

STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV V DOMOVOCH DÔCHODCOV

Ivan Bartošovič¹, Peter Pavlov²

¹ Geriatrická ambulancia NsP; Ambulancia lekára všeobecnej starostlivosti pre dospelých, Skalica

² Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša, Košice

K 31. decembru 2003 žilo v 175 domovoch dôchodcov na Slovensku 12 315 obyvateľov. Ich zdravotný stav je nepriaznivý. Charakterizovaný je multimorbiditou, zhoršujúcim sa funkčným stavom a kognitívnymi poruchami. Vysoký je výskyt geriatrických syndrémov (pádov, inkontinencie moču i stolice). Obyvatelia pravidelne užívajú priemerne 4,8 liekov na obyvateľa, najčastejšie psychofarmaká, nitráty a antiagreganciá trombocytov. Za 15 ročné obdobie sme zaznamenali priemernú mortalitu 106,5 %. Autori odporúčajú používanie funkčných testov, vzdelávanie v geriatrickej problematike a pravidelné vizity obyvateľov.

Kľúčové slová: domovy dôchodcov, seniori, zdravotný stav, farmakoterapia.

Kľúčové slová MeSH: domovy dôchodcov; ľudia vyššieho veku; stav zdravotný; farmakoterapia.

SENIOR CARE IN RETIREMENT FACILITIES

As of 31st December 2003, 12 315 residents were living in 175 old people's homes in Slovakia. Their health status is unfavourable. It is characterized by multimorbidity, deteriorated functional status and cognitive disorders. The prevalence of geriatric syndromes (falls, urinary and faecal incontinence) is high. The residents regularly use 4,8 drugs on average, most frequently psychotropics, nitrates and antiaggregants of thrombocytes. The mean mortality during 15 years period was 106,5 %. Authors recommended the application of functional tests, education in geriatrics a regular visits of residents.

Key words: old people's homes, seniors, health status, pharmacotherapy.

Key words MeSH: homes for the aged; aged; health status; drug therapy.

Via pract., 2006, roč. 3 (7/8): 347–350

Hlavnou zásadou i cieľom sociálnej a zdravotnej starostlivosti o seniorov je snaha čo najdlhšie udržať starších ľudí vo svojom pôvodnom, rodinnom prostredí. Toto prostredie je preňho optimálne a prioritné (1). Rodina je najdôležitejším prvkom v pomoci staršiemu človeku vyrovnáť sa so zmenami, ktoré prináša starosť. Domáce prostredie, pravidelný styk s najbližšími, má nenahraditeľnú úlohu pre seniora v čase, keď sa zhoršuje jeho zdravie, zužujú sa sociálne kontakty a narastá závislosť na pomoci. Podiel tejto „*neformálnej*“ pomoci poskytovanej členmi rodiny, susedmi i príbuznými dosahuje u nás asi 70 – 80 %. Podiel „*formálneho*“ sektoru, organizovaného štátom, ošetrovateľskými agentúrami, súkromnými službami a dobrovoľným sektorom zaberá len asi štvrtinu z celkového objemu starostlivosti (2). Formálnu, organizovanú starostlivosť o seniorov delíme na neinštitucionálnu, poloinštitucionálnu a inštitucionálnu. V posledných rokoch významne stúpa aj úloha občianskych združení, cirkevných iniciatív a dobrovoľníctva.

Inštitucionálna starostlivosť

Inštitucionálna starostlivosť môže byť krátkodobá (akútna) a dlhodobá (chronická). Poskytuje sa tým osobám, ktoré zo zdravotných, sociálnych alebo iných príčin nie sú schopné žiť s rodinou alebo samy vo svojom byte. Inštitúcie sú nevyhnutnou súčasťou zdravotnej a sociálnej starostlivosti o chronicky chorých a starých ľudí (3).

Starostlivosť o seniorov sa v našich podmienkach stále rozdeľuje na sociálnu a zdravotnícku, ho-

ci vieme, že vzájomná podmienenosť oboch je pre starého človeka kľúčová. **Zdravotnícka** je obsiahnutá v koncepcii geriatrickej (4). Patrí do nej všeobecný lekár (praktický lekár pre dospelých), sestra pre návštevnú službu, sociálna sestra, geriatrická ambulancia, geriatrická denná nemocnica, geriatrické oddelenie, oddelenie pre starých a dlhodobo chorých, ošetrovateľské oddelenie, hospic, klinika geriatrickej a geriatrické centrum. Okrem pracovísk geriatrickeho odboru sem zaraďujeme liečebne pre dlhodobo chorých, lôžkové oddelenia každého klinického odboru, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a najnovšie i dom ošetrovateľskej starostlivosti. **Sociálna** starostlivosť je jednou z foriem sociálnej pomoci pri riešení sociálnej núdze. Zákon o sociálnej pomoci (5) definuje sociálne služby ako špecializované činnosti na riešenie hmotnej alebo sociálnej núdze. Medzi tieto služby patria opatrovateľská služba, organizovanie spoločného stravovania, prepravná služba, sociálna pôžička a starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb.

Ústavnú sociálnu starostlivosť pre starých ľudí poskytujú viaceré **zariadenia sociálnych služieb**. V Slovenskej republike k 31. 12. 2003 žilo 5 380 053 obyvateľov, z toho 33 941 obyvateľom (0,6 %) boli poskytované služby v 680 rôznych druhoch zariadení sociálnych služieb. Medzi ústavné zariadenia pre dospelých (spolu 320 zariadení) patria domovy dôchodcov (ďalej DD), domovy – penzióny pre dôchodcov (ďalej DPD), domovy sociálnych služieb pre dospelých (ďalej DSS – delia sa na zariadenia s telesným

postihnutím, kombináciou postihnutí, zmyslovým postihnutím, duševnými poruchami a poruchami správania). K 31. decembru 2003 bývalo v DSS 9 378 ľudí, v DPD 1 813 obyvateľov, v zariadeniach opatrovateľskej služby 1 447 obyvateľov, v útulkoch 923 občanov, v zariadeniach chráneného bývania 106 obyvateľov a v rehabilitačných strediskách 139 ľudí (6).

Najpočetnejšou skupinou sú **obyvatelia DD** (v 175 zariadeniach žilo 12 315 obyvateľov), medzi ktorými prevládajú starší a starí ľudia. Počet DD je však naďalej aj v našich podmienkach nedostatočný, keďže populácia starne a zhoršuje sa možnosť opatrovateľskej starostlivosti v rodinách. V DD sa poskytuje starostlivosť občanovi, ktorý:

- je poberateľom starobného dôchodku,
- pre svoj nepriaznivý zdravotný stav vyžaduje sústavnú starostlivosť inej osoby, ktorú občanovi nemôže zabezpečiť rodina ani poskytovanie opatrovateľskej služby, alebo
- poskytovanie starostlivosti potrebuje z iných vážnych dôvodov (5).

Platná legislatíva už neurčuje zdravotné indikácie, ktoré by starostlivosť v DD uprednostňovali alebo kontraindikovali.

Medzi **úlohy** dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti patrí (podľa druhu zariadenia):

- poskytovanie nevyhnutnej starostlivosti (stravovania, bývania, zaopatrenia),
- ďalšej starostlivosti (poradenstva, záujmovej i kultúrnej činnosti),
- osobného vybavenia,

- podporovanie účasti na spoločenskom živote,
- zabezpečenie úschovy cenných vecí.

Za zaopatrenie sa považuje upratovanie, pranie, žehlenie, poskytovanie postelnej bielizne, čistenie, poskytnutie pomoci na zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov, prác a kontaktu so spoločenským prostredím. V zariadeniach sa okrem základnej, nevyhnutnej starostlivosti poskytuje aj ošetrovateľská, rehabilitačná a lekárska starostlivosť, čo má v hierarchii hodnôt starnúceho človeka významné postavenie. DD a DPD predstavujú pre seniora istotu, že nebude odkázaný sám na seba a bude mu poskytnutá komplexná starostlivosť v čase zhoršenia zdravotného stavu. V odôvodnených prípadoch je dlhodobá ústavná starostlivosť sociálneho typu významným riešením životnej situácie a zdravotného stavu.

Problémy inštitucionálnej starostlivosti

Táto starostlivosť má aj nedostatky. K všeobecným problémom sociálnej inštitucionálnej starostlivosti patrí:

- nízky počet opatrovateliek, ktoré vykonávajú iba činnosti nenáročné na čas,
- chýbajúce štandardy,
- nedostatočný počet lôžok a dlhé čakacie doby,
- starostlivosť je málo flexibilná (napríklad v prípade ochorenia opatrovateliek),
- chýba súkromie, iba málo miest je jednoposteľových,
- nie sú miesta pre dementných obyvateľov,
- domovy sú umiestnené v budovách s architektonickými prekážkami, ktoré zhoršujú pohyb ťažko mobilných obyvateľov (7).

Podľa Hegyiho (8) sa starý človek pri dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti musí vyrovnáť najmä s týmito okruhmi problémov: komplikácie liečby, diétne zvyklosti, dehydratácia, nozokomiálne nákazy, psychosociálna trauma, fyzická trauma, pobyt na lôžku, diagnostické riziká, sklon ku komplikáciám, depresia, relokčný syndróm a geriatrický maladaptívny syndróm. Osobitnou otázkou je **inštitucionalizácia**. Jednotlivci stále viac podliehajú anonymite, uniformite a inercii inštitucionálneho života. Obyvateľ stráca identitu, stáva sa pasívnym a mení sa na súčasť inštitúcie (7). Záťaž a riziko inštitucionalizácie spočíva predovšetkým v:

- zmene prostredia,
- porušení existujúcich spoločenských i príbuzenských kontaktov,
- ohrození alebo strate autonómie a súkromia,
- zmene sebahodnotenia a strate životnej perspektívy, sebarealizácie,
- strate alebo obmedzení hlbších kontaktov s vonkajším svetom,
- deprivácii zmyslových vnemov, podnetov, kontaktov, komunikácie,

- nevhodnom jednaní personálu alebo spolubývajúcich (9).

Kriticky vidí stav v inštitúciách aj Rheinwaldová (10). Upozorňuje na to, že počet zariadení by mal byť dostatočný, aby mohli byť špecializované na určitý druh obyvateľov; mali by sa riadiť potrebami obyvateľov a ich najvyššieho dobra; obyvatelia zariadení sú často odsúdení na „stres z nudy“, nedostatok aktivity a stimulácie; je potrebná rovnaká starostlivosť o potreby fyzické, mentálne i duchovné; každému seniorovi treba poskytovať individuálnu starostlivosť; okrem základných potrieb treba uspokojovať aj spoločenské i rekreačné požiadavky. Existuje aj veľa domov, ktoré nie sú pravými „domovmi“. Riadia sa výlučne lekárske modelom, sú skôr nemocnicami, kde sa zabúda, alebo nie je jednoducho čas na duševné a duchovné potreby ich obyvateľov (10).

Príčiny vstupu do DD

Keďže vstup do zariadenia patrí k rizikovým pre všetkých seniorov, dôležitá je motivácia a príčiny vstupu. Medzi rozhodujúce faktory patrí zdravotný stav, psychologické činitele, rodinné pomery, bytové podmienky, iné sociálne činitele (zabezpečenie starostlivosti v domácom prostredí). Niekedy tieto faktory urýchlili akútna strata sebestačnosti či strata dovtedajšieho opatrovníka. Muži nastupujú do zariadenia v mladšom veku ako ženy, ktoré nástup odkladajú až po vyčerpaní všetkých možností žiť vo svojich domácnostiach. V našich podmienkach sa vzájomne podmieňujú zdravotné a sociálne **príčiny vstupu**. Hoci sociálne dôvody prevládajú, so starnutím seniorov (v skupine 75 ročných a starších) vzrastajú zdravotné dôvody pre vstup do DD. V našich DD okrem „klasických“ sociálnych dôvodov (napr. problémy s bývaním, osamelosť, konflikty s deťmi a susedmi, neschopnosť udržať vlastnú domácnosť, potreba zabezpečenia v budúcnosti) v posledných rokoch v súvislosti so zmenami v spoločnosti sa medzi príčiny vstupu dostal predtým nepoužívaný termín „nemal sa kto postarať“ a umiestnenie rodinou i inštitúciou (nový termín „bezdomovec“) (11).

