

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA A OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBĄ W WIEKU PODESZŁYM

COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT VS. MEDICAL CARE FOR AN ELDERLY PERSON

PAULINA B. KUMIĘGA^{1 A,B,D,E,F}

URSZULA T. GRATA-BORKOWSKA^{1 E,F}

MARIA M. BUJNOWSKA-FEDAK^{1 B,E,F}

JAROSŁAW DROBNIK^{1,2 A,B}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Instytut Kosmetologii, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

A – przygotowanie projektu badania | study design, **B** – zbieranie danych | data collection, **C** – analiza statystyczna | statistical analysis, **D** – interpretacja danych | data interpretation, **E** – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, **F** – opracowanie piśmiennictwa | literature search, **G** – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Prognozy demograficzne wskazują, że najszybciej rosnącą grupą wiekową pacjentów na świecie są osoby powyżej 65. roku życia. Szacuje się, że ich odsetek w 2050 r. osiągnie ok. 31,3% populacji Polski. Oznacza to, że ludzie w wieku podeszłym będą dominować wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy wszystkich specjalności. Opieka medyczna w okresie starości powinna być ukierunkowana na indywidualne potrzeby pacjenta. Prawidłowe zdiagnozowanie objawów, określenie potrzeb zdrowotnych seniora we wszystkich wymiarach determinuje dalsze postępowanie medyczne. Narzędziem ułatwiającym to zadanie jest całościowa ocena geriatryczna (COG). To wielodyscyplinarne narzędzie, a zarazem złożony proces diagnostyczny, składający się z szeregu skal, którego celem jest określenie zakresu zaburzeń zdrowia seniora, jego zdolności do samodzielnego funkcjonowania, potrzeb i problemów na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, socjoekonomicznej oraz środowiskowej. Główne skale znajdujące zastosowanie w COG to: ADL, IADL, Barthel i inne służące do oceny stanu funkcjonalnego seniora. W ramach COG ocenia się także stan psychiczny chorego, stosując skalę MMSE, skrócony test sprawności umysłowej Hodgkinsona, test rysowania zegara, skalę Yesavage'a i inne. Z kolei ocena socjalno-środowiskowa ma na celu zdefiniowanie potrzeb osoby w wieku podeszłym w zakresie opieki doraźnej oraz długoterminowej.

SŁOWA KLUCZOWE: ludzie w wieku podeszłym, lekarz rodzinny, potrzeby osób w wieku podeszłym, kompleksowa ocena geriatryczna, sprawność funkcjonalna

SUMMARY

Demographic projections show that the fastest growing age group of patients in the world are people over 65 years of age. For instance, it is estimated that in 2050 their share will reach approximately 31.3% of the Polish population. This means that the elderly will certainly dominate among patients visiting doctors of all specializations. Health care at old age should be focused on individual needs of the patient. A right diagnosis of symptoms, identifying the health needs of seniors in all dimensions, determines application of further medical procedures. A tool that facilitates this task is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). CGA is a multidisciplinary tool and also a complex diagnostic process, consisting of a series of scales, the aim of which is to determine the scope of seniors' health disorders, their ability to operate independently, their needs and problems encountered in the physical, psychological, socio-economic and environmental spheres. The main scales which apply in the CGA are: ADL, IADL, Barthel and others which serve to assess the functional capacity of the senior. As part of the CGA one can also evaluate the psychological state, using MMSE, Hodgkinson test, CDT, scale of Yesavage and others. In turn, the social-environmental assessment is meant to define the needs of elderly patients, which are connected with emergency interventions and long-term care.

KEYWORD: elderly, family doctor, needs of the elderly, comprehensive geriatric assessment, functional capacity

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA, CECHY STARZENIA

Prognozy demograficzne wskazują, że najszybciej rosnącą grupą wiekową pacjentów na świecie są osoby powyżej 65. roku życia. Szacuje się, że ich odsetek w 2050 r. osiągnie ok. 31,3% całej populacji Polski [1]. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) wskazują, że ludność europejskiego regionu WHO (liczącego w 2010 r. 53 państwa oraz ok. 900 mln osób) szybko starzeje się, a prognozy przewidują, że do 2050 r. więcej niż 25% ludności tego regionu będzie miało ponad 65 lat [2]. Oznacza to, że ludzie w wieku podeszłym z pewnością będą dominować wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy wszystkich specjalności. Seniorzy to pacjenci bardzo różnorodni pod względem stanu biologicznego, chorób współistniejących oraz wydolności narządowej, o specyficznych potrzebach i wymaganiach.

