

Univerzita Karlova Praha
Lekárska fakulta v Plzni
Ústav sociálneho lekárstva

MUDr. František Németh

VÝSKUM DISABILITY a KVALITA ŽIVOTA
GERIATRICKEJ POPULÁCIE V PREŠOVSKOM REGIÓNE
(Slovenská republika)

THE RESEARCH OF DISABILITY AND QUALITY OF LIFE OF GERIATRIC
POPULATION IN PRESOV REGION (Slovak Republic)

Dizertačná práca k získaniu akademického titulu Ph.D.

Vedný odbor:
Sociálne lekárstvo
Plzeň 2006

Školiteľ: Doc. MUDr. Helena Zavázalová, CSc



Obsah:

1.	Úvod	4
2.	Prehľad o súčasnom stave disability a kvality života geriatrickej populácie	6
2.1.	Disabilita	6
2.2.	Kvalita života	7
3.	Orientácia v problematike a prehľad odbornej literatúry	8
4.	Cieľ dizertačnej práce	9
5.	Zvolené metódy spracovania	10
6.	Výsledky vybraných parametrov funkčného stavu geriatrickej populácie v Prešovskom okrese	12
6.1.	Test bežných denných činností, Barthelovej test Activities of Daily Living (ADL)	14
6.2.	Standardized Mini Mental Status Exam (SMMSE) Folsteinov test	21
6.3.	Geriatrická škála depresie podľa Yesavage Geriatrics Depression Scale (GDS	28
6.4.	Body Mass Index (BMI) Index telesnej hmotnosti	33
6.5.	Domáce podmienky vybranej časti súboru Vyselektovaná časť súboru Barthelovej testom	36
7.	Výsledky dotazníkov zameraných na vlastný život	38
7.1.	Hodnotenie svojho života	38
7.2.	Predstava o konci života	43
8.	Hodnotenie probanta investigátorom	47
9.	Diskusia a zhrnutie výsledkov	51

9.1.	Barthelovej test (ADL)	52
9.2.	Folsteinov test (SMMSE)	55
9.3.	Yesavage test, Geriatrics Depression Scale (GDS)	58
9.4.	Index telesnej hmotnosti (BMI)	60
9.5.	Domáce podmienky vybranej časti súboru (Vyselektovaná časť súboru Barthelovej testom)	62
9.6.	Výsledky dotazníka zameraných na vlastný život a jeho koniec	64
9.6.1.	Hodnotenie vlastného života	64
9.6.2.	Predstava o konci života	67
9.7.	Hodnotenie probanta investigátorom	70
10.	Závery a výstupy pre prax	71
10.1.	Závery pre vlastnú činnosť	71
10.1.1.	V krátkodobom horizonte	71
10.1.2.	V dlhodobom horizonte	71
10.2.	Celookresná pôsobnosť	72
10.2.1	V krátkodobom horizonte	73
10.2.2	V dlhodobom horizonte	73
11.	Súhrn	74
12.	Summary	75
13.	PodĎakovanie, prehlásenie	76
14.	Použitá literatúra	78
14.1.	Publikované práce autora na danú tému	84
14.2.	Citácie autorových prác	84
14.3.	Ocenenie autora	84
14.4.	Prednášky autora	85
15.	Prílohy	86
16.	Zoznam požitých skratiek	94

Motto:

*... a čo je mladosť?
Dvadsaťpäť rokov,
ružových tvári hľad jará,
či údov sila, či strmosť krokov?
Toto sa všetko zostará !*

Mladosť je túžba živá po kráse ...

A. Sládkovič

1. Úvod:

V súčasnosti sme svedkami starnutia populácie v rozvinutých aj v rozvojových krajinách. Strom života čoraz viac košatie vo vyšších vekových kategóriach a populačná štatistika registruje sústavný nárast percenta osôb starších ako 60 rokov. Táto skutočnosť znamená výzvu nielen pre zdravotníctvo, ale pre celú spoločnosť. Je celospoločenským záujmom, aby nárast kalendárneho veku bol spojený s čo najmenšou deteriorizáciou zdravotného a funkčného stavu populácie. Cieľom je zachovanie sebestačnosti a primeranej kvality života čo najdlhšie. Môžu sa tak znižovať výdaje na liečbu a ošetrovanie starších osôb (38, 116).

Od polovice 19. storočia dochádza k evidentnému zvyšovaniu podielu osôb nad 60 rokov na územiach ČR aj SR. K demografickému starnutiu dochádza jednak znižovaním pôrodnosti, jednak predlžovaním ľudského veku, čo vedie k absolútnemu aj relatívnemu zvyšovaniu podielu seniorov v populácii (37, 73). V súčasnosti je v SR asi 15.3 percentný podiel osôb 60 ročných a starších. Očakáva sa, že v roku 2025 sa tento podiel zvýši na 26.1 % a v roku 2050 až na 37.9 % (119). V ČR tento podiel predstavuje viac ako 18 %, v r. 2025 má byť 27 %, v r. 2050 až okolo 40%. Navyše v r. 1996 prvýkrát v histórii prevýšil počet osôb nad 60 rokov počet detí do 14 rokov (77).

Slovensko aj Česko budú mať pravdepodobne v blízkej budúcnosti nevýhodnejšiu vekovú štruktúru ako väčšina hospodársky vyspelých štátov. Zapríčiniť by to malo stárnutie populačnej vlny „povojnových detí“ po 1945 r. (tzv. baby boom) a závažne nízka intenzita plodnosti „deti povojnových detí“. ČR, menej SR, patrí k štátom s najnižšou úhrnou plodnosťou na 1 ženu (75). Podľa prognóz OSN, ale aj českých demografov môže byť ČR spolu s Gréckom a Talianskom v polovici 21. storočia štátom s najvyšším podielom seniorov na svete (77, 84).

K najvýraznejšiemu nárastu obyvateľstva v poproduktívnom veku dôjde po roku 2010. Ak sa celková populácia v r. 2030 oproti roku 1900 zdvojnásobí, populácia v poproduktívnom veku sa zpätnásobí a počet obyvateľov nad 80 rokov sa takmer zdesaťnásobí.

Pritom podiel obyvateľstva v postproduktívnom veku v r. 1991 obnášal asi 17 %, vo veku 65 r. a viac bolo 10.5 %, 70 r. a starších bolo 6.4 %, nad 80 r. len 2,1 % (39).

Uvedený demografický vývoj bude mať výrazný dopad na penzijné systémy a na organizáciu a financovanie zdravotníckych a sociálnych služieb. Z ekonomického hľadiska sú veľmi závažné indexy závislosti, ktoré popisujú pomer osôb v predproduktívnom veku a v poproduktívnom veku, k osobám v produktívnom veku. Tieto indexy dramaticky stúpajú v ČR aj SR (40, 77).

OSN doporučila koncom 60. rokov 20. storočia označovať populáciu podľa počtu osôb vo veku 65 r. a viac do 4 % za mladú, 4 % - 6.9 % za zrelú a nad 7 % za starú (78). Slovenská, ale aj Česká republika túto hranicu už dávno dosiahli. V súčasnosti najrýchlejšie rastie v hospodársky vyspelých štátoch veková skupina 85 ročných a starších, včítane dlhovekých seniorov. Dochádza k fenoménu „starnutia starej populácie“ ako je to evidentné v štátoch EU, včítane ČR, menej evidentné v SR (39, 101, 115). Tento údaj je dôležitý pre vysokú spotrebu zdravotníckych ale aj ošetrovateľských a sociálnych služieb touto vekovou kategóriou na čo samozrejme pri plánovaní rozvoja zdravotníckych a sociálnych služieb treba myslieť.

Posun vekového ťažiska zo stredného veku do seniorského je demografickým podkladom „geriatrize“ medicíny, ošetrovateľstva a sociálnej práce (45, 108, 109).

Cieľom financovania zdravotníctva a sociálnych vecí je dosiahnutie maximálneho uspokojenia potrieb starých ľudí v lekárskej aj sociálnej starostlivosti pri ekonomicky zdôvodnených materiálových a finančných nákladoch. Zmyslom snažení prispievajúcich k napĺňaniu jednotlivých programov je skvalitňovanie starostlivosti o zdravie, proporcionalita týchto služieb podľa potrieb, pravidelné vyhodnocovanie racionálneho a efektívneho využívania zdrojov (55, 119).

Seniori predstavujú podstatnú a stále narastajúcu časť nemocničnej klientely a spotrebávajú stále väčší podiel nemocničných služieb, v súčasnosti asi 3 krát viac, ako činí ich podiel v populácii (110). Problém vzájomnej súvislosti ekonomiky a medicíny je potrebné vidieť v dvoch rovinách: vo všeobecných nákladoch na zdravotníctvo a v nákladoch vyžadujúcich zabezpečenie špecifickej starostlivosti. Náklady na liečbu a ošetrovanie geriatrických pacientov sú vysoké pre zabezpečenia špecifickej starostlivosti (14).

Podobné je to aj v oblasti ošetrovateľstva a sociálnych služieb. V rámci štátnej politiky sú zriaďované ústavy sociálnej starostlivosti s definitívnym riešením pre daného jedinca, v rámci privátnej sféry v poslednom období sa formujú rôzne ošetrovateľské ústavy (s finančným doplácaním klienta) a charitatívne ustanovizne (zväčša bez finančného doplácania).

2. Prehľad o súčasnom stave disability a kvality života geriatrickej populácie

(so zameraním na Prešovský región, Slovenská republika)

2.1. Disability

Disability je neschopnosť, nespôsobilosť alebo obmedzená schopnosť jedinca vyvíjať bežné denné aktivity (46, 49). Z praktického hľadiska je dôležité poznať, ako zvláda jedinec životné situácie, aký je jeho funkčný stav. Posudzovanie funkčného stavu je veľmi dôležitou súčasťou starostlivosti o starých ľudí a je súčasťou komplexného geriatrického vyšetrenia. (81, 104).

Podľa svetových, českých a aj našich skúsenosti potrebuje a bude potrebovať asi 5 – 7 % občanov vyššieho veku trvalú sociálnu alebo sociálno-zdravotnú starostlivosť (2, 40).

Starostlivosť o stále rastúci podiel starších a chorých občanov kladie mimoriadne požiadavky na tradičné systémy zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Od roku 1972 začínajú ošetrovateľské postele vo vyspelých štátoch prevyšovať počet akútnych nemocničných postelí (4, 16). V súčasnej dobe žije v ústavoch ošetrovateľskej starostlivosti alebo podobných inštitúciách asi 5 % Američanov 65 ročných a starších (111). Počet postelí v ošetrovateľských ústavoch prevyšuje síce počet akútnych postelí, napriek tomu v domácom prostredí žije dvakrát viac závislých starých ľudí, ako v ošetrovateľských ústavoch (1, 90). Podobné údaje sú zo Švajčiarska, Nemecka i Talianska (4, 36, 86).

Pre sociálnu sféru je v ČR v súčasnosti k dispozícii asi 35 000 miest, v SR asi 12 000. Odhaduje sa, že v sociálnej sfére je v ČR deficit asi 30 000-40 000 (91) v SR asi 20 000 miest (37).

S vekom stúpa významne aj stupeň disability jedinca a jeho závislosti na pomoci iných ľudí. Podľa literatúry je vo veku 65 až 74 rokov asi 22 % čiastočne závislých, ale vo veku nad 75 rokov už 65 % (22, 102). Významným pojmom, ktorý je tesne spätý so stárnutím, nezávislosťou, či závislosťou jedinca je krehkosť (Frailty). Ide o stav zníženia fyziologických rezerv spojený so zvýšeným sklonom k invalidizácii (pády, fraktury, obmedzenia v dennom živote, strata nezávislosti) (19). Skupina krehkých gerontov je tá na ktorú by sa mal orientovať praktický lekár, aby preventívnymi opatreniami „oddialil“ prechod od krehkosti do závislosti (20, 25). Samozrejme krehkých gerontov treba v populácii identifikovať.

Cieľom modernej spoločnosti je vytváranie takých životných podmienok pre seniorov, aby prežívanie ich staroby bolo optimálne, ale aby pritom neboli nikomu na ťarchu.

To je podmienené poznaním biologických, psychických a osobnostných zmien týchto seniorov, aby vytváranie spomenutých podmienok bolo dostatočné.

V SR najvyšší počet starých ľudí sa nachádza v južných, prevážne poľnohospodárskych častiach, najnižší podiel v jeho severnej časti. V severnej časti Slovenska sa nachádza aj najvyšší podiel obyvateľstva vekovej skupiny 0 – 14 rokov.

V okrese Prešov k 31.12.2004 žilo 17 297 obyvateľov 65 ročných a starších. Podľa vyššie uvedených údajov pri minimálnej variante potreby inštitucionálnej starostlivosti treba vytvoriť asi 860 miest pre túto vekovú skupinu obyvateľov. Zistiť koľko závislých seniorov žije v domácom prostredí bolo cieľom tejto práce.

K 31.12.2005 bolo v okrese Prešov 465 miest v štátnych ústavoch sociálnych služieb, 128 miest v súkromných zariadeniach. V krajskej nemocnici je liečebňa pre dlhodobo chorých, ktorá má 90 postelí. Spolu teda 683 miest pre poskytovanie dlhodobej alebo trvalej inštitucionálnej starostlivosti (97).

2.2. Kvalita života

K závažným problémom geriatrickej medicíny patrí vzťah a prepojenosť zdravotnej a sociálnej problematiky. Obidva fenomény podmieňujú kvalitu života jedinca. Podstatou zdravotne sociálneho prístupu v geriatrickej medicíne nie je poskytovať materiálnu pomoc, ale integrovať sociálne faktory do medicíny, poznať rozsah negatívneho sociálneho prostredia a nanášať tieto zdravotne-sociálne problémy príslušným rezortom na riešenie (55, 117).

Hodnotiť kvalitu života možno z rôznych aspektov. Subjektívne hodnotenie jedinca a jeho objektívne možnosti tvoria spojené nádoby. Ide o multidimenzionálny a v svojej komplexnosti ťažko hodnotiteľný stav (93, 118).

V rozhovoroch s pacientami, ktorí boli hospitalizovaní na Geriatrickom oddelení FNŠP Prešov pri otázke na kvalitu vlastného života sa takmer všetci sťažovali na „ťažký“ život. Pod pojmom ťažký život zväčša mysleli na tri okruhy problémov: nedostatok peňazí (alebo nedostatočné sociálne zabezpečenie), zlý zdravotný stav a obavy z budúcnosti.

Tieto údaje sa kumulujú iba u hospitalizovaných, teda zdravotne postihnutých pacientoch, s ktorými sme doteraz prichádzali do kontaktu, alebo rezonujú aj v ostatnej seniorskej populácii?

Súčasťou života (a v geriatrickom veku toto vedomie silnie) je aj smrť. Pod „dobrou“ smrťou senior myslí znovu na tri podstatné veci: zomrieť bez veľkej bolesti, v kruhu svojich blízkych a nebyť na obťaž svojmu okoliu (35).

Cieľom dotazníkových prieskumov a hodnotenia domácich podmienok bolo zistiť situáciu v Prešovskom regióne.

Jeden z veľkých fenoménov, ktorý podmieňuje kvalitu života je finančné a sociálne zabezpečenie seniora. Niekoľko údajov k súčasnému stavu. K 31.12.2005 v Prešovskom okrese 15 495 občanov 65 r. a starších poberalo starobný dôchodok v priemernej výške 7 731 Sk, zvyšných 1 915 obyvateľov dôchodok, ktorý sa vypláca „ po dosiahnutí veku 65 r. „ s priemernou výškou len 4 951 Sk (97).

Z celkového počtu 17 297 seniorov 5 325 žilo bez partnera (31%), teda musia žiť iba z jedného dôchodku alebo penzie. Minimálna mzda je v súčasnosti na Slovensku 6 700 Sk. Sám žijúci senior má teda finančný príjem v priemere iba niečo nad minimálnou mzdou. Starého človeka zachraňuje a udržiava pri živote hlavne starobný dôchodok. Politické napätie zvyšuje a spochybňuje program sociálneho poistenia. Slovensko trpí sociálnou a morálnou krízou, pre ktorú je symptomatická stúpajúca atmosféra neistoty, zasahujúca všetky oblasti života, aj keď si treba uvedomiť, že sociálna spravodlivosť sa neuplatní iba tým, že rešpektuje požiadavky distributívnej a výmennej spravodlivosti (55).

V okrese je 1008 platených opatrovateliek včítane rodinných príslušníkov, ktorí poberajú finančné prostriedky za opatrovanie určeného občana, alebo člena rodiny podľa Zákona 195/1998 paragraf 64 (Zákon o sociálnej pomoci).

Donáška jedla domov je zabezpečená pre 134 seniorov z rôznych zariadení aj s krátkou pomocou v domácnosti (umytie riadu a pod.). Funkčné sú 3 kluby dôchodcov s 96 stoličkami, ktoré podľa potreby zabezpečia obed pre nahlásených, 2 domy opatrovateľskej starostlivosti s 84 miestami, a 2 agentúry domácej ošetrovateľskej služby s 9 výkonnými sestrami. Čiže asi 1000 seniorov má zabezpečenú oficiálnu pomoc, na ktorej participuje odbor sociálnych vecí štátnej správy, a asi 350 obyvateľov má aspoň parciálnu pomoc od svojho okolia (donáška obedov, domáce ošetrovanie, obed v zariadení domova dôchodcov).

3. Orientácia v problematike a prehľad odbornej literatúry

V roku 1973 bola v Montreale založená Medzinárodná gerontologická federácia (International Federation on Ageing), ktorá sa zaoberá predovšetkým sociálnou gerontológiou

s dôrazom na práva seniorov a na seniorskú politiku. Má štatút konzultanta pri OSN, UNESCO a WHO. V r. 1990 vypracovala „Deklaráciu práv a zodpovednosti starých ľudí“, ktorá bola prijatá Valným zhromaždením OSN. Vydáva periodika Intercom a Global aging, ktoré poskytujú celosvetový prehľad o sociálnej problematike. Rýchlu informovanosť o publikáciách v danej problematike zaisťujú elektronické vyhľadávacie systémy, ku ktorým patrí napr. PubMed Národného zdravotného ústavu USA. K základným bibliografickým databázam patrí ich priekopník-Medline

V ČR nezastupiteľné miesto má Ústav sociálneho lekárství LF v Plzni, ktorý už dlhé roky poskytuje základné údaje o sociálnej problematike vôbec, samozrejme s rozsiahlymi literárnymi údajmi aj o geriatrickej populácii. Bohužiaľ podobný ústav v SR neexistuje.

Dôležité údaje z tejto oblasti produkuje „Kabinet geriatrickej a gerontologickej“ a Škola verejného zdravotníctví pri „Institute postgraduálneho vzdelávania ve zdravotníctví (IPVZ)“ v Prahe, rovnako aj „Národní centrum ošetrovatelství a nelekárskych zdravotníckych odborů“ v Brne.

Na Slovensku najviac so sociálnou problematikou v geriatrickej, včítane problematiky disability sa zaoberá Hegyi L. zo Zdravotníckej univerzity v Bratislave (Kabinet verejného zdravotníctva) a Krajčík Š. zo Subkatedry geriatrickej tejto univerzity. Na Východnom Slovensku je priekopníkom v tejto problematike Koval S. Validné údaje o rozsahu disability na Slovensku však ešte neboli publikované.

4. Ciel dizertačnej práce

Geriatrické oddelenie v NsP Prešov bolo otvorené v r. 1983 v súlade s vtedajšou koncepciou Ministerstva zdravotníctva. V prvých rokoch existencie geriatrického oddelenia odborný záujem lekárov sa sústreďoval hlavne na zdravotnú problematiku geriatrickej populácie v spádovom území, ktorú tvorili obyvatelia nad 65 r. okresov Prešov a Sabinov (v Sabinove v tom čase nebolo žiadne zdravotnícke zariadenie). Išlo asi o 21 000 ľudí. Inšpiratívny bol výskum zdravotného stavu obyvateľov vo veku nad 60 rokov v Západoslovenskom kraji, ktorý urobil Hegyi L. a spol. (37) v rokoch 1987 - 1990 na výpovednom súbore probantov.

Podľa zistenia tejto pracovnej skupiny je z počtu obyvateľov vo veku nad 60 rokov na Slovensku 38% zdravých a sebestačných, 32% sú chronicky chorí, ale kompenzovaní a sebestační, 21% chronicky chorí, ohrození orgánovou dekompenzáciou a stratou sebestačnosti a napokon 9% z nich je veľmi ťažko chorých, odkázaných na pomoc.

Tieto údaje o zdravotnom stave západoslovenskej geriatrickej populácie sme porovnávali s našimi poznatkami, s našou lokálnou realitou a snažili sme sa odhadnúť potrebu zdravotníckej siete pre geriatrickú populáciu v Prešovskom regióne včítane inštitucionálnej starostlivosti.

Rokmi sme sa ale presvedčili, že zdravotný a funkčný stav jednotlivca tvoria spojené nádoby, že aj funkčne insuficientný jedinec potrebuje rovnako kvalitnú ošetrovateľskú službu ako chorobami stigmatizovaný pacient.

Naviac v tom čase začínal sa v geriatrickej oblasti objavovať a presadzovať pojem „komplexný geriatrický odhad – Comprehensive Geriatric Assessment“, ktorý by mal byť jedným z cieľov práce geriatrických odborných pracovníkov a z výsledkov ktorého by sa mali kreovať zdravotno-sociálne služby pre starších občanov v tej ktorej lokalite (51, 60). Toto na svojich letných kurzoch na Malte propagovali zástupcovia Európskej geriatrickej spoločnosti (31) a z toho vyplynula postupne aj orientácia Geriatrického oddelenia v Prešove na funkčný stav geriatrického jedinca.

Možno predpokladať, že komplexné geriatrické hodnotenie, ale aj čiastočné umožňujúce potrebný odhad funkčnej schopnosti jedinca, predstavuje značný prínos pre celkové pochopenie daného pacienta, jeho schopností, limitácií, rizík a potrieb (98). Od toho sa odvíja potenciál pre zlepšovanie kvality života a starostlivosti, pre prevenciu disability a pre zníženie potreby dlhodobej ústavnej starostlivosti (109). Ekonomické vyčíslenie propagovaného postupu „komplexný geriatrický odhad – následná starostlivosť“ sa ale v doterajších štúdiách a aj v neskorších metaanalytických prístupoch pre zložitost' problematiky nepodarilo (45, 80).

Pretože v SR doteraz nebol urobený výskum funkčných schopností starších ľudí, táto pilotná štúdia sa snaží získať relevantné údaje o funkčnom stave a kvalite života seniorskej populácie v našom okrese a z týchto výsledkov sa snaží odvodiť potrebu sociálno zdravotníckych služieb na zabezpečenie dôstojného života v tzv. treťom veku.

Naviac v roku 2002 bola otvorená „Fakulta zdravotníctva“ Prešovskej univerzity, na ktorej sú pripravované ošetrovateľky-bakalárky pre zdravotnícky terén. Ich angažovaním do výskumnej práce sa rozšíril aj ich obzor z uvedenej problematiky a je možné, že viaceré z nich po týchto skúsenostiach posilnia úsek práce s geriatrickou populáciou a nebudú hľadať prácu v „atraktívnejších“ medicínskych odboroch. Takéto skúsenosti majú aj v iných štátoch (6, 17).

5. Zvolené metódy spracovania

Pre prvú časť práce, ktorá je venovaná disability jedinca boli vybrané niektoré funkčné testy, ktoré podľa literatúry aj v súčasnosti predstavujú štandard pre geriatrickú populáciu.

Testy boli vybrané tak, aby vypovedali o fyzickej spôsobilosti, o kognitívnej funkcii, o emocionálnej stránke a orientačne o stave výživy seniora.

U 149 členov súboru (s insuficientným Barthelovej testom) boli vyhodnotené domáce podmienky podľa predom určených kritérií, ktoré boli modifikované z prác Tideiksaara a Tinettiho (99, 100).

O subjektívne hodnotenej kvalite života seniorov v druhej časti práce vypovedajú výsledky dotazníkových akcií. V tretej časti sú prezentované výsledky hodnotenia každého jedinca (investigátorom), čo umožňuje porovnať subjektívny údaj o kvalite svojho života s výzorom a správaním sa probanta.

V Prešovskom okrese pôsobí 58 zdravotníckych ambulancií pre dospelých (ďalej NZA). Náhodným výberom dvoch mestských a dvoch vidieckých zdravotných obvodoch sa vytvoril súbor 1028 probantov, ktorí mali 65 rokov a viac, ktorí súhlasili absolvovať predložené testy, vyplniť dotazníky (alebo odpovedať na otázky v dotazníkoch) a súhlasili s hodnotením ich výzoru a správania sa.

Po získaní potrebných administratívnych súhlasov, po dohovore s praktickými lekármi, ich zdravotnými sestrami a študentkami Fakulty zdravotníctva a po oboznámení sa s metodikou všetkých testov, dotazníkov a záverečného hodnotenia bolo vyšetrených v časovom intervale od marca 2004 do marca 2005 celkovo 781 probantov (77%) v určených miestnostiach na ambulanciach obvodných lekárov pri ich bežnej návšteve ambulancie. Doma bolo vyšetrených 237 probantov (23%) po ich individuálnom súhlase. V tejto skupine boli aj všetci probanti (celkom 149) s insuficientným Barthelovej testom, takže v rámci návštevy sa hodnotili aj ich domáce podmienky.

Všetci investigátori niekoľko testov a dotazníkov urobili skusmo najprv na Geriatrickom oddelení NsP Prešov (so súhlasom manažmentu nemocnice) až potom v teréne. Prví 5 probanti v každom teste a dotazníku boli vyšetrení za účasti lekára, ktorý dokonale poznal danú problematiku.

Testy z rôznych príčin (nesúhlas, dlhodobá neprítomnosť v mieste bydliska, absolútna hluchota, totálna afázia spojená s apraxiou) neabsolvovalo 41 probantov (3.8 %). Je to číslo o ktoré môžu byť prezentované výsledky skreslené.

Vzhľadom na veľký súbor a predpokladanú časovú náročnosť celého výskumu boli z losovaných zdravotných obvodov vylúčené obvody s početnou rómskou komunitou v geriatrickom veku. Preto v súbore je len 18 rómskych probantov, čo neumožňuje robiť štatistické závery alebo rôzne porovnania. Vyšetrit' rómsku komunitu geriatrických občanov môže byť témou budúceho výskumu.

Z testov, ktoré stanovujú funkčnú schopnosť jedinca bol vybraný test denných bežných činností (Barthelovej test), ktorý vypovedá predovšetkým o fyzických možnostiach (10, 18).

Mini Mental State Examination (MMSE), alebo aj Folsteinov test, zase vyjadruje kognitívne schopnosti jedinca. Test geriatrickej škály depresie „Geriatric Depression Scale“, podľa autora Yesavageho, jednoduchým spôsobom hodnotí stupeň depresie u probanta. K týmto testom boli priradené aj získané hodnoty „indexu telesnej hmotnosti - BMI“, ktorý orientačne odzrkadľuje stav výživy starého človeka a hodnotenie domácich podmienok u probantov, ktorých disabilita by vyžadovala vyhovujúce domáce podmienky. Pre lepšiu prehľadnosť sú samotné testy a ich hodnotenia priradené k daným kapitolám.

Dosiahnuté rozdiely medzi jednotlivými skupinami hodnotených osôb boli štatisticky vyhodnotené Chí kvadrát testom s udaním štatistickej významnosti odchýlky na úrovni 0.001 až 0.05, s používaním bežných štatistických značiek.

Celá práca je rozdelená na tri časti. V prvej sú predložené výsledky vybraných funkčných testov doplnené o index telesnej hmotnosti a vyhodnotenie domácich podmienok v akých probanti žijú, v druhej výsledky dotazníkov, v ktorých probanti odpovedali na otázky kladené investigátorom a v tretej výsledky hodnotenia samotného probanta investigátorom.

Vznikol takto originálny obraz o funkčnom stave prešovskej geriatrickej populácie, o životných podmienkach funkčne postihnutých ľudí, o názoroch na vlastný život, o predstavách svojho životného finále a o tom ako navonok seniori pôsobia.

6. Výsledky vybraných parametrov funkčného stavu geriatrickej populácie v Prešovskom okrese

Prešovský okres leží v severo-východnej časti Slovenskej republiky, ktorá dlhé roky nesie názov ŠARIŠ, alebo Šarišská župa. Po poslednom územno-správnom členení z r. 2001 žije v ňom asi 160 000 obyvateľov. Má prevažne poľnohospodársky charakter, je bez väčšieho priemyselného konglomerátu a podľa súčasných ekonomických kritérií patrí medzi najzaostalejšie regióny nielen na Slovensku, ale spolu s Poľskými východnými oblasťami aj v celej EU (Ministerstvo financií SR, 2006).

Na tabuľke č. 1 je uvedený počet obyvateľov 65 ročných a starších rozdelených do jednotlivých vekových pásiem podľa pohlavia a miesta bydliska (97). Tieto údaje sa stali podkladom pri aplikácii získaných výsledkov na celú populáciu okresu Prešov.

Tab. 1.

Geriatrická populácia v okrese Prešov –31.12.2004

vek	mesto		vidiek		spolu	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž
65-69 r	1177	1896	1020	1431	2197	3327
70-74	1123	1638	904	1381	2027	3019
75-79	738	1153	613	1059	1351	2212
80-84	376	710	360	759	736	1469
85-89	103	204	97	171	200	375
nad 90 r.	38	141	60	145	98	286
spolu	3555	5742	3054	4946	6609	10 688
celkom	9 297		8 000		17 297	

Štatistický úrad, Prešov

K uvedenému dátumu žilo v okrese Prešov 17 297 obyvateľov starších ako 65 rokov, asi o 6 % viac v meste ako na vidieku (v okrese sú dve mestá: Prešov a Veľký Šariš). Žien je podobne ako v iných štátoch v tomto vekovom období o 11 % viac ako mužov, bez výrazného rozdielu medzi mestskou a vidieckou populáciou.

Jedenásť percentný podiel geriatrickej populácie z celkovej populácie zaraďuje Prešovský okres medzi „mladé“ okresy Slovenska (v celej SR je to do 14 %) .Pravdepodobne spôsobuje to rýchly reprodukčný nárast rómskeho etnika, ktoré sa koncentruje najmä na východe našej republiky.

Bez rómskeho etnika je počet starších ľudí približne rovnaký ako na ostatnom území Slovenska (99). Na ilustráciu. Podľa dostupných štatistických údajov sa v r. 1995 narodilo v okrese 612 rómskych detí. O 10 rokov neskôr, teda v roku 2005, stúpol počet narodených rómskych detí na 2 248 (97).

