

Sólveig Benjaminsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ársæll Jónsson

## ALGENGI ÞVAGLEKA MEÐAL VISTFÓLK NOKKURRA ÖLDRUNARSTOFNANA Í REYKJAVÍK: Framvinda þvagleka og tengsl við færni

### ÚTDRÁTTUR

Rannsókn á algengi þvagleka var gerð á sjúklingum og vistmönnum öldrunardeilda Borgarspítalans og vistheimilum tengdum þeim. Jafnframt var hreyfigeta, sjálfsbjargargeta og skilvitund metin. Alls voru 220 manns í rannsókninni, 173 konur og 47 karlar. Algengi þvagleka reyndist 53% meðal kvenna og 51% meðal karla. Þvagleki var áberandi tengdur skertri færni; 92% hreyfihamlaðasta fólksins var með þvagleka og 82% þeirra sem höfðu langt gengna heilabilun. Eftir sex mánuði var hópurinn endurmetinn og höfðu þá 25 manns látist. Lítil breyting hafði orðið á stjórnun þvagliáta meðal eftirlifenda. Eftir ár höfðu 55 látist, þar af 37 úr hópnun með þvagleka og reyndist sá munur tölræðilega marktækur. Þvagleki batnaði ekki hjá rannsóknarhópnum og lífshorfur sjúklinga með þvagleka voru marktækt skertar.

### INNGANGUR

Á öldrunardeildum og hjúkrunar- og vistheimilum fyrir aldraða erlendis er þvagleki talinn vera algengt vandamál sem vegur þungt í umönnun og meðferð (1-3).

Lítið er vitað um algengi þvagleka á stofnunum fyrir aldraða á Íslandi eða tengsl við aldur, kyn og almennt heilsufar. Enn minna hefur verið skráð um batahorfur þvagleka og tengsl við lífslíkur.

Það var því rík ástæða til að kanna þessi atriði nánar og aðstæður til upplýsingaöflunar þóttu kjörnar við öldrunardeildir, og hjúkrunar- og vistheimili tengd Borgarspítalanum í Reykjavík.

### SJÚKLINGAR OG AÐFERÐIR

Í rannsókninni var allt vistfólk og sjúklingar öldrunardeilda B-álmur Borgarspítalans og stofnana fyrir aldraða tengdar spítalanum. Þessar deildir eru; öldrunarlækningadeildir í B-álmur, langlegudeild fyrir heilabilað fólk á Hvítabandi, hjúkrunar- og vistheimili að Droplaugarstöðum og vistheimilið að Seljahlíð sem njóta lækniþjónustu frá B-álmur og einnig langlegudeild E-63 á Heilsuverndarstöð. Samtals voru þetta 220 manns, 173 konur og 47 karlar.

Við skilgreiningu á þvagleka var notast við staðal Alþjóðþvaglekafélagsins (ICSCST) sem er; »sjáanlegur og óviljandi missir þvags sem veldur félagslegum og hreinlætislegum vanda« (4). Þannig var þvagleki, sem stóð í stuttan tíma, ekki talinn með. Þeir einstaklingar sem höfðu þvaglegg í þvagrás eða utan þvagrásar, voru meðtaldir, en alls voru það þrjú karlar. Þeir sem reglulega voru settir á salerni og þannig komið í veg fyrir þvagleka, voru einnig meðtaldir þrátt fyrir að þannig héldust flestir að mestu leyti þurrir.

Á hverjum stað var upplýsingum safnað af sama aðila (S.B.) með viðtölum við viðkomandi hjúkrunarfræðinga, einstaklingana sjálfa og úr sjúkraskýrslum. Þessar upplýsingar voru því næst færðar inn á tölvuforrit til frekari úrvinnslu.

Jafnframt því að kanna algengi þvagleka, voru könnuð tengsl þvagleka við aldur, kyn, hreyfigetu, sjálfsbjargargetu og skilvitund. Sjálfsbjargargeta ræðst að mestu leyti af hreyfigetu og skilvitund. Rétt þótti að nota þessa skiptingu þar sem annars vegar er hluti hópsins með góða sjálfsbjargargetu þrátt fyrir lélega hreyfigetu og hins vegar aðrir með lélega sjálfsbjargargetu, þrátt fyrir góða hreyfigetu.

Tafla I. Færnisvarði hreyfigetu, sjálfsbjargargetu og skilvitundar.

