

Vedúci redaktor

Ladislav Hegyi

Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Krémery

Tajomník redakcie

Katarína Ďuranová

Redakčná rada

Ivan Bartošovič

Martin Dúbrava

Zdeněk Kalvach

Štefan Koval

Eduard Kolibáš

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Németh

Eva Topinková

Pavel Weber

Helena Zavázalová

Redakčný kruh

Ladislav Badalik (SK)

Peter Belan (SK)

Vladislav V. Bezrukov (UA)

Franz Böhmer (A)

Svein O. Datland (N)

Oleg V. Korkuško (UA)

Štefan Litomerický (SK)

Alex Kalache (WHO)

Erich Lang (D)

Christoph Lucke (D)

František Makai (SK)

William Molloy (CND)

Jiří Neuwirth (CZ)

Vladimír Pacovský (CZ)

Mario Passeri (I)

F.M.E. van Schendel (NL)

Jörg Schulz (D)

Vappu Teipale (FIN)

Karol Virsik (SK)

Vladimír Zaremba (CZ)

Obsah

Editorial

Z. Mikeš: 3

Originálne práce

V. Pacovský sen., V. Pacovský jun.:
Aesthetica senectutis. Gerontologický esej. 4

B. Vichová, M. Oravský, M. Schnorrer:
Výskyt a chirurgická liečba hernii v jazve u seniorov . 9

K. Zikmundová, H. Zavázalová, V. Zaremba, J. Kotrba:
Subjektívne zistený zdravotní stav osob ve věku
50 až 64 let v České republice. Data z dotazníkových
šetření provedených v roce 2006 13

H. Janečková, I. Holmerová, H. Vaňková, T. Kašlíková:
Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu
na kvalitu života seniorů v institucionální péči 20

A. Lajdová, P. Karabová, K. Krepopová, D. Siváková,
M. Cvičelová:
Porovnanie vybraných biosociálnych charakteristík
u 60 až 92-ročných jedincov zo Slovenska žijúcich
v dvoch odlišných sociálnych prostrediach 28

Prehľadné referáty

M. Čunderlíková, M. Wirth:
Komplexná starostlivosť o ľudí s Alzheimerovou
chorobou v centre MEMORY n. o. 37

S. Krémery:
Budúcnosť kombinovanej antihypertenzívnej liečby
vo svetle štúdie STAR 46

Oficiálna webová stránka

Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti

GERIATRIA

časopis slovenských
a českých geriatrov

Vydáva:

Slovenská gerontologická
a geriatrická spoločnosť
Limbová 5
831 01 Bratislava

Vedúci redaktor:

prof. MUDr. Ladislav Hegyi,
DrSc.
Jánošíkova 78
901 01 Malacky
e-mail:
ladislav.hegyi@geriatria.sk

Adresa redakcie:

Katarína Ďuranová
Klinika geriatric LF UK
Limbová 5
831 01 Bratislava
tel.: 02/5954 5232
e-mail:
klinika.geriatric@centrum.sk

Jazyková úprava:

Anglická:
PhDr. B. Weiblová, MPH
Slovenská:
PhDr. I. Bielik, MPH

Sadzba, reprodukcia, tlač:

Charis s. r. o., Ipelská 3
821 07 Bratislava

Registračné číslo: 1441/96
ISSN 1335 - 1850

Contens

Editorial

Z. Mikeš: 3

Original papers

V. Pacovský sen., V. Pacovský jun.:
Aesthetica senectutis. *Gerontologic essay.* 4

B. Vichová, M. Oravský, M. Schnorrer:
The incidence and surgical treatment of hernias
in the scar in seniors 9

K. Zikmundová, H. Zavázalová, V. Zaremba, J. Kotrba:
Subjectively found health status in subjects
aged 50-64 years in the Czech Republic.
Data from questionnaire inquiries conducted
in the year 2006 13

H. Janečková, I. Holmerová, H. Vaňková, T. Kašliková:
Reminiscence therapy and the followup of its effect
upon the quality of seniors' lives in institutional care. 20

A. Lajdová, P. Karabová, K. Krepopová, D. Siváková,
M. Cvičelová:
The comparison of selected biosocial characteristics
in 60-92 year old subjects from Slovakia residing
in two different social environments 28

Review articles

M. Čunderlíková, M. Wirth:
Complex care for subjects with Alzheimer's diseases
in the centre MEMORY n. o. 37

S. Krčméry:
Combination treatment of arterial hypertension
with focus on the STAR study 46

*Official website of the
Slovak Gerontologic and Geriatric Society*

www.geriatria.sk

Vážené kolegyně a kolegovia, milí priatelia!

Ani sme sa nenazdali a opäť stojíme na prahu nového roka. Dovoľte mi, aby som Vám pri štarte do roku 2008 zaželel zo srdca všetko najlepšie.

Pokiaľ by som mal bilancovať uplynulý rok z hľadiska SGGS, možno ho hodnotiť ako úspešný. Máme za sebou vydanú tradičnú geriatrickú konferenciu, ktorá sa uskutočnila v Bratislave a bola zároveň spoločným podujatím s kolegami z Brna. Naša spoločnosť sa aktívne zúčastnila Európskeho gerontologického kongresu v St. Petersburgu, ktorý sa konal v júli 2007. Tradičné, a naše najdôležitejšie podujatie, kongres SGGS s medzinárodnou účasťou sa konal v Prešove a zúčastnil sa ho rekordný počet účastníkov, celkom 667 osôb. SGGS aktívne spolupracovala s inými odbornými spoločnosťami, najmä Slovenskou kardiologickou a Slovenskou internistickou spoločnosťou. Sú tieto úspechy dôvodom k spokojnosti? Ak áno, tak iba čiastočne. Niektoré nedostatky musíme hľadať vo vlastných radoch, iné okolnosti sú „objektívne“ a stoja mimo nás. Sebakriticky musíme priznať, že naša webová stránka, i keď čiastočne oživená, nie je ešte na tej úrovni, ktorú by sme si želali. Vynasnažíme sa, aby sa pružnosť a inovatívnosť našej stránky zlepšila a umožnila skutočnú promptnú komunikáciu s členskou základňou. Čo sa týka objektívnych okolností, nemôžeme byť spokojní s rozsahom geriatrickej siete. Niet dostatok lôžok, ale ani zdravotníckeho personálu, ktorý by túto sieť oživil. Nerád by som bol prorokom zlých zvestí, ale zdá sa, že ani rok 2008 v tomto smere nebude lepší a budeme možno nútení čeliť pokusom o zvýšenie počtu pacientov, pripadajúcich na jedného lekára, či ďalším snahám o reštrikciu lôžkového fondu. Zdá sa, že sa nebudeme musieť sťažovať, ako na-

ši českí kolegovia, ktorí tvrdia, že majú nadbytok dlhodobých lôžok. Radi by sme časť ich starostí prevzali. Dovoľte, aby som výpočet týchto a podobných problémov ukončil - nerád by som navodil hneď začiatkom roku pesimistickú atmosféru.

V novom roku nás čaká množstvo práce. Radi by sme odstránili jestvujúce nedostatky. V marci sa naša spoločnosť zúčastňuje realizácie brniansko-bratislavského geriatrického dňa, 23. apríla 2008 sa koná v Bratislave 20. Celoslovenská geriatrická konferencia a naša spoločnosť bola požiadaná českými kolegami k spoluorganizácii podujatia Pragomedika, ktoré je t. r. venované geriatrickej problematike. Už v súčasnosti sa pracuje na organizácii VII. Kongresu SGGS s medzinárodnou účasťou, ktorý sa koná v dňoch 8. - 10. septembra 2008 v Bratislave a bude spojený s kongresom EURAG. Využívam aj túto príležitosť, aby som požiadal Vás všetkých, celú členskú základňu, aby ste svojou aktívnou účasťou podporili úsilie výboru SGGS na všetkých našich podujatiach. Aktívnou podporou je fyzická prítomnosť a diskusný príspevok. Budeme však radi, ak sa zvýši aj počet prihlášok na prednášky, či poster. Aj prezentácia kazuistik, či postrehov z praxe je cenným zdrojom nových poznatkov.

Vážení priatelia dovoľte mi, aby som sa Vám v mene výboru SGGS, ako aj v mene svojom poďakoval za doterajšiu podporu. Uchádzame sa o Vašu priazeň aj v roku 2008. Iba s Vašou pomocou budeme schopní dosiahnuť tie ciele, ktoré sme si na tento rok vytýčili. Dovoľte mi tiež, aby som Vám zaželel pevné zdravie, pohodu doma i v práci, dobré rodinné aj pracovné zázemie.

Váš

Zoltán Mikeš

Editorial

Dear colleagues, dear friends!

It is time to look back again to our achievements and setbacks of the past year.

From the aspect of the Slovak Gerontologic and Geriatric Association (SGGA) the previous year can be evaluated as successful. Along with our Czech colleagues we organized traditional Geriatric Conference held in Bratislava. Our association took active part in the European Gerontologic Congress in St. Petersburg held in July 2007. Our traditional and most important event the SGGA Congress with international participation was held in Prešov with the number of participants reaching the top level. The SGGA actively cooperated with other professional associations mainly Slovak Cardiologic Association and Slovak Internist Association. Can we be satisfied with our achievements? In case of positive answer we can be satisfied only partially. Some shortcomings can be attributed to us, other circumstances are "objective" and their solution has to be sought elsewhere. We have to admit that our website, even though updated to a certain extent, did not attain the desirable level. We will do our best to improve it and make it more flexible so as to guarantee actual and prompt communication with our members. As far as objective circumstances are concerned, we cannot be satisfied with the range of the geriatric net. There is a lack of beds, lack of health care personnel. I do not wish to forecast any news – good or bad - but I think that the year 2008 will not be much better in this respect. We will have to face further attempts to restrict beds. As opposed to

our Czech colleagues we do not have to complain about the redundancy of long-term beds. I wish we could share the same problems. Now, let me stop listing all the problems we have to encounter, so as not to evoke pessimistic atmosphere right at the beginning of new year.

A lot of work is ahead of us this year. We would like to do away with the current problems. In March our Association will organize the Brno-Bratislava Geriatric Day, traditional Geriatric Day will be held in April. We were asked by our Czech colleagues to co-organize the event Pragomedika which will focus on geriatric issues. Currently we started with the preparation of the SGGA Congress with international participation to be held on 8 - 9 September 2008 in Bratislava. I would like to use this opportunity to ask all of you to support the SGGA Committee's efforts by your active participation (your presence and discussion contribution) in all our events. You are invited to submit your applications to lectures or posters. The presentation of case reports or your practical experiences may be of contributive value as well as valuable source of new knowledge.

Dear colleagues, allow me to thank you on behalf of the SGGA Committee and on my own behalf for your continuous support. Without your constant support and help we shall not achieve the identified goals. I wish you all the best in your personal and professional life.

Yours,

Zoltán Mikeš

AESTHETICA SENECTUTIS

Gerontologický esej

5
Geriatrics
1/2008

V. Pacovský sen.,* V. Pacovský jun.**

(*Prof. MUDr., V. Pacovský sen., DrSc., III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

**MUDr. V. Pacovský jun.,

Ortopedicko traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV v Praze,
ext. doktorandské studium-obor gerontologie na I. LF UK)

Termín estetika vytvořil pravděpodobně německý myslitel A.G. Baumgarten ve svém spisu Aestheticon (1750) a obor definoval jako nauku o kráse a jejím smyslovém vnímání. To má ovšem rozmanité aspekty. My se soustředíme pouze na jeden z nich-na estetiku stáří.

Estetika stáří se vyznačuje některými charakteristickými rysy. Týká se především estetických pohledů na zdravého i nemocného člověka v jedné jeho životní etapě. Není pouze záležitostí lékařskou, biologickou či somatickou, nejde tedy jen o vzhled těla a jeho funkce. Estetika stáří vstupuje i do jiných oborů, např. do sféry psychologie či sociologie, dokonce i jazykovědy. Je tedy vícerozměrná a mezioborová. Nezabývá se primárně uměleckým vnímáním („neumělecká estetika“). Je symbiózou emocionálního, racionálního a vědeckého. Nespokojuje se výrokem, že něco je krásné, ošklivé či dokonce odpuzivé, ale ptá se také proč. Snaží se, aby subjektivní smyslové vnímání bylo korrigováno ověřitelnou skutečností. Z medicínského pohledu je důležitá pragmatická složka estetiky stáří, protože její svědectví jsou prakticky využitelná v diagnostice, terapii, či v péči o seniory.

S estetikou má mnoho společného již pohled společnosti na staré lidi. Historie i současnost nás poučí, že společnost se může orientovat na mládí, střední (produktivní) věk, ale také považovat za svou prioritu problematiku stárnutí a stáří a vytvářet si o něm vlastní názor, i mage. Společenská atmosféra může být gerontofobní a vytlačovat staré do marginality, ale také gerontofilní, např. vnímat také pozitivně: moud-

rost, životní zkušenosti, předávání znalostí a zkušeností. Image stáří je společensky ovlivnitelný, vyvíjí se a mění. Platí to i o „kráse“. Krása byla v minulosti především atributem mládí, nikoliv znakem vyššího věku. Krásu prý nelze konservovat a slušné ženy, které se bránily stáří, byly směšné. Ještě v 19. století se tvrdilo, že čtyřicátnice mají mít spíše radost z přibývajících povabu dcery, než dbát na vlastní vzhled (Landorová). Dnes je situace zcela jiná a společnost kladně vnímá a podporuje úsilí o udržení hezkého vzhledu a považuje je za samozřejmé. Moderní doba oceňuje zachování osobní kontroly nad skutečností věku a pojem „umění žít“ v seniorském věku interpretuje jako schopnost přizpůsobit život realitě. Lidé se učí úspěšně stárnout a brání se všemu, co jejich úsilí omezuje. Zvláště stárnoucí ženy s úzkostí pozorují, jak jejich tělo „chátrá“ a mají nelibý pocit, že to tak posuzují i jiní. Vyhýbají se všemu, co je podle jejich představ zevní známkou progredujícího věku. Nechtějí používat brýle, i když mnoho nepřechtou, nosit hůl, i když nejistě chodí. Dobře tohle všechno ví stále více se rozvíjející kosmetický průmysl (včetně kosmetiky pro seniory-muže), nebo estetická chirurgie. Tradičním ukazatelem ženské přitažlivosti a krásy jsou prsa. I ta však stárnou, ale stávají se spíše hrozbou onkologickou než estetickou.

Orientovali jsme se zatím na některé estetické poznámky, týkající se stáří jako společenského fenomenu. V klinické medicíně je však důležité především **estetické posouzení stárnoucího a starého člověka**

jako jedince. To je ovlivněno mnoha faktory.

Významný je celistvý estetický pohled. Všichni geronti nežijí v duchovní bidě a až do pozdního věku mohou být estéty. Elegance neznamená pouze módu v oblékání, ale také např. vytríbenost mravů (elegancia morum) a chování.

Neopomenutelný je v z h l e d, jak senior vypadá). (např. habitus senilis, progérie). Každý má nějaký vzhled, ať chce nebo nechce, nějak na ostatní působí, může vzbuzovat sympatie i nelibost. Lékaři vzhled poskytují důležitou informaci, splyvá se zdravím či naopak s nemocí, je také výpovědí o hodnotách, které dotýčný vyznává. Špatný vzhled ničí gerontovo sebevědomí a ovlivňuje jeho chování. Lidé viditelně handikapovaní, ať jsou předmětem soucitu nebo posměchu, cítí svou odlišnost a rozmanitě na to reagují.

Mnozí lidé jsou až do pozdního věku zdraví. V podstatě to znamená, že jsou na své stáří dobře adaptováni, jsou zcela samostatní, schopní péče o jiné (např. ve své rodině) a dokonce svou starostlivost rozdělují mezi větší počet osob (A. Schweitzer, F. Nightingalová, Matka Tereza). Je nepochybné, že zdravé stáří je „krásotvorné“.

Mnohem častější jsou ovšem **patologické situace** provázené porušením estetiky. Jsou především u chorob, které se ve stáří vyskytují často, třeba různá postižení pohybového ústrojí, poruchy chůze, inkontinence. Časté jsou také defekty psychické, např. demence, poruchy paměti (lappus memoriae).) atd. Běžně se setkáváme se symptomatologií, která souvisí se změnou chování v séniu. I laici si všimnou estetické konverze některých seniorů. Ti, kteří dříve dbali úzkostlivě na eleganci v oblékání a chování, chodí nyní nemytí, neoholení, s rozepnutým poklopцем. Může to být projevem závažného onemocnění, častěji je to však důsledek ztráty motivace k dříve esteticky obligatorním aktivitám: bez rozpaků neupravení. Může to projevem závažného onemocnění, častěji je to však důsledek ztráty motivace k dříve

esteticky obligatorním aktivitám („Už na tom nezáleží“, „Už to nestojí za to.“) Chybí chtění jako nutný předpoklad k agování, konání. Bývá ztráta denních aktivit. Gerontospává, klímá, tluče špačky, zívá. Jsou symptomy, obtěžující jiné (způsob kašle, manipulace se sputem, chrápání). Odpor vždy budí zápach, zvláště je-li projevem nedostatku osobní hygieny (osmidrosis-páchnoucí pocení nohou, foetorex ore, flatulence), event. známkou sebezanedbávání (defektní a nesanovaný chrup). Zbytečné sebeodhalování vzbuzuje odpor sester. Mnohé estetické nápadnosti jsou do stáří vneseny z dřívějších životních etap a věkem jsou jen modifikovány, např. zlozvyky. Některé zlozvyky mají vlastně atavistický charakter a připomínají prvky, známé z etologie zvířat. Také Homo sapiens se někdy štourá v nose nebo v uších, tře si oči, cucá si palce, okusuje si nehty, škrábe se a drbe se, mlaská.

Závažné jsou **sociální důsledky geriatrických syndromů**. Někdy jsou zjevné a dobře pochopitelné (upoutání na invalidní vozík, amputační ztráta končetiny), jindy méně nápadné (správně ošetřená nekomplikovaná fraktura dolního předloktí může u osamělé žijícího seniora způsobit ztrátu jeho dosavadní soběstačnosti). Závratě a strach z pádů omezují kontakty s okolím, nedoslýchavost je komunikační bariérou.

Estetickou reflexi má **intervenční geriatricie**, medicínské zásahy ve prospěch starého člověka. V rychlém rozvoji je estetická chirurgie a přitahuje zájem i dříve narozených. Současnost i budoucnost patří umělým (náhradním) orgánům a tkáním, nové technologické postupy nabídnou možnost různých kompenzačních pomůcek, které znamenají zvrát v geriatrické a rehabilitační péči. Při arteterapii lze seniory aktivizovat uměním a jsou-li vnímaví, budí v nich estetickou libost. Psychofarmaka změnila život mnoha gerontů, „zkrásněla“ jej, zpříjemnila jejich vnímání jinými. Pod pojem geriatricie se dnes nezahrnují pouze remedia „prodlužující život“, ale také autogeriatricie, např. programované aktivity, vzpo-

mínky na dobře vykonanou práci, uspokojení z životního díla, reminiscence na emočně bohaté životní události, radost z potomků. Geriatrikem jsou koničky, zvláště jsou-li krásotvorné.

Inspirojícím podnětem pro úvahy o estetice stáří mohou být pohledy do minulosti některých opatření, souvisejících se zdravím a chorobami. Kdysi se věřilo prospěšnosti odstraňovat „škodlivé látky“ z těla. Proto bylo velmi časté přikládání pijavic, sázení baněk, pouštění žilou (v některých lékařských muzeích jsou uchována pouštědla jako umělecká díla), podávání klystýrů a projímadel. Bohatá je literatura o purgaci a návodech, jak „projímat“. Málo estetickou terapii provozovali lazebníci. Příkladali zpuchýřující náplasti, seškrabovali bílý povlak z jazyka, protahovali žině a nitě kůží. V současném odborném písemnictví (i českém) se objevily zprávy o léčebném užití sterilních larev (*Lucillia sericata*) při gangrénách dolních končetin. Larvy jsou schopny svými proteolytickými enzymy odstranit nekrotickou tkáň, pacient se však musí smířit s tím, že jeho nohou „budou hýbat červi“.

Estetický dojem lze vyjádřit i slovně. Slovy lze manifestovat citový vztah k seniorům i míru citového zabarvení. Neutrálně zní stařec, familiárně stařík či staroušek, dědula už má nádech hanlivý. Jsou degradující, např. marasmus senilis, sešlost věkem, zchátralost. Označíme-li člověka jménem věci, snižuje to jeho hodnotu. Psychiatři psali ve svých učebnicích o *dementia senilis*, K. Kuffner (1881-1974) to překládal jako stařeckou zblbělost, ale Z. Mysliveček (1881-1974) to zmírnil na stařeckou otupělost. Spisovatel Z. Winter použil ve svých románech obrat „žena znerozuměla“, stala se z ní „bláznice“. Něco opravil sám vývoj jazyka. Kdysi odborný

flus zůstal jen v hantýrce. O vnímání seniorů svědčí četné aforismy, gnómy a sentence o stáří, také ustálená spojení slov. O někom lze říci, že už jde do let, pamatuje hodně pátků, má vlasy bílé jako mléko, je však stále ještě jura, ale také, že má již dřavou hlavu, mele z posledního, smrdí krchovem. Nelichotivé a neetické jsou i mnohé frazeologické obraty (oplzlý, smradlavý, uslintaný dědek). Estetické svědectví vydávají i mnohé obecně známé symboly, berle a hole jsou znakem vysokého věku a nemocí pohybového ústrojí, jejichž zlepšení se demonstruje odhazováním a lámáním holí (Piešťany). Ve výtvarném umění vous symbolisuje moudrost, Homér byl pro umělce bělovlasým starcem nevidomých očí.