6.1. Test bežných denných činností, Barthelovej test

Activities of Daily Living (ADL)

Barthelovej test je jeden z testov, ktoré vyjadrujú funkčnú spôsobilosť vyšetrovaného v oblasti zvládania bežných denných činností. Tento test bol vybraný pre stále si udržiavajúci charakter „zlatého štandardu“ medzi ostatnými funkčnými testami (50, 63).

Samotný Barthelovej test je veľmi jednoduchý. Aj keď je všeobecne známy pre úplnosť je uvedený v terajšej používanej forme. Prešiel viacerými zjednodušujúcimi úpravami a spôsobmi hodnotenia. V súčasnosti je skrátene označovaný ako Katz ADL. Kane ho dokonca označil ako dorozumievací jazyk geriatrickej (47).

Tab. 2.

Barthelovej test

Činnosť	Počet bodov
Jedenie	10 – sám, 5 – s pomocou (natieranie chleba, krájanie a pod.), 0 – nedokáže
Obliekanie	10 – sám (vrátane šnúrok na topánkach), 5 – s pomocou (asi polovicu činností zvládne sám), 0 – nedokáže
Kúpanie	10 – sám, 5 – s pomocou, 0 – nedokáže
Osobná hygiena	10 – sám, 5 – potrebuje pomoc pri umývaní, holení, česaní, 0 - nedokáže
Chôdza po schodoch	0 – nedokáže sám, 5 – potrebuje slovnú, alebo fyzickú pomoc, 10 – nezávislý
Používanie toalety	0 – nesebestačný, 5 – potrebuje určitú pomoc pri vstávaní, utieraní a pod. 10 – sebestačný
Presun z postele na stoličku	15 – sám, 10 – s malou pomocou, 5 – s pomocou vydrží sedieť, 0 – nedokáže
Chôdza	0 – imobilný, 5 – samostatne pohyblivý iba na kolieskovom kresle, 10 – 50 m chôdza so slovnou, alebo fyzickou pomocou, 15 – prejde nad 50 m

- Udrží moč 10 – áno (počas 7 dní), 5 – občas nie (maximálne 1x denne), 0 – pomôči sa viac ako 1x denne, alebo má permanentný katéter
- Kontrola stolice 10 – udrží stolicu, ak treba môže používať čapíky sám, 5 – občas inkontinentný, alebo potrebuje pomoc pri zavádzaní čapíkov, 0 – trvale inkontinentný

Hodnotenie: 0 - 40 bodov, ťažký stupeň závislosti
 41 - 60 bodov, stredný stupeň závislosti
 61 - 80 bodov, ľahký stupeň závislosti
 nad 80 bodov, sebestačnosť

Schopnosť vykonávať bežné denné činnosti je hodnotená rozpätím 100 až 81 bodov, za ľahkú závislosť je považovaná bodová hodnota 80-61, za závislosť stredného stupňa 60-41 bodov a za vysokú závislosť, ktorá vyžaduje 24 hod. pomoc v bazálnych denných činnostiach je rozsah 40 bodov a menej (63).

Tab. 3.

Sumárny výsledok Barthelovej testu

Barthelovej test (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	347	306	178	132	44	21		1028
% počtu	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
nad 80b.	330	280	151	88	23	7	85,5%	879
80-61b.	12	12	17	19	11	4	7,3%	75
60-41b.	2	5	4	17	2	2	3,1%	32
40-0b.	3	9	6	8	8	8	4,1%	42
% nad 80b.	95%	92%	85%	67%	52%	33%		
% 80-61b.	3%	4%	10%	14%	25%	19%		
% 60-41b.	1%	2%	2%	13%	5%	10%		
% 40-0 b.	1%	3%	3%	6%	18%	38%		

Na tabuľke je sumárny výsledok, ktorý ako už bolo uvedené bol získaný po vyšetrení 1028 probantov starších ako 65 rokov. Tabuľky sú rozdelené podľa 5 ročných vekových pásiem do 6. skupin, podľa počtu získaných bodov s absolútnym aj percentuálnym vyjadrením. Iniciálky sú prvé písmená priezvisk lekárov, v zdravotných obvodoch ktorých sa prieskum robil.

Podľa Kalvacha jedným z markerov seniorskej krehkosti môže byť i dlhodobo zlý funkčný stav, oscilujúci na hranici sebestačnosti (46). Za taký stav pri Barthelovej teste hypoteticky možno považovať bodové rozpätie 80 – 61, najmä vo vysokom veku. Samozrejme iba dosiahnutím nižšieho počtu bodov v teste nie je obsiahnutá celá problematika „krehkosti“, ktorú treba hodnotiť individuálne a v celej šírke jej zložitosti (24, 53, 121). Možno sa však

domnievať, že v tejto skupine probantov, ktorí vykazujú ľahkú funkčnú nespôsobilosť pri vykonávaní denných činností, bude vysoké percento osôb, ktoré patria do skupiny krehkých a o ktorých by sa mali zaujímať intenzívne lekári-geriatri, lebo to je skupina klientov, ktorí aj pri slabšej záťaži sa zdravotne dekompenzujú.

Tab. 4.

Barthelovej test, ženy

Barthelovej test -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	218	212	114	94	32	14		684
<i>% počtu</i>	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
<i>nad 80b.</i>	209	195	93	57	16	4	83,9%	574
<i>61-79b.</i>	8	10	14	14	8	4	8,5%	58
<i>41-60b.</i>	1	3	3	16	1		3,5%	24
<i>0-40b.</i>		4	4	7	7	6	4,1%	28
<i>% nad 80b.</i>	96%	92%	82%	61%	50%	29%		
<i>% 61-79b.</i>	4%	5%	12%	15%	25%	29%		
<i>% 41-60b.</i>	0%	1%	3%	17%	3%			
<i>% 40-0 b.</i>		2%	4%	7%	22%	43%		

Táto tabuľka prezentuje výsledky ženskej populácie nášho súboru. Tak ako je to pravdepodobne na celom svete aj v našom regióne je v geriatrickej populácii viac žien ako mužov.

Na nasledujúcej tabuľke sú výsledky mužskej časti súboru.

Tab. 5.

Barthelovej test, muži

Barthelovej test -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	129	94	64	38	12	7		344
<i>% počtu</i>	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
<i>nad 80b.</i>	121	85	58	31	7	3	88,7%	305
<i>61-79b.</i>	4	2	3	5	3		4,9%	17
<i>41-60b.</i>	1	2	1	1	1	2	2,3%	8
<i>0-40b.</i>	3	5	2	1	1	2	4,1%	14
<i>% nad 80b.</i>	94%	90%	91%	82%	58%	43%		
<i>% 61-79b.</i>	3%	2%	5%	13%	25%			
<i>% 41-60b.</i>	1%	2%	2%	3%	8%	29%		
<i>% 40-0 b.</i>	2%	5%	3%	3%	8%	29%		

V mužskej časti je počet probantov potrebujuúcich pomoc pri bežných denných činnostiach (v testoch to znamená získanie 60 bodov a menej) nižší ako v ženskej populácii.

Je to v súlade s literárnymi údajmi, ktoré uvádzajú, že v testoch orientovaných skôr na fyzickú spôsobilosť ako je aj Barthelovej test, je na tom lepšie v seniorskom veku mužská populácia (80, 89).

Tab. 6.

Barthelovej test, vidiecka populácia

Barthelovej test (ženy+muži), dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	203	175	94	72	29	13		586
% počtu	81%	70%	38%	29%	12%	5%		
nad 80b.	195	166	81	52	16	4	87,7%	514
80-61b.	5	4	8	9	7	2	6,0%	35
60-41b.	1	2	2	7	2	1	2,6%	15
40-0b.	2	3	3	4	4	6	3,8%	22
% nad 80b.	96%	95%	86%	72%	55%	31%		
% 61-79b.	2%	2%	9%	13%	24%	15%		
% 41-60b.	0%	1%	2%	10%	7%	8%		
% 40-0 b.	1%	2%	3%	6%	14%	46%		

Na vidieku v sledovaných zdravotných obvodoch žilo celkom 586 obyvateľov 65 ročných a starších. Ich výsledky sa takmer zhodujú s výsledkami celej populácie (tab. 4).

Tab. 7.

Barthelovej test, mestská populácia

Barthelovej test (ženy+muži), dr. K.+ L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	144	131	84	60	15	8		442
% počtu	58%	53%	34%	24%	6%	3%		
nad 80b.	135	114	70	36	7	3	82,6%	365
80-61b.	7	8	9	10	4	2	9,0%	40
60-41b.	1	3	2	10		1	3,8%	17
40-0b.	1	6	3	4	4	2	4,5%	20
% nad 80b.	94%	87%	83%	60%	47%	38%		
% 80-61b.	5%	6%	11%	17%	27%	25%		
% 60-41b.	1%	2%	2%	17%		13%		
% 40-0b.	1%	5%	4%	7%	27%	25%		

V literatúre sa nenachádza údaj, ktorý by porovnával výsledky Barthelovej testu medzi vidieckou a mestskou populáciou len vo veku nad 65 rokov, preto nemôžeme ani porovnávať naše výsledky iba konštatovať, že v Prešovskom regióne mestská populácia v bežných denných činnostiach potrebuje väčšmi pomoc ako vidiecka populácia. Počas testovania mnohí probanti z vidieckej populácie sa odvolávali na povinnosti v domácnosti (hospodárstvo, záhrada,

príprava na vykurovaciu sezónu a pod.). Zdá sa, že tieto povinné „koničky“ udržiavajú jedincov v lepšom fyzickom stave, ktorý sa odrazil v dosiahnutých výsledkoch Barthelovej testu.

Tab. 8.

Barthelovej test, vidiek, ženská populácia

Barthelovej test -ženy -Dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	129	116	60	52	23	8		388
% počtu	33%	30%	15%	13%	6%	2%		
nad 80b.	124	110	50	35	12	2	85,8%	333
61-79b.	4	4	6	7	6	2	7,5%	29
41-60b.	1	1	2	6	1		2,8%	11
0-40b.		1	2	4	4	4	3,9%	15
% nad 80b.	96%	95%	83%	67%	52%	25%		
% 61-79b.	3%	3%	10%	13%	26%	25%		
% 41-60b.	1%	1%	3%	12%	4%			
% 0-40b.		1%	3%	8%	17%	50%		

Tab. 9.

Barthelovej test, mesto, ženská populácia

Barthelovej test -ženy -Dr. K.+L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	89	96	54	42	9	6		296
% počtu	30%	32%	18%	14%	3%	2%		
nad 80b.	85	85	43	22	4	2	81,4%	241
61-79b.	4	6	8	7	2	2	9,8%	29
41-60b.		2	1	10			4,4%	13
0-40b.		3	2	3	3	2	4,4%	13
% nad 80b.	96%	89%	80%	52%	44%	33%		
% 61-79b.	4%	6%	15%	17%	22%	33%		
% 41-60b.		2%	2%	24%				
% 0-40b.		3%	4%	7%	33%	33%		

Predchádzajúce dve tabuľky porovnávajú výsledky hodnotenia bežných denných činností Barthelovej testom medzi ženskou populáciou na vidieku a v meste. Horšie parametre v mestskej populácii žien potvrdzujú názor, že väčšia fyzická záťaž u vidieckej populácie žien pozitívne vplýva na schopnosti vykonávať bežné denné činnosti.

Pri spracovaní tohto testu bolo veľmi podstatné zistiť skutočnú schopnosť, či neschopnosť každého probanta. Hlavne spočiatku výskumu mali probanti, ale aj ich rodinní príslušníci snahu deklarovať v tomto teste horšie výsledky ako bola skutočnosť, domnievajú sa pritom,

že zo sociálnej poisťovne dostanú finančný príspevok. Táto poznámka je uvedená pre budúcich záujemcov o vyšetrenie Barthelovej testom

Tab. 10.

Barthelovej test, vidiek, mužská populácia

Barthelovej test -muži -Dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	74	59	34	20	6	5		198
<i>% počtu</i>	37%	30%	17%	10%	3%	3%		
<i>nad 80b.</i>	71	56	31	17	4	2	91,4%	181
<i>61-79b.</i>	1		2	2	1		3,0%	6
<i>41-60b.</i>		1		1	1	1	2,0%	4
<i>0-40b.</i>	2	2	1			2	3,5%	7
<i>% nad 80b.</i>	96%	95%	91%	85%	67%	40%		
<i>% 61-79b.</i>	1%		6%	10%	17%			
<i>% 41-60b.</i>		2%		5%	17%	20%		
<i>% 0-40b.</i>	3%	3%	3%			40%		

Tab. 11.

Barthelovej test, mesto, mužská populácia

Barthelovej test -muži -Dr. K.+L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	55	35	30	18	6	2		146
<i>% počtu</i>	38%	24%	21%	12%	4%	1%		
<i>nad 80b.</i>	50	29	27	14	3	1	84,9%	124
<i>61-79b.</i>	3	2	1	3	2		7,5%	11
<i>41-60b.</i>	1	1	1			1	2,7%	4
<i>0-40b.</i>	1	3	1	1	1		4,8%	7
<i>% nad 80b.</i>	91%	83%	90%	78%	50%	50%		
<i>% 61-79b.</i>	5%	6%	3%	17%	33%			
<i>% 41-60b.</i>	2%	3%	3%			50%		
<i>% 0-40b.</i>	2%	9%	3%	6%	17%			

Podobne ako boli prezentované výsledky ženskej populácie na vidieku a v meste, na tabuľkách č. 10 a 11 sú uvedené výsledky Barthelovej testu u mužskej populácie v meste a na vidieku. Podľa počtu probantov ide o porovnateľné súbory u oboch skupín.

Schopnosť vykonávať bežné denné činnosti u mužov na vidieku je lepšia v porovnaní s mestom, čo môže takisto súvisieť so zvýšenou fyzickou aktivitou mužskej populácie na vidieku.

Na ďalšej tabuľke je uvedená aplikácia výsledkov, ktoré boli dosiahnuté Barthelovej testom v uvedenom súbore na počet seniorskej populácie v celom Prešovskom okrese, ako je uvedený na tab.1.

Tab. 12.

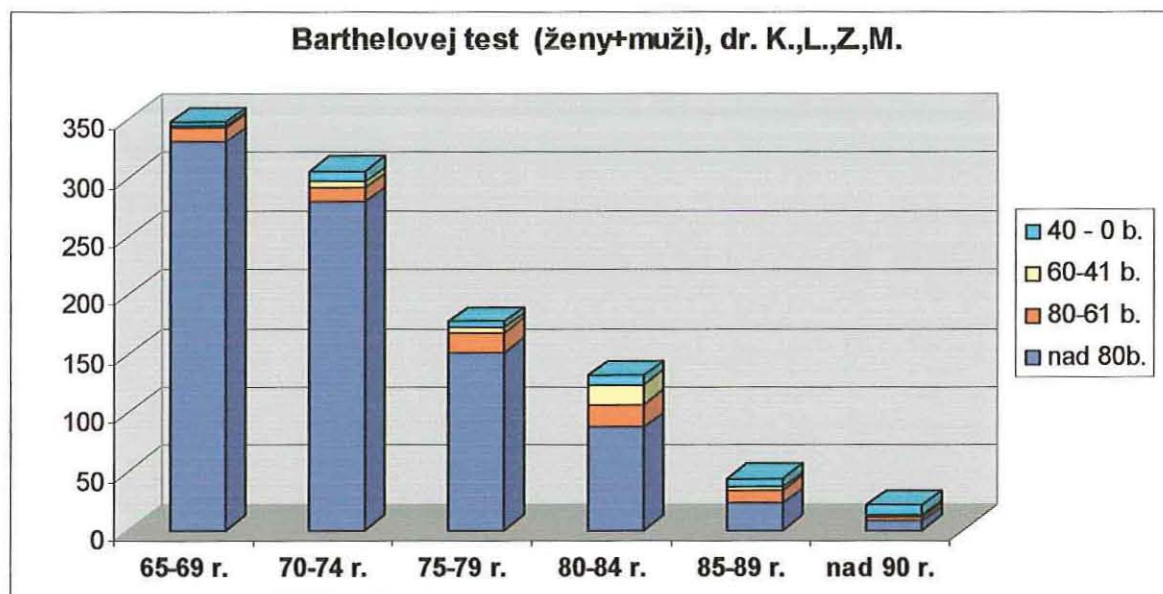
Aplikácia výsledkov Barthelovej testu na celý okres

Barthelovej (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet p.	5 524	5 046	3 563	2 205	575	384		17 297
% počtu	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
nad 80b.	5 253	4 617	3 023	1 470	301	128	85,5%	14 792
80-61 b.	191	198	340	317	144	73	7,3%	1 263
60-41 b.	32	82	80	284	26	37	3,1%	541
40 - 0 b.	48	148	120	134	105	146	4,1%	701
% nad 80 b.	95%	92%	85%	67%	52%	33%		
% 80-61 b.	3%	4%	10%	14%	25%	19%		
% 60-41 b.	1%	2%	2%	13%	5%	10%		
% 40 - 0 b.	1%	3%	3%	6%	18%	38%		

Doplnené grafické znázornenie iným spôsobom ako tabuľky vizuálne názorne ukazuje, že počet probantov vekom samozrejme klesá, zato stúpa počet probantov v bodových pásmach 0-40 b., 41-60 b., 61-80 b..

Graf 1.

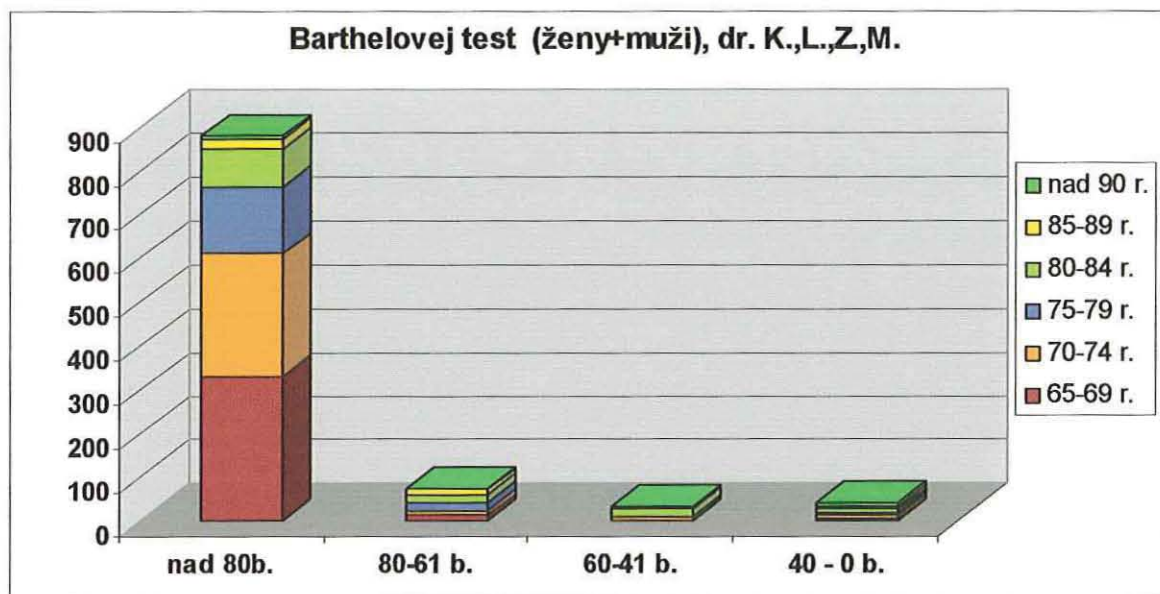
Grafické znázornenie sumárnych výsledkov Barthelovej testu



Na dolnom grafe je možno zase si vizuálne lepšie predstaviť vekové zloženie v „insuficientných“ bodových pásmach Barthelovej testu

Graf 2.

Grafické znázornenie sumárnych výsledkov Barthelovej testu



6.2. Standardized Mini Mental Status Exam (SMMSE)

Folsteinov test

Kognitívne (poznávacie) funkcie determinujú spôsobilosť existencie človeka. Zabezpečujú výber a spracovanie informácií a tým umožňujú jedincovi žiť v danom prostredí . Patrí medzi ne: príjem, triedenie a integrácia informácií, pamäť, učenie, myslenie, expresívne funkcie (26, 62).

Tieto funkcie po dosiahnutí vrcholu, najčastejšie v treťom decéniu života postupne s pribúdajúcim vekom klesajú (5, 11). Tento pokles je u každého individuálny, u niektorých jedincov dokonca rokmi získané skúsenosti dokážu „zamaskovať“ pokles kognitívnych funkcií vo vyššom veku. Pri rôznych chorobných stavoch tento pokles môže byť urýchlený alebo aj náhly (120). Pri poklese pod určitú úroveň jedinec potrebuje čiastočnú alebo kompletnú pomoc pre svoju existenciu.

V geriatrickej literatúre sa uvádza viacero testov na vyšetrenie kognitívnych funkcií (46). Zlatým štandardom zostáva Folsteinov test – Standardized Mini Mental Status Exam (ďalej SMMSE) (48).

Je zrejmä, že insuficientné kognitívne funkcie zvyšujú nárok na počet opatrovateľov, na finančné dotácie a na počet postelí v ústavoch sociálnych služieb ako aj v nemocniciach.

Folsteinov test (SMMSE)

SMMSE má 5 častí. V časti, pre vyšetrenie **orientácie** je 10 otázok, boduje sa len správna odpoveď (iba v určení dátumu, mesiaca a ročného obdobia sa môže vyšetovaný pomýliť o 1 deň), **krátkodobá pamäť** sa vyšetruje opakovaním 3 zadaných slov pričom vyšetrujúci má vysloviť slová rýchlosťou 1 slovo/1 sekunda, pri ťažkostiach možno slová zopakovať 5x (pacient má na každý pokus 20 sekúnd) **pozornosť a počítanie** zase odpočítavaním 7 od 100, za každé správne odpočítanie získava pacient bod (maximálne 5 odpočítaní), úlohu možno opakovať 3x ak sa vyšetovaný zastaví. Na odpoveď má pacient 1 minútu, po 5 odpočítaniach sa zastaví. **Pamäť** sa preveruje opakovaním slov, ktoré sme použili v úlohe pre vyšetrenie krátkodobej pamäti, na rozpomenutie je určených 10 sekúnd, za každú správnu odpoveď sa prisúdi 1 bod. Vyššie **kognitívne funkcie** sa overujú poznaním a pomenovaním vecí (hodinky, ceruzka) a opakovaním vety „ žiadne keď, a alebo ale“. Časový limit je 30 sekúnd. Nasleduje písaná inštrukcia: zatvorte si oči a potom povel: vezmite papier, prehnite ho na polovicu a hodte ho na zem, napísaním ľubovoľnej vety, ktorá má zmysel (chyby sa neberú do úvahy) a test sa končí obkreslením dvoch päťuholníkov. Prienik týchto 2 päťuholníkov musí byť štvoruholník, akceptuje sa pootočenie a krivé čiary. Počet pokusov je neobmedzený, časový limit 1 minúta (26).

Pri správnych odpovediach a vyriešení zadaných úloh probant získa celkom 30 bodov. Viacerí autori sa rozchádzajú pri stanovovaní hraníc miernej, strednej a ťažkej kognitívnej poruchy. Hegyi L a Krajčík Št. v učebnici „ Geriatria pre praktického lekára“ rozpätie 27-24 bodov uvádzajú ako ľahkú kognitívnu poruchu, 23-15 bodov ako stredne ťažkú a pod 14 bodov ako ťažkú kognitívnu poruchu (38). Kalvach Z. a kol v učebnici „Geriatrie a gerontologie“ za ľahkú kognitívnu poruchu považujú pásmo 23-21 bodov (nad je norma), za stredne ťažkú dosiahnutie 20-11 bodov a pod 10 bodov za ťažkú kognitívnu poruchu (46).

Na zvládnutie potrieb bežného denného života za „kognitívne suficientných“ v tejto práci boli považovaní jedinci, ktorí získali 21 a viac bodov. Za stredne ťažkú kognitívnu poruchu sme považovali rozpätie 11 – 20 bodov, za ťažkú kognitívnu poruchu 0 – 10 bodov.

Probanti z poslednej skupiny sú adepti na celodennú starostlivosť alebo pobyt v rôznych zdravotno-sociálnych inštitúciach, zvlášť keď rodinní príslušníci nechcú alebo nemôžu sa o postihnutého starať.

Tabuľky v celej práci sú rovnako štrukturalizované, ako boli tabuľky pri Barthelovej teste. Uvedené sú jednotlivé vekové pásma, absolútne čísla i percentá. V dolnej časti tabuľky sú uvedené percentá z počtu probantov v jednotlivých vekových pásmach. Iniciálky sú mená lekárov, na zdravotníckych obvodoch ktorých sa vyšetrenia robili.

Tab. 13.

Sumárny výsledok Folsteinovho testu

Folsteinov test (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	347	306	178	132	44	21		1028
<i>% počtu</i>	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
<i>nad 23b.</i>	308	258	141	100	20	3	80,7%	830
<i>23-21b.</i>	27	30	21	14	8	6	10,3%	106
<i>20-11b.</i>	9	12	9	11	8	7	5,4%	56
<i>10-0b.</i>	3	6	7	7	8	5	3,5%	36
<i>% nad 23b.</i>	89%	84%	79%	76%	45%	14%		
<i>% 23-21b.</i>	8%	10%	12%	11%	18%	29%		
<i>% 20-11b.</i>	3%	4%	5%	8%	18%	33%		
<i>% 0-10b.</i>	1%	2%	4%	5%	18%	24%		

Pre mnohých našich probantov bolo problémom odčítať 7 od 100, celkom 5x (93, 86, 79, 72, 65), preto aj hodnoty, ktoré uvádza vo svojej učebnici Kalvach 23-21 b. ako ľahkú kognitívnu poruchu, boli považované za naozaj ľahké, napriek prísnejším hodnoteniam iných autorov (Hegyi a Krajčík) (38).

Tab. 14.

Folsteinov test, ženy

Folsteinov test -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	218	212	114	94	32	14		684
<i>% počtu</i>	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
<i>nad 23b.</i>	193	185	94	75	16	2	82,6%	565
<i>23-21b.</i>	18	17	11	9	6	5	9,6%	66
<i>20-11b.</i>	5	7	4	6	5	4	4,5%	31
<i>10-0b.</i>	2	3	5	4	5	3	3,2%	22
<i>% nad 23b.</i>	89%	87%	82%	80%	50%	14%		
<i>% 23-21b.</i>	8%	8%	10%	10%	19%	36%		
<i>% 20-11b.</i>	2%	3%	4%	6%	16%	29%		
<i>% 0-10b.</i>	1%	1%	4%	4%	16%	21%		

Tab. 15.

Folsteinov test, muži

Folsteinov test -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	129	94	64	38	12	7		344
<i>% počtu</i>	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
<i>nad 23b.</i>	115	73	47	25	4	1	77,0%	265
<i>23-21b.</i>	9	13	10	5	2	1	11,6%	40
<i>20-11b.</i>	4	5	5	5	3	3	7,3%	25
<i>10-0b.</i>	1	3	2	3	3	2	4,1%	14
<i>% nad 23b.</i>	89%	78%	73%	66%	33%	14%		
<i>% 23-21b.</i>	7%	14%	16%	13%	17%	14%		
<i>% 20-11b.</i>	3%	5%	8%	13%	25%	43%		
<i>% 0-10b.</i>	1%	3%	3%	8%	25%	29%		

Existujú aj iné testy na odhaľovanie kognitívnych porúch. Test kreslenia hodín, test „Clinical Dementia Rating“ (CDR), Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS-cog) a Symptom Kurz test (SKT) (11, 44). Pre vybraný súbor sa javil ale ako najvýhodnejší SMMSE.

Tab. 16.

Folsteinov test, mestská populácia

Folsteinov test (ženy+muži), dr. K.+ L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	144	131	84	60	15	8		442
<i>% počtu</i>	58%	53%	34%	24%	6%	3%		
<i>nad 23b.</i>	127	108	68	46	6		80,3%	355
<i>23-21b.</i>	11	14	8	6	2	4	10,2%	45
<i>20-11b.</i>	5	6	5	4	3	3	5,9%	26
<i>10-0b.</i>	1	3	3	4	4	1	3,6%	16
<i>% nad 23b.</i>	88%	82%	81%	77%	40%			
<i>% 23-21b.</i>	8%	11%	10%	10%	13%	50%		
<i>% 20-11b.</i>	3%	5%	6%	7%	20%	38%		
<i>% 0-10b.</i>	1%	2%	4%	7%	27%	13%		

Na vidieku bol počet probantov vyšší, ale rozloženie v jednotlivých vekových pásmach bolo približne rovnaké, čo uľahčilo štatistické vyhodnotenie. Väčší počet probantov na vidieku môže vyplývať z toho, že v súčasnosti vidiecke zdravotné obvody majú väčší počet poistencov ako zdravotné obvody v mestách.

Tab. 17.

Folsteinov test, vidiecka populácia

Folsteinov test (ženy+muži), dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	203	175	94	72	29	13		586
<i>% počtu</i>	81%	70%	38%	29%	12%	5%		
<i>nad 23b.</i>	181	150	73	54	14	3	81,1%	475
<i>23-21b.</i>	16	16	13	8	6	2	10,4%	61
<i>20-11b.</i>	4	6	4	7	5	4	5,1%	30
<i>10-0b.</i>	2	3	4	3	4	4	3,4%	20
<i>% nad 23b.</i>	89%	86%	78%	75%	48%	23%		
<i>% 23-21b.</i>	8%	9%	14%	11%	21%	15%		
<i>% 20-11b.</i>	2%	3%	4%	10%	17%	31%		
<i>% 0-10b.</i>	1%	2%	4%	4%	14%	31%		

Tab. 18.

Folsteinov test, mesto, ženská populácia

Folsteinov -ženy -Dr. K.+L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	89	96	54	42	9	6		296
<i>% počtu</i>	30%	32%	18%	14%	3%	2%		
<i>nad 23b.</i>	77	81		34	4		66,2%	196
<i>23-21b.</i>	8	9	46	4	1	3	24,0%	71
<i>20-11b.</i>	3	4	5	2	2	2	6,1%	18
<i>10-0b.</i>	1	2	3	2	2	1	3,7%	11
<i>% nad 23b.</i>	87%	84%		81%	44%			
<i>% 23-21b.</i>	9%	9%	85%	10%	11%	50%		
<i>% 20-11b.</i>	3%	4%	9%	5%	22%	33%		
<i>% 10-0b.</i>	1%	2%	6%	5%	22%	17%		

Tab. 19.

Folsteinov test, vidiek, ženská populácia

Folsteinov -ženy -Dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	129	116	60	52	23	8		388
<i>% počtu</i>	33%	30%	15%	13%	6%	2%		
<i>nad 23b.</i>	116	104		41	12	2	70,9%	275
<i>23-21b.</i>	10	8	51	5	5	2	20,9%	81
<i>20-11b.</i>	2	3	5	4	3	2	4,9%	19
<i>10-0b.</i>	1	1	4	2	3	2	3,4%	13
<i>% nad 23b.</i>	90%	90%		79%	52%	25%		
<i>% 23-21b.</i>	8%	7%	85%	10%	22%	25%		
<i>% 20-11b.</i>	2%	3%	8%	8%	13%	25%		
<i>% 10-0b.</i>	1%	1%	7%	4%	13%	25%		

Tab. 20.

