

Gerontopsihiatrična problematika Doma starejših občanov Vič-Rudnik, enota Bokalci

UDK 616.89-07-08:362.61

IZVLEČEK. V prispevku je okvirno prikazana splošna gerontopsihiatrična problematika, naloge gerontopsihiatrične službe v domovih, okvirno pa je predstavljena tudi problematika v Domu starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik, enota Bokalci.

Opisane so nekatere izkušnje v diagnostiki duševnih motenj in medikamentozni terapiji ter vodenju oskrbovancev z duševnimi motnjami. Poudarjena je nujnost povezave z osnovno zdravstveno službo v domu. Omenjena je tudi delovna terapija, fizioterapija v domu ter druge socioterapevtske aktivnosti, ki skupno vplivajo na vzdrževanje psihofizične aktivnosti oskrbovancev doma.

GERONTOLOGIC AND PSYCHIATRIC PROBLEMS ENCOUNTERED IN THE HOME FOR THE AGED, VIČ-RUDNIK, BOKALCI. The paper outlines certain general gerontologic and psychiatric problems encountered in homes for the aged, and describes the tasks of the gerontologic and psychiatric service in these homes. The Home for the Aged, Vič-Rudnik, Bokalci is briefly presented. The authors present their experience with the diagnosis, drug therapy and care of home residents with psychiatric disorders. They stress the need for co-operation with the primary health care service in the home, and maintain that occupational and physical therapy, as well as other socio-therapeutic activities greatly help the elderly to keep their psycho-physical activity at the desired level.

Uvod

Pred približno 15 leti se je na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana-Polje začela bolj sistematično organizirati gerontopsihiatrična služba. Poleg bolnišničnega dela na oddelkih (nekdanjih III. ženski in III. moški oddelek), katera sta bolj intenzivno začela ukvarjati s starostniki, je zaživela tudi zunajbolnišnična dejavnost. Njeni začetki segajo v leto 1968/69, ko se je najprej začela razvijati gerontološka in gerontopsihiatrična dejavnost v takratnih domovih počitka Tisje, Mengeš in Domžale. Iz tega obdobja izhajajo tudi prve raziskave (2). (Moramo pripomniti, da je delo s starostniki potekalo že prej, vendar ni imelo takšnega obsega). Takrat so bile opredeljene začetne naloge gerontopsihiatrične službe po omenjenih domovih.

Že takrat so poudarjali, da je »pomiritev« nevodljivih oskrbovancev v domovih starejših občanov najlažja naloga, le da je za terapijo starostnikov s psihofarmaki potrebno določeno predznanje. Bolj zahtevno delo je z oskrbovanci, kateri so po kriterijih vodljivi, ampak potrebujejo razgovor s psihiatrom in vodenje.

Omenili bi nekaj znanih podatkov mednarodnega združenja za socialno staranje (8). Po teh podatkih bi bilo idealno, če bi ljudi, starejših od 65 let bilo med 7–8 odstotki vsega prebivalstva. Medtem govorijo »o kolektivnem staranju narodov«. Tako npr. ima Grčija 16% prebivalcev, starejših od 60 let, Švica 18,8%, Zvezna republika Nemčija 21% in Sovjetska zveza 8,5%.

V SR Sloveniji je odstotek prebivalstva, starejšega od 65 let, znašal leta 1979 10,2.

Podobne so ugotovitve v zvezi s populacijo bolnikov sprejetih v Psihiatrično kliniko Ljubljana-Polje. Tudi ta populacija se stara.

Ob dobro razviti zunanji gerontološki službi potrebujemo vsaj še 5% postelj na število prebivalcev, starejših od 65 let (2). Podobno navaja tudi Poleksić (1981) (6). Le 6–10% ljudi, starejših od 65 let, toliko opeša, da potrebuje varstvo v ustanovi (3). Darovec poudarja tudi sposobnosti starih ljudi in modrost.

Prevalenca duševnih motenj in bolezni v starosti se giblje med 20–25 odstotki, kar je podobno kot med odraslo populacijo (2, 3, 6).

Duševne mošnje avtorji delijo na organske in funkcionalne. Podobno jih bomo obravnavali v prispevku.

Naloge gerontopsihiatrične službe v domovih – izmenjava mnenj (3):

1. Pregled vseh na novo sprejetih oskrbovancev.
2. Pregled in terapija oskrbovancev z znaki akutnih ali poslabšanih kroničnih duševnih motenj.
3. Vodenje psihoterapije in psihofarmakoterapije pri bolnikih z duševnimi motnjami.
4. Pomoč pri organizaciji socioterapevtskih dejavnosti.
5. Pomoč pri organizaciji delovne terapije.
6. Poučevanje in strokovno izpopolnjevanje osebja doma iz psihiatrije po posebnem dogovoru.
7. Posredovanje med socialnim zavodom in psihiatričnimi ustanovami.
8. Sodelovanje pri sprejemanju duševno motenih oseb v socialni zavod in bolnišnico.

Redna gerontopsihiatrična služba v Domu starejših občanov Vič-Rudnik – enota Bokalci je zaživela februarja leta 1975.

Dom na Bokalcah* je bil leta 1969 vključen v študijo prof. dr. Leva Milčinskega o socialnih zavodih na Slovenskem. V domu je dr. Miklavž Kušej psihiatrično obdelal okoli 70 oskrbovancev. Študija nam ni bila dostopna.

Najprej smo sistematično obravnavali oskrbovance doma, starejše od 65 let, pozneje pa tudi večino drugih. Delo je potekalo enkrat tedensko v popoldanskih urah. Že takrat se nam je zdelo pozitivno naše stališče, da dom ni zgrajen le za »zdrave stare ljudi«, ampak tudi za bolne stare ljudi in druge.

Razvoj dejavnosti doma

Vincencijska družba je leta 1936 začela graditi samostan, ki ga pa ni nikoli dokončala. Nosilni zidovi stavbe so stali do leta 1951. Takrat je Mestni ljudski odbor gradnjo nadaljeval z namenom, da zgradi dom za starejše, bolne ljudi. Prvi stanovalci so prišli v **Dom onemoglih na Bokalcah*** že oktobra 1953, praktično iz vse Slovenije, nekaj celo iz drugih republik. Bili so fizično in psihično nesposobni

skrbeti zase, v glavnem tudi brez lastnih sredstev, saj je bilo od 108 varovancev le 30 upokojencev. Na začetku delovanja doma je bilo zaposlenih 25 delavcev, od tega ena srednja medicinska sestra in 13 bolniških strežnic. Dom so postopoma dograjevali, izpopolnjevali, število postelj pa se je povečalo na 356.

Gradnje novega dela, ki je z matično stavbo povezan z zračnim hodnikom, se je začela 1978. S prizidkom se je število postelj povečalo še za 113, namenjenih v glavnem pomičnim oskrbovancem. Sobe so eno do dvoposteljne z balkonom in sanitarijami.

Spreminjala se je tudi struktura varovancev, tako da so sedaj oskrbovanci **Doma starejših občanov Vič-Rudnik*** v glavnem upokojenci. Le malo je takih, ki jim celotno oskrbo plača Občinska skupnost socialnega skrbstva (OSSS).

Kadrovsko je dom dobro zaseden, za zdravstveno nego, dobro počutje in razvedrilo skrbi več zdravstvenih delavcev: 2 zdravnika, 5 višjih medicinskih sester, 2 delovna terapevta, 2 fizioterapevta, 22 srednjih medicinskih sester in 56 negovalk.

Dom je kombiniranega tipa, eden največjih v Sloveniji. V njem prebivajo zdravi stari, telesno bolni in duševno prizadeti starejši ljudje. Zaradi pomanjkanja domov za invalide, predvsem za mlajše in duševno manj razvite, žive v domu tudi le-ti.

Dom v glavnem pokriva potrebe vse občine, nekaj pa jih je tudi iz drugih občin oziroma republik.

Januarja 1983 je bilo v domu 434 oskrbovancev, katerih starost in pomičnost prikazuje tabela 1.

Tabela 1. Starostna struktura, spol in pomičnost oskrbovancev (januar 1983)

Starost Spol	do 65		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		Skupaj
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	
Nepomični	14	25	3	8	8	26	10	35	7	33	3	28	2	11	213
Delno pomični	3	5	-	2	2	9	1	10	1	15	2	10	2	4	66
Pomični	25	21	11	8	15	15	6	23	7	10	5	6	-	3	155
Skupaj	93		32		75		85		73		54		22		434

Veliko je oskrbovancev, starih do 65 let. To so v glavnem mlajši invalidi ter duševno prizadeti – večinoma nepomični. Pomični iz te starostne skupine pa so v glavnem samo alkoholiki.

Poudariti moramo še to, da je pomičnost pri starejših ljudeh zelo spremenljiva – delno pomični zelo hitro postanejo nepomični pa tudi »pomični« rabijo veliko, zelo veliko pomoči.

Somatska prizadetost oskrbovancev

Za starost, predvsem visoko, je značilno veliko število bolezni. V tabeli 2 so zajete samo glavne somatske bolezni, zaradi katerih imajo naši oskrbovanci največ težav. Mogoče je prikaz preveč shematičen, vendar poskuša prikazati dejansko stanje (januar 1983).

* V prikazu razvoja doma smo namenoma omenili vse uradne nazive doma, ker so tudi sami zase ilustrativni.

Tabela 2. Pregled somatskih bolezni naših oskrbovancev (januar 1983)

Diagnoza	M	Ž	Skupaj
Obolenja centralnega živčnega sistema na podlagi ateroskleroze s psihičnimi motnjami	34	122	156
Bolezni srca in ožilja	22	107	129
Bolezni sklepov in kosti	24	78	102
Hipertonija	9	90	99
Bolezni dihal	24	64	88
Druge duševne motnje in nerazvitosti	29	58	87
Sladkorna bolezen	9	57	66
Alkoholizem	34	12	48
Stanje po cerebrovaskularnem insultu (CVI)	16	40	56
Bolezni prebavil	12	37	49
Bolezni sečil	15	26	41
Nevrološka obolenja	10	24	34
Očesne bolezni	6	24	30
Kožne bolezni	7	16	23
Ušesne bolezni	7	15	22
Maligna obolenja	9	12	21
Krvne bolezni	1	10	11

Duševne motnje in bolezni oskrbovancev

Podrobneje bi pregledali psihiatrične diagnoze – teh je tudi največ.

Psihiatrični popis z rednimi oziroma občasnimi kontrolami ima po potrebi 326 oskrbovancev. To niso vsi duševni bolniki, vsak izmed njih pa ima občasne stiske oziroma si želi pogovora s psihiatrom.

Naloge domskega psihiatra so se v zadnjih letih postopoma širile. Začelo se je s psihiatrično obravnavo ter uvedbo psihofarmakov pri posameznih duševno motenih in nevodljivih oskrbovancih. Potreben je bil določen čas, da so oskrbovanci sprejeli zdravnika psihiatra kot enega od svojih zaupnikov, ki bi jim bil ob strani ob različnih duševnih stiskah. Prihod v dom, zapustitev domačega okolja, občasne težave s svojci, tudi najbližjimi, obdobje prilagajanja, občutki osamljenosti, dolgočasja, premišljevanja za nazaj ter o prihodnosti pogojujejo določena reaktivna stanja ter potrebo po pogovoru s psihiatrom (4).

Delo psihiatra v domu je raznovrstno, ker gre za različne duševne motnje, kot je razvidno iz tabele 3. Poleg vodenja bolnikov z endogenimi psihozami ter psihozami druge etiologije se pogosto srečuje s kroničnim alkoholizmom – večinoma pri socialnih podpirancih, ljudeh, ki so zaradi alkoholizma izgubili praktično vse – družino, poklic, mesto v družbi in se »tolažijo«; alkohol jim je »vse kar imajo«. Skupinsko delo s to populacijo je težavno, zato je takšna obravnava skromno zastavljena.

Večje število oskrbovancev z duševnimi motnjami je premeščeno v dom iz ljubljanske psihiatrične klinike ter drugih psihiatričnih ustanov.

Pri premeščanju psihiatričnih bolnikov v dom zagovarjamo mnenje, da naj bi bili bolniki, starejši od 60 let, v remisiji in da bi bili redno psihiatrično vodeni in zdravljeni enako kot v psihiatrični ustanovi. Tudi morebitna poslabšanja bi v začetku poskušali obravnavati v domu, dokler bi to seveda bilo varno. Naš dom in Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana-Polje v zadnjih letih nimata bistvenih problemov pri premeščanju bolnikov v obe smeri.

Pri premeščanju mlajših psihiatričnih bolnikov v dom imamo določene pomsleke, tudi na podlagi dosedanjih izkušenj. Večinoma se ti težko vživijo v domsko okolje, običajno se izolirajo ali pa se poskušajo približati skupini alkoholikov. Večina med njimi si želi, da bi bila premeščena nazaj v psihiatrično ustanovo.

Glede premeščanja starejših psihotičnih bolnikov v dom bi omenili mnenje, s katerim se morda ne bodo strinjali posamezni strokovni kolegi, da namreč ima človek v domu »več od življenja« kot v psihiatrični ustanovi, predvsem če je v njej preživel 20 do 30 let. Gre za posamezne bolnike in nekakšne »grehe preteklosti«.

V domu počitka se srečujemo tudi s posameznimi bolniki, ki prihajajo od drugod in pri njih ugotavljamo psihoze oziroma so diagnostično nejasni. Pri takšnih bolniki pogrešamo skupinska mnenja vsaj dveh zdravnikov psihiatrov, ki se ukvarjajo z gerontopsihiatrično problematiko.

O skupinskem delu z alkoholiki oziroma o »domski skupnosti« nameravamo poročati pozneje (5).

Tabela 3. Pregled duševnih motenj in bolezni naših oskrbovancev (januar 1983)

Diagnoza	Število bolnikov
Aterosklerotična demenca	65
Senilna demenca	5
Presenilna demenca	2
Alkoholna demenca	1
Kronični psihoorganski sindrom	82
Atrofija možgan	1
Shizofrenija	19
Manično depresivna psihoza	3
Paranoidna psihoza	10
Nacepljena psihoza	2
Mb. Korzakov	8
Tabletomanija	2
Nevroza	4
Depresija	12
Alkoholizem	46
Duševno manj razvite osebe	27

Iz tabele 3 je razvidno, da je v domu 12 depresivnih bolnikov (involutivne depresije, depresije v okviru manično depresivne psihoze ter depresije v seniumu). Veliko več pa je bolnikov z reaktivno depresivnimi stanji (ob prihodu v dom, ob smrti svojca, zakonskega tovariša in podobno). Omenili bi še samomore v domu, ki so nekako kot Demoklejev meč nad vsakim zdravnikom psihiatrom. V zadnjih letih je bil običajno eden ali dva letno. V letu 1982 so bili trije samomori, pred tem pa tri leta ni bilo nobenega. Vsi samomori so se zgodili s skokom skozi okno: samomor bolnice z dolgoletno paranoidno shizofrenijo, samomor alkoholika, ki so ga oskrbovanci obtožili kraje ter samomor dementne bolnice, ki je verjetno zamenjala okno za vrata. Ob tem smo se zamislili. Uprava doma je zato zavarovala okna na zaprtem oddelku, v katerem prebivajo dementne bolnice.

Omenjamo še delo gerontopsihiatričnega tima v domu, ki se ukvarja z določenimi skupinami bolnikov: npr. z mlajšimi bolniki v terminalnem stadiju pri malignomih, bolniki s hudimi kraniocerebralnimi travmami (KCT), delo s paraplegiki.

Delo z bolniki v terminalnem stadiju bolezni, ki so premeščeni iz drugih zdravstvenih ustanov ter pogosto srečanje z njihovo smrtjo, zahteva od vseh zdravstvenih delavcev v domu še posebno pozornost ter veliko čustveno obremenitev.

Poudarjamo, da bi bilo več kot neskromno trditi, da bi se dalo z enotedensko popoldansko ambulanto v domu obravnavati vse duševne motnje in jih voditi. Največje breme pri tem, kot tudi pri drugi zdravstveni problematiki, nosi osnovna zdravstvena služba v domu. Zdravnik psihiater je le član tega tima.

Izkušnje s psihofarmakološko terapijo

Pri izbiri psihofarmakov smo se pri naših bolnikih odločali zelo previdno.

Pri dajanju močnejših nevroleptikov v nizkih dozah, npr. haldol (haloperidol), smo poskušali brez antiparkinsonikov, da ne bi sprožili morebitnega medikamentoznega delirija po antiparkinsonikih. V posameznih primerih smo kmalu, tudi po nizkih dozah, npr. haldol 3×5 do 3×8 kapljic, opazili začetne oralne diskinezije.

Zaradi tega smo se med nevroleptiki pogosteje odločali za mellerette, melleril (tioridazin), prazine (promazin hidroklorid). Določeno število bolnikov vodimo z moditen depo terapijo, bolnike z manično depresivno psihozo pa z litijem. Določeno število bolnikov po hudih KCT ter pri kroničnih organskih psihosindromih smo vodili s kalicorjem (piracetam). Pri depresivnih bolnikih smo uporabljali različne antidepresive, glede na starost, telesno stanje in klinično sliko. Trenutno jih večino vodimo z miansanom (mianserin hidroklorid) oziroma ladiomilom (maprotilin) (11).

Delirantna stanja (nočni deliriji pri arteriosklerotičnih bolnikih ter delirantna stanja druge etiologije) smo zdravili z vitaminsko terapijo, heminevrinom (klometiazol) in kalicorjem. Za uspavala smo se odločali le glede na realne potrebe. Najbolj pogosto smo uporabljali heminevrin, mogadon ter nekatere od blažjih anksiolitikov.

Pri posameznih bolnikih smo ugotovili, da so prišli že v dom z močno (visoko) anksiolitično terapijo.

Delovna terapija in socioterapevtske aktivnosti

Organizirana delovna terapija poteka v domu šele tretje leto. Delovnim terapijstvom je v tem času uspelo pridobiti blizu sto oskrbovancev, ki redno sodelujejo. Precej pa je tudi takih, ki občasno pridejo, malo posedijo, poklepetajo in gredo.

Delovna terapija obsega naslednje dejavnosti:

– Drobne terapevtske dejavnosti: vezenje, pletenje, kvačkanje in podobno. S tem delom si krajšajo čas predvsem ženske. Precej jih pride v skupino, še več pa jih dela v sobi.

– Terapevtske dejavnosti: (vozlanje, mozaik). Izdelki krasijo stene sob, hodnikov, dnevnih prostorov. Enkrat letno izdelke zberejo in razstavijo. Tudi razstavo pripravijo oskrbovanci sami. Delovni terapevtki samo svetujeta in jim

pomagata. Razstave so bile do sedaj vedno lepo obiskovane, kar oskrbovancem vliva voljo za nadaljevanje začetih del.

– Rekreacija: vsak dan je organizirana telovadba, pozimi v dnevnih prostorih in v sobi za fizioterapijo, poleti pa na prostem, združena s sprehodi. Dogodek, ki izpolnjuje mesec, je praznovanje rojstnih dnevvov. Enkrat mesečno se zberejo vsi, ki so praznovali tekoči mesec in se poveselijo skupaj z drugimi, ki tudi radi prisedejo.

Večkrat letno, posebno ob praznikih, organizirajo proslave. Na njih nastopajo otroci iz osnovnih šol, razni pevski zbori, pa tudi oskrbovanci so že priredili samostojen koncert. Še posebno veselo je pustovanje, kjer oskrbovanci skupaj z osebjem doma – z maskami ali brez njih – zaplešejo, posedijo in se skupaj poveselijo.

Za oskrbovance so organizirani enodnevni avtobusni izleti po Sloveniji enkrat letno, za manjše skupine pa več krajših izletov s hišnim kombijem.

Veliko ljudi je v domu, torej tudi veliko različnih značajev. Nekateri se kljub možnostim, da ne bi bili sami, zapirajo vase in ostajajo po sobah. Poskušamo jih razumeti in se jim približati z individualnimi pogovori, kasneje s skupinskim pogovorom.

Velikokrat se najde z njimi stik z raznimi družabnimi igrami, petjem in branjem zanimivih člankov.

Enkrat mesečno je organiziran sestanek – mi ga imenujemo **domska skupnost**. Vodijo jo oskrbovanci sami. Obravnava se tema, ki jo sami izberejo. Na tem sestanku poskušamo rešiti tudi čimveč nastalih problemov. Na domski skupnosti sodeluje domski zdravnik, domski psihiater, delovni terapevtki in medicinska sestra. Po potrebi, odvisno od teme, tudi direktor in socialna delavka.

Delamo tudi s skupino alkoholikov, vendar so to šele začetki.

Tudi v starosti se da človeka vsaj delno rehabilitirati, seveda če je sposoben sodelovati (stanje po insultu, po poškodbah). Tu se delovna terapija prepleta s fizioterapijo, ki je pomembna veja dejavnosti v domu.

Prizadevamo si, da bi naše oskrbovance kar najbolj rehabilitirali – tudi pasivno razgibavanje, preprečevanje kontraktur in vzdrževanje psihofizične aktivnosti je zelo pomembno.

Fizioterapevtska dejavnost

Fizioterapija v domu je pomembna za vzdrževanje in ohranjanje psihofizičnih aktivnosti oskrbovancev.

Delo poteka na oddelku in v prostoru fizioterapije. Pretežni del fizioterapije se glede na našo populacijo izvaja ob oskrbovančevi postelji. Ležeče bolnike aktivno in pasivno razgibavamo, da bi preprečevali kontrakture, ki so poleg dekubitusov, najbolj pogoste komplikacije pri dalj časa ležečem bolniku. Na oddelku pride poleg tega v poštev tudi učenje hoje z berglami in hoduljo.

Za fizioterapevtsko dejavnost imamo na voljo:

- aparat za UKW obsevanje,
- luč za IR obsevanje,
- parafinski kotel (obloge, kopeli),

- elektrostimulator,
- hoduljo in bradljo (za učenje hoje),
- švedsko klop, lestve in blazine za rekreacijsko telovadbo,
- podpazdušne in dokomolčne bergele,
- škripec za razgibavanje prizadetih zgornjih ekstremitet ter
- kotomere za merjenje obsega gibljivosti sklepov.

Veliko se uporabljajo tudi drobni pripomočki, ki jih po potrebi odnesemo tudi na oddelek: gumijasta raztezala, 1/2 kg, 1 kg in 2 kg uteži, majhne usnjene žogice, žogice iz penaste gume, gumijasti obročki; za vaje proti uporu se uporabljajo svinčeni pasovi ter lesene palice za aktivne vaje oskrbovancev.

Ker je tendenca, da bi se ležalna doba v bolnišnicah skrajšala, dobivamo vedno več bolnikov, ki naj bi v domu nadaljevali zdravljenje in rehabilitacijo. To pa glede na to, da število fizioterapevtov v domu daleč zaostaja za potrebami, terja od zaposlenih dodatne napore.

Dom starejših občanov Vič-Rudnik, enota Bokalci se v marsičem razlikuje od drugih domov, predvsem pa po strukturi oskrbovancev ter obsegu njihove patologije.

Menimo, da je oskrba in zdravstvena nega naših oskrbovancev – predvsem »starih in bolnih ljudi«, dobra ter da dom že dolgo več ne zasluži prizvoka nečesa slabega, dokončnega, kot hiralnica in podobno.

Literatura:

1. Ahčin M., J. Lokar in sod.: Socialna gerontopsihiatrična študija v občini Domžale. Študija je potekala v letu 1968/69 (Psihiatrična klinika Ljubljana-Polje in gerontološka služba ZD Domžale); tipkopis;
2. Albert El.: Aufgaben des beralenden Psychiaters im Altenheim. Allg. Med. 56 (1980), 327–334. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart 1980.
3. Darovec J.: Nekateri misli v zvezi z gerontopsihiatrijo. V. Izbrana poglavja iz medicinske gerontologije, 379-382. Univerza E. Kardelja, Medicinska fakulteta, oddelek za podiplomski študij; Ljubljana 1982.
4. Kostnapfel J.: Starostniki. Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo v Ljubljani, Posebna publikacija št. 1/81, Ljubljana 1981.
5. Ličina M.: Grupna psihoterapija pri starostnikih (seminarska naloga). Psihoterapija III. Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Klinična bolnišnica za psihiatrijo, Ljubljana 1976.
6. Poleksić J.: Zaštita duševnog zdravlja osoba. »Krka«. 1981.
7. Požarnik H.: Umetnost staranja, leta, predsodki in dejstva. Cankarjeva založba, Ljubljana 1981.
8. Stefanovski S.: Psihiatrijske osobnosti obolevanja starih ljudi. V: Gerijatrija I. Izbrana poglavja za liječnike opće medicine, Opatija 1978, 114-131.
9. Štritof J.: Analiza življenjskih razmer stanovalcev v Domu upokoјencev na Bokalcih. Diplom-ska naloga. Višja šola za socialne delavce, Ljubljana 1979.
10. Vitorović M., M. Ličina: Prijemi bolesnika stariјih od 65 godina u bolnicu Ljubljana-Polje u godinama 1950-1975. Zbornik I. jugoslovenskog gerontološkog kongresa, Beograd 1979.

UBRANOST NI DVEMA POSAMEZNIKOMA NIKOLI PODARJENA, ZMERAJ ZNOVA SI JO MORATA PRIBORITI.

Beauvoir