



Libuše Čeledová  
Zdeněk Kalvach  
Rostislav Čevela

---

# Úvod do gerontologie

KAROLINUM

# Úvod do gerontologie

**Libuše Čeledová**  
**Zdeněk Kalvach**  
**Rostislav Čevela**

---

Recenzovali:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Vydala Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum

Redakce Alena Jirsová

Grafická úprava Jan Šerých

Vyobrazení na obálce Pavel Fiala

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání první

© Univerzita Karlova v Praze, 2016

Text © Libuše Čeledová a kol., 2016

Cover illustration © Pavel Fiala, 2016

ISBN 978-80-246-3404-3

ISBN 978-80-246-3405-0 (pdf)



Univerzita Karlova v Praze  
Nakladatelství Karolinum 2016

[www.karolinum.cz](http://www.karolinum.cz)  
[ebooks@karolinum.cz](mailto:ebooks@karolinum.cz)



# Obsah

<b>1. Základní pojmy</b>	11
1.1 Stáří jako biologický jev i sociální konstrukt	11
1.2 Maximální přirozená délka života a jeho periodizace	13
1.3 Gerontologie	16
1.4 Historie gerontologického myšlení	17
<b>2. Biologické aspekty stárnutí</b>	22
2.1 Teorie stárnutí	22
2.2 Povaha a ovlivnitelnost involuce – stárnutí úspěšné a neúspěšné	23
2.2.1 Komerční a výzkumně problematické přístupy k ovlivnění involuce a k prodloužení života	26
<b>3. Demografické aspekty stárnutí a stáří</b>	28
3.1 Základní demografické pojmy	28
3.2 Vývoj věkové struktury populace a populační stárnutí	30
3.3 Vývoj naděje dožití	34
3.4 Geografická demografie stáří	35
3.5 Demografická změna a nástup dlouhověké společnosti	38
<b>4. Sociální aspekty stáří a dlouhověké společnosti</b>	40
4.1 Bezvěká společnost participativní dospělosti	41
4.2 Existencialita života ve stáří	42
4.3 Existenciální hrozby dlouhověké společnosti	45
<b>5. Zdravotní a zdravotně sociální aspekty stáří</b>	47
5.1 Priority v přístupu k seniorům se závažným zdravotním a funkčním postižením	48
5.2 Povaha zdraví a jeho podpory ve stáří	49

5.3	Funkční stav a soběstačnost	51
5.4	Transformace služeb pro potřeby demografické změny a dlouhodobé společnosti	53
5.5	Společnost přátelská všem generacím – Evropská koncepce přístupnosti, univerzální design	55
5.6	Lidé umírající a paliativní péče	57
5.7	Lidé se závažnou kognitivní poruchou (syndrom demence)	58
5.7.1	Právní problematika syndromu demence	62
5.8	Nevhodné zacházení	65
5.8.1	Nevhodné zacházení v užším slova smyslu „elder abuse and neglect“	67
5.9	Dlouhodobá péče (long-term care)	69
5.9.1	Systém integrovaných podpůrných služeb v komunitě	70
5.9.2	Ústavní péče zdravotní a sociální	73
5.10	Sociální pomoc a příspěvky na péči	75
5.11	Zdravotně sociální péče	79
<b>6.</b>	<b>Vybrané aspekty života ve stáří</b>	<b>81</b>
6.1	Hmotné zabezpečení ve stáří	81
6.2	Práceschopnost a zaměstnanost	84
6.3	Sociální vyloučení	87
6.4	Bydlení	88
6.5	Dluhy	89
6.6	Chudoba	90
6.7	Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce	94
6.8	Celoživotní vzdělávání a univerzity třetího věku	95
6.9	Výchova ke stáří a o stáří	97
6.9.1	Vzdělávání ke stáří	97
6.9.2	Vzdělávání o stáří	99
6.9.3	Využití uměleckého zpracování seniorské problematiky ve výuce	100
6.10	Informační a komunikační technologie	102
6.11	Volnočasové aktivity	103
<b>7.</b>	<b>Zdravé stárnutí</b>	<b>104</b>
<b>8.</b>	<b>Adaptace na stárnutí</b>	<b>106</b>
8.1	Adaptace ve stáří	107
8.2	Adaptace na stáří	108

