

Hana Georgi, Eva Dragomirecká,
Eva Jarolímová a kolektiv

Psychologie stárnutí a stáří



Hana Georgi, Eva Dragomirecká,
Eva Jarolímová a kolektiv

Psychologie stárnutí a stáří

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou **bez souhlasu nositele práv zakázány**.

PhDr. Hana Georgi, Ph.D.

PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D., a kolektiv

PSYCHOLOGIE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Autorský kolektiv:

Mgr. Eva Biedermanová

Mgr. Kateřina Bohatá

MUDr. Vanda Franková

Mgr. Hana Horáková, Ph.D.

Mgr. Klára Gramppová Janečková

PhDr. Jindřiška Kotrlová

PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

doc. Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D.

Mgr. Michala Peškeová

Mgr. Věra Suchomelová, Th.D.

PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA

doc. PhDr. Matuš Šucha, Ph.D.

Mgr. Zuzana Tichá, Ph.D.

Mgr. Veronika Valentová

Mgr. Karolína Vlčková, Ph.D.

Recenzentky:

Mgr. Petra Brandoburová, PhD.

PhDr. Katarína Millová, Ph.D.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401

www.grada.cz

jako svou 9698. publikaci

Odpovědná redaktorka Andrea Černá

Redakce a korektury Kateřina Kružíková

Grafická úprava Antonín Plicka

Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka

Počet stran 432

Vydání 1., 2024

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2024

ISBN 978-80-271-7491-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-7490-4 (pdf)

ISBN 978-80-271-5065-6 (print)

Obsah

Předmluva	11
1. Sociodemografické kontexty stárnutí	13
1.1 Počátky psychologie stárnutí a stáří	15
1.1.1 Historie psychologie stárnutí a stáří v českých zemích: obraz nejen v literatuře	16
1.2 Stárnutí a stáří z pohledu demografie	19
1.2.1 Demografické stáří	19
1.3 Stárnoucí populace v číslech	24
1.3.1 Zdravotní stav	25
1.3.2 Finanční situace	27
1.3.3 Zaměstnanost	29
2. Stárnutí z pohledu vývojové psychologie	31
2.1 Vývojová hlediska ve stáří	31
2.1.1 Psychodynamické hledisko a psychosociální teorie vývoje	32
2.1.2 Proces individuace a návrat k bytostnému Já	32
2.1.3 Integrita, nebo zoufalství	33
2.1.4 Teorie Havighursta a jeho následovníků	36
2.1.5 Teorie Cohena, Ferringa a dalších autorů	37
2.1.6 Gerotranscendence	37
2.2 Tělesné změny ve stáří	40
2.3 Hormonální změny – menopauza, andropauza	44
2.3.1 Menopauza	44
2.3.2 Andropauza (mužská menopauza)	46
2.4 Odchod do důchodu	48
2.5 Adaptace na stáří	51
2.6 Prarodičovství, péče o blízké osoby	58
2.7 Péče o starší blízké osoby	60
2.8 Smrt	64
2.8.1 Postoje ke smrti	65
2.8.2 Strach ze smrti	66
2.8.3 Společenské rituály	67
2.8.4 Truchlení	68

2.8.5	Komplikované truchlení	69
2.8.6	Signifikantní ztráty smrtí ve stáří	71
2.9	Sexualita a intimita	74
2.9.1	Sexualita	74
2.9.2	Intimita	75
2.9.3	Naplňování sexuality ve vyšším věku	76
2.9.4	Nenaplňování sexuality ve vyšším věku	77
2.9.5	LGBTI+ senioři	84
2.9.6	Komunikace o sexualitě jako výzva pro pečující profesionály	88
3.	Sociální aspekty stárnutí	91
3.1	Postoje ke stárnutí a stáří	91
3.1.1	Hodnota stáří ve společnosti	92
3.1.2	Ageismus	93
3.1.3	Dopady ageismu na zdraví	95
3.1.4	Souvislosti ageismu	96
3.1.5	Typy ageismu	97
3.1.6	Širší pojetí vztahu ke stárnutí a stáří	99
3.1.7	Měření postojů	100
3.2	Stáří a kulturní rozdíly	103
3.2.1	Psychosociální aspekty stáří ve vybraných kulturách, objektivní charakteristiky	103
3.2.2	Problematika demence v rozvojových zemích	107
3.2.3	Subjektivní charakteristiky	109
3.2.4	Etnická minorita v ČR	110
3.3	Komunikace se seniory	112
3.3.1	Specifika komunikace se seniory	113
3.3.2	Komunikace se seniory s demencí	115
3.4	Osamělost ve stáří	121
3.4.1	Definice osamělosti a její prožívání	121
3.4.2	Osamělost a kvalita života	123
3.4.3	Protektivní a rizikové faktory rozvoje pocitu osamělosti ve stáří	124
3.4.4	Strategie zvládání pocitu osamělosti	126
3.4.5	Možnosti intervence	127
3.5	Vzdělávání seniorů	129
3.5.1	Cíl vzdělávání seniorů	132
3.5.2	Vzdělávací gerontologie	134

3.5.3	Přístupy ke vzdělávání seniorů	137
3.5.4	Funkce vzdělávání seniorů	138
3.5.5	Senior jako účastník vzdělávání	140
3.5.6	Znaky učení seniorů	142
3.5.7	Instituce vzdělávání seniorů	143
3.6	Speciální témata geropsychologie	149
3.6.1	Kriminalita seniorů a senioři jako oběti trestných činů optikou výzkumu	149
3.6.2	Starší řidiči – řízení, bezpečnost a kvalita života	152
4.	Duševní poruchy ve stáří a psychologická péče o starší lidi	157
4.1	Duševní poruchy staršího věku	157
4.1.1	Delirium	159
4.1.2	Demence	162
4.1.3	Deprese	170
4.1.4	Úzkost	175
4.1.5	Duševní poruchy a postoje k péči o duševní zdraví	179
4.2	Preklinická a klinická stadia neurodegenerativních onemocnění	180
4.2.1	Klinická stadia neurodegenerativních onemocnění	181
4.2.2	Preklinická stadia neurodegenerativních onemocnění	182
4.3	Trénink a rehabilitace kognitivních funkcí	183
4.4	Další témata související s duševním zdravím a poruchami	188
4.4.1	Spánek a poruchy spánku	189
4.4.2	Zneužívání návykových látek	193
4.4.3	Schizofrenie	194
4.4.4	Stárnutí lidí s Downovým syndromem	195
4.5	Suicidalita seniorů z perspektivy praxe krizové intervence	197
4.5.1	Teoretická východiska	197
4.5.2	Specifika suicidálního ohrožení seniorů	198
4.5.3	Praktická ukázka: zápis z hovoru se suicidálním klientem na lince krizové pomoci	200
4.6	Spolupráce s psychologem v neurologii	202
4.6.1	Kontexty probíhající spolupráce	202
4.6.2	Indikace a cíle komplexního neuropsychologického vyšetření	203
4.6.3	Specifické indikace a cíle neuropsychologického vyšetření	208
4.6.4	Kontraindikace komplexního neuropsychologického vyšetření	209
4.7	Spolupráce s psychologem v gerontopsychiatrii	215
4.8	Specifika psychologického vyšetření starších osob	218

4.9 Psychologické aspekty paliativní péče o seniory	221
4.9.1 Somatické aspekty	221
4.9.2 Sociální aspekty	222
4.9.3 Psychologické aspekty	223
4.9.4 Spirituální aspekty	224
4.10 Psychoterapie seniorů jako poměrně vzácný jev	225
4.10.1 Význam psychoterapie seniorů	227
4.10.2 Psychoterapie seniorů v praxi	228
4.10.3 Vliv vyššího věku na poskytování psychoterapie seniorům	229
4.10.4 Témata v rámci psychoterapie seniorů	231
4.10.5 Specifika psychoterapie u seniorů	233
4.10.6 Psychoterapie rodinných pečujících	234
5. Život v pobytových zařízeních	237
5.1 Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce	239
5.2 Pobytové služby pro seniory s kognitivní poruchou	239
5.3 Sociálně-právní pomoc, podpora pro seniory s demencí a neformální pečující	241
6. Zdraví a stárnutí	247
6.1 Zdravé stárnutí	
aneb přidáváme léta životu a život létům	247
6.1.1 Vybrané modely zdravého, úspěšného, dobrého stárnutí	247
6.1.2 Motivace a zdravé stárnutí	251
6.1.3 Dlouhověkost	252
6.1.4 Modré zóny	256
6.2 Kvalita života a well-being	257
6.2.1 Vztah kvality života a osobní pohody	260
6.2.2 Determinanty kvality života a osobní pohody ve vyšším věku	261
6.2.3 Metody měření kvality života a osobní pohody	262
6.3 Resilience	264
6.3.1 Resilience a starší věk	265
6.3.2 Syndrom křehkosti	266
6.3.3 Resilience a gender	268
6.3.4 Metody zjišťující vnitřní kapacitu a resilienci u starších osob	269
6.3.5 Intervence pro zvýšení resilience	271
6.4 Kognitivní stárnutí	272
6.4.1 Normální stárnutí kognice	275

6.4.2	Teorie kognitivního stárnutí	278
6.4.3	Úspěšné či nadprůměrné kognitivní stárnutí	281
6.5	Moudrost	283
6.5.1	Psychologické teorie moudrosti	284
6.5.2	Metody měření moudrosti	286
6.5.3	Moudrost a inteligence	288
6.5.4	Moudrost a šťastný život	289
6.5.5	Moudrost a pohlaví	289
6.5.6	Moudrost a věk	289
6.5.7	Moudrost a kultura	291
6.6	Tvořivost	292
6.6.1	Tvořivost a duševní poruchy	296
6.6.2	Metody měření kreativity	297
6.6.3	Tvořivost v každodenním počínání	298
6.6.4	Programy podporující kreativitu ve starším věku	298
6.7	Spiritualita a stárnutí	299
6.7.1	Spiritualita, religiozita a spirituální potřeby	300
6.7.2	Měření a posouzení spirituality	301
6.7.3	Spiritualita jako faktor zvládání stáří	303
6.7.4	Benefity zdravé spirituality	304
6.7.5	Problematická spiritualita	306
6.7.6	Spiritualita českých seniorů: závěry vybraných současných studií	306
6.8	Životní styl	309
6.8.1	Zaměstnání jako součást životního stylu	311
6.8.2	Volnočasové aktivity	312
6.8.3	Životní styl v pozdní dospělosti (40–65 let)	316
6.8.4	Životní styl ve starším věku	318
6.8.5	Intervence pro zdravý životní styl	320
6.8.6	Prevence demence	323
6.8.7	Zdravotní gramotnost	324
Doslov		329
Seznam použité literatury		331
O autorech		415
Rejstřík (jmenný/metod/věcný)		419/421/423

Předmluva

Každý člověk je jedinečný.

Psychologie stárnutí a stáří má zatím v České republice jen sporadické kořeny (jak se dočtete v kapitole 1.1.1). V posledních cca 15 letech zájem o tuto specializaci, konkrétně témata zdravého i patologického stárnutí a psychologické péče o starší osoby, naštěstí postupně vzrůstá a také přibývají publikace, které je odborné i laické veřejnosti zprostředkovávají. Tato editovaná monografie, na které se podílela celá řada odborníků z praxe i akademické obce, nabízí přehled vybraných okruhů. Neklade si za cíl pokrýt veškeré vědění z oblasti psychologie stárnutí a stáří, ale snaží se prohloubit vědomosti čtenářů, poukázat na některé důležité aspekty, místy připomenout pohled z historie, nabídnout ilustraci v podobě drobných kazuistik, doporučit vybrané metody a také další dostupné knižní publikace ke konkrétním tématům. Neméně důležitým cílem autorského týmu je inspirovat čtenáře k zájmu o stárnutí a stáří z pohledu nejen psychologie, ale i z pohledu širšího – gerontologie. Společnou linkou všech kapitol je jedinečnost každého člověka. Každý z nás je jedinečný i ve způsobu, jakým stárne a jak stárnutí prožívá. Někdo z různých důvodů potřebuje podporu a pomoc, jiný ji naopak až do vysokého stáří ostatním dodává. Není starý člověk jako starý člověk. Právě k narušení některých stereotypů, které o stárnutí a stáří přetrvávají, chceme touto monografií také přispět.

Poznání se v tomto oboru neustále vyvíjí a na mnohé panují názory někdy až protichůdné. Zde naleznete jejich výběr podle uvážení jednotlivých autorek a autorů. Monografie vznikla pod patronátem sekce pro geropsychologii – psychologii stárnutí a stáří při Českomoravské psychologické společnosti.

Věříme, že čtenáře naše společná monografie obohatí odborně i osobně.

