

Rostislav Čevela, Libuše Čeledová, Zdeněk Kalvach, Jan Holčík, Pavel Kubů

Sociální gerontologie

**Východiska ke zdravotní politice
a podpoře zdraví ve stáří**



Rostislav Čevela, Libuše Čeledová, Zdeněk Kalvach, Jan Holčík, Pavel Kubů

Sociální gerontologie

Východiska ke zdravotní politice
a podpoře zdraví ve stáří

*Věnováno památce MUDr. Jaroslava Přehnal, CSc. (5. 2. 1950 – 30. 1. 2006),
v letech 1990–2006 předsedy České geriatrické a gerontologické společnosti,
spoluautora a průkopníka dosud nenaplněné progresivní koncepce diferen-
cované geriatrické medicíny v České republice.*

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE

Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří

Autorský kolektiv:

Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA, Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., Clinicum, a.s., Praha

MUDr. Pavel Kubů, Intel Czech Tradings, Inc.

Recenze:

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2014

Obrázky dodali autoři.

Cover Photo © doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D., 2014

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství

Grada Publishing, a.s.

Vydání knihy finančně podpořila Asociace inovativního farmaceutického průmyslu a společnost Intel Czech Tradings, Inc.



Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5556. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová

Sazba a zlom Milan Vokál

Počet stran 240

1. vydání, Praha 2014

Vytiskla 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 978-80-247-4544-2

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-9290-3 ve formátu PDF

ISBN 978-80-247-9291-0 ve formátu EPUB

Obsah

Zkratky	9
Úvod	11
1 Stáří a stárnutí v současném světě	16
<i>Zdeněk Kalvach, Rostislav Čevela, Libuše Čeledová</i>	
1.1 Stáří a stárnutí individuální	17
1.2 Stáří a stárnutí populační	20
1.3 Stárnoucí populace České republiky	23
Literatura	27
2 Stáří, zdraví a životní koncept	30
<i>Zdeněk Kalvach, Rostislav Čevela, Libuše Čeledová</i>	
2.1 Zdraví a salutogeneze ve stáří	30
2.2 Geriatrická křehkost (frailty)	31
2.3 Vybrané indexové choroby vyššího věku (jejich prevence a včasná intervence)	33
2.4 Životní styl a podpora zdraví ve stáří	35
2.4.1 Životní styl ve stáří	35
2.4.2 Podpora zdraví ve stáří	37
Literatura	40
3 Hodnota zdraví	42
<i>Jan Holčík</i>	
3.1 Pojem hodnoty	43
3.2 Individuální a sociální hodnota zdraví	45
3.3 Hodnotová rozhodnutí	47
3.4 Důsledky hodnoty zdraví	53
Literatura	58
4 Zdravotní situace	60
<i>Jan Holčík</i>	
4.1 Zdravotní stav obyvatelstva	61
4.2 Životní styl	64

4.3	Charakteristiky životního prostředí	67
4.4	Zdravotnictví	67
4.5	Ekonomická situace	68
4.6	Kulturní a sociální hodnoty	69
	Literatura	70
5	Co má vliv na zdraví	71
	<i>Jan Holčík</i>	
5.1	Základní determinanty zdraví	72
	Literatura	81
6	Motivace k péči o zdraví	82
	<i>Jan Holčík</i>	
6.1	Pojem péče o zdraví	83
6.2	Vývoj výchovy k péči o zdraví	85
6.3	Podpora zdraví	86
6.4	Empowerment – akceschopnost obyvatelstva	88
6.5	Governance	91
	Literatura	93
7	Zdravotní gramotnost	94
	<i>Jan Holčík</i>	
7.1	Pojem zdravotní gramotnosti	95
7.2	Modely zdravotní gramotnosti	99
7.3	Rozvoj zdravotní gramotnosti	104
	Literatura	107
8	Ekonomické důsledky stárnutí	109
	<i>Rostislav Čevela, Libuše Čeledová, Zdeněk Kalvach</i>	
8.1	Chudoba absolutní a relativní	111
8.2	Lidský kapitál	114
8.3	Sociální kapitál	119
	Literatura	121
9	Existenciální gramotnost	123
	<i>Rostislav Čevela, Zdeněk Kalvach, Libuše Čeledová</i>	
9.1	Prostředí a participace	124
9.2	Smysl a smysluplnost lidské existence	128
9.3	Osamělost a hodnota sousedství v životě seniora	129

