

Stárnutí a stáří

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče - CELLO

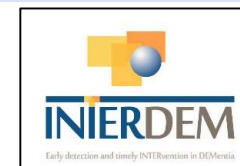
Univerzita Karlova

Gerontologické centrum

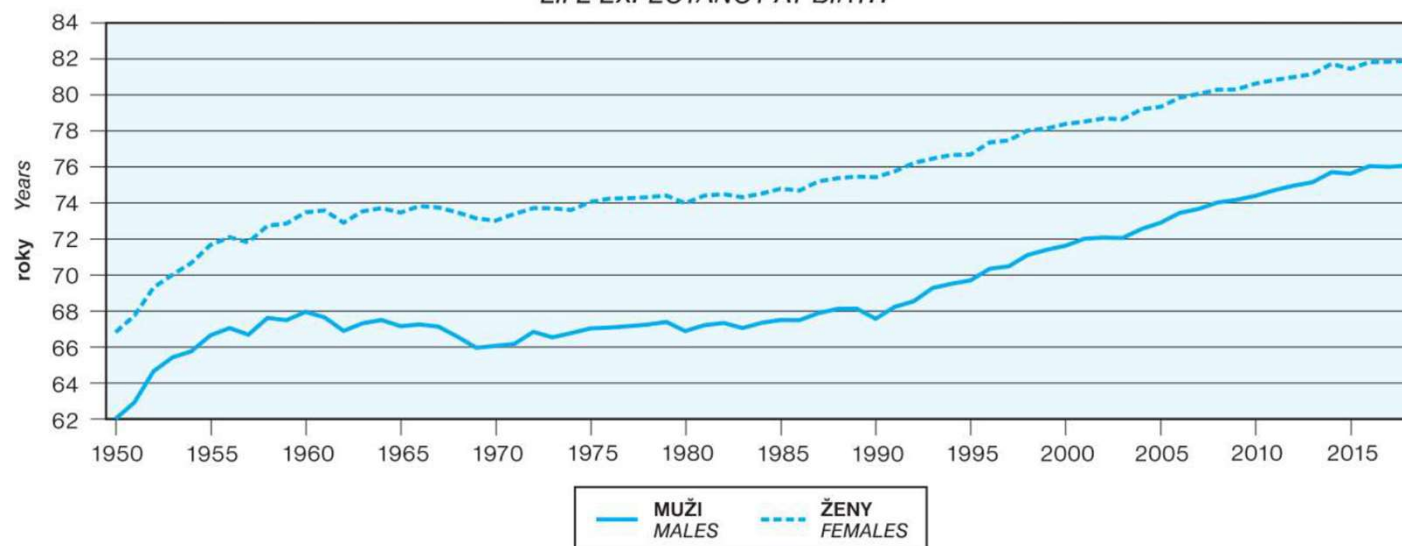
Alzheimer Europe



a...
Česká
alzheimerovská
společnost



NADĚJE DOŽITÍ PŘI NAROZENÍ¹⁾
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH¹⁾



Stáří – jedno z nejdelších období života

65 – 120 let

- Heterogenní populace vyššího věku:
- Elitní
- Aktivní
- Autonomní
- Soběstační
- Křehcí
- Závislí

Stereotypizace stáří (mýty o stáří)

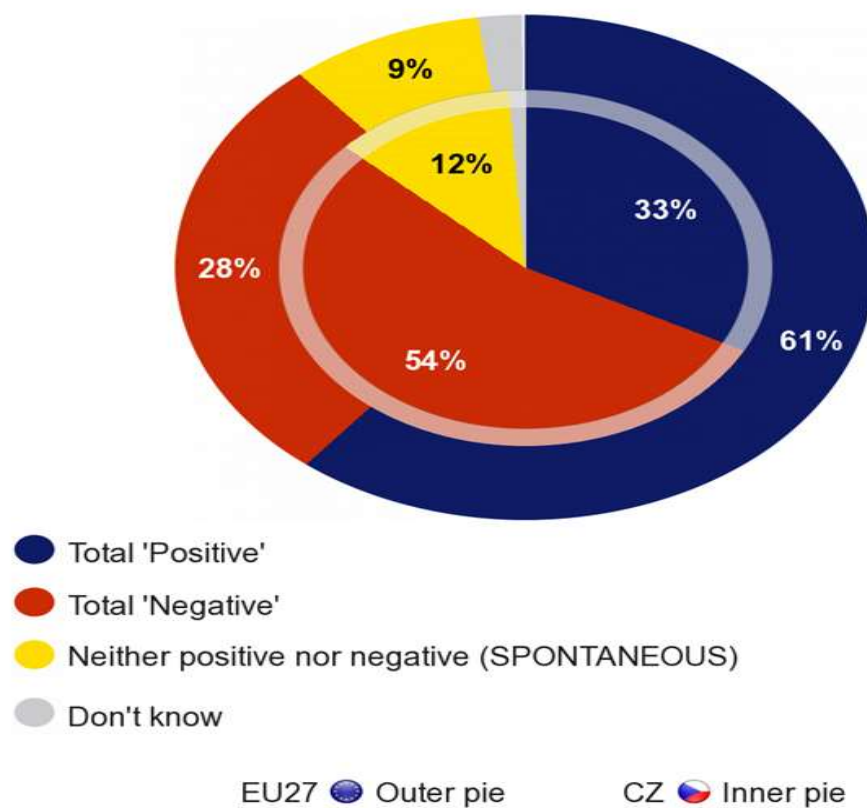
- Staří = důchodci (a jsou v podstatě stejní)
- Staří = nemoc
- Staří potřebují ústavy (téměř oficiální politický názor), jsou bezmocní
- Ošklivost, šedivost a neatraktivnost stáří
- Staří jsou politováníhodní (gerontologové taky)
- Jsou asexuální
- Neproduktivní bez programu a už se nic nenaučí

Etnocentrický pohled na stáří a staré

- Jsou to „oni“ – senioři, důchodci
- Reklama „pro seniory“ - bolesti kloubů, přilepení zubních protéz, pravidelná stolice...
- Zpravodajský obraz: důchodce jako (přihlouplá) oběť kriminálního činu, kuriozity
- Mediální obraz: směs veškerých mýtů a stereotypů (o „nich“)
- Politikové: „nebude pro ně na důchody“ a „postavíme jim ústavy“
- Akce a zábavy pro seniory...