Za autorský tým

Hana Georgi, Eva Dragomirecká, Eva Jarolímová

1. Sociodemografické kontexty stárnutí

Eva Dragomirecká

Stárnutí a stáří bylo psychology dlouho opomíjeno a větší pozornosti se mu dostalo až ve druhé polovině 20. století. Přispěla k tomu skutečnost, že se dosažení vyššího věku stává obvyklou životní zkušeností; z generace narozené v roce 1918 se 65 let dožilo 40 %, z generace narozené v roce 1955 je to už více než 80 % lidí. Poprvé v historii žijeme v rozvinutých zemích nezanedbatelnou část života bez nutnosti (a někdy i možnosti) pracovat, ale na druhé straně často ztrácíme společenské postavení a pocit sounáležitosti a přínosu. Učíme se novým strategiím, jak se vyrovnat s ubýváním fyzických a psychických sil a ztrátami blízkých osob. Vyrovnáváme se s případnou ztrátou autonomie. Dosahujeme psychické zralosti získané zpracováním předchozích životních zkušeností. Čelíme diskriminaci a nárokům rychlých změn v důsledku nových technologií. Předmětem studia však není jen individuální stárnutí. V posledních desetiletích se prohlubuje stárnutí populace, což je jev jen zčásti ovlivněný prodloužováním lidského života. Populační stárnutí se rozšířilo za hranice vyspělých zemí; stárne celý svět a důležitým celosvětovým úkolem je snížení rizik a využití potenciálu tohoto procesu.

Stárnutí je komplexní jev, který studuje řada vzájemně provázaných subdisciplín, kromě geropsychologie např. sociologie stáří, geragogika, geriatrie, antropologie, sociální práce, sociální politika a mnoho dalších, a jejich přínos je pro pochopení psychických jevů ve stáří zásadní. Proto zařazujeme do této kapitoly vedle velmi stručného přehledu geropsychologie i část demografickou, která čtenáře seznamuje se současným stavem stárnutí světa a poskytuje mu tak kontext, ve kterém o stárnutí a podpoře starých lidí přemýšlíme.

Velké změny, ke kterým nyní dochází, nezahrnují jen přibývání starších lidí v populaci nebo prodloužení „důchodového“ věku. Změny se týkají všech období lidského života – prodlužuje se také dětství, mládí a střední věk a současní šedesátníci či sedmdesátníci se jen málo podobají stejně starým příslušníkům generace svých rodičů nebo prarodičů. V této kapitole jsme se je pokusili popsat pomocí čísel a využít tak poznatků ze současných statistických šetření. Řeč čísel nepostihuje variabilitu starší populace – a variabilita je její nejvýznamnější charakteristikou –, ale může korigovat některé sdílené představy veřejnosti o tom, že všichni senioři jsou chudí, nemocní a neaktivní. Diferenciální pohled v psychologii stáří a faktory, které vedou

k prohlubujícím se biologickým, psychickým, sociálním a sociodemografickým rozdílům ve vyšším věku, u nás pracoval Srnec (2015), přičemž upozorňoval mimo jiné na rozdílné stárnutí mužů a žen.

V dalších kapitolách budeme pojednávat o stárnutí, stáří, seniorech, starých lidech či osobách vysokého věku, dovolte proto pár terminologických poznámek. Co se týče psychologické subdisciplíny, označuje se jako geropsychologie, gerontopsychologie (zejména v Německu) či jako psychologie stáří. Název geropsychologie naznačuje, že se disciplína zabývá starší populací, podobně jako se dětská psychologie zabývá dětmi. Označení psychologie stárnutí a stáří, pro které jsme se rozhodli, zahrnuje také proces, což nám připadalo jako obecnější a výstižnější popis předmětu zkoumání, ale tento rozdíl je velmi jemný a psychologii stárnutí a stáří a geropsychologii považujeme za dvě pojmenování téže disciplíny. Poněkud zapeklitý je pojem stárnutí, protože máme jeden český ekvivalent pro více anglických slov. V angličtině se rozlišuje fyzické stárnutí charakteristické zhoršováním fyzických a psychických funkcí (*senescence*) a změny, které probíhají s věkem, bez přímé konotace se zhoršováním či úpadkem (*ageing*). V americké učebnici psychologie stárnutí z roku 1990 se objevuje dokonce ještě jemnější rozlišení, a to *ageing* jako obecný pojem pro stárnutí, *senescencing* pro biologické procesy stárnutí, *eldering* pro sociální procesy a *geronting* pro psychologické procesy (Biren & Biren, 1990). Posledním jazykovým oříškem, domníváme se, že dosud uspokojivě nevyřešeným, je otázka, jak nazývat starší populaci. Problém není jen jazykový, ale i faktický. Ačkoli se opakovaně připomíná, že definování stáří pomocí chronologického věku je umělé a nevhodné, protože typickým znakem populace vyššího věku je zvyšující se interindividuální variabilita, často z chronologického věku vycházíme i v důsledku toho, že je v moderní společnosti věk používán pro „institucionalizovaná pravidla“, jak upozorňuje Vidovičová (2008, s. 32). Z odborné terminologie vymizel termín důchodci, spojený s mnoha negativními konotacemi, a byl nahrazen seniory, ale není to termín, který by se univerzálně hodil do odborné literatury nebo byl obecně přijímán. Označujeme proto skupinu, která je předmětem našeho zájmu, záměnně jako starší, stárnoucí nebo staré lidi, seniory, vyšší věkovou skupinu nebo technicky – zejména z pohledu demografie či statistiky – jako populaci 65+.

Pokusem, jak snížit komplexitu starší populace, je rozlišování „třetího“ a „čtvrtého“ věku (Baltes, 2009). Třetí věk, zhruba do 80 let, považuje Baltes za období s velkým vývojovým potenciálem, který prožívá stále vyšší podíl lidí v dobrém fyzickém i psychickém stavu, zatímco pro čtvrtý věk je typický úpadek takřka ve všech oblastech života a přibývající závislost na podpoře okolí. Toto rozdělení se používá dosud a je užitečné k upozornění na různé potřeby a různé cílenou společenskou podporu života starších lidí v závislosti na jejich celkovém fungování, ale nemělo by

naše představy o homogenní skupině starých lidí se stejnými problémy a stejnými potřebami jen odsunout do vyšší věkové skupiny. Unifikace sice práci s lidmi zjednodušuje, individualizace ji však kultivuje.

1.1 Počátky psychologie stárnutí a stáří

Eva Dragomirecká

Psychologie se v počátcích své historie problémům stáří nevěnovala. Je to doba, kdy stáří nebylo hromadným jevem. V roce 1870 byla podle odhadu střední délka života u mužů 33 let a u žen necelých 38 let, na počátku 20. století dosáhla 39 let u mužů a 42 u žen (ČSÚ, 2013).

Autoři kapitoly o historii americké psychologie stáří (Biren & Biren, 1990) uvádějí i další důvody, proč psychologie nevěnovala tématům stáří pozornost. Psychologie se emancipovala od filozofie a zaměřila se na rozvoj experimentálních metod, přičemž poznání vývoje učení u dětí se jevilo jako cesta k pochopení toho, jak je organizováno lidské chování. Když pak v roce 1922 vyšla *Senescence: The Second Half of Life*, první obsáhlá monografie o stáří od G. S. Halla, nebyla nijak komentována a reflektována ani představiteli obecné psychologie. Hallovu monografii je možné považovat za počátek interdisciplinárního bádání o stáří. Autor shromáždil obsáhlý přehled toho, co bylo tehdy známo o stárnutí z pohledu biologie, fyziologie, chování, ale také historie a literatury jako příspěvek k „dlouho vytoužené, ale dlouho odkládané vědě o gerontologii“ (Biren & Biren, 1990, s. 10). Zkoumání stáří bylo ve svých počátcích zařazováno spíše do gerontologie a zaměřovalo se na popis zhoršování tělesných a psychických funkcí. Tato oblast zájmu je dále rozvíjena v klinické geropsychologii, která se zaměřuje na klasifikaci, diagnostiku, léčbu a prohloubení poznání poruch duševního zdraví ve vyšším věku a aplikaci těchto poznatků v systému zdravotní péče (Pachana & Laidlaw, 2014).

Do vývojové psychologie vnesl zkoumání stáří Erik H. Erikson, když v roce 1950 publikoval svou teorii psychosociálního vývoje zahrnující všechna období lidského života, kterou později rozšířil o období vysokého stáří (Erikson, 2015). Teorii vývojových úkolů vytvořil v 50. letech také americký psycholog Havighurst, který rozšířil pohled vývojové psychologie o poznatky antropologie, sociologie a pedagogiky (Millová, 2016).

Od druhé poloviny 20. století se stává studium stáří výrazným trendem vývojové psychologie. K tomuto rozvoji přispěly pionýrské práce Eriksona a Havighursta,

longitudinální výzkumy sledující participanty do vyššího věku (např. Harvardská studie; Vaillant & Mukamal, 2001), ale také stagnace růstu západních rozvinutých společností v 70. letech a upozornění demografů na blížící se populační stárnutí, které s sebou přinese potřebu věnovat pozornost změnám typickým pro střední a starší věk (Hunt, 2015; Stolleis, 2009). Důležitým tématem se stala adaptace a kompenzace (Baltes & Baltes, 1997) a vlastnosti a jevy, které pomáhají jedinci prosperovat, což do geropsychologie vnesla pozitivní psychologie.

Současná evropská geropsychologie vychází z následujících poznatků založených na dosavadním studiu stárí (Fernández-Ballester, 2006):

- Stárnutí není determinováno výhradně biologickým věkem, ale pro vysvětlení procesu lidského stárnutí je nezbytné zkoumat sociohistorické, environmentální, sociální, osobnostní a další psychologické faktory.
- Interindividuální variabilita se s věkem zvyšuje. Ve způsobu stárnutí jsou významné rozdíly, od patologického po úspěšné stárnutí.
- Způsob, kterým lidé stárnou, není náhodný: lidé jsou aktivními činiteli svého vlastního procesu stárnutí a společnost podporuje, nebo dokonce určuje formy stárnutí.
- Plasticita, důležitá vlastnost našeho centrálního nervového systému, se uplatňuje po celý životní cyklus.
- Ačkoli se stárnutí považuje převážně za období ztrát a úpadku, mnohá vysvětlení přinášá salutogenetický pohled zkoumající životní spokojenost, pozitivní emoce a optimální proces stárnutí.

1.1.1 Historie psychologie stárnutí a stárí v českých zemích: obraz nejen v literatuře

Jindřiška Kotrlová

Historické kořeny oboru psychologie stárnutí a stárí sahají až k Janu Amosu Komenskému, který ve čtvrtém dílu spisu *Obecná porada o nápravě věcí lidských* v kapitole Vševýchova (Pampaedia) psal o celoživotním vzdělávání se a o přípravě na stárí, kde v části Škola stárí naznačil zásady dnešních oborů zabývajících se stárnutím a vedoucích až k univerzitám třetího věku, jak je dnes známe (Smitka, 2000). Zájem o otázky stárnutí v českých zemích lze zaznamenat už v roce 1843, kdy profesor Josef Hamerník oznámil sérii přednášek o „nemocech pokročilého věku s klinickými demonstracemi“ na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Následoval jej pak profesor

František Procházka s přednáškami o chorobách stáří od roku 1904 (Holmerová et al., 2007).

Moderní počátky oborů zaměřených na stárnutí a stáří v českých zemích lze spatřovat v aktivitách profesora Rudolfa Eiselta, který se od roku 1921 zabýval geriatrií (interdisciplinární obor zaměřený na zdravotní a funkční stav seniorů) a v roce 1926 založil Ústav pro nemoci stáří v Praze. Po roce 1929 se ústav přesunul do nově vzniklých Masarykových domovů (dnešní Fakultní Thomayerova nemocnice). Šlo o první geriatrické zařízení svého druhu na světě (Kubešová, 2006).

První témata psychologie stárnutí a stáří se objevují v ustavující se české klinické psychologii v 50. letech 20. století. Pravděpodobně první českou publikací k tématu je *Psychologie stáří* autorů psychiatra Vladimíra Vondráčka a psychologa Jana Srnce z roku 1959. Vladimír Vondráček pak publikuje studii *Medicínské a psychologické aspekty zaměstnávání starých osob* v roce 1960.

V roce 1966 vydává Zdeněk Hrůza publikaci *Věda o stárnutí*, v níž představuje tehdejší poznatky v průsečíku gerontologie a psychologie popularizující formou. Výzkumný ústav sociálního zabezpečení v Praze vydává v roce 1969 práci Miloše Prchlíka s názvem *Úvod do normální psychologické gerontologie: psychologická problematika starých občanů*. Druhá část pak vychází v roce 1971.

V 70. letech vychází několik učebních textů, např. *Psychologie dospělosti a stáří* od Josefa Viewegha (1970) nebo opakovaně vydávaná *Psychologie stárnutí a stáří* od Josefa Švancary (1979). Významnou publikací je 4. díl Příhody (1974) *Ontogeneze lidské psychiky* nazvaný *Vývoj člověka v druhé polovině života*, kde autor zejména v druhé části *Senium* v osmi kapitolách rozebírá psychologické aspekty stárnutí, tvořivost, sociopsychické vztahy, přítomnost bolesti a poslední věci člověka.

V 90. letech 20. století se dostávají veřejnosti publikovaná díla již bez cenzury, např. Helena Haškovcová vydává čtyřsetstránkovou monografii *Fenomén stáří* (1990), v *Praktické gerontologii* publikuje kapitolu *Psychologie starého člověka* (1991). Neméně významnou publikací v oblasti vývojové psychologie je *Cesta životem* Pavla Říčana, vydaná poprvé v roce 1990 (4. přepracované vydání je z roku 2021). V kapitolách 12–14 se autor zabývá otázkami věku 50+ a svým odborně popularizačním stylem předkládá čtenáři přehled zásadních témat tohoto životního období. Objevují se také publikace specificky zaměřené, např. kapitola Jana Srnce (1994) o gerontopsychologické diagnostice nebo studie v České kinantropologii *Pohyb a způsob života ve stáří: skupinový rozhovor se členy Seniorského klubu FTVS UK* autorů Miroslava Štilce a Jana Hendla (1998).