9.4	Umění plánovat si život (time management)	132
9.5	Efektivní životní styl a well-being seniora	135
9.6	Osobní a společenská odpovědnost	139
9.6.1	Dobrovolnictví v mezinárodním kontextu	144
9.6.2	Obce a komunitní plánování	151
	Literatura	153
10	Informační gramotnost	156
	<i>Pavel Kubů</i>	
10.1	Sociální síť na internetu	161
10.2	Zdroje informací a média	166
10.3	E-komunikace mezi občanem a státem	171
10.4	Odolnost vůči rizikům virtuálního světa	176
	Literatura	182
11	Age management	185
	<i>Libuše Čeledová, Rostislav Čevela, Zdeněk Kalvach</i>	
11.1	Koncept age managementu	186
11.1.1	Implementace age managementu	188
11.1.2	Age management jako nástroj k podpoře zdraví na pracovišti	191
11.2	Trh práce	192
11.3	Důchodová reforma	199
	Literatura	203
12	Zdravotní a zdravotně-sociální péče o zdraví seniorů	206
	<i>Zdeněk Kalvach, Rostislav Čevela, Libuše Čeledová</i>	
12.1	Labyrint zdravotnických služeb	208
12.2	Dlouhodobá péče	214
12.3	Etické otázky stárnutí a lidská důstojnost stáří	218
12.3.1	Evropská charta pacientů seniorů	221
	Literatura	227
	Rejstřík	229
	Souhrn	235
	Summary	237

Zkratky

BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CGA	comprehensive geriatric assesement, ucelené geriatrické hodnocení
CNCS	Korporace pro národní a komunitní službu
DALY	disability-adjusted life years
DPH	daň z přidané hodnoty
EDI	Electronic Data Interchange
EU	Evropská unie
FBI	Federal Bureau of Investigation
FIOH	Finnish Institute of Occupational Health
GEM	geriatric evaluation and managemet
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IALS	International Adult Literacy Survey
IC3	Internet Crime Complaint Center
ICT	informační a komunikační technologie
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHS	ischemická choroba srdeční
LTC	long-term care, dlouhodobé péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NAP 2013–2017	Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí na období let 2013–2017
NW3C	National White Collar Crime Center
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
PCP	person centered planning, plánování zaměřené na člověka
PISA	Programme for International Student Assessment
PnP	příspěvek na péči
SIPS	systém integrovaných podpůrných služeb
SZO (WHO)	Světová zdravotnická organizace, World Health Organization

WAI	Work Ability Index, Index prácechopnosti
WHO (SZO)	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Úvod

Kniha „Sociální gerontologie – východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří“ navazuje na publikaci „Sociální gerontologie – úvod do problematiky“, kterou se snaží rozvinout v oblasti salutogeneze, tedy podpory zdraví, v jejich gerontologických aplikacích a souvislostech, a také v oblasti gerontologických aspektů tvorby zdravotní politiky.

K významným charakteristikám soudobého světa patří změny demografické a mezi nimi prodlužování naděje dožití. V hospodářsky vyspělých zemích se lidé nejen obecně dožívají věku, který je po generace vnímán jako „stáří“, ale také v něm žijí déle a – což je mimořádně důležité – také se setrvale zlepšuje jejich zdravotní a funkční stav, jejich sociální potenciál. Jde o celý soubor závažných jevů, který přesahuje „stárnutí populace“, jak je matematicky popisují demografové a ekonomové. Jde o nástup dlouhověké společnosti, který spolu s dalšími faktory pozměňuje periodizaci lidského života, aspirace a očekávání starších lidí ve zdraví i v nemoci a přináší závažné výzvy jednotlivým lidem, rodinám i společenským strukturám, především obcím a některým rezortům, mezi něž patří i zdravotnictví.

