01 listopada 2021

Przyczyny niesamodzielności

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie przy ulicy Wielickiej jest w końcowym etapie realizacji projektu *„Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”*. Osoba niesamodzielna, to „osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego". Do oceny poziomu niesamodzielności możemy używać skalę Katza (ADL, *Activities of Daily Living)*. Jest ona elementem oceny geriatrycznej, obejmującej ocenę stanu czynnościowego (fizycznego), psychicznego i warunków socjalno-środowiskowych. Skala ta opisuje podstawowe czynności życiowe pacjenta: zdolność utrzymania higieny, samodzielne ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, podstawową mobilność/przemieszczanie się, kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (funkcji zwieraczy), spożywanie samodzielne posiłków. W projekcie wzięły udział, głównie osoby ze znacznym i umiarkowanym stopniem upośledzenia sprawności, w podeszłym wieku, z towarzyszącymi schorzeniami, jak np. z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi (choroba Alzheimera, i inne postacie otępienia), zaburzeniami równowagi, dysfunkcjami ruchowymi, stanami po udarach mózgu, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, POChP, zaburzeniami widzenia i słyszenia.

Niesamodzielność, niesprawność, niepełnosprawność

Dyskusje i ustalenia terminologiczne dotyczące „niesamodzielności”, „niesprawności”, „niepełnosprawności” trwają od lat i wydają się nie mieć końca. Odpowiedź nie jest prosta ze względu na wieloznaczność i wielopłaszczyznowość tych pojęć. „Niesprawność” (*impariment*) rozumiana jest jako każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym. Sprawność w opozycji do niesprawności, w odniesieniu do działania człowieka określana jest jako „zdolność do wykonywania określonych czynności” i dotyczy zarówno ciała, jak i umysłu. Niesprawność, niesamodzielność najłatwiej wyjaśnić w opozycji do samodzielności. Samodzielność to „swoista dyspozycja osoby do kierowania własnym postępowaniem”. Rozpatrywana może być jako postawa życiowa, nierozerwalnie związana z autonomią, niezależnością i samostanowieniem, ale także jako potrzeba psychiczna, „niejako naturalna tendencja człowieczego dążenia do wolności, a jednocześnie wyraz tej wolności”. Samodzielność rozumiana jest także jako forma aktywności, która przejawia się w niezależności myślenia, działania, samoobsługi, zaspokajania potrzeb. „Niesamodzielność” jest więc kategorią wielowymiarową i wiąże się z różnymi problemami osób znajdujących się w sytuacji

choroby, niepełnosprawności, ale też innych kryzysów. Niesamodzielność powoduje konieczność korzystania z pomocy innych, a prowadzone działania rehabilitacyjne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, opiekuńcze, nierzadko umożliwiają osobie niesamodzielnej doświadczanie siebie i świata. Przez niesamodzielność można rozumieć niemożność samodzielnego wykonywania codziennych czynności i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich. Należy traktować ją jako niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodującej konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy. Niesamodzielność może wynikać z uszkodzeń organizmu, stanów chorobowych czy starczej niewydolności organizmu. Pojęcie to jest często używane dla określenia trudności, które ujawniają się w okresie starości. Częstotliwość występowania niesamodzielności jest wyższa wśród osób po 80. roku życia niż u osób młodszych. Najczęściej potrzebują one pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły i sprawności fizycznej, takich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania, przygotowywanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu podstawowych potrzeb jest skorelowana z wiekiem. Najszersze znaczenie ze wszystkich trzech omawianych terminów ma pojęcie „niepełnosprawność". W Polsce obowiązuje definicja, która „niepełnosprawność" ujmuje jako trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Za osobę niepełnosprawną uznaje się zaś taką, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi. Na poziomie biologicznym niepełnosprawność może być przejawem zniesienia, ograniczenia lub zaburzenia funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia organów, narządów. Na poziomie jednostkowym to ograniczenie aktywności, a na poziomie społecznym – ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym. Niepełnosprawność jest wielowymiarowym zjawiskiem wzajemnych relacji między czynnikami zdrowotnymi (choroby, urazy, zaburzenia), środowiskowymi (m.in. prawo, polityka społeczna, architektura) i jednostkowymi (m.in. wiek, płeć, poziom wykształcenia, cechy osobowościowe). W praktyce stosuje się także pojęcie niepełnosprawności prawnej, związanej z uzyskaniem przez daną osobę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Jednak nie wszystkie osoby niepełnosprawne występują z wnioskiem o ustalenie jej stopnia i funkcjonują jako osoby z niepełnosprawnością biologiczną. Dla uproszczenia, można przyjąć, że pojęcie „niepełnosprawność", ujmowane szeroko, zawiera w sobie także terminy „niesprawność" i „niesamodzielność". Warto dodać, że na odbiór i przeżywanie niepełnosprawności/niesprawności/niesamodzielności wpływa wiele czynników, m.in.: zakres i sposób uszkodzenia struktury i/lub funkcji, subiektywny odbiór niepełnosprawności, jej skutków, oddziaływania ochrony zdrowia, pomocy społecznej i systemu orzecznictwa.

Niepełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania

Niepełnosprawne osoby starsze stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Są to zarówno osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą we wcześniejszych fazach życia, jak i te, które stały się

niepełnosprawne w okresie późnej dorosłości, na skutek ujawnienia się z wiekiem różnych schorzeń prowadzących do obniżenia lub braku sprawności. Pierwsza grupa to osoby, które weszły w fazę starości, już przystosowane do niepełnosprawności, która była obecna w ich życiu od urodzenia. Problemem mogą tu być następstwa procesu starzenia się nakładające się na trudności wynikające z wcześniejszych dysfunkcji. Natomiast wśród osób z niepełnosprawnością nabytą w późnym wieku problemy nakładają się na skutki starzenia się, np. utratę małżonka, zaprzestanie pracy zawodowej, utratę pozycji społecznej, i z tego powodu są odczuwane bardziej dotkliwie. Między starzeniem się a niepełnosprawnością dochodzi do wzajemnych interakcji i intensyfikacji strat. Subpopulacje osób niepełnosprawnych starzeją się szybciej niż całościowa ludność Polski. Zgodnie z dowiedzioną zależnością, powszechność występowania niepełnosprawności w starszym wieku będzie wzrastać w miarę postępowania procesu starzenia się społeczeństwa, a potrzeby powiększającej się grupy niepełnosprawnych seniorów będą wywierać na nie coraz większy nacisk.

Częstą przyczyną niesamodzielności/niesprawności/niepełnosprawności w okresie starości są tzw. zespoły geriatryczne. Definiuje się je jako „pogarszającą zdrowie/zwiększającą chorobowość starych osób konstelację objawów i oznak, wynikających często z nieznanych jeszcze interakcji szeregu chorób i wieku”. Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się:

1. **zaburzenia zwieraczy – nietrzymanie moczu i stolca**. Nietrzymanie moczu polega na bezwiednym, niekontrolowanym oddawaniu moczu i jest najczęściej skutkiem fizjologicznych zmian, wad w układzie moczowym lub następstwem różnych chorób. Możliwe jest współwystępowanie wielu przyczyn tego zjawiska. Jest to dominujący problem starszych kobiet (stanowią 85% osób nietrzymających moczu), który może towarzyszyć obniżeniu narządów rodnych (pochwy i macicy). W Polsce ponad 4 mln osób cierpi z tego powodu. Nietrzymanie stolca, czyli niemożność utrzymania zawartości jelit i wydostawania się treści kałowych bez kontroli, występuje nieco rzadziej. Jest to często zaburzenie odwracalne. Stanowi jedną z przyczyn powstawania odleżyn lub trudności w ich gojeniu. Zaburzenia zwieraczy powodują problemy z utrzymaniem higieny, są też często przyczyną innych zaburzeń, np. infekcji, odleżyn, zaburzeń snu. Zaburzenia zwieraczy to problem zarówno medyczny, jak i społeczny, prowadzący do zaniechania kontaktów społecznych, zaprzestania wychodzenia z domu czy ekonomiczny;
2. **zaburzenia otępienne** – otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są także wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a niekiedy je poprzedza, zmniejszenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi i społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie powoduje znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływa na podstawowe aktywności życiowe: jedzenie, ubieranie się, wydalanie, higienę osobistą. Chorzy z otępieniem tracą nie tylko pamięć i sprawność funkcjonowania, ale najczęściej także autonomię. W Polsce