<b>9. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením</b>	110
9.1 Text úmluvy o právech osob se zdravotním postižením	112
<b>10. Příklady z praxe v ČR</b>	142
10.1 Text Deklarace pražské konference Stáří spojuje z roku 2015	142
Souhrn	149
Summary	150
Literatura	151





Motto:

*Je úplně zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne.*

*Má takový smysl, jaký mu dáme.*

Lucius Annaeus Seneca



# 1. Základní pojmy

Základními pojmy odborného diskursu seniorské problematiky jsou stáří, stárnutí (involuce) a gerontologie. Téma samo je výrazně multidimenzionální, víceoborové a mezioborové. Tím je též „nadstavbové“ a vyžaduje základní znalosti, alespoň pojmové z řady oborů společenských i biologických, včetně medicíny, které je nutno u čtenářů tohoto textu předpokládat a pro jeho stručnost je vesměs nelze podrobněji vysvětlovat.

## 1.1 Stáří jako biologický jev i sociální konstrukt

Stáří je obecně označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Současně jde o sociální charakteristiku. Povaha stáří je tedy dvojnásobně dvojaká: zrání se prolíná s involucí, s ubýváním sil a aspekty biologické se prolínají se sociálními. Tento jeho rys má mimořádnou důležitost z hlediska jak pochopení, tak i zneužití seniorské problematiky.

Biologické stárnutí je objektivní danost, univerzální zákonitost živé přírody – vše živé se rozvíjí, stárne a umírá. U člověka jde o vývoj nitroděložní, o dětství, dospělost, stáří. Základní fáze života mají své charakteristické biologické rysy a jsou zjevně patrné – lze stereotypizovat „typické dítě“ i „typického starce“. Ale právě tyto stereotypizace mají svá úskalí a mohou vést k závažným deformacím a zneužití.

Zvláště citlivé je vymezení rozhraní mezi životními fázemi kontinuálního vývoje. Kdy a čím přestává být dítě dítětem, kdy a čím se „dospělý člověk“ stává „starcem“? Jak je tomu obecně a jak je tomu individuálně u konkrétního člověka? Při snaze zodpovědět tyto otázky se ukazuje, že

jde nejen o biologická fakta, o biologické změny, ale také o sebepojetí a především o společenské vnímání.

V nejistotě výrazné interindividuální variability a mnohdy rozporných znakových kvalit je „starý“ ten, kdo se jako starý prezentuje, a zvláště ten, koho za starého (za staré) označí nebo jako starého (staré) intuitivně, zvykově vnímá společnost. Mnozí lidé tak složitě prožívají rozpor: „proč mne považují za starého, já přeci starý nejsem, já se tak necítím“.

Stárí se tak zásadním způsobem jeví jako sociální konstrukt, přičemž přiznání statusu stárí (označení za starého) může mít sice povahu neutrálně konstatační, ale většinou má buď povahu pozitivního zvýhodnění (stařešinství, přijetí do rady starších, gloriola moudrosti, prioritní postavení, pozitivní diskriminace s úctou k věku, „šedinám“, zásluhám, vysoká životní úroveň penzionovaného života „na odpočinku“), nebo povahu diskriminačního vyloučení (důchodcovství, postproduktivnost, negativní diskriminace, důchodcovský pokles životní úrovně, segregace, sociální exkluze, despekt k soudnosti i k zastarávání dovedností, k „vypadávání z kontextu“).

Diskriminační, segregančně vylučující pojetí stárí v sociálním konstrukt je spojeno nejen s poklesem výkonnosti a společenské „užitečnosti“, ale též s prostou „nadbytečností“, s mezigenerační kompeticí o pracovní místa, vedoucí pozice, vlastnění či využívání rodinného majetku. „Starým“ se pak stává konkurent nově dospěvší generace, od něhož se bez ohledu na jeho výkonnost očekává, že „uvolní“ své místo a svou účast na dělbě/využívání prostředků nové generaci odchodem do důchodu a na výmink.

Příznivý civilizační vývoj s dlouhodobým zlepšováním zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích generací tak sice zvyšuje společenskou produktivitu seniorů, jejich soběstačnost a de facto posouvá hranici „stárí“ do vyššího kalendářního věku, ale současně tím snižuje společenský zájem o pozitivní diskriminaci, věkovou úctu k seniorům, kteří se z ojedinelých nositelů unikátních zkušeností stali „přemnoženými“ nositeli zastaralých dovedností a nespolehlivých vzpomínek překonaných informačními technologiemi, přičemž se současně zostřil mezigenerační střet o pracovní příležitosti při klesající potřebě lidské práce (klesající zaměstnatelnosti). To dokonce vede v rozporu se zlepšováním zdravotního a funkčního (biologického) stavu a s posouváním hranice biologického stárí do vyššího věku k sociálním tendencím hranici stárí snižovat (senioři ve věku 50+) – sociální konstrukt se logicky ukazuje jako silnější než biologická kritéria: starý je ten, koho za starého označí, jako starého vni-

má společnost, která k tomu kromě jiného může také zpříšňovat kritéria, případně zavádět nepřiměřeně (z hlediska biologické logiky nelogicky) náročná testování „mladosti“, „specificky pojímané práceschopnosti“, nikoliv ve smyslu „ještě schopen z hlediska ohleduplné náročnosti“, nýbrž „již neschopen z hlediska supervýkonnosti“.

Toto pojetí biologizace sociálního konstruktů stárí (biologické dovozování oprávněnosti, ospravedlňování záměrného sociálního konstruktů) v duchu sociálního inženýrství souzní s eusociálním pojmáním společnosti jako kolektivního organismu extrémní produktivity nadřazeného individuálním existencím. Jde o expanzi de facto eugenických přístupů do problematiky stárí, takže např. testování biologického věku, respektive biologické práceschopnosti se stává analogií odmítnutého plošného eugenického testování „inteligence“ v dětství.

## 1.2 Maximální přirozená délka života a jeho periodizace

Maximální přirozená délka lidského života se pravděpodobně pohybuje kolem 120 let. Zkracována je především chorobami/úrazy, negativním životním způsobem a vlivy vnějšího prostředí, jeho náročností a nebezpečnostmi, potažmo nezabezpečeností (absencí pomoci) v nemocných a křehkých fázích života včetně stárí. Genetická predispozice naděje dožití existuje, ale zřejmě se netýká ani tak dlouhověkosti samé jako náchylnosti k chorobám – základním předpokladem dlouhého života je vyhnout se život zkracujícím chorobám. V tomto smyslu můžeme tedy hovořit o přirozeně dlouhověké dispozici a o dispozici chorobně krátkověké. Lze také předpokládat, že populace je tvořena z hlediska naděje dožití dvěma subpopulacemi – krátkověkou a potenciálně dlouhověkou. Exaktní predikční kritéria však chybějí.

Periodizace lidského života je popisný artefakt orientačního významu s nejednotnými kritérii. Obvykle se využívají 3 kritéria, kterými jsou kalendářní věk, biologické parametry a sociální status – běžně se tak hovoří o věku či o stárí biologickém, sociálním a kalendářním.

