

Karolina Piotrowicz, Jerzy Gąsowski

Całościowa Ocena Geriatryczna a kierunki edukacji seniorów

Labor et Educatio 2, 145-151

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

STUDIA

Karolina Piotrowicz, Jerzy Gąsowski
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

**Całościowa Ocena Geriatryczna
a kierunki edukacji seniorów**

**Comprehensive Geriatric Assessment
and Directions of Senior's Education**

Wstęp

Populacja ludzka starzeje się. Podczas gdy na początku XX wieku średnia spodziewana długość życia ludzkiego w chwili narodzin wynosiła 40–50 lat, obecnie w wielu krajach przekracza ona 80 lat. W Polsce spodziewana długość życia wynosi lat 80,9 dla kobiet, i 72,8 lat dla mężczyzn¹. Osoba osiemdziesięcioletnia w Polsce ma przeciętnie przed sobą 10 lat życia². Szacunki epidemiologiczne wskazują, że połowa dzieci urodzonych w ciągu ostatniej dekady XX wieku w takich krajach jak Wielka Brytania, Stany Zjednoczone Ameryki, Niemcy, Francja, Japonia, Kanada i kraje Skandynawii, dożyje co najmniej swoich setnych urodzin³.

¹ Zob. Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp:15.12.2014].

² Zob. Główny Urząd Statystyczny, http://old.stat.gov.pl/gus/roczniki_PLK_HTML.html [dostęp: 15.11.2014].

³ Zob. K. Christensen, G. Doblhammer, R. Rau, J. W. Vaupel, *Ageing populations: the challenges ahead*, „Lancet” 2009, vol. 374, s. 1196–1208.

Truizmem jest stwierdzenie, że osoby w wieku podeszłym przeważają wśród konsumentów usług medycznych, w tym usług opiekuńczych. Szacunkowo około 13 procent osób posiadających ubezpieczenie medyczne w Polsce to osoby w wieku po 65. roku życia. Ale już około 1/3 pacjentów wymagających hospitalizacji to osoby z tej grupy wiekowej⁴. Dużo wyraźniej widać to w instytucjach opiekuńczych, gdzie pacjenci w zaawansowanym wieku przeważają.

Zmiany fizjologiczne zachodzące w procesie starzenia się

Należy jednak pamiętać, że starzenie się i starość nie są chorobami, a osoby w starszym wieku, niezależnie od stanu zdrowia, w oczywisty sposób pragną zaspokojenia potrzeb życiowych, wychodzących poza zasięg czysto egzystencjalny w wymiarze materialnym (dach nad głową, pomoc w codziennym życiu, posiłki, ubrania, opieka medyczna, w tym leki). Potrzeby te, co czasem trudno pojąć osobom młodym, w tym niestety często zajmującym się zawodo-wo „starością” w różnych jej wymiarach, nie są zasadniczo różne od potrzeb osób młodszych. Różnice, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i populacyjnym, są bardziej natury ilościowej niż jakościowej. Istotnie, statystycznie zdecydowanie częściej zdarza się, że osoby w wieku między 25. a 35. rokiem życia są aktywne płciowo lub pobierają się. Nie oznacza to jednak, że osoby w przedziale wiekowym 70–80 lat nie mają takich potrzeb i że ich nie realizują. Podobnie jest z potrzebami edukacyjnymi. Wiek nie jest przeszkodą w nabywaniu wiedzy. Pomimo tego, że wraz z wiekiem dochodzi w mózgu człowieka do zmian zarówno organicznych (zwiększenie ilości beta-amyloidu i białka tau, zwiększenie ilości ognisk atroficznych w korze nowej i hipokampie)⁵, jak i czynnościowych, ogólna zdolność uczenia się nie jest istotnie mniejsza. Wspomniane zmiany czynnościowe w pracy mózgu to znów zmiany ilościowe bardziej niż jakościowe. Osoba w wieku starszym będzie się uczyć wolniej niż osiemnastolatek, ale uważa się, że ogólna zdolność do uczenia się nie zmniejsza się wyjątkowo dla tego, że dana osoba się starzeje⁶.