Folsteinov test, vidiek, mužská populácia

Folsteinov -muži -Dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	74	59	34	20	6	5		198
<i>% počtu</i>	97%	78%	45%	26%	8%	7%		
<i>nad 23b.</i>	65	46	26	13	2	1	77,3%	153
<i>23-21b.</i>	6	8	5	3	1		11,6%	23
<i>20-11b.</i>	2	3	2	3	2	2	7,1%	14
<i>10-0b.</i>	1	2	1	1	1	2	4,0%	8
<i>% nad 23b.</i>	88%	78%	76%	65%	33%	20%		
<i>% 23-21b.</i>	8%	14%	15%	15%	17%			
<i>% 20-11b.</i>	3%	5%	6%	15%	33%	40%		
<i>% 10-0b.</i>	1%	3%	3%	5%	17%	40%		

Tab. 21.

Folsteinov test, mesto, mužská populácia

Folsteinov -muži -Dr. K.+L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	55	35	30	18	6	2		146
<i>% počtu</i>	75%	48%	41%	25%	8%	3%		
<i>nad 23b.</i>	50	27	21	12	2		76,7%	112
<i>23-21b.</i>	3	5	5	2	1	1	11,6%	17
<i>20-11b.</i>	2	2	3	2	1	1	7,5%	11
<i>10-0b.</i>		1	1	2	2		4,1%	6
<i>% nad 23b.</i>	91%	77%	70%	67%	33%			
<i>% 23-21b.</i>	5%	14%	17%	11%	17%	50%		
<i>% 20-11b.</i>	4%	6%	10%	11%	17%	50%		
<i>% 10-0b.</i>		3%	3%	11%	33%			

Na tabuľke č.22 sú prezentované výsledky aplikované na celú seniorsku populáciu okresu.

Tab. 22.

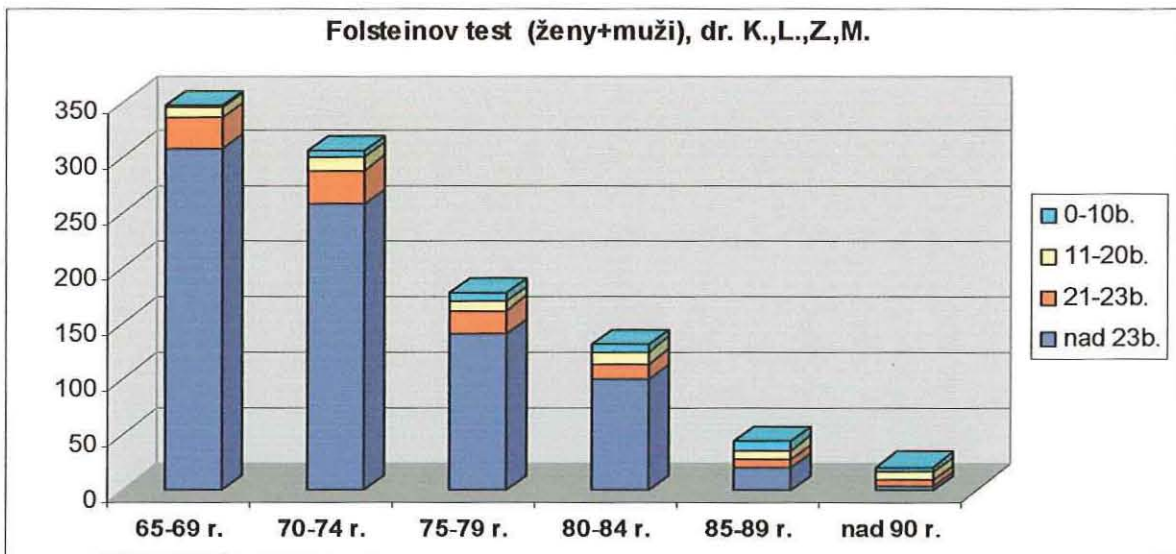
Folsteinov test, aplikácia na celý okres

Folsteinov (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet p.</i>	5524	5046	3563	2205	575	384		17 297
<i>% počtu</i>	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
<i>nad 23b.</i>	4 903	4 254	2 822	1 670	261	55	80,7%	13 967
<i>21-23b.</i>	430	495	420	234	105	110	10,4%	1 793
<i>11-20b.</i>	143	198	180	184	105	128	5,4%	938
<i>0-10b.</i>	48	99	140	117	105	91	3,5%	600
<i>% nad 23</i>	89%	84%	79%	76%	45%	14%		
<i>% 21-23b.</i>	8%	10%	12%	11%	18%	29%		
<i>% 11-20b.</i>	3%	4%	5%	8%	18%	33%		
<i>% 0-10</i>	1%	2%	4%	5%	18%	24%		

Podobne ako pri Barthelovej teste sú záverečné čísla Folsteinovho testu veľmi zaujímavé.

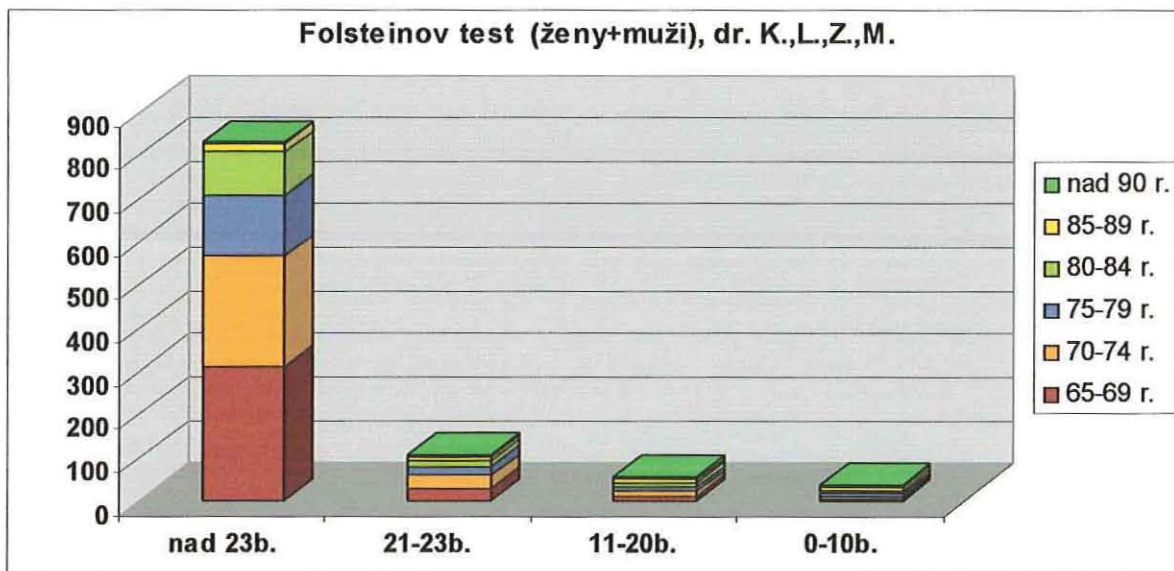
Graf 3.

Grafické znázornenie sumárnych výsledkov Folsteinovho testu



Graf 4.

Grafické znázornenie sumárnych výsledkov Folsteinovho testu



Rovnako ako pri Bartelovom teste grafmi možno získať iný pohľad na sumárne výsledky Folsteinovho teste v skúmanom súbore. Horný graf farebne znázorňuje jednotlivé vekové pásma a dosiahnutý počet bodov, dolný graf zase bodové pásma s vekovým zastúpením v nich.

6.3. Geriatrická škála depresie podľa Yesavage

Geriatrics Depression Scale (GDS)

Pri hodnotení emotívnych nálad sa v geriatrici môže použiť viacero testov. Do tejto štúdie bola vybratá skrátená verzia testu podľa Yesavage, ktorá sa používa pomerne často a navyše tento test je veľmi jednoduchý a veľmi ľahko hodnotiteľný, ani pre probantov nie taký náročný ako Folsteinov test (88). Na ďalšej tabuľke je uvedená použitá verzia Yesavage testu.

Tab. 23.

Geriatrická škála depresie podľa Yesavage

Otázka	Odpoveď
Ste v podstate spokojný(á) so svojim životom?	áno – nie
Opustili ste veľa svojich aktivít a záujmov ?	áno – nie
Máte pocit, že Váš život je prázdny ?	áno – nie
Pocíťujete často nudu, prázdnotu ?	áno – nie
Máte väčšinou dobrú náladu ?	áno – nie
Bojíte sa, že sa Vám stane niečo zlého ?	áno – nie
Ste väčšinou šťastný(á) ?	áno – nie
Cítite sa často bezmocný(á) ?	áno – nie
Zostávate radšej doma, ako by ste išli von a niečo podnikol -podnikla ?	áno – nie
Máte pocit, že máte viac problémov s pamäťou ako ostatní ?	áno – nie
Myslíte, že je pekné žiť v tejto dobe ?	áno – nie
Tak ako ste na tom teraz, cítite sa bezcenný(á) ?	áno – nie
Cítite sa plný(á) energie ?	áno - nie
Pocíťujete svoju situáciu ako beznádejnú ?	áno – nie
Myslíte si, že väčšina ľudí je na tom lepšie ako Vy ?	áno – nie

Hodnotenie: každá silne označená odpoveď znamená 1 bod

0 – 7 bodov sa považuje za normu

8 – 12 bodov, mierna depresia

13 – 15 bodov, ťažká depresia

(pôvodné hodnotenie z roku 1999)

U geriatrických pacientov môžeme k určeniu stupňa depresie použiť i ďalšie testy - škály. Tie merajú aktuálny stupeň depresie, nie mieru depresivity ako osobnostného rysu. Používa sa napr. škála MADRS, škála HAM-D, alebo samohodnotiaca Beckova škála (15). K hodnoteniu úzkosti je najčastejšie používaná Hamiltonova škála (11).

Tab. 24.

Sumárny výsledok testu podľa Yesavage (GDS)

Yesavage test GDS (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	347	306	178	132	44	21		1028
% počtu	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
0-7b.	292	244	121	82	22	9	74,9%	770
8-12b.	41	44	35	30	12	5	16,2%	167
13-15b.	14	18	22	20	10	7	8,9%	91
% 0-7b.	84%	80%	68%	62%	50%	43%		
% 8-12b.	12%	14%	20%	23%	27%	24%		
% 13-15b.	4%	6%	12%	15%	23%	33%		

Ako je vidieť tri štvrtiny geriatrickej populácie vychádzajúc z uvedeného testu je bez depresie, približne štvrtina trpí depresiou, z toho viac ako polovica depresiou ťažkého stupňa. V porovnaní so stredne starou populáciou je to viac o 1-5 % (5, 7).

Tab. 25.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS) v ženskej populácii

Yesavage test -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	218	212	114	94	32	14		684
% počtu	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
0-7b.	186	172	76	58	15	6	75,0%	513
8-12b.	25	29	23	22	9	5	16,5%	113
13-15b.	7	11	15	14	8	3	8,5%	58
% 0-7b.	85%	81%	67%	62%	47%	43%		
% 8-12b.	11%	14%	20%	23%	28%	36%		
% 13-15b.	3%	5%	13%	15%	25%	21%		

Probandom bola ponechaná možnosť výberu odpovedať ústne na otázky, alebo vyplňovať písomne dotazník daného testu. Pri ústnych odpovediach v ženskej populácii bolo viac úprimnosti a ústretovosti ako v mužskej populácii, u ktorej určitú úlohu zohralo aj navodenie dôvernej atmosféry.

Tab. 26.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS) v mužskej populácii

Yesavage test -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	129	94	64	38	12	7		344
% počtu	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
0-7b.	106	72	45	24	7	3	74,7%	257
8-12b.	16	15	12	8	3		15,7%	54
13-15b.	7	7	7	6	2	4	9,6%	33
% 0-7b.	82%	77%	70%	63%	58%	43%		
% 8-12b.	12%	16%	19%	21%	25%			
% 13-15b.	5%	7%	11%	16%	17%	57%		

Prekvapením sú porovnateľné výsledky ženskej a mužskej populácie (rozdiely bez štatistickej významnosti). Pri vykonávaní bežnej klinickej práce sa javí, že je viac depresívnych žien ako mužov. Pravdepodobne tá skúsenosť vznikla pod vplyvom väčšieho zastúpenia žien so stúpajúcim vekom ako mužov.

Tab. 27.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS) vo vidieckej populácii

Yesavage GDS (ženy+muži), dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	203	175	94	72	29	13		586
% počtu	35%	30%	16%	12%	5%	2%		
0-7b.	171	140	63	43	14	5	74,4%	436
8-12b.	25	25	19	17	8	4	16,7%	98
13-15b.	7	10	12	12	7	4	8,9%	52
% 0-7b.	84%	80%	67%	60%	48%	38%		
% 8-12b.	12%	14%	20%	24%	28%	31%		
% 13-15b.	3%	6%	13%	17%	24%	31%		

Tab. 28.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS) v mestskej populácii

Yesavage GDS (ženy+muži), dr. K.+ L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	144	131	84	60	15	8		442
% počtu	33%	30%	19%	14%	3%	2%		
0-7b.	121	104	58	39	8	4	75,6%	334
8-12b.	16	19	16	13	4	1	15,6%	69
13-15b.	7	8	10	8	3	3	8,8%	39
% 0-7b.	84%	79%	69%	65%	53%	50%		
% 8-12b.	11%	15%	19%	22%	27%	13%		
% 13-15b.	5%	6%	12%	13%	20%	38%		

Na rozdiel od Barthelovej testu pri vyšetrení depresívnych prejavov seniorov nebola zistená podstatná odchýlka medzi mestskou a vidieckou populáciou.

Tab. 29.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS), vidiek, ženská populácia

Yesavage -ženy -Dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	129	116	60	52	23	8		388
% počtu	33%	30%	15%	13%	6%	2%		
0-7b.	110	94	40	31	11	3	74,5%	289
8-12b.	16	16	12	13	6	4	17,3%	67
13-15b.	3	6	8	8	6	1	8,2%	32
% 0-7b.	85%	81%	67%	60%	48%	38%		
% 8-12b.	12%	14%	20%	25%	26%	50%		
% 13-15b.	2%	5%	13%	15%	26%	13%		

Tab. 30.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS), mesto, ženská populácia

Yesavage -ženy -Dr. K.+L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	89	96	54	42	9	6		296
% počtu	30%	32%	18%	14%	3%	2%		
0-7b.	76	78	36	27	4	3	75,7%	224
8-12b.	9	13	11	9	3	1	15,5%	46
13-15b.	4	5	7	6	2	2	8,8%	26
% 0-7b.	85%	81%	67%	64%	44%	50%		
% 8-12b.	10%	14%	20%	21%	33%	17%		
% 13-15b.	4%	5%	13%	14%	22%	33%		

Tab. 31.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS), vidiek, mužská populácia

Yesavage -muži -Dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	74	59	34	20	6	5		198
% počtu	37%	30%	17%	10%	3%	3%		
0-7b.	61	46	23	12	3	2	74,2%	147
8-12b.	9	9	7	4	2		15,7%	31
13-15b.	4	4	4	4	1	3	10,1%	20
% 0-7b.	82%	78%	68%	60%	50%	40%		
% 8-12b.	12%	15%	21%	20%	33%			
% 13-15b.	5%	7%	12%	20%	17%	60%		

Pravdepodobne dostupnosť médií, informácií a určitá „globalizácia“ nášho života má za následok premiešanie podmienok života a nálad. Stráca sa tým kolorit života v meste a na vidieku ?

Tab. 32.

Výsledok testu podľa Yesavage (GDS), mesto, mužská populácia

Yesavage -muži -Dr. K.+L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	55	35	30	18	6	2		146
% počtu	38%	24%	21%	12%	4%	1%		
0-7b.	45	26	22	12	4	1	75,3%	110
8-12b.	7	6	5	4	1		15,8%	23
13-15b.	3	3	3	2	1	1	8,9%	13
% 0-7b.	82%	74%	73%	67%	67%	50%		
% 8-12b.	13%	17%	17%	22%	17%			
% 13-15b.	5%	9%	10%	11%	17%	50%		

Tab. 33.

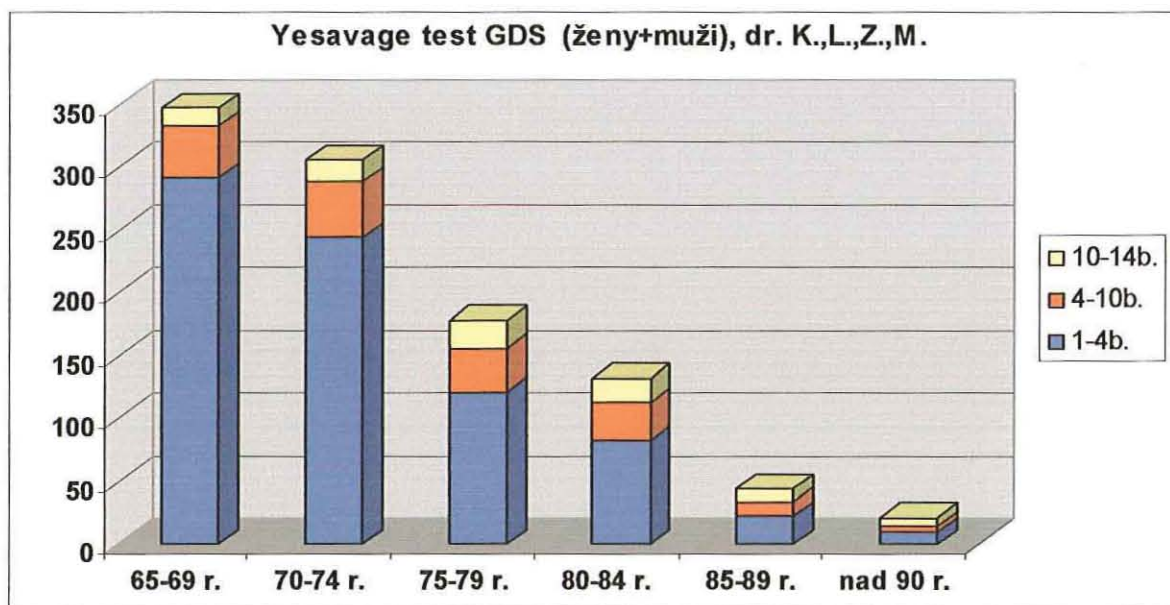
Výsledok testu podľa Yesavage (GDS), aplikácia na celý okres

Yesavage GDS (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	5524	5046	3563	2205	575	384		17 297
% počtu	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
1-4b.	4 648	4 024	2 422	1 370	288	165	74,7%	12 916
4-10b.	653	726	701	501	157	91	16,4%	2 828
10-14b.	223	297	440	334	131	128	9,0%	1 553
% 1-4b.	84%	80%	68%	62%	50%	43%		
% 4-10b.	12%	14%	20%	23%	27%	24%		
% 10-14b.	4%	6%	12%	15%	23%	33%		

Možno teda predpokladať, že 16,4 % obyvateľov v geriatrickom veku v našom okrese trpí stredne ťažkou depresiou a 9 % ťažkou depresiou.

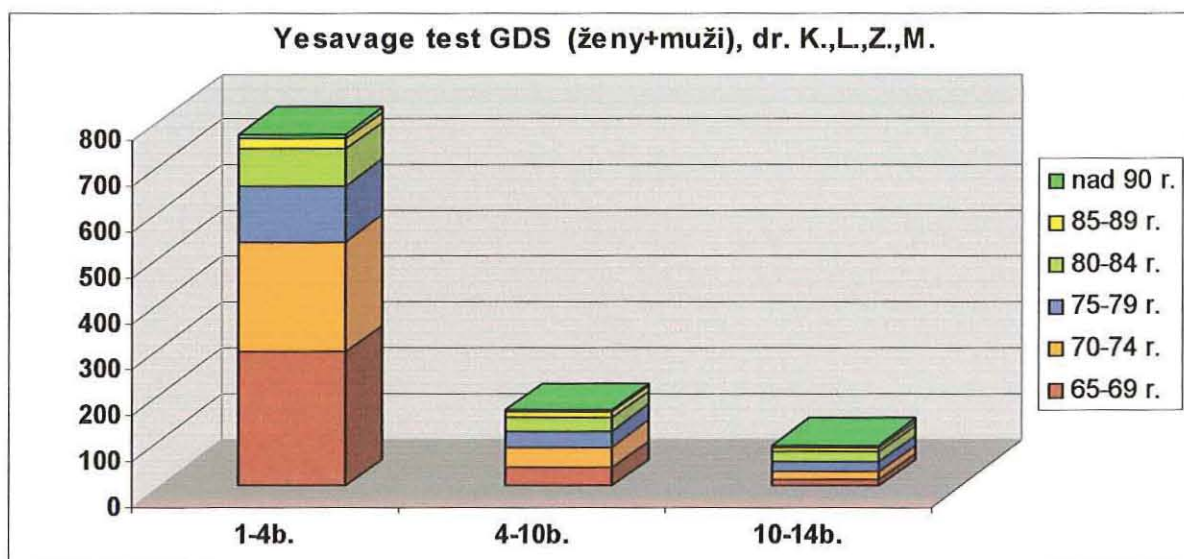
Graf 5.

Grafické znázornenie výsledkov testu podľa Yesavage (GDS)



Graf 6.

Grafické znázornenie výsledkov testu podľa Yesavage (GDS)



Znovu sú znázornené aj grafické hodnotenie výsledkov testu podľa Yesavage, ktorý hodnotí prítomnosť, či neprítomnosť depresie u probantov. Na hornom grafe v jednotlivých vekových pásmach sú farebné rozlíšenia dosiahnutých bodov, na dolnom bodové pásma s vekovým zastúpením v nich.

6.4.

BODY MASS INDEX (BMI)

Index telesnej hmotnosti

Index telesnej hmotnosti, Body mass index (ďalej BMI) bol vybraný ako veľmi jednoduchý, orientačný test na posúdenie stavu výživy testovaného súboru. BMI je podiel telesnej hmotnosti (v kg) ku výške (m²) (59). Jeho nominálna hodnota bola určovaná z tabuliek, ktoré túto hodnotu stanovili po zadaní výšky a váhy probanta.

Tab. 34.

Sumárne výsledky BMI

BMI (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.)								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	347	306	178	132	44	21		1028
% počtu	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
pod 20	30	30	25	25	16	12	13,4%	138
20-25	247	209	119	85	23	8	67,2%	691
nad 25	70	67	34	22	5	1	19,4%	199
% pod 20	14%	14%	22%	27%	50%	86%		
% 20-25	113%	99%	104%	90%	72%	57%		
% nad 25	32%	32%	30%	23%	16%	7%		

Hodnoty pod 20 znamenajú, že jedinec je chudý - kachektický a teda dá sa predpokladať, že jeho výživa je nedostatočná. Opačne hodnoty nad 25 znamenajú, že človek je obézny, príjem potravín má nadbytočný. Oba extrémny majú negatívny dopad na zdravotný stav jedinca

Tab. 35.

Výsledky BMI v ženskej populácii

BMI -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	218	212	114	94	32	14		684
% počtu	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
pod 20	20	23	18	21	12	9	15,1%	103
20-25	153	141	76	57	16	4	65,4%	447
nad 25	45	48	20	16	4	1	19,6%	134
% pod 20	9%	11%	16%	22%	38%	64%		
% 20-25	70%	67%	67%	61%	50%	29%		
% nad 25	21%	23%	18%	17%	13%	7%		

Tab. 36.

Výsledky BMI v mužskej populácii

BMI -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	129	94	64	38	12	7		344
% počtu	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
pod 20	10	7	7	4	4	3	10,2%	35
20-25	94	68	43	28	7	4	70,9%	244
nad 25	25	19	14	6	1		18,9%	65
% pod 20	8%	7%	11%	11%	33%	43%		
% 20-25	73%	72%	67%	74%	58%	57%		
% nad 25	19%	20%	22%	16%	8%			

Z klinických pozorovaní počas praxe sa zdalo, že v ženskej populácii je viac obéznych jedincov ako v mužskej populácii.

Tab. 37.

Výsledky BMI vo vidieckej populácii

BMI (ženy+muži), dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
Počet pr.	203	175	94	72	29	13		586
% počtu	35%	30%	16%	12%	5%	2%		
pod 20	20	17	16	13	9	6	13,8%	81
20-25	146	117	62	45	15	6	66,7%	391
nad 25	37	41	16	14	5	1	19,5%	114
% pod 20	10%	10%	17%	18%	31%	46%		
% 20-25	72%	67%	66%	63%	52%	46%		
% nad 25	18%	23%	17%	19%	17%	8%		

Tab. 38.

Výsledky BMI v mestskej populácii

BMI (ženy+muži), dr. K.+ L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	144	131	84	60	15	8		442
<i>% počtu</i>	33%	30%	19%	14%	3%	2%		
<i>pod 20</i>	10	13	9	12	7	6	12,9%	57
<i>20-25</i>	101	92	57	40	8	2	67,9%	300
<i>nad 25</i>	33	26	18	8			19,2%	85
<i>% pod 20</i>	7%	10%	11%	20%	47%	75%		
<i>% 20-25</i>	70%	70%	68%	67%	53%	25%		
<i>% nad 25</i>	23%	20%	21%	13%				

Rozdiely medzi vidieckou a mestkou populáciou ako vidieť sú minimálne.

Tab. 39.

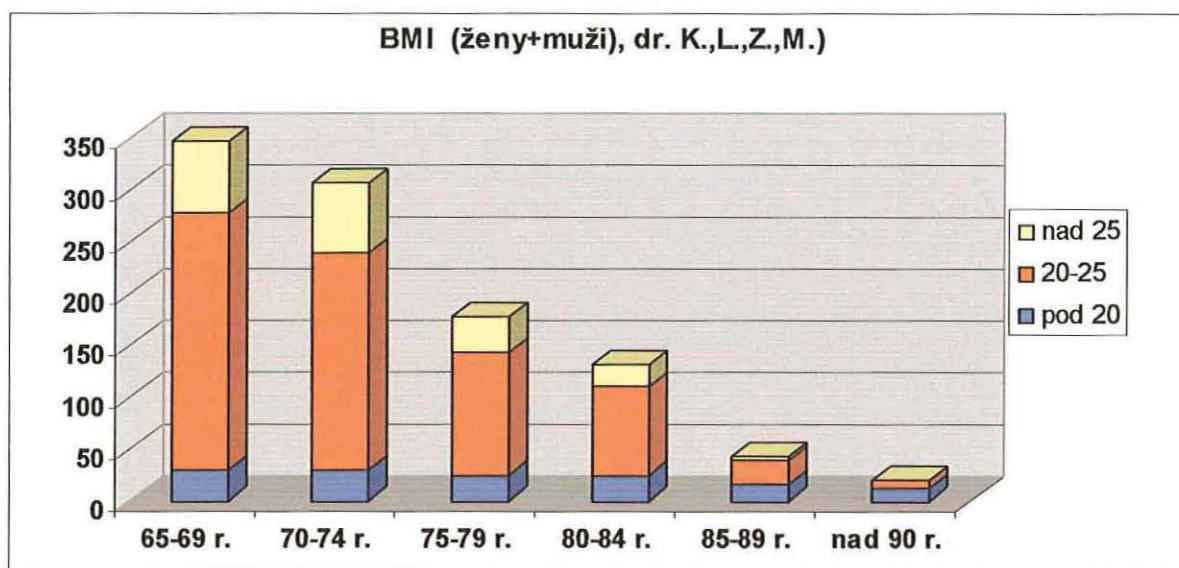
Applikácia výsledkov BMI na geriatrickú populáciu celého okresu

BMI (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.)								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	5524	5046	3563	2205	575	384		17297
<i>% počtu</i>	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
<i>pod 20</i>	478	495	500	418	209	219	13,4%	2 319
<i>20-25</i>	3 932	3 446	2 382	1 420	301	146	67,2%	11 627
<i>nad 25</i>	1 114	1 105	681	368	65	18	19,4%	3 351
<i>% pod 20</i>	9%	10%	14%	19%	36%	57%		
<i>% 20-25</i>	71%	68%	67%	64%	52%	38%		
<i>% nad 25</i>	20%	22%	19%	17%	11%	5%		

Pre úplnosť treba ešte uviesť, že probanti boli vážení na stupačkových váhach slovenskej výroby za štandardných podmienok.

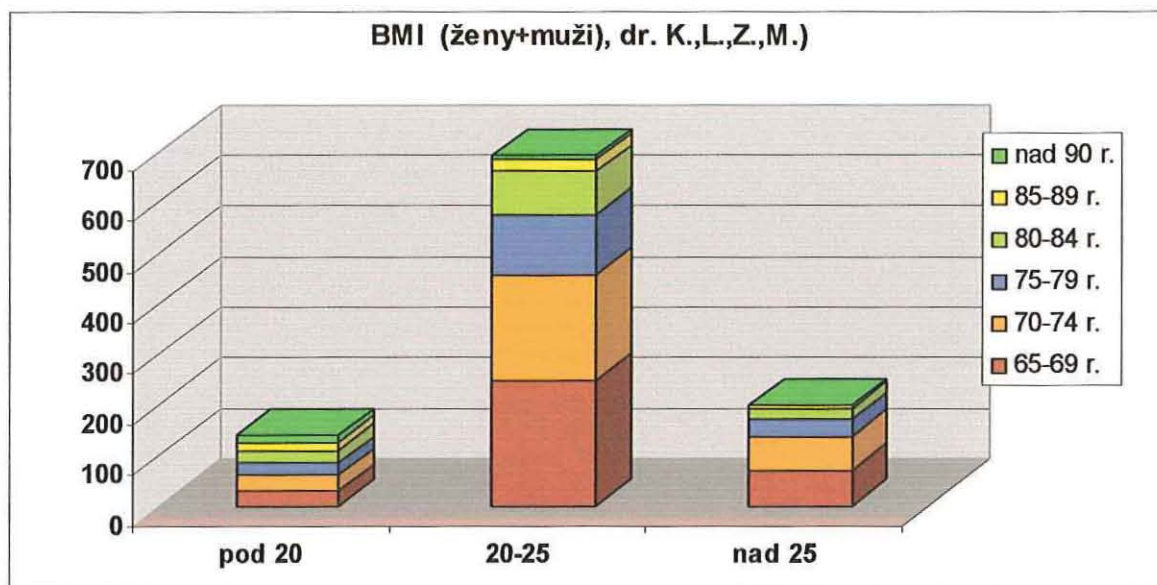
Graf 7.

Grafické znázornenie výsledkov BMI



Graf 8.

