Stáří ve zdraví

Libuše Čeledová
Rostislav Čevela (ed.)

KAROLINUM

Stáří ve zdraví

Libuše Čeledová, Rostislav Čevela (ed.)

———

Recenzovali:
MUDr. Vendulka Machartová, CSc.
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
prof. MUDr. Milan Štengl, Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum
Ilustrace na předělových stranách Markéta Fialová
Redakce Jana Jindrová
Obálka a grafická úprava podle osnovy Zdeňka Zieglera
DTP Nakladatelství Karolinum
Sazba DTP Nakladatelství Karolinum
Vydání první

© Univerzita Karlova, 2025
© Libuše Čeledová, Rostislav Čevela et al., 2025
Illustrations © Markéta Fialová (p. 8, 10, 50, 74, 108, 142, 164, 188)
Cover photo © Libuše Čeledová, 2025

ISBN 978-80-246-6028-8
ISBN 978-80-246-6060-8 (pdf)

Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

Editoři

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA

Kolektiv autorů

MUDr. Jan Balko, Ph.D.
Ústav patologie a molekulární medicíny 2. lékařské fakulty UK
doc. MUDr. Jan Cendelín, Ph.D.
Ústav patologické fyziologie Lékařské fakulty UK v Plzni
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
Ústav sociálního a posudkového lékařství Lékařské fakulty UK v Plzni
MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA
Ústav sociálního a posudkového lékařství Lékařské fakulty UK v Plzni
MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
Ústav sociálního a posudkového lékařství Lékařské fakulty UK v Plzni
MUDr. Olga Dolejšová, Ph.D.
Urologická klinika Lékařské fakulty UK v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň
prof. MUDr. Jitka Kuncová, Ph.D.
Ústav fyziologie Lékařské fakulty UK v Plzni
prof. MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová, Ph.D.
II. interní klinika Lékařské fakulty UK v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň
MUDr. Jiří Polívka, CSc.
Neurologická klinika Lékařské fakulty UK v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň
prof. MUDr. Štěpán Svačina, MBA, DrSc.
III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice Praha
prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.
Neurologická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice Praha

doc. MUDr. Jitka Švíglerová, Ph.D.
Ústav fyziologie Lékařské fakulty UK v Plzni
prof. MUDr. Mgr. Zbyněk Tonar, Ph.D.
Ústav histologie a embryologie Lékařské fakulty UK v Plzni
prof. MUDr. Zdenka Ulčová-Gallová, DrSc.
Next Clinics, Genetika Plzeň
prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D.
Onkologická a radioterapeutická klinika, Centrum paliativní a podpůrné medicíny, Lékařské fakulty UK v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň
doc. MUDr. Antonín Zicha, CSc.
Stomatologická klinika Lékařské fakulty UK v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň

Obsah

Předmluva 9

1. Trocha demografie úvodem (*Libuše Čeledová*) 11
2. Jaké je stáří? (*Libuše Čeledová*) 19
3. Zdraví a zdravotní stav ve stáří (*Rostislav Čevela*) 25
4. Životní potřeby a potřeby ve stáří (*Rostislav Čevela*) 31
5. Soběstačnost a (ne)závislost (*Rostislav Čevela, Libuše Čeledová*) 38

6. Péče o dutinu ústní (*Antonín Zicha*) 51
7. Preventivní prohlídky v seniorském věku (*Rudolf Červený*) 56
8. Onkologická onemocnění a jejich prevence (*Samuel Vokurka*) 66

9. Anatomie a fyziologie nervové soustavy (*Jan Cendelín*) 75
10. Stáří ve zdraví pohledem neurologa (*Jiří Polívka*) 90
11. Spánek, poruchy spánku a stárnutí (*Karel Šonka*) 95

12. Stavba a funkce močové a pohlavní soustavy (*Zbyněk Tonar, Jan Balko*) 111
13. Jak pečovat o močové cesty (*Olga Dolejšová*) 124
14. Ženy, nebojme se zestárnout (*Zdenka Ulčová-Gallová*) 133

15. Fyziologie trávicí soustavy (*Jitka Kuncová*) 143
16. Výživa ve vyšším věku (*Štěpán Svačina*) 153

17. Anatomie a fyziologie srdce a krevního oběhu (*Jitka Švíglerová*) 165
18. Srdce a cévy na prvním místě (*Jitka Mlíková Seidlerová*) 176