⁴ Zob. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Analiza wydatków NFZ związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż. w 2009 r.*, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&artnr=4378> [dostęp: 15.12.2014].

⁵ Zob. G. M. Savva, S. B. Wharton SB, P. G. Ince, et al., *Age, neuropathology, and dementia*, „The New England Journal of Medicine” 2009, 360, s. 2302–2309.

⁶ Zob. L. Glisky, *Changes in Cognitive Function in Human Ageing*, [w:] *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanism*, D. R. Ridlle (red.), SRS PRESS, Boca Raton 2007.

Osoby w starszym wieku, kiedy mają stworzone po temu warunki, uczą się chętnie. Robią to codziennie i nie zawsze świadomie, kiedy przystosowują się do rewolucyjnie zmieniającego się otoczenia (telefony komórkowe, komputery, komunikacja internetowa, telewizja „on-demand”, karty płatnicze). Robią to również świadomie, uczestnicząc np. w kursach obsługi komputera, ale też np. kursach tańca czy, wreszcie, w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku, przeżywających w ostatnim czasie rozkwit.

Okazuje się, że poza aspektem czysto praktycznym (nowe umiejętności) i socjalnym (urozmaicenie czasu, platforma do interakcji społecznych), uczenie się i podejmowanie aktywności w ramach odbywanych szkoleń odgrywa u osób w wieku podeszłym znaczącą rolę w zapobieganiu częstym w tym okresie patologiom.

Okazuje się, że muzykowanie, czytanie, taniec i gry planszowe zmniejszają ryzyko rozwoju otępienia⁷. Liczne badania pokazują, że zarówno osoby zdrowe, jak i obciążone w pewnym stopniu deficytami poznawczymi, mogą odnieść korzyść w postaci poprawy funkcji poznawczych, np. z treningu komputerowego⁸, ale też innych technik edukacyjnych⁹.

Uważa się, że podejmowanie umiarkowanej aktywności ruchowej, która również wiąże się z uprzednią interwencją edukacyjną, prowadzi do korzyści w opisywanym wyżej zakresie¹⁰.

Z wiekiem dochodzi w organizmie człowieka do zmian fizjologicznych powodujących, że osoba w wieku starszym funkcjonuje zwykle inaczej niż młodszy dorosły. Dotyczy to zarówno wymiaru fizycznego związanego ze zdrowiem i chorobami, wymiaru społecznego, psychicznego i duchowego.

Wielowymiarowość procesu starzenia się powoduje, że osoby w wieku podeszłym wymagają specyficznej oceny, na podstawie której można określić zakres, w jakim zmieniło się ich funkcjonowanie. Jest to istotne nie tylko z punktu widzenia projektowania usług medycznych, ale również w odniesieniu do

⁷ Zob. J. Verghese, R. B. Lipton, M. J. Katz, et al., *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly*, „The New England Journal of Medicine” 2003, 348, s. 2508–2516.

⁸ Zob. A. Lampit, H. Hallock, M. Valenzuela, *Computerized cognitive training in cognitively healthy older adults: a systematic review and meta-analysis of effect modifiers*, „PLoS Medicine” 2014, 11:e1001756.

⁹ Zob. H. Coyle, V. Traynor, N. Solowij, *Computerized and Virtual Reality Cognitive Training for Individuals at High Risk of Cognitive Decline: Systematic Review of the Literature*, „Am J Geriatr Psychiatry” 2014; doi:10.1016/j.jagp.2014.04.009.

¹⁰ Zob. J. A. Chase, *Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults*, „A Meta-Analysis. Gerontology” 2014, pii:gnu090.

projektowania usług opiekuńczych, a także projektowania strategii mających na celu poprawę funkcjonowania osób w starszym wieku w szybko zmieniającym się współczesnym świecie.

