

Rostislav Čevela, Zdeněk Kalvach, Libuše Čeledová

Sociální gerontologie

Úvod do problematiky



Rostislav Čevela, Zdeněk Kalvach, Libuše Čeledová

Sociální gerontologie

Úvod do problematiky

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**MUDr. et Bc. Rostislav Čevela, Ph.D., MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.,
MUDr. et Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.**

SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE

Úvod do problematiky

Editorka díla:

MUDr. et Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.

Recenzenti:

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství
Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2012

Cover Photo © MUDr. et Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., 2012

Obrázky 1.1, 1.2, 3.6, 3.7 a 3.8 převzaty z knihy Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kolektiv: *GERIATRIE A GERONTOLOGIE*. Praha: Grada Publishing, 2004.

Obrázky 3.1–3.5, 3.9–3.12, 7.1, 9.1 a 9.2 vytvořil Josef Pavlík podle předloh dodaných autory.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4786. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová

Sazba a zlom Josef Pavlík

Počet stran 264

1. vydání, Praha 2012

Výtiskla Tiskárna PROTISK, s r. o., České Budějovice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-3901-4

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE

ISBN 978-80-247-7995-9 ve formátu PDF

ISBN 978-80-247-7996-6 ve formátu EPUB

Obsah

Zkratky	8
Prolog (J. Blahoš)	13
Sociální gerontologie úvodem	15
1 Základní pojmy	19
1.1 Stáří a stárnutí	19
1.1.1 Teorie stárnutí	21
1.1.2 Vymezení a periodicitu stáří	25
1.2 Heterogenita seniorské populace	27
1.2.1 Trojí podoba stárnutí	28
1.2.2 Heterogenita možností, zájmů a potřeb	28
1.3 Život ve stáří a jeho podpora	30
1.3.1 Stáří a lidské potřeby	33
1.3.2 Partnerství a sexualita seniorů	34
1.3.3 Vzdělávání seniorů	37
1.3.4 Senioři, doprava a mobilita	39
1.3.5 Senioři, informační a komunikační technologie	43
1.4 Medicína moudrá a sociální	47
2 Gerontologie a geriatric	55
2.1 Malá historie gerontologického myšlení a konání 1606–2010	55
2.2 Gerontologie	63
2.3 Geriatric	65
2.4 Determinanty zdraví a kvality života ve stáří	66
3 Demografie a sociologie stáří	71
3.1 Demografie stáří	71
3.1.1 Základní demografické pojmy	71
3.1.2 Demografická revoluce a populační stárnutí	77
3.1.3 Filozofické a sociálně politické souvislosti demografické revoluce	81
3.1.4 Demografická prognóza České republiky	83
3.1.5 Demografické prognózy, dlouhověkost a indexy závislosti v mezinárodním srovnání	85
3.2 Společenské důsledky stárnutí	90
3.3 Mezigenerační vztahy a sociologie rodiny	92

3.4	Zaměstnanost, aktivity a bydlení starších lidí	95
3.4.1	Zaměstnanost	95
3.4.2	Bydlení a změna bydliště ve stáří	100
3.5	Sociální patologie ve stáří	106
3.5.1	Věková diskriminace	107
3.5.2	Nevhodné jednání se starými lidmi	108
3.5.3	Chudoba a sociální vyloučení	110
4	Zdraví a nemoc ve stáří	113
4.1	Geriatrická křehkost a multikauzální geriatrické syndromy	117
4.2	Nemoci starých lidí	119
4.2.1	Nemoci ve stáří	119
4.2.2	Nemoci stáří	120
4.3	Problémy hodnocení a intervenování zdravotního stavu ve stáří	121
5	Duševní zdraví ve stáří	125
5.1	Existenciální aspekty života ve stáří	125
5.2	Příprava na stáří	127
5.3	Adaptace ve stáří a na stáří	130
5.3.1	Adaptace ve stáří	130
5.3.2	Adaptace na stáří	131
5.4	Psychopatologie situační a endogenní	134
6	Základní funkční geriatrická vyšetření	139
7	Sociální zabezpečení ve stáří	143
7.1	Sociální pojištění	144
7.1.1	Důchodové pojištění	148
7.1.2	Nemocenské pojištění	153
7.1.3	Dávky pro osoby se zdravotním postižením podle zákona č. 329/2011 Sb.	154
7.1.4	Sociální služby pro seniory	156
7.1.5	Hmotná nouze	160
7.1.6	Státní sociální podpora	161
7.2	Modely podpory znevýhodněných starších lidí	162
7.2.1	Bytová situace seniorů	167
7.2.2	Zaměstnanost starších lidí	170