Grafické znázornenie výsledkov BMI



Presnejšie zhodnotenie nutričného stavu možno urobiť napr. pomocou Mini Nutritional Assesment. Časová náročnosť tohto vyšetrenia presiahla možnosti autora.

6.5. Domáce podmienky vybranej časti súboru (Vyselektovaná časť súboru Barthelovej testom)

Podľa výsledkov Barthelovej testu (kapitulu 3a) 75 probantov vykazovalo ľahkú poruchu v aktivitách dennej činnosti, 32 probantov stredne ťažkú a 42 ťažkú neschopnosť v bežných denných činnostiach. U týchto 149 probantov boli vyšetrené domáce podmienky, v akých títo obyvatelia žijú. Všetci títo probanti s vyšetrením súhlasili, očakávajú pravdepodobne pri zistení zlých podmienok finančný príspevok, alebo inú pomoc.

Hodnotenie bolo modifikované podľa Tideiksaara R., ktorý v časopise Geriatrics píše o vybaveniach a rizikách v domácnosti, navyše hodnotenia sa pridrižovali aj odporúčania, ktoré sú nevyhovujúce pri testoch rovnováhy a pri komplexnom geriatrickom hodnotení (99).

Hodnotili sme:

- a. osvetlenie (1.dostatočné a všade, 2. dostatočné ale nie všade, 3. nie všade a nie dostatočné 4. celkom nevyhovujúce)
- b. stoličky, stôl (1. dobré, pevné, ľahko dostupné, 2. dobré, pevné, ale vzdialenejšie od kuchyne a spálne, 3. málo pevné, vzdialené, málo priestoru, 4. veľmi zlé)
- c. nábytok (1. vyhovujúci, ľahká dostupnosť všetkého, 2. vyhovujúci, ale vzdialený, 3. zlá prístupnosť, úzka cestička okolo, 4. veľmi zlý, ťažká manipulácia)
- d. vykurovanie (1. centrálné, s nastavením, 2.centrálné bez nastavenia, 3. topí iný, nedá sa ale dosiahnuť žiadaná teplota, 4. tuhé palivo, potreba nosenia)
- e. vybavenie kuchyne: riady, dres, zásuvky, odtok vody, príbor, možnosť sušenia, sporák, jeho zapnutie, nastavenie sporáka (1. vyhovujúce, 2. stredné, 3. zlé, 4. veľmi zlé)
- f. dvere (1. málo dvier, dobré ovládateľné, 2. dobre ovládateľné, ale viac ako 3 dvere na WC, do spálne, 3. ťažko ovládateľné, treba tlačiť, otvárajúce sa na opačnú stranu, 4. veľmi zlé)
- g. lieková skrinka (1. ľahko dostupná, manipulovateľná, 2. dostupná, ťažšia manipulácia, 3. zlé dostupná, zlá manipulácia, 4. lieky hocikde, na ťažko prístupnom mieste)
- h. schody, madla (1. málo schodov, madlá, 2. viac schodov (5 a viac), ale madlá, inak zabezpečené 3. schody, bez madiel, nezabezpečené, 4. veľmi zlé, vysoké, bez madiel, neisté)
- i. podlaha (1. nešmykajúca sa, bez kobercov, bez prahov, 2. dobrá, ale gumolit, možnosť šmyku, 3. šmykľavá, prahy, rolujúce koberce, 4. veľmi zlá)
- j. kontakt (1. mobil, jednoduchý kontakt s poštárom, 2 telefón, dobrý kontakt s poštárom, 3. telefón, ale na inom poschodí, 4. bez kontaktu)
- k. záchod (1. splachovací, 2. splachovací, ale vzdialený, 3. na inom poschodí, 4.mimo bytu)
- l. kúpeľňa (1.umývadlo, sprchovací kút, vaňa s madlom, 2. umývadlo, vaňa bez pomôcok 3. to isté, ale na inom poschodí, vzdialené, 4. umývadlo, bez vane)
- m. spáľňa (1.postele vyhovujúce, kontakt blízko na dosah, 2. postele vyhovujúce, kontakt vzdialený, 3. bez kontaktu, 4. bez kontaktu, vzdialená, úzke cestičky)

Hodnotenie:

Kvality jednotlivých podmienok zároveň znamenajú body (1 až 4). Ak bodový súčet všetkých domácich podmienok bol do 18 považovali sa domáce podmienky za dobré, bodové rozpätie 19-24 za stredné, 25-30 bodový súčet za zlé domáce podmienky a súčet bodov 31 a viac za veľmi zlé domáce podmienky.

Na nasledujúcej tabuľke sú uvedené výsledky. Aj keď v takejto podobe ide zatiaľ o modifikované hodnotenie, domnievame sa, že uvedených 13 kritérií vystihuje zámer vyjadriť domácimi podmienkami možnosť sebestačnosti jedinca so zníženými schopnosťami vykonávať bežné denné činnosti.

Tab. 40.

Domáce podmienky probantov s insuficientným Barthelovej testom

Domáce podmienky (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	17	26	26	43	19	18		149
<i>% počtu</i>	11%	17%	17%	29%	13%	12%		
<i>veľmi zlé</i>	2	1	2	4	4	3	7,6%	16
<i>zlé</i>	3	3	4	7	5	4	13,7%	26
<i>stredné</i>	7	13	13	23	7	8	48,3%	71
<i>vyhovujúce</i>	5	9	7	9	3	3	30,4%	36
<i>% veľmi zlé</i>	12%	4%	8%	9%	21%	17%		
<i>% zlé</i>	18%	12%	15%	16%	26%	22%		
<i>% stredné</i>	41%	50%	50%	53%	37%	44%		
<i>% vyhovujúce</i>	29%	35%	27%	21%	16%	17%		

Pri vyhodnotení probantov, ktorí dosiahli pri Barthelovej teste len 60 bodov a menej bol zistený alarmujúci stav, podľa ktorého takmer štvrtina probantov má zlé až veľmi zlé domáce podmienky, čo by mohlo v budúcnosti byť podnetom aj pre vládu SR, mesto, kraj (VUC) riešiť nevyhovujúci stav v tejto oblasti.

7. Výsledky dotazníkov zameraných na vlastný život a jeho koniec

V druhej časti štúdie sú prezentované výsledky dvoch dotazníkov, ktoré dokresľujú charakter seniorskej populácie v našom okrese a dopĺňujú pohľad na súbor, vyšetrený uvedenou skupinou funkčných testov.

7.1. Hodnotenie svojho života

Jednotlivými uvedenými vyšetrovacími postupmi bol navodený postupne určitý stupeň dôvernej atmosféry, probanti sa začali vyjadrovať aj o svojich intímnejších problémoch. V takomto ovzduší vzájomného porozumenia sme sa pýtali probantov na samotné hodnotenie vlastného života. Každému sme dali nasledujúce možnosti:

- ste so svojím životom spokojný
- hodnotíte svoj život ako priemerný
- nie ste so svojím životom spokojný
- prežili som život bez hodnoty

Týmto jednoduchým otázkam väčšina probantov rozumela. V prípade potreby mali doplnené, že sa hodnotí spokojnosť so svojim vlastným životom, samotná kvalita (štúdium, zamestnanie, partnerský život, potomstvo, financie, vážne životné rozhodnutia), zdravie alebo opak choroba, splnenie svojich životných cieľov. Dominovať mala ale samotná spokojnosť so svojim životom. Táto požiadavka bola opakovane zdôraznená.

Tab. 41.

Hodnotenie vlastného života, celý súbor

Hodnotenie svojho života (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	347	306	178	132	44	21		1028
<i>% počtu</i>	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
<i>spokojnosť</i>	202	196	98	70	21	6	57,7%	593
<i>priemern.</i>	93	60	35	30	10	3	22,5%	231
<i>nespokoj.</i>	36	27	24	15	6	5	11,0%	113
<i>bez hodnoty</i>	16	23	21	17	7	7	8,9%	91
<i>% spokojnosť</i>	58%	64%	55%	53%	48%	29%		
<i>% priemern.</i>	27%	20%	20%	23%	23%	14%		
<i>% nespokoj.</i>	10%	9%	13%	11%	14%	24%		
<i>% bez hodnoty</i>	5%	8%	12%	13%	16%	33%		

Negatívne odpovede hodnotenia svojho života prezentovala štvrtina opýtaných. Týmto probantom sme na záver vyšetrení znovu položili tú istú otázku s dodatkom, či svoj názor nezmenili. Všetci potvrdili pôvodnú odpoveď.

Tab. 42.

Hodnotenie vlastného života, ženská populácia

Hodnotenie svojho života -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	218	212	114	94	32	14		684
<i>% počtu</i>	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
<i>spokojnosť</i>	122	129	60	51	15	5	55,8%	382
<i>priemern.</i>	62	49	24	22	8	2	24,4%	167
<i>nespokoj.</i>	22	19	16	10	4	3	10,8%	74
<i>bez hodnoty</i>	12	15	14	11	5	4	8,9%	61
<i>% spokojnosť</i>	56%	61%	53%	54%	47%	36%		
<i>% priemern.</i>	28%	23%	21%	23%	25%	14%		
<i>% nespokoj.</i>	10%	9%	14%	11%	13%	21%		
<i>% bez hodnoty</i>	6%	7%	12%	12%	16%	29%		

Ako pomôcku pri rozhodovaní sme im ponúkli názor, že kvalita života by sa mala hodnotiť hlavne podľa toho, či mohli vyvíjať sa v živote, vzdelávať sa, či si veria, či majú radi sami seba, či boli potrební pre ostatných, aká bola ich rodina, priatelia, či počas života robili niečo zaujímavé a užitočné, či boli zdraví, mali klud a pohodu, nemali existenčné problémy, mali čisté svedomie a vieru, mali silu niest' svoje trápenie a byť nezávislí.

Tab. 43.

Hodnotenie vlastného života, mužská populácia

Hodnotenie svojho života -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	129	94	64	38	12	7		344
<i>% počtu</i>	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
<i>spokojnosť</i>	80	67	38	19	6	1	61,3%	211
<i>priemern.</i>	31	11	11	8	2	1	18,6%	64
<i>nespokoj.</i>	14	8	8	5	2	2	11,3%	39
<i>bez hodnoty</i>	4	8	7	6	2	3	8,7%	30
<i>% spokojnosť</i>	60%	72%	57%	48%	50%			
<i>% priemern.</i>	24%	11%	20%	23%	25%	25%		
<i>% nespokoj.</i>	11%	8%	11%	15%	17%	42%		
<i>% bez hodnoty</i>	4%	10%	12%	14%	8%	33%		

Veľké rozdiely medzi hodnotenými skupinami v tejto práci nie sú, sú ale veľké rozdiely medzi jednotlivými krajinami a jednotlivými regiónmi (13). Z toho vyplýva, že je to oblasť kde zdravotnícki pracovníci, by mali pôsobiť spolu so sociálnymi pracovníkmi v snahe prispieť k zmene postavenia seniorov, mapovať ich reálne potreby, podporiť rozvoj služieb a tak prispieť k lepšej kvalite života tejto veľmi zraniteľnej skupine spoluobyvateľov.

Denne sa presvedčame o tom, že ide o oblasť, kde stroskotávajú všetky pokusy o systematické riešenie a ktorej politici, legislatívci aj ekonómovia venujú pramálo pozornosti. Zdá sa, že naša spoločnosť ako celok zatiaľ nedozrela k vedomiu, že o jej kultúrnosti a vyspelosti môže svedčiť práve to ako dokáže uspokojovať potreby seniorskej generácie.

V prípade človeka s funkčným postihnutím, naväzujúc na predchádzajúcu kapitolu, hrajú životné podmienky zásadnú úlohu. Kvalita prostredia môže zásadným spôsobom podporiť schopnosť človeka byť sebestačným, zvládať svoj každodenný život a zlepšiť tak kvalitu postihnutého jednotlivca (90, 124).

Zaujímavé dôsledky pre hodnotenie kvality vlastného života možno vypočítavať v súvislosti s politickými a tým aj ekonomickými zmenami v SR, ktoré prináša každodenný život (55).

Tab. 44.

Hodnotenie vlastného života, vidiecka populácia

Hodnotenie svojho života (ženy+muži), dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	203	175	94	72	29	13		586
<i>% počtu</i>	35%	30%	16%	12%	5%	2%		
<i>spokojnosť</i>	124	115	54	39	16	3	59,9%	351
<i>priemern.</i>	51	31	17	15	6	2	20,8%	122
<i>nespokoj.</i>	20	16	11	8	3	3	10,4%	61
<i>bez hodnoty</i>	8	13	12	10	4	5	8,9%	52
<i>% spokojnosť</i>	61%	66%	57%	54%	55%	23%		
<i>% priemern.</i>	25%	18%	18%	21%	21%	15%		
<i>% nespokoj.</i>	10%	9%	12%	11%	10%	23%		
<i>% bez hodnoty</i>	4%	7%	13%	14%	14%	38%		

Tab. 45.

Hodnotenie vlastného života, mestská populácia

Hodnotenie svojho života (ženy+muži), dr. K.+ L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>vek</i>	144	131	84	60	15	8		442
<i>Počet pr.</i>	33%	30%	19%	14%	3%	2%		
<i>spokojnosť</i>	78	81	44	31	5	3	54,8%	242
<i>priemern.</i>	42	29	18	15	4	1	24,7%	109
<i>nespokoj.</i>	16	11	13	7	3	2	11,8%	52
<i>bez hodnoty</i>	8	10	9	7	3	2	8,8%	39
<i>% spokojnosť</i>	54%	62%	52%	52%	33%	38%		
<i>% priemern.</i>	29%	22%	21%	25%	27%	13%		
<i>% nespokoj.</i>	11%	8%	15%	12%	20%	25%		
<i>% bez hodnoty</i>	6%	8%	11%	12%	20%	25%		

Tab. 46.

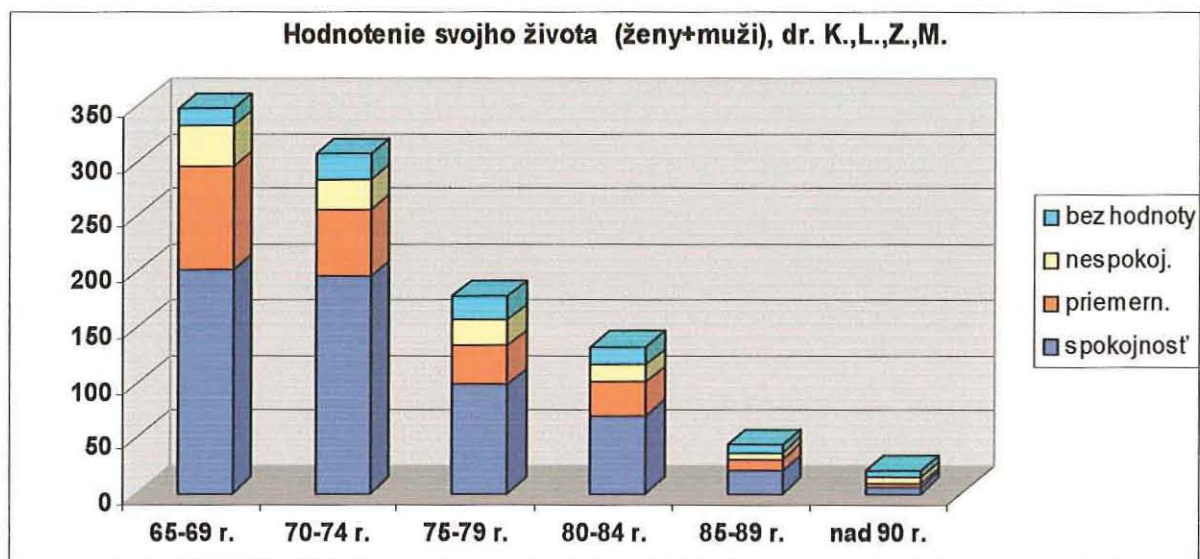
Hodnotenie vlastného života, aplikácia na celý okres

Hodnotenie svojho života (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
	5524	5046	3563	2205	575	384		17297
	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
<i>spokojnosť</i>	3 216	3 232	1 962	1 169	274	110	57,6%	9 963
<i>priemern.</i>	1 480	989	701	501	131	55	22,3%	3 857
<i>nespokoj.</i>	573	445	480	251	78	91	11,1%	1 919
<i>bez hodnoty</i>	255	379	420	284	91	128	9,0%	1 558
<i>% spokojnosť</i>	58%	64%	55%	53%	48%	29%		
<i>% priemern.</i>	27%	20%	20%	23%	23%	14%		
<i>% nespokoj.</i>	10%	9%	13%	11%	14%	24%		
<i>% bez hodnoty</i>	5%	8%	12%	13%	16%	33%		

Otázku spokojnosti so svojim životom možno považovať za kardinálnu. Väčšina probantov reagovala na ňu veľmi citlivo.

Graf 9.

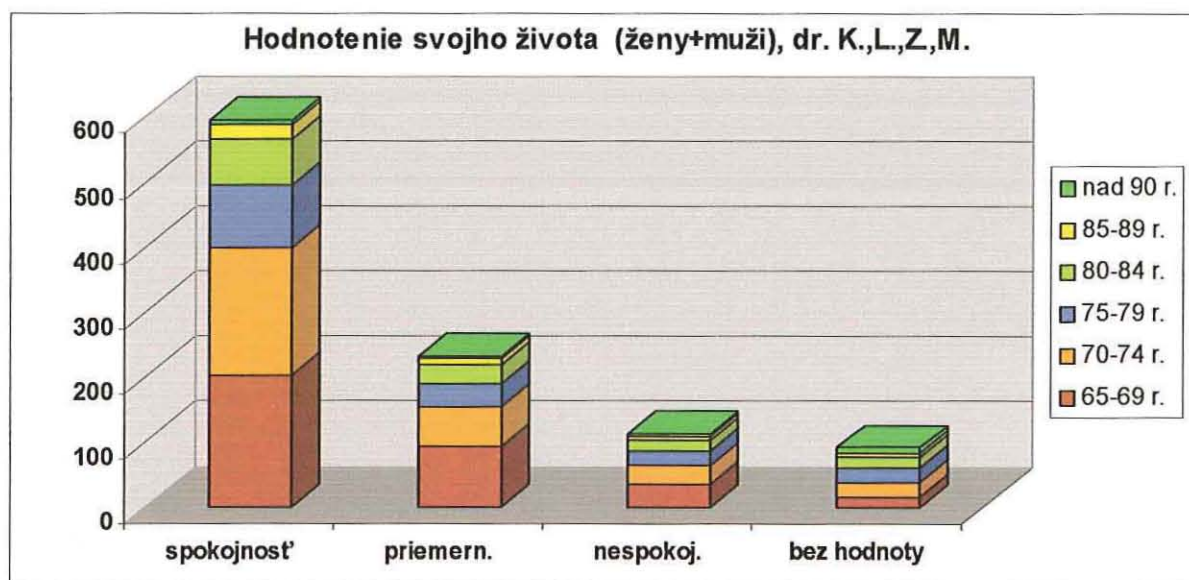
Grafická podoba hodnotenia svojho života



Prehľadnejšie možno vidieť, že pomer odpovedí do 85 r. života je pomerne vo všetkých vekových pásmach rovnaký (alebo rozdiely nie sú štatisticky významné).

Graf 10.

Grafická podoba hodnotenia svojho života



Na grafe môžeme vidieť jednotlivé odpovede ako sú zastúpené v jednotlivých vekových pásmach. Čím sú odpovede negatívnejšie, tým sa ich pomer vo vekovom zastúpení vyrovnáva.

7.2. Predstava o konci života

Iba človek ako jediný tvor na našej zemeguli si uvedomuje, že raz zomrie. Po výskume domácich podmienok a subjektívnom hodnotení kvality vlastného života sme sa dotazníkovou formou zaujímali, aké majú predstavy - želania naši probanti o poslednom období svojho života, včítane smrti.

Súboru probantov boli hypoteticky ponúknuté tri možnosti na prežitie svojich posledných dní:

- v rodinnom kruhu (to znamená medzi blízkymi, životným druhom, deťmi, ale aj ostatnou blízkou rodinou, prípadne aj vzdialenejšou rodinou, s ktorou si dobre rozumie, alebo medzi známymi, ktorí sú mu blízky, alebo pri susedoch, ktorí by sa o neho starali),
- v inštitúcii (v nemocnici, v ústave sociálnej starostlivosti, v domove dôchodcov, v hospicovom zariadení, v inom ošetrovateľskom zariadení),
- nezáleží mi na tom (to znamená, čo bolo ponúkané v prvých dvoch možnostiach).

Vždy po uvedení týchto možností mali probanti minimálne 30 sekúnd na rozmyslenie, v prípade žiadostí aj viac. Probanti mali možnosť odpovedať aj anonymne, 112 probantov túto možnosť využilo (jednu z troch možností, predom písomne pripravenú po zakrúžkovaní vhodili do pripravenej zbernej krabice).

Odpovedať, vzhľadom aj na anonymnú možnosť neodmietol nikto, mnohí z opýtaných ale udávali vlastnú „nepripravenosť“ na túto otázku.

Tab. 47.

Predstava o konci života

Predstava o konci života (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	347	306	178	132	44	21		1028
<i>% počtu</i>	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
<i>v rod.kruhu</i>	247	225	122	88	24	16	70,2%	722
<i>v inštit.</i>	59	51	34	24	8	2	17,3%	178
<i>nezáleží</i>	41	30	22	20	12	3	12,5%	128
<i>% v rod.kruhu</i>	71%	74%	69%	67%	55%	76%		
<i>% v inštit.</i>	17%	17%	19%	18%	18%	10%		
<i>% nezáleží</i>	12%	10%	12%	15%	27%	14%		

Jednoznačne dominuje túžba človeka zomrieť v „rodinnom kruhu“ (tak ako bol charakterizovaný vyššie).

Tab. 48.

Predstava o konci života v ženskej populácii

Predstava o konci života -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	218	212	114	94	32	14		684
<i>% počtu</i>	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
<i>v rod.kruhu</i>	163	162	86	67	17	10	73,8%	505
<i>v inštit.</i>	33	33	16	14	5	2	15,1%	103
<i>nezáleží</i>	22	17	12	13	10	2	11,1%	76
<i>% v rod.kruhu</i>	75%	76%	75%	71%	53%	71%		
<i>% v inštit.</i>	15%	16%	14%	15%	16%	14%		
<i>% nezáleží</i>	10%	8%	11%	14%	31%	14%		

V ženskej populácii ešte viac vyniká túžba a želanie prežiť svoje posledné dni v kruhu svojich najbližších. Rozdiely v ostatných odpovediach sa iba málo odlišujú.

Väčšina opýtaných zároveň uvádzala, že by chcela mať „dobrú smrť“, čo znamenalo v ich predstavách zomrieť bez veľkej bolesti a nebyť na ťarchu svojmu okoliu.

Tab. 49.

Predstava o konci života v mužskej populácii

Predstava o konci života -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	129	94	64	38	12	7		344
<i>% počtu</i>	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
<i>v rod.kruhu</i>	84	63	36	21	7	6	63,1%	217
<i>v inštit.</i>	26	18	18	10	3		21,8%	75
<i>nezáleží</i>	19	13	10	7	2	1	15,1%	52
<i>% v rod.kruhu</i>	67%	66%	53%	50%	50%	83%		
<i>% v inštit.</i>	18%	20%	31%	29%	42%			
<i>% nezáleží</i>	15%	14%	16%	21%	8%	17%		

Muži akoby boli ľahostajní, viac inklinujú k inštitúciám, alebo ku situácii, ktorá bola nazvaná „nezáleží na tom“.

Tab. 50.

Predstava o konci života, vidiecka populácia

Predstava o konci života (ženy+muži), dr. Z.+M., vidiek								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	203	175	94	72	29	13		586
<i>% počtu</i>	35%	30%	16%	12%	5%	2%		
<i>v rod.kruhu</i>	146	133	64	50	17	10	71,7%	420
<i>v inštit.</i>	35	26	19	12	5	1	16,7%	98
<i>nezáleží</i>	22	16	11	10	7	2	11,6%	68
<i>% v rod.kruhu</i>	72%	76%	68%	69%	59%	77%		
<i>% v inštit.</i>	17%	15%	20%	17%	17%	8%		
<i>% nezáleží</i>	11%	9%	12%	14%	24%	15%		

Tab. 51.

Predstava o konci života, mestská populácia

Predstava o konci života (ženy+muži), dr. K.+ L., mesto								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	144	131	84	60	15	8		442
<i>% počtu</i>	33%	30%	19%	14%	3%	2%		
<i>v rod.kruhu</i>	101	92	58	38	7	6	68,3%	302
<i>v inštit.</i>	24	25	15	12	3	1	18,1%	80
<i>nezáleží</i>	19	14	11	10	5	1	13,6%	60
<i>% v rod.kruhu</i>	70%	70%	69%	63%	47%	75%		
<i>% v inštit.</i>	17%	19%	18%	20%	20%	13%		
<i>% nezáleží</i>	13%	11%	13%	17%	33%	13%		

Rozdiely medzi názormi na koniec svojho života medzi mestskou a vidieckou populáciou nie sú príliš odlišné. Globalizácia nášho života postihla pravdepodobne už aj túto citlivú intímnu sféru.

Tab. 52.

Výsledky aplikované na geriatrickú populáciu celého okresu

Predstava o konci života (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
	5524	5046	3563	2205	575	384		17297
	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
<i>v rod.kruhu</i>	3 932	3 710	2 442	1 470	314	293	70,3%	12 161
<i>v inštit.</i>	939	841	681	401	105	37	17,4%	3 003
<i>nezáleží</i>	653	495	440	334	157	55	12,3%	2 134
<i>v rod.kruhu%</i>	71%	74%	69%	67%	55%	76%		
<i>v inštit.%</i>	17%	17%	19%	18%	18%	10%		
<i>nezáleží%</i>	12%	10%	12%	15%	27%	14%		

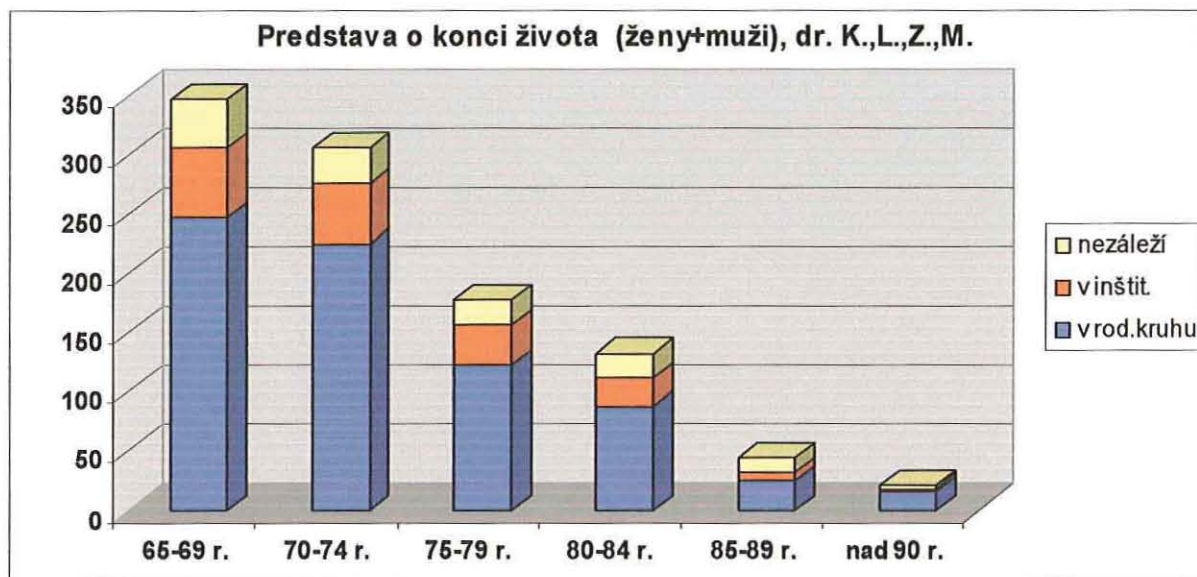
Vo všetkých sociologických prácach sa uvádza, že dotazníkové skúmania sú menej presné. Napriek tomu možno uvažovať o 17.4 % seniorov, ktorí by chceli svoje posledné chvíle stráviť v inštitúcii a o 12.3 % seniorov, ktorým na konci života nezáleží

Veľmi často probanti sa zmieňovali o prastarej ľudovej múdrosti: aký život, taká smrť. Ešte niekoľko viet, ktoré odzneli počas tejto časti výskumu. Nikto si nemôže vopred ustlať lôžko smrti, veď ani nevie či bude vôbec nejaké mať. Zmierenie sa s prichádzajúcim koncom života nie je nič iné, ako vedomé a dobrovoľné odovzdanie sa (32, 34).

Naviac jeden poznatok, ktorý ale nebol cieľom výskumu. Čím bola skupina probantov staršia, tým bola aj jednoznačnejšia viera v nesmrteľnosť, v posmrtný život, viera v nadprirodzené sily, viera v Boha. Viera v Boha odstraňuje strach z vlastnej smrti, zľahčuje chvíle života človeka, odstraňuje bolesť. Väčšina probantov, ktorí mali viac ako 80 rokov mala zmysel pre sebestačnosť a pokojnú povahu a všetci boli veriaci v Boha.

Graf 11.

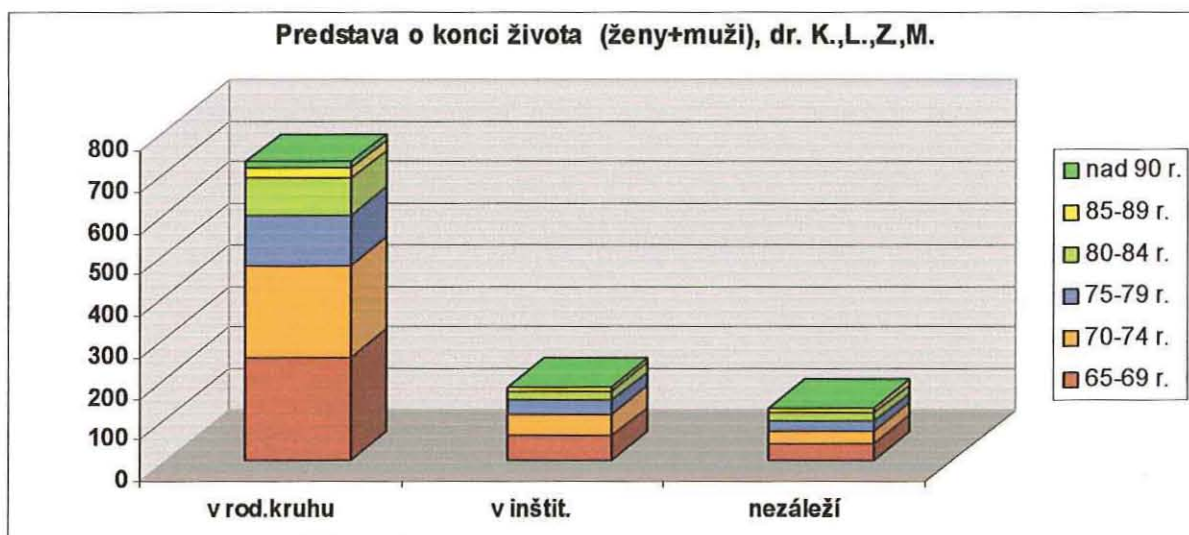
Grafické znázornenie predstáv o konci života



Vyššie prezentovaný grafický pohľad vizuálne, často aj bez potreby čísel prezentuje a približuje diskutovanú problematiku.

Graf 12.

Grafické znázornenie predstáv o konci života



Grafické znázornenie jednotlivých možností konca života so zobrazením jednotlivých vekových pásiem

8. Hodnotenie probanta investigátorom

Na záver štúdie sú prezentované výsledky hodnotenia probanta investigátorom. Pretože investigátor strávil s každým probantom dostatočne dlhý čas, mohol si vytvoriť o probantovi určitú predstavu, ktorá doplnila obraz o funkčnom stave a názoroch vyjadrených v dotazníkoch seniorskej generácie v našom regióne.

Investigátori sa zameriavali na tieto črty:

výzor probanta, výraz tváre (smútok), napätie pri rozhovore, gestá, mimiku, nervozitu, spôsob reči (uvoľnenosť, tonus hlasu), somatické postihnutie, psychické poruchy.

Po vyhodnotení týchto črt mal investigátor zaradiť probanta do týchto skupín:

- probant pôsobí pozitívne (v bežnom živote termín normálne)
- pôsobí apaticky (ľahostajný k problémom, často používa slová: je mi to jedno)
- pôsobí zúfalo (najradšej by mal celý život za sebou, často používa slová: načo, netreba).

Zámerné boli zvolené tieto tri jednoduché kategórie, aby rozhodnutie o zaradení jednotlivca nerobilo investigátorom problém. Zjednodušenie je obyčajne sprevádzané nepresnosťou, navyše môžu byť výsledky ovplyvnené subjektívnou chybou, čo je dôležité uviesť v úvode tejto kapitoly .

Tab. 53.

Hodnotenie probanta investigátorom

Hodnotenie probanta investigátorom (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	347	306	178	132	44	21		1028
<i>% počtu</i>	34%	30%	17%	13%	4%	2%		
<i>pozitívny</i>	290	244	128	100	35	14	78,9%	811
<i>apatický</i>	38	37	29	16	3	2	12,2%	125
<i>zúfalý</i>	19	25	21	16	6	5	8,9%	92
<i>% pozitívny</i>	84%	80%	72%	76%	80%	67%		
<i>% apatický</i>	11%	12%	16%	12%	7%	10%		
<i>% zúfalý</i>	5%	8%	12%	12%	14%	24%		

Tab. 54.

Hodnotenie probanta investigátorom, ženská populácia

Hodnotenie probanta investigátorom -ženy -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	218	212	114	94	32	14		684
<i>% počtu</i>	32%	31%	17%	14%	5%	2%		
<i>pozitívny</i>	185	170	84	77	26	10	80,7%	552
<i>apatický</i>	21	24	17	7	2		10,4%	71
<i>zúfalý</i>	12	18	13	10	4	4	8,9%	61
<i>% pozitívny</i>	85%	80%	74%	82%	81%	71%		
<i>% apatický</i>	10%	11%	15%	7%	6%			
<i>% zúfalý</i>	6%	8%	11%	11%	13%	29%		

Tab. 55.

Hodnotenie probanta investigátorom, mužská populácia

Hodnotenie probanta investigátorom -muži -Dr. K.,L.,Z.,M.								
vek	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	129	94	64	38	12	7		344
<i>% počtu</i>	38%	27%	19%	11%	3%	2%		
<i>pozitívny</i>	105	74	44	23	9	4	75,3%	259
<i>apatický</i>	17	13	12	9	1	2	15,7%	54
<i>zúfalý</i>	7	7	8	6	2	1	9,0%	31
<i>% pozitívny</i>	84%	73%	63%	56%	75%	50%		
<i>% apatický</i>	11%	18%	24%	28%	13%	50%		
<i>% zúfalý</i>	5%	10%	14%	17%	13%			

Na začiatku práce bolo uvedené, že tento výskum mal za cieľ aj rozšíriť záujem študentiek Fakulty zdravotníctva PU nielen o výskumnú prácu, ale aj o starého človeka a o geriatriciu ako medicínsky odbor. Pochopiť geriatriciu je možné len usmernením študujúceho na seniora ako na bytosť jedinečnú, celistvú, vychádzajúcu zo všetkých jeho ľudských dimenzií a bio-psycho sociálnej podstaty človeka. Ak si tento názor budúci zdravotnícky pracovník, prichádzajúci do styku s pacientom vyššieho veku osvojí vznikne predpoklad naplnenia aj nastupujúceho a žiadúceho fenomenu geriatricizácie medicíny (55, 101). Bude to v súlade s potrebami modernej spoločnosti, charakteristickej fenomenom staroby. Len poznaním prirodzenej podstaty človeka a jeho poslania v živote môže zdravotnícky pracovník vykonávať svoje poslanie zodpovedne a mravne.

Realizácia tejto tretej časti výskumu mala za cieľ otestovať schopnosti investigátorov hodnotiť svojho možno budúceho pacienta.

Tab. 58.

Hodnotenie probanta investigátorom, aplikácia výsledkov

Hodnotenie probanta investigátorom (ženy+muži), dr. K.,L.,Z.,M.								
	65-69 r.	70-74 r.	75-79 r.	80-84 r.	85-89 r.	nad 90 r.	Spolu %	Spolu počet
<i>Počet pr.</i>	5 524	5046	3563	2205	575	384		17 297
<i>% počtu</i>	32%	29%	21%	13%	3%	2%		
<i>pozitívny</i>	4 617	4 024	2 562	1 670	457	256	78,5%	13 586
<i>apatický</i>	605	610	580	267	39	37	12,4%	2 139
<i>zúfalý</i>	302	412	420	267	78	91	9,1%	1 572
<i>% pozitívny</i>	84%	80%	72%	76%	80%	67%		
<i>% apatický</i>	11%	12%	16%	12%	7%	10%		
<i>% zúfalý</i>	5%	8%	12%	12%	14%	24%		

Z logických dôvodov človek ako ľudská bytosť musí byť hodnotená z pohľadu všetkých dimenzií ľudského bytia, ale predovšetkým z aspektu jeho celistvosti a jednoty ako nositeľa životných impulzov, vnútorného sveta otvárajúceho sa vonkajšiemu svetu (55). Subjektívnym kritériom existencie je *pattior ergo sum* – kto trpí, cíti, že existuje.

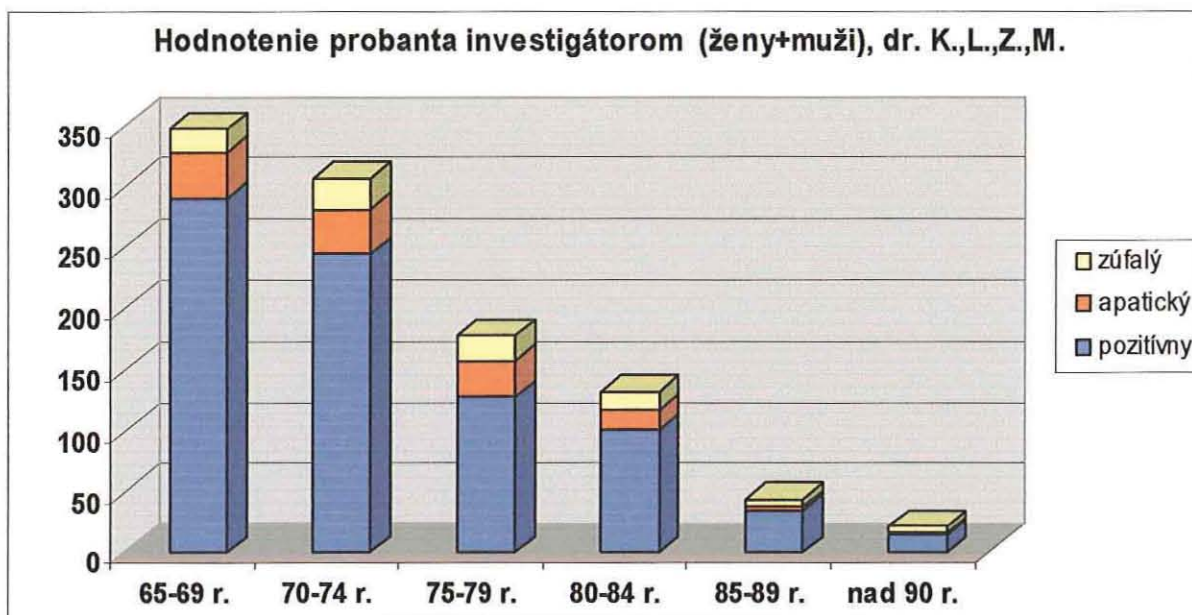
Z pohľadu gréckej filozofie človek je mikrokozmos, ktorý spája dva svety, duchovný a hmotný. Telo, duch a duša tvoria, ako stupne bytia vo vnútornom preporení, živý celok človeka. Harmónia ich vzájomného ovplyvňovania vytvára bytie a výzor človeka.

Človek je v podstate už od narodenia závislý a viazaný na druhých ľudí. Najmä rodinné zväzky a ďalšie vzájomné vzťahy sú určujúce pre ďalší život. Vplyv na inkulturáciu a socializáciu človeka má nielen jeho rodina, ale aj susedia, priatelia, komunita, národ. Svojou komunikáciou nadväzuje kontakty a tým stanovuje svoj sociálny priestor, svoj výzor.

Napriek uvedomeniu si tejto skutočnosti, predsa len je prekvapivý údaj, že asi 9.1 % seniorov v našom okrese pôsobia na svoje okolie ako zúfalé a 12.4 % ako apatické bytosti. Dalo sa predpokladať, a práca to potvrdila, že viac apaticky na svoje okolie pôsobia seniori-muži ako ženy, percentuálne zastúpenie zúfalo pôsobiacich osôb je ale približne rovnaké medzi mužským aj ženským pohlavím.

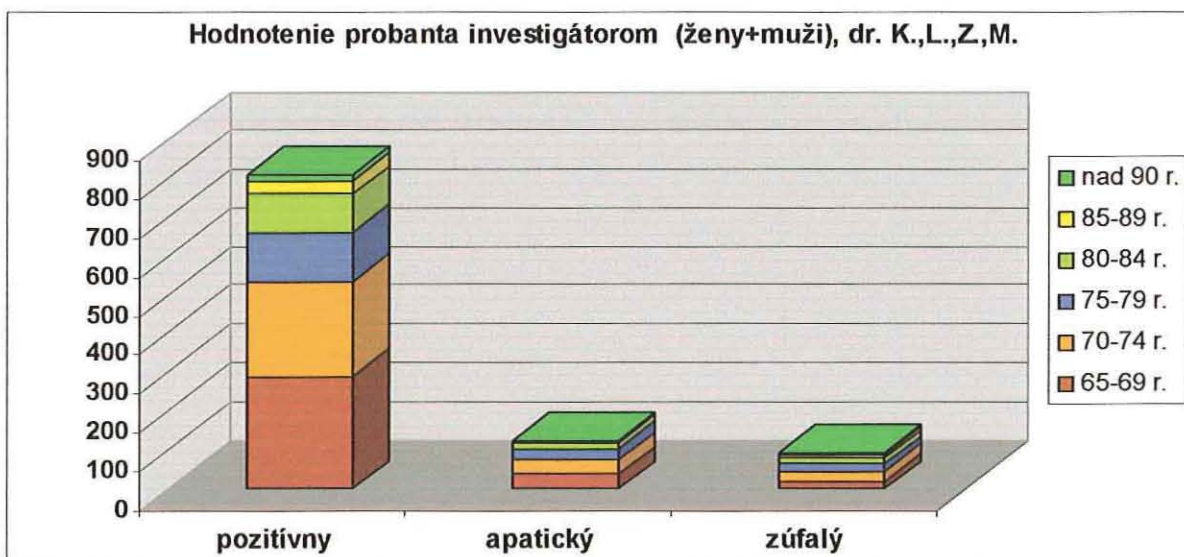
Graf 13.

Hodnotenie probanta investigátorom



Graf 14.

Hodnotenie probanta investigátorom



Na záver výsledkovej časti tejto štúdie sú prezentované grafické znázornenia výsledkov posledného testu „Hodnotenie probantov investigátorom „

9. Diskusia a zhrnutie výsledkov

Po viac ako 20 ročnej existencii Geriatrického oddelenia v Prešove chceme sa pokúsiť rozšíriť našu činnosť o komplexné geriatrické hodnotenie, preto niekoľko slov o tomto procese. Komplexné geriatrické hodnotenie (comprehensive geriatric assessment – CGA) je multidimenzionálny interdisciplinárny diagnostický proces zameraný na stanovenie zdravotných, funkčných a psychosociálnych schopností a problémov hlavne krehkých seniorov s cieľom vypracovať celkový plán pre liečbu a dlhodobé sledovanie. Ide o myšlienkové a pracovné jadro geriatrickej medicíny, o jednu z jej špecifik v zdravotníckom systéme (57,95).

CGA môžu robiť, hlavne v redukovanej forme zdravotníci rôznych odborností, ale hlavne lekári v celom rozsahu samostatne. Optimálne je ale dôsledné vytváranie multidisciplinárnych geriatrických tímov. Tie majú ale iné zloženie a predovšetkým iné poňatie kompetencií zdravotníckych odborností, ako odpovedá našemu bežnému poňatiu spolupráce na lôžkových oddeleniach, či v ambulantnej praxi (45). Ide o emancipovanejšie postavenie odborníkov predovšetkým v ošetrovatel'stve, ergoterapii, fyzioterapii, sociálnej práce s integrovaním týchto poznatkov v procese označenom ako tímová geriatrická konferencia. Multioborovosť zaisťuje väčšiu expertnú kvalitu všetkých prevádzaných hodnotení i efektívnejšie využitie času a znalosti jednotlivých odborníkov (7, 9).

V roku 1989 sa metóda CGA stala základom programov geriatrického posudzovania a vedenia (geriatric evaluation and management – GEM), konceptu integrovanej starostlivosti podloženej optimálnym poznaním pacientových schopností, limitácií, rizik a potrieb. V r. 1992 bol uzákonený vznik geriatrických oddelení zameraných na GEM v Taliansku (84).

Súčasťou CGA je teda:

1. Zhodnotiť osobnosť pacienta. Posúdiť jeho priority v rôznych životných situáciách (napr. postoj k terminálnej resuscitácii, ako postupovať pri vzniku demencie a pod.), poznať jeho hodnotenie kvality vlastného života a zmyslupnosť jeho bytia.
2. Vyhodnotiť jeho telesné zdravie, nosologické diagnózy a komorbidity, syndromologické diagnózy (inkontinencia a pod.).
3. Vyhodnotiť funkčnú výkonnosť. V podstate urobiť testy, ktoré boli prezentované v tejto práci, včítane vyhodnotenia stavu výživy.
4. Vyšetriť duševné zdravie. Okrem nosologických jednotiek zistiť aj psychickú rovnováhu, prejavy maladaptácie, vplyv psychosociálnych stresorov a pod.

5. Poznať sociálny status jedinca, jeho sociálnu sieť, funkčnú náročnosť a bezpečnosť domáceho prostredia, bytové podmienky, sociálne potreby a poskytované, či požadované služby.

Komplexné geriatrické hodnotenie u jedného probanta s tímom odborníkov trvá niekedy aj niekoľko hodín. Naviac CGA sa má zamerať hlavne na krehkých seniorov. V našej populácii nemáme ale indikovaných nielen krehkých seniorov, ale ani tých, ktorí majú výraznú funkčnú poruchu a ktorí si zasluhujú momentálne riešenie.

Na preklopenie tohto stavu bola zvolená uvedená forma štúdie. Testy na eventuálne odkrytie funkčnej poruchy, na odkrytie kognitívnej poruchy, afektívnej poruchy (depresia), dotazníky ako sondáž do osobnosti pacienta s hodnotením vlastného života, hodnotenie bytových podmienok a výzoru probanta. Indikovala sa tak skupina insuficientných pacientov, hypoteticky skupina krehkých seniorov. Vyšetřili sme teda metódou CGA (v jej redukovanej forme) 1028 seniorov nášho okresu. Realizovať komplexné geriatrické hodnotenie pri súčasných možnostiach personálnych, finančných, časových, technických in extenso by bolo možné nanajvyš u cca 80 – 90 probantov. Závěry takejto malej skupiny by mali malú výpovednú hodnotu.

9.1. Barthelovej test (ADL test)

Hodnotiť schopnosť vykonávať bežné denné aktivity sa ukázala ako veľmi prospešná hlavne preto, že kým postavenie chorého seniora sa už naučila spoločnosť uznávať a akceptovať, jedinca s funkčným postihnutím treba zatiaľ aktívne hľadať a zabezpečiť adekvátnu pomoc. Často, hlavne na vidieku, žije takýto jedinec až na hranici ľudskej dôstojnosti. O právach a možnostiach zlepšiť svoje postavenie vie veľmi málo.

V súbore 1 028 probantov bolo zistené, že 3.1 % vykazovalo stredný stupeň a 4.1 % ťažký stupeň neschopnosti vykonávať bežné denné potreby. Tieto osoby preto nemôžu bez kompletnej pomoci existovať. Pri prepočte týchto výsledkov na populáciu celého okresu sa dá predpokladať, že v regióne je asi 358 obyvateľov so stredným stupňom a asi 707 obyvateľov s ťažkým stupňom neschopnosti v bežných denných činnostiach. Spolu teda asi 1 065 klientov, ktorí potrebujú intenzívnu pomoc inej osoby.

U 7.3 % probantov v súbore sa zistila neschopnosť ľahkého stupňa. Pri prepočítaní na populáciu celého okresu je to asi 1 262 osôb. Títo ľudia potrebujú intermitentnú pomoc od okolia, hlavne pri tzv. veľkých domácich činnostiach – upratovanie, nákupy a pod.. Hypoteticky by sme túto skupinu osôb mohli zaradiť do skupiny krehkých. Táto skupina si zaslúži

intenzívnu dispenzárnú starostlivosť, aby sa čím dlhšie oddialil čas úplnej závislosti a zároveň aby zostala primeraná kvalita života.

Spolu teda asi 14.5 % seniorov Prešovského okresu potrebuje čiastočnú, alebo kompletnú pomoc pri každodenných aktivitách.

V sledovanom súbore sú schopnosti vykonávať bežné denné činnosti zachované relatívne až do vysokého veku, potom nastáva „zlom“ a výsledky sa rapídne zhoršujú. Zlom je v ženskej populácii okolo 80 roku života, v mužskej populácii je tento zlom posunutý asi o 5 rokov neskôr. Podobné údaje sú aj v literatúre (8, 29).

Mestská seniorská populácia dosiahla signifikantne horšie výsledky ako vidiecka populácia. Na hladine štatistickej významnosti $p < 0.005$ sú horšie výsledky v skupine probantov, ktorých závislosť je len ľahká a zhruba by tvorili skupinu krehkých „frailty“ gerontov (80 – 61 bodov). Výsledky na hladine štatistickej významnosti $p < 0.05$ sú horšie aj v skupine so strednou poruchou (bodovom pásme 60 – 41), s rovnakým štatistickým vyjadrením aj v skupine probantov s najťažšou poruchou, ktorí dosiahli menej ako 40 bodov.

Ukazuje sa, že fyzická aktivita je v geriatrickom veku veľmi dôležitá. Je dokázané, že primerané cvičenie zlepšuje stav kardiovaskulárneho, respiračného, lokomočného a ďalších systémov ľudského organizmu dokonca aj u chorých jedincov (42, 61). Rehabilitačné cvičenia aj u pacientov s ťažkým kardiálnym postihnutím v Nemecku mali vynikajúce výsledky (113), pritom mortalita v sledovanej skupine sa nezvýšila. Zlepšenie somatického stavu cvičením navodzuje zlepšenie psychickej pohody a kvality života (58). Z toho hľadiska je škoda, že možnosti pobytu v liečebných kúpeľoch na Slovensku sa pre seniorskú klientelu z ekonomických dôvodov veľmi zúžili. Práve pre túto skupinu pacientov mali liečebné procedúry, do ktorých možno zaradiť aj primerané telesné cvičenie, veľmi priaznivý účinok.

Pri porovnaní výsledkov mužskej a ženskej populácie sú na tom horšie ženy. Iba v skupine s najťažšou poruchou (40 bodov a menej) je približne rovnaký počet osôb oboch pohlaví, ale stredne ťažko a ľahko závislých je štatisticky signifikantne viac žien ako mužov (v stredne ťažkej skupine na úrovni $p < 0.01$, v skupine ľahkých porúch na úrovni $p < 0.005$). V literatúre sa všeobecne uvádza, že v geriatrickej populácii je nižšia funkčná spôsobilosť pre aktivity denného života u žien ako u mužov (43, 92). Uvedené výsledky to potvrdzujú.

Ženská vidiecka populácia dosiahla lepšie výsledky ako ženská mestská populácia a to na úrovni štatistickej významnosti $p < 0.05$ vo všetkých troch bodových pásmach. Rozdiel aj numericky je najviditeľnejší najmä vo vekovom rozmedzí 70 – 79 rokov.

Podobné rozdiely sú aj medzi mužskou vidieckou a mužskou mestskou populáciou. V prvej najľahšej skupine je rozdiel na hladine štatistickej významnosti $p < 0.001$, v druhej na úrovni

$p < 0.05$ a v tretej najťažšej na úrovni $p < 0.01$. Rozdiely sú vo všetkých vekových pásmach, výnimku tvorí obdobie 75 – 79 rokov, kedy sú výsledky približne rovnaké.

Niektoré detailnejšie výsledky:

- výrazne viac závislých (pod 60 bodov) je v skupine žien oproti mužom vo vekovej hranici nad 80 rokov,
- v ženskej populácii je najvýraznejší rozdiel v prospech vidieckej vo vekovom pásme 80 – 84 rokov,
- v mužskej populácii je najvýraznejší rozdiel v prospech vidieckej vo vekovom pásme 70 – 74 rokov,
- vo vysokých vekových pásmach všetkých skupín, kde sú štatistické rozdiely ide zväčša o malý počet probantov takže výsledky nemajú výpovednú hodnotu a preto nie sú ani analyzované a uvedené,
- najvýraznejší rozdiel medzi vidieckou a mestskou populáciou (v prospech vidieckej) je vo vekovom pásme 80 – 84 rokov.

Zlom, ktorý bol zistený v 80 roku (ženy) až 85 roku (muži) života je výzvou pre všetkých, ktorí so starými ľuďmi pracujú. Mala by to byť základná úloha súčasnej geriatrickej, zlepšiť kvalitu života, pridať život rokom a nie roky životu (46, 82, 104).

Skvalitňovanie zdravotníckych a sociálnych služieb pre seniorov by malo viesť aj cestou funkčného vyšetrenia probanta. Malo by pomôcť preklenúť „územie nikoho“ na zdravotnícko sociálnom pomedzí. Tradičné lekárske poňatie vychádza z klinického modelu zdravia a choroby (46), nedoceňuje funkčné poruchy jedinca. Preto tento akcent na funkčné vyšetrenie schopností, aby sa jedinec, ktorý potrebuje pomoc dostal do centra záujmu. Funkčné vyšetrenie nespochybňuje ani nenahradzuje klasickú nosologickú diagnostiku smerujúcu ku kauzálnej terapii, pomáha ale diagnostike tým, že stanovuje limitáciu, riziká a priority každého jednotlivého pacienta. Tým môže prispieť k zachovaniu, či obnove žiadúcej kvality života a k zlepšeniu prognózy (64, 66, 125).

Prelomenie zdravotno-sociálnej bariéry, ktorá je na Slovensku ešte stále silná, neznamena medicinizáciu sociálnych javov a problémov, ale zefektívnenie zdravotníckych výstupov a ich dôslednejšiu orientáciu na potreby konkrétneho človeka. Z toho hľadiska za významné možno považovať zaradenie pojmov funkčnej diagnostiky: porucha (impairment), neschopnosť (disability), handicap (obmedzenie) do novelizovanej medzinárodnej klasifikácie funkčného postihnutia (67).

Predstavitel' koncepcie funkčného vyšetrenia pacienta v rámci komplexného geriatrickeho odhadu Z. Rubenstein udáva, že pri určení funkčnej schopnosti-neschopnosti geriatrickí

pacienti majú stanovenú presnejšiu a kompletnejšiu diagnózu, dostávajú primeranejšiu starostlivosť s lepšími výstupmi a šetria sa finančné zdroje odbúraním neúčelných služieb (85). Výsledky prezentovaného súboru naznačujú potrebu rozšíriť naše doterajšie autochtonne medicínske návyky o využívanie funkčnej diagnostiky ako výraznú špecifickú geriatricu.

V okrese je evidovaných a podľa Zákona o sociálnej pomoci z roku 1998 platených 1 008 opatrovateliek (bez diferenciácie úväzku). Donáška jedla (obedov) do domu je oficiálne zabezpečená 134 seniorom. V spádovosti pracujú 2 agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti s 9 výkonnými sestrami, ktorých priemer návštev počas jedného dňa je asi 30 klientov. Poskytujú svoje služby asi 70 funkčne ľahko postihnutým klientom.

Deficit v poskytovaní starostlivosti postihnutým jedincom v našom okrese (alebo ponechanie všetko na rodinných príslušníkoch, známych, susedov, či iných dobrodincov) sa javí na úrovni cca 32 – 38 %.

Tieto uvádzané čísla možno považovať za veľmi dôležité pre plánovanie rozvoja zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Prešovskom okrese. Môžu poslúžiť ako závažný argument pri zdôvodňovaní potreby rozšírenia zdravotných a sociálnych služieb pre túto vekovú kategóriu v našom okrese.

9.2. Folsteinov test (SMMSE)

Problematika kognitívnych funkcií vo vyššom veku je veľmi zložitá a multidimenzionálna. Odlíšiť či kognitívna porucha je zapríčinená vekovou involúciou alebo patologickým somatickým procesom je v iničiálnom štádiu občas nemožné (28, 105). Táto práca si nedáva za cieľ zisťovať diferenciálnu diagnózu kognitívnej poruchy. Cieľom je kvantifikovať kognitívnu poruchu v seniorskej populácii a určiť jej stupeň, ktorý podmieňuje pomoc okolia pre postihnutého jedinca.

V hodnotenom súbore bola zistená ľahká kognitívna porucha u 10.3 % probantov, stredne ťažká u 5.4 % a ťažká kognitívna porucha u 3.5 % probantov. V prepočte na počet obyvateľov geriatrického veku celého okresu je to asi 1 793 jedincov v prvej skupine, 938 v druhej skupine a 600 jedincov v tretej, najťažšej skupine. V porovnaní s údajmi z literatúry sú zistené výsledky horšie o necelé percento, hlavne u probantov v najťažšej, tretej skupine (11, 74). Z uvedeného je zrejmé, že nepretržitý dohľad a pomoc potrebuje asi 600 spoluobčanov a asi 938 občanov vyžaduje síce intermitentný dohľad a pomoc, ale bez dlhých prestávok s častou korekciou činnosti sledovaného jedinca. 1 793 probantov z prvej skupiny, ľahkej kognitívnej poruchy, by

sme hypoteticky mohli zaradiť medzi krehkých gerontov s potrebou intenzívnej starostlivosti, dispenzarizácie a eventuálnej liečby nootropikami na oddialenie závislosti.

Horšie výsledky v sledovanom súbore dosiahli muži. Na hladine štatistickej významnosti $p < 0.01$ je menej žien v prvej, ľahkej skupine kognitívnych porúch, na hladine $p < 0.005$ je tomu tak v druhej skupine, a na úrovni $p < 0.05$ je rozdiel aj v tretej, najťažšej skupine.

Z tabuliek možno zistiť, že kognitívne funkcie u žien sa vekom pomaly, ale plynule zhoršujú. Zlom nastáva na hranici 85 r. života kedy sa výsledky výrazne zhoršujú. V mužskej populácii tento fenomén nebol zaznamenaný, kognitívne funkcie sa akoby lineárne zhoršovali už od 69 r. života. Pre úplnosť treba ale uviesť, že počty probantov nad 80 r. veku sú pomerne malé, preto aj ich výpovedná hodnota môže byť obmedzená.

V tejto súvislosti sú zaujímavé výsledky švédskych autorov, ktorí preukázali závislosť deteriorácie švédskych seniorov na veku, nižšom vzdelaní a ženskom pohlaví. Ženy častejšie ako muži trpeli demenciou a oproti mužom vykazovali aj vyššiu prevalenciu zlomenín a muskuloskeletárnych ťažkostí (114). Je možné, že tento rozdiel spôsobuje životná nutnosť vyššej fyzickej námahy našej populácie s pozitívnym dopadom na kardio-vaskulárny systém a tým aj CNS. Toto tvrdenie môže byť ale predmetom polemiky, eventuálne aj nesúhlasu.

Štatisticky významné rozdiely medzi výsledkami vidieckej a mestskej populácie neboli zaznamenané. Vo vyšších vekových pásmach, kde rozdiely sú evidentnejšie, ide o malý počet probantov.

Pri porovnaní výsledkov ženskej populácie na vidieku a v meste možno konštatovať, že výsledky ženskej mestskej populácie sú o niečo horšie, rozdiely ale nie sú štatisticky významné. Podobne je to aj pri porovnaní mužskej vidieckej a mužskej mestskej populácie, rozdiely sú bez štatistickej významnosti.

Výraznú diskrepanciu výsledkov možno nájsť pri porovnávaní výsledkov vidieckej mužskej a ženskej populácie. V prvej najľahšej skupine kognitívnej poruchy je ďaleko viac žien (na úrovni štatistickej významnosti $p < 0.001$), v strednej a najťažšej skupine je ale viac mužov ako žien (v strednej skupine na hladine štatistickej významnosti $p < 0.01$, v najťažšej skupine na hladine $p < 0.05$). Podobný fenomén možno zaevidovať aj pri porovnávaní mestskej mužskej a ženskej populácie. V najľahšej skupine je významne viac žien ako mužov ($p < 0.001$), v strednej a najťažšej skupine je viac mužov, ale rozdiely sú na nižšom stupni štatistickej významnosti ($p < 0.05$).

Podobné údaje v literatúre neboli nájdené. Najpravdepodobnejšie tieto výsledky súvisia so zmenami kardiovaskulárneho systému.