V 90. letech mají své počátky také mezioborová odborná setkání, kde jedním z témat je psychologie stárnutí a stáří. Např. první konference komunitní péče o staré občany se konala v říjnu 1995 v Praze. Česká alzheimerovská společnost pořádá od

roku 1998 Pražské gerontologické dny. Gerontologické dny mají svou tradici také v Ostravě a v Českých Budějovicích.

Oproti gerontologii, která se etabluje jako vědecký obor s výukou na lékařských fakultách a s odborným zázemím vědecké společnosti v České lékařské společnosti JEP, zůstávají psychologové se zájmem o problematiku stárnutí a stáří po roce 1989 poněkud osamoceni. Téma psychologických aspektů stárnutí a stáří je však opakovaně zpracováváno publikačně i formou přednášek na konferencích.

Další v řadě významných českých monografií je dílo Marie Vágnerové *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří* (2007), kde se autorka rozsáhle věnuje období raného stáří (60–75 let) a dále období pravého stáří (75+). V roce 2010 publikuje Běla Hátlová *Psychologii seniorského věku*. Věnuje se zde mj. tématu pohybu ve stáří a psychomotorické terapii při onemocnění demencí. Dalšími studijními texty jsou *Gerontopsychologie: studijní texty pro kombinované studium* Naděždy Špatenkové (2009), *Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce* Aleny Vosečkové (2014) a kapitola Stáří Marie Vašutové v monografii *Základy biodromální psychologie* (2010). V roce 2011 přichází Jaro Křivohlavý se svou novou monografií *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Dotýká se zde podstatných otázek psychologie stárnutí a stáří čtivou a srozumitelnou formou.

Hana Ptáčková et al. vydávají v roce 2012 kolektivní monografii *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Mj. se zde zabývají kvalitou života seniorů a standardizovanými metodami na měření psychosociální adaptace.

Koncem roku 2010 založila Hana Štěpánková Georgi spolu s Evou Jarolímovou a Josefem Vaško pracovní skupinu pro geropsychologii při Českomoravské psychologické společnosti, pozdější sekci geropsychologie. Termín geropsychologie – psychologie stárnutí a stáří – tedy zavádí do českého prostředí jako nový. Na prvním semináři pracovní skupiny v roce 2011 proslovil Jan Srnec přednášku na téma *Dimenze času v gerontopsychologii* a Jaro Křivohlavý nabídl téma *Naučený optimismus ve stáří*. Sekce zorganizovala již na 34 seminářů (k prosinci 2023). Členové sekce se podílejí od roku 2013 na výuce výběrového předmětu *Základy geropsychologie* na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Od roku 2012 organizuje Hana Georgi se svými spolupracovníky a příznivci každé dva roky multioborovou konferenci *Stárnutí*, na níž vystupují odborníci zabývající se aspekty stárnutí a stáří v nejrůznějších oblastech.

Psychologii stárnutí a stáří lze vystopovat i v některých dílech české prózy. Psycholog Václav Smitka (1935–2013) působil téměř 30 let v Psychiatrické léčebně v pražských Bohnicích. Vedle klinické práce také psal a přednášel na konferencích. Jeho *Archeologie lidských životů* z roku 1997 je koláží kazuistických příběhů, básní a úvah z geriatric. Na ni volně navazuje více autobiografická *Archeologie lidských*

životů II a Eseje o člověku z roku 2009, s předmluvou Jiřiny Šiklové. V roce 2003 autor rekapituluje v časopise *Praktický lékař* své 30leté působení na geriatrici (Smitka, 2003). Středoškolský pedagog a publicista Miloš Hoznauer nazval svou knihu úvah *Stařec na čekané* (2016). Je stále duševně činným mužem, zamýšlejícím se nad procesy stárání. *Metuzalém* byl název šestnáctidílného pořadu o stárnutí a stáří vysílaného Českou televizí v roce 2012. Scénář byl posléze převeden do knižní podoby, kde František Koukolík (2014) vypráví o čase, biologii a medicíně, ale také o smrti, lásce, tvořivosti, štěstí a moudrosti.

Podíváme-li se do databáze Medvik Národní lékařské knihovny, zjistíme, že s využitím klíčového slova „stárnutí“ (psychologie) počet českých převážně odborných publikací vzroste ze 2 (1945–1968) na 17 (1990–1999), avšak nejvyšší skok se odehrává v období 2000–2009, kdy nalézáme na 56 publikací takto indexovaných. Další možnou kategorií je vyhledání v posledních 10 letech (tedy 2003–2023) se získaným počtem 54 prací. Co z toho lze usuzovat? Jeví se, že otázky stárnutí a stáří již zdaleka nejsou uzavřeny v lékařskopsychologické oblasti, ale zasahují do stále více oborů – neuropsychologie, sociální psychologie, komunitní psychologie, psychologie zdraví, pedagogická psychologie, psychoterapie, pozitivní psychologie atp.

1.2 Stárnutí a stáří z pohledu demografie

Eva Dragomirecká

Prodloužení života je úspěchem lidského druhu a lidské civilizace. Směřujeme k němu posledních sto let snížením úmrtnosti ve všech věkových skupinách, v posledních padesáti letech pak výrazným snížením úmrtnosti ve vyšším věku. Důsledkem těchto procesů je, že žijeme v době velkých změn věkového složení populace, které nazýváme demografickým stárnutím.

1.2.1 Demografické stáří

Stárnutí populace je jev, kdy v populaci absolutně i relativně narůstá počet starších osob. Konkrétně se za ukazatel demografického stáří považuje podíl obyvatel ve věku 65 a více let (65+). Země jsou demograficky mladé, pokud je v populaci méně než 4 % lidí ve věku 65+, demograficky zralé, pokud lidé ve věku 65+ tvoří 4 až 7 %, a demograficky staré, pokud je jejich podíl vyšší než 7 % (Zavázalová, 2001).

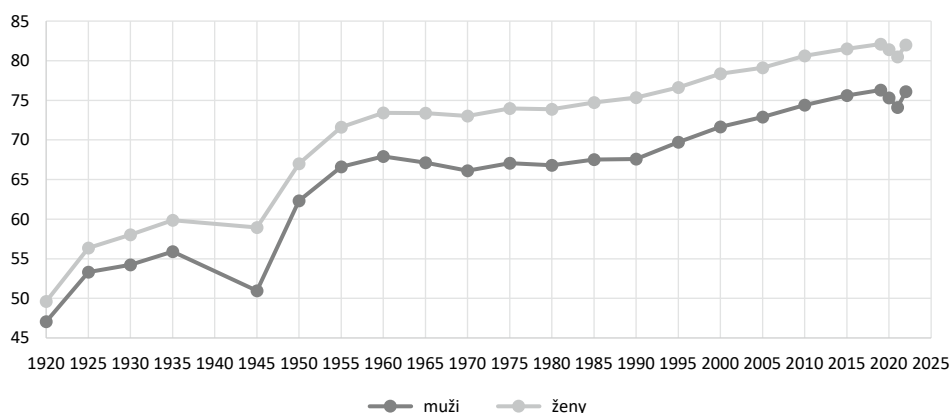
Stárnutí populace má dvě složky: stárnutí zdola označuje snížení porodnosti, které vede k nižšímu zastoupení mladých lidí v populaci, a stárnutí shora, tj. snižování úmrtnosti ve všech věkových skupinách, jež vede k nárůstu starších lidí v populaci. Změna věkové struktury obyvatelstva je výsledkem růstu životní úrovně, zlepšení hygieny a výživy a pokroků moderního lékařství v relativně nedávné době. Výrazné snížení úmrtnosti ve všech věkových skupinách přinesla úspěšná léčba infekčních onemocnění po 2. světové válce. Demografického stárnutí (podíl osob ve věku 65+ vyšší než 7 %) tehdy dosáhlo obyvatelstvo evropských států, severní Ameriky, Austrálie a Nového Zélandu. V současné době je demograficky mladá pouze populace subsaharské Afriky. V zemích Evropské unie tvoří lidé ve věku 65+ pětinu populace a podle odhadů budou v polovině 21. století tvořit 30 % populace (PRB, 2018).

Dále budeme prezentovat klíčové ukazatele demografického stárnutí české populace, které jsou důležité pro pochopení komplexní podoby procesu demografického stárnutí.

Střední délka života (průměrná naděje dožití) při narození

Proces populačního stárnutí je zesílen prodlužováním průměrné délky lidského života. Vývoj střední délky života mužů a žen za posledních sto let na území České republiky ukazuje obr. 1.1.

Za dobu samostatné existence Československa (České republiky) se střední délka života prodloužila zhruba o třicet let. Po výrazném nárůstu v poválečném období, který lze přisoudit ve značné míře dostupnosti antibiotik, došlo u nás



Obr. 1.1 Střední délka života v ČR (ČSR) v letech 1920–2022

Zdroj: ČSÚ, 2024, 9. ledna

v letech 1960–1990 ke stagnaci vývoje střední délky života, která u žen vzrostla o pouhé dva roky (ze 73,4 let v roce 1960 na 75,4 v roce 1990) a u mužů se vůbec nezvýšila (67,9 v roce 1960 a 67,5 v roce 1990). Československo zaostávalo za zeměmi západní Evropy, což se projevovalo i v úmrtnosti na civilizační nemoci. Po roce 1990 došlo díky dostupnosti léků a moderních postupů při léčbě oběhových onemocnění k výraznému snížení úmrtnosti a zvyšování střední délky života až do roku 2019, kdy dosáhla 76,3 let pro muže (o 8,8 let více než v roce 1990) a 82,1 u žen (o 6,7 let více než v roce 1990). Pro srovnání: průměrná střední délka života v zemích EU činila v roce 2019 78,5 let pro muže a 84 let pro ženy. Přes působivý nárůst střední délky života po roce 1990 je zjevné, že jsme 40 let stagnace dosud nedohnali, neboť předpokládaná doba dožití v ČR byla v roce 2019 nižší než ve všech západních evropských zemích. V rámci zemí střední a východní Evropy dosahovalo příznivějších hodnot, tj. delší doby dožití u mužů i u žen, jen Slovinsko a u žen ještě Estonsko (Eurostat, 2023a).

V letech 2020–2021 nastal v ČR vzhledem k pandemii COVID-19 pokles zhruba o dva roky. V roce 2022 se střední délka života vrátila k předpandemickým hodnotám a činila 76,1 let u mužů a 82 let u žen. Střední varianta projekce obyvatel ČR pro období 2023–2100 odhaduje střední délku života pro rok 2030 na 78,5 let u mužů a 84,1 let u žen; pro rok 2050 pak 82,2 u mužů a 87,1 u žen. Předpokládá se, že se rozdíl mezi dožitím mužů a žen, který v současnosti činí 6 let, bude postupně snižovat (ČSÚ, 2023a).

Ženy žijí déle než muži po celém světě a platí to i ve vysoce rozvinutých zemích OECD. Důvodem je vyšší pravděpodobnost zdravotně rizikového chování u mužů (kouření, konzumace alkoholu, nezdravá strava) a vyšší úmrtnost v důsledku násilných činů, nehod a sebevražd. Výše rozdílu mezi střední délkou života u mužů a u žen tedy vypovídá o kvalitě prevence rizikového chování v dané zemi. V rámci Evropy jsou tyto rozdíly nejvyšší v postsovětských republikách a Rusku (ženy žijí déle téměř o 10 let) a nejnižší, tj. méně než tři roky rozdílu ve střední délce života, v Norsku a na Islandu (OECD, 2023).

Plodnost

Stárí populace a její vývoj ovlivňuje ukazatel zvaný úhrnná plodnost, tj. průměrný počet dětí na jednu ženu ve fertilním věku. Za hraniční hodnotu potřebnou k zachování populace se považuje hodnota 2,1. Této hodnoty bylo naposledy v české populaci dosaženo v roce 1982. Po roce 1990 plodnost klesala až k historickému minimu 1,13 v roce 1999, což bylo způsobeno odkladem mateřství do vyššího věku. V roce 1990 byl průměrný věk matky prvního dítěte 22,5 let, v roce 2010 o pět let více. V roce 2021 dosahovala plodnost hodnoty 1,83 a byla druhá nejvyšší v Evropě

(nejvyšší plodnost měla Francie – 1,84), ale v roce 2022 opět klesla (1,62) a pro další roky se počítá s plodností okolo 1,5, což přispívá jak ke stárnutí populace tím, že v ní ubývá dětí, tak i k celkovému snižování počtu obyvatel (Eurostat, 2023b).

