Проблеми на хората в напреднала възраст свързани с мобилността

Любомира Тотева, Константин Тотев

Problems of elderly mobility*: Age related changes of human body commence in different moment and develops with different intensity in every person. Many of functional problems, existing in elderly, are result of relationships of decreased physiological potential, acute or chronic diseases and patients' environment. Many of these functional deviations are related with conditions, characterized with mobility disturbances. Careful analysis is needed for evaluation of capability for performing convenient household activities in elderly and also for assessment of rehabilitation and occupational potentials in such patients.*

Key words: *mobility, elderly, deficiency*

ВЪВЕДЕНИЕ

Възрастовите промени в организма на човека започват в различен момент и се развиват с различна интензивност при отделните индивиди. Много от функционалните проблеми, съществуващи при възрастните хора, са резултат от връзките между намаления психичен резерв, остри или хронични заболявания и средата, в която човек живее. Голяма част от тези функционални отклонения са свързани със състояния, характеризиращи се с нарушения в мобилността. Необходим е внимателен анализ за преценка на възможностите за извършване на подходящата трудова дейност при възрастни лица, както и за отчитане на рехабилитационния и ерготерапевтичен потенциал при такива пациенти.

Характерна за хората в напреднала възраст е полиморбидността. Наличието на няколко диагнози или патологии се комбинира с процесите на нормалното стареене. Комбинацията между заболяванията и нормалното остаряване могат да задълбочат увредите и ограниченията, и да окажат ефект върху отговора на пациентите към рехабилитацията и ерготерапията. Макар, че различните заболявания могат да причинят специфични типове на нетрудоспособност, някой от тях действат по синергичен начин по между си и водят до по-големи ограничения, отколкото се очаква ако те са налични самостоятелно. [2]

Много от функционалните проблеми, съществуващи при възрастните хора са резултат от връзките между намаления психичен резерв, остро или хронично заболяване и средата, в която човек живее. Голяма част от тези заболявания са свързани с увеличаване на риска от проблеми свързани с изпълнението на мануалните и инструменталните дейности от ежедневния живот (ДЕЖ) [5,10]

Мобилност – МКФ (Международна класификация на функционирането) определя мобилността като „движение с промяна на позицията или мястото на тялото или преместване от едно място на друго, чрез движение, пренасяне, манипулиране на обектите, ходене, бягане, пълзене и използване на различни форми на транспорт" (СЗО 2001)

При възрастните хора е важно да се установи източникът на техните проблеми с мобилността. Дали това се дължи на нормалните процеси на стареене или на наличието на патологичен процес.

Основните елементи при оценка на мобилността са:

1. Запазване на позицията в пространството.

Стабилната позиция е решаваща за ежедневното функциониране. Пациентите трябва да бъдат обучени да заемат правилна позиция на тялото, а не така наречените „позиции на страта възраст". Опитът да извършим дейност от нестабилна позиция може да бъде сравнен с това да се опитваме да ядем желе яхнали див кон. Лекотата, с която човек може да заеме дадена позиция зависи от

равновесните механизми, мускулната сила и обема на движение в ставите, изисквани за нейното заемане и поддържане.

В отговор на влошените балансни механизми много възрастни хора предпочитат да заемат позиция седеж вместо стоеж, това увеличава тяхното усещане за сигурност за сметка на намалената им мобилност. Също така с цел увеличаване на стабилността някои възрастни заемат т. нар. „позиция на старата възраст".

2. Смяна на позицията.

В МКФ смяната на позицията е описана като „промяна на позицията и преместването от едно място на друго". В голяма част от специализираната литература и при оценяването това се обозначава като възможност за трансфер. МКФ определя трансферите „преместване от една повърхност към друга без да се сменя позицията" като плъзгащи трансфери. Влошаването на мускулната сила, намаляването на флексибилността и обема на движение, влошаване времето за реакция на ЦНС, нарушаване на нормалните модели на движение, всичко това влияе върху възможността за смяна на една позиция с друга. Мускулната скованост и болка влияят върху подвижността при хора от всяка възраст, с последваща промяна в стратегиите за движение.

Изграждането на стратегии за самостоятелна смяна на позицията е важна част от ерготерапията при възрастните хора. Една от важните стратегии, в които те трябва да бъдат обучени е ставането от пода. Установено е, че при 47% от старите хора с нарушен баланс, падането на пода е свързано с невъзможност за самостоятелно изправяне.[7]. Индивидите могат да прекарат дълги минути и дори часове паднали на пода, като последиците от това могат да бъдат хипотермия, дехидратация, бронхопневмония, болка в зоните притиснати в пода, тревожност, депресия. Необходимо е възрастните да бъдат обучавани в стратегии за изправяне от пода. Това е важен елемент от програмата за управление на паданията [3,9].

3. Пренасяне, преместване и боравене с премети.

Тези мобилности са силно свързани с възможността на пациентите да се самообслужват, да извършват трудови дейности, не на последно място горният крайник играе важна роля в запазването на баланса при стоеж и движение.

Нашата способност да се протягаме, достигаме и задържаме предмети в ръка е от съществено значение за самообслужването и повечето трудови дейности. Горният крайник има протективна роля. Той участва в защитните реакции при загуба на баланс. Много заболявания нарушават функцията на горния крайник, това води до затруднения при извършването на трудови и ежедневни дейности [9].

За дейността на горния крайник се изисква не само стабилност в трупа и раменния пояс но също така и долните крайници са включени в механизмите, осигуряващи правилна позиция, от която да пренасяме, преместваме и боравим с предмети. Тези механизми често са засегнати при възрастните хора, които могат да оценят себе си като неспособни да извършат дейности, като това да си дръпнат завесите, да простират прането, да извадят предмет от висок шкаф и др. без да загубят баланс.

