

ZÁKLADNÍ POJMY, FENOTYP STÁŘÍ, PRINCIPY PŘÍSTUPU KE STÁŘÍ

MUDR. ZDENĚK KALVACH, CSc.

I. ZÁKLADNÍ POJMY, POJETÍ A VYMEZENÍ STÁŘÍ

I.1 Faktografie

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, které probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a které vedou k typickému obrazu označovanému také jako fenotyp stáří. Na něm se však výrazně podílejí i jiné než involuční vlivy – interakce s prostředím, projevy a důsledky chorob či sociálně ekonomické faktory.

Přesné vymezení stáří, označení jeho počátku, je proto obtížné. Obvykle se rozlišuje trojí přístup k vymezení stáří:

- Stáří biologické – jde o důsledek involuce, je charakterizováno biologickými změnami struktury, vzhledu a fungování organismu. Neexistují žádná kritéria, podle nichž bychom mohli zcela přesně říci, že tento organismus již biologicky starý je a onen ještě není. Oproti mladšímu dospělému věku je pro stáří příznačný úbytek zdatnosti a odolnosti k zátěži, pokles výkonnosti v některých činnostech, vyšší výskyt některých chorob a jejich změněný průběh. Normální stáří je biologicky znevýhodněné a oslabené proti mládí, což se projevuje především při zátěži.
- Stáří kalendářní – jde o dohodové stanovení věkové hranice, od níž se hovoří o stáří, na základě empirie a také demografie. Obvykle se klade do věku 60 až 65 let.

První periodizace lidského života (18. století) měla devět fází s tím, že jemně bylo tříděno dětství a mládí, zatímco dlouhé období mezi 25 a 62 lety bylo označeno jako mužný věk a 63 a více let jako stáří.

Zhruba od poloviny 20. století se za hranici stáří považoval věk 60 let a v 60. letech 20. století doporučili experti Světové zdravotnické organizace patnáctiletou klasifikaci lidského života: 0–14 let dětství, 15–29 let mládí, 30–44 let dospělost (adulthood), 45–59 let přechodové období (intermedium), 60–74 let počínající stáří (senescence), 75–89 let vlastní stáří (senium), 90 a více let dlouhověkost, kmetský věk (patriarchium).

Vzhledem k demografickým změnám s prodlužováním naděje dožití (střední délky života, life expectancy) a se zlepšováním funkčního a zdravotního stavu nově stárnoucích generací se hranice stáří posunula k 65 letům. Příkladem je členění: 65–74 let mladí senioři, 75–84 let staří senioři, 85 a více let velmi staří senioři. I v tomto členění zůstává jako mezník věk 75 let; několik let kolem tohoto věku by mohlo být obdobným uzlovým obdobím ontogenetických změn, jakým jsou např. období kojeneckého odstavu, puberty či klimakteria.

Interindividuální rozdíly v rychlosti stárnutí i vlivy dalších faktorů (způsob života, projevy a důsledky chorob, vliv prostředí aj.) způsobují známé rozpory mezi věkem biologickým a kalendářním. Existují „mladí starci“ i „staří mladíci“. Přednost by mělo mít kritérium biologické před kalendářním – důležitější je zdatnost organismu než jeho kalendářní věk.

- Stáří sociální – jde o souhrn sociálních změn včetně změn sociálních rolí (penzionování – odchod do důchodu, s tím spojená změna struktury a náplně času s převahou času „volného“ i změna ekonomické situace s poklesem příjmů či změna společenské prestiže a ukončení profesní kariéry, dále osamostatnění dětí – fenomen prázdného hnízda či – zvláště u žen – často ovdovění).

Sociální stáří je spojeno se změnou životního stylu a s rozvojem seniorské subkultury. Je spojeno také s řadou sociálních rizik, jakými jsou např. věková segregace (vyčleňování starých mezi staré, sociální exkluze), věková diskriminace (ageismus), chudoba, sociální marginalizace, osamělost až sociální izolace, ztráta životního programu či dokonce smyslu života, nenaplňenost volného času či fenomén veteránství – zastarávání znalostí s vypařováním z kontextu soudobého dění).

K nejvýraznějším vymezením sociálního stáří patří penzionování. Proto se jako hranice sociálního stáří často uplatňuje věk vzniku nároku na starobní důchod.

Civilizační vývoj směřuje k prolamování věkových bariér a rolí, k rozvíjení společnosti bez věkových bariér (ageless society, společnost pro každý věk). Dochází i ke změnám rolí či jejich náplně – např. jaká je role moderní babičky, kolik svých profesních i osobních ambicí má obětovat pomoci s výchovou vnoučat?

K závažným jevům současnosti patří rozevírání nůžek mezi nástupem stáří biologického a sociálního, zvláště je-li chápáno jako ukončení profesní kariéry. Tím může být nejen penzionování (odchod do důchodu) v ob-

vyklém věku, ale také předčasná ztráta zaměstnání s věkově podmíněnou nezaměstnatelností. Hranice zaměstnatelnosti klesá (často pod 50 let věku), zatímco hranice biologického stáří (poklesu zdatnosti a aktivity) i změny mnohých psychosociálních ambicí se posouvá do věku vyššího (často nad 75 let).