Zdravotný stav obyvateľov DD

O zdravotný stav obyvateľov sa aj v našich podmienkach starajú temer stopercentne **všeobecní lekári** (praktickí lekári pre dospelých). Vo väčšine zariadení sociálneho typu zabezpečuje jeden „ústavný lekár“ starostlivosť pre všetkých obyvateľov, v našej štúdii sme našli aj DD, kde starostlivosť pre 53 obyvateľov zabezpečuje sedem praktikov (11). Je to práca náročná na čas i vedomosti, odmeňovanie kapitačnými platbami nezohľadňuje jej význam a závažnosť.

Špecifikácia chorôb je iná u seniorov žijúcich doma a iná u seniorov v inštitucionálnej starostlivosti. Predpokladáme, že zdravotný stav obyvateľov DD je horší ako ľudí žijúcich vo svojich domovoch. Je cha-

rakterizovaný **multimorbiditou** (súčasným výskytom viacerých chorôb u jednotlivca). Z našich výsledkov vyplýva, že v roku 2000 mali obyvatelia priemerne 7,8 diagnózy chronických chorôb na obyvateľa, pričom najvyššiu prevalenciu mali ochorenia srdcovo-cievneho systému, pohybového aparátu a ochorenia endokrinné, výživy a metabolizmu. So vzrastajúcim vekom sa zvyšuje počet osôb postihnutých chronickými chorobami. Prevládá tendencia zvyšovania výskytu spoločensky významných kardiovaskulárnych chorôb. Aj v inštitucionálnej starostlivosti je typický výskyt viacerých chorôb toho istého orgánového systému u jednotlivca (11).

Vyšetrovanie **funkčného stavu** je dôležitou súčasťou hodnotenia seniorov. Stále najpoužívanejším testom v našich podmienkach je Barthelovej test ADL (*Activities of Daily Living*, aktivity bežného života) (12). Odporúčame ho našim lekárom na používanie pri prijímaní pacientov, pravidelne 1 x ročne, niekedy aj po dlhšie trvajúcej hospitalizácii. Prinášame ho v tabuľke 1.

Barthelovej testom (ďalej BT) sme sledovali 771 obyvateľov DD a DPD v rokoch 2000 – 2004 v našom regióne. Vo všetkých desiatich položkách testu bol funkčný stav prežívajúcich obyvateľov významne zhoršený a úplná sebestačnosť u tých istých obyvateľov klesla o 37 %. Najviac problémov majú obyvatelia so sebestačnosťou pri kúpaní, v chôdzi po schodoch a pri úkonoch dennej hygieny (11). Krajčík a spol. pomocou BT porovnávali funkčný stav 581 seniorov, žijúcich vo svojich domácnostiach, v DD a hospitalizovaných na geriatrickom oddelení. 99 obyvateľov DD (z toho dve tretiny vo veku 75 rokov a starších) malo najhoršiu sebestačnosť v kúpaní (65,2 %); chodí po schodoch (61,6 %) a osobnej hygieny (47,7 %); funkčný stav seniorov vo veku 75 rokov a starších bol horší ako seniorov do 74 rokov (13). Tieto údaje svedčia o zhoršujúcom sa funkčnom stave seniorov v DD.