### **Biologický věk**

Biologický věk je věk hodnocený biologickými parametry tělesného a/nebo psychického rozvoje, zrání a involuce, opotřebování – z dílčího aspektu se hodnotí např. zubní věk (především prořezávání zubů u dětí, méně opotřebovanost chrupu v dospělosti), kostní věk (medicínsky opět především v dětství, jinak např. v archeologii), souhrnně se vývojově po-

jem „biologický věk“ používá k výkonovému či jen pocitovému vyjádření shody či rozporu stavu konkrétního člověka (dojmu, který vzbuzuje) s obvyklým stavem (dojmem) lidí daného věku. Snahy o nalezení indikátorů ke stanovení či vzorců k výpočtu (antropometrické a funkční parametry) biologického věku, respektive o identifikaci biologického stáří, a/nebo délky zbývajícího života (inverzně blízkosti smrti) selhaly a byly opuštěny. Praktický význam má pouze hodnocení způsobnosti člověka (zralosti/involuce a chorobných změn bez ohledu na věk) pro určitou konkrétní činnost či pro lékařský zákrok.

### **Sociální věk**

Sociální věk je dán sociálními zkušenostmi, sociálním statutem, a jak se stále více ukazuje, též generační příslušností. Sociální stáří je tak charakterizováno především ekonomicky penzionováním (změna společenské prestiže a životního rytmu, obvykle pokles životní úrovně) či alespoň dosažením věku opravňujícího k odchodu do důchodu, méně přijetím role starého člověka – sebepojetím a sebe prezentací jako seniora, osamostatněním dětí a zvláště rolí prarodiče, stažením z aktivit středního věku, často ovdověním a zásadně též příslušností ke generaci, která byla v cca 20 letém cyklu nahrazena v rámci biosociální společenské obměny v dominantním společenském postavení následující generací.

Současné přístupy požadují i s ohledem na demografický vývoj zásadní změnu pohledu na sociální stáří i širěji na „dospělou identitu“, a to tak, abychom se méně vztahovali k rolím ekonomicky determinovaným a více k rolím a úkolům zakotveným v existencialitě života.

### **Kalendářní věk**

Kalendářní věk je nejjednoznačnější, individuálně však může být v podstatném rozporu s věkem biologickým i sociálním. Kalendářní hranice stáří je typický prvek sociálního konstruktů. Existují různé rámcové a nezávazné periodizace kalendářního věku a lidského života. Např. expertní skupina Světové zdravotnické organizace doporučila v 60. letech 20. století patnáctiletou periodizaci: do 15 let děti, do 30 let mládež, do 45 let mladí dospělí (adultium), do 60 let střední věk (interevium), do 75 let časné (počínající) stáří (senescence), do 90 let vlastní stáří (senium), nad 90 let kmetství (dlouhověkost).

Se setrvalým zlepšováním zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích generací se hranice biologického, funkčního stáří, hodnocená involučním poklesem a funkčními deficity, posouvá vzhůru, do vyššího věku. Vzhledem k tomu, že i dolní hranice sociální dospělosti, zralosti

(mnohdy spíše přiznaných kompetencí) se v soudobé společnosti snižuje, můžeme hovořit o významném rozšiřování participativní dospělosti kompetentních, oprávněných, schopných, a proto zodpovědných členů společenství (občanů). Z participativní dospělosti nevyřazuje a z antidiskriminačního hlediska nesmí vyřazovat věk nýbrž výhradně závažné, občanské kompetence limitující onemocnění (např. pokročilý syndrom demence). V rámci participativní dospělosti by měl být věk irelevantní osobní záležitostí – v tomto smyslu lze hovořit o bezvěké společnosti.

### **Periodizace života z hlediska tzv. produktivity**

Velmi problematická je periodizace života na tři ekonomicko sociální věky – předproduktivní, produktivní, postproduktivní – a zvláště na čtyři věky s biologicko sociálním rozdělením tzv. postproduktivního věku na období ještě aktivní soběstačnosti (třetí věk) a závislé nesoběstačnosti (senilní marasmus, čtvrtý věk). Jde o nebezpečný koncept, který podsouvá několik závažně nebezpečných a v zásadě nepravdivých zdání ovlivňujících obecné povědomí.