Dokladem posouvání biologické i psychosociální hranice stáří do vyššího věku je odlišná stylizace lidí určitého věku v různých stoletích: např. dnešní lidé ve věku 50 let se nepovažují za staré – bez ohledu na eventuální nezaměstnatelnost jsou zdatní, aktivní, věnují se sportu, turistice, mnohdy navazují nové partnerské vztahy. Oproti tomu se traduje, že při oslavě svých 50. narozenin byl Jaroslav Vrchlický před 150 lety oslovován „velebný kmete“.

Podobně zřejmě stlačoval hranici sociálního stáří do nízkého věku na venkově institut výminkářství. Pokud hospodář odcházal na výmínek ve chvíli, kdy se jeho syn oženil a převzal hospodářství, muselo jít o věk kolem 50 let.

Pozor je třeba dát na vžitou periodizaci života ve smyslu 1. věk – předproduktivní (dětství, rozvoj, příprava na život), 2. věk – produktivní (dospělost, produktivita biologická i sociální), 3. věk – postproduktivní (stáří, penzionování), eventuálně 4. věk – závislost (pokročilé stáří s úpadkem a ztrátou soběstačnosti).

Toto členění může být nebezpečné, neboť indukuje představu postproduktivnosti, nepřínosnosti starého člověka, což je však dáno konceptem homo faber (člověk robotník) – produktivita člověka ovšem zdaleka není jen ekonomická, výrobní, zaměstnanecká – je také produktivita osobnostní (vlastního rozvoje), produktivita sociální, vztahová, výchovná, produktivita široké lidské aktivity a angažovanosti, která se zdaleka nevyčerpává docházením do zaměstnání.

Začlenění 4. věku závislosti pak indukuje představu, že stařecký úpadek, marasmus je zákonitý, že budeme-li žít dostatečně dlouho, jistě se jej dožijeme, budeme dementní, nesoběstační, ubozí. I velmi pokročilé stáří však může být přes všechny involuční změny alespoň relativně zdatné a svébytné – závislost je projevem neúspěšného stárnutí a chorobného stáří či příliš náročného životního prostředí.

Děti by měly zjistit, že pojem „přestárlost“ je chybný a nebezpečný.

Stárnutí (involuce) má převážně charakter úbytku zdatnosti a funkčních rezerv, zhoršování adaptability. Tyto změny však v běžném prostředí hospodářsky vyspělých zemí obvykle neohrožují soběstačnost a svébytnost zdravého starého člověka. Morfologicky jde především o atrofii tkání. Involuční změny se projevují nejdříve a nejvýrazněji v zátěžových situacích – zhoršuje se zvláda-

ní zátěže a prodlužuje dobu potřebná k zotavení.

Stárnutí probíhá celoživotně – nejde o proces pouze pokročilého věku. Mnohé jemné schopnosti a nejostřejší vnímání ztrácíme během dětství, prvním orgánem, který involucí atrofuje a dokonce zaniká, je brzlík (thymus), a to již v dospívání či v časně dospělosti. Již od věku zhruba 35 let se zvyšuje nemocnost a klesá odolnost k extrémní zátěži – vrcholoví sportovci obvykle končí svou kariéru (únava, zranění, pokles výkonnosti, ztráta motivace ke stále náročnější přípravě), dálkoví řidiči přestávají zvládat dlouhé jízdy či potřebují delší odpočinek, baletky odcházejí do důchodu.

Existují dva hlavní okruhy teorií stárnutí:

- 1) Stárnutí jako projev a důsledek genetické informace.
- 2) Stárnutí jako projev opotřebovávání (např. působení volných radikálů, vysoce reaktivních produktů energetického metabolismu) či hromadění chyb (např. chromozomální mutace, omyly při přepisu genetické informace).

Maximální délka života – je druhově specifická, pro člověka činí asi 125 let (nejdelší hodnověrné dožití bylo zaznamenáno u ženy ve Francii – 123 let).

Dlouhověkost – orientačně věk nad 90 let. Je podmíněna asi z 25 % genetiky. Výzkum se snaží odhalit geny dlouhověkosti (v současnosti se např. hovoří o genu Klotho, pojmenovaném podle antické sudičky rozhodující o délce života). Nejvíce dlouhověkých osob žije v Japonsku, což bývá rovněž vztahováno ke genetické výbavě.

Progerie – chorobné předčasné stárnutí s krátkou délkou života.

Stárnutím a problematikou života ve stáří se zabývá obor gerontologie (z řeckých slov gerón, 2. pád gerontos, = starý člověk a logos = nauka). Ve zdravotnictví se zvláštnostmi zdravotního stavu a stonání ve stáří zabývá obor geriatrie (z řeckých slov gerón = starý člověk a iatros = léčím) – je obdobou oboru pediatrie pro dětský věk.

