

Epidemiologia głównych zaburzeń psychicznych wśród osób w podeszłym wieku

dr hab. n. o zdr. Mateusz Cybulski
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

- ▶ Aktualna sytuacja demograficzna na całym świecie wskazuje na znaczny wzrost udziału osób starszych, tj. powyżej 60 roku życia, w strukturze społeczeństwa.
- ▶ Wzrost liczby osób starszych w strukturze społecznej determinowany jest przede wszystkim wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia, na który wpływa m.in.:
 - ▶ poprawa warunków bytowych w tej grupie społecznej,
 - ▶ lepszy dostęp i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - ▶ wzrost wiedzy seniorów w zakresie podstawowych zasad profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, przekładający się na większą liczbę zachowań prozdrowotnych w tej grupie wiekowej.

Prognozy demograficzne - GUS

- ▶ do 2050 roku odnotowywane będzie znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych w strukturze polskiego społeczeństwa, natomiast zwiększy się liczba i udział osób starszych (przyrost o 19% w miastach i o prawie 17% - na wsi).
- ▶ Udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich, natomiast w miastach zbliży się do 35%.
- ▶ Osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 roku było to 3,9%.
- ▶ Spośród 3,5 mln mieszkańców Polski będących w 2013 roku w wieku 80 lat i więcej, w końcowym roku prognozy (w 2050) **ponad 59 tys. ukończy 100 lat!**



Epidemiologia - definicja

- ▶ badanie występowania i rozmieszczenia stanów lub zdarzeń związanych ze zdrowiem w określonych populacjach
- ▶ Badanie:
 - ▶ rozpowszechnienia chorób, czyli częstości występowania i rozmieszczenia chorób w danej populacji ludzkiej;
 - ▶ rozpowszechnienia niepełnosprawności i ich przyczyn;
 - ▶ rozpowszechnienia zgonów i ich przyczyn.

Mierniki stanu zdrowia

► Pozytywne:

- dotyczące rozwoju fizycznego
- ocena sprawności fizycznej
- ustalenie wskaźnika wydolności

► Negatywne:

- chorobowość (liczba chorych)
- zapadalność (liczba nowych chorych)
- umieralność (liczba zgonów)
- śmiertelność (liczba zgonów z powodu określonej choroby)

Sytuacja zdrowotna w zakresie zaburzeń i chorób psychicznych

- ▶ Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych.
- ▶ Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku.
- ▶ Podobnie sytuacja wygląda na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia psychiczne ogółem

- ▶ Najnowsze wyniki badań prowadzonych w Europie (UE27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia) opublikowane w 2011 r. wskazują, że każdego roku **164,8 miliony** mieszkańców UE (**38,2%**) cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego!
- ▶ Najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są:
 - ▶ zaburzenia lękowe (14%),
 - ▶ bezsenność (7%),
 - ▶ depresja (6,9%),
 - ▶ zaburzenia somatyczne (6,3%),
 - ▶ zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%),
 - ▶ ADHD (5%) u dzieci i młodzieży,
 - ▶ demencja (1-30% w zależności od wieku).

- 
- ▶ Jak głosi raport WHO, wśród 20 najczęstszych chorób znajdują się następujące zaburzenia psychiczne:
 - ▶ zaburzenia afektywne dwubiegunowe,
 - ▶ zaburzenia depresyjne nawracające (dystymia),
 - ▶ zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu.

Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska

- ▶ W badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18-64 r. ż.) u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV.
- ▶ Wśród nich co 4 przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co 25 - trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób.
- ▶ U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%).
- ▶ Zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja. Należy zaznaczyć, że depresja przez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym.

- ▶ Dużą grupę zaburzeń stanowią zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwami nadużywania alkoholu.
- ▶ Do województw, które charakteryzują się najwyższym rozpowszechnieniem, zaliczamy województwa: łódzkie (29,3%), co po oszacowaniu daje liczbę ponad pół miliona osób, świętokrzyskie 27,8%, czyli około 217 tys. osób oraz województwo lubuskie również 27,8%, co w tym przypadku daje liczbę 183 tys. osób.
- ▶ Najniższe rozpowszechnienie zanotowano w województwie zachodniopomorskim - 18,9% oraz podkarpackim - 17,8%, co daje łączną liczbę 469 600 osób.