8 Dlouhodobá péče	175
8.1 Dostupnost služeb dlouhodobé péče	179
8.2 Dlouhodobá péče v mezinárodním srovnání	182
8.3 Plánování a řízení případu nebo péče	183
8.4 Modely koordinované dlouhodobé péče	184
8.5 Nedostatky organizace a financování dlouhodobé péče	186
8.6 Základní principy řešení dlouhodobé péče v užším slova smyslu ..	188
8.7 Dotčené objekty a finanční dopady	189
8.8 Práva a povinnosti subjektů v dlouhodobé péči	190
8.9 Status klienta dlouhodobé péče	192
9 Účelnost sociálních a zdravotnických služeb a měření kvality života ..	195
9.1 Kvalita života	198
9.2 Měření kvality života	201
9.3 Organizace péče o zdraví	205
10 Předpokládaný vývoj zdravotního a funkčního stavu osob starších 65 let	211
11 Etická hlediska přístupu ke starším občanům	215
11.1 Etické priority a výzvy	216
11.2 Lidská a občanská práva starších občanů	218
12 Geriatrická prevence	221
12.1 Cíle prevence v gerontologii	221
12.2 Možnosti prevence ve stáří	222
Epilog (V. Špidla)	229
Literatura	231
Jmenný rejstřík	247
Věcný rejstřík	249
Souhrn	261
Summary	263

Zkratky

A

AAL	ambient assisted living (prostředím podporovaný život)
AARP	American Association of Retired Persons (Americká asociace penzionovaných lidí)
ACE units	acute care of the elderly units (oddělení pro akutní [nemocniční] péči o geriatrické pacienty)
ADAM	androgen decline in aging male (pokles androgenů u stárnoucích mužů)
ADL	activities of daily living (aktivity denního života)

B

BLSA	Baltimore Longitudinal Study of Ageing (Baltimorská longitudinální studie stárnutí)
------	---

C

CGA (FGH)	comprehensive geriatric assessment (funkční geriatrické hodnocení)
CNS	centrální nervový systém
ČGGS	Česká gerontologická a geriatrická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
ČSÚ	Český statistický úřad
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení

D

DD	domovy důchodců
DEMQOL	measurement of health-related quality of life for people with dementia (hodnocení zdravím podmíněné kvality života u lidí s demencí)
DFLE	disability free life expectancy (naděje dožití bez disability)
DNA	kyselina deoxyribonukleová
DPS	domy s pečovatelskou službou

E

EAN	elder abuse, respektive elder abuse and neglect (syndrom zanedbávání a zneužívání seniorů)
EDAN	elder dignity, abuse and neglect (důstojnost, zneužívání a zanedbávání starších lidí)
ELSA	English Longitudinal Study of Aging (Anglická longitudinální studie stárnutí)