1.2 Výukové cíle

Žáci

- objasní relativitu ve vymezování stáří;
- vysvětlí rizika biologického i sociálního stáří;
- preferují a přijímají pozitivní vymezování stáří;
- definují základní pojmy a informace (maximální délka lidského života, gerontologie, geriatrie).

1.3 Náměty na diskusi

- Jaké problémy může přinést dlouhověkost či dokonce nesmrtelnost (K. Čapek: Věc Makropulos)?
- Jak závažným problémem je osamělost a ovdovění (antická báje Filemon a Baucis)?

2. FENOTYP STÁŘÍ

2.1 Faktografie

Proč ve stáří člověk vypadá tak, jak vypadá, proč je určitým způsobem (ne)zdatný, co způsobí, že rozlišíme starého člověka od mladého? Jde o vliv několika faktorů, které se liší i svou ovlivnitelností:

1. Přírozené stárnutí (involuce) – probíhá celoživotně, jeho projevy se v zátěžových situacích objevují od 4. decénia, v běžném životě od přelomu 6. a 7. decénia. Je dáno dvěma okruhy vlivů a příčin (2 okruhy teorií stárnutí):

- genetický program, změny na chromozomální úrovni a při buněčném dělení;
- opotřebenosti biologických struktur s hromaděním chyb při jejich opravách.

Na buněčné úrovni dochází např. k hromaděni odpadních látek – „pigmentu stáří“ lipofuscinu, k poškozování makromolekul volnými radikály, ke zpomalování buněčného dělení se zkracováním koncových částí chromozomů – tzv. telomér – a s limitovaným počtem dělení, k expresi některých genů, k hromaděni různých chromozomálních mutací a poruch při přepisu genetické informace).

Na úrovni organismu se např. mění složení těla (ubývá svalová hmota a voda a přibývá tuk), ubývá kostní i svalová hmota – klesá svalová síla a rychlost, postava se zmenšuje, chůze se zpomaluje a je méně pružná, klesá rychlost vedení nervových vzruchů, mění se lomivost oka – bod nejostřejšího vidění se vzdaluje od sítnice, takže je třeba držet text při čtení či jemné ruční práci dále od oka nebo použít brýle, zhoršuje se srozumitelnost zvuku zvláště pro vysoké tóny a v hlučném prostředí, na pokožce se tvoří vrásky, dochází k šedivění vlasů, případně k jejich vypadávání, snižuje se výkonnost srdce a klesá urychlení jeho činnosti při zátěži, zhoršuje se

vštipivost paměti – k zapamatování (naučení) stejného objemu informací je třeba více opakování než v mládí.

Tyto zákonité involuční změny dnes neumíme podstatnějším způsobem ovlivnit, neexistuje žádný elixír mládí. Jedinou metodou, která proces stárnutí zpomaluje, je restrikce kalorického příjmu bez hladovění – oproti běžnému příjmu v podmínkách hojnosti (hospodářsky vyspělé země) jde o redukcí asi o 30 %. To současně představuje prevenci obezity a s ní spojených metabolických chorob (cukrovky, vysoké hladiny krevních tuků, vysokého krevního tlaku).

2. Osobnost daného člověka (celoživotní aktivita či pasivita), ale také jeho představy o stáří, jeho osobní aspirace a očekávání (viz dále).

3. Projevy a důsledky životního stylu, především stravování a pohybové aktivity či naopak nečinnosti. Funkční zdatnost lidí ve věku 70 let, kteří se pravidelně věnují pohybové aktivitě, odpovídá funkční zdatnosti sedavě žijících čtyřicátníků bez pohybové aktivity. Únava, nevykonnost a svalová slabost jsou mnohdy projevem de kondice, nikoli chorob ani involuce. Bylo prokázáno, že rekondiční trénink má pozitivní vliv na kondici, svalovou sílu a stabilitu i ve věku nad 80 let.

4. Vlivy prostředí

- fyzikálního – např. vliv UV záření na pokožku (kromě běžné involuce se u pokožky uplatňuje i tzv. fotostárnutí, photoaging – změny podmíněné slunečním zářením a vystupňované, včetně rizika kožních nádorů u námořníků či farmářů);

- sociálně ekonomického – vzhled, chování a aktivity starých lidí jsou ovlivňovány kromě jiného také jejich ekonomickými možnostmi (výše důchodů, míra pauperizace = chudnutí, poklesu životní úrovně po penzionování) a rolemi, které jim společnost přiznává, aktivitami, které pro ně považuje za vhodné a přiměřené. Je přiměřené a vhodné, aby si „důchodce“ kupoval nové šaty či dokonce nový automobil, aby jezdil na zahraniční dovolenou, aby sportoval a běhal po parku, aby si barvil vlasy – nebo jsou to činnosti přemrštěné, nenáležitě, hodné kritiky? Toto společenské očekávání u podstatné části seniorů ovlivní, zda se budou zabírat o pohybová centra nebo zda budou na lavičce v parku drobit ptactvu staré pečivo.