Pri kognitívnych poruchách vo vyššom veku dominuje hlavne porucha pamäti. Najčastejšie býva porucha vštiepivosti pamäte, zapamätania si nových pamäťových obsahov, ale môže byť porušená aj výbavnosť zo zásobnej pamäte, predovšetkým jej presnosť. Ďalšou významnou poruchou je porucha myslenia. V časných fázach je myslenie postihnuté najmä v oblasti abstrakcie a logického uvažovania, neskôr stráca sa súdnosť, pacienti nevedia odhadnúť vlastné možnosti. S poruchou myslenia úzko súvisí v incipientnej fáze porucha rečových funkcií, pozdejšie dochádza k rozvoju fatických porúch (103). Žiaľ pri Folsteinovom teste tieto jemné nuansy nemožno odlíšiť a diagnostikovať (61, 121). S poruchou pamäte a myslenia úzko súvisí porucha orientácie. Pacienti s kognitívnym deficitom majú poruchy orientácie ako v priestore, tak i v čase a nakoniec aj vo vlastnej osobe (26, 54).

Z medicínskeho hľadiska pri kognitívnych poruchách je potrebné určiť ešte typ a príčinu poruchy. Z príčin ku kognitívnym poruchám najčastejšie vedú: zle liečená hypertenzia, diabetes mellitus, fibrilácie predsiení, možná prekonaná cievna mozgová príhoda a Parkinsonsky sy (38, 62). Dôležité je si uvedomiť, že všetky tieto ochorenia sú v súčasnosti dobre diagnostikovateľné a liečiteľné. Pre klinického geriatra je to podstatné.

Kognitívna porucha ľahkého stupňa u pacienta nad 65 r. pri zle liečenej hypertenzii vedie po 5 – 7 rokoch k demencii (46). Pritom expertné medicínske údaje sú alarmujúce: len polovica ľudí s hypertenziou má stanovenú túto diagnózu a len polovica pacientov s touto diagnózou je liečená správne (38).

Z vlastných skúsenosti možno uviesť, že kognitívna porucha ľahkého a stredného stupňa sa hospitalizáciou zhoršuje. Preto pacienti s kognitívnou poruchou, ktorí hospitalizáciu vyžadujú, mali by byť hospitalizovaný čo najkratšie a mali by im byť umožnené návštevy quantum satis. V prípade, že takýto pacient je liečený netrpezlivým a nevyškoleným nemocničným personálom, ktorý prípadný motorický neklud alebo nepokoj hospitalizovaného rieši sedatívami, môže to byť pre pacienta osudné (86).

Kognitívna porucha ťažkého stupňa vo väčšine prípadov vyžaduje hospitalizáciu alebo inú formu inštitucionálnej starostlivosti. Týmto výskumom boli zistené, že v našom regióne má ťažkú kognitívnu poruchu asi 600 občanov 65 ročných a starších. V celom regióne je len jedna psychiatrická liečebňa, ktorá má 208 postelí a žiadne geronto-psychiatrické oddelenie. Postavenie a život niektorých jedincov, ako to bolo možné vidieť počas testovania, je tristné.

Z hľadiska verejného záujmu by mala sa vytvárať nová stratégia starostlivosti o zdravie populácie, ktorá by nastoľovala rovnováhu vo vzťahu liečba (chorôb) – starostlivosť (o individuálne potreby jednotlivcov, rodín, komunity a celej populácie). Preto je potrebné, aby kvalita celkovej starostlivosti o zdravých a chorých starých ľudí bola poskytovaná nielen lekárskymi,

ale aj kvalifikovanými nelekárskymi profesiami (sestrami, fyzioterapeutmi, ergoterapeutmi a pod.). O zdravie staršej populácie by sa na všetkých úrovniach zdravotníckeho systému mali starať multidisciplinárne tímy zdravotníckych profesionálov. Každá profesia v tíme by mala plniť svoju funkciu a pre dosiahnutie celkovej kvality starostlivosti by mala byť rovnako dôležitá (3, 23).

9.3. Yesavage test, Geriatric Depression Scale (GDS)

V testovanom súbore 74.9 % probantov nevykazovalo známky depresie, 16.2 % známky miernej depresie a 8.9 % probantov známky ťažkej depresie. Aplikácia týchto výsledkov na celú seniorskú populáciu v okrese znamená, že treba počítať s asi 2 828 spoluobčanmi, ktorí trpia ľahkou depresiou a s asi 1 553 občanmi, ktorí majú ťažkú formu depresie.

Zjednodušenejšie možno povedať, že $\frac{3}{4}$ obyvateľov nášho okresu v geriatrickom veku nevykazuje depresívne emócie, $\frac{1}{4}$ áno, z toho asi polovica depresie ťažkého stupňa.

Pre depresiú síce nie je potrebné zvyšovať počet nemocničných, či ošetrovateľských postelí, alebo zvyšovať počet opatrovateľov, napriek tomu je to oblasť kde by zdravotnícki pracovníci mohli v pozitívnom zmysle ovplyvniť kvalitu života týchto seniorov. Hlavne pre obvodného lekára by to mohla byť veľmi nápomocná informácia, pretože tu cielenou antidepressívnou liečbou a psychoterapiou môže podstatne prispieť k odstráneniu alebo aspoň zmierneniu depresívneho stavu pacienta (76).

Depresia podľa uvedených výsledkov sa vekom zvyšuje. Zvyšovanie je lineárne, bez zlomov. Pri porovnaní výsledkov, ktoré dosiahla vidiecka a mestská populácia, možno konštatovať, že sú iba malé rozdiely, bez štatistickej významnosti. Výraznejšie rozdiely boli zaznamenané vo veku nad 90 rokov, počet probantov v tejto vekovej kategórii je však malý.

Sumárne výsledky ženskej a mužskej populácie vykazujú malé, štatisticky nevýznamné rozdiely. Iba vo vekovom pásme 85 – 89 ročných v skupine ťažkej depresie je výrazne viac žien ako mužov (hladina $p < 0.05$). Skupina 90 ročných a starších pre malý počet jedincov nebola štatisticky hodnotená. Podľa literatúry depresívne syndrómy sa objavujú o niečo častejšie u žien (107).

Depresie sú spolu s demenciami a delíriami najčastejšie psychické poruchy v starobe. So stúpajúcim vekom sa percento depresií nezmenšuje, podľa niektorých štatistík sa oproti mladšiemu a strednému veku zvyšuje (74). Niektoré štatistiky avšak ukazujú na nižší výskyt depresívnej symptomatiky vo vyššom veku. Existujú hypotézy, že u depresívnych pacientov je

vyššia úmrtnosť v strednom veku a ich dĺžka života je kratšia (12). Všeobecne ale prevláda názor, že v starobe zostáva množstvo nerozpoznaných depresívnych stavov pre atypický klinický priebeh včítane somatizácie depresívnej emócie. Vyšší výskyt depresie býva u pacientov v ústavnej starostlivosti alebo osamelo žijúcich osôb (123). Depresia je vo vyššom veku poddiagnostikovaná a liečená menej často, ako by mala byť.

Pri porovnávaní výsledkov nášho súboru s literárnymi údajmi je v našom súbore s porovnateľnou populáciou v západných vyspelých štátoch percentuálne nižší výskyt hlavne stredne ťažkej depresie (80, 106).

Emočné poruchy, medzi ktoré depresia patrí možno rozdeliť zhruba do troch skupín: krátkodobé afekty, dlhšie nálady a trvalé emočné nastavenia – vyššie city. Afekty sú krátke emočné odpovede na vonkajšie a vnútorné stimuly. Patria k normálnemu životu, ale ich nahromadenie a neovládanie je patické. V starobe dochádza veľmi často k nahromadeniu afektov a k neschopnosti afekty dostatočne potlačovať. Prejavujú sa často zlosťou, ľútosťou, smútkom, ale niekedy aj neodôvodniteľnou radosťou (69).

Náladu možno definovať ako vyladenie k afektom jedného typu. V senu sa vyskytujú najčastejšie patické nálady (napr. depresívne, úzkostné, dysforické), ktoré môžu podstatne znižovať kvalitu života a ovplyvňovať funkčnú schopnosť postihnutého jedinca (82). Yesavage test odhaľuje krátkodobé afekty probanta, ale aj nálady. Veľmi výrazne nálady testovaných probantov ovplyvňovala politická situácia na Slovensku, ktorú sledovalo vysoké percento seniorov, odvíjajúc od nej možný ekonomický vývoj.

Za dôležitú skutočnosť treba považovať zdanlivo rovnaký klinický obraz demencie, ktorá sa prejavuje rôznym stupňom kognitívnej poruchy a depresie (105). Pričom depresia hlavne ľahkého a stredného stupňa sa dá v geriatrickej populácii veľmi dobre liečiť. Z toho pohľadu štúdia pomohla spolupracujúcim obvodným lekárom odhaliť týchto doteraz neliečených pacientov.

Z vlastnej klinickej praxe možno uviesť, že symptomatika depresie vo vyššom veku je variabilnejšia ako u mladších pacientov. Veľmi charakteristické pre depresiú geriatrického pacienta je výskyt somatických ekvivalentov depresívnej symptomatiky. Skúsený lekár pri stanovení správnej diagnózy môže ušetriť značné finančné prostriedky neindikovaním zbytočných laboratórnych, neinvazívnych aj invazívnych vyšetrení a naviac adekvátnou liečbou zlepšiť stav pacienta. V poslednom období Yesavage test používame v rámci vstupného vyšetrenia u každého pacienta a toto rozhodnutie sa nám veľmi osvedčilo. Kompletné vyhodnotenie testu podľa Yesavage u skúseného lekára trvá asi 5 – 6 minút, pri nedostatku času môže ho urobiť aj prijímajúca sestra.

V pokročilom veku je tiež veľmi častý výskyt depresie v rámci syndrómu demencie, ako súčasť tzv. behaviorálnych a psychologických príznakov demencie (103, 105). To je najpravdepodobnejšie príčinou stúpajúceho počtu depresívnych probantov s vekom v tomto súbore.

Pri problematike depresívnych stavov a ich príčin netreba zabúdať na syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného pacienta (geront abuse and neglect). Ide o označenie súbehu násilia, agresie, či aktívnej nedostatočnej starostlivosti o geronta (56). Takmer každý takýto geront trpí depesiou. Jeho závažnosť spočíva v zložitosti odhalenia veľmi často „delikátneho“ prostredia v ktorom sa uskutočňuje. Každá forma zanedbávania, vydierania, zneužívania a nakoniec týrania ako komplex týchto javov spôsobuje hlbokú depresiú a bolesť. Ide o viacrozmerný syndrom bolesti duševnej, ťažko opísateľnej, vždy individuálnej a osobitne precitovanej. Na tento dôležitý a nie tak zriedka sa vyskytujúci geriatrický syndróm upozornil na Slovensku hlavne Koval (56).

9.4. Index telesnej hmotnosti (BMI)

So stúpajúcim vekom dochádza k fyziologickým zmenám, ktoré ovplyvňujú metabolické procesy organizmu. Charakteristickým rysom sú zmeny zloženia tela. Dochádza k zníženiu netukovej hmoty tela, bunkovej hmoty, k poklesu kostnej denzity, hmotnosti telesného svalstva a obsahu vody v organizme. Opačne stúpa celkový podiel tukovej tkáňe, najmä akumulácia tuku v centrálnych oblastiach tela (viscerálna a abdominálna akumulácia tuku) (21).

BMI je považovaný za orientačný v hodnotení stavu výživy testovaného súboru. Jeho hodnota bola určovaná z grafov po zadaní výšky a váhy (hmotnosti) jedinca. Normálne hodnoty sú v rozpätí 20 – 25, kachexia je pri hodnotách pod 20, obezita pri hodnotách nad 20. Obezita podľa dosiahnutých čísel sa môže deliť ďalej na vážnu (nad 35) a extrémnu (nad 45)

V literatúre sa diskutuje, či uvádzané hodnoty sú pre geriatrickú populáciu správne. Sú návrhy, aby dolná hranica sa posunula na 18.5 a opačne horná hranica nad 27 (27). Posunutie hornej hranici indexu telesnej hmotnosti na 27 znamená tesnejšiu koreláciu obezity ako prediktora zvýšenej mortality (30). BMI v pásme 25-27 sa nejaví ako rizikový faktor celkovej a kardiovaskulárnej mortality v starobe (83). Na opačnej strane posunutie hranice „normálneho rozpätia“ BMI na 19 si vynucujú bežné involučné zmeny vo vyššom veku, dokonca dá sa povedať, že vo veku nad 80 rokov majú aspoň mierne prejavy malnutrície takmer všetci jedinci bez ohľadu na socio-ekonomické postavenie (13).

Napriek týmto diskusiám v tejto štúdií sú akceptované tradičné hodnoty normálnosti indexu telesnej hmotnosti t.j. pod 20 ako prejav chudosti (kachexie), 20-25 normálnej hmotnosti a nad 25 ako prejav obezity (stupeň obezity nebol hodnotený).

Čo sa týka výživy ešte jedna dôležitá poznámka. V Národnom gerontologickom inštitúte USA (National Institute on Ageing) prebieha od r. 1987 longitudinálna štúdia „ zníženia výživy bez podvýživy „ (undernutrition without malnutrition) zahájená u mladých opíc makak rhesus (81). Podobná situácia sa testuje na ľudských dobrovoľníkoch v rámci ekologického experimentu Biosphere 2 (83). Zníženým kalorickým príjmom bez malnutriécie sa predpokladá znížený a oddialený výskyt diabetes mellitus, aterosklerozy, kardiovaskulárnych a cerebrovasikulárnych chorôb. Viaceré biomarkery kalorickej reštrikcie sa zdajú byť markermi predilekcie dlhovekosti u človeka (83). Takúto kalorickú reštrikciu by bolo treba začať pravdepodobne už v detskom, minimálne strednom veku.

U testovaných probantov 67.2 % malo BMI v oblasti normálneho pásma, 13.4 % bolo v pásme kachexie a 19.4 % v pásme obezity. V prepočte na celú populáciu gerontov v okrese to znamená, že asi 2 319 jedincov je chudých, asi 3 351 tučných.

Neboli zaznamenané štatistické rozdiely v BMI medzi mestskou a vidieckou populáciou. O niečo viac chudých (celkovo) je vo vidieckej populácii, ale bez štatistickej významnosti. Štatisticky významnejšie na hladine $p < 0.05$ je viac chudých na vidieku vo vekovej skupine 75 – 79 ročných.

Pri porovnávaní mužskej a ženskej populácie je vyššie percento chudých žien ako mužov (na hladine $p < 0.01$). Najzreteľnejšie rozdiely sú evidované vo vekovej skupine 75 – 84 ročných. Literárne údaje uvádzajú opačnú štatistiku, že je viac chudých mužov ako žien (43). Dosiahnuté výsledky sú najpravdepodobnejšie podmienené vynútenou vyššou fyzickou aktivitou žien v tomto regióne.

Literárne údaje z vyspelých štátoch hlavne USA, Nemecka a Veľkej Británie sú ale d'aleko nepriaznivejšie (až cca 35 – 40 % obéznych v seniorskej vekovej kategórii) (21). Porovnáva- júc literárne údaje (27) zdá sa, že hmotnosť seniorskej generácie v našom regióne má najmenej výkyvov.

Pri sledovaní zmien príjmu potravín v posledných 20 rokov bolo zistené, že v skupine dôchodcov nápadne sa zvýšila spotreba masla, rastlinných tukov a olejov, z mäsových produktov hlavne údenín, ďalej cukru, ale tiež čerstvej zeleniny, ovocia a mlieka (96). Otázkou zostáva, či toto zvýšenie je úmerné potrebám starnúceho organizmu a či nie je vynútené finančnou situáciou. Zo štúdie Hegyiho a spol.(37) vyplynulo, že často na živobytie osamele

žijúcemu seniorovi, po odpočítaní všetkých nevyhnutných nákladov, ostáva cca 780 Sk do ktorých sa musí vtesnať aj reprodukcia materiálnych vecí a rôzne opravy.

Je treba pripomenúť, že malnutrícia sa môže vyskytnúť aj u obézneho organizmu. Chýbajúci vzťah medzi obsahom mikronutrientov a antropometrickými ukazovateľmi bol zistený aj v štúdií SENECA (112).

Z uvedeného vyplýva, že aj keď ukazovatele BMI v sledovanom súbore sú relatívne priaznivé, ich výsledky treba naozaj považovať za orientačné.

Teoreticky ľahšie by sa mala liečiť obezita ako malnutrícia. V liečbe obezity sú najjednoduchšie dokázané účinky zvýšenej fyzickej aktivity (42, 59). Medzi vhodné druhy záťaže patrí chôdza, ale tiež cvičenia prispôsobené veku a fyzickej zdatnosti klienta, aeróbného a menej intenzívneho anaeróbného charakteru (posilovanie bez záťaže) (79). Pri klinickom pokuse v r. 2002 sme v skupine 30 obéznych probantov (priemerný vek 68.7 r.) dosiahli pokles telesnej hmotnosti o 15 % bez zmien stravovacích návykov. V praxi by sme mali intenzívne bojovať proti názoru, že zmena životného štýlu v zmysle ovplyvnenia obezity vo vyššom veku, vzhľadom na krátku životnú prognózu nemá význam. Redukcia nadhmotnosti má význam v každom veku (41, 70).

Problém malnutrície v starobe je ďaleko ťažšie ovplyvniteľný ako predchádzajúci extrém. Vo veku nad 80 r. majú, aspoň mierne prejavy, takmer všetci jedinci bez ohľadu na ich socioekonomické postavenie (27). Malnutrícia je stav spôsobený nedostatkom živín. Pre pokročilé štádia bielkovinovej a energetickej malnutrície používame termín kachexia. Najvyšší stupeň kachexie sa označuje ako marasmus (65). U hospitalizovaných pacientov sme malnutríciu v posledných rokoch diagnostikovali až v 80 % prípadov.

9.5. Domáce podmienky vybranej časti súboru (vyselektovaná časť súboru Barthelovej testom)

Sebestačnosť je schopnosť uspokojovať samostatne obvyklé potreby v danom prostredí. Je daná dvoma faktormi: funkčnou zdatnosťou a náročnosťou prostredia (55).

Do úvahy samozrejme je treba brať obidva faktory, lebo vhodnou úpravou domáceho prostredia môžeme „vykompenzovať“ ľahšiu neschopnosť v aktivitách denných činností. Mnohí jedinci sú napriek svojmu postihnutiu plne sebestační v kvalitnom bývaní vyššej kategórie (výťah, centrálna kúrenie, vybavenie kuchyne, komunikačná dostupnosť a pod.) či

dokonca v bezbariérovom prostredí, ale významne závislí v náročnom prostredí. Rovnako závažná ako samotný handicap je handicapujúca situácia (49, 72).

Takmer štvrtina probantov (22 %), ktorí mali Barthelovej test pod 81 bodov, mali zlé alebo veľmi zlé domáce podmienky. V absolútnych číslach išlo o 42 probantov. Práve títo ľudia by mali byť prednostne umiestnení do ústavov sociálnej starostlivosti, a tu by mal zohrávať geriater dôležitú úlohu pri rozhodovacom konaní umiestniť takého klienta do ústavu sociálnej starostlivosti.

Pretože ide o malý súbor nie je ďalej členený na hodnotenie ženskej, mužskej, vidieckej a mestskej populácie. Navyiac pravdepodobne aj domáce podmienky sú veľmi individuálnou záležitosťou, aplikácia týchto výsledkov na celú seniorskú populáciu, ako je to uvádzané pri iných testoch by bola nepresná.

Napriek tomu, že priamo v Prešove vznikla Fakulta zdravotníctva, ktorá má aj katedru Zdravotníctva a sociálnej práce, a produkuje sociálne pracovníčky na úrovni bakalárov v Prešovskom regióne podľa zistenej situácie koncepcná sociálna práca chýba. Táto štúdia má za cieľ vyplniť túto medzeru.

Kvalitná sociálna práca zameraná na skupiny seniorov žijúcich v prirodzených komunitách, na podporu ich sociálneho začlenenia, zmysluplnej aktivity a udržania kvality života prispieva k podpore zdravého starnutia, k prevencii vzniku závislosti a potreby sociálnych služieb (117). „Sociálne“ je všetko, čo vychádza z hodnotového hľadiska na základe právnych, morálnych a spoločensky relevantných noriem (74). Sociálna práca s komunitou by mala obsahovať predovšetkým rozvoj komplexnej siete sociálnych služieb (sociálna starostlivosť ale aj sociálna intervencia), včítane jej dostatočnej návaznosti na zdravotnícke služby. Zahrňovať by mala tiež celkovú starostlivosť o kvalitu života, intergeneračné programy a podporu zdravia starších občanov (41). Zdroje na túto činnosť by sa mali čerpať z prirodzeného sociálneho prostredia a neformálnych medzil'udských vzťahov. Podpornú úlohu môže zohrávať aj mestská, či obecná samospráva.

Chýba aj informovanosť starších občanov o poskytovaných zdravotných, ale najmä sociálnych službách. Každý senior by mal mať dostatok informácii o týchto službách, aby v prípade že sa zmení jeho zdravotný stav, zníži sa schopnosť starať sa sám o seba, dokázal sa rozhodnúť a uchoval si kontrolu nad svojím životom, aby sa tiež mohol pripraviť na prípadný prechod z jedného typu služby do iného, aby si mohol získať dostatok informácii a zvoliť takú službu, ktorá najviac odpovedá jeho potrebám. Sociálny pracovník by mohol byť kľúčovým pracovníkom, ktorý seniora, prípadne jeho rodinu doprevádza a podporuje v jeho hľadaní a rozhodovaní (17, 55).

Zostáva otázkou, kto nesie zodpovednosť za komplexné plánovanie a zaistenie služieb pre seniorov v komunite. Mali by to byť ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny delegované orgány verejnej správy pri utvorených Vyšších územných celkoch (VUC), kde je priestor na koordináciu a spoluprácu zdravotných a sociálnych pracovníkov. Táto štúdia má za cieľ upozorniť riadiacich pracovníkov na túto skutočnosť.

9.6. Výsledky dotazníkov zameraných na vlastný život a jeho koniec

9.6.1. Hodnotenie vlastného života

Takmer dvadsať percent opýtaných hodnotilo vlastný život negatívne, z toho 11 % bolo nespokojných, 8,9 % dokonca uviedlo, že ich život bol bez hodnoty.

Pri negatívnom hodnotení vlastného života sa mužská a ženská populácia nelíši. O niečo viac sú so svojím životom spokojnejší muži ako ženy (ktoré viac pri odpovediach formulujú priemernosť), ale nejde o štatisticky signifikantný rozdiel.

Pri dotazníkových akciách sú výsledky menej presné, ako pri vykonávaní jednotlivých testoch, preto aj aplikácia výsledkov na celú seniorskú populáciu okresu Prešov môže mať výraznejšiu odchýlku, napriek tomu možno konštatovať, že asi 1900 občanov 65 r. a starších je v našom regióne so svojím životom nespokojných a 1500 uvádza, že ich život bol (je) bez hodnoty.

Vidiecka populácia je so svojím životom viac spokojná ako mestská. Mestská populácia viac formuluje priemernosť. Tieto rozdiely sú štatisticky signifikantné na hladine $p < 0.05$. Nesignifikantný je rozdiel medzi skupinou nespokojných, rovnaké výsledky sú v skupine, ktorí uviedli, že ich život nemá hodnotu. Pri porovnávaní jednotlivých skupín podľa vekových pásiem sú výraznejšie rozdiely v pásme 85 – 89 rokov, tam ide ale o malé čísla probantov, takže závery z týchto rozdielov nemajú výpovednú hodnotu.

V prvej časti práce pri teste GDS podľa Yesavage vykazovalo 9 % probantov depresiu ťažkého stupňa. Tento výsledok je takmer totožný so skupinou jedincov, ktorí hodnotia svoj život negatívne. Hypoteticky by mohla byť nastolená otázka: sú títo probanti depresívny pre svoj nenaplnený život, alebo depresia ich dáva do polohy nespokojných s vlastným životom ?

Aj z toho vyplýva, že poznať svojich depresívnych pacientov by mali hlavne obvodní, rodinní lekári, ktorí účinnou liečbou môžu potlačiť depresiu a tak zlepšiť kvalitu života týchto jedincov.

Spokojnosť, či nespokojnosť sú subjektívne pocity, ktoré majú multidimenzionálne pozadie a sú psychologickou kategóriou (33). V senu sú výrazne ovplyvnené adaptáciou jedinca na stárnutie, ktoré je doprevádzané somatickými aj duševnými zmenami funkcií. Kľúčový význam má schopnosť adaptácie jedinca. Na otázku ako sa možno najlepšie prispôbovať zmenám, ktoré stárnuci človek prežíva, odpovedajú rôzne teórie a z nich sa preto tiež odvodzujú rôzne zásady duševnej životosprávy, štýlu života a starostlivosť o jedinca v treťom veku. Každá z teórií adaptácie v starobe má závažné argumenty (85).

Prvú skupinu tvoria teórie aktívnej staroby. Zdôrazňujú, že základným predpokladom optimálnej adaptácie vo vyššom veku je udržanie svojej činnosti a kontaktov so svetom. Druhá teória postupného uvoľňovania z aktivít vidí základnú podmienku úspešnej adaptácie v tom, že sa jedinec z rôznych činností a funkcií postupne uvoľní. Tretia, substitučná teória, kladie dôraz na to, aby tie činnosti, povinnosti a úlohy, ktoré už starý človek pociťuje ako záťaž boli nahradené inými vhodnými aktivitami (54).

Pri riešení otázky optimálnej adaptácie so zreteľom k životnému štýlu v starobe je ale treba prihliadať k všetkým individuálnym predpokladom: zdravotným, profesným, rodinným, bytovým atď. Pre mnohých jedincov je vhodný štýl aktívnej staroby, u iných je potrebné časť aktivít obmedziť, alebo celkom vylúčiť, potom je ale vhodné hľadať za ne náhradu (102, 125).

Z uvedeného je zrejmé, že cesta životom smerom k starobe je tiež vecou životného štýlu a začlenenia do ľudských vzťahov a väzieb. Človek nie je iba biologický systém, ale tiež poznávajúca, prežívajúca, myslíaca a jedajúca bytosť. Má prirodzenú potrebu sebarealizácie. Z toho vyplýva tiež výzva adresovaná najmä tým mladším v rôznych spoločnostiach: je treba brať ohľad na integritu osobnosti starého človeka a rešpektovať jeho voľbu adaptovať sa takým spôsobom, ktorý mu vyhovuje, kedy sa trebárs odmieta prispôbiť názorom a požiadavkám, ktoré sú v rozpore s jeho názormi. Je treba rešpektovať osobnú slobodu i toho najstaršieho človeka. Akúsi proklamáciu vnútornej nezávislosti môžeme vidieť vo výroku známeho francúzskeho filozofa Henriho Bergsona „Dovoľte mi, aby som si naplnil hlavu myšlienkami podľa svojho vkusu a ja potom budem ochotný nosiť klobúk podľa Vašej módy „ (53).

Nezávislosť v názoroch a rozvíjaní štýlu života podľa vlastných predstáv, to je druhá strana mince – prispôsobivosti v starobe. Myslí sa na adaptáciu, ktorá pracuje v dvoch rovinách, ktoré sa navzájom dopĺňujú. Ide o rovinu akomodácie, kedy sa človek prispôsobuje zvláštnostiam situácie, problému, či úlohy a o rovinu asimilácie, kedy človek prispôsobuje veci sebe (54).

Z toho je zrejmé, že mnohé vlastnosti ktoré radi pripisujeme starobe, nie sú dôsledkom veku, ale individuálnych zvláštností osobnosti. Tieto zvláštnosti sa ale môžu v priebehu starnutia zvýrazniť. V starobe majú psychické schopnosti a vlastnosti ešte väčší rozptyl ako v predchádzajúcich etapách. Je to dôsledok zvýraznenej individualizácie a vplyvu životných skúseností (82, 87).

Všeobecne sa má za to, že úspešný je ten, kto sa dokáže prispôbiť. Ale radiť niekomu „ snaž sa prispôbiť a budeš sa mať lepšie „ patrí k radám, ktoré sú často neúčinné, keď ich potrebujeme, lebo sú málo konkrétne. Pokiaľ ide o adaptáciu, mali by sme vždy brať do úvahy, kto sa má prispôbiť, v čom sa prispôbiť, kedy a ako. To sú štyri dôležité hľadiska diferencovaného prístupu k otázke adaptácie (54).

Otázku spokojnosti so svojím životom možno považovať za jednu z najdôležitejších. Ide o schopnosť sebatranscedencie, ktorá znamená, že človek je zameraný na niečo iného ako povedzme na chorobu alebo iné nepriaznivé dôsledky staroby: je zameraný sám na seba. Je zameraný na zmysel, ktorý má byť naplnený, alebo na iných ľuďoch, s ktorými by sa v láske stretol. Peknú knihu na túto tému napísal Křivohlavý „ Mít pro co žít „

Tým sa dostávame k otázke naplnenia života. Patrí vedomie a pocit naplnenia života iba k mimoriadnym životným situáciám, ktoré vedú k autoreflexii a k bilancovaniu ? Do pojmu naplnenia života je treba zahrnúť celú subjektívnu skutočnosť, najmä sebareflexiu, sebahodnotenie, prežitky kladné i záporné, aj usilovanie o naplnenie života. Je to téma ku ktorej nájdeme málo konkrétnej literatúry. V Havighurstových často citovaných piatich kritériách životnej spokojnosti nenájdeme nič, čo by sa vzťahovalo k naplneniu života láskou a prácou. Ak sa chceme dostať k hlbším stavom vedomia a prežívania ako je life satisfaction (životná spokojnosť) alebo well-being (pohoda), nemôžeme nechať bokom špecifiká hlbokých životných kríz, ku ktorým patrí choroba, strata životného partnera, či rozpad rodiny (82). Na rozdiel od záverov skúmania bazírujúcich len na skóre life-satisfaction a na determinantách tejto konštrukcie nájdeme napr. u Mrkvičku (68) pekňú formuláciu, že o integritu, celistvosť je treba zápasit' v napätí medzi životným naplnením a životnou prázdnotou. Tieto polarítty života, naplnenie a prázdnota, vystupujú tým viac do popredia sebauvedomenia a sebaaprežívania, čím je jedinec starší (75).

Pri dlhodobej chorobe v starobe môže výraznejšie narastať napätie medzi naplneným a nenaplneným časom, napätie medzi pocitom rýchle plynúceho času a potrebou po jeho naplnení. K tomu ale Frankl presvedčivo poznamenal, že každému jedincovi i v sebet'azšej situácii vždy ešte zostáva určitý akčný rádius k tomu, aby mohol štrukturovať svoj čas spôsobom, ktorý najviac umožňuje naplňovanie života. Lebo ako to lapidárne napísala Eric Berne: Time is not going, we are going through the time (čas sa nepohybuje, my sa pohybujeme v čase).

Zaujímavý je aj vzťah spokojnosti života alebo skôr momentálneho šťastia (well-being) a hmotných statkov. Z dostupných informácií možno uviesť, že ďaleko väčšiu životnú pohodu zažívajú tí, ktorých životný štýl by sa dal charakterizovať „z ruky do úst,, ako napr. v niektorých afrických, či stredo-amerických štátoch. Naopak, dobre materiálne zabezpečení majú niekedy ďaleko do optimálnej životnej pohody.

Oproti literárnym údajom (85) je v uvedenom súbore viac (až 80 %) ľudí, ktorí hodnotia svoj život slovom spokojnosť, alebo priemernosť a pritom ako už bolo uvedené východné Slovensko patrí medzi najchudobnejšie regióny EU. A zaiste pomyselná chudoba dominuje hlavne v seniorskej populácii.

9.6.2. Predstava o konci života

Jednoznačne v odpovediach dominuje túžba človeka zomrieť v „rodinnom kruhu“ (tak ako bol charakterizovaný vyššie). Iba 17 % opýtaných uviedlo za miesto svojich posledných dní inštitúciu a 12 % to bolo jedno.

V súčasnosti nie je prijatý jednotný názor, kde prežiť posledné dni života. Určujúcim by malo byť subjektívne pranie každého jedinca, ktoré sa môže považovať za optimum (86, 93) Čo je ale optimálne potom, ak subjektívne pranie nie je možné zabezpečiť ?

V predchádzajúcej práci som zisťoval miesto úmrtia seniorov nášho regiónu v päť ročnom intervale na jednom z vytipovaných zdravotných obvodoch (120). Doma umierala necelá tretina ľudí, ale zato až 56.3 % v nemocnici. Z tých čo zomreli v nemocnici alebo inej inštitúcii len 15 % zomieralo za prítomnosti blízkej osoby. Tí, čo umierali doma len jedna štvrtina umierala v súžití s manželským partnerom. Za najspol'ahlivejšieho človeka v posledných dňoch bola označená v 73 % dcéra. Spolužitie s inými príbuznými v súčasnej ekonomickej situácii sa javilo často ako veľmi problémové, až nemožné.

V ženskej populácii ešte viac vyniká túžba a želanie prežiť svoje posledné dni v kruhu svojich najbližších (štatistická významnosť na hladine $p < 0.025$), mysliac pritom skôr na potomkov ako životného partnera, keďže väčšina žien v tomto veku sú vdovy alebo inak osamelé. Rozdiely v ostatných odpovediach (v inštitúcii, nezáleží) sú bez štatistickej významnosti.

Muži ako je vidieť viac inklinujú k inštitúciám alebo ku situácii, ktorá bola nazvaná „nezáleží na tom“. Rozdiely v každej z uvedených troch možností oproti ženskej populácii sú signifikantne významné na hladine $p < 0.05$.

Vo všetkých sociologických prácach sa uvádza, že dotazníkové skúmania sú menej presné. Napriek tomu možno uvažovať o asi troch tisícoch seniorov, ktorí by chceli svoje posledné chvíle stráviť v inštitúcii.

Ak už inštitucionálna starostlivosť v posledných chvíľach života, potom ako najideálnejší sa javí moderný typ paliatívnej inštitúcie, ktorý ponúka umierajúcim a ich rodinným príslušníkom pomoc tam, kde prostriedky bežných liečebných postupov, ale tiež sily a schopnosti najbližšieho okolia často zlyhávajú (34, 102). Typickou inštitúciou takto chápanej paliatívnej starostlivosti je hospic ako posteľové zariadenie alebo program komplexnej starostlivosti, ktorá je poskytovaná v domácom, alebo náhradnom sociálnom prostredí (34). V posledných rokoch došlo k rozšíreniu koncepcie paliatívnej starostlivosti o nové spektrum diagnóz (napr. demencie) a širší časový úsek. Navyiac začínajú vznikať mobilné hospice, kde je možná kombinácia aj domáceho pobytu aj kvalitnej zdravotníckej starostlivosti.

Bohužiaľ zatiaľ tieto zariadenia sú skôr budúcou predstavou, ako realitou. V systéme zdravotnej a sociálnej starostlivosti chýba monitorovanie kvality starostlivosti o umierajúcich, následne chýba potom aj tlak a požiadavky na riešenie týchto problémov, takže často tieto zariadenia sú vytvárané iba na charitatívnej báze. A organizátori zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb akoby sa tešili, že tieto problémy nemusia riešiť. Aj pre samotných riaditeľov nemocníc je otázka paliatívnej starostlivosti, vytvárania hospicov vzdialená a rozhodne nie prioritná.

V rokoch 2003-04 bol v ČR urobený rozsiahly výskum o stave starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich, ktorého realizátorom bolo občianske združenie „Cesta domú“. Urobený výskum potvrdil nalievajúcu potrebu skvalitniť starostlivosť o umierajúcich, radikálne zvýšiť dostupnosť modernej paliatívnej starostlivosti, rozvíjať domácu paliatívnu starostlivosť, zlepšiť starostlivosť o umierajúcich v zdravotníckych a sociálnych inštitúciách (106). Jeho veľkým prínosom môže byť zmena nášho vzťahu nielen k smrti, ale aj celému nášmu životu.

Z výskumu vyplýva, že veľká časť zomierajúcich posledné obdobie života trávi v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, kde sa sice o nich starajú profesionálni pracovníci, ale tí sami priznávajú, že ich znalosti a schopnosti v tejto oblasti sú nedostatočné. Z dotazníkových akcií vyplynulo, že medzi obyvateľmi prevláda nespokojnosť so súčasným stavom starostlivosti o umierajúcich. Najkritickejšie je hodnotené psychické utrpenie chorých a nedostatočné venovanie sa profesionálov sociálnym väzbám pacientov v období, kedy postihnutý už nie je schopný tieto väzby udržiavať (34). Účasť pacienta a rodiny pri dôležitých rozhodnutiach profesionálov je skôr výnimkou ako pravidlom. Informovanosť laickej aj odbornej verejnosti o paliatívnej liečbe a paliatívnych postupoch je veľmi nedostatočná. Pokiaľ sa rodina rozhodne starať o terminálne chorého pacienta doma, podstupuje riziko nesmierne náročného a v mnohých ohľadoch často nezaisteného procesu, nezriedka bez podpory a nie raz cez odpor zdravotníkov.

Aj tento výskum potvrdil zásadný rozpor pozorovaný aj v tejto štúdii: zásadný rozpor medzi preferenciami verejnosti a súčasným stavom starostlivosti o terminálnych a umierajúcich pacientov. 75 % všetkým úmrtí nastáva v inštitúcii, 80 % opýtaných si ale nepraje v tomto prostredí zomrieť.

Za veľké pozitívum občianskeho združenia Cesta domú možno považovať návrh riešenia tejto problematiky v závere tohto projektu (106). Takéto ciele umocnené o percento zaostávania za ČR v terminálnej starostlivosti by mali byť vlastné aj Slovenskej republike.

V Prešovskom kraji (v súčasnosti oficiálny názov: vyšší územný celok - VUC) existuje iba jeden „tradičný“ hospic, ktorý má 24 postelí (Bardejovská Nová Ves), domáca hospicová starostlivosť je skôr náhodná služba, insuficientne poskytovaná agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). V ČR bolo už v roku 2000 k dispozícii 170 postelí v zariadeniach pre paliatívnu starostlivosť (77).

Geriatrické oddelenie v Prešove je preto často miestom životného finále seniora. Za celý čas existencie na oddelení zomrelo asi 2500 pacientov a treba priznať, že hlavne prvé roky činnosti oddelenia v tomto smere boli zo strany zdravotníckych pracovníkov nedostatočné. Veľký prínos v tejto oblasti znamenalo vydanie publikácie „Thanatologie“ od H. Haškovcovej (34).

Napriek mnohým pozitívnym zmenám v slovenskom zdravotníctve za posledných 16 rokov sa väčšine život končiacich ľudí nedostáva adekvátna starostlivosť. Záver života mnohých ľudí je často sprevádzaný zbytočným utrpením, osamelosťou a stratou dôstojnosti (35), hoci umieranie je bazálnou otázkou pre každého jedinca.

9.7. Hodnotenie probanta investigátorom

79 % probantov hodnotili investigátori ako pozitívne pôsobiacich s normálnym vzťahom k životu, uvedomujúc si svoje miesto a dôležitosť vo vlastnom mikrosvete. Vyzerajú a pôsobia pokojne. 12 % probantov bolo zaradených do skupiny apaticky pôsobiacich, ktorí akoby nechali svoju životnú loď plávať napospas osudu. 9 % testovaných pôsobili ako zúfalí jedinci, ktorí by už najradšej mali všetko za sebou. Bez zvedavosti nad budúcnosťou, bez chuti pomôcť okoliu, či sebe, bez aktívneho náboja niečo zmeniť okolo seba.

V literatúre takéto údaje chýbajú, preto ani porovnanie nie je možné. Z Gaussovej krivky rozloženia súborov by sa dalo ale konštatovať, že odchýlka je štandardná.

Najvýraznejší rozdiel medzi vzhlľadom a pôsobením ženskej a mužskej populácie je v skupine apatických, v ktorej muži majú až o 6 % vyššie zastúpenie (štatistická významnosť na hladine $p < 0.025$).

Aj rozdiel medzi vidieckou a mestskou populáciou je hlavne v skupine apaticky pôsobiacich probantov. Štatistická významnosť dosahuje hladinu $p < 0.05$.

10. Závěry a výstupy pre prax

Starostlivosť o starých ľudí a jej úroveň je obrazom úrovne celej spoločnosti. Jej cieľom je nielen dosiahnutie celkovej zdravotnej kompenzácie, ale aj udržanie na základe pohotovej a kontinuálnej starostlivosti, jednak medicínskych ale aj sociálnych služieb v ich celkovej šírke. Pribúdanie starých ľudí zaväzuje v podstate každú spoločnosť na svete, aby podľa svojich schopností a ekonomických možností rozvíjala komplexnú starostlivosť o svojich starých občanov.

10.1. Závěry pre vlastnú činnosť

Tento výskum jednoznačne potvrdil, že funkčná nespôsobilosť seniora je rovnako dôležitá ako mnohé ďalšie atribúty, ktoré podmieňujú a ovplyvňujú kvalitu života. Zlepšiť súčasnú situáciu možno realizáciou nižšie uvedených okruhov.

10.1.1. V krátkodobom horizonte

1. Zaviesť na oddelení komplexné geriatrické hodnotenie, ktorého súčasťou bude doporučenie ďalších postupov v prepúšťacej správe.
2. Urobiť pre obvodných lekárov sériu prednášok o hodnotení funkčného stavu pacienta aj s uvedením možností ako ovplyvniť tento stav.
3. Na odborných seminároch sestier geriatrického oddelenia ich oboznámiť s problematikou funkčného vyšetrenia pacienta a využitia získaných výsledkov na zlepšenie stavu pacienta.
4. V rámci výuky sestier - bakaláriek Fakulty zdravotníctva Prešovskej Univerzity (ďalej FZ PU) venovať náležitú pozornosť tejto kapitole geriatrickej medicíny.

10.1.2. V dlhodobom horizonte

1. Vytvoriť na oddelení jednotku kognitívnych porúch podľa vzoru podobných jednotiek, ktoré sa venujú pacientom s Alzheimerovou chorobou.
2. V spolupráci s Prešovskou univerzitou vrátiť sa k činnosti „Akadémie tretieho veku“, ktorá bola (hlavne pre nedostatok entuziazmu) medziasom zrušená. Umožniť v rámci tejto akadémie „tréningy mozgu“, ktoré by mohli oddialiť kognitívne poruchy.

3. V spolupráci s rehabilitačným oddelením nemocnice vypracovať racionálne rehabilitačné postupy pre pacientov s insuficientným Barthelovej testom.
4. V spolupráci s Fakultou športu Prešovskej univerzity vytvoriť možnosti na pravidelné telesné cvičenie seniorov. Tieto „krúžky“ môžu viesť študentky Fakulty zdravotníctva
5. Zakúpiť pre oddelenie základné pomôcky potrebné na zlepšenie bežných denných činností hospitalizovaných pacientov.
6. Spolupracovať s lekármi primárneho kontaktu pri odhaľovaní porúch funkčnej zdatnosti seniorov.
7. Pripraviť sériu prednášok o problematike funkčných porúch pre pracovníkov ústavov sociálnej starostlivosti v okrese.
8. Koordinovať činnosť všetkých zložiek, ktoré sa starajú o geriatrickú populáciu (ústavy sociálnej starostlivosti, charitatívne ustanovizne eventuálne aj súkromné opatrovateľské ústavy) do stavu, ktorý zodpovedá svetovým štandardom aj so zameraním na funkčné poruchy jedincov.
9. Spolupracovať s Ústavom sociálneho lekárstva LF KU v Plzni na ďalších projektoch a vzájomným porovnávaním usmerňovať rozvoj geriatrickej na Slovensku v celosvetových intenciách.

10.2. Celookresná pôsobnosť

Umocňovať zásady štátnej zdravotnej politiky ochrany starších občanov, ktoré vychádzajú z:

- princípu solidaritu jednotlivca a všetkých
- princípu zvýšenej spoluzodpovednosti pacienta
- princípu dôstojnosti starého človeka.

Tieto zásady sú v súlade s programom Svetovej zdravotníckej organizácie a mali by byť plnené ako to vyplýva z rozpracovania Národného programu ochrany starých ľudí pre Slovenskú republiku (r. 1999) a Európskej sociálnej charty časti I. čl. 11 a časti II. čl. 13. Rovnaké zásady sú aj v Ústave SR, článku 12, odst. 1 a článku 40.

V spolupráci s FZ PU doplniť zásady štátnej zdravotnej politiky o oblasť sociálnej sféry s aplikáciou na podmienky okresu.

10.2.1. V krátkodobom horizonte

Upozorniť odbor sociálnej práce VUC a mestskej samosprávy, že v spádovosti žije asi 700 obyvateľov s ťažkou poruchou bežných denných činností, ktorí vo väčšine prípadov potrebujú inštitucionálnu starostlivosť (vo výnimočných prípadoch sa o takto postihnutých starajú rodinní príslušníci, s takouto starostlivosťou možno počítať u 5 % pacientov)

Rovnako upozorniť na asi 600 obyvateľov v našej spádovosti, ktorí trpia kognitívnou poruchou ťažkého stupňa a z ktorých väčšina potrebuje inštitucionálnu starostlivosť.

Upozorniť odbor sociálnej práce, že so stredne ťažkou poruchou denných činností máme v spádovosti asi 540 občanov, s ľahkou poruchou asi 1260 občanov. Rovnako upozorniť, že kognitívnou poruchou stredne ťažkého stupňa trpí asi 930 občanov a ľahkou poruchou asi 1790 spoluobčanov. Pre týchto klientov máme len 1008 platených opatrovateľov a 2 agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Donáška jedla do domu je zabezpečená len pre 134 obyvateľov.

Upovedomiť samosprávy miest a dedín o nevyhovujúcich životných podmienkach funkčne postihnutých jedincov. Týka sa to asi 20 % populácie s poruchami denných činností.

Informovať o tejto nevyhovujúcej situácii v mestskej a okresnej tlači, v spolupráci s výborom SGGS dať informácie aj do celoštátnych periodík.

Vytvoriť a zabezpečiť informačný a poradenský servis pre seniorov.

10.2.2. V dlhodobom horizonte

Získať pre lekárov-geriatrov štatút spolurozhodovania o zaradení postihnutého jedinca do ústavu sociálnej starostlivosti alebo inej inštitucionálnej starostlivosti.

Zmapovať celú generáciu seniorov nielen čo sa týka zdravotného stavu, ale aj funkčných schopností. Na základe takéhoto komplexného posúdenia v spolupráci s inými pracovníkmi navrhnúť pre seniora najvyhovujúcejšiu formu jeho budúcej existencie.

Navrhnuť a podľa možnosti zasadiť sa, aby vyštudované sociálne pracovníčky boli umiestňované do terénu, aby ich spolupráca s lekármi primárneho kontaktu bola na potrebnej úrovni.

11. SÚHRN

Skríning starých ľudí je veľmi dôležitý z hľadiska posúdenia ich sebestačnosti. Značná časť starých ľudí má dosiaľ nepoznané ťažkosti, ktoré by bolo možné počas procesu vyhľadávania zistiť a liečiť. Toto je vo svete dnes všeobecne uznávané, ale spôsob ako to robiť zostáva problémom.

Jedným z nich môže byť aj spôsob, ktorý bol prezentovaný v tejto práci. Vyhľadávanie funkčného postihnutia seniora môže byť oveľa efektívnejšie, ako odhaľovanie nepoznaných symptómov. Zanedbaná funkčná schopnosť býva často finančne veľmi náročná.

Prezentovanými testami bol zmapovaný funkčný stav geriatrickej populácie na výpovednej vzorke probantov okresu Prešov, ktorá dovoľuje aplikovať tieto výsledky na celú seniorskú populáciu okresu.

Pri vykonávaní bežných denných činností sa zistila asi u 7.3 % seniorov ľahká, u 3.1 % stredne ťažká a u 4.1 % ťažká porucha s potrebou celodennej starostlivosti.

Kognitívnu poruchu ľahkého stupňa vykazovalo 10.1 % probantov, stredne ťažkú 4.7 % a ťažkú 3.8 % pacientov.

Depresia ťažkého stupňa bola identifikovaná u 8.9 % probantov, zväčša neidentifikovaných a neliečených.

Index telesnej hmotnosti dopadol priaznivo v porovnaní s populáciami vyspelých krajín: 67.2 % probantov sa pohybovalo v pásme normy, 19.6 % v pásme obezity a 15.1 % v pásme kachexie.

Zlé domáce podmienky u probantov so závažnejšími poruchami bežných denných činností (stredný a ťažký stupeň poruchy) boli zistené až v 22 %.

Dotazníkové odpovede a výzor probantov umožnili vytvoriť si plastickejší obraz o tejto generácii. 20 % probantov hodnotilo svoj doterajší život negatívne. Prežiť koniec svojho života si praje 71 % opýtaných v kruhu svojich blízkych, 17 % v inštitúcii a 12 % je to jedno. 12 % probantov investigátor hodnotil ako apatických, 9 % ako zúfalých.

Takéto zmapovanie bolo urobené prvýkrát na Slovensku vôbec.

Starobu nepovažujme za problém, ale za výzvu! Latka našich snažení nesmie zostať na zemi, lebo by to nebola latka, ale obyčajná palica a tej si starí ľudia doteraz užili dosť.

12. SUMMARY:

Screening of old people is very important from the point of evaluating their independence. Great number of seniors has numerous unidentified problems that could be treated during the process of identification. This theory is a well-adopted theory in the world however the way of realization is still a problem.

One of the ways of realization is presented in my research. Search and identification of functional problem and disorder of seniors can be far more effective as revealing unknown symptoms. Neglected functional ability is usually very financially consuming.

In my research I mapped functional status of geriatric population by presented tests at selected sample of probants of Presov county, with achieving the results applicable at the whole senior population of the county.

While carrying out the daily tasks, there were 7.3% of seniors with light, 3.1% with medium, and 4.1% with severe disorder and thus need for all day long care.

Cognitive disorder of light stage was reached by 10.1 % of probants, medium stage by 4.7 % and severe by 3.8 % of probants.

Depression of severe stage was identified with 8.9 % of probants, usually unidentified and untreated.

Index of body weight was evaluated positively in comparison with populations of industrialized countries: 67.2 % of probants was in the limit of norm, 19.6 % was in the range of obesity, and 15.1% was in the range of cachexia.

Unsatisfactory home conditions of patients with medium and severe disorder of daily tasks needs were identified with 22% of probants.

Questionnaire responses and screening of probants helped us understand more closely the situation of this generation. 20% of probants judged their own life negatively. 71% of respondents wish to spend the rest of their lives with their families, 17% in institution, and 12% do not care. 12% of probants were evaluated by investigator as apathic, 9% as depressed.

Such screening was performed in Slovakia for the first time ever.

Senior age should not be considered a problem but a challenge. The desirable level of our care and efforts should not be on the ground never moving up to higher standards as then it would not represent a level but a misery which seniors experienced more than enough during their lives so far.

13. Pod'akovanie

Ďakujem Dekanátu Lékařskej fakulty Karlovej univerzity v Plzni za umožnenie kombinovanej formy doktoranského študijného programu, za možnosť absolvovať dielčie skúšky na jej pracoviskách, za vytváranie časových podmienok k napísaniu predloženej práce.

Úprimne ďakujem školiteľke doc. MUDr. Helene Zaváزالovej, CSc, vedúcej Ústavu sociálneho lékařství Lékařskej fakulty Univerzity Karlovej v Plzni za vedenie, usmernenie a náročnosť při príprave tejto práce.

Ďakujem celému kolektívu Ústavu sociálneho lékařství Lékařskej fakulty Univerzity Karlovej v Plzni za vytvorenie pracovnej, priateľskej atmosféry na ústave, ktorá mi umožnila konzultovať o problematike v rôznych oblastiach a v rôznom čase.

Ďalej sa chcem sa poďakovať viacerým za nezištnú pomoc a ochotu pri realizácii tejto práce:

Riaditeľstvu našej nemocnice za poskytnutie časového priestoru.

Vedeniu Fakulty zdravotníctva PU za umožnenie študentkám zúčastniť sa na tomto výskume.

Obvodným lekárom

MUDr. Baníkovi Miroslavovi (NZA Lemešany),

MUDr. Liptákovi Dušanovi (NZA Veľký Šariš),

MUDr. Knišovej Eve (NZA Prešov),

MUDr. Abu-ZaidoviMartinovi (NZA Prešov)

za umožnenie vyšetriť seniorov v ich zdravotnom obvode.

Ing. Viťovi Dutkovi za pomoc při štatistickom spracovávaní výsledkov.

Pani Malinovskej Vlaste, sociálnej sestry Geriatrického oddelenia v Prešove za množstvo sekretárskej práce.

Prehlásenie

Autor súhlasí s požičaním práce



14. Použitá literatúra:

1. Abrams, W.B., et al.:
Merck manual of geriatrics, 2-nd ed., Merck and Co., INC., 1995, kapitola 17: 224-235
2. Alan, J.:
Etapy života očima sociologie, Praha, Panorama, 1989, 86 - 112
3. Annanjev, B.G.:
Človek ako predmet poznania, Bratislava, Psychodiagnostika, 1980, 216 – 224
4. Baker, D.W., Hays, R.D., Brook, R.H.:
Understanding changes in health status, Med Care, 1997, 35: 175 – 182
5. Ball, K., Berch, D.B., Helmers, K.F., et al.:
Effects of cognitive training interventions with older adults, a randomized controlled trial
Can J Appl Physiol, 2003, 28: 178 – 189
6. Barry, P.P.:
Geriatric clinical training in medical schools, Am J Med, 1994, 97: 8 – 9
7. Berkman, L.F., Seeman, T.E., Albert, M., et al.:
High, usual, and impaired functioning in community-dwelling older men and women. Findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. J Clin Epidemiol, 1993, 46: 1129 – 1140
8. Beckett, L.A., Brock, D.B., Lemke, J.H., et al.:
Analysis of change in self reported physical function among older persons in four population studies
Am J Epidemiol, 1996, 143: 766 – 778
9. Boult, C., Boult, L., Pacala, J.T.:
Systems of care for older populations of the future, J Am Geriatr Soc, 1998, 46: 4- 505
10. Bowling, A., Grundy, E.:
Changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people
Age Ageing, 1997, 26: 107 – 114
11. Breitner, C.S., Welsh, K.A.:
Diagnosis and management of memory loss and cognitive disorders among elderly persons
Psychiatr Serv, 1995, 46: 29 – 35
12. Byock, I.:
Dying well – The prospect for Growth at the End of Life, Riverhead Books, 1997, 45-49
13. Campion, E.W.:
Specialized care for elderly patients, N Engl J Med, 2002, 346: 874 – 875
14. Cohen, H.J., Feussner, J.R., Weinberger, M., et al.:
A controlled trial on inpatient and outpatient geriatric evaluation and management
N Engl J Med, 2002, 346(12): 905 – 912
15. Copeland, J.R., Prince, M., Wilson, K.C., et al.:
The Geriatric Mental State Examination in the 21st. Century, Int J Geriatr Psychiatry, 2002, 17: 729 – 732
16. Crimmins, E.M., Saito, Y., Ingegneri, D.:
Trends in disability-free life expectancy in the United States
Population and Development Review, 1997, 23: 555 - 572
17. Čornaničová, R.:
Edukácia seniorov, Bratislava, UK, 1998, 43 - 46
18. Chew, C.A., Wilkin, D., Glendenning, C.:
Annual assesment of patients aged 75 yers and over, General practitioners and practice nurses'view and experiences, Br J Gen Pract, 1994, 44: 263 – 267

19. Chin, A., Paw, M.J., Dekker, J.M., et al.:
How to select a frail elderly population? Comparison of three working definition
J Clin Epidemiol, 1999, 52: 1015 – 1021
20. Elam, J.T., Graney, M.J., Beaver, T., et al.:
Comparison of subjective ratings of function with observed functional ability of frail older persons
Am J Public Health, 1991, 81: 1127 – 1130
21. Elia, L.:
Obesity in the elderly, Obes Res 2001, 9 (4): 244 – 248
22. Evans, J.G., et al.:
Oxford Textbook of Geriatric Medicine, Oxford UP, 2000, 17-18
23. Farankl, V.E. :
Vúle ke smyslu, Brno, Cesta, 1994, 24 - 32
24. Ferruci, L., Guralnik, J.M., Cecchi, F., et al.:
Contant hierarchic patterns of fyzikal functioning across seven populations in five countries
Gerontologist 1998, 38(3): 286-294
25. Ferruci, L., Cavazzini, C., Corsi, A., et al.:
Biomarkers of frailty in older people, J Endocrinol Invest, 2002, 25: 10 – 15
26. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. :
Mini mental state, a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician
J Psychiatr Res, 1975, 12: 189 – 198
27. Forbes, G.B., Reina, J.C.:
Adult lean body mass declines with age, some longitudinal observation , Metabolism, 1970, 19: 653 – 663
28. George, L.K.:
Dignity and quality of life in old age, J Ger Soc Work, 1998, 29: 39 – 52
29. Goldman, N., Korenman, S., Weinstein, R.:
Marital status and health among the elderly, Soc Sci Med, 1995, 40: 1717 – 1730
30. Grenberg, J.A.:
Biases in the mortality risk versus body mass index relationship in the NHANES-1 epidemiologic follow-up
study, Int J Obesity, 2001: 25: 1071 – 1078
31. Guralnik, J.M., Ferruci, L., Simonsick, E.M., et al.:
Performance Measures of Physical Function in Comprehensive Geriatric Assesment
The State of the Art.Milano, Kurtis, 1995, 312 p.
32. Gurland, B.J., Meyers, B.S.:
Geriatric psychiatry, N.Y.,: Am Psychiatr Press, 1998
33. Haškovcová, H.:
Lékařská etika, Praha, Galén, 1994, 112 – 124
34. Haškovcová, H.:
Thanatologie. Náuka o umírání, Praha, Galén, 2000: 85 – 95
35. Haškovcová, H.:
Umírání a smrt
In: Vorlíček J, Adam Z, Paliativní medicína, Praha, Grada Publishing, 1998, 369 – 383
36. Heckhausen, J.:
Psychische Entwicklung im Lebenslauf, Psychomed 1990, 2: 144-149
37. Hegyi, L.:
Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricie, Bratislava, INZ, 1996, 62-65
38. Hegyi, L., Krajčík, Š.:
Geriatricia pre praktického lekára, Bratislava, HERBA s.r.o., 2004, 2. časť: 38-4

39. Hegyi, L., Potocký, A.:
Problémy seniorov ma konci storočia, EURAG Bratislava , RETAAS, 1999
40. Holčík, J., et al.:
Vademecum sociálného lékařství, Praha, Avicenum, 1989, 160-172
41. Holmerová, I.:
Stárnout zdravě-Projekt Ageing Well Europe, Praha, Národní pojištění, 2000, 36-42
42. Hruza, K.V., Hicks, A.L., McCartney, N.:
Training for muscle power in older adults, effects on functional abilities
Can J Appl Physiol, 2003, 28: 178 – 182
43. Hu, Y., Goldman, N.:
Mortality differentials by marital status, an international comparison
J Am Geriatr Soc, 1997, 45: 312 - 320
44. Johnson, J., Sims, R., Gottlieb, G.:
Differential Diagnosis of dementia, delirium and depression, Implications for drug therapy
Drug and Aging, 1994, 5: 431 – 435
45. Kalvach, Z.:
K pojetí geriatrické medicíny a diferencované geriatrické péče, Čas Lék Čes, 2001, 22: 679 – 684
46. Kalvach, Z., a kol.:
Geriatric a gerontologie, Praha, GRADA Publishing, 2004, kapitola 1., 2.: 115-201
47. Kane, R.L.:
The implications of assesment, J Geront, 1993, 48: 27 – 31
48. Kane, R.L., Ouslander, J.G., Abrass, I.B.:
Essentials of Clinical Geriatrics, 1994, 3 nd, N.Y., McGraw-Hill, Medical Series, 164
49. Kasalová, H., Schimmerlingová, V.:
Problémy starých občanů se sníženou soběstačností
Bratislava, Výskumný ústav práce a sociálních vecí, 1991, 77 s.
50. Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., et al.:
Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist, 1970, 10: 20-30
51. Kind, P., Dolan, P., Gudex, C., Williams, S.A.:
Variations in population health status. Result from a Unetid Kingdom national questionnaire survey
Br Med J, 1998, 316: 736 – 741
52. Kite, M.E., et al.:
Stereotypes of young and old: Does age outweigh gender?, Psychology and Aging , 1995, 8: 19-27
53. Klein, R.:
From evidence-based medicine to evidence-basaed policy ?
J Health Serv Research and Policy, 2000, 5: 65 – 66
54. Kondáš, O.:
Klinická psychológia, Martin, Osveta, 1977, 342-345
55. Koval, Š.:
Antropologický rozmer epidemiológie staroby, Košice, PonT s.r.o, 2001, 89-105
56. Koval Š,
Týranie starých ľudí, Košice, PonT sro, 2001, 142 - 148
57. Krajčík, Š.:
Kvalita života starých ľudí, Bratislava, Geriatria, 3/ 1999: 20-24
58. Kruse, A.:
Entwicklungspotential im Alter, Alter und Gesselschaft, Stuttgart, Hirzel, 1995: 63 – 86
59. Landi, F., Zuccala, G., Gambassi, G., et al.:
Body mass index and mortality among older people, J Am Ger Soc, 1999, 47: 1072 – 1076

