

Závislost na lécích u seniorů v domácím prostředí

Tereza Špenclová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Tereza Šprenclová
Osobní číslo: H20423
Studijní program: B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Závislost na lécích u seniorů v domácím prostředí

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti závislosti na lécích, farmakoterapie a seniorského věku.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KALVACH, Zdeněk, 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
NEŠPOR, Karel, 2018. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Štefan KRAJČÍK, 2016. Farmakoterapie v geriatrii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5229-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Lukešová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **20. ledna 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **28. dubna 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 20. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 19.4.2023

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma *Závislost na lécích u seniorů v domácím prostředí* se zabývá problematikou závislostí u osob seniorského věku. V teoretické části práce se věnujeme základním teoretickým východiskům, která jsou stěžejní a pracujeme s nimi napříč celé práce. Hovoříme o pojmech stáří, stárnutí, senior. Dále se zabýváme problematikou potřeb a závislostí. V praktické části práce popisujeme kvalitativní výzkum realizován technikou rozhovoru. Získaná data jsou zakódována pomocí otevřeného kódování. Analýza dat je zpracována formou deskriptivní případové studie. Následuje intepretace dat, ve které jsou detailně popsány a polemizovány výsledky dat.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, senior, závislost, léky, domácí prostředí, případová studie

ABSTRACT

The bachelor's thesis on the topic of *Addiction to Pharmaceuticals Among Seniors in Home Enviroment* deals with the issue of addiction among elderly people. The theoretical part of the thesis focuses on the fundamental theoretical foundations, which are essential and are used throughout the entire work. We discuss concepts such as old age, aging, and elderly person. Furthermore we address the issues of needs and addiction. In the practical part of the thesis we describe a qualitative research conducted using interview techniques. The obtained data is encoded using the open coding. The data analysis is processed in the form of a descriptive case study. This is followed by data interpretation, in which the results of the data are described in detail and debated.

Keywords: old age, aging, senior, addiction, pharmaceuticals, home environment, case study

Mé největší poděkování patří paní magistře Michaelě Lukešové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, bez kterých by práce nemohla vzniknout. Důležité poděkování patří také seniorům, kteří se účastnili mého výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	10
I	11
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	12
1.1 DEFINICE STÁRNUTÍ	12
1.1.1 GERONTOLOGIE, GERIATRIE	13
1.2 TEORIE STÁRNUTÍ	13
1.2.1 TEORIE STÁRNUTÍ DLE ČEVELY	13
1.2.2 TEORIE STÁRNUTÍ DLE PACOVSKÉHO A HEŘMANOVÉ	13
1.3 KONCEPT ÚSPĚŠNÉHO STÁRNUTÍ	14
1.4 STÁRNUTÍ POPULACE	15
1.5 STÁŘÍ	16
1.6 ČLENĚNÍ STÁŘÍ	17
1.6.1 KALENDÁRNÍ STÁŘÍ.....	17
1.6.2 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ.....	17
1.6.3 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ	18
1.7 ZMĚNY VE STÁŘÍ	18
1.7.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	18
1.7.2 KOGNITIVNÍ ZMĚNY	19
1.7.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY	20
1.7.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY.....	22
1.8 SOCIÁLNÍ KONTEXT STÁŘÍ	23
1.9 POLITICKÝ KONTEXT STÁŘÍ	24
1.10 SENIOR	25
1.11 SHRUTÍ	27
2 POTŘEBY SENIORŮ	28
2.1 POTŘEBY JAKO HYBNÁ SÍLA ŽIVOTA	28
2.1.1 DĚLENÍ LIDSKÝCH POTŘEB	28
2.1.2 POTŘEBY DLE MASLOWA	28
2.1.3 POTŘEBY DLE VÁGNEROVÉ	29
2.2 EXISTENCIALITA ŽIVOTA SENIORA	30
2.3 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ	31

2.4	PÉČE O SENIORA	32
2.5	NEUSPOKOJENÍ POTŘEB	33
2.6	SHRNUTÍ.....	34
3	FARMAKOTERAPIE A ZÁVISLOST NA LÉCÍCH.....	35
3.1	FARMAKOTERAPIE	35
3.1.1	PROBLÉMY FARMAKOTERAPIE SENIORŮ V DOMÁCÍ PÉČI	35
3.2	ZÁVISLOST NA LÉCÍCH U SENIORŮ	36
3.3	SHRNUTÍ.....	39
II.	40
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	41
4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	41
4.2	VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
4.3	POJETÍ VÝZKUMU	41
4.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
4.5	VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	42
4.6	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
4.7	ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT	43
5	JEDNOTLIVÉ PŘÍPADOVÉ STUDIE	45
5.1	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1	45
5.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2	48
5.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3	51
5.4	SROVNÁNÍ JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ	54
6	INTERPRETACE DAT.....	55
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI A POLEMKA NAD VÝSLEDKY.....	57
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	66
	PŘÍLOHA P I: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ STRANA 1	67
	PŘÍLOHA P II: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ STRANA 2	68

ÚVOD

Bakalářská práce na téma *Závislost na lécích u seniorů v domácím prostředí* se zabývá problematikou závislostního chování u osob v seniorském věku. Důvodem volby tohoto tématu je především aktuálnost této problematiky, čemuž nasvědčují také současné výzkumy – studie z roku 2018 ukazuje, že až 1 milion seniorů nad 65 let trpí poruchou užívání návykových látek (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). Chronické zdravotní stavy mají tendenci se vyvíjet jako součást stárnutí a seniorům je často předepisováno mnohem větší množství léků než jiným věkovým skupinám, což vede k vyšší míře vystavení potenciálně návykovým látkám (NIDA, 2020). Mezi lety 1995 a 2010 vzrostl počet opioidů předepisovaných při pravidelných lékařských prohlídkách až devítinásobně (Lehmann, 2018). V České republice se situace takřka neliší, jak popisuje i Viktor Mravčík z Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti: „Nejčastěji jde o analgetika, především opioidní, ale také o opioidy používané při substituční léčbě. Dále jde o léky s tlumivým účinkem – sedativa a hypnotika, především benzodiazepiny a z-léky, tedy z-hypnotika. Problematickou spotřebu ale mají i léky z ostatních skupin – antidepresiva či antiepileptika, například pregabalin činí v poslední době problémy v mnoha zemích“ (Rodriguez, 2018). I přesto, že se jedná o velmi rozšířený fenomén, instituce a služby zaměřující se na tuto oblast problému na něj stále nedokáží adekvátně reagovat. Nepustil a spol. (2012) poukazuje na nedostatečné respektování specifických charakteristik a potřeb těchto jedinců a skupin, což vede k tomu, že jejich členové pak užívají služeb ve velmi malé míře, a jsou tak na okraji zájmu výzkumníků a politiků. Zdravotní a sociální problémy tak zůstávají dlouhodobě neřešeny. Podle něj je ale skupina závislých seniorů mnohem zranitelnější a zaslouhuje si stejnou, ne-li větší pozornost jako běžná klientela. Ve skupinách seniorů a jiných skrytých skupinách mohou chybět potřebné informace o rizicích užívání návykových látek, a tak u nich může mimo jiné docházet taky k rychlejšímu rozvoji závislosti (Nepustil a spol., 2012).

V rámci výzkumu se tedy budeme zaměřovat na analýzu zkušeností se závislostí na lécích u českých seniorů v domácím prostředí a na interpretaci zkušeností se závislostí na lécích ze strany samotných seniorů. Cílem naší práce je zjistit, jakou mají čeští senioři žijící v domácím prostředí zkušenost se závislostí na lécích.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

V následující kapitole si vyčleníme teoretická východiska a klíčové pojmy, se kterými budeme pracovat napříč celé práce, a které jsou nezbytné k pochopení dané problematiky. Hovoříme o pojmech stárnutí, stáří a senior.

1.1 Definice stárnutí

Na otázku co je to vlastně stárnutí se dá pohlížet hned několika způsoby. Neexistuje jednotná definice, která by nám určila, jak stárnutí vypadá nebo kdy začíná, jelikož různí autoři se zaměřují na odlišné aspekty související s tímto pojmem.

Mlýnková (2011) nahlíží na stárnutí jako na proces, při kterém v lidském organismu dochází k degenerativním změnám, ovlivňujícím tvar a funkci buněk. Tento proces má však individuální charakter a u každého jedince přichází v odlišnou dobu během jeho života. Rychlost stárnutí je ovlivněna hlavně geneticky, ale také životosprávou, prací, prostředím, ve kterém se jedinec nachází, psychickou zátěží a podobně.

Stuart-Hamilton (1999) hovoří o stárnutí jako o poslední fázi vývoje člověka, na kterou je nutno pohlížet v širších souvislostech, a proto dochází k závěru, že je velmi nesnadné určit konkrétní okamžik, kdy jedinec opouští střední věk a vstupuje do fáze stárnutí.

Naopak Vágnerová (2000) určila za počátek stárnutí 50. rok života a jsou s ním podle ní spojené obavy ze selhání, měnící se postoje k sobě samému nebo větší nejistota. Toto všechno je zároveň doprovázeno prvními viditelnými změnami a zhoršením fyziologických funkcí.

V rozporu s definicí Vágnerové je Kalvach (2004), který je toho názoru, že stárnutí probíhá již od samotného početí jedince, ale jeho projevy jsou patrné až při poklesech funkcí, ke kterému dochází dosažením sexuální dospělosti.

Cummingsová a Henry (cit. Langmeier a Krejčířová, 1961) poukazují na výrazné pozbytí sociální angažovanosti a v postupné ztrátě sociálních vazeb.

Z těchto definic je tedy jasné, že vytyčit pouze jednu, na které by se shodovala většina autorů je prakticky nemožné. Co ale můžeme s jistotou říct je, že se stárnutí projevuje ve fyzické, psychické i sociální rovině.

1.1.1 Gerontologie, geriatrie

Věda zabývající se procesem stárnutí a výsledného stáří se nazývá gerontologie. Specializovaný lékařský obor pohlížející na stáří a stárnutí z medicínského hlediska je označován jako klinická gerontologie či geriatrie (Haškovcová, 1990).

1.2 Teorie stárnutí

Pro lepší pochopení toho, proč ke stárnutí dochází a jak k němu můžeme přistupovat existují teorie stárnutí. Ani zde se ale nesetkáme s tím, že by se autoři jakkoliv shodovali.

1.2.1 Teorie stárnutí dle Čevely

Čevela rozlišuje teorie stárnutí na stochastické a nestochastické, vycházející z teorie pravděpodobnosti matematické statistiky.

- *Teorie stochastické*

Tyto teorie se zabývají opotřebením a náhodnými změnami. Tvrdí, že děje doprovázející stáří jsou náhodné a že s věkem a plynoucím časem dochází k většímu opotřebením, poškození, k poruchám, chybám, k selhávání buněk a že se celkově mění uspořádání organismu (Čevela; Kalvach; Čeledová, 2012).

- *Teorie nestochastické*

Nazývány též jako teorie naprogramování. Předpokládají, že je stárnutí naprogramováno a dáno genetickými dispozicemi (Čevela; Kalvach; Čeledová, 2012).

1.2.2 Teorie stárnutí dle Pacovského a Heřmanové

Pacovský a Heřmanová rozlišují tři teorie stárnutí – Teorie působení zevních vlivů, jako jsou ekologické podmínky, vliv bakterií a virů; teorie působení vnitřních vlivů a teorie porušení integrace a organizace (Pacovský; Heřmanová, 1981).

1.3 Koncept úspěšného stárnutí

Problematika stáří se postupně stává celospolečenským problémem zejména kvůli stárnutí populace, které si vysvětlíme později. Aktuální celospolečenské strategie se zaměřují nikoliv na další prodloužování délky života, nýbrž na podporu jeho kvality ve stáří. K tomu by měly dopomoci kroky takzvaného konceptu úspěšného stárnutí (successful aging). V posledních několika letech vyvolává tato myšlenka mnoho diskusí a v různých studiích se stále pracuje s různými definicemi tohoto konceptu. Podle tradičního pojetí Rowa a Kahna (1987) se úspěšným stárnutím myslí dobrý fyzický, psychický a sociální stav seniora, který zároveň netrpí žádným závažným onemocněním.

V souvislosti s pojmem úspěšného stárnutí se můžeme také setkat s termíny jako je zdravé stárnutí, aktivní stárnutí, produktivní stárnutí, dobré stárnutí a podobně. Ačkoliv nejsou tyto termíny s ohledem na jejich vlastní koncepty synonyma, do značné míry se prolínají, a proto se budeme blíže věnovat pouze pojmu *úspěšné stárnutí*.

Úspěšné stárnutí se strategicky zaměřuje na to, jak efektivně prodloužit dobu zdravého a aktivního života. Na tento trend lze pohlížet jak v individuální tak v populační perspektivě. Na populační úrovni zahrnuje definice determinanty zdraví a participace za účelem podpory politik, zatímco na individuální úrovni se termín pohybuje v rámci zdraví daného jedince, jeho fyzických a kognitivních funkcí a celkový přístup k vlastnímu životu (Fernandez-Ballesteros, 2019).

Protože je úspěšné stárnutí multidimenzionální koncept zahrnující oblasti fyzického, funkčního, sociálního a psychologického zdraví, všechny tyto rozměry by měly být zohledněny v rámci tvorby konkrétních strategií (Martin; Kelly, Kahana a kol., 2014).

Studie jasně nasvědčují tomu, že nemocnost a zdravotní omezení vedou k nízké kvalitě života (Davis a kol., 2015). Oproti tomu nedávná studie ukázala, že vysokou úroveň sexuálního a reprodukčního zdraví a zároveň nízkou hladinu kardiovaskulárních chorob můžeme připisovat právě konceptu úspěšnému stárnutí (Urtamo a kol., 2019). Ten je obecně spojován s dlouhověkostí a absencí nemocí a postižení, jak tvrdí definice Rowa a Kahna.

Studie Andersen-Ranberga oproti tomu předkládá, že „neexistují zdraví století senioři, nicméně století autonomní senioři ano“, což dokazuje, že i přes určitou nemocnost může mít dlouhověkost svoji cenu. S ohledem na nízkou nemocnost, kterou ve své definici zmiňují Rowe a Kahn, by tak jen velmi málo seniorů bylo považováno za úspěšné (Martin; Kelly, Kahana a kol., 2014).

Vyhýbání se nemocem a invaliditě je ale poměrně běžným kritériem při studii úspěšného stárnutí (Kim; Park, 2017). Studie však nasvědčují tomu, že absence nemoci a postižení nejsou zdaleka tím nejdůležitějším prvkem v konceptu úspěšného stárnutí a i lidé s chronickým onemocněním či postižením mohou úspěšně stárnout (Nosraty; Jylhä; Raittila; Lumme-Sandt, 2015). Model úspěšného stárnutí Younga (2008) a model selektivní optimalizace s kompenzací navržen Baltesem a Baltesem (1997) zohledňuje adaptivní psychologické a sociální mechanismy, které mohou kompenzovat určitá zdravotní omezení. Manierre (2018) prokázal, že tento model poskytuje holistický pohled na úspěšné stárnutí u lidí s chronickými chorobami.

Doporučení v rámci konceptu úspěšného stárnutí se přitom nijak neliší od obecných zásad duševní hygieny: věnovat se svým zájmům, udržet si aktivitu v rovnováze s odpočinkem, uspořádat si aktivitu tak, aby obsahovala jak duševní tak fyzické činnosti, udržovat si staré a pokud možno navazovat nové vztahy, nebránit se novým poznatkům, užívat si dobrých věcí v životě a vyhýbat se stresujícím situacím. (Langmeier; Krejčířová, 2006)

1.4 Stárnutí populace

Stárnutí populace je trend, kterého si vědci začali všimnout již před několika desítkami let a v současnosti se o něm dá hovořit jako o celospolečenském problému. V praxi se tato skutečnost odráží ve změně věkové struktury a zvýšeném podílu seniorů. Důsledkem tohoto jevu je snížený počet osob v produktivním věku a naopak zvýšený počet osob ekonomicky neaktivních. Osoby v produktivním věku budou tedy více zatíženy, aby byly zajištěny veškeré sociální výdaje na služby, které bude stárnutí populace vyžadovat (Evropský statistický úřad, 2018).