Jak jsou vnímáni lidé 55+

QB5. For the next question, we will be talking about people aged 55 and over. Would you say that the way in which people aged 55 and over are generally perceived in (OUR COUNTRY) is...?



Stáří

- Nejdelší a zřejmě nejrozmanitější období
 - Normální být poslední součást života
 - Starší lidé – dospělí lidé, „my“ – nikoli „oni“
 - Zájem společnosti (politiků, obcí....)
 - „Mainstreaming aging“ jako součást kultury společnosti
 - S ohledem na zvláštnosti vyššího věku...
-
- V mládí si vytváříme a vyhledáváme rizika –stáří nám je přináší samo

Senior?

- 65-74 let - mladí senioři – problematika penzionování, volného času, seberealizace, aktivity
- 75-84 let – staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti
- 85 a více let – velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení

Do 70 let střední věk

Od 70 let zralost (maturity)

Délka života ve zdraví

2011	ženy	muži
hly	63,6	62,2
le	80,7	74,7
% hly	78,8%	83,3%



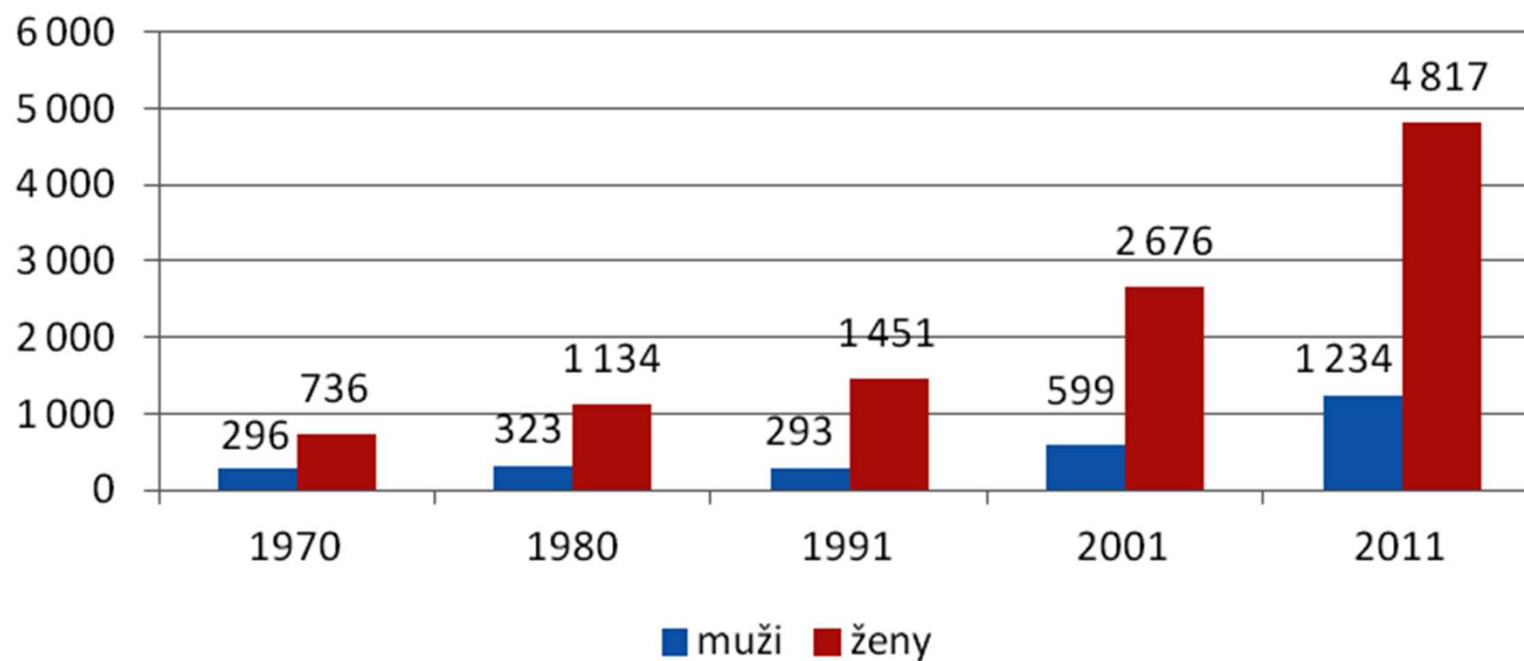
cello.ilc.cz

P.Wija, 2013

Budoucí potřeba dlouhodobé péče pro starší občany bude záležet na následujících faktorech:

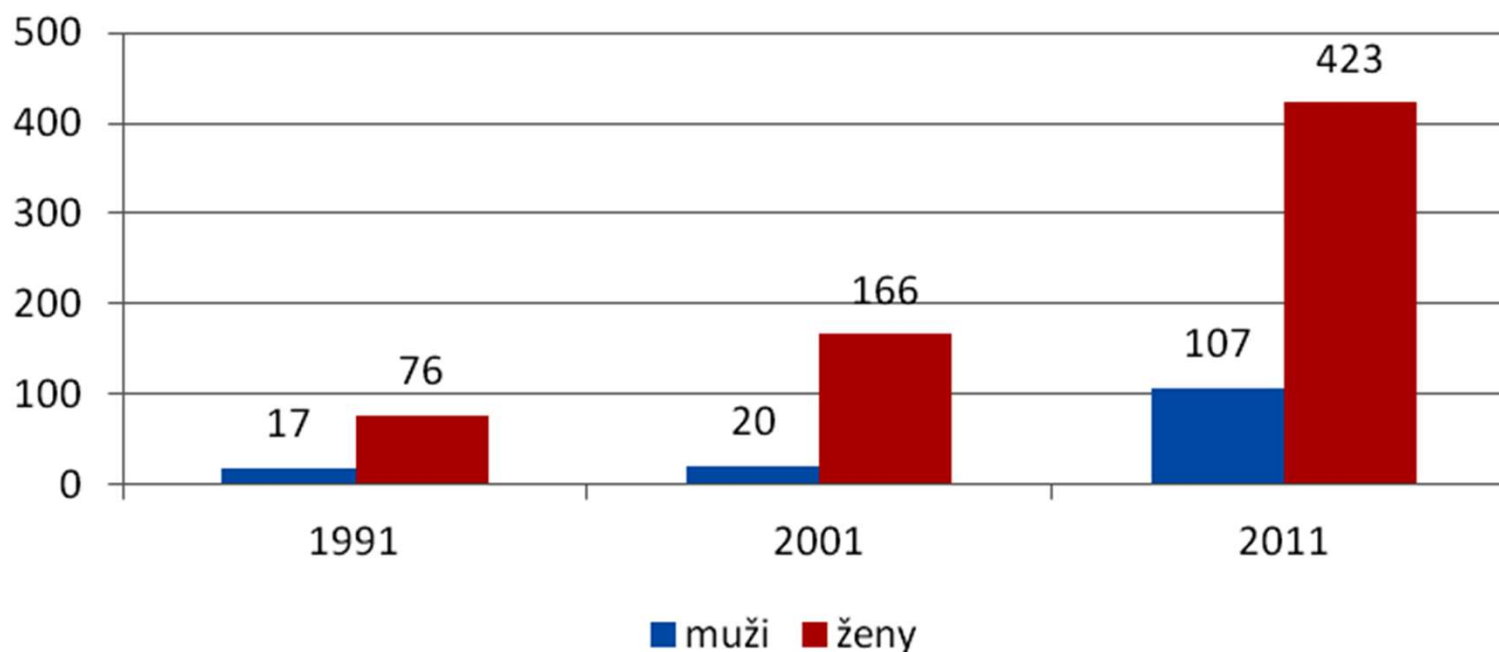
- .
 - Počet lidí starších 80 let
- .
 - Potřeba dlouhodobé péče odpovídá také průměrnému zdravotnímu stavu populace a pravděpodobnosti jeho zhoršení se stárnutím, chronickými nemocemi a multimorbiditou
 - Schopnost žít samostatně v původním prostředí i před disabilitu

Počet osob ve věku 95 a více let dle SLDB (1970-2011)



počet osob 95+ (celkem 6 051) se oproti minulému sčítání téměř zdvojnásobil
(79,6 % žen)

Počet stoletých osob dle SLDB (1991-2011)



Počet stoletých a starších osob téměř **ztrojnásobil na 530 osob** (z toho 423 žen, tj. 79,8 %). půlnoc z 25. na 26. března 2011.

Limitování potřeby a nákladů na dlouhodobou péči

- Prevence, podpora zdraví rehabilitace
- Efektivnost poskytované zdravotní péče
- Opatření, která umožní i starším lidem, a to i křehkým a s disabilitou, žít samostatně v původním prostředí (v prostředí, které si zvolili – článek 14 Listiny základních práv a svobod)

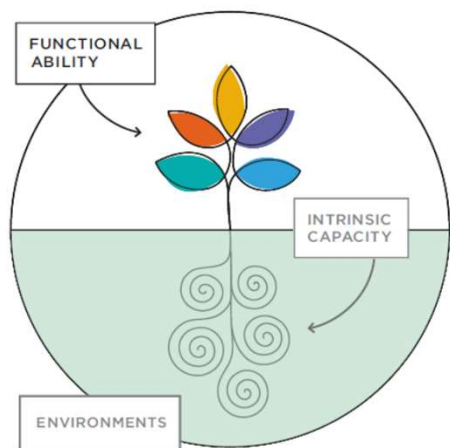
Prevence závislosti na péči

- Prostředí přátelské pro seniory, chronicky nemocné a lidi s postižením ...
- Bezbariérovost
- Flexibilní spektrum služeb v obci
- Dostupnost moderních technologií
- Nezastupitelnost role obcí
- Nezastupitelnost role rodin a neformálních vztahů

Global Age-friendly Cities: A Guide



cello.ilc.cz



DECADE OF HEALTHY AGEING BASELINE REPORT



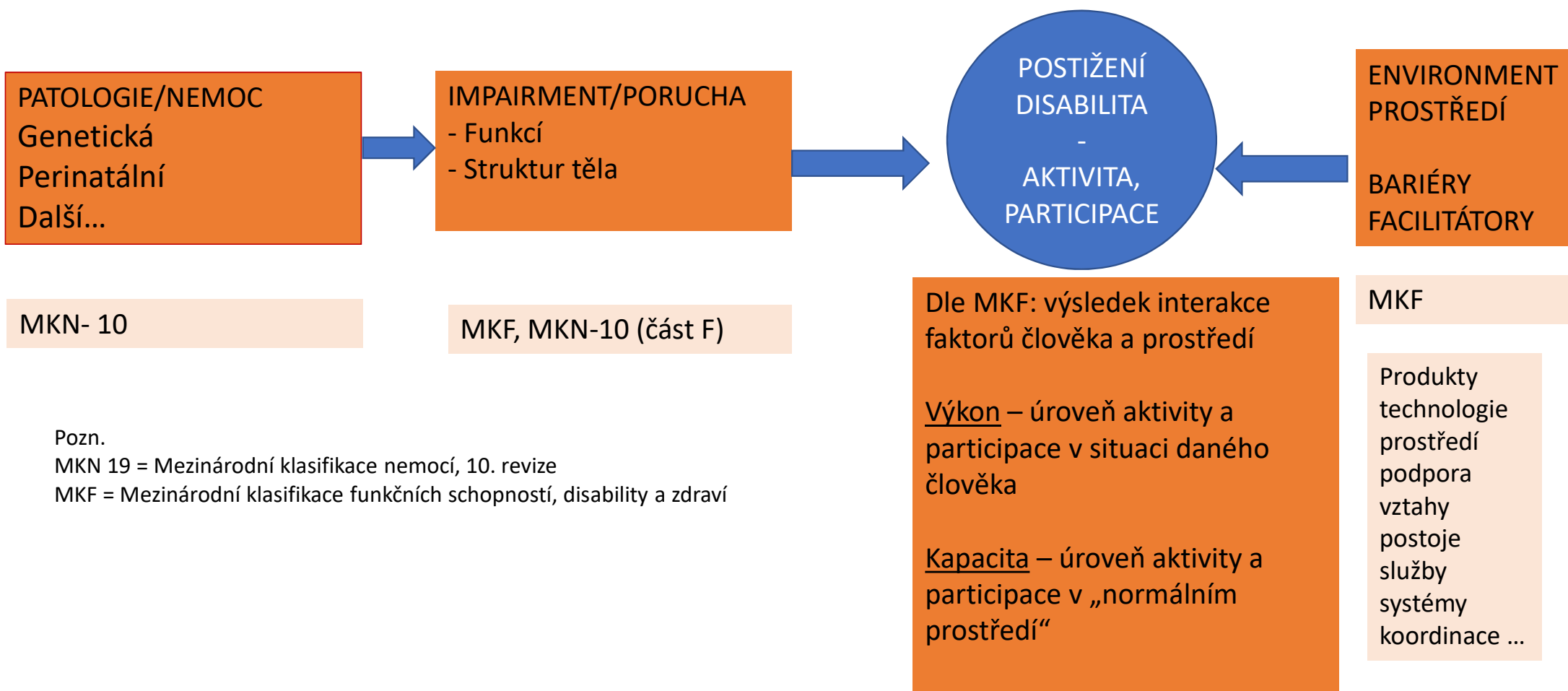
The Baseline Report for the Decade of Healthy Ageing 2021–2030 addresses five issues:

1. **Introduces Healthy Ageing, the Decade's actions and enablers, and a pathway to accelerate impact by 2030.**
2. **Where are we in 2020?** The report provides a first-time baseline for healthy ageing worldwide.
3. **What improvements could we expect by 2030?** It documents progress and scenarios for improvement.
4. **How can we accelerate impact on the lives of older people?** It shows how older people and stakeholders can together optimize functional ability.
5. The next steps including **opportunities to boost collaboration and impact by 2023**, the next reporting period.

THE REPORT STRESSES THAT

- At least 142 million older persons worldwide are unable to meet their basic needs.
- Optimizing functional ability is a key to healthy ageing.
- Governments and other stakeholders must invest in data to monitor healthy ageing across the life course.
- Actions must be accelerated to make a measurable impact on older persons by 2030; older people must be engaged at all stages.
- Global evidence and cases highlight what can be done and what we can learn.

NEMOC/PATOLOGIE – PORUCHA/SYMPATOM – DISABILITA/POSTIŽENÍ



Studium ve
zralém věku jako
příklad



“We must listen to the voices of
older people on what matters most
to them in their daily lives.”

– Olive Bryanton

Olive Bryanton, Activist and Leader in the Older Adult and Caregiver Advisory Committee, AGE-WELL, and many other organizations. At the age of 82, she graduated with her PhD thesis on *Pioneers in Aging: Voices of Women Age 85 and Older Aging in Place in Rural Communities*, Canada

Healthy ageing:

- is a rights-based response to population ageing;
- embraces human development;¹¹
- includes all persons, including those who experience disease or disability;
- enables older people to have a central role including decision-making about their own lives;
- mitigates inequities accumulated over the life course;
- optimizes functional ability with a whole-of-society approach; and
- addresses governments' concerns for sustainable and cost-effective approaches.

WHO DEFINES HEALTHY AGEING AS

“the process of developing and maintaining
the functional ability that enables well-being
in older age”.

The three components of healthy ageing

FUNCTIONAL ABILITY

Functional ability combines the **intrinsic capacity** of the individual, the **environment** a person lives in and **how people interact with their environment**.



Ability to meet basic needs to ensure an adequate standard of living (such as being able to afford an adequate diet, clothing, suitable housing, and health-care and long-term-care services, including medications).



Ability to learn, grow and make decisions (to strengthen the person's autonomy, dignity, integrity, freedom and independence);



Ability to be mobile (for completing daily tasks and participating in activities);



Ability to build and maintain relationships (with children and family, intimate partners, neighbours and others); and



Ability to contribute to society (such as by assisting friends, mentoring younger people, caring for family members, volunteering, pursuing cultural activities and working).

INTRINSIC CAPACITY

Intrinsic capacity comprises all the physical and mental capacities that a person can draw on.

Important domains¹⁴ include a person's:

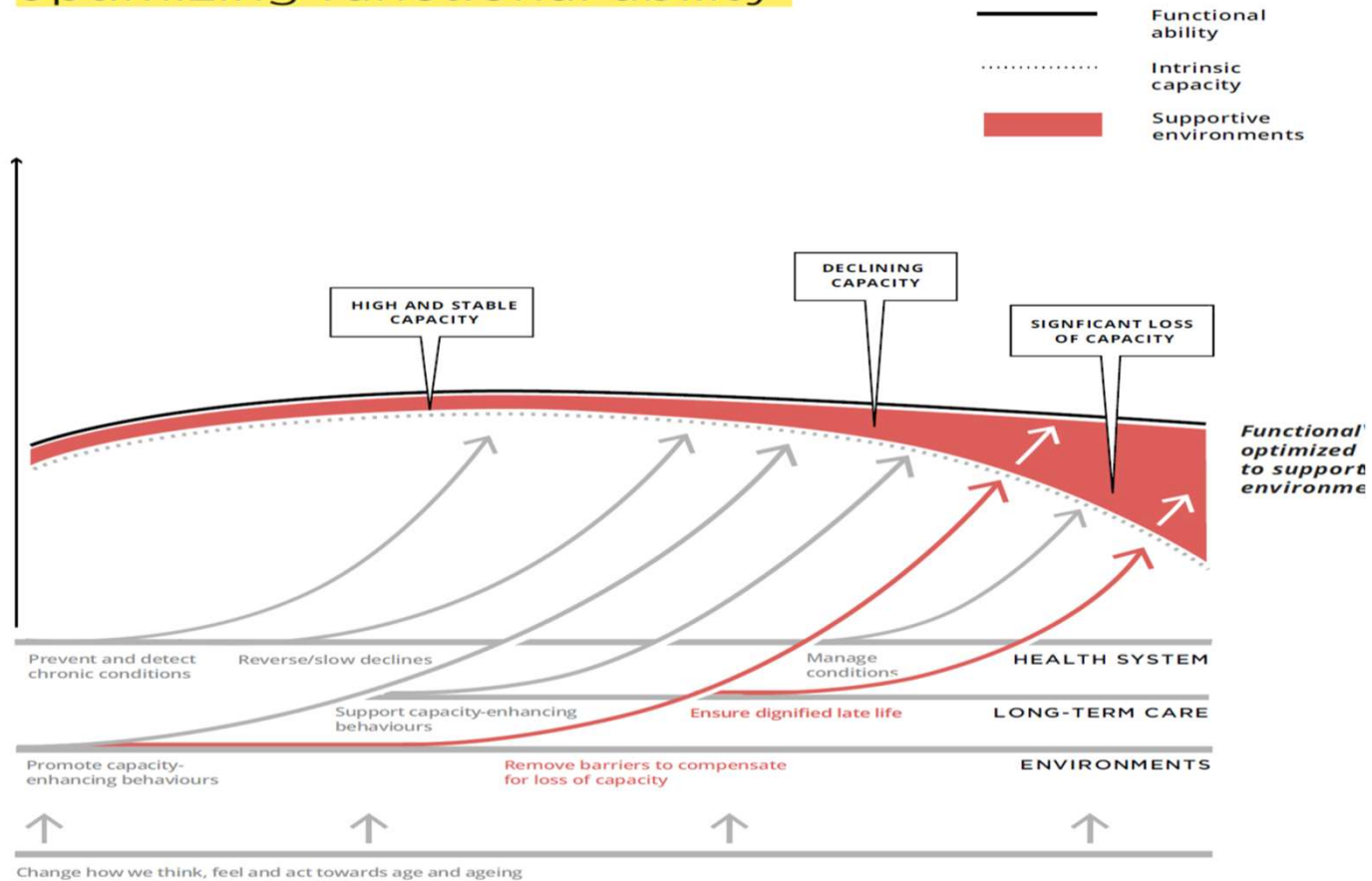
1. **locomotor capacity (physical movement);**
2. **sensory capacity (such as vision and hearing**
3. **vitality (energy and balance);**
4. **cognition; and**
5. **psychological capacity.**

ENVIRONMENTS

Environments are where people live and conduct their lives. Environments shape what older people with a given level of intrinsic capacity can be and do. Environments include the home, community and broader society, and all the factors within them. Key domains¹⁵ relate to:

1. **products, equipment and technology that facilitate movement, sight, memory and daily functioning;**
2. **the natural or built environment;**
3. **emotional support, assistance and relationships provided by other people and animals;**
4. **attitudes (as these influence behaviour both negatively and positively);** and more broadly
5. **services, systems and policies that may or may not contribute to enhanced functioning at older ages.**

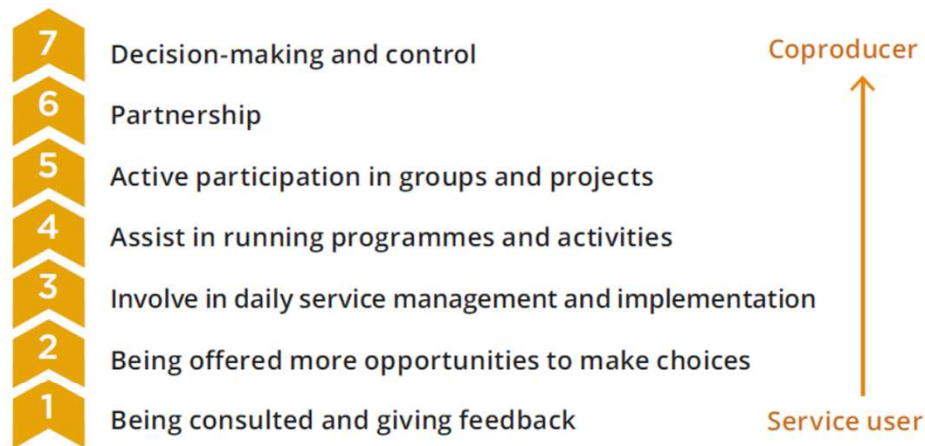
Trajectories of healthy ageing optimizing functional ability



ACCELERATE IMPACT

FIGURE 4.10

Ladder of user participation in senior services,
from service user to coproducer

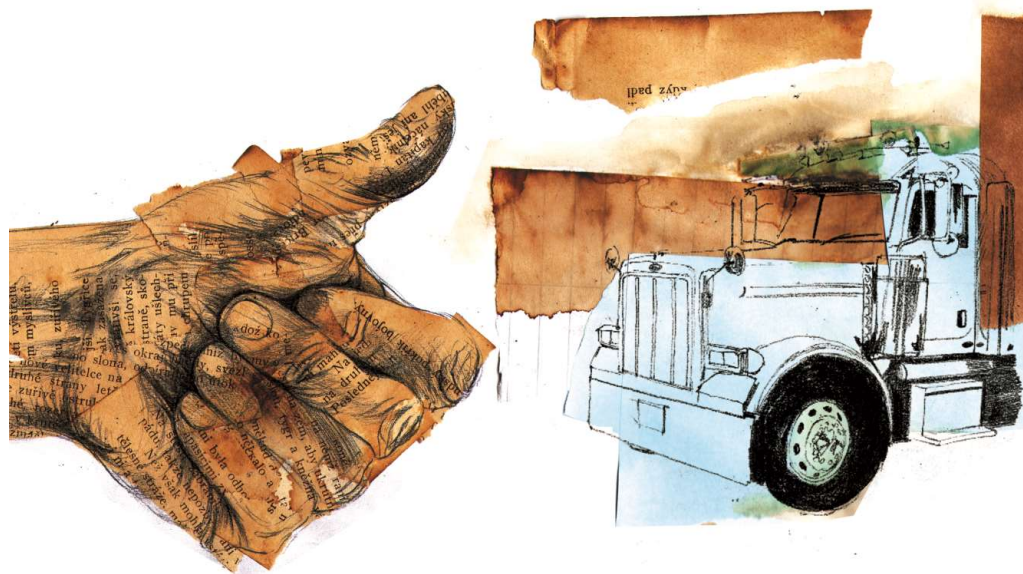


By volunteering, older people are engaged and empowered to grow from being service users to being coproducers of the organization and delivery of programmes and activities.

Bedekr aktivního stárnutí aneb *Jak se orientovat v krajině aktivního stárnutí a dlouhodobé péče*



- Podpora aktivního a zdravého stárnutí na místní úrovni
- Komunikace a účast na správě obce
- Bydlení
- Bezbariérovost prostředí a dostupnost dopravy



- Pohybová aktivita a sport
- Mezigenerační solidarita
- Dobrovolnictví
- Vzdělávání
- ICT a internet
- Společenské aktivity



Jací jsou staří lidé?

- Stereotypizace:
 - chudí, bezbranní, křehcí, šedí, asexuální, bez programu... samota, izolace, bezmoc
 - Nemoc, závislost, nesoběstačnost, inkontinence, demence, zhroupení, nesnášenlivost, agresivita, nerudnost a další formy problémového chování, křehkost



- Ale také lidé narození ve 2.-3. dekádě 20. století

Diverzita vyššího věku

- Elitní
- Výkonní
- Soběstační
- Vulnerabilní (frailty, demence)
- S omezenou soběstačností
- Závislí

Rozličný socioekonomický status

Zaměstnání – penzionování

Aktivní v různých směrech

Účast na veřejném životě, veřejné funkce

Ze zdravotního pohledu:

- Žádná nemoc není důsledkem pouhého stárnutí (kontroverze ohledně klasifikace WHO)
 - Mnoho tělesných i duševních funkcí doznává s věkem změny
 - Mnoho zejména chronických nemocí je ve stáří častějších
 - Častá je **multimorbidita**
 - Geriatrické syndromy fyzické i psychické (frailty, demence Inkontinence, instabilita s pády, poruchy chování...)
- Jsou časté, ale nejsou pravidlem, jsou důsledkem patologických změn nikoli pouhého stárnutí

Osobnost

Souhrn všech vlastností biologických, psychických i sociálních, charakterizujících určitého jedince.

Člověk tak tvoří biopsychosociální jednotku.

Základní rysy osobnosti jsou stálé, hovoří se o jádru osobnosti. Jedinec si svou osobnost uvědomuje, uvědomuje si svou odlišnost od okolí, svou jedinečnost.

Charakter je soubor vlastností získaných v průběhu života, také etická úroveň jedince.

Temperament je způsob prožívání, reagování, jednání, životní tempo. Je to vrozený mechanismus podmíněný neurobiologickými faktory, a je to trvalá vlastnost individua.

Premorbidní osobnost – z čeho na ni můžeme soudit

- Rodinné vztahy: Stabilita, odchody, střídání partnerů, podpora v nemoci, péče o děti, rodiče
- Pracovní: příprava a kvalifikace, setrvání v zaměstnání, kázeň, časté střídání zaměstnání, podvody a lži, problémy v pracovních kolektivech,
- Postoje společenské: angažovanost, přátelskost, podíl na odboji, udavačství, členství v problematických organizacích atd.
- Osobní postoje: čestnost, podpora, lži, chamtivost

Změny chování (nejen ve vyšším věku)

- Dějí se na pozadí osobnosti
- Vyvolány akutními (delirium) a přechodnými či chronickými a progredujícími (dementia) syndromy a nemocemi
- Změny chování mohou signalizovat patologické změny (mírná behaviorální porucha) chronické či akutní
- Představují závažný syndrom, který může být po určitou (dlouhou) dobu dominantní, aniž by se projevila etiologie.
- Nejsou normální součástí stárnutí – mají své příčiny (endogenní, exogenní, psychogenní....)

Poruchy chování – maladaptivní chování

- Sebestřednost – prosazování svého názoru bez respektování argumentů a názorů druhých, upozorňování na sebe, držení slova, nerespektování v diskusi
- Netolerantnost vůči druhým
- Manipulativnost – intrikování, účelové zkreslování skutečnosti, citové vydírání a manipulování například pečujícími
- Sobeckost – nerespektování potřeb druhých
- Nedodržování běžných společenských norem a přijatých pravidel, radost z jejich překračování a ohýbání
- Urážlivé vyjadřování vůči jiným, sprosté vyjadřování
- Zesměšňování a znevažování druhých
- Drobné i větší podvody, krádeže

Základní příznaky organické poruchy osobnosti jsou (R. Jiráček):

- Poruchy úsudku a chování – úbytek sociálních dovedností a obratnosti, přizpůsobivosti, poruchy soudnosti, poruchy náhledu na své vlastní chování.
- Poruchy emoční kontroly – dezinhibice, emoční labilita, iritabilita, někdy apatie, ztráta společenského odstupu, sebeovládání, porucha vyjádření emocí.
- Poruchy exekutivních funkcí – poruchy rozhodování se, zhoršení koncentrace pozornosti a schopnosti přepínat pozornost mezi různé aktivity, poruchy plánování, v myšlení zabíhavost, nevypravenost, ulpívavost.
- Neuropsychiatrické behaviorální projevy – poruchy eticko-estetických schopností, sexuální desinhibice, paranoidita s kverulantstvím, sklony k planému filozofování, fanatismus a sektářství, antisociální jednání, někdy nápadná pomalost v myšlení.

Výskyt poruch osobnosti ve vyšším věku

V seniu velmi často dochází ke změnám osobnosti. (ale tyto změny nejsou součástí normálního zdravého stárnutí)

Nejčastější jsou změny, působené organickými faktory, tak jak to pozorujeme např. u demencí.

Na změně osobnosti se může podílet také dlouhodobá a závažná somatická morbidita včetně faktorů terapie, dlouhodobé vystavení psychosociálnímu stresu, abusus návykových látek.

(

(doc. MUDr. Roman Jirák, Ph.D.)

Dotazník mírné poruchy chování (MBI-C)

- hodnotí blízká osoba pacienta

Mild behavioral impairment

Založeno na výzkumných diagnostických kritériích ISTAART-AA pro MBI © 2016

Pro více informací navštivte www.MBItest.org nebo kontaktujte dr. Zahinoora Ismaila email: MBIchecklist@gmail.com

Český překlad: MUDr. Martin Vyhnálek, Ph.D., Mgr. Veronika Matušková a kolektiv Kognitivního centra Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, Praha.

1. Tato část popisuje zájem a motivaci	ANO, ZÁVAŽNOST	NE
a) Ztratil/a zájem o přátele, rodinu, nebo domácí aktivity?	1 2 3	NE
b) Méně se zajímá o témata, která ho/ji vždy zajímala?	1 2 3	NE
c) Stal/a se méně spontánním a aktivním - např. je méně pravděpodobné, že zahájí nebo bude udržovat konverzaci?	1 2 3	NE
d) Ztratil/a motivaci starat se o své povinnosti nebo zájmy?	1 2 3	NE
e) Je méně vřelý/á a/nebo méně projevuje emoce ve srovnání s dřívějším stavem?	1 2 3	NE
f) Už se o nic nestará?	1 2 3	NE
2. Tato část popisuje náladu nebo úzkostné příznaky	ANO, ZÁVAŽNOST	NE
a) Rozvinul se u něho/ní smutek nebo se zdá být sklíčenější? Mívá epizody plačtivosti?	1 2 3	NE
b) Je méně schopný/á zažívat potěšení?	1 2 3	NE
c) Má více pochybností o své budoucnosti nebo má pocit, že selhal/a?	1 2 3	NE
d) Má pocit, že je zátěží pro rodinu?	1 2 3	NE
e) Je úzkostnější nebo se více obává běžných věcí (např. návštěvy, společenské události atp.)	1 2 3	NE
f) Je ve velkém napětí, a není schopen/a se uvolnit, nebo je roztřesený/á či panikaří?	1 2 3	NE

3. Tato část popisu schopnost odložit uspokojení a kontrolu chování, impulzů, příjem jídla a pití a/nebo změny v odměňování.	ANO, ZÁVAŽNOST	NE
a) Stal se rozrušeným, agresivním, vznětlivým, nebo náladovým?	1 2 3	NE
b) Začal/a být bezdůvodně a nezvykle hádavý/á?	1 2 3	NE
c) Stal/a se impulzivnější/m, jako by jednal/a bez rozmyslu?	1 2 3	NE
d) Je sexuálně odbržděný/á, nebo neodbytný/á v dotýkání se (sebe nebo druhých), objímání, poplácávání, atp., způsobem, který je mimo společenské zvyklosti a může způsobovat pohoršení?	1 2 3	NE
e) Stal/a se snáze podrážděným nebo netrpělivým? Má obtíže vyrovnat se se zdržením, čekáním nebo než na něho/ní přijde řada?	1 2 3	NE
f) Projevuje větší bezohlednost nebo snížení úsudku při řízení (např. rychlá jízda, prudké změny směru, náhlé změny jízdních pruhů atp.)?	1 2 3	NE
g) Je tvrdohlavější nebo rigidnější, tzn. bezdůvodně trvá na svém, nechce nebo není schopný vidět věci z jiného úhlu pohledu?	1 2 3	NE
h) Změnily se jeho/její stravovací návyky (např. přejídá se, nacpává si pus, trvá na pojídání pouze určitého jídla nebo jí své jídlo pouze v určitém pořadí)?	1 2 3	NE
ch) Jídlo už mu/jí nechutná nebo nepřináší žádné potěšení? Jí méně?	1 2 3	NE
i) Hromadí předměty, což dříve nedělal?	1 2 3	NE
j) Objevilo se u něho/ní opakující se chování nebo nutkání k určitému chování?	1 2 3	NE
k) Objevily se u něho/ní v poslední době problémy s kontrolou kouření, pitím alkoholu, užíváním drog, hazardním hráčstvím nebo začal/a krást v obchodech?	1 2 3	NE

4. Tato část se věnuje dodržování sociálních norem, taktu a empatii k druhým	ANO, ZÁVAŽNOST	NE
a) Stal/a se necitlivým k tomu, jaký dopad mají jeho/její slova nebo činy na druhé? Je necitlivý/á k pocitům druhých?	1 2 3	NE
b) Začal/a otevřeně mluvit o osobních nebo důvěrných záležitostech, o kterých se obvykle nemluví na veřejnosti?	1 2 3	NE
c) Vyjadřuje se neslušně nebo hrubě nebo dělá nevhodné sexuální narážky, které by dříve neříkal/a nebo nedělal/a?	1 2 3	NE
d) Zdá se, že ztratil/a úsudek ohledně toho, co říkat nebo jak se chovat na veřejnosti nebo v soukromí?	1 2 3	NE
e) Chová se k cizím lidem jako by je dobře znal/a nebo se vměšuje do jejich záležitostí?	1 2 3	NE
5. Tato část se věnuje přesvědčením a smyslovým vjemům	ANO, ZÁVAŽNOST	NE
a) Pojal/a přesvědčení, že je v nebezpečí nebo že druzí ho/ji chtějí zranit nebo ukrást jeho/její věci?	1 2 3	NE
b) Je podezřívavý/á k úmyslům nebo motivům druhých lidí?	1 2 3	NE
c) Má nerealistické představy o své moci, bohatství nebo dovednostech?	1 2 3	NE
d) Říká, že slyší hlasy nebo mluví k neexistujícím lidem či duchům?	1 2 3	NE
e) Mluví, stěžuje si nebo se chová jako by viděl věci (např.: lidi, zvířata nebo hmyz), které tam nejsou, tzn. které pro ostatní reálně neexistují?	1 2 3	NE

Jak postupovat?

- Pojmenovat problém, zabývat se jím ... strukturovaně zvážit (viz MBI dotazník)
- Diferenciálně diagnostická úvaha, zejména: neurodegenerativní či vaskulární příčiny, abusus?
- Komorbidita (je změna součástí jiného závažného stavu?)
- Jaké změny chování nastaly oproti normálnímu chování daného pacienta – akutní, subakutní, chronické?
- Jaké nastaly změny osobnosti oproti rysům osobnosti premorbidní
- Vysvětlení pacientovi (pokud je to možné) a pečujícímu rodinnému příslušníkovi
- Léčit příčiny (pokud jsou známy a pokud je to možné)
- Nastavení hranic – v rodině i společnosti
- Podpora pozitivních změn
- Nastavení psychosociálních intervencí
- Farmakoterapie v případě závažných a ohrožujících projevů

Contact address:



Iva Holmerová

CELLO – *Centre of Expertise in Longevity and
Long-term Care*

Faculty of Humanities

Charles University

and

Centre of Gerontology

18200 Praha 8 – Kobylisy

Šimůnkova 1600

email: iva.holmerova@gerontocentrum.cz

www.cello-ilc.org

s1



Foto Petr Kašpar

s1 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA – comprehensive geriatric assessment) slouží k definování rizik, potřeb a priorit pacienta potřebných pro výběr odpovídajících zdravotních a sociálních služeb. Tento funkčně intervenční přístup prosazovala již M. Warrenová ve Velké Británii v polovině minulého století, a to s cílem dosáhnout funkčního posouzení pacienta (v zařízeních dlouhodobé péče), které bylo následováno rehabilitační intervencí tam, kde to bylo zapotřebí. Komplexní geriatrické hodnocení zahrnuje: klinické vyšetření, zhodnocení fyzické výkonnosti, soběstačnosti, posouzení duševního stavu, objektivní šetření v místě bydliště (sociální vztahy, úroveň bydlení). Klinické vyšetření doplňujeme screeningem rizikových faktorů (smyslové postižení, inkontinence, poruchy rovnováhy, malnutrice).

Závěr

Pokusili jsme se stručně shrnout některé informace o involučních změnách predisponujících naše seniory k řadě patologických procesů, které by mohly přispět k lepšímu porozumění specifik terapie, diagnostiky a posuzování geriatrického pacienta v praxi

spravce; 03.04.2013