Migrace

Migrace snižuje stárnutí populace a v evropských zemích přispívá k udržení počtu obyvatel. Do ČR přišlo v souvislosti s ruskou vojenskou agresí na Ukrajině v roce 2022 téměř 330 tisíc migrantů, což zvedlo počet obyvatel na poválečné maximum 10,8 milionu a snížilo – poprvé od 80. let – demografické stárnutí naší populace (ČSÚ, 2022). Migrace je nejobtížněji odhadnutelný proces. Ve střední variantě projekce obyvatel ČR, ze které v tomto textu vycházíme, se počítá s každoročním přírůstkem 35 tisíc migrantů, přesto se odhaduje, že se počet obyvatel sníží ze současných 10,87 milionu na 10,75 milionu v roce 2030 a 10,69 milionu v roce 2050 (ČSÚ, 2023a).

Podíl osob 65+

Uvádí se, že pokud přesáhne podíl osob ve věku 65+ 12 %, je třeba se zabývat systémem péče o staré občany v celostátním měřítku a při podílu vyšším než 14 % se stává péče o staré občany základním úkolem zdravotní a sociální politiky (Zavázalová, 2001). Česká republika přesáhla 12% podíl obyvatel ve věku 65+ v roce 1970 a 14 % v roce 2004. Nárůst počtu seniorů výrazně zrychlil na konci prvního desetiletí 21. století, když přes hranici 65 let věku začaly přecházet silné populační ročníky osob narozených ve 40. letech 20. století. V roce 2023 dosahoval podíl lidí 65+ v populaci 20,4 %.

Podle projekce obyvatel ČR do roku 2100 se bude podíl obyvatel ve věku 65+ nadále zvyšovat; v roce 2031 bude podle odhadu střední varianty vývoje obyvatelstva činit 22,3 % a v roce 2051 dosáhne 29 %. Výrazně se na něm bude podílet přesouvání populačně silných generací do seniorského věku, které probíhá jak v současnosti, kdy stárnou početné poválečné generace, tak od 40. let 21. století, kdy budou do seniorského věku přecházet lidé narození v polovině 70. let 20. století (ČSÚ, 2023a).

Složení obyvatelstva

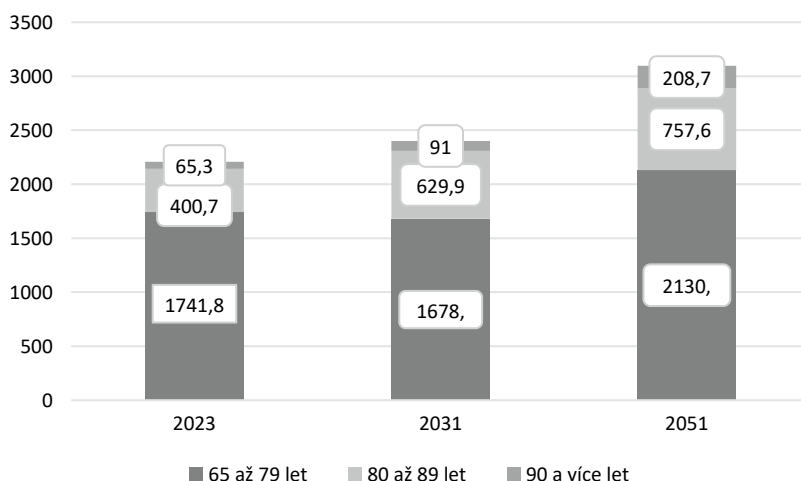
Lze očekávat, že v dalších desetiletích početně poroste pouze věková skupina 65+, zatímco počet dětí a posléze i počet dospělých se bude v české populaci snižovat (ČSÚ, 2023a). V roce 2023 dosahoval podíl dětí ve věku 0 až 14 let 16,2 % (1 750,8 tisíce v absolutních číslech) a podle projekce nebude tento počet překonán a bude výrazně klesat, a to na 14 % v roce 2031 a 13,2 % v roce 2051.

Ukazatelem populačního stárnutí, který reflektuje počet dětské a seniorské vrstvy obyvatel, je tzv. index stárí. Udává počet obyvatel ve věku 65+ na 100 dětí (0–14 let)

vynásobený stem. Pokud je tedy v populaci složka dětí do 14 let stejně početná jako osoby 65+, je hodnota indexu 100. Těto hodnoty bylo v české populaci dosaženo v roce 2006. Pro srovnání – v polovině 80. let 20. století činil index stáří 50, tj. na 100 dětí ve věku 0–14 let připadalo 50 osob ve věku 65+. Index stáří se stále zvyšoval až do roku 2021; dočasný mírný pokles v roce 2022 z hodnoty 128 na 126 byl způsoben příchodem velkého množství žen a dětí prchajících před ruskou agresí na Ukrajině (ČSÚ, 2024).

Podíl dospělé populace ve věku 15 až 64 let byl v roce 2023 63,4 % (6 868,9 tisíce) a od konce 30. let se bude také snižovat v důsledku stárnutí početných ročníků narozených v 70. letech 20. století. Podle projekce bude podíl této složky populace činit 63,6 % v roce 2031 a 57,9 % v roce 2051. Nejvýraznější změny se však týkají věkové skupiny osob ve věku 65+, jejíž podíl v populaci se bude zvyšovat, jak jsme uvedli výše, a poroste také v absolutních číslech. V roce 2023 je v populaci 2 207,8 tisíce osob 65+, pro rok 2031 se odhaduje 2 399,7 tisíce osob 65+, tj. nárůst téměř o 200 tisíc, a v roce 2051 by měly být v české populaci více než tři miliony osob 65+ (3 096,8 tisíce).

Dalším novým jevem je změna věkové struktury v rámci populace 65+, tj. výrazný nárůst osob osmdesátiletých a devadesátiletých (viz obr. 1.2). Současný počet osob ve věku 80+, který v roce 2023 činil 466 tisíc osob, tj. 4,3 % z celkového počtu obyvatel, se má v roce 2031 podle projekce ČSÚ (2023a) zvýšit na 721 tisíc (6,7 %



Obr. 1.2 Projekce vývoje počtu osob 65+ podle věkových skupin (v tisících)

Zdroj: ČSÚ, 2023a

z celkové populace) a v roce 2051 dosáhnout více než dvojnásobného počtu, a to 966 tisíc (9 % z celkové populace). Impozantní je i předpokládaný nárůst osob 90+, jejichž počet by měl v polovině 21. století přesáhnout 200 tisíc.

V příštích desetiletích tak lze očekávat nejen zvyšující se podíl seniorů (osob 65+) v populaci, ale především proměnu struktury seniorské populace s přibývajícím podílem osob vysokého věku. Důležitým úkolem pro celou společnost bude proto zabezpečit vhodnou zdravotní a sociální péči těm, kteří ji budou potřebovat, a vytvořit takové věk respektující podmínky, které budou podporovat zdraví, společenskou sounáležitost a využití pracovního a sociálního potenciálu lidí v průběhu celého života.

1.3 Stárnoucí populace v číslech

Eva Dragomirecká

Výraznou charakteristikou starší populace je vyšší zastoupení žen, které s přibývajícím věkem roste: podle údajů za rok 2022 ve věkové skupině 65–69 let bylo 53 % žen, ve věkové skupině 80–84 let 63 % žen a ve věkové skupině 90–94 let již 73 % žen. Ženy jsou proto častěji ovdovělé než muži. V celé seniorské populaci 65+ je ovdovělých 12 % mužů a 41 % žen, s věkem se rozdíl mezi podílem ovdovělých mužů a žen zvyšují. U žen převažují vdovy nad ženami žijícími v manželství ve věku 76 let, u mužů dochází k převaze vdovců nad ženatými až ve věku 92 let (ČSÚ, 2023b).

Trendem posledních deseti let je výrazný nárůst sňatků ve věku 65+ u mužů i u žen, přičemž sňatky mužů této věkové skupiny jsou dvakrát četnější než sňatky žen. U žen se častěji jedná o manželství s věkově blízkým partnerem (věkový rozdíl do pěti let), muži uzavírají manželství s věkově blízkou partnerkou jen v třetině případů a u více než desetiny případů se jedná o věkový rozdíl vyšší než 20 let. Podobně jako v případě vstupu do manželství se muži také častěji rozvádějí, a to téměř dvakrát tak často než ženy. Statistiky uvádějí také počet dětí narozených otcům ve věku 65+; v roce 2022 to bylo 47 dětí (ČSÚ, 2023b).

Úmrtnost, která byla dříve četná jak ve vyšším věku, tak u novorozenců a malých dětí, je nyní soustředěna do věkové skupiny 65+. V roce 2022 došlo ke čtyřem z pěti úmrtí ve věku 65+, a to zejména po 75. roce věku. V covidových letech 2020–2021 se struktura úmrtnosti změnila: po oba roky zemřelo zhruba o 40 tisíc seniorů více než v roce 2019 (Němečková & Štyglerová, 2022) a toto zvýšení se týkalo zejména mladších seniorů (65–69 let). V současnosti se úmrtnost a z ní odvozená střední

délka života vrací ke stavu před pandemií. Muži ve věku 65 let tak mají před sebou v průměru ještě 16 let života, ženy téměř 20 let (ČSÚ, 2023b).

Nejčastější příčinou úmrtí osob 65+ je chronická ischemická choroba srdeční (16 %), dále cévní nemoci mozku (7 %) a srdeční selhání (7 %). Mezi onemocnění, která způsobují více než 5 % úmrtí v populaci 65+, patří i v roce 2022 COVID-19 (6 %). Pro srovnání – v roce 2020 byl COVID-19 příčinou téměř 10 % úmrtí a v roce 2021 způsobil téměř čtvrtinu úmrtí ve věkové skupině 65+.

1.3.1 Zdravotní stav

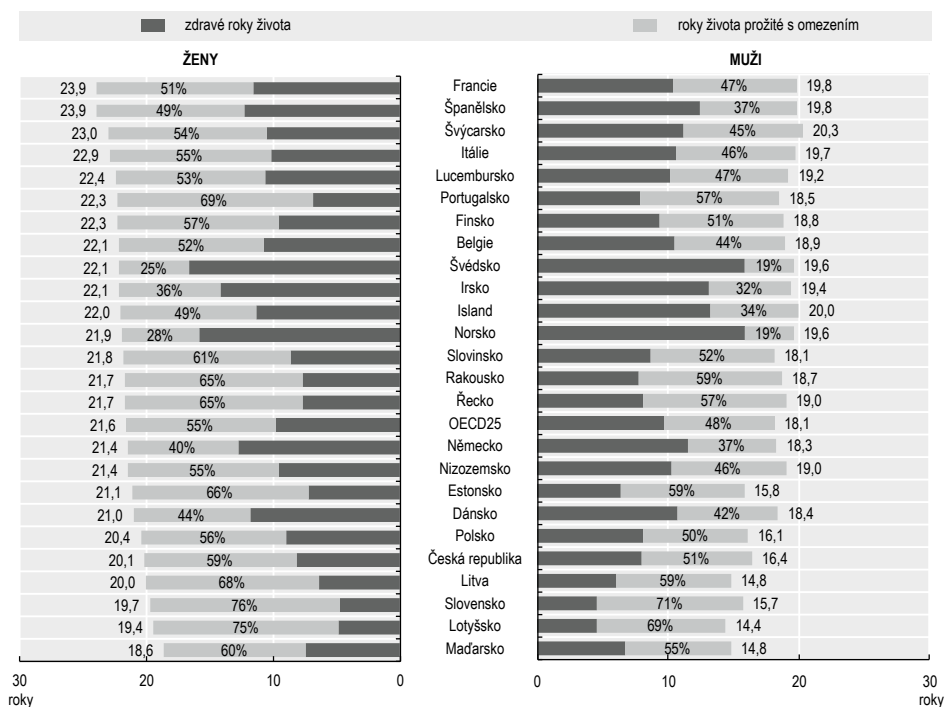
Z reakcí na demografické stárnutí se může zdát, že dlouhověkost je jak žádaným, tak obávaným cílem; u jedince vzbuzuje úzkost ze ztráty autonomie, u společnosti demografickou paniku, veřejně vyjadřované obavy z toho, že stárnutí populace ohrozí budoucí prosperitu a klesající počet ekonomicky aktivních lidí se nebude schopen adekvátně postarat o rostoucí počty nemocných či nemohoucích starých lidí. Tento pesimistický scénář se ve vyspělých zemích nenaplnuje. Dlouhodobé studie naznačují, že doba, po kterou mají lidé závažné zdravotní potíže (a náklady na léčbu), s celkovou délkou života nestoupá, nebo dokonce zjišťují, že lidé tráví větší dobu ve zdraví a kratší dobu se závažnými zdravotními problémy. Mezi evropskými zeměmi existují velké rozdíly jak ve střední délce života, tak v letech prožitých ve zdraví. Výrazné zvýšení střední délky života a ještě rychlejší prodloužení zdravých let života v ČR po roce 1993 považuje Kříž (2007) za příklad tzv. komprese morbidit, zkrácení doby prožité v nemoci a nemohoucnosti.