Wydatki na świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrii

Rok	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Wysokość nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	1 mld 994	2 mld 135	2 mld 225	2 mld 298	↑15,38%

Tabela 1. Wysokość nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2011-2014

Źródło: dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

- ▶ I edycja - okres realizacji: 2011-2015
- ▶ II edycja - okres realizacji: 2017-2022
- ▶ koordynator: Ministerstwo Zdrowia

- ▶ cele programu:
 - ▶ promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
 - ▶ zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
 - ▶ rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

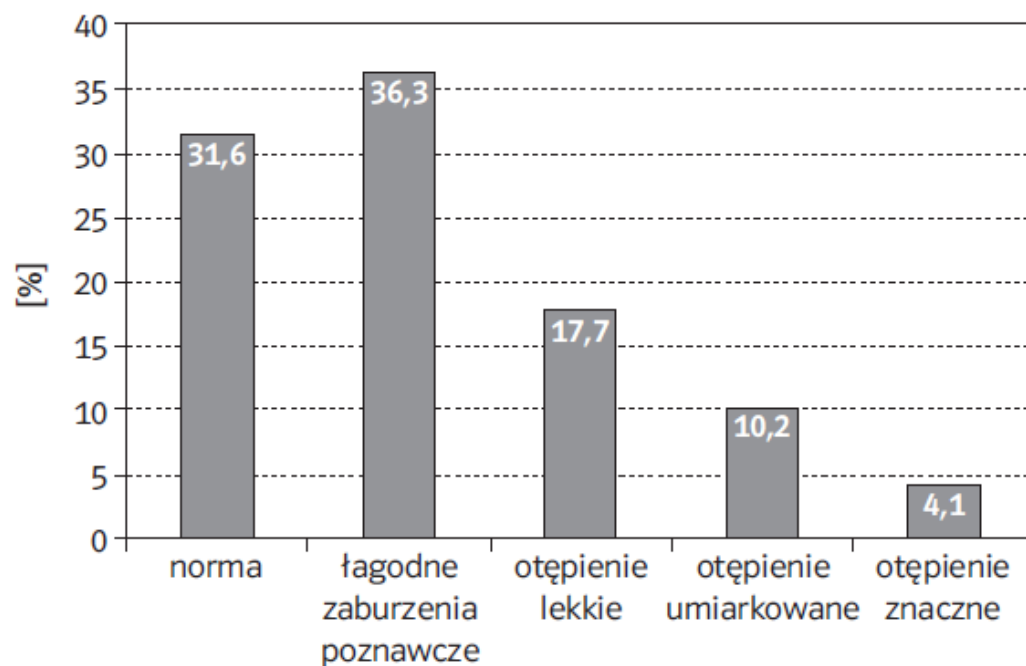
Lp.	Podmiot	Przeznaczenie środków	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2022 r.	Razem lata 2017–2022
	Razem wydatki na NPOZP		46 391 520	46 393 918	46 391 520	46 391 520	46 391 520	46 391 520	278 351 518

Badanie PolSenior

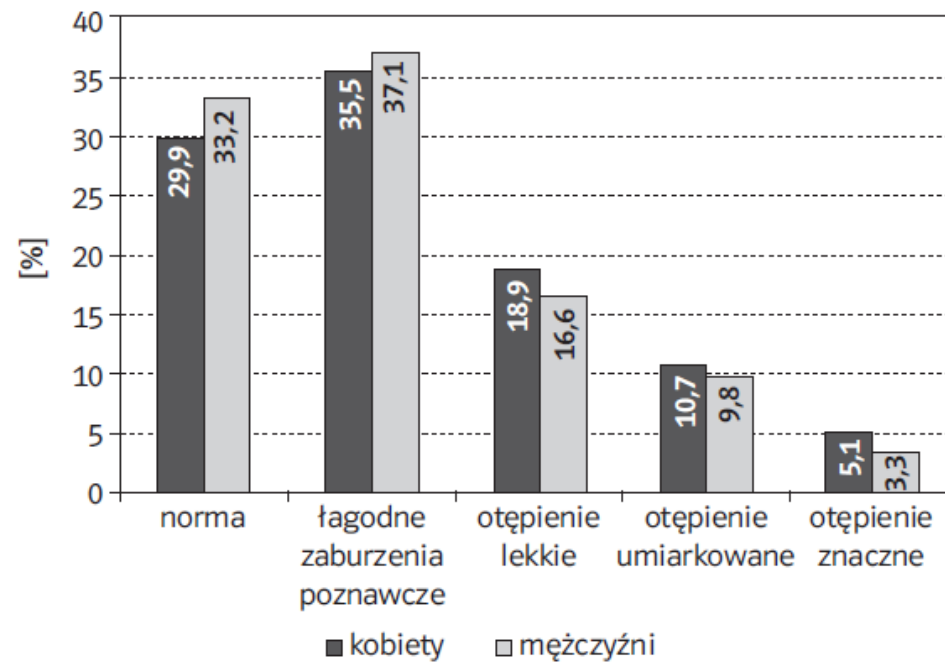
- ▶ największy w Polsce interdyscyplinarny projekt poświęcony medycznym, biologicznym, społecznym i ekonomicznym aspektom demograficznego starzenia się społeczeństwa
- ▶ cel:
 - ▶ ocena sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej populacji polskiej w wieku 65+ oraz jej porównanie z grupą osób u progu starości
- ▶ grupa badana: n = 5695 osób