Całościowa Ocena Geriatryczna

Zespołem narzędzi służących ocenie osób w wieku podeszłym jest tak zwana Całościowa Ocena Geriatryczna (COG, ang. *Comprehensive Geriatric Assessment*)¹¹. Na COG składają się cztery obszary oceny. W pierwszym oceniana jest wydolność funkcjonalna osoby w wieku podeszłym, w rozumieniu nie fizjologii, ale zdolności do samodzielnego funkcjonowania w otaczającym świecie. Najczęściej stosuje się tutaj skalę podstawowych czynności życia codziennego (*Activities of Daily Living*, ADL)¹² oraz skalę zaawansowanych czynności życia codziennego (*Instrumental Activities of Daily Living*, iADL)¹³. Pierwsza z wymienionych skal ocenia zdolność danej osoby do funkcjonowania w najbardziej podstawowym wymiarze (zdolność do samodzielnego umycia się, ubrania i rozebrania, przyjęcia podanego posiłku, możliwości przemieszczenia się z łóżka na fotel, kontrolowania czynności fizjologicznych, korzystania z toalety), druga natomiast ocenia zdolność badanej osoby do funkcjonowania w szerszym zakresie (np. zdolność zrobienia zakupów żywnościowych, przygotowania sobie posiłku, możliwości zrobienia prania, umiejętności korzystania z telefonu, zdolności do przejścia dystansu dalszego niż zwykle pokonywany podczas spacerów, zdolności do samodzielnego przyjmowania leków itp). W oczywisty sposób informacja płynąca z wymienionych wyżej skal dotyczy zakresu, w jakim dana osoba potrzebuje opieki i pomocy osób trzecich. Jednakże potencjalne implikacje wykraczają poza takie spojrzenie. Z punktu widzenia osoby zajmującej się edukacją i rehabilitacją osób w wieku podeszłym, informacja o tym, które z zadań samoobsługowych sprawiają trudności, może nakierować na odpowiednie dopasowanie interwencji rehabilitacyjnej i edukacyjnej.

¹¹ B. C. Scanlan, *The value of comprehensive geriatric assessment*, „Care Manag J” 2005, 6, s. 2–8.

¹² S. Katz, T. D. Downs, H. R. Cash, R. C. Grotz, *Progress in development of the index of ADL*, „Gerontologist” 1970, 10, s. 20–30.

¹³ M. P. Lawton, E. M. Brody, *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*, „Gerontologist” 1969, 9, s. 179–186.

Kolejnym obszarem oceny wchodzącym w skład COG jest ocena stanu fizycznego. Pozornie może się wydawać, że ta część oceny należy wyłącznie do domeny związanej ze świadczeniami zdrowotnymi. I tak, mieszczą się tutaj skale oceniające ryzyko powstania częstych w starszym wieku powikłań, takich jak upadki (z ich medyczną konsekwencją w postaci złamań, najczęściej bliższej nasady kości udowej, potocznie zwanych złamaniami biodra), ryzyko rozwoju owrzodzeń odleżynowych, ryzyko niedożywienia i inne. Jednakże, stwierdzenie podwyższonego ryzyka każdego ze wspomnianych zaburzeń stanowi punkt wyjścia do interwencji edukacyjno-rehabilitacyjnej. Od nauki prawidłowego utrzymywania równowagi, przez edukację związaną z tym, jak unikać zagrożeń (np. zawsze noś buty na podeszwie o wysokiej przyczepności), po odpowiednio dopasowaną do profilu danej osoby interwencję edukacyjną z zakresu żywienia.

Kolejnym obszarem jest ocena pod względem socjalnym. Mieszczą się tutaj informacje na temat statusu społecznego osoby w wieku podeszłym, poziomu zabezpieczenia finansowego oraz niezmiernie istotne informacje na temat tego, kto opiekuje się daną osobą. W końcu do całościowej oceny geriatrycznej należy ocena występowania ewentualnych zaburzeń funkcji poznawczych i nastroju. W tym segmencie oceny wykorzystujemy najczęściej Mini Mental State Examination (MMSE)¹⁴ oraz test rysowania zegara (*Clock Drawing Test* – CDC)¹⁵.