Jak již bylo uvedeno, v roce 2019 měli před sebou čeští muži ve věku 65 let v průměru více než 16 let života a stejně staré české ženy 20 let života. Můžeme se ptát, zda jsou před nimi roky nemoci a snížené soběstačnosti, nebo i roky dobrého zdraví. Zajímá nás také, jak se zdravotní stav seniorů liší mezi státy Evropské unie. Případné rozdíly totiž ukazují na to, že nemocnost ve stáří není jen důsledkem přirozených biologických procesů, ale závisí také na socioekonomické úrovni a kvalitě zdravotní péče, a lze ji tedy ovlivnit. Co se týče střední délky života ve věku 65 let, očekávaný počet let činil v průměru pro země EU 18,3 let pro muže a 21,8 pro ženy, a pozorujeme tedy podobné rozdíly, jako jsme popsali u střední délky života při narození. Čeští pětadesátiletí muži měli před sebou méně let života než muži žijící v západoevropských zemích, ale více než muži ve východoevropských zemích, s výjimkou Slovinska. Také české pětadesátileté ženy měly před sebou méně let života než v západoevropských zemích, ve Slovinsku, Estonsku a Polsku (Eurostat, 2023c).

Délka života ve zdraví je indikátor udávající počet let, které člověk prožije bez omezení způsobeného zdravotními potížemi. Podkladem je otázka na dlouhodobé omezení aktivit (GALI) v dotazníkovém šetření EU-SILC.¹ Znění otázky je následující: Byl/a jste v minulých šesti měsících omezen/a ve svých každodenních aktivitách zdravotním problémem? Ano, silně omezen/a; ano, omezen/a; ne, neomezen/a.

Zdravé roky života a roky života prožitého s omezením v důsledku zdravotních potíží pro rok 2019 ukazuje obr. 1.3.

Autoři obrázku (OECD, 2021) sice upozorňují, že data vycházejí ze subjektivní výpovědi respondentů a mohou být ovlivněna různou formulací otázky, případně kulturními faktory, zjištěná délka zdravého života přesto dobře odráží rozdíly ve



Obr. 1.3 Očekávaná délka života ve věku 65 a zdravá délka života v zemích OECD v roce 2019

Zdroj: OECD, 2021

¹ EU-SILC: Výběrové šetření EU-SILC (*European Union – Statistics on Income and Living Conditions*) provádí Český statistický úřad od roku 2005 pod názvem Životní podmínky. GALI: Global Activity Limitation Instrument.

výskytu zdravotně rizikového chování v jednotlivých evropských zemích. Zvláště patrné je to u mužů. Mezi země s nejdelší zdravou délkou života patří Švédsko, Irsko, Norsko, Island, Německo a Španělsko, nejméně let ve zdraví prožijí obyvatelé Lotyšska, Slovenska, Litvy, Estonska, Portugalska a Maďarska. Z přehledu výskytu rizikového chování (OECD, 2023) vyplývá, že nejméně v Evropě kouří obyvatelé Islandu, Norska a Švédska, nejvíce Francouzi, Maďari, Řekové, Lotyši a Slováci. Nejmenší spotřebu alkoholu mají Řekové, Islandané, Norové, Švédí a Italové, nejvyšší obyvatelé Lotyšska, Litvy, České republiky, Bulharska a Estonska. Zelenina se nejvíce konzumuje v Irsku, Norsku, Švédsku, Francii a Itálii, nejméně v Rumunsku, Lotyšsku, Nizozemsku, Portugalsku a České republice. Nejnižší výskyt obezity má Itálie, Francie, Španělsko, Švédsko, Norsko a Belgie, nejvyšší Maďarsko a Finsko a se zahrnutím lidí s nadváhou také Rumunsko, Česká republika, Slovensko a Řecko. V posledních 20 letech nejvíce snížilo mortalitu způsobenou znečištěným životním prostředím Norsko, Švédsko, Estonsko, Irsko a Finsko, k nejmenšímu zlepšení došlo v Rumunsku, Polsku, Litvě a Řecku (OECD, 2023).

Uvedené údaje dovolují mírný optimismus v tom smyslu, že je možné si ve vyšším věku udržet soběstačnost a prožít mnoho let v relativním zdraví, byť údaje pro českou populaci je třeba chápat spíše jako úkol než jako úspěch. Data nám ukazují i cesty vedoucí k prodloužení života ve zdraví, ať už se jedná o včasnou léčbu civilizačních nemocí, prevenci zdravotně rizikových jevů, propagaci zdravého životního stylu, nebo ochranu životního prostředí. Celkově jsou data nejvyspělejších zemí světa argumentem proti generalizující představě, že stáří je nemocné. V další části se podíváme na další podobnou generalizaci, a to že stáří je chudé.

1.3.2 Finanční situace

V roce 2022 pobíralo 1 415 tisíc žen (25,6 % z celkového počtu žen) a 952 tisíc mužů (17,9 % z celkového počtu mužů) starobní důchod, celkem tedy pobíralo starobní důchod 2 367 tisíc obyvatel ČR (21,8 %), z toho ve více než čtvrtině případů se jednalo o předčasně přiznaný starobní důchod. V roce 2022 tvořily předčasné důchody 43 % všech nově přiznaných důchodů, což byl důsledek valorizací důchodů, které zvýhodnily možnost požádat o předčasný důchod. Jen 0,4 % osob dosahujících důchodového věku využilo možnosti odejít do důchodu později a zvýšit si takto procentní výměru důchodu. Ženy pobíraly starobní důchod v průměru 28,6 let, muži 19,3 let (ČSÚ, 2023b). Pokud to vztáhneme na střední délku života při narození, stráví ženy v období důchodu více než třetinu života, muži čtvrtinu života.

Starobní důchod činil na konci roku 2022 v průměru přes 18 tisíc Kč, což bylo 42 % průměrné hrubé mzdy. Průměrný důchod žen je o více než 3 tisíce Kč nižší než průměrný důchod mužů, přičemž 45 % žen pobíralo důchod do 16 tisíc Kč (oproti 14 % mužů) a pouze 5 % žen pobíralo důchod nad 22 tisíc Kč (oproti 23 % mužů). Tyto údaje se týkají pouze starobního důchodu: více než třetina žen však současně pobírá i vdovský důchod, a jejich příjem je tedy vyšší (ČSÚ, 2023b).

Znalost průměrné výše starobního důchodu, vycházející z údajů České správy sociálního zabezpečení, nepostačuje k celkovému odhadu životní úrovně seniorské populace. Český statistický úřad (ČSÚ, 2023b; ČSÚ, 2023c) proto doplňuje tato data výběrovými šetřeními s cílem odhadnout finanční a materiální zabezpečení domácností, zejména ohrožení domácností chudobou. Příjmová chudoba domácnosti znamená, že domácnost disponuje příjmy nižšími než stanovaná hranice (60 % mediánového příjmu domácností s ohledem na velikost a složení domácnosti). Nejvyšší podíl osob ohrožených chudobou je mezi nezaměstnanými (49 %), lidmi ve věku 65+ žijícími v jednočlenných domácnostech (37,8 %) a mezi rodiči samoživiteli (30,8 %). Celkově je ve věkové skupině 65+ ohroženo příjmovou chudobou 16 % osob. Jedná se především o samostatně žijící osoby, protože příjmová chudoba u osob žijících ve dvoučlenných domácnostech, kde je alespoň jedna osoba ve věku 65+, dosahuje jen 4,1 %. K odhadu chudoby slouží také míra materiální a sociální deprivace. Tento ukazatel vyjadřuje, zda si domácnosti mohou dovolit určité výdaje, jako je např. týdenní dovolená pro všechny členy domácnosti, dostatečné vytápění, neočekávaný výdaj přesahující 13 tisíc Kč, nákup nového nábytku apod. Mezi nejvíce deprivované skupiny patří samoživitelky s dětmi i senioři žijící v jednočlenných domácnostech. Pro srovnání – 8,8 % osob ve věku 65+ žijících v jednočlenné domácnosti uvádělo materiální a sociální deprivaci, zatímco ve dvoučlenných seniorských domácnostech (jedna nebo obě osoby ve věku 65+) to bylo jen 2,9 %, méně než u celé populace, kde míra materiální a sociální deprivace činila v roce 2022 4,8 % (ČSÚ, 2023b).

Důležité je také, za co lidé ve věku 65+ své příjmy vydávají. I v této oblasti jsou velké rozdíly mezi jednočlennými a dvoučlennými domácnostmi seniorů. V jednočlenných domácnostech připadá na náklady na bydlení třetina (35 %) rozpočtu, ve dvoučlenných domácnostech je to čtvrtina (27 %). Druhou nejpočetnější kategorií výdajů jsou potraviny: v jednočlenných i dvoučlenných domácnostech za ně senioři vydají okolo 21–24 % celkových výdajů. Vysoké náklady na bydlení mají zejména jednočlenné domácnosti bydlící v nájmu, a to bez rozdílu věku, a samoživitelky s dětmi (ČSÚ, 2023b).

Čísla vyvracejí mýtus, že jsou všichni senioři chudí. Upozorňují však na vyšší riziko chudoby u seniorů jednočlenných domácností, zvláště žen, které mají v důsledku celoživotně nižších příjmů také častěji nízké starobní důchody.

1.3.3 Zaměstnanost

Finanční zabezpečení seniorů je významně ovlivněno tím, zda jsou ekonomicky aktivní i po dosažení důchodového věku. Jedním ze způsobů, jak umožnit osobám v důchodovém věku pracovat, pokud si to přejí, je flexibilní penzijní systém, který umožňuje kombinovat pobírání důchodu s prací. V ČR je možný souběh výplat starobního důchodu s libovolným typem a rozsahem výdělečné činnosti od roku 2010. V roce 2024 vzniká mužům a bezdětným ženám za podmínky získání potřebné doby pojištění nárok na starobní důchod v 64 letech a 2 měsících.

Následující údaje Českého statistického úřadu se vztahují k populaci 60+. Ve zprávě ČSÚ (2023b) se konstatuje, že zaměstnanost osob 60+ vzrostla z 12,4 % v r. 2013 na 18,6 % v r. 2023, což samozřejmě souvisí i se zvyšováním věku odchodu do důchodu. Na druhé straně se výrazně zvyšuje počet těch, kteří využívají možnost předčasného důchodu, který neumožňuje souběh se zaměstnáním. Zatímco ještě v roce 2010 představovali příjemci předčasných důchodů 19 % ze všech příjemců plných starobních důchodů, v roce 2021 to bylo již 28 % (ČSÚ, 2022). Rozhodování o předčasném odchodu do důchodu může být do určité míry ovlivněno i aktuálně nastavenými pravidly, např. na konci roku 2022 bylo vzhledem k plánovaným valorizacím výhodnější požádat o předčasný důchod než čekat několik měsíců na termín řádného důchodu. Autoři analýzy faktorů odchodu do předčasného důchodu (Šlapák et al., 2017) jmenují tři hlavní skupiny důvodů, a to individuální charakteristiky (zdravotní stav, materiální zabezpečení, spokojenost s výší očekávaného důchodu), faktory související s rodinou (např. péče o vnoučata nebo závislého partnera, pomoc v rodinném podnikání) a pracovní důvody (předsudky vůči osobám vyššího věku, stres, špatné vztahy v práci). V dotazníkovém šetření žadatelé uváděli jako nejčastější důvod zdravotní stav. Celkem 40 % žadatelů bylo nezaměstnaných, nadprůměrně byly zastoupeny osoby s nižším vzděláním. Důležité bylo zjištění, že polovina žadatelů o předčasný důchod jednala pod tlakem okolností (např. nezaměstnanosti) a považovala toto řešení za nevýhodné. Autoři shrnují, že rozhodování o předčasném důchodu závisí nejen na finanční výhodnosti a fyzickém zdraví, ale také na problémech v práci či možnosti si upravit pracovní podmínky, jako je zkrácení úvazku či úprava náplně práce (Šlapák et al., 2017).

V roce 2023 pracovalo 23,9 % mužů a 14,8 % žen ve věku 60+. Zaměstnanost závisela na regionu. Nejvyšší byla v Praze, kde pracoval takřka každý třetí muž (32,2 %) a téměř každá čtvrtá žena (22,3 %) této věkové skupiny. Další charakteristiky naznačují, že zaměstnaní senioři jsou nadprůměrně zastoupeni ve vysoce kvalifikovaných profesích jako řídící pracovníci a specialisté a podprůměrně v pohostinství a odvětvích náročných na fyzickou práci. Relativně vyšší zastoupení mají také v zemědělství,

lesnictví a rybářství, zde ale jejich zastoupení klesá. Rozložení typu „U“² se projevilo i ve výši mzdy (mzdy řídicích pracovníků a specialistů versus mzdy pomocných a nekvalifikovaných pracovníků) a ve vzdělání zaměstnaných seniorů (vyšší počet vysokoškoláků a vyšší zastoupení osob s nedokončeným vzděláním v porovnání s celou populací). Zdá se, že v pracovní kariéře pokračují jednak lidé v řídicích a expertních pozicích, jednak ti, kteří mají v důsledku nízké kvalifikace nedostačující důchody nebo na ně vůbec nezískali nárok (ČSÚ, 2022).

Statistické údaje naznačují, že se přechod do důchodu rozvolnil a individualizoval. Bačová (2023) uvádí, že donedávna se důchod a stáří ztotožňovaly a legislativní norma jednorázového odchodu do důchodu přispívala k představě „důchodců“ jako homogenní skupiny definované jen svou ekonomickou neaktivitou. V současnosti však má člověk větší možnost uskutečnit svůj vlastní koncept důchodu, ať už se to týká fáze pracovního života, aktivit, nebo způsobu přechodu. Studie ukazují, že lidé chtějí mít nad důchodem kontrolu a v některých zemích mají značnou svobodu uplatnit více způsobů odchodu do důchodu (Bačová, 2023). Jako v jiných oblastech je i zde diferencovanost starší populace silným argumentem proti jednomu řešení závaznému pro všechny.