PolSenior

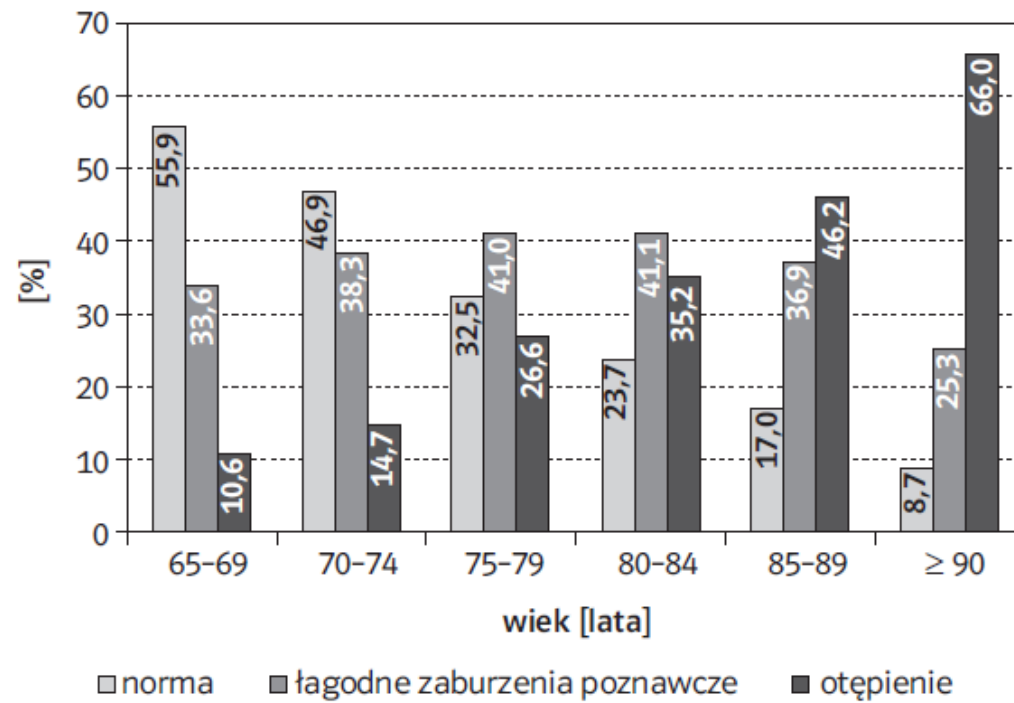
zaburzenia funkcji poznawczych



Rycina 1. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych ocenianych na podstawie wyników testu MMSE



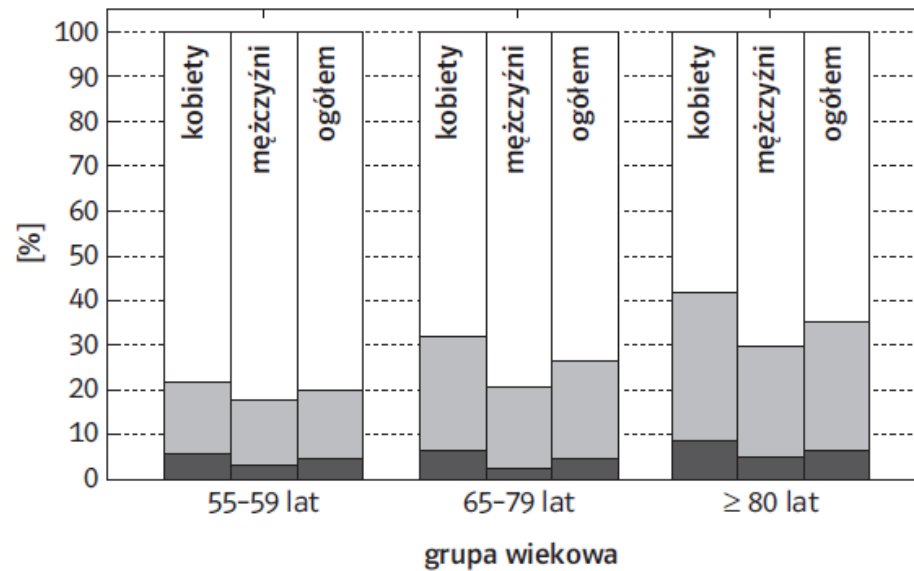
Rycina 2. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych na podstawie wyników testu MMSE w badanej grupie w zależności od płci



Rycina 4. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w zależności od wieku

PolSenior

zaburzenia depresyjne



□ bez depresji □ depresja o nasileniu umiarkowanym ■ depresja o nasileniu znacznym

Rycina 2. Rozpowszechnienie objawów depresyjnych w podgrupach wiekowych z uwzględnieniem płci

Tabela 1. Występowanie zaburzeń depresyjnych u osób w wieku 65 i więcej lat w zależności od statusu rodzinnego

Status rodzinny	Ogółem				Kobiety				Mężczyźni			
	bez depresji		depresja		bez depresji		depresja		bez depresji		depresja	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
żonaty/ zamężna	1575	76,90	473	23,10	420	71,43	168	28,57	1155	79,11	305	20,89
kawaler/ panna	68	68,00	32	32,00	39	67,24	19	32,76	29	69,05	13	30,95
wdowiec/ wdowa	980	62,98	576	37,02	677	61,16	430	38,84	303	67,48	146	32,52
rozwidziony/ rozwidziona lub w separacji	57	64,77	31	35,23	27	64,29	15	35,71	30	65,22	16	34,78

Zaburzenia funkcji poznawczych epidemiologia

Liczbę chorych cierpiących z powodu różnego rodzaju zespołów otępiennych na świecie ocenia się na ok. 30 mln. Przewiduje się, że wzrośnie ona do 60 mln w 2030 r. i aż do 114 mln w 2050 r. (*McKhann i wsp. 2011*). Główną przyczyną otępienia wśród rasy białej jest choroba Alzheimera (*Alzheimer's disease – AD*), stanowiąca według różnych danych od 50% do 70% wszystkich otępień, a kolejnymi: otępienie naczyniowe, otępienia z ciałami Lewy'ego i czołowo-skroniowe (*Clifford i wsp. 2011, Albert i wsp. 2011*).

Wyniki badań wskazują na występowanie otępienia u ok. 10% populacji geriatrycznej. Podkreśla się wyraźny wzrost częstości występowania tej grupy schorzeń, głównie o etiologii AD, wraz z wiekiem, zwłaszcza między 65. a 85. rokiem życia (*Barcikowska 2006*). Niewiele jest natomiast doniesień na temat epidemiologii tego rodzaju otępienia w późniejszych przedziałach wiekowych. Większość badań wskazuje na prawie dwukrotny wzrost występowania AD w każdym kolejnym pięcioletnim przedziale wiekowym w populacji geriatrycznej do 85. roku życia, później zaczyna dominować postać naczyniopochodna (*Sobów i wsp. 2006*). W metaanalizie Jorma, opartej na 22 badaniach dotyczących rozpowszechnienia otępienia w krajach europejskich, średnie częstości występowania tego schorzenia narastały od 0,7% w populacji do 65. roku życia, poprzez 1,4%, 2,8%, 5,6%, 10,5% i 28,8% w kolejnych pięcioletnich przedziałach wiekowych, do 38,6% w grupie po 90. roku życia (*Jorm i wsp. 1997*). Inne prace wskazują na większe rozpowszechnienie tych zaburzeń, zwłaszcza w zaawansowanej starości: od 20% w wieku 80 lat aż do 33–50% w wieku 90 lat (*Rosenthal 2009, McKhann i wsp. 2011*).

Zaburzenia depresyjne

epidemiologia

Depresja należy do najczęstszych zaburzeń psychicznych, a jej występowanie uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Wiek i towarzyszące mu choroby somatyczne uznawane są za niezależne czynniki ryzyka rozwoju depresji. Analiza badań oceniających częstość występowania depresji w populacji osób starszych wskazuje na znaczną rozbieżność wyników, od kilku do kilkudziesięciu procent (*Parnowski 2005a*), a badania prowadzone w najstarszych grupach wiekowych umożliwiły rozpoznanie tego problemu u ponad 1/4 badanych (*Stek i wsp. 2004, Wild i wsp. 2011*). Czynniki ryzyka depresji specyficznymi dla podeszłego wieku są: wdowieństwo, poczucie osamotnienia, obniżenie pozycji społecznej i pogorszenie statusu finansowego, utrata sprawności fizycznej, współistniejące choroby oraz uzależnienie od pomocy osób innych i zmiana środowiska zamieszkania, np. przenosiny do domu opieki. Powszechnie wiadomo, że osoby w podeszłym wieku częściej niż osoby młodsze chorują na schorzenia somatyczne, w tym choroby przewlekłe, którym towarzyszą uciążliwe dolegliwości i trudności w codziennym funkcjonowaniu, co powoduje obniżenie nastroju, gorszą samoocenę i sprzyja depresji. Chorobowość jest czynnikiem ryzyka depresji nie tylko u osób starych, ale również u młodszych dorosłych (*Andersson i wsp. 2011*).

Wykazano, że w populacji ogólnej kobiety częściej niż mężczyźni cierpią na depresję, ale wyniki badań prowadzonych wśród osób w zaawansowanym wieku podeszłym nie są jednoznaczne. W badaniach chińskich prowadzonych u osób w wieku powyżej 90 lat depresję stwierdzono u 20% mężczyzn i 29% kobiet (*Chang-Quan i wsp. 2008*), a w projekcie badawczym prowadzonym w Leiden w grupie osób po 85. roku życia nie stwierdzono różnic związanych z płcią (*Stek i wsp. 2004*). Depresja wpływa na wzrost śmiertelności, a ryzyko zgonu rośnie wraz ze stopniem nasilenia objawów depresyjnych (*Almeida i wsp. 2010*).

Depresja u osób starszych a choroby somatyczne

- ▶ U 30%-50% chorych z chorobą Parkinsona stwierdza się objawy depresji. Częste występowanie zaburzeń psychotycznych (od 10% do 50% populacji chorych) obserwuje się także w cukrzycy i innych chorobach metabolicznych, przewlekłych chorobach płuc oraz w chorobach nowotworowych.
- ▶ Związek pomiędzy chorobami somatycznymi i występowaniem depresji stwierdza się przede wszystkim w odniesieniu do chorób układu sercowo-naczyniowego, w przebiegu których w 61% przypadków towarzyszy depresja i w przypadku zapalenia stawów, gdzie 34% chorych odczuwa objawy depresyjne.
- ▶ Depresje są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego, które jednocześnie mogą nasilać i przyspieszać pojawienie się otępienia.
- ▶ Z danych szacunkowych wynika, iż rozpowszechnienie depresji w subpopulacji w wieku 60 lat i więcej sięga 15-20%. W grupie osób starszych korzystających z opieki medycznej odsetek ten wzrasta nawet do 30%.
- ▶ Na podstawie badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazano, że odsetek występowania tzw. „dużej” depresji w populacji osób w przedziale wieku 65-100 lat jest wyższy u kobiet, dla których wynosi on 4,4% niż u mężczyzn, gdzie wynosi 2,7%.

- ▶ Prócz depresji, obserwuje się również dość duże rozpowszechnienie epizodów depresyjnych. Stwierdza się je zarówno u ludzi zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu (5-10%), u osób będących w szpitalach (11%), jak i u pensjonariuszy domów pomocy społecznej (12-22%).
- ▶ Czynniki predysponującymi do jej wystąpienia oprócz predyktorów psychologicznych (osobowość, samoocena) i biologicznych (choroby) są także czynniki społeczne (samotność, izolacja społeczna).
- ▶ Skala rozpowszechnienia depresji u osób starszych jest znaczna, dlatego też choroba ta stanowi istotny problem, zarówno medyczny, jak i społeczny. Depresje spowodowane niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi stanowią około 30%.
- ▶ W badaniu przeprowadzonym przez Światową Organizację Zdrowia stwierdzono, że depresja często występuje u chorych w wieku powyżej 75 lat, przebywających w instytucjach opieki długoterminowej. U chorych powyżej 85. roku życia częstość występowania depresji szacuje się na 11,3%-15,4%.
- ▶ Częstą postacią depresji u osób starszych jest depresja współistniejąca z nasilonym lękiem. Jest on jednym z istotnych czynników ryzyka samobójstw. Częstość występowania myśli samobójczych wśród chorych w wieku 65 lat i więcej wynosi 0,7%-1,2% i wzrasta do 5% u chorych, u których rozpoznano depresję.

Zaburzenia lękowe

epidemiologia

- ▶ Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w wieku podeszłym jest niższe niż wśród osób w młodym wieku i sięga od 3,2% do nawet 21,6% populacji osób starszych.
- ▶ Najczęściej występującym zaburzeniem lękowym jest zaburzenie lękowe uogólnione, występujące od 1,2% do 12,8% populacji osób starszych.
- ▶ Prawie równie często można spotkać się z zaburzeniem lękowym w postaci fobii (od 3,1% do 10,2%).
- ▶ Rzadziej występują fobie społeczne (0,6% do 4,3%), agorafobia (lęk przed otwartą przestrzenią) (2,1%) i zaburzenia lękowe z napadami lęku (0,1% do 1,0%).

- ▶ Zaburzenia lękowe występują częściej u kobiet, osób chorujących somatycznie, u osób z niższym wykształceniem, niższymi dochodami oraz po traumatycznych doświadczeniach życiowych.
- ▶ Powszechnie przyjmuje się, że zaburzenia lękowe rozwijają się najczęściej w okresie młodzieńczym lub we wczesnej dorosłości. Mniej niż 1% zaburzeń lękowych rozwinie się u osób po 65 r.ż, 90% rozwinie się u osób do 41 r.ż., a 75% przed 21 r.ż.

Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych

- ▶ Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych oraz lękowych jest częste i istotne klinicznie.
- ▶ Zaburzenia depresyjne mogą występować u 13-60% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym.
- ▶ Zaburzenia lękowe natomiast mogą być obecne u 23-60,4% osób z rozpoznaniem zaburzeniem depresyjnym.
- ▶ Szacuje się, że nawet 85% pacjentów z zaburzeniem depresyjnym doświadcza istotnego poziomu lęku .
- ▶ Schoevers i wsp. bazując na populacyjnym badaniu osób w podeszłym wieku (AMSTEL) zauważył, że depresja była obecna u 12,9% badanych osób, a zespół lęku uogólnionego u 3,2%. W tym samym badaniu 14,5% pacjentów z rozpoznaną depresją również chorowało na zespół lęku uogólnionego. Jednocześnie 60,4% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym uogólnionym prezentowało objawy zaburzeń depresyjnych.

Zaburzenia snu

epidemiologia

- ▶ Najczęstszą formą zaburzeń snu jest bezsenność, która stanowi około 90% tych zaburzeń.
- ▶ Bezsenność jest trzecią pod względem częstości występowania skargą, jaką zgłaszają pacjenci lekarzowi, zaraz po bólu głowy oraz dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego.
- ▶ Zaburzenia snu występują w całej populacji, głównie wśród osób dorosłych. Jednak niektóre grupy są na nie narażone w większym stopniu, zwłaszcza osoby starsze, kobiety, jak również osoby ze współistniejącymi chorobami ogólnymi, zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami neurologicznymi.

- ▶ Bezsenność - w zależności od przyjętej definicji i metod badania jej rozpowszechnienie waha się od 4,4% do 48%.
- ▶ U osób badanych, które oprócz objawów związanych z przebiegiem snu nocnego zgłaszają również problemy z funkcjonowaniem w ciągu dnia, bezsenność szacuje się na 9-15%.
- ▶ Jeśli weźmie się natomiast pod uwagę tylko objawy dotyczące przebiegu snu, rozpowszechnienie waha się od 30% do 48%.

- ▶ Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały występowanie objawów bezsenności u 23% populacji. Podobne wartości uzyskano w badaniach polskich.
- ▶ Na trudności z zasypianiem skarży się 24% badanych, w utrzymaniu snu – 29%, przedwczesne budzenie rano zgłaszało 24%, a sen niepokrzepiający deklarowało 27%.
- ▶ W licznych badaniach wykazano, że częstość zaburzeń snu wśród kobiet jest wyższa niż u mężczyzn. Kobiety około 1,5 razy częściej skarżą się na problemy ze snem niż mężczyźni. Natomiast wyniki badań Klinka i wsp. wykazały, że kobiety średnio dwukrotnie częściej miały objawy bezsenności niż mężczyźni.
- ▶ W okresie menopauzy częstość występowania bezsenności wzrasta aż o 40%.

- ▶ Kolejną grupą ryzyka są osoby starsze, u których częściej występują zaburzenia snu niż u osób młodszych.
- ▶ W badaniach Zeitlhofera i wsp. w wieku 14-30 lat problemy występowały u 13%, w wieku 31-50 lat u 22%, a grupie powyżej 50. roku życia u 41% badanych.
- ▶ Jeśli jednak w badaniach epidemiologicznych wykluczy się osoby ze schorzeniami psychicznymi, somatycznymi czy też nadużywające alkohol, to okazuje się, że sam wpływ wieku na sen jest niewielki.
- ▶ Zaobserwowano również, że osoby starsze, które są zdrowe i pozostają aktywne, śpią podobnie jak osoby młodsze.

Bezsennaść przewlekła- przyczyny

Bezsennaść przewlekła jest najczęściej objawem innych zaburzeń:

Przyczyny bezsenności wg częstości:

- 1. 50-60%** **Zaburzenia psychiczne (głównie zaburzenia afektywne i lękowe)**
- 2. 10-20%** **Uzależnienia (głównie od leków i alkoholu)**
- 3. 10-30%** **Schorzenia somatyczne**
- 4. <20%** **Pierwotne zaburzenia snu**
 - Bezsenność pierwotna (psychofizjologiczna, subiektywna/paradoksalna, idiopatyczna)
 - Zespół niespokojnych nóg/ Zaburzenia oddychania podczas snu
 - Zaburzenia rytmiki okołodobowej

Choroba alkoholowa

epidemiologia

- ▶ Badania epidemiologiczne dotyczące picia alkoholu przez osoby starsze i jego skutków są nieliczne i, na ogół, fragmentaryczne.
- ▶ Pomimo że picie alkoholu zmniejsza się z wiekiem (szczególnie u kobiet), to jest ono jednak częste.
- ▶ Amerykańskie badania przesiewowe na populacji leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej wykazały, że 15% mężczyzn i 12% kobiet w wieku ponad 60 lat pije powyżej zalecanych górnych norm spożycia (> 7 standardowych porcji na tydzień przez kobiety i > 14 standardowych drinków przez mężczyzn), a 9% mężczyzn i 2% kobiet regularnie wypija w ciągu tygodnia ponad 21 standardowych porcji alkoholu.
- ▶ Wychodząc z założenia, że w populacji osób > 60. roku życia alkoholizm stwierdza się u od 2 do 5%, to przy obecnym tempie starzenia się populacji amerykańskiej w roku 2020 będzie ok. 2,5 mln alkoholików w podeszłym wieku, a w roku 2030 - ponad 3 mln.
- ▶ Przewlekłe picie może prowadzić do zmian otępiennych, które mogą występować u ok. 25% osób po 60. roku życia hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu.

Polska - pozytywne statystyki???

- ▶ Mimo iż kobiety piją mniej i rzadziej niż mężczyźni, to jednak ich szanse na rozpoczęcie picia w starszym wieku są większe. Szanse te są większe u kobiet samotnych niż u mężatek.
- ▶ W Polsce wykazano, że spożycie alkoholu zmniejsza się z wiekiem co m.in., wyraża się większym odsetkiem abstynentów wśród osób pow. 60. roku życia w stosunku do osób między 18 a 59 roku życia (mężczyźni: 29,2% vs 7,2%, kobiety: 49,2% vs 17,3%), mniejszymi odsetkami osób pijących szkodliwie (mężczyźni: 6,9% vs 16,7%, kobiety: 0,3% vs 4%), mniejszą częstością picia i mniejszą ilością spożywanego alkoholu w czasie jednej okazji.
- ▶ O ile osoby powyżej 55. roku życia to prawie 1/5 populacji ogólnej, to w leczeniu odwykowym stanowią zaledwie 4,8% wszystkich leczonych.

Wielochorobowość (polipatologia)

- ▶ jedna z najbardziej typowych cech pacjentów geriatrycznych
- ▶ występowanie kilku chorób przewlekłych w tym samym czasie
- ▶ współistnienie kilku jednostek chorobowych wynika zarówno z samego procesu starzenia się, ale jest też konsekwencją rozwoju medycyny i coraz większej skuteczności leczenia wielu chorób
- ▶ charakterystyczną cechą wielochorobowości w okresie starości jest współwystępowanie chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych



Wielolekowość (politerapia)



- ▶ zjawisko istotnie powiązane z polipatologią
- ▶ polega na stosowaniu znacznej liczby leków przez pacjenta geriatrycznego w ciągu dnia:
 - ▶ wielolekowość jest definiowana jako przyjmowanie co najmniej 5 leków,
 - ▶ ciężka wielolekowość - jako stosowanie co najmniej 10 leków
- ▶ zjawisko wielolekowości dotyczy statystycznie co drugiej osoby starszej, a ciężkiej wielolekowości - mniej więcej co dziesiątej
- ▶ wielolekowość należy analizować i traktować jako możliwy czynnik niesprawności funkcjonalnej, gdyż może ona powodować występowanie objawów powodujących niebezpieczeństwo dla seniorów, np. zwiększone ryzyko upadków

Polipragmazja, a politerapia

- ▶ Polipragmazja polega na stosowaniu przez chorego co najmniej jednego leku w sposób zbędny, tzn. bez wskazań lekarskich - jest to nadmierne i niepotrzebne stosowanie leków.
- ▶ Politerapia polega na stosowaniu znacznej liczby leków przez pacjenta geriatrycznego w ciągu dnia.





Problem samoleczenia

- ▶ wielochorobowość jest zazwyczaj główną, ale nie jedyną przyczyną wielolekowości
- ▶ dość często politerapia ściśle wiąże się ze zjawiskiem samoleczenia, czyli stosowaniem tzw. leków OTC (ang. *over the counter*), będących lekami bez recepty, które chory może zakupić bez konsultacji z lekarzem bądź farmaceutą
- ▶ istotnym problemem jest powszechna reklama tych leków w mediach oraz szeroki dostęp do wspomnianych medykamentów
- ▶ oba czynniki determinują wzrost zainteresowania i sprzedaży leków bez recepty we wszystkich grupach wiekowych, w tym wśród osób w podeszłym wieku, które myślą, że leki ogólnodostępne nie wymagające recepty nie wywołują działań niepożądanych dla ich zdrowia, których ryzyko wzrasta wraz ze wzrostem zażywanych leków