Proces starzenia się ludzkiego organizmu doprowadza do wielu zmian o charakterze degeneracyjnym, które obejmują wszystkie narządy i układy. Nasilają się procesy zanikowe i remodeling struktur narządów miękkich, np. nerek, wątroby, układu bodźco-przewodzącego mięśnia sercowego, doprowadzając do stopniowego zaburzenia ich funkcji [3]. Zmniejszająca się wraz z wiekiem sprawność fizyczna stopniowo pozbawia osobę w wieku podeszłym samodzielności i często skazuje ją na korzystanie z pomocy innych. Można powiedzieć, że aż 50% pacjentów powyżej 80. roku życia to osoby niepełnosprawne [1], wymagające całodobowej pomocy w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego. Zależność od drugiego człowieka niesie ze sobą także skutki psychologiczne, które związane są z rosnącym poczuciem inwalidztwa, bezsilności i nieudolności życiowej. Upośledzona sprawność ruchowa zwiększa ryzyko wystąpienia lub pogarsza przebieg chorób, których czynnikiem sprawczym jest brak ruchu. Są to głównie choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca i zespół metaboliczny, a także osteoporoza i choroby układu kostno-stawowego. Obniżenie aktywności fizycznej może ostatecznie doprowadzić do unieruchomienia pacjenta, które zwiększa ryzyko powstania odleżyn, pojawienia się zaników mięśniowych oraz przykurczy stawowych. Zaburzeniu ulega funkcjonowanie układu oddechowego, krwionośnego i odpornościowego, zmniejsza się tolerancja glukozy, a zwiększona lepkość krwi oraz zwykle niewystarczająca ilość spożywanych płynów mogą doprowadzić do powstania zakrzepów. Nierzadko mamy do czynienia z zaburzeniami wzroku, słuchu, odwodnieniem i upośledzonym stanem odżywienia [4]. Istotny problem osób po 65. roku życia stanowią także choroby nowotworowe i ich powikłania. Szacuje się, że ponad 50% nowych zachorowań na nowotwory dotyczy osób w wieku podeszłym [5]. Obniżona sprawność psychofizyczna doprowadza do częstych upadków i kontuzji u osób w wieku podeszłym. Ich przyczyną jest niejednokrotnie hipotonia ortostatyczna, której częstość wzrasta wraz z wiekiem i w populacji osób po 65. roku życia wynosi nawet 30% [3].

Pacjent geriatryczny stanowi wyzwanie dla lekarza i pozostałych członków zespołu medycznego, także ze względu na niecharakterystyczny przebieg chorób. Część schorzeń może nie dawać żadnych znaczących objawów, czego przykładem może być „przechodzony” zawał serca niedający bólu wieńcowego, inne mogą być maskowane przez choroby współistniejące [1]. Ważna jest umiejętność rozróżnienia czy dane objawy są właściwe dla chorób typowych *in aging* dla okresu starości (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca) lub też geriatrycznie swoistych *of aging* (np. osteoporoza, upadki, odleżyny), czy też są wynikiem innej choroby [3].

Kolejnym problemem są zmiany na poziomie intelektualnym i psychicznym, takie jak obniżenie zdolności intelektualnych, demencja, majaczenie czy depresja [3]. Zaburzają one współpracę pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, utrudniają zebranie rzetelnego wywiadu lekarskiego, a tym samym sprawne postawienie rozpoznania i włączenie odpowiedniego leczenia.

Nie bez znaczenia pozostaje aspekt ekonomiczny wdrażanej terapii, wiedza seniora na temat własnych schorzeń i jego stosunek do procesu chorobowego, a także wcześniejsze doświadczenia ze służbą zdrowia. Wielochorobowość, polipragmazja (nieuzasadnione stosowanie równocześnie wielu leków), samotność, niepełnosprawność, zaburzenia pamięci sprawiają, że jakość życia osób po 65. roku życia jest bardzo niska [6].

OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBĄ W WIEKU PODESZŁYM

Opieka medyczna nad osobą w wieku podeszłym powinna charakteryzować się podejściem holistycznym i być ukierunkowana na wszystkie potrzeby zdrowotne chorego w ich wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym, religijnym i egzystencjalnym, a także środowiskowym, ekonomicznym i kulturowym. Optymalnie powinna być sprawowana przez tzw. zespół geriatryczny, w skład którego wchodzi: geriatra lub lekarz rodzinny, pielęgniarka, w tym pielęgniarka środowiskowa, rehabilitant oraz pracownik socjalny, pozostający we współpracy z rodziną chorego. Ważne jest także zindywidualizowane podejście do pacjenta, jego rodziny, środowiska życia i problemów, co pozwala na dobry przebieg opieki i nawiązanie więzi z chorym.

