

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

Škola veřejného zdravotnictví

Ruská 85, 100 05 Praha 10

Disabilita
- problém ovlivňující kvalitu života stárnoucí populace

Vypracovala: MUDr. Naděžda Čapková
Konzultantka: PhDr. Hana Janečková PhD.

Praha březen 2010

Souhrn

V této práci jsem se zaměřila na disabilitu jako problém, který ovlivňuje kvalitu života stárnoucí populace. Hodnocená data pochází od respondentů z kohortové studie HAPIEE, věkové kategorie 60-69 let. Vycházela jsem z nezvratného procesu demografického stárnutí v ČR a jeho prognózy, kdy stále narůstající podíl starší populace přináší a bude přinášet řadu problémů, které jsou dnes centrem zájmu celé společnosti. Získaná data potvrdila negativní vliv všech forem disabilit na kvalitu života.

Klíčová slova: demografické stárnutí, kvalita života stárnoucí populace, disabilita, studie HAPIEE

Summary

I focused in this article on disability problem which affects a quality of life of ageing population. Assessed data originate from the responders of the cohort HAPIEE study, age category from 60 - 69 years. The irreversible process of demographic ageing in the Czech Republic and its forecast, show decreasing number of elderly people and will bring along many problems, that are today in the centre of interest of whole society. Gained data confirmed negative influence of all forms disability on the quality of life.

Key words : population ageing, quality of life, disability, HAPIEE study

1. Prohlašuji, že jsem atestační práci „Disabilita- problém ovlivňující kvalitu života stárnoucí populace“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v bibliografii (§ 31 Autorského zákona 121/2000 Sb.).

2. Souhlasím, aby moje atestační práce „Disabilita- problém ovlivňující kvalitu života stárnoucí populace“ byla digitálně zpracována a v elektronické formě zpřístupněna odborné veřejnosti na webových stránkách IPVZ (dle § 14, § 18 a § 37 Autorského zákona 121/2000 Sb.).

V Praze, dne 19.3.2010

podpis

Děkuji své konzultantce PhDr. Haně Janečkové PhD. za cenné rady a připomínky, MUDR. Růženě Kubínové za trpělivost během přípravy, a všem kolegyním, které mi věnovali svůj čas a podporu, zvláště Mgr. Michale Lustigové a Ivance Fayové, bez kterých by tato práce vznikala velice obtížně. Dále děkuji MUDr. Bobákovi za poskytnutí dat studie HAPIEE.

OBSAH:

1. ÚVOD PRÁCE	11
2. CÍL PRÁCE	14
3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	14
3.1 Aktuální demografická situace v ČR a prognóza demografického vývoje.....	14
3.2 Pojem kvalita života.....	18
3.3 Kvalita života seniorů	20
3.4. Disabilita	22
3.5 Vztah disability a kvality života.....	23
4. STUDIE „HAPIEE“	26
4.1 Cíl, design studie, sběr dat	26
4.2 Analýza dat I. etapy studie.....	28
4.2.1 Metoda měření	28
4.2.2 Výsledky analýzy studie HAPIEE 2002-2005.....	30
5. ZÁVĚR	39
6. LITERATURA, ODKAZY	41
7. PŘÍLOHY	43
8. SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	45

1. ÚVOD PRÁCE

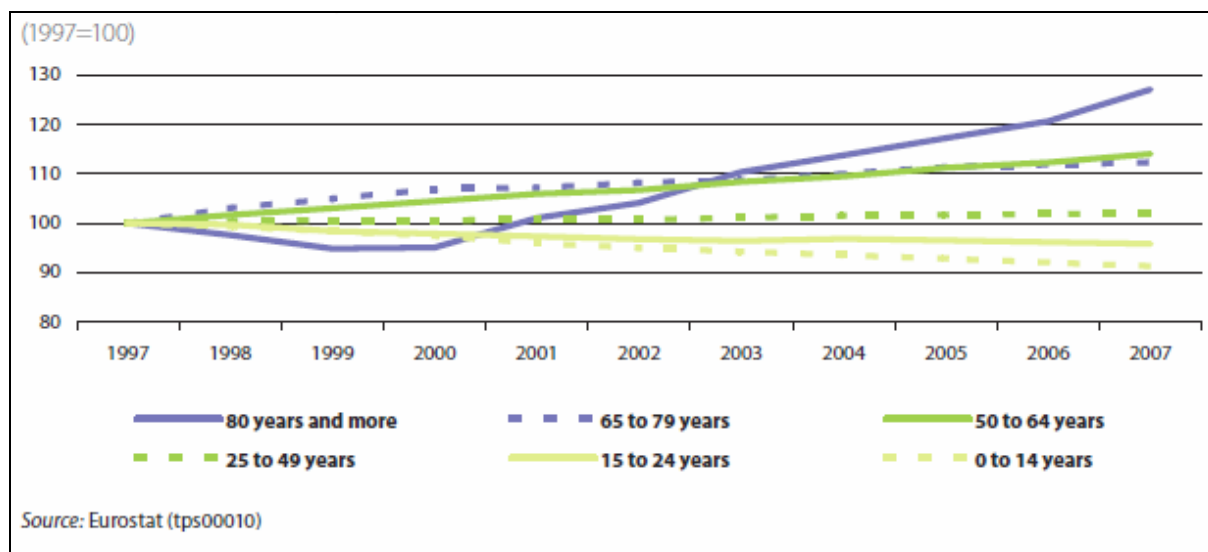
Ve vyspělých zemích přitahují již po několik desetiletí pozornost politické, ekonomické, sociální a vědecké otázky související s procesem demografického stárnutí. V úvodu je třeba zdůraznit, že pojem stárnutí má mnoho významů. Na úrovni jednotlivce znamená biologický proces, kterým je organismus jedince modifikován od narození do smrti. Lidé pak chápou stárnutí jednoduše jako zvyšování svého věku.

Stárnutí v demografickém smyslu se však týká celé populace a je charakterizováno takovými změnami ve věkové struktuře obyvatelstva, při kterých obyvatelstvo starších věkových skupin roste početně rychleji než zbytek populace a výsledkem je růst podílu staršího obyvatelstva (vymezeného věkovou hranicí 65 let) v celkové populaci. Jiným vyjádřením demografického stárnutí je zvyšování věkového mediánu (tj. věku, který dělí populaci na stejně velké části mladších a starších osob) nebo indexu stáří jako poměru počtu obyvatel ve věku nad 65 let a počtu dětí ve věku do 14 let.

Populační stárnutí je způsobeno změnami intenzity dvou základních demografických procesů, které věkovou strukturu determinují - snižováním úrovně úmrtnosti ve všech věkových kategoriích, které vedou k prodloužení střední délky života a postupným poklesem plodnosti na úroveň prosté reprodukce (2,1 dítěte na 1 ženu během reprodukčního období). Snižující se úmrtnost ve vyšším věku se stává významnou determinantou pokračování procesu demografického stárnutí; růst počtu i podílu seniorů probíhá na úkor poklesu podílu dětské složky, ale také populace v produktivním věku, která začne ubývat [Graf 1].

Populační stárnutí, z dlouhodobého hlediska nezvratný trend vývoje věkové struktury, se postupně stává nejvíce sledovaným demografickým procesem. Na jedné straně jej chápeme jako jeden z největších úspěchů lidstva dosaženého ve 20. století. Na druhé straně tyto změny přinášejí řadu problémů, které dříve neexistovaly nebo existovaly v omezené míře. Vyspělé státy nejsou na jejich řešení plně připraveny a teprve hledají cesty optimálního vývoje. Důsledky stárnutí se dotýkají všech sfér ekonomického i sociálního vývoje; nejzřetelněji se projevují ve fungování stávajících systémů sociálního a zdravotního zabezpečení, neboť ty vznikaly za zcela jiných demografických podmínek [3].

Graf 1: Vývoj populace dle věkových kategorií, EU 27

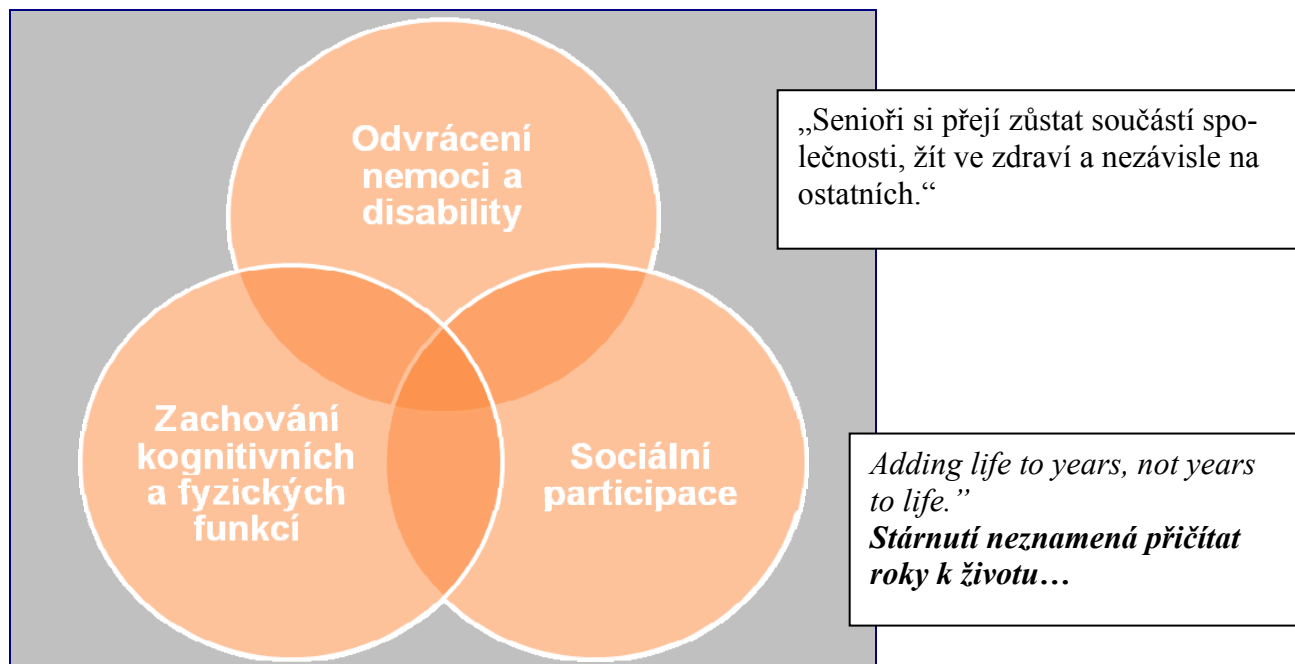


Světová politika se stále více začíná zabývat vývojem a tvorbou programů zabývajících se stárnutím s cílem dosáhnout tzv. „úspěšného stárnutí“ [Obr. 1]. Jedním z cílů Programu „Zdraví 21“ je, aby do roku 2020 měli lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti. Zásadní význam má podpora zdravého a aktivního stárnutí. Více let prožitých v dobrém zdravotním stavu znamená vyšší kvalitu života, větší nezávislost a možnost být nadále aktivní. Lepší zdravotní stav stárnoucí populace znamená také menší zátěž pro zdravotnictví a méně odchodů do důchodu ze zdravotních důvodů.

Vláda České republiky Usnesením č. 8, ze dne 9. ledna 2008, přijala **Národní program přípravy na stárnutí** na období let 2008 až 2012 s názvem „**Kvalita života ve stáří**“. Cílem programu je zajistit, aby dílčí politiky adekvátně reagovaly na demografické a společenské změny a na potřeby a problémy starších lidí. Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života seniorů a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím, je nezbytné zaměřit se na následující strategické priority:

- Aktivní stárnutí
- Prostředí a komunitu vstřícnou ke stáří
- Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- Podporu rodiny pečovatelů
- Podporu participace na životě společnosti
- Ochranu lidských práv

Obr.1 : Model úspěšného stárnutí



Zdroj: J.W. Rowe, R.L. Kahn, The Gerontologist 37, no. 4, 433-440, 1997

Součástí *Programu výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století*, který je společným projektem OSN pro problematiku stárnutí a mezinárodní gerontologické asociace, je Priorita č. 4, zaměřená na **Determinanty zdravého stárnutí**:

„Zdraví je v kontextu prodloužení střední délky života a stárnutí populace zásadním tématem. Zachování zdraví a soběstačnosti v procesu stárnutí je faktorem, který má dopad na mnoho dalších aspektů života starších osob, jejich rodin a komunit. Je proto žádoucí lépe porozumět komplexním vztahům mezi chováním jedince a sociálními, ekonomickými, kulturními a environmentálními podmínkami a účinností preventivních, léčebných a rehabilitačních metod a prostředků. Žádoucí je také další výzkum metod hodnocení a monitorování fyzického a duševního zdraví, soběstačnosti a se stárnutím spojených „disabilit“ (zdravotních omezení a postižení) a možností jejich prevence.“

Také EU aktivně podporuje členské státy v jejich iniciativách na podporu ochrany zdraví seniorů a přijímá opatření s cílem zlepšit jejich životní a pracovní podmínky.

Prevence disability se stala prioritou vyspělých zemí.

Problematika stárnutí je v současnosti také předmětem výzkumu řady institucí u nás i ve světě. Státní zdravotní ústav v Praze, bývalé Centrum hygieny životního prostředí (nyní Centrum odborných činností), které rutinně, v rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí, se mělo možnost zapojit do ojedinělé mezinárodní kohortové studie

HAPIEE I (2002-2005), zkratka anglického Health, Alcohol and Psychosocial factors in Eastern Europe, - „**Zdraví a životní styl**“ a navazující **HAPIEE II** (2006-2008) „**Kvalita života stárnoucí populace**“, zaměřenou na aspekty stárnutí u téže kohorty. Je koordinována pracovištěm University College London a probíhá také v Polsku, Rusku a Litvě. „**HAPIEE**“ hraje důležitou roli v průběžném monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vybraných českých městech a poskytuje řadu aktuálních informací o zdraví obyvatel v daných regionech. Bude sledovat případné změny v průběhu let a poskytne ucelený přehled o tom, jakým směrem se bude zdraví a péče o zdraví našich obyvatel ubírat. Získaná cenná data nám pomohou nahlédnout také do problematiky stárnutí v ČR. Pouze sledováním velké skupiny osob během delšího časového období můžeme reálně posoudit a zjistit, jak a čím je zdraví ovlivňováno, jaká je kvalita života naší populace ve vyšším věku, kdy často dochází ke změně zejména socioekonomického postavení jednotlivců [16].

Výsledky budou sloužit v rámci celé ČR i v jednotlivých regionech, kde studie probíhá, pro tvorbu programů podpory zdraví a ovlivnění zdravotní politiky.

2. CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je z dat získaných mezinárodní kohortovou studií HAPIEE „**Zdraví a životní styl**“ zhodnotit kvalitu života u sledovaných respondentů v ČR (mužů a žen, věkové kategorie 60-69 let) a zaměřit se na klíčové rizikové faktory vedoucí k disabilitě.

3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

3.1 Aktuální demografická situace v ČR a prognóza demografického vývoje

Evropa je a bude nejstarším regionem světa, v současnosti zde žije 16 % osob ve věku 65 a více let, v roce 2050 je jejich počet odhadován na 26 %. V současnosti je společným charakteristickým rysem téměř všech evropských zemí, Českou republiku nevyjímaje, pokles dynamiky početního růstu obyvatelstva, snižování intenzity plodnosti žen a její stabilizace na nízké úrovni, další zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, snižování úmrtnosti a prodlužování naděje dožití. Tento vývoj, směřující k demografickému stárnutí, bude v dalších desetiletích stále výraznější. Nastolený trend regresivního typu demografického stárnutí (nižší podíl dětské složky) předznamenává nezadržitelné změny věkové struktury ČR. Z tohoto pohledu se nejvíce uplatní dva faktory: a) velmi nízká úroveň plodnosti, přetrvávající od poloviny 90. let 20. století; b) postupný posun osob z početně silných válečných a poválečných ročníků nad věkovou hranici 65 let. Dlouhodobý pokles porodnosti je z pohledu populačního vývoje závažnějším faktorem. V České republice došlo na počátku de-

vadesátých let k výrazným společenským změnám, které vedly mimo jiné k odkládání mateřství, současně se také snižuje počet dětí narozených jedné ženě.

Populace nad 50 let věku představovala k 31. 12. 2008 téměř 36 % podíl z celkového počtu ČR. Zastoupení osob nad 65 let věku pak činilo 15 %. Ženy zaznamenaly vyšší podíl padesátiletých i pětadesátiletých jedinců než muži. Podíl populace ve věku 0-14 let byl 14%. Ovdovělé ženy i ovdovělí muži měli nejčetnější zastoupení ve věkové kategorii 75–79 let (v tomto věku se nacházelo 18,7 % všech ovdovělých žen a 17,9. % všech ovdovělých mužů)[Graf 2], [4].

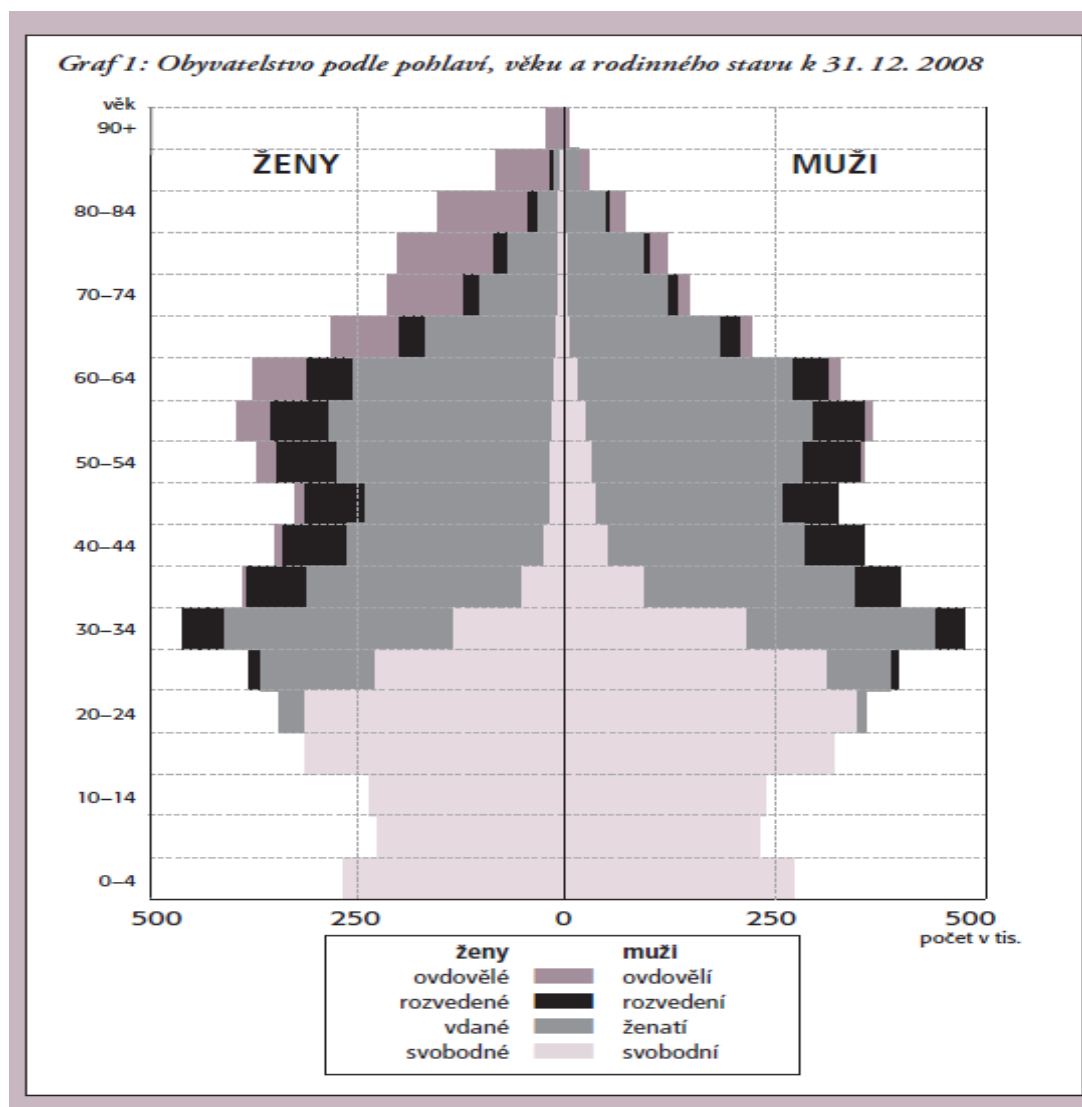
Základní demografické ukazatele:

Úmrtnost, její vývoj a úroveň, je v jistém smyslu výsledkem vývoje nemocnosti a také důsledkem kvality životních podmínek, životního prostředí a způsobu života. Při porovnání intenzity úmrtnosti jednotlivých populací se používá standardizovaná úmrtnost, která odstraňuje vliv věkové struktury. K charakteristice řádu vymírání určité populace se používají úmrtnostní tabulky, které poskytují kvantitativně nejpřesnější vyjádření intenzity úmrtnosti zkoumané populace. Základním výsledným ukazatelem je naděje dožití.

Naděje dožití neboli ***střední délka života*** (ukazatel délky života), který se uvádí buď a) od narození, a pak udává, jakého věku se v průměru dožije každé narozené dítě v dané generaci při zachování řádu vymírání nebo b) od určitého přesného věku, a pak udává průměrnou délku života jednotlivých osob od dosažení tohoto věku, tj. kolik života mají příslušníci dané generace před sebou. Naděje dožití (střední délka života, life expectancy - LE) je výsledným ukazatelem úmrtnostních tabulek a je to aritmetický průměr rozložení tabulkového počtu zemřelých v jednotlivých věkových skupinách. Zvyšování naděje dožití závisí především na poklesu nemocnosti (zejména smrtelných chorob) přímo související s kvalitou zdravotní péče a životních podmínek [3]. V ČR díky tomuto pozitivnímu trendu dochází od 90. let postupně ke zvyšování naděje dožití u mužů i žen, v roce 2008 byla 74 let u mužů a 80,1 let u žen, v roce 2009 pak stagnovala v případě žen na 80,1 letech, pro muže vzrostla o dvě desetiny na 74,2 let [Graf 3], stále však za zeměmi s nejvyšší nadějí dožití při narození popř. 65 let, zaostáváme u mužů zhruba o 6 let a u žen o 4 roky [Graf 4 a 5].

Předpokládáme, že do roku 2030 se naděje dožití zvýší u obou pohlaví o 4 roky. Počet osob nad 65 let bude tvořit 17 až 21% celé populace. Dnešní šedesátiletý muž má naději dožití 18 let a stejně stará žena 22 let [4].

Graf 2: Strom života

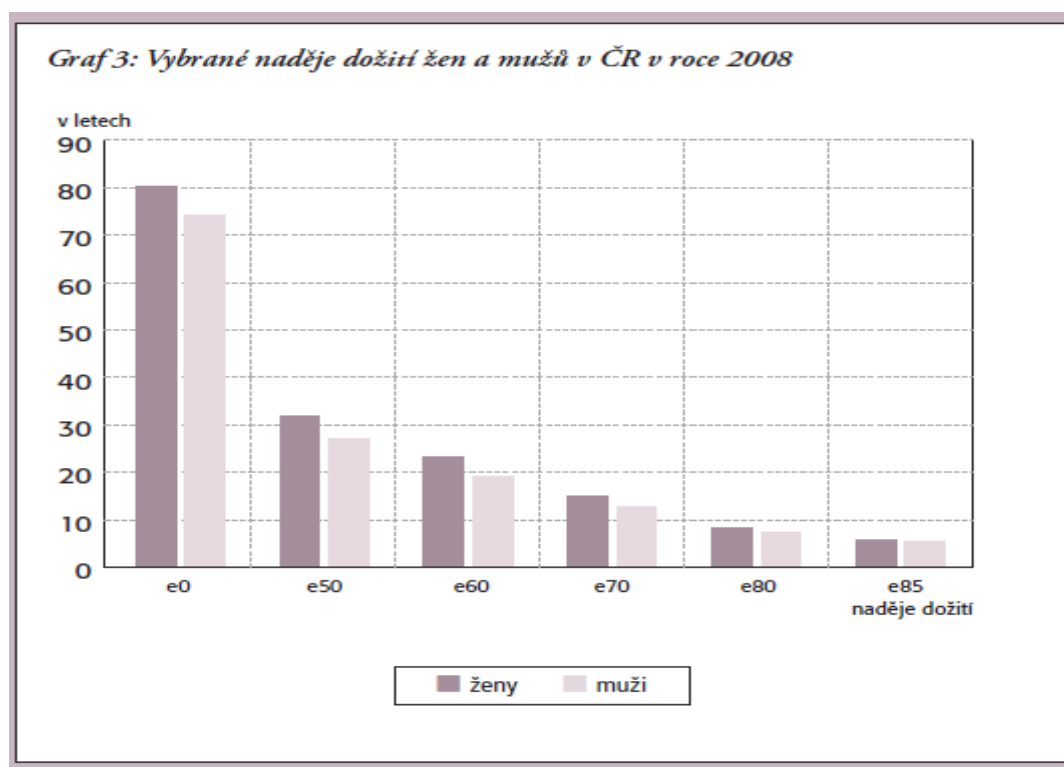


Zdroj: Demografická statistika ČSÚ 2008

Od konce 90. let minulého století dochází ke snižování porodnosti. I když od roku 2000 zase lehce narůstá, popř. stagnuje, stále zůstává na nízké úrovni, pro rok 2008 činila 1,53 dítěte na 1 ženu během reprodukčního období, v roce 2009 činila 1,49 [20]. Trend demografického stárnutí charakterizuje také *index stárí*, který vyjadřuje, kolik v populaci připadá osob ve věku 65 let a více na 100 osob ve věku 0-14 let. Česká republika se již zařadila mezi země, kde index stárí překračuje hodnotu 100 (102,4 v roce 2007 a 105,1 v roce 2008) [Graf 4].

Prognóza vývoje díky stárnutí staré populace u nás ukazuje na dlouhodobě stoupající podíl věkově nejstarších lidí. Nejrychleji se budou zvyšovat počty nejstarších obyvatel nad 80 let.

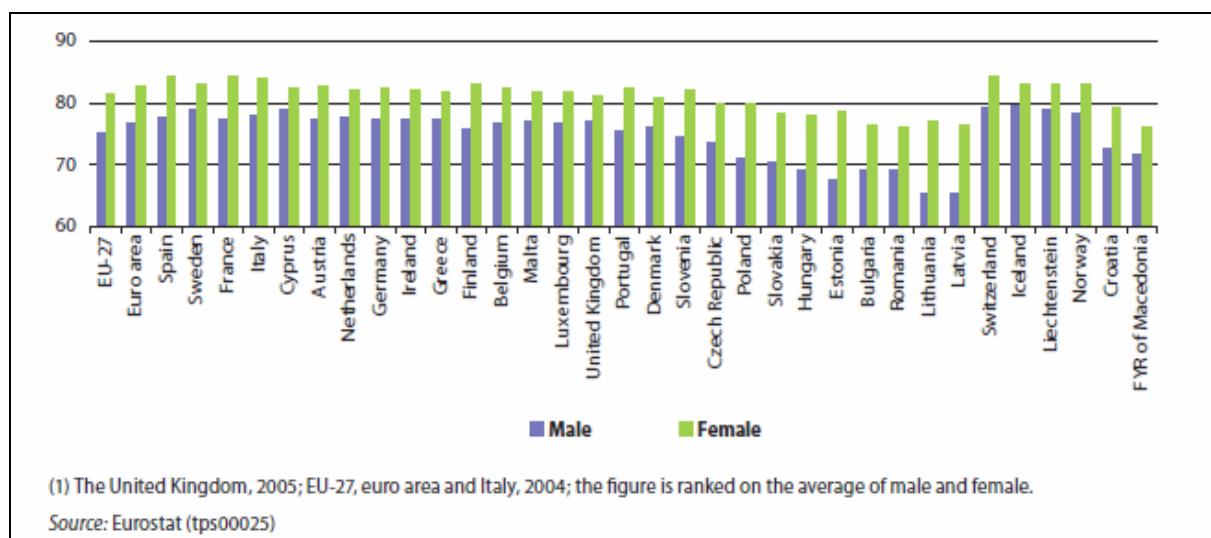
Graf 3: Naděje dožití u žen a mužů v ČR v roce 2008 pro věk 0- 85 let



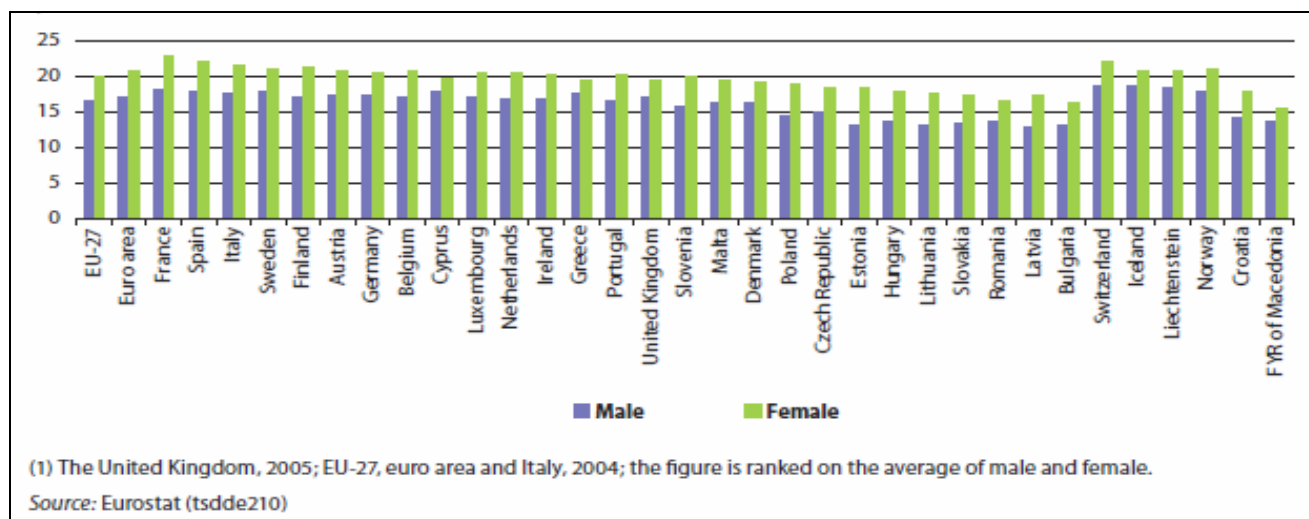
Zdroj : Demografická statistika ČSÚ 2008

Do roku 2050 nedojde k zásadní změně v podílu dětské složky 0-14 let na celkové populaci. Hodnota by měla kolísat mezi 13-15 %. Dále se předpokládá pokles podílu produktivní složky a narůst podílu seniorů na celkové populaci z 18 až k téměř 30 %. Do roku 2050 bude mírně

Graf 4: Naděje dožití při narození, 2006 (1), EU 27



Graf 5: Naděje dožití ve věku 65 let, 2006 (1), EU 27



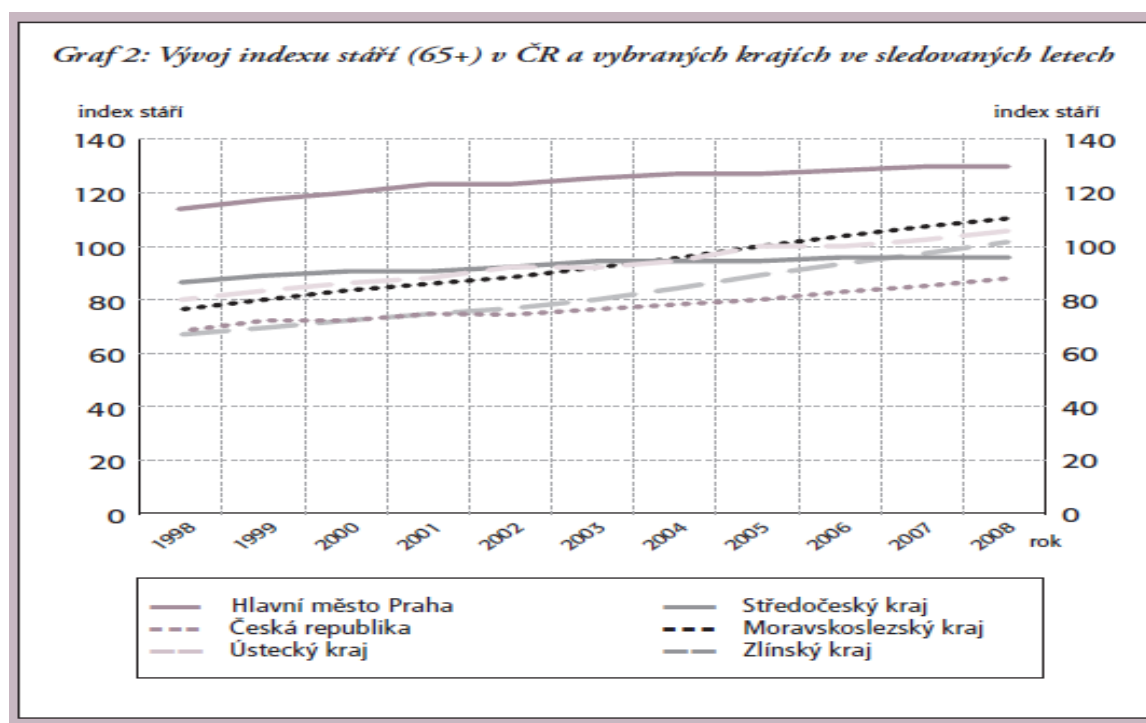
klesat podíl žen mezi seniory ve věku 65 a více let. Postupně dojde rostoucímu ekonomickému zatížení obyvatelstva v produktivním věku - v roce 2020 bude připadat 51 neaktivních na 100 aktivních, v roce 2050 pak již 78 neaktivních na 100 aktivních, v obou případech s výraznou převahou osob v postproduktivním věku. V dětské i produktivní složce populace se výraznější změny ve struktuře podle pohlaví neočekávají – poměr žen a mužů by měl být trvale víceméně vyrovnaný [4].

Zatímco mladší senioři budou zdravější a budou se aktivně zapojovat do života, u osob nad 80 let se předpokládá větší výskyt chronických onemocnění, různých forem omezení fungování v běžném životě a závislosti na pomoci a péči ostatních. Díky těmto prognózám, které jsou čím dál častěji medializovány, se stávají již dnes starší lidé svědky diskriminace - ageismu, který je určitou překážkou jejich sociální inkluze a snižuje i sociální soudržnost celé společnosti [21]. Je otázkou, zda vůbec budeme schopni tento fenomén překonat.

3.2 Pojem kvalita života

S pojmem kvalita života se v posledních 10 letech setkáváme stále častěji, ať je to v literatuře, na webových stránkách nebo v médiích. Tento velmi frekventovaný pojem je používán v různých souvislostech, v různých vědních disciplínách - medicíně, psychologii, sociologii, ekonomii, ekologii, antropologii a dalších. Například sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji v rámci určité populace i mezikulturálně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců a pokoušejí se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

Graf 6: Index stáří



Zdroj : Demografická statistika ČSÚ 2008

Dnes můžeme v literatuře najít řadu definic, protože pojem kvalita života je multioborový. Pokud bychom se snažili o zevšeobecnění, tak kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů: sociálních, zdravotních, ekonomických, environmentálních, které kumulativně a často neznámým způsobem interagují a ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností [6].

Od 70. let se objevuje pojem kvalita života i v medicíně, a to zpočátku v klinických studiích, zejména u onkologicky nemocných pacientů, kdy se sledovala kvalita života v souvislosti s vedlejšími účinky terapie. Agresivní dopady této léčby mnohdy způsobovaly zhoršenou kvalitu života nemocných více než nemoc samotná. Začal se používat pojem „health related quality of life, tj. kvalita života ovlivněná zdravím, vyjadřující subjektivní pocit životní pohody asociovaný s nemocí, popř. úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Medicína vychází z definice WHO, z roku 1946, kdy zdraví, jako jedna z hlavních součástí kvality života, není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Dále se kvalitou života rozumí také „to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“ (Ustun et al., 1995). Zkoumání kvality života v medicíně se v současnosti zaměřuje na oblasti psychosomatického a fyzického zdraví [8].

Koncept kvality života můžeme zjednodušeně uvést ve dvou dimenzích:

Objektivní kvalita života znamená splnění materiálních a sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Chudoba, negramotnost a špatný zdravotní stav obyvatelstva jsou pak spojovány s nízkou kvalitou života. Podstatným se jeví pro hodnocení kvality života i **subjektivní vnímání**, týkající se lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Příznivé podmínky (fyzické zdraví, vzdělání, bohatství) nevedou automaticky k vyšší kvalitě života a naopak zhoršené životní podmínky (chudoba, některé nešťastné životní události, zdravotní postižení) nemusí být vždy vázány na horší kvalitu života. Pro kvalitu života jedince je důležité jak vnímá sám sebe, jaké má cílové hodnoty, jak je naplňuje a jak je odolný vůči stresu. Změna životních hodnot díky nemoci, či pocit zvládnutí těžkých životních zkoušek, může subjektivně vnímanou kvalitu života i zvýšit [6].

Studium kvality života v současnosti znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu.

3.3 Kvalita života seniorů

Abychom mohli mluvit o seniorech, je potřeba si ujasnit pojem věku. Hranici, kdy se člověk stává starý, je možné určit jen obtížně, neboť stáří je klasickým příkladem „sociálního konstruktů“, který vyjadřuje, že vlastnosti a chování spojované s pojmem stáří jsou formovány kulturou a společností. To znamená, že kultura a společnost vedou k sociálně konstruovaným rozdílům v chování, očekávání a postojům a vnímání věku se liší nejen v rámci různých kultur, ale i z hlediska osob odlišného pohlaví a věku. Mladší ročníky označí za staré jedince mnohem nižšího věku, než koho takto pojmenují příslušníci generace jejich rodičů. Za staré považujeme především ty, kteří tak vypadají. Důležitou roli při kategorizování druhých jako seniorů hraje především jejich fyzický zdravotní stav, věk, případně ztráta duševní svěžesti či autonomie [21].

Vymezením hranic stáří se zabývala Světová zdravotnická organizace a to ve světle probíhajících demografických změn.

Věkové kategorie[22]:

- 45-59 let střední věk
- 60-74 let rané stáří
- 75-89 let pozdní stáří
- 90 a více let dlouhověkost

Peter Laslett váže věk na jednotlivé etapy života [10]

- Třetí věk - 60/65-75 let (začíná odchodem do důchodu a končí začátkem fyzické závislosti, krajní hranice 55-75 let)
- Čtvrtý věk je obdobím počátku fyzické závislosti (75+)

Stárnutí a stáří jsou významnými etapami ontogenetického vývoje jednotlivce a představují přirozenou součást životního cyklu člověka. Jsou jevem individuálním a společenským.

Stárnutí je velmi složitý více příčinami ovlivněný děj. Je výsledkem vzájemného působení genetických podmínek a faktorů vnějšího prostředí a má velmi individuální charakter. Každý jedinec stárne podle vlastního programu. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována - multifaktoriální typ dědičnosti - asi z 35%, 65% je ovlivněna faktory zevního prostředí a životního stylu. Stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Fyziologickým modelem přirozeného stárnutí je *dlohověkost*, tito jedinci představují jakýsi vzor zvýšené odolnosti k nemocem a stresu, včetně dobré přizpůsobivosti k okolí [22].

V souvislosti se stárnutím hovoříme o *biologickém, psychickém a sociálním stárnutí*. Většina biologických funkcí (průtok krve ledvinami, clearance kreatininu, max. srdeční frekvence, tepový objem při zátěži, glukózová tolerance, atd.) vrcholí před 30 rokem, některé z nich postupně klesají, zvláště pak v období velkého stresu. Dříve byly tyto změny považovány za přirozený následek stárnutí, nyní se má za to, že jsou však významně ovlivněny životním stylem, chováním, stravovacími návyky a prostředím. Vlivy pouhého stárnutí mohou být daleko méně výrazné a mnoho jedinců tak může stárnout daleko zdravěji. V ideálním prostředí by mohla být maximální možná dosažitelná délka života 110 - 120 let [22].

Sociální stárnutí je provázeno zhoršenými adaptačními procesy, odchodem do důchodu a následně snížením aktivity. Vyšší věk s sebou přináší období největších životních krizí. Starý člověk ztrácí určité sociální pozice, ztrácí dříve nabyté kontakty, mění se jeho perspektivy a hodnotový systém. Velkým průlomem v jeho životě je pak odchod do důchodu a odchod dětí z rodiny. Musí se také přeorientovat na jinou činnost, např. na oblast kultury, sportu a vlastní zájmy. Může se změnit i jeho finanční situace, je nucen se zabývat myšlenkou změny životního standardu a jeho dosavadního prostoru, prostředí.

Pokud bychom se zeptali staršího člověka, kterou hodnotu považuje za nejdůležitější, řekla by nám většina, že je to zdraví. Hodnoty - zdraví a rodina jsou dominantní pro většinu populace [15, 19]. H.

Maříková a kol. charakterizují zdraví jako dynamickou rovnováhu organismu ve vztahu k endogenním a exogenním podmínkám, které zajišťují optimální fungování člověka. *Zdraví zabezpečuje člověku seberealizaci, přináší mu pocit nezávislosti a štěstí* [11].

Je pravděpodobné, že s přibývajícím věkem narostou zdravotní problémy. Z toho vyplývá, že pro většinu lidí znamená stárnutí zhoršení nejen fyzické, psychické a sociální pohody, ale i celkové životní spokojenosti. Zhoršené zdraví může způsobit depresi, která je podmíněna odchodem do důchodu nebo existencí samoty. Kvůli těmto omezením jsou tyto jedinci nuceni přestat pracovat, nemohou se starat o domácnost, omezují styky s okolím, ztrácí zájem o zábavu. Pokud si jsou vědomi toho, že postupně ztrácí fyzické i rozumové schopnosti, začnou se obávat, že je jiní budou považovat za neužitečné a nežádoucí. Atributy užitečnosti, potřeby, štěstí, sounáležitosti dávají starším lidem rodina a okruh přátel. Rodina je označována za univerzální hodnotovou prioritu [1].

Při **sledování a hodnocení** úspěšného stárnutí či kvality života ve stáří se dnes většina vědních oborů zaměřuje více než na kvantitativní ukazatele, na ukazatele **kvalitativní**. Výčet výskytu nějakého onemocnění či počty nových onemocnění jsou již nedostačujícími ukazateli. K hodnocení zdraví by mělo docházet především v kontextu života. Kromě projevů nemocí a dopadů na funkční stav hraje velkou roli prostředí seniora (životní prostředí, schopnost adaptace).

Mezi kvalitativní ukazatele řadíme:

- Zdravou délku života, počet a podíl let prožitých v určitém omezení
- Subjektivní hodnocení zdraví
- Omezení každodenních aktivit
- Zvládání chodu domácnosti
- Skóre CASP19 – kvalita života ve stáří

3.4. Disabilita

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen **délkou života** (aspekty mortality), ale především **funkční zdatností** (aspekty disability), **zdravím podmíněnou kvalitou života** (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a **spotřebou společenských zdrojů zdravotní a sociální péče** (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů). *Ukazatel zdravotního omezení – **disabilita*** (omezení funkčnosti nejen zdravotní, ale i sociální, ekonomické, psychické, kognitivní), byl zaveden vedle tradičních ukazatelů úmrtnosti a nemoci a je **indikátorem jak závažnosti onemocnění, tak kvality života** [18].

Disabilitu starší populace ovlivňují :

1. Zdravotní stav (chronická nemocnost / polymorbidita)
2. Sociální participace (ageismus - vyčleňování starých lidí ze společnosti)
3. Ekonomický status (diskriminace na trhu práce)
4. Partnerské a rodinné vztahy (osamělost)
5. Závislost (nesoběstačnost, i fyzická)
6. Možnost seberealizace
7. Genetická výbava
8. Životní styl
9. Zdravotnické a sociální služby
10. Vlivy životního prostředí

V průběhu života se faktory, které přispívají k disabilitě, kumulují [12].

Pravděpodobná doba dožití se na celém světě zvyšuje. Novou výzvou v oblasti výzkumu je zajistit, aby delší život byl také zdravý, aktivní a produktivní a aby byla významně redukována míra disability ve vyšším věku. Ve vyspělých státech je zřejmým trendem nejen prodlužování života, ale také pokles funkčně závažné nemocnosti, nezdatnosti ve stáří.

„Lepší pochopení základních mechanismů stárnutí, determinant dlouhověkosti a nemocí ve stáří má zásadní význam pro využití potenciálu zdravého stárnutí.“

3.5 Vztah disability a kvality života

„Zdravá délka života“ (Healthy Life Years (HLY), neboli střední délka života prožitá ve zdraví, je jedním ze sofistikovanějších ukazatelů, který hodnotí zdravotní stav, nejen stárnoucí, populace jako celku. Kombinuje údaje o úmrtnosti s údaji o zdravotním stavu a vyjadřuje průměrný počet zbývajících roků života, které osoba v určitém věku prožije v dobrém zdraví. Pokouší se charakterizovat nejen kvantitu zbývajícího života, vyjádřenou počtem prožitých roků, ale také jeho kvalitu a to jako část života prožitou v dobrém zdraví. Obecně přijímaným měřítkem zdravotního stavu jednotlivých populací se tedy stává počet let zbývajících na dožití bez disability popřípadě s disabilitou („Zdravá délka života“)[18]. **„Zdravá délka života“** byla v roce 2005, schválena jako Lisabonský strukturální indikátor, který zdůraznil, že průměrná délka života v dobrém zdraví - nejen délka života - je klíčovým faktorem pro produktivitu a ekonomický růst společnosti. **„Zdravá délka života“** (Healthy Life Years –HLY, popř. také Disability free life expectancy-DFLE) je tedy zaměřena na kvalitu života prožitou ve zdraví více než jen na kvantitu. Je také zmiňována jako klíčový ukazatel

zdraví ve zdravotní strategii Evropské komise schválené v říjnu roku 2007 pod názvem „Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013“.

Na podporu rozvoje ukazatelů délky života prožité ve zdraví byla založena skupina European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Členové této skupiny se zaměřují na harmonizaci dat a výpočet ukazatelů střední délky života prožité ve zdraví, na rozvoj metodiky, analýzu a publikování výsledků, přípravu nástrojů a vzdělávacích akcí, a slouží jako informační základna dostupných informací v dané oblasti. EHEMU spolupracuje s Eurostatem a se zástupci členských států prostřednictvím pracovní skupiny „Task Force on Health Expectancies“. Pro výpočet strukturálního ukazatele HLY se v současnosti používá dat ze šetření European Union - Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), které je prováděno ve všech zemích EU. V ČR je prováděno každoročně od roku 2005 Českým statistickým úřadem (ČSÚ) jako výběrové šetření o příjmech a životních podmínkách domácností pod názvem „Životní podmínky“. Dalším celoevropským šetřením, které je ve fázi implementace v členských zemích je Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu (European Health Interview Survey), které v ČR provedl v roce 2008 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) [20].

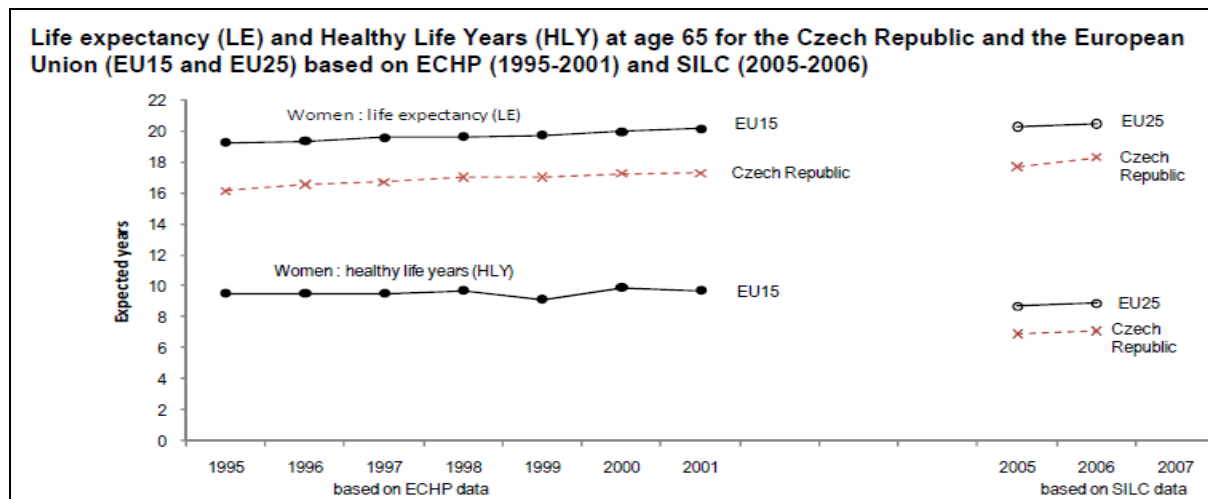
Stále více běžnějším se stává na poli veřejného zdravotnictví a v oblasti hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment -HIA) ukazatel DALY - Disability Adjusted Life Years , původně vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací (WHO), a vyjadřuje sumu ztracených let na dožití způsobenou předčasným úmrtím nebo invaliditou (ztracená léta- Year Life lost -YLL). Jeden DALY reprezentuje ztrátu jednoho roku z ekvivalentu plného zdraví.

Grafy 7a a 7b znázorňují vývoj ukazatele naděje dožití (LE) v ČR i v rámci zemí EU15 a EU25, který se pro věk 65 let během období 1995-2005 zvýšil o 1,5 roku u žen a o 1,7 roku u mužů v ČR. V letech 1995-2001 byla hodnota LE pro obě pohlaví pod průměrem EU15 a v roce 2005 i pod průměrem zemí EU25 (14,4 let u mužů a 17,7 let u žen). ČR vstoupila do EU v roce 2004, proto hodnota HLY, pro období 1995-2001 není dostupná. HLY v roce 2005 z dat SILC ukazuje, že muži a ženy ve věku 65 let očekávají prožijí 39% resp. 45% bez dlouhodobých omezení. HLY hodnoty pro ČR jsou 3 roky a 2, 3 roky pod EU průměrem žen a mužů. Čeští muži i ženy více hlásí své zdravotní problémy než EU25[ECHIP data, SILC data 1][24].

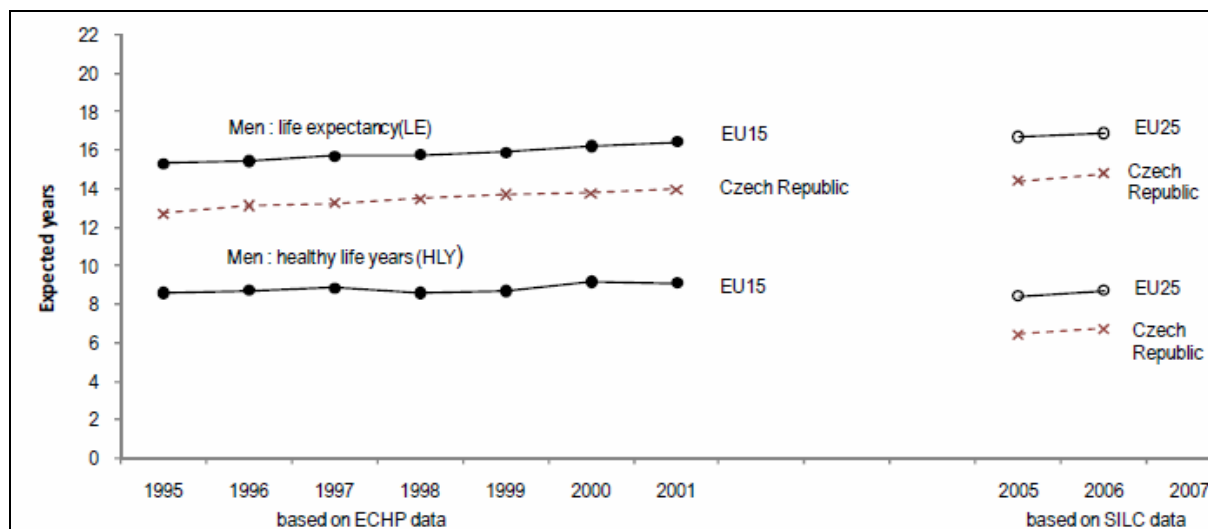
¹HE je měřena z omezujících aktivit (HLY) pro země, které projeví zájem a pro členské státy (EU25), použitím SILC v roce 2005 - otázek na dlouhodobá omezení. Protože SILC byly zahájeny jen nedávno, zároveň poskytujeme trendy předešlých HLY hodnocení z let 1995-2001 z odpovědí na otázky týkající se disability v roce 1995-2001 z šetření European Community Household Panel (ECHIP)

Graf 7: Vývoj naděje dožití a naděje dožití ve zdraví ve věku 65let v ČR, EU15 a EU25 z dat ECHP a SILC

7a/ ženy:



7b/ muži:



Zdroj: www.chemu.eu [24]

Rozdíl v naději dožití mužů a žen a naději dožití mužů a žen ve zdraví pro rok 2006 v ČR znázorňuje pro jednotlivé věky detailněji **Graf 8**. Žena narozená v České republice by se dle úmrtnostních poměrů platných v roce 2006 v průměru dožila věku 79,7 roku a muž narozený v České republice věku 73,4 roku. Doba prožitá ve zdraví (bez omezení v běžných činnostech) by u žen činila 59,7 roku a u mužů 57,8 roku, což činí asi tři čtvrtiny života (u žen 75 % a u mužů 79 % života).

Česká žena ve věku 65 let by při uvažování úmrtnostních poměrů platných v roce 2006 v průměru prožila celkem dalších 18 roků a český muž 14,8 roku života. Doba strávená ve zdraví (bez omezení v běžných činnostech) by u žen činila 7 let, což představuje 39 % jejich zbývajících částí života. Muži by bez omezení v běžných činnostech prožili dalších 6,7 roku, což představuje 45 % jejich zbývajících částí života. U pětadesátiletých mužů i žen tedy doba strávená s některým stupněm omezení převyšuje dobu strávenou bez omezení v běžných činnostech [4].

Rozdíl ve střední délce života při narození mezi ženami a muži činí 6,2 roku ve prospěch žen, zatímco rozdíl ve střední délce života prožité ve zdraví při narození činí pouhé 2 roky u obou pohlaví.

Z grafu je patrné, že rozdíl ve střední délce života mezi muži a ženami je větší než rozdíl ve střední délce života prožité ve zdraví a to jak absolutně, tak i relativně (tedy jako podíl života strávený bez omezení v běžných činnostech) [Graf 8].

4. STUDIE „HAPIEE“

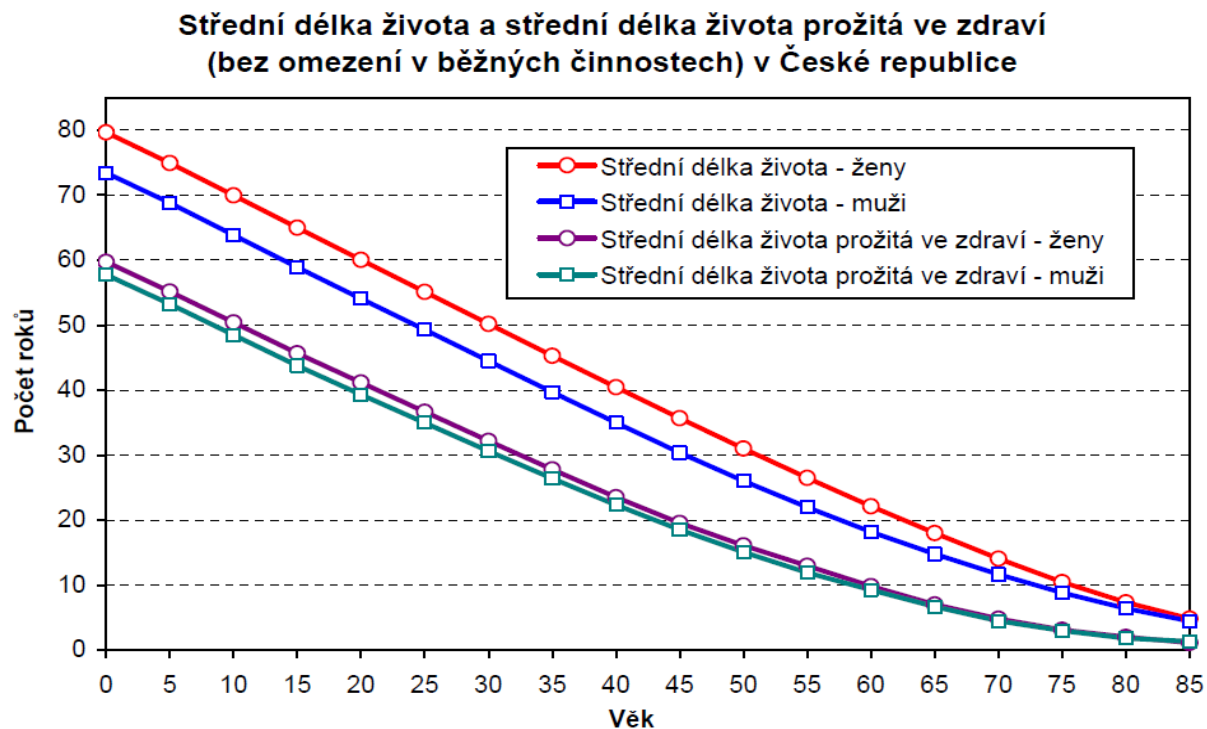
4.1 Cíl, design studie, sběr dat

Jak již bylo zmíněno, mezinárodní studie HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors in Eastern Europe) je koordinována pracovištěm University College London a sleduje zdravotní stav obyvatel a s ním související faktory životního stylu ve vybraných zemích střední a východní Evropy. Studie probíhá od roku 2002 v Česku, Polsku, Rusku a od roku 2005 také v Litvě. Jedná se o longitudinální studii zaměřenou na městské obyvatelstvo, ve které je sledována stejná skupina osob. Informace o respondentech jsou aktualizovány v tříletých intervalech. Snahou studie je přispět k pochopení příčin negativního zdravotního stavu a rizikových faktorů, především chronických neinfekčních onemocnění. Hlavním **cílem** šetření HAPIEE je přispět nejen k odhalení příčin změn nemocnosti a úmrtnosti ve státech bývalého „socialistického bloku“, ale také studovat trendy vývoje zdravotního stavu obyvatel vybraných regionů ve vztahu k rizikovým faktorům a objasnit vliv socioekonomických a psychosociálních faktorů na riziko vzniku chronických zejména neinfekčních onemocnění [16].

Svým rozsahem se tak jedná o jednu z nejvýznamnějších studií zdravotního stavu u nás, jak z hlediska velikosti datového souboru a longitudinálního pojetí šetření, tak i z hlediska možnosti mezinárodního srovnání. Tato studie je financována grantovými agenturami the Wellcome Trust (grant no.

064947/Z/01/Z), the MacArthur Foundation (Health and Social Upheaval network) a US National Institute on Aging (grant No. 1R01 AG23522-01).

Graf 8:



Zdroj: ČSÚ 2006

Design studie HAPIEE, právě pro možnost srovnávání, vycházel z těchto mezinárodních studií: „English Longitudinal Study of Aging (ELSA)“, „Health and Retirement Study (HRS)“ v USA a „ The Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)“ [16].

První etapa sběru dat studie HAPIEE, zaměřená na zdraví a životní styl, proběhla v letech **2002-2005**. Za účastníky studie byly vybrány osoby věkové kategorie 45-69 let. Celkem bylo osloveno systematickým náhodným výběrem zaručujícím reprezentativnost vzorku 1680 mužů a 1680 žen v každé pětileté věkové skupině (45-49 let, ... 65-69 let), dohromady tedy 16 800 osob. Oporou výběru byly městské registry. Předem bylo určeno, že se studie bude realizovat v šesti, resp. sedmi městech České republiky (byla vybrána města: Jihlava, Hradec Králové, Kroměříž, Liberec, Ústí nad Labem, města Karviná a Havířov jsou ve studii hodnocena dohromady). V Česku bylo šetření, resp. sběr dat, organizováno Statním zdravotním ústavem v Praze a v terénu bylo provedeno Zdravotními ústavu (dále ZÚ) participujících měst a Krajskou hygienickou stanicí v Ostravě (dále KHS Ostrava).

Prioritní podmínkou výběru měst byla v první řadě ochota realizačních týmů uskutečnit šetření v rámci města, účast měst v Systému monitorování zdravotního stavu obyvatel ve vztahu k životnímu prostředí, také byla zohledněna předchozí dobrá, fungující kooperace se zdravotními ústavy či krajskou hygienickou stanicí, zejména z důvodu potřebné dlouhodobé spolupráce v dalších etapách šetření. Snahou bylo též postihnout různorodost měst v ČR a jejich podobnost s městy ostatních do šetření zařazených států.

První etapa studie se skládala ze dvou hlavních částí; **dotazníkového šetření a lékařského vyšetření**. V dotazníkovém šetření bylo použito několik samostatných dotazníků:

- **Osobní dotazník** byl rozdělen do více modulů, a byl zaměřen na úroveň zdravotního stavu a životní styl respondenta, sledoval kuřácké zvyklosti, fyzickou aktivitu, konzumaci alkoholu, názory na faktory ovlivňující zdraví, duševní pohodu, sociální kontakty a pocit bezpečí.
- **Dotazník pro zaměstnané osoby** sledoval postavení respondenta v zaměstnání, náročnost, stres, stupeň kontroly v pracovním prostředí.
- **Dotazník pro osoby v důchodu** byl zaměřený na ekonomickou situaci a psychickou pohodu respondentů.
- **Výživový dotazník** zjišťoval průměrnou spotřebu široké škály potravin během posledních tří měsíců.

Lékařské vyšetření zahrnovalo změření krevního tlaku, antropometrická měření, odběr krve, spirometrické vyšetření a vyšetření kognitivních funkcí u osob ve věku 60-69 let. Probíhalo ve zdravotních ústavech či na KHS v Ostravě, podle jednotné předem připravené metodiky.

Při sběru dotazníků sehrála klíčovou roli osoba tazatele, která osobně v domácnostech, předem ohlášena, dotazníky sbírala. Získaná data z vyplněných papírových dotazníků byla pomocí programu Epi - Info vložena do elektronické podoby a zpracování probíhalo ve statistickém programu STATA.

4.2 Analýza dat I. etapy studie

4.2.1 Metoda měření

- **Proč se měří kvalita života v raném stáří?**

Jedním z důvodů je zahrnout míru kvality života pro hodnocení kvality života v období raného stáří. Tento přístup je důležitý, protože většina lidí v takzvaném třetím věku je zdravá a schopná se účast-

nit různorodých aktivit. Jak bylo již opakovaně řečeno, přidání života = kvality k rokům je stejně významné jako přidání roků = kvantitu k životu.

Měření kvality života je klíčové pro identifikaci a kvantifikaci aspektů kvality života na začátku stáří, pro které je specifická etapa přechodu ze zaměstnání do důchodu, kdy se zvyšuje osobní svoboda a vznikají nové možnosti sociální participace. Výsledky několika studií kvality života byly použity ke zlepšení zdraví a k podpoře aktivního stárnutí. Ukazuje se však, že tato kvalita závisí zejména na socioekonomických podmínkách jednotlivců. Chudoba, deprivace, a chronický sociální stres většinou stojí za nízkou kvalitou života [25].

Při **analýze** jsme se soustředili na následující otázky:

1. Jaká je prevalence různé úrovně kvality života v raném stáří u našich respondentů?
2. Jak silná je asociace mezi zdravím a kvalitou života v raném stáří?
3. Jak silná je asociace mezi kvalitou života v raném stáří a socio-ekonomickými podmínkami?
4. Jaký je vztah mezi sociální participací a kvalitou života?

Zaměřili jsme se na **vztah disability**, která je ovlivněna v průběhu života mnoha faktory, **a kvality života (Quality of life, QoL) :**

Odpovědi na tyto otázky jsou důležité, protože ze získaných dat lze čerpat informace pro podklady pro přípravu programů nebo strategie „aktivního stárnutí“ v ČR.

- **Jak jsme měřili kvalitu života?**

V dotazníku byl zvolen Modul zvaný **CASP-19**, C = kontrola, A = samostatnost, S = seberealizace, P = radost který vychází z předpokladu, že kvalita života by měla být posuzována jako stupeň naplnění lidských potřeb. Pro tuto životní etapu se zdají být zvláště významné následující **4 domény: kontrola, samostatnost, seberealizace a radost ze života** [5]. Kontrola je chápána jako schopnost jedince aktivně se zapojovat v rámci jeho prostředí Autonomie je definována jako právo obrany jednotlivce proti nežádoucím vlivům ostatních). Seberealizace a potěšení mají za cíl získat aktivní zpětné vazby v procesu lidského bytí [25]. ***Kontrola a autonomie mají více individuální charakter a seberealizace a radost ze života více sociální charakter .***

Respondent byl tázán, jak často následující výroky (viz. níže otázky CASP-19) charakterizují jeho pocity; odpovědi byly kódovány likertovskou škálou: 0= nikdy, 1=zřídka, 2=někdy, 3=často.

Škála hodnocení se pohybuje mezi 0-57, vyšší hodnota znamená vyšší kvalitu života

- **Modul kvality života CASP 19 :**

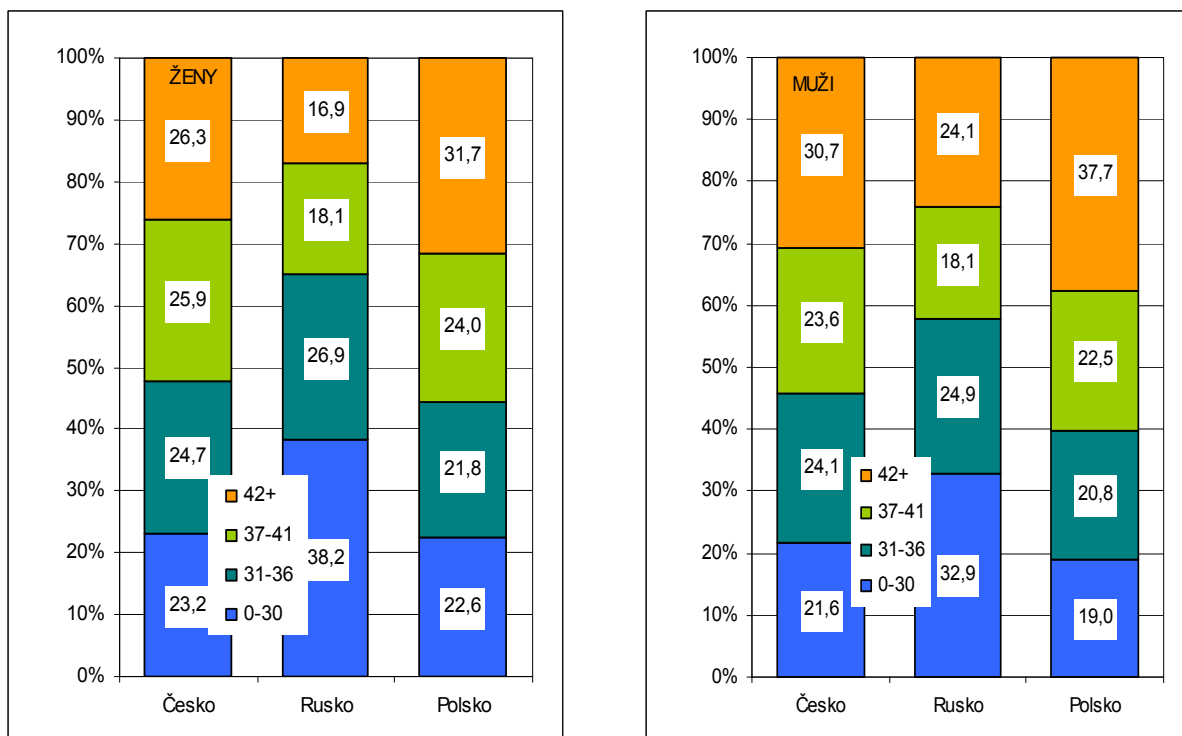
1. Můj věk mi nedovolí dělat to, co bych chtěl/a
2. Cítím, že nemohu ovlivnit to, co mě potká
3. Mohu plánovat svoji budoucnost
4. Cítím se opomíjen/a
5. Mohu dělat to, co chci
6. Rodinné povinnosti mi nedovolí dělat to, co bych chtěl/a
7. Mohu si udělat radost tím, co dělám
8. Můj zdravotní stav mi nedovolí dělat to, co bych chtěl/a
9. Nedostatek peněz mi nedovolí dělat to, co bych chtěl/a
10. Těším se na každý den
11. Cítím, že můj život má smysl
12. Mám radost z věcí, které dělám
13. Mám radost ze společnosti druhých
14. Když se ohlédnu za svým životem, vcelku mám pocit štěstí
15. V těchto dnech se cítím plný(á) energie
16. Dělán věci, které jsem nikdy nedělal/a
17. Cítím se spokojený/á s tím, jak se můj život vyvinul
18. Cítím, že můj život je plný příležitostí
19. Cítím, že moje budoucnost vypadá dobře

4.2.2 Výsledky analýzy studie HAPIEE 2002-2005

1. **Kvalita života** respondentů v ČR, mužů a žen , věkové kategorie 60-69 let, byla v průměru **37,1**. **Grafy 6a + 6b** znázorňují hraniční rozdíly mezi muži a ženami. Průměrnou hodnotu skóre CASP19, která je cca 29, dosahovalo téměř 75% všech respondentů v ČR, mužů i žen. Vyšší podíl mužů, o 5% než žen, byl zaznamenán u hodnoty CASP19= 42 a více.
Respondenti Ruska, muži i ženy, vykazovali signifikantně vyšší podíl nízké hodnoty CASP19 0-30 a zároveň nižší podíl hodnoty CASP19 42+ oproti respondentům ČR i Polska. Respondenti Polska měli oproti ČR respondentům vyšší podíl osob CASP19 - 42 + jak mezi ženami tak i mezi muži, a to o 5%, resp. o 7%. Rozdíl v podílu osob s nízkou hodnotou CASP19 0-30 byl minimální. **Kvalita života respondentů** , mužů i žen, v průměru

byla v **Polsku 37,6** a v **Rusku 33,6**. Rozdíl mezi kvalitou života mužů a žen v ČR a Polsku není významný oproti Rusku, kde se již signifikantně liší, ve smyslu nižší kvality života oproti respondentům ČR i Polska.

Graf 9: Rozložení „HAPIEE“ respondentů Česka, Ruska a Polska pole skóre CASP19 v %
a) ženy **b) muži**



Zdroj: HAPIEE 2002- 2005

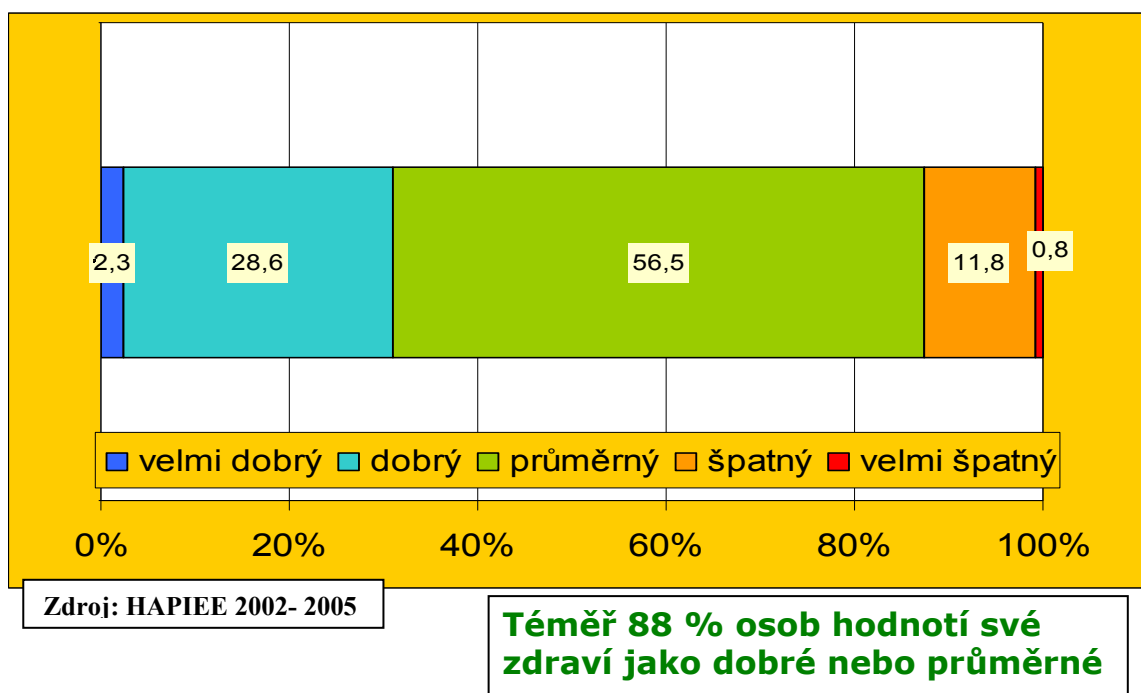
2. Vztah mezi zdravím a kvalitou života charakterizují následující ukazatele zdraví, které byly analyzovány: **omezení činností běžného života (activities daily living, ADL), subjektivní hodnocení zdraví a výskyt chronických chorob.**

Ukazatel subjektivního hodnocení zdraví vypovídá o tom, jak respondent hodnotí svůj zdravotní stav, nemusí tedy nutně odpovídat reálnému zdravotnímu stavu jedince. Dané hodnocení závisí nejen na skutečném zdravotním stavu, ale i na momentální situaci, psychické pohodě a povahových rysech včetně míry citlivosti respondenta. Získání takových dat je při dnešním pohledu na zdraví a kvalitu života nezbytné.

Téměř 88% respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý nebo průměrný, bez rozdílů mezi ženami a muži [Graf 10].

Graf 10:

Subjektivní hodnocení zdraví P₆₀₋₆₉, N=2619



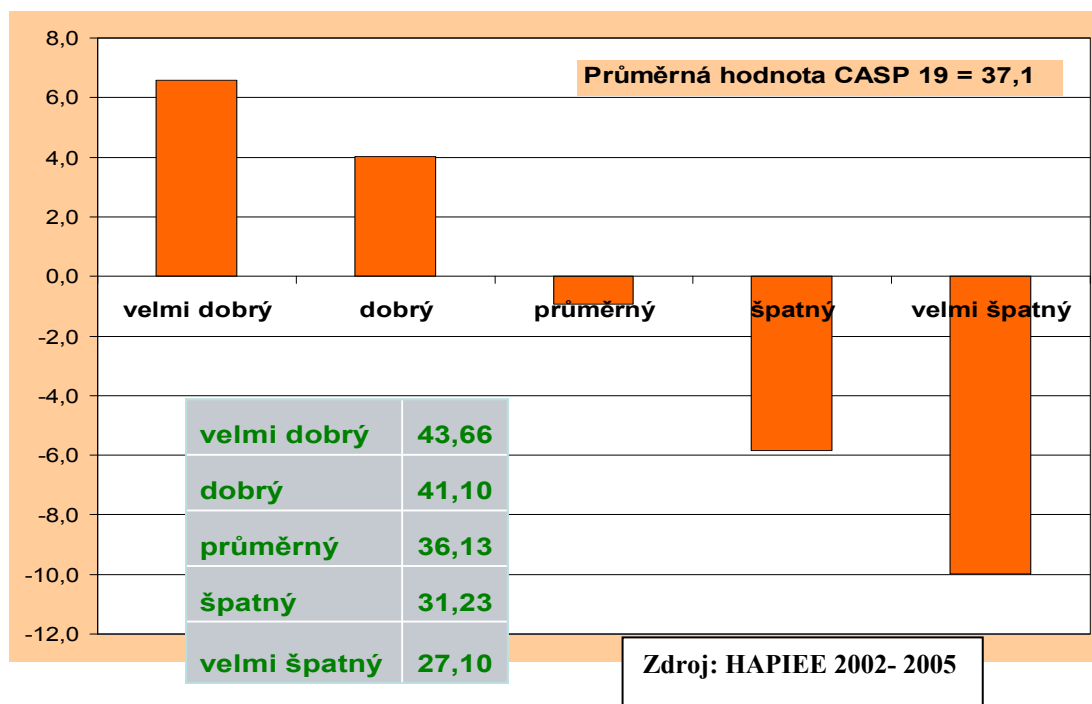
Vztah subjektivního hodnocení zdraví a kvality života znázorňuje **Graf 11**. Na ose x hodnota 0 představuje průměrnou naměřenou hodnotu CASP19 = 37,61. Hodnoty nad osou charakterizují vyšší hodnotu od průměru, tj. vyšší kvalitu života a hodnoty pod osou, zase nižší hodnoty od průměru. Z grafu je patrné, že hodnota CASP19 stoupá s odpovědí velmi dobrý a dobrý, zatímco velmi špatný a špatný QoL významně snižuje.

Omezení běžných činností v denním životě a zvláště pak jejich počet hraje důležitou roli při hodnocení disability, zejména ve vztahu k QoL. Respondent odpovídal na otázky týkající případného zdravotního omezení v šesti určených běžných činnostech: středně náročná činnost, zvednutí a odnesení tašky, vystoupení 1 patra po schodech, ohnutí se, předklonění se a kleknutí si, chůze 1 km, koupel a obléknutí se [**Graf 12**].

Graf 12 znázorňuje rozložení populace dle omezujících činností, ve všech činnostech byly omezeny více ženy než muži, kromě koupele a obléknutí se a největší procento omezení představovaly: ohnutí se, předklonění a kleknutí, což odpovídá prevalenci nemocí pohybového ústrojí respondentů studie HAPIEE [**Graf14**].

Graf 11:

Subjektivní hodnocení zdraví (SRH)/CASP 19



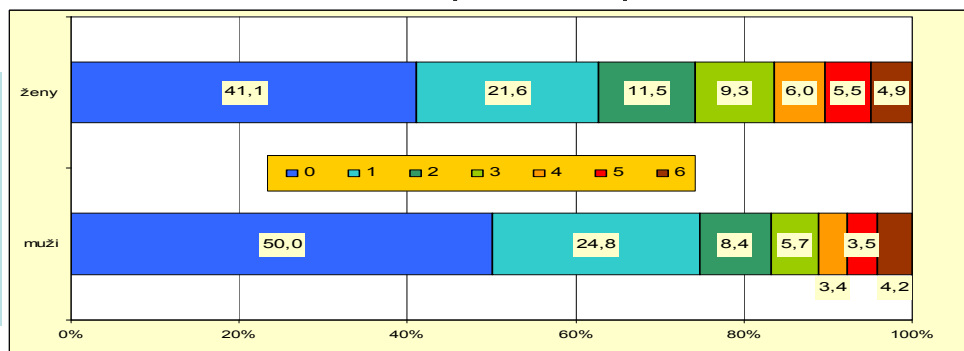
Graf 13 znázorňuje signifikantní rozdíl v QoL u osob bez omezení a s omezením, kdy QoL klesá se zvyšujícím se počtem omezení. Úroveň „funkčního“ zdraví (soběstačnosti) je důležitým faktorem kvality života.

Graf 12:

Omezení každodenních aktivit , P₆₀₋₆₉ N=2619

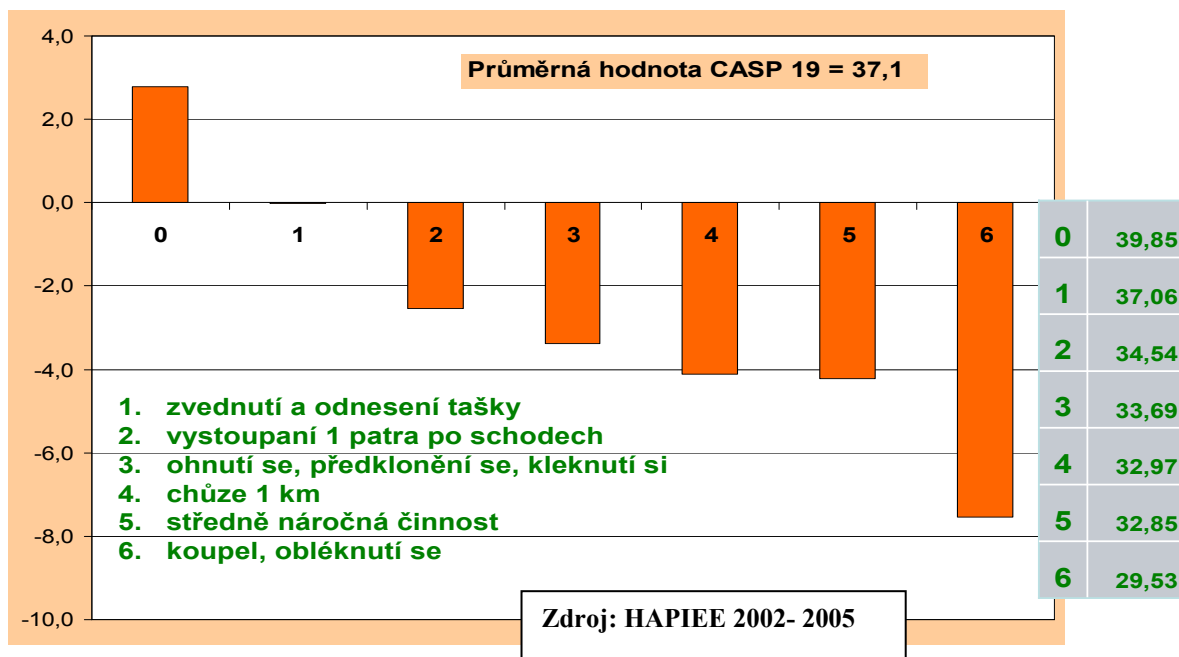
činnost / % osob bez omezení	muži	ženy
středně náročná činnost	87,7	79,7
zvednutí a odnesení tašky	84,1	65,9
vystoupání 1 patra po schodech	83,8	77,0
ohnutí se, předklonění se, kleknutí si	57,2	54,1
chůze 1 km	79,8	76,2
koupele, obléknutí se	91,5	92,7

Rozložení populace podle počtu omezujících činností



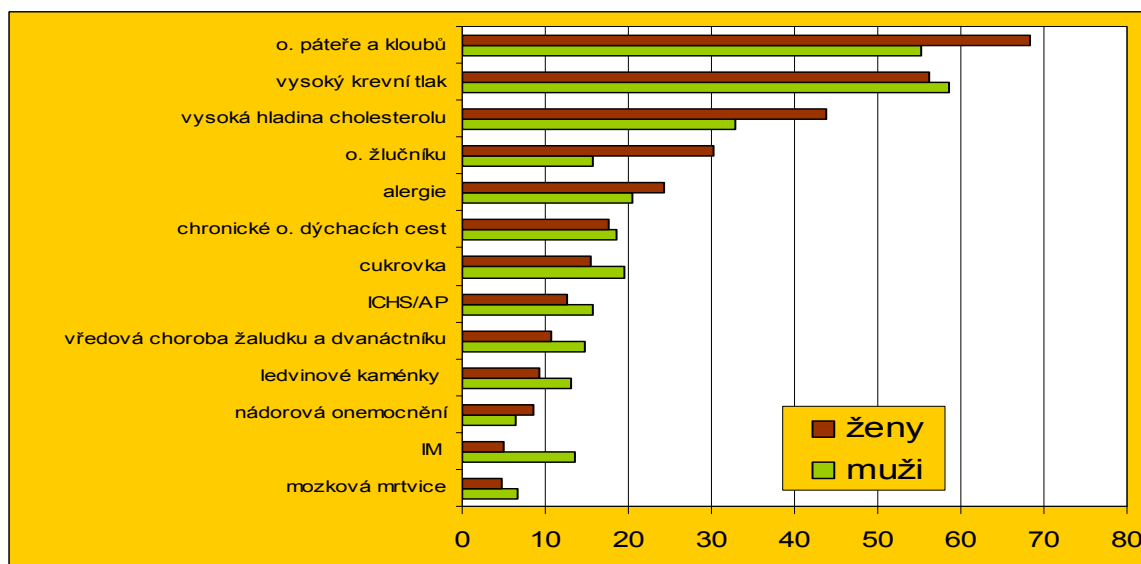
Graf 13:

ADL6 (počet omezujících běžných činností) / CASP 19

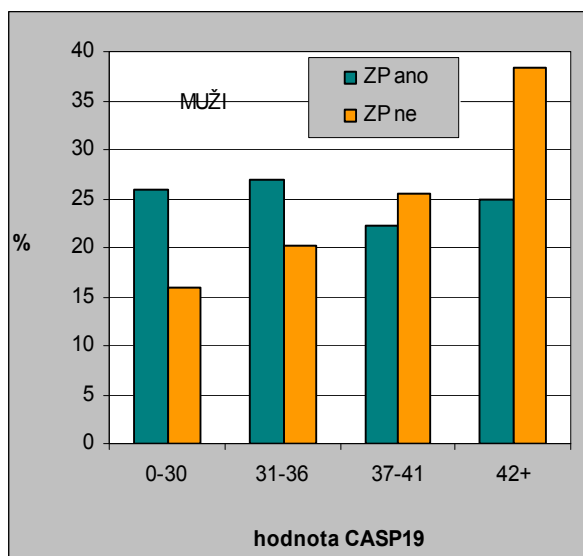


Prevalence chronických onemocnění respondentů studie svědčí o dlouhodobých zdravotních obtížích vysokého procenta respondentů v řadě sledovaných onemocnění [Graf 14]. Onemocnění páteře a kloubů se vyskytuje téměř u 70 % žen a u více jak 50 % mužů. Hypertenzi má více jak 50 % mužů i žen, atd. Omezení funkčnosti většinou předpokládá nižší kvalitu života. Grafy 15a a 15b znázorňují vztah výskytu chronického onemocnění páteře a kloubů a míry kvality života, kdy míra zdravotního postižení je spjata velmi často s nesoběstačností a závislostí na jiných lidech. Zde vidíme signifikantní rozdíly v hodnotě CASP19, kdy vyšší hodnota je spojena s absencí této těchto nemocí u mužů i žen.

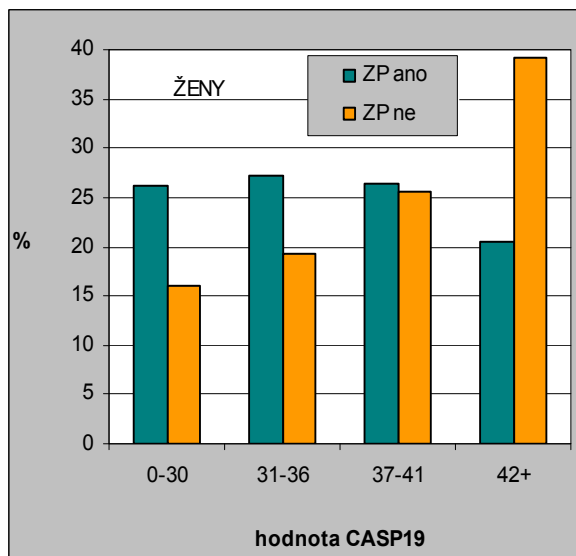
Graf 14: Prevalence vybraných chronických onemocnění (v %)



**Graf 15a: Onemocnění páteře a kloubů
muži/ CASP19**



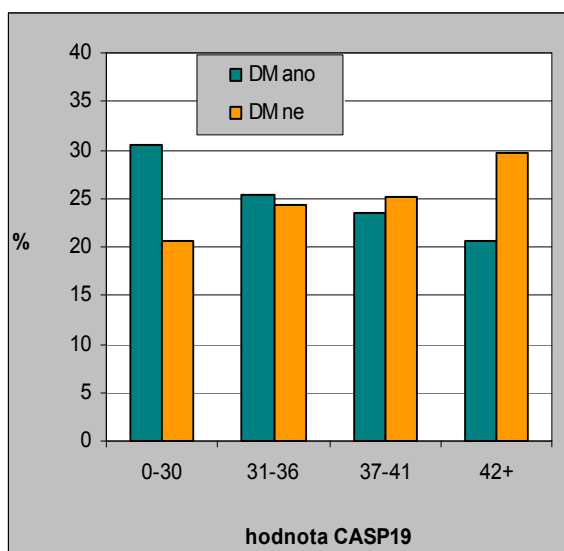
**Graf 15b: Onemocnění páteře a kloubů
ženy/ CASP19**



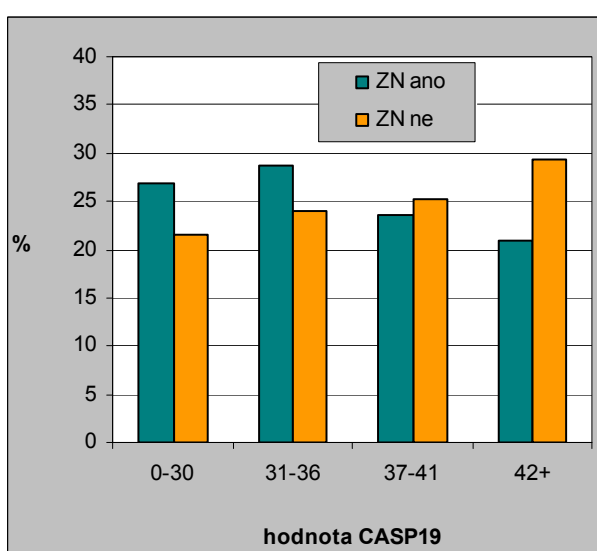
Pozn.: Signifikance (p-hodnota)<0,05

Vyšší hodnota CASP19 koreluje rovněž s absencí diabetu a kardiovaskulárních onemocnění [Graf 16 a 17]. Mezi muži a ženami nebyly nalezeny signifikantní rozdíly v hodnotě CASP19 u obou těchto onemocnění.

Graf 16: Onemocnění diabetem/CASP19



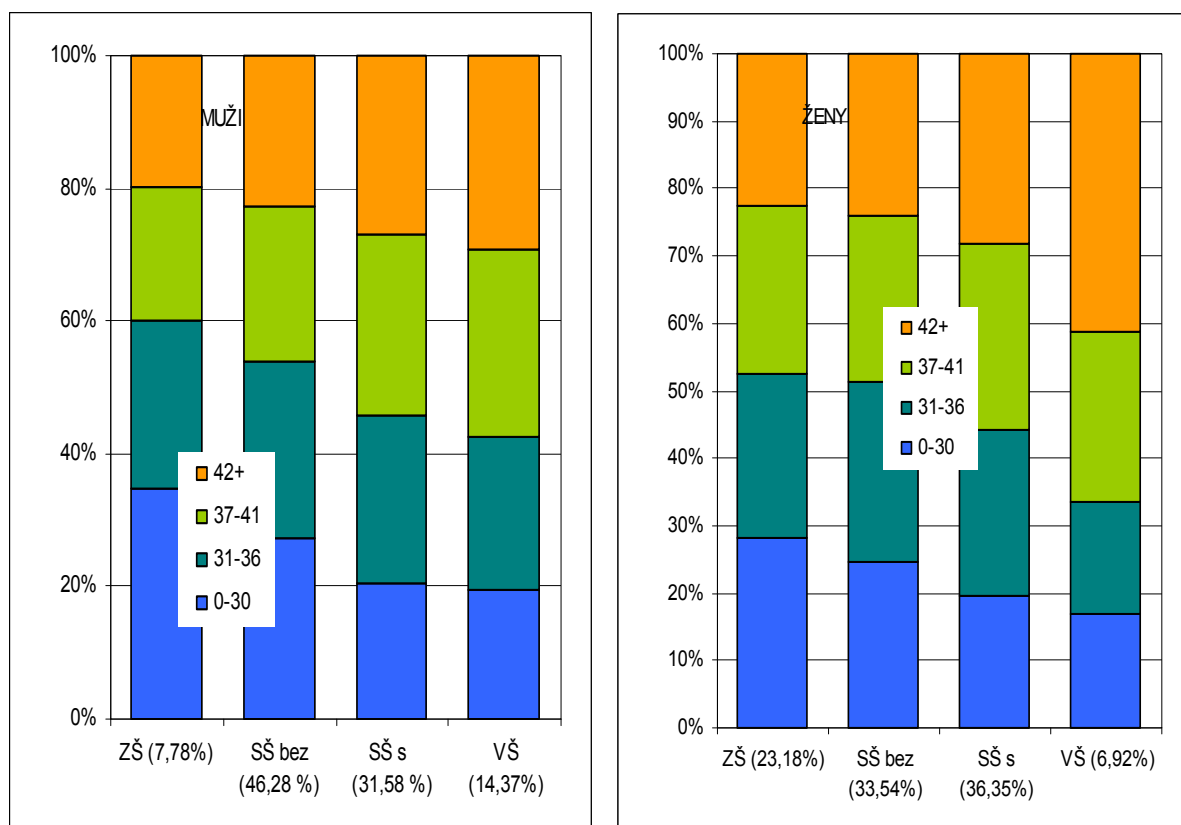
Graf 17: Kardiovaskulární onemocnění/CASP19



3.Socioekonomická pozice a CASP19

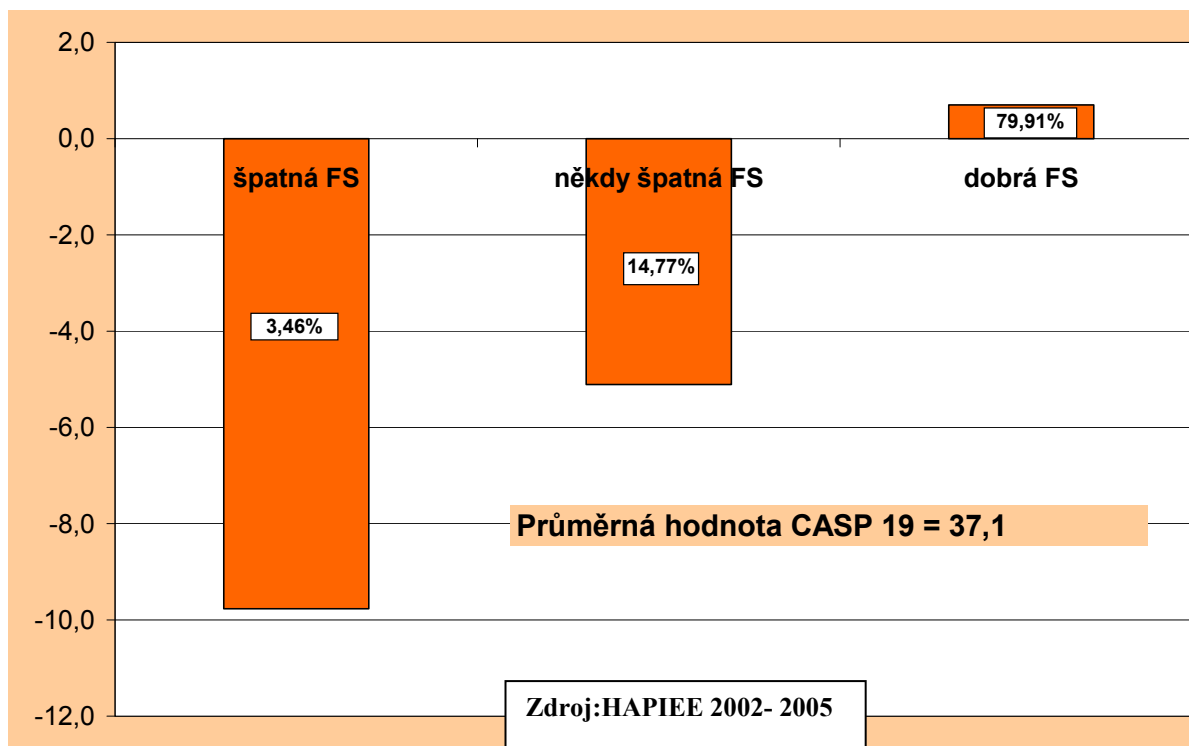
Úroveň vzdělání ovlivňuje socioekonomickou pozici jednotlivců, a tím i zdravotní stav a silně asociuje s kvalitou života. Osoby s nižší úrovní vzdělání vykazují obecně horší zdravotní stav, i vyšší výskyt chronických onemocnění. Nižší úroveň vzdělání znamená většinou méně kvalifikovanou práci, nižší příjem, podporuje rizikové chování pramenící ze stresu, dále ovlivňuje vlastní postoj ke zdraví, životní styl, kuřáctví, konzumaci alkoholu. Naděje dožití, je u osob s nižší úrovní vzdělání kratší, rozdíly mohou dosahovat u mužů až 16 let, u žen 6 let (z údajů v r. 2001). Z Grafu 18 je patrné, že muži i ženy se ZŠ vzděláním vykazují signifikantně nižší kvalitu života než muži a ženy se SŠ i VŠ vzděláním. U VŠ žen je tento rozdíl s hodnotou CASP19- 42 + téměř dvojnásobný, avšak podíl VŠ vzdělaných žen mezi respondentkami byl necelých 7%, oproti mužům, kterých bylo přes 14%. Podíl ZŠ žen s nižší hodnotou CASP19 0-30, byl 23%, zatímco u mužů byl výrazně nižší, 7,78%. CASP19 mezi respondenty se SŠ vzděláním s maturitou a bez maturity se mezi ženami a muži nelišil, lišil se však podíl mužů v těchto kategoriích asi o 10% ve prospěch mužů. Výše příjmu, jako součást socioekonomického statusu jedince, hraje v hodnocení kvality života také zásadní roli. Chudoba obecně předpokládá nízkou kvalitu života.

Graf 18a: Vztah vzdělání a CASP19/ muži **Graf 18b: Vztah vzdělání a CASP19/ ženy**



Údaje z **Grafu 19** tuto hypotézu jednoznačně potvrzují; špatná finanční situace našich respondentů kvalitu života výrazně snižuje. Procenta znázorňují podíl respondentů, tzn., přes výrazný vliv špatné finanční situace na kvalitu života, tento stav označila necelá 4% respondentů. Dobrou finanční situaci vykazovalo téměř 80% respondentů.

Graf 19: Finanční situace/ CASP19

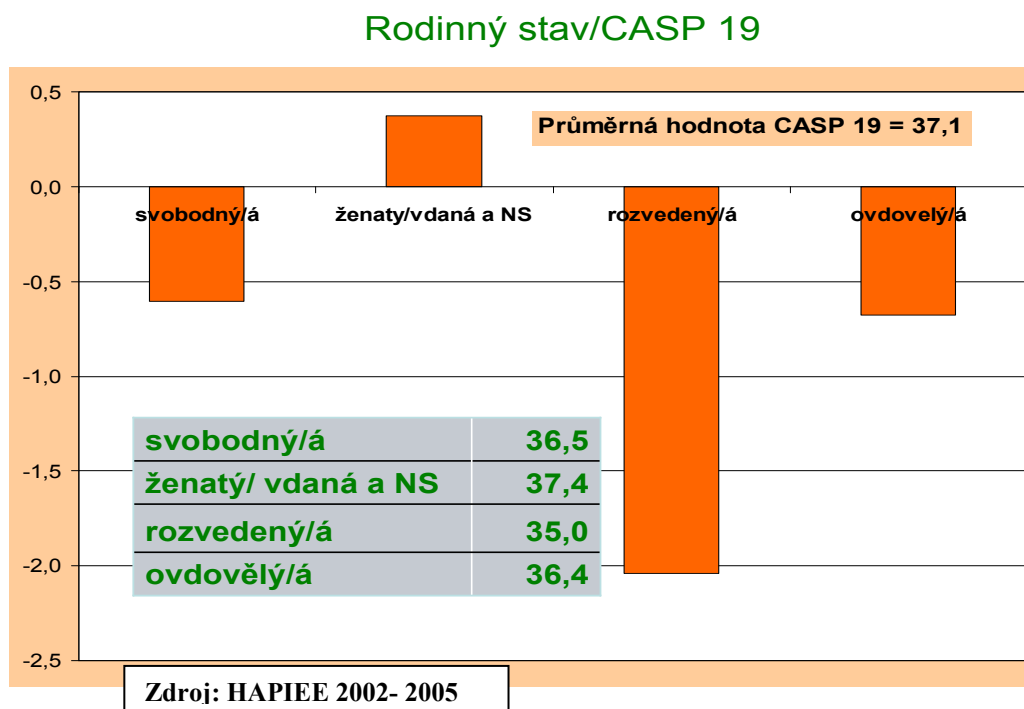


4. Sociální a rodinný kontext

Dnes existují již desítky psychologických, sociologických či lékařských výzkumů, které systematicky dokumentují, jak kvalita a délka života, psychické i fyzické zdraví a spokojenost se životem souvisí s **rodinným stavem**. Ženatí muži a vdané ženy se dožívají vyššího věku a mají nižší pravděpodobnost předčasného úmrtí. Život v manželství vede k zdravějšímu životnímu stylu, protože přítomnost partnera v domácnosti má preventivní účinek na rizikové chování, jako je kouření či nadměrné pití alkoholu. Partneři sledují navzájem svůj zdravotní stav a povzbuzují se k včasné návštěvě lékaře, a pokud onemocní závažnou chorobou, mají – díky rodinné péči a podpoře – vyšší šance na přežití než lidé, kteří jsou sami. **Graf 20** tuto hypotézu u našich respondentů výrazně nepotvrdil, osoby žijící ve svazku nevykazovaly významnější rozdíly v hodnotě CASP19 od osob, které žily osaměle, nižší hodnota byla patrnější u rozvedených jedinců.

Sociální participace hraje důležitou roli zvláště v období raného stáří, kdy odchodem do důchodu se většinou mění nejen sociální kontakty, ale i jejich četnost [Grafy 21-24, příloha1]. Kontakty s rodinou, přáteli, popř. členství v organizacích nebo v klubech kvalitu života zvyšují, zároveň se však hodnota CASP19 zvyšuje i s počtem kontaktů, kdy méně četné nebo žádné kontakty kvalitu života signifikantně snižují.

Graf 20:



Z naší analýzy vyplynulo:

- Kvalita života (subjektivní hodnocení Modulem CASP19) našich respondentů je poměrně vysoká, průměrná hodnota CASP19 dosahovala 37,1, téměř 75% respondentů má hodnoty nad průměrem CASP19 skóre, tedy 29. Ve srovnání byla s Polskem(37,6) byla o něco nižší, avšak výrazněji vyšší ve srovnání s Ruskem (33,6) .U respondentů studie SHARE (západní země), ve stejné věkové kategorii byl průměr 42,1 [25].
- Kvalita života prokazatelně souvisí s ukazateli zdravotního stavu: lepší zdraví, absence chronických nemocí a absence omezení funkčnosti je dle studie asociováno s lepší kvalitou života, tj.s vyšší hodnotou CASP19.
- Kvalita života je těsně spojena se sociálně ekonomickou pozicí (stupněm vzdělání a úrovni příjmů). Nižší stupeň vzdělání a špatná finanční situace vykazují nižší hodnoty CASP19 skóre.
- Neoddělitelně spjata s kvalitou života je i sociální participace, zvláště pak četnost kontaktů, kdy se zmenšujícím se počtem popř. vůbec žádnými kontakty, kvalita života signifikantně klesá.

Všechny tyto disability, které znamenají jakékoliv omezení funkčnosti, nejenom zdravotní, ale i sociální, ekonomické, psychické popř. další, se podílí na snížení kvality života, které v důsledků kumulací mohou zhoršení ještě potencovat.

5. ZÁVĚR

Výsledky naší studie nejsou nijak překvapivé, i zde, stejně jako i v řadě evropských studií (SHARE, ELSA), se potvrdilo, že disability, jakožto omezení nejen zdravotní, ale i sociální a ekonomické, psychické a další, je problém, který kvalitu života, v negativním smyslu, ovlivňuje. Podílí se na ní nejen špatný zdravotní stav, ale zásadní jsou i socioekonomické a psychosociální faktory.

Snahou mé práce bylo poskytnout objektivní údaje týkající se disability respondentů studie HAPIEE ve věkové kategorii 60-69 let. Jak již bylo zmíněno v úvodu, v rámci ČR i Evropské unie, vznikla řada podpůrných programů a dokumentů, které mají za cíl dosáhnout „ideálního“ modelu „aktivního stárnutí“. Bohužel v současnosti není dostatek informací, které by reflektovaly jejich naplňování v reálném prostředí. To je důležitým cílem kohorty studie „HAPIEE“, která bude výhledově sledovat stejné respondenty v průběhu stárnutí se snahou hledat trendy, popř. změny a problémy, které stárnoucí populaci provází, a bude se snažit zachytit příčiny disability zejména v období raného stáří a vyššího věku. Tyto objektivní důkazy budou důležité pro rozvoj a včasná přímá opatření politik aktivního stárnutí nejen v ČR, ale umožní nám také průběžné srovnávání se zeměmi, které dosahují lepších výsledků v řadě parametrů. Abychom mohli kvalitu života starší populace zlepšovat, je nutné zajistit, aby konceptualizace kvality života reagovala také na názory starších osob, které můžeme získat jen prostřednictvím takovýchto studií.

V letech 2006-2008 proběhla již 2. etapa šetření studie HAPIEE, zaměřená na kvalitu života stárnoucí populace v ČR. Datový soubor, který bude k dispozici na jaře 2010, nám poskytne doplňující údaje o naší kohortě, včetně výsledků fyzikálních vyšetření např. síly stisku ruky, který je rovněž zakomponován do řady mezinárodních studií a slouží jako indikátor nejenom zdravotního omezení, ale i míry kvality života starší populace .

Pro zlepšení kvality života bude zásadní zaměřit se včas na preventivní opatření. Právě preventivními opatřeními, díky kterým lze čelit negativním důsledkům stárnutí, je příprava člověka na stáří. Pacovský [13] říká, že příprava na stáří je celoživotním úkolem člověka. a rozděluje ji do tří etap:

1) Dlouhodobá příprava na stáří

Způsob života v průběhu mládí a dospělosti ovlivňuje kvalitu života ve stáří. Proto je zapotřebí celoživotní výchovné, vzdělávací a zdravotně-osvětové působení. Např. rozvoj vzdělání, různorodé společenské aktivity, osobní zájmy, podpora rodičovství a stabilních rodinných vztahů, důraz na dodržování správné životosprávy.

2) Středně dlouhá příprava na stáří

Ta by měla začít kolem 45. roku věku. Lidé by si měli osvojit zásady zdravé životosprávy, duševní hygieny, vytvořit si adekvátní, předsudky nezatíženou představu o stáří, věnovat se rozmanitým koníčkům, aktivitám a postupně si tak vytvářet náhradní program pro období stáří.

3) Krátkodobá příprava na stáří

Jedná se o bezprostřední přípravu, která začíná tři až pět let před odchodem do důchodu. Toto období bývá psychicky náročné, člověk se musí smířit se ztrátou dosavadního sociálního postavení.

Také Kalvach [9] zastává názor, že s prevencí napomáhající adaptaci člověka na proces stárnutí je nutné začít již ve středním věku. Senioři by se měli seznamovat s psychologii a filozofií stáří, trénovat kognitivní funkce, zabývat se tématy smrti a umírání a popřípadě se účastnit vzdělávacích programů na akademiích a univerzitách třetího věku. Měli by být také podporováni v udržení svých osobních zájmů, v překonávání vžitých tabu a v integraci ve společenském životě.

Výsledky ze studie HAPIEE bychom rádi přispěli k tomu, aby i starší věkové kategorie prožívaly stárnutí s co možná nejmenšími potížemi a aby se na toto období připravily včas.

6. LITERATURA, ODKAZY

1. BALOGOVÁ, B. Kvalita života v spektre andragogických a sociálněpsychologických disciplín. 2003, Prešov, 54-70.
2. BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, M., VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. 1994, Gerontopsychiatrie, Grada Avicenum, , ISBN 80-7169-070-8
3. BROŽ, L. A KOL. Demografie (nejen) pro demografy. 2009, Slon, ISBN 978-80-7419-012-4
4. ČSÚ. Senioři v datech. 2009, Praha
5. NETUVELI, G., BLANE, D. Quality of life in older agens. 2008, British Medical Bulletin, 85(1):113-126; doi:10.1093/bmb/ldn003
6. HNILICOVÁ, H. Kvalita života. K vymezení pojmu a jeho aplikaci v medicíně a ve zdravotnictví. 2003, Lékařské listy, ,č. 5, s. 27-29.
7. HYDE M, WIGGINS R, HIGGS P, BLANE D. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). Aging and Mental Health. 2003, 186-194.
8. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví, 2009, str. 70-80, ISBN 978-80-7367-592-9, Portál Praha
9. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., A KOL. 2004, Geriatrie a gerontologie. Praha, Grada.
10. LASLETT, P. A Fresh Map of Life, 1996, London: Macmillan
11. MAŘÍKOVÁ, H. A KOL.: Velký sociologický slovník. Praha, Karolinum 1996.
12. OECD. Maintaining prosperity in an Ageing Society. 1998, OECD, Paris.
13. PACOVSKÝ, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
14. PALMORE, E. D. Ageism, Negative and positive. 1999, New York: Springer
15. PAVLÍKOVÁ, E. - KONDÁŠOVÁ, A.: Některé otázky současného stavu a perspektiv sociální péče o seniory. 1999. Práce a sociální politika, č. 9, s. 2 - 5.
16. PEASEY A, BOBAK M, KUBINOVA R, MALYUTINA S, PAJAK A, TAMOSIUNAS A, PIKHART H, NICHOLSON A, MARMOT M. Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: rationale and design of the HAPIEE study. 2006, BMC Public Health.;6:255.
17. RABUŠIC., L. Stárnutí populace jako pohroma nebo sociální výzva? 2002, Praha, VÚPSV.
18. RYCHTAŘÍKOVÁ, J. Zdravá délka života v současné české populaci. Demografie - Revue pro výzkum populačního vývoje, 2006, 48: 166- 178
19. SÝKOROVÁ, D.: Rodina a obec ve střední Evropě. 1999. Sociologický časopis, č. 2, s. 207 - 217.
20. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 12/2009, Ing. Jakub Hrkal

21. VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. 2003, Praha, VÚPSV

22. WEBER, P.a kol. Minimum z klinické gerontologie. 2000, Brno, IPVZ. ISBN 80-7013-314-7

Webové stránky:

23. www.czso.cz

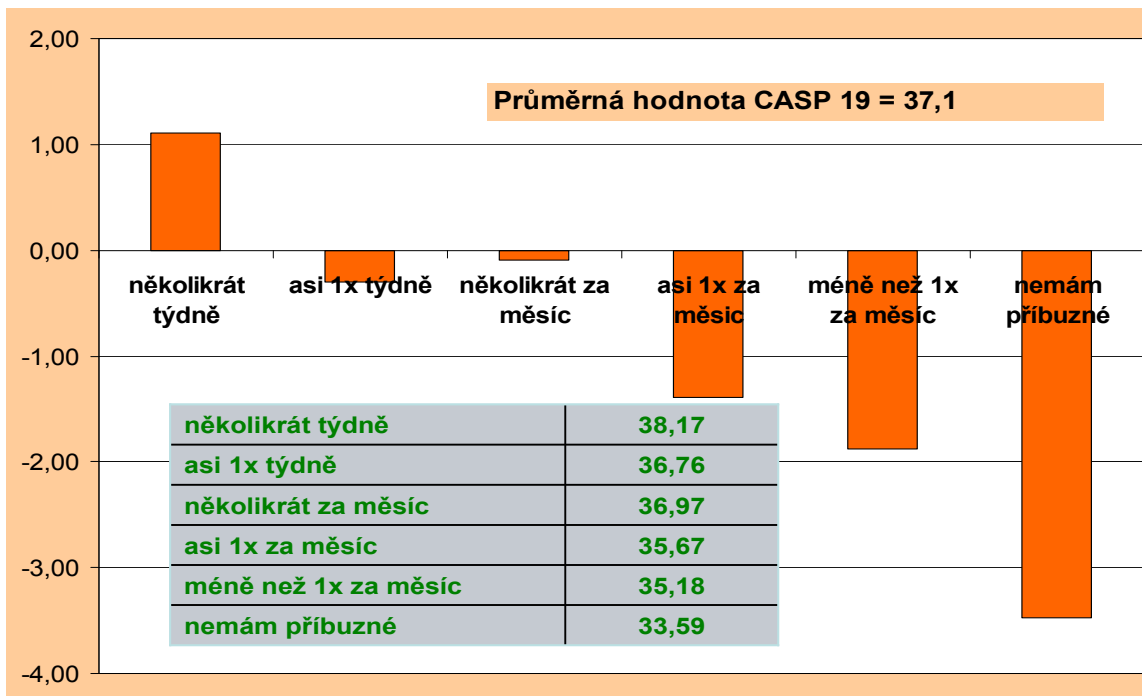
24. www.ehemu.eu

25. www.share-project.org

7. PŘÍLOHY

Graf 21:

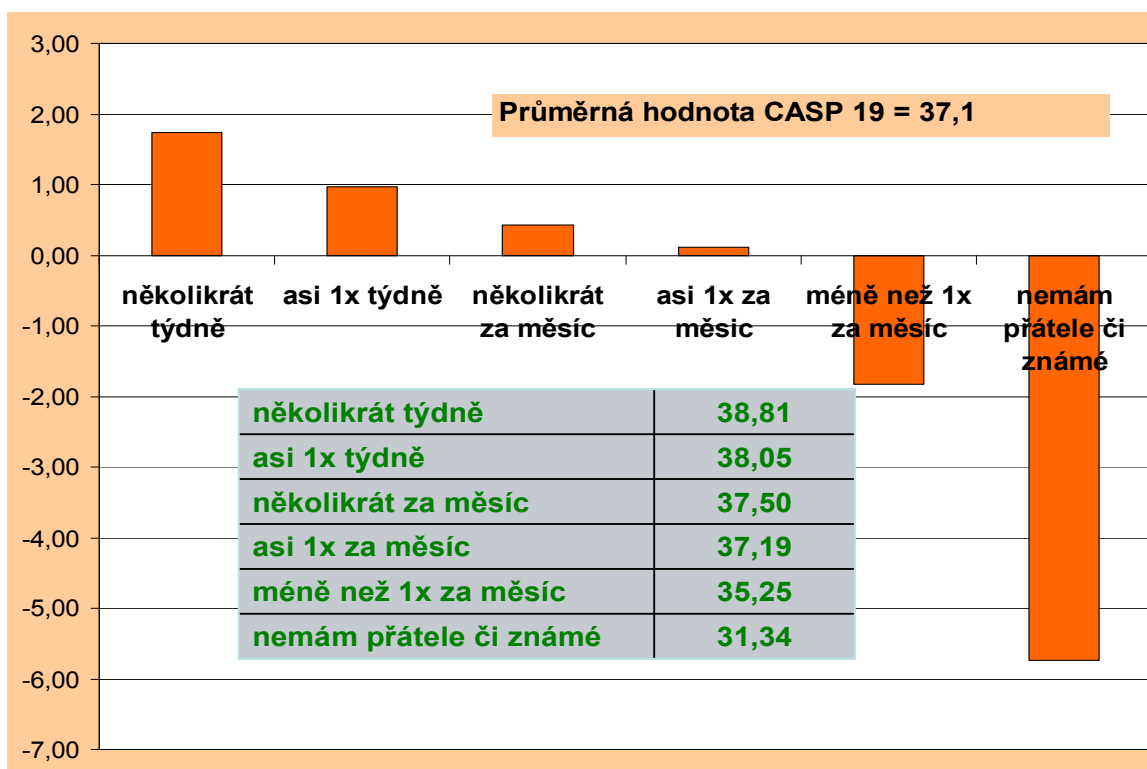
Kontakt s příbuznými (mimo domácnost) / CASP 19



Zdroj: HAPIEE 2002- 2005

Graf 22:

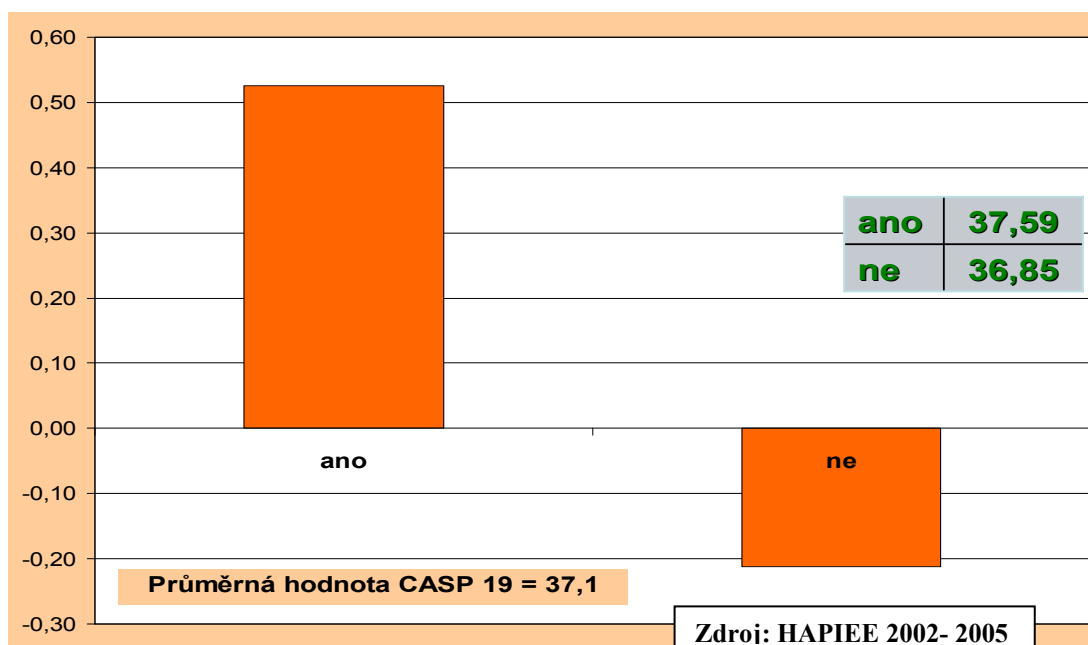
Kontakt s přáteli a známými / CASP 19



Zdroj: HAPIEE 2002- 2005

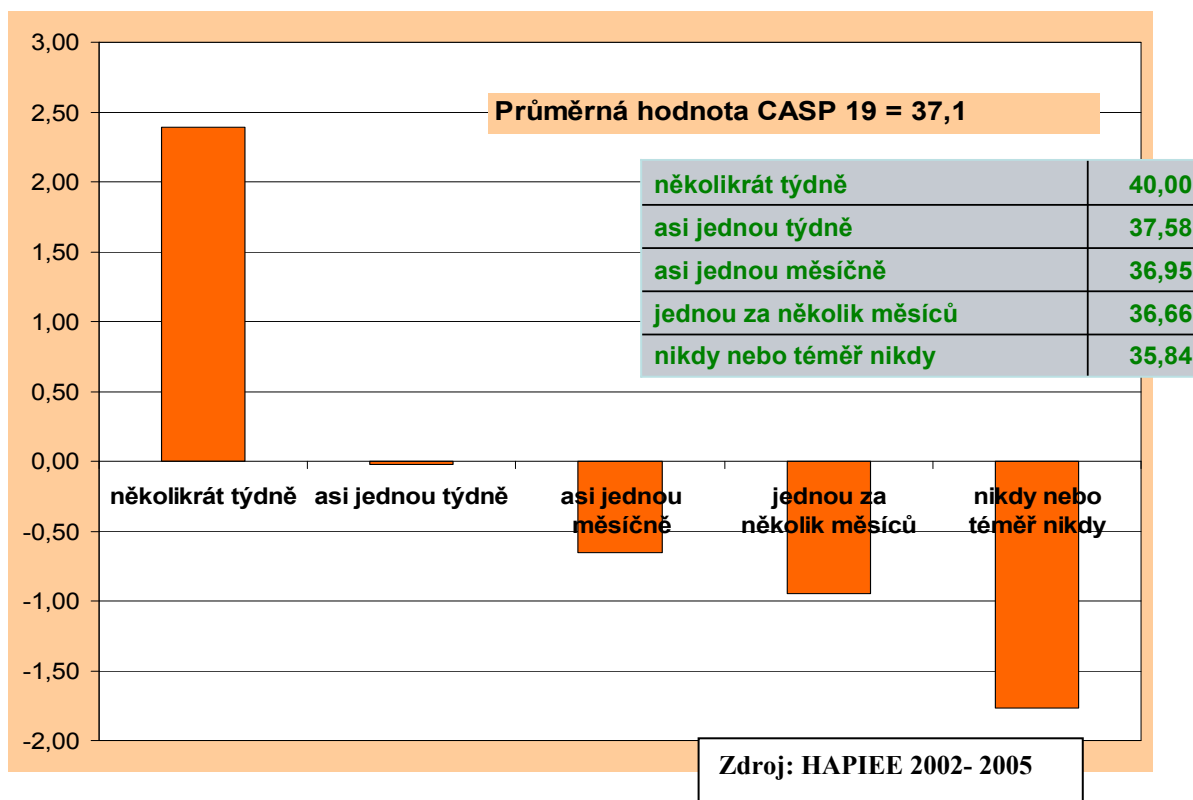
Graf 23:

Členství v klubu nebo organizaci /CASP 19



Graf 24:

Pokud ano, četnost společné činnosti /CASP 19



8. SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Graf 1: Vývoj populace dle věkových kategorií, EU 27

Obr.1 : Model úspěšného stárnutí

Graf 2: Strom života

Graf 3: Naděje dožití u žen a mužů v ČR v roce 2008 pro věk 0- 85 let

Graf 4: Naděje dožití při narození, 2006 (1), EU 27

Graf 5: Naděje dožití ve věku 65 let, 2006 (1), EU 27

Graf 6: Index stáří

Graf 7 : Vývoj naděje dožití a naděje dožití ve zdraví ve věku 65let v ČR, EU15 a EU25 z dat ECHP a SILC a/ ženy, b)muži

Graf 8: Střední délka života a střední délka života prožitá ve zdraví (bez omezení v běžných činnostech) v České republice

Graf 9: Rozložení „HAPIEE“ respondentů Česka, Ruska a Polska pole skóre CASP19 v % a) ženy, b) muži

Graf 10: Subjektivní hodnocení zdraví

Graf 11: Subjektivní hodnocení zdraví (SRH) /CASP19

Graf 12: Omezení každodenních aktivit

Graf 13: ADL6 (počet omezujících běžných činností/ CASP19

Graf 14: Prevalence vybraných chronických onemocnění (v %)

Graf 15a: Onemocnění páteře a kloubů , muži/ CASP19

Graf 15b: Onemocnění páteře a kloubů, ženy/ CASP19

Graf 16: Onemocnění diabetem/CASP19

Graf 17: Kardiovaskulární onemocnění/CASP19

Graf 18a: Vztah vzdělání a CASP19/ muži Graf 18b: Vztah vzdělání a CASP19/ ženy

Graf 19: Finanční situace/ CASP19

Příloha 1:

Graf 20: Rodinný stav a CASP19

Graf 21: Kontakt s přáteli a známými / CASP19

Graf 22: Kontakt s příbuznými (mimo domácnost) /CASP19

Graf 22:Členství v klubu nebo organizaci /CASP19

Graf 23: Pokud ano, četnost společné činnosti /CASP19