Kognitívne (poznávacie) funkcie pomáhajú pri zisťovaní a spracovaní informácií o vonkajšom i vnútornom prostredí, za účelom prispôsobenia sa okoliu, prostrediu. Patrí sem recepcia – prijímanie, udržanie, triedenie a integrácia informácií; pamäť a učenie, vnímanie, pozornosť, orientácia, myslenie, expresívne funkcie (reč, kreslenie, mimické vyjadrovanie) (14). Ako skríningový kognitívny test je vo viacerých prácach označovaný aj nami použitý **Folsteinov test** (*MMSE – Mini Mental State Examination*) (15). Tridsať otázok hodnotí rôzne oblasti: orientáciu, pozornosť, pamäť a jej výbavnosť, pomenovanie predmetov, opakovanie vety, trojstupňový príkaz, čítanie a vykonanie príkazu, počítanie a grafomotorické funkcie (pozri tabuľku 1 v článku Hanisková T.: *Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi*. Via Practica 7/8, 2006).

Význam tohto testu v podmienkach našich DD vidíme v tom, že ho môže vykonávať aj zaškolený sociálny pracovník, zdravotná sestra i rehabilitačný

Tabuľka 1. Test bežných denných činností podľa Barthelovej (BT).

1. Jedenie, pitie	sám	10	s pomocou	5	neurobí	0	
2. Obliekanie	sám	10	s pomocou	5	neurobí	0	
3. Osobná hygiena			sám alebo s pomocou	5	neurobí	0	
4. Kúpanie			sám alebo s pomocou	5	neurobí	0	
5. Kontinencia moču	udrží moč	10	občas neudrží moč	5	neudrží moč	0	
6. Kontinencia stolice	udrží stolicu	10	občas neudrží stolicu	5	neudrží stolicu	0	
7. Použitie WC	sám	10	s pomocou	5	neurobí	0	
8. Chôdza po schodoch	sám	10	s pomocou	5	neurobí	0	
9. Presun lôžko – stolička (alebo lôžko – vozík)	sám	15	s malou pomocou	10	vydrží sedieť na stoličke	5	neurobí 0
10. Chôdza po rovine	sám viac ako 50 m	15	s pomocou inej osoby	10	sám na vozíku	5	neurobí 0

Hodnotenie:

100 bodov – nezávislý, 65 – 95 bodov – ľahká závislosť, 45 – 60 bodov – závislosť stredného stupňa, 0 – 40 bodov – závislosť ťažkého stupňa

pracovník. Z našich výsledkov vyplýva, že kognitívne poruchy sa vyskytli u 52,5 % seniorov v DD a ich citlivým ukazovateľom je pokles krátkodobej pamäti a schopnosti počítať (11). Najvyšším stupňom kognitívnych porúch sú **demencie**, ktoré zahŕňujú aj príznaky behaviorálne (poruchy osobnosti, emotívnosti, depresia a úzkosť, bludy a halucinácie, porucha identifikácie, agresivita, poruchy chovania, poruchy spánku) a funkčné (ťažkosti v komplexných činnostiach, domácich prácach, v sebaobsluže, poruchy kontinencie, komunikácie, chôdze, závislosť na pomoci druhých). V inej slovenskej štúdiu v rámci prieskumu 8 103 obyvateľov DD autori zistili 26,8 % demenčných obyvateľov (16).

Geriatrické syndrómy

Nepriaznivý zdravotný stav seniorov je príčinou častého výskytu geriatrických syndrómov. V našom zariadení sa **pády** vyskytli v priebehu dvanástich mesiacov u 21,3 % obyvateľov, častejšie u žien a u „starých“ seniorov (75 ročných a starších). Vnútorne (symptomické) príčiny prevládajú v inštitúciách, najčastejšie sú to poruchy vedomia pri cievných mozgových príhodách, závraty pri otáčaní hlavou i vstávaní, slabosť dolných končatín v dôsledku artrózy a artritídy (17). Z vonkajších (mechanických) príčin sme pozorovali najčastejšie zakopnutie, pošmyknutie na schodoch i vplyv horšieho osvetlenia. Asi tretina pádov sa odohrala v noci, chirurgické ošetrenia boli potrebné v 22 % z pádov a fraktúry sme zistili u desiatiny pádov (11). Vzhľadom na vysoký výskyt pádov má podstatný význam ich prevencia v inštitucionálnej starostlivosti. Podľa americko-britských smerníc spočíva v multifaktoriálnej intervencii, obsahujúcej cvičenie, modifikáciu prostredia, úpravu medikácie, používanie pomôcok, behaviorálnej edukácii seniorov i personálu (18).

Inkontinencia moču a stolice (ďalej IM a IS) sú často jedným a niekedy aj jediným dôvodom na umiestnenie do DD, kde významne zvyšujú celkové náklady na ošetrovateľskú starostlivosť. Výdavky na starostlivosť o osoby s IM v USA preyšujú výdaje na dialýzu a aorto-koronárne bypassy (3). Inkontinencia vytvára **riziká** zdravotné a sociálne. K zdravotným patrí tendencia k zlyhaniu adaptačných mechanizmov, vznik dekubitov, dehydratácia, celkové zhoršenie zdravotného stavu a vyššia úmrtnosť. K sociálnym rizikám patrí spoločenský hendikep, dlhodobá záťaž pacienta, rodiny i zdravotníckych pracovníkov, znížená kvalita života, zhoršenie prostredia v inštitucionálnej starostlivosti a vysoké ekonomické náklady (7, 19). Prevalencia týchto geriatrických syndrómov je vyššia u senio-

rov v zariadeniach oproti seniorom žijúcim vo svojich domovoch. V našich súborech sme pomocou uvedeného BT zistili IM u 26,3 % a IS u 10,6 % obyvateľov DD. Dôležité je zistenie, že v priebehu štyroch rokov vzrástol výskyt IM o 29,6 % a výskyt IS až o 150 % u tých istých obyvateľov (11). Tento údaj treba dať do pozornosti zdravotným poisťovňam, keďže ústavní lekári sú často kritizovaní za predpisovanie pomôcok pre inkontinentných pacientov v našich DD.

Farmakoterapia v DD

Ďalším „kritickým“ bodom vzťahu zdravotných poisťovní a všeobecných lekárov je farmakoterapia seniorov v inštitúciách. Podľa našej štúdie (zahŕňujúcej 1 758 obyvateľov z 25 DD a DPD) pravidelne užívajú seniori priemerne 4,8 liekov na jedného obyvateľa. Najviac liekov užívala veková skupina 80 – 84-ročných seniorov; ženy ich užívali častejšie a viac ako muži. Len 9,9 % obyvateľov neužívalo ani jeden liek. Najčastejšie užívanými liekmi boli psychofarmaká, nitráty a antiagreganciá trombocytov (tabuľka 2). Okrem pravidelne užívaných liekov až 48,4 % seniorov užíva lieky nepravidelne, „podľa potreby“, najčastejšie analgetiká, antireumatiká a hypnotiká (11).

Počtom užívaných liekov sa zásadne nelíšime od zahraničia. V nórskej práci, ktorá zahŕňala 1 552 obyvateľov z 23 ošetrovateľských domovov zistili autori priemerný počet 5,4 pravidelne užívaných liekov, v Holandsku užívajú obyvatelia priemerne 4,9 liekov denne (20, 21). **Racionalizácia** farmakoterapie sa stáva prioritou aj v našich podmienkach (22). Keďže „angažovanie“ klinického farmakológa do tímu pracovníkov v sociálnych inštitúciách (ako to je v USA

Tabuľka 2. Skupiny pravidelne užívaných liekov v našich DD (súbor 1 758 obyvateľov z 25 DD a DPD).

Skupiny liekov	ATC klasifikácia	Počet obyvateľov užívajúcich lieky	
		n	%
Psychofarmaká	N05,N06	880	50,1
Nitráty	C01DA	749	42,6
Antiagreganciá trombocytov	B01AC	627	35,7
Diuretiká	C03	545	31
Inhibitory ACE	C09	455	25,9
Periférne vazodilatanciá	C04	454	25,8
Kardiotoniká	C01AA	355	20,2
Liečivá GIT	A02,03,05,06,09	293	16,7
Blokátory kalciového kanála	C08	165	15,1
Antiastmatická	R03	251	14,3
Antidiabetiká	A10	229	13
Vitamíny	A11	178	10,1
Nesteroidné antireumatiká	M01	172	9,8
Beta-blokátory	C07	162	9,2
Antiparkinsoniká	N04	155	8,8
Antiepileptiká	N03	154	8,8

či Austrálii) nie je u nás reálne, odporúčame našim ústavným lekárom v spolupráci so sestrami vykonávať pravidelné vizity obyvateľov v zariadeniach (jedenkrát za dva mesiace), spojené aj s kontrolou opakovanej preskripcie („review“). Po takejto vizite (trvajúcej asi tri hodiny) prišlo napr. v Anglicku k zníženiu priemerného počtu užívaných liekov (z 4,3 na 3,5 liekov); zmene preskripcie (65 % seniorov) i vynechaniu aspoň jedného lieku (26 % obyvateľov) (23).

Mortalita obyvateľov DD

Úmrtnosť seniorov v sociálnych zariadeniach je vysoká pre ich zlý zdravotný stav, ktorý bol jednou z príčin vstupu do inštitúcie. Za 15 ročné obdobie sme v našom zariadení zaznamenali priemernú mortalitu 106,5 na 1 000 obyvateľov, pričom zomretí boli najčastejšie z vekovej kategórie 75 až 79 ročných obyvateľov. Päťina obyvateľov umrela do jedného roku a 14,2 % do šesť mesiacov od svojho nástupu do zariadenia. Najčastejšou príčinou smrti podľa hlavnej (základnej diagnózy) boli u oboch pohlaví ochorenia obehovej sústavy. Druhou najčastejšou príčinou boli nádorové choroby. Typicky mužskou príčinou boli samovraždy a úrazy (11).

Odporúčania pre prax

V našich podmienkach zabezpečujú starostlivosť o seniorov v DD všeobecní lekári pre dospelých. Starostlivosť je náročná a jej súčasný stav nie je ideálny (24). Na zlepšenie starostlivosti je vhodné využívanie funkčných testov (napr. Barthelovej testu, Folsteinovho testu), vzdelávanie sa v geriatrickej problematike. Naším praktikom odporúčame aj pravidelné vizity obyvateľov (napr. raz štvrtročne). Pri týchto vizitách (spolu so sestrami a sociálnymi pracovníkmi) sa zachytia závažné zmeny zdravotného

i sociálneho stavu, upevňuje sa vzájomný vzťah medzi seniorom a terapeutom, upravuje sa medikácia, rastie „imidž“ lekára.

Aj keď nedostatok času sprevádza všetky naše aktivity, pre seniorov v DD, o ktorých zdravie sa staráme, si ho musíme vždy nájsť. Starý človek je nám potom

vďačný za všetko, čo pre neho urobíme a každý (i malý) úspech v liečbe je pre nás zadostučiniením a povzbudením, ktoré niekedy tak veľmi potrebujeme.

h.doc. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD.
 ZS Pod Hájkom 37, 909 01 Skalica
 e-mail: bartosovici@pobox.sk

Literatúra

- Smoleňová L, Dušeková N, Lovásová M, a spol. 2000. Problematika inštitucionalizácie starých ľudí. In: Hegyi L. Care of Elderly – Public Health Aspects, [Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva]. 1. vyd. Bratislava: Charis, 2000, ISBN 80-67674-6-1, s. 54–58.
- Kovač Š. 2001. Obete zanedbávania, zneužívania a týrania v starobe. Geriatria, 7, 2001, č. 3, s. 14
- Weber P, a kol. 2000. Minimum z klinickej gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2000, ISBN 80-7013-314-7, s. 151.
- Koncepcia odboru geriatrickej. 1993. Vestník MZ SR 1993, čiastka 14–18, s. 79–81.
- Zákon č. 195/1998 o sociálnej pomoci – úplné znenie. Zbierka zákonov SR, čiastka 37, uverejnená 17. marca 2001. Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SR, s. 1130–1217.
- Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike 2003. Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2004, s. 131.
- Hegyi L, Krajčík Š. 2004. Geriatria pre praktického lekára. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2004, ISBN 80-89171-06-0, s. 298.
- Hegyi L. 2003. Niektoré riziká pobytu v domovoch dôchodcov. Geriatria, 9, 2003, č. 2, s. 51–59.
- Kalvach Z. 2004. Zdravotní a funkční stav ve stáří. In: Kalvach Z, Zadák, Jiráček R, Závazalová H, Sucharda P, a kol. Geriatria a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0548-6, s. 115–138.
- Rheinwaldová, E. 1999. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999, 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- Bartošovič I. 2006. Seniorsi v domove dôchodcov. 1. vyd. Charis: Bratislava, 2006. (v tlači).
- Mahoney FI, Barthel D. 1965. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical Journal, 14, 1965, s. 56–61.
- Krajčík Š, Potocký P, Kovač Š, a spol. 1995. Elderly and their needs in Slovakia. COST A 5, Ageing and Technology, 3 rd East European network meeting, June 1995, s. 44–74.
- Kubičková N, Honzák R. 2003. Využití psychologických metod v klinické medicíně. Prakt Lék, 83, 2003, č. 10, s. 580–581.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 1975. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res, 12, 1975, s. 189–198.
- Krajčík Š, Hegyi L, Drobná T, a spol. 2000. Zdravotný stav obyvateľov domovov dôchodcov na Slovensku. In: Hegyi L. Care of Elderly – Public Health Aspects, [Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva]. 1. vyd. Bratislava: Charis, 2000, ISBN 80-967674-6-1, s. 52–54.
- Weber P. 2004. Velké geriatrické syndromy – vztah k polymorbidite a dysabilitě v seniu. Příloha Postgraduální medicíny, 6, 2004, č. 3, s. 13–17.
- Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. 2001. American Geriatrics Society, British Geriatric Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc, 49, 2001, č. 5, s. 664–675.
- Marenčák J. 2003. Inkontinencia moču v starobe. Revue medicíny v praxi, 1, 2003, č. 1, s. 21–23.
- Ruths S, Straand J, Nygaard HA, et al. 2000. Drug treatment of heart failure – Do nursing-home residents deserve better? Scand J Prim Health Care, 18, 2000, s. 226–231.
- van Dijk KN, de Vries CS, van den Berg PB, et al. 2000. Drug utilisation in Dutch nursing homes. Eur J Clin Pharmacol, 55, 2000, s. 765–771.
- Wawruch M, Weber P, Kuželová M, et al. 2006. Riziko liekov v geriatrickej. Interná med, 6, 2006, č. 2, s. 89–94.
- Khunti K, Kinsella B. 2000. Effect of systematic review of medication by general practitioner on drug consumption among nursing-home residents. Age and Ageing, 29, 2000, s. 451–453.
- Hegyi L. 2005. Domovy dôchodcov – 13. komnata? Geriatria, 11, 2005, č. 2, s. 95–98

PRIHLÁŠKA NA SYMPOZIUM PSYCHIATRIA PRE PRAX
Senec, 29. – 30. september 2006

priezvisko, meno, titul

kontaktná adresa

adresa pre fakturáciu

telefón, fax, e-mail IČO

kongresový poplatok (zaškrtnite vhodnú kolonku): lekár – 350 Sk (na mieste 450 Sk) sestra alebo študent – 150 Sk (na mieste 200 Sk)
 predplatiteľ Psychiatrie pre prax – zdarma (na mieste: 100 Sk)
 člen Sekcie mladých psychiatrov – zdarma (na mieste: 100 Sk)

Ubytovanie si hradí sám účastník na recepcii hotela, v prihláške, prosím, iba zaškrtnite Vami zvolenú variantu.

hotel SENEC***	jednospoteľová izba	dvojnospoteľová izba
cena	<input type="checkbox"/> 1 770 Sk/lôžko	<input type="checkbox"/> 1 125 Sk/lôžko

Chcem byť ubytovaný(á) s