ENAT	European Network for Accessible Tourism (Evropská síť pro přístupnou, bezbariérovou turistiku)
EU	Evropská unie
EUGMS	European Union Geriatric Medicine Society (Společnost geriatrické medicíny Evropské unie)
F	
FGH (CGA)	funkční geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment)
FIM	Functional independence measure (hodnocení funkční nezávislosti)
G	
GRECCs	geriatric research, educational and clinic centres (geriatrická výzkumná, vzdělávací a klinická centra)
H	
HALE	health adjusted life expectancy (naděje dožití adjustovaná zdravím, zdravotním stavem)
HDP	hrubý domácí produkt
HELP	The Hospital Elder Life Programme (program na podporu seniorů při nemocničním pobytu)
HRQOL	zdravím podmíněná kvalita života
HSDD	hypoactive sexual desire disorder (hypoaktivní porucha sexuální aktivity, libida)
I	
IADL	instrumental activities of daily living (instrumentální aktivity denního života)
IAG	International Association of Gerontology (Mezinárodní gerontologická asociace)
IAGG	International Association of Gerontology and Geriatrics (Mezinárodní gerontologická a geriatrická asociace)
ICF	International classification of functioning, disability and health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)
ICT	Information and Communication Technologies (informační a komunikační technologie)
IFA	International Federation on Ageing (Mezinárodní federace pro problematiku stárnutí)
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHS	ischemická choroba srdeční

ILC	International Longevity Center (Mezinárodní centrum dlouhověkosti)
INIA UN	International Institute on Ageing (Mezinárodní gerontologický institut OSN)
INPEA	International Network for Prevention of Elder Abuse (Mezinárodní síť k prevenci zneužívání a zanedbávání starých lidí)
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
J	
JAGS	Journal of American Geriatric Society (Časopis Americké geriatrické společnosti)
K	
KPPDP	Komise pro posuzování potřeby dlouhodobé péče
L	
LDN	léčebny pro dlouhodobě nemocné
LTC	long-term care (dlouhodobá péče)
M	
MEA	míra ekonomické aktivity
MIPAA	Madrid International Plan of Action on Ageing (Madridský mezinárodní akční plán ke stárnutí)
MMSE	Mini-Mental State Examination
MOT	multioborový tým
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
MSSZ Brno	Městská správa sociálního zabezpečení
MZ	ministerstvo zdravotnictví
O	
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení
P	
PADAM	partial androgen deficiency of aging male (částečný pokles androgenů u stárnoucích mužů)
PAS	politika aktivního stárnutí
PCP	person centered planning (plánování zaměřené na člověka)
PSSZ	Pražská správa sociálního zabezpečení

R

RRSA resident-to-resident sexual aggression (sexuální agrese mezi klienty)

S

SIPS systém integrovaných podpůrných služeb
 SM původně small modes (pomalé způsoby dopravy), později sustainable modes (udržitelné způsoby), aktuálně smart modes (chytré, výhodné způsoby)

SQUALA Subjective Quality of Live Analysis (dotazník subjektivní kvality života)

STH somatotropní hormon

SZO (WHO) Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

T

TEN-T transport network guidelines (doporučení týkající se dopravní sítě)

TP osoba těžce postižená

U

U3A (U3V) university of the third age (univerzita třetího věku)

ÚSP ústav sociální péče

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

W

WHO (SZO) World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WHO-DAS World Health Organization Disability Assessment Schedule (Schéma Světové zdravotnické organizace pro hodnocení disability)

WHOQOL World Health Organization Quality of Life Group (Pracovní skupina Světové zdravotnické organizace pro kvalitu života)

WHOQOL-BREF Abbreviated Version of the World Health Organizationa Quality of Life Assessment (Zkrácená verze hodnocení kvality života podle Světové zdravotnické organizace)

WMA World Medical Association (Světová lékařská asociace)

Z

ZSS Zákon o sociálních službách

ZTP osoba zvlášť těžce zdravotně postižená

ZTP/P osoba zvlášť těžce zdravotně postižená s průvodcem

Motto:

*Tragédie pokročilých let nespočívá v tom, že stárneme,
nýbrž v tom, že zůstáváme mladí. (O. Wilde)*

Mládí není období života, ale duševní stav. (J. W. Goethe)

Prolog

Před více než 170 lety Jules B. G. Guerin použil v časopise *Gazette Médicale* termínu „*médecine sociale*“. Článek se zabýval vztahy mezi lékařstvím a společenskými poměry. Ve čtyřicátých letech 19. století se v anglosaských zemích začalo užívat označení „*public health*“ (veřejné zdraví) ve snaze o vyrovnání sociálních nerovností jako předpokladu pro zlepšení zdravotních podmínek obyvatelstva.

