

Związek starzenia z niesprawnością

Aging and disability

Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Andrzej Stogowski

Katedra Pedagogiki, WSNHiD Poznań

Streszczenie

W związku ze zmianami narządowymi w procesie starzenia narasta ryzyko niesprawności. Dotyka ona w starości częściej niż co trzeciej osoby. Jednak stopień zależności od otoczenia zależy nie tylko od istniejących zmian narządowych, ale również od umiejętności wykorzystania posiadanych zasobów, zdolności do akceptacji ograniczeń i do elastycznego reagowania na istniejące ograniczenia. W pracy scharakteryzowano proces starzenia pod kątem ryzyka niesprawności. Omówiono również częstość występowania wśród osób starszych niepełnosprawności i niesprawności funkcjonalnej. (Gerontol Pol 2014, 3, 156-160)

Słowa kluczowe: starzenie, niesprawność, niepełnosprawność

Abstract

The frequency of disability increases with aging. It characterizes at least one in every three elderly individuals. However, the rate of dependence is related only partially to existing pathologies. It is also important how we use our resources to cope with disability. In this paper, the aging process is presented as a potential risk factor for functional dependence. Also, the epidemiology of disability and functional dependence are shown. (Gerontol Pol 2014, 3, 156-160)

Key words: ageing, impairment, disability

Zmiany w organizmie wynikające z upływu czasu

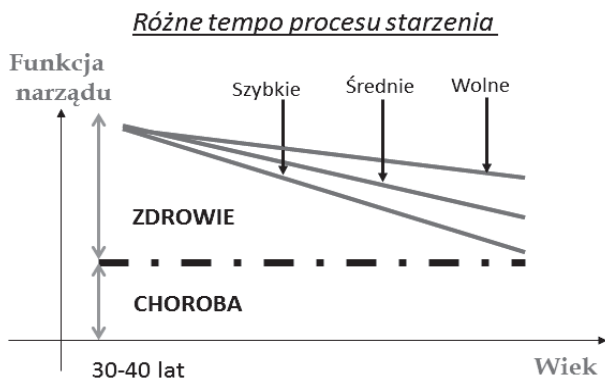
Intensywne starzenie się społeczeństw powoduje, że coraz więcej uwagi poświęca się badaniom procesu starzenia. Jednym z najbardziej dyskutowanych zagadnień są zmiany w organizmie wynikające z upływu czasu. Uważa się, że rozpoczynają się one już ok. 30 roku życia i powoli postępują. Choć dotyczą wszystkich narządów i układów, to ich przebieg jest indywidualnie zmienny i jest jedną z przyczyn znacznych różnic pomiędzy osobami w tym samym wieku w starości [1].

Z drugiej strony różnice te stanowią o indywidualnym charakterze tego etapu rozwojowego człowieka zależnym, poza odmiennościami biologicznymi m.in. od umiejętności wykorzystania posiadanych zasobów, zdolności do akceptacji ograniczeń i do elastycznego reago-

wania na stopniowe ograniczanie sił witalnych. Wpisują się one też niewątpliwie w szeroki kontekst starzenia się całych populacji (społeczeństw) w sensie zarówno biologicznym, jak i społecznym (demograficznym) [2].

Starzenie, w sensie biologicznym, oznacza stopniowe wyczerpywanie się rezerw. Prowadzi to do coraz większych problemów z utrzymaniem homeostazy (rycina 1). Niemniej załamanie równowagi wewnątrzustrojowej wymaga dodatkowo zadziałania czynnika potencjalnie chorobotwórczego. Jest więc bezsprzecznym faktem, już dziś nie budzącym wątpliwości, iż sam proces starzenia nie powoduje procesów chorobowych, a jedynie im sprzyja. Można się więc zestarzeć w warunkach zdrowia choć niewielu z nas jest to dane. W kontekście tego jednym z największych wyzwań geriatrii i gerontologii jest utrzymanie sprawności funkcjonalnej osób starszych i ich inkluzja w środowisko lokalne.

Adres do korespondencji: Katarzyna Wieczorowska-Tobis; Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej; Pracownia Geriatrii; Os. Rusa 25A, 61-245 Poznań; e-mail: kwt@tobis.pl



Rycina 1. Schemat zmian powstających w procesie starzenia.

Figure 1. The schema of organ changes due to aging process.