Především „produktivita/postproduktivita“ v tomto zobecnění je prvek ekonomického redukcionismu, který redukuje člověka na pracovníka (homo faber), který jako by penzionováním ztrácel společenskou přínosnost. Lidská produktivita přitom zásadně přesahuje ekonomickou aktivitu a produkce individuálních i kolektivních hodnot se penzionováním nijak nevyčerpává a nesmí vyčerpat.

Jde o to, jak již zmíněno výše, aby se periodizace života (princiipiálně i v kontextu změn demografických či v pojetí práce a zaměstnanosti) méně vztahovaly k rolím determinovaným ekonomicky a více k rolím a úkolům zakotveným v existencialitě života, v jeho seberealizaci, naplnění a sounáležitosti.

**Pojem čtvrtý věk nesoběstačnosti** dokonce vzbuzuje dojem zákonitosti, neodvratnosti stařecké bezmoci a absolutního úpadku (senilního marasmu, „přestárlosti“). Přitom těžké funkční postižení, absolutní bezmocnost je vždy projev chorob, nikoliv věku a pozitivní ovlivnitelnost zdravotního a funkčního stavu ve stáří je rozsáhle možná, jak předpokládá např. Světová zdravotnická organizace konceptem úspěšného stárnutí a zdravého aktivního stáří z 80. let 20. století. Pojem „přestárlost“ je zcela nekorektní, nepřijatelný a neměl by se vůbec používat (jak říkal profesor J. Charvát, profilující osobnost českého lékařství 2. poloviny 20. století, „přestárlá může být jabloň, která neplodí, kráva, která nedojí, ale nikdy lidská bytost“). Přístup k prosazování či naopak odmítání domněle zákonitého „čtvrtého věku marantické přestárlosti“ se stal ekonomicko

etickým bojištěm o pojetí stáří, o kompetence a vysoké úhrady zdravotního pojištění i o platby pojištění penzijního a sociální pomoci starým chronicky nemocným lidem.

Je ovšem vhodné připomenout, že autor teorie 3. a 4. věku, britský historik P. Laslett, pojímal svou teorii (1987) jako pozitivní podporu stáří, když proti despektu ke „třetímu, postproduktivnímu věku involučního úpadku“ postavil jako kompromis období zdravé aktivity s nově získanými časovými možnostmi po penzionování, tedy nově pojímaný třetí věk, jako vrchol lidského života a osobnostního rozvoje umožněného dostatečnou výší starobního důchodu, a tedy dostatečnou produktivitou vyspělých společností. Teprve po této penzijní kulminaci života by měl přijít čtvrtý věk závislého úpadku.

### **Dlouhověkost a progerie**

Za dlouhověkost (longevity) se obvykle považuje věk 90 a více let. Dispozice bývá geneticky podmíněná, takže existují dlouhověké rody. Dlouhověcí lidé stárnou jakoby pomaleji, jejich biologický věk je nižší než kalendářní, do vysokého věku si udržují plnou výkonnost, funkční zdatnost. Dispozice k dlouhověkosti je dána absencí dispozic k závažným (život zkracujícím) chorobám, vhodnými životními podmínkami a příznivým uspořádáním složité sítě fyziologických signálů, regulačních a adaptačních mechanismů.

Opakem dlouhověkosti je progerie, předčasné, urychlené stárnutí, kdy biologický věk, věkový dojem, jakým daný člověk působí, je vyšší než věk kalendářní. Může jít o pouhý relativní dojem, o předčasnou manifestaci nápadných chorob považovaných za nemoci stáří, nebo o vzácné, geneticky podmíněné progerické syndromy (Wernerův syndrom, Hutchinsonův-Guilfordův syndrom), jejichž nositelé umírají se stařeckým vzhledem i se stařeckými chorobami ve středním či dokonce dětském věku.