19. O stárnutí a stáří s trochou optimismu (*Libuše Čeledová, Rostislav Čevela*) 189

Zdroje a doporučená literatura 198
Slovníček vybraných pojmů 200
Summary 202

Předmluva

Když se mne ptají, jaký je rozdíl mezi prací onkologa před 40 lety a dnes, odpovídám, že onkologické onemocnění se stalo běžným a nemocní se i s nádory dožívají mnoha let po zjištění diagnózy. V republice je dnes přes půl milionu spoluobčanů, kteří prodělali či prodělávají onkologické onemocnění. Ta pak nejsou v populaci rozdělena rovnoměrně, s blížící se sedmdesátkou na zádech se každý čtvrtý spoluobčan potkal s tím, čemu tak rádi ošklivě a nepřesně říkáme rakovina. Tito občané mají nemoc, měli bychom na ně tedy hledět jako na nemocné. S tímto pohledem však hluboce nesouhlasím. Současná medicína, byť stále ještě mnoho nádorů v pokročilém stadiu není schopna vyléčit, může našim pacientům nabídnout mnoho let života téměř v plné kvalitě. Jsou dokonce onemocnění, jako časný karcinom prostaty u starších mužů, kde ti „nemocní" žijí déle než ti bez nádoru. Onemocnění je v jejich věku neohrožuje a oni po sdělení diagnózy o sebe začnou více pečovat, přestanou kouřit a pít – což obvykle zařídí jejich manželky. Přísná definice říká, že zdraví není pouze nepřítomnost onemocnění, ale i pocit jakési obecné blaženosti. Takto se může opravdu zdravím pyšnit málokdo.

Ale vraťme se k mým pacientům. Mají nádor, nad kterým máme kontrolu, žijí běžným aktivním životem, pracují. Z toho vyplývá, že k pocitu zdraví přispívá tělesný stav, zdokumentovaný řadou sofistikovaných vyšetření jako je výpočetní tomografie, nějakými 20 %, zbytek tvoří stav ducha. Pokud zvládáme udržovat jej v dobré náladě a kondici, jsme navzdory tomu, co nám naše tělo provádí, zdraví. Svým nemocným, když se ptají, co mohou a nemohou, říkám: můžete vše, na co si troufnete. Ono běhat po světě, když Vám nic není, dovede každý. Ale s nemocí, to umí jen praví borci.

prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D., MHA
děkan Lékařské fakulty UK v Plzni

1. Trocha demografie úvodem

LIBUŠE ČELEDOVÁ

Než se začtete do následujících kapitol, které mají být tak trochu návodem, jak se o sebe starat s ubíhajícími léty a jak se co nejlépe vyrovnat s nastupujícím stářím, musíme se nejprve zastavit u demografie. Demografie nám pomůže objasnit, jak lze pohlížet na lidskou populaci a její reprodukci.

CO JE DEMOGRAFIE

Demografie je řecké slovo a znamená popis obyvatelstva, *démos* je lid a *grafein* znamená popisovat. Demografie je vědní obor, který zkoumá počet, strukturu, vývoj a zákonitosti vývoje obyvatelstva. Demografie nestuduje jednotlivce, ale události, jež se týkají každého z nás, jako je narození dítěte, úmrtí, sňatek, rozvod apod., zabývá se populací v důsledku rození a umírání. Je to věda biosociální. Nespokojuje se s pouhým shromažďováním a rozborem populačních údajů. Usiluje o vědecké poznání vazeb mezi společenskými podmínkami, populačním vývojem a jeho důsledky, které by společnosti umožňovalo účinně reagovat na probíhající změny a příznivě ovlivňovat populační vývoj. Jednou z nejdůležitějších aplikací demografického studia je výpočet populačních prognóz. Význam těchto prognóz je velmi široký, a to i přes skutečnost, že se jedná pouze o odhady, které se málokdy přesně vyplní. I proto se počítají ve variantách a největší pravděpodobnost se přisuzuje střední variantě, kterou budeme i my rovněž dále citovat při uvádění prognózy vývoje obyvatelstva naší republiky. Jejich výsledky se používají při přípravě sociálních opatření a směřování populační a migrační politiky státu. Důsledky demografického stárnutí, které ještě budeme zmiňovat, vyplývají z demografických prognóz a jsou podkladem pro koncepce penzijních systémů.

Ve spojitosti s demografií musíme zmínit jméno Angličana Johna Graunta (1620–1674), který je jednomyslně považován za jejího otce zakladatele.

V roce 1662 sestavil tabulku úmrtnosti, ve které ukázal, jak se mění pravděpodobnost úmrtí v závislosti na věku. I když byl John Graunt povoláním obchodník s galanterním zbožím, byl vzdělaným samoukem. Uvádí se, že při návštěvě na jedné londýnské faře zjistil, že se tam uchovávají lístky o úmrtí. Lístky jej zaujaly natolik, že je začal třídit. Všiml si, že je na nich uváděna příčina úmrtí, ale ne věk zemřelého. Poté si vypracoval vlastní tabulku, ve které odhadl věk zemřelého na základě příčiny úmrtí. Zjistil tak, že riziko úmrtí je odlišné pro různé věkové skupiny. Rovněž roztřídil muže a ženy a zjistil, že jsou zastoupeni v přibližně stejném počtu. Proto usoudil, že i v londýnské populaci jich musí být přibližně stejně. To byl nový poznatek, dosud se mělo za to, že žen musí být více než mužů, což dokládala data lékařů o četnější návštěvnosti žen v jejich ordinacích, než byla návštěvnost mužů. John Graunt je považován za zakladatele demografie, protože při svých srovnáváních úmrtnosti používal statistickou metodu na zkoumání úmrtnosti, což je jeden ze základních procesů demografické reprodukce.

Problematikou úmrtnosti v Čechách se zabýval lékař Jan Melič (1763–1817) a první úmrtnostní tabulky pro Čechy za léta 1800–1828 sestrojil Franz Anton Stelzig (1784–1856).