60. Lawton, M.P., Brody, E .M.:
Assesment of older people, Self-maintaining and instrumental activities of daily living
J Am Geriatr Soc, 1983, 37: 267 – 271
61. Leveille, S.G., Guralnik, J.M., Ferruci, L., Langlois, J.A.:
Aging successfully until death in old age, opportunities for increasing active life expectancy
Am J Epidemiol, 1999, 149(7): 654 – 664
62. Litomerický, Š., et al.:
Geriatrics, Bratislava, Teleflash, 1993, 82 - 86
63. Mahoney, F.I., Barthel, D.W.:
Functional evaluation: the Barthel index, Maryland State Med J, 1965, 14: 61-65
64. Maly, R.C., Leake, B., Frank, J.C., et al.:
Implementation of consultative geriatric recommendations, the role of patient-primary care physicians
concordance, J Am Geriatr Soc, 2002, 20(5): 1372 – 1380
65. McPhee Chapman, I.:
Endocrinology of anorexia of ageing, Clin Endocrin Metabol 2004, 18(3): 437 - 452
66. Means, R., Smith, R.:
The development of welfare services for elderly people, N Engl J Med 2002, 12: 905 – 912
67. MKF, Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, disability a zdravia
Bratislava, EKOVYS, 2003, 198
68. Mrkvička, J.:
Knížka o radosti – rozpravy o rústu a tvorbě osobnosti, Praha, Avicenum, 1984, 156 st.
69. Muir Gray, J.A.:
Evidence-based Healthculture, Edinburgh, ICN, 1997, 55-64
70. Murphy, R.F.:
Úvod do kultúrní a sociální antropologie, Praha, SN, 2001, 63-64
71. Onder, G., Penninx, B.W., Lapuerta, P., et al.:
Change in physical performance over time in older women,
J Gerontol A Biol Sci Med, 2002, 57 (5): 289 – 293
72. Obadalová, M.:
Senioři, bydlení a služby v zeměj EU, Praha, Sociální politika, 2001, 27: 13 – 15
73. Pacovský, V.:
Geriatrická diagnostika, Praha, SCIENTIA MEDICA, 1994, 6 - 8
74. Pacovský, V.:
Zdravý senior, nemocný starý člověk, geriatrický pacient, Prakt Lék, 2001, 10: 552 – 554
75. Pacovský, V.:
O stárnutí a stáří, Praha, Avicenum, 1990, 48 – 49
76. Pauling, L.:
How to live longer and feel better, N.Y., Avon books, 1987, 362 – 365
77. Rabušic, L.:
Populační projekce České republiky do roku 2030, Demografie, 1994, 36: 100 – 114
78. Radvansky, G.A., Curiel, J.M., Zwaan, R.A., Copeland, D.E.:
Situations Models and Aging, Psychol Aging 2001, 16: 145 – 160
79. Renwick, R., Nourhaghighi, N., Manns, P.J., Rudvan, D.L.:
Quality of life for people with physical disabilities, Int J Rehabil Res, 2003, 26: 279 – 287
80. Reuben, D.B., Wieland, D., Rubenstein, L.Z.:
Functional status assesment of older persons, Concept and Implications
J Am Geriatr Soc, 1990, 38: 1105 – 1112

81. Reyes-Ortiz, C.A., Mulligan, T.:
A progressive geriatrics curriculum, *Acad Med*, 1996, 71: 1140 – 1143
82. Řičan, P.:
Cesta životem, Praha, Panorama, 1990, 186 st.
83. Rogers, R.G., Hummer, R.A., Krueger, P.M.:
The effect of obesity on overall, *J Biol Science*, 2003, 35: 107 - 129
84. Rozzini, R., Sabatini, T., Trabucchi, M.:
The network for elderly care in Italy, *J Gerontol A Biol Med Sci*, 2003, 58: 190 – 191
85. Rubinstein, R.L., Lubben, J.E., Mintzer, J.F.:
Social isolation and social support, An applied perspective, *J Applied Gerontol*, 1994, 13: 58 - 72
86. Schel, W.:
Sterbebegleitung und Sterbehilfe, Hannover, Brigitte Kunz Verlag, 2002, 728 – 34
87. Schroll, K., Ferry, M., de Groot, C.P., et al.:
Changes in physical performance in elderly Europeans, *J Nutr Health Ageing* 2002, 6: 9 – 14
88. Sheikh, J.I., Yessavage, J.A.:
Geriatric Depression Scale, recent evidence and development of a shorter version
Clin Geront, 1986, 5: 162 – 172
89. Shelkey, M., Wallace, M.:
Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, *Geront Nursing*, 1999, 25(3): 8-9
90. Singer, B.H., Mannton, K.G.:
The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States, *Proc Natl Acad Sci*, 1998, 95: 15618 – 15622
91. Síť zdravotnických zařízení v ČR 2001, Praha, ÚZIS ČR, 2002, 186 st.
92. Sonn, U., Grimby, G., Svanborg, A.:
Activities of daily living studied longitudinally between 70 and 76 years of age
Disability Rehabil, 1996, 18: 91 – 100
93. Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., et al.:
Factors considered important at the end-of-life by patients, family, physicians and other care providers
J Am Med Assoc, 2000, 284 : 2476
94. Strnad, L., Stožický, A., Gladkij, O.:
Ekonomika ve zdravotnictví, *Prakt. Lék.*, 1999, 78, 11: 631 – 635
95. Stuck, A.E., et al.: In Rubenstein, L.Z., Wieland, D., Bernabei, R.:
Geriatric Assessment Technology, The State of the Art. Milan, Kurtis, 1995, 312 p., 11 - 26
96. Štiková, O., Sekavová, H., Mrhálková, I.:
Výživa a spotřeba potravin v číslech, Praha, Společnost pro výživu a MZ ČR, 2001, 212 st.,
97. Štatistický úrad Vyššieho územného celku, Prešov, PonT sro., 2005, 235 st.
98. Thorslund, M., Bergmark, A., Parker, M.G.:
Difficult decisions on care and services for elderly people, the dilemmas of setting priorities in the welfare state, *Scand J Soc Wel*, 1997, 6: 197 – 206
99. Tideiksaar, R.:
Preventing falls, Home hazard checklists to help older patients protect themselves
Geriatrics, 1986, 41: 26 – 31
100. Tinetti, M.E.:
Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients
J Am Geriatr Soc, 1986, 34: 119 – 126
101. Topinková, E.:
Aging, disease and quality of life in old age: which strategies work best ?
Praha, Homeostasis, 1993, 39, 5: 161 – 167

102. Topinková, E.:
Péče o staré v rodině, Prakt. Lék., 1995, 7-8: 366 – 369
103. Topinková, E.:
Jak správně a včas diagnostikovat demenci, Praha, UCB Pharma, 1999, 43 - 54
104. Trickey, F., Maltais, D., Robitaille, Y.:
Maintaining Seniors Independence, A Guide to Home Adaptations
Canada, Mortgage and Housing Public Affairs Centre, 1989, 86 st.
105. Tuokko, H.A., Frerichs, R.J., Kristjansson, B.:
Cognitive impairment, no dementia: concept and issues, Int Psychogeriatr, 2001, 13: 183 – 202
106. Umírání a paliativní péče v ČR, Projekt „Podpora rozvoje paliativní péče v ČR“
Praha, Open Society Fund, 2004, 98 st.
107. Yesavage, J.A.:
Geriatric Depression Scale, Psychopharm Bulletin, 1998, 24: 709 – 711
108. Waidmann, T.A., Manton, K.G.:
International evidence on trends in disability among the elderly
Washington, Office of Aging and Long-term Care Policy, 1998, 176 st.
109. Weber, P., et al.:
Minimum z klinické gerontologie, Brno, IVPZ, 2000, kapitola I: 10-27
110. Weber, P.:
Velké geriatrické syndrómy – vztah k polymorbidite a disabilite v seniu
Příloha Postgraduální medicíny, 2004, č.3, 13 - 17
111. Williams, E.I.:
Caring for Older People in the Community, Radcliffe Medical Press, 1995, 3 nd p., 236 st.
112. Weggemans, R.M., de Groot, L.C., Haller, I.:
Factors related to plasma folate and vitamin B12, The SENECA Study
Int J Food Sci and Nutr, 1997, 48: 141 - 150
113. Wiseman, S., LeJemtel, T.H., Sonnenblick, E.H.:
Congestive Heart Failure in the Elderly
In: Tresch DD, Aronow WW, Cardiovascular Diseases in the Elderly Patient,
N.Y., Dekker, 2 ed, 1999, 467 – 480
114. Wolfson, L.I., Whipple, R., Amerman, P., Tobin, J.N.:
Gait assessment in the elderly, a gait abnormality rating scale and its relation to falls
J Gerontol, 1990, 45: 12 – 19
115. Závázalová, H., et al.:
Možností ovlivnění spokojenosti života osob vyššího věku,
Plzeň, Lék. Sborn., Suppl., 1999, 72: 189 – 191
116. Závázalová, H., Zaremba, V., Zikmundová, K.:
Nemocnost, potřeba zdravotní péče u osob vyššího věku
In: Kalvach, Z., et al, Geriatrie a Gerontologie, 2004, 1: 129 –138
117. Závázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba, V.:
Senioři a volný čas, Geriatria, 3/2005,: 133 - 136
118. Závázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba V.:
Způsob života senioru v kontextu subjektivně vnímaného zdraví, Geriatria, 2/2006: 55 - 60
119. Zaremba, V.:
Stárnutí obyvatelstva, in Muller, Č., et al.: Vademecum sociálního lékařství, Praha, 1989, 157

14.1. Publikované práce autora na danú tému

120. Németh F, Baník M.:

Umieranie v našich podmienkach, Geriatria, 1/ 2005: 24 – 27

121. Németh F, Baník M, Kníšová M, Babčák M.:

Kognitívne funkcie geriatrickej populácie okresu Prešov, MOLISA, Prešovská univerzita, 2006, 2: 45 - 51

122. Németh F, Babčák M, Baník M, Kníšová E.:

Výsledky ADL testu u geriatrickej populácie okresu Prešov, Geriatriká Revue, Plzeň.

Potvrdené vydanie v jesennom čísle, 2006

123. Krajčík Š., Hegyi, L., Drobná, T., Németh, F., Strácová K., Štefeček, M.:

Zdravotný stav obyvateľov domovov dôchodcov na Slovensku

In: Hegyi, L.: Care of Elderly – Public Health Aspect, Bratislava, Charis, 2000, 52 - 54

124. Babčák, M., Merčiaková, M., Németh, F.:

Starnutie z pohľadu diabetológa, Zdravníctvo a sociálna práca, Bratislava, 2006, 1: 42 – 45

125. Németh, F., Slivková, A., Šimoňáková L.:

Difúzna idiopatická skeletálna hyperostoza

Geriatria, 2006, 2/2006, 87 - 90

14.2. Citácie autorových prác:

1. Németh, F., Baník M.:

Umieranie v našich podmienkach, In: Bartošovič, I.: Seniori v domove dôchodcov

Bratislava, Charis, 2006, 156 st.

2. Krajčík Š., Hegyi, L., Drobná, T., Németh, F., Strácová, K., Štefeček, M.:

Zdravotný stav obyvateľov domovov dôchodcov na Slovensku

In: Bartošovič, I.: Seniori v domove dôchodcov, Bratislava, Charis, 2006, 156 st.

14.3. Ocenenia autora

Cena výboru Slovenskej lekárskej spoločnosti, Bratislava, za najlepšiu prednášku na Spolku lekárov v Prešove za rok 1983:

Németh, F., Linkesch W.: Príčiny rehospitalizácie pacientov na Internom oddelení v Prešove

Cena výboru Slovenskej lekárskej spoločnosti, Bratislava, za najlepšiu prednášku na Spolku lekárov v Prešove za rok 1993:

Németh F., Seman A.: Význam fyzickej záťaže v primárnej a sekundárnej prevencii u geriatrickej populácie

V r. 2002 udelená medaila výboru Slovenskej lekárskej spoločnosti „Propter merita“ za celoživotnú prednášateľskú o organizačnú prácu v Spolku lekárov Prešov.

14.4. Prednášky autora:

1. Németh, F., Linkesch W.:
Niekoľko aktuálnych aspektov starých osôb hospitalizovaných na internom oddelení
Medzinárodné sympóziu, Prevencia v geriatricke, Bratislava, 1975, Zborník, 74 – 76
2. Németh, F., Kríž, M., Krížová, M., Lukáč, J.:
Informatívna sonda o zdravotnom stave 18-ročných mužov v ohraničenej lokalite
Praha, Cs. zdravotníctví, 1983, 45 – 48
3. Németh, F., Lučanský, A., Stachý, A.:
Nové terapeutické použitie imunoglobulínov v klinickej praxi
Prešov, 1989, XVIII. Reimanove dni s medzinárodnou účasťou
4. Németh, F., Maľko, J.:
Socio – ekonomický výskum hospitalizovaných diabetikov
Prešov, 1990, XIX. Reimanove a XVIII. Geriatricke dni s medzinárodnou účasťou
5. Németh, F., Koprovičová, J., Rozdobud'ková V., Kollár, J.:
Profil niektorých apolipoproteinov u osôb vysokého veku
Bratislavské lekárske listy, 1991, 21 –24
6. Németh, F., Maľko, J.:
Cholesterol v sére, VLDL, LDL a HDL u gerontov
Vysoké Tatry, 1992, XXXI. Východoslovenské lekárske dni, Zborník, 14 – 17
7. Németh, F., Urgeová, N., Maľko, J.:
Naše skúsenosti s liečbou chronickej srdcovej slabosti
Vysoké Tatry, 1992, XXXI. Východoslovenské lekárske dni, Zborník, 22 – 24
8. Németh, F., Stachý, A., Lučanský, A., Bandová, M.:
Nové možnosti používania i.v. imunoglobulínov v klinickej praxi
Prešov, 1992, XX. Reimanove dni s medzinárodnou účasťou, Abstracta, 11 – 14
9. Németh, F., Kollár, J., Rozdobud'ková, V., Koprovičová, J.:
Profil lipidov, lipoproteinov a apolipoproteinov u gerontov
Prešov, 1993, Medzinárodné kolokvium venované Európskemu roku starých ľudí, Zborník, 31 – 33
10. Németh, F., Černická, E., Maľko, J., Vereščáková, M.:
Nepohyblivosť u starších pacientov
Prešov, 1995, Geriatrická konferencia s medzinárodnou účasťou, Zborník, 6 – 8
11. Németh, F., Maľko J.:
Problémy liečby nedostatočne kompenzovanej cukrovky u geriatrických pacientov
Prešov, 1995, Geriatrická konferencia s medzinárodnou účasťou, Zorník, 19 – 21
12. Németh, F.:
E. Jenner a variola
Prešov, 1996, XXIV. Reimanove dni s medzinárodnou účasťou, Abstracta, 3 – 4
13. Németh, F., Hasarová, D.:
Naše skúsenosti s liečbou bolesti u terminálne chorých ľudí
Prešov, 1997, XXV. Reimanové dni, Dialógy o bolesti, Zborník, 14 - 17
14. Németh, F., Pagurko, M., Dulina, V.:
Protektívny vplyv misoprololu na sliznicu žalúdka
Bratislava, 1999, XXVI. Gressnerove dni s medzinárodnou účasťou

15. Németh, F., Hasarová D.:

Využitie retrogradnej intravenoznej perfúzie v liečbe ischemickej choroby dolných končatín

Bratislava, 2000, V. Európsky kongres klinickej gerontológie, Geriatrics 2000

16. Németh, F.:

Prvé klinické skúsenosti s použitím ionizovaného kyslíka

Prešov, 2001, XXIX. Reimanove dni a XXVII. Gressnerove dni, Abstracta, 7 – 8

17. Németh, F., Maťko, J., Černická, E., Poliaková, L., Straka, D.:

Curschmanova choroba, netradičný prístup v liečbe

Prešov, 2001, XXIX Reimanove dni a XXVII. Gressnerove dni, Abstracta, 13 – 14

17. Németh, F., Baník, M., Pagurko, M., Mirilovičová, L.:

Štúdia „Improvement of Heart Failure, Euro Survey-Heart Failure „, a naša realita

Trenčianske Teplice, 2002, I. Slovenský geriatrický kongres s medzinárodnou účasťou

18. Németh, F., Baník M., Knišová, E., Abu-Zaid, M.:

Funkčný stav geriatrickej populácie v okrese Prešov

Tatranská Lomnica, 2005, IV. Slovenský geriatrický kongres s medzinárodnou účasťou

19. Németh, F., Maťko, J., Slivková, A., Dzadíková, M.:

Vybrané parametre funkčného stavu geriatrickej populácie okresu Prešov

Košice, 2006, XLV. Východoslovenské lekárske dni

20. Németh, F.:

Farmakoterapia srdcového zlyhania, zmeny počas 10 rokov

Bojnice, 2006, V. Slovenský geriatrický kongres s medzinárodnou účasťou

Pozn.: Uvedené iba prednášky, ktoré boli prednesené na konferenciách, sympoziách, kongresoch, z ktorých sa vydal zborník a/alebo boli s medzinárodnou účasťou

15. Prílohy:

Testy a dotazníky

Bežné denné činnosti
Barthelovej test

Jedenie	10	sám
	5	s pomocou (napr. natieranie chleba, krájanie apod.)
	0	nedokáže sám
Obliekanie	10	sám
	5	potrebuje pomoc, ale asi polovicu činnosti zvládne sám v rozumnom čase
	0	nedokáže sám
Kúpanie	5	sebestačný
	0	nedokáže sám
Osobná hygiena	5	sebestačný pri holení, česaní
	0	potrebuje pomoc
Chôdza po schodoch	10	nezávislý
	5	potrebuje slovnú alebo fyzickú pomoc
	0	nedokáže
Používanie toalety	10	sebestačný
	5	potrebuje určitú pomoc pri vstávaní, utieraní apod.
	0	nesebestačný
Presun z lôžka na stoličku	15	sebestačný
	10	potrebuje iba nepatrnú slovnú alebo fyzickú pomoc
	5	schopný sedieť na stoličke, ale potrebuje pri presune fyzickú pomoc
	0	nedokáže sedieť na stoličke
Pohyblivosť	15	50 m samostatná chôdza (i pri použití pomôcok, ako palice a pod.)
	10	50 m chôdze so slovnou alebo fyzickou pomocou jednej osoby
	5	sám pohyblivý na kolieskovom kresle
	0	imobilný
Udrží moč	10	áno (počas 7 dní)
	5	občas nie (max. 1 x denne)
	0	inkontinentný alebo s permanentným katétrom
Kontrola stolice	10	kontinentný, ak treba môže sám používať čapíky
	5	občas inkontinentný alebo potrebuje pomoc pri čapíkoch

CELKOVÉ SKÓRE

Hodnotenie:

0 – 40 bodov	závislosť ťažkého stupňa
41 – 60 bodov	stredne ťažká závislosť
viac ako 60 bodov	závislosť ľahkého stupňa

SMMSE
Folsteinov test

Pomôcky: ceruzka, tri listy papiera

zaškrtnúť

1. Aký je deň v týždni ?	x
2. Aký je dnešný dátum ?	x
3. Aký je mesiac ?	x
4. Aké je ročné obdobie ?	x
5. Aký je rok ?	x
<hr/>	
6. Kde sme teraz ?	x
7. Na ktorom sme poschodí ?	x
8. V ktorom sme meste ?	x
9. V ktorom sme kraji ?	x
10. V ktorej sme krajine ?	x
<hr/>	
11. Opakujte nasledujúce slová: strom, okno, kniha	x
12. alebo citrón, kľúč, balon. Vyšetrujúci má vysloviť slová rýchlosťou 1 slovo/sec	x
13. Pri ťažkostiach možno zopakovať 5x	x
14.	x
15. Odpočítajte 7 od sto a urobte 5 odčítaní	x
16.	x
17. (Každé správne odčítanie 1 bod)	x
18.	x
<hr/>	
19.	x
20. Spomeniete si na tie tri slová, ktoré ste pred chvíľou povedali ?	x
<hr/>	
22. Čo je toto ? (ukážte ceruzku)	x
23. Čo je toto ? (ukážte hodinky)	x
24. Zopakujte po mnbe vetu: „žiadne ale, ak a kedy“	x
<hr/>	
25. Vykonaajte tento trojstupňový úkon: zoberte papier do ruky,	x
26. zohnite ho na polovicu a	x
27. hod'ite na zem (alebo položte na stôl). Každý úkon – 1 bod	x
<hr/>	
28. Napíšte ľubovoľnú vetu na kúsok papiera	x
<hr/>	
29. Prečítajte si a urobte čo je napísané na papieri („ zavrite oči „)	x
<hr/>	
30. Obkreslite tento obrázok na kúsok papiera (prekrývajúce sa päťuholníky)	x

21.

HODNOTENIE

0 – 10 bodov	ťažká kognitívna porucha
11 – 20 bodov	kognitívna porucha stredného stupňa
21 – 23 bodov	ľahká porucha
24 a viac bodov	norma

Geriatrická škála depresie, GDS
Yesavage test

Otázka**Odpoveď**

Ste v podstate spokojný(á) so svojim životom?	áno – nie
Opustili ste veľa svojich aktivít a záujmov ?	áno – nie
Máte pocit, že Váš život je prázdny ?	áno – nie
Pocit'ujete často nudu, prázdnotu ?	áno – nie
Máte väčšinou dobrú náladu ?	áno – nie
Bojíte sa, že sa Vám stane niečo zlého ?	áno – nie
Ste väčšinou šťastný(á) ?	áno – nie
Cítite sa často bezmocný(á) ?	áno – nie
Zostávate radšej doma, ako by ste išli von a niečo podnikol -podnikla ?	áno – nie
Máte pocit, že máte viac problémov s pamäťou ako ostatní ?	áno – nie
Myslíte, že je pekné žiť v tejto dobe ?	áno – nie
Tak ako ste na tom teraz, cítite sa bezcenný(á) ?	áno – nie
Cítite sa plný(á) energie ?	áno - nie
Pocit'ujete svoju situáciu ako beznádejnú ?	áno – nie
Myslíte si, že väčšina ľudí je na tom lepšie ako Vy ?	áno – nie

Hodnotenie: každá silne označená odpoveď znamená 1 bod

0 – 7 bodov sa považuje za normu

8 – 12 bodov, mierna depresia

13 – 15 bodov, ťažká depresia

Hodnotenie domácich podmienok**(modifikácia podľa Tideiksaara)**

- a. osvetlenie (1.dostatočné a všade, 2. dostatočné ale nie všade, 3. nie všade a nie dostatočné 4. celkom nevyhovujúce)
- b. stoličky, stôl (1. dobré, pevné, ľahko dostupné, 2. dobré, pevné, ale vzdialenejšie od kuchyne a spálne, 3. málo pevné, vzdialené, málo priestoru, 4. veľmi zlé)
- c. nábytok (1. vyhovujúci, ľahká dostupnosť všetkého, 2. vyhovujúci, ale vzdialený, 3. zlá prístupnosť, úzka cestička okolo, 4. veľmi zlý, ťažká manipulácia)
- d. vykurovanie (1. centrálné, s nastavením, 2.centrálné bez nastavenia, 3. topí iný, nedá sa ale dosiahnuť žiadaná teplota, 4. tuhé palivo, potreba nosenia)
- e. vybavenie kuchyne: riady, dres, zásuvky, odtok vody, príbor, možnosť sušenia, sporák, jeho zapnutie, nastavenie sporáka (1. vyhovujúce, 2. stredné, 3. zlé, 4. veľmi zlé)
- f. f. dvere (1. málo dvier, dobré ovládateľné, 2. dobre ovládateľné, ale viac ako 3 dvere
- g. na WC, do spálne, 3. ťažko ovládateľné, treba tlačiť, otvárajúce sa na opačnú stranu, veľmi zlé)
- h. lieková skrinka (1. ľahko dostupná, manipulovateľná, 2. dostupná, ťažšia manipulácia, 3. zlé dostupná, zlá manipulácia, 4. lieky hocikde, na ťažko prístupnom mieste)
- i. schody, madla (1. málo schodov, madlá, 2. viac schodov (5 a viac), ale madlá, inak zabezpečené 3. schody, bez madiel, nezabezpečené, 4. veľmi zlé, vysoké, bez madiel, neisté)
- j. podlaha (1. nešmýkajúca sa, bez kobercov, bez prahov, 2. dobrá, ale gumolit, možnosť šmyku, 3. šmykľavá, prahy, rolujúce koberce, 4. veľmi zlá)
- k. kontakt (1. mobil, jednoduchý kontakt s poštárom, 2 telefón, dobrý kontakt s poštárom, telefón, ale na inom poschodí, 4. bez kontaktu)
- l. záchod (1. splachovací, 2. splachovací, ale vzdialený, 3. na inom poschodí, 4.mimo bytu)
- m. kúpeľňa (1.umývadlo, sprchovací kút, vaňa s madlom, 2. umývadlo, vaňa bez pomôcok 3. to isté, ale na inom poschodí, vzdialené, 4. umývadlo, bez vane)
- n. spálňa (1.postele vyhovujúce, kontakt blízko na dosah, 2. postele vyhovujúce, kontakt vzdialený, 3. bez kontaktu, 4. bez kontaktu, vzdialená, úzke cestičky)

Hodnotenie:

do 18 bodov	domáce podmienky dobré
19 – 24 bodov	domáce podmienky vyhovujúce
25 – 30 bodov	zlé domáce podmienky
31 bodov a viac	veľmi zlé domáce podmienky

Dotazník na hodnotenie vlastného života

Zaškrtnite alebo napíšte, ku ktorej z uvedenej situácie máte najbližšie. Označiť možno iba jednu možnosť.

Som so svojim doterajším životom spokojný.

Spomínam si, že som mal(a) primerané detsvo alebo sa na toto obdobie nepamätám, mohol-mohla som študovať, keď som sa tak rozhodol-rozhodla, mal(a) som primerané zamestnanie alebo z vlastnej vôle som nepracoval(a), mal(a) som koníčky, mal(a) som primeraný manželský život alebo som žil(a) sám(a), ale tak mi to vyhovovalo, mal(a) som potomkov alebo ak nie, nevadilo mi to, mal(a) som dostatočný finančný príjem, cítim, že vo vážnych životných situáciách som sa rozhodol(a) správne.

Ak máte väčšiu polovicu odpovedí kladných, potom ste asi so životom spokojný(á). Ale aj v prípade väčšiny odpovedí negatívnych, keď máte pocit, že ste spokojný so životom, napíšte tento Váš pocit.

V prípade potreby konzultujte (pýtajte sa) prítomnej sestry alebo lekára.

Spokojný

Svoj doterajší život hodnotím ako priemerný.

Niečo sa mi v živote splnilo, niečo nie, ale v celku som spokojný (á). V prípade potreby možno za pomoci zdravotnej sestry hodnotiť plusy a mínusy vlastného života. Vlastný pocit je ale najdôležitejší.

V prípade potreby konzultujte (pýtajte sa) prítomnej sestry, alebo lekára.

Priemerný

Nie som so svojim životom spokojný (á)

Veľa vecí sa mi v živote nepodarilo, veľa vecí sa udialo nie podľa mojich predstáv. V živote som síce nezúfal(a), ale keby sa dalo niečo zlepšiť alebo napraviť, chcel(a) by som to urobiť.

Z hore uvedených životných situácií je viac s negatívnou odpoveďou.

Podpriemerný

Prežil som život bez hodnoty.

Nič (veľmi málo) sa mi v živote podarilo. Väčšina vecí, ktoré som chcel(a) sa neuskutočnila.

Z hore uvedených životných situácií na takmer všetky možno odpovedať záporne. Otázkami zdravotná sestra odlíši, či ide o momentálny alebo dlhodobý názor.

Bez hodnoty

Dotazník
Predstava o vlastnom konci života

Aké máte želanie alebo predstavu o vlastnom konci života. Chcete tieto dni prežiť:

V rodinnom kruhu.

Myslí sa tým dožitie vlastného života medzi blízkymi, so životným druhom, deťmi alebo ostatnou blízkou rodinou. Prípadne aj vzdialenejšou rodinou, s ktorou si dobre rozumiete, prípadne medzi známymi, ktorí sú Vám blízki alebo pri susedoch, ktorí sa o Vás posledné obdobie starali.

V prípade potreby konzultujte so sestrou alebo lekárom.

Áno

V inštitúcii.

Najpravdepodobnejšie v nemocnici alebo v ústave sociálnej starostlivosti. Dali by ste tejto forme prednosť pred inými možnosťami.

V prípade potreby konzultujte so sestrou, na rozmýšľanie máte dostatok času.

Áno

Nezáleží mi na tom.

Nezáleží mi, kde strávim koniec svojho života. Je mi to úplne jedno. Na rozmýšľanie máte dostatok času.

Áno

Hodnotenie probanta investigátorom

Probanta hodnotí a zaraduje do jednotlivých skupín zdravotná sestra, študentka alebo lekár, ktorí s probantom strávili najviac času.

Je potrebné sa zamerať na celkový výzor probanta, výraz a mimiku tváre, spôsob reči (uvoľnenosť, tonus hlasu), napätie pri rozhovore (sústredenosť, nervozita), somatické postihnutie, psychickú stigmatizáciu.

Hodnotenie prvých desiatich probantov urobila celá pracovná skupina spoločne. Po hodnotení týchto črtí investigátor zaradí probanta do niektorej z uvedených skupín.

- probant pôsobí pozitívne, normálne

- probant pôsobí apaticky (ľahostajný k problémom, otázkam)

- probant pôsobí zúfalo (ako by chcel mať celý život už za sebou)

16. Zoznam použitých skratiek

ADAS-cog.:	Alzheimer s Disease Assesment Scale, Škála kognitívnej poruchy pri Alzheimerovej chorobe
ADL:	Activities of Daily Living, Aktivity denného života, Barthelovej test
ADOS:	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
BMI:	Body Mass Index, Index telesnej hmotnosti
CDR:	Clinical Dementia Rating, Hodnotiaca schéma kognitívnych funkcií
CGA:	Comprehensive Geriatric Assesment, Komplexné geriatrické hodnotenie
EU:	Europska únia
FZ PU:	Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity
GDS:	Geriatrics Depression Scale, Geriatrická škála depresie
GEM:	Geriatrics Evaluation and Management, Geriatrické vyšetrenie a menežovanie
HAM-D:	Hamiltonova škála depresie
dr. K.:	MUDr. Knišová Eva
L.:	MUDr. Lipták Dušan
Z.:	MUDr. Abu-Zaid Martin
M.:	MUDr. Baník Miroslav, písmena mien lekárov použitých v tbl. a grafoch
MADRS:	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
SKT:	Symptom Kurz Test, Symptomy kognitívnych porúch
SMMSE:	Standard Mini Mental Status Examination, Štandardizovaný test Hodnotenia mentálnych funkcií, Folsteinov test
VUC:	Vyšší územný celok (kraj).