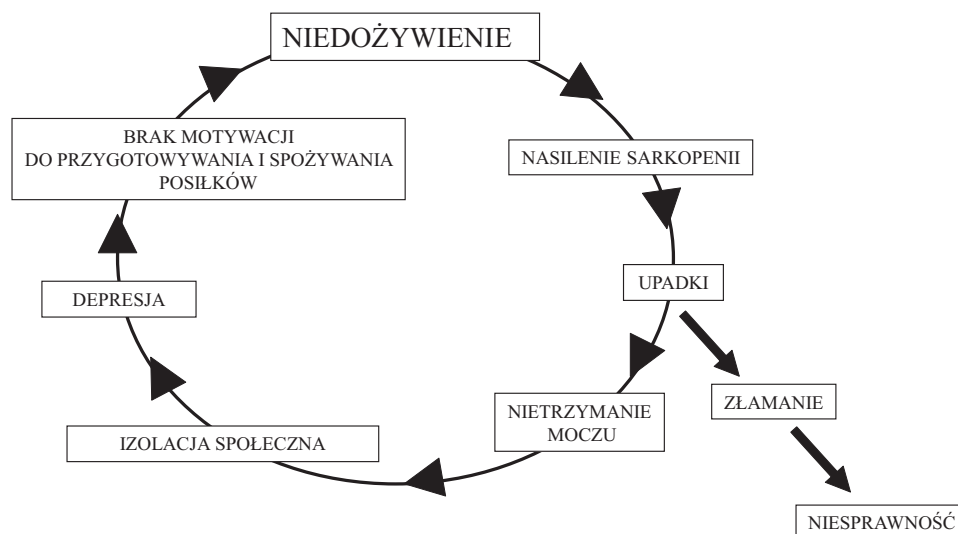
Wyczerpywanie rezerw narządowych sprzyja procesom chorobowym np. pogorszenie metabolizmu glukozy zwiększa ryzyko cukrzycy, zwolnienie perystaltyki jelit – sprzyja zaparciom, a zmiany w układzie krążenia (wzrost sztywności ścian naczyń czy zmniejszenie elastyczności lewej komory serca utrudniającej jej napełnianie krwią) - nadciśnieniu skurczowemu i rozkurczowej niewydolności serca. Są to tylko nieliczne przykłady chorób, których ryzyko narasta z wiekiem. Współistnienie wielu chorób u starszych osób i pobieranie przez nie wielu leków niekorzystnie wpływa na ich sprawność [3].

Dla starości typowe jest też występowanie tzw. wielkich zespołów geriatrycznych czyli wieloprzyczynowych zaburzenia, których ryzyko wystąpienia narasta w procesie starzenia i które, wzajemnie się potęgując, ograniczają możliwość samodzielnego funkcjonowania.

Należą do nich np. upadki i zaburzenia mobilności, ale i otępienie. Stanowią one elementy kaskad i cykli geriatrycznych. Przykład połączonego cyklu i kaskady przedstawia rycina 2.

Porównanie sprawności kolejnych pokoleń wskazuje na coraz lepszą kondycję zdrowotną kolejnych pokoleń. Dane z projektu PolSenior wykonanego na reprezentatywnej dla Polski populacji osób starszych wskazują, że na małą górkę lub pierwsze piętro jest w stanie obecnie wejść prawie 70% osób w grupie wiekowej 65-69 lat i prawie 30% w grupie najstarszej (80 i więcej lat). W porównaniu z danymi GUS z 1987 jest to znacznie więcej - ponad 20% bez względu na grupę wiekową (odpowiednio: nieco ponad 40% i prawie 10%). Poprawę zanotowano w zakresie wszystkich analizowanych czynności tj. również jeśli chodzi o wykonanie 5-10 przysiadów, skłon w przód z sięgnięciem palcami rąk do podłogi oraz szybki bieg na dystansie 30-50m [4]. Badania te znajdują odbicie w danych pochodzących z innych krajów. Dla porównania, np. badania duńskie zestawiające sprawność osób 90 letnich urodzonych w 1905 i 10 lat później, czyli w 1915 roku, pokazały wyraźną poprawę w zakresie sprawności w czynnościach dnia codziennego takich, jak jedzenie, ubieranie i rozbieranie się czy toaleta [5]. Wydaje się mieć tu znacznie zarówno wzrost świadomości w zakresie prawidłowego stylu życia, w tym nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej czy niepalenia papierosów, jak również intensywny rozwój medycyny.