## **1.3 Gerontologie**

Gerontologie (anglicky gerontology) je souhrn poznatků o problematice stáří, stárnutí a života ve stáří. Jde o multioborovou a interdisciplinární problematiku, která se nepěstuje jako samostatná disciplína. Existují však gerontologické instituty, publikace, vzdělávací kurzy. Etymologicky jde o spojení starořeckých pojmů gerón (2. pád gerontos) – stařec a logos – slovo, nauka.



Gerontologie se člení do tří směrů:

**Gerontologie experimentální**, biologická se zabývá tím, proč a jak živé organismy stárnou. Právě pro tuto problematiku použil v roce 1903 I. Mečnikov, nositel Nobelovy ceny, mikrobiolog a imunolog působící v Paříži v okruhu L. Pasteura, výraz gerontologie.

**Gerontologie klinická** (geriatrie, anglicky geriatrics) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu, chorob a jejich léčení ve stáří, přístupem ke starým pacientům, především k lidem vyššího věku s medicínskými riziky a s problémy tzv. geratrické křehkosti (anglicky frailty). Předpokládá se, že pojem použil poprvé I. Nasher v roce 1909 (USA).

**Gerontologie sociální** se zabývá životem ve stáří, vztahy mezi starými lidmi a společnostmi, vztahy mezi generacemi, demografií, sociologií, konkrétními souvislostmi politologickými, ekonomickými i dalšími. Za zakladatelské dílo sociální gerontologie se považuje monografie G. Halla Senescence z roku 1922 (USA).

## 1.4 Historie gerontologického myšlení

Úvahy o stáří jsou nutně staré jako lidské myšlení samo, i když pojem „stáří“ a zvláště jeho věkové vymezení se jistě lišily. „To zásadní“ však muselo být od počátku shodné – význam zkušenosti, úbytek schopností (involuce provázaná s chorobami a úrazy), soužití a výměna generací (uchopování moci mladšími), výchovná role „báby“; od doby kamenné tedy „age management“ a etika vztahu k lidem „za zenitem“.

**Antika** již nesporně znala seniorskou problematiku v dnešní věkové dimenzi, vždyť z historických osobností namátkou Plutarchos, Galenos, Aischylos či Sokrates se dožili 70 let, Livius, Iuvenalis, Appianos, Xenofon či Euripides kolem 75 let, Platon 80 let, Demokritos asi 90, Hippokrates, Seneca či Sofokles dokonce více než 90 let, z římských císařů Vespasianus 70, Antoninus Pius 75, Augustus 77 let, Tiberius 79, Dioklecián 81 let.

**V raném středověku** se např. významný papež Damasus I. dožil ve 4. století 80 let, jeho sekretář, sv. Jeroným, 73 let, císař Karel Veliký na přelomu 8. a 9. století 72 let stejně jako český král Přemysl Otakar I. na přelomu 12. a 13. století.

**Novověké gerontologické myšlení** má své počátky v 17. století. W. Shakespeare se problematikou stáří zabýval nejvýrazněji v tragédii Král Lear (1606), a to s nadčasovým posláním: základním úkolem ve stáří je zachování zodpovědnosti za sebe, zachování kontroly nad děním

ve svých rukou, nespolehání na „ty druhé“. V letech 1660–1670 sepsal J. A. Komenský nástin „Školy stáří“ jako součást *Panpaedie* (Vševědy); jde o vrcholný příklad „spirituální gerontologie“, o zamyšlení nad smyslem stáří. Podobně laděná je Komenského úvaha *Methusalem*, zamyšlení nad dlouhým životem.

V roce 1797 vydal děkan lékařské fakulty v Berlíně Ch. W. Hufeland knihu *Umění jak prodloužit lidský život*, později známou a opakovaně vydávanou jako *Makrobiotika*, souhrn preventivních opatření a racionální životosprávy k úspěšnému stárnutí.