Podsumowanie

Całościowa ocena geriatryczna jest nie tylko narzędziem wielowymiarowym, ale też multi- i interdyscyplinarnym, podobnie jak opieka i wspomaganie osoby w wieku podeszłym wykracza poza wspomniane wyżej egzystencjalne rudymentalia.

Żeby odpowiednio dobrać strategię edukacyjną, niezależnie od tego czego ona dotyczy, należy całościowo ocenić osobę w wieku podeszłym. Nie wystarczy wiedzieć, że ktoś potrzebuje 10 godzin wykładów z dietetyki. Trzeba wiedzieć również, na ile dana osoba jest w stanie zrozumieć zaplanowany przekaz, czy usłyszy to co powiemy i odczyta slajdy przygotowane czcionką 14 pkt, czy

¹⁴ M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh, "Mini-mental state". *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, „J Psychiatr Res” 1975, 12, s. 189–198.

¹⁵ K. Shulman, R. Shedlesky, I. Silver, *The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly*, „Int. J. Geriatr. Psychiatry” 1986, 1, s. 135–140.

będzie w stanie wejść dwa piętra w budynku bez windy, żeby dostać się do sali wykładowej, czy wreszcie problem z prawidłową kontrolą zwieraczy nie zmusi tej osoby do pozostania w domu.

Świadomość powyższych uwarunkowań oraz dostępności prostych narzędzi oceny wchodzących w skład COG może pomóc osobom zaangażowanym w działania edukacyjne na rzecz osób w wieku podeszłym lepiej wypełniać swoją trudną, ale społecznie niezbędną i moralnie piękną misję.

Abstract: The article concisely outlines the issues of the relationship between the aging of the organism and educational activities. Populations in the world are aging. Elderly people generally preserve the ability to learn, although learning takes more time. It is believed that educating the elderly reduces their risk of dementia development. Due to the changes in the aging process, the elderly require comprehensive geriatric assessment.

Keywords: comprehensive geriatric assessment, MMSE, CDT, education

Literatura przedmiotu

- Chase J. A., *Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults*, „A Meta-Analysis. Gerontology” 2014, pii:gnu090.
- Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Vaupel J. W., *Ageing populations: the challenges ahead*, „Lancet” 2009, vol. 374.
- Coyle H., Traynor V., Solowij N., *Computerized and Virtual Reality Cognitive Training for Individuals at High Risk of Cognitive Decline: Systematic Review of the Literature*, „Am J Geriatr Psychiatry” 2014; doi:10.1016/j.jagp.2014.04.009.
- Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp:15.12.2014].
- Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., *“Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, „J Psychiatr Res” 1975, 12.
- Glisky L., *Changes in Cognitive Function in Human Ageing*, [w:] *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanism*, D. R. Ridlle (red.), SRS PRESS, Boca Raton 2007.
- Główny Urząd Statystyczny, http://old.stat.gov.pl/gus/roczniki_PLK_HTML.html [dostęp:15.11.2014].
- Katz S., Downs T. D., Cash H. R., Grotz R. C., *Progress in development of the index of ADL*, „Gerontologist” 1970, 10.

- Lampit A., Hallock H., Valenzuela M., *Computerized cognitive training in cognitively healthy older adults: a systematic review and meta-analysis of effect modifiers*, „PLoS Medicine” 2014, 11:e1001756.
- Lawton M. P, Brody E. M., *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*, „Gerontologist” 1969, 9.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *Analiza wydatków NFZ związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż. w 2009r.*, <http://www.nfz.gov.pl/new/?-katnr=8&dzialnr=2&artnr=4378> [dostęp: 15.12.2014].
- Savva G. M., Wharton S. B, Ince P. G., et al., *Age, neuropathology, and dementia*, „The New England Journal of Medicine” 2009, 360.
- Scanlan B. C., *The value of comprehensive geriatric assessment*, „Care Manag J” 2005,6.
- Shulman K., Shedlesky R., Silver I., *The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly*, „Int. J. Geriatr. Psychiatry” 1986, 1.
- Verghese J., Lipton R. B., Katz M. J., et al., *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly*, „The New England Journal of Medicine” 2003, 348.