

## Vedúci redaktor

Ladislav Hegyi

## Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Krčméry

## Výkonný redaktor

Miroslav Palát

## Tajomník redakcie

Katarína Ďuranová

## Redakčná rada

Martin Dúbrava

Zdeněk Kalvach

Štefan Koval

Eduard Kolibáš

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Németh

Jaroslav Přehnal

Eva Topinková

Pavel Weber

Zdeněk Zadák

Helena Zavázalová

## Redakčný kruh

Ladislav Badalík (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 (BRD)

Christoph Lucke (D)

František Makai (SK)

William Molloy (CND)

Jiří Neuwirth (CZ)

Vladimir Pacovský (CZ)

Mario Passeri (I)

Jozef Pogády (SK)

F.M.E. van Schendel (NL)

Jörg Schulz (D)

Vappu Teipale (FIN)

Karol Virsik (SK)

Vladimir Zaremba (CZ)

# Obsah

## Editorial

*L. Šoltés:*

Niektoré etické aspekty staroby . . . . . 53

## Originálne práce

*J. Hromec, S. Krčméry:*

Imunoterapia respiračných infekcií vo vyššom veku  
– splnili sa očakávania? . . . . . 56

*F. Böhmer, T. Frühwald:*

50th Anniversary of the Austrian Society  
of Geriatrics and Gerontology . . . . . 60

*K. Zikmundová, H. Zavázalová, V. Zaremba,*

*J. Kotrba, F. Lavička:*  
Subjektívne zjištená spotreba zdravotní péče  
osobami nad 60 let věku . . . . . 65

*L. Čeledová, H. Zavázalová, K. Zikmundová:*

Mimopracovní aktivity seniorů jako nedílná  
součást zdravotně sociální prevence . . . . . 73

## Prehľadné referáty

*L. Hegyi:*

Compliance vo vyššom veku . . . . . 78

*M. Palát:*

Súčasná problematika rehabilitácie v geriatrici . . . . . 83

*K. Tóth, L. Hegyi:*

Informovaný súhlas v zmysle reformných zákonov . . . 88

*T. Hanisková, Š. Krajčík:*

Paliatívna starostlivosť – akútne stavy . . . . . 90

*L. Hegyi:*

Domovy dôchodcov – 13. komnata? . . . . . 95

*Recenzie kníh . . . . . 77, 94, 98*

*Kalendár podujatí . . . . . 82, 99*

*Pokyny pre autorov . . . . . 100*

*Oficiálna webová stránka*

*Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti*

## Niektoré etické aspekty staroby

Etika ako filozofia mravnosti sa stále výraznejšie prejavuje vo všetkých oblastiach nášho života. Hovorí sa o etike športovca, politika, podnikateľa, ale predovšetkým sú etické prejavy osobnosti človeka zreteľné v pomáhajúcich profesiách, kde zdravotnícki a sociálni pracovníci majú svoje hlavné profesionálne smerovanie.

Predlžovanie ľudského života ako celosvetový fenomén starnutia populácie prináša rad nových problémov, ktoré sa dotýkajú všetkých oblastí života spoločnosti.

Zdravotnícka a sociálna dimenzia týchto problémov sú pritom na prvých miestach čo do dôležitosti.

Ako prvá etická výzva, adresovaná celej spoločnosti je pripraviť sa na výrazný nárast starých ľudí a to jednak smerom ku zdravej a zodpovednej životospráve s cieľom zachovania optimálnej kvality života starých ľudí a na druhej strane k zabezpečeniu starostlivosti o tých, ktorí vlastnými možnosťami a možnosťami svojej rodiny, nie sú schopní postarať sa o seba. Ako ďalší etický aspekt, ktorý rovnako treba hneď na začiatku spomenúť je tzv. agizmus ako strach, pohrdanie až odmietanie starých ľudí ako diskriminovanej skupine obyvateľstva pre ich odkázanosť ako bezmocných, chorých a teda "neužitočných" ktorí sú veľkým bremenom pre spoločnosť.