Předpokládá se, že ve druhé polovině 21. století se počet osob nad 65 let v České republice zdvojnásobí a v populaci se jejich zastoupení změní z jedné šestiny na jednu třetinu. Ačkoliv se počet seniorů bude snižovat, na konci století jich bude žít výrazně víc než dnes. Seniori budou jediná část populace, která početně poroste. Výrazně ubude osob v rozmezí 15-64 let. Průměrný věk obyvatel se změní ze 41,3 na 50,0 let. Od roku 2050 by měly začít výrazné úbytky obyvatelstva z důvodů nízké porodnosti, pomalého prodlužování délky života a nižších migračních zisků. Předpokládá se, že v tomto roce bude v České republice až třetina osob, tedy 3 miliony, představovat seniory (MPSV, 2019).

Nárůst obyvatel přirozenou měnou (tj. počet živě narozených je vyšší než počet zemřelých) měl podle Českého statistického úřadu skončit v roce 2012. Zmenšování populace bude ovlivněno zejména přirozeným úbytkem¹ a konzistentně nízkou porodností, vedoucí k poklesu mladých lidí v populaci – tzv. „Stárnutí zdola“. Převaha zemřelých nad narozenými bude natolik výrazná, že ani masivní migrační vlny nedokážou přirozený úbytek dorovnat. To by mohla právě pouze vysoká a stabilní porodnost, která je však vzhledem k současným podmínkám spíše nerealistická (Český statistický úřad, 2014).

V rámci veřejného mínění se na tento fenomén nepohlíželo zrovna nejpozitivněji, ač je zřejmé, že se tato problematika bude ve větší či menší míře dotýkat nás všech. Výzkum Vidovičové a Rabušice (2003) prokázal, že téměř 72 % dotazovaných vyjádřilo obavy o negativním dopadu zvyšujícího se počtu stárnoucích osob na vývoj České republiky. Snižující se míra porodnosti a úbytek mladých lidí do dvaceti let byl mezi respondenty odsuzován ještě víc. 24 % se k tomuto fenoménu vyjádřilo neutrálně, s pozitivním ohlasem se výzkumníci setkali jen u 5 % dotazovaných. Vidovičová však poukázala na velmi nepřesnou informovanost respondentů ohledně toho, co tato problematika skutečně obnáší a jakých oblastí se vůbec dotýká (Höschl; Štěpánková; Vidovičová, 2015).

1.5 Stáří

Stáří je obecně považováno za poslední fázi života, která završuje a uzavírá lidský život. Jedná se o výsledek stárnutí a je zcela nevyhnutelné. Dochází k němu důsledkem involučních změn a vede k tzv. stařeckému fenotypu². Ten je podmíněn zdravotním stavem, prostředím a jeho vlivy, životosprávou, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy včetně aspirace, sebehodnocení, schopností adaptace a přijetím určité role. Od kdy se dá člověk považovat za starého se určuje neskadno. Jedním z důvodů je intraindividuální variabilita daného člověka, který sice může vykazovat pokles výkonnosti v jedné oblasti, ale v rámci ostatních činností může být jeho výkon zachován, ba dokonce se může zvyšovat. Druhá skutečnost je prosazování rozdílů mezi jedinci, které jsou v pozdějším věku daleko patrnější než v dřívějších vývojových stádiích – zatímco někteří jsou stále svěží a aktivní, jiní mohou vykazovat patrné známky stáří velmi brzy. Třetí důvod je stále se zlepšující zdravotní péče,

¹ Přirozený úbytek je rozdíl mezi počtem živě narozených a počtem zemřelých osob, kdy počet zemřelých je vyšší, než počet živě narozených. (Český statistický úřad, 2022)

² Soubor všech pozorovatelných znaků jedince.

díky které mohou stárnoucí jedinci pociťovat příznivé změny svého zdravotního stavu a udržet se tak v kondici o mnoho déle (Kalvach, 2004).

Langmajer a Krejčová (2006) tedy dochází k závěru, že starý člověk je ten, kterého tak vnímají ostatní členové společnosti. S jejím vývojem se však tato hranice stále posouvá – v roce 1800 byl za starého považován člověk ve věku čtyřiceti let; v roce 1900 to byl člověk padesátiletý; v současné době se obecně za starého považuje člověk kolem pětadesátého roku života. Gerontologie se však v poslední době soustřeďuje spíše na hranici 75 let.

1.6 Členění stáří

Dříve jsme si vysvětlili, proč je tak nesnadné určit, kdy se stárnutí přehoupne ve stáří. Hlavní roli v tom hrají intraindividuální odlišnosti, velké rozdíly mezi jedinci i kvalita zdravotnické péče. Stáří, jeho průběh a podoba je stejně jako u stárnutí natolik individuální, že jej nelze úplně zobecnit. Rozlišujeme ale tři fáze, dle kterých se stáří všeobecně člení – kalendářní, sociální a biologické.

1.6.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří lze jednoznačně vymezit, nicméně nezahrnuje již zmíněné intraindividuální odlišnosti. I věková hranice kalendářního stáří se posouvá z důvodu prodlužování očekávané doby dožití a stále se zlepšujícího zdravotního a funkčního stavu stárnoucí generace. Z kalendářního stáří dále odvozujeme i současné členění stáří následovně:

- 65-74 let – mladí senioři – období řešení penze, trávení volného času, volba vhodných aktivit a seberealizování
- 75-84 let – staří senioři – problematika adaptování se, tolerování určité zátěže, častá nemocnost, osamění
- 85 a více – velmi staří senioři – období spojené s řešením soběstačnosti a zabezpečení (Kalvach, 2004).

1.6.2 Sociální stáří

Sociální stáří se odráží v proměně sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Obvykle se pojí s řešením otázky penzionování či vzniklým nárokem na starobní

důchod. Současná společnost do značné míry boří a posouvá hranice sociálního stáří. Do popředí se čím dál víc podsouvá důležitost celoživotního vzdělávání, osobnostního rozvoje, celoživotní seberealizace a podílu na společenském dění, čímž se potírají tradiční, ale dnes již přežití stereotypní pojmy jako „produktivní – postproduktivní“, evokující představu o neužitečnosti starší generace a mnohdy vedoucí k ageismu.³ Ve starších publikacích se hojně objevuje dělení sociálního stáří na první, druhý, třetí a čtvrtý věk – ten je nicméně v dnešní době už spíše nekorektní, protože prakticky implikuje představu o nutné ztrátě soběstačnosti a příchodu celkového úpadku jakožto nezbytné součásti stáří. Tato myšlenka je v současné době značně potírána a takzvané „pasivní důchodcovství“ vnímají odborníci víceméně jako raritu či dokonce sociální patologii, která je navíc v rozporu s konceptem úspěšného stárnutí (Kalvach, 2004).

1.6.3 Biologické stáří

Biologické stáří chápeme jako věk hodnocený biologickými a involučními změnami konkrétního jedince. I zde ale nacházíme rozpor v názorech odborníků, kdy mnozí z nich sami připouštějí nemožnost jednotného vymezení biologického stáří – toho, co by mělo vyjadřovat a podle čeho by se vůbec mělo posuzovat. Klinický přístup obvykle hodnotí funkční stav jedince, tedy vztah mezi jedincem a aktivitami či zdravotnickými výkony, ke kterým je způsobilý (Kalvach, 2004).

1.7 Změny ve stáří

Ve stáří dochází k mnoha změnám, které se dají rozdělit do několika skupin. Mezi ty hlavní, které si v následující části vymežíme, jsou změny fyzické, kognitivní, psychické a sociální, které jsme částečně nastínili již dříve.

1.7.1 Biologické změny

Biologické změny, které probíhají na fyziologické úrovni patří mezi ty, které jsou nejvíce patrné. Dochází zejména k úbytku funkcí na molekulární, tkáňové, orgánové a systémové úrovni; zpomalení většiny funkcí; orgasmus reaguje celkově pomaleji; zmenšuje se tělesná výška, což je způsobeno atrofií meziobratlových plotének; kosti jsou křehčí; kůže ztrácí

³ Ageismus je stereotypizace a diskriminace jedinců či skupin na základě jejich věku (Vidovičová, 2008).

pružnost, je suchá, tenká, vrásčitá a objevují se stařecké skvrny; řídnu vlasy, rostou pomaleji následkem poklesu melaninu šednou; dochází ke ztrátě zubů (Pacovský, 1994; Jarošová, 2006).

1.7.2 Kognitivní změny

Zhruba u 90 % jedinců nad 60 let dochází k výraznému zhoršení zrakového vnímání a u 30 % dochází ke zhoršení sluchu. To zapříčiňuje nejen pokles výkonu v pracovních činnostech, ale také omezuje možnost rekreace (čtení, poslouchání hudby, sledování televize). Porucha percepce mimo jiné zhoršuje i schopnost komunikace a zvyšuje pravděpodobnost úrazů (Havlová, 2020). Dochází také ke zhoršení paměti, především v oblasti nových vjemů. Zázitky z dávné minulosti jsou u starších lidí mnohdy zachovány velmi dobře. Pravdou však zůstává, že u vzpomínek časem dochází k jejich zkreslování, a tak si jedinci často pamatují události pozitivněji než jaké byly ve skutečnosti (Langmeier; Krejčová, 2006). Mírná porucha paměti je však běžná a nemá zvláštní vliv na běžné fungování seniora. U většiny osob zůstává tento stav neměnný a dokonce se může vhodnými aktivitami a tréninky zlepšit. Může však dojít také ke zhoršení až do stádia demence či Alzheimerovy poruchy (Havlová, 2020). Klesá inteligence měřená běžnými inteligenčními testy. Schopnosti seniora, který by ve Wechslerově testu pro dospělé (WAIS) dosáhl průměrného výsledku a měl tak podle definice IQ 100, ve skutečnosti odpovídají výkonu mladého dospělého s IQ 76. Jestliže by stejný jedinec dosáhl nadprůměrného výsledku IQ 130, jeho výkonnostní kvocient by odpovídal číslu 112. Empirický výzkum však dokazuje, že je měření inteligenčního kvocientu u seniorů běžnými testy zcela nevhodné, jelikož různé kognitivní funkce se s věkem mění rozdílně (Langmeier; Krejčová, 2006).

Studie z roku 1970 předkládá, že krystalická inteligence⁴ stoupá až do stáří, zatímco fluidní inteligence⁵ prudce klesá dosažením 30. roku života. Ostatní schopnosti zůstávají v průběhu života takřka neměnné. Schopnost morálního usuzování a sociální inteligence zůstávají taktéž zachovány. Pakliže se výsledky sečtou, dá se hovořit o postupném poklesu jistých funkcí; je však nevhodné výsledky průměrovat. Ve vyšším věku beze sporu dochází k celkovému úpadku schopností, ale u každého jedince jinak a v odlišném časovém rozpětí (Langmeier; Krejčová, 2006).

⁴ Naučená inteligence, zahrnující aplikaci získaných znalostí a postupů (Plháková, 2005).

⁵ Vrozená inteligence, zahrnující rychlost myšlení, krátkodobou paměť a obecné usuzování (Plháková, 2005).

1.7.3 Psychické změny

Citové prožívání nabývá odlišných rozměrů, mění se na méně bezprostřední a snižuje se jeho intenzita. Senior se jen tak nenadchne pro nové věci a na většinu situací pohlíží spíše racionálněji a klidněji. Záleží však na hodnotové orientaci; Vysoký věk může být vhodnou příležitostí pro přehodnocování svého dosavadního života a nalézání nových pohledů na každodenní skutečnosti. Na počátku stáří se objevuje také silná potřeba seberealizace a užitečnosti pro druhé, která ale postupem času ustupuje do pozadí a střídá ho jen velmi malé zaujetí ohledně osob a dění kolem sebe a soustředění se spíše na sebe a své vlastní problémy. Osud druhých lidí je jím vzdálenější a orientují se výhradně sami na sebe, častá bývá i hypochondrie (Příbyl, 2015).

Nastávají také osobnostní změny, které jsou důsledkem vyrovnávání se se stářím. Studie S. Reichardové (1962) rozlišuje několik typů vyrovnávání se s vlastním stářím:

- *Konstruktivní strategie* – Senior vyrovnávající se se svým stářím konstruktivně si je vědom svých možností a je stále aktivní; Nepřestává mít radost ze života; Je vyrovnaný se smrtí; Dokáže se pružně vyrovnávat s děním okolo sebe a adekvátně na něj reagovat; Nalézá potěšení v lidech kolem sebe, v humoru, v jídle a pití, v práci a rekreaci; Věnuje se svým zájmům. Tito lidé mají zpravidla prožité šťastné dětství, dospělost a spokojené manželské soužití.
- *Strategie závislosti* – Jedinec spadající do tohoto typu bývá celkově pasivnější a spíše než na sebe spoléhá na ostatní; Rozhodování přenechávají mladším lidem; Muži nechávají rozhodovat ženy. Tato strategie je méně příznivá než strategie konstruktivní, i přesto je pořád společensky přijatelná.
- *Strategie obranná* – Vykazuje se přehnanou kontrolou a jednáním dle zažitých zvyků a rolí. Důvodem je zřejmě snaha zapomenout na vlastní problémy a odmítnutí nevyhnutelného příchodu konce života.
- *Strategie hostility*⁶ – Senioři tohoto typu přenášejí svoje problémy na druhé, kterým své obtíže i dávají za vinu; Věčně si stěžují a jsou agresivní.

⁶ Hostilita je dlouhodobý emoční stav projevující se agresivním a nepřátelským jednáním vůči druhým (Encyklopedický slovník).

- *Strategie sebenenávisti* – Vykazuje se obracení nenávisti vůči sobě samotnému; Nadměrná kritika; Vnímání prožitého života jako zbytečného a bezcenného. Příčinu takového postoje můžeme nalézt v nedobrych vztazích s rodiči, neuspokojivém manželství a všudypřítomném pocitu vlastní nedostatečnosti a osamělosti.

Výše zmíněný výčet je ovšem zúžený – ve skutečnosti existuje mnohem více způsobů, jak se jedinec může vyrovnávat s vlastním stářím a je vždy potřeba nahlížet na širší souvislosti s brát v potaz i osobnost daného seniora. Obecně se ani nedá říct, zda je nějaká strategie lepší či horší než strategie druhá. Okolí by mělo vždy akceptovat postoj, který daný jedinec hodlá zaujmout a je nutné naučit se s konkrétním seniorem vhodně komunikovat (Příbyl, 2015).

Citové vztahy se ve stáří nijak výrazně nemění; naopak stoupá význam rodiny. Osoby vysokého věku jsou více ohroženi sociální izolací a podnětovou deprivací a cítí větší potřebu mít někoho nablízku. Role starého člověka bývá i v dnešní době velmi důležitá a takového člověka si rodina obvykle cení a váží. Nezastupitelná je i výuková role, při které staří lidé učí mladší členy rodiny hlubším hodnotám a postojům, nebo sdílejí zážitky z jejich mládí. Role manželství si v tomto období senioři velmi váží a ztráta životního partnera nesou jen velmi těžko a obtížně se s touto skutečností vyrovnávají. Ačkoliv jsou sexuální touhy seniorů všeobecně vnímány jako tabu, ani tato potřeba ve vysokém věku úplně nemizí, ačkoliv četnost pohlavního styku obecně klesá. Výzkum z roku 2011 tuto teorii potvrzuje a předkládá, že až 57 % osob nad 60 let je sexuálně aktivních (Kalra; Subramanyam; Pinto, 2011). Sex je sice ve stáří tou méně důležitou hodnotou, ale i přesto může hrát velmi důležitou roli v hodnocení kvality života (Příbyl, 2015).