² Pojem ze statistiky: Rozložení ve tvaru písmene U je bimodální rozložení s četnostmi, které postupně klesají a pak postupně rostou. (Tzn. nejvíce dat je na krajních pólech; např. senioři nejpravděpodobněji buď vykonávají vysoce kvalifikovanou, anebo naopak nekvalifikovanou práci, a mají buď hodně vysoký plat, anebo naopak velmi nízký, těch průměrných je relativně méně.)

2. Stárnutí z pohledu vývojové psychologie

2.1 Vývojová hlediska ve stáří

Eva Jarolímová

„Abychom plně dozráli, musíme v životě rozeznávat své úzkosti a umět čelit strachu, přijímat život i smrt, stát se jedinečnými bytostmi a pečovat o vztahy s druhými lidmi.“

OTTO RANK, 1936

Přestože lze stárnutí přesně definovat z biologického hlediska, je z jiného pohledu také sociální a psychologickou konstrukcí. To, jak vnímáme stáří, se liší v jednotlivých kulturách a historických obdobích. Hlavní hodnota teorie v sociálních a humanitních vědách spočívá v tom, že poskytuje nové způsoby uvažování o lidském životě, o němž si možná předčasně myslíme, že mu již rozumíme. Samozřejmě že o životě víme mnoho už jen tím, že jsme jeho součástí, ale stále potřebujeme nové poznatky, které nám ukazují další možnosti. Stárnutí je samo o sobě nejednoznačný pojem. Přísně vzato se vztahuje na kumulaci času, který člověk prožije. Často se však používá ve významu úpadku, jako když mluvíme o stroji, který stárne, nebo o biologických procesech zhoršování funkcí.

Psychologické stárnutí je něco jiného. Procesy úbytku a přírůstku probíhají po celý životní cyklus. To platí rovněž pro stárnutí. Pokud na nás ztráty v pozdějším věku působí více než zisky, může to být proto, že v západním světě ztráty přeceňujeme a zisky dostatečně nehodnotíme. Jiné kultury lépe oceňují duchovní rozvoj, který ve skutečnosti pomáhá kompenzovat tělesný úpadek či změnu sociálních rolí a kompetencí. V psychologii jsou známy klasické vývojové popisy stárnutí, jejichž autory jsou psychodynamičtí teoretici, zejména pak psychosociální model po sobě jdoucích životních úkolů Erika H. Eriksona, dále pak v současnosti vlivné teorie založené na systematickém pozorování, včetně teorie socioemocionální selektivity (SES) Laury Carstensen (viz kapitoly 3.4.5 a 4.1.3), a novější vývojové hypotézy, jako je teorie gerotranscendence Larse Tornstama (Tornstam, 2011). Některé z těchto teorií je možné považovat za normativní popis průměrných trendů s věkem, jiné, jako je teorie gerotranscendence, za ideální modely vývoje a stárnutí dospělých,

kteře poskytují popis toho, co je v pokročilém věku možné a také žádoucí. Stárnutí je výsledkem nejen nevyhnutelných biologických a psychologických procesů, a to dokonce nejen konkrétní životní historie jednotlivce, ale také postojů, očekávání, předsudků a ideálů společností a kultur, v nichž se lidé vyvíjejí a stárnou.

2.1.1 Psychodynamické hledisko a psychosociální teorie vývoje

Moderní psychologické teorie o vývoji člověka vznikly ve střední Evropě koncem 19. století. Sigmund Freud (1856–1939) způsobil revoluci v myšlení o lidském chování tím, že navrhl dynamický model lidské motivace a otevřel zájem o mnohem širší oblasti psychologie, než je pouze kognitivní výkonnost. Zdůraznil, že lidé nejednají vždy racionálně ani si nutně neuvědomují základy svého jednání.

Freud a jeho bezprostřední následovníci nebyli přísně vzato psychologové, ale kliničtí lékaři zabývající se léčbou lidí s duševními potížemi. Během krátké doby na přelomu století vytvořili množství myšlenek o lidské motivaci, často protichůdných a širokého záběru. Freud sám se procesy lidského stárnutí nijak podrobně nezabýval a jeho popis vývojových stádií se omezuje na velmi raná období života. Jeho někdejší kolega Carl Gustav Jung (1875–1961), který se od Freuda odtrhl a založil konkurenční školu psychoanalýzy, však přikládal mnohem větší význam tomu, co nazýval druhou polovinou života.

2.1.2 Proces individuace a návrat k bytostnému Já

Střední věk dle C. G. Junga představoval zásadní zlom, kdy se jedinci otevírají možnostem nového vývoje. Ty se netýkaly ani tak zapojení do vnějšího světa, jako spíše vnitřních procesů, které označoval termínem „**individuace**“. Člověk mohl dosáhnout nové osobnostní rovnováhy, například muž mohl přijmout své „ženské“ i „mužské“ aspekty. Dle názoru představitele analytické psychologie C. G. Junga je třeba toto chápat jako výsledek procesu individuace, jehož vrcholem je dospět k bytostnému Já. Proces individuace se odehrává především ve druhé polovině lidského života, kdy vnější úspěchy a zisky ztrácejí na svém významu. Individuace je procesem diferenciacce a rozvoje jednotlivých charakteristik, v jehož průběhu by mělo dojít k **harmonizaci a integraci všech složek osobnosti**, tedy vědomí i nevědomí, anima i animy (rozumu a citu), dochází k přijetí odvrácené části osobnosti, kterou představuje archetyp Stínu, tj. méně žádoucí vlastnosti jedince. Nakonec by měl dosáhnout spojení duchovního

a materiálního principu představovaného archetypy Moudrého starce i Velké matky, které představují moudrost a sílu, jichž může ve stáří dosáhnout. Starší člověk se tak definitivně vnitřně vyvazuje i ze symbolického vlivu svých rodičů. (Celkově jde o proces odpoutávání z různých vazeb a harmonizaci komplementárních principů.) Pokud člověk dosáhne této úrovně, nalézá své **bytosné Já**, které spojuje vědomí s nevědomím. Nachází v sobě vnitřní rovnováhu a získává odstup od problémů, které jej dříve trápily (Jung, 1994; Jung, 1995; Vágnerová, 2007). Jung kladl velký důraz na hodnotu symbolických a náboženských zkušeností při vytváření stavu harmonie mezi jedincem a okolním světem a důkazy pro své teorie čerpal z rozsáhlých znalostí jiných kultur a společností.

Americký humanista Carl Ransom Rogers (1902–1987) dospěl k poznání, že nejvyšším cílem lidského bytí je **přijetí sebe takového, jaký jsem, být sám sebou** (Rogers, 2014). Další pohled na stáří vnesl jeden z Freudových spolupracovníků, Alfred Adler (1870–1937), který také začal zdůrazňovat různé aspekty lidské motivace (Adler, 1927). Nesouhlasil s Freudovým důrazem na prvořadou důležitost sexuality a místo toho navrhl, že hlavní motivační silou v životě všech lidí je pocit méněcennosti. Zvláštní význam Adlerovy teorie pro psychogerontologii spočívá v uvědomění, že pocity méněcennosti a ztráty sebeúcty se mohou v pozdějším životě znovu stát hlavními problémy v důsledku změny postavení spojené s odchodem ze zaměstnání, zármutkem, tělesným úpadkem a ztrátou schopností. Zároveň se zmenšují možnosti rozvoje nových blízkých přátelství k udržení identity a sebeúcty. V adlerovských termínech lze strnulé, předpojaté a odmítavé postoje starších lidí považovat za důsledek strachu ze srovnání s mladšími lidmi. Perspektiva adlerovského přístupu k terapii byla v podstatě konstruktivní. Pocity méněcennosti a neurotický životní styl lze překonat tím, že se jednotlivci pomůže rozvinout širší zájem o druhé, včetně mladší generace, a znovu si vypěstovat pocit sounáležitosti (Adler, 1927).

2.1.3 Integrita, nebo zoufalství

Stejně jako Jung či Adler se německý neopsychoanalytik Erik Homburger Erikson (1902–1994) primárně nezaměřoval na stáří jako takové, ale tvrdil, že všechna vývojová stadia, včetně raného života, nelze studovat bez ohledu na celou délku života. Jedním z jeho hlavních přínosů pro vývojovou psychologii bylo poznání, že vývoj dítěte je třeba chápat v kontextu jeho konkrétního sociálního prostředí, které obývají dospělí potýkající se s vlastními vývojovými úkoly. Ve své knize *Dětství a společnost* (Erikson, 1963) poskytl velmi vlivný rámec pro studium celoživotního vývoje, který popsal v podobě řady psychosociálních úkolů, jež je třeba splnit. V Eriksonově teorii

jsou vývojová stadia pojata jako hierarchicky uspořádaná, přičemž další stadia předpokládají vývoj stadia předchozího. Ale i když další stadium navazuje na předchozí, nenahrazuje toto dřívější stadium. Když se tedy vývoj člověka v průběhu životního cyklu završí ve stáří, představuje toto stadium souhrn všech předchozích stadií včetně psychologických silných (nebo slabých) stránek, které člověk získal. V průběhu života se vývojové fáze spojují a vytvářejí celek (Erikson, 2015).

V průběhu celoživotního vývoje čeká člověka ve stáří poslední úkol – tím je podle Eriksona (1996) **získání integrity** a tím **překonání pocitů zoufalství**. V případě úspěšné integrity Já mluvíme o zdárném uchopení celoživotního procesu s ohledem zpět s důvěrou v to, co se událo. V takovém případě člověka přemáhá víra v sebe sama a sounáležitost s během věcí.

Na symbolické úrovni bychom mohli pohled integrovaného starce vyjádřit spokojeným ohlédnutím se za onou pomyslnou červenou nití, kterou mu sudičky určily. Nyní už chápe, že to nemohlo být jinak, ale právě jediné takto. Začátek, průběh a hlavně smířlivý konec, tedy smrt, se neodvratně blíží a senior váží životní skutky. V pojetí „integrity Já“ dle Eriksona samotná smrt „ztrácí svůj osten“. Oproti tomu však stojí jedinec, který nebyl schopen dostatečně rozvinout (integrovat) své Já. Smrt je pro takového jedince spíše obavou. Konec života se ohlašuje strachem a obavami. Mohou se objevit pocity nenaplnění, nesmyslnosti a touhy prožít život jinak, jiným způsobem (Erikson, 1996). Podle Vágnerové (2007) až 80 % seniorů ve věku 80+ je smířeno s vlastním životem, tedy na pólu integrity.

Celistvost se dostává na první místo, když už člověk splnil svoje poslání, jako pravdivost k sobě samému, která člověku umožňuje poznat, oč vlastně v celém našem životě šlo. Podle Říčana (2014) toto zaujetí pro pravdu může připomínat adolescenci, avšak nyní je mnohem zralejší, zkušenější a schopnější, je více sebekritické. Starší, moudří lidé často říkají: „Prožil jsem dobré i zlé, udělal jsem hodně hloupostí, ale kdybych měl žít svůj život znovu, nechtěl bych, aby byl jiný.“ Nejde ovšem o smíření, k jakému by bylo možné dojít lacinou rezignací po životě, v němž člověk pro nic nepracoval, ničím se nenadchl, viděl jen sebe. Jak by bylo možné přijmout příběh, v němž nebyla důvěra ani rád, v němž nebyla vytvořena identita a skutečná intimita, který nebyl naplněn generativitou (Říčan, 2014)? Jde o **domov**, o místo, kam člověk patří, kam vždycky patřil. Nejde však jen o nejbližší lidi. K celistvosti života patří i domov v národě, kultuře, ve které žijeme. Integritu lze chápat rovněž jako životní filozofii, moudrost, k níž se člověk dopracoval celoživotní zkušeností a přemýšlením.

Zoufalství je stále ještě projevem života, je to **něco** – na rozdíl od lhostejnosti nebo spokojeného vegetování člověka, který nepochopil vůbec nic. Polarita integrity a zoufalství představuje dvojí vyústění, dva různé konce životní cesty. Ztráty stáří nutí člověka, aby svou integritu hájil proti pocitům beznaděje a zoufalství, které důvěrně

zná a které musí čas od času překonávat. Senior může udržet integritu, vrchol svého životního růstu až do pozdního věku, pokud nedojde k rozvoji hluboké demence, která je spojena se změnami osobnosti a duševním úpadkem. Jak doplňuje Říčan (2014), někdo umírá najednou, někdo po částech. Vidět trosky velké osobnosti je důvod ke smutku, ale nikoli k zoufalství.