5. Projevy a důsledky chorob – mnohé choroby jsou ve stáří natolik běžné a typické, že jsou mylně považovány za projev přirozeného stárnutí a stáří – jde o tzv. nemoci stáří (např. ateroskleróza). Ovšem chorobami podmíněné příznaky jsou do značné míry preventibilní – jejich prevence

a úspěšná léčba tak mohou zásadním způsobem zlepšit funkční stav a zjev starého člověka. K typickým chorobám, které se podílejí na stařeckém fenotypu patří:

- Ateroskleróza (tuhnutí tepenných stěn a změny tepenného průtoku) – způsobuje např. cévní mozkové příhody (mozkové mrtvice), podstatnou část závratí, parkinsonských obtíží (třes) i případů demence (např. tzv. multiinfarktová demence), dále ischemickou chorobu srdeční se srdečním infarktem i projevy srdečního selhávání (dušnost, promodralé zbarvení pokožky, otoky) a konečně ischemickou chorobu (nedokrevnost) dolních končetin s kulháním, bolestmi, kožními defekty a leckdy s nutností amputace. Prevencí aterosklerózy je pečlivá dlouhodobá kontrola krevních tuků (cholesterol), krevního tlaku, cukrovky (diabetes mellitus) a obezity, dostatek pohybové aktivity (v dospělosti např. 25 km svižné chůze týdně) a nekouření.
- Chronická obstrukční plicní nemoc (rozedma plic) – způsobuje dušnost, promodralé zbarvení pokožky, obvykle i otoky a vesměs bývá spojena s chronickým kašlem. Prevencí je nekouření!
- Osteoporóza (prořídnutí kostí) – způsobuje snižování postavy, bolesti zad a především zlomeniny již při malých nárazech (např. při běžných pádech) – obávaná je ve stáří především zlomenina stehenní kosti (kyčle). Osteoporóze lze dnes úspěšně předcházet různými léky, dostatkem vápníku (mléčné výrobky), vitamínu D a pohybem.
- Osteoartróza (degenerativní onemocnění kloubní chrupavky) – způsobuje bolesti kloubů s omezením jejich pohybu. Jde o chorobu, nikoliv o stárnutí chrupavky. Dnes jsou možné umělé náhrady např. kyčlí a kolen.
- Poruchy zraku – šedý zákal oční čočky (katarakta), dříve nejčastější příčina slepoty ve stáří, se dnes úspěšně operuje třeba ve věku 100 let. Problémem jsou však degenerativní změny oční sítnice, které snižují ostrost vidění a ztěžují schopnost číst (tzv. makulární degenerace).
- Alzheimerova nemoc – degenerativní onemocnění mozku, které způsobuje přes polovinu všech případů demence. Normální stáří není ani v pokročilém věku se závažným syndromem demence spojeno.
- Ztráta chrupu – projev chorob včetně zubního kazu – prevencí je pečlivá péče o chrup s pravidelnými kontrolami u zubního lékaře.

Pojetí zdraví ve stáří je poněkud odlišné od mladšího věku – kromě projevů, prevence, diagnostikování a léčení chorob jde také o hodnocení a ovlivňování funkční zdatnosti, respektive nezdatnosti – disability (v češtině je obvyklý pojem „zdravotní postižení“).

Disabilita se může ve stáří vyskytovat i bez vazby na jednu dominantní chorobu, či dokonce bez vazby na chorobu vůbec. Může jít o vzájemné potencionání několika zdánlivě banálních postižení a také o projevy změn involučních potencionovaných třeba dekdencií či malnutrií (podvýživou).

V moderním pojetí se starší pojmy disabilita a handicap nahrazují pojmy „poruchy aktivity“ a „poruchy participace“.

Nejzávažnější úrovně disability způsobují ohrožení či ztrátu soběstačnosti.

Soběstačnost se definuje jako schopnost uspokojovat samostatně (bez cizí pomoci) běžné potřeby v daných konkrétních podmínkách. Soběstačnost tedy vyjadřuje rovnováhu mezi zdatností organismu a náročností prostředí. Pokud je soběstačnost ohrožena či ztracena, lze zjednat nápravu buď zlepšením zdatnosti pacienta (zaléčení nemoci, účinná rehabilitace), nebo zmírněním náročnosti prostředí. Odstraňujeme buď handicap, nebo handicapující situaci. V tom spočívá obecný význam bezbarierových úprav prostředí.

Pochopení mnohosti příčin, které vytvářejí fenotyp stáří, a povahy zdraví ve stáří je mimořádně důležité. Umožňuje totiž vyslovení hypotézy, že je možné zlepšovat funkční stav starých lidí, fenotyp stáří, i když nelze přímo postihnout příčiny zákonitého biologického stárnutí. Koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří vychází z ovlivnitelnosti zdravotního stavu, kondice, výživy, sociálních podmínek i psychického postoje k vlastnímu stáří. Předpokládá, že tak lze omezit funkčně závažnou disabilitu a že lze dosahovat komprese nemocnosti ve stáří. V kontextu prodloužování života ve stáří a obecně naděje dožití se tak naplňuje obecný požadavek „přidávat život létům, nikoliv léta životu“.

2.2 Výukové cíle

Žáci

- na příkladech popíše koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří
- pochopí zodpovědnost každého za své stárnutí a za podstatnou míru kvality svého stáří a tuto zodpovědnost přijmou (obecně zodpovědnost za sebe a svůj život)
- na základě pochopení důležitosti soběstačnosti ve vztahu s úpravami prostředí budou tyto úpravy iniciovat a podporovat
- pochopí svízelnost situace starých lidí se závažným zdravotním postiže-

ním a budou k nim vstřícnější

2.3 Náměty pro diskusi s dětmi či pro ukázky některých částých zdravotních problémů stáří

1. Jak rozumíte soběstačnosti? Na čem závisí, jestli člověk je nebo není soběstačný? Pokud děti neuvádějí význam prostředí, ptáme se, zda se považují za soběstačné, a pokud ano, zda vždy a všude – ukáže se, že nebudou soběstační v nepřátelském neznámém prostředí, v prostředí neznámých přístrojů a technologií bez přehledných návodů a také v náročném prostředí přírodním (např. vysokohorské prostředí, Antarktida, pralesy), kde jim budou chybět znalosti, dovednosti i síly.

Závěr: soběstačnost musí být vždy vztažena ke konkrétnímu prostředí – člověk s disabilitou (se zdravotním postižením) – např. po mozkové mrtvici s lehkým ochrnutím – může být soběstačný v bytě I. kategorie v přízemí či s výtahem, ale nesoběstačný v bytě nižší kategorie třeba s lokálním topením, ve vyšším patře bez výtahu, na samotě. Lidem s handicapem velmi pomůže odstraňování handicapujících situací a bariér. Zvláště při kalamičních situacích (náledí, porucha výtahu) je třeba být citlivý k situaci lidí se zdravotním postižením (nejen seniorů) zvláště v rodině a v sousedství a aktivně se ptát, zda nepotřebují pomoc.

2. Co dělá starého člověka starým? Mění tyto změny jeho lidskou hodnotu?

3. Jak lze pozitivně ovlivnit vlastní stárnutí?

4. Mnozí mladí lidé se dívají na seniory jako na lidi málo schopné, kteří zdržují a kdeco neumějí. Přitom mnozí senioři velmi statečně zvládají nepřijemná zdravotní postižení. Častá je netrpělivost např. při nastupování starého člověka do dopravních prostředků. Proto se ve výuce využívá i zprostředkování vlastní zkušenosti se závažným zdravotním omezením.

Např. necháme děti vyzkoušet:

- chůzi do schodů s dvou- až tříkilovými sáčky písku připevněnými řemínky na lýtkách (imitace otoků) či se starší vyřazenou ortézou na kolenně či na hlezenném kloubu (imitace osteoartrózy);
- čtení s nakouřenými a popraskanými skly brýlí (imitace očních chorob, např. degenerativních změn sítnice);
- počítání papírových listů v gumových rukavicích (imitace zacházení s penězi při poruše čítí a nervového vedení);
- komunikace při trvalém pískání ve sluchátku (imitace tzv. tinnitu).

3. PŘÍSTUP KE STÁŘÍ A KE STARÝM LIDEM

3.1 Faktografie

Přístup ke stáří a ke starým lidem je zatížen nejen etickými poklesky (hrubostí, bezohledností, nezájmem a diskriminací), ale také mnoha neznalostmi, omyly, mýty a nebezpečnými stereotypy.

Zvláště je třeba připomenout:

- Stereotypní pohled na stáří jako na období zákonitě závislosti. Jde o model Dědovy mísy u fortny milosrdných (J. Neruda): „Až se tobě třásti bude ruka, koryto synek udělá“. Stereotyp indukuje představu, že základem seniorské problematiky jsou ošetrovatelsko-sociální přístupy. Tak tomu je však pouze u relativně malého procenta starých lidí s neúspěšným stárnutím a chorobným stářím.

- Převádění zastaralých historických modelů. Je či není Babička Boženy Němcové stále platným archetypem stáří? A pokud ano, pak v čem? Pokud byla Babička psána podle autentických vzpomínek, pak byla babička, když přijela na Staré bělidlo (bezzubá, podělkující po domě, pospávající u stolu a nechávající si od dětí vytrhávat svědivé šedé vlasy) žena ve věku asi 55 let.

OSN přijala v roce 1991 tzv. principy přístupu k seniorům. Jako priority jsou označeny:

- zabezpečení
- důstojnost
- autonomie, svébytnost
- smysluplnost, seberealizace
- participace na životě společnosti.

Zvláště v hospodářsky vyspělých zemích tedy nejde jen o základní podmínky k přežívání, o uspokojení základních biologických potřeb (zabezpečení – aby člověk netrpěl hladem, žízní, zimou, bolestí, aby měl příbytek), ale o smysluplnou existenci i s handicapem (disabilitou, zdravotním postižením) i v pokročilém stáří. To kromě jiného vyžaduje celoživotní vzdělávání a rozvoj volnočasových aktivit včetně dobrovolnictví.

Dalším mýtem je domnělá homogenita seniorské populace – občas se hovoří o šedé vlně, v níž staří lidé jako by splývají, což vzbuzuje dojem homogeneity problémů a potřeb. Situace je však opačná – seniorská populace je mimořádně heterogenní, což je dáno různým průběhem involuce, odlišným zdravotním stavem a dalšími faktory diverzifikace během života. Je různorodější než populace dětská. Zásadou by proto měl být individualizovaný osobnostní přístup s akceptováním seniora takového, jaký je, se zhod-

nocováním (validací) jeho dosavadního života a s posilováním jeho osobitosti a identity („já jsem stále Josef Novák, penzionovaný učitel a žádný obecný děda“).

Přesto existují některé společné problémy, častá rizika, na která je vhodné pomýšlet, časté potřeby, pro jejichž individualizované naplnění je vhodné vytvářet rámcové podmínky. Existují proseniorská společenská opatření. Obvykle je však třeba také obecný přístup alespoň trochu rozvrstvit. Užitečné je proto připomenout, že i ve stáří zůstává zachováno 6 úrovní funkční zdatnosti a různých potřeb. Existují:

- senioři elitní – zvládají mimořádné zátěže nedostupné většině lidí mladých, jsou vzácným, ale cenným dokladem, že stáří může být mimořádně zdatné (např. nejstaršímu člověku, který letěl do kosmu a zvládl stres, beztlízný stav i přetížení při startu, bylo 79 let (astronaut John Glenn, USA), nejstaršímu člověku, který přeplul sám na jachtě Atlantický oceán, bylo rovněž 79 let (Mary Harperová, USA, 1995), nejstaršímu člověku, který absolvoval maratonský běh, byl v pomalém čase, bylo přes 80 let atd., pro další příklady lze využít Guinnessovu knihu rekordů);

- senioři zdatní (fit) – nepodnikají sice mimořádné výkony, ale pravidelně se věnují náročnějším pohybovým aktivitám, udržují si velmi dobrou kondici, někteří se účastní sportovních veteraniád. Tito lidé potřebují především vytvoření podmínek pro své aktivity;

- senioři nezávislí – zvládají běžnou zátěž denního života, nepotřebují pomoc rodiny ani specializovaných služeb, ale „nemají natrénováno“, mají chabou kondici, jsou bez dostatečných funkčních rezerv, což se může nečekaně projevit za zátěžových situací, jakými jsou různé kalamity – náledí, porucha výtahu, chřipková epidemie, úraz či operace s potřebou návniku chůze o berlích. Může se ukázat, že řadu činností „jen nezávislý“ senior nezvládne vůbec či jen s velkými obtížemi. Tito lidé potřebují jednak nabídku rekondičních programů, jednak pružné intervenční služby pro případ kalamity;

- senioři křehcí – mají problémy se zvládáním náročnějších činností běžného dne (tzv. IADL – instrumental activities of daily living), k nimž patří např. nakupování, vaření, cestování, vedení domácnosti s úklidem, z hlediska duševního např. nakládání s penězi. U křehkých seniorů také častěji hrozí náhlé dekompenzace zdravotního a funkčního stavu (např. pády). Tito lidé obvykle potřebují pomoc: rodinnou, sousedskou, v rámci pečovatelské služby, případně průběžné monitorování systémy tísňového volání;

- senioři závislí – mají problémy i se základními aktivitami všedního dne

(ADL – activities of daily living), se sebeobsluhou (při jídle, mytí, oblékání, komunikování, při základním pohybu po místnosti). Tito lidé potřebují průběžnou podporu – obvykle jde o podporu rodinnou, v rámci pečovatelské služby a někdy i domácí ošetrovatelské péče, o využití systémů nouzové signalizace. Část těchto lidí odchází do dlouhodobé či trvalé ústavní péče (domovy důchodců, léčebny pro dlouhodobě nemocné);

– senioři zcela závislí – jsou obvykle převážně či trvale upoutáni na lůžko, vyžadují trvalou obsluhu, ošetřování, osobní asistenci. Patří sem i lidé s pokročilým syndromem demence s hrubou poruchou duševních schopností. Většina těchto lidí je ošetřována v ústavní péči, i když se zvolna i v ČR vytvářejí podmínky pro jejich pobyt v domácím prostředí.

Pokud se řekne, že „uděláme něco pro naše seniory“, vždy by se mělo ujasnit, zda máme na mysli seniory elitní, fit, případně nezávislé (pro ty vytvoříme např. cyklotrasu), nebo seniory závislé (ty půjdeme navštívit do domova důchodců).

V ČR stále přetrvává jakési konzervování seniorů v nižších pásmech funkční zdatnosti, zatímco ve většině hospodářsky vyspělých zemí převažuje hledání a využívání jejich potenciálu a snaha o jejich posouvání na vyšší úroveň zdatnosti.

Jádrem podpory starého člověka by měla být pomoc, aby zůstal sám sebou, aby zachoval identitu svého života, aby nebyla zničena jeho autonomie a byla zachována životní smysluplnost včetně začlenění do společnosti (participace).

Za klíčové pojmy seniorské problematiky lze považovat důstojnost a křehkost. Jsou nadřazeny např. soběstačnosti a zabezpečení, které jsou jejich dílčími prvky.

Křehkost implikuje potřebu společenského zájmu, připravenosti k podpoře a pomoci, vytváření podmínek pro „jistotu kontaktu“ v případě nouze. Mnozí staří lidé říkají: Já nechci, aby o mne někdo pečoval, aby mé záležitosti vyřizoval za mne – já chci podporu, abych zůstal sám sebou, abych si své záležitosti mohl zařídit i při své disabilitě (proto je např. u lidí se závažným zdravotním postižením, se závažnou disabilitou preferována osobní asistence před umístěním v ústavní péči). Potřebné jsou intervence (sociální, zdravotní, občanské), nikoli trvalá řešení ve smyslu umístění křehkého člověka v ústavní péči.

Důstojnost je názorně probrána v publikaci vydané v rámci projektu EU „Respektování lidské důstojnosti“. Je rozebráno, že důstojnost ve stáří je tvořena 4 složkami: důstojností zásluh, mravních postojů, osobní identity a neo-

dejmutelnou důstojností lidské bytosti (týká se zvláště lidí těžce postižených, bez komunikace, s pokročilým syndromem demence). Zvláště důležitá i z hlediska výchovy dětí je důstojnost odvozovaná od osobní identity, od kontinuity životního příběhu. Zlomení této identity, přerušení příběhu vlastního života („já už nejsem já“) bývá spojeno se závažnou ztrátou sebeúcty, důstojnosti a smyslu života. Tomu odpovídá názor E. Ericsona, že vývojovým (ontogenetickým) úkolem ve stáří je zachování osobnostní integrity proti zoufalství.

Zajímavým dokladem osobnostní identity ve stáří je opakovaně proklamovaný rozpor mezi vnějším stárnutím a vnitřním (psychickým) „nestárnutím“ – „ze zrcadla se na mne dívá starý člověk, jako bych to ani nebyl já, vždyť já stále mlám a vnímám a cítím se jako zmlada“.

3.2 Výukové cíle

Žáci

- popíší heterogenitu seniorské populace a variabilitu stavu ve stáří;
- vysvětlí kontinuitu stárnutí;
- na základě pochopení pojetí a významu křehkosti a intervenční pomoci budou uvážlivější;
- pochopí pojetí a význam důstojnosti.

3.3 Náměty pro diskusi

1. S dětmi je možno probrat, že zdaleka ne každý senior je úcty hodný, ale u každého má být respektována důstojnost, minimálně jako důstojnost lidské bytosti.
2. Otázky typu: Jací si myslíte, že byli vaši dědečkové a babičky kdysi kluci a holky? V čem se změnili a proč? Jak myslíte, že se chovali ve škole a proč?
3. Když někdo ve vašem domě špatně zvládá nákupy a vycházky – je pro něho lepší, aby se dostal do nějakého ústavu, nebo aby zůstal doma? Proč a za jakých podmínek?
4. Napadá vás, co byste mohli udělat pro někoho ze seniorů ve vašem okolí (v rodině, v domě)?
5. Jak rozumíte citátu, jehož autorem je G. B. Shaw: „Nejhorším hříchem proti našim bližním není nenávisť, ale lhostejnost. To je podstata nelidskosti.“
6. Lze zbavit nějakého člověka lidské důstojnosti a proč? Pokud ano, tak koho (člověka v bezvědomí, zmateného, dementního, mentálně retardovaného, sériového vraha)? Jak by to vypadalo?

7. Lze užívat pojem přestárlost? Co by měl znamenat? (Profesor vnitřního lékařství Josef Charvát: „Přestárlý může být strom, který neplodí, kráva, která nedojí, ale nikoli člověk.“)
8. V čem vidíte smysluplnost života ve stáří a ve velmi pokročilém stáří? (Práce na sobě, vztahy s jinými lidmi, prožívání, zprostředkování žité zkušenosti, jiné.)
9. Vadí vám něco obecně na starých lidech a proč? Jací byste chtěli být, až budete staří, a jací určitě ne?
10. Co byste chtěli naučit své prarodiče a praprarodiče a co byste se chtěli naučit od nich?
11. V čem vám mohou prarodiče či praprarodiče pomoci a v čem vy jim?
12. V diskusích o seniorské problematice lze využít každoroční Mezinárodní den seniorů (1. 10.).
13. Filmy k diskusi: Buena Vista Social Club (zdánlivě nepotřební, „post-produktivní“ seniorští hudebníci obohacují světovou kulturu), Cesta Alvina Straighta (starý muž si udržuje svébytnost a je schopen přejet s malým traktorem napříč Spojenými státy za nemocným bratrem).

SHRNUTÍ

Stáří je označení pozdních fází přirozeného průběhu života. Stárnutí je proces, při kterém v organismu dochází k involuci ve smyslu změn funkčních i morfologických. Nelze jednoznačně stanovit hranici stáří. Stáří lze vnímat ve třech rovinách. Stáří biologické je charakterizované biologickými změnami struktury, vzhledu a fungování organismu, obecně úbytkem zdatnosti, odolnosti vůči zátěži a výkonnosti v některých funkcích. Stáří kalendářní je dáno věkovou hranicí stanovenou dohodou mezi odborníky na základě empirických poznatků a současného demografického vývoje. Jako počátek stáří je obvykle vnímán věk 65 let, kolem 75 let nastává vzhledem k mnoha vývojovým změnám v organismu fáze skutečného stáří. Stáří sociální lze vnímat jako souhrn změn sociálních rolí, kdy nejviditelnější je odchod do důchodu. Sociální stáří je spojeno s řadou potenciálních rizik, k nimž patří – osamělost, sociální izolace, ztráta životního programu, věková diskriminace, vyčleňování starých mezi staré, chudoba. K závažným otázkám současnosti patří snižování hranice stáří sociálního, resp. zaměstnatelnosti, a naopak současné posouvání hranice biologického stáří do vyššího věku.

Ve vztahu k chápání sociálního stáří je třeba zdůraznit, že obsah a hodno-

tu lidské produktivity nelze redukovat jen na ekonomickou, výrobní. Člověk je produktivní také ve smyslu sociálním, vztahovém, výchovném, široké lidské aktivity, osobního rozvoje, tzn. člověk po penzionování není neproduktivní.

Fenotyp stáří aneb to, jak stáří vypadá, je dán souhrou několika faktorů, z nichž některé musíme přijmout jako fakt a některé můžeme ovlivnit. Podoba a průběh stáří jsou tedy dány: přirozenou involucí, tj. biologickým stárnutím organismu, které neumíme ovlivnit; osobností člověka a životním stylem (míra aktivity a adaptability, záleží na nás), prostředím (lze ho upravit fyzickým možností ve stáří) a některými nemocemi, které bývají ve stáří běžné, ale nikoli zákonité. Lze jim předcházet (dostatek pohybu, výběr potravin, strava mimo jiné bohatá na vápník, nekouřit, nemít nadváhu, pečovat o chrup). Eventuelní důsledky některých chorob lze částečně kompenzovat různými pomůckami.

Koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří vychází z ovlivnitelnosti zdravotního stavu, kondice, výživy, sociálních podmínek i psychického postoje k vlastnímu stáří. Předpokládá, že tak lze omezit nemocnost a nezdátost ve stáří a „přidat život létům, nejen léta životu“.

Zdravotní stav ve stáří a celková zdatnost či křehkost má přímou souvislost se soběstačností. Soběstačnost je schopnost postarat se o sebe (např. hygiena, oblékání, schopnost pohybu) v prostředí, ve kterém žiji. Soběstačnost člověka ve stáří proto podpoří přizpůsobení prostředí jeho možnostem a odstraňování bariér (v mnoha rovinách a smyslech).

OSN stanovila v r. 1991 následující priority v přístupu k seniorům: zabezpečení, důstojnost, autonomie, seberealizace, participace na životě společnosti. Nejde tedy jen o zabezpečení základních podmínek k přežívání, ale o smysluplnou existenci (i u seniorů s malou zdatností či se závažnými zdravotními problémy).

V přístupu k seniorům a ke stáří je třeba mít na paměti, že seniorská populace je nesmírně heterogenní, různorodá. Mezi seniory jsou lidé v mimořádné formě (astronaut John Glenn – let do kosmu ve věku 79 let), senioři méně zdatní, v běžném životě nezávislí, ale potřebující pomoc při mimořádných situacích (náledí), a také senioři vyžadující celodenní péči. Odborníci rozlišují celkem 6 úrovní funkční zdatnosti a z ní vyplývajících potřeb (viz předchozí text).

Klíčem v přístupu k seniorům je důstojnost a křehkost. Křehkost potřebuje spolehlivou podporu, pomoc a zájem. Hlavní směr a cíl, který by všechna pomoc a podpora měly sledovat, je důstojnost seniora. Tím se myslí podpora uchování jeho osobní identity, kontinuity jeho lidského příběhu, pocitu smysluplnosti, podpora jeho autonomie, rozhodování o sobě.

Literatura:

Austad, S. N. Proč stárneme. 1999. Praha: Mladá fronta.

Draaisma, D. 2003. Metafory paměti. Praha: Mladá fronta.

Hayflick, L. Jak a proč stárneme. 1997. Praha: Knižní klub.

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing.

Matouš, M., Radvanský, J., Kalvach, Z., Matoušová, M. 2002. Pohyb ve stáří je šancí. Praha: Grada Publishing.

Respektování lidské důstojnosti, *příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, 2004, Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů.