

Kvalita života ve stáří, sebestačnost

MUDr. Martina Nováková^{1,2,3}, doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.^{4,5}, prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA²

¹Centrum následné péče FN Motol, Praha

²Geriatrická interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

³Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče FHS UK, Praha

⁴Gerontologické Centrum Praha

⁵Katedra medicíny dlouhodobé péče, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Praha

Kvalita života ve stáří je určena a ovlivněna řadou faktorů a aspektů fyzických, psychologických i sociálních, které determinují potřeby pacienta – seniora. Mezi klíčové faktory patří: polymorbidita, polypragmatie, sarkopenie a hypomobilita, malnutrice, chronická bolest, inkontinence, kognitivní poruchy a demence, deprese, poruchy spánku, osamělost a sociální izolace. Právě na řešení a ovlivnění těchto aspektů by se měla zaměřovat moderní geriatricke, jejímž cílem není co nejdelší dožití pacienta – seniora, ale dožití v co nejlepším zdravotním a funkčním stavu s co nejdelším zachováním soběstačnosti a autonomie.

Klíčová slova: stáří, polymorbidita, nesoběstačnost, kognitivní poruchám, sociální faktory, prevence.

The quality of life in old age, self-care

The quality of life of the elderly is determined and influenced by several physical, psychological, and social factors and aspects that determine the patient's needs. Among the key factors are: polymorbidity, polypragmasia, sarcopenia and hypomobility, malnutrition, chronic pain, incontinence, cognitive disorders and dementia, depression, sleep disorders, loneliness, and social isolation. Modern geriatrics should focus on solving and influencing these aspects. The goal is not to live as long as possible for the elderly patient but to live in the best possible state of health and function while maintaining self-sufficiency and autonomy for as long as possible.

Key words: elderly, poly morbidity, disability, cognitive disorders, social factors, prevention.

Úvod

Stárnutí lze definovat jako proces progresivní a ireverzibilní ztráty vitality a stoupající mortality, který nevyhnutelně přichází s věkem (1). Dynamika procesu stárnutí probíhá na základě řady nejrůznějších faktorů (např. genetická dispozice, životní styl atd.) a u každého jedince individuálně.

S prodlužováním lidského věku stoupá počet pacientů seniorského věku a dochází k tzv. geriatrizaci medicíny napříč všemi obory. Dle prognóz Českého statistického úřadu by měli senioři v r. 2050 představovat plnou třetinu populace, přičemž nejrychleji bude

přibývat seniorů v nejvyšší věkové skupině 85+, jejichž počet se v roce 2050 oproti roku 2003 až z pětinásobí (2).

Stárnutí společnosti významně ovlivňuje systémy zdravotní a sociální péče a zasahuje do mnoha oblastí společenského života. Mezi základní úkoly společnosti ve 3. tisíciletí patří adaptace na demografické změny a zajištění důstojného života seniorů ve smyslu pochození a zohlednění jejich potřeb (3).

Funkční kategorizace seniorů

Pokud bychom chtěli rozdělit seniory na jednotlivé skupiny, můžeme použít jejich ka-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: Med. Praxi. 2025;25(1):E10-E13

<https://doi.org/10.36290/med.2025.004>

Článek přijat redakcí: 16. 9. 2024

Článek přijat k tisku: 21. 1. 2025

MUDr. Martina Nováková

martina.novakova@fnmotol.cz

lendařní (chronologický) věk, což je však velmi nepřesný faktor, který velmi často neodpovídá věku biologickému. Právě biologický věk, který je určen stavem jednotlivých orgánů a systémů je rozhodující pro stav a prognózu seniora. V praxi však nejde ani o tento samostatný faktor, jelikož rozhodující není jen stav orgánů, ale především funkční stav pacienta, který určuje jeho soběstačnost. A právě soběstačnost a její co nejdéle zachování je klíčovým aspektem kvality života ve stáří.

1. Zdatní senioři (Fit) – ve velmi dobré psychické a fyzické kondici, zvládají bez problémů základní i instrumentální aktivity denního života (ADL, IADL), nepotřebují specializovanou geriatrickou péči, důležitá je pro ně především prevence.
2. Nezávislí senioři – v dobré kondici za bazálních podmínek, ale selhávající při zátěži jako je úraz, operace, infekce či akutní dekompenzace chronického onemocnění.
3. Částečně naplňují Friedové kritéria fenotypu geriatrické křehkosti, můžeme je také označovat jako pre-frail.
4. Křehcí senioři (frail, závislí) – naplňují kritéria geriatrické křehkosti, jsou závislí na pečovateli, vyžadují specifické geriatrické intervence.

Základní aspekty určující kvalitu života ve stáří

Polymorbidita

S prodlužujícím se lidským věkem a rozvojem medicíny se zvyšuje i počet chronických onemocnění ve stáří. V dřívější době se lidé některých onemocnění buď nedožili nebo jim podlehli v mladším věku. S rozvojem diagnostických a léčebných metod a v neposlední řadě s rozvojem farmakologie, umíme řadu chronických chorob udržovat v remisi či alespoň pro pacienta přijatelném stavu. S prodlužujícím se věkem však klesá odolnost a adaptabilita lidského organismu a přibývá akutních dekompenzací chronických chorob. Zrádný je zejména fakt, že staří lidé často i přes veškerou péči nedosáhnou po odléčení akutní ataky onemocnění svého původního funkčního stavu a ztrácí soběstačnost, což může vést až k nutnosti jejich institucionalizace.

Polypragmazie a polyfarmakoterapie

Termín polypragmazie úzce souvisí s polymorbiditou. Platí jednoduchá rovnice – čím více chorob, tím více léků. S tím souvisí samozřejmě zvýšení počtu lékových interakcí a přibývání nežádoucích účinků léků. Kumulace nežádoucích účinků léků může vést až ke smrti pacienta. Proto by farmakoterapie seniorů měla procházet pravidelnou revizí, ať již praktickým lékařem či geriatrem. Cílem revize by měla být smysluplná, bezpečná a účinná medikace s pečlivou volbou léčiv s přihlédnutím k nežádoucím účinkům, lékovým interakcím a chronickým chorobám seniora. Základním a velmi účinným opatřením bývá především vysazení zbytečné medikace, se kterou se právě u seniorů často setkáváme. Dalším důležitým aspektem je i volba vhodného dávkování léků v seniu. Velkým nešvarem v léčbě geriatrických pacientů bývá tzv. overprescribing, kdy je pacientovi předepisováno velké množství léků neindikovaně nebo v rizikových kombinacích. Protipólem je pak tzv. underprescribing, kdy pacient nedostane indikovanou léčbu z důvodu obav preskribujícího lékaře z nežádoucích účinků. Pacienta nelze diskriminovat věkem, vždy bychom měli individuálně pohlížet na každého nemocného a brát v úvahu zejména jeho life-expectance.

Sarkopenie a hypomobilita

Sarkopenie je definována jako generalizovaná a progredující ztráta svalové hmoty, svalové síly a fyzického výkonu. Představuje **závažný zdravotní problém**, který výrazně snižuje kvalitu života postižených seniorů. Má rozhodující podíl na fyzických projevech syndromu geriatrické křehkosti (frailty) jako jsou unavitelnost, vyčerpanost, slabost, nízká fyzická aktivita, pomalá chůze a pokles tělesné hmotnosti.

Sarkopenie je často opomíjena v lékařských zprávách, přestože má již od roku 2017 svůj kód v Mezinárodní klasifikaci nemocí (M 62.84) a představuje pro pacienta významné zhoršení funkční zdatnosti. Zejména u hospitalizovaných imobilních pacientů dochází k akcelerované ztrátě svalové hmoty v důsledku imobility, stresu, akutního zánětu a nedostatečné výživy během hospitalizace. V průběhu tělesné inaktivity klesá až o 30 % proteosyntéza ve svalu a za

každý den inaktivity se ztrácí 0,5–1 % svalové hmoty, což může pro seniora a jeho soběstačnost znamenat fatální problém. Léky pro terapii sarkopenie jsou zatím ve fázi výzkumu, tudíž nezbývá, než léčit zejména režimovými opatřeními jako je strava s dostatkem kvalitního proteinu, suplementace vitamínu D a cvičení, zejména progresivní odporový trénink.

Malnutrice

Malnutrice je velmi častým problémem seniorů, který přispívá k rozvoji sarkopenie, geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů (5 i).

Incidence nechtěného váhového úbytku u doma žijících seniorů je 5–15 % a více než 25 % u křehkých seniorů. Alarmující je incidence malnutrice a váhového úbytku u institucionalizovaných seniorů (domovy pro seniory, zařízení následné a dlouhodobé péče apod.), která činí 50–60 % (4). Váhový úbytek více než 4–5 % tělesné hmotnosti za rok je závažným prediktorem mortality v následných 2 letech (5).

Nesmíme zapomínat také na častý výskyt tzv. sarkopenické obezity, kdy senioři mají sice nadváhu, ale ta je tvořena především tukovou tkání, zatímco aktivní svalová hmota chybí.

Příčinou malnutrice u seniorů mohou být choroby zažívacího traktu, ale také extragastrointestinální příčiny, které jsou v seniu ještě častější. Jedná se o špatnou dentici, depresi, demenci, nežádoucí účinky léků či nedostupnost kvalitní stravy. Minimální kalorický příjem u seniorů by měl být 25–30 kcal/kg **tělesné hmotnosti**. **Strava by měla obsahovat dostatek všech základních živin s důrazem na kvalitní protein**. Doporučené množství proteinu ve stravě pro dospělého člověka je minimálně 0,8 g/kg/den, u seniorů je to 1,2 g/kg/den a u jedinců ohrožených křehkostí nebo křehkých dokonce 1,5 g/kg/den, samozřejmě s přihlédnutím k chronickým chorobám jako je například renální insuficience.

Velmi významným faktorem je také úprava konzistence stravy, zvláště při chybějící dentici. Inkompletní nebo chybějící dentice bývá častou příčinou problému s přijímáním bílkoviny v podobě masa. Naštěstí v dnešní době existuje řada bílkovinných doplňků v podobě drinků či krémů s **různými příchutěmi (sipping)**, které pacienti dob-

ře tolerují a jsou příjemným zpestřením jejich stravy.

Z pohledu geriatra je velmi důležité, aby pacient jedl, proto v geriatrii netrváme striktně na dodržování diet, zejména diabetické. Pro starého, křehkého člověka je důležitější dostatečný příjem potravy než optimální kompenzace diabetu, navíc při léčbě se spíše obáváme hypoglykemií než pozdních komplikací onemocnění.

Chronická bolest

Chronickou bolestí trpí až 1/3 seniorů v domácnostech a až 2/3 institucionalizovaných. Přítomnost chronické bolesti vyvolává u seniorů úzkost, neklid, poruchy spánku, poruchy chování, úzce souvisí s rozvojem deprese, a má významný vliv na kvalitu života seniorů i jejich pečovateli. Neléčená chronická bolest potencuje rozvoj syndromu geriatrické křehkosti se všemi negativními důsledky.

Chronická bolest je u seniorů velmi často nedostatečně diagnostikována a léčena, a to zejména u pacientů s kognitivním deficitem, kteří nedovedou poskytnout validní informace o svých obtížích. Proto je nutné v diagnostice bolesti využívat nástroje pro objektivní hodnocení bolesti (např. **PAINAD** – Pain Assessment in advanced dementia) (Tab. 1) a po přítomnosti bolesti aktivně pátrat.

Smyslové poruchy

Velmi významným faktorem ovlivňujícím kvalitu života ve stáří je přítomnost smyslových poruch, a to především poruch základních smyslů, jako jsou zrak a sluch. Omezení nebo ztráta těchto základních smyslů vede ke zvýšenému riziku pádů, rozvoje imobility, ztráty soběstačnosti a sociální izolace. Bylo prokázáno, že nedostatek smyslových podnětů vede k rychlému rozvoji kognitivního deficitu, resp. demence. Například mezinárodní studie koordinovaná Guangdong Eye Institut v Číně, jejíž výsledky byly publikovány v r. 2021 v British Journal of Ophthalmology prokázala, že přítomnost makulární degenerace zvyšuje riziko demence až o 26 %, přítomnost katarakty o 11 % a diabetické retinopatie dokonce o 60 %. Co se týče sluchového hendikepu, studie BLSA (Baltimore Longitudinal Study of Ageing) prokázala 3x častější výskyt demence u pacientů se středně těžkou poruchou sluchu a 5x častější u pacientů s těžkou hypoakúsi.

Tab. 1. PAIN-AD

	0	1	2	skóre
Dýchání mimo vokalizaci	normální	Namáhavé dýchání, občasná hyperventilace	Hlučné namáhavé dýchání, hyperventilace, Cheyen-Stokesovo dýchání	
Negativní vokalizace	žádná	Občasné sténání, negativní nesouhlasná řeč	Výkřiky, sténání pláč	
Výraz tváře	úsměv nebo bez výrazu	Smutek, strach, mračení	Grimasy tváře	
Řeč těla	uvolněnost	Tenze, neklid, časté změny polohy	Ztuhlost, zaťaté pěsti, flexe kolen, odtahování nebo odtlačování	
Utěšování, odvedení pozornosti	netřeba	Hlasem nebo dotekem	Není možné	

Hodnocení: 1–3 body = mírná bolest; 4–6 bodů = středně silná bolest; 7–10 bodů = silná bolest

Vzhledem k těmto skutečnostem bychom měli aktivně pátrat po smyslových poruchách a pokusit se je korigovat – například operace katarakty, používání naslouchadel apod.

Poruchy spánku

S přibývajícím věkem dochází k narušení cirkadiálního rytmu, který ovlivňuje tvorbu řídících hormonů v hypotalamu a hypofýze. Dochází k dekompenzaci vnitřního pohonu řídicího spánku a bdění, což má za následek, že je pro seniory obtížné usnout a jejich spánek je lehčí, snadněji vyrušitelný světlem či zvukem. Kvalitní spánek je bezesporu benefitem pro celkový stav seniora a kvalitu jeho života. Za optimální dobu spánku se ve vyšším věku považuje 7 hodin (6). Kvalitu spánku v seniu může velmi nepříznivě ovlivňovat chronická bolest, případně přerušování spánku z důvodů častějšího močení, zejména při užívání diuretik či hyperplázii prostaty u mužů. Léčba poruch spánku ve stáří je poměrně svízelná, jelikož léky charakteru hypnotik významně zvyšují riziko pádu, zmatenosti a poklesu kognitivních funkcí, navíc bývají návykové (např. hypnotika). Jako nejšetnější se jeví antidepressiva se sedativním účinkem, např. trazodon nebo mirtazapin. U seniorů zlepšuje spánek i zvýšení fyzické aktivity během dne.

Inkontinence moči

Inkontinence moči se vyskytuje u 20–40 % nezávislých seniorů a u 60–80 % seniorů v dlouhodobé péči. Pro seniora bývá závažným problémem a často vede k sociální izolaci. Je třeba si uvědomit, že inkontinence není fyziologickým projevem stárnutí, často bývá poddiagnostikována a nepátrá se po její příčině. U všech seniorů 65+ by v rámci preventivní

prohlídky v primární péči měly zaznít otázky: „Máte problém nebo potíže s močením? Dochází k nechtěnému úniku moči?“

Inkontinence by tedy měla být řádně diagnostikována a následně léčena kauzálně (pokud lze) i symptomaticky. Nedílnou součástí léčby inkontinence by měla být indikace a preskripce odpovídajících inkontinenčních absorpčních pomůcek.