Cílem první poloviny života je zplození potomstva, jeho ekonomické zajištění a budování sociálního postavení, tedy to, co Erikson (1963) nazývá „**generativitou**“. Jakmile člověk tento vývojový úkol splní, měl by být jeho prvořadým cílem rozvoj vlastní osobnosti. Stárnoucí člověk by si měl uvědomit, že k tomu, aby takového cíle dosáhl, je třeba zúžit své zájmy, omezit aktivity, které byly dříve důležité, soustředit se na rozvoj sebe sama, měl by pochopit, jaké je jeho místo v kontinuitě generací (Vágnerová, 2007). Péči o vnoučata, předávání tradic, náboženství, hledání smyslu můžeme řadit jak do starší dospělosti, tak i do období samotného stáří. K Eriksonově vývojovému úkolu „integrita proti zoufalství“ je přidán úkol **starat se o to, co má význam pro vzdálenější budoucnost: pěstovat a uchovávat tradici**.

Erikson v rámci své teorie celoživotního vývoje pro období střední dospělosti (jež souvisí i s dalšími vývojovými fázemi) stanovil **póly generativity a stagnace**. Generativita je definována jako zájem o budoucí generaci a v širším smyslu jako zájem o rozvoj společnosti, v níž bude další generace vyrůstat. Zahrnuje jak stránku biologickou (prokreativitu a plodnost), tak stránku sociální (produktivitu a kreativitu). Na opačném pólu stojí stagnace, kdy člověk není schopen poskytovat péči svým blízkým, nalézat zaujetí pro to, co dělá, a přispívat k rozvoji společnosti (Blatný et al., 2020).

Vůči Eriksonově teorii byly vzneseny různé výtky, mimo jiné že podceňuje význam biologických změn a kladé přílišný akcent na psychologický vývoj jedince jako součásti sociálního systému. Dále byl jeho názor na harmonii mezi vnitřním vývojem a vnějším prostředím, tedy že „společnost má v zásadě tendenci být konstituována tak, aby vyšla vstříc této posloupnosti potenciálů a pozvala je k interakci“ (Erikson, 1963), považován za příliš optimistický. Ve skutečnosti je poněkud paradoxní, že navzdory Eriksonově ochotě akceptovat vliv kultury a historického období na vývoj, teorie zřetelně odráží normy a hodnoty z 50. let 20. století. Od té doby se změnilo načasování životních událostí, práv, povinností a rolí vázaných na různé věkové kategorie. Později se rozvíjí mnohé další výzkumy, například Elaine Cumming a William Earl Henryho (1961) teorie odpojení (*disengagement*) nebo teorie aktivity ve stáří (Havighurst, 1961).³

³ Teorie odpojení vyvolala okamžitou kontroverzi. Byla formulována opačná „teorie aktivity“, která tvrdila, že pro staršího člověka je výhodné pokračovat v plnění sociálních rolí a aktivit, a ne se z nich stáhnout, a mnoho

2.1.4 Teorie Havighursta a jeho následovníků

Jungovy, Adlerovy a Eriksonovy teorie o vývoji dospělého člověka byly založeny na široké škále klinických a jiných pozorování, jakož i na značných osobních úvahách, ale nebyly vypracovány v kontextu empirického vědeckého zkoumání. Zkoumání vývoje dospělého člověka je samozřejmě vzhledem k dlouhému časovému úseku ze své podstaty velmi náročné. Příležitost k rozsáhlému výzkumu potřebnému k ověření teoretických myšlenek, včetně nezbytné akademické infrastruktury institucionální podpory pro takové zkoumání, se začala vytvářet až v 50. letech 20. století. Jedno z prvních center, které vzniklo v oblasti studia stárnutí, bylo založeno na Chicagské univerzitě, a to Výbor pro lidský rozvoj (*Committee for Human Development*). Jednalo se o skupinu spolupracujících vědců, která zahrnovala jak sociology, tak psychology. Teorie, které vznikly na základě jejich průkopnické práce, přinesly v průběhu 50. a 60. let 20. století přesnější představy o vývojových vzorcích stárnutí (Havighurst & Albrecht, 1953; Cumming & Henry, 1961; Neugarten et al., 1964 in Coleman & O'Hanlon, 2017). Robert Havighurst (1948/1972) rozpracoval Eriksonův pojem vývojového úkolu a pokusil se podrobněji vymezit hlavní sociopsychologické vývojové úkoly v pozdějším věku (60+), přičemž byly uvedeny následující faktory:

- plnění občanských a společenských povinností a příprava na odchod do důchodu;
- přizpůsobení se sníženému příjmu v důchodu, zajištění uspokojivého bydlení;
- jednoznačná příslušnost ke své věkové skupině, přizpůsobení se ubývajícím fyzickým silám a přizpůsobení se věku.

Také další autoři, a to jak ve Spojených státech, tak i jinde, zdůrazňují potřebu přehodnocení role starších lidí ve společnosti. Například britský sociální historik Peter Laslett doporučoval přijetí konceptu „třetího věku“ pro označení příležitostí, které současná společnost nabízí starším lidem, a vyzýval je, aby se znovu aktivně zapojili do

následného výzkumného úsilí se zaměřilo na otázku, která z těchto dvou „teorií“ je platnější. Studie ukázaly, že odchod ze společnosti nebyl vždy tak dobrovolný, jak Cumming a Henry (1961) předpokládali, ale často byl vynucen událostmi a ti, kteří zůstali zapojeni, byli obvykle nejšťastnější. Původní teorii odpojení je však třeba vnímat v kontextu, který Cumming a Henry sami popsali. Byla vytvořena vědomě jako reakce na implicitní „teorii“ stárnutí, která byla v tehdejší americké společnosti aktuální, tedy že stárnutí je ze své podstaty špatné a že úspěšné stárnutí spočívá v tom být co nejvíce podobný člověku středního věku. Zdravé stáří bylo považováno za protimluv: kdo je starý, je z definice nezdravý. Cumming a Henry tento názor zpochybnili. Chování průměrného pětiletého dítěte se liší od chování desetiletého, stejně jako chování dvacetiletého a čtyřicetiletého člověka. Přesto jsou všichni považováni za normální pro danou věkovou skupinu. Proč stejným způsobem nepřistupujeme k průměrnému chování sedmdesátníků a osmdesátníků? Cumming a Henry se vyslovili pro přehodnocení změn v chování, které jsou charakteristické pro staré lidi, a pro to, aby nebyly náhodně označovány za „patologické“, ale aby byly považovány za normální a zdravé. Tvrdili, že typickým znakem těchto změn je proces sociálního odpojení či vyvázání. Ten byl pro ně tak důležitý, že podle něj pojmenovali celou teorii (Coleman a O'Hanlon, 2017).

kulturní a vzdělávací sféry, protože je považoval za nositele společenských hodnot, které jsou často opomíjeny ve „druhém“ věku života, jemuž dominuje práce (Laslett, 1989).

2.1.5 Teorie Cohena, Ferringa a dalších autorů

Lidé v druhé polovině života jsou nyní nejrychleji rostoucí skupinou populace a už se nespokojí s pouhým přijetím ztrát věku. Cohen (2009) tvrdí, že ve skutečnosti dochází v naší mysli k pozitivním změnám. Gene Cohen, renomovaný psychiatr a gerontolog, vycházel z bohatých vědeckých výzkumů a také z hloubkových rozhovorů se staršími ženami a muži a odhalil, jak mysl pokračuje v růstu a rozkvětu i ve druhé polovině života. V průkopnickém zpracování psychologie pozdějšího věku Cohen popsal, jak nám mysl dává „vnitřní impulzy“ a vytváří nové příležitosti k pozitivním změnám po celý dospělý život. Ukázal, jak můžeme tento růst nastartovat v jakémkoli věku a za jakýchkoli okolností, dolaďovat ho za pochodu, aktivně vytvářet mozkové rezervy a nové možnosti. Jiná teorie je od autorů švédské studie (Strawbridge et al., 1998) a zabývá se životními příběhy seniorů ve věku 85+, kteří doložili, že během stárnutí není důležité dosáhnout ekvilibria, ale naopak je zapotřebí přijmout změny, které stáří přináší, a zachovat si identitu. Zařadili tak do zmíněných změn **čtveřici základních protikladů**, jež se s přibývajícím věkem vyskytují pospolu. Jsou to „slabost a síla těla, pomalost a rychlost běhu času, smíření a lítost, udržování spojení s druhými a osamělost“ (Šolcová, 2011; Srnec, 2015).

Belgický vědec, geropsycholog a profesor vývojové psychologie Dieter Ferring (1958–2017) ve své práci zaměřené na modely stárnutí a jeho zvládání zjišťuje relevantní faktory zvládání těžkostí podmíněných věkem. Jedná se o subjektivní vnímání, úsudek jedince v dané situaci oproti objektivní životní situaci. Kombinací těchto faktorů vznikají rozmanité životní situace ve vztahu k jejich prožívání a zvládání. Ferring na základě dlouholetého výzkumu modelů stárnutí a stáří a těžkostí spojených se samotným věkem podmíněnými změnami dochází k závěru, že faktor určující zvládání těžkostí je „tedy to, jak o dané situaci člověk smýšlí, jeho úsudek oproti jeho objektivní životní situaci“. (Ferring & Boll, 2010)

2.1.6 Gerotranscendence

S jiným pohledem na stáří v návaznosti na myšlenku sebepřesahu v pozdějším věku významně souvisí také teorie gerotranscendence Larse Tornstama, dobře známého v Polsku a v Německu. Švédský sociolog a gerontolog Lars Tornstam (1943–2016)

budoval svoji teorii gerotranscendence po dvacet let. Tornstam předpokládá **kvalitativní posun v orientaci člověka na svět s věkem**. Podle něj „gerotranscendence“ zahrnuje prožívání nového vymezení sebe sama ve vztahu k času, prostoru, životu a smrti. Lidské stárnutí je charakterizováno **změnou v metaperspektivě**, a to z původního materialistického a racionálního pohledu na svět k pohledu kosmičtějšímu, spirituálnějšimu a transcendentnímu. Jde o přirozený proces, jehož výsledkem je zralost a moudrost (Tornstam, 1997). Lze konstatovat, že gerotranscendence je pozitivní silou v životě starých lidí a spočívá v duchovním spojení s vesmírem, ve vnímání smrti jako součásti života a v chápání pokračování vlastní existence skrze další generace. Tento koncept úspěšně zahrnuje prvky z dřívějších teoretických prací a zároveň přidává navazující, které vytvářejí ucelený obraz „ideálního stárí“. Tornstam odkazuje na **Jungův koncept kolektivního nevědomí**, když popisuje, jak gerotranscendentní jedinec prožívá rostoucí blízkost s univerzálními psychologickými strukturami, které charakterizují člověka v různých kulturách. Jeho teorie odpovídá také **Eriksonově myšlence, že integrovaný starší člověk** má pocit sounáležitosti s minulými a nastupujícími generacemi. S tím souvisí i snížený strach ze smrti. Důležitým se stává nikoliv individuální život, ale celkový tok lidského života. Dochází ke snížení sebestřednosti, což opět odpovídá Eriksonově teorii, která vede ke generativitě vůči mladším jedincům a k většímu pochopení sobeckých a nesobeckých aspektů sebe sama. Dochází ke ztrátě zájmu o stárnoucí tělo spolu s obecným posunem od egoismu k altruismu. Jedinec prožívá návrat do dětství a jeho proměnu a přijímá sebe sama takového, jaký je, a život, který prožil, tak, jak se odvíjel.

Charakteristiky gerotranscendence dle Tornstama (Tornstam, 1996, 2005):

-
- zvýšený pocit sounáležitosti s „duchem vesmíru“;
 - předefinování vnímání času, prostoru a objektů;
 - předefinování života a smrti;
 - snížení strachu z úmrtí;
 - snížený zájem o povrchní sociální interakce;
 - snížený zájem o materiální věci;
 - snížení sebestřednosti (egocentrismu);
 - zvýšení času stráveného v meditaci.
-

Klasická gerontologie pohlíží na omezení kontaktů a jisté stažení se do sebe u starých osob jako na nevýhodu či negativní jev, který je patrně dán ztrátou pozice a role ve společnosti po odchodu do důchodu. Proto je potřeba do sebe uzavřené, pasivní

staré osoby aktivovat, aby se dále neutápěly ve svém osamocení. Tornstam má za to, že pokud staří lidé chtějí svůj klid a pokoj a nechť se druží v sociálních vztazích, nejde o negativní jev, jemuž je potřeba čelit, ale o charakteristiku, jež jsou pozitivní a souvisejí s procesem gerotranscendence. Podle jeho teorie je také normální ve starém věku opouštět materiální hodnoty a více se zabývat spirituálními hodnotami a meditací (Šolcová, 2018). Výsledkem procesu gerotranscendence je zralost a moudrost.

Tornstam (2011) si také všiml, že staří lidé dávali najevo spokojenost se svým životem a necítili se ve stáří osamělejší než v mladším věku, i když jejich sociální život byl omezen. Postupně nahlížel na pasivitu jako na jinou formu aktivity, kterou si staří lidé volí, věnují-li se vzpomínání nebo běžnému hovnění. Z pohledu současného přesvědčení západní kultury, že správná je aktivita, mohou být osamělost a stažení do sebe pokládány za příznak deprese. Vyhledávání samoty však může přímo souviset i s limitovaným energetickým potenciálem. Přitom je však možné, že starý člověk je méně náchylný k prožívání osamělosti jako něčeho nežádoucího. V sociálních vztazích se může stávat vybíravějším.

