

Stabilność posturalna w profilaktyce upadków ludzi starszych – jak ją oceniać



Stabilność posturalna w profilaktyce upadków ludzi starszych – jak ją oceniać

Wnikliwa analiza fizjologicznych funkcji danej osoby starszej pozwala na objęcie działaniem strategii interwencyjnej obszarów deficytów, które wymagają tego rodzaju działań. Poznaj metodę oceny czynników upadków zaproponowaną przez Badawczy Instytut Uniwersytetu Medycznego Południowej Walii w Australii.

absolwent Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie – specjalność rekreacja i rehabilitacja ruchowa.
Specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, obecnie zatrudniony jako pracownik dydaktyczny na Wydziale Pedagogiki i Promocji Zdrowia w Wyższej Szkole Informatyki i Umiejętności w Łodzi

Marek Ziółkowski



Upadki zdarzają się w każdym okresie życia, ale w starszym wieku nabierają szczególnej wagi i są zaliczane do tzw. wielkich problemów okresu starości. Spośród trzech osób w podeszłym wieku w populacji ogólnej u jednej jest prawdopodobieństwo wystąpienia jednego lub większej liczby upadków w ciągu roku [1]. Wskaźnik ryzyka upadków może być jeszcze wyższy w przypadku starszych ludzi zamieszkujących w placówkach przejściowych i opieki stałej.

Upadki są **główną przyczyną urazowości** wśród starszych ludzi, a urazy, które są następstwem upadków, są piątą co do częstości występowania przyczyną zgonów ludzi po 65. roku życia. [1]. Zmniejszenie zdolności koncentracji, podzielności uwagi, słabsza koordynacja ruchowa zwiększają ryzyko upadków u osób starszych wykonujących jednocześnie dwie lub więcej czynności, szczególnie przy współistnieniu upośledzenia funkcji poznawczych [2]. Wszystkie upadki, nawet te, które nie powodują fizycznych uszkodzeń, obniżają jakość życia, nasilają stany lękowe i redukują dalszą aktywność życiową.

Literatura wskazuje, że choroba Parkinsona, przebyty udar mózgu, osłabienie siły mięśniowej, zmiany zwyrodnieniowe stawów, patologiczne objawy neurologiczne, stosowana farmakoterapia to **istotne czynniki**, które pozwalają przewidzieć wystąpienie upadków [1]. Jednak przypisywanie danego stopnia ryzyka upadków określonej diagnozie medycznej jest problematyczne. Wynika to z faktu, że względne nasilenie wymienionych stanów klinicznych może być różne u poszczególnych osób.

Osłabienie funkcji poznawczych i motorycznych związanych z wiekiem, mało aktywnym trybem życia czy umiarkowanymi stanami patologicznymi może rów-

nież występować u ludzi starszych bez udokumentowanych poważniejszych schorzeń [2, 3].

Mimo dobrego rozeznania przyczyn występowania upadków populacji osób starszych, **ocena ich ryzyka** w konkretnym przypadku naraża dużych trudności. Stosowane dotychczas narzędzia pomiarowe łączące w sobie elementy fizjologiczne i takie wymogi czynnościowe, które odtwarzają rzeczywiste przeszkody środowiskowe, nie do końca pozwalają na programowanie usprawnienia oraz ocenę jego skuteczności [4, 5, 6].

Przykładowo były to: „czynnościowy test sięgania” (ang. *the funtional reach test*), „test – wstawanie z krzesła” (ang. *chair stand test*), skala Tinetti czy skala Berga. Przeważająca liczba testów pochodzi ze Stanów Zjednoczonych. A zatem większość z nich podlega przedstawieniu na warunki ogólnoeuropejskie lub tylko polskie. Zaproponowano również wykorzystanie skomplikowanej aparatury opartej na systemie komputerowej analizy ruchu i chwiejności postawy ciała. Jednak złożoność zastosowania tych urządzeń badawczych powoduje ich ograniczone praktyczne zastosowanie w warunkach, w których leczy się osoby starsze. Utrzymanie równowagi ciała jest funkcją złożoną. Jest to proces służący zapewnieniu właściwego położenia rzutu środka masy ciała COM (ang. *center of mass*) w obrębie płaszczyzny podparcia, wyznaczonej przez obrys stóp.

Działanie każdego z systemów fizjologicznych wraz z wiekiem ulega pogorszeniu, zaś zaburzenia dotyczące każdego z nich wiążą się z podwyższonym ryzykiem upadków. Na rycinie 1 przedstawiono systemy fizjologiczne, które stanowią fundamenty stabilności.