Základním demografickým ukazatelem je **počet obyvatelstva**. Přesná čísla jsou známa pouze k datu sčítání lidu. V jiných letech se musíme spokojit s odhady. Můžeme-li se spokojit s méně přesnými odhady, používáme metodu interpolace (při odhadu počtu obyvatelstva mezi dvěma cenzy) nebo metodu extrapolace (při odhadu počtu obyvatelstva po posledním cenzu). Lze vyjít z předpokladu aritmetického růstu populace, někdy může být výhodnější vyjít z předpokladu růstu geometrického, logaritmického apod. Poměrně přesné odhady poskytuje bilanční metoda, kdy počet obyvatel zjištěný posledním sčítáním doplňujeme údaji z běžné evidence počtu narozených a zemřelých, vystěhovalých a přistěhovalých

Sčítání lidu neboli cenzus patří k nejstarším statistickým akcím. Podle historika Herodota proběhlo sčítání lidu v Egyptě již kolem roku 2900 př. n. l. Sčítání lidu byla prováděna i v oblasti antické kultury, například v Římě za republikánské éry (510–29 př. n. l.) byl census uspořádán každých pět let.

Za mezník ve sčítání lidu pro české země se považuje rok 1753, kdy bylo zavedeno každoroční sčítání lidu patentem Marie Terezie a v roce 1754 proběhlo sčítání obyvatelstva jednotně a současně na celém území soustátí. Zdokonalení evidence obyvatel souviselo s rozsáhlou reformní činností Marie Terezie, která chtěla dosáhnout výběru vyšších daní a údajů

o brancích, i proto úředníci měli zapisovat jen muže a dobytek. Počty žen je nezajímaly, nemohly totiž bojovat. K soupisu obyvatel a majetku se Marie Terezie vrátila svým patentem z roku 1770. Soupis neboli konskripce se podle tohoto patentu týkala českých, dolnorakouských a vnitřních dědičných rakouských zemí. Zahrnovala údaje o počtech lidí, tažného dobytka a domů k provedení reorganizace verbovacích obvodů. Konskripce vydané v letech 1771–1776 se týkaly jen dospělého mužského obyvatelstva křesťanského vyznání. U sčítaných mužů se uváděly například kategorie „ku předání k ručnicím již způsobilý" nebo „ku předání k ručnicím časem nadějný". Poddanému, který by se soupisu záměrně vyhnul, ukrýval se, nebo dokonce uprchl, hrozilo poté, co byl dopaden, zatčení a potrestání dvěma lety prací na pevnostních stavbách. Pokud by ukryl svůj dobytek před soupisem, byl by jeho dobytek po nalezení konfiskován. Marii Terezii šlo o silný fungující stát, který je jednotný, má profesionální úřednictvo i armádu, vzdělané obyvatelstvo a který má také jednotnou řeč, jíž by se všichni domluvili, neboť v monarchii se mluvilo spoustou jazyků.

Můžeme říct, že absolutismus Marie Terezie a Josefa II. se z hlediska vývoje demografie jako vědního empirického oboru pozitivně projevil jak v prosazení sčítání lidu, tak vydáním matričního patentu v roce 1784, od kterého má demografie kompletní řadu narozených, zemřelých a sňatků.

Další významnou etapu v novodobých dějinách sčítání lidu v Rakousku-Uhersku zahájil zákon přijatý v roce 1869. Podle tohoto zákona bylo na začátku roku 1870 provedeno sčítání lidu, které zachytilo stav ke dni 31. 12. 1869, a jím začíná nové období populačních cenzů na našem území. Říšský zákon o sčítání stanovil stálou desetiletou periodicitu sčítání s tím, že s výjimkou prvního se všechna další budou konat vždy o půlnoci z 31. prosince na 1. ledna roku končícího nulou. Toto ustanovení bylo dodrženo až do zániku Rakouska-Uherska. Poslední sčítání lidu konané na našem území před první světovou válkou se uskutečnilo v roce 1910.

Nově vzniklá Československá republika potřebovala znát co nejpodrobnější demografická data nově vytvořeného státu. V roce 1919 byl založen Státní úřad statistický jako nový orgán pověřený celostátními statistickými šetřeními. Mezi jedno z nejdůležitějších patřilo sčítání lidu. Sčítání lidu se podle nového zákona č. 256/1920 Sb. uskutečnilo 15. února 1921. Druhé československé sčítání lidu se uskutečnilo k 1. prosinci 1930. Následovaly velké poválečné změny, které si vynutily pouhé provedení soupisů obyvatelstva v letech 1946 a 1947, protože nebylo možné čekat až na výsledky uvažovaného sčítání lidu v roce 1950. Nešlo ale o sčítání v pravém slova

smyslu. Další československé sčítání lidu probíhalo v letech 1950, 1961, 1970, 1980 a 1991. Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2001 se uskutečnilo v souladu s metodickými doporučeními OSN a Statistického úřadu Evropských společenství (Eurostatu) opětovně formou sebesčítání, tj. každá osoba vyplňovala za sebe, za své děti, případně za další osoby domácnosti příslušné sčítací tiskopisy. Také při sčítání v roce 2011 navštěvovali sčítací komisaři domácnosti a roznášeli formuláře, které však bylo možné nejen po vyplnění předat sčítacímu komisaři, ale vyplnit i přes internet či odeslat poštou nebo přímo na poště odevzdat.