Głównym celem zespołu geriatrycznego jest poprawa jakości życia chorego [7], precyzyjne ustalenie potrzeb zdrowotnych seniora, prowadzenie i koordynacja procesu leczniczego, a także współpraca z lekarzami innych specjalności. Aby móc zrealizować powyższe założenia, stosuje się wiele narzędzi, które składają się na tzw. całościową ocenę geriatryczną (COG).

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA

Całościowa ocena geriatryczna to wielodyscyplinarne narzędzie, a zarazem złożony proces diagno-

styczny, składający się z szeregu skal, którego celem jest dokładne określenie zakresu zaburzeń zdrowia seniora, jego zdolności do samodzielnego funkcjonowania, potrzeb i problemów na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, socjoekonomicznej oraz środowiskowej [8–9]. Ponadto COG pozwala na ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, a także możliwości dalszego leczenia i rehabilitacji w warunkach domowych, szpitalnych, domu opieki lub zakładu opiekuńczo-leczniczego.

Zastosowanie skal geriatrycznych pozwala na zebranie i analizę informacji, a następnie na ich podstawie zaprojektowanie działań zapobiegających zmniejszeniu utraty sprawności fizycznej i psychicznej chorych, ograniczenie nieplanowanych wizyt lekarskich, pielęgniarских oraz hospitalizacji, a także na wykrycie większej liczby dysfunkcji niż w przypadku standardowej opieki medycznej.

Skale COG są ogólnodostępne w wielu podręcznikach geriatrycznych oraz na stronach internetowych. Przeprowadzeniem testów zajmuje się zwykle geriatra/lekarz rodzinny, jednak większość z nich może być też wykonywana przez pielęgniarkę środowiskowo-rodziną. Przejrzysta konstrukcja i prostota COG sprawia, że przeprowadzenie testów nie jest trudne i można je zwykle wykonać podczas jednej dłuższej wizyty lub kilku kolejnych spotkań z seniorem.

Kompleksowa ocena geriatryczna obejmuje ocenę stanu czynnościowego, stanu zdrowia fizycznego, zdolności umysłowych oraz warunków socjalno-środowiskowych.

COG – OCENA STANU CZYNNOŚCIOWEGO

Podstawowym narzędziem stosowanym do oceny stanu czynnościowego jest skala ADL (Activities of Daily Living – skala Katza) służąca do oceny podstawowych czynności życia codziennego [1, 8–10]. Składa się ona z 6 pytań dotyczących stopnia samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak kąpanie się, ubieranie, korzystanie z toalety, kontrola zwieraczy (mocz i stolec), karmienie oraz poruszanie się w zakresie wstawania i kładzenia się do łóżka, a także wstawania i siadania na krześle. Uzyskanie wyniku maksymalnego 5–6 punktów świadczy o sprawności badanej osoby, natomiast wynik poniżej 2 punktów mówi o tym, że osoba charakteryzuje się znacznym stopniem niepełnosprawności, będzie więc wymagała pomocy w funkcjonowaniu w życiu codziennym.

Popularna w Polsce i krajach Europy Zachodniej jest także dziesięciostopniowa skala Barthel, która ocenia czy senior wymaga pomocy osób trzecich w zakresie podstawowych aktywności życiowych [1]. Przeprowadzenie oceny pacjenta przy jej użyciu jest wymagane przez NFZ do zakwalifikowania chorego do placówek opiekuńczych (aby zostać przyjętym do ośrodka opieki pacjent musi otrzymać 0–40 punktów w skali Barthel) [11]. Pytania zawarte w tej części dotyczą samodzielności chorego w spożywaniu posiłków, przemieszczaniu się, utrzymaniu higieny osobistej, korzystaniu

z toalety, myciu i kąpieli całego ciała, poruszaniu się, wchodzeniu i schodzeniu po schodach, ubieraniu i rozbieraniu się, a także kontrolowaniu oddawania moczu i stolca. Uzyskanie niskiego wyniku punktowego wskazuje na niewielki stopień samodzielności pacjenta i konieczność pomocy osób trzecich.

Kolejną stosowaną w COG jest skala IADL (Instrumental Activities of Daily Living – skala Lawtona) oceniająca złożone czynności życia codziennego (funkcjonowanie instrumentalne) [1, 8–9, 12]. Ocenia ona zdolność chorego do autonomicznego funkcjonowania we współczesnym świecie. Wyszczególniono w niej 8 pytań, które dotyczą stopnia zdolności korzystania z telefonu i środków transportu, samodzielności w robieniu zakupów, sprzątanii, praniu oraz posługiwaniu się lekami i pieniędzmi. Niska punktacja (maksymalnie można uzyskać 8 punktów) świadczy o braku samodzielności w wykonywaniu wymienionych czynności.

Ocenie podlega także zdolność pacjenta do przejścia z pozycji siedzącej do stojącej oraz marsz na krótkim dystansie. Do tej oceny służy test TUG (*timed „up and go”*) zwany testem „wstań i idź” [13]. Pacjent ma za zadanie w jak najkrótszym czasie podnieść się z pozycji siedzącej (krzesło o standardowej wysokości) do pozycji stojącej (może używać rąk do podparcia), a następnie przejść marszem dystans 3 m, zawrócić i marszem powrócić na krzesło do pozycji siedzącej. Czas wykonania zadania mierzony jest stoperem przez badającego. Wynik podaje się w sekundach; około 10 sekund jest wynikiem prawidłowym, powyżej 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadku, a osoby niedołążne wykonują test powyżej 20 sekund. Pacjent podchodzi do zadania dwukrotnie, a pod uwagę bierze się lepszy rezultat [13].

COG – OCENA STANU ZDROWIA FIZYCZNEGO

Zespół geriatryczny, chcąc ocenić stan kliniczny pacjenta, ma do dyspozycji, poza standardowym badaniem podmiotowym i przedmiotowym, wykonaniem badań diagnostycznych, szereg narzędzi oceniających stopień zaawansowania chorób oraz ryzyko powikłań wynikających z aktualnego stanu pacjenta. Do tych narzędzi zaliczamy skale używane powszechnie w medycynie, np. skalę NYHA (New York Heart Association) służącą do oceny stopnia niewydolności krążenia; skalę APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) oceniającą ciężkość stanu ogólnego chorego czy kanadyjską skalę oceny choroby wieńcowej [1].

Bardzo popularnym testem stosowanym głównie w geriatrici jest nieco rozszerzona wersja TUG, czyli test Tinetti – skala oceny równowagi i chodu szacująca ryzyko upadków [14]. Test Tinetti ocenia równowagę podczas siedzenia, wstawania z miejsca, równowagę podczas stania i próby trącania, także przy zamkniętych oczach, obracanie się o 360°, a następnie chód na krótkim dystansie. Pacjent może uzyskać maksymalnie 28 punktów. Wynik poniżej 26 punktów wskazuje na problemy z równowagą i chodem, a poniżej 19 punktów oznacza, że ryzyko upadku wzrasta 5-krotnie. Należy wówczas zastanowić się nad zaopatrzeniem pa-

cjenta w sprzęt pomocniczy, który umożliwi mu w miarę sprawne poruszanie się, np. chodzik, poręcz przy łóżku, w łazience, w korytarzach, dodatkowe oświetlenie podłogi [14]. Z innych tzw. testów funkcjonalnych zastosowanie znajdują: test 6-minutowego marszu, test marszu na dystansie 6 m i 10 m, test zasięgu funkcjonalnego (mierzący maksymalny zasięg kończyn górnych pacjenta stojącego bez podparcia i bez wykonywana kroków) [1].

Częstym problemem osób po 60. roku życia jest niedożywienie [15] spowodowane m.in. czynnikami ekonomicznymi lub chorobą utrudniającą przyjmowanie pokarmów. Dlatego w ocenie stanu fizycznego niewątpliwie znaczenie ma ocena stopnia odżywienia pacjenta. Do tego celu wprowadzono kwestionariusz MNA (Mini Nutritional Assessment) [16]. Pełna wersja MNA składa się z 18 pytań i ocenia ilość spożywanych posiłków z podziałem na warzywa, owoce i płyny, sposób odżywiania, samoocenę stanu odżywiania, a także ocenę własnego stopnia odżywienia w porównaniu do innych osób w tym samym wieku, BMI, obwody ramienia, łydki, przyjmowane leki, obecność odleżyn, owrzodzeń, ewentualną utratę masy ciała, występowanie ostrej choroby i stresu w ostatnich 3 miesiącach, zdolność samodzielnego poruszania się, określa także miejsce pobytu chorego i jego problemy neuropsychologiczne. Łącznie pacjent może zdobyć 30 punktów. Wynik 24–30 punktów klasyfikuje chorego do grupy dobrze odżywionych, natomiast uzyskanie 17–23,5 punktów wskazuje na duże ryzyko niedożywienia [16].

U pacjentów unieruchomionych powinno się również zastosować skalę Norton do oceny ryzyka powstania odleżyn [17]. Taka ocena pozwala na szybkie wdrożenie działań prewencyjnych, zapobiegających ich powstawaniu.

COG – OCENA STANU UMYŚLOWEGO

Stan umysłowy pacjenta determinuje wszystkie aspekty procesu leczniczego. Pacjenci po 65. roku życia często zmagają się z różnego rodzaju zaburzeniami neurodegeneracyjnymi i chorobami psychicznymi, jak np. chorobą Alzheimera, otępieniem naczyniopochodnym, zaburzeniami snu, depresją. Dlatego ważne jest, aby prawidłowo ocenić ich funkcje poznawcze i stan emocjonalny. W tym celu stosuje się zwykle krótką skalę oceny stanu psychicznego MMSE (Mini-Mental State Examination) [18]. Jest to kwestionariusz sprawdzający 6 najważniejszych funkcji umysłowych, takich jak orientację w czasie i miejscu, zapamiętywanie, uwagę i liczenie, przypominanie, funkcje językowe oraz prakcję konstrukcyjną. Wynik możliwy do uzyskania to 30 punktów. Przedział 27–30 punktów to rezultat prawidłowy, 24–26 oznacza łagodne zaburzenie funkcji poznawczych, a 0–23 punktów wskazuje na otępienie (19–23 – otępienie w stopniu lekkim, 11–18 – otępienie w stopniu średnim, 0–10 – otępienie w stopniu głębokim) [18]. Z innych narzędzi oceny stanu psychicznego można wymienić skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona [19] i test rysowania zegara (CDT

– Clock-Drawing Test) [1]. Pomocnym narzędziem do ustalenia etiologii otępienia, np. do rozróżnienia choroby Alzheimera od otępienia na tle naczyniowym, jest skala niedokrwienia Hachinskiego [20]. Natomiast w celu określenia stopnia zaburzeń na poziomie emocjonalnym zastosowanie znajduje geriatryczna skala oceny depresji Yesavage’a badająca afekt, poziom lęku oraz depresję [21].

COG – OCENA SOCJALNO-ŚRODOWISKOWA

Ocena socjalno-środowiskowa ma na celu zdefiniowanie potrzeb osoby w wieku podeszłym w zakresie opieki doraźnej i długoterminowej. Zespół geriatryczny udziela wielokierunkowego wsparcia rodzinie i samemu choremu na poziomie informacyjnym (konsultuje, przekazuje wiedzę o przebiegu i leczeniu choroby seniora, domowych i specjalistycznych o środkach i zabiegach pielęgnacyjno-leczniczych), instrumentalnym (informacje na temat techniki korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego) oraz emocjonalnym. Bardzo ważną rolę w zespole geriatrycznym odgrywa pielęgniarka środowiskowa, która ma najlepszy wgląd w sytuację chorego, jako osoba z najczęstszym i najbliższym kontaktem z pacjentem.

Duży nacisk kładzie się także na różne formy aktywizacji chorego. Popularne, szczególnie w dużych miastach, stają się kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku czy zgromadzenia o charakterze religijnym. Pozwalają one zwalczyć samotność, zawrzeć nowe znajomości, ułatwiają integrację seniorów z określonego rejonu, a także zdobycie nowej wiedzy i umiejętności. Członkowie zespołu geriatrycznego powinni dysponować wiedzą na temat ośrodków aktywizacji osób w wieku podeszłym i zachęcać chorego do korzystania z takiej formy spędzania czasu.

Nadal jednak podstawową komórką społeczną w opiece nad osobą w wieku podeszłym pozostaje rodzina. W wielu społeczeństwach jest to wymóg kulturowy, a oddanie seniora do domu opieki społecznej jest postrzegane bardzo negatywnie.

PODSUMOWANIE

Sprawne i niezależne funkcjonowanie osób w wieku podeszłym istotnie oddziałuje na ich dobrą jakość życia oraz płynącą z niego satysfakcję. Osoby powyżej 60. roku życia wymagają w sposób szczególny opieki holistycznej, skierowanej na całość ich funkcjonowania i usprawnienie we wszystkich obszarach życia. Obecnie dąży się do modelu *successful aging*, czyli utrzymania jakości życia osób w wieku podeszłym na dobrym poziomie. Medycyna koncentruje się nie tyle na wyleczeniu pacjenta z danej choroby, co na utrzymaniu stanu zdrowia pozwalającego na odczuwanie satysfakcji z życia [22–23]. Opieka medyczna w okresie starości powinna być więc szczególnie ukierunkowana na indywidualne potrzeby pacjenta [24]. Prawidłowe zdiagnozowanie objawów, określenie potrzeb zdrowotnych seniora we wszystkich wymiarach determinuje bowiem jego dal-

szą drogę i optymalne postępowanie medyczne. Narzędziem ułatwiającym to zadanie jest niewątpliwie COG.

PIŚMIENNICTWO

1. Kostka T, Koziarska-Rościszewska M. Choroby wieku podeszłego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 12–37.
2. Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu. Streszczenie [online] [cyt. 2.01.2016]. Dostępny na URL: http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0004/24772/Europejski-Raport-Zdrowia-2012.pdf.
3. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A, red. Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Via Medica; 2006: 62–75.
4. Rosenthal T, Williams M, Naughton B, red. Geriatria. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2009.
5. Krzemieniecki K. Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie w onkologii – systematyczny przegląd piśmiennictwa [online] [cyt. 8.08.2015]. Dostępny na URL: http://www.opk.viamedica.pl/darmowy_pdf.phtml?indeks=40&indeks_art=216.
6. Michałkiewicz H, Wróbel J. Całościowa ocena geriatryczna – narzędzie ważne również dla fizjoterapeutów [online] [cyt. 8.08.2015]. Dostępny na URL: <http://zsim.wsia.edu.pl/fizjoterapia/files/2012/10/zsim-35-article-10.pdf>.
7. Mastalerz-Migas A, Ościłowska E, Steciwo A. Jakość życia osób w wieku podeszłym. Family Med Prim Care Rev 2008; 10 (3): 511–514.
8. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R. Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarstwa [online] [cyt. 8.08.2015]. Dostępny na URL: http://www.pmurz.rzeszow.pl/PDF/2011/2/07_zeszyt2_2011.pdf.
9. Kochanek-Jagielska K. Skale sprawności trzeciego wieku – instrumenty do pełnej oceny geriatrycznej [online] [cyt. 8.08.2015]. Dostępny na URL: <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=814>.
10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Beverly A, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914–919.
11. Kołomecka M. Całościowa ocena geriatryczna [online] [cyt. 8.08.2015]. Dostępny na URL: http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179–186.
13. Podsiadło D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39 (2): 142–148.
14. Tinetti M. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1988; 34 (2): 119–126.
15. Mastalerz-Migas A, Zmarzły A. Niedożywienie w grupie starszych dorosłych w praktyce lekarza rodzinnego – diagnostyka i leczenie. Terapia 2007; 199: 49–52.
16. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology 1994; 2: 15–59.
17. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in the hospital. The National Corporation for the Care of Old People. Public Health 1962; 77 (5): 137.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12 (3): 189–198.
19. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age Ageing 1972; 1 (4): 233–238.
20. Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, i in. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975; 32 (9): 632–637.
21. Yesavage J A, Brink T, Lum O. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17 (1): 37–49.
22. Gawlik M, Kurpas D. Ocena poziomu wypalenia członków rodzin w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową objętych domową opieką paliatywną. Family Med Prim Care Rev 2014; 16 (4): 336–340.
23. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? BMJ 2005; 331 (7531): 1548–1551.
24. Yardley S, Cottrell E, Rees E, Protheroe J. Modelling successful primary care for multimorbidity: a realist synthesis of successes and failures in concurrent learning and healthcare delivery. BMC Family Practice 2015; 16: 23. Doi:10.1186/s12875-015-0234-0.

Liczba wyrazów: 3331

• tabele: –

• ryciny: –

• piśmiennictwo: 24

Źródło finansowania

Praca finansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Cytuj artykuł jako: Kumiega PB, Grata-Borkowska UT, Bujnowska-Fedak MM, Drobnik J. Całościowa ocena geriatryczna a opieka medyczna nad osobą w wieku podeszłym. PU-HSP 2016; 10, 2: 44–48.

Adres do korespondencji:

lek. Paulina Barbara Kumiega
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
tel.: 665 937 232
e-mail: paula.kumiega@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 27.01.2016

Po recenzji: 26.02.2016

Zaakceptowana do druku: 24.06.2016