Literatura

Toto sdělení vychází z dřívějších publikací s podobným tématickým zaměřením

PACOVSKÝ, V.: Péče o nemocný život. Čas. Lék. čes. 139, 2000, č. 24, s. 753-756.

PACOVSKÝ, V.: Zdravý senior, nemocný starý člověk, geriatrický pacient. Prakt. Lék. 81, 201, č. 10, s. 552-554.

PACOVSKÝ, V.: Geriatrická diagnostika. Scientia medica, Praha 1994.

PACOVSKÝ: Glosář gerontologické terminologie. Geriatrics 8, 2002, č. 1, s. 3-4.

PACOVSKÝ, V.: Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří. Karolinum, Praha 1997.

PACOVSKÝ, V. Medicinská terminologie. Karolinum, Praha 2004.

PACOVSKÝ, V.: Estetika a stáří. Pohled lékaře. Prakt. Lék. 85, 2005, č. 4 s. 194-196.

PACOVSKÝ, V. Sucharda, P.: Jazykozpyt medicíny. Galén, Praha 2008.

Další literatura u autorů.

Adresa autora

Prof. MUDr. V. P. sen., DrSc.

III. interní klinika

1. LF UK a VFN v Praze

Aesthetica senectutis Gerontologic essay

V. Pacovský sen., V. Pacovský jun.

Summary

The term esthetics was probably formed by the German philosopher A. G. Baumgarten in his paper *Aestheticon* (1750) who defined the field as the science on beauty and its sensory perception. However, this definition has many aspects and we shall concentrate just on one of them – on the esthetics of old age.

Esthetics of old age has some characteristic features. It concerns mainly esthetic viewpoints on healthy and unhealthy man in one phase of his life. It is neither just the matter of medicine, biology or somatology, nor just the appearance of the body or its function. The esthetics of old age appears in other fields, too, e.g. psychology, sociology or linguistics. It is multidimensional and interdisciplinary, not dealing with the primary artistic perception ("non-artistic esthetics"). It is a symbiosis of emotion, ratio and science. The statement that something is beautiful, ugly or repulsive is unsatisfactory in the esthetics, moreover it searches for the answers why is it so. Its attempt is to revise subjective sensory perception by verifiable reality. From medical viewpoint pragmatic part of the esthetics of old age is important because its evidence is practically applicable in the diagnostics, therapy, or care for seniors.

Key words: esthetics - old age - geriatrics

B. Vichová, M. Oravský, M. Schnorrer
(III. chirurgická klinika LF UK, FNsP Milosrdní Bratia, Bratislava
prednosta: Doc. MUDr. M. Schnorrer, CSc.)

Súhrn

V práci autori rozoberajú vlastné skúsenosti s operáciami hernií v jazve u seniorov. Vo vlastnom súbore používali pri riešení prietrže v jazve sieťku, ktorú implantovali medzi peritoneum a fasciu, tzv. sublay technika. Pri retrospektívnom vyhodnotení súboru dosiahli dobré výsledky s nízkym počtom pooperačných komplikácií a recidív prietrží. Na základe literárnych údajov a vlastných skúseností doporučujú aktívnejší chirurgický prístup pri riešení prietrží v jazve, kvôli prevencii možných komplikácií.

Kľúčové slová: hernia v jazve - sublay technika - hernia u seniorov

Úvod

Hernie v jazve sú napriek vývoju a pokroku v chirurgii v dlhodobom priebehu najčastejšou komplikáciou s incidenciou od 10 do 20 % (1,2,3,4,5). Hernie v jazve sú definované ako prietrže v oblasti vyhorejnej /abdominálnej/ incízie, pričom vak prietrže je tvorený peritoneom. Môže ísť o skutočne iatrogénne zavinené prietrže. Medzi dôležité rizikové faktory vzniku hernie v jazve sa v literatúre popisuje aj vek nad 60 rokov (17). Aj keď sa môžu vyskytovať u ľudí v každom veku, sa v minulosti prekonali operačnú liečbu, starší ľudia tvoria podstatnú časť operovaných pacientov.

Chirurgická liečba prietrží v jazve je na prvom mieste. Cieľom operácie je uzavretie bránky prietrže a zabránenie recidívy. Dnes sa v chirurgickej liečbe hernií v jazve uprednostňuje implantácia syntetickej sieťky (8,9,10,11,12). Výhodou je sútúra bez napätia (tension-free), bez použitia menejcenného, zjazvovaného tkaniva.

Cieľom práce bolo retrospektívne vyhodnotenie operácií prietrží v jazve pomocou sieťky s jej uložením medzi peritoneum a fasciu - tzv. sublay technika. Ďalším cieľom práce bolo vyhodnotiť, či aj starší ľudia s herniou v jazve majú podstúpiť operáciu hernie so všetkými svojimi rizikami a aká je pre nich optimálna voľba chirurgickej liečby.

Metodika a výsledky

Na chirurgickej klinike FNsP Milosrdní Bratia sme od 1. januára 2004 do 31. decembra 2006 operovali celkovo 55 pacientov pre prietrž v jazve technikou s použitím sieťky a jej uložením sublay. Z tohto celkového počtu bolo 22 pacientov vo veku od 60 do 74 rokov, definovaného ako starší (vyšší) vek, tzv. presenium, 3 pacienti boli vo veku stareckom, od 75 do 89 rokov, v tzv. sénii. Spolu teda až 40% pacientov bolo vo veku nad 60 rokov. Najvyšší vek operovaného pacienta bol 79 rokov. Priemerná doba hospitalizácie bola 5,4 dňa. Celý súbor pacientov sme vyhodnotili retrospektívne pomocou dotazníka. Spokojnosť s výsledkom a priebehom operácie udalo 33 pacientov (91,7%). Pociť prítomnosti cudzieho telesa označil len jeden pacient (2,8%). Z celkového počtu komplikácií boli závažné, t.j. zhnisanie s nutnosťou extrakcie sieťky, 2 prípady (3,6%), z toho len jeden pacient vo veku nad 60 rokov. Ostatné komplikácie bol seróm a hematóm v operačnej rane, spolu 2 prípady (3,6%). Z 36 prijatých dotazníkov si 3 pacienti (8,3%) všimli opätovné vyklenovanie v mieste jazvy po predchádzajúcej operácii. U 33 pacientov (91,7%) nedošlo k opätovnému vyklenovaniu.

Diskusia

Otázka operácii hernií vzhľadom na ich vysokú incidenciu je stále aktuálna. Indikačné rozhodnutie zohľadňuje vek, pridružené ochorenia a riziko inkarcerácie. Dôležitý je aj výber operačnej techniky. Patogenéza prietrží v jazve je multifaktoriálna. Medzi predoperačné faktory vzniku hernie sa v literatúre popisuje najmä obezita - BMI viac ako 25 a vyšší vek nad 45 rokov (7,15,16,17). Aj v našej štúdii sme zistili, že až 40% pacientov operovaných pre herniu v jazve bolo vo veku nad 60 rokov. Z menej častých to sú sepsa (malnutricia, spomalený metabolizmus), urémia (inhibícia delenia fibroblastov), ikterus (zabraňuje maturácii kolagénu), diabetes mellitus (predisponuje k infekcii v rane), užívanie steroidov (majú proteolytický efekt) a iné. Zo strany chirurga, a teda operačných faktorov vzniku hernie, je to najmä typ operačnej techniky, použitých materiálov a operačného prístupu pri primárnej operácii. Z pooperačných faktorov vzniku hernie v jazve sa na prvom mieste nachádza infekcia v rane, kedy dochádza ku enzymatickej deštrukcii hojajúcich sa tkanív, zápalovému edému tkanív, ktorý spôsobuje ich zvýšené napätie a zabraňuje prítoku krvi (revaskularizácii). Z ďalších pooperačných faktorov je to kašeľ a abdominálna distenzia, napr. pri pooperačnom paralytickom ileu. Nové výsledky poukazujú taktiež na poruchy kolagénového mechanizmu čo vedie v dlhodobom sledovaní k instabilnej jazve a k vytvoreniu prietrže v jazve.

Skutočné riziko hernie v jazve je však v jej možných komplikáciách. Hernie v jazve bývajú často veľké a akútne s možnosťou inkarcerácie. (17). Urgentná operácia pre inkarcerovanú herniu v jazve má oveľa väčšie riziko morbidita a mortality ako elektívna operácia. A práve na to by sme mali myslieť najmä u starších pacientov s herniou v jazve. Napriek vysokej incidencii hernií v jazve nie všetci pacienti však žiadajú alebo im je doporučená chirurgická liečba. V Nemecku je operovaných len 30% pacientov a v Holandsku menej ako

20% pacientov s prietržou v jazve (3).

Výsledky operácií prietrží v jazve konvenčnými spôsobmi sú zlé, preto dnes môžeme povedať že ich využívanie je dnes už obsolentné. Operačná technika s využitím sieťky je dnes modernou technikou v chirurgickej liečbe prietrží v jazve. Jej cieľom je zníženie počtu recidív. Dnes poznáme v princípe dva rozdielne prístupy k uloženiu sieťky (4,18,15). Prvým je otvorený spôsob cez operačnú jazvu v brušnej stene, kde poznáme tri základné uloženia sieťky. Inlay technika je vyplnenie hernie aloplastickým materiálom. Jeho využitie je rezervované pre veľké defekty. Onlay technika je uloženie sieťky na vonkajšiu fasciu po jej suture. Jej nevýhodou je kontakt sieťky s podkožím, čo môže viesť k vyššiemu výskytu serómov a následne infekcie v rane. Dnes najpoužívanejší a najviac preferovaný spôsob je technika sublay. Prednosťou tejto techniky je v literatúre popisovaný najmenší počet recidív s hodnotami pod 10% (2,13,14) a pooperačných komplikácií. Aj v našom súbore pacientov sme využívali práve túto techniku s dobrým výsledkom. Počet recidív bol v súlade s literárnymi údajmi - 8,3%. Dvoch pacientov sme museli reoperovať pre odlúčenie sieťky. Po vybratí sieťky sa operačné rany zhojili per primam a v dlhodobom sledovaní sú pacienti bez príznakov recidívy prietrže. Druhým je laparoskopický prístup vzdialený od bývalej operačnej jazvy. Sieťka je uložená zvnútra brušnej dutiny na parietálne peritoneum s prekrytím aj vaku hernie. Veľkou výhodou tejto techniky je plastika bez napätia. Prvé výsledky sú dobré s nízkym počtom recidív, ale chýbajú dlhodobé výsledky (6,19).

Záver

Jeden z najčastejšie popisovaných predoperačných faktorov vzniku hernie - vek - zmeniť nemôžeme. Vzniknutú herniu v jazve u starších ľudí je však nutné chirurgicky liečiť. Naša štúdia preukázala dobré pooperačné výsledky s nízkym počtom komplikácií aj u starších ľudí. Spomínané

riziko inkarcerácie a nutnosti urgentnej operácie so svojimi následkami a komplikáciami je pri hernii v jazve stále vysoké. Z pohľadu chirurga však môžeme prispieť zmenou operačnej techniky. Z dnešného pohľadu sa zdá retromuskulárna plastika sieťkou (tzv. sublay) štandardné riešenie v liečbe prietrží v jazve, čo potvrdzujú aj naše výsledky. Uloženie sieťky týmto spôsobom sa najviac približuje fyzikálnym prednostiam brušnej steny. Na základe poznatkov patogenézy vzniku hernie, jej vlastností a komplikácií, odvolávajúc sa na naše výsledky sa dá povedať, že optimálnym riešením hernií u starších ľudí je vždy elektívna operácia hernie v jazve s použitím štandardnej chirurgickej liečby a to plastiky pomocou sieťky uloženej medzi peritoneum a fascii (sublay).

Literatúra

1. EISNER L., HARDER F.: Narbenhernien. Chirurg. 1997, 68, č.2, s. 304-309
2. SCHNORRER M. jr., PETRAŠOVIČ M., BELÁČEK J.: Hernie v jazve. Rohl. Chir. 1998, 77, č.5, s.211-213
3. BURGER J.W., LUIJENDIJK R.W., HOP W.C., HALM J.A., VERDAASDONK E.G., JEEKEL J.: Long-term follow-up of randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. Ann Surg 2004, 240, s. 578-583
4. SCHNORRER M. jr., PETRAŠOVIČ M., MRÁZ P.: Implantáty u recidív prietrží brušnej steny. Lekár. Obzor, 1998, 47, č. 4, s.129-131
5. ADOTEY J.M.: Incisional hernia: a review. Niger J Med., 2006, 15, č.1, s. 34-43.
6. ZOGRAFOS GN., MITROPAPAS G., VASILIDIS G., FARFARAS A., AGEI C., MARGARIS E., TSIPRAS I., KOLIOPANOS A., PATERAS J., PAPASTRATIS G.: Open and laparoscopic approach in incisional hernia repair with ePTFE prosthesis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2007, 17, č.6, s.277-81.
7. MANNINEN M. J., LAVONIUS M., PERHONIEMI V. J.: Results of incisional hernia repair. A retrospective study of 172 unselected hernioplasties. Eur. J. Surg., 1991, 157, s. 26-31
8. VAN DER LINDEN F. T., VAN VROONHOVEN T. J.: Long-term results after surgical correction of incisional hernia. Neth. J. Surg., 1988, 40, s.125-129
9. ZIMMERMAN G., MULLER G., HAID A.: Chirurgische Therapie der narbenhernien. Chirurg., 1991, 62, s.653-658
10. LANGER C., SCHAPER A., LIERSCH T., KULLE B., FLOSMAN M., FÜZESI L., BECKER H.: Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience. Hernia. 2005, 9, č.3, s.16-21
11. GREVIOUS MA., COHEN M., JEAN-PIERRE F., HERRMANN GE.: The use of prosthetics in abdominal wall reconstruction. Clin Plast Surg. 2006, 33, č.4, s.181-97
12. DIA A., DIEMG M., GANI M., FALL B., TOURE CT.: Treatment of incisional hernias. Dakar Med. 2004, 49, s.17-19
13. SCHUMPELICK V., KLINGE U., JUNGE K., STUMPF M.: Incisional abdominal hernia: the open mesh repair. Langenbecks Arch Surg. 2004, 389, č.2, s. 1-5.
14. LANGER C., KLEY C., NEUFANG T., LIERSCH T., BECKER H.: Problem of recurrent incisional hernia after mesh repair of the abdominal wall. Chirurg. 2001, 72, č.8, s.927-33
15. RAJENDER PRASAT, SANDEEP AGARWALA: Hernias. in Essentials of Surgery. In Sunil Chumber. Jaypee Brothers, 2005, s.1008-1021
16. RIOS A., RODRIGUEZ JM., MUNITIZ V., ALCARAZ P., PÉREZ D., PARRILLA P.: Factors that affect recurrence after incisional herniorrhaphy with prosthetic material. Eur J Surg. 2001, 167, č.11, s.855-59
17. ČÁRSKY S.: Prietrže. In Černý, J. a kol. Špeciálna chirurgia 2. Chirurgia brušných orgánov a retroperitonea. Martin: Osveta 1996, s. 420-457
18. GISLASON H., GRONBECH J. E., SOREIDE O.: Burst abdominal and incisional hernia after major gastrointestinal operations - comparisons of three closure techniques. Eur. J. Surg., 1995, 161, s. 347-361
19. ANGELE MK., LÖHE F., DIETZ J., HERNANDEZ-RICHTER T., JAUCH KW., HEISS MM.: Laparoscopic incisional hernia repair - an alternative to the conventional procedure? Zentralbl Chir. 2005, 130, č.3, s.255-259

Adresa autora

MUDr. B. V.

III. Chirurgická klinika

FNsP Milosrdní Bratia

Nám. SNP 10

814 65 Bratislava

The incidence and surgical treatment of hernia in the scar in seniors

A. Vichová, M. Oravský, M. Schnorrer

Summary

In their paper the authors analyze their own experiences with the operations of hernias in the scar in seniors. In their group of patients a net was used in the management of hernia in the scar, which was implanted between the peritoneum and fascia - the so called sublay technique. In retrospective evaluation of the group good results were obtained with a low number of postoperative complications and hernia recurrences. Based on the literature data and the authors' experiences they recommend a more active surgical approach in the management of hernias in the scar due to the prevention of possible complications.

Key words: *hernia in the scar - sublay technique - hernia in seniors*

Subjektivně zjištěný zdravotní stav osob ve věku 50 až 64 let v České republice. Data z dotazníkových šetření provedených v roce 2006.

K. Zikmundová, H. Zavázalová, V. Zaremba, J. Kotrba
(Ústav sociálního lékařství, Univerzita Karlova Praha, Lékařská fakulta Plzeň
Vedoucí ústavu: Doc. MUDr. Helena Zavázalová, CSc.)

Souhrn

Autoři prezentují výsledky dotazníkového šetření populace osob ve věku 50-64let provedeném v roce 2006. Soubor zahrnoval 1008 respondentů, s mírnou převahou žen, bydliště převážně větší město. V příspěvku zaměřeném na subjektivně vnímaný zdravotní stav a disabilizující choroby jsou použity jak informace z celostátních studií, tak informace z jmenovaného šetření. Autoři se snažili konfrontovat vlastní výsledky s výsledky z celostátních reprezentativních studií s ohledem na vybranou věkovou kategorii.

Klíčová slova: předdůchodový věk - subjektivní zdravotní stav - nemocnost - omezující - disabilizující chronické choroby

Úvod

Stárnutí české populace i ostatních vyspělých zemí bude podle prognóz pokračovat. Prodlužuje se střední délka života, produktivní věk a limit pro odchod do důchodu. Společnost se konečně začíná vážně zabývat demografickým stárnutím a zajištěním zdravotní a sociální péče o seniory, tak aby život i v poproduktivním věku byl kvalitní. Zdravotní stav české seniorské populace není dobrý a podle našich šetření v minulosti i nyní se ukazuje, že současná předdůchodová generace se vyznačuje poměrně vysokou morbiditou a výskytem subjektivních potíží. (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Vyšší věk je rizikový pro výskyt řady chorob a poruch zdraví. Stáří je poznamenáno polymorbiditou a následně ve vysokém věku nesoběstačností a posledních až deset let života disabilitou. S prodlužováním střední délky života (pravděpodobnosti dožití) je vyšší potřeba péče a větší podíl seniorů s disabilitou. Většinu onemocnění si přináší senioři ze středního věku do období stáří. (3) Některým nemocím a jejich komplikacím lze dobrou geriatrickou prevencí předejít. Lze při zdravém způsobu života a vyloučením negativních faktorů od-

dálit nesoběstačnost a disability. Snahou geriatrické prevence je komprese morbidity do vyššího věku.

Příspěvek je zaměřen na zdravotní stav české populace ve věku 50-64 let. Ti se v horizontu několika let stanou seniory a dosáhnou věku 65 a více let. Tento věk je označován jako věk zohledněný z hlediska vyšší potřeby sociální péče a sociální pomoci. Ve věku 65 a více let dochází i k výraznému nárůstu nákladů na zdravotní péči na více než dvojnásobek průměrných nákladů vykazovaných Všeobecnou zdravotní pojišťovnou na jednoho pojištěnce.

Metodika

V příspěvku jsou použity informace z celostátních studií a informace z vlastního anonymního šetření populace osob ve věku 50-64 let. Autoři se snažili konfrontovat vlastní výsledky s výsledky celostátními s ohledem na vybranou věkovou kategorii.

1. Data z **celostátně prováděných studií** jsou prezentována v grafech a tabulkách. Zdrojem byla data Ústavu zdravotnických informací a studie HIS (Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace, v roce

Tab. 2 *Subjektivní hodnocení zdravotního stavu (pouze velmi dobrý a dobrý stav) sledovaných osob ve věku 50-64 let v roce 2006 (n=1008) věkové srovnání v % (zdroj: Ústav sociálního lékařství LF UK Plzeň) - srovnání muži a ženy*

v % věk	50-54 let		55-59 let		60-64 let	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
velmi dobrý a vcelku dobrý	60,7	56,3	34,4	32,7	31,4	30,8

zjišťujeme snižující se podíl osob vnímajících svoje zdraví jako „dobré“ se stoupajícím věkem (viz následující tabulka - 2). Rozdíly mezi muži a ženami z hlediska subjektivního zdraví nebyly v našem souboru statisticky významné.