Jak řekl v roce 2002 v Madridu při zahájení 2. světového shromáždění o stárnutí tehdejší generální tajemník OSN Kofi Annan: „Jsme uprostřed tiché revoluce, která svými zásadními ekonomickými, sociálními, kulturními, psychologickými a duchovními dopady daleko přesahuje oblast demografie.“ Přibývá nejen starých lidí nesoběstačných, kteří potřebují péči ošetřovatelsko-sociální (pokud možno v domácím prostředí s pomocí ucelené dlouhodobé domácí péče, uceleného systému integrovaných podpůrných služeb komunitních – v ústavech jen asi 3 % lidí starších 65 let, respektive 15 % lidí starších 80 let), ale především přibývá lidí tzv. křehkých (frail), kteří potřebují krátké přesné a včasné zásahy diagnostické i podpůrně intervenční. A přibývá také zdatných seniorů, kteří potřebují pomoc při participaci, společenském uplatnění i osobnostním rozvoji a ze zdravotnického hlediska prevenci geriatrické křehkosti, geriatrického „chátrání“ se sarkopenií včetně rekondičního poradenství. Přibývá starších lidí medicínsky nepochopených a často bohužel medicínou „vyobcovaných“, neboť zdravotní problémy vyššího věku, včetně disability, se uvolňují z těsné vazby na konkrétní „indexové choroby“, prolamují tzv. disease model medicínského myšlení soustředěného na „boj s nemocemi“, nikoliv na hodnocení a ovlivňování funkčního stavu, a stávají se multikauzálními, aniž by tím opouštěly výsostné území

medicíny – i multikauzální problémy včetně „svatého grálu“ geriatricie, totiž geriatrické křehkosti, jsou diagnostikovatelné, intervenovatelné, rehabilitovatelné, preventibilní. Při vši ucelenosti bio-psycho-socio-spirituálního pojetí zdraví a nemoci (s důrazem na existenciální vůli k životu a na smysluplnost života v jeho seniorské podobě) mají zdravotní problémy vždy významnou složku biomedicínskou. Navíc mohou být geriatricky nevzdělanou medicínou zhoršovány, indukovány (včetně zbytečné spotřeby následné lůžkové péče) jako iatrogenní poškození, jako nežádoucí účinky chybně aplikované farmakoterapie, imobilizační syndromy, malnutrice a jiné projevy geriatrického hospitalizmu, jako prodlení při chybném hodnocení „typicky atypických“ projevů chorob ve stáří.

Křehkému starému člověku ve zdravotnickém systému dnes často hrozí nepochopení a neúčelnost – některé výkony, včetně semiinvasivních, jsou prováděny zbytečně, z rozpaků, z nepochopení pacienta a jeho multikauzálních geriatrických syndromů, z tvrdošíjného soustředění na „lov“ či vylučování chorob, nikoliv na diagnostikování a intervenování člověka. Mimo zdravotnický systém a na jeho pomezí, v zařízeních sociální a tzv. dlouhodobé péče, zase hrozí diskriminačně neúměrná demedicinalizace s omezováním dostupnosti potřebné zdravotní péče, s omezováním samotného kontaktu klientů s lékaři, včetně lékařů praktických, i se zdravotními sestrami, a to pod úroveň obvyklou v ostatní populaci.

Společenská uspořádání, historicky vzniklá v podmínkách krátkověké, demograficky mladé populace s těžce invalidizující nemocností a časnou úmrtností starších lidí, se přežívají a potřebují transformaci, která by lépe odpovídala potřebám jednotlivých lidí i celé společnosti. Jde nejen o důchodové systémy, ale také o kompetence, o strukturu služeb, o samotné pojetí života ve starším věku, o jeho mainstreamovou stereotypizaci, o celoživotní vzdělávání, o nabídku pracovních příležitostí a uspořádání pracovní doby tak, aby se využil též pracovní potenciál starších lidí. Již dnes není problémem uchovávání práce schopnosti do vyššího věku, ale nabídka pracovních příležitostí – jejich nedostatek je podstatnou příčinou nízké zaměstnanosti i zdravých, zdatných starších lidí. Podobné závažné změny se týkají i zdravotnictví, které by mělo uzpůsobit své služby tak, aby lépe respektovaly narůstající heterogenitu seniorské populace a lépe – účinněji i účelněji – odpovídaly specifickým potřebám jednotlivých seniorských skupin a důslednou individualizací, „šitím na míru“ pokud možno i potřebám jednotlivých pacientů. Parametrické změny naprosto nedostačují – jde o neparametrickou transformaci odpovídající zásadní změně paradigmatu druhé poloviny života v moderní dlouhověké společnosti.

Zatím však u nás stále převažuje demografický alarmismus, demografická panika související s výraznou ekonomizací společenského života – v popředí zájmu jsou obavy o stabilitu veřejných rozpočtů a konkurenceschopnost, o financovatelnost důchodového systému i veřejného zdravotního pojištění ve stárnoucí populaci s měnícími se tzv. indexy (ekonomické) závislosti, tedy poměrem mezi lidmi pracujícími a nepracujícími, především penzionovanými. V úvahách o řešení dominují jednoduchá úsporná opatření, restrikce výdajů a služeb či umělá navyšování počtu mladých lidí, i když již v případě indexů se ukazuje, že k obnově rovnováhy nestačí ani stimulační opatření, ani podpora imigrace, že však zásadním a přirozeným krokem může být využití pracovního potenciálu starších lidí, podpora jejich zdraví, podpora práce schopnosti. I v ČR se prioritou musí stát adaptační opatření, humanistická, nediskriminační přizpůsobení novým demografickým podmínkám s využitím nových potenciálů, nikoliv jednoduché ageistické restrikce ani explicitní propopulační opatření (často populisticky zneužívaná), jejichž sporný efekt je podle mezinárodních zkušeností přinejlepším krátkodobý a vesměs nastoluje dlouhodobé problémy nepřírovně nevyrovnané věkové struktury. Delší život ve stáří může a musí být spojen s vyšším sociálním potenciálem, s vyšší společenskou participací, se stárnutím v místě (v komunitě), s adaptací komunit, rozvojem spolkového a církevního života, s podporou skloubení zaměstnání a péče o rodinu, tedy s rozvojem kvalitní rodinné (nikoliv propopulační) politiky včetně vytváření pracovních příležitostí v místě bydliště.

Právě tak je třeba usilovat o zlepšení funkčního zdraví, funkčního stavu ve stáří i bez ohledu na práce schopnost, usilovat v souladu se snahami WHO i OSN o úspěšné stárnutí, o zdravé, aktivní stáří. To je nejpřirozenější cesta k osobní spokojenosti, k dobré kvalitě života samotných seniorů včetně lidí dlouhověkých i ke snížení spotřeby společenských výdajů na různé formy péče a sociálních podpor. Nezbytné k tomu jsou jak informovanost a zodpovědnost jednotlivých lidí, tak vstřícnost transformovaných společenských systémů včetně zdravotnictví a jejich přístupů.

V našem zdravotnictví bohužel přetrvává řada předsudků a problematických stereotypů. Smutným evergreenem je pojetí zdravotně-sociálního pomezí, na němž dochází k mnoha nedorozuměním, překryvům, ale též ke vzniku „území nikoho“, v nichž lidé potřebující podporu zůstávají bez pomoci. Zlepšení si slibujeme od implementace konceptu tzv. dlouhodobé péče (long-term care, LTC) jako třetího pilíře doplňujícího stávající služby zdravotní a sociální u lidí – nejen vyššího věku – s dlouhodobým závažným zdravotním postižením omezujícím soběstačnost a vyžadujícím ucelenou

zdravotně-sociální podporu. K rozvoji ústavní formy LTC by měla přispět i reprofilizace nadbytečných akutních nemocničních lůžek. Existují však závažná úskalí: Nesmí jít ovšem o diskriminaci, o omezení dostupnosti potřebné zdravotní péče ani o neujasněnou, neúčelnou, problematicky indikovanou „péči“, o pobyty s nejasným smyslem, obsahem, cílem, jakého má být dosaženo. Nesmí vzniknout nové „souostroví ústavů“ s nízkou prestiží jen proto, aby se klienti překlopili z relativně bezplatné sféry zdravotnické do zpoplatněné sféry sociální. A pochopitelně nesmí jít o nebezpečně nízkou nekvalitu, o zanedbávání péče ze strany nedostatečně kvalifikovaného i nedostatečně početného personálu stresovaného tlakem na překračování odborných kompetencí i právních norem včetně nepřijatelného používání omezovacích prostředků. Nesmí také vzniknout nejasnost, kdo je vlastně ošetřujícím lékařem klienta v odloučeném zařízení bez lékařů, kam nedochází ani všeobecný praktický lékař.

Musíme se naléhavě zamyslet nad tím, zda podstatná část starších pacientů s despektem dnes označovaných na mnohých pracovištích jako „casus socialis“, nejsou vlastně odborně, medicínsky nepochopení, funkčně nedagnostikovaní a nepodpoření lidé, kteří se neúčelně pohybují, mnohdy jsou přímo roztáčeni ve zdravotnickém systému, ať již v jeho složce akutní nebo tzv. následné, pro něž nejsou potřebné služby a zvláště jejich ucelené uspořádání dostupné.

Právě vůči starším pacientům a především vůči křehkým geriatrickým pacientům v labilním funkčním stavu je nutné překročit rámec přístupů označovaných jako onen „disease model“, postupů orientujících se na diagnostikování, léčení, předcházení chorob, nikoli však na ucelené hodnocení a podporování nemocného člověka (comprehensive geriatric assessment, CGA), jeho funkčního stavu a zdraví (byť v reziduální podobě), na možnosti koordinovaných intervencí všech faktorů, nejen biologických, které v souvislosti se zdravím ovlivňují kvalitu života, soběstačnost i rozsah zdravotnických výdajů a spotřeby společenských prostředků obecně. V dlouhodobé společnosti potřebujeme nejen skvělé specialisty na jednotlivé choroby a odborné metody, ale také odborníky schopné kvalifikovaně posoudit zdravotní problémy, funkční stav atypických křehkých pacientů a optimalizovat spektrum i režim služeb, které jsou jim poskytovány (tzv. geriatric evaluation and management, GEM). Ne vždy na to stačí praktický lékař, který se navíc dnes mnohdy nemá s kým o geriatrických problémech konziliárně poradit ani nemá kam poslat složitější pacienty na souhrnná posouzení. Je smutnou a varovnou skutečností, že se nepodařilo do praxe

zavést diferencovanou geriatrii, jak ji předpokládala v devadesátých letech schválená koncepce oboru.

Bohužel dnes potřebujeme geriatricky podstatně vzdělanější, souhrnně mnohdy stále jen alespoň „geriatricky gramotné“ zdravotníky, diferencovanou geriatrickou medicínu schopnou starší a staré lidi intervenovat bezpečně, účinně a účelně.

Rovněž však potřebujeme gerontologicky vzdělanější představitele státní správy a samosprávy, kteří rozhodují o nastavení procesů podpory aktivního stáří, o systému zdravotních a sociálních služeb pro stárnoucí populaci, o rozvoji ucelené komunitní podpory a dobrého sousedství v obcích přátelských k seniorům.

Čím lépe budou problematice rozumět, tím účelnější budou společenské intervence a tím nižší může být potřeba různých nákladně dlouhodobých forem péče a pomoci. Je třeba se posunout, pokud je to jen trochu možné, od „pečování“, které konzervuje a indukuje závislost, ke krátkodobým nízkonákladovým intervencím, k účinnějšímu sesíťování služeb, k podpoře smyslu, aby nízké náklady přinesly vysoký efekt. Vůči pokročilému stáří potřebujeme nejen důstojné ošetřovatelství a sociální zabezpečení, ale také odbornou intervenci křehkosti, jejích dekompenzací, multikauzálních geriatrických syndromů, atypických projevů, funkčního zdraví. Jedním z nezbytných předpokladů je edukace zdravotnických i nezdravotnických odborníků a představitelů veřejné správy, jak vytvářet podmínky umožňující zdravé stárnutí a smysluplnou existenci, a to jak na individuální, tak na celospolečenské úrovni. To je i hlavní důvod, proč vznikla předkládaná publikace. Nic z toho se však nezdaří bez obecně slušné, kultivované společnosti zodpovědných, lidsky vstřícných občanů a jejich sdružení, spolků. Náprava mnohdy neradostných současných poměrů nemůže žádným způsobem přijít shora, může jen zvolna vyrůst zdola.

Zdeněk Kalvach, Rostislav Čevela, Libuše Čeledová

1 Stáří a stárnutí v současném světě

Zdeněk Kalvach, Rostislav Čevela, Libuše Čeledová

Stáří a stárnutí jsou pojmy v současnosti často používané, spojené se závažnými osobními i společenskými důsledky, přesto však neujasněné a tím spíše pojednáváné chybně – s mnohdy osudovými důsledky pro jednotlivce i pro společenství.

Znovu a znovu je proto nutné diskutovat a ujasňovat jejich obsah, usilovat o identifikování nejzávažnějších problémů, o konsenzuální hledání nejučelnějších a nejbezpečnějších řešení. Pomoci přitom mohou a musí mezinárodní zkušenosti, ovšem s jasným vědomím, že některé prvky jsou do české společnosti nepřenositelné a že stejnou chybou jako naduté hledání vlastních cest a řešení je přejímání dílčích konstatování, dílčích řešení bez souvisejících okolností (např. komplementárních služeb). Za velmi důležitou považujeme skutečnost, že stárnutí i stáří, jejich vymezování, standardizování, společenské pojmání, provazování s jinými faktory osobního života i se společenskými systémy mají sice své objektivní zákonitosti, ale do značné míry jde o sociální konstrukty a záležitosti subjektivního nahlížení. Tím je dána historická i geosociální proměnlivost, mimořádná variabilita, závažnost dohodování, sociálních manipulací, stereotypizace, zneužívání – to vše umocněno obrovskými apely ekonomickými a politickými, jakými jsou mandatorní výdaje sociálních systémů, objem penzijních dávek, obecná zaměstnanost, financování zdravotnictví. A někde nad tím vším se vznášejí tak obtížně uchopitelné pojmy, jakými jsou hodnota, kvalita a smysluplnost lidského života, sociální kapitál, soudržnost celého společenství.

K závažným deformacím, nebezpečným sociálním konstrukcím a projevům ageizmu jako nepřijatelné stereotypizace patří vytváření tzv. věkové identity. Věkové kohorty mohou vykazovat určité specifické charakteristiky ekonomické, v zájmových prioritách, názorech ovlivněných historickou zkušeností (závažné historické události, katastrofy, války, hladomory), někdy v chování (např. „týnejdžři“) apod., ale nevytvářejí společnou identitu. Prakticky nikdo se neidentifikuje jako „třicátník“, „šedesátník“, „osmdesátník“. Naopak, mocenské elity setrvale usilují o zjednodušení přístupů a formulování politik zjednodušenou stereotypizací často právě na základě falešných „pseudo-identit“. Podstatou je neoprávněné přiřazování často nepravdivých skupinových vlastností každému členu dané skupiny: tak

vznikají jako nepřijatelný projev „kolektivní viny“ „typičtí židé“, „typičtí černoši“, „typičtí pubertáci“, „typičtí senioři“. Psychologicky známou skutečností je, že čím je člověk nejistější, méně soběstačný, tím úporněji se snaží vymanit z přiřazování k takto uměle vytvářené identitě, tím úporněji bojuje za zachování své osobnostní identity, své jedinečnosti. Proto také naprosto selhávají např. fotografické výstavy o seniorech pro seniory. Senioři si nepřejí být ztotožněni s jinými seniory, přiřazení mezi zobrazenou masu vrásčitých šedovlasých lidí s hendikepy. Proto k základním úkolům podpůrných aktivit, pečujících profesí i systémů služeb patří podpora osobnostní jedinečnosti, důstojnosti osobní identity, podpora vědomí „stále jsem to já“.