Warto również nadmienić, że badania ostatnich lat wskazują na mniejsze, w stosunku do prognozowanego, zagrożenie otępieniem. Wspomniane już badania duń-



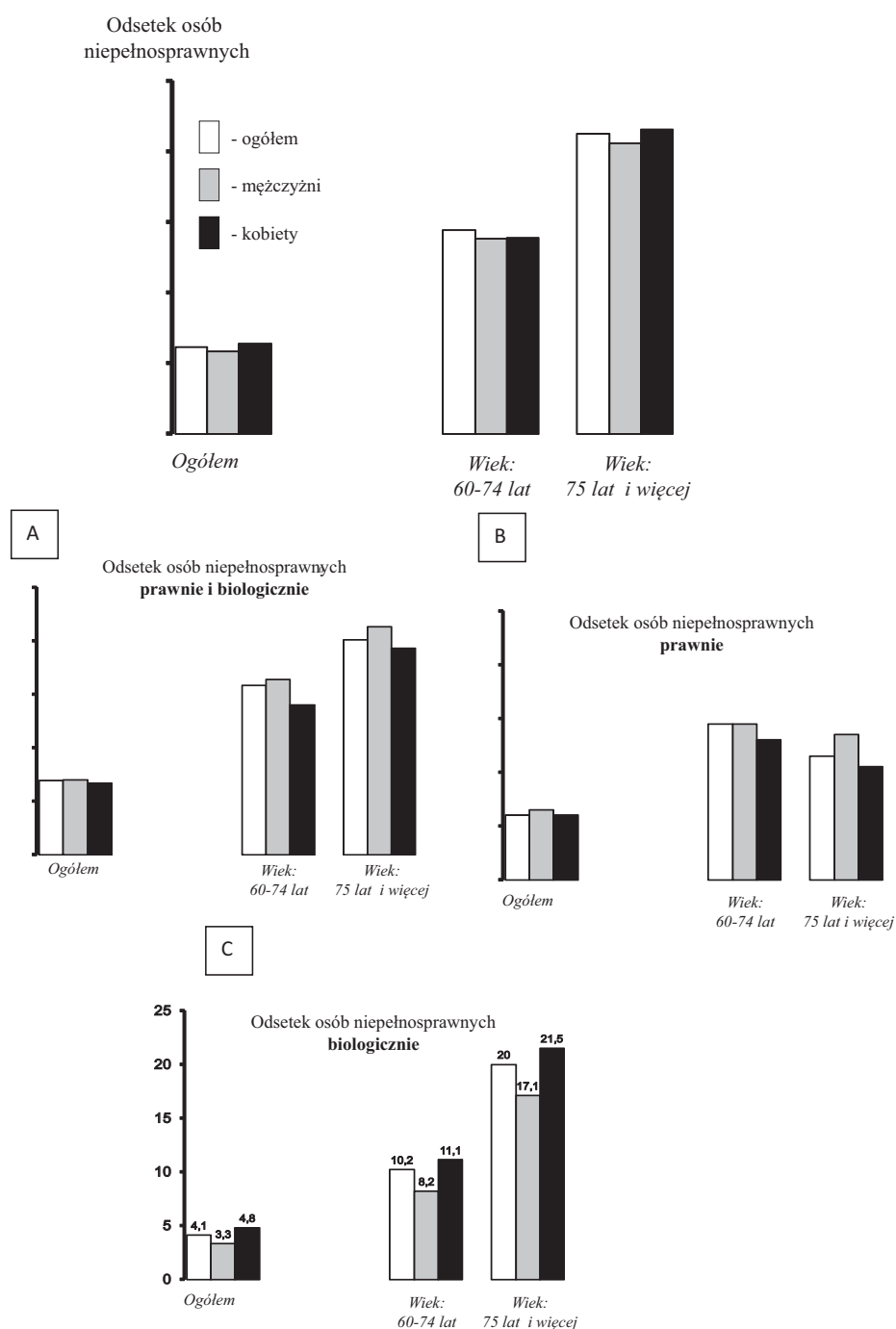
Rycina 2. Przykładowy cykl geriatryczny (błędne koło problemów klinicznych) połączony z kaskadą. Nasilające się zaburzenia są częstą przyczyną niesprawności.

Figure 2. The example of geriatric circle and cascade. The accelerated problems often cause disability.

skie [5] pokazują lepszą sprawność w zakresie czynności poznawczych 90 latków urodzonych w 1915 roku w stosunku do tych urodzonych 10 lat wcześniej. W tym kontekście warto przywołać badania Matthews i wsp. [6] prowadzone w Wielkiej Brytanii. Autorzy porównali prognozowaną, na podstawie badań wykonanych w latach 1990-1993, częstość otępienia w wybranych regionach Wielkiej Brytanii, z danymi rzeczywistymi z roku 2011. Według prognoz spodziewano się otępienia u 8,3% badanych, podczas gdy stwierdzono je tylko u 6,5% czyli prawie u 2% mniej. Również i tu podkreśla się rolę zdrow-

szego stylu życia, ale i lepszego wykształcenia i wdrożenia prewencji chorób układu naczyniowego.

W tym kontekście niezwyklego znaczenia nabiera profilaktyka patologicznego starzenia się, obejmująca promocję zdrowego stylu życia, edukację i aktywizację społeczną oraz wsparcie środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne), a także edukację wyraźnie wpływającą na poczucie jakości życia przez same osoby starsze (np. w poczuciu koherencji), lepszego radzenia sobie z problemami, jak i łatwiejszego dostosowania się do zmian samopoczucia i stanów zdrowia [7]) i ich otoczenie.



Rycina 3. Odsetek osób niesprawnych w populacji polskiej w dniu 31.12.2013 (według [5])

Figure 3. The percentage of disabled individuals in Polish population on 31.12.2014 (based on [5])

Częstość występowania niepełnosprawności w starości

Pomimo coraz optymalniejszego starzenia intensywne przyrost liczebności najstarszych grup wiekowych powoduje, że liczba osób niepełnosprawnych jest znaczna. Odsetek osób niepełnosprawnych wyraźnie narasta z wiekiem. W polskim społeczeństwie według najnowszych danych GUS (dane na dzień 31.12.2014 [8]) niepełnosprawna jest co 8 osoba, ale w grupie wiekowej 60-74 lata jest to prawie 30% osób, a wśród osób najstarszych (75 i więcej lat) - aż ponad 40% (rycina 3). Niepełnosprawne, zwłaszcza wśród osób najstarszych, są częściej kobiety od mężczyzn. Około połowy osób niepełnosprawnych (zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród osób w wieku podeszłym) jest niesprawna zarówno prawnie (czyli posiada orzeczenie o niepełnosprawności), jak i biologicznie (czyli ma subiektywne uczucie niepełnosprawności; rycina 3A); częściej mężczyźni niż kobiety. Podkreślić należy, że odsetek osób niepełnosprawnych jedynie prawnie jest mniejszy w późnej starości niż we wczesnej (rycina 3C). Jednak również i tu odsetek niepełnosprawnych mężczyzn jest większy.

Odsetek osób niepełnosprawnych tylko biologicznie czyli deklarujących niepełnosprawność bez jej potwierdzenia orzeczeniem rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. Grupie wiekowej 60-74 lata jest to co dziesiąta osoba, ale po 75 roku życia - już co 5. Niepełnosprawne biologicznie są częściej kobiety niż mężczyźni (rycina 3B).

Przyrost procentowy osób z różnymi formami niepełnosprawności i niesamodzielności wraz ze zwiększającym się wskaźnikiem obciążenia demograficznego stanowią jedno z najważniejszych wyzwań dla polityki społecznej i wymagają tworzenia programów długofalowych i rozwiązań systemowych umożliwiających budowanie „takich zasobów i kapitału, w którym czynniki takie jak niepełnosprawność, starość, choroba, ubóstwo nie stanowią przeszkód w aktywnym życiu społecznym”[9].

Sprawność funkcjonalna

Wobec dużej częstości występowania niepełnosprawności w starości wszelkie działania podejmowane wobec osób starszych, przez profesjonalistów, ale i opiekunów nieformalnych, powinny być nakierowane na optymalizację sprawności funkcjonalnej. Optymalizacja oznacza jej poprawę lub utrzymanie w zależności od możliwości, albo co najmniej korzystne modyfikacje tempa pogarszania i poprawę jakości życia. Sprawność funkcjo-

nalna oznacza niezależność i samodzielność w zakresie codziennego funkcjonowania i jest podstawowym pojęciem w geriatrici. Codzienne funkcjonowanie określa się w zakresie podstawowych i złożonych funkcji życiowych, których właściwe zachowanie wymaga wdrażania od systemu opieki i wsparcia - wypracowanych jeszcze w latach 60-tych XX wieku - elementów rehabilitacji, fizjoprofilaktyki gerontologicznej, fizjoterapii z prewencją wtórną etc., które zakładają powszechność (lub dostępność), wczesność, kompleksowość i zindywidualizowane podejście [10]. Stanowi to odpowiedź aktywnej polityki społecznej wobec seniorów [11].