Podle celostátní studie HIS 2002, kde byla použita obdobná škála (pouze bylo použito zdravotní stav uspokojivý - v naší studii přiměřený věku) bylo hodnocení zdravotního stavu jako velmi dobrý a dobrý u 50% mužů a žen ve věku 45-59 let a pokles podílu takto hodnoceného stavu ve věku 60+ je výrazný zejména u žen a to na 25%, naproti tomu u mužů dosahuje téměř 40%. (4) V našem sledovaném souboru je již zřetelný pokles spokojenosti s vlastním zdravím jak u mužů, tak i u žen ve věku 55-59 let, zde je podíl dobře hodnoceného zdravotního stavu zhruba třetinový.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále ÚZIS) zpracoval „Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a v ČR“. Podle odborníků nelze zcela srovnávat subjektivní hodnocení zdravotního stavu v různých zemích, neboť závisí na řadě skutečností. Vedle individuálních faktorů

je také ovlivněno kulturními rozdíly, přístupem a tradicemi jednotlivých populací, a to i přesto, že znění otázek bylo stejné. I přes možná zkreslení byla prokázána vysoká korelace mezi subjektivním hodnocením zdraví a úmrtností, také mezi subjektivním hodnocením zdraví a reálným zdravotním stavem. Výsledky srovnání zdravotního stavu potvrdily větší pesimismus českých občanů. (2)

Vzhledem k jinému věkovému intervalu použitému v šetření ÚZIS uvádíme část tabulky (týkající s naší sledované populace) z uvedených publikací.

Z uvedené tabulky je zřetelný pokles hodnocení subjektivního zdravotního stavu zejména jako velmi dobrý v závislosti na věku. V roce 2002 v HIS bylo hodnocení u mužů i žen pozitivnější než v následné studii. Podle autorů záleží i na měsících, kdy je uvedeně šetření provedeno a jaká je nemocnost akutními chorobami v dané době. (4) HIS 2002 byla provedena v květnu a červnu, Celopopulační studie pak v listopadu 2004.

Pozn.: V šetření prováděném Ústavem sociálního lékařství by neměla sezónnost

Tab. 3 *Respondenti podle pohlaví, věku a subjektivně vnímaného zdraví (do této tabulky byly vybrány pro srovnání pouze věkové kategorie od 25 let do 64 let) Zdroj: „Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice-subjektivní pocit zdraví“ (ÚZIS 2005).*

věk	velmi dobré		dobré		uspokojivé		špatné		velmi špatné	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
%										
25-34	33,0	26,2	48,3	51,9	16,5	19,5	1,5	1,7	0,7	0,7
35-44	19,5	14,2	46,3	51,4	27,4	29,4	5,7	4,4	1,1	0,6
45-54	9,2	6,7	41,4	35,8	38,9	43,0	9,5	13,1	1,0	1,5
55-64	5,1	5,5	27,9	23,0	47,5	49,8	16,3	19,6	3,3	2,1

Tab. 4 Procento osob, které hodnotí svůj zdravotní stav jako „dobrý“ či „velmi dobrý“ (zdroj: „Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a v ČR“. ÚZIS)

věk	45-54 let	55-64	65-74	75-84	85+
ČR	52,0	43,9	31,8	21,0	17,4
EU 15	57,6	46,7	35,1	27,0	23,7

hrát tak významnou roli, neboť studenti medicíny provádějí dotazníkové šetření v průběhu celého roku.

2. Nemocnost

Jedním ze základních ukazatelů zdravotního stavu je nemocnost, a to zejména chronickými chorobami. Respondenti sdělovali zda trpí nějakou chronickou chorobou, bez ověření, zda byla skutečně diagnóza stanovena. Muži nevýznamně častěji než ženy uváděli, že netrpí v současné době žádným chronickým onemocněním.

Dle celostátních údajů ve věku 45-54 let to bylo 42% mužů a ve věku 55-64 let 32%, u žen ve věku 45-54 let 36% a ve věku 55-64 let pětina sledovaných žen. Tato data se významně neliší od podílu osob bez chronické choroby v našem souboru. (12)

Námi zjištěné výsledky odpovídají také předchozím šetřením populace osob 60-tiletých a starších (prováděným po více než 30 let na našem ústavu), co do struktury chronických chorob i co do rozdílů mezi muži a ženami. Je to logické, neboť člověk si do období stáří zpravidla přináší chronické choroby ze středního věku. (3, 6, 7, 8)

Onemocnění pohybového aparátu jsou poměrně častá u obou pohlaví, ale větší prevalence je zjišťována u žen. U mužů jsou častěji dýchací. U žen byla cukrovka (4,4%) uvedena méně často než v souboru mužů (6,5%). Tato skutečnost je v souladu s daty uvedenými z celorepublikového výběrového šetření, kde byl rovněž ve věku 45-64 let diabetes více u mužů než u žen. (1) (viz. dále.).

V Publikaci „Muži a ženy v číslech zdravotnické statistiky (ÚZIS)“ je prevalence migrény u žen 2,5x vyšší než u mužů, v našem souboru je 3,5x vyšší u žen. (viz tabulka 4). Hypertensi mělo 21% mužů a

15% žen. (12) Námi získaná data (hypertensi mělo v našem souboru jen 8,8% mužů a 3,7% žen, v tabulce zařazeno do onemocnění srdečně cévních), jsou zřejmě podhodnocena, protože skutečná prevalence hypertense v tomto věku je jistě vyšší než 10% osob.

V našem souboru bylo průměrně jedno chronické onemocnění, které omezuje respondenta nejvíce.

Podle celostátních studií bylo ve věku 45-54 let uvedeno jedno chronické onemocnění na muže a 1,5 onemocnění na ženu v tomto věku, zde byla sledována všechna onemocnění, nikoliv pouze diiabilizující. Ve věku 55-64 let byl sledován nárůst na 1,5 onemocnění u mužů a 2 choroby na jednu ženu. (1, 12)

Šetření o zdravotním stavu HIS ČR

Tab. 5 Nejčastější chronické nemoci, které nejvíce respondenta omezují v souboru osob ve věku 50-64 let (n=1008 osob) v roce 2006 v %. Uvedeny jsou pouze nemoci s výskytem nad 1%. (zdroj: Ústav sociálního lékařství LF UK Plzeň)

50-64 let	muži %	ženy %
žádné onemocnění	29,79	25,18
dýchací nemoci (včetně astma)	8,08	5,85
deprese		
+nervové choroby	1,45	3,01
diabetes mellitus	6,47	4,43
migréna	0,69	2,48
obezita	1,39	1,24
oční nemoci	0,46	2,13
pohybové nemoci	26,33	35,99
srdečně cévní nemoci	15,24	13,12
trávicí nemoci	9,47	8,33
urologické nemoci	3,46	2,30

2002 zjistilo u **cukrovky** prevalenci u mužů ve věku 45-54 let 5,7% a ve věkové kategorii 55-64 let byla prevalence více než dvojnásobná 13,4% (nejvyšší vůbec i ve srovnání s věkem nad 65 let). U žen byla prevalence cukrovky ve věku 45-54 let 4,3% a ve věku 55-64 let byl pozorován opět více než dvojnásobný nárůst na 10,1%. Na rozdíl od výběru mužů je ale nárůst ve vyšších věkových kategoriích u žen dokonce na 25% diabetiků ve věku 65 a více let, to znamená, že každá 4. žena v tomto věku má diabetes mellitus. (1)

Tyto skutečnosti potvrzují naše zjištění z šetření osob předdůchodového věku, kdy zdravotní stav budoucích seniorů bude zřejmě horší než seniorů současných. Je pravdou, že vyšší prevalence nejen u diabetu i jiných chorob může často znamenat i **včasnou a vyšší záchytnost** choroby. (3, 5, 9, 10)

Podle Světového šetření o zdraví v ČR (ÚZIS 2004) jsou **ženy častěji ohroženy revmatickými onemocněními či onemocněními kloubů**. Zejména po 50 roce věku byl zjištěn výrazný nárůst prevalence těchto chorob. Výrazný nárůst cukrovky byl zjištěn od 55 roku věku. Tato publikace také konstatuje, že ženy častěji uváděly alespoň jednu diagnózu i léčbu než muži. Uvádí se, že tyto rozdíly odpovídají výsledkům jiných výzkumů, avšak automaticky nepotvrzují vyšší nemocnost žen Pouze potvrzují vyšší využívání zdravotní péče ženami a spíše i větší ochotu o svých zdravotních problémech hovořit.

„Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a v ČR“ konstatuje, že i přes relativně vysoký podíl osob s chronickým onemocněním v ČR celkem, z hlediska jednotlivých onemocnění již Češi příliš nevybočují v rámci EU. Vyšší ve srovnání s průměrem je pouze prevalence diabetu (u osob nad 18 let věku asi 8% v ČR, v EU 15 je 6%) a hypertenze (20% v ČR a 17% v EU 15), nižší je naopak prevalence artritidy a artrózy (v ČR 15%, v EU 15 je 22%), alergie (v ČR 12% v EU 15 je 18%) či astmatu. (2)

Závěr

V tomto příspěvku jsme se zaměřili na **subjektivní hodnocení zdravotního stavu a subjektivně dokladovanou nemocnost disabilizujícími chorobami** sledované populace osob ve věku 50-64 let – tedy v předdůchodovém věku.

Jak je zřejmé i z celostátních dat, je uvedený věk (dle ÚZIS zejména mezi 50-60 lety) je rizikovým z hlediska zvýšení prevalence některých chorob. Námi zjištěná data odpovídají i informacím z výběrových celorepublikových šetření na velkých souborech. Pro srovnání našich dat a celostátních (event. i s EU 15) byly použity publikace Ústavu zdravotnických informací České republiky.

Přesto, že ukazatele subjektivně hodnoceného zdraví nejsou odrazem skutečného zdravotního stavu jedince, jsou pro jednoduchost provedení používány v dotazníkových šetřeních jak u nás tak i v zahraničí. Odrážejí momentální situaci, ale i spokojenost jedince s vlastním zdravím a tím i jeho kvalitu života.

Stejně tak nemocnost (prevalence chorob) zjištěná, ať už od pacienta samotného dotazem nebo z rutinních statistik ne vždy odpovídá reálné, skutečné nemocnosti. Odhalená a evidovaná prevalence a incidence onemocnění závisí na jedinci samotném, také na přítomnosti symptomů, subjektivních potíží a jejich uvědomování, návštěvě lékaře, preventivních opatřeních (preventivní prohlídky jako zdroj diagnostiky chorob, priority zdravotní výchovy a jejich mediální prezentace, apod.), úrovni diagnostických metod a dalších faktorů v dané době a příslušné populaci.

Použitá zdroje byly v textu citovány, doplňující literatura je k dispozici u autora.

Literatura

1. Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice- subjektivní pocit zdraví, ÚZIS, 2005
2. Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a v ČR, ÚZIS, 2004

3. VOŽEHOVÁ, S., ZAREMBA, V., ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., LAVIČKA, F.: Chronické choroby ve středním a vyšším věku. Geriatria, 8, 1, 2002, s. 7-12

4. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS studie), ÚZIS 2002

5. ZAREMBA V., ZAVÁZALOVÁ H., ZIKMUNDOVÁ K.: Využívání zdravotnických služeb ve věku 50-59 let. Plzeň. lék. Sbor., 69, 2002, s. 69-73.

6. ZAREMBA, V., ZAVÁZALOVÁ, H., KOTRBA, J., ZIKMUNDOVÁ, K.: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu osobami staršími 60let a vybrané charakteristiky jejich zdravotního chování. Geriatria, 1, 2005, s. 18-23

7. ZAREMBA, V., ZAVÁZALOVÁ, H., KOTRBA, J., LAVIČKA, F., ZIKMUNDOVÁ, K.: Vnímání zdraví a vlastní péče o ně u mladších seniorů. Plzeň. lék. Sborn., 72, 2006, s. 51-58

8. ZAREMBA, V., ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., KOTRBA, J.: Srovnání zdravotní situace pacientů ve věku 50-64 let podle pětiletých věkových skupin. Geriatria, 2, 2007, s. 65-71

9. ZAVÁZALOVÁ H., ZAREMBA V., ZIKMUNDOVÁ K.: Prevalence hypertenze u osob středního a vyššího věku. In: Postgraduální lékařské dny Plzeň 2003. Civilizační choroby II. Sborník abstrakt. Plzeň: Lékařská fakulta UK Plzeň 2003, s. 31.

10. ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V., HOLMEROVÁ, I.: Zdravotní stav osob středního a vyššího věku. Čes. ger. Revue, 4, 2003, s. 45-49

11. ZAVÁZALOVÁ, H., ZAREMBA, V., ZIKMUNDOVÁ, K., KOTRBA, J., LAVIČKA, F.: Jak hodnotí seniori své vlastní zdraví?, Geront. Aktual. 1, 2005, s. 12-16

12. Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky, ÚZIS, 2002

Adresa autora

MUDr. K. Z.
LF UK, Šafránkův pavilon
Alej svobody 31
323 00 Plzeň

Subjectively detected health status of subjects aged 50 - 64 years in the Czech Republic. Data of the questionnaire inquiries conducted in 2006.

K. Zikmundová, H. Zavázalová, V. Zaremba, J. Kotrba

Summary

The authors present the results of the questionnaire inquiry of the population in subjects aged 50-64 years conducted in 2004. The group comprised 1008 respondents with moderate predominance of women living in larger urban areas. The contribution aimed at subjectively perceived health status and disabling diseases makes use of the information from countrywide studies as well as the information from countrywide representative studies considering the selected age category.

Key words: pre-pension age - subjective health status morbidity - restricting - disabling chronic diseases

Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu na kvalitu života seniorů v institucionální péči.

H. Janečková, I. Holmerová, H. Vaňková, T. Kašliková
(Gerontologické centrum, Praha, Šimůnkova 1600, 18200 Praha 8,
ředitelka MUDr. Iva Holmerová, PhD.)

Souhrn

Využití vzpomínek v práci se starými lidmi s cílem zlepšení kvality jejich života se rozvíjí od 60. let minulého století. Reminiscenční terapie patří k validačním technikám a může napomoci starému člověku vyrovnat se i s obtížnými fázemi svého života. Vzpomínky umožňují rekapitulaci života a přehodnocení nejdůležitějších životních událostí tak, aby je člověk mohl přijmout jako smysluplnou součást svého životního příběhu a dospět tak k životní integritě. Vzpomínání je proto přirozenou, nutnou a cennou součástí stáří jako závěrečné fáze životního cyklu. Vliv reminiscence na zdravotní stav a kvalitu života seniorů je zkoumán od 80. let minulého století. Jak naznačují přehledové studie, není tento efekt jednoznačný a závisí na celé řadě faktorů, mj. na použité reminiscenční metodě, na osobnosti starého člověka i na designu studie. Závažným problémem je skutečnost, že efekt je většinou měřen na velmi malém vzorku respondentů. Gerontologické centrum Praha provedlo v letech 2005-2007 rozsáhlý výzkum vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života a zdravotní stav seniorů žijících v instituci. Na vzorku 203 respondentů rozděleném na intervenovanou a kontrolní skupinu byly měřeny ukazatele zdravotního stavu a kvality života před a po intervenci. První předběžné výsledky ukazují, že z reminiscenční terapie těží nejvíce lidé s demencí a lidé, kteří jsou během terapie aktivní. Výzkum byl podpořen grantovou agenturou MZČR (IGA 8488 - 3/2005).

Klíčová slova: *reminiscenční terapie - vzpomínky - kognitivní funkce - aktivita*

1. Úloha vzpomínání v lidské psychice

Schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky patří k základním vlastnostem lidské psychiky. Při vzpomínání vstupují staré paměťové stopy do vědomí člověka, a ten má tak možnost znovuprožívat události svého života, přehodnocovat je, znovu je začleňovat do svého životního příběhu a do obrazu sebe sama. Jde o ožívování minulosti v představách, při vyprávění nebo při kreativní činnosti. Jde také o subjektivní interpretaci minulé zkušenosti své vlastní i druhých lidí, osobních zážitků i historických událostí. Vzpomínání má tedy v duševním životě člověka své nezastupitelné místo. Má důležitou funkci při vytváření duševní rovnováhy v závěrečné životní fázi, kterou psycholog Erik Erikson (1950) označuje jako stádium životní integrity. Dosažení integrity je úkolem člověka, který stojí v protikladu k beznaději a zoufalství, zklamání, ztrátě životního smys-

lu. Vzpomínky a jejich přehodnocení tak mohou přispět k sebebřijetí, k rozvoji osobní identity a k udržení kontaktu se sebou samým i s okolním světem až do samotného konce života. Životní integrita se projevuje pocitem životního naplnění a vděčnosti vůči lidem, kteří mu dali smysl. Je to moudrost spojená s hlubokým porozuměním pro druhé.

Vzpomínání je tedy intenzivnější ve vyšším věku, kdy mozek jiným způsobem zpracovává informace a více se opírá o životní zkušenosti. Moderní neurovědy přinášejí poznatky o odpovídajících změnách v mozkové tkáni, kdy vrcholí vývoj těch částí mozku, které zpracovávají předchozí zkušenosti a kompenzují tak ztráty, způsobené snižujícími se schopnostmi zpracovávat nové informace. Snižuje se asymetrie obou hemisfér mozku, které se tak mohou vzájemně zastupovat. Vznikají nové kapacity a vytváří se nové vnitřní psychologické klima

pro přehodnocování životních zkušeností. Tato nová dimenze mozkové aktivity a lidského rozvoje je založena na paměťových stopách, jejich třídění, přeskupování a hodnocení. Vybavování vzpomínek a hodnocení prožitého života představuje pro zdravý duševní život v pozdním věku základní lidskou potřebu (Cohen, 2007).

Reminiscence je definována jako hlasitě nebo tiché (vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě nebo spolu s jinou osobou nebo se skupinou lidí. (Woods a kol., 1992, s. 138). Jako **reminiscenční terapie** je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech člověka, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba ap.) Může to být aktivita strukturovaná i nestrukturovaná.

Cíleně začal užívat vzpomínek v práci se starými lidmi americký gerontolog Robert Butler. Svoji metodu označoval jako „**life review**“ – což lze v češtině vyjádřit jako rekapitulace, reflexe, hodnocení života nebo bilancování celého života (Butler, 1963). Cílem je hledání smyslu života. Vždy jde o strukturovanou aktivitu. Výsledkem tohoto procesu je smíření, související s odpuštěním nejrůznějších křivd, které člověka během života potkaly. Odpuštění (nikoli zapomenutí) a smíření je nutnou podmínkou vnitřního míru a přispívá i k vyřešení konfliktů mezi lidmi (Butler 2007).

Reminiscence začala být užívána jako terapeutický nástroj zejména v rámci péče o osoby s demencí. Zatímco demence vede k postupné ztrátě paměti i komunikačních dovedností, reminiscence upozorní na původní, silné stránky člověka. Spolu s dalšími validačními technikami jí využívala sociální pracovnice Naomi Failová (1996) k potvrzování hodnoty a přijetí člověka i s jeho nesplněnými životními úkoly, k na-

vázání kontaktu a budování vztahu.

Vzpomínání je tedy přirozenou duševní činností člověka. Vybavování starých paměťových stop v různých souvislostech během celého života je základem lidské identity. Skutečnost, že člověk je schopen si ve své paměti znovu vybavit své dřívější a dávne prožitky a zkušenosti - co dělal, kým byl, jak vnímal různé historické události nebo jak se na nich dokonce podílel, jak prožíval své vztahy, jaké byly zvyky a příběhy vyprávěné v jeho původní rodině - to vše je součástí představy člověka o sobě samém, vědomí celistvosti a kontinuity jeho života jeho sebehodnocení a sebeúcty, jeho vědomého "já". Život provázejí neustálé změny a ve starším věku zejména četné ztráty. To, co drží identitu člověka pohromadě jsou právě jeho vzpomínky. Ztrátou své identity jsou nejvíce ohroženi lidé, kteří jsou přemístěni do instituce, kdy opustí vše, čím až dosud žili a když navíc často není nikdo, komu by o svém životě mohli vyprávět. Využívání vzpomínek v práci se seniory, vnášení rozměru celého lidského života do veškerých aktivit se starými lidmi, není samo o sobě terapií. Nicméně takto zaměřené aktivity mají terapeutický účinek, uspokojují mnoho lidských potřeb, dávají pozitivní energii, vnášejí smysl do jejich života.

3. Výzkum efektu reminiscenční terapie

Výzkum se zaměřuje na hodnocení dopadu reminiscenční terapie na kvalitu života, zejména pak jejího vlivu na průběh a projevy demence, na depresivní stavy, na chování, náladu a celkovou spokojenost lidí. Účinek reminiscenční terapie byl zkoumán zejména u obyvatel pobytových zařízení pro seniory.

Vliv reminiscence na náladu, subjektivní zdraví, depresivitu a sociální integraci starých lidí žijících v institucionálním prostředí je v literatuře opakovaně potvrzován. Projevil se i její vliv na kognitivní funkce, náladu a chování lidí s demencí (Wang, 2004, Woods et al. 2005). Přehledové studie zpracované z database Cochraine Institute (Woods et al., 2005) však poukazují na nedostateč-

nou metodologickou kvalitou výzkumů a výsledky nepovažují za zcela spolehlivé. Získaná kvantitativní data (naměřené hodnoty testů kognitivních funkcí, depresivity, kvality života, subjektivního zdraví) nepřinesla statisticky významné výsledky. Ukazuje se, že účinek a jeho trvání závisí na konkrétním způsobu aplikace reminiscenční terapie, na způsobu, jakým se s lidmi vzpomíná, jak lidé své vzpomínky zpracovávají.

Narativní přístup je založen na nestrukturované rozpravě členů reminiscenční skupiny. Jeho základem jsou volně, spontánně vyjadřované vzpomínky, probíhá buď mezi dvěma lidmi, nebo ve skupině, může jít i o tiché individuální vzpomínání nebo psané vzpomínky, autobiografie, knihy života. Nejčastěji jde o **vyprávění příběhů ze života (life story)** v uvolněné atmosféře a bezpečném prostředí, při kterém se většinou s podporou facilitátora, zapojují všichni zúčastnění. Je to příležitost k setkání lidí, ke sdílení a předávání zkušenosti. Narativně zaměřená reminiscenční skupina připomíná setkání rodiny nebo přátel, kdy se společně vzpomíná, lidé se mohou pobavit a zasmát. Předem není zvolené téma rozhovoru nebo se ho skupina striktně nedrží. Vzpomínky přicházejí jako asociace na vstup předchozího řečníka nebo jako reakce na přítomné reminiscenční podněty (historické předměty, fotografie, hudba). Důraz je kladen na příjemné stránky vzpomínání, dobrou atmosféru, zapojení všechny přítomných (**prosociální funkce vzpomínání**). Podstatnou stránkou narativní metody je absence hodnocení. Během setkání nikdo vyprávěné příběhy nehodnotí ani to nikdo neočekává. Naopak snaha hodnotit něčí vzpomínky by mohla vést k ohrožení bezpečí přítomných. Vzpomínání se nesnaží odhalit nitro člověka, lidé si kontroloují, co ze svých vzpomínek dají k dispozici ostatním. Úkolem facilitátora je stimulovat rozhovor, podporovat vyprávění přítomných, moderovat vstupy jednotlivců, vytvářet prostor pro zapojení všech, kontrolovat skupinový proces (např. včas zabránit konfliktu).

Kvalitativní metody (pozorování, rozhovory s účastníky i s facilitátory, analýzy videonahrávek) ukazují, že účastníci narativně zaměřených skupinových setkání si této aktivity užívají, reagují na podněty, mění se jejich chování – lidé se např. začínají spontánně obracet jeden k druhému, namísto aby komunikovali pouze s personálem. Poznání, že mají společné zkušenosti a osudy, má na členy skupiny pozitivní vliv, vyvolává v nich potřebu vzájemného sdílení, podpory a respektu. Přispívá zřejmě též k poklesu negativních emocí (Kiernat, 1979, Goldwasser a kol., 1987). K podobným závěrům dospívají i asistentky v našich reminiscenčních skupinách (Vliv reminiscenční terapie, 2008).

Výsledky kontrolovaných studií přinášejí, byť zatím nemohé, důkazy, že u lidí s demencí se zlepšuje kognice některé behaviorální funkce (komunikace, soběstačnost, poruchy chování) a depresivita (životní spokojenost, nálada). Nicméně, jsou i důkazy, které přinášejí výsledky zcela opačné (Evidence Cluster, 2006). Bender a kol. (1999) informují o významně vyšší úrovni aktivity osob s demencí v reminiscenční skupině v porovnání s jejich zapojením v běžných aktivitách na oddělení, byl dokonce zaznamenán neočekávaný smysl pro humor. U lidí s demencí můžeme pozorovat, že dochází k jejich napojení na probíhající dění, navázání kontaktu s realitou, jejich oči se rozjasní, vnímají uvolněnou atmosféru, smějí se, reagují na otázky, vyznařují spokojenost, jsou aktivní, což je zřejmě i z našich videonahrávek (Janečková 2007).

K reflektujícím přístupům patří především **životní rekapitulace (life review)** Roberta Butlera (1963). Je považována za speciální formu reminiscence a byla definována jako proces prozkoumávání, organizování a hodnocení celkového obrazu života jednotlivce (Woods et al. 2002). Jde o vybavování vzpomínek v rozhovoru tváří v tvář mezi terapeutem a jedním účastníkem nebo malou skupinou za účelem celkové reflexe života, hledání jeho smys-

lu, porozumění vlastnímu životu i s jeho traumaty a konflikty a konečně přijetí vlastního života takového, jaký byl. Butler tím přinesl naprosto nový pohled na roli vzpomínek v životě starých lidí. Až do té doby byly vnímány negativně, jako projev zmatenosti a ztráty schopnosti obstat v současném světě. Butler, podobně jako již před ním Erikson, upozornil na pozitivní roli vzpomínek ve vývoji člověka. Proces reminiscence začal být popisován jako vývojový úkol pozdní dospělosti. Robert Butler také upozorňoval, že pomoc starým lidem s obtížným životním bilancováním mohou poskytnout pouze terapeuti, kteří prošli speciálním výcvikem.

Na bázi „life review“ rozvinul vlastní model tzv. **kognitivně-reminiscenční terapie** Philippe Coppeliez (2004), určené zejména pro osoby s depresí a poruchami kognice. Jde o jasně strukturovaný postup, kdy se malá skupina 4-6 lidí schází pravidelně jedenkrát týdně na 60-90 minutových sezeních v období 6-12 týdnů. Skupinu vede jeden nebo dva terapeuti. Měla by být homogenní, pokud jde o stupeň deprese a kognitivního postižení. Každý účastník dostane vymezený čas, ve kterém může mluvit o svém životě z určitého zorného úhlu. Témata jsou dohodnuta předem tak, aby se na ně účastníci mohli duševně připravit. Mezi témata patří např. vztahy mezi rodiči nebo mezi sourozenci, životní úspěchy, hlavní životní křižovatky, životní cíle. Cílem je systematické prozkoumávání vzpomínek a přerámovávání postojů a myšlenek tak, aby výsledkem bylo pozitivní vnímání sebe sama. Charakteristickým rysem je posilování **vzpomínek integrativních** (přehodnocování ztrát, nedostatků a problémů tak, aby z nich osoba mohla získat něco pro svou hodnotovou orientaci a životní cíle) a **instrumentálních** (připomínání vlastních úspěchů, pozitivní adaptace, reflexe adekvátnosti minulých i současných cílů, re-aktivace pocitu vlastní kompetence). Vedoucí skupiny je zároveň direktivní i podpůrný. Klade otevřené otázky, pomáhá účastníkům v identifikování

strategií zvládnání a v hledání vlastních zdrojů a způsobů řešení problémů.

Studie, které hodnotily efekt takového postupu, ukazují statisticky významnou změnu, tj. snížení depresivních symptomů u starých lidí s různým stupněm kognitivního poškození, žijících jak v komunitě, tak v institucích. Teprve když lidé mohou sdělit těžké věci ze svého života, když vznikne vztah, důvěra a pochopení, když dostanou zpětnou vazbu v bezpečném prostředí, dochází k úlevě a redukci deprese i spotřeby léků, ke zlepšení kvality života (Cappeliez, 2004).

Mezi hodnotící přístupy můžeme řadit i reminiscenci uplatňovanou jako jednu z technik **validace**. K dalším validačním technikám patří blízký oční kontakt, dotek, kladení jednoduchých neohrožujících otázek, opakování, parafrázování a zrcadlení, užívání jasného, ale hlubšího a tichého hlasu atd. Validace znamená přijetí reality druhého člověka. Znamená to přijmout člověka vážně, jako hodnotnou bytost, i s jeho demencí a všemi zvláštnostmi. Terapeut věří, že vše, co tento člověk říká a dělá je pro něho skutečné, pravdivé, hodnotné, validní. Pomáhá člověku přijmout jeho život jako hodnotný a se životem se vyrovnat. Terapeut komunikuje s člověkem o tématu, které vyjádří on (nekoriguje, nekritizuje, nekonfrontuje, nebagatelizuje). Snaží se orientovat v „jeho světě“ (nikoli nutně v reálné přítomnosti), přijímá jeho realitu (jeho čas, zážitky, emoce, prostředí). Jde o emoční komunikaci, tedy přijetí momentální emoce či myšlenky, kterou má v sobě člověk s demencí. Jeho chování a řeč jsou snahou vyjádřit vnitřní pocity, emoce, starosti, které pronikají do přítomnosti z minulého života. Terapeut nebo i pečovatel se snaží je pochopit a validovat, tj. učinit je platnými, nesnaží se je analyzovat a měnit. I zde je vnímána minulost jako něco, co vstupuje do přítomnosti člověka, aby se s ní svým způsobem vyrovnal, uzavřel svůj život (proto pláče, nařiká, vyjadřuje bolest) a dosáhl klidu a smíření.

Ačkoli kontrolované studie zpracova-

né Cochrane Institutem nepřinášejí statisticky významné důkazy o efektu validační terapie (The Cochrane Database, 2006), sama Feilová předkládá silné argumenty, svědčící o efektivitě validační terapie. Tyto důkazy jsou ovšem opět především kvalitativní povahy, opřené o pozorování změn, které se projeví ve vzhledu a chování osob s demencí. (Fail, 1996).

Expresivní přístupy dávají prostor pro expresivního vyjádření emocí, otevření minulosti (**disclosure**). Jde o práci s těžkými vzpomínkami, o odkrytí složitých témat, které člověk nosí dlouho v sobě, odhalení traumat, způsobených dávnými událostmi. Je to přirozená lidská reakce, která přináší úlevu a promítne se do zlepšení zdravotního stavu (Pennebaker, 1995). Expresie emocí je sociální adaptační mechanismus, kdy člověk zapojí do své obtížné situace druhé lidi: někdo naslouchá a reaguje, ocení jednání, vyjádří souhlas, projeví soucit, poskytne radu nebo jinou pomoc, na čas zbaví člověka jeho běžných povinností. Kromě těchto zisků může akt mluvení změnit způsob, jakým člověk o prožité události uvažuje, jaké s ní má spojené pocity, změní se i náhled na sebe sama. Otevření minulosti a expresivní mluvení nebo i psaní o prožitém traumatu pomáhá člověku v úzdravě - zmizí úzkosti, stres a jiné poruchy či zdravotní problémy, které byly způsobeny tím, že člověk takovéto přirozené obranné jednání z nějakého důvodu potlačil. Pennebaker a jeho kolegové prokázali v celé řadě studií, že zisky, které mají lidé z toho, že odhalí své těžké, dlouho skrývané vzpomínky, jsou významné. Na rozdíl od narativních a hodnotících přístupů je při expresi vzpomínek kladen důraz i na přítomnost a budoucnost.

Měření efektu reminiscenční terapie je velmi složité, protože samotný pojem reminiscenční terapie není jednoznačně definován, vykládán a přijímán. Je třeba zdůraznit, že **reminiscence jako aktivita je něco jiného než reminiscence jako terapie**. Ukazuje se, že pouhá prosociální funkce vzpomínání, která je obvyklou a normální

součástí života, nemá žádný specifický dopad na zdraví. Naopak ty funkce vzpomínání, které se vztahují k osobnímu "já" mají přímý, důležitý a přetrvávající vliv na fyzické a duševní zdraví.

4. Vybavování vzpomínek a osobnost člověka

Rysy osobnosti (např. extravertze, neuroticismus, otevřenost novým zkušenostem) spolu s vnímaným smyslem vzpomínek (vzpomínky jako stimulace, jako potřeba, jako součást přípravy na smrt) mají vliv na to, jak často člověk vzpomíná, ale i na dopad vzpomínek na jeho vnitřní život, na jeho pohodu a spokojenost (Cappeliez 2006).

Pokud jde o radost z každodenního vzpomínání lze rozlišit tyto základní typy osobností (McKee 2003):

- lidé, které reminiscence těší, užívají si ji, mají vysokou účast na skupinových aktivitách, dávají přednost společnosti druhých lidí, mají hodně přátel, udržují s nimi četné kontakty a mají celkově méně psychologických problémů - tyto lidé vzpomínají často a rádi, reminiscence je pro ně příjemná společenská aktivita;
- lidé, kteří mají reminiscenci spojenou s lítostí, smutkem - vzpomínají sice často, ale vykazují méně pozitivních emocí, vzpomínky v nich vyvolávají sebelitost, která se týká celého jejich života.
- lidé, kteří jsou nešťastní ve svém současném životě, cítí se vykořeleni a odríznuti - pro tyto starší lidi může mít větší smysl, když slyší o současném dění kolem nich, než když se soustředí na minulost. Zvládnutí pocitů diskontinuity napomáhají aktivity, které smysluplně propojují minulost s přítomností.

Reminiscence jako způsob práce se starými lidmi není tedy vhodná pro každého jedince. Aktivity užívající reminiscence musí respektovat diverzitu lidí, a to jak při volbě přístupu a metody, tak při volbě podnětů a témat pro vzpomínání.

5. Výzkum efektu reminiscenční terapie v České republice

Výzkum Gerontocentra Praha „Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích“, který proběhl v letech 2005-2007 pracoval s hypotézou, že reminiscenční terapie příznivě ovlivní subjektivní zdravotní stav, kognitivní funkce, depresivitu, spotřebu psychofarmak, kvalitu života a sociální integraci seniorů žijících v instituci. Očekával se i příznivý dopad uplatnění reminiscenční terapie v institucích na postoje pečovatелů ke stáří, jejich profesionální zátěž a pracovní spokojenost.

Intervence probíhala u 102 osob formou hodinového setkání zhruba osmičlenné reminiscenční skupiny jedenkrát týdně po dobu dvou měsíců (celkem 8 setkání). Svým charakterem šlo o narativní metodu s důrazem na prosociální funkci vzpomínání. Měřili jsme soběstačnost, kognitivní funkce, depresivitu, postoje ke stáří a kvalitu života pomocí standardizovaných testů (ADL, IADL, GDS, AAQ, WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF) a použili jsme sociodemografického dotazníku. Prováděli jsme testování respondentů před a po intervenci. Celkový počet respondentů v intervenované i kontrolní skupině byl 203, z nich 76% žen, nepoččetnější věkovou kategorií bylo 81-90 let (52% respondentů), u 40% respondentů byla zjištěna demence (MMSE \leq 24).

První dílčí výsledky směřují k potvrzení dřívějších zjištění, která se týkala pozi-

tivního vlivu reminiscenční terapie především na osoby s kognitivní poruchou (Thorgrimsen 2002, Evidence Cluster 2007). V celém souboru intervenovaných došlo k mírnému zlepšení MMSE na hladině statistické významnosti (2-tailed) 0,005 na rozdíl od souboru kontrolního, kde zůstal stav kognitivních funkcí nezměněn. Zdá se, že čím je demence hlubší, tím je dopad reminiscenční terapie výraznější a zlepšení nápadnější. (Tab.1).

Hodnotili jsme též rozdíl efektu intervence na aktivní a pasivní účastníky reminiscenčních setkání (viz Graf 1). Aktivnější účastníci reminiscenčních skupin měli statisticky významně lepší výsledky jak před, tak po intervenci, pokud jde o jejich funkční stav (soběstačnost, nezávislost, kognice). V doménách autonomie a kontinuita života dotazníku WHOQOL-OLD se aktivní a pasivní účastníci nelišili. Pouze po intervenci je naznačena tendence k větší spokojenosti s autonomií a kontinuitou života u aktivnějších účastníků (nedosahuje však statistické významnosti). Aktivnější účastníci měli také tendenci k větší spokojenosti s reminiscenčním programem. Celkově měli z účasti v reminiscenční skupině větší prospěch aktivnější účastníci v porovnání s těmi méně aktivními.

Mezi parametry kvality života došlo u účastníků reminiscenčního programu k ovlivnění spokojenosti s doménou „prostředí“. Po intervenci byla vnímána celá doména „kvality prostředí“ (měřená dotazníkem WHOQOL-BREF) statisticky výz-

Tab. 1 *Vliv reminiscenční terapie na kognitivní funkce (průměrná výše MMSE před intervencí a po intervenci v experimentální a kontrolní skupině)*

MMSE před intervencí	Experimentální skupina		Kontrolní skupina	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
≤ 14	11,71	16,431	11,33	12,78
15 - 24	20,69	22,382	20,92	21,14
25 - 26	25,41	26,293	25,71	25,71

¹ $t = -4,260$ Sig. (2-tailed) 0,005 ² $t = -2,553$ Sig. (2-tailed) 0,017 ³ $t = -2,582$ Sig. (2-tailed) 0,020



* IA = součet celkového hodnocení pozornosti, odezvy, spontaneity a angažovanosti jednotlivých účastníků reminiscenčních setkání (hodnocení provedeno reminiscenčními asistentkami po každém sezení pomocí pětibodové škály 0 = negativní reakce, 1 = slabá reakce... 4 = vynikající reakce). Minimální hodnota 0, maximální 128 (4x4x8).

namně jako horší ($t = 2,248$; Sig.(2-tailed) 0,027, a to zejména u žen. Jde pravděpodobně o zvláštní fenomén, kdy se lidé stali odvážnější, otevřenější a kritičtější k vnějším podmínkám svého života, tedy k prostředí instituce (jak je bezpečné, zdravé, zda mají dostatek peněz, přístup k informacím, možnost věnovat se zálibám, zda jsou spokojeni s dopravou, s dostupností zdravotní péče) díky zkušenosti, kterou získali v reminiscenční skupině. To by mohlo souviset s některými zjištěními, které se týkají pozitivního vlivu skupinové reminiscenční terapie na sebevědomí a autonomii účastníků (Chao, 2006, p. 41).

Zajímavé jsou též první výsledky kvalitativní analýzy. Celkově vyjadřují účastníci značnou spokojenost s reminiscenčním programem (94% jej hodnotí jako výborný nebo uspokojivý). Konkrétně pak ve volných odpovědích uvádějí, že se jim líbil kontakt s novými lidmi, zajímavá témata, pestrost programu, šikovné asistentky schopné povzbudit diskusi, přátelské povídání, vyprávění příběhů, vzpomínky na staré časy, posezení u kávy, změna. Ojedinelé

kritické připomínky se týkaly zejména osobních bariér v komunikaci (neslyší, nerozumějí), složení skupiny (chování některých lidí), neobratnosti některých reminiscenčních asistentek (ptala se na soukromí) a vlastní neochoty (nebavilo mě to).

Objem získaných kvantitativních i kvalitativních dat nabízí možnosti podrobnějších analýz, které výzkumný tým teprve čekají. Daleko důležitější je ovšem dopad celého projektu do praxe rezidenční péče.

6. Význam vzpomínek pro obyvatele domovů pro seniory

Využití vzpomínek v práci se seniory v institucích napomáhá zlepšení jejich celkového psychického, funkčního a zdravotního stavu. Je prostředkem, který může usnadnit přechod z původního bydliště do nového domova, umožní přemostění, propojení, udrží, alespoň do určité míry, kontinuitu, která byla stěhováním přerušena. Tak se stává významnou metodou zvládnutí adaptačního procesu, zmírní negativní dopady "přemístění" člověka do cizího, anonyrního prostředí. Shromažďování pod-

kladů pro sepsání životního příběhu, fotografií, dokumentů a starých předmětů zaměstnává členy rodiny, a tak skrze vzpomínání mohou přispět k lepší adaptaci jejich blízkého člověka. Prodlužuje a zintenzivňuje se kontakt rodiny s jejich příbuzným.

Klasická ústavní péče s sebou nese riziko nezájmu personálu o minulost starého člověka, jehož důsledkem je ztráta vlastní hodnoty a identity. Sami pracovníci však sdělují v rozhovorech, a to nejen u nás, že kvalitní sociální práce se starými lidmi (tedy rozhovory, naslouchání, sdílení) není v organizacích sociálních služeb považována za "skutečnou práci" (McKee, 2003). Organizační kultura akceptuje rutinu, deformované komunikační vzorce, orientaci na výsledek (mít vše hotové, mít v pořádku dokumentaci), nikoli na proces (dělat vše pro to, aby lidé byli spokojeni). Aby se mohla uplatnit práce se vzpomínkami, aby mohly probíhat někdy obtížné rozhovory o důležitých věcech v životě klientů, které jsou však pro ně smysluplné, musí patřit k principům péče a musí být také managementem organizací poskytujících služby pro seniory uznáváno, že i každodenní interakce personálu s uživateli služeb, tedy "pouhé rozhovory" jsou legitimní a jsou významnou komponentou sociální péče.

Literatura

1. BENDER M. (2003). Explorations in Dementia, Jassica Kingsley Publishers Ltd., London
2. BRUCE E., HODGSON S., SCHWEITZER P.: Reminiscing with People with Dementia. A Handbook for Carers. London, Age Exchange, 1999
3. BUTLER R.N.: The life review: An interpretation of reminiscence in the aged: An interpretation of reminiscence in the aged Psychiatry, 26, 1963, 65-75
4. BUTLER R.N.: Life Review: National History Truth and REconciliation: A Diplomacy of Forgiveness and Renewal. International Reminiscence and Life Review Conference, San Francisco, Nov. 15-16, 2007
5. CAPPELIEZ P.: Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults. February 2004. www.seniorsmentalhealth.ca
6. CAPPELIEZ P., O' ROURKE N.: Empiri-

cal Validation of a Model of Reminiscence and Health in Later Life, The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 61, 2006, s. 237-244

7. COHEN G.: The Mature Mind. Opening speech at the International Reminiscence and Life Review Conference, San Francisco, Nov. 15-16, 2007

8. ERIKSON E.H.: Dětství a společnost (přel. z orig. Childhood and Society, 1950) Praha, Argo 2002

9. Evidence Cluster: Reminiscence therapy for people with dementia. Research in practice for Adults 2006. <http://www.ripfa.org.uk/evidenceclusters>. 1.12.2007

10. FAIL N.: The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with "Alzheimer's-Type Dementia", Baltimore 1996

11. GOLDWASSER A.N., AUERBACH S.M., HARKINS S.W. (1987): Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. International Journal of Human Development, 25, 3, 209-222.