Inne specyficzne cechy osób starszych

- ▶ zjawisko niedostatecznego leczenia:
 - ▶ niepodawanie leków koniecznych w terapii lub stosowanie zbyt małych dawek



Używanie substancji psychoaktywnych epidemiologia

- ▶ obecny stan wiedzy nie pozwala na dokładne oszacowanie skali problemu używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, ponieważ ograniczona jest na ten temat liczba danych, statystyk czy wyników badań
- ▶ W opracowaniu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii skupiono uwagę na populacji osób starszych używających substancji, która została zdefiniowana następująco (Gossop, 2008):
 - ▶ osoby wczesnie rozpoczynające używanie („osoby, które przeżyły”, zwykle o długiej historii używania, która jest kontynuowana w wieku starszym),
 - ▶ osoby późno rozpoczynające używanie („osoby odreagowujące”, używające substancji pod wpływem stresującego wydarzenia życiowego, np. przejście na emeryturę, rozpad małżeństwa, izolacja społeczna czy utrata bliskiej osoby).

- ▶ Pomimo tego, że rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych wśród osób starszych jest niższe niż w populacji osób młodych, to jednak problem ten może stać się coraz bardziej powszechny.
- ▶ Populacja użytkowników narkotyków starzeje się i rośnie też liczba starszych pacjentów objętych leczeniem, np. dzięki programom leczenia substytucyjnego.
- ▶ Odnotowuje się także poważny problem dotyczący używania przez osoby starsze leków zarówno z przepisu lekarza, jak i wydawanych bez recepty (zjawisko tzw. *samoleczenia*). Zróżnicowane są uwarunkowania tego zjawiska, ponieważ problemowe używanie leków może być i zamierzone, i niezamierzone.

- ▶ Leki, zarówno przepisywane przez lekarza, jak też wydawane bez recepty, to substancje, które osoby starsze zażywają dość często i regularnie.
- ▶ Z danych wynika, że osoby powyżej 65. roku życia zażywają około 1/3 wszystkich leków na receptę, często zawierających benzodiazepiny lub opiatowe środki przeciwbólowe (Gossop, 2008).
- ▶ Prawdopodobieństwo otrzymywania recepty na leki psychoaktywne i niewłaściwego zażywania tych leków jest większe w grupie starszych kobiet niż mężczyzn (Gossop, 2008).
- ▶ Coraz bardziej istotnym problemem stają się również hospitalizacje pacjentów geriatrycznych z powodu działań niepożądanych spowodowanych najczęściej błędami w stosowaniu farmakologii geriatrycznej. Częstość tego typu waha się od 3 do 17%.

- ▶ W 2006 roku najliczniejszą grupę osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2006 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 16-24 lata (40,7%), następnie osoby w wieku 25-34 lata (30,1%), **powyżej 45. roku życia (15,9%)**, 35-44 lata (11,3%), natomiast najmniej było osób poniżej 15. roku życia (2%).
- ▶ Na przestrzeni lat 2001-2006 obserwowano stały spadek liczby przyjęć osób w wieku 16-24 lata, natomiast **wzrost liczby** osób w wieku 25-34 lata oraz **osób powyżej 45. roku życia**.
- ▶ Największy wzrost liczby przyjęć do leczenia odnotowano w najstarszej grupie wiekowej, powyżej 45. roku życia (dwukrotny wzrost, z 8 do 16% na przestrzeni lat 2000-2006).

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaína	Inne stymulanty	Halucy- nogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	2,6	11,2	0,7	-	8,2	0,7	7,8	68,8
16-19	5,0	8,3	0,4	0,2	11,5	0,9	1,4	72,4
20-24	21,2	3,5	0,6	0,3	13,8	0,3	1,1	59,2
25-29	27,6	1,7	2,1	0,3	8,4	0,3	1,8	57,8
30-34	20,4	1,3	6,9	0,2	5,3	0,6	1,9	63,5
35-39	15,1	0,1	13,8	0,7	2,0	0,1	1,3	66,8
40-44	11,0	0,8	22,2	0,1	0,4	-	0,3	65,2
45+	7,3	0,1	43,1	0,1	0,6	0,2	0,2	48,3

Tabela 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2006 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD 10: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)

Źródło: Sierosławski, 2008.

	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata
Z zalecenia lekarza	1,9	3,2	4,5	14,8	17,6
Bez zalecenia lekarza	1,9	2,1	0,8	3,8	3,3

Tabela 2. Używanie leków uspokajających lub nasennych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg wieku badanych

Źródło: Sierosławski, 2008.

Dziękuję za uwagę! 😊



Nie istnieją normalni ludzie

Każdy z nas jest pod jakimś względem chory psychicznie