Základní informace o obyvatelstvu zveřejňuje Český statistický úřad a jsou dohledatelné a veřejně přístupné i na jeho webových stránkách. Podrobnější charakteristiky o obyvatelstvu, zejména v mezidobí mezi cenzy, se získávají v tzv. mikrocenzu (vzorku populace). Ten zpravidla předchází vlastnímu sčítání, zjišťují se názory, postoje, životní úroveň atd.

V mezidobí se používá tzv. bilanční metoda – odečtou se zemřelé osoby a emigranti, přičtou se počty narozených a migrantů. Od roku 1991 je v ČR zaveden tzv. Centrální registr občanů.

Základním zdrojem informací o počtu a složení obyvatelstva je sčítání. Provádí se v desetiletých intervalech, poslední sčítání bylo v roce 2021. V České republice žilo 10 524 167 obyvatel. Jejich průměrný věk byl 42,7 let a mezi sečtenými bylo 50,7 % žen a 49,3 % mužů. Oproti předchozímu sčítání v roce 2011 vzrostl počet osob s vyššími stupni vzdělání. Ve srovnání s rokem 2011 přibylo také téměř 195 tisíc domů. Sčítání obyvatelstva v roce 2021 bylo historicky první online sčítání v naší historii.

Za kritérium pro definici staré populace z hlediska demografického se považuje podíl osob nad 60 let vyšší než 12 % a podíl osob nad 65 let vyšší než 7 %

Podle analýzy Českého statistického úřadu (ČSÚ) v roce 2022 osoby starší 65 let představovaly více než 20 % veškerého obyvatelstva, tj. 2,15 mil. osob, což dokládá, že Česká republika je velmi starou populací (tab. 1.1). S demografickým stárnutím je však spojena celá evropské populace, a nevyhnulo se ani asijským zemím, uveďme například Japonsko. Dlouhodobě rostoucí podíl seniorů v celé populaci je jedním ze základních ukazatelů stárnutí populace. Během prvního desetiletí tohoto století vzrostlo zastoupení seniorů v populaci z bezmála 14 % na necelých 16 %, během druhého desetiletí pak až na úroveň 20 %, tj. jedné pětiny populace. Prozatím nejvyšší byl podíl osob ve věku 65 či více let na konci roku 2021, kdy dosáhl 20,6 %. Mírný meziroční pokles během roku 2022 na 20,4 % k 31. 12. a byl

Tab. 1.1 Počet seniorů 65+ podle věku ve vybraných letech k 31. 12.

Věková skupina (v letech)	2001	2011	2015	2019	2021	2022
65–69	424 705	595 116	692 992	678 927	659 696	653 033
70–74	405 336	402 749	495 189	602 974	615 177	612 885
75–79	324 214	307 188	323 695	408 629	443 093	475 940
80–84	154 069	234 820	232 005	234 495	252 668	267 114
85–89	75 173	124 404	135 023	142 589	134 175	133 551
90–94	27 388	31 495	47 086	52 981	53 591	54 609
95+	3 672	5 664	6 422	11 035	10 709	10 717
Celkem 65+	1 414 557	1 701 436	1 932 412	2 131 630	2 169 109	2 207 849
Podíl 65+ populaci (v %)	13,9	16,2	18,3	19,9	20,6	20,4

Zdroj: Senioři v datech, ČSÚ 2023

odrazem výrazně vyšší intenzity růstu populace jako celku než samotné její seniorské části v důsledku silné (cca 300tisícové) migrační vlny uprchlíků z Ukrajiny.

K 1. lednu 2023 žilo v ČR 2,21 mil. seniorů. Nejvyšší odhad nárůstu seniorů podle projekce ČSÚ předpokládá, že v roce 2050 bude osob starších 65 let celkem 3,5 mil (136% nárůst). Zastoupení seniorů z nynějších cca 20 % tak stoupne mírně nad 30 %. Pokud v letošním roce připadá na 100 osob do dvaceti let 71 seniorů, v roce 2050 se tento počet odhaduje na 150–190 seniorů.

KDO JE Z POHLEDU DEMOGRAFIE VLASTNĚ SENIOREM

V demografické statistice je senior běžně definován pomocí kritéria kalendářního věku, kdy za seniora je považována každá osoba ve věku 65 či více let. Ve starších datových zdrojích se lze setkat i s nižší hranicí seniorského věku – 60 let. Také v odborné literatuře můžeme ještě najít hranici kalendářního stáří uváděnou jako 60 let, ale převážná většina autorů za hranici kalendářního stáří považuje již 65 let. Též lze najít u různých autorů i odlišnou periodizaci stáří.

DĚLENÍ SENIORŮ PODLE KALENDÁŘNÍHO VĚKU

Podle klasické definice Světové zdravotnické organizace (SZO) z 60. let 20. století se vyšší věk dělí na počínající, tzv. rané stáří, 60–74 let, vlastní stáří, senium, 75–89 let a období dlouhověkosti 90 a více let. My se však přikláníme k výstižějšímu členění na mladé seniory (young-old) 65–74 let, staré seniory (old-old) 75–84 let a velmi staré seniory 85 a více let (oldest-old, very old-old).