Færnisvarði	Hreyfigeta	Sjálfsbjargargeta	Skilvitund
1.	Full hreyfing án hjálpar	Full sjálfsbjargargeta	MSQ* 7-10
2.	Hreyfigeta með hjálp, s.s. hækjur eða hjólastóll	Aðstoð við þvott, klæðnað eða við að borða	MSQ 4-6
3.	Rúmlega, hjálp í og úr stól	Þarf alla aðstoð við ADL**	MSQ 0-3

\* MSQ=Mental status questionnaire

\*\* ADL=Athafnir daglegs lífs

Við athugun á skilvitund var notað einfalt skimpróf, svokallað MSQ-próf (Mental Status Questionnaire). Hreyfigeta, sjálfsbjargargeta og skilvitund voru flokkaðar á færnisvarða 1-3 þannig að óskert færni var 1 og skertust færni 3, sjá töflu I.

Eftir sex mánuði var fólkið endurmetið. Af upprunalega 220 manna hópnum voru þá 195 lifandi og tókst að ná til þeirra allra. Dánartíðni var síðan aftur athuguð eftir 12 mánuði.

Við tölfraðilegar athuganir var notað kí-kvaðrat próf.

### NIÐURSTÖÐUR

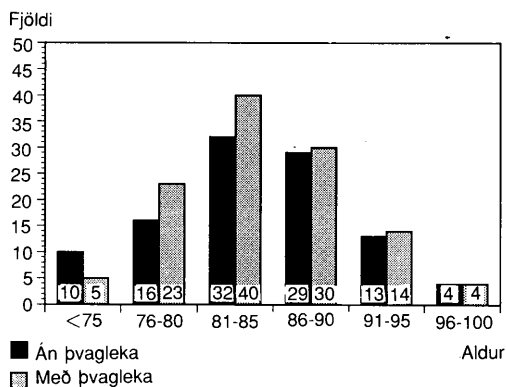
Í rannsóknarhópnum, alls 220 manns, reyndust 116 vera með þvagleka við fyrri athugun. Þvagleki meðal kynja skiptist þannig að meðal 173 kvenna voru 92 með þvagleka, eða 53%, og meðal 47 karla voru 24 með þvagleka, eða 51%, sem er ekki marktækur munur.

Meðalaldur hópsins var 84 ár og var aldursdreifing 68-100 ár. Eftir 75 ára aldur var tíðni þvagleka svipuð í öllum aldurshópum og ekki algengari meðal eldri aldurshópnum en þeirra yngri. Meðalaldur kvenna með þvagleka var 85 ár en karla 80 ár. Á mynd eru aldursdreifing og algengi þvagleka sýnd á súluriti.

Þvagleki var áberandi tengdur skertri færni og fannst meðal 56 af 68 sjúklingum (82%) sem flokkuðust með lélegustu skilvitundina. Af þeim sem höfðu minnstu hreyfigetuna voru 24 af 26 (92%) með þvagleka og 68 af 78 (87%) af þeim sem flokkuðust hafa minnstu sjálfsbjargargetuna. Aðeins 17 manns flokkuðust með 3 á kvarðanum í öllum þremur færnisviðum og aðeins einn þeirra hafði ekki þvagleka. Hins vegar greindust 39 manns á kvarða 1, það er höfðu fulla

Tafla II. Tengsl þvagleka og færni.

Færnis- kvarði	Hreyfigeta N (%)	Sjálfsbjargargeta N (%)	Skilvitund N (%)
1.	36/98 (37)	9/59 (15)	28/104 (27)
2.	56/96 (58)	39/53 (74)	28/43 (65)
3.	24/26 (92)	68/78 (87)	56/68 (82)



Mynd Aldursdreifing og algengi þvagleka.

hreyfigetu, sjálfsbjargargetu og skilvitund, og reyndust 33 (85%) þeirra ekki vera með þvagleka. Tafla II sýnir tengsl þvagleka og færni.

Algengi þvagleka var nokkuð mismunandi eftir stofnunum, t.d. voru 95% sjúklinga á Hvítabandinu með þvagleka en þar vistast fólk með langt gengna heilabilun og enginn þeirra hafði fulla sjálfsbjargargetu. Hins vegar reyndust 29% þeirra sem dvelja að vistheimilinu í Seljahlíð með þvagleka en þar eru fáir mikið skertir andlega eða líkamlega. (Sjá töflu III.)

Eftir sex mánuði höfðu 25 látist, eða 11%. Af þeim höfðu 15 verið með þvagleka en það er 13% dánartíðni fyrir þvaglekahópinn. Þessi munur er ekki marktækur. Af eftirlifandi

Tafla III. Algengi þvagleka og hreyfigetu, sjálfsbjargargetu og skilvitundar á öldrunarstofnunum tengdum Borgarspítalanum.

Stofnanir	Þátttakendur			Þvagleki		Hreyfigeta*			Sjálfsbjargargeta*			Skilvitund*		
	Ka	Ko	Smt	Ul	%	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Seljahlíð	13	63	76	22	(29)	45	30	1	39	28	9	57	11	8
Droplaugarstaðir	12	55	67	33	(49)	29	27	11	15	23	29	28	13	25
Heilsuverndarstöð	7	8	15	10	(57)	4	7	4	0	12	3	7	3	1
B-álma	12	31	43	33	(77)	12	24	7	5	17	21	12	15	15
Hvítabandið	3	16	19	18	(95)	8	8	3	0	3	16	0	1	18
Samtals	47	173	220	116	(53)	98	96	26	59	83	78	104	43	68

\* Færnisvarði 1-3, sbr. tafla I

195 manns hafði þvagleki gengið til baka hjá tveimur en sjö til viðbótar, eða alls 106 af 195, voru með þvagleka í síðara skiptið. Eftir 12 mánuði höfðu 55 látist, 37 höfðu verið með þvagleka, eða 67% látinna, og það er marktækur munur ( $P < 0.05$ ).

### SKIL

Þvagleki er verulegt vandamál á hjúkrunar- og vistheimilum fyrir aldraða. Orsakir þvagleka eru margvíslegar, s.s. blöðru- og þvagfærásjúkdómar, sjúkdómar í kynfærum og taugasjúkdómar (5-8). Með hækkandi aldri minnkar rúmmál þvagblöðrunnar og ósjálfráðir samdrættir aukast í blöðruveggnum. Viðnám í þvagrás minnkar, blöðrusig verður algengt og tæming blöðrunnar ófullkomin. Talið er að þessar öldrunarbreytingar geti stuðlað að myndun þvagleka en oftast kemur hann í kjölfar annarra breytinga á heilsufari, til dæmis þegar hreyfifærni, skynjun, skilvitund og sjálfsbjargargetu hrakar (1,2,9-13).

Sálfræðilegir atburðir eins og vistun á stofnun, missir, einangrun og einmanaleiki getur haft hér áhrif. Færni hins aldraða og félagsleg staða hefur eflaust áhrif á getu og vilja hans til þess að haldast þurr og eru þessi atriði vissulega þess verð að skoða betur. Sjálfsvirðing einstaklingsins skiptir líka miklu máli en hún býður oft mikinn hnekki þegar þvagleki verður vandamál. Þvagleki getur beinlínis valdið því að manneskjan getur ekki lengur búið heima hjá sér eða hjá aðstandendum sínum (1).

Rekstur stofnana fyrir aldraða kostar mikið fé og vegur hér þungt umönnun aldraðra með þvagleka. Margt starfsfólk þarf til viðveru og umönnunar allan sólarhringinn og kostnaður

við hjálpartæki til meðferðar er mikill.

Hins vegar felst líka verulegur kostnaður og fyrirhöfn í því að halda vistfólki þurru og kostir þess ekki alltaf augljósir í augum starfsfólks (14).

Greining á orsökum þvagleka eða á meðferð var ekki liður í rannsókninni. Oftast eru orsakir þvagleka margþættar, líkamlegar og starfrænar og meðferð í samræmi við það. Margir héldust þurrir að mestu leyti með reglubundnum salernisferðum þótt þeir, samkvæmt skilgreiningu, teldust vera með þvagleka. Lyfjameðferð við þvagleka var heldur ekki metin sérstaklega. Þrátt fyrir mikla umönnun við þvagleka virðast batahorfur litlar. Aðeins hjá tveimur einstaklingum hafði þvaglekinn gengið til baka á sex mánuðum. Á sama tíma höfðu sjö einstaklingar til viðbótar orðið þvaglekir, sem ekki voru það áður.

Flestar ferilrannsóknir hafa bent til að þvagleki sé algengari meðal kvenna (1,10-12) og er þá oftast um yngra og frískara fólk að ræða en í okkar rannsókn þar sem ekki fannst marktækur munur milli kynja. Mjög ákveðin tengsl fundust milli verulega skertrar andlegrar og líkamlegrar færni annars vegar og þvagleka hins vegar. Aðrir hafa fundið lítil tengsl á milli þvagleka og ákveðinna sjúkdóma eða lyfjatöku (2,8,11,15). Í okkar rannsókn reyndist þvagleki misjafnlega algengur eftir stofnunum og það endurspeglar ólíka starfsemi þeirra.

Dánartíðni eftir sex mánuði var ekki marktækt hærri hjá þeim sem voru með þvagleka en eftir eitt ár mældist marktækur munur.

Campell og samstarfsmenn hans fundu að dánartíðni eftir þrjú ár var verulega hærri

meðal sjúklinga með þvagleka, eða 74% borið saman við 35% meðal þeirra sem ekki höfðu þvagleka (15). Í okkar rannsókn fannst einnig marktækur munur á dánartíðni þar sem 67% látinna eftir eitt ár höfðu greinst með þvagleka. Þegar kí-kvaðrat tölfræðiaðferð er beitt á þessar niðurstöður kemur í ljós, að þvagleki hefur marktækt spágildi um afdrif. Það má því líta á þvagleka sem sérstakan áhættuþátt en jafnframt finnst mikil fylgni milli þvagleka og annarrar fötlunar meðal aldraðra á stofnunum.

Algengi þvagleka meðal aldraðra á stofnunum hefur ekki fyrr verið kannað á Íslandi en samkvæmt erlendum hliðstæðum rannsóknum á algengi þvagleka innan stofnana eru niðurstöðutölur rannsóknarinnar sem hér er greint frá svipaðar (1,3).

#### SUMMARY

##### *Prevalence and progress of urinary incontinence in elderly patients in longterm wards.*

A prevalence study of urinary incontinence was performed on patients and residents in the City Hospital geriatric wards and associated nursing homes. Information on urinary incontinence was obtained from nursing staff. Included in the study were 220 patients, 173 women and 47 men. Of all patients, 53% were found to be incontinent of urine, the rate being equal for both men and women. Cognitive function, mobility and self sufficiency was graded into three functional categories. Urinary incontinence was strongly related with other disability and found in 82% of those with most severe dementia, in 92% of the least mobile people and in 87% of the least self sufficient ones. After six months, only two people had regained continence and seven people had become incontinent of urine. In one year, 55 people had died and 37 (67%) had belonged to the group of urinary incontinence. By this time the mortality rate for the incontinent group had become significantly higher ( $p < 0.05$ ).

#### ÞAKKIR

Sérstakar þakkir til Helga Sigvaldasonar Ph.D., verkfræðings, fyrir staðtölulega hjálp og Kristínar Vilhjálmssdóttur fyrir ritvinnslu.

#### HEIMILDIR

- Ouslander JG, Kane RL, Abrass IB. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. JAMA 1982; 248: 1194-8.
- Ouslander JG, Uman GC, Urman HN, Rubenstein LZ. Incontinence among nursing home patients. Clinical and functional correlates. JAGS 1987; 35: 324-30.
- Kistrup K, Klinton S. Incontinence of urine. Prevalence and treatment in a department for long term medicine. Ugeskr Læger 1986; 148: 1661-3.
- Bates P, Bradley WE, Glen E, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. J Urol 1979; 121: 551-4.
- Pannill FC, Williams TF, Davis R. Evaluation and treatment of urinary incontinence in long term care. JAGS 1988; 36: 902-10.
- Sander S, Fossberg E, Beisland HO, Farnes T. Urinary incontinence in elderly patients. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 440-2.
- Eastwood HDH, Warrell R. Urinary incontinence in the elderly female. Age and Ageing 1984; 13: 230-4.
- Eastwood HDH, Smart CJ. Urinary incontinence in the disabled elderly male. Age and Ageing 1985; 14: 235-9.
- Borrie MJ, Campell AJ, Caradoc-Davies TH, Spears GFS. Urinary incontinence after stroke. A prospective study. Age and Ageing 1986; 15: 177-81.
- Tobin GW, Brocklehurst JC. The management of urinary incontinence in local authority residential homes for the elderly. Age and Ageing 1986; 15: 292-8.
- Fernie GR, Jewett MAS, Autry D, Hollyday PJ, Zorzitto ML. Prevalence of geriatric urinary dysfunction in a chronic care hospital. Can Med Assoc J 1983; 128: 1085-6.
- Sier H, Ouslander J, Orzeck S. Urinary incontinence among geriatric patients in an acute care hospital. JAMA 1987; 257: 1767-71.
- Mohide EA, Pringle DM, Robertson D, Chambers LW. Prevalence of urinary incontinence in patients receiving home care services. CMAJ 1988; 139: 953-6.
- Schnelle JF, Sowell VA, Hu TV, Traughber B. Reduction of incontinence in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 34-9.
- Campell AJ, Reinken J, McCosh L. Incontinence in the elderly: Prevalence and prognosis. Age and Ageing 1985; 14: 65-70.