Sociální determinanty zdraví nabývaly postupně na významu a začaly se množit práce, které se jimi zabývaly z hlediska individuálního i celospolečenského.

V roce 1946 Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) definovala zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody (*well being*) a nikoli pouze chybění nemoci či vady.

Druhá největší světová zdravotnická organizace World Medical Association (Světová lékařská asociace, WMA) vydala zhruba 80 deklarácí, z nichž téměř jedna třetina se zabývá sociálními determinantami zdraví, včetně zdraví stárnoucí populace.

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně (ČLS JEP), člen obou světových organizací, ctí a podporuje aktivity zahrnující sociální aspekty zdraví osobního i veřejného a soustředila renomované odborníky do relevantních odborných společností: Česká gerontologická a geriatrická společnost, Společnost hygieny a komunitní medicíny, Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii, Společnost pracovního lékařství, Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu, Společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, Společnost všeobecného lékařství, Společnost pro myoskeletální medicínu, Společnost sociální pediatrie, Společnost pro metabolická onemocnění skeletu, Společnost nemocí z povolání, Společnost lékařů sociálního zabezpečení a pracovní skupina při předsednictvu ČLS JEP pro studium zdravotního stavu obyvatelstva (prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.), pořádání konferencí, seminářů apod. a dále lékařské fakulty, ÚZIS, IPVZ a další.

Když generální ředitel WHO dr. Lee Jong-wook navštívil v květnu 2004 Prahu, uvedl u příležitosti obdržení pamětní medaile J. E. Purkyně, že „*medicína a její technologie může být skvělá, avšak selže, pokud zdravotnické služby nebudou všeobecně dostupné a jestliže zdravotníci nebudou dbát sociálních determinant zdraví*“.

Sir Michael Marmot, člen výboru WMA, přednesl na Valném shromáždění WMA v uruguayském Montevideu v říjnu 2011 aktuální názory na sociální determinanty zdraví u demograficky předpokládaného přibývání stárnoucí populace. Jeho referát se vztahoval na vliv změn u systémů zdravotní péče. Podobně u nás zdůrazňoval prof. A. Žáček, že zdraví populací je predominantně určováno interakcí lidí s jejich sociálním prostředím (Sociální lékařství v proměnách času, místa a hodnot. Zdravotnictví v České republice 1998; 1(2): 2–5).

Vědecký přístup k sociálním determinantám zdraví dnes zahrnuje souvislosti s řadou vědeckých oborů. Tak vznikla např. sociobiologie, sociopsychiatrie, socioendokrinologie, a tedy i sociogerontologie, jež je hlavním námětem knihy „Sociální gerontologie – úvod do problematiky“ (původně koncipovaný jako „Minimum ze sociální gerontologie“).

Autorům se podařilo koncizně a velmi čtivě předložit dnešní názory na stárnutí a stáří, na geriatrickou využitelnost gerontologických poznatků na jednotlivé sociální determinanty zdraví somatického i psychického, což jsou především životní styl a životní prostředí, ekonomické a ideologické společenství. Záslužné jsou i kapitoly týkající se dlouholeté zkušenosti autorů se sociálním zabezpečením ve stáří, s dlouhodobou péčí a jejími nedostatky a financováním, s účelností aktuálních i budoucích sociálních služeb ve stáří a měření kvality života seniorů. Nejsou opomenuty ani etické axiomy geriatrické péče a jejich vztah k lidským právům.

Dobry lékař bude čím dál tím více i sociálním pracovníkem, a je proto oprávněný požadavek příslušného pregraduálního i postgraduálního vzdělávání se zvláštním zřetelem na seniorskou populaci.

Sociální bezohlednost nesmí přispívat u stárnoucích spoluobčanů k jejich zahrnutí do jakéhosi sociálního ghetta, vedoucího až k sociální smrti, po níž nezřídka následuje i smrt biologická.

Nelze než poděkovat autorům za jejich dílo, které nepochybně přispěje k pochopení důležitosti sociálních determinant zdraví seniorů. Původně zamýšlený název „Minimum ze sociální gerontologie“ bych pouze upravil na „Optimum ze sociální gerontologie“. Autorům gratuluji.

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
Předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Jeden velký okamžik prožitý v závěru našeho života může dát zpětně smysl celému našemu životu. (V. E. Frankl)

Sociální gerontologie úvodem

Za zrod sociální gerontologie se považuje vydání knihy G. Halla (1844–1924) „Senescence: Druhá polovina života“ v roce 1922. Americký psycholog z Harvardovy univerzity v ní zastihl přelom přístupu ke stáří, jehož tušením byl možná k sepsání motivován. V historickém duchu přistupoval k tématu v kontextu tanatologickém, kdy stáří se vyrovnává s jistotou konce života, s blížící se smrtí a úkolem završit a urovnat všechny záležitosti – spirituální, majetkové, vztahové, psychické, reflexi vlastního života; v českém prostředí jsou nejvýznamnější rozvahou tohoto typu Komenského spisy „Methuzalém“ a zvláště „Škola stáří“, chápaná právě jako příprava na smrt a přechod do království nebeského. V moderním duchu si položil Hall otázku o nových úkolech a smyslu stáří i povaze života v něm v kontextu civilizačních změn včetně překonání osudovosti penzionování jako těžkého životního zlomu, zalomení životního příběhu, ztráty prestiže i smyslu, „propadu z vedoucích pozic do kouta za pecí“. V českém prostředí v téže době reflektoval změnu Karel Čapek v půvabném fejetonu Mladá generace (1928) o tom, že 20. století vstoupí do dějin jako „století mládí“, neboť v něm skončila modernost „být a dělat se starým“. A T. G. Masaryk popsal stáří jako ztrátu smyslu a konceptu s nutností usilovat setrvale, bez ohledu na věk o osobnostní růst.

Je třeba považovat za velmi významné, že zakladatelem sociální gerontologie se v osobě G. Halla stal ontogenetický psycholog, který se mimochodem stýkal se S. Freudem i C. Jungem. V „Senescenci“ se sice zabývá různými aspekty života ve stáří, ale zjevně největší zájem věnuje jeho existencialitě. Předznamenává tak klíčové konstatování platné dodnes: stáří je záležitost různorodá, zvláště a významně sociální, ekonomická, medicínská i biologická, ale především je to záležitost existenciální, respektive psychoexistenciální a také společenský konstrukt.

Uvažování o stáří v Hallově kontextu bylo bohužel záhy a nadlouho přerušeno a přehlušeno katastrofami i iluzemi 20. století, především 2. světovou válkou, hrůzami a ničivými důsledky totalitních systémů – nacizmu a komunizmu – i přeceněním možností sociálního státu, nekonečného ekonomického růstu i samospasitelného vědecko-technického rozvoje. Jen psychologie zůstala do určité míry věrna zájmu o osobnost ve stáří a formulovala ontogenetický

úkol stáří jako zachování osobnostní integrity proti zoufalství, beznaději a strachu ze smrti (Erik H. Erikson, 1902–1994), základní lidskou potřebu být pozitivně přijímán jako jedinečná osobnost, a to v každém věku (sociální psycholog Mark R. Leary z Duke University), hierarchii univerzálních lidských potřeb (Abraham Maslow, 1908–1970) či potřebu podpory odvahy, naděje a smyslu v životě s omezením (Viktor E. Frankl, 1905–1997).