Według badania PolSenior w zakresie podstawowych funkcji życiowych ocenianych przy użyciu skali Katz'a wśród osób starszych niesprawnych było 7% badanych. Pomoc była potrzebna w zakresie kąpieli/mycia całego ciała prawie co 10 osobie (9,3%). W pozostałych ocenianych czynnościach rzadziej (np. ubieranie się - 6,1% czy korzystanie z toalety 5,0%). W młodszych analizowanych grupach wiekowych częściej pomocy wymagali mężczyźni, ale w późnej starości było odwrotnie; w najstarszej grupie wiekowej niesamodzielnych było tylko 16% mężczyzn i aż 26% kobiet [12].

W badaniu PolSenior instrumentalne czynności życiowe oceniano przy użyciu skali Lawton. Zakupów, nawet z pomocą, nie jest w stanie wykonać prawie co trzecia osoba (30%), a korzystać z komunikacji miejskiej/taksówek, wykonać prac domowych (sprzątanie, drobne naprawy) czy prania - prawie co czwarta (odpowiednio: 25%, 24% i 25%). W przypadku złożonych czynności życiowych zaobserwowano podobną jak dla czynności podstawowych zależność od płci, czyli w młodszych grupach wiekowych mężczyźni byli częściej niesprawni, podczas gdy w najstarszych było odwrotnie; w najstarszej grupie wiekowej (90 i więcej lat) potrzebowało pomocy ponad 95% kobiet i 86% mężczyzn.

Podsumowanie

W kontekście intensywnego starzenia się społeczeństw coraz sprawniejsze kolejne pokolenia są niewątpliwie obietnicą większej niezależności obecnych młodych pokoleń na starość. Z drugiej jednak strony, wraz z dokonaniem medycyny, wzrasta liczba niesprawnych osób starszych. Dlatego pytanie o determinanty sprawności w starości jest powszechnie zadawane na całym świecie, a działania na rzecz jej utrzymania stanowią podstawę działań geriatrycznych i gerontologicznych.

Piśmiennictwo

1. Wieczorowska-Tobis K. Zmiany narządowe w procesie starzenia. *Pol Arch Med Wew* 2008; 118(suppl): 63-69.
2. McKee K., Spazzafumo L., Nolan M. i wsp. Components of the difficulties, satisfactions and management strategies of carers of older people: a principal component analysis of CADI-CASI-CAMI. *Aging Ment Health*, 2009; 13(2): 255-264.
3. Hajjar E.R., Cafiero A.C., Hanlon J.T. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*, 2007; 5(4): 345-351.
4. Rowiński R., Dąbrowski A. Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia, 2012; 81-94: 531-548.
5. Christensen K., Thinggaard M., Oksuzyan A. i wsp. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet*, 2013; 382(9903): 1507-1513.
6. Matthews F.E., Arthur A., Barnes L.E. i wsp. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*, 2013; 382(9902): 1405-1412.
7. Kurowska K., Głowacka M., Felsman M. i wsp. Orientacja życiowa ludzi starych i ich zapotrzebowanie na wsparcie w różnych sytuacjach życiowych, W: Kowaleski J., Szukalski P. (red.), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, ZdiGS UŁ, Łódź 2008: 46-56.
8. *Rocznik demograficzny 2014 - GUS*; www.stat.gov.pl.
9. Stogowski A. Tworzenie synergii gospodarowania społecznego z płaszczyzny samorządu województwa. W: Chajda J., Frąszczak J., i wsp., *Przedsiębiorczość socjalna*, PWSZ Kalisz, 2012: 9-26.
10. Borowicz A., Wieczorowska-Tobis K. Kierunki kompleksowej rehabilitacji osób starszych, W: Kowaleski J., Szukalski P. (red), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, ZdiGS UŁ, Łódź 2008: 21-29.
11. Zalewska J. Człowiek starszy – aktywny podmiot polityki społecznej? Koncepcja upodmiotowienia a pluralizm rynkowy. W: Raclaw M. (red), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011: 35-56.
12. Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A. i wsp. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia, 2012: 81-94.