co dziesiąta osoba po 65. roku życia, tj. około 500 tys. osób, cierpi na różne formy otępienia. Do najczęściej występujących zespołów otępiennych zalicza się: chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona i demencję typu miażdżycowego. Choroba Alzheimera stanowi ponad połowę wszystkich chorób otępiennych zdiagnozowanych w populacji osób starych. W większości przypadków rozpoczyna się po 60. roku życia i ma w początkowym stadium obraz utajony. Postępujący proces otępienia może trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat i przebiega w kilku stadiach. Zazwyczaj prowadzi do całkowitej utraty samodzielności, a w końcu do śmierci. Statystycznie częściej zapadają na nią kobiety. Choroba Alzheimera polega na zaburzeniach czynności części mózgu, które są odpowiedzialne za funkcje poznawcze. Jej główne objawy to: utrata zdolności poznawczych – zaburzenia funkcji pamięciowych, upośledzenie zdolności do uczenia się nowych informacji lub przypominania zapamiętanych wcześniej; afazja – problemy z artykulacją mowy; apraksja – niezdolność do wykonywania złożonych czynności ruchowych mimo zachowanych funkcji motorycznych; agnozja – niemożność rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów mimo zachowanych funkcji sensorycznych; zaburzenia zdolności myślenia, zaburzenia w zakresie planowania, organizowania, przestrzegania sekwencji, abstrahowania; dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaburzony rytm dnia i nocy; postępujące zniedołężnienie, problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami, zaburzona dbałość o higienę osobistą, brak kontroli zwieraczy; bezradność, tracenie kontaktu z rzeczywistością; niekiedy zmiany charakterologiczne, agresja, gniew;
3. **depresja** – może mieć podłoże organiczne, ale nie musi. Czynnikiem ją wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekompensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65. roku życia sięga 15–20%, a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – aż 30%. Wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia: brak aktywności, bezczynność, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej; zmianę warunków mieszkaniowych lub miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych; pogorszenie sytuacji materialnej; osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich; utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci); przewlekłe choroby somatyczne; obecność zaburzeń otępiennych. Przyczyny depresji w późnej dorosłości można podzielić na cztery grupy: psychologiczne (etiologia reaktywna); somatyczne (choroby somatyczne, lęki i zmiany naczyniowe); organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego); endogenne (nawracające zaburzenia afektywne). Ostre rozgraniczenie tych przyczyn jest najczęściej trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii. Objawy w depresji typowej można podzielić na: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zalicza się: obniżenie nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zobojętnienia, niezdolność do przeżywania radości; osłabienie tempa

procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój; objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia; lęk – „wolnopłynący", utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki. Do objawów nieswoistych (wtórnych) zalicza się: depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu: urojenia nihilistyczne, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne; zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie się. Dość częstym zjawiskiem w depresji jest także dysforia, której przejawem są: nastrój gniewu, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych. Depresja w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania skarg hipochondrycznych. Ponadto mogą pojawić się urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia), a także urojenia ksobne, prześladowcze czy nihilistyczne. Badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w młodszej populacji;

4. **zaburzenia lokomocji i równowagi** – szacuje się, że co trzecia osoba starsza przynajmniej raz w roku doświadcza upadku fizycznego, z czego około 10–15% kończy się urazem, który skutkuje trudnościami z przemieszczaniem się. Upadek to niezamierzone przewrócenie się, którego bezpośrednią przyczyną jest nagłe zaburzenie równowagi. Około 2/3 upadków ludzi starszych ma skutki śmiertelne. Badania wykazują, że upadki częściej zdarzają się starszym kobietom niż mężczyznom i częściej mają miejsce w instytucjach opiekuńczych niż w środowisku rodzinnym. Zaburzenia lokomocji i równowagi mogą prowadzić do złamań szyjki kości udowej (w większości u kobiet), czemu sprzyja osteoporoza. Przyczyn należy upatrywać zarówno w inwolucyjnych zmianach w układzie kostno-mięśniowym, mniejszej sprawności fizycznej, ale też we współwystępowaniu innych chorób, np. depresji. Główną przyczyną upadków osób starszych jest jednak mniejsza zdolność szybkiego przystosowania postawy ciała do nowych warunków. Trudności w chodzeniu, wstawaniu z pozycji siedzącej, wchodzeniu i schodzeniu ze schodów, poruszaniu się po nierównych powierzchniach także sprzyjają upadaniu. Osoby starsze wykazujące zaburzenia lokomocji i równowagi wymagają dostosowania do swych potrzeb środowiska zamieszkania – powinny unikać śliskich powierzchni oraz stosować w pomieszczeniach uchwyty, balustrady, poręcze;
5. **upośledzenia wzroku i słuchu** – do najczęstszych zaburzeń wzroku spotykanych u osób