Poslední údaje, které nesmíme vzhledem k demografii pominout uvést, jsou naděje dožití a naděje dožití ve zdraví.

DEMOGRAFICKÉ DĚLENÍ POPULACE PODLE PRODUKTIVITY

- **Dětská složka** populace – osoby ve věku 0–14 let – v roce 2022 tvořila 16,2 % obyvatel ČR.
- **Produktivní složka** obyvatelstva – osoby ve věku 15–64 let – v roce 2022 tvořila 63,4 % obyvatel ČR.
- **Seniorská složka** populace – osoby ve věku 65 let a více – v roce 2022 tvořila 20,4 % obyvatel ČR.

NADĚJE DOŽITÍ NEBOLI STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA

Naděje dožití udává průměrný počet let, který má před sebou jedinec v určitém věku, pokud by zůstaly zachovány úmrtnostní poměry platné ve sledovaném období. Vypočítává se z úmrtnostních tabulek a lze ji určit pro jakýkoli věk. Nejčastěji se tento ukazatel využívá ve formě naděje dožití (střední délky života) při narození, tedy kolika roků se dožije osoba právě narozená. Vzhledem k odlišné úmrtnosti mužů a žen se konstruuje odděleně pro obě pohlaví.

Naděje dožití při narození byla v roce 2022 pro muže 76,15 a pro věk 65 let to bylo 16,5 let. Naděje dožití při narození pro ženu byla v roce 2022 82,1 let, pro věk 65 let to bylo 19,81 let.

Podle projekce obyvatelstva ČR 2023–2100 zpracované ČSÚ se do roku 2050 očekává růst naděje dožití pro muže o 5,2 roku na 82,2 let a u žen o 4,1 roku na 87,1 let. Do konce století se očekává nárůst naděje dožití při narození až na 89,4 let u mužů a 92,6 let u žen.

NADĚJE DOŽITÍ VE ZDRAVÍ

Aby bylo možné postihnout i kvalitativní stránku lidského života, používá se ukazatel naděje dožití ve zdraví (zdravá délka života), který je definován jako průměrný počet let života, které právě narozená osoba prožije v dobrém zdraví, tj. bez zdravotního omezení. S pomocí těchto dvou ukazatelů lze určit, zdali se s prodlužující délkou lidského života alespoň úměrně prodlužuje také doba, kdy nás neomezují nemoci. Střední délka života ve zdraví je počítána kombinací úmrtnostních tabulek a věkově specifických podílů osob v dobrém zdravotním stavu v populaci. Úmrtnostní tabulky vychází z úplné statistiky zemřelých.

V roce 2020 činil tento ukazatel 60,9 z celkově prožitých 75,3 roku u mužů a 62,5 z celkově prožitých 81,3 roku u žen.

ZÁVĚREM

Podle prognóz demografů se růst celosvětové populace zastaví na 11 miliardách a do konce tohoto století se počet obyvatel Evropské unie sníží o 6,1 % na 419 mil. V Česku ale bude v roce 2100 početně téměř stejně obyvatel jako v roce 2022, okolo 10,5 milionu. Poslední údaj z nové projekce ČSÚ o očekávaném počtu obyvatel je 9,9 milionu na počátku roku 2101 (tab. 1.2). Českou republiku čeká však v následujících letech další stárnutí populace, což je nesporný demografický fakt, který ostatně platí i pro ostatní země Evropské unie. Počet obyvatel EU starších 65 let tvořil v roce 2022 21,1 % (9,3 mil.) osob, v roce 2050 se očekává nárůst na 29 % a v roce 2100 na 32,5 %. V ČR se 30% zastoupení osob starších 65 let v populaci máme dočkat již v roce 2050. Dosavadní prodlužování naděje dožití je přirozený demografický proces daný postupnou eliminací nadúmrtnosti. (Jestliže jedna část populace má vyšší intenzitu úmrtnosti než druhá, hovoříme o její nadúmrtnosti. V některých věkových skupinách se hovoří zejména o mužské nadúmrtnosti. Mužská nadúmrtnost je demografickým jevem, který se v současnosti vyskytuje téměř ve všech zemích světa ve všech věkových skupinách.)

Těžiště růstu naděje dožití se posouvá do věkových skupin 70–74 u mužů a 80–84 u žen a koncem století pak do věkových skupin 80–84 a 85–89 let. Budeme se dožívat stále vyššího věku, což se týká i současných šedesátníků, sedmdesátníků i osmdesátníků, kteří se rovněž mohou dožít své dlouhově-

kosti. Abychom léta našeho života prožili bez větších zdravotních problémů, je důležité zaměřit se na vytvoření podmínek pro prodlužování naděje dožití ve zdraví. Nemůžeme se však spoléhat na různé politické strategie a národní plány deklarující populační přípravu na stárnutí, aktivní stáří, úspěšné či zdravé stárnutí. Každý z nás musí začít sám u sebe. Každý má na výběr, zda se bude snažit sám za sebe svým přístupem k životu a svému zdraví si prodloužit léta života prožitá ve zdraví. Závažná disabilita omezující soběstačnost je do jisté míry preventabilní, neboť jde především o projev choroby, a ne o projev stárnutí jako takového. Stárnutí je celoživotní proces a stáří je nevyhnutelné, ale ovlivnitelné ve své kvalitě. Nikdy není pozdě na změnu. Na dalších stránkách této publikace naleznete možnou cestu, či chcete-li návod, jak se starat o své zdraví i ve vyšším věku a zachovat si tak co nejdéle soběstačnost a schopnost postarat se sám o sebe.

Tab.1.2 Parametry úmrtnosti, střední varianta Projekce 2023 (v letech)

Ukazatel	2019*	2022*	2023	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Naděje dožití mužů při narození	76,3	76,1	77,0	78,5	80,4	82,2	83,9	85,4	86,9	88,2	89,4
Naděje dožití žen při narození	82,1	82,0	83,0	84,1	85,7	87,1	88,4	89,6	90,7	91,7	92,6
Rozdíl naděje dožití žen a mužů	5,8	5,9	6,0	5,7	5,3	4,9	4,5	4,2	3,8	3,5	3,2

Zdroj: Senioři v datech, ČSÚ 2023, * – reálná data

2. Jaké je stáří?

LIBUŠE ČELEDOVÁ

Uvědomujeme si, že otázka „Jaké je stáří?“ může být vnímána trochu provokativně. Stáří je sice objektivní realitou, ale také společenským konstruktem. A jako společenský konstrukt a konsenzus si sama společnost nastavuje vymezení a pojetí parametrů života ve stáří, jako je například věk odchodu do důchodu. Každý z nás i přes tyto společenské konstrukty však prožíváme své stáří zcela jedinečně. Nesporně je však život ve stáří v 21. století delší, zdatnější, svobodnější a osobně i sociálně-ekonomicky produktivnější než v minulosti. Stáří ale zůstává pozdní fází ontogenetického vývoje, které provází morfologické a funkční změny, tzv. fenotyp stáří. Průběh stárnutí je opět značně individuálně variabilní, modifikovaný vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně-ekonomickými podmínkami a samozřejmě psychikou.

Periodizace lidského života bývá popisována různě z hlediska různých přístupů, ale obvykle se používají tři kritéria, kterými jsou kalendářní věk, jak jsme se již zmiňovali v kapitole o demografii, dále biologické parametry a sociální status.

KALENDÁŘNÍ STÁŘÍ

Kalendářní stáří je jednoznačným parametrem, který však může být v podstatném rozporu s věkem biologickým a sociálním. Kalendářní stáří vyhovuje demografickým i jiným společenským potřebám, například dělení věku na předproduktivní, produktivní a postproduktivní, jak jsme zmiňovali v kapitole o demografii. Toto dělení však vnímáme jako značně problematické, neboť zužuje pojetí lidského života pouze na pracovní život, jako by člověk byl produktivní jen ve svém pracovním životě a po odchodu do důchodu přestal vytvářet hodnoty a ztrácel tak svou ekonomickou přínosnost. Přitom nesporným ekonomickým přínosem prarodičů je i hlídání vnoučat, zvláště v době nedostatku předškolních zařízení.

S trvalým zlepšováním zdravotního a funkčního stavu nových stárnoucích generací se věk posunuje směrem vzhůru. Naděje dožití se do roku 2030 posouvá u mužů na 74 let a u žen až na 84 let. Naopak směrem dolů se posouvá hranice sociální dospělosti pro mladší ročníky (získání řidičského oprávnění v 17 letech, zvažuje se i posunutí volebního práva pod hranici 18 let). Hovoříme o tzv. rozšiřování participativní dospělosti, o tzv. bezvěké participativní společnosti.

Někdy se používá i dělení lidí starších 65 let na kategorii tzv. třetího věku, kterou charakterizuje aktivní nezávislý život (člověk je aktivně soběstačný), a čtvrtého věku, kdy dochází k rozvratu integrity a k takovým funkčním deficitům, že člověk je odkázán v základních životních potřebách na druhé. Čtvrtý věk je jen jednou z podob pokročilého stáří a nemusí zákonitě navazovat na věk třetí. Čtvrtý věk nemusí vůbec nastat, neboť těžké funkční postižení je vždy projevem chorob, a ne věku. Autorem teorie třetího a čtvrtého věku byl britský historik Peter Lasllet a svojí teorií se v roce 1987 postavil proti narůstajícímu společenskému despektu ke stáří vnímanému jako věk postproduktivní a věk involučních heterogenních změn organismu (zánikových, regresivních). Třetí věk chápal jako vrchol lidského života a osobnostního rozvoje, který je ale podmíněn dostatečným finančním zabezpečením ve starobním důchodu.