12. CHAO S.Y. et al (2006): The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research*, Vol. 14, 1, 2006, s. 36-44

13. JANEČKOVÁ H., KALVACH Z., HOLMEROVÁ I.: Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace, in: Kalvach Z a kol.: Geriatrie a Gerontologie, Praha: Grada, 2004

14. JANEČKOVÁ H., HOLMEROVÁ H., VAŇKOVÁ H., DRAGOMIRECKÁ E.: Využití kvantitativních a kvalitativních metod při studiu vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů. Česká geriatrická revue 5 (3), 2007a, s. 95-101

15. JANEČKOVÁ H., HOLMEROVÁ H., VAŇKOVÁ H., DRAGOMIRECKÁ E.: The effect of reminiscence therapy on the health status and the quality of life of older people living in institutions". Poster presented at the International Reminiscence and Life Review Conference, San Francisco, Nov. 15-16, 2007b

16. JANEČKOVÁ H.: "Jsem to pořád já. Využití vzpomínek v práci se seniory - reminiscence a životní příběh". Gerontologické centrum Praha 2007 a DVD videonahrávka, IPVZ 2007b

17. KIERNAT J.M. (1979). The use of life review activity with confused nursing home residents. American Journal of Occupational Therapy, 33, 306-310.

18. MCKEE K, WILSON F, ELFORD H, GOUDIE F, CHUNG M.C., BOLTON G.

HINCHLIFF S.: L480254031 - Evaluating the Impact of Reminiscence on the Quality of Life of Older People. ESRC Society Today, University of Sheffield, 2003.

19. PENNEBAKER JW (Ed.): Emotion, Disclosure and Health. Washington, DC., American Psychological Association, 1995

20. SCHWEITZER P., TRILLING A.: Making Memories Matter. The record of a European Reminiscence. Network Project. European Reminiscence Network. Stadt Kassel, 2005

21. SCHWEITZER P., BRUCE E.: Remembering Yesterday, Caring Today. To be published 2008 Thorgrimsen L, Schweitzer P, Orrell M.: Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. Arts Psychother 2002; 29: 93-97.

22. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1 Copyright © 2006 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.)

23. Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích", výzkumný projekt Gerontologického centra Praha podpořený grantem MZČR IGA MZČR 8488-3/2005. Hlavní řešitelka: H. Janečková. Závěrečná zpráva 2008.

24. WANG J.J. (2004): The comparative effectiveness among institutionalised and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. J.Nurs Res., 12,3,237-45.

25. WOODS R.T., PORTNOY S., HEAD D., JONES, G.M.M. (1992): Reminiscence and life review with persons with dementia: which way forward? In: B.M.M. Jones, B.M.L.Miesen Eds.): Care-giving in dementia: research and applications. Tavistock/Routledge.

26. WOODS B., SPECTOR A., JONES C., ORRELL M., DAVIES S. (2005): Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev. Apr. 18. (2): CD001120

27. ZGOLA J.M.: Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha, Grada Publishing 2003

Článek byl zpracován v rámci projektu podpořeném grantem IGA MZČR 8488-3/2005 janeckova@ipvz.cz

Adresa autora

PhDr. H. J. PhD.

Gerontologické centrum Praha,
Šimůnkova 1600, 18200 Praha 8

Reminiscence therapy and follow-up of its effect upon the quality of life seniors in institutional care

H. Janečková, I. Holmerová, H. Vaňková, T. Kašlíková

Summary

The use of reminiscences in working with the elderly focussed on improving the quality of their life has developed since the sixties of the past century. The reminiscence therapy belongs among the validation techniques and may help the elderly to cope with difficult phases of his/her life. The reminiscences enable to recapitulate one's life and re-evaluate the most important life events so that one could accept them as a meaningful part of his/her life-story, thereby achieving life integrity. Reminiscing is therefore a natural, inevitable and valuable part of old age as the final phase of the cycle of life. The effect of reminiscence on the health status and quality of life of seniors has been explored since the eighties of the past century. As indicated in review studies, this new effect is not unequivocal, it depends on numerous factors, such as the reminiscence method used, the personality of the elderly and the study design. The effect is mostly measured on a very small sample of respondents which seems to be a major problem. Between 2005 - 2007 the Gerontologic Centre in Prague conducted an extensive research of the effect of the reminiscence therapy on the quality of life and health status of seniors residing in an institution. On a sample of 203 respondents divided into a treated and a control group, the indicators of health status and quality of life before and after the intervention, were measured. The first preliminary results reveal the reminiscence therapy is most beneficial in people with dementia and in people who are active during the therapy. The research was supported by the grant agency of the Ministry of Health of the Czech Republic (IGA 8488 - 3/2005).

Key words: reminiscence therapy - reminiscences - cognitive functions - activity

Porovnanie vybraných biosociálnych charakteristík u 60 až 92-ročných jedincov zo Slovenska žijúcich v dvoch odlišných sociálnych prostrediach

A. Lajdová, P. Karabová, D. Síváková, M. Cvičelová, K. Kreporová
(Katedra antropológie, Pirodovedecká fakulta UK, Bratislava)

Súhrn

Problematika kvality života seniorov je v súvislosti s trendom starnutia populácie témou nanajvyššou aktuálnou a zaujímavou z pohľadu viacerých vedných disciplín. Len pred niekoľkými desaťročiami začali národy a svetová komunita venovať zvýšenú pozornosť sociálnym, ekonomickým, politickým a vedeckým otázkam, ktoré sa vynorili v súvislosti s fenoménom starnutia. V posledných rokoch pribúdajú štúdie, v ktorých sa kvalita života starých ľudí dostáva do popredia.

Cieľom našej práce bolo sledovať, či v súbore 60 a viacročných samostatne žijúcich (SŽ) seniorov a seniorov žijúcich v domovoch dôchodcov (DD) existujú rozdiely v základných antropometrických charakteristikách, hodnotách krvného tlaku a v BIA (Bioelectrical Impedance Analysis). Ďalej sme sledovali, či odlišné sociálne prostredie, v ktorom seniori žijú môže vplývať na ich denný pitný režim a či tieto dve prostredia môžu viesť k odlišným odpovediam probandov na otázky socio-emocionálneho charakteru.

Porovnaním mužov a žien žijúcich v dvoch odlišných sociálnych prostrediach sme zistili rozdiely v sledovaných antropometrických parametroch. Zaznamenali sme, že štatisticky významne viac žien z DD má hodnotu systolického tlaku vyššiu ako 140 mmHg a diastolického tlaku vyššiu ako 90 mmHg v porovnaní so SŽ ženami. Postačujúce množstvo tekutín prijme počas dňa štatisticky významne viac seniorov žijúcich samostatne. Na základe odpovedí na otázky socio-emocionálneho charakteru predpokladáme, že prostredie domovov dôchodcov predstavuje stresujúce prostredie nielen pre ženy, ale aj pre mužov o čom svedčí aj veľa negatívnych odpovedí mužov na tieto otázky.

Kľúčové slová: starnutie - seniori - antropometria - BIA - socio-emocionálny status

Úvod

Neustále sa zvyšujúci podiel starých ľudí v industrializovaných krajinách vedie k štruktúrnym zmenám v zložení spoločnosti, preto poznanie príčin diferencovaného starnutia a vplyv rôznych životných podmienok na rýchlosť týchto zmien je v posledných rokoch predmetom mnohých multidisciplinárnych projektov (2, 7, 13, 22, 28).

Zdravé starnutie môžeme pokladať za komplexný proces pozostávajúci z viacerých dôležitých zložiek, ku ktorým patria predovšetkým genetické faktory, vplyvy vonkajšieho prostredia, dobrá schopnosť adaptácie na zmenené podmienky a životný štýl (napríklad správna výživa, telesná aktivita) (15).

Práve životný štýl je jednou z hlavných príčin zvyšovania krvného tlaku v starobe,

pričom prevalencia hypertenzie rastie s vekom viac u žien ako u mužov (8).

Proces starnutia je charakterizovaný typickými zmenami v zložení ľudského tela a to najmä v narastaní **tukovej hmoty** (Fat Mass) a úbytkom **hmoty bez tuku** (Fat Free Mass) (6, 9, 19). Predpokladá sa, že je to dôsledok nerovnováhy medzi energetickým príjmom a výdajom, ktorý pravdepodobne súvisí so sedavým spôsobom života (19).

Body Mass Index (BMI) je najčastejšie používaný parameter pri hodnotení obezity, pretože sa jednoducho stanovuje. V súčasnosti sa však stále viac používa pri zisťovaní zloženia tela metóda bioelektrickej impedancie - BIA (Bioelectrical Impedance Analysis), ktorá umožňuje rozšíriť naše poznatky o podiele jednotlivých zlo-

žiek (vody, tuku, svalovej hmoty) na telesnom zložení jedinca. U starších ľudí je mimoriadne dôležitý dostatočný príjem vody (denne 1,5–2 l), aby sa zabránilo postupnej dehydratácii organizmu pri oslabenom pociť smädu (18).

Úroveň sociálnych vzťahov významne ovplyvňuje telesné a duševné zdravie starších ľudí (15). Najviac starostlivosti sa staršiemu človeku dostáva v rodine od jeho detí, s ktorými zdieľa spoločnú domácnosť. Výsledky štúdií ukazujú, že viac ako polovica starých ľudí žije najmenej s jedným zo svojich detí v jednej domácnosti (26). Starý človek by však radšej dal prednosť bývaniu osamote v blízkosti príbuzných. Oddelené bývanie ale sťažuje širšiu rodinnú starostlivosť o starých členov rodiny. Spôsob života doma sa líši od bývania v inštitúciách určených pre starších ľudí. Na prostredie vlastného bytu je človek navyknutý. Menej pohodlné je zariadenie v domove, kde je starý človek nútený bývať prechodne alebo aj trvalo.

Táto práca prináša časť z výsledkov sledovania 60 až 92-ročných seniorov zo Slovenska po stránke fyzickej, vrátane zloženia tela, biosociálnych a emocionálnych determinantov, najmä tých, v ktorých sa muži a ženy žijúci v dvoch odlišných sociálnych prostrediach (buď samostatne vo svojich domácnostiach alebo v domovoch dôchodcov) odlišujú. Cieľom tejto práce nebolo sledovať rozdiely medzi staršími mužmi a ženami, nakoľko sú rozdiely medzi pohlaviami zrejme už v nižších vekových kategóriách, a ani sledovať rozdiely v rámci geografického rozdelenia Slovenska.

Súbor a metodika

Sledovaný súbor tvorilo 369 slovenských seniorov vo veku 60–92 rokov (priemerný vek $72,61 \pm 7,25$ rokov). Samostatne žijúcich (SŽ) bolo 164 probandov (82 mužov a 82 žien) – títo seniori žili buď samostatne vo svojej domácnosti alebo s rodinou; v domovoch dôchodcov (DD) žilo 205 sledovaných probandov (88 mužov a 117 žien).

Počas výskumu sme spolupracovali so všeobecnými lekármi; na základe ich vyjadrenia boli do štúdie zahrnutí len probandi, ktorí boli mentálne a fyzicky kompetentní. Na základe písomne potvrdeného informovaného súhlasu sme od každého respondenta získali údaje o biologických, zdravotných, emocionálnych, sociálnych a stravovacích aspektoch.

Okrem základných antropometrických charakteristík (telesná výška, telesná hmotnosť, obvod pása, obvod bokov) sme zisťovali zloženie tela metódou bioelektrickej impedancie (BIA). BIA 101 analyzátor (Akern, s.r.l.) umožňuje impedančnú analýzu, pri ktorej nie je meraná celková impedancia, ale jej jednotlivé zložky: rezistancia (Rz) a reaktancia (Xc). Rezistancia sa vzťahuje k objemu tekutín (veľkosť Rz, tj. odporu, sa zvyšuje s dehydratáciou) a reaktancia meria množstvo a neporušenosť buniek, orgánov a svalov, vzťahuje sa teda k množstvu bunkovej hmoty. Xc je priamo úmerná k množstvu bunkovej hmoty (znižuje sa s ubúdaním bunkovej hmoty), preto je vhodná na stanovenie nutričného stavu.

Množstvo prijatých tekutín počas dňa a socio-emocionálne charakteristiky boli zisťované pomocou dotazníka, v ktorom boli presne položené otázky a ktorý pomáhali seniorom vyplniť školení pracovníci katedry antropológie.

Na štatistické vyhodnotenie parametrov sme použili štatistický program SPSS, verzia 10.0. Dáta sme testovali na normalitu. Na porovnanie rozdielov medzi samostatne žijúcimi (SŽ) seniori a seniori žijúcimi v domovoch dôchodcov (DD) sme použili 2-stranný 2-výberový Studentov t-test alebo chí kvadrát test.

Dáta boli testované na hladine významnosti $\alpha < 0,05$.

Výsledky

Pozorovaní muži i ženy z domovov dôchodcov sú v porovnaní so samostatne žijúcimi seniori starší, majú nižšiu telesnú výšku i telesnú hmotnosť (tabuľka 1). Ďa-

lej sme u probandov z domovov dôchodcov zistili štatisticky významne vyššie hodnoty rezistancie a vyššie, i keď nie štatisticky významné, hodnoty reaktancie. Hod-

čané zdravotníkmi (tzn. 1,50-2,49 litrov denne) prijme počas dňa štatisticky významne viac seniorov žijúcich samostatne (58,0% mužov a 66,7% žien) (tabuľka 4).

Tab. 1 Základné charakteristiky probandov

Parameter	Muži			Ženy		
	SŽ (n=82)	DD (n=88)	p	SŽ (n=82)	DD (n=117)	p
Vek (roky)	70,26±6,03	73,78±8,40	0,002	70,54±6,31	74,85±6,92	<0,001
Teles. výška (cm)	170,39±7,21	165,62±6,78	<0,001	156,34±6,53	153,60±7,17	0,007
Hmotnosť (kg)	82,55±14,06	73,54±14,16	<0,001	72,0±12,12	70,42±14,86	n.s.
Obvod pása (cm)	101,99±9,95	100,20±12,35	n.s.	95,24±9,44	96,68±12,22	n.s.
Obv. bokov (cm)	105,36±8,21	104,19±8,86	n.s.	109,84±8,70	109,95±12,02	n.s.
Rezistancia (Ohm)	447,28±57,12	499,57±91,19	<0,001	513,75±55,60	539,29±87,15	0,014
Reaktancia (Ohm)	45,26±8,30	48,02±17,50	n.s.	49,01±9,05	51,50±18,48	n.s.
BMI (kg/m ²)	27,91±4,15	26,64±4,23	n.s.	29,12±3,87	29,92±5,85	n.s.
WHR	0,968±0,049	0,960±0,070	n.s.	0,867±0,056	0,880±0,064	n.s.

Poznámka: Hodnoty sú uvádzané ako priemer_SD. SŽ – samostatne žijúci, DD – žijúci v domovoch dôchodcov, BMI – body mass index, WHR – waist to hip ratio, n. s. – non significant – nesignifikantný

noty BMI a WHR indexu sa v pozorovaných skupinách odlišovali len minimálne.

Medzi mužmi žijúcimi v rôznych sociálnych prostrediach sme nepozorovali signifikantný rozdiel v hodnotách krvného tlaku i keď viac ako 50% SŽ mužov i mužov z DD má systolický tlak vyšší ako 140 mmHg (tabuľka 2). Naopak v skupine žien sme zaznamenali, že štatisticky významne viac žien z DD má hodnotu systolického tlaku vyššiu ako 140 mmHg (až 67,2%) a hodnotu diastolického tlaku má vyššiu ako 90 mmHg 32,3% žien žijúcich v DD (tabuľka 3) v porovnaní so SŽ ženami.

Denný príjem tekutín je významný zdravotný faktor. V našom súbore sme zistili, že postačujúce množstvo tekutín odporú-

Až 36,8% mužov a 24,1% žien žijúcich v domovoch dôchodcov prijme počas dňa menej ako jeden liter tekutín.

Z tabuľky 5, v ktorej sú uvedené výsledky hodnotenia sociálnych a emocionálnych charakteristík, vyplýva, že štatisticky významne viac pozorovaných mužov z DD má negatívny postoj k životu (13,8% mužov z DD odpovedalo na otázku „Chce sa vám žiť?“ negatívne), až 25,3% mužov z DD sa cíti často osamelo. Signifikantne viac mužov z DD nemá žiadne koničky (59,8%), nevykonáva žiadne sociálne aktivity (90,7%) (napr. náboženské aktivity, združovanie sa v kluboch, atď.), ale ani fyzické aktivity (24,1%) (napr. prechádzky, práca v záhradke, atď.). 24,1 % mužov z DD nemá kon-

Tab. 2 Hodnoty systolického a diastolického tlaku u 60 až 92-ročných mužov žijúcich v dvoch odlišných sociálnych prostrediach

Hodnoty systolického tlaku	<140	≥140	p
	SŽ muži (n=82) 42,7%	57,3%	
	Muži z DD (n=88) 46,0%	54,0%	
Hodnoty diastolického tlaku	<90	≥90	p
	SŽ muži (n=82) 62,2%	37,8%	
	Muži z DD (n=88) 75,9%	24,1%	

Poznámka: SŽ – samostatne žijúci, DD - žijúci v domovoch dôchodcov

Tab. 3 Hodnoty systolického a diastolického tlaku u 60 až 92-ročných žien žijúcich v dvoch odlišných sociálnych prostrediach

Hodnoty systolického tlaku	<140	≥140	p
SŽ ženy (n=82)	63,4%	36,6%	<0,001
Ženy z DD (n=117)	32,8%	67,2%	
Hodnoty diastolického tlaku	<90	≥90	p
SŽ ženy (n=82)	82,9%	17,1%	<0,001
Ženy z DD (n=117)	67,7%	32,3%	

Poznámka: SŽ - samostatne žijúci, DD - žijúci v domovoch dôchodcov

takty s rodinnými príslušníkmi a 36,0% ani s priateľmi.

V podskupine žien až 63,5% sledovaných žien z DD nespáva dobre; štatisticky významne viac žien žijúcich v DD má negatívny postoj k životu (24,3%), máva častejšie depresie (53,9%), cíti sa často osamelo (41,7%), nemá žiadne koničky (47,8%), nevykonáva žiadne sociálne (75,9%) alebo fyzické aktivity (20,5%). 10,3 % žien z DD neutrzuje žiadne kontakty s členmi rodiny a 30,2% nie je v kontakte so žiadnym priateľom resp. priateľkou. Štatisticky významne viac SŽ žien sa cíti preťažene (32,9%).

Diskusia

Je známe, že telesná výška sa s vekom znižuje (19, 24). Toto sa potvrdilo aj v našom súbore, kde jedinci z DD, ktorí boli v porovnaní so SŽ mužmi starší, mali i štatisticky významne nižšiu telesnú výšku ako SŽ jedinci. U mužov z DD sme pozorovali aj

signifikantne nižšiu telesnú hmotnosť. Mazariegos et al. (21) nepozorovali medzi mužmi z DD a SŽ mužmi štatisticky významné rozdiely vo veku, telesnej výške ani v hmotnosti.

U žien sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely vo veku a telesnej výške, pričom ženy z DD boli staršie a nižšie. K podobným výsledkom dospeli aj Mazariegos et al. (21), ktorí zistili u seniorov z Guatemaly, že ženy z DD sú štatisticky staršie, nižšie a majú aj nižšiu telesnú hmotnosť ako SŽ ženy.

Štatisticky významne vyššia hodnota rezistencie u sledovaných mužov i žien z DD naznačuje vyššie zastúpenie nedostatočne hydratovaných jedincov v domovoch dôchodcov a vyšší podiel tukovej zložky. Mazariegos et al. (21) taktiež pozorovali u mužov i žien z DD vyššie hodnoty rezistencie ako u jedincov žijúcich samostatne. Pitný režim seniorov žijúcich v DD zrejme nie je dostatočne sledovaný a kontrolova-

Tab. 4 Denný príjem tekutín u 60 až 92-ročných mužov a žien

	Muži			Ženy		
	SŽ	DD	p	SŽ	DD	p
Veľmi málo tekutín (menej ako 1 liter)	13,6%	36,8%	0,002	13,6%	24,1%	0,011
Minimum tekutín (1,00-1,49l)	9,9%	6,9%		3,7%	12,1%	
Postačujúce množstvo tekutín (1,50-2,49l)	58,0%	49,4%		66,7%	56,9%	
Veľa tekutín (2,50l a viac)	18,5%	6,9%		16,0%	6,9%	

Poznámka: SŽ - samostatne žijúci, DD - žijúci v domovoch dôchodcov; Ženy: c2=11,048; Muži: c2=14,38

Tab. 5 *Tabuľka 5 Porovnanie odpovedí mužov a žien žijúcich v dvoch odlišných prostrediach na otázky sociálneho a emocionálneho charakteru*

		SŽ	Muži DD	p	SŽ	Ženy DD	p
Spávate dobre?	Áno	70,7%	63,2%	n.s.	64,6%	36,5%	<0,001
	Nie	29,3%	36,8%		35,4%	63,5%	
Chce sa vám žiť?	Áno	100,0%	86,2%	<0,001	96,3%	75,7%	<0,001
	Nie	0,0%	13,8%		3,7%	24,3%	
Bojíte sa?	Áno	26,8%	13,8%	0,035	39,0%	34,8%	n.s.
	Nie	73,2%	86,2%		61,0%	65,2%	
Mávate obdobia depresii?	Áno	19,5%	28,7%	n.s.	39,0%	53,9%	0,039
	Nie	80,5%	71,3%		61,0%	46,1%	
Cítite sa často osamelý?	Áno	12,2%	25,3%	0,030	22,0%	41,7%	0,004
	Nie	87,8%	74,7%		78,0%	58,3%	
Cítite sa preťažený?	Áno	6,1%	3,4%	n.s.	32,9%	18,3%	0,018
	Nie	93,9%	96,6%		67,1%	81,7%	
Máte nejaké koničky?	Áno	78,0%	40,2%	<0,001	82,9%	52,2%	<0,001
	Nie	22,0%	59,8%		17,1%	47,8%	
Vykonávate v súčasnosti nejaké sociálne aktivity?	Áno	24,4%	9,3%	0,009	40,2%	24,1%	0,016
	Nie	75,6%	90,7%		59,8%	75,9%	
Vykonávate bežne nejaké fyzické aktivity?	Áno	97,6%	75,9%	<0,001	91,5%	79,5%	0,022
	Nie	2,4%	24,1%		8,5%	20,5%	
Máte kontakty s členmi rodiny?	Áno	100,0%	75,9%	<0,001	97,6%	89,7%	0,033
	Nie	0,0%	24,1%		2,4%	10,3%	
Máte kontakty	Áno	98,8%	64,0%	<0,001	87,8%	69,8%	0,003
	Nie	1,2%	36,0%		12,2%	30,2%	
Žije jeden alebo viac členov vašej rodiny v susedstve?	Áno	42,7%	40,2%	n.s.	47,6%	55,2%	n.s.
	Nie	57,3%	59,8%		52,4%	44,8%	
Žije jeden alebo viac vašich priateľov blízko vás?	Áno	95,1%	59,8%	<0,001	85,4%	65,5%	0,002
	Nie	4,9%	40,2%		14,6%	34,5%	

Poznámka: SŽ - samostatne žijúci, DD - žijúci v domovoch dôchodcov, n. s. - non significant - nesignifikantný

ný. Starí ľudia, vzhľadom na oslabený pocit smädu (18) neprijímajú dostatok tekutín počas dňa, čo môže viesť k celkovej dehydratácii.

Vyššia hodnota reaktancie bola zaznamenaná u mužov a žien z domovov dôchodcov. Tento výsledok naznačuje, že jedinci žijúci v DD majú nižší úbytok bunkovej hmoty ako SŽ seniori, tj. lepší nut-

ričný stav. Predpokladáme, že k tomuto výsledku mohol prispieť fakt, že vo väčšine domovov dôchodcov je stravovanie pravidelné a kontrolované zdravotníkmi. Naopak samostatne žijúci jedinci sa stravujú väčšinou samostatne podľa pocitu hladu, ktorý býva u starších ľudí oslabený (18). Podobné výsledky (s ohľadom na hodnoty Rz a Xc) zaznamenali Hauserová et

al. (14) v štúdiu zameranej na rakúskych seniorov rovnakej vekovej kategórie.

Obe podskupiny sledovaných mužov i žien sa na základe priemerných hodnôt BMI a WHR indexu zaraďujú do kategórie s nadváhou, resp. hraničnou obezitou. Diaz et al. (5) pozorovali u osôb z domovov dôchodcov 39,7% obeznych, kým u samostatne žijúcich osôb zistili obezitu u 29,7%. Nyaruhucha et al. (23) pozorovali u mužov z Tanzánie žijúcich v domovoch dôchodcov nadváhu u 30%, kým podváhu zistili len u samostatne žijúcich mužov.

Priemerný systolický i diastolický tlak sa s vekom zvyšuje. Za hypertenziu sú považované hodnoty systolického tlaku krvi ≥ 140 mmHg a/alebo diastolického tlaku ≥ 90 mmHg (12). Štatisticky významne vyššie hodnoty krvného tlaku sme pozorovali u žien žijúcich v domovoch dôchodcov. Život v domove dôchodcov môže na ne pôsobiť stresujúco, čo sa môže prejavovať vyšším krvným tlakom a teda aj vyššou prevalenciou hypertenzie.

Hauserová et al. (14) zistili u rakúskych starých ľudí z domovov dôchodcov normálne hodnoty krvného tlaku (hodnoty nižšie ako 130/95) u 36,0% mužov a 14,6% žien.

U sledovaných seniorov sme zistili, že pomerne vysoké percento z nich prijme počas dňa veľmi málo tekutín (menej ako 1 liter). Až 36,8% mužov z DD a 24,1% žien z DD prijme počas dňa menej ako jeden liter tekutín (voda, čaj).

Pre porovnanie, u rakúskych seniorov rovnakej vekovej kategórie bolo zistených 10 % mužov a 32% žien s nízkym príjmom tekutín počas dňa (14). Volkert et al. (27) pozorovali u nemeckých seniorov nad 65 rokov žijúcich samostatne, že u oboch pohlaví sa so stúpajúcim vekom znižuje množstvo prijatých tekutín.

Na základe dotazníka, ktorý obsahoval otázky sociálneho a emocionálneho charakteru sme zistili, že v odpovediach na tieto otázky existujú medzi mužmi a ženami žijúcimi v dvoch odlišných sociálnych prostrediach rozdiely.

Problémy so spánkom u seniorov popisuje viacero štúdií (10, 11, 20). U pozorovaných seniorov sme zaznamenali, že problémy so spánkom má viac jedincov (mužov i žien) žijúcich v domovoch dôchodcov. Tento problém môže súvisieť s tým, že starí ľudia sú konzervatívni (15) a zmenou prostredia znášajú ťažko.

V skupine senioriek z DD sme zaznamenali vyššie percento tých žien (53,9%), ktoré mávajú obdobia depresii. Su et al. (25) pozorovali u taiwanských žien nad 65 rokov žijúcich v meste, že depresie u nich silne súviseli s nespavosťou. Pravdepodobne i v našom súbore vplyva nespavosť vo vyššom veku na vznik depresii.

V našom súbore sme zaznamenali, že najväčšiu „nechuť“ žiť majú ženy žijúce v DD (až 24, 3%). Z mužov odpovedalo na túto otázku negatívne 13,8% mužov žijúcich v DD. Carmelová (3) zistila u starších jedincov z Izraela, že ženy majú slabšiu chuť žiť ako muži.

Pocit obavy, či už z vlastnej budúcnosti alebo budúcnosti svojich najbližších rodinných príslušníkov, z možnosti vzniku ochorenia, úrazov, atď sme zaznamenali u percentuálne vyššieho podielu mužov i žien žijúcich samostatne vo svojej domácnosti alebo s rodinou. Jakobson a Hallberg (17) vo svojej štúdiu zameranej na švédskych seniorov zistili, že obavy starých ľudí súvisia okrem iného i so strachom pred samotou, pričom samota je u seniorov veľmi bežným javom. V našom súbore sa signifikantne viac cítia byť osamelými seniori žijúci v domovoch dôchodcov.

V našom súbore sme ďalej zaznamenali, že signifikantne viac mužov a žien z DD nemá žiadnu voľnočasovú záľubu (nevenuje sa koníčkum), nevykonáva žiadne sociálne ani fyzické aktivity. Inal et al. (16) vo svojej štúdiu seniorov z domovov dôchodcov poukazujú na to, že vo vyššom veku je dôležité venovať sa koníčkum alebo nejakej fyzickej aktivite. Podľa záveru ich štúdie môžu programy pre starších ľudí zamerané na fyzické i voľnočasové aktivity zlepšiť kvalitu života seniorov žijúcich v DD.

Pozorovali sme, že signifikantne viac mužov a žien z DD nemá kontakty s členmi rodiny alebo s priateľmi. De Moraes a de Azevedo e Suoza (4) vo svojej štúdii zameranej na kvalitu života starších ľudí konštatujú, že rodina je hlavným sociálnym podporným systémom pre seniorov. Aytac (1) však konštatuje, že zmenou rodinného životného štýlu a neustálym nárastom zdravotných problémov u starých ľudí, nebude rodina schopná starať sa o starého člena rodiny, ani psychicky ani ekonomicky. Preto budú pre starých ľudí domovy dôchodcov dôležitými inštitúciami, ktoré budú zabezpečovať nielen zdravotnú, ale i sociálnu starostlivosť.

Záver

Stále sa zvyšujúci počet starých ľudí vo svete sa stáva jednou z hybných síl, ktoré budú v 21. storočí ovplyvňovať zdravotný stav obyvateľstva a rozvoj sociálnych služieb. Výsledky tejto práce poukazujú na rozdiely medzi seniormi žijúcimi v dvoch odlišných sociálnych prostrediach vo fyzických parametroch ako aj v otázkach sociálneho a emocionálneho charakteru. V podskupine žien žijúcich v domovoch dôchodcov sme zistili vyššie zastúpenie žien s krvným tlakom vyšším ako 140/90 mmHg v porovnaní so ženami žijúcimi samostatne. Predpokladáme, že vyššie hodnoty krvného tlaku môžu vyplývať z horšej prispôbitivosti žien na cudzie prostredie, ktoré môžu považovať za stresujúce.

Na základe zisťovania denného príjmu tekutín medzi seniormi sme dospeli k záveru, že hydratačný stav jedincov z DD je horší, pričom tento fakt sme potvrdili aj pomocou BIA metódy.

Predpokladáme, že prostredie domovov dôchodcov predstavuje stresujúce prostredie nielen pre ženy, ale aj pre mužov o čom svedčí aj veľa negatívnych odpovedí týchto jedincov na otázky socio-emocionálneho charakteru.

Z hľadiska sociálneho by bolo ešte zaujímavé zamerať sa na rodinný stav seniorov, úroveň vzdelania a výšku dôchodku

nakoľko podľa viacerých autorov majú tieto faktory významný vplyv na kvalitu života starších jedincov.

Literatúra

1. AYTAC, I. A.: Intergenerational living arrangements in Turkey. *J. Cross-Cult. Gerontol.* 1998, 13: 241-264.
2. BOWLING, A., GRUNDY, E.: Activities of daily living: change in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *Age and aging*, 1997, 26:107-114.
3. CARMEL, S.: The will to live: gender differences among elderly persons. *Social Science and Medicine*, 2001, 52: 949-958.
4. DE MORAES, J.F., DE AZEVEDO E SUOZA, V.B.: Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr.*, 2005, 27(4): 302-308.
5. DIAZ, N., MEERTENS, L., SOLANO, L., PENA, E.: Nutritional characterization by anthropometrics of institutionalized and non-institutionalized elderly Venezuelan. *Invest Clin*, 2005, 46(2): 111-119.
6. EVANS, W. J., CAMPBELL, W. W.: Sarcopenia and age-related changes in body composition and functional capacity. *J Nutr*, 1993, 123: 465-468.
7. FERNÁNDEZ-BALLESTROS, R., et al.: Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology* 50, 2004, s. 330-347.
8. FILIPOVSKÝ, J.: Arteriální hypertenze ve stáří. *Priloha Postgraduální medicíny*, 2004, 6(3): 23-29. ISSN 1212-4184.
9. FORBES, G. B., HALLORAN, E.: The adult decline in lean body mass. *Hum Biol*, 197648:161-173.
10. GANGULI, M., REYNOLDS, C.F., GILBY, J.E.: Prevalence and persistence of sleep complaints in a rural older community sample: the MoVIES project. *J Am Geriatr Soc*, 1996, 44(7): 778-784.
11. GÍSLASON, T., REYNISDÓTTIR, H., KRISTBJARNARSON, H., BENEDIKTSDÓTTIR, B.: Sleep habits and sleep disturbance among the elderly - an epidemiological survey. *J Intern Med*, 1993, 234(1):31-39.
12. GUIDELINES COMMITTEE. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 2003, 21: 1983-1992.
13. GUERESI, P., et al.: The MALVA (MAN-

- tova LongeVA) study: an investigation on people 98 years of age and over in a province of Northern Italy. *Experimental Gerontology* 38, 2003, s. 1189-1197.
14. HAUSER, G., GROSSCHMIDT, K., SCHINDLER, K., VIENNA, A., CAPPELLINI, A. C., TALLURI, T.: Body composition and health. In: *Human Growth from Conception to Maturity*. Eds. G. Gilli, L. M. Schell & L. Benso. London: Smith Gordon, UK, 2002, s.359-368.
15. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: *Geriatrics pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2004, 298 s. ISBN 80-89171-06-0
16. INAL, S., SUBASI, F., AY, S. M., HAYRAN, O.: The links between health-related behaviors and life satisfaction in the elderly individuals who prefer institutional living. *BCM Health Serv Res.*, 2007, 7:30.
17. JAKOBSON, U., HALLBERG, I. R.: Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging Clin Exp Res.*, 2005, 17(6): 494-501.
18. JAVORKA, K.: *Lekárska fyziológia*, Martin: Osveta, 2001, s. 621.
19. KYLE, U. G., GENTON, L., SLOSMAN, D.O., PICHARD, C., 2001: Fat-Free and Fat Mass Percentiles in 5225 Healthy Subjects Aged 15 to 98 Years. *Nutrition*, 17: 534-541.
20. LIU, X., LIU L.: Sleep habits and insomnia in a sample of elderly persons in China. *Sleep*, 2005, 28(12):1502-1503.
21. MAZARIEGOS, M., et al.: Comparative body composition estimates for institutionalized and free-living elderly in metropolitan areas of the republic of Guatemala. *Nutrition Research* 1996, 16(3): 443-457.
22. MINICUCI, N., et al.: Cross-national determinants of quality of life from six longitudinal studies of aging: The CLESA Project. *Aging clinical mand experimental research*, 15, No. 3, 2003, s. 187-202.
23. NYARUHUCHA, C.N., MSUYA, J.M., MATRIDA, E.: Nutrition status, functional ability and food habits of institutionalised and non-institutionalised elderly people in Morogoro Region, Tanzania. *East Afr Med J*, 2004, 81(5): 248-253.
24. POLEDNÍKOVÁ, L. a spol.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1
25. SU, T.P., HUANG, S.R., CHOU, P.: Prevalence and risk factors of insomnia in community-dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey. *Aust N Z J Psychiatry*, 2004, 38(9):706-713.
26. UNALAN, T.: The status of old age population in Turkey. *J. Popul. Stud.*, 2000, 22: 3-22.
27. VOLKERT, D., KREUEL, K., STEHLE, P.: Fluid intake of community-living, independent elderly in Germany - a nationwide, representative study. *Journal of Nutrition Health Aging*, 2005, 9(5): 305-309.
28. WOLANSKI, N., SINIARSKA, A.: Progression and regression in ontogenetic development - An ecological perspective. *Ecology of Aging*. Delhi: Kamla Raj Enterprises, 2000, 216 s. ISBN 81-85264-23-6

Adresa autora

Mgr. A. L.
Katedra antropológie
Prírodovedecká fakulta UK
Mlynská dolina B 2
842 15 Bratislava
E-mail:lajdova@wuestenrot.sk

The comparison of selected biosocial characteristics in 60 - 92 year old subjects from Slovakia residing in two different social environments

A. Lajdová, P. Karabová, K. Krepopová, D. Siváková, M. Cvičelová

Summary

The problems of quality of life of seniors in relation with the process of ageing represent the topic of current concern from the aspect of many scientific disciplines.

A few centuries ago the worldwide community began to devote an increased attention to social, economic, political and scientific issues emerging in association with the phenomenon of ageing. Over the past years the number of studies dealing with the quality of life of the elderly, has increased.

The goal of our study was to follow up the differences in basic anthropometric characteristics, blood pressure values and BIA (Bioelectrical Impedance Analysis) in a group of 60 and older seniors living at home and those residing in old people's homes. Furthermore, we followed up whether the different social environment of seniors may affect their drinking habits and whether these two environments may result in two different answers of respondents to socio-economic questions.

The comparison of males and females living in two different social environments disclosed the differences in the anthropometric parameters followed up. We recorded that more women living in old people's homes have a statistically significant value of systolic pressure higher than 140 mmHg and that of diastolic pressure higher than 90 mmHg as compared to women living in their homes. A statistically significant number of seniors living in their homes have an adequate amount of fluids daily. Based on the socio-economic responses we believe that old people's home setting of seniors poses stressing environment not only for women but men, as well, which is suggested in multiple negative responses of men to these questions.

Key words: ageing - seniors - anthropometry - BIA - socio-economic status

Komplexná starostlivosť o ľudí s Alzheimerovou chorobou v centre Memory n.o.

37
Geriatrics
1/2008

M. Čunderliková, M. Wirth
(Centrum MEMORY n.o.)

Súhrn

Centrum MEMORY je prvým preventívnym, diagnostickým, vzdelávacím centrom a špecializovaným zariadením pre ľudí s poruchami pamäti a Alzheimerovou chorobou. Jeho cieľom je poskytovať komplexnú starostlivosť. Zameriava sa nielen na samotných chorých, ale aj na ich rodiny a opatrovateľov. Pre postihnutých ľudí touto chorobou je vybudovaný špecializovaný denný pobyt, pre rodiny a opatrovateľov organizuje podporné skupiny a poradenstvo. Práca v špecializovanom dennom pobyte určenom pre ľudí s Alzheimerovou chorobou umožnila vytvoriť aktivizačný program pre danú cieľovú skupinu. Tento program pozostáva zo zmyslovej stimulácie, pohybovo- koncentračného cvičenia, ergoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a arteterapie. Dôležitú úlohu zohráva aj kognitívny tréning a program pre udržiavanie sebaobslužných činností. Súčasťou programu špecializovaného denného pobytu je aj využívanie terapeutických prístupov.

Kľúčové slová: aktivizácia seniorov s poruchami pamäti - Alzheimerova choroba - Centrum MEMORY n.o. - terapia - podporná skupina pre rodiny a opatrovateľov

Úvod

Centrum MEMORY n.o. je nezisková organizácia so sídlom v Bratislave - Petržalke. Je to prvé preventívne, diagnostické, aktivizačné a vzdelávacie centrum a špecializované zariadenie pre ľudí s poruchami pamäti a Alzheimerovou chorobou na Slovensku. V roku 2002 ho založila Nadácia MEMORY.

Alzheimerova choroba je chronické ochorenie, ktoré sa prejavuje postupným znižovaním rozumových schopností, stratou pamäti, obmedzením a stratou sebestačnosti, poruchami správania a to so všetkými sociálnymi dôsledkami. V dôsledku starnutia populácie sa aj na Slovensku táto problematika dotýka stále väčšieho počtu ľudí. Z tohoto dôvodu sme sa zamerali na vybudovanie špecializovaného denného pobytu pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a vypracovali podporné programy pre príbuzných, ktorí sa o takto chorých starajú v domácom prostredí.

Denný pobyt - špecializované zariadenie pre ľudí s poruchami pamäti a Alzheimerovou chorobou.

Denný pobyt je určený pre 18 klientov denne. Harmonogram dňa je pripravený tak, aby poskytoval pocit istoty, hlavne u tých, ktorí už trpia výraznou dezorientáciou miestom a časom. Harmonogram sa počas týždňa nemení, mení sa len náplň jednotlivých aktivít. To znamená, že každý deň má zvyčajne rovnaký priebeh. Priestor, kde sa klienti pohybujú, je upravený aby ich čo najmenej obmedzoval a zároveň splňal aj bezpečnostné podmienky. Tvoria ho rekonštruované miestnosti v budove bývalej materskej školy a umožňujú stráviť deň v prirodzených podmienkach. Sú to šatňa, dve denné miestnosti zariadené polohovacími kreslami, tvorivá dielnička, jedáleň, reminiscenčná miestnosť (miestnosť zariadená v štýle 1. polovice minulého storočia).

Nakoľko ide u všetkých našich klientov o diagnózu demencie, sú rozdelení do menších aktivizačných a terapeutických skupín. V jednej skupine sa nachádza približne 4 - 6 ľudí, záleží od druhu činnosti a cieľa. Malé aktivizačné alebo terapeutické skupiny oproti veľkým skupinám (s počtom 10-12) sú efektívnejšie vzhľadom na schopnosť klientov koncentrovať sa a vzá-

jomne komunikovať. Zároveň sa výraznejšie posilňujú aj sociálne vzťahy medzi nimi. Okrem toho je u personálu riziko z preťaženia u malej skupiny výrazne nižšie ako u veľkej. Z tohoto dôvodu uprednostňujeme takýto druh práce s klientmi, čím sa znižuje aj vznik syndrómu vyhorenia u zamestnancov. V prípade, ak si stav klienta vyžaduje individuálny prístup (napr. pri dezorientácii, halucináciách) je samozrejmé, že pracovníci riešia aj takúto situáciu a to viackrát počas dňa. Odborný personál pozostáva z 3 liečebných pedagógov, psychológa (1/2 úväzok), zdravotnej sestry, 2 opatrovateliek.

Špecifikom denného pobytu je systémový prístup ku klientom. Každý z personálu je edukovaný v rámci akreditovaného vzdelávania pre pomáhajúce profesie, ktoré poskytuje Centrum MEMORY n.o., prípadne ďalších vzdelávacích programov doma aj v zahraničí.

Liečební pedagógovia zabezpečujú aktivizačný a terapeutický program pre klientov, vykonávajú liečebno - pedagogickú diagnostiku, spolu so psychológom vykonávajú kognitívny tréning a reminiscenčnú terapiu. Sestra a opatrovatel'ky zabezpečujú prevádzku dňa (stravovanie, užívanie liekov, pitný režim, funkčný a bezpečný vnútorný priestor, hygienu klientov), prechádzky s klientmi mimo budovu.

Celý pracovný tím pracuje ako jeden celok, vzájomne sa doplnia, podrobne informuje o jednotlivých klientoch - len tak môže poskytovať dostatočne kvalitnú a odbornú pomoc.

Aktivizačný program v špecializovanom zariadení pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a poruchami pamäti

Aktivizačný program pre ľudí s Alzheimerovou chorobou sa zameriava na redukciiu senzorickej deprivácie, spoločenskej izolácie, podporuje kognitívne a motorické funkcie a zabraňuje rýchlemu prechodu do vyšších štádií ochorenia. Aj keď sa jedná o terapeutické možnosti aktivizácie ich hlavnou úlohou je stimulácia funkcií

mozgu. Rôznorodá ponuka podnetov stimuluje jednotlivé mozgové centrá, pravú a ľavú hemisféru. Aktivizačný program je stanovený na individuálnej báze, pre každého klienta osobitne. Zohľadňuje jeho aktuálne schopnosti a zručnosti a výhradne je aktivizačný program postavený tak, aby ho klient zvládol s minimálnou pomocou. Prílišná intervencia by u neho vzbudzovala pocit neschopnosti a neúspechu, čím by prestala byť motivujúcou do ďalšej činnosti. Klient počas neho má zažívať radosť a uspokojenie z vlastnej produktivity, z pocitu užitočnosti.

V našej praxi využívame a máme rozpracované nasledovné druhy terapií a stimulácií.

Zmyslová stimulácia

Ide o cvičenia, ktoré sú zamerané na jednotlivé zmyslové orgány s vylúčením ostatných. Takýto druh cvičenia umožňuje jednotlivcovi lepšiu identifikáciu a diferenciáciu podnetov. Cvičenia sú zamerané na päť zmyslov:

1. zrak - cvičenia na rozlišovanie farieb, tvarov
2. sluch - cvičenia na rozlišovanie sluchových podnetov
3. čuch - cvičenia na rozoznávanie vôní a pachov
4. hmat - cvičenia na poznávanie predmetov po hmate
5. chuť - cvičenia na rozpoznanie druhov chuti

Ergoterapia (Činnosťná terapia)

Ergoterapia u ľudí s Alzheimerovou chorobou sa zameriava na udržiavanie motorických zručností aj učenie sa novému. Do popredia stavia nielen uspokojovanie potreby užitočnosti, ale aj stimuláciu jemnej motoriky, logického myslenia, tvorivosti a fantázie. V rámci tejto aktivity si klienti osvojujú nové techniky s rôznorodým materiálom, kaširovanie, maľovanie na látku a sklo, pletenie a šitie. Výhodou ergoterapie je, že má možnosť využívať už naučené a osvojené schopnosti. Pri takomto druhu práce je znížený stres z nových, neznámych podnetov. Preto napríklad práca na kvetinových

záhonoch, dekorácie k ročným obdobiam, viazanie adventných vencov, práca s drôtom a drevom dávajú aj človeku s poruchou pamäti príjemný pocit istoty a bezpečia.

Arteterapia

Cieľom arteterapie u danej skupiny klientov je stimulácia fantázie, ventilovanie negatívnych pocitov, relaxácia, koncentrácia, stimulácia vzťahu orgánov oko - ruka, zvyšovanie sebavedomia, sebarealizácia, učenie sa novým technikám, posilňovanie seba potenciálu, poskytnutie pozitívnej spätnej väzby, stimulácia komunikačných zručností (Šicková, 1994). V praxi používame techniky ako koláže, muzikomaľba, klovaťtinové obrazy, mandaly - ich rôzne spôsoby spracovania. Na spracovávanie tenzných emócií a hnevu sa nám osvedčila práca s hlinou. Pri arteterapii ako aj pri iných druhoch terapie a aktivizačných programoch nejde o vytvorenie nového predmetu, alebo „dielka“ ale o samotný proces „tu a teraz“. Dáva možnosť sebauspokojenia, zvýšenie sebavedomia, že ešte niečo vie urobiť, ale aj pocit spokojnosti a harmónie. Pre ľudí s Alzheimerovou chorobou je tento proces kľúčový. Základným pravidlom je, že klientovi ponúkame len také aktivity, ktoré je schopný vykonávať samostatne, resp. s malou asistenciou a ktoré v ňom nevyvolávajú pocity úzkosti a strachu. Z tohoto dôvodu je potrebné zachovať aj princíp postupnosti. Pri arteterapii ide teda o ponúknutie takých podnetov, ktoré „dráždia“ klienta k tvorivosti, k odvahe vyskúšať niečo nové, iné (Šicková, 1994).

Muzikoterapia a tanečná terapia

Hudba, spev a tanec sú tými najprírodzenejšími aktivitami človeka vôbec. Od začiatku svojho života jedinec s nimi prichádza do kontaktu a stáva sa jeho súčasťou bez toho, že by si to zvlášť uvedomoval. Hudba ako taká vyvoláva v človeku určité emócie, spomienky na príjemné, alebo nepríjemné zážitky zo života nevtieravým spôsobom. Prostredníctvom spevu a tanca vyjadrujeme náladu a dochádza aj ku katarzii, očisteniu sa, uvoľneniu negatívnych pocitov.

Muzikoterapia a tanečná terapia pomáha stimulovať koordináciu pohybov, procedurálnu pamäť, dlhodobú pamäť, prehĺbuje vzťahy v skupine, navodzuje radostnú atmosféru. Vo vyšších štádiách Alzheimerovej choroby sa stáva dokonca výlučným komunikačným prostriedkom, nakoľko postihnutí v týchto štádiách strácajú reč a nahrádzajú ju neverbálnou komunikáciou. Dokonca niektorí, ktorí ovládali v predchorobí hru na hudobný nástroj dokážu aj v čase, keď už viazne verbálna komunikácia, s pomocou druhej osoby využiť zostávajúce schopnosti, hrať na známy hudobný nástroj a prinášajú potešenie sebe samému aj okoliu.

Techniky, ktoré v praxi najviac využívame sú spievanie so sprievodom a bez neho, hudobné hádanky, tancovanie v pároch, kruhové tance, hra na telo, tancovanie na stoličkách v tesnej blízkosti, cigánske tance, moderné rytmické tance, počúvanie hudby, relaxácia.

Dramatoterapia

Dramatoterapia u ľudí s Alzheimerovou chorobou dáva priestor na stimuláciu verbálnych a neverbálnych schopností, vytvára bezpečné prostredie na znovuprežitie emócií. Výhoda dramatoterapie u danej cieľovej skupiny je, že stavia na autentickom prežívaní jedinca nakoľko zlyhávanie krátkodobej pamäti je nepopierateľné. Ďalšou výhodou je vek našich klientov, u ktorých divadlo a ochotnícke herectvo v mladosti patrilo k spoločenskému statusu. Bolo súčasťou spoločenského života. Na takomto pevnom základe je dramatoterapia u ľudí s Alzheimerovou chorobou veľmi efektívna. Z druhej strany pre samotného terapeuta je daná skúsenosť obohacujúca hoci musí disponovať minimálnymi hereckými schopnosťami, schopnosťou udržať skupinovú dynamiku a mať pohotové reakcie. Len takýmto spôsobom môže byť dramatoterapia prínosom pre klienta.

Techniky, ktoré odporúčame a máme ich odskúšané v praxi sú zrkadlenie, neverbálne techniky- pantomíma, pantomimické a verbálne hádanky, maňuškové im-

provizačné divadelné hry. Zvláštnu prednosť dávame rolovým etudám a improvizáčnemu divadlu, ktoré majú svoje opodstatnenie v liečebno-pedagogickej intervencii. V rámci improvizáčného divadla je možné vyberať témy, s ktorými sa klienti už predtým stretli a dobre ich poznajú (napr. vianočný príbeh narodenia Ježiška a príchod Troch kráľov).

Biblioterapia

Biblioterapia umožňuje stimuláciu verbálnych schopností a dlhodobej pamäti, schopnosti formulovať a vyjadriť vlastné myšlienky, podporuje sebavedomie. Prednes poézie a prózy vyvoláva kultúrny a spoločenský zážitok. Výhodou biblioterapie je, že sa dá použiť nielen v rámci hlavnej aktivity dňa, ale aj ako krátka aktuálna intervencia. Nie je náročná na prípravu a môže byť postavená aj na samotných klientoch, ktorí si dobre pamätajú básne z mladosti aj svojho produktívneho obdobia života. K ďalším technikám pridávame improvizáčnú činnosť- dokončovanie básní a príbehov (prevažne formou diskusie), diskusné stretnutia o krátkych príbehoch s konfliktnou zápletkou.

Program pre udržiavanie sebaobslužných činností

Ludia s Alzheimerovou chorobou strácajú schopnosť urobiť niečo oveľa skôr ako je na to ich telo pripravené (Zgola, J., 2004). Nevedia sa zorientovať v priestore, chýba im postupnosť práce a podobne. Z tohoto dôvodu je potrebné, aby do aktivizačného programu bol zaradený aj program pre udržiavanie sebaobslužných činností. Tým, že im poskytneme túto možnosť, majú priestor na zvýšenie sebavedomia, uspokojenia pocitu užitočnosti a sebarealizácie. Nevyhnutná je prítomnosť asistenta, osoby ktorá vedie činnosť. Práca ako napríklad pečenie pečiva, čistenie ovocia a zeleniny, obliekanie sa, udržiavanie hygieny udržiavanie poriadku v miestnosti alebo prestieranie stolov nestavia na naučení sa niečoho nového, ale využíva už osvojené schopnosti. Prispôbeným prostredím kde dôležitú úlohu má sprevádza-

júci asistent, je možné, aby tieto aktivity osoby s poruchou pamäti „prirodzene“ naďalej vykonávali.

Pohybové cvičenia

Pre udržanie motorických schopností klientov máme vypracovaný program pohybovo-koncentračných cvičení. Uskutočňujú sa pravidelne a vždy v ten istý čas, v dopoludňajšej časti dňa a trvajú 45 až 60 minút. Zaradenie do denného programu je zámer, nakoľko naši klienti bývajú v ranných hodinách utlmení liekmi. Presvedčili sme sa, že po cvičení podávajú lepší mentálny výkon ako pred cvičením. Výrazne horší výkon podávajú vtedy ak ho vôbec neabsolvujú. Cvičením sa teda pripravuje samotný organizmus na dianie okolo seba, na prijímanie podnetov z okolia aj na komunikáciu. Špeciálny denný pobyt v Centre MEMORY nie je opatrovateľským zariadením, ale aktivizačným, z tohoto dôvodu dávame dôraz na uvedené aktivity. Zameriavame sa na koordináciu pohybov, stimuláciu hrubej motoriky, uvedomovanie si vlastného tela, harmonizáciu činnosti mozgových hemisfér, zvyšovanie a udržiavanie ohybnosti, posilňovanie svalových skupín, udržiavanie schopnosti odhadnutia vzdialenosti, udržiavanie rovnováhy. Zaradujeme sem aj cvičenia zamerané na posilnenie sfinkterov a správne držanie tela.

Počas našej praxe sme vytvorili model cvičení s tenisovými loptičkami, cvičenia pri madlách, masážne cvičenia vo dvojiciach, cvičenie s balónmi, s kockami z textilu alebo používame gumené lopty a gumené pásy rôznych veľkostí.

Kognitívny tréning - cvičenia pamäti, „hry s pamäťou“

Kognitívny tréning zahŕňa cvičenia na podporu koncentrácie a schopnosť vytvárania asociácií. Hry s pamäťou využívajú zachovanú dlhodobú pamäť. Výhodou spomínaných cvičení je, že sa dajú variovať a prispôbiť klientom a prostrediu. Kognitívny tréning uskutočňujeme v rôznych formách, individuálne alebo v malých skupinách, ústne, písomne. Je využiteľný aj u

klientov, ktorí nemajú funkčné zmysly sluch alebo zrak, prípadne stratili schopnosť písať. Kognitívny tréning je určený prevažne pre včasné štádium Alzheimerovej choroby, kedy sa klienti dokážu vedome koncentrovať a reagovať na dané cvičenia. Využívať sa dajú cvičenia, ktoré stimulujú sémantickú pamäť napr. vedomostné kvízy (hra Milionár), epizodickú pamäť napr. dôležité životné momenty (svadba, narodenie detí, zamestnanie ...). V rámci tejto aktivity je možné využiť aj cudzojazyčnosť klientov. Slovenský jazyk nemusí byť vždy ich materinským jazykom a preto konverzácia v rodnom jazyku prehĺbi nielen dôveru v prostredie a vyvolá príjemné prežívanie, ale zároveň stimuluje aj rečové centrá v mozgu prirodzenou formou. Pri kognitívnom tréningu ľudí s Alzheimerovou demenciou je dôležitý princíp podávania výkonu skupinou, čím sa výrazne odlišuje od tradičnej vzdelávacej aktivity tréningu pamäti pre seniorov. V tréningu pamäti podávanie výkonu stojí na samotnom účastníkovi tréningu, v druhom prípade výkon podáva celá skupina, čím sa výrazne znižuje riziko vzniku strachu z neúspechu a pocitu neschopnosti. Skupinu tvorí ju maximálne 6 osôb, čím sa zabezpečí aj vyššia sústredenosť účastníkov.

Pre klientov, ktorí sú vo vyššom štádiu Alzheimerovej choroby a ktorí by neprofitovali z takejto formy aktivizácie, je možné vytvoriť tzv. „aktivizačný box“ (Feil, N., 2000) Ten obsahuje rôzne predmety ako napr. papierové pohľadnice, časopisy, textilné vreckovky, rôzne bezpečné predmety denného života. Nejde tu o riadenú aktivitu, ale o jednoduchú manipuláciu s danými predmetmi, ktorú si určuje samotný klient. Prekladanie, listovanie, zaväzovanie, prezeranie stimuluje nielen zmysly, ale aj mozgovú aktivitu. Klienta v treťom štádiu Alzheimerovej choroby nie je možné zamestnať počas dňa, prípadne ho zaradiť do skupiny, nakoľko jeho vnímanie prostredia aj seba samého je iné. Z tohoto dôvodu sa nám osvedčil takýto spôsob intervencie.

Terapeutické prístupy v špecializovanom zariadení pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a poruchami pamäti.

V literatúre, ale aj v praxi sa stretávame so širokou škálou terapeutických prístupov, ktoré sú zamerané na ľudí s Alzheimerovou chorobou. Všetky majú spoločný základ a to orientáciu na postihnutého človeka a na jeho bio-psycho-sociálnu jednotu. Odlišujú sa však v cieľoch a vo formách. Niektoré sa zameriavajú viac na stimuláciu pozitívneho myslenia klienta, ale sú aj také, ktoré pracujú s negatívnymi emóciami a prežívaním. V našom príspevku sa zameriame na tie, s ktorými máme vlastné skúsenosti v rámci denného pobytu. Ide o Validáciu podľa pani Naomi Feil, reminiscenčnú terapiu, orientáciu v realite, remotiváciu, diverziu - odvrátenie pozornosti.

Validácia podľa Naomi Feil

Validácia je forma komunikácie a terapie, prostredníctvom ktorej prichádzame do kontaktu a udržiavame ju so starými osobami trpiacimi Alzheimerovou chorobou, alebo formami duševnej dezorientácie (Feil, N., 2000). Jeho zakladateľkou je Naomi Feil, ktorá vyrastala v domove dôchodcov v Clevelande v štáte Ohaio, kde boli zamestnaní jej rodičia. Rozpracovala metodiku prístupu k starým ľuďom, ktorí trpia na demenciu Alzheimerovho typu. Slovo validácia znamená uznanie, ide o uznanie hodnoty človeka bez ohľadu na to, do akej miery je orientovaný. Validáciu, ako terapeutickú techniku, vyučujú akreditované pracovníčky v západnej Európe a autorka príspevku Mgr. Mária Wirth je absolventkou dvojročného kurzu Validácie (individuálnej a skupinovej) vo Viedni a prenáša získané poznatky aj pracovníkom Centra MEMORY.

Validácia sa snaží o udržanie ducha, ktorý u starších ľudí trpiacich na demenciu pri Alzheimerovej chorobe „bojuje“ za to, aby si stihli vybaviť určité nenaplnené úlohy ešte pred smrťou, čo si vyžaduje predovšetkým rešpekt a empatiu z okolia (Feil,

N.,2000). Napríklad vyrovnanie sa s prísnou výchovou v detstve. Starý človek celý život potláčal pocit strachu z trestu (a to často fyzického), nedokázal sa s tým vyrovnáť a na základe zmien v mozgu a postupným nastúpením Alzheimerovej choroby sa tento nevyriešený nespracovaný pocit dostáva napovrch. „Bariéra“ postupne padá. V praxi sa to odzrkadľuje v správaní. Takýto klient neustále verbalizuje, že musí ísť domov, že ho otec potrestá ak nepríde načas a pod. Je potrebné si uvedomiť, že takéto prežívanie starého dezorientovaného človeka je autentické a preto by sme mali naň patrične reagovať. Presvedčanie, orientovanie, vyvracanie jeho reality len stupňuje jeho vnútorné napätie a zvyšuje jeho ne dôveru. Empatické reagovanie personálu a využitie komunikačných techník napomôže nie odvieť pozornosť, ale tento pocit prežiť ešte raz a spracovať ho.

Validácia umožňuje aj odhadnutie typu správania dezorientovaných starých ľudí a ponúka jednoduché praktické techniky, ktoré pomáhajú znovu vytvoriť ich dôstojnosť a zabránia, prepadnutiu do štádia vegetácie.

Prostredníctvom Validácie získavajú dezorientovaní niekoho kto ich empaticky počúva, niekoho kto ich neodsudzuje, ale práve naopak akceptuje ich hľadisko reality (Feil,N.,2000). V tomto rozmere, v ktorom rastie medzi klientom a validujúcim opatrovateľom dôvera, odstraňujú sa pocity strachu a nutnosť klienta obmedzovať. V konečnom dôsledku je jeho vedomie znovu posilňované hodnotami. Telesné a sociálne funkcie sa zlepšujú a zabráni sa poklesu. Podľa našich skúseností je Validácia tiež prevenciou „nežiadúceho správania“.

V Centre MEMORY pri práci s klientmi sa nám najviac osvedčil práve tento terapeutický prístup a to aj preto, že je použiteľný pri všetkých štádiách Alzheimerovej choroby a klienti naň dobre reagujú. Vykonávame ho individuálne aj v skupinovej forme (6-7 klientov v skupine + 1 terapeut a 1 koterapeut).

Reminiscenčná terapia

Spomínanie ako terapia pre starých ľudí sa začala prvý krát používať v roku 1963. Od tohto času je dôležitým terapeutickým nástrojom v práci so starými ľuďmi. Využíva spomienky v rámci terapie v individuálnej alebo skupinovej forme.

Cieľom reminiscenčnej terapie je stimulovať pozitívne spomienky, ktoré sa majú opäť oživiť. Využívajú sa pri tom fotografie, spomienkové albumy, básne, hudba, oblečenie, ale tiež pachy a vône. Je vhodná pre ľudí, ktorí si dokážu vybaviť spomienku vedome, jasne rozoznávajú minulosť od prítomnosti (Feil,N.,2000). Ide teda o klientov v rannom štádiu Alzheimerovej choroby, kedy ešte je človek orientovaný časom, situáciou, priestorom. Pre tento druh práce sme vytvorili v rámci priestorov denného pobytu Centra MEMORY miestnosť, ktorá je zriadená v štýle začiatku minulého storočia s množstvom dobových predmetov. Tie sa využívajú počas stretnutia na vyprovokovanie spomienok u účastníkov terapie. Ako prostriedok využijeme životný príbeh, memory box (krabica), memory book (kniha), memory room (miestnosť).

Orientácia v realite (ROT)

Orientácia v realite bola vyvinutá psychiatrom J. Folsonom v roku 1964. Tento druh terapie sa u ľudí vo vyššom veku využíva na ovplyvňovanie správania, ktoré podporuje samostatnosť starého človeka (Feil,N.,2000). Dôležitú úlohu tu zohrávajú ciele a to aktivizácia kognitívnych schopností, udržanie všeobecnej kompetentnosti, podpora a udržiavanie sociálneho a zdravotného statusu, zvyšovanie schopnosti koncentrácie a orientácie, redukcia strachu a stresu, zabránenie poraneniam, zlepšenie schopnosti pamätania prostredníctvom pamäťových pomôcok. Orientácia v realite je aktivizácia kognitívneho výkonu zameraná na schopnosť klienta zvládať a štrukturovať všedný deň. Jeho ťažisko je teda v prítomnosti.

ROT sa využíva v rámci prevencie,

sprevádzania a rehabilitácie, predovšetkým v starostlivosti o dementných klientov na zlepšenie priestorovej a časovej orientácie. Ide o celodenný koncept, ktorý sa vykonáva prevažne v skupinovej forme. Klienti si ľahšie vedia spomenúť na osoby, alebo situácie z neďalekej minulosti. Z tohto dôvodu sa v priestoroch denného centra nachádzajú vhodne umiestnené hodiny a kalendáre, v šatni sú príslušnými menami označené skrinky na šaty, na toaletách sú zrkadlá, ktoré pomáhajú klientom k časovej orientácii a vnímaniu seba samého. K priestorovej orientácii pomáhajú farebné a písomné značky na chodbách. Deň je presne štruktúrovaný a aktivity sú nastavené tak, že sa opakujú každý deň v ten istý čas ako napr. stravovanie, aktivizačný program, posedenie pri káve a pod. (Feil, N., 2000).

Pravidelnosť a zvyklosti v ROT dáva postihnutým pocit istoty, preto je dôležité neustále opakovať udalosti dňa každý deň rovnako tzn. pri rannej toalete, jedle a dodržiavať aj časový plán počas dňa.

ROT je určená pre klientov, ktorí majú výpadky krátkodobej pamäti, zabúdanie prežívajú ohrozujúco, ťažko si dokážu zatriediť činnosti počas dňa, nedokážu sa o seba postarať. Posudzuje sa teda schopnosť zapamätávania a znovuvybavovania, schopnosť starostlivosti o seba samého, vedenie domácnosti, mobilita, zaobchádzanie s peniazmi, sociálna kompetencia, potreba orientačných pomôcok, deficit v schopnosti orientácie.

V praxi sa podávajú jednoznačné zmysluplne štruktúrované pokyny pre každý pracovný krok, používajú sa krátke jednoznačné vety, jasná inonácia, predchádza sa situáciám, ktoré by mohli u klienta vyvolať stres. Personál nesmie reagovať netrpezlivo alebo hekticky a podáva informácie pri každej príležitosti. Priame oslovenie klienta menom a očný kontakt posilňuje jeho pozornosť. Korigovanie jeho nesprávnych výpovedí sa neodporúča, môže posilňovať uzatváranie sa do seba. Vykonávanie aktivít je potrebné nechať do ta-

kej miery ako je to možné na samotnom klientovi (Feil, N.,2000).

Dobre vypracovaný denný a týždenný plán pomáha nielen personálu, ale môže zahŕňať aj nezvyčajné aktivity, ktoré si vyžadujú dlhšiu prípravu. Týždenný plán sa nachádza v spoločenských miestnostiach, aby každý klient mal k nemu prístup. Zohľadňujú sa v ňom aj individuálne prania a potreby klientov.

Remotivácia

Je terapia, ktorá vznikla v roku 1957 a do praxe ju uviedla Dorothy Hoskins Smithová. Cieľom terapie je „prebudiť opät záujmy u osoby s poruchou pamäti a zaujať tým čo sa okolo nej deje“. Klienti sa stretávajú na sedení, kde sa rozpráva na neškodné témy ako sú dátumy narodení, sviatky, domáce zvieratá, alebo koničky. Na tému pocity sa však nehovorí a deň je ohraničený na vecné poznámky. Remotivácia je vhodná pre ľahko dezorientované osoby, ktoré sú radi v spoločnosti ostatných a vedia ešte rozprávať. Je potrebné však rátať s tým, že dezorientovaným klientom za krátky čas pozornosť upadá a nie sú schopní dlhšiu dobu zotrvať pri jednej téme. Dezorientované osoby hovoria často nezrozumiteľne, nenadväzujúco, skáču z jednej témy na druhú a nedokážu vypočúť druhého účastníka skupiny (Feil, N.,2000).

Spoločne s Validáciou má Remotivácia to, že sa pokúša rozvíjať intaktnú zdravú stránku osobnosti, zvyšuje rešpektovanie seba samého, sebavedomie individua.

Remotivácia sa teda snaží udržiavať členov skupiny pri jednej téme a je zameraná na verbálnu komunikáciu, s jasným cieľom, ktorý ich vedie k realite každodenného dňa. Je vhodná pre klientov v prvom štádiu ochorenia. Nie je vhodná pre klientov vo vyšších štádiách ochorenia, pretože títo sa nedokážu vyjadrovať slovami a koncentrovať sa na jednu tému, takže by to mohlo viesť k ich uzavretiu sa do seba, alebo ku rozrušeniu.

V Centre MEMORY využívame Re-

motiváciu hlavne v popoludňajších aktivitách v malých skupinách (6-7 klientov). Na každé stretnutie je pripravená jedna téma, ktorá je podporená aktuálnymi predmetmi, knihami alebo hudbou. Účastníci pracujú s informáciami, ktoré môžu byť pre nich nové, alebo už známe. Zároveň dáva priestor aj pre ich názory, podporuje komunikáciu a tiež udržiava pozornosť a verbálne schopnosti.

Diverzia, alebo odvrátenie pozornosti

Diverzia je často používaná na zmenu negatívneho správania, napr. opatrovateľka sa snaží odvieť pozornosť starého človeka, ktorý sa nevhodne správa (chodí sem a tam), ponúkne mu šálku čaju. Takéto odpuťanie pozornosti však funguje iba na krátky čas, pretože sa vnútorná potreba, ktorá podmieňuje jeho správanie neuspokojila (Feil, N., 2000).

Druhá rozšírenejšia forma terapie je „**terapeutické klamstvo**“ tzn. opatrovateľ neprotirečí tvrdeniu alebo zmäteným otázkam klienta, ale dá im za pravdu, aby sa ich neistota minimalizovala. Napr. klientka hovorí: „Musím vidieť moju mamu. Potrebuje ma.“, opatrovateľ odpovie: „práve teraz som s ňou hovoril a povedala, že to je v poriadku, že ste tu.“ Vtedy obava klientky zoslabne a je ľahšie ju odpútať nejakou činnosťou. Táto metóda zaobchádzania so strachom nevedie k dlhodobejšiemu zlepšeniu. Nezaoberá sa hlbšou príčinou správania ako napr. pocitmi samoty a strachu. Vzťah medzi klientom a opatrovateľom môže byť ohrozený, pretože opatrovateľ musí neustále „klamať“. Základný princíp vychádzajúci z Validácie je, že starí ľudia dokážu na určitom stupni vedomia rozlíšiť čo je pravda a čo nie. Z tohoto dôvodu Diverziu, alebo terapeutické klamstvo využívame minimálne.

Pri výbere terapeutického prístupu v intervencii u ľudí s Alzheimerovou chorobou je dôležitý citlivý výber. Terapia by mala reflektovať potreby klienta a prinášať mu pozitívne zmeny do jeho života. Mala by rešpektovať stav a štádium ochor-

enia, lebo len tak môže byť prínosom pre kvalitu prežívania takto postihnutých ľudí. Nemalo by sa zabúdať na odborníkov, ktorí sú v priamom kontakte so svojimi klientmi, aby pre výber terapie boli dostatočne fundovaní. Mali by mať osvojenú širokú paletu terapeutických prístupov, aby ich v praxi vedeli správne a variabilne používať.

Podporná skupina pre rodiny s postihnutým členom na Alzheimerovu chorobu.

Podporná skupina pre príbuzných a opatrovateľov slúži nielen na vzájomnú emocionálnu podporu a výmenu skúseností z opatrovania chorého, ale aj na získavanie nových informácií a vedomostí o ochorení. Každý člen skupiny má čo ponúknuť: náhľad na svoje skúsenosti so starostlivosťou alebo iné užitočné informácie, ktoré môžu byť prínosom pre ostatných. Rovnako tak môže každý člen skupiny získať vlastné uspokojenie tým, že sa podelí o svoje pocity a zbaví sa tak tenzie zo svojich starostí.

Podporný program pre príbuzných a opatrovateľov sa v Centre MEMORY realizuje na pravidelných stretnutiach, na ktorých sa zúčastňuje aj odborník, ktorý je koordinátorom. Vedie účastníkov k získavaniu nadhľadu nad životnými situáciami spojenými so spolunažívaním s chorým človekom na Alzheimerovu chorobu. Pomáha vytvárať akceptujúci priestor na prejavenie a spracovávanie svojich vnútorných konfliktov aj aktuálnych problémov.

Záver

Koncepcia Centra MEMORY n.o. bola vytvorená na základe potrieb spoločnosti a v plnej miere prispôbovaná a modifikovaná, aby čo najviac reflektovala požiadavky tých, ktorých sa daná problematika dotýka. Táto koncepcia sa neustále vyvíja a mení, a dovoľujeme si povedať, že pozitívne skvalitňuje naše služby. Byť otvorení zmenám a hľadaniu najvhodnejších metódik s ohľadom na klienta je kľúčová. Musíme konštatovať, že bez úzkej spolupráce

aj s inými odborníkmi, bez porovnávania sa s vtedy existujúcimi inštitúciami na Slovensku aj v zahraničí, by sa nám nepodarilo vybudovať toto modelové zariadenie pre ľudí s Alzheimerovou chorobou na Slovensku. Ako jedno z prvých začalo otvárať túto problematiku a poukazovať na nedostatky a priority, ktoré sa viažu na starostlivosť o ľudí s demenciou. Komplexnosť v starostlivosti znamená nielen služba v podobe poskytovania opatery, ktoré má tiež svoju úlohu, ale znamená aj napĺňanie potrieb postihnutých osôb aké mali v predchorobí. Inštitúcie, ktoré sa venujú danej problematike, by mali vždy zväziť či sú dostatočne pripravené a to nielen po materiálnej stránke, ale aj po odbornej a ľudskej na to, aby dokázali uspokojovať nielen tie najzákladnejšie potreby jedincov. Aby klient mal možnosť rozhodovať o sebe samom, aby bola podporovaná jeho sebarealizácia a aby aj v poslednej etape života našiel zmysel svojho života bez ohľadu na jeho diagnózu. Dostatočne fundovaní pracovníci na prácu so seniormi, neustále

vzdelávanie zamestnancov nie je luxusom pre zariadenie, ale nevyhnutnou potrebou.

Literatúra

1. FEIL, N.: Validation in Anwendung und Beispielen, Ernst Reinhardt, GmbH&Co KG, München, 2000
2. ZGOLA, J.: Úspěšná péče o člověka s demenci, Grada, Praha 2004
3. DÖRNER K. a kol.: Osvobodující rozhovor, Grada, Praha 1999
4. HORŇÁKOVÁ, M.: Liečebná pedagogika, Perfekt a.s., Bratislava, 1999
5. PREVENDÁROVÁ, J.: Rodinná terapia a poradenstvo, Humanitas, Bratislava, 2001
6. STUART-HAMMILTON, I.: Psychologie starnutí., Portál, 1999
7. ŠICKOVÁ, J.: Arteterapia, Efeta, Ivocentrum Bratislava, 1994
8. VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Portál, 1999

Adresa autora

PhDr. M. Č.
Centrum Memory n. o.
Mlynarovičova 21
851 03 Bratislava

Complex care for subjects with Alzheimer's diseases in the centre MEMORY n. o.

M. Čunderlíková, M. Wirth

Súhrn

Centrum MEMORY n.p.o. is the first preventive, diagnostic, educational centre and specialised institution for people with memory disorder and Alzheimer's disease. It's aim is to provide complex care. Centrum MEMORY focuses not only on patients, but also on their families and caregivers. Specialised daily centre is prepared for people affected by this disease, support groups and consultancy are organised for families and caregivers. Work in specialised daily centre for people with Alzheimer's disease prepare the way to create active programme for given target group. This programme consists of stimulation of senses, physical - concentrate workout, ergotherapy, dramatherapy and artetherapy. Important role has cognitive training and programme for preservation of self-service. Part of specialised daily residence is also using of therapeutical approaches.

Kľúčové slová: Alzheimer's disease - aktivization of seniors with memory diseases - Centrum MEMORY n.p.o. - support group for family and care givers, therapy

Budúcnosť kombinovanej antihypertenzívnej liečby vo svetle štúdie STAR

S. Krčméry

(Klinika geriatrickej LF UK a FNsP Milosrdní bratia, Bratislava,
prednosta: doc. MUDr. Silvester Krčméry, CSc.)

Súhrn

U väčšiny pacientov s arteriou hypertenziou a metabolickým syndrómom je nevyhnutná kombinovaná antihypertenzívna liečba. Optimálne kombinácie liečiv sa významným spôsobom podieľajú na orgánovej protekcii. V štúdií STAR v skupine pacientov liečených kombináciou trandolapril + verapamil došlo k významnej redukcii hladiny postprandiálnej glykémie (v priemere o 0,22 mmol/l), zatiaľ čo v skupine liečenej kombináciou losartan + hydrochlorotiazid došlo k zvýšeniu postprandiálnej glykémie o 1,44 mmol/l. Ďalším veľmi dôležitým výsledkom štúdie STAR bolo zníženie rizika vzniku diabetes mellitus 2. typu u pacientov liečených kombináciou trandolapril - verapamil oproti druhej skupine.

Kľúčové slová: hypertenzia - trandolapril - verapamil

Úvod

Kontrola a liečba pacientov s arteriou hypertenziou predstavuje klinický problém a naďalej nie je uspokojivá. Ako ukázali viaceré epidemiologické štúdie, závažným problémom klinickej praxe je nedostatočná kontrola hypertenzie. Na jedného pacienta s diagnostikovaným ochorením naďalej pripadajú 3-4 pacienti, ktorí o svojom ochorení vôbec nevedia. So zlepšovaním kontroly hypertenzie dochádza ku znižovaniu výskytu komplikácií (predovšetkým náhle mozgovocievnej príhody), akokoľvek sa však mortalitu významne nedarí ovplyvniť. Tieto údaje priniesla štúdia z Framinghamu, ktorá ich nedávno detailnejšie analyzovala od r. 1950 do súčasnosti. Údaje z Framinghamu naznačujú potrebu výraznejšej primárnej prevencie. V sekundárnej prevencii sa zvyšujú snahy o presnejšie definovanie nových markerov, svedčiacich pre poškodenia cieľových orgánov pri hypertenzii a ich včasné ovplyvnenie. V liečbe pacientov s hypertenziou je dnes jednoznačnou preferenciou kombinovaná antihypertenzívna liečba. Využitie aditívneho efektu zlepšuje možnosti viac sa priblížiť k cieľovým hodnotám krvného tlaku a optimálne kombiná-

cie sa významným spôsobom podieľajú na orgánovej protekcii. Zvýšenie krvného tlaku nad 130/85 mmHg je často súčasťou metabolického syndrómu, ktorý predstavuje vysoké riziko vzniku a progresie aterosklerózy a vaskulárnych komplikácií a riziko vzniku diabetu 2. typu. Skorá liečba zvýšeného krvného tlaku vhodnými antihypertenzívami môže zlepšiť glykemickú kontrolu a znížiť toto riziko. Štúdia STAR zisťovala, aká fixná kombinácia antihypertenzív je najvhodnejšia pre týchto chorých.

Nový pohľad a perspektívy antihypertenzívnej liečby v svetle štúdie STAR

Mnohé antihypertenzívne štúdie ukázali, že riziko rozvoja diabetes mellitus výrazne narastá pri použití tiazidov. Je dobre známe, že blokátory renín-angiotenzín-aldosterónového systému (RAS), ako aj blokátory vápnikových kanálov znižujú nielen tlak, ale redukujú aj riziko vzniku nového diabetu. Štúdia STAR sledovala hypotézu, či RAS inhibitor kombinovaný s metabolicky neutrálnym nondihydropyridínovým blokátorom kalciového kanála je lepší, ako iný RAS inhibitor kombino-

vaný s tiazidovým diuretikom pri kontrole glykémie u hypertonikov s metabolickým syndrómom.

STAR je multicentrická, prospektívna, randomizovaná, otvorená štúdia, so zaslepeným výstupným hodnotením.

Porovnával sa účinok jednoročnej liečby trandolaprilom + verapamilom voči liečbe losartanom + hydrochlorothiazidom a ovplyvnenie glykémie v 2. hodine orálneho glukózového testu (oGTT) za použitia štandardnej orálnej záťaže glukózou 75 g. Pacienti boli do štúdie vyberaní podľa krvného tlaku $\geq 130/85$ mmHg a podľa porušenej glukózovej tolerancie zisťovanej oGTT. Títo pacienti boli randomizovaní buď do skupiny liečenej 2 mg trandolaprilu + 180 mg verapamilu, alebo do skupiny liečenej 50 mg losartanu + 12,5 mg hydrochlorothiazidu. Ak systolický tlak neklesol pod 130 mmHg, bola dávka liekov zvýšená (skupine užívajúcej trandolapril + verapamil mohla byť podávaná Tarka vo vyššej koncentrácii, t. j. 240 mg verapamilu + 4 mg trandolaprilu).

Výsledky štúdie STAR

Na konci štúdie bol dosiahnutý rovnaký pokles TK v oboch liečených skupinách. U pacientov liečených trandolaprilom v kombinácii s verapamilom došlo k významnej redukcii hladiny postprandiálnej glykémie (v priemere o 0,22 mmol/l), zatiaľ čo v skupine liečenej losartanom a hydrochlorothiazidom došlo k významnému zvýšeniu glykémie v 2. hodine oGTT (o 1,44 mmol/l) (obr.1). Rovnako hladina glykovaného hemoglobínu (HbA1C) a plazmatického inzulínu bola významne vyššia v skupine liečenej losartanom a tiazidovým diuretikom, ako v skupine liečenej trandolaprilom a verapamilom. Ďalším veľmi dôležitým výsledkom štúdie STAR bolo zníženie rizika vzniku diabetes mellitus 2. typu u pacientov liečených Tarkou oproti druhej skupine. Liečba trandolaprilom

kombinácií s verapamilom znížila relatívne riziko vzniku diabetu u hypertonikov s metabolickým syndrómom a porušenou glukózovou toleranciou oproti pacientom liečeným losartanom s hydrochlorothiazidom takmer o 17%.

Význam štúdie STAR pre klinickú prax

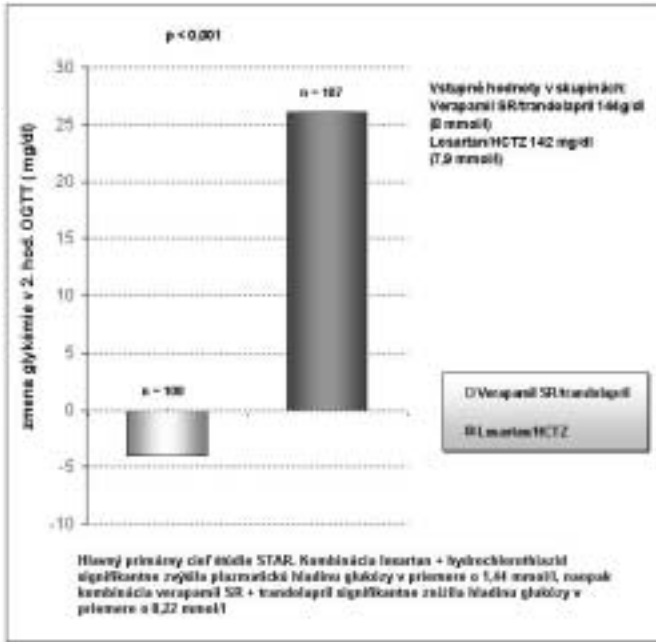
Táto štúdia preukázala, že použitie tiazidových diuretík u týchto pacientov zhoršuje inzulínovú rezistenciu a kontrolu glykémie. Bolo zistené, že aj nižšia dávka tiazidového diuretika zhoršila postprandiálnu glykémiu a kombinácia s inhibítorom receptorov pre angiotenzín II, t. j. s losartanom, nekompenzovala negatívny účinok tiazidového diuretika, ako sa predtým predpokladalo. U pacientov s viacerými rizikovými faktormi treba vybrať vhodné antihypertenzíva, t. j. účinné predovšetkým na systolický krvný tlak, metabolicky neutrálne a dobre tolerované. Štúdia STAR zreteľne ukázala, že kombinácia trandolaprilu a verapamilu vo vyšších dávkach, t. j. 4 mg trandolaprilu + 240 mg verapamilu, je tou najvhodnejšou kombináciou antihypertenzív pre osoby s metabolickým syndrómom, inzulínovou rezistenciou a hypertenziou.

Literatúra

1. Rosolová H. Studie STAR. Lékařské listy 2008, 4, s.7-8
2. Krémery S., Tahotný R., Soláriková K. Využitie nefroprotektívnych účinkov ACE inhibítorov a sartanov - kedy ich indikovať? Interná medicína, 2006, 6, s. 525- 530
3. Krémery S., Dukát A., Murin J.. Aktuálne problémy internej medicíny - nefrológie. VIA PRACTICA, 2007, roč. 4 (11), s. 540 - 542

Adresa autora

Doc. MUDr. S. K. CSc.
Klinika geriatric LF UK
FNsP Milosrdní bratia
Námestie SNP 10
Bratislava



Combination treatment of arterial hypertension with focus on the STAR study

S. Krčméry

Summary

In the majority of patients with arterial hypertension and metabolic syndrome combined antihypertensive therapy is inevitable. The optimum drug combinations significantly participate in the organ protection. In the STAR study in a group of patients treated by trandolapril + verapamil combination, a significant reduction of postprandial glycemia level (in average by 0.22mmol/l) was observed, whereas a group treated by losartan + hydrochlorothiazide revealed a 1.44 mmol/l increase of postprandial glycemia. The decreased risk of the onset of diabetes type 2 in patients treated by trandolapril + verapamil combination as compared with the other group poses another important result of the STAR study.

Kľúčové slová: hypertenziom - trandolapril - verapamil