Staroba nerobí človeka lepším a práve niektoré negatívne povahové rysy, ktoré v priebehu života neboli tak zreteľné sa niekedy v starobe zvyrazňujú a často podieľajú na chovaní časti populácie k starým ľuďom. Ťažko môžeme ovplyvniť čo si človek prináša do svojej staroby z preferovaných hodnôt a skúsenosti prežitého života. Človek si prirodzene do svojej staroby prináša i vlastné priority a postoje, ktoré môžu mať silné egoistické črty. Optimistická výbava, človeka či už daná osobnosťou človeka alebo celoživotným úsilím robí starobu znesiteľnou a zmysluplnou ako ročné obdobie jesene života. Často stavanou otázkou starých ľudí je čo ešte mô-

žeme očakávať od života a vôbec, aký má zmysel môj život? Odpoveď aspoň pre tých, ktorí odpoveď úprimne hľadajú dal Frankl v logoterapii.

Zásadný prístup pri hľadaní odpovede je zmeniť smer otázky, teda nie čo ešte ja, starý človek môžem očakávať od života, ale čo život môže očakávať odo mňa. Keď človek túto výzvu chápe ako úlohu, ľahšie ju splní. Zmysel života má človek i v utrpení a je to práve výsada človeka, jeho slobody, ako sa k utrpeniu sám postaví. Tu sa eticky ponúkajú k obsahu slobody zmysel *pre*

- zodpovednosť,
- rešpektovanie osobnej slobody i možnosti iných
- snaha ochotne pomáhať iným, bez pocitu obety ako straty, či už času alebo iných osobných preferencií alebo potrieb. Táto komponenta slobody človeka robí živo užitočným a zmysluplným i v starobe.

O tolerantnosti starého človeka k potrebám iných hovoria mnohé problémy starých ľudí či už voči príbuzným ako aj iným starým ľuďom. Samozrejme to rovnako ešte vo väčšej miere platí o tolerantnosti príbuzných a okolia k starým.

Často diskutovanou otázkou je analýza sexuality starých ľudí. Nemenej významnou témou je výrazná prevaha starých žien a vdov s limitovanými možnosťami sociálnych kontaktov.

Analýza etiky v starobe sa týka jednak etiky vlastnej starostlivosti starých a o starých, potom etiky opatrovateľskej starostlivosti a konečne etiky terminálnej starostlivosti a vlastného zomierania, ako príprava na dobrú a pokojnú smrť. O predčasnnej a zbytočnej smrti môžeme hovoriť i u starých ľudí. Nemáme podmienky a nikdy nebudeme mať v takom rozsahu, aby sme mali hospice pre všetkých zomierajúcich. Ale máme podmienky už teraz aplikovať filozofiu hospicu všade kde zomierajú ľudia ako boj proti bolesti, utrpeniu a opustenosti či izolácii zomierajúceho.

Treba ešte spomenúť zanedbávanie, zneužívanie ba dokonca týranie starých ľudí, ktoré je eticky absolútne neprípustné a má trestno-právne, ba má niekedy až kriminálne črty. V našom príspevku sme spomenuli len niektoré etické aspekty staroby,

ktoré by chceli skôr smerovať k ďalej motivácii riešiť a najmä pripraviť sa riešiť rastúce problémy starých, na pomoc spoločnosti odkázaných občanov.

Prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc.

---

## Imunoterapia respiračných infekcií vo vyššom veku - splnili sa očakávania?

J. Hromec<sup>1</sup>, S. Krčméry<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Interná klinika FZSP TU a FNŠP Trnava,  
prednosta prof. MUDr. Juraj Hromec, CSc.)

<sup>2</sup> Klinika geriatríie LF UK a FNŠP Milosrdní bratia Bratislava,  
prednosta doc. MUDr. Silvester Krčméry, CSc.)