BIOLOGICKÉ STÁŘÍ

Biologický věk není vázán na věk kalendářní, naopak je s ním často v rozporu. Biologický věk je hodnocen biologickými parametry (biomarkery) tělesného nebo psychického rozvoje, zrání a involuce. Jedná se například o měření fyzických funkcí (sluch, plicní funkce, pevnost stisku ruky), kognitivních funkcí (numerická paměť, koncentrace) nebo reakční dobu sluchovou, zrakovou či svalovou. Přesnost odhadu biologického věku je velmi náročná na výběr počtu a kvality biomarkerů, a tak se pojem biologický věk používá jen k pocitovému vyjádření shody či rozporu stavu konkrétního člověka či dojmu, který vzbuzuje, s obvyklým stavem či dojmem lidí stejného věku. Praktický význam má pouze hodnocení zdravotní způsobilosti pro určitou činnost (řidičský průkaz) nebo pro lékařský zákrok.

SOCIÁLNÍ STÁŘÍ

Sociální věk je dán sociálními zkušenostmi, sociálním statutem a také generačním zařazením (tichá generace, generace baby boomers, generace Z apod.). Jedná se o souhrn sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu a také o souhrn omezení a typických životních událostí pokročilého věku (změna volnočasových aktivit, odchod do důchodu, ovdovění, pokles životní úrovně).

V souladu s demografickým vývojem musíme přehodnocovat společenské pojetí stáří a počítat s dlouhým trváním života ve stáří a s heterogenitou stáří. Pokud je někdo kalendářně starý, sám sebe vnímá jako seniora, vypadá jako starý člověk a vede život starého člověka, pokud jsou tedy v souladu stáří kalendářní, biologické, psychické i sociální, je situace jasná. Pokud je ale někdo sice kalendářně starý, ale jeho biologický a sociální věk, funkční zdatnost a sociální věk odpovídají mladší věkové skupině, máme na něj pohlížet jako na seniora? Je každý člověk bez ohledu na kalendářní věk, který ztratil perspektivu života seniorem? Je, či není seniorem sedmdesátník, který naváže nový partnerský vztah, pravidelně sportuje a začne se učit cizí jazyk?

Stáří ještě můžeme rozlišit jak podle objektivních změn organismu, zdravotního a funkčního stavu, tak podle subjektivního vnímání jedince a nastavení psychiky na úspěšné, zdravé či aktivní stáří, dále na obvyklé stáří a nakonec na stáří patologické. V současné době rezonuje pojem **aktivní stáří**, který značí dobrý zdravotní a funkční stav a dobrou psychickou adaptaci na změny a nároky prostředí a sociální situace. Při **obvyklém stáří a stárnutí** dochází k nerovnováze mezi zhoršujícím se zdravotním a funkčním stavem a nároky a požadavky prostředí, která vyúsťuje do životní nespokojenosti. A třetí podobou je **stáří patologické**, při kterém dochází ke ztrátě soběstačnosti. Funkční stav je obvykle horší, než by odpovídalo obecně dané věkové skupině. S tím souvisí omezení sociálních kontaktů a psychická deprivace. Mnohdy je patologické stáří provázeno materiální a příjmovou chudobou.

Stejně jako v jiných věkových kategoriích existují i ve stáří lidé funkčně velice zdatní a méně zdatní. Můžeme hovořit o seniorech elitních, zdatných, nezávislých, křehkých, závislých, zcela závislých a seniorech vyžadujících paliativní péči (umírající).

Geriatrickou křehkost (frailty) můžeme chápat jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví, tzn. zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu s kumulací funkčně závažných deficitů a změn zvláště mentálních (apatie),

pohybových (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a nutričních (anorexie, hubnutí). Při fyziologickém, zdravém stárnutí jsou involučně podmíněné změny považované za přirozené (pokles výkonnosti) a často jsou ovlivněné způsobem života (dekondice při pohybové inaktivitě). Geriatrická křehkost je klinickou manifestací, symptomatickou formou nízké úrovně potenciálu zdraví, která negativně interferuje se subjektivní pohodou, obvyklými sociálními rolemi, běžnými aktivitami denního života, souhrnně s kvalitou života, svébytností a soběstačností daného člověka. Jde o vymezení v rámci funkčního zdraví, na němž se kromě aspektů biologických a neurobiologických (morfologických i funkčních) podílejí faktory psychické (prožívání, osobnostní charakteristiky, osobní očekávání, subjektivní spokojenost, motivace), sociální (podpora, osamělost), spirituální (vůle ke smyslu, hodnotový systém) i faktory prostředí (náročnost, bariéry, facilitátory, manifestace či kompenzace funkčních deficitů – soběstačnosti).

ADAPTACE NA STÁŘÍ

Na stáří je třeba se adaptovat a na míře a úrovni naší adaptace záleží, jaké stáří prožijeme.

V literatuře je často citováno pět priorit pro optimální adaptaci na stáří, tzv. 5P, od J. Švancary, který zdůraznil v adaptaci na stáří význam životní perspektivy, tj. směřování na budoucnost, stanovení nových cílů; pružnosti, tj. nebát se nových věcí, být schopný měnit své zvyklosti; prozíravosti, tj. předvídání průběhu situací, rozvíjení se vlivem úspěchů či neúspěchů; porozumění a pochopení pro druhé, tj. schopnost empatie pro své blízké a okolí; a potěšení, nezapomínat na to radovat se z maličkostí a dávat si větší cíle.

Podle jiných autorů je třeba k úspěšnému stárnutí pokračovat v procesu osobnostního růstu, ve kterém se objevují nové zdroje a potenciály, jimž je třeba zůstat otevřený. Je třeba, abychom pracovali sami na sobě a zůstali součástí společenských dějů. Každý člověk má svůj vlastní rytmus stárnutí. Proces stárnutí mění naši výkonnost, dá se proti tomu však něco udělat. Které faktory urychlují stárnutí? Patří mezi ně nadměrný příjem potravy, stres, vysoký krevní tlak, tabák a alkohol, obezita, osamocenost a malá fyzická aktivita. A které faktory naopak stárnutí zpomalují? Určitě mezi ně řadíme klidný spánek, častou fyzickou aktivitu, zdravou výživu a společenské a pracovní zapojení.

JAK SE TEDY MŮŽEME ADAPTOVAT NA STÁŘÍ?

Teorie aktivního stáří říká, že bychom měli usilovat o zachování maxima dosavadních aktivit, žít životem středního věku a jen optimalizovat podmínky. Podle substituční teorie jde o selekci udržovaných aktivit a současně o náhradu aktivit nadměrně zatěžujících činnostmi méně vyčerpávajícími. Třetí teorie popisuje postupné uvolňování a útlum aktivit a činností vyčerpávajících a smíření se s deficity a omezeními, které stáří přináší.

Zvolený přístup ke stárnutí a stáří by měl vycházet z naší osobnosti na základě svobodné volby. Stažení z aktivit rozhodně neznamená rezignaci na život s následnou depresí. Adaptační techniky souvisí s tím, co očekáváme (expektace) a o co usilujeme (aspirace). Adaptovat se na odlišný způsob života není vůbec snadné, a to ani ve chvíli, kdy se sami rozhodneme odejít do starobního důchodu či do pobytového sociálního zařízení. Stáří, ale i nemoc je fenomén složitý a komplikovaný a má svoji biopsychosociální povahu.

Psychosociální adaptace je složitý proces a během života se mění. Je popsáno **pět strategií**, jak se lidé vyrovnávají s vlastním stárnutím a stářím.

1. **Konstruktivní přístup** – senior je vyrovnaný se svým stářím, celkově spokojený a optimisticky naladěný, aktivní, nepřestává mít radost ze života.
2. **Strategie závislosti** – senior očekává pomoc okolí, chová se pasivně, odpovědnost přenáší na mladší.
3. **Obranná strategie** – senior své stáří odmítá, nepřipouští si obtíže, nechce opustit své společenské postavení, pracovní zařazení.
4. **Strategie hostility** – takovéto chování ničí jak samotného seniora, tak jeho okolí, neboť své nezdary dává za vinu druhým lidem, vede samotářský život, bývá nepřátelský, podezíravý.
5. **Strategie sebenenávisti** – senior obrací nepřátelství vůči své osobě, obviňuje sám sebe a svůj dosavadní život považuje za naprosté selhání, připadá si zbytečný.

Mnoho seniorů se adaptuje na pocit, že jsou odkázáni na pomoc druhých, i v případech, kdy tuto pomoc ještě nepotřebují. Jde o tzv. naučenou bezmocnost/závislost. Zpočátku považují za příjemné, když se o ně jejich okolí začne starat a blízcí jim věnují pozornost. Postupně se však v této situaci zabydlí (adaptují) a nejsou již schopni svůj přístup změnit.

DÁ SE NA STÁŘÍ PŘIPRAVIT?

Vzhledem k tomu, že stáří je očekávanou sociální událostí, poskytuje nám tato očekávatelnost možnost přípravy. Teorie rozděluje přípravu na stáří na dlouhodobou (celoživotní), střednědobou, která by měla začít zhruba 10 let před odchodem do důchodu, a krátkodobou, která zahrnuje období zhruba 3–5 let před odchodem do důchodu. V této době je třeba již přemýšlet o finančním zabezpečení, vhodnosti bydlení, možnosti dopravy, dostupnosti zdravotní péče, volnočasových a společenských aktivitách. Některým z těchto faktorů se ještě budeme dále věnovat.

ZÁVĚREM

Stárnutí je proces opotřebení, ve kterém se sčítají změny, k nimž dochází během celého života. Změny v organismu nastávají jak na úrovni tělesné, psychické, funkční, tak i biochemické. Stárnutí ve svém důsledku znamená snížení schopnosti adaptace a funkčních rezerv všech orgánů a soustav organismu při stresových situacích, což vytváří predispozice k nemoci. Proces stárnutí je individuálně velmi rozmanitý. Můžeme najít jedince, kteří bez větších zdravotních problémů dosáhnou 90 let, nebo jedince s patologickým urychleným stárnutím.

Jaké tedy je stáří? Rozmanité a různorodé jako sám život. Stárneme celý život, a jaký život prožíváme a prožívali jsme, takové pak máme stáří. Můžeme jej však ovlivnit svojí adaptací na nově přicházející úbytek sil a změnu sociálních rolí a sebereflexí a sebeprojekcí svého nového já, jeho sebepřijetím. Pak bude naše stáří úspěšné bez ohledu na cestu, kterou jsme si zvolili.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázku z knihy Stáří ve zdraví**.**
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.