Realita materializovaného, ekonomizovaného a v našich podmínkách i totalitně kolektivizovaného života ve 2. polovině 20. století se dostávala do rozporu s postuláty humanistické psychologie i s potřebami stárnoucích a starých lidí. V českém prostředí to reflektovala v šedesátých letech řada prací – vědeckých i uměleckých – o životě a domnělé nepotřebnosti starých lidí, o bezútešném živení penzistů, o nepřijatelných podmínkách v kolektivistických domovech důchodců. Bohužel, normalizační dvacetiletí reálného socialismu znamenalo hlubokou destrukci a stagnaci i v této oblasti. Přesto vyšlo v sedmdesátých letech monumentální dílo odpovídající Hallovu konceptu – čtyřsvazková Příhoda „Ontogeneze lidské psychiky“, která ve 4. díle zevrubně probírá různé aspekty stáří i mimo rámec psychologie (navázal na J. Matiega: Ontogenetický vývin člověka po stránce tělesné i duševní, 1931), přesto se v sedmdesátých letech snažila pěstovat sociální gerontologii a držet krok se světem J. Šiklová na geriatrickém oddělení primáře A. Trojana a dr. D. Tučkové v pražské Thomayerově nemocnici (torzu prvorepublikové Kliniky nemocí stáří), přesto v osmdesátých letech vydala H. Haškovcová sociálně gerontologický „Fenomen stáří“. Bylo by nám ctí na tyto mimořádné počiny z doby společenského úpadku smysluplně navázat.

Soudobé děje – stárnutí populace, relativní i absolutní přibývání starých i velmi starých lidí, prodlužování života ve stáří, nástup dlouhověké společnosti, zlepšování zdravotního a funkčního stavu seniorů a růst jejich aspirací, dramatický propad potřeby lidské práce, změny rodiny, rozvoj informačních a komunikačních technologií – to vše klade závažné otázky o povaze, smyslu a rizicích života ve stáří, o mezigenerační solidaritě, o penzijních systémech, o pojetí zdraví v pokročilém stáří, o změnách medicínských přístupů i sociálních služeb vůči seniorům. Je naléhavě třeba znovu rozpracovat sociální gerontologii nejen jako kaleidoskop statistik a informací o starých lidech, ale především jako koncept života ve stáří, jeho kvality a interakcí jednotlivých seniorů se společností.

Různá společenství vykazují historicky i dalšími faktory podmíněné výrazné zvláštnosti v pojetí stáří a v přístupu ke starým lidem či k jejich dílčím podskupinám. Nejde jen o sociální či zdravotní determinanty kvality života ve stáří, ale také o roli, která je starým lidem přisuzována, o podobu stáří, do níž

jsou staří lidé mladšími generacemi stereotypizováni, o povahu mezigenerační solidarity či o míru obvyklé podpory, která je poskytována obecně lidem se zdravotním postižením a funkčními deficity, které jsou ve stáří častější.

Existují proto významné rozdíly v pojetí stáří a v situaci starších lidí v zemích hospodářsky vyspělých a rozvojových, v rámci Evropy v zemích „severních“ a „středomořských“ či v různých menšinách a v majoritní společnosti. Nebezpečné mýty se tak mohou týkat nejen potřeb starších lidí, ale také jejich situace v jiných dobách či společenstvích. V sebekritické západní společnosti jsou např. časté iluze o jakési přirozené kvalitě života ve stáří a úctě ke stáří ve „východních“ zemích či v minulosti.

Absence kritického myšlení, nedostatek věcných podkladů, stereotypizace a mýty velmi zatěžují hledání optimálních cest, jimiž by se měl přístup ke stáří v naší společnosti ubírat. Velkým nebezpečím je ideologizace stáří, jeho apriorní nahlížení z pozic socialistických, liberálních či konzervativních, čili rozhodování nikoliv na základě přání a situace konkrétních lidí, ale na základě kánonu jednotlivých politologických schémat.

K častým mýtům patří např.:

- Ve východních společnostech je dlouhá tradice harmonické troj- i vícegenerační rodiny. Ve skutečnosti nikdy takový model nebyl většinový, a „přestárlí“ lidé dokonce odcházeli „dobrovolně“ zemřít do divočiny, aby nebyli přítěží své rodiny.
- Dříve se měli staří lidé lépe. Ve skutečnosti byla situace např. venkovských výměnkářů často velmi bědná a týkala se mnohdy lidí mladších 60 let, navíc byla minimální možnost pozitivně ovlivňovat jejich zdravotní a funkční problémy.
- V rozvojových zemích je přirozená úcta ke stáří. Ve skutečnosti existují např. witches' camps (tábory pro čarodějnice) a starší lidé umírají za přírodních či společenských kalamit jako první, a to bez pomoci společenství.
- Senioři tvoří homogenní subpopulaci s nízkými životními potřebami. Ve skutečnosti je stáří velmi heterogenní a životní potřeby zůstávají zachovány, jejich minimalizace je projevem předsudků a věkové diskriminace.

I když je stáří zjevně objektivní realitou, jsou jeho vymezení a pojetí, stejně jako nastavení parametrů života ve stáří včetně parametrů penzionování a penzijního pojištění, pojetí očekávatelných potřeb, práv a povinností starších lidí proměnlivým společenským konstruktem, který je výsledkem permanentního přetváření a vyjednávání mezi různými sociálními aktéry a reagování na závažné společenské změny, k nimž v současnosti patří především demografické změny, zlepšování zdravotního i funkčního stavu

seniorů a civilizační vývoj s nástupem informační společnosti a převratně nových technologií. Život ve stáří může a musí být ve 21. století delší, zdatnější, svobodnější a osobně i sociálně ekonomicky produktivnější než v minulosti.

V této souvislosti se v české stereotypizaci stáří a seniorů zdají být závažné např. následující skutečnosti:

- tradiční podceňování možnosti úspěšného stárnutí a zdravého stáří,
- podceňování schopností seniorů a smysluplnosti seniorského života, přesvědčení o společenské neužitečnosti stáří,
- poměrně výrazná ageistická gerontofobie, strach z přibývání seniorů jako ekonomického břemene,
- přesvědčení o nepřírozenosti narůstající naděje dožití, její chápání jako arteficiálního produktu nemoudré medicíny, která „nenechá staré lidi zemřít a udržuje je při nezdatném životě“,
- nadměrné akcentování funkčních deficitů stáří, jejich apriorní předpokládání a konzervování, nevíra ve zlepšitelnost funkčního zdraví – jde o archetyp stáří vyjádřený Janem Nerudou v baladě „Před fortanou milosrdných“: „až se tobě třásti bude ruka, korýtko zas tobě synek udělá“,
- přesvědčení o časném nástupu deficitů stáří,
- despekt k chudým odosobněným (anonymizovaným) penzistům – verbalizací jsou posměšná označení „důchodky“ pro levné teplé boty, „prdůch“ pro pracujícího důchodce apod.,
- preference ústavních forem péče a obecné pečování o neschopné a nemocné (každého věku) před komunitní podporou k zachování či obnovení schopností, sociálních rolí a smyslu života,
- despekt k transcendentálním, spirituálním aspektům života přesahujícím rozměr individuálního života a nadměrné snahy o životní pohodlnost,
- spoléhání na sociální stát jako záruku zabezpečení, na vymýšlení vědeckých systémů péče a služeb shora a obecná ochota ke zneužívání a neoprávněnému vymáhání různých dávek, příspěvků a benefitů,
- nízká míra osobní zodpovědnosti, ochoty být zodpovědný za svůj život a respektovat jeho kauzalitu, logické konsekvence,
- značná míra rozvolnění tradiční rodiny (život mimo manželství, rozvodovost, nízká porodnost, neznalost rodové historie, tím neúčta k předkům, s čímž souvisí i vysoký podíl pohřbů bez obřadu) a v rozsáhlých oblastech malá soudržnost přirozených občanských komunit (obcí, sousedských vztahů).