Носенето на предмети в ръцете също така повишава изискванията към механизмите осигуряващи постурална стабилност, тъй като води до издигне нагоре и изнасяне извън опорната площ на центъра на тежестта, на фона на вероятно отслабналите мускули на раменният пояс и горния крайник. Забелязват се значими проблеми в сръчността поради намаляване на мускулната маса, координацията очи – ръце, промяна в структурата и сетивността на кожата [1]. Остаряването на ЦНС влошава функциите и, скоростта на реакциите намалява, времето необходимо за извършване на действия с обекти се увеличава с 40% във времето от 25 до 70 год.

възраст [8]. При свое малко проучване Ranganathen констатира, че при възрастните силата на захвата е с 30% по-малка от тази при млади хора.[6] Влошаването на способността за манипулиране с предмети и намаляването на силата на захватите влияе върху възможността на възрастните хора да извършват ежедневните си задачи.

4. Ходене

Здравните служби в Англия (ЗСА) идентифицират, че над 30% от хората над 65 год. възраст и 50% от тези над 80 год. живеещи в общността считат, че имат проблем с придвижването, сравнено с 36% от тези над 70 год. в САЩ. ЗСА намира, че проблемът с ходенето е най-разпространената неспособност при възрастните хора.[2]

Промените в походката или ходенето се приемат като част от нормалното остаряване в по-голяма част от литературата, заедно с редукцията на скоростта на ходенето, дължината на крачката и прецизността на крачката. Възрастовите структурни и функционални промени в човешкото тяло, оказват влияние върху ходенето, което е високо комплексна задача. Според Menz възрастните хора, които могат да идентифицират причините водещи до проблем с тяхната мобилност казват, че те са артрит, мускулно-скелетни проблеми, следвани от сърдечно-съдови заболявания, инсулт и падане.[4]

При старите хора трябва да се установи дали промените са физиологични или патологични и по възможност пациентите да бъдат преобучени в правилно ходене. При необходимост се използват различни помощни средства – бастун, канадки, патерици и др.

5. Качване и слизане по стълби.

Падането по стълби е най-често срещаният инцидент в дома, по-често при слизане отколкото при качване. 10% от възрастните хора в Англия не могат да се качват по стълби.

При качването и слизането по стълби се използват подобни двигателни модели като при ходенето, налични са опорна и махова фази. Качването по стълби има високи изисквания към обема на движение и мускулната сила на долните крайници. Доверяването на сетивните възприятия, особено на зрителните сигнали при определяне на подходящата стратегия за качване на стълби трябва да бъде внимателно преценено. [8]

Изводи

Необходимо е детайлно оценяване на всеки един елемент от мобилността, за получаване на цялостна и правилна представа за състоянието на възрастните хора. Това ще даде възможност за избор на правилни стратегии при обучението им, с цел предпазване от травми, продължително залежаване, инвалидизация. Необходимо е обхващането на възможно по-голяма част от възрастните хора в програми свързани с поддържането и подобряването на мобилността. Това би имало голям социален ефект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценката на мобилността е от съществено значение за определяне на правилните план и програма за възстановяване на пациентите. Те трябва да бъдат съобразени със особеностите на старческата възраст, промените, които настъпват в организма и специфичните нужди на хората в напреднала възраст. Физиологично остаряващият човек, живял разумно и запазил значителна част от интелектуалните и физическите си способности, може да се труди и да твори дори и на много късна възраст.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Desrosiers J, Hebert R, Bravo G, Rochette A., Age-related changes in upper extremity performance of elderly people: a longitudinal study. Experimental Gerontology 34(3), 393– 405, 1999

[2] Fried, L. P., Ettinger, W. H., Lind, B., Newman, A. B., & Gardin, J., Physical disability in older adults: A physiological approach. Journal of Clinical Epidemiology, 47, 747–760. 1994

[3] McIlroy WE & Maki BE Compensatory arm movements evoked by transient perturbations of upright stance, Vestibular and Neural Front, New York: Elsevier Science, 1994

[4] Menz HB, Lord SR, Fitzpatrick C Age-related differences in walking stability. Age and Ageing, 32(2), 137–142, 2003

[5] Mor, V., Murphy, J., Masterson-Allen, S., Willey, C., Razmpour, A., Jackson, M. E., et al., Risk of functional decline among well elders. Journal of Clinical Epidemiology, 42, 895–904, 1989

[6] Ranganathen VK, Siemionow V, Sahgal V, Yue GH Effects of ageing on hand func-tion. Journal of the American Geriatrics Society, 49(11), 1478 –1484, 2001

[7] Reese AC & Simpson JM Preparing older people to cope after a fall. Physiotherapy 82(4), 227–235, 1996

[8] Shumway-Cook A & Woollacott MH. Motor Control: Theory and Applications, 2nd edn. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001

[9] Simpson JM, Marsh N, Harrington R. Managing falls among elderly people. British Journal of Occupational Therapy 61(4), 165–168, 1998

[10] Verbrugge, L. M., Lepkowski, J. M., & Imanaka, Y., Comorbidity and its impact on disability. Milbank Quarterly, 67, 450–484, 1989

За контакти:

Любомира Тотева, асистент, Медицински Университет – Плевен, Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт', Бул."Климент Охридски" 1, Плевен 5800, сл. тел. 064 884 118, GSM: 0896155779, e-mail: lestoianova@abv.bg

Докладът е рецензиран.