

STANDARD GERIÁTRIAI ÁLLAPOTFELMÉRÉS

Nagy Erika, Dr. Szabó Adrienne, Dr. Tárkányi Ilona, Dr. Tizedes Franciska, Dr. Daróczy*

Borbála, Dr. Bakó Gyula

Összefoglalás

Háttér: A világ népessége öregszik. Az új terápiás eszközök bevezetésével, és az egészségesebb életmóddal a várható élettartam mindinkább kitolódik. Részben emiatt folyamatosan nő az idősök száma és így egyre inkább számolni kell a későbbi életkorban jelentkező fizikai és mentális változásokkal, ezek specifikus kezelésével. Az idős betegek általában több, főként krónikus betegségben szenvednek, amelyek miatt gyakran tartós kórházi kezelésre, ápolásra szorulnak. Ez a tény nagy terhet ró a betegre, a társadalomra. Éppen ezért a geriátria napjainkban külön entitássá vált. Egyre több országban ismerik el szükséges és önálló voltát.

Kulcsszavak: Standard, geriátriai, állapotfelmérés, kórházi, betegek

Standard geriatric assessment

Background: Population of the world is getting older. The expected lifespan longer thanks to the higher and higher healthcare level, the new therapeutic tools and healthier lifestyle. Therefore we have to take into account the mental and somatic changes and specific treatments in old age. It is typical of the elderly patients having multiple chronic diseases which need long lasting treatment and care in hospitals. This means big expenses to both the patients and the society. Accordingly the geriatric medicine became a separate entity accepted more and more countries as a necessary discipline.

BEVEZETÉS

Az elmúlt évtizedek során jelentősen változott a lakosság kor szerinti összetétele. A múlt századok nagy mortalitással járó, többnyire fertőző betegségeinek leküzdésével, az egyre újabb terápiás eszközök bevezetésével és az egészségesebb életmódra neveléssel ugyanis a várható élettartam mindinkább magasabb életkor felé tolódik. Ebben közrejátszik a helyes táplálkozásra való nevelés, a higiénés körülmények javulása, a vaccinatio és antibiotikumok elterjedése, valamint a kultúráltabb életkörülmények kialakulása. Ennek eredményeként egyre többen érik el az idős kort, ezért Európa és hazánk lakossága előregedő. Egyes előrejelzések szerint 2025-re akár megduplázódhat a 65 év felettek száma a 2002-es adatokhoz képest. A korösszetétel megváltozásához a születésszám csökkenése is hozzájárul. A lakosság ilyen irányban történő változása magával vonja az egészségügyi igény változását is. Ennek oka, hogy az idősebb betegek általában speciális gondozást igényelnek, és ez multidiszciplináris feladat. Gyakoriak ugyanis a krónikus betegségek, valamint számolni kell a kor előrehaladtával megjelenő somaticus és mentális változások sajátosságaival is. Az öregedés számos lelki, testi, funkcionális, pszichoszociális változással jár, mely összességében jelentősen befolyásolja az ember életét. Mindezekon kívül a 65 év felettek egy része gyakran tartós kórházi ellátásra szorul, ez a tény pedig nagy terhet ró mind a társadalomra, mind az egyénre. Így egyre inkább előtérbe kerül a geriátria jelentősége.

A geriátria az orvoslásnak az időskorúak ellátásával foglalkozó területe, lefordítva az „idős gyógyászat”. Öregkornak kronológiailag a 65 év feletti életkort nevezzük. A szakterület feladata a betegek holisztikus szemlélete. Fontos tehát, hogy ne csak a betegséget, hanem az egész embert kezeljük, mert főként időskorban kap nagy jelentőséget a comorbiditás. Ebben az életszakaszban ugyanis nem csak a testi betegségek halmozódásával kell számolni, hanem szem előtt kell tartani a lélek betegségeit is, aminek felismerése és kezelése éppúgy fontos lehet a jobb életminőség elérése érdekében. Éppen ezért a lakosság öregedésével párhuzamosan egyre nagyobb kihívást jelent az időskorú emberek jólétének biztosítása, szomatikus, pszichés és szociális szempontból egyaránt.

A geriátria története nem messzire nyúlik vissza. Haranghy László volt az, aki elsőként az 1969-es a Semmelweis Emlékelőadásban a gerontológiát a XX. század új tudományágának nevezte (Haranghy, 1969).

Bár időssekkel és az öregedéssel együtt járó elváltozásokkal és problémákkal régebben is foglalkoztak, tudományként csak a XX. században sikerült tért hódítania, mivel az idősök számaránya a populáción belül jelentősen emelkedett. Az elmúlt időszak szemléletváltozásának következményeként az öregséget ma már nem állapotnak, hanem

folyamatnak tekintjük, és azt komplex módon, biológiai, mentális és szociális összefüggéseiben kell vizsgálni.

Hazánkban az első geriátriai munka Koloseri nevéhez fűződik, aki 1962-ben megjelent könyvében azt írta, hogy az öregedést egészségügyi szabályozással lehet befolyásolni (Koleseri, 1962).

A hazai gerontológiai kutatásokban Korányi Sándor munkája volt még alapvető (Korányi, 1937). Ő tette azt a fontos megállapítást, hogy az öregedés első jele az adaptáció csökkenése. Ez ma is érvényes, és fontos szerepet kapott a geriátriában. Ezen kívül ő emelte ki annak fontosságát, hogy az öregkorban gyakori betegségeket már a kezdeti fázisban fel kell ismerni, és mihamarabb kezelni kell azokat. Ez a megállapítás lehetett számos geriátriai kutatás elindítója, melyek célja az idős betegek hatékonyabb kezelése és egy jobb életminőség elérése.

A geriátria fejlődése napjainkban az idős betegek szellemi és funkcionális változásai miatt válik egyre inkább szükségessé. Ezt sugallja Dr. Majercsik Eszter gondolata is, miszerint „az idősödés folyamán az egészségprofil hanyatló tendenciát mutat, mivel multimorbiditású kórképek jelennek meg, a funkcionális képességek csökkennek, ennek következtében az életminőség romlik. Az idős ember, amíg képes rá, igyekszik megbirkózni a nehézségekkel, ha már nem képes, akkor a társadalom feladata a segítségnyújtás annak érdekében, hogy az idős ember életminősége csak a lehető legkisebb mértékben romoljon (Majercsik, 2008). Éppen ezért fontos megelőzni, illetve mihamarabb felismerni és kezelni az időskor leggyakoribb egészségügyi problémát jelentő kórképeit, úgy mint a depressziót, a dementiát, az alultápláltságot valamint a mozgás-szervrendszert érintő elváltozásokat.

Ezen betegségek felmérésére szolgál az általunk elvégzett standard geriátriai teszt (SGA), ami tulajdonképpen egy mindenre kiterjedő, interdiszciplináris diagnosztikus eljárás, melynek célja, hogy az elesett, idős ember orvosi, psychoszociális és functionális adottságait és problémáit felmérje.

A geriátriai állapotfelmérés mindenképpen indokolt időskori esendőség esetén. Ez lehet komplex, átfogó állapotfelmérés, valamint az úgynevezett comprehensive geriatric assessment (GA), melyen belül nagyon sokféle tesztet kialakítottak, és amely már nemcsak belgyógyászati illetve pszichiátriai megközelítésből vizsgálódik, hanem kiterjed a funkcionális, érzékszervi, szociális állapot felmérésére is. Az idős beteg állapotának felmérése már egyre inkább a környezetével együtt történik meg. A standard geriátriai állapotfelmérés a comprehensive GA-k összességének nemzetközi standardizálásával kialakuló, validálási eljárásokon végigvitt felmérőskálákat jelenti. Az említett időskori esendőség pozitív határa a

"too fit" idős ember, aki nem szenved semmilyen kimutatott betegségben és emellett fiatalos életmódot folytat. A másik véglet, a „negatív limit” pedig az, akinek a várható élettartama 6 hónap alatt van. E két határ között lévő minden idős embernél hasznos, és ajánlatos az átfogó, standardizált állapotfelmérés elvégzése.

A teszt magában foglalja a functionális teljesítőképesség, a testi és lelki egészségi állapot, valamint a szociális, környezeti tényezők felmérését.

Az SGA célja között van tehát a leggyakoribb időskori kórképek felismerése, diagnózisa. Ezek közé tartozik a depresszió, dementia, felfekvés, vizelet- és széklettartási nehézségek, étkezési és táplálási problémák, elesések, zavartság, alvási problémák, rossz közérzet és fájdalom.

A tesztek további célja a megfelelő kezelési és gondozási terv felállítása, az alapellátás megkönnyítése, a gondozás, elhelyezés optimalizálása és a gazdaságosság.

A teszt első része a lelki egészség felmérésére szolgál. Ide tartozik a depressziót felmérő Yesavage-depresszió skála, valamint a kognitív funkciókat mérő Mini Mental State teszt. Ezen tényezőknek jelentős szerepe van a betegek életében. Egy felmérés szerint az idős populációban a pszichiátriai betegségek aránya 12,3% (Regier, 1988). Az idős kori depresszió különösen gyakran előforduló kórkép, melyben biológiai, lélektani és szociális tényezők játszanak szerepet. Idősebb korban különféle változások érhetik az egyént. Átrendeződnek a családi szerepek, csökken az autonómia, bekövetkezhet a hasznosság érzésének csökkenése. Előtérbe kerülhet a haláltól való félelem, az öregedés jeleinek megélése, és számolni kell az ismerősök halálának feldolgozásával is. Ezek mind depressziót kiváltó tényezőként hatnak az egyénre.

A teszt az általános életérzésekre, napi hangulatra kérdez rá. Választ kaphatunk arra, milyennek látja a beteg a saját helyzetét, mennyire aktív, mennyire társasági ember. A pontok alapján 3 csoportba lehet sorolni a megkérdezetteket. Már az enyhe depresszió is azt jelenti, hogy a tünetek szenvedést okoznak, a betegnek nehézségei vannak a szociális aktivitás fenntartásában, bár még tevékenységeit nem adja fel teljesen. A súlyos depresszió esetében azonban már kifejezett pszichomotoros gátoltság- vagy agitáció figyelhető meg, a beteg képtelen vagy csak fokozottan csökkentett mértékben képes szokásos tevékenységeit folytatni. Ehhez pszichotikus tünetek is társulhatnak, így hallucinációk, téveszmék kínozzhatják az egyént, és a pszichomotoros gátoltság akár stuporba is átmehet.

Hasonlóan fontos, és valamelyest megelőzhető folyamat a kognitív funkciók hanyatlása. Ismert tény, hogy a korrallal a gyrusok atrófiája, valamint az agyi érhálózat és a neurotranszmitterek szintjének csökkenése következik be. A viselkedésben a lassúbb

reakcióidő, a hosszú távú epizodikus emlékezet és a felismerés egyéb működészavara jelentkezik. Egy tanulmány alapján a károsodás elsősorban a prefrontális és a frontális régiókat érinti, amelyek az észlelést közvetítik, főleg 75 éves kor után. Emellett a motoros kéreg és az occipitalis lebeny relatíve érintetlenül marad. Ezért a végrehajtó funkciók megőrzése epidemiológiai szempontból is igen fontos lenne.

A dementia jól meghatározott, organikus mentális zavar, mely kiterjedt kognitív károsodással jár, ami magában foglalja a memóriazavart, de nem jár tudatzavarral. A dementia hátterében legtöbbször Alzheimer-betegség vagy vascularis dementia áll. Az Alzheimer-dementia progressziót lassító gyógyszeres kezelése ma már lehetséges, ez még inkább indokoltá teszi, hogy felismerjük azt a betegcsoportot, ahol már kimutathatóak a kognitív hanyatlás enyhe tünetei, de még nem igazolható dementia, viszont a kialakulás rizikója nagy.

A kognitív funkciók romlásának mérése a Mini Mental Teszt alkalmazható. Ez a 70-es évekből származó gyorskognitív teszt, amit főként a dementiák azonosítására és súlyossági fokuknak megítélésére használnak az orvosi, klinikai pszichológusi és neuropszichológusi gyakorlatban. Ezzel az orientációt, a figyelmet és a gyorsasszociációt lehet mérni, és lehetőség nyílik a különböző fokú dementiák kiszűrésére. A módszer előnye hogy gyors, percek alatt elvégezhető, átlátható, és nem igényel különösebb szakképzettséget. Hátránya azonban, hogy nem elég érzékeny a dementia korai felismerésére, és nem tudja megkülönböztetni a különböző dementiákat. A kórkép ilyen kiszűrése azonban első lépcsőt jelenthet a további vizsgálatok elindításához, ami azért is fontos, mert időskorban számos kórkép okozhat reverzibilis dementiát, ami időben felismerve kezelhető és visszafordítható. Ennek hátterében állhat például nem megfelelő gyógyszerhasználat, egyes metabolikus és endokrin betegségek, neurológiai betegségek, infectiók, vagy akár látás- és halláscsökkenés is. Az MMSE tehát pontos keresztmetszeti állapottrögzítést és követést tesz lehetővé.

A depresszió és a dementia az előzőeken kívül fontos szerepet játszik az alultápláltság kialakulásában is. Fontos ennek a mielőbbi felismerése és kezelése, mert súlyos vitamin-, fehérje-, valamint ásványi anyaghiány alakulhat ki, és magasabbra emeli a megbetegedési és halálozási rátát. Kezelése egyszerű, mindenképp a megfelelő étrend és vitaminpótlás az elsődleges. A tápláltsági állapot azonban multifaktoriális, sok tényező határozza meg, és olykor egy alapbetegség kezelése vezethet az alultápláltság megszűnéséhez.

Főbb rizikófaktorok az alultápláltsághoz a depresszió, a dementia, illetve a mozgáskorlátozottság. Különösen gyakran fordul elő alultápláltság intézményekben élő betegek között. Egy tanulmány 4774 hatvanéves és idősebb, tartós bentlakásos intézményben

élő, önként jelentkező gondozott tápláltsági állapotát vizsgálta évek során (Lelovics, 2009). Eredményeik alapján az alultápláltságra veszélyeztetett idős személyek aránya a szociális otthonokban igen nagy, 26, 8%-77, 0%. A vizsgálatból az is kiderül, hogy az ellátottak 29, 5%-ánál tápláltsági-állapot felmérés negyedévente, vagy annál ritkábban történik. Fokozott rizikóval rendelkeznek tehát a bentlakásos intézményben élők is.

Mivel az alultápláltság nem csak a rehabilitációt nehezíti, de negatív hatással van az életminőségre is, ezért elengedhetetlen részét képezi a geriátriának a tápláltsági állapot rendszeres ellenőrzése, és szükség esetén megfelelő terápia felállítása. A tápláltsági állapot nem határozható meg egy vizsgálat elvégzésével vagy egyetlen kérdés megválaszolásával, mivel a kérdés összetett, többértékű, ezért több módszer együttes alkalmazására van szükség.

A Mini Nutritional Assessment (MNA) egy svájci munkacsoport által kidolgozott kérdőív, amelyet a hatvanöt évnél idősebbek tápláltsági állapotának felmérésére fogadtak el először.

Ez egy jól alkalmazható teszt a tápláltsági állapot felmérésére. Két részből áll. Az első része a főbb rizikófaktorokat szűri ki, melyek esetén fokozott a rossz tápláltsági állapot előfordulásának esélye. Ezen tényezők meglétekor szükséges a második rész kitöltése, ami a valós táplálkozási szokásokat méri fel. Fontos adat a fehérjebevitel, folyadékbevitel, valamint egyes antropometriai mérések, mint a karkörfogat, lábszárkörfogat. Ezen adatok alapján információ nyerhető arról, hogy a beteg alultáplált, vagy esetleg még nem az, de fokozott az alultápláltság kockázata.

A standard állapotfelmérő következő része a functionális képességek felmérésére szolgál. Ez a rész magába foglalja a Katz-féle napi élettevékenységi tesztet, valamint Lawton mindennapos eszközhasználatra vonatkozó felmérését. Az első kérdőív fontos mutatója annak, hogy mennyire képes a beteg önállóan elvégezni a mindennap szükséges tevékenységeket, úgy, mint a fürdés, öltözködés, táplálkozás, wc-használat, közlekedés. Ezen képességek felismerése fontos feladat lehet az orvos számára, hiszen rizikófaktorot jelenthetnek az elesések, balesetek, alultápláltság kialakulásához. Ezekon kívül fontos lehet az inkontinencia felismerése is, hiszen nagyon gyakori, életminőséget rontó időskori egészségügyi probléma, amelynek kezelésére, vagy akár megoldására is lehet orvosi segítség. Ezek a tényezők tehát nemcsak az életminőség javítása miatt fontosak, hanem kellő odafigyeléssel megakadályozhatóak lehetnek súlyosabb következmények is.

A skála utolsó része a testi egészség felmérésére szolgáló adatokat összegez. Ezek között található a Tinetti-féle egyensúly és járás vizsgálat. A geriátriai szakmai kollégium ajánlása alapján minden idős ember kórházi felvétele esetén meg kell határozni az elesési kockázatot.

Az elesés a nagy geriátria szindrómák egyike, így a delirium, dementia és inkontinencia mellett a 65 év feletti egészségügyi ellátásának 90%-áért felelős.

Az elesés lehet betegségek és kórállapotok oka és következménye. Jelentősége fokozódik 65 év felett és igen nagy jelentőséggel bír a 75 év feletti korcsoportban. Ez a teszt alapvető mozgásformákat tesztl, melyekből a vizsgáló az elesés kockázatára tud következtetni.

Az SGA utolsó kérdéssora az időskori csonttrikulásról tájékozik. Ez szintén fontos tényező, ugyanis a 65 év feletti betegek, különösen a nők fokozott kockázatnak vannak kitéve. Ebben elsősorban hormonális tényezőknek tulajdonítanak szerepet, de további rizikófaktor ezen kívül a dohányzás, a pozitív családi anamnézis, a vékony testalkat illetve az alultápláltság. A kezdeti tünetek gyakran enyhék, hétköznapiak, így szinte észrevétlenül alakulhat ki a maradandó elváltozás. Ezért fontos a mielőbbi felismerés, amire különféle módszerek állnak rendelkezésre. A legkorábbi elváltozást csontsűrűség-vizsgálattal mutathatjuk ki. Jelen teszttel a rizikófaktorokra kérdeztünk rá, így következtettünk a csontrendszer állapotára.

Az előzők alapján látható tehát, hogy a standard geriátriai felmérő skálák szükségessége nem vonható kétségbe. Vizsgálatainkkal arra próbálunk rámutatni, hogy ezeknek a teszteknek nagy jelentősége lehet az időskori állapot felmérésében, a főbb kórképek kezdeti szakaszának felismerésében. Emellett ezek a könnyen elvégezhető, egyszerű tesztek rávilágítanak egyes szociális, környezeti tényezőkre illetve rizikófaktorokra is, amelyek kiküszöbölése jelentősen hozzájárulhat a testi és lelki jólét javításához.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

Munkámat a debreceni III. számú Belgyógyászati klinikán végeztem, ahol az idős betegek állapotának megismerésére standard geriátriai állapotfelmérést végeztünk. 1 év alatt 60, random módon kiválasztott, 65 év feletti beteget vizsgáltunk az SGA standard tesztjei alapján. A kapott eredményeket 10 éves felbontásban elemeztük, 65-74, 75-84, illetve 85 év feletti korcsoportokra bontva.

Munkám során Yesavage depresszió skálát, Folstein Mini Mental State vizsgálatot, Katz-féle napi élettevékenységre illetve Lawton-féle mindennapos eszközhasználatra vonatkozó kérdéssort, Mini Nutritional tesztet valamint Tinetti-féle egyensúly- és járásvizsgálatot és csonttörési indexre vonatkozó vizsgálatot végeztünk.

A depresszió skála 15 kérdésből áll, melyek általános életérzésekre, szociális hozzáállásra vonatkoznak, valamint hogy milyennek értékeli a beteg a saját helyzetét. Igennel

vagy nemmel kellett válaszolni, a válaszok ez alapján 0 vagy 1 pontot értek. 5 pont alatt normális az eredmény, 10 pontig enyhe, 10 pont fölött pedig súlyos depresszióra utalnak a válaszok.

A Mini Mental teszten összesen 30 pont érhető el. Olyan alap információkra kérdez rá, mint a dátum, a helység, ezen kívül azt méri fel, képesek-e a betegek egyszerű szavakat megjegyezni, valamint 3 részes utasításokat végrehajtani, írni, olvasni, rajzolni. A pontozási rendszer alapján megkülönböztet normál kognitív funkciót (30-24), enyhe fokú (23-15), közepes fokú (14-10), illetve súlyos fokú demenciát (10 alatt). A ponthatárok azonban függenek az életkortól és az iskolázottságtól is.

A napi élettevékenységek esetén aszerint jár 1 vagy 0 pont, hogy a beteg képes-e önállóan öltözködni, fürdeni, wc-t használni, közlekedni, táplálkozni, illetve van-e incontinenciája. Így a hatos pontszám teljes funkcióképességet, a 4 mérsékelt, a 2 súlyos funkciókárosodást jelent.

A Lawton-teszt rákérdez, hogy a beteg képes-e telefonálni, sétálni, bevásárolni, főzni, mosni, apróbb háztartási munkákat végezni, gyógyszert bevenni illetve a pénzével gazdálkodni. 3-3 pontot ér, ha ezekre önállóan képes, 2 pontot, ha csak bizonyos segítséggel, és 1 pontot, ha egyáltalán nem képes ezekre a dolgokra. A maximális pontszám 27. Jóllehet a pontszám csak egy bizonyos betegre vonatkozik, de követhető az időbeli állapotromlás.

Az MNA teszt két részből áll. Az első rész egy szűrés, melynél 0 pontot érnek az alultápláltság rizikófaktorai, így az étvágytalanság, fogyás, mozgásképtelenség, pszichés stressz, neuropszichátriai betegség és az alacsony, 19 alatti testtömegindex. A második rész a tápláltsági szokásokra kérdez rá, összesen 16 pont adható. A beteg pontot kap a megfelelő fehérje, hús, zöldség, gyümölcs és folyadékfogyasztásra, valamint a normál kar- és lábszárkörfogatra is. Az elérhető pontszám 30 pont. 17-23, 5 pont között az alultápláltság kockázata nagy, 17 pont alatt pedig az egyén vélhetően rosszul táplált.

A Tinetti-vizsgálat a beteg egyensúly-érzékelését és járását vizsgálja, ehhez egyszerű gyakorlatokra kell megkérni a beteget. Ide tartozik a leülés, felállás, csukott szemmel megállás, fordulás, rövid távolságon séta. A 16 rövid feladat 1 illetve 2 pontot ér, ha teljesen szabályosan végzi azokat, és 0 pontot, ha nem. A 26 alatti pontszám általában kóros, minél alacsonyabb a pontszám, annál inkább. Ha a pontszám 19 alatt van, az elesés kockázata ötszörös.

A csonttörési index számításakor a rizikótényezők jelentenek pontot, így az idősebb életkor, a korábbi csonttörés, a pozitív családi anamnézis, vékony testalkat, dohányzás, gyakori támaszkodás. Ezen kívül pontot ér a rossz csontdenzitometriás eredmény is. Mivel a

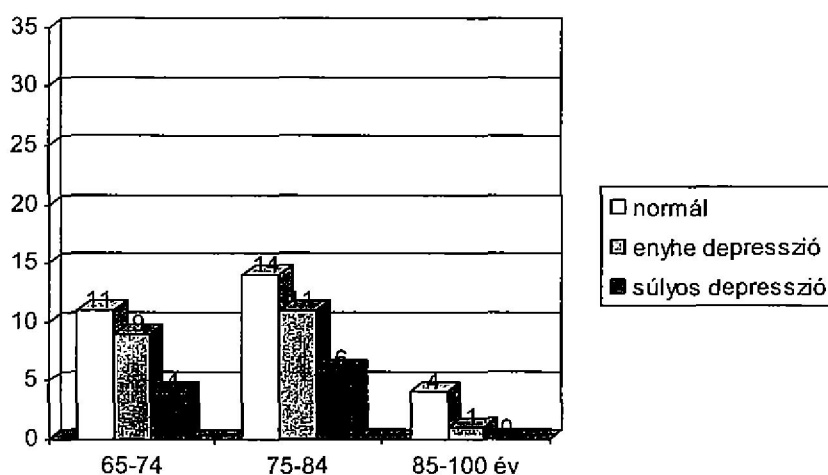
betegek nagy részének nem volt csontdeztometria eredménye, azért a pontokat nem tudtuk megfelelően értékelni, így azt vizsgáltuk, hány vizsgált személynél fordult már elő csonttörés 50 éves kora fölött.

A pontrendszerek alapján tehát minden betegnek kiszámoltuk az egyes tesztekhez tartozó pontszámát, ezeket számítógépes adatbázisba vittük, és a pontok valamint a korcsoportok alapján végeztünk statisztikai elemzést. Az eredményeket diagramokon ábrázoltuk.

Munkám célja az volt, hogy képet mutassak a geriátriai betegek általános fizikai és pszichés állapotáról.

EREDMÉNYEK

Elsőként a Yesavage-teszt eredményét ismertetjük (1. ábra).

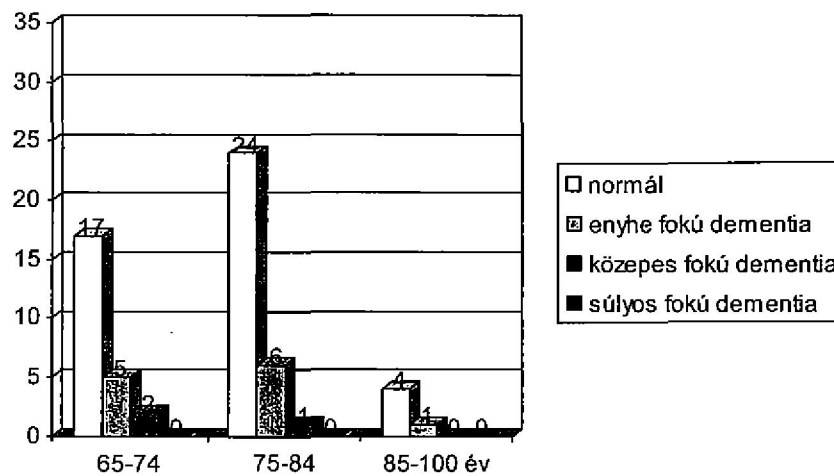


1. ábra: Yesavage depresszió skála alakulása korcsoportonként.

A depresszió skála eredményei alapján elmondható, hogy a 65 év feletti betegek több mint 50%-a szenved enyhe vagy súlyos fokú depresszióban. Az első és második korcsoportban egyaránt 54%-ban fordult elő a depresszió valamely formája, ezeknek közel a fele szenved súlyos fokú depresszióban. A harmadik csoportban mindössze 5 egyént vizsgáltunk, így ez kevésbé reprezentatív. Közülük egyébként 1 egyén szenved enyhe depresszióban.

Bár itt az első két korcsoportban növekvő tendencia látszik, a nagyobb számú adatok alapján az mondható el, hogy a kor előrehaladtával csökken a depresszió előfordulása.

A következő diagramon, a kognitív funkciók vizsgálatából kitűnik, hogy idősebb életkorban nő a demenciák előfordulása (2. ábra).

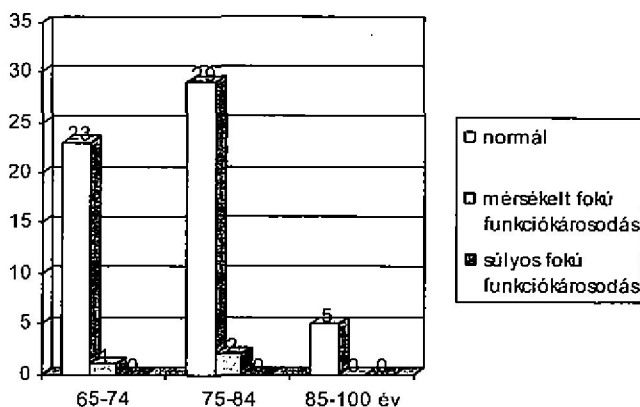


2. ábra: A Folstein-féle Mini Mental teszt eredményei

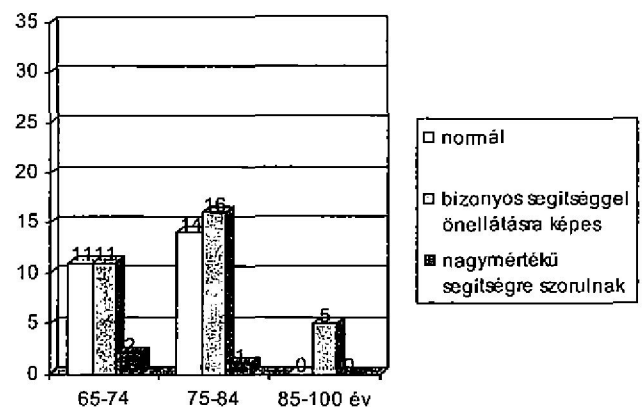
Az első csoportban 41%, a másodikban 22% volt valamilyen fokú demencia előfordulása, azonban a közepes fokú demencia mindössze 8% illetve 3%-ban fordult elő, súlyos fokkal pedig nem is talákoztunk a vizsgálat során.

A felmérés következő részében olyan alap élettevékenységekre is rákérdeztünk, mint a fürdés, öltözködés, WC-használat, közlekedés, inkontinencia illetve táplálkozás, valamint felmértük, hogy az idős betegek mennyire képesek az alapvető eszközhasználatra illetve a háztartási munkák elvégzésére. Így az önellátási képességről gyűjtöttünk információt (3. ábra).

A napi élettevékenység aktivitási skálája



A mindennapos eszközhasználat értékelése

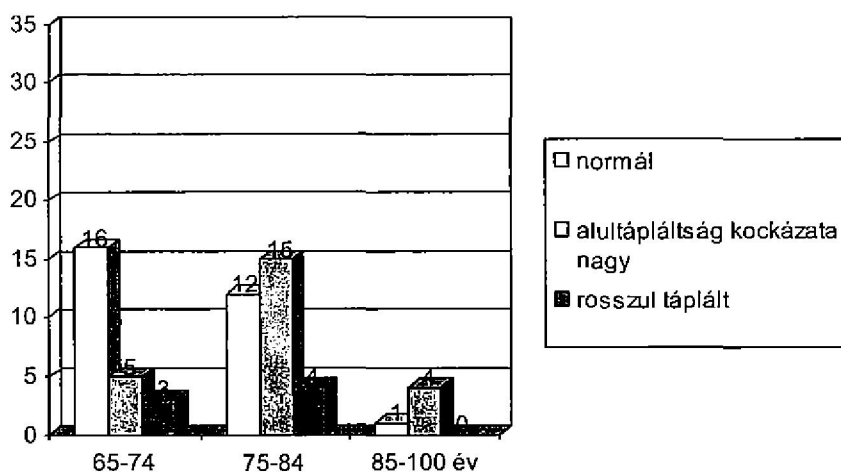


3. ábra: A napi élettevékenység és a mindennapos eszközhasználat alakulása korcsoportonként

Jól látható, hogy a 65 év felettiak nagy része képes az alapvető tevékenységeket elvégezni, és csak kis százalékban fordul elő funkciókárosodás, ami miatt otthoni gondozás vagy intézetben való elhelyezés válhat szükségessé. Ez a fiatalabb csoportban 4%-ot, a második csoportban 6,5%-ot jelent. Így a fürdés, wc-használat, öltözködés, táplálkozás nem jelentett gondot a vizsgált egyéneknek.

Az otthoni önellátásban azonban már jelentős hányad szorult segítségre. Az első két csoportban közel 54 %, míg a 85 év felettiak mindannyian igényeltek valamilyen segítséget a telefon, háztartási készülékek, anyagi gondok ellátásához. A vizsgáltak közül 3-an pedig egyáltalán nem képesek önállóan az eszközhasználatra.

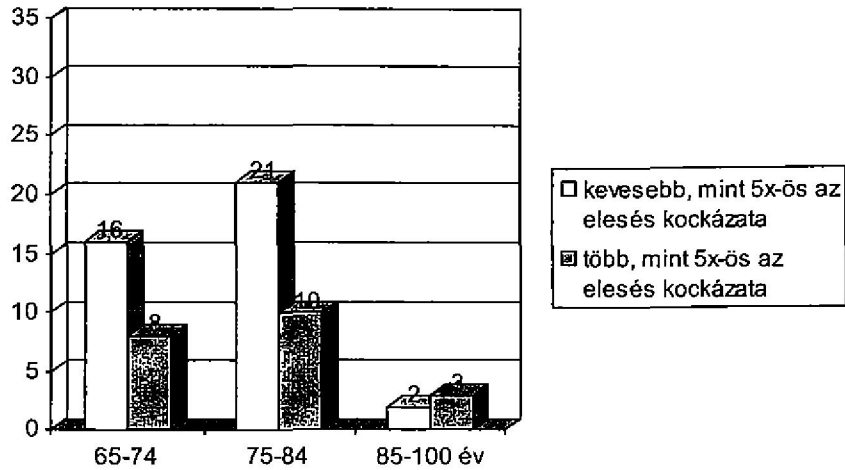
A következő tcsztünk a Mini Nutritional teszt, mely a tápláltsági állapot felmérésére szolgál. Az első része általános, a testtömegindexet (BMI), a testtömegvesztést, az étvágyat, valamint a testi és szellemi állapotot felölelő kérdésekből áll. A második rész az étrend részleteiről és bizonyos antropometriai mérésekről ad tájékoztatást (4. ábra).



4. ábra: Mini Nutritional Assessment – tápláltsági állapot alakulása

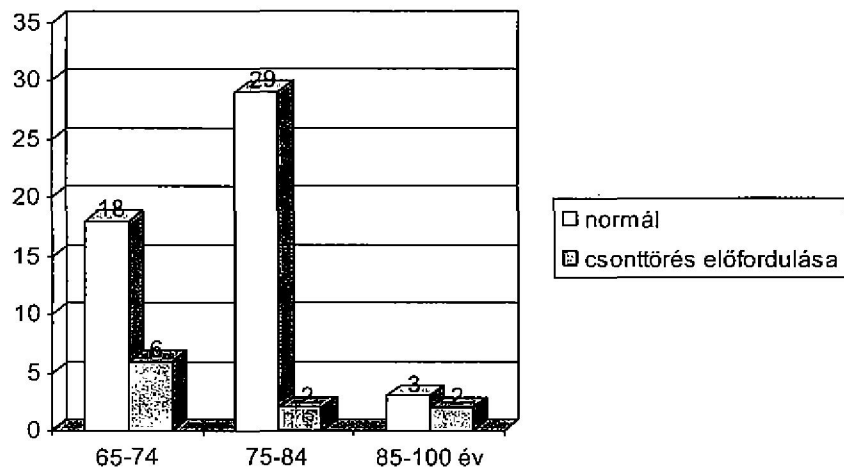
Látható, hogy a kor előrehaladtával az alultápláltság kockázata növekszik. Míg az első csoportban 33%, úgy a másodikban már közel 61% volt az alultápláltság előfordulása, a 85 év felettiak között pedig 5 vizsgált egyénből 4 került az alultáplált kategóriába.

A kérdőíveken kívül a betegek egyensúly- és mozgáskészségét is felmértük, ehhez a Tinetti-féle gyakorlatok voltak segítségünkre. Vizsgáltuk többek között az ülési egyensúlyt, a felállást, az önálló járást, és ezek alapján számoltunk pontokat az elesési kockázat felmérésére (5. ábra).



5. ábra: Tinetti-féle egyensúly- és járásvizsgálat. Az esés kockázata a betegek esetén.
A vizsgálat alapján a betegek közel 50%-ánál fokozott az esés veszélye.

Vizsgáltuk még az időskori csontitkulást, ugyanis a 65 év feletti betegek, különösen a nők fokozott kockázatnak vannak kitéve. Jelen teszttel a rizikófaktorokra kérdeztünk rá, így következtettünk a csontrendszer állapotára (6. ábra).



6. ábra: Csonttörési index – csonttörés előfordulása a betegeknél

A diagramon azt foglaltuk össze, milyen gyakorisággal fordul elő csonttörés 50 év fölött. Az eredmények biztatóak, de mivel DEXA érték kevés esetben állt rendelkezésre, ezért a csontsűrűsége vonatkozó adatok pontosabb feldolgozása még folyamatban van.

MEGBESZÉLÉS

Az előbbi vizsgálatok alapján tehát látható, hogy az idősebb betegek egyre inkább segítségre szorulnak, és több odafigyelést, gondoskodást igényelnek.

Ugyanakkor a vizsgálatok rámutatnak arra, hogy milyen betegségecsoport előfordulásával lehet számolni, így lehetőség nyílik ezek megelőzésére.

Látható, hogy az idős betegek egy része depresszióval küszködhet, és ez sok esetben csak az ilyen tesztek elvégzésével deríthető fel. Pszichés problémák esetén pedig szükség lehet pszichiáter bevonására és a kezelés mielőbbi elkezdésére, mert a nem kezelt depresszió számos kockázattal járhat. Egyrészt növeli a szuicidum kockázatát, és rizikófaktort jelent a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában is. Csökkenti a testi betegségek gyógyulását, valamint a motoros funkciókat. A betegek elhanyagoltabb állapotban kerülnek felvételre, és ez megnöveli a kórházi kezelés időtartamát. Általában rosszabb a depressziós beteg compliance is, így önmaguk és családjuk életminőségét is rontják.

Sokat hangoztatott vélemény, hogy a testi betegségek gyógyulásában is nagy szerepet játszik a pszichés jólét. Mert bár a gyógyítás döntően a testre irányuló tevékenység, gyakran felmerül a kérdés: lehet-e a testet a szellemtől elkülönülten gyógyítani. Rotterdami Erasmus is azt írta: „sokkal jobban kell félni a lélek bajától, mint a test bajától”(Rotterdami E. 2000). Éppúgy igazak lehetnek Dr. Simon Kornél szavai, miszerint „ha a megértést gyógyulni akarás, az akarást hit, a hitet megrögzött, rendíthetetlen meggyőződés követi: a beteg tudja, hogy meg fog gyógyulni, az önpusztítás helyett az önteremtés csodája megy, vagy mehet végbe”(Simon K. 2008).

Az irodalomban számos példát láthatunk arra, hogy a pszichés jólét döntő befolyással lehet a testi egészségre. Ez is alátámasztja azt a geriátriai alapelvet, miszerint nem szabad csak egy adott betegséget kezelni, hanem mindig az egész egyént komplexen kell vizsgálni, hiszen sokszor a lelki bajok javulása lehet az első lépcső a testi betegség gyógyulásához is. A depresszió skála által szolgáltatott eredményeinket kiegészíteném egy, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumán végzett kutatás eredményével (Szemán A. és mtsai. 2007). A tanulmány gerontológiai korú személyek három csoportját vizsgálta. Belgyógyászati osztályon kezelt idős embereket, szociális intézményben élőket, illetve otthonukban –egyedül vagy családtagjaival –élő, szociálisan aktív, Idősek Klubját rendszeresen látogató embereket (összesen 75 idős embert). A kutatók elemezték az Élet értelmébe vetett hit-skálát, valamint a mindennapi szociális környezetben betöltött szerep, a személyes élethelyzet és az egészségi állapot szubjektív megélését, a társas aktivitást. A kérdéssor foglalkozott még az egyéni életúttal és a múlttal kapcsolatos megbánás meglétével illetve hiányával is. Eredményeik alapján elmondható, hogy a családi, szociális kapcsolatok a legjelentősebb protektív faktorok az időskori kétségbeesés megjelenésével szemben. Az eltérések nem szignifikánsak ugyan, de elmondható, hogy a pillanatnyi élethelyzet szubjektív megítélése jelentős hatást gyakorolt az élet értelmességének megítélésére. A közösségi

tevékenységekben, társas összejöveteleken való részvétel és az egészségi állapot pozitív megítélése szignifikánsan emelte az „Élet értelmébe vetett hit”-et.

A depresszió kialakulásának megelőzésében tehát fontos szerepe van a családnak, a környezetnek, ezen kívül törekedni kell a munka fenntartására, új elfoglaltság keresésére, aktív mozgásra. Mindemellett alapvetően fontos a depresszió mielőbbi felismerése, és a hatékony terápia megkezdése. Ehhez nyújt segítséget a Yesavage depresszió skála, amit minden kórházban fekvő idős beteggel ajánlott lenne elvégezni.

A Mini Mental State eredményei alapján látható, hogy a depresszión kívül a kognitív hanyatlás, a dementia is gyakran előforduló kórkép lehet az idős betegek körében. Ennek felismerése azért is fontos, mert nemcsak valamilyen elindító alapbetegségre hívhatja fel a figyelmet, hanem az időskori balesetek egyik jellemző oka lehet, és fokozott odafigyelést, esetlegesen intézeti elhelyezést tehet indokoltá.

Időskorban a dementia kialakulásának hátterében számos fiziológiás és patológiás, akár még reverzibilis folyamat is állhat, fontos ezeknek a felderítése, és megfelelő oki vagy tünci terápia elindítása.

Itt megjegyezném, hogy az általunk vizsgált betegek nagy része járóbeteg volt, ennek kapcsán pedig ismertetnék egy olasz prospektív tanulmányt, mely a dementia és a fizikai aktivitás összefüggését vizsgálta (Ravaglia G. és mtsai. 2007)). 65 évnél idősebb személyeket kiterjedt kognitívfunctió demenciaszűrésnek vetettek alá. 4-5 év múltán újra megvizsgálták őket, és kérdőíves módszerrel a fizikai aktivitásukat is megállapították. A követés során összesen 86 dementia jelentkezett, 54 Alzheimer- és 27 érbetegség. A vascularis dementia kockázata a sokat gyaloglók körében a genetikai és a szociális tényezők kikapcsolása után is mindössze 0, 27%, a közepesen aktívak között 0, 29%. Ez a különbség akkor is fennáll, ha a cardiovascularis rizikótényezőket és az általános egészségi állapot hatását is kiszűrték. Az Alzheimer-dementia jelentkezése viszont nem függött sem az aktivitástól, sem a cardiovascularis rizikótényezőktől.

Ezzel az ismertetővel arra szeretnék utalni, hogy a vizsgálatunk esetleg nem ad valós képet az időskori dementiák előfordulásáról, mivel mi csak fizikailag aktív egyéneket vizsgáltunk. A gerontológiai korú betegek körében tehát valószínűleg még ennél is magasabb lehet a dementia előfordulása, ha a fekvőbetegeket is vizsgálnánk.

Ez a tényező közrejátszhatott a napi élettevékenységet felmérő tesztben is, ami azt tükrözi, hogy a betegek nagy része képes önállóan ellátni magát, és az alap eszközhasználatban is önállóan vagy némi segítséggel megfelelően boldogul. Ezeknek a felmérése is hozzá kellene hogy tartozzon egy idős beteg alap vizsgálatához, mert sajnos sok olyan példa lehet, hogy a

beteg nem képes önmagát ellátni, és ez nem csak az életminőségét ronthatja, de további betegségeket, kórállapotokat idézhet elő. Gondoljunk csak a személyi higiéné nem megfelelő fenntartására, a nem megfelelő öltözködésre. Ezen kívül az alultápláltságnak is gyakori oka lehet az, hogy a beteg egyszerűen nem képes elkészíteni a saját ételét, vagy éppen a táplálkozás folyamatával vannak problémái. Ezek felismerésével és időben való kezelésével számos további probléma megelőzhető lehet.

Az eszközhasználatból látszik, hogy sajnos a járóbetegek között is vannak már olyanok, akik teljesen önálló életvitelre már nem képesek, de viszonylag megtartott functioképességük van. Ők ugyan nem igényelnek állandó felügyelet, de szükség lehet gondozó, segítő bevonására a bevásárláshoz, háztartási munkákhoz, anyagi ügyek intézéséhez, esetleg gyógyszereléshez. Ezzel az idős emberek életmódja sokban megkönnyíthető és jobbá tehető.

A tesztek közül talán az alultápláltságot mérő Mini Nutritional Assessment eredményei a leginkább kétségbeejtőek. Különösen a 75 év feletti korosztályban kell számolni fokozott rizikóval. Mint már említettem, az alultápláltság kialakulása is több tényezős dolog. Okozhatja mentális betegség, testi betegség, mozgáskorlátozottság, dementia, és még sorolhatnám. Itt is látható, hogy az általunk végzett SGA teszt által vizsgált tényezők több ponton összefüggnek és hatnak egymásra, és mintegy circulus vitiosusként fokozatos állapotromlást idézhetnek elő. Ezért az alultápláltságnak nem csak a kezelése alapvető, hanem az okának kiderítése is, mert az esetleg más terápiát tesz szükségessé. Itt tehát megint fontos lehet a szociális-pszichés környezet megvizsgálása. Amennyiben ezekkel nincs probléma, elegendő lehet a megfelelő diéta beállítása, de idős betegek esetében általában a tápláltsági állapot rendezése többtényezős folyamat, ami a további leromlás megelőzésére és a fizikai aktivitás fenntartásához elengedhetetlen feladat.

Időskorban a mozgásszervi problémák is rendszeres ellenőrzést, gondozást igényelnek. Számos tanulmány készült annak bizonyítására, hogy az időskori fizikai aktivitás csökkenti a mortalitást. Az agyi felismerési funkciókra gyakorolt edzéshatást részletesen is vizsgálták, és a végrehajtó funkciókra látták a legkedvezőbb befolyást (Cocombe SJ. és mtsai. 2004). Angiogen és neurotroph hatásmechanizmust igazoltak állat- és embervizsgálatokban egyaránt, elsősorban a frontális régiókban. Többnyire idősotthonok lakói közül választottak ki átlagosan 79 év körüli nem depressziós, nem demens, psychotrop gyógyszert nem szedő, az átlagosnál intelligensebb (Kaufman Brief Intelligence Test) 38 férfit és 84 nőt. A heti testmozgásukat a Yale Physical Activity Survey alapján ítélték meg. A gátlást, amely kulcsszerepű végrehajtó funkció, a Stoop Color and Word teszttel mérték. A Stroop-teszteredmény és a heti, évek óta

stabil fizikai aktivitás között szoros kapcsolatot találtak. A nem végrehajtó funkciók és az aktivitást jelző index között nem volt jelentős kapcsolat. A fizikai aktivitás a kognitív funkciók javításán kívül specifikusan védi a frontális lebenyhez kötődő végrehajtó működéseket. Az MRI-vizsgálat emberen is igazolja az aerob edzés ilyen hatását, mások az agyi véráramlás megőrzöttségét látták az edzést végző idősökön.

A fizikai aktivitásnak tehát döntő jelentősége van idősebb életkorban is. Dr. Apor Péter és Dr. Rádai Attila írt egy tanulmányt az idős, fizikailag aktív emberek egészségéről és életkilátásairól, melyben részletesen kitérnek a sport jótékony szerepére (Apor P. és mtsa. 2010). Vitathatatlan a szerep a cardiovascularis-metabolikus megbetegedések, egyes rákok, az osteoporosis és a kognitív funkciócsökkenés megelőzésében.

Ehhez alapvetően fontos a mozgás és egyensúly-vizsgálat időnkénti elvégzése, a fizikum felmérése. A betegeket ösztönözni kell a rendszeres mozgásra, ez lehet napi 15-20 perc séta, de akár egyénre szabottan, képességeiknek megfelelő mozgásformák, gyakorlatok előírása is sokat segíthet az aktivitás megőrzésében. Ez nem csak a testi jóléthez, a betegségek könnyebb leküzdésében játszhat fontos szerepet, de a lelki egészséghez, a depresszió elkerüléséhez is hozzájárul, aminek pozitív hatásairól már az előzőekben szóltam.

Ezen kívül ismert tény, hogy az elesés is jelentős egészségügyi problémát jelent, mert olyan sérüléssel járhat, mely csökkenti a mozgást, maradandó károsodást okozhat és fokozza a korai halál veszélyét. Nemzetközi szakirodalmi adatok alapján az időskorúak fele évente egyszer elesik, 30%-uk többször. Azonban csak minden tizedik elesés jár olyan következménnyel, ami traumatológiai ellátást tesz szükségessé.

Az elesés komplex jelenség. Kimutatott tény, hogy az elesések jelentős pszicho-szociális és szomatikus morbiditási és mortalitási következményekkel járnak. Egy klinikai tanulmány monotraumas combnyaktörést szenvedettek primer ellátását követő halálozását vizsgálta (Andor S. és mtsai. 2008). 3783 fő került elemzésre, átlagéletkoruk 77,97. Az eredmények alapján az első 5 évben 61, 88%-os volt a halálozás. Ez a tény is azt mutatja, hogy fontos az elesés rizikójának kiszűrése, és megfelelő óvintézkedések kezdeményezése.

Alapvetően fontos a megelőzés, többek között a környezet megfelelő kialakítása, kapaszkodók, irányfények alkalmazása, valamint megfelelő gyakorlatok végzése. Ezen kívül a Geriátriai Szakmai Kollégium ajánlása alapján minden idős beteget, aki elesés kapcsán kapcsolatba kerül az egészségügyi ellátórendszerrel, ki kell vizsgálni az elesés okai, intrinsic kockázati tényezői tekintetében. Ezeket kezelni kell és a beteget geriáter szakorvoshoz kell irányítani.

Látható tehát, hogy az idős betegek ellátása, gondozása valóban komplex folyamat. Sohasem lehet csak egy betegségre koncentrálni és egyedül azt kezelni, mert ebben az életszakaszban számos tényező van, ami hozzájárulhat, vagy éppen ronthatja a testi-lelki egészség fenntartását. Vizsgálatunk célja rávilágítani, hogy melyek azok a kórképek amelyeket minden gerontológiai korú betegnél érdemes ezekkel az egyszerű tesztekkel kiszűrni, mert ezen kórképek vagy rizikótényezők ismerete és esetleges kezelése nagyban segítheti az orvos munkáját is. Ezen kívül azt sem szabad felednünk, hogy olyan öregségünk lesz, amilyen mintát adunk fiataljainknak az idősökkel való bánásmód terén. Végezetül Boerhave szavait idézném, úgy gondolom ez kellően magában foglalja az idős betegekkel foglalkozó orvos szeme előtt lebegő célt: „Fenntartani a test töretlen egészségét, a szellem állandó élénkségét és nyugalját. Ezeket a késői öregségig meg kell tudni őrizni. Ilyen állapotban majd egyszer betegség és küzdelem nélkül a test és a lélek egymásnak búcsút mond.”

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném megköszönni Prof. Dr. Zcher Margit Intézetigazgató Asszonynak és a III. számú Belgyógyászati Klinikának, hogy lehetőséget adtak a munkám elvégzésére. Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Bakó Gyulának szakmai segítségéért, támogatásáért, valamint Dr. Szabó Adriennek az odaadó munkájáért. Köszönöm továbbá a segítséget Horváth Melinda hallgatótársamnak, aki közreműködött a tesztek elvégzésében és az adatok gyűjtésében.

IRODALOM

- Andor S, Boncz I, Tóth F, Péntek M, Nyárády J, Sándor J. (2008): Időskori combnyaktöréseket követő halálozás és kockázati tényezőik kapcsolatának értékelése 5 éves utánkövetéssel. *Orv Hetil* 28228: 493-503.
- Apor P, Rádi A. (2010): Veterán sportolók. Az idős, fizikailag aktív emberek egészsége és életkilátásaik. *Orv Hetil* 28775: 110-113.
- Colcombe SJ, Kramer AF, Erickson KI, Scalf P, McAuley E, Cohen NJ, Webb A, Jerome GJ, Marquez DX, Elavsky S. (2004): Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proc Nat Acad Sci USA* 101: 3316–3321.
- Haranghy L. (1969): A gerontológia a XX. Század új tudománya. *Orvostudomány* 20: 209-226

- Koleseri S. (1962): Tractus brevis de mediis quibus vitae sanitatis conserverentur et prolongaretur. National Press
- Korányi S. (1937): Öregedés. Orvosképzés 27, 356-366
- Lelovics Zs. (2009): A tartós bentlakásos intézményekben élő időskorúak tápláltsági állapota és táplálkozási rehabilitációja. Orv Hetil 28723: 2028-2036.
- Majercsik E. (2008): Életminőség és közérzet az élet alkonyán. Magyar Családorv Lapja 7: 6-10.
- Ravaglia G, Forti P, Lucicesare A, Pisacane N, Rietti E, Bianchin M, Dalmonete E. (2007): Physical activity and dementia risk in the elderly. Neurology 70: 1786-1794.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. (1988): One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry 45: 977-986.
- Rotterdam E. (2000): Enchiridon Miliris Christiani. Paulus Hungarus-Kairosz Kiadó
- Simon K. (2008): Test-szellem-lélek... Melyiket gyógyítjuk? Orv Hetil 2156: 755-759.
- Szemán A, Hegyi P, Bakó Gy, Molnár P. (2007): Az élet értelmességének szubjektív megélése időskorban. Mentálhigiéné és Psychoszomatika 8: 309-327.

Nagy Erika*, Dr. Szabó Adrienne, Dr. Tárkányi Ilona, Dr. Tizedes Franciska, Dr. Daróczi Borbála, Dr. Bakó Gyula

*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Általános Orvosi Kar, VI. évf. hallgató; Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Belgyógyászati Intézet, Geriátria Tanszék

Levelező szerző: Dr. Bakó Gyula

DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. Belklinika, Debrecen, Nagyerdei krt. 98. H-4032.

Tel: +36 20 331 5595;

Email: bako@dote.hu