Ze stejných důvodů je problematická též identita penzisty, důchodce. Tyto lidi může spojovala řada zájmů i charakteristik týkajících se např. ekonomického a sociálního statutu, výše a valorizace starobního důchodu, různých benefitů, ale identita penzisty je přesto jen dočasný fenomén nízké v hierarchii identit. Proto má jednoznačnou prioritu socializace, sociální inkluze, participace jednotlivců bez ohledu na zaměstnanecký či jiný statut před korporativní participací „silného důchodcovského hnutí“, přednost má seberealizace v rodině, komunitě, církevním společenství, zájmovém sdružení před seberealizací v seniorské organizaci.

1.1 Stáří a stárnutí individuální

Na individuální úrovni představuje stárnutí bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních (regresivních) a adaptačních změn, k nimž v organismu a u organismu dochází od dosažení sexuální dospělosti a s ní související vrcholné úrovně výkonnosti. Jde o součást ontogenetického vývoje, se kterým se v čase stále výrazněji prolínají změny chorobné – projevy a důsledky chorob, úrazů i adaptací na ně. Jednou z nejvýraznějších složek stárnutí je různě rychle probíhající pokles potenciálu zdraví, vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti, adaptability – postupně klesá výkonnost, přizpůsobivost změnám, odolnost k zátěžím, ke stresorům; stárnoucí jedinec je tak znevýhodňován v soutěži s mladými dospělými jedinci, což zřejmě má evoluční význam; kompenzačně se mohou uplatňovat úspěšné strategie stárnutí, zachování vysoké míry zdraví do vysokého věku, využívání aktiv dosažených v předchozím životě, což opět evolučně prospěšně favorizuje úspěšné jedince.

Stáří je důsledek stárnutí, pozdní fáze přirozeně dlouhého života, která má své – v dané době a daném společenství obvyklé – charakteristiky týka-

jící se fenotypu (vzhledu), funkčního stavu, biopsychických parametrů (tzv. biologické stáří), sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení (tzv. sociální stáří), věku a naděje dalšího dožití (stáří kalendářní); tyto charakteristiky mohou, ale také nemusí být ve shodě, např. biologický věk může být významně vyšší (progerie) či nižší (dlouhověkost) než věk kalendářní.

Protože stárnutí může probíhat různým způsobem a stáří může nabývat variantních podob, na nichž se podílejí různé faktory (genetická dispozice, vlastní involuce, vlivy prostředí, životní způsob, psychické charakteristiky, choroby a úrazy), je možné a nutné hledat formy úspěšného stárnutí, zdravého, aktivního, funkčně zdatného, spokojeného stáří a vytvářet pro ně vhodné podmínky. Jde zřejmě o nejvýznamnější současnou prioritu zdravotní i sociální prevence.

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se dlouhodobě u nově stárnoucích generací prodlužuje naděje dožití – lidé se častěji dožívají stáří a žijí v něm delší dobu. Současně se zlepšuje zdravotní a funkční stav těchto nových seniorů. I proto lze úspěšné stárnutí, zdravé, aktivní stáří považovat za fyziologickou normu a neúspěšné stárnutí se závislým stářím za jev chorobný. S prodlužováním naděje dožití nedochází k expanzi nemocnosti a disability – věková hranice kalendářního stáří jako míry nemocnosti, nezdatnosti, práce neschopnosti, závislosti, pravděpodobnosti a časové blízkosti úmrtí se setrvale posouvá vzhůru, do stále vyššího věku; rozšiřuje se tedy věk střední, jak tomu skutečně odpovídá přetrvávání různých sociálních rolí a „mladého“ životního stylu v reálném životě nových seniorů.

Lze tedy předpokládat, že historické představy o periodizaci lidského života, jeho „přirozené“ délce, o hranici „stáří“ byly výrazně deformovány nadúmrtností, nadměrnou nemocností a disabilitou v „nezdravých“, nadměrně zátěžových dobách lidské historie, lidské fylogeneze. Lze také předpokládat, že life expectancy, naděje dožití při narození, tedy nejpravděpodobnější věk, kterého se novorozenci dožijí, dosáhne plynule věku 85–90 let s tím, že dlouhověce disponovaná subpopulace se bude běžně dožívat věku kolem 105 let, možná 105–110 let. Na tuto pravděpodobnou „normu“ lidského života je třeba se v hospodářsky a civilizaci vyspělých oblastech přeladit. Pak jistě nelze klást kalendářní hranici stáří do věku 60 ani 65 let, ale nejspíše do věku 75 či 80 let. Minimálně do tohoto věku také nelze považovat výraznější funkční deficity se ztrátou soběstačnosti, se závislostí za přirozené. Novým horizontům by ale měla odpovídat celá periodizace lidského života, jeho sociálních rolí, včetně hranice penziono-

vání, včetně celoživotního vzdělávání, mezigenerační dělby práce atd., což však již spadá do problematiky stárnutí populačního.

Každopádně v jakémkoliv věku funkční důsledky biologických změn, a to jak změn hrubě chorobných, tak přirozené involuce, odvisejí od funkční náročnosti okolí, od prostředí fyzického i sociálního, které může být vstřícné, facilitační, bezbariérové i naopak limitující, přetěžující, dekompenzující, bariérové. Je tedy třeba stárnout nejen zdravě, úspěšně, ale také ve vstřícném prostředí, které funkční deficity nemanifestuje, ale pomáhá kompenzovat.

Z hlediska sociální gerontologie jsou velmi závažné aspirace a očekávání (očekávání) lidí vyššího věku, to, jakým způsobem žijí, jaké sociální role přijímají a jaké jsou jim přiznávány – jaká je stereotypizace vyššího věku v dané společnosti. Táž genetická dispozice, táž míra zdraví může být provázena „mladistvou“ osobní ambiciózností se zachováváním životního způsobu a sociálních rolí středního věku i rezignovaně apatickým přijetím domněle správné stařecké role neusilujícího a nedbalého penzisty. Přitom dochází k mimořádně závažné vývojové (civilizační) změně: v poměrně širokém věkovém pásmu na přechodu tzv. středního věku a tzv. stáří přestávají být hlavním faktorem individuálního vyřazení ze středního věku a posunu do stáří okolnosti biomedicínské (biologická neschopnost zvládat pracovní a životní nároky), které jsou nahrazeny okolnostmi psychosociálními a sociálně ekonomickými. Nejde již tolik o to, že člověk něco není schopen zvládat, ale spíše o to, že si něco již nepřeje zvládat či že je donucen své místo uvolnit, např. nuceným penzionováním, uvolněním většího bytu dětem apod. I u biomedicínských (výkonových) limitací jsou absolutní, v žádné fázi svého rozvoje reálně neovlivnitelné změny nahrazeny změnami relativními – odstranitelnými, kompenzovatelnými či preventabilními.

Klíčovou otázkou tak přestává být „neovlivnitelný věk“ jako takový a stává se jí povaha, míra a ovlivnitelnost zdraví v procesu stárnutí i v pokročilém stáří, a to v kontextu nezbytné transformace sociálních rolí starších lidí a mezigenerační harmonizace nad rámec akceptace čtyřgenerační, ve druhé polovině tohoto století pravděpodobně pětigenerační rodiny – první generace ve věku kolem 100 let, druhá generace jejich dětí ve věku kolem 75 let, třetí generace padesátiletých vnuků se čtvrtou generací pravníků kolem 25 let a pátou generací batolecích prapranuků.

Uvedený vývoj – a svým způsobem teprve tento demografický vývoj – podtrhuje zcela mimořádnou závažnost Antonovského (Světovou zdravotnickou organizací akceptovaného) pojetí zdraví jako čehosi více než absence chorob, jako funkčního prospívání (funkčního zdraví) se vzájemně prolnu-