug and addictive substances misuse in senior age. I would appreciate if my paper motivated others to draw attention to this matter.

# Seznam použitých pramenů

## Literatura

- AMBER Z. *Neurologické poruchy ve vyšším věku*. 1. vydání. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-116-1.
- BAŠTECKÝ J., KUMPEL Q., VOJTĚCHOVSKÝ M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
- FISCHER S., ŠKODA J. *Sociální patologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- FOREMAN M. D., MILISEN K., FULMER T. T. *Critical care nursing of older adults: best practices*. 3rd edition. Delaware: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-1097-8
- HYNIE S. *Farmakologie v kostce*. 2. vydání. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.
- KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., HOLMEROVÁ I., WEBER P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1 vydání. Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KVAPILÍK J., SVOBODOVÁ A. a kol. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-091-85.
- LINCOVÁ D., FARGHALI H. a kol. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-373-0.
- MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARTINEK M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vydání. Praha: Jabok, 2010. ISBN 978-80-904137-6-4.
- MARTÍNKOVÁ J. a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
- MATOUŠEK O., KOLÁČOVÁ J., KODYMOVÁ P. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MINIBERGEROVÁ L., DUŠEK J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- O'CONNOR M., ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- RAŠKOVÁ H. a kol. *Farmakologie*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1970. ISBN 08-074-70.
- THE U. S. SURGEON GENERAL *Understanding Mental Health Issues*. USA.: Cosimo, 2005. ISBN 1-59605-169-8.



- TOPINKOVÁ E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- VÁGNEROVÁ M. *Vývojová psychologie II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VOKURKA M., HUGO J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 4. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2.
- WENKE M., MRÁZ M., HYNIE S. *Farmakologie pro lékaře I*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1983. ISBN 08-003-83.
- ZAVÁZALOVÁ H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

## Elektronické zdroje

- HAŠEK Š. a kol. *Pravidla bydlení pro klienty oddělení B (Domácí řád)*. [online] 2008 [cit. 20. 7. 2011].  
Dostupné z: [http://www.dd-sloupvcechach.cz/download/pravidla\\_bydleni\\_odd\\_B.pdf](http://www.dd-sloupvcechach.cz/download/pravidla_bydleni_odd_B.pdf)
- JANDOVÁ H. *Proč muži umírají dříve? Mohou za to cigarety a alkohol*. [online] 2011 [cit. 30. 6. 2011].  
Dostupné z: [www.tyden.cz/rubriky/zdravi/proc-muzi-umiraji-drive-nez-zeny-mohou-za-to-cigarety-a-alkohol\\_191594.html](http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/proc-muzi-umiraji-drive-nez-zeny-mohou-za-to-cigarety-a-alkohol_191594.html)
- KALVACH Z. *Paliativní medicína v geriatrici*. [online] 2011 [cit. 2. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.dtg-palliativmedizin.de/11\\_-Kalvach1.pdf](http://www.dtg-palliativmedizin.de/11_-Kalvach1.pdf)
- MKN-10. *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*. [online] 2010 [cit. 6. 6. 2011].  
Dostupné z: [www.uzis.cz/cz/mkn/index.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html)
- MKN-10. *Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59)*. [online] 2010 [cit. 6. 6. 2011].  
Dostupné z: [www.uzis.cz/cz/mkn/index.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html)
- NEŠPOR K. *Závislost na návykových látkách a související poruchy*. [online] 2002a [cit. 3. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.cls.cz/dokumenty2/os/t259.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t259.rtf)
- NEŠPOR K. *Interakce alkoholu s jinými látkami*. [online] 2002b [cit. 10. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/interakce-alkoholu-s-jinymi-latkami-146462](http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/interakce-alkoholu-s-jinymi-latkami-146462)
- NEŠPOR K. *Alkohol, jiné látky a lidé vyššího věku*. [online] 2010 [cit. 28. 6. 2011].  
Dostupné z: [http://www.youtube.com/watch?v=JLFXvk6IwpY&feature=player\\_embedded#at=22](http://www.youtube.com/watch?v=JLFXvk6IwpY&feature=player_embedded#at=22)
- NEŠPOR K. *Hazard a patologické hráčství u seniorů*. [online] 2011 [cit. 9. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.drnespor.eu/g-elde.doc](http://www.drnespor.eu/g-elde.doc)
- NEŠPOR K., CSÉMY L. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu*. [online] 1999 [cit. 10. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.drnespor.eu/at11w.doc](http://www.drnespor.eu/at11w.doc)
- NEŠPOR K., MATANELLI O. *Interakce alkoholu a jiných látek: častý a komplikovaný problém*. [online] 2011 [cit. 10. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.drnespor.eu/AInt3.doc](http://www.drnespor.eu/AInt3.doc)

- PEŠEK R., VONDRÁŠKOVÁ A., VESELÝ O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. [online] 2007 [cit. 20. 6. 2011].  
Dostupné z: [www.kcentrumnoe.cz/cze/getfile.php?FileID=189](http://www.kcentrumnoe.cz/cze/getfile.php?FileID=189)
- TRÁPKOVÁ E. *Co je primární prevence*. [online] 2004 [cit. 2. 7. 2011].  
Dostupné z: [www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002](http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002)
- Zákon č. 2006/108 Sb. Zákon o sociálních službách. [online] 2011 [cit. 22. 6. 2011].  
Dostupné z: [www.atre.cz/zakony/page0048.htm](http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm)

## Ostatní zdroje

- DONĚK E., DOŇKOVÁ J., DOŇKOVÁ O. Alkohol u žen vyššího věku. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Solen, 2007, roč. 8, č. 6, s. 274-275. ISSN - 1213-0508.
- DRÁSTOVÁ H. Ústní sdělení. Psychiatrická léčebna Bohnice, pavilon 29, 12. 7. 2011.
- ČERVENKA V. Ústní sdělení. Psychiatrická léčebna Bohnice, pavilon 9, 12. 7. 2011.
- KROMBHOLZ R., DRÁSTOVÁ H. Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Solen, 2010, roč. 11, č. 3, s. 95-98. ISSN - 1213-0508.
- ONDRUŠOVÁ J. *Sociální gerontologie a geriatrie* (přednáška pro akademický rok 2008/2009). Praha: Katedra psychosociálních věd a etiky HTF UK.