Kognitivní poruchy, demence

V České republice žije v současné době asi 170 tisíc lidí s demencí. Tento počet se velmi rychle zvyšuje v důsledku stárnutí populace. Ačkoliv demence není normálním příznakem stárnutí, její prevalence vykazuje významnou souvislost s věkem, jelikož incidence neurodegenerativních a vaskulárních onemocnění ve vyšším věku výrazně stoupá (7).

Měli bychom věnovat pozornost preventivním opatřením, mezi něž patří léčba hypertenze, diabetu, obezity, deprese a senzorických poruch již v době před seniemi. Výsledky řady studií o demencích vedly k vytvoření tzv. konceptu kognitivní rezervy, která může nástup demence ovlivnit. Kognitivní rezervou rozumíme odolnost jedince vůči deterioraci kognitivních funkcí. Tuto rezervu lze velmi pravděpodobně ovlivnit životním stylem. Studie prokazují, že pro zvýšení kognitivní rezervy má význam zejména duševní činnost, ať již pracovní či zábavná, ale také dostatečná fyzická aktivita. Zvýšení kognitivní rezervy může významně ovlivnit nástup demence (7).

Deprese

Deprese patří k častým onemocněním pro vězejcím stáří. Starý člověk má nárok na depresi endogenní (v důsledku stárnutí centrálního

nervového systému a úbytku tzv. hormonů štěstí), ale i na depresi reaktivní (v důsledku osamělosti, úmrtí životního partnera, opuštění zaměstnání, nemožnosti zachovat si původní životní styl včetně koníčků atd.).

Deprese prokazatelně snižuje kognitivní výkon a často bývá zaměňována s demencí. Při posuzování kognitivního stavu seniora bychom tento fakt měli mít vždy na paměti a aktivně po depresi pátrat (Škála deprese pro geriatrické pacienty). Je častým úkazem, že po залечení deprese se významně zlepši kognitivní výkon seniora.

Sociální faktory

Kvalita života ve stáří je významně ovlivněna i faktory sociálními, z nichž nejzávažnější jsou osamělost, chudoba a sociální izolace.

Bohužel i v dnešní době, kdy v důsledku prodlužování lidského věku narůstá počet seniorů, se často setkáváme s jejich diskriminací. Často vychází z předsudků a souvisí úzce s mnoha vžitými stereotypy a negativním vnímáním, které jsou se stářím a stárnutím spojeny. Věková diskriminace neboli ageismus předpokládá, že senioři ztrácejí své schopnosti, soběstačnost, paměť, a nakonec podléhají demenci, čímž se stávají zátěží pro společnost (3).

V posledních letech vznikly v naší republice pracovní skupiny a organizace věnující se uspokojování potřeb seniorů a jejich zapojení do celospolečenského života. Významnou úlohu zastává Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče (CELLO) při Fakultě humanitních studií UK.

Odborníci týmu CELLO se orientují na problematiku péče, dlouhověkosti, etiky péče a disability. Mezi významné projekty centra

patří například projekt PERMANENTO (Vliv pohybově-vzdělávacího programu inspirovaného principy vývojové kineziologie na determinanty sarkopenie a křehkosti v pozdním věku). Obsahem projektu je výzkum unikátní pohybové intervence inspirované principy vývojové kineziologie s předpokládaným pozitivním vlivem na zdravotní stav seniorů a vytvoření komplexního pohybově-vzdělávacího programu pro seniory. Hlavními plánovanými výsledky projektu jsou metodická příručka a webová aplikace obsahující edukaci a vlastní pohybový program určený seniorům, resp. zdravotníkům či pečovatelům pro samostatné a každodenní cvičení. Projekt je určen seniorům bez ohledu na to, zda se nacházejí v domácím prostředí, zdravotnických či pečovatelských zařízeních.

Dalším významným projektem je RECETAS (Re-imagining Environments for Connection and Engagement: Testing Actions for Social Prescribing in Natural Spaces). Projekt se zabývá intervencí využívající přírodu, venkovní městské prostředí či venkovní aktivity pro podporu zdraví a životní pohody. Cílem je zároveň snížit tlak na přetížené systémy zdravotní péče, a to doporučováním nelékařských strategií, mezi které patří společenské aktivity venku a v přírodě. Tyto intervence mohou napomoci ke snižování pocitu osamělosti a jsou považovány za důležité v předcházení chronických chorob a poruch duševního zdraví.

Jde v podstatě o obdobu anglického projektu Prescribing Nature neboli Příroda na předpis, který běží ve Velké Británii od roku 2020 a je podporován britskou vládou. Dosavadní výsledky projektu, do kterého se zapojilo více

než 8000 seniorů na doporučení praktických lékařů, odborníků na duševní zdraví a sociálních pracovníků, se ukazují jako velmi slibné. Jedná se o aktivity jako jsou procházky přírodou, komunitní zahradničení, sázení stromů nebo plavání ve volné přírodě. Účast na těchto aktivitách vedla k výraznému zlepšení pocitů štěstí a naplnění života a zároveň se výrazně snížila míra úzkosti seniorů.

Prevence a sebepeče

Důležitou roli při zachování a zvyšování kvality života seniorů hraje prevence chronických onemocnění jako jsou neurodegenerativní, kardiovaskulární, onkologická, nebo nemoci pohybového aparátu. Motivace seniorů k vnitřní disciplíně a dodržování preventivních opatření, která mnohdy nebývají příliš atraktivní, je předpokladem zlepšení zdravotní kondice, funkční zdatnosti a vitality. Díky těmto opatřením lze předcházet syndromu fraility i pre-frailty (6).

K základům prevence by měly patřit zejména pravidelné kontroly praktickým lékařem nebo geriatrem se zaměřením na všechny výše uvedené aspekty kvality života ve stáří.

Závěr

Kvalita života ve stáří je určena a ovlivněna řadou faktorů a aspektů fyzických, psychických i sociálních, které determinují potřeby pacienta – seniora. Právě uspokojování potřeb seniorů je klíčovou problematikou, která zvyšuje kvalitu života a na jejíž řešení bychom se měli zaměřovat. **Základním posláním moderní geriatry není zachování co nejdelšího dožití, ale zachování dožití v co nejlepším funkčním stavu s co nejdelším zachováním soběstačnosti a kvality života.**

LITERATURA

- Pláteník J. Biochemická podstata stárnutí. Klinická biochemie a metabolismus. 2020;28(4):132-138. ISSN 1210-7921.
- Lukáč A, Matejovská Kubešová H. Frailty syndrom. Multidisciplinární přístup jako jediná možnost intervence. Practicus. 2020;19(4):26-29. ISSN 1213-8711.
- Jedličková A. Etické aspekty v gerontologii a geriatry. Praktický lékař. 2023;103(5):255-263. ISSN 0032-6739.

tický lékař. 2023;103(5):255-263. ISSN 0032-6739.

- Newman AB, Yanez D, Harris T, et al. Weight change in old age and its association with mortality. J Am Geriatr Soc. Oct 2001;49(10):1309-1318.
- Wallace JL, Schwartz RS, LaCroix AZ, et al. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical signifi-

cance. J Am Geriatr Soc. Apr 1995;43(4):329-337.

- Bretšnajdrová M, Havlík R. Gerontologická prevence jako součást geriatry. Geriatrie a Gerontologie. 2023;12(4):159-163. ISSN 1805-4684.
- Holmerová I. Praktický lékař a demence. Via practica. 2020;17(4):166-172. ISSN 1336-4790.