**První polovina 19. století** přinesla první vlnu medicínského zájmu o „nemoci vyššího věku“ a v roce 1881 zavedl v Německu kancléř Bismarck penzijní starobní pojištění. Nárok na ně vznikl při dožití 70 let, přičemž naděje dožití se pohybovala kolem 55 let. V roce 1903 použil I. Mečnikov ve svém eseji poprvé výraz gerontologie a v roce 1922 vyšlo zakladatelské dílo sociální gerontologie, kniha G. Halla *Senescence – druhá polovina života*. 20. léta 20. století přinesla celospolečenský odklon od adorace stáří s náparem kultu mládí a snahou o zachování mladistvého životního stylu, čemuž odpovídaly i Voronovovy neseriózní omlazovací procedury na hormonální bázi. Podle K. Čapka „být starý přestalo být moderní“.

**Rozvoj experimentální gerontologie** se datuje od 30. let 20. století – za základní monografii se považují *Problémy stárnutí* E. V. Cowdryho z roku 1942 (USA). V téže době vznikla ve Velké Británii geriatrická nemocniční oddělení a domácí ošetrovatelská péče (home care).

**V roce 1950** byla za účasti Československa založena Mezinárodní gerontologická asociace. V roce 1954 byla publikována hypotéza o významu volných radikálů v procesu stárnutí a v 50. letech provedl v USA tým N. W. Shocka ve výzkumné laboratoři, rozvinuté později v Národní gerontologický ústav (National Institute on Ageing), sérii studií mapujících proces stárnutí a fyziologii stáří. Od roku 1958 probíhá v USA prestižní Baltimorská longitudinální studie involučních změn. V téže roce v USA vznikla vlivová seniorská organizace AARP a prezident D. Eisenhower v návaznosti na předchozí aktivitu prezidenta H. Trumana podepsal zákon, podle něhož se každou dekádu musí konat v Bílém domě Národní konference k seniorské problematice s doporučeními pro prezidenta i pro senát – tyto „White House Conference on Aging“ jsou dosud zásadními impulsy formulujícími s mezinárodním dopadem priority zájmu.

**V 60. letech** byl zaveden koncept aktivit denního života (ADL – activities of daily living) pro hodnocení soběstačnosti lidí se zdravotním postižením včetně seniorů (S. Katz, USA). V roce 1968 R. Butler v USA

formuloval problematiku ageismu, věkové diskriminace, a v témže roce se o problematice stárnutí a stáří poprvé jednalo na úrovni Valného shromáždění OSN.

**V 70. letech** byla prozkoumána problematika nevhodného zacházení se starými lidmi a jejich zanedbávání (elder abuse and neglect, EAN), britský geriatr B. Isaacs formuloval syndromologické priority geriatrické medicíny (tzv. geriatrické obry – instabilitu s pády, imobilitu, inkontinenci a kognitivní poruchy), v USA skupina L. Z. Rubensteina rozpracovala metodiku uceleného funkčního hodnocení geriatrických pacientů (comprehensive geriatric assessment, CGA), ve Francii vznikly první univerzity třetího věku (U3A, L. Vellas) a bylo publikováno dosud základně využívané hodnocení kognitivního postižení (syndromu demence) – tzv. Folsteinův test MMSE (Mini-mental state examination, 1975). V roce 1979 přijala v důsledku demografického vývoje OSN rezoluci o uspořádání Světového shromáždění o stárnutí.

**V roce 1982** se první Světového shromáždění o stárnutí uskutečnilo ve Vídni a přijalo Mezinárodní akční plán ke stárnutí. V roce 1986 vznikl v Londýně Institute of Gerontology a v roce 1986 na Maltě Mezinárodní gerontologický institut OSN (International Institute on Ageing, INIA). V rámci tzv. Vídeňského dialogu byly v 80. letech formulovány priority transformace dosavadní zdravotní a sociální péče (respektive dlouhodobé péče na zdravotně sociálním pomezí) o lidi se ztracenou soběstačností (od ústavů ke komunitním službám, od rezortní sektorizace k integraci služeb včetně zdravotně sociálních, zapojení a podpora laické péče rodin, od zdravotnického konceptu doživotních pacientů k občanské kvalitě života bez restrikce potřebné zdravotní péče) – z těchto základů se později zrodil koncept dlouhodobé péče (long-term care). V roce 1987 publikoval P. Laslett teorii třetího věku, podle které není časné stáří po penzionování počátkem „úpadku“, ale naopak fází vrcholného osobnostního rozvoje.

**V roce 1990** založil v USA R. Butler první International Longevity Center (Mezinárodní centrum k problematice dlouhověkosti a zkvalitňování dlouhověkého života) – v kontextu konceptu formulovaného v roce 1951 publikací „Adding life to years“: cílem gerontologie není „samoučelné“ prodlužování života, ale podpora jeho kvality. V témže roce OSN vyhlásila 1. říjen za Mezinárodní den seniorů – poprvé tak byl připomenut v roce 1991, kdy OSN též vyhlásila v kontextu Vídeňského akčního plánu principy podpory seniorů a obecně znevýhodněných lidí (za priority byly označeny důstojnost, autonomie, seberealizace, participace a zabezpečení).

**V 90. letech byl v USA skupinou L. Friedové** v návaznosti na práce **Rubensteinova** týmu rozpracován koncept geriatrické křehkosti (frailty) jako základní problematiky geriatrické medicíny a disability vyššího věku. OECD publikovala studie o dopadech populačního stárnutí a o problematice péče o křehké a nesoběstačné staré lidi. Evropská komise přijala *European Concept of Accessibility* (Evropská koncepce přístupnosti) vycházející z bezbariérovosti a z univerzálního designu „pro všechny“.

**V roce 1997 publikovali Rowe a Kahn koncept úspěšného stárnutí a aktivního stáří jako počátek „nové gerontologie“** – koncept byl přijat Světovou zdravotnickou organizací a Evropská komise se k ní přihlásila v roce 1999 sdělením *Towards a Europe for all Ages* (Evropa pro každý věk) . V roce 1997 byla založena INPEA – Mezinárodní síť k prevenci zneužívání a zanedbávání starších lidí a rok 1999 byl vyhlášen OSN prvním Mezinárodním rokem seniorů s důrazem na potenciál a společenský přínos aktivního stáří, který podpořilo několik významných projektů ovlivňujících obecné povědomí a stereotypní představy o stáří – např. let 78 letého J. Glenna do kosmu či natočení filmů *Buena Vista Social Club* (W. Wenders) a *Příběh Alvina Straighta* (D. Lynch).

**V roce 2001** vznikla z iniciativy nejvlivnějších mezinárodních seniorských organizací AARP (USA) a IFA (International Federation on Ageing) evropská platforma 165 organizací zabývajících se problematikou lidí ve věku 50+: Age-Platform Europe se sídlem v Bruselu. V roce 2002 se v Madridu uskutečnilo 2. Světové shromáždění o stárnutí, které přijalo nový akční plán MIPAA, následně schválený Valným shromážděním OSN. Současně Světová zdravotnická organizace publikovala doporučení k podpoře aktivního stáří. O rok později Evropská komise aktualizovala koncepci přístupnosti.

**V roce 2005 OECD zveřejnila koncept dlouhodobé péče** (*Long-term care for older people*) a periodická prestižní White House Conference v USA označila za gerontologickou prioritu desetiletí právě rozvoj dlouhodobé péče včetně vyváženosti lidského přístupu se zaváděním nových technologií včetně telemonitoringu a videokomunikace. Rozvoji dlouhodobé péče byla v roce 2006 věnována v Bruselu společná konference Evropské komise a AARP *The Cross-Atlantic Exchange to Advanced Long-term Care*. Evropská komise současně zveřejnila sdělení *Demografická budoucnost Evropy – od výzvy k příležitosti* a o rok později akční plán *Ageing well in the Information Society* na podporu implementace informačních a komunikačních technologií s rozvojem života podporovaného prostředím (ambient assisted living, AAL). V roce 2008 pak Evropská komise vyzvala