Tornstamova teorie gerotranscendence má své **příznivce i kritiky**. Pozitivní ohlasy našla zejména v ošetrovatelství (Wang et al., 2015; Šolcová, 2018). Odpůrci poukazují na to, že Tornstam při konstruování teorie sáhl po východním náboženství a neopřel se více o spiritualitu, jež je vlastní západní kultuře, že teorie není univerzální a její definice není zcela jasná, že umístil transcendenci do pozdního věku, přestože existují poznatky o tom, že se vyskytuje v každém životním období, že významnou roli sehrává i kulturní kontext (Šolcová, 2018). Tornstam tuto kritiku o neuniverzálnosti teorie přijal s tím, že ve svých kvalitativních výzkumech došel k závěru, že gerotranscendence není uniformní vývoj pro všechny, charakterizuje ji spíše jako vývojovou možnost, jako určité semínko v každém z nás, které se u někoho ujme a u někoho ne, a uvedl dokonce, že se jedná o pouhých 20 % populace. Důvody, které tento proces limitují, jsou přetrvávající hodnoty a očekávání ze středního věku (Tornstam, 2011). Lze se domnívat, že v této souvislosti svou roli mají i interindividuální faktory, a tedy hledisko diferenciální gerontologie, tak jak byla u nás rozvíjena Janem Srncem (2015). Gerotranscendence může být snazší pro určité uspořádání osobnosti, např. snadnější pro introverty či osoby s vyšší úrovní ego-integrity (Šolcová, 2018).

Klasické vývojové teorie pracují s úkoly, které člověk řeší během různých etap svého života. Pro zjištění úrovně jejich plnění je k dispozici Dotazník vývojových úkolů (*Developmental Tasks Questionnaire for Seniors*; DTQ-S) z roku 2020, kterým se zabývaly a který představily českému prostředí autorky Hana Georgi a Zuzana Tichá. Autorky předpokládaly souvislost míry vyrovnání se s vývojovými úkoly stáří s afektivním laděním a osobní pohodou. Jedná se o příklad nástroje pro měření vývojových úkolů ve starším věku. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly o něco

vyšší hodnoty oproti populaci užitě v původní polské práci a statisticky významnou souvislost s dotazníky afektivního ladění a osobní spokojenosti. DTQ-S je adekvátní metodou pro zjištění dosažení vývojových úkolů ve starším věku (Georgi & Tichá, 2023).

2.2 Tělesné změny ve stáří

Eva Jarolímová

Stárnutí je obecně biologickým jevem. Nelze nalézt příklad živého organismu i struktury, které by nepodléhaly procesu stárnutí. Když si člověk uvědomil, že lidský život je konečný, začaly se objevovat snahy tuto skutečnost nějak zvrátit. Získat nesmrtelnost, nebo alespoň dobu svého bytí nějak prodloužit. Nesmrtelnost byla kýženým, nespílitelným cílem, a proto byla připisována bohům, stala se vlastností pohádkových bytostí. Biologické stáří popisují Zdeněk Kalvach et al. (1997) jako hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí ve vyšším věku. Výraz „**biologický věk**“ poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obecně je tento pojem užíván poměrně volně k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Badatel Bromley (1988) stáří nazývá **postvývojovou fází**, v níž již byly realizovány všechny latentní schopnosti vývoje a zůstávají pouze nově působící možnosti poškození (Stuart-Hamilton, 1999).

Podle starších teorií Václava Příhody (1974) se již v období starší dospělosti – *interevia* (věk od 45 do 59 let) – mění organismus člověka v tom smyslu, že dochází k postupné deterioraci většiny tělesných tkání, takže involuční pochody znatelně převládají nad evolučními. Podle existujících evolučních teorií si tělo samo „volí“ tento způsob stárnutí (programované stárnutí).⁴ Stárnutí jako zákonitý proces, pro dané období typický, není pozorovatelný den ze dne, ale zřetelně vyniká na konci každého pětiletí a zvláště nápadný je při srovnání celkového vzezření subjektu na počátku a na konci *interevia*. Involuční pochod je ovšem heterochronní podle biologického zákona nerovnoměrného vývoje, takže některé tělesné systémy nejsou deteriorací příliš zasaženy. Jde tu zejména o některé fyziologické konstanty.

⁴ Moderní teorie evoluce hovoří o tom, že organismus je puzen k tomu, aby se co nejvíce rozmnožoval (reprodukoval), a tento úkol má vyšší prioritu než přežití konkrétního organismu.

Existuje mnoho teorií stárnutí. Tělesné buňky nejsou nesmrtelné – zhruba v sedmileté periodě všechny umírají a jsou nahrazeny buňkami novými. Hayflick (1977) zjistil, že živé buňky vyjmuté z těla a pěstované in vitro se před svým zánikem reduplikují pouze do určitého limitovaného počtu. V 60. letech prokázal, že počet dělení, kterého jsou tělesné (somatické) buňky schopny, není neomezený, nýbrž při narození činí asi 80 a na počátku stárí asi 30 dělení (z této zákonitosti se vymykají pouze buňky maligních nádorů, které ztrácejí schopnost kontaktní inhibice a získávají „buněčnou nesmrtelnost“). Toto zjištění se dle svého objevitele nazývá **Hayflickův jev**. Již v této době byly známy zvláštní koncové struktury chromozomů, tzv. telomery (opakované sekvence několika nukleotidů), které brání nežádoucímu vstupování chromozomů do reakcí. V 80. letech se podařilo prokázat, že při buněčném dělení dochází ke zkracování telomer a jejich zkrácení pod určitou míru znamená pro buňku ztrátu dělicí (rozmnožovací) schopnosti. Telomery a enzym telomeráza se tak jeví být „počítadlem“ či hodinami života „**Hayflickova limitu buněčných dělení**“. Jiná teorie – teorie stárnutí somatickou mutací – argumentuje tím, že jde o problém s několika rovinami, neboť substituující buňky nejsou přesnými kopiemi – obsahují totiž genetické chyby. Za další faktory fyzické degenerace jsou považovány znečištění prostředí a strava. Jiné teorie stárnutí hovoří o tvorbě volných radikálů (reaktivních sloučenin kyslíku), které vznikají při běžných metabolických procesech. Důsledkem je rozvoj oxidačního stresu, který se podílí na patogenezi mnoha zánětlivých a degenerativních onemocnění (Kalvach et al., 1997). I když výzkumy a fakta o stárnutí nejsou úplně povzbudivé, je **možné tělesné chátrání zpomalit a udržet na nějaké přijatelné či stabilní úrovni**. Tak například průměrný srdeční tep pětasedmdesátiletého muže odpovídá zhruba 70 procentům výkonu průměrného třicetiletého. Řada takových změn však *může být* zmírněna vhodnou stravou a cvičením (Stuart-Hamilton, 1999).

Stárnutí těla má vliv na duševní stav seniora, který začne přehodnocovat svůj celkový stav. Obvykle nejde o nic vážného. Vědomí, že kosti jsou již mnohem křehčí a svaly slabší, vede u většiny starších lidí ke zdravé míře opatrnosti. Nicméně u něko-ho mohou vést tyto tělesné změny k depresi. Většina starých lidí má stále dostatečnou *kapacitu*, aby se dokázala vyrovnat s požadavky každodenního života. Bylo by chybné předpokládat, že úpadek začíná až ve stáří. Tyto změny, stejně jako mnoho degenerativních procesů řady orgánů, mají počátek již v období rané dospělosti.

Výstižná je charakteristika změn stárnutí podle Pacovského (1997) v celém organismu, který biologické stárnutí dělí na:

- omezení rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím;
- změnu imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity protiinfekční a protinádorové;

- změny v tvorbě mnoha hormonů a v jejich působení;
- zpomalení psychomotorického tempa a vedení nervových vzruchů;
- úbytek nervových buněk;
- zhoršování smyslů (zrak, sluch, chuť, čich, hmat) – úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku, stárnutím podmíněné zhoršování vnímání zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět;
- úbytek funkcí většiny orgánů – orgány pracují bez rezerv, což se projeví neschopností zvyšovat výkon podle aktuální potřeby organismu;
- úbytek svalové hmoty s poklesem svalové síly – pokles celkové tělesné vody, s přibývajícím věkem se člověk „vysušuje“;
- množování tukové tkáně;
- úbytek kostní hmoty, ztráta vápníku z kostí – řídnutí kostí, sklon ke zlomeninám.

Pacovský (1997) rovněž zdůraznil, že na proces stárnutí nelze nahlížet pouze z biologického hlediska a že se nejedná o pouhý úpadek. Spočívá také v **účelné přestavbě organismu**. Starý organismus v něčem funguje jinak než mladý. Dovede se například zbavovat potem některých látek, které mladý organismus vyloučit neumí.

Tělesné změny způsobené stárnutím lidského organismu, jak již bylo uvedeno, mají zcela individuální charakter, a to již v dospělém věku, tedy ještě před obdobím stárnutí. Roli hraje dědičnost, vrozené genetické dispozice, výchova a vzdělání, návyky v oblasti tělesné a mentální činnosti, rozvinuté zájmy, sociální kontakty apod. V procesu stárnutí nastávají změny v biologickém systému a na úrovni některých kognitivních funkcí (zejména zhoršení krátkodobé paměti). Další, méně zjevný okruh příčin, se týká faktorů subjektivních, psychologických: jak člověk vnímá a prožívá změny ve zdravotním stavu a fyzické kondici, změněnou ekonomickou situaci, případné krize, zátěžové situace apod. Jestliže se jedná o negativní změny intenzivnějšího stupně nebo delšího trvání, mohou vést k oslabení organismu (jeho imunitního systému), případně k narušení některých fyziologických funkcí (Srnc, 2015). Některé tělesné změny jsou zjevně viditelné. Nejvíce nápadné změny jsou na kůži, pohybovém systému nebo celkovém vzezření. Neméně významné jsou změny v systému sociálních rolí (odchod na odpočinek, ztráty členů rodiny a přátel, nová přátelství, nové sociální role). Obvykle se mění také socioekonomická situace (příjmy, bydlení, sociální zabezpečení, dostupnost zdravotní péče). **Uvedené změny nejsou univerzální**, neprobíhají u všech osob stejně ani z hlediska času (rychlosti), ani z hlediska obsahu (kvality). Záleží na tom, nakolik je subjekt schopen nastalé změny (překážky) aktivně zvládat, přizpůsobit se nové situaci, eventuálně má-li možnost případné ztráty nějak kompenzovat (Srnc, 2015).

Obecně fyziologické změny nastávají se stárnutím ve všech orgánových systémech. Snižuje se srdeční výdej, zvyšuje se krevní tlak a rozvíjí se arterioskleróza. Plíce vykazují zhoršenou výměnu plynů, pokles vitální kapacity a pomalejší výdechové průtoky.

K funkčním změnám dochází i v gastrointestinálním systému (atrofická gastritida a jaterní metabolismus), dále dochází k progresivnímu zvýšení hladiny glukózy v krvi. Osteoporóza je často pozorována v důsledku lineárního poklesu kostní hmoty po čtvrté dekádě. Pokožka kůže s věkem atrofuje a v důsledku změn kolagenu a elastinu pokožka ztrácí tonus a pružnost, objevují se vrásky. Tělesná hmota s věkem klesá, což je primárně způsobeno ztrátou a atrofií svalových buněk. V mnoha kloubech dochází k degenerativním změnám, které spolu se ztrátou svalové hmoty brzdí pohyb starších lidí. Mění se i reakce na běžně užívané léky, lidé s přibývajícím věkem vyžadují různé dávky léků a je potřeba racionálních preventivních programů diety a cvičení ve snaze oddálit nebo zvrátit některé z těchto změn (Thorová, 2015).

Obecně je dobře znám fakt, že česká společnost velice rychle stárne. Počet lidí starších 80 let přesáhne již v polovině století 10 % celkového počtu obyvatel. Každý desátý tedy bude starší 80 let (ČSÚ, 2020). To bude představovat nejen významnou demografickou a sociální změnu, ale také nové nároky na zdravotní péči s ohledem na prevalenci geriatrických syndromů⁵ (zejména demence a frailty⁶). Delšího, či dokonce velmi vysokého věku se v současné době dožívají lidé s různými diagnózami, funkčními omezeními, symptomy, geriatrickými syndromy, ale ve stále vyšším počtu také ti, kteří až do vysokého věku zmíněnými patologickými stavy netrpí a jejich celkový zdravotní a funkční stav je velmi dobrý (Holmerová et al., 2021).

Závěrem této podkapitoly je uveden obrázek 2.1 s chorobami, na které čeští senioři nejčastěji umírají.

COVID-19 vnesl do struktury příčin smrti seniorů významnou změnu již v prvním roce výskytu v ČR (2020), kdy způsobil druhý nejvyšší počet úmrtí seniorů (přes 9,5 tisíce), zastoupení dalších příčin smrti mezi nejčastějšími (top 10, resp. top 15) se ale jinak nezměnilo, a to ani vůči roku předcházejícímu covidové pandemii (COVID-19 jen vyřadil z top 15 zhoubné nádory krevetvorné a příbuzné tkáně).

⁵ geriatrické syndromy – instabilita, hypomobilita, imobilita, inkontinence, malnutrice, anorexie, kognitivní porucha, demence atd.

⁶ frailty – křehkost seniora, geriatrický termín