starszych zalicza się: zaćmę (kataraktę), czyli utratę przejrzystości soczewki, jaskrę (glaukomę), prowadzącą do nieodwracalnych uszkodzeń nerwu wzrokowego, starcze zwyrodnienie plamki (powodujące stopniowe, postępujące zaburzenia widzenia centralnego), nadwzroczność starczą. Szacuje się, że około 30% 70-latków ma upośledzony wzrok i już ponad połowa 80-latków. Natomiast zaburzenia słuchu przybierają postać prezbioakuzji (starczego przytępienia słuchu) czy nawet głuchoty starczej. Wśród seniorów stwierdza się ponadto zmniejszenie odległości, z jakiej słyszane są dźwięki, pogorszenie zdolności lokalizacji dźwięków oraz słyszenie dodatkowych dźwięków (szumy uszne subiektywne). Procesy starzenia są nieodwracalne i dotyczą wszystkich struktur drogi słuchowej. Upośledzenie wzroku i/lub słuchu w okresie starości istotnie wpływa na społeczne funkcjonowanie seniorów. Cechą charakterystyczną wielkich zespołów geriatrycznych jest przewlekłość, wieloprzyczynowość i trudności w leczeniu. Najczęściej ograniczają one aktywność osób starszych, ich mobilność, aż w końcu powodują stopniową utratę niezależności. Mimo że nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia, to w zdecydowany sposób wpływają na obniżenie jakości życia osób starszych. Należy dodać, że brak autonomii, który może być skutkiem powyższych zaburzeń, zależność od innych osób powodująca przewlekły stres oraz postępująca niesprawność mogą prowadzić do powstawania innych chorób (m.in. choroby wieńcowej) i negatywnie wpływać na przebieg tych, na które zachorowanie nastąpiło wcześniej.

Następstwa niepełnosprawności w starości

Ważnym zagadnieniem dotyczącym niepełnosprawności osób starszych jest sprawność funkcjonalna, czyli sprawność w zakresie podstawowych (funkcjonowanie w mieszkaniu/domu) oraz złożonych (funkcjonowanie w środowisku) czynności życiowych. Przekłada się ona bezpośrednio na samodzielność i niezależność osoby starszej. Składają się na nią czynności związane z poruszaniem się po mieszkaniu/domu, ubieraniem się, jedzeniem, robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, korzystaniem ze środków komunikacji miejskiej. Niesprawność funkcjonalna może wynikać zarówno z ograniczenia mobilności (niesprawność fizyczna), jak i zaburzeń w sferze psychicznej. Niepełnosprawność w starości cechuje: a) dodatkowe obciążenie (*handicap*) powodujące rozdźwięk pomiędzy stopniem codziennej sprawności a oczekiwaniami seniora; b) osłabienie (*frailty*) powodujące stan podwyższonego ryzyka rozwinięcia się niekorzystnych zdrowotnie zjawisk, jak łamliwość kości, osłabienie odporności, słabość psychofizyczna; c) pogorszenie lub niemożność wykonywania pewnych czynności; d) niemożność uczestnictwa w różnych sytuacjach życiowych.

Skutki niepełnosprawności w starszym wieku niosą ze sobą ryzyko uszkodzeń o charakterze fizycznym i umysłowym. Osłabienie fizyczne, które może upośledzać ogólną zdolność motoryczną lub dotyczyć poszczególnych kończyn oraz osłabienie wyższych czynności nerwowych może prowadzić do trudności w poruszaniu się, a także wypełnianiu codziennych zadań życiowych. Wpływa to na ograniczenie możliwości uczestnictwa w życiu społecznym. Ograniczona samodzielność może

powodować poczucie utraty autonomii i niezależności, obniżać prestiż i przybliżać wizję śmierci. Istotnym doświadczeniem może być także skumulowanie doświadczeń straty, m.in. zdrowia, kondycji, a także bliskich (współmałżonka, krewnych, przyjaciół). Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do izolacji społecznej, samotności, dotkliwego poczucia osamotnienia, a w efekcie obniżenia poziomu jakości życia. Niepełnosprawność i starość to zjawiska, którym nadal towarzyszy stereotypia i dyskryminacja. Jest ona widoczna w wielu sferach życia, zwłaszcza w obszarze ochrony zdrowia, rynku pracy, rynku konsumenckiego i partycypacji społecznej. Jej najczęstsze przejawy to: lekceważenie, agresja słowna, znęcanie się fizyczne i psychiczne, nadopiekuńczość, protekcjonalność, zaniedbanie, marginalizacja społeczna, odseparowanie, nadużycia finansowe, odmowa przyznania należnych świadczeń. Większość wymienionych zachowań w stosunku do osób starszych wiążę się z gorszym traktowaniem. Jednak nadopiekuńczość jest często trudno dostrzegalna, gdyż różnica między chęcią pomagania a wyręczaniem seniora w wykonywaniu czynności, które może bez trudu i chce samodzielnie wykonywać, bywa trudna do zauważenia. Gorsze traktowanie osób starszych niekorzystnie wpływa na ich samopoczucie psychofizyczne, obniża jakość życia i niekiedy prowadzi do ulegania tym stereotypom przez samych seniorów i powstawaniu uprzedzeń wobec seniorów (ageizmu).

Piśmiennictwo

1. Gutowska A.: (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, 2015, 8: 9-33.
2. Halik J.: Inwalidztwo i niepełnosprawność wśród osób starszych. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1997.
3. Zych A.A., Zych B.M.: Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice 2013.

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT