

Wybrane zagrożenia dla sprawnej starości w ocenie osób starszych

Selected threats to independence in activities of daily living in the perspective of older individuals

Sylwia Kropińska

Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Streszczenie

Wraz z upływem czasu zwiększa się ryzyko występowania m.in. zaburzeń funkcji poznawczych i upadków. W pracy scharakteryzowano te problemy zwracając uwagę na rzadkie przeprowadzanie badań przesiewowych w ich kierunku przez lekarzy rodzinnych. *Geriatrics 2019; 13: 239-243.*

Słowa kluczowe: osoby w wieku podeszłym, funkcje poznawcze, upadki

Abstract

With the passage of time the risk of many disorders increases. Cognitive impairment and falls are among them. They were characterized in this paper and the lack of interest in the assessment of their risk by general practitioners was pointed out. *Geriatrics 2019; 13: 239-243.*

Keywords: elderly, cognitive impairment, falls

Proces starzenia prowadzi do wielu zmian w organizmie. Nie powodują one patologii, ale znacznie zwiększają ryzyko ich występowania. Niestety więc w ich wyniku zdecydowanie wzrasta częstość występowania np. zaburzeń funkcji poznawczych czy upadków.

Uważa się, że zmiany wynikające z procesu starzenia w niewielkim tylko stopniu modyfikują funkcje poznawcze wpływając głównie na pogorszenie pamięci świeżej i koncentracji uwagi [1]. Postępujące problemy z pamięcią zawsze świadczą o istniejących nieprawidłowościach.

Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych jest trudna do określenia. Zaburzenia funkcji poznawczych są niezbędne do rozpoznania otępienia. Według „World Alzheimer Report 2015” [2] w roku 2015 na demencję chorowało 46,8 mln ludzi na całym świecie i prognozuje się, że w roku 2030 liczba tych osób wzrośnie do 74,7 mln, a w 2050 roku do 131,5 mln osób. Są one jednak nie tylko elementem otępienia, ale i depresji, czy niektórych chorób somatycznych (np. niedoczynność tarczycy [3]). Mogą też występować jako działanie uboczne stosowanych leków [4,5].

Problem z określeniem częstości występowania zaburzeń funkcji poznawczych ponieważ wynika też

z tego, że badania pod kątem ich występowania mają charakter przesiewowy – służą one selekcji osób z ryzykiem otępienia i opierają się na różnych testach/skalach.

Najpowszechniej używana jest do tego celu skala MMSE (ang. *Mini Mental State Examination* [6]). Od lat zwraca się uwagę na mniejszą przydatność MMSE u osób z niewielkimi zaburzeniami [7]. Jak pokazały badania Wilmańskiej i wsp. [8] wśród 60-latków z prawidłowym wynikiem MMSE, u których wykonywano dodatkowe testy diagnostyczne częściej niż co trzeci badany miał nieprawidłowy wynik w zakresie orientacji, przypomnienia i praktyki konstrukcyjnej. Inną ważną kwestią jest konieczność korygowania wyników MMSE w zależności od wykształcenia i liczby lat edukacji (np. korekta Mungasa [9]). W badaniach Józwiaka i wsp. prowadzonych u osób, które ukończyły 60 r.ż. pokazano, że skorygowanie wyniku miało największe znaczenie w przypadku osób najstarszych po 80 r.ż. i z wykształceniem najniższym, czyli podstawowym, niepełnym podstawowym lub brakiem wykształcenia [10].

Zdiagnozowanie zaburzeń funkcji poznawczych, niezależnie od konieczności zadania pytania o ich przyczynę, powinno wiązać się ze wsparciem w zakresie

niektórych czynności. Przykładem może być pobieranie leków, gdzie niewłaściwe schematy stosowania tj.: zapominanie o wzięciu leków lub wzięcie niewłaściwych dawek mogą powodować pogorszenie sprawności, w tym nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych [11].

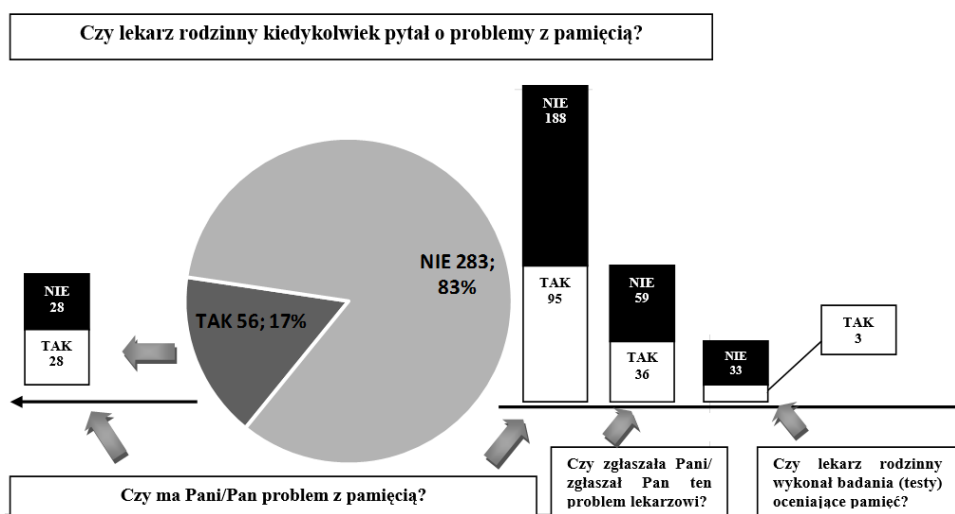
Brak informacji o występowaniu zaburzeń funkcji poznawczych uniemożliwia zdefiniowanie ich przyczyny, a zatem i podjęcie leczenia. Ważne jest to szczególnie z uwagi na odwracalność niektórych przyczyn takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór witaminy B₁₂ i kwasu foliowego [12] czy depresja [13].

Prowadzone przez mnie badania [14], którymi objęte zostały osoby starsze po 60. roku życia pokazały, że – według deklaracji osób starszych – zbierany przez lekarzy rodzinnych wywiad nie uwzględniał pytania o zaburzenia pamięci. W badaniu, w którym wzięło udział 339 osób starszych (w tym: 269 kobiet – 76,9%) w średnim wieku 73,1 ± 7,3 lat (mediana: 73, zakres: 60-95 lat) przeważająca część respondentów na pytanie: *Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał o problemy z pamięcią?* odpowiedziała NIE (n = 283; 83%). Jednocześnie co trzeci badany deklarował istnienie tych problemów (n = 95; 34%), przy czym ponad połowa z nich (n = 59; 62%) nie poinformowała o nich lekarza rodzinnego. Wśród osób, które zgłosiły lekarzowi problemy z pamięcią (n = 36; 38%) jedynie trzy miały

wykonane testy oceniające pamięć (8,3%). Szczegółowo omawiane wyniki przedstawiono na rycinie 1.

Zdając sobie sprawę z ograniczeń przedstawionych badań, jakimi są pokazanie tylko perspektywy osób starszych bez uwzględnienia opinii lekarzy w tym względzie oraz pomimo zadawania pytania jedynie o zaburzenia pamięci, a nie wszystkie funkcje poznawcze (gdyż osoby starsze w badaniach pilotażowych czasem tak zadanego pytania nie rozumiały) omawiane wyniki zwracają uwagę na to, że przesiewowa analiza funkcji poznawczych nie jest prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Innym częstym problemem w starości są upadki. Wyniki badań projektu PolSenior wykonane na reprezentatywnej dla populacji Polski grupie osób starszych (65 i więcej lat) pokazały, że co 4 osoba starsza mieszkająca w środowisku upadła w ciągu 12 miesięcy poprzedzających ocenę (23,1%). Odsetek tych osób w grupie wiekowej 65-69 lat wynosił 12,0%, natomiast wśród badanych powyżej 90. roku życia – aż 35,9%. Upadek częściej zgłaszały kobiety niż mężczyźni (26,8% vs. 19,7%); choć wśród osób najstarszych (powyżej 90. roku życia) różnica ta była zdecydowanie mniej znacząca [15]. Podobne są wyniki badań przeprowadzonych w innych krajach; np. Michtel i wsp. przedstawili badania australijskie wykonane wśród osób po 65 roku życia, według których również co czwarta osoba



Rycina 1. Charakterystyka odpowiedzi osób biorących udział w badaniu dotyczących problemów z pamięcią (n = 339)

Figure 1. Characteristics of the responses of people participating in the study regarding memory problems (n = 339)

(25,6%) upadała w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, przy czym u co trzeciej z nich stwierdzono upadki wielokrotne (38,1%) [16].

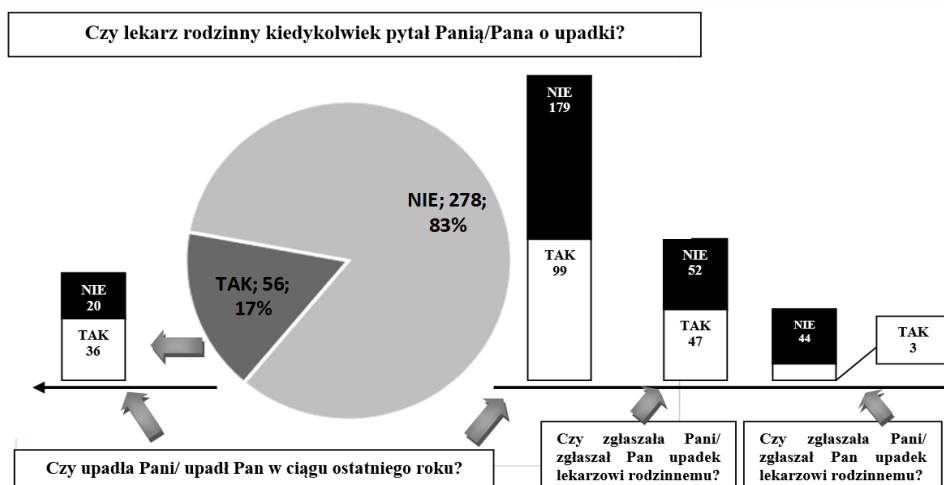
Charakterystyczne jest to, że upadki u osób starszych są najczęściej konsekwencją wykonywania codziennych czynności takich jak chodzenie czy wstawanie z łóżka [17]. W ich wyniku często dochodzi do urazów, których konsekwencją jest ból. Upadki też są często przyczyną umieszczania osób starszych w instytucjach [18]. Znaczenie wzięcia pod uwagę upadków jako przyczyny pogarszającej się sprawności w starości wynika m.in. z potencjalnej odwracalności wielu czynników zwiększających ryzyko upadków. Należy do nich np. stosowanie leków o działaniu nasennym i moczopędnym [19].

U osób upadających wykazano gorsze wyniki sprawności w zakresie funkcjonowania codziennego (np. sprzątanie, przygotowanie ciepłego posiłku czy zrobienie zakupów, ale też obsługa finansów czy samodzielne pobieranie leków) [20]. Podkreśla się tu wzajemne powiązania pomiędzy sprawnością fizyczną i poznawczą np. Vassallo i wsp. [21] pokazali, że pobyt osób z zaburzeniami poznawczymi na oddziale rehabilitacyjnym był dłuższy, niż pobyt osób bez tych zaburzeń, oraz że osoby te miały zwiększone ryzyko nawracających upadków, a Rosano i wsp. [22], że gorsze wyniki w testach poznawczych wiązały się z wolniej-

szym tempem chodu i gorszą równowagą podczas stania (*Health ABC Study*).

Zgodnie z rekomendacjami WHO zapobieganie upadkom powinny być kompleksowe i wieloaspektowe tak, aby umożliwić ocenę rzeczywistych zagrożeń i zdefiniować ryzyko upadków, a następnie wdrożyć działania prewencyjne. Powinno pozwolić to na zmniejszenie liczby upadków, a co za tym idzie zmniejszyć zagrożenia wynikające z ich negatywnych skutków [23]. Niezbędnym elementem prewencji upadków są badania przesiewowe pozwalające zdefiniować osoby ze zwiększonym ich ryzykiem. Badania te powinny zatem być rutynowo wykonywane u osób starszych [24].

Podobnie więc jak o ocenę zaburzeń funkcji poznawczych zapytano osoby starsze o to, czy wykonywano u nich ocenę ryzyka upadków. Na pytanie: *Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał Panią/Pana o upadki?* aż 278 osób z 334 badanych (83%) odpowiedziało NIE. Jednocześnie, co trzecia z tych osób (n = 99; 35,6%) stwierdziła, że upadła w ciągu ostatnich 12 miesięcy i tylko połowa z nich (n = 47; 47,5%) zgłosiła upadek lekarzowi. Lekarz rodzinny tylko u trzech osób, które zgłosiły upadek przeprowadził ocenę ryzyka upadków (6,4% tych którzy upadli). Szczegółowo to, jak respondenci odpowiadali na zadawane pytania przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Charakterystyka odpowiedzi osób biorących udział w badaniu dotyczących upadków i oceny ich ryzyka upadków (n = 334)

Figure 2. Characteristics of the responses of people participating in the study regarding falls and assessment of their risk of falls (n = 334)

Zarówno ocena występowania zaburzeń funkcji poznawczych, jak i ocena ryzyka upadków są elementami całościowej oceny geriatrycznej (COG) [25]. Szczególnie znaczenie narzędzi przesiewowych wchodzących w skład COG polega m.in. na tym, że wiele czynników wywołujących diagnozowane zaburzenia to czynniki potencjalnie odwracalne.

Według deklaracji seniorów biorących udział w prezentowanych badaniach ocena występowania zaburzeń funkcji poznawczych i ryzyka upadków nie stanowiły części rutynowej oceny przeprowadzanej przez lekarzy rodzinnych. Nie można oczywiście wykluczyć, że elementy tej oceny były wykonywane, tylko seniorzy nie zdawali sobie z tego sprawy. Dotyczy to np. oceny orientacji w czasie, czy prośby o zapamiętanie i powtórzenie 3 słów. Niezależnie od tego faktem jest, że z roku na rok świadomość konieczności wykonania badań przesiewowych zarówno przez personel medyczny, jak i samych zainteresowanych – czyli osoby starsze – wzrasta. Co więcej, obowiązkowa realizacja zagadnień z geriatry w ramach kształcenia przeddyplomowego – podjęta w ostatnich kilku latach

– pozwala mieć nadzieję, że zagadnienia COG są znane kończącym studia kolejnym rocznikom lekarzy. Niestety znacznym ograniczeniem pozostaje bardzo krótki czas wizyt w gabinetach lekarzy rodzinnych wynikający ze znacznej liczby przyjmowanych przez nich pacjentów. Pytanie zatem w jaki sposób powinna być zorganizowana opieka zdrowotna, aby było w systemie miejsce na wdrożenie elementów COG pozostaje otwartym.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Sylwia Kropińska
Pracownia Geriatrii
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
os. Rusa 55; 61-245 Poznań
☎ (+48 61) 873 83 27
✉ skropins@ump.edu.pl

Piśmiennictwo / References

1. Stuart-Hamilton IA. Normal cognitive aging. W: Geriatric medicine and Gerontology. Tallis RC, Fillit HM (red.). Churchill Livingstone 2003;12:125-42.
2. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
3. Ceresini G, Lauretani F, Maggio M i wsp. Thyroid function abnormalities and cognitive impairment in the elderly. results of the InCHIANTI study. J Am Geriatr Soc. 2009;57:89-93.
4. Fiss T, Thyrian JR, Fendrich K i wsp. Cognitive impairment in primary ambulatory health care: pharmacotherapy and the use of potentially inappropriate medicine. Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(2):173-81.
5. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P i wsp. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011;20:514-22.
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-98.
7. Benson AD, Slavin MJ, Tran TT i wsp. Screening for early Alzheimer's disease: is there still a role for the mini-mental state examination? Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2005;7:62-9.
8. Wilmańska J, Gułaj E. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych — próba porównania poszczególnych metod przesiewowych. Gerontol Pol. 2008;16:111-8.
9. Mungas D, Marshall SC, Weldon M i wsp. Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English- and Spanish-speaking elderly. Neurology. 1996;46:700-6.
10. Józwiak A, Wiśniewska J, Wieczorowska-Tobis K. Zaburzenia pamięci u osób starszych oceniane testem Mini Mental Scale (MMS). Test MMS u osób w wieku podeszłym. Gerontol Pol. 2000;8:46-50.
11. Wieczorowska-Tobis K, Józwiak A. Zaburzenia funkcji poznawczych jako przyczyna niesprawności funkcjonalnej w starości. W: Wyzwania ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo, geriatry, sekretariat medyczny w aspekcie etyki, opieki medycznej i zarządzania. Baum E, Staszewski R (red.). Agrainvest. 2009:153-65.
12. Morris MS, Jacques PF, Rosenberg IH i wsp. Folate and vitamin B-12 status in relation to anemia, macrocytosis, and cognitive impairment in older Americans in the age of folic acid fortification. Am J Clin Nutr. 2007;85:193-200.
13. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. Geriatr Gerontol Int. 2012;12:59-64.

14. Kropińska S. Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia, Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2013.
15. Skalska A, Wizner B, Klich-Rączka A i wsp. Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce. Złamania bliższego końca kości udowej i endoprotezo plastyka stawów biodrowych. W: POLSENIOR Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Poznań: Termedia; 2012. str. 275-294.
16. Michtel RJ, Watson WL, Milat A i wsp. Health and lifestyle risk factors for falls in a large population-based sample of older people in Australia. *J Safety Res.* 2013;457-13.
17. Kamińska MS, Bartnicka K, Grochans E i wsp. Ocena przyczyn, okoliczności i konsekwencji wypadków pacjentów przebywających w środowisku szpitalnym. *Gerontol Pol.* 2019;27:201-7.
18. Bielak E, Doroszkiewicz H. Zadania dla pielęgniarstwa. Upadki – wielki problem. *Mag Pielęg Położ.* 2007;5:16.
19. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO i wsp. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009;169(21):1952-60.
20. Bosacka M, Józwiak A, Wieczorowska-Tobis K. Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych na oddziale dziennym psychogeriatrycznym. *Geriatrics.* 2010;4:81-5.
21. Vassallo M, Mallela SK, Williams A. Fall risk factors in elderly patients with cognitive impairment on rehabilitation wards. *Geriatr Gerontol Int.* 2009 Mar;9(1):41-6.
22. Rosano C, Simonsick EM, Harris TB i wsp.: Association between physical and cognitive function in healthy elderly: The health, aging and body composition study. *Neuroepidemiology.* 2005;24:8-14.
23. <https://www.who.int/>
24. Skalska A. Omdlenia i upadki u osób starszych – co lekarz rodzinny powinien wiedzieć. *Przew Lek.* 2006;10:68-77.
25. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A, Styszyński A i wsp. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatr Pol.* 2006;2:38-40.