Německý psycholog Erik Erikson rozdělil lidský život do několika etap. V každé z nich se podle něj jedinci setkávají s různými konflikty, které musí překonat, aby dosáhli konkrétní ctnosti. Ve věku 65 let jsou dle Eriksona jedinci postaveni před konflikt mezi vyrovnaností a zoufalstvím, což znamená, že se musejí vyrovnat se svým dosavadním životem a najít v něm smysl. Pakliže tak neučiní, upadají do zoufalství, sebedestruktivních tendencí a podléhají frustraci. Jestliže se jim to ale podaří, dochází k ctnosti moudrosti, přijímají život takový, jaký je a byl a jsou srovnání s příchodem vlastního konce. Významným prvkem se pro seniory stává rodina a lidi obecně. Důležitou existenciální otázkou, kterou si kladou je: „Žil jsem dobrý život?“ (Erikson, 2015).

1.7.4 Sociální změny

Obvykle se předpokládá, že se ve stáří jedinec na společenském dění angažuje jen málo. Role, které připisujeme seniorům mají spíše společensko-citový charakter nežli výkonnostní. Obecně se od starých lidí neočekává nic jiného než od dětí – uspokojování pouze svých potřeb, vyhledávání pochopení od ostatních a vetování všech svých povinností (Langmeier; Krejčová, 2006).

Výsledky vývojově psychologických a sociologických studií však tyto předpoklady vyvracejí. Bühlerová zdůrazňuje, že takto lidský život hodnotit nelze. Podle ní je člověk za příznivých podmínek i nadále nedílnou součástí své komunity a může tak přispívat její celistvosti, ač se jeho role a úkoly mění (Haškovcová, 1990). Co se týká práce, mnozí senioři zůstávají plně aktivní ve svém původním povolání, nebo si zvolí zaměstnání jiné.

Jak jsme si již uvedli, vztahy k druhým lidem se z pohledu seniora můžou měnit, nicméně nezanikají úplně. Důležitá je pro ně rodina, přátelé, sousedé a celoživotní partneři. Bohužel se v seniorském věku častěji než kdy jindy jedinci setkávají se ztrátou blízkých a musí si jejich odchody kompenzovat novými vztahy, nebo se s nimi vyrovnat a soustředit se sami na sebe.

Předpoklad, že jsou senioři v rámci zbytku společnosti neangažovaní (nebo by být měli) vycházel nejspíš z ekonomické produkce průmyslové společnosti, kdy jsou starší zaměstnanci nahrazováni těmi mladšími. Neznamená to ale, že odchodem ze zaměstnání dochází u seniora ke ztrátě životní pohody, potěšení či dokonce vůle k životu. Až na osoby těžce nemocné či sociálně izolované zůstávají senioři ve svém stávajícím zaměstnání a společenské angažovanosti i nadále. Právě v této době totiž dosahují prožitku vnitřního zadostiučinění, protože naplnili svůj vnitřní potenciál a sehráli důležitou úlohu v lidském společenství. Teorie neangažovanosti by ze své podstaty vedla k segregaci seniorů a k lhostejnému, nepřátelskému a pohrdavému postoji mladších osob. Starý člověk, neschopen vykonávat svou předešlou úlohu by tak byl bezcenný a přítěžoval by svému okolí. Kanadský lékař Sir William Osler zastával stejný názor a na počátku století dokonce hojně navrhoval eutanazii pro staré lidi, což později pod tlakem veřejnosti odvolal. Mnozí lidé v rozmezí 80 až 90 let však zůstávají i nadále soběstační, produktivní a aktivní (Langmeier; Krejčová, 2006).

1.8 Sociální kontext stáří

Senioři to ve společnosti nemají jednoduché (Mlýnková, 2011). Už v roce 1965 Friedrich Thieding napsal, že obecně převládá názor o neužitečnosti a zbytečnosti starých lidí (Thieding, 1965). Spisovatelka Simone de Beauvoir vystihla tehdejší situaci následovně: „Je všeobecně známo, že dnešní stav starých lidí je skandální“ (Beauvoir, 1972).

Při srovnání tehdejší a dnešní soby však zjistíme, že se situace nijak zvlášť nezměnila, jak by se mohlo očekávat. Situace seniorů v současné moderní době není o mnoho lepší. I přes veškeré snahy konceptů zdravého a aktivního stárnutí o zboření stereotypů převládá ve společnosti strach a obava ze stárnutí a stáří. Hovoříme tedy o jisté *gerontofobii*, chorobného strachu ze stáří. Ten je do jisté míry posílen převládajícími stereotypy o zbytečnosti, neužitečnosti, bezmocnosti starých lidí, jejich časté nemocnosti a přítomné senility které vycházejí z ageismu (Haškovcová, 2010).

Nepříznivou situaci seniorů ovlivňuje hned několik faktorů, zejména nedostatek porozumění mezi generacemi. V minulosti se na stáří pohlíželo buď v pozitivním nebo negativním smyslu, a tato představa vždy dominovala nad druhou. Dnes se situace od minulosti velmi liší a obě tyto představy koexistují vedle sebe. Paradoxem zůstává, že ačkoliv jsou senioři vnímání obecně spíše negativně, objevují se také ambivalentní postoje, kdy jsou senioři sice litováni, ale zároveň však nejsou nijak respektováni (Špatenková; Smékalová, 2015).

V průběhu života se naše postoje vůči stáří a starým lidem mění v závislosti na našich vlastních zkušenostech a hodnotách. Stěžejním faktorem, který ovlivňuje a formuje to, jak budeme stáří vnímat, se stává především výchova. Stáří jako takové se nemění a zůstává stejné; mění se pouze jeho interpretace. Mladí lidé a lidé středního věku se o problematiku stáří příliš nezajímají. Stárnutí a stáří je pro ně příliš vzdálené, a proto neatraktivní. Stárnutí je však univerzální proces, tudíž platný pro všechny, a pakliže někdo nezemře mladý, bude jednou tímto procesem bezprostředně konfrontován. Individuální a populační stárnutí byly ještě donedávna vnímány jako dva oddělené problémy. Individuální stárnutí, kterým se zabývá medicína a gerontologie a zvětšující se podíl seniorů ve společnosti, kterou řeší sociální politika, musí být řešeny současně, protože se vzájemně prolínají a ovlivňují (Špatenková; Smékalová, 2015).

1.9 Politický kontext stáří

Na demografickou situaci reagovalo i Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky ve *Strategii přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*. V tomto dokumentu vyjmenovává a podrobně popisuje kroky, kterými hodlá reagovat na změny české společnosti spojené se stárnutím populace. Přípravu na stárnutí nespatřuje jen v rámci dobře promyšlené strategie, ale také v oblasti příjmů. Příprava na stárnutí by však neměla zůstat jen u důchodového systému, ale měla by zahrnovat také změny v oblasti státní správy, dostupnějšího bydlení, financování a kvality sociální a zdravotní péče, celoživotního vzdělávání, zaměstnanosti, odměňování zaměstnanců v sociálních službách, ochrany práv seniorů a fungování veřejného prostoru v kontextu bezbariérovosti. Strategie však necílí jen na seniory, ale zahrnuje všechny věkové kategorie, protože se problém dotýká nás všech a je nutné se systematicky připravit na život v dlouhodobé a stárnoucí společnosti. Klíčovou roli v rámci strategie a podmínky pro její přípravu hraje zejména stát, avšak pro jeho naplnění jsou potřeba další aktéři: kraje a obce, zaměstnavatelé, neziskový sektor, akademické sféry a média. Velkým tématem, kterým se *Strategie* věnuje, jsou finance, respektive finanční zajištění seniorů. Analýza vývoje ročních příjmu ukazuje, že finance domácností složených z osob mladších 65 stoupaly rychleji než domácnosti seniorů. Nejvýznamnějším příjmem seniorů je starobní důchod a obecně sociální příjmy, které tvořily až 82 % příjmů domácností seniorů. Jestliže se jednalo o domácnost s žádnými pracujícími členy, bylo to 94 %. Seniori jsou tak skupinou, která je velmi ohrožena chudobou a sociálním vyloučením. Další velký problém pro seniory představují vysoké náklady na bydlení a malá dostupnost nájemního bydlení. V roce 2017 představovaly náklady na bydlení až pro 91,5 % seniorů zátěž. Zásadní oblast, na kterou by měla politika reagovat, představuje také systém zdravotní péče a prevence. V posledních letech klesají výdaje na zdravotnictví na HDP⁷ (MPSV, 2019).

Klíčové téma představuje především dlouhodobá péče a její zajištění. V současné době jsou kompetence dlouhodobé péče rozděleny mezi Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, regiony, kraje, obce, zdravotní pojišťovny a samotné domácnosti. Takovéto roztržité, způsobeno nejednoznačnou legislativou, vytváří nejednotné kompetence, které se odrážejí v neefektivním vynakládání s veřejnými zdroji. Zároveň rozdíly ve financování konkrétních zařízení znamenají velké rozdíly a nerovnost v péči o klienty s totožnými potřebami. Nezbytným krokem se tak stává sjednocení způsobu financování

⁷ Hrubý domácí produkt.

ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a ošetrovatelské péče v lůžkové části dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních – za předpokladu požadavku stejné péče pacientů a klientů. Je také třeba zaměřit se na hospicovou a paliativní péči. V souvislosti se zdravím stárnoucí populace se musí také dbát na specializovanou geriatrickou péči a komplexní diagnostiku onemocnění, především neurodegenerativních, kardiovaskulárních a onkologických, nemoci svalstva, kosterní soustavy a duševních onemocnění. Je taky důležité co nejdéle zachovat seniora v přirozeném prostředí, a proto je potřeba rozvíjet služby asistovaného života, které mohou významně zvýšit kvalitu života seniorů a díky odlehčovací funkci i pomoci rodině seniora (MPSV, 2019).

1.10 Senior

Haškovcová (2012) definuje seniora jako starší osobu, která je v určitém společenství vážená. Ve stejné publikaci však poukazuje na jisté mezigenerační problémy mezi starší a mladší generací, a tak je tato definice pravděpodobně až příliš optimistická a ne úplně výstižná.

Definovat seniora nám znemožňuje i skutečnost, že tento pojem doposud není ukotven v žádném z českých zákonů, a musíme se tak řídit již zmíněnými fyzickými, psychickými a sociálními aspekty, které se také mnohdy rozcházejí v závislosti na autorovi a na způsobu, jak na problematiku pohlíží.

Zřejmě nejvýstižněji vystihl tento pojem Příbyl (2015), který seniora definuje jednoduše jako osobu prožívající období stáří. V jiných odborných publikacích autoři operují také s termínem *geront*, který se ale používá spíše jako označení nesamostatných osob. Ve starších publikacích najdeme také označení *senescent*, který se dnes již nepoužívá. Ač se můžeme setkat i s označením *důchodce*, jedná se rozhodně o velmi nevhodný a zcela nepřesný pojem. Vychází totiž z termínu *důchod* a podněcuje tak myšlenku, že každý, kdo pobírá dávky důchodového pojištění je současně senior. To však není pravda, protože dávek důchodového pojištění je hned několik – starobní důchod, sirotčí důchod, vdovský a vdovecký důchod a invalidní důchod. Ne každý důchodce tak nutně musí být seniorem a vice versa.

Slovník cizích slov definuje termín *senior* jako rozlišení staršího a mladšího člena v rámci jedné rodiny (senior, junior), nebo jako příslušníka starší věkové skupiny.

Jakkoliv jsou tyto definice výstižné, panovaly i další pokusy o definici tohoto pojmu, kdy jedna z nich označovala za seniora jedince s trvalou změnou zdravotního stavu (psychického, fyzického), čímž se stává závislým na péči druhých osob. Ani tato definice však není vhodná, protože nejen, že odporuje konceptu úspěšného stárnutí (které vyvrací nesoběstačnost seniorů), ale také by pak pod tento pojem spadaly i mladé osoby s handicapem (Příbyl 2015).

Problematiku určování stáří na základě věku jsme si vysvětlili již dříve – nezahrnuje intraindividuální odlišnosti, tudíž se nedá s jistotou tvrdit, že dva odlišní seniori stejného věku budou vykazovat stejné znaky stáří či stárnutí. Zatímco jeden může podléhat špatnému zdravotnímu stavu, druhý senior může být i nadále aktivní, pružný a angažovaný ve svém původním zaměstnání.

Příbyl (2015) se přiklání ke stejnému názoru jako Langmeier a Krejčová (2006), že senior je zkrátka ten, kterého tak vnímají ostatní členové společnosti. Můžeme se ale jen domnívat, na základě čeho by takto daného jedince ostatní posuzovali, a zda by jejich závěry nehraničily spíše s ageismem a určitými předsudky vůči stárnutí. Vyvstává tak otázka, zda by vhodným milníkem pro určování starého člověka neměl být právě počátek pobírání starobního důchodu, nebo jednoduše za seniora označovat toho, kdo se za něj sám považuje.

Z hlediska zdravotního stavu a individuálních potřeb rozlišujeme několik typů seniorů:

- *Elitní* – vykazují se nadprůměrnou výkonností a mimořádnými výkony (např. John Glenn, nejstarší člověk, který byl ve vesmíru v 77 letech)
- *Zdatní / fit* – zůstávají i nadále zdatní a jsou schopni života v náročných podmínkách (např. život v horských oblastech, kde je určitá fyzická zdatnost nutností)
- *Nezávislí* – Samostatně zvládají každodenní aktivity v nekomplikovaných podmínkách (byť s úplným vytápěním a základním příslušenstvím), ale nemají funkční rezervy, takže v případě krizových situací či havárií a katastrof (kalamita, povodně, ale i porucha výtahu) se stávají nesoběstačnými
- *Křehcí* – charakterističtí zhoršeným zdravím, malou zdatností a odolností, hůře se adaptuje a špatně zvládají běžné zátěže. Potřebují pravidelné kontroly
- *Závislí* – z důvodu velmi zhoršeného zdravotního stavu a ztráty soběstačnosti vyžadují dlouhodobou a trvalou podporu, včetně pečovatelské služby a domácí péče (home care)

- *Zcela závislí* – senioři trvale upoutaní na lůžko a/nebo s pokročilým poklesem kognitivních funkcí, často nezbytná ústavní péče v pobytovém či ošetrovatelském zařízení
- *Umírající* – osoby vyžadující paliativní péči ústavní či domácí (Příbyl, 2015).

1.11 Shrnutí

V první kapitole jsme se zaměřili na vymezení základní terminologie z oblasti stárnutí, stáří a seniorského věku. Na teoriích stárnutí jsme předložili úvahy, proč ke stárnutí dochází, vyčlenili jsme stáří na kalendářní, biologické a sociální, a předložili jsme hlavní změny, ke kterým v séniu dochází. Věnovali jsme se také sociálním a politickým aspektům stáří a na závěr kapitoly jsme vysvětlili rozdíl mezi seniorem a důchodcem, a proč není vhodné tyto termíny zaměňovat.

2 POTŘEBY SENIORŮ

Každý člověk na světě se vyznačuje určitými potřebami. Skutečnost, že se v průběhu života mění jsme si zmínili v předchozí části. V následující kapitole si definujeme, co to potřeby jsou a také se zaměříme na to, jak vypadají v seniorském věku.

2.1 Potřeby jako hybná síla života

S pojmem *potřeba* se můžeme setkat napříč různými vědami – od biologie, ekonomie, přes filozofii, sociologii až po psychologii. Zjevně nejméně komplikovanou definici předkládá Příbyl (2015), podle nějž je lidská potřeba projevem nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Dále tvrdí, že uspokojení či neuspokojení lidských potřeb zcela zásadně ovlivňuje a podílí se na vzorcích jedincova chování. Všichni lidé mají stejné potřeby, ale způsob, jakými je uspokojují, se v průběhu života mění, a to jak kvalitativně, tak kvantitativně. Autor také poukazuje na to, že potřeby nejsou pouze nedostatkem něčeho, ale rovněž silou, která člověka směřuje k jiným lidem, předmětům a činnostem.