### Súhrn

V rámci multicentrovej postregistračnej štúdie LUIGER (imunoterapia liekom Luivac tbl. u pacientov 65-ročných a starších) sme sledovali na 5 pracoviskách v SR 100 pacientov s recidivujúcimi infekciami prevažne dolného respiračného traktu. Vyhodnotili sme vplyv imunomodulačnej liečby preparátom Luivac na frekvenciu, intenzitu a trvanie recidivujúcich infekcií respiračného traktu, špecifickú sprievodnú liečbu a eventuálne nežiadúce účinky liečiva. O prvých výsledkoch tejto štúdie po 4 mesiacoch sledovania (vizity V1- V3) sme referovali v časopise Geriatria v čísle 1/2004. Teraz predkladáme výsledky po roku sledovania (vizita V4). Pretrvával pokles frekvencie aj závažnosti infekcií respiračného traktu, výrazne sa znížila potreba podávania symptomatickej liečby, teofylínových preparátov i beta-2 agonistov; menej u antimikrobiálnej liečby a steroidov. Pri vizite V4 bolo 31,6% pacientov bez potreby užívania trvalej medikácie oproti 12% na začiatku štúdie (  $p < 0,01$ ).

Nezaznamenali sme žiadne závažné nežiadúce účinky lieku, tolerancia liečby bola výborná. 2 pacienti počas sledovania zomreli na iné závažné ochorenia.

**Kľúčové slová:** recidivujúce infekcie respiračného traktu - imunomodulačná liečba - bakteriálny lyzát - SR

## Subjektivně zjištěná spotřeba zdravotní péče osobami nad 60 let věku

K. Zikmundová, H. Zavázalová, V. Zaremba, J. Kotrba, F. Lavička  
(Ústav sociálního lékařství, Univerzita Karlova Praha,  
Lékařská fakulta v Plzni)

### Souhrn

Osoby nad 60 let věku se vyznačují vysokou nemocností a spotřebou zdravotní péče. Práce předkládá vybraná data o spotřebě zdravotní péče, tak jak je uvedli pacienti v ordinacích praktických lékařů v dotazníku. Studie byla provedena anonymně a data sbírali studenti lékařské fakulty v Plzni. Soubor zahrnoval v roce 2001 a 2002 celkem 615 osob, 38% mužů a 62% žen, gender struktura odpovídá obecné populaci seniorů. Data zahrnovala spotřebu ambulantní péče (praktický lékař, specialista), lůžkové péče (hospitalizace a lázeňská péče) a informaci o užívání léků. Spotřeba odpovídá nemocnosti sledované populace i obecně osob vyššího věku co do frekvence nemocí i struktury nemocnosti. Data týkající se nemocnosti v tomto souboru jsou předmětem jiného příspěvku.

*Klíčová slova: stáří, geriatric, gerontologie, spotřeba zdravotní péče, praktický lékař, specialista, léky*

---

## Mimopracovní aktivity seniorů jako nedílná součást zdravotně sociální prevence

L. Čeledová, H. Zavázalová, K. Zikmundová  
(Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ústav sociálního lékařství LF UK v Plzni)

### Souhrn

Ve sdělení jsou uvedeny výsledky šetření mezi posluchači Univerzity třetího věku. Jde o aktivní seniory, jejichž průměrný věk je 65 let (+ 2 roky), kteří si uvědomují potřebu rozvíjet mimopracovní činnost a udržovat správný způsob života. Většina z nich se zajímá o své zdraví, pravidelně navštěvuje praktického i odborného lékaře, zhruba 1x za 2 až 6 měsíců. 85% seniorů je s péčí lékaře spokojeno. Tato část populace je poměrně dobře informována o možnostech péče zdravotní a sociální ve městě.

Toto zjištění se však týká pouze městské, relativně zdravé a také motivované části seniorů. Situace bude určitě odlišná na venkově, event. v menších městech, kde spektrum nabídky aktivit pro seniory je podstatně menší. Pozornost je třeba zaměřit na osoby vyššího věku, které jsou zdravotně handicapované a nemohou za aktivitami vycházet z domu. Právě této skupině je třeba umožnit prožit kvalitní stáří i s nemocemi.

*Klíčová slova: seniory - aktivita - vzdělávání - Univerzita třetího věku*

L. Hegyi

(Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky  
Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity,  
vedúci: Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.)

## Súhrn

Geriatrická farmakoterapia je charakterizovaná polypragmáziou, prevahou symptomatickej liečby nad kauzálnou, vysokým výskytom nežiaducich účinkov liekov, zvláštnosťami farmakokinetiky a farmakodynamiky a osobitosťami spolupráce lekára s pacientom.

Súčasná medicína vedie klienta k prevzatíu zodpovednosti za svoje zdravie a k väčšej samostatnosti pri rozhodovaní o sebe. Tým sa zvyšuje jeho kompetencia pri rozhodovaní o liečbe. Pritom pojmom *Compliance* označujeme spoluprácu pacienta s lekárom pri liečbe a pojmom *Non compliance* nespuprácu. Predpokladom compliance je schopnosť pacienta pochopiť túto liečbu a ochotu túto liečbu realizovať.

K najčastejším príčinám Non compliance patria nedostatočné vedomosti o užívaných liekoch, nedostatočná informácia o spôsobe užívaní, obavy z nežiaducich účinkov po prečítaní príbalových informácií, samomedikácia, konzultácia s laikmi, súčasná liečba u viacerých lekárov, polypragmázia a chudoba.

Miera Non compliance bez ohľadu na vek je 25 % - 50 %. Sociálna Non compliance je spôsobená chudobou, neschopnosťou zaplatiť za lieky, životom v izolácii z vekových, biologických alebo sociálnych príčin a nedostatkom kontroly pri užívaní liekov. O racionálnej Non compliance hovoríme vtedy, ak pacienti dodržia predpísaný režim, ale nepozorujú zlepšenie, ak priaznivý efekt liečby nie je vo výhľade, liečba má ale nepriaznivé účinky alebo želaný účinok sa dostaví aj napriek nedodržiatiu liečebného režimu.

Charakteristické znaky Compliance vo vyššom veku spočívajú najmä v tom, že starý pacient má veľký záujem o svoje zdravie a liečbu, jeho ochota k spolupráci s lekárom je vysoká – asi 70 % chorých je ochotných presne dodržať liečbu, a väčšina starých pacientov je dostatočne kompetentných k racionálnej spolupráci pri liečbe. Pritom starší pacient ľahšie prijme ordinovanú farmakoterapiu ako odporúčanú zmenu životosprávy a svojich návykov. Priemerne očakávaná Compliance u jednotlivého lieku je relatívne konštantná a leží medzi 80-85 %, a to bez ohľadu na vek pacienta. Pri súčasnom podávaní 5 liekov je teda plne spolupracujúcich len 33-44 % chorých, pri kombinácii 10 liekov len 10-20% pacientov. K typicky stareckým príčinám Non compliance patria poruchy kognitívnych funkcií, zníženie ostrosti zrakovej, hluchota, artrotické zmeny rúk, porucha jemnej motoriky končatín, zníženie kvality života, nežiaduce účinky liekov, sklon konzultovať svoju liečbu s okolím a sklon k samomedikácii. 54 % ľudí nad 70 rokov priznáva samomedikáciu. Z liekov sú najviac používané Analgetiká v 20 %, Laxanciá v 14 %, Antisklerotiká v 13 %, Psychofarmaká v 10 %, Geriatriká v 9 % a Vitamíny v 6 %.

Možnosti optimalizácie Compliance spočívajú najmä v kvalitnej informácii zo strany lekára o liečbe, vo vysvetlení nežiaducich účinkov lieku, v podrobnej anamnéze a stanovisku k samomedikácii a v dodržaní zásady: čím menej liekov, tým lepšia Compliance.

*Kľúčové slová: geriatrická farmakoterapia - compliance*

## Súčasná problematika rehabilitácie v geriatrici

M. Palát

(Slovenská spoločnosť pre vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve SLS  
vedúci: Prof. MUDr. Ladislav Badalík, DrSc.)

### Súhrn

Súčasná problematika rehabilitácie a geriatrici je vysoko aktuálna predovšetkým preto, že stúpa počet starých ľudí a zvyšuje sa počet predovšetkým chronických ochorení v starom veku.

Cieľom rehabilitácie, s prihliadnutím na definíciu Svetovej zdravotníckej organizácie, je obnovenie chorobou postihnutých funkcií a zabezpečenie určitej kvality života.

Indikačné spektrum pre rehabilitačné programy v geriatrici predstavujú predovšetkým ochorenia muskuloskeletálneho systému, choroby kardiovaskulárneho systému, chronické ochorenia respiračného systému a poruchy centrálného nervového systému. Psychické poruchy dopĺňujú toto spektrum indikácií pre dlhodobé rehabilitačné programy v geriatrici.

V rámci rehabilitačných programov využívame metodiky a techniky fyzikálnej terapie, ergoterapie, logoterapie a ďalšie metódy, zamerané na oblasť psychosociálnych funkcií. Aktivačné metodiky predstavujú doplnok týchto dlhodobých programov.

Základný koncept rehabilitácie v geriatrici znázorňuje schéma, vychádzajúce z trojdimenzionálnej diagnostiky a akcentujúce komplex rehabilitačných opatrení. Dôležitým faktorom je aj otázka prognózy.

V práci sú uvedené aj formy rehabilitačnej starostlivosti – ambulatná a lôžková forma, kúpeľná liečba, domáca starostlivosť a komunitná rehabilitácia – dôležitým prvkom je teamová práca spočívajúca v organickej spolupráci rehabilitačného lekára, geriatrica, fyzioterapeuta a ďalších odborníkov.

**Kľúčové slová:** *rehabilitácia v geriatrici – metodiky rehabilitačné – trojdimenzionálna diagnostika – indikácie – formy rehabilitačnej starostlivosti*

---

## Paliatívna medicína – akútne stavy

T. Hanisková, Š. Krajčík

(Katedra geriatrici a gerontológie SZU, Bratislava)

### Súhrn

Akútne stavy v paliatívnej starostlivosti? Kľúčovou otázkou je ktoré akútne stavy v paliatívnej starostlivosti sú reverzibilné a ktoré nie. Môže aktívna liečba danému pacientovi udržať kvalitu života na rovnakej úrovni alebo ju zlepšiť? Ako aj pri iných akútnych stavoch, vyšetrenie, zhodnotenie a samotná nami zvolená terapia musia byť (ak je to možné) čo najrýchlejšie a komplexné. Napriek tomu že prevoz do nemocnice môže byť príčinou stresu pre pacienta i opatrovateľa, odkladanie liečby môže často znamenať, že reverzibilné symptómy sa stanú fatálnymi. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce akútne stavy v paliatívnej starostlivosti patrí hyperkalciémia, obštrukcia vena cava superior, kompresia spinálneho kanála a patologické fraktúry kostí v oblasti kostných metastáz.

**Kľúčové slová:** *paliatívna medicína – hyperkalciémia – obštrukcia vena cava superior – kompresia miechy – patologické fraktúry kostí*

# Domovy dôchodcov – 13. komnata?

7  
Geriatría  
2/2005

L. Hegyi

(Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU  
vedúci: Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.)

## Súhrn

Významnou príčinou odchodu do domova dôchodcov (najmä u mužov) je nevyhovujúci zdravotný stav, ktorý spolu s adaptačným stresom spôsobujú zvýšenú úmrtnosť obyvateľov DD, najmä na začiatku pobytu. Multimorbidita je príčinou zhoršujúcej sa sebestačnosti a geriatrických syndrómov ako sú pády, inkontinencia a demencia. Je tiež príčinou rastúcej spotreby liekov a častejších hospitalizácií

***Kľúčové slová:** starnutie – domovy dôchodcov – geriatría – geriatrické syndrómy – polyfarmácia*