Starší lidé se obvykle necítí starými, dokud nejsou konfrontováni se skutečností, že je za staré považuje jejich okolí. (T. Tošnerová)

1 Základní pojmy

Základními pojmy seniorské problematiky jsou stáří, stárnutí (involuce), kvalita života, křehkost, gerontologie a geriatrie. Kvalitě života je věnována samostatná kapitola. Výzkumný, metodický, vzdělávací či rezortní zájem o problematiku stáří a stárnutí se etymologicky vyjadřuje především užitím řeckého slova γερων, -ντος (gerón, -ntos), tedy starý člověk, stařec, v pojmenování oboru či aktivity – hovoříme o *gerontologii*, *geriatrii*, *gerontopsychiatrii* či *gerontotechnologii*. Z angličtiny se uplatňují zvláště pojmy the elderly (starší lidé), age (věk, stáří), ageing (aging) stárnutí, ageizmus (diskriminace na základě věku, především stáří), frailty (křehkost).

1.1 Stáří a stárnutí

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život. Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako **fenotyp stáří**. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými i psychickými. Stařecký stav a vzhled jsou tak dány především:

- zákonitou biologickou involucí, do značné míry geneticky determinovanou,
- projevy a důsledky úrazů a chorob, částečně geneticky determinovaných,
- životním způsobem, zvláště výživou, pohybovou i mentální aktivitou, či naopak pasivitou,
- adaptačními reakcemi na involuční a chorobné změny,
- vlivy prostředí fyzického i sociálního včetně společenského vymezení sociální role starého člověka, respektive penzisty,
- psychickým stavem – motivací, aspirací, expektací, představou o vlastním stáří, adaptací na stárnutí, osobnostními charakteristikami.

Z hlediska úspěšného stárnutí a odhadu budoucí podoby stáří je důležité, že kromě biologické involuce jsou ostatní faktory pozitivně ovlivnitelné a intervenovatelné.

Celkově se v hospodářsky vyspělých zemích včetně ČR zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací dlouhodobě a setrvale zlepšuje, což je umocněno změkčováním životních podmínek, tedy způsobu života. Z obou příčin tak dochází jak k prodlužování života ve stáří, tak ke kompresi závažné nemoci a disability – senioři žijí déle, jsou zdravější a zdatnější, méně omezení prostředím, fenotyp stáří se pozitivně mění.

Přes tento pozitivní trend vede a povede prodloužení života ve stáří a zvýšení počtu seniorů, k němuž výrazně přispěje zestárnutí populačně silných poválečných ročníků po roce 2015–2020, k absolutnímu zvýšení potřeby zdravotní péče i sociální pomoci.

Ani přes velké množství nashromážděných dílčích poznatků nelze dosud stáří jednoznačně vymezit, exaktně definovat jeho počátek ani odpovědět na otázku, proč stárneme. Nejlépe zmapován je průběh stárnutí (involuce), mnohdy ovšem jen jako mozaika jevů.

Stárnutí je souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických a funkčních nastupujících postupně, se značnou interindividuální variabilitou, a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti (rané involuce probíhající časněji – např. involuce tymu, brzlíku – se za součást stárnutí nepovažují) a adaptačních reakcí na ně. Jde o proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován (např. odolnost bílkovin a jiných struktur, nástup menopauzy, andropauzy, somatopauzy), zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami, poruchami.

Morfologicky jde o fyziologickou, věkově obvyklou (přiměřenou) atrofii, funkčně o zhoršování vlastností, pokles rezerv, úbytek funkcí, zhoršování reakcí i pružnosti regulací, rozvolňování celovztahného uspořádání neuroimuno-humorálního, o změnu biorytmů (např. melatoninu a spánku), hromadění chyb a deficitů. Přes jejich kompenzování adaptačními mechanismy (včetně zkušeností, předvídativosti a změn chování) jde o znevýhodňování organismu oproti mládí s klesáním zdatnosti, odolnosti i adaptability, souhrnně označovaných jako potenciál zdraví. Organismus se dostává za svůj zenit, zhoršuje se výkonnost, funkční zdraví, spontaneita, odolnost k zátěži – přibývá tak stresorů i jejich závažnosti.

Involuční změny se těsně prolínají se změnami chorobnými i s projevy životního stylu (např. dekondicí a atrofií z nečinnosti), za něž jsou často zaměňovány. Proto lze výrazně zlepšit zdatnost a fenotyp starších lidí i bez