2.1.1 Dělení lidských potřeb

Na potřeby jako takové můžeme nahlížet různě. Holistický přístup dělí potřeby na biologické (jídlo, voda, vylučování, dýchání, spánek), psychologické (bezpečí, jistota, respektování důstojnosti, důvěra), sociální (kontakt s druhými lidmi) a duchovní (potřeba smyslu života, potřeba odpuštění). Podle důležitosti pro zachování života dělíme potřeby na nižší (fyziologické) a vyšší (psychologické) (Příbyl, 2015).

2.1.2 Potřeby dle Maslowa

Abraham Harold Maslow, americký psycholog, definoval v roce 1943 takzvanou pyramidu, na které hierarchicky znázornil pět základních lidských potřeb. Ty dále rozdělil na potřeby nedostatkové a růstové.

Do nedostatkových potřeb zařadil potřeby fyziologické (dýchání, spánek, rozmnožování, vylučování a přijímání potravy), potřeba bezpečí a jistoty (zaměstnání, přístup ke zdrojům, zdraví), potřeba lásky (přátelství, partnerství) a potřeba úcty a uznání.

Jako růstovou definoval Maslow potřebu seberealizace, kterou chápeme jako naplnění svého potenciálu a možnost vnitřního rozvoje (Příbyl, 2015).

2.1.3 Potřeby dle Vágnerové

Marie Vágnerová, česká psychologka člení potřeby do šesti oblastí:

1. Potřeba stimulace správnými podněty – jedná se o prioritní lidskou potřebu, která je uspokojována smysly – zrakem, sluchem, chutí, čichem a hmatem. Při poklesu smyslových funkcí dochází ke zhoršení poznávacích procesů, což pro seniory představuje problém, který se ve výsledku může odrážet v pocitu nejistoty, strachu a úzkosti. Senioři se kvůli tomu mohou vyhýbat kontaktu s okolním světem.
2. Potřeba smysluplného světa – aby měl jedinec pocit smysluplného světa, potřebuje k tomu cíl, ke kterému směřuje. Pokud senior nemá žádný cíl, je pro něj takřka nemožné vidět smysl života.
3. Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase – každý má svůj biologický rytmus, kterému věří a podmiňuje jím své denní činnosti. U seniorů je stěžejní, aby byla zachována taková rutina, na kterou byli po většinu života zvyklí.
4. Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti – všichni máme přirozenou potřebu zaujímat určité sociální role a někam patřit. Pro seniory je obvykle velmi těžké se se sociálními změnami sžít.
5. Potřeba identity a uznání vlastního „já“ – pro každého člověka je v rámci psychosociální pohody důležité, aby měl svůj život pod kontrolou a mohl rozhodovat o svých záležitostech, stejně jako se přijmout takového, jaký je. U seniorů nastává problém v případě, kdy se pečující osoba snaží převzít zodpovědnost a rozhoduje i v takových situacích, ve kterých by si senior poradil sám.
6. Potřeba otevřené budoucnosti – senioři se potřebují na něco těšit. Blízké osoby tak mají za úkol jim pomáhat vidět a těšit se na maličkosti všedního dne (Vágnerová, 2007).

2.2 Existencialita života seniora

V souvislosti s kvalitním životem ve stáří hovoříme o takzvané *existenciální gramotnosti*, která se projevuje v oblasti etických norem, vnitřní motivaci ve vztahu k práci, postoje v rámci ochrany životního prostředí a lehkomyšlnosti vůči vlastnímu zdraví. Všechny tyto aspekty jsou stěžejní hlavně v období dřívějších životních fázích pro vytvoření vhodné půdy pro život ve stáří. Problematikou smyslu života a jeho naplněním se zabývá existenciální analýza, která je však pro mladou generaci často spíše neatraktivní a existenciální orientaci se příliš nevěnuje, což by mohlo být potenciálním důsledkem pozdější nezaměstnanosti a problému s drogovou závislostí. Obdobně je oslabena i motivace dospělých osob a seniorů dát svému vlastnímu stáří pozitivní a společensky atraktivní smysl. Cílem existenciální analýzy je dosáhnout takových znalostí, dovedností a morálních hodnot, abychom byli schopni dát svému životu nějaký smysl a hodnotu. Jen díky tomu jsme pak schopni svou vlastní mírou přispívat k rozvoji společnosti, z dlouhodobého hlediska plánovat svoji vlastní budoucnost, být odpovědní jak vůči sobě tak svým nejbližším a rozvíjet či udržet svou intelektuální a fyzickou kondici. Zvýšení existenciální a morální integrity v české populaci, prohloubení její vnitřní motivace a odpovědnosti by tak vedlo k dosažení stejné nebo podobné úrovně jako v rozvinutých demokratických evropských státech, ve kterých se existenciální zakotvenost pozitivně odráží v pracovní motivaci, sociální soudružnosti, ekologické odpovědnosti, důstojném vztahu k lidským právům, multikulturní otevřenosti a obecné slušnosti vůči lidem. Žít smysluplný život neznamena nic jiného než se věnovat tomu, co považujeme za hodnotné. Každý člověk vnímá za hodnotné něco jiného, a proto neexistuje univerzální odpověď na to, co to žít hodnotně a smysluplně vlastně znamená (Čeledová; Čevela; Kalvach, 2016).

Existenciální gramotností, jakožto hledání smyslu ve vztahu k okolí, budování pozitivních vztahů a společenské odpovědnosti se věnují i některé programy Světové zdravotnické organizace (WHO). Podporu rozvoje existenciální gramotnosti bychom mohli nalézt také v propojení myšlenek konceptu úspěšného stárnutí a měst přátelských každému věku (*age-friendly cities / AFC* – koncept, se kterým přišla WHO v roce 2005). Města přátelská ke každému jsou podle Světové zdravotnické organizace taková města, která podporují úspěšné a zdravé stárnutí tím, že optimalizují příležitosti pro zdraví, kladou důraz na bezpečnost obyvatel a podporují participaci na společenském životě s cílem zlepšit kvalitu života nejen ve stáří, ale obecně ke všem věkovým kategoriím. Taková města obecně zahrnují politiky, struktury a mechanismy podporující nejen seniory zdravě žít ve svých komunitách, ve

kterých se pohybovali doposud (ageing in place). Takové kroky vedou k prolomení zažitých stereotypů podporují preference seniorů a dokáží pružně reagovat na jejich měnící se potřeby, čímž jsou schopny je podporovat v inkluzi a participaci na společenském životě. Začleňování seniorů do svých komunit a do společenského dění výrazně ovlivňuje kvalitu života, dodává jedincům pocit jejich potřebnosti a je předpokladem pro jejich spokojenost a zdraví. Smysl individuálního života však může být v seniorském věku negativně ovlivněna několika okolnostmi – sociální vyloučenost, osamělost (senioři vnímají obrovský rozdíl mezi osamělostí a samotou), ztráta soběstačnosti a autonomie, ztráta nejbližších, ztráta sebeúcty a kontinuity, zrudění z opakujících se činností (fenomén Makropulos), ztráta smyslu života a vůle vedoucí až k vlastnímu zanedbávání (Čeledová; Čevela; Kalvach, 2016).

2.3 Vzdělávání seniorů

Jedním ze způsobů, jak se senioři mohou seberealizovat, může být i zapojení do procesu celoživotního vzdělávání, které zmiňuje i koncept úspěšného a aktivního stárnutí.

Celoživotním vzděláváním a vzděláváním seniorů obecně se zabývá věda zvaná gerontagogika (někde se setkáme i s pojmem gerontopedagogika), vycházející z pedagogických principů a je tedy vědou o „vzdělávání ve stáří a ke stáří“ (Livečka, 1979).

Řada studií potvrzuje, že vzdělávání může pozitivně ovlivnit kvalitu života ve stáří, což je pro mnohé seniory velkou motivací pro to se dále vzdělávat.

Mezi cíle dalšího vzdělávání patří zejména adaptace seniora na involuční změny organismu, změnu životní role, umírání a pomoci seniorovi vyrovnat se s odchodem do důchodu, odchodem dospělých dětí z domova, připravit jej na fyzické změny a změny v psychologickém a sociálním potenciálu, případně na smrt partnera, blízkých lidí a přátel. (Smékalová; Špatenková, 2015)

Dle Kalvacha (2004) plní učení a vzdělávání se následující body:

- Obohacuje život seniorů
- Plní přirozenou touhu poznávat
- Představuje kvalitní náplň volného času
- Podporuje orientaci v současném světě

- Stimuluje psychickou aktivitu
- Naplňuje potřebu sociálního kontaktu.

Vzdělávání nemá pro seniory pouze edukační charakter; důležitý význam shledávají především v kontaktu s ostatními účastníky procesu vzdělávání, čímž edukaci přikládají také emocionální a sociální význam. Setkávání se se svými vrstevníky se stejnými nebo podobnými zájmy je pro seniory velmi důležité, obzvláště pakliže potřebují eliminovat pocit osamocení a nepotřebnosti kvůli odchodu do starobního důchodu, což je většinou hlavním motivem jejich účasti na seniorském vzdělávání.

Díky získaným znalostem mají také pocit již zmíněné užitečnosti a potřebnosti, protože mohou své získané znalosti a dovednosti uplatnit a využít, což je motivuje k vytyčování nových cílů. V mnoha případech mohou senioři k dalšímu vzdělávání přistupovat jako k boření určitých stereotypů.

V praxi takovéto vzdělávání probíhá na univerzitách a akademiích třetího věku, v seniorských klubech a centrech, v domovech pro seniory, v dalších vzdělávacích institucích, nebo prostřednictvím odborných publikací (Smékalová; Špatenková, 2015).

2.4 Péče o seniora

Při poklesu různých funkcí v pokročilém věku je zřejmé, že dochází k vyšší potřebě seniorů s všestrannou pomocí. Může se jednat o potřebu výpomoci s domácími pracemi, doprovodem k lékaři či s odbornou pomocí v rámci sestavení vhodné výživy (familymattershc.co, 2023).

Pečovat a pomáhat seniorovi s úskalími, se kterými se denně potýká, můžeme buďto prostřednictvím domácích, nebo institucionalizované péče. Vzhledem k charakteru práce se podrobněji zaměříme na péči a pomoc v prostředí domácím.

Kožuchová a kolektiv (2014) definuje domácí péči jako péči poskytovanou pacientům v domácím prostředí; Repková (2009) na domácí péči nahlíží jako na služby poskytované v domácnosti závislé osoby. Základními složkami domácí péče je rodina pacienta, pečující osoby, dobrovolníci a poskytovatelé odborné péče (Repková in Zrubáková; Krajčík, 2016). Koncept domácí péče vznikl v roce 1990 a jedná se o odbornou péči poskytovanou v přirozeném prostředí klienta. Smyslem domácí péče je především udržování či zlepšení

zdravotního stavu klienta, aniž by muselo dojít k zpretrhání stávajících sociálních vazeb a senior tak mohl setrvat v prostředí, které mu je známé (pece.cz, 2020).

Studie z roku 2015, které se zúčastnilo 285 osob v průměrném věku 75,2 let, předkládá, že osoby přetrvávající v domácím prostředí jsou významně šťastnější, než osoby pobývající v institucionálních zařízeních. Studie prokázala, že důvodem, proč jsou osoby v domácím prostředí šťastnější je zejména možnost starat se o vnoučata, vaření, péče o domácnost, zahradničení, čtení, procházky po přírodě a možnost výletů či exkurzí (Apostolou; Neocleous, 2015).

Do institucionalizované péče řadíme dle zákona č. 108/ 2006 o sociálních službách například domovy pro seniory, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem.

2.5 Neuspokojení potřeb

Míru uspokojení lidských potřeb vymezujeme dvěma pojmy, a to *saturací* (uspokojení potřeb) a *frustrací*. Za frustraci označujeme situaci, kdy člověk není schopen z jakéhokoliv důvodu uspokojovat své subjektivně důležité potřeby, ať už z důvodu vnějších vlivů, vnitřního psychického stavu, či zvláštními způsoby chování (Příbyl, 2015). Specifickými formami frustrace jsou *existenciální frustrace* (Frankl, 2011), při které dochází ke ztrátě smyslu života a důsledkem mohou být těžké deprese či sebevražedné jednání, a *reaktance* (Brehm, 2013) vyvolaná pocitem omezení osobní svobody, vedoucí k tzv. naučené bezmocnosti.

Při dlouhodobém neuspokojování potřeb v dostatečné míře dochází k *deprivaci*. Ta patří k nejvíce zátěžovým vlivům a závažně ovlivňuje psychiku jedince (Příbyl, 2015).

Frustraci a deprivaci se člověk snaží bránit za pomoci podvědomých obranných mechanismů, které se mu v minulosti osvědčily. Tyto způsoby obrany vychází z útoku a úniku. Reakce vycházející z útoku jsou aktivní obranou, kdy má jedinec potřebu různými mechanismy útočit na zdroj ohrožení, a tím ho odstranit nebo potlačit. Jednou z technik spadající pod útočné způsoby obrany patří například kompenzace, při které se jedinec snaží nahradit neuspokojené potřeby jiným podmětem. V důsledku této techniky může docházet k závislostem. Kalina (2019) v souvislosti s neuspokojenými potřebami a závislostí píše, že užívání drog, vznik a rozvoj závislosti nestojí mimo životní cestu člověka, ale je součástí jejích etap, vývojových krizí a konfliktů a opírá se o teorii vývojových stádií dle Eriksona.

Konkrétně ve stáří zmiňuje nepřipravenost preseniorů a seniorů vyrovnat se s vývojovými úkoly, což představuje pro adiktologii velkou výzvu. Závislí různého věku, kteří vyhledávají odbornou pomoc, jsou většinou lidé s nevyřešenými vývojovými úkoly.

Do únikových způsobů spadá vytěsnění nebo popření. Může docházet také ke změně postojů, jako například k regresi (přechod na nižší vývojový stupeň, či setrvání v tom stávajícím), identifikaci (ztotožnění se s někým jiným), nebo rezignaci (odevzdanost osudu, pasivita) (Příbyl, 2015).

2.6 Shrnutí

V této kapitole jsme se zabývali potřebami. Definovali jsme si, co to potřeby jsou, jak se rozdělují a představili jsme několik autorů, kteří se potřebami zabývali. V rámci této kapitoly jsme se také zaměřili na hledání smyslu života v seniorském věku, či jak se mohou senioři seberealizovat. Zmínili jsme také potřeby seniorů vyžadující péči druhých osob a jaké dopady mohou mít neuspokojené potřeby.

3 FARMAKOTERAPIE A ZÁVISLOST NA LÉCÍCH

V předchozích kapitolách jsme se zabývali seniory a jejich potřebami. Zmínili jsme, že nenaplnění potřeb může vést k rozvoji závislosti. V následující kapitole se zaměříme na stěžejní téma naší práce, tedy konkrétně na farmakoterapii a problémy s užíváním, nadužíváním a se závislostí u osob seniorského věku.

3.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je odvětví medicíny a biologie, která se zabývá studiem účinku léčiv. Farmakologická léčba patří mezi nejčastější způsob terapie v seniorském věku a doprovází ji mnohem více problémů než u mladších osob. To vyplývá jak ze samotného procesu stárnutí a individuálních vlastností stárnoucího organismu, jako počet onemocnění, genetické predispozice, předešlá zaměstnání apod. V rámci farmakoterapie ve stáří je také typický vyšší výskyt nežádoucích účinků léčiv (Zrubáková; Krajčík, 2016).

3.1.1 Problémy farmakoterapie seniorů v domácí péči

V domácím prostředí často dochází k nedostatečné spolupráci ve vztahu lékař-senior-rodinný příslušník-sestra. Stoupá počet hospitalizací a rehospitalizací v souvislosti s nevhodnou farmakoterapií. Zároveň je jak v České, tak Slovenské republice nedostatek odborného personálu pro zajištění péče v domácím prostředí (Zrubáková, 2010; Hegyi, 2007, 2015). Dalším problémem, ke kterému dochází, jsou nedostatečné vědomosti seniora o užívání léků, či o jejich nežádoucích účincích (Zrubáková; Krajčík, 2016). Zrubáková (2010) zmiňuje, že také dochází k častému nadužívání léčiv.

Výzkum Zrubákové a Krajčíka v letech 2008-2009 přinesl informaci, že pouze 39 % seniorů užívá léky dle pokynů lékaře. Nejčastější chybou bylo samovolné neužívání léků, respektive užívání jen v případě potíží, nedodržování dávkování léku a doby užití, nesprávně zvolený nápoj, upravování dávkování aj. V lékárnice měli senioři nadbytek analgetik, léků proti zácpě a nevhodné doplňky výživy. Pro upřesnění či doplnění údajů získaných od seniorů se výzkumníci zaměřili také na rozhovor s praktickými lékaři. Ti uvedli, že mezi nejčastější problémy, kterých se v rámci užívání léků senioři dopouští je neužití léků, vynechání dávky, úprava dávkování či samomedikace. Mezi léky, které senioři nadužívají nejčastěji, patří dle dotazovaných lékařů analgetika, sedativa či psychofarmaka. Zrubáková a Krajčík toto

zjištění komentují jako alarmující, protože sedativa a psychofarmaka považují ve stáří za nevhodné, ba i rizikové (Zrubáková; Krajčák, 2016).

Sandra Boodman hovoří o trendu nadužívání jako o epidemii, která v současné době nabývá na intenzitě nejen napříč Amerikou. Seniori užívají obvykle kombinaci léků předepsaných různými lékaři, a to z pochybných či neznámých důvodů. Výzkum v letech 1988 až 2010 prokázal, že až 46 % seniorů v rozmezí 70 a 79 let užívají nejméně pět léků denně (Charlesworth; Smit; Lee; Alramadhan; Odden, 2015). Jiné studie také potvrdily spojitost mezi nadužíváním léků a smrtí (Leelakanok; Holcombe; Lund; Gu; Schweizer, 2017).

Hlavním úskalím problému nadužívání pravděpodobně je fakt, že u seniorů vzhledem k vysokému věku často dochází ke špatnému vstřebávání léků, což může vést k závratím, zmatenosti nebo pádům. Tyto vedlejší účinky jsou často mylně interpretovány jako nový problém, který vyžaduje další léčbu léky, čímž dochází k takzvané *kaskádě předepisování* (Christianson, 2015).

3.2 Závislost na lécích u seniorů

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje závislost (nebo jako závislostní syndrom, jak uvádí někteří autoři, například Kalina a kol. 2019; Křížová, 2021) jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Stěžejní popisnou charakteristickou syndromu závislosti je přemáhající touha brát psychotivní látky, alkohol nebo tabák (Nešpor, 2018).

Závislost může vzniknout na určité psychoaktivní látce nebo určité třídě psychoaktivních látek. Psychoaktivní látku chápeme jako látku měnící stavy vědomí. Za návykovou látku označujeme takovou, jenž má farmakodynamický ⁸ potenciál k vyvolání závislosti. V klinické praxi se však tyto pojmy mnohdy překrývají. Závislost rozdělujeme na fyzickou a psychickou. Za fyzickou závislost označujeme rozvoj nepříjemných tělesných příznaků po vysazení nebo značném snížení obvyklé dávky. Psychická závislost naopak znamená touhu po opětovném zažití stavu, který jedinci způsobila daná látka. Dalším rozdílem mezi psychikou a fyzickou závislostí je, že psychická trvá pouze v řádech dní, zatímco psychická mnohem déle (Fischer; Škoda, 2020).

⁸ Farmakodynamika je věda zabývající se působením drogy v organismu (Křížová, 2021).

Kalina a kol. (2019) uvádí tyto znaky závislosti:

- silná touha po užití látky;
- potíže v kontrole užívání látky, ať už se jedná o začátek a ukončení, či v otázce množství;
- vyžadování vyšších dávek látky, aby jedinec docílil stejného účinku, jak dříve při užití menšího množství;
- postupné zanedbávání zájmů a potěšení ve prospěch užívání psychoaktivní látky;
- pokračování v užívání i přes zjevné zdravotní komplikace způsobené látkou.

Podobný seznam vytvořil také diagnostický a statistický manuál duševních chorob (dále jen jako DSM-5), který předkládá rovnou jedenáct kritérií. Kromě těch, které uvádí Kalina a kol. (2019) zde najdeme například i zmínku o užívání větších dávek nebo delší dobu, než uživatel původně zamýšlel nebo pokračování v užívání i přes interpersonální problémy způsobeny užíváním (Křížová, 2021).

Závislosti dále rozlišujeme na *látkové* a *nelátkové*. Do nelátkových závislostí řadíme například patologické hráčství, krádeží, zakládání požárů, vyškubávání vlasů, workoholismus, závislost na sexu a další (Smolík, 1966). Do látkových závislostí řadíme závislost na alkoholu, opioidech, kanabionidech, stimulačních drogách, halucinogenech, tabáku, těkavých látkách a na lécích (Křížová, 2021).

Do skupiny léků, které mohou vyvolávat závislost, řadíme sedativa, analgetika, hypnotika, anxiolytika a léky se stimulačním efektem. Dále se rozlišují léky opioidní, neoploidní, benzodiazepinové a nebezndiazepinové. Opioidní léky jsou užívány k tlumení střední či silné bolesti a mají potenciál k vytvoření závislosti. Bečková a Višňovský (1999) mezi ně řadí například Morfin, Kodein, Diolan, Subutex a Beforal. Neoploidní léky většinou nemívají závislostní potenciál a patří mezi ně léky typu Coldrex, Paralen, Panadol a podobně. Závislost na těchto lécích můžou vyvolat přidané složky jako kofein, kodein či efedrin. Benzodiazepinové léky jsou hojně zneužívány a patří mezi ně například Neurol, Lexaurin, Diazepam a hypnotika, jako jsou Nitrazepam a Rohypnol. Mezi nebenzodiazepinové léky řadíme některá anxiolytika, hypnotika nebo antidepresiva.

Bečková a Višňovský (1999) píše, že u opioidních a benzodiazepinových léků dochází k vytvoření fyzické závislosti, při které je přítomen symptom odvykacího stavu, projevující se zejména neklidem, nespavostí, napětím, bolestí svalů, průjemem a třesem. Na ostatních

lécích se fyzická závislost obvykle nevytváří, může ale docházet k závislosti psychické (Křížová, 2021).

Nepustil a spol. (2012) ve své publikaci zmiňuje, že problematika zneužívání a závislosti na lécích u seniorů je přehlíženým problémem nejen mezi širokou veřejností, ale také mezi odborníky. Poukazuje také na to, že v České republice neexistuje souhrnná publikace, která by se této problematice věnovala. Je zarážející, že od roku Nepustilovy publikace uběhlo jedenáct let, a nezměnilo se takřka nic. I v současné době takovouto publikaci jen sotva seženeme a nezbyvá nám, než čerpat z knih zabývajících se problematikou seniorů nebo závislostí odděleně.

Je třeba dbát důraz na to, že přístup k závislým seniorům se značně liší od závislých osob mladšího věku, a to zejména z těchto důvodů:

1. Charakter příčiny závislosti je ve stáří zcela odlišný. Nejčastěji se jedná o psychosociální příčiny jako je osamělost, potíže vyrovnat se se změnami, které stáří přináší, a zhoršená adaptabilita. Zde je důležitá primární prevence. Pro seniory s nefunkční či nepodporující rodinou představuje závislost mnohem větší riziko. Zde by měli úlohu rodiny převzít sociální pracovníci, kteří by seniorovi nabídli alternativní možnosti, jak smysluplně naložit se svým životem. V České republice je však tato služba velmi nedostatečná (Bártová, 2011).
2. Jako startér zneužívání návykových látek ve stáří často fungují příčiny fyzické, jako je bolest, úzkost, deprese. Senioři často tyto faktory řeší užíváním alkoholu či nadužíváním léků. U seniorů není neobvyklé, že propadají závislosti z neznalosti. Je proto důležité seniory informovat jak o správném užívání léků, tak o alternativních metodách léčby. Pokud již k nadužívání či závislosti dochází, je potřeba seniora o jeho stavu informovat. Společnost by měla v takových případech seniorovi poskytnout záchrannou síť ve formě sekundární a terciální prevence (Bártová, 2011).
3. Polyfarmakoterapie, čili užívání různých léků najednou, s sebou přináší řadu problémů, jako například nežádoucí reakce. Senioři často míchají různé léky v domnění, že je velké množství odlišných léků uzdraví, což představuje potenciál k velmi nebezpečné samomedikaci. V tomto případě by byla na místě vhodná osvěta a například elektronické karty, které by zabránily tomu, aby si senior nechával předepsat různé léky různými lékaři, protože v současné době neexistuje způsob, jakým by ošetřující lékař zjistil, zda nemá pacient různých lékařů hned několik (Nepustil, 2011).

Údaje o užívání, nadužívání či závislosti na nelegálních látkách u osob starších padesáti let se v České republice objevují spíše jako mediální senzace či kuriozity. Nicméně v zemích, kde je péče o závislé osoby dlouhodobě na vysoké úrovni, se stále zvyšuje průměrný věk života uživatelů drog a v Nizozemsku například fungují i domovy pro seniory se závislostí (Nepustil, 2011).

3.3 Shrnutí

V poslední kapitole jsme se zaměřili na téma farmakoterapie, nadužívání a závislosti na lécích. Podrobně jsme si nastínili problematiku závislosti na lécích u seniorů. Popsali jsme si, že se v současné době stále jedná o závažný problém, na který je kladen mnohem menší důraz, než jaký by byl potřeba. Vyjmenovali jsme rozdíly mezi řešením závislosti u mladších osob a u seniorů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V následující části se budeme věnovat výzkumnému šetření. Definujeme výzkumný problém, cíle a otázky, pojetí výzkumu, výzkumný soubor, metodu a techniku. Popíšeme si průběh výzkumného šetření a předložíme tři případové studie. Následuje doporučení pro praxi.

4.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem naší práce je analýza zkušenosti českých seniorů v domácím prostředí se závislostí na lécích.

4.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem našeho výzkumu je odhalit zkušenost českých seniorů v domácím prostředí se závislostí na lécích. Odhalením zkušenosti se závislostí na lécích u českých seniorů v domácím prostředí zároveň odkryjeme problematiku očima respondentů, kteří mají s fenoménem přímou zkušenost a zjistíme, jaký význam přiřkládají vlastní zkušenosti.

Dílčím cílem naší práce je odhalit zkušenost českých seniorů v domácím prostředí s užíváním léků. Na základě terminologie z oblasti závislosti na lécích a farmakoterapie a výzkumných cílů stanovujeme následující výzkumné otázky:

HVO: Jaká je zkušenost českých seniorů v domácím prostředí se závislostí na lécích?

DVO1: Jaká je zkušenost českých seniorů v domácím prostředí s užíváním léků?

4.3 Pojetí výzkumu

Z důvodu zaměření výzkumu na hloubku prožitku a osobní zkušenosti respondentů s fenoménem závislosti na lécích volíme pro naše výzkumné šetření kvalitativní metodologický přístup formou deskriptivní případové studie dle Yina (1994). Hlavním cílem výzkumu je samotnými očima respondentů odhalit problematiku fenoménu závislosti na lécích, který se ve společnosti objevuje spíše skrytě (což se odráží například i v nedostatečném zájmu sociálních služeb o tuto problematiku a odsunutí závislých seniorů na okraj zájmu společnosti a politik, jak vysvětluje Nepustil a spol. (2012)). Z tohoto důvodu volíme kvalitativní přístup.

Hendl (2016) však v kvalitativním výzkumu vidí jisté nedostatky například v podobě malého vzorku respondentů, ve zdlouhavé analýze dat a v možnosti ovlivnění výsledků samotným

badatelem. Kvantitativní výzkum by však ze své podstaty nedokázal podchytit význam, osobní zkušenost a subjektivní interpretaci fenoménu z pohledu samotných respondentů, jako to dokáže kvalitativní výzkum, a proto volme právě ten, jelikož je pro naše stanovené výzkumné cíle vhodnější.

4.4 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem jsou čeští senioři žijící v neinstitucionalizovaném prostředí, kteří se současně potýkají se závislostí na lécích.

Hlavním kritériem pro výběr respondentů je tedy překročení věkové hranice 65 let. Příbyl (2015) definuje seniora jako osobu prožívající období stáří a Kalvach (2004) v souvislosti s počátkem stáří definuje věkovou hranici 65 let.

Dalším kritériem je přetrvávání v domácím (neinstitucionalizovaném) prostředí a závislost na lécích.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje závislost jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Stěžejní popisnou charakteristickou syndromu závislosti je přemáhající touha brát psychotivní látky, alkohol nebo tabák (Nešpor, 2018).

V rámci výzkumného šetření jsme pro výběr respondentů zvolili metodu sněhové koule, která byla v souvislosti s výzkumem zaměřeným na skrytý fenomén nejvhodnější. Tato metoda spočívá v tom, kdy získané respondenty žádáme o další kontakty, které by mohly odpovídat našim kritériím (Švaříček; Šed'ová, 2014).

4.5 Výzkumná metoda a technika

Vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumného tématu a stanoveným výzkumným otázkám jsme pro výzkumné šetření zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Na začátku rozhovoru byli respondenti obeznámeni s cílem výzkumného šetření a ujištění o anonymizaci osobních údajů, tedy že zmíněná jména či místa budou pozměněna.

Vytvořili jsme základní otázky do rozhovoru, které jsme položili každému respondentovi. V souvislosti na odpovědích respondentů jsme pak kladli doplňující otázky, podmíněně situačně, které nám dopomohly získat od respondentů odpověď, kterou jsme původně požadovali, nebo odpověď podrobnější.

Otázky do rozhovoru jsme volili následující:

Jaká je Vaše zkušenost s užíváním léků?

Jaké léky užíváte?

V jakém množství tyto léky užíváte?

Z jakého důvodu tyto léky užíváte?

Jakým způsobem jste se k těmto lékům dostal/a?

Popište, jak se cítíte, když lék neužijete?

Pro výzkumné šetření jsme zvolili metodu případové studie, konkrétně multi-case. Případová studie neboli kazuistika slouží k detailnímu studiu jednoho či více případů za účelem pochopení daného fenoménu (Hendl, 2016).

4.6 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření formou rozhovorů probíhalo v domácnostech seniorů na začátku roku 2023. Před samotným zahájením rozhovoru byli respondenti seznámeni s tématem a cílem naší bakalářské práce. Následně proběhl souhlas ze strany respondentů s nahráváním průběhu rozhovoru. Respondenti byli utvrzeni v zachování anonymity ze strany výzkumníků, a proto jsou jména a informace, které by mohly odhalit identitu respondentů, pozměněna. Kontextuální podmínky případu však zůstávají neměnné.

Na samotném začátku výzkumného šetření byla respondentům položena otázka: „Jaká je Vaše zkušenost s užíváním léků?“. Do výpovědí respondentů jsem zasahovala jen tehdy, pokud situace přímo vyžadovala kladení otázek, nebo v případě, že se výpovědi respondentů vymykaly kýženému obsahu výzkumného šetření. V průběhu výpovědí respondentů jsem si zapisovala heslovité poznámky do počítače, abych se následně při přepisu rozhovorů lépe orientovala ve výpovědích a snáze nacházela klíčová slova a pojmy.

4.7 Analýza a zpracování dat

K analýze dat případové studie jsme postupovali formou deskripce případu. Dle Hendla (2005) neexistují pro případové studie jednotné analytické postupy pro práci s případovými studii, a je tedy na výzkumníkovi, jak se získanými daty bude dále pracovat.

Průběh rozhovoru byl nahráván na diktafon a následně proběhla transkripce do počítače. Následovalo otevřené kódování. Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že jej klasifikuje

nebo kategorizuje. Kódy mají relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům (Hendl, 2016). Miles a Huberman (1994) rozlišují první a druhou úroveň kódování. V první úrovni přiřazujeme k úsekům textu kódy, ve druhém pak shlukujeme kódy do kategorií. Získaná data jsme zpracovali do deskriptivní případové studie dle Yina (1994). Cílem je detailní a komplexní popis případu v kontextu života jedince. Jednotlivé případy nakonec porovnáme.

5 JEDNOTLIVÉ PŘÍPADOVÉ STUDIE

V následující části si přiblížíme jednotlivé případové studie.

5.1 Případová studie č. 1

Jméno: Světlana

Věk: 75 let

Osobní a rodinná anamnéza:

Světlana se narodila do rodiny bylinkářů. Má o pár let staršího bratra Jaromíra, se kterým nemají příliš hezký vztah a i přes celoživotní snahu o zlepšení jejich sourozenecké dynamiky se jim to stále nedaří. Oba dnes již zesnulí rodiče byli pouze vyučení řemeslu, stejně jako bratr Jaromír. Světlana ale zatoužila po mnohem lepší budoucnosti, a tak se rozhodla pro dráhu farmacie, na jejímž poli se pyšní titulem doktorky. S již zesnulým manželem zplodila syna Bedřicha, který s ní dodnes žije a pomáhá jí s prací kolem domu.

Světlana je stále aktivní na trhu práce a je zaměstnaná hned v několika lékárnách: „*Ta práce v lékárně mě moc baví.*“ Ve volném čase se také věnuje józe a chození do kina. Přátele má, ale vidá se s nimi spíše sporadicky, asi jednou za tři měsíce.

Zdravotní anamnéza:

S prvními závažnými zdravotními problémy se setkala již v mládí: „*No v mládí jsem mívala hlavně migrény, takže na to jsem brala Algenu a Alnagon, tam nebyly ty triptany, to bylo tehdy volně prodejné. Já jsem to měla vždycky navázané na hormonální cyklus, takže jsem měla tu migrénu kolem měsíčku vždycky. A pak jak jsem začala studovat v Bratislavě tu farmacii, tak do toho ještě stres a jak to studium bylo náročné, tak se ty migrény zhoršovaly, tak jsem těch léků tehdy brala víc, no. To jsem ti říkala už mockrát, jak jsem měla zkoušku z molekulární chemie, a ten profesor mě tehdy tak drtil u té ústní zkoušky, že jsem pak šla na vlak, ale dostala jsem takovou migrénu, že jsem si musela sednout tam v Bratislavě do parku, a tam jsem seděla s hlavou mezi nohama až do večera, kdy jel poslední spoj. To bylo jako opravdu příšerné.*“

Postupem věku však příznaky migrény úplně zmizely a vystřídaly je jiné zdravotní problémy. V současnosti ji nejvíce trápí problémy s pohybovým aparátem, vysoký tlak a snížená činnost štítné žlázy. Od těchto potíží si ulevuje léky na předpis, které ale díky práci farmaceutky získává i bez receptů od lékaře.

Jako lékárnice je dobře obeznámena s doporučeným dávkováním léků, které ale vědomě překračuje: „*Ale tak to tak prostě je no, to stáří je na hovno, člověka všechno bolí a už je odkázaný na ty léky. Já když ještě musím chodit do práce, tak musím být fit a musím to v té práci vydržet, tak je pravda, že si беру už jako preventivně, no, že si radši dám takto předem, aby mě to nepřepadlo přes den, kdy musím pracovat nebo vařit.*“

Léky mají v jejím životě velký význam, což vyplývá z její výpovědi na otázku, zda léky někdy zapomněla užít: „*Já na to myslím, protože jak jsem řekla, musím pracovat, musím doma dělat věci, já bych bez toho nemohla fungovat. Když si ty léky nevezmu, tak jsem úplně mimo, pomatená.*“

Respondentka se nejvíce rozpovídala při pobídce, aby zhodnotila zkušenost života odkázaného na užívání léků. Ve výsledku za to viní samotné stáří a s tím spojené bolesti. Připouští, že ke svému životu a zdravotnímu stavu zaujímá již laxní přístup, protože nevěří, že by se situace někdy mohla zlepšit. S užíváním a nadužíváním léků má bohatou historii, a tak přiznává, že jí už v současné době léky či různé zdravotní procedury příliš nepomáhají. Svoji výpověď končí slovy: „*Člověk pod náporom té bolesti si prostě vezme víc než by měl, a pak už má takový strach, že ráno vstane, dojde na záchod a bude ho to tak šíleně bolet, že si raději hnedka ještě v posteli vezme ten lék, aby se nemusel bát a mohl nějak normálně fungovat.*“

Kategorie	Kódy	Výpovědi respondenta
NEJEN CHLEBEM ŽIV JE ČLOVĚK	Současná léčba, závislost, současné zdravotní problémy, zdravotní problémy v mládí	„ <i>Tož беру léky od bolesti hlavně. Beru Skudexu. nebo ještě Palgotal, Ultracod, nebo ještě Zaldiar. Dřív jsem teda brávala takové ty jako Brufeny nebo něco, ale to už je na mě slabé, to mi už nepomáhá.</i> “ „ <i>Denně jednu tabletu. Teda měla bych, ale znáš mě, však si ze mě děláte pořád prdel s tatškou, že prý v pět ráno chodím brát léky a cinkám tam v ledničce s vodkou.... Já když ještě musím chodit do práce, tak musím být fit a musím to v té práci vydržet, tak je pravda, že si беру už jako preventivně, no, že si radši dám takto předem, aby mě to nepřepadlo přes den, kdy musím pracovat nebo vařit</i> “

		<p>„Mám vysoký tlak, tak to užívám léky na vysoký tlak, a užívám léky na štítnou žlázu, protože mám sníženou činnost štítné žlázy.“</p> <p>„Já na to myslím, protože jak jsem řekla, musím pracovat, musím doma dělat věci, já bych bez toho nemohla fungovat. Když si ty léky nevezmu, tak jsem úplně mimo, pomatená.“</p> <p>„Člověk pod náparem té bolesti si prostě vezme víc, než by měl, a pak už má takový strach, že ráno vstane, dojde na záchod a bude ho to tak šíleně bolet, že si raději hnedka ještě v posteli vezme ten lék, aby se nemusel bát a mohl nějak normálně fungovat.“</p> <p>„No v mládí jsem mívala hlavně migrény. Já jsem to měla vždycky navázané na hormonální cyklus, takže jsem měla tu migrénu kolem měsíčku vždycky. A pak jak jsem začala studovat v Bratislavě tu farmacii, tak do toho ještě stres a jak to studium bylo náročné, tak se ty migrény zhoršovaly, tak jsem těch léků tehdy brala víc, no.“</p> <p>„Tak problémy s pohybovým aparátem se mně objevily kolem šedesáti let, do té doby jsem neměla nic.“</p>
<p>VŠECHNY NÁS TO ČEKÁ</p>	<p>Pohled na stáří, zoufalost</p>	<p>„Říkám, že to stáří je na hovno. Člověk je odkázaný na ty léky a nic jiného mu nezbyvá. To je běžné, že ti senioři berou léky, jak se jim zachce, já to vidím v té lékárně, jak tam chodí ti stejní lidi pro ty léky častěji, než je stihnou vůbec doužívat, kdyby se drželi toho dávkování. Nám seniorům je to už tak nějak jedno si myslím, bohužel. Jsme staří, všechno nás bolí a z té</p>

		<i>zoufalosti a to že nevíme, co s tím, si prostě bereme ty léky, no. Je to tak, bohužel. To mládí je krásné, člověk má mnohem menší starosti, nic ho nebolí a když jo, tak jsou to většinou takové menší záležitosti, banální věci, ale na to stáří už ten senior ví, že už tady dlouho nebude a tak je prostě laxní ke všemu, nebo aspoň k tomu zdraví. Já třeba nevěřím tomu, že už mi někdy bude dobře, ani nevěřím, že ta operace pomůže.“</i>
KDYŽ NEJDE MOHAMED K HOŘE...	Způsob získání léků	<i>„Léky na předpis, no. Ale tak to víš, že já si to seženu jako, když jsem v té lékárně...“</i>
CHYTÁME LELKY	Volný čas, záliby	<i>„Chodím do jógy každý týden, jóga pro seniory. Potom taky chodívám do kina, Filmový klub seniorů... to jsou moje záliby. A ještě pracuju na hlavní pracovní poměr, ta práce v lékárně mě moc baví.“</i>
MILUJ BLIŽNÍHO SVÉHO	Sociální vazby	<i>„No přátele mám, kamarádky.“</i>

5.2 Případová studie č. 2

Jméno: Daniel

Věk: 66 let

Osobní a rodinná anamnéza:

Daniel je jedináček. Narodil se do rodiny hospodských, ale rodiče pro něj měli vymyšlenou lepší budoucnost a přáli si, aby studoval farmacii. Daniel sice toužil po jiném zaměstnání, ale rodičům neodporoval a poslechl. Dodnes se žíví jako lékárník, ale práce jej celoživotně nenaplňuje. Bohužel není manuálně zdatný a nemá žádné jiné dovednosti, a tak v práci přetrvává.

Daniela před pár lety opustila manželka, rozvedli se. Tuto skutečnost snáší Daniel velmi těžko. Přátele sice v mládí měl, ale nyní se s nimi nestýká a o společenský kontakt nejeví zájem. Nejraději tráví čas sám doma, který si zpříjemňuje posloucháním rádia nebo

sledováním televize. Práce v lékárně mu vadí zejména z důvodu kontaktu s lidmi. Přetrvává zde ale hlavně kvůli penězům a také snadnému přístupu k léčivům.

Zdravotní anamnéza:

S prvními zdravotními potížemi se Daniel setkal kolem čtyřiceti let, kdy mu byla diagnostikována dna, protože konzumoval nadměrné množství masných výrobků a pil alkoholické nápoje, zejména pivo. Dodnes se léčbě dny podrobuje, avšak doporučenou změnu stravovacích návyků od lékaře nedodržuje: „*Jediné, co jsem změnil, tak teda pivo za víno, ale jinak moc ne... na tom Diklofenu se ty příznaky zmírnily a už mě to nebolí. Ale maso jím pořád.*“ Následně přiznal, že si někdy místo oběda raději dopřeje lék, který by se měl dle příbalového letáku užívat až po jídle. Daniel dodal, že ho zasytí víno, kterému holduje denně.

V současné době se také léčí s blíže nespecifikovanou psychickou poruchou, jejíž příznaky zmírňuje Neurolem. Ten začal brát „na nervy“ poté, co ho před dvěma lety opustila manželka.

Lék Diklofenac je volně prodejný a Neuro, ač je na předpis, shání Daniel bez asistence lékařů, a to díky práci lékárníka: „*Já pracuju v lékárně, tak tam není problém si to odepsat a normálně si to koupit aj tak. Ono by se to jako nemělo dělat, to já vám říkám jen tak jako mezi náma, snad jako mě nikde neprásknete, ale to dělá spousta lékárníků prostě. V řetězcích se to asi nepodaří, ale u nás když jsme soukromý subjekt, tak tam se to tolik prostě nekontroluje.*“ Již zmíněný Neuro, užívá zhruba dva roky, čili dlouhodobě, před spaním, protože by dle jeho slov jinak neusnul.

Situaci, že by lék neužil, si dokáže představit je stěží. Užívání léků má natolik zautomatizované, že na to ani nemusí myslet.

Kategorie	Kódy	Výpověď respondenta
NEJEN CLEBEM ŽIV JE ČLOVĚK	Současná léčba, současné zdravotní problémy, dřívější zdravotní problémy, závislost	„ <i>Beru Diklofenac na dnu a Neuro na nervy, to je zatím všechno. A zkušenost? No dobrou, pomáhá to.</i> “ „ <i>To se mi projevilo asi kolem čtyřicítky, protože jsem jedl hodně masa a pil pivo. A začalo to tak, že mi to vlezlo hlavně do nohy, do palce hlavně.</i> “

		<p>„Jediné, co jsem změnil, tak teda pivo za víno, ale jinak moc ne... na tom Diklofenu se ty příznaky zmírnily a už mě to nebolí. Ale maso jím pořád.“</p> <p>„Každý den jednu tabletu, po jídle. Já teda si to někdy dám i místo oběda.“</p> <p>„Mě zasytí to víno a to mně stačí.“</p> <p>„Ten jsem začal brát na nervy.“</p> <p>„Asi ty dva tři roky a беру jeden denně, večer před spaním.“</p> <p>„Každý den si dám... tak si dám jen pár skleniček večer abych usnul, a o víkendu tak v průběhu dne popiji něco málo.“</p> <p>„Tak to si představit nedokážu... nedokážu. Myslím na to prostě každý den, je to součást toho dne, kdy vím, že ty léky prostě беру, je to zautomatizované a ani nad tím neuvažuju. Bez toho Neurolu bych asi ani neusnul.“</p>
MILUJ BLÍŽNÍHO SVÉHO	Sociální vazby	<p>„Ta práce s lidma, ta mě nebaví a vyčerpává mě.“</p> <p>„V mládí jsem měl spoustu kamarádů a známých, ale já jsem nejraději sám, já ty lidi kolem sebe nepotřebuju. Pro mě je nejlepší, když můžu být sám, nikdo na mě nemluví, nikdo po mně nic nechce, tak je to nejlepší.“</p>
CHYTÁME LELKY	Volný čas	<p>„Já mám nejradši, když jsem doma a nic nemusím.“</p> <p>„Já prostě odpočívám. Zapnu si rádio a tak se dívám z okna ven. Někdy si pustím televizi.“</p>
KDYŽ NEJDE MOHAMED K HOŘE...	Přístup k lékům, jak sehnal léky	<p>„Ten Diklofen je volně prodejný a Neurol je běžně na předpis, ale já pracuju</p>

		<p><i>v lékárně, tak tam není problém si to odepsat a normálně si to koupit aj tak. Ono by se to jako nemělo dělat, to já vám říkám jen tak jako mezi náma, snad jako mě nikde neprásknete, ale to dělá. spousta lékárníků prostě. V řetězcích se to asi nepodaří, ale u nás když jsme soukromý subjekt, tak tam se to tolik prostě nekontroluje.“</i></p> <p><i>„Kdybych nepracoval v lékárně, tak je ten přístup mnohem obtížnější k těm lékům.“</i></p>
--	--	--

5.3 Případová studie č. 3

Jméno: Emílie

Věk: 81 let

Osobní a rodinná anamnéza:

Emílie již nepracuje a setrvává ve starobním důchodu společně se svým manželem. V mládí se živila jako učitelka dějepisu a češtiny a její velkou vášní bylo čtení, kterému se v současné době ale už nevěnuje. Svůj život zasvětila rodině, výchově dětí a vnoučat a cestování, na které moc ráda vzpomíná. S potomky je v kontaktu pravidelně.

Zdravotní anamnéza:

Emílie prožila své mládí bezstarostně. První zdravotní komplikace se u ní projevíly po porodu ve 37 letech. Když v těhotenství přestala kouřit, prodělala hned čtyři zápal plic po sobě. Náchylná k závislostem pravděpodobně tedy byla již za mlada.

V roce 2011 si zlomila ruku. Od té doby se zdravotní potíže začaly kupit. Po zlomené ruce následoval náběh na rakovinu, po které Emílie odstoupila hysterektomií. Po tomto zákroku přišly potíže s močovým měchýřem a žlučníkem. Kromě toho se v současnosti léčí s cholesterolem, štítnou žlázou, s poruchami spánku a s občasnými bolestmi či problémy s žilami. Nedávno jí byl také nainstalován kardiostimulátor, a to poté, co jí kvůli nízkému tlaku musela odvézt sanitka do nemocnice. Potýká se také s problémy s chůzí.

Emílie ve svém vyprávění zmínila, že na ni má velké množství léků negativní dopad, který se projevuje kašlem: *„No a jinak teda my z toho užívání prášků začneme občas kašlat, když to bereme dlouho nebo tak, nebo toho bereme moc. Nás začnou ty prášky jak když vysušovat, tak jsme už staří, že. Tak se to tady vysuší, a pak člověk kašle. Tak teď jsme měli Tusin, anebo si vezmu Bromhexin, nebo podle toho jak mě to bolí, ale ne pravidelně, jenom když se člověk vzbudí a je úplně vysušený a kašle. Tak na ten kašel.“* Stejnou zkušenost má také s lékem Biseptol, který se používá k léčbě bakteriálních infekcí: *„Já se snažím nebrat Biseptol, protože toho jsem se naužívala tolik, že to bylo tak, že jsem z toho měla úplně zničené trávení.“* Ošetřujícím lékařem jí bylo doporučeno přestat tyto léky užívat, ale v průběhu rozhovoru nám respondentka přinesla ukázat, že léky stále doma má a že je občas užívá.

Všechny zmíněné léky jsou na předpis, kromě léků od bolesti a mastiček. Ty na zdraví Emílie žádný negativní dopad zřejmě neměly.

Respondentka uvedla, že život ve stáří je těžký. Ve svém vyprávění se často vracela k období, kdy byla mladá a bezstarostná. Nyní ji trápí zdravotní komplikace a koníčky v současné době už taky nemá.

Emílie užívá pravidelně šest léků denně, ale příbalové letáky nikdy nečte. Léky užívá prý tak, jak si myslí, že se užívat mají.

Kategorie	Kódy	Výpověď respondenta
NEJEN CHLEBEM ŽIV JE ČLOVĚK	Závislost	<p><i>„No a jinak teda my z toho užívání prášků začneme občas kašlat, když to bereme dlouho nebo tak, nebo toho bereme moc. Nás začnou ty prášky jak když vysušovat, tak jsme už staří, že. Tak se to tady vysuší, a pak člověk kašle.“</i></p> <p><i>„Já se snažím nebrat Biseptol, protože toho jsem se naužívala tolik, že to bylo tak, že jsem z toho měla úplně zničené trávení.“</i></p> <p><i>„Nechcu už prášky užívat, ráda bych se toho zbavila“</i></p>
ZAVOLEJTE DOKTORA GALÉNA	Současná léčba, současné zdravotní problémy, zdravotní potíže, zdravotní problémy v mládí	<i>„Beru léky na cholesterol, na tlak беру Prestance jednou denně, pak na štítnou žlázu Letrox, na spánek Stilnox, ten spánek je takový, je to špatný.“</i>

		<p>„Když mi není dobře, když mě něco bolí, tak si беру Ibalgin, anebo Brufen.“</p> <p>„Mám i v zásobě Nimesil,“</p> <p>„A jinak kupujeme ty různé mastičky, děda na kolena, já teda spíš jako teda jenom na žíly Heparoid, s tím jsem měla problémy po operaci žlučníku.“</p> <p>„Kupuju si Aulin gel, ten je na záněty.“</p> <p>„Ted' jsme měli Tusin, anebo si vezmu Bromhexin, nebo podle toho jak mě to bolí, ale ne pravidelně, jenom když se člověk vzbudí a je úplně vysušený a kašle. Tak na ten kašel.“</p> <p>„Bohužel jsem měla náběh na rakovinu, jako tam dole, tak mi udělali hysterektomii.“</p> <p>„Ted' mně dali toho budíka, protože se mi skoro zastavilo srdce z ničeho nic se mi udělalo špatně a už jsem měla tak nízký tep, že mě musela odvézt rychlá, tak mi dali toho budíka a vůbec mi to neseď, pořád mě to bolí.“</p> <p>„No v mládí jsem neměla žádné problémy.“</p> <p>„Ty močové cesty, to teda už mě roky trápí. To je ta Escherichia coli, ta bakterie, jak kdyby byla nezničitelná úplně, protože mám pořád stejný stav.“</p>
VŠECHNY NÁS TO ČEKÁ	Pohled na stáří	<p>„Člověk jako cítí ten věk, že – že... že už je ten život těžší.“</p> <p>„To stáří je takové těžké.“</p>
MILUJ BLIŽNÍHO SVÉHO	Sociální vazby	<p>„Postarat se nikdo asi nepostará. Syn nám akorát koupil rotoped...“</p>

		„...Ale aby se o nás postarali, tak na to nemají.“
--	--	--

5.4 Srovnání jednotlivých případů

	Světlana	Daniel	Emílie
Věk	75	66	81
Zkušenost se závislostí	Ano	Ano	Ano
Předpokládaný faktor vzniku závislosti	Nezjištěno	Rozvod s manželkou	Nezjištěno
Náchylnost k závislostem v mládí	Ano	Ne	Ano
Přístup k lékům	Práce v lékárně	Práce v lékárně	Volný prodej, předpis
Jaké léky užívají	Skudexa, Palgotal, Ultracod, Zaldiar, léky na tlak a štítnou žlázu	Diklofenac, Neuro1	Prestance, Letrox, Stilnox, Ibalgin, Brufen, Nimesil, Heparoid, Aulin gel, Bromhexin
Současné zdravotní problémy	Pohybový aparát, vysoký tlak, snížená činnost štítné žlázy, bolesti	Dna, psychické problémy	Cholesterol, tlak, bolesti, žíly, záněty, kašel, srdce, močové cesty, spánek
Kontakt s lékaři	Ne	Ne	Ano
Pohled na stáří	Negativní	Negativní	Negativní
Sociální vazby	Sporadické	Žádné	Sporadické
Záliby	Jóga, kino, zaměstnání	Žádné	Žádné
Zaměstnání	Farmaceutka	Farmaceut	Ve starobním důchodu

6 INTERPRETACE DAT

Ze získaných dat bylo zjištěno, že respondenti mají následující zkušenosti se závislostí na lécích: U všech třech seniorů byla zjištěna přítomnost závislosti. V případě respondentky č. 1 (dále jen „Světлана“) bylo patrné, že léky, zejména ty od bolesti, užívá ještě před prvními příznaky bolesti. Sama tento způsob užívání označila jako „preventivní užívání“. Přiznala, že se bez léků cítí zmatená a nedokáže fungovat. V průběhu rozhovoru popíjela víno a mezi řádky naznačila, že občas alkoholem zapije i léky, zejména v brzkých ranních hodinách, kdy ostatní členové domácnosti spí. Světлана je v péči lékařů jen co se týče problémů s jejím pohybovým aparátem, kdy chodí na pravidelné injekce. Co se týče snížené činnosti štítné žlázy a vysokého tlaku, v minulosti byly Světlaně sice tyto problémy diagnostikovány, ale jelikož pracuje jako farmaceutka, léky si dokáže sehnat i bez lékařského předpisu. Z tohoto vyplývá, že nechodí na pravidelné kontroly a ošetřující lékař tak nemá pravidelné informace o jejím zdravotním stavu, ani o její léčbě. Největším problémem u Světłany ale bezesporu zůstává užívání léků od bolesti. Z rozhovoru vzešla informace, že léky, které jí dříve od bolesti ulevovaly, nemají již na Světłanu účinek. Léky od bolesti, které momentálně užívá, konkrétně Palgotal, Skudexa, Ultracod a Zaldiar, jsou na předpis, které si ale shání opět sama a bez vědomí ošetřujícího lékaře. Konkrétně se jedná o tyto léky, které Světłana užívá „preventivně“ a které zapíjí alkoholem. Činí tak v brzkých ranních hodinách, kdy vnuk a syn spí. Zřejmě si uvědomuje, že by tak dělat neměla, a proto léky s alkoholem užívá tajně, aby nebyla vystavena konfrontaci ze strany rodinných příslušníků. Nasvědčuje tomu i vyhýbání se ošetřujícímu lékaři a shánění si léků na vlastní pěst. U respondentky Světłany by se jako příčina závislosti mohl považovat strach z bolesti, které nastávají, když léky neužije. Světłana si je vědoma svého stáří, které vnímá velmi negativně a snaží se ho do značné míry popřít. Na plný úvazek se věnuje práci a neumí odpočívat. Je pravděpodobné, že alkoholem a léky posilňuje, aby na své starosti spojené se stářím a bolestmi zapomněla. Světłanina zkušenost se závislostí na lécích je, že se závislosti na lécích se zbavit nechce a nijak ji netrápí; naopak ji téměř vnímá jako součást stáří.

U respondenta č.2 (dále jen „Daniel“) bylo zjištěno, že užívá Diklofenac na dnu a Neurool na psychické potíže. Oba léky užívá současně a alkoholem, ačkoliv se v příbalovém letáku píše, že by se tak činit nemělo. Neurool navíc užívá dlouhodobě před čímž příbalový leták varuje taky. Daniel přiznal, že někdy léky užívá namísto jídla, protože ho zasytí víno. V minulosti prodělal onemocnění dnu, se kterou se lečí dodnes. Ošetřujícím lékařem mu bylo doporučeno přestat konzumovat alkoholické nápoje a snížit příjem masných výrobků. Toto

doporučení Daniel nedodrží; přiznal, že pouze vyměnil pivo za víno, ale maso konzumuje stále ve stejném množství, stejně tak alkohol.

Z rozhovoru vyplynulo, že Daniel vykonává zaměstnání, které ho nebaví a vyčerpává. Daniel se stejně jako Světlana žije jako farmaceut a i zde jsme se setkaly s informací, že si respondent shání léky sám a k ošetřujícímu lékaři nechodí. S lidmi se ve svém volném čase nestýká, ani o to nestojí a přátele taky nemá. Za příčinu závislosti u Daniela by se dal považovat rozvod s manželkou, ke kterému došlo před dvěma lety a kvůli kterému začal užívat NeuroL, bez kterého by nedokázal usnout, celoživotní oddanost vůči povolání, které ho nenaplnuje a/nebo touha po vyplnění volného času, ve kterém by v ideálním případě figurovaly zájmy a koníčky. Z výpovědi Daniela vyplývá, že toho není mnoho, co by mu v životě dělalo radost, jestli vůbec něco. Vykonává práci, která ho nebaví, přátele nemá, a těžce snáší rozvod s manželkou na stará kolena. Z rozhovoru vyplynulo, že je z takového života rozmrzelý. Zároveň ale nevykazoval žádnou touhu po změně. Daniel přiznal, že dlouhodobě užívá Diklofenac a NeuroL a zároveň konzumuje denně alkohol. V příbalovém letáku Diklofenacu AL 25 mg. je však uvedeno, že není vhodné v průběhu léčby pít alkoholické nápoje. V příbalovém letáku NeuroLu je zase upozornění, že by se tento lék neměl užívat dlouhodobě, protože na něm vzniká závislost, a že by se neměl užívat současně s alkoholem. Daniel jakožto lékárník je s těmito informacemi obeznámen, ale nevěnuje jim žádnou pozornost. Danielova zkušenost se závislostí na lécích se odráží hlavně v nezájmu o sociální interakce a v nepřítomnosti jakýchkoliv volnočasových zálib. Jeho život se v současnosti již točí pouze kolem alkoholu a léků, které častokrát konzumuje namísto jídla. U respondentky č.3 (dále jen „Emílie“) se zkušenost se závislostí na lécích objevovala hlavně ve formě fenoménu zvaném „kaskáda předepisování“, kterému jsme se věnovali v teoretické části naší práce. Podstatný problém zde představuje skutečnost, že se za primární problém nepovažuje samotné nadužívání léků, ale pouze jejich důsledek. Emílie je tak zacyklená v koloběhu nadužívání – problém – další léky. Emílie byla také svým ošetřujícím lékařem opakovaně informována o tom, aby jisté léky již přestala užívat. V případě Emílie bychom našli hned několik znaků závislosti definované Kalinou a kol. (2019): Potíže v kontrole užívání látky v otázce množství; Zanedbávání zájmů; Pokračování v užívání navzdory zjevných zdravotních komplikací způsobených látkou.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI A POLEMKA NAD VÝSLEDKY

Na základě poznatků z teoretické i praktické části této navrhuji několik doporučení pro praxi. Problematika závislosti na lécích u seniorů je skutečně záladná hlavně z důvodu, že se jedná o velmi skrytý fenomén. Otázka závislosti je u seniorů skutečně intimní a často ji takřka omlouvají svým věkem či zdravotními komplikacemi. Pravdou zůstává, že jsou senioři stále vytlačeni na okraj společnosti a jsou málokdy ve styku s okolním světem, což značně znesnadňuje včasny zásah, diagnostiku či pomoc hlavně v případě, že se jedná o seniory žijící doma. Pro bezpečné užívání léků by zřejmě byla potřeba asistence odborného pracovníka, který by ambulantně docházel přímo domů ke klientům a léky jim dával. Bohužel však uznávám, že by takovýto přístup vyžadoval nejen změnu legislativy, ale také by tím obral seniory o autonomii, která je v pro osoby v seniorském věku velice zásadní pro udržení si psychické i fyzické pohody. Zůstává tak důležité, aby byli senioři v pravidelném kontaktu s ošetřujícími lékaři a aby byli podrobně obeznámeni s dávkováním léků.

Co se týče sociálně pedagogických pracovníků a zařízení sociálních služeb, navrhuji, aby se nízkoprahová centra a jiná zařízení zaměřující na závislé klienty začaly více orientovat i na skupinu osob nad 65 let. Z vlastní praxe, které jsem vykonávala výhradně v kontaktních a nízkoprahových centrech pro osoby závislé či závislosti ohrožené jsem zjistila, že se organizace opravdu zaměřují spíše na osoby mladistvé či adolescentní a prakticky nemají programy ani strategie k práci se závislými seniory.

Mé poslední doporučení je o tématu více mluvit a edukovat rodinné příslušníky seniorů o této problematice. Představa, že i senioři mohou být závislí je v naší společnosti pořád stále tabu a pro spoustu osob je i přehnaná či směšná.

Prvním krokem bude tedy zřejmě přiznat si, že tyto problémy skutečně existují a dotýkají se nás i našich blízkých. Poté bychom postupnou edukací a otevřeností mohli malými krůčky těmto problémům čelit a začít je jako společnost aktivně řešit. K tomu ale bude potřeba hlavně zapojení veřejných činitelů a politiků, kteří by toto téma měli ve veřejném prostoru otevírat.

U žádného z respondentů nebyla zjištěna příčina závislosti, proto jsme v interpretaci dat spíše odhadovali, z čeho by mohla pramenit, například v případě Daniela, který sice explicitně neoznačil rozvod s manželkou za příčinu závislosti, ale pouze za příčinu začátku užívání Neurolu, na kterém je v současné době závislý. Ač se nejednalo o cíl výzkumu, bylo by bezesporu přínosné odpověď na tuto otázku u všech respondentů znát. Rozhodně se jedná o faktor, který by byl vhodný dále rozpracovat a zanalyzovat v diplomové práci. Vůbec špatné

by také nebylo zapojit do výzkumu sociální pracovníky a sociální pedagogy zaměřující se na klienty se závislostí, protože by určitě bylo přínosné znát názor a zkušenosti s touto problematikou ze strany odborných pracovníků.

Přínos naší bakalářské práce shledávám obzvláště v nastínění a otevření tématu, o kterém se příliš nemluví jak ve veřejném prostoru, tak v českých odborných publikacích, což bylo důvodem, proč jsme čerpali spíše ze zahraničních zdrojů. V českých publikacích a statistikách nebylo možno dohledat, jak významný je tento problém v populaci českých seniorů, což je obrovský problém zejména z toho hlediska, že nebude tak snadné problematiku v blízké budoucnosti aktivně řešit.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala fenoménem, který je v současnosti v naší společnosti skrytý, ale dle získaných dat v praktické části velice aktuální. V teoretické části práce jsme definovali klíčové pojmy, konkrétně stáří, stárnutí a senior. Věnovali jsme se také sociálnímu a politickému kontextu stáří a problematikou potřeb, kde jsme se zabývali existencialitou života seniora, aktivním stárnutím, vzděláváním seniorů a domácí péčí. Poslední kapitolu teoretické části jsme zaměřili na problematiku farmakoterapie v domácí péči a závislost.

Praktická část bakalářské mapovala kvalitativní výzkum, který proběhl technikou polostrukturovaného rozhovoru a byl zpracován metodou případové studie. Získaná data byla zakódovaná pomocí otevřeného kódování a zpracována do podoby deskriptivní případové studie dle Yina. Jednotlivé případy jsme srovnali. V interpretaci dat jsme vysvětlili získaná data. V závěru přišel prostor na polemiku nad výsledky výzkumu a doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. APOSTOLOU, Menelaos, NEOCLEOUS, Gregory. *Happiness in and out of nursing homes: The case of Cyprus*. SAGE Journals, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020872815598567>
2. BALLESTEROS-FERNÁNDEZ, Rocío, BENETOS, Ahanase, ROBINE, Jean-Marie, UNT, Marge, ZAIDI, Ashgar. *The Cambridge Handbook of Successful Aging*. Cambridge University Press, 2019. DOI: 10.1017/9781316677018.002
3. BALTES, Paul. *On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory*. Am Psychol, 1997. DOI: 10.1037//0003-066x.52.4.366.
4. BEAUVOIR, Simone de. *The Coming Of Age*. A Warner Communications Company, 1972. ISBN: 9780393314434
5. BEČKOVÁ, Ilona, VIŠŇOVSKÝ, Petr. *Farmakologie drogových závislostí*. Karolinum, 1999. ISBN 8071848646
6. BREHM, Jack, BREHM, Sharon. *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. Academic Press, 2013.
7. Český statistický úřad, 2014. [online]. [cit. 2.2.2023]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/>
8. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. DAVIS, Jennifer, BEST, John, BRYAN, Stirling, LI, Linda, HSU, Chun, GOMEZ, Caitlin, VERTES, Kelly, LIU-AMBROSE, Teresa. *Mobility Is a Key Predictor of Change in Well-Being Among Older Adults Who Experience Falls: Evidence From the Vancouver Falls Prevention Clinic Cohort*. Arch Phys Med Rehabil, 2015. DOI: 10.1016/j.apmr.2015.02.033.
10. *Domácí péče: Co to znamená a kdo na ni má nárok?* Pece.cz [online]. [cit. 15.4.2023]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/domaci-pece-co-znamená-kdo-ni-má-nárok.html>
11. ERIKSON, Erik. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Devět věků člověka*. Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0786-3.

12. Evropský statistický úřad, 2018. [online]. [cit. 2.2.2023]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/>
13. FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5046-0
14. FRANKL, Emil Viktor. *Man's Search for Ultimate Meaning*. Rider, 2011. ISBN: 9781846043062
15. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Panorama, 1990. ISBN: 80-7038-158-2.
16. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. Galén, 2012. ISBN: 978-80-7262-900-8
17. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Panorama, 1990. ISBN: 80-7038-158-2
18. HAVLOVÁL, Soňa. *Poruchy paměti: Kdy je zapomínání ještě normální a kdy už se jedná o nemoc*, 2020. [online]. [cit. 5.1.2023]. ISSN: 1213-8355. Dostupné z: <https://www.ireceptar.cz/zdravi/poruchy-pameti-kdy-se-normalni-zapominani-meni-v-nemoc.html>
19. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
20. HÖSCHL, Cyril, VIDOVIČOVÁ, Lucie, ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Karolinum, 2015. ISBN: 978-80-246-2628-4.
21. CHARLESWORTH, Christina, SMIT, Ellen, LEE, David, ALRAMADHAN, Fatima, ODDEN, Michelle. *Polypharmacy Among Adults Aged 65 Years and Older in the United States: 1988–2010*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2015. DOI: 10.1093/gerona/glv013.
22. CHRISTIANSON, Erik. *3 Classic Examples of the Prescribing Cascade*. MED ED101, 2015. Dostupné z: www.meded101.com/3-classic-examples-of-the-prescribing-cascade/
23. *In-home Personal Care Services For Elderly*. Familymattershc.com [online]. [cit. 7.2.2023]. Dostupné z: <https://familymattershc.com/services/personal-care/>
24. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostravská univerzita, 2006. ISBN: 80-7368-110-2.

25. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
26. KALRA, Gurvinder, SUBRAMANYAM, Alka, PINTO, Charles. *Sexuality: desire, activity and intimacy in the elderly*. Indian J Psychiatry, 2011 DOI: 10.4103/0019-5545.91902.
27. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
28. KIM, Sin-Hyang, PARK, Sihyun. *A Meta-Analysis of the Correlates of Successful Aging in Older Adults*. Research on Aging, 2017. DOI: 10.1177/0164027516656040
29. KOŽUCHOVÁ, Mária. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Osveta, 2014. ISBN 9788080634148
30. KRŽIŽOVÁ, Ivana. *Závislosti – Pro psychologické obory*. GRADA, 2021. ISBN: 978-80-271-1754-3
31. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
32. LEELAKANOK, Nattawut, HOLCOMBE, Andrea, LUND, Brian, GU, Xiaomei, SCHWEIZER, Marin. *Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis*. J Am Pharm Assoc, 2017 DOI: 10.1016/j.japh.2017.06.002
33. LEHMANN, FINGERHOOD. *Substance-use disorders in later life*. N Engl J Med. 2018 DOI: 10.1056/NEJMra1805981
34. LIVEČKA, Emil. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: Ústav školských informací, 1979.
35. MANIERRE, Matthew. *Successful present, successful future? Assessment of a nonbinary model of successful aging*. The Gerontologist, 2018. DOI: 10.1093/geront/gnx198.
36. MARTIN, Peter, KELLY, Norene, HAKANA, Boaz, KAHANA, Eva, WILLCOX, Bradley, WILLCOX, Craigh, POON, Leonard. *Defining successful aging: a tangible or elusive concept?* Gerontologist, 2015. DOI: 10.1093/geront/gnu044.

37. Mezinárodní klasifikace nemocí: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.
38. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019. [online]. [cit. 2.2.2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>
39. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
40. National institute on drug abuse. *Substance use in older adults drugfacts*, 2020. Dostupné z: <http://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-older-adults-drugfacts>
41. NEPUŠTIL, Pavel; PANČOCHA, Karel; FRIŠAUFOVÁ, Magda, KALIVODOVÁ, Renata, BÁRTOVÁ, Alžběta. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Úřad vlády České republiky, národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012. ISBN: 978-80-7440-072-8.
42. NOSRATY, Lily, JYLHÄ, Marja, RAITTILA, Taina, LUMME-SANDT, Kirsi. *Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study*. J Aging Stud., 2015. DOI: 10.1016/j.jaging.2015.01.002.
43. PACOVSKÝ, Vladimír, HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Avicentrum, 1981.
44. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Scientia Medica, 1994. ISBN: 80-85526-32-8.
45. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. ACADEMIA, 2021. ISBN: 978-80-200-1499-3.
46. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
47. QATO, Dima, ALEXANDER, Caleb, CONTI, Rena, JOHNSON, Michael, SCHUMM, Phil, LINDAU, Stacy Tessler. *Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States*. JAMA, 2008. DOI: 10.1001/jama.2008.892
48. REICHARD, Suzanne, LIVSON, Florine, PETERSEN, Paul. *Aging and personality: a study of eighty-seven older men*. Social Forces, 1963. DOI: 10.2307/2573311

49. ROWE, John, KAHN, Robert. *Human aging: Usual and successful. Science*, 1987. DOI: 10.1126/science.3299702
50. SCHEPIS, Ty, SIMONI-WASTILA, Linda, MCCABE, Sean. *Prescription opioid and benzodiazepine misuse is associated with suicidal ideation in older adults*. Int J Geriatr Psychiatry, 2019. DOI: 10.1002/gps.4999.
51. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
52. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.
53. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů. Geragogika a Gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.
54. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
55. THIEDING, Friedrich. *Die Krankheit und ihr soziales Gesicht*. Hippocrates, 1965.
56. URTAMO, Anelle, HUOHVANAINEN, Emmi, PITKÄLÄ, Kaisu, STRANBERG, Timo. *Midlife predictors of active and healthy aging (AHA) among older businessmen*. Aging Clin Exp Res, 2019. DOI: 10.1007/s40520-018-1100-0.
57. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. – Dospělost a stáří*. Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1318-5
58. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
59. VIDOVIČOVÁ, Lucie, RABUŠIC, Ladislav, 2003. *Věková diskriminace-ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha, výzkumné centrum Brno.
60. YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks : Sage Publications, 1994. Second Edition. 171 s. Applied social research methods series ; sv. 5. ISBN 0-8039-5663-0.

61. YOUNG, Yuchi, FRICK, Kevin, PHELAN, Elizabeth. *Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging*. JAMDA, 2009. DOI: 10.1016/j.jamda.2008.11.003.
62. Zákon 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*. Zákony pro lidi. [online]. [cit. 5.4.2023].
63. ZRUBÁKOVÁ, Katarína, KRAJČÍK, Štefan a kolektiv. *Farmakoterapie v geriatrici*. Grada, 2016. ISBN 8024752298

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Ukázka kódování strana 1

Příloha P II: Ukázka kódování strana 2

PŘÍLOHA P I: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ STRANA 1

Výzkumník: Co se týká užívání léků, jak jsi na tom byla v mládí?

Staňka: „^{zdrav. prob. mládí} No v mládí jsem ^{zdrav. prob. mládí} mívala hlavně migrény, takže na to jsem brala Algenu a Alnagon, tam nebyly ty triptany, to bylo tehdy volně prodejné. Já jsem to měla ^{zdrav. prob. mládí} vždycky navázané na hormonální cyklus, takže jsem měla tu migrénu kolem měsíčku vždycky. A pak jak jsem začala studovat v Bratislavě tu farmacii, tak do toho ještě stres a jak to studium bylo náročné, tak se ty migrény zhoršovaly, tak jsem těch léků tehdy brala víc, no. To jsem ti říkala už mockrát, jak jsem měla zkoušku z molekulární chemie, a ten profesor mě tehdy tak drtil u té ústní zkoušky, že jsem pak šla na vlak, ale dostala jsem takovou migrénu, že jsem si musela sednout tam v Bratislavě do parku, a tam jsem seděla s hlavou mezi nohama až do večera, kdy jel poslední spoj. To bylo jako opravdu příšerné.“

Výzkumník: A další zdravotní problémy se objevily zhruba kdy?

Staňka: „^{zdrav. problémy současně} Tak ^{zdrav. problémy současně} problémy s pohybovým aparátem se mně objevily kolem šedesáti let, do té doby jsem neměla nic.“

Výzkumník: Takže v současné době bereš jaké léky?

Staňka: „^{Současná léčba} Tož beru léky od bolesti hlavně. Beru Skudexu a chystám se na tu operaci kolene, takže to ještě uvidím, jaké léky budu brát pak.“

Výzkumník: Takže jenom tu Skudexu?

Staňka: „^{současná léčba} No, nebo ještě ^{příznaky závislosti} Palgotal, Ultracod, nebo ještě Zaldiar, dřív jsem teda brávala takové ty jako Brufeny nebo něco, ale to už je na mě slabé, to mi už nepomáhá.“

Výzkumník: A s čím se v současné době teda léčíš?

Staňka: „^{zdrav. prob. současně} Mám vysoký tlak, tak to užívám léky na vysoký tlak, a užívám léky na štítnou žlázu, ^{současná léčba} protože mám ^{současná léčba} sníženou činnost štítné žlázy.“

Výzkumník: A to jsou léky na předpis?

Staňka: „^{přístup k lékům} Léky na předpis, no. Ale tak to víš, že já si to seženu jako, když jsem v té lékárně...“

Výzkumník: A jak ty léky užíváš?

Staňka: „^{příznaky závislosti} Denně jednu tabletu. Teda měla bych, ale znáš mě, však si ze mě děláte pořád prdel s taťkou, že prý v pět ráno chodím brát léky a cinkám tam v ledničce... ale tak to tak prostě je ^{příznaky závislosti} no, to stáří je na hovno, člověka všechno bolí a už je odkázaný na ty léky. Já když ještě musím chodit do práce, tak musím být fit a musím to v té práci vydržet, tak je pravda, že si beru už“

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ STRANA 2

^{Přiznání závislosti}
jako preventivně, no, že si radši dám takto předem, aby mě to nepřepadlo přes den, kdy musím
pracovat nebo vařit, abyste měli co jest vy, nebo tatka...“

Výzkumník: A stalo se ti, že jsi lék někdy zapoměla užít?

Staňka: „Ne, mně ne. Já jsem lékárník, tak mně se to nestává. Ale lidi to užívají různě, jak se jim to hodí a jak si vzpomenou. Já na to myslím, protože jak jsem řekla, musím pracovat, musím doma dělat věci, já bych bez toho nemohla fungovat. Když si ty léky nevezmu, tak jsem úplně mimo, pomatená.“
^{Přiznání závislosti}

Výzkumník: A co se týká té sociální oblasti, jak jsi na tom s přáteli?

Staňka: „^{soc. vazby} No přátele mám, kamarádky.“

Výzkumník: A s nimi se vídáš jak často?

Staňka: „Tak jednou za tři měsíce. A jinak chodím do jógy každý týden. jóga pro seniory.
^{záliby} Potom taky chodívám do kina, Filmový klub seniorů... to jsou moje záliby. A ještě pracuju na hlavní pracovní poměr, ta práce v lékárně mě moc baví.“

Výzkumník: A zkus mi nějak popsat tu zkušenost toho života s užíváním těch léků.

Staňka: „^{Pohled na stáří} Říkám, že to stáří je na hovno. Člověk je odkázaný na ty léky a nic jiného mu nezbyvá. To je běžné, že ti senioři berou léky, jak se jim zachce, já to vidím v té lékárně, jak tam chodí ti stejní lidi pro ty léky častěji, než je stihnou vůbec doužívat, kdyby se drželi toho dávkování. ^{Pohled na stáří} Nám seniorům je to už tak nějak jedno si myslím, bohužel. Jsme staří, všechno nás bolí a z té zoufalosti a to že nevíme, co s tím, si prostě bereme ty léky, no. Je to tak, bohužel. To mládí je krásné, člověk má mnohem menší starosti, nic ho nebolí a když jo, tak jsou to většinou takové menší záležitosti, banální věci, ^{Pohled na stáří} ale na to stáří už ten senior ví, že už tady dlouho nebude a tak je prostě laxní ke všemu, nebo aspoň k tomu zdraví. Já třeba nevěřím ^{zoufalost} tomu, že už mi někdy bude dobře, ani nevěřím, že ta operace pomůže, to koleno mě bolí už přes deset let minimálně a trápí mě to, nic nepomáhá. Chodila jsem... a pořád chodím na injekce, ale ty už taky nezabírají. A po té operaci taky budu muset brát léky a to koleno, to je těžká operace, takže to bude bolet a člověk pod náparem té bolesti si prostě vezme víc, než by měl, a pak už má takový strach, že ráno vstane, dojde na záchod a bude ho to tak šíleně bolet, že si raději hnedka ještě v posteli vezme ten lék, aby se nemusel bát a mohl nějak normálně fungovat.“
^{Přiznání závislosti}