

# Dwie geriatryczne „twarze” starszej pacjentki

## Two geriatric “faces” of an geriatric patient

Weronika Tomasiczek<sup>1</sup>, Sylwia Tomasiczek<sup>1</sup>, Anna Rudzińska<sup>2</sup>,  
Karolina Piotrowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

<sup>2</sup>Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

### Streszczenie

**Wstęp.** Złożoność problemów pacjenta geriatrycznego wymaga od lekarza wzmożonej czujności diagnostycznej, nie tylko w aspektach medycznych, ale również niemedycznych. Zwrócenie uwagi na płaszczyznę zdrowotną, socjalną i społeczną, zapewnia prowadzenie optymalnej terapii, opieki oraz rehabilitacji. Narzędziem służącym do kompleksowej oceny pacjenta geriatrycznego jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). **Metodyka.** Celem badania było przeprowadzenie wywiadu lekarskiego u 89-letniej pacjentki według dwóch schematów i porównanie uzyskanych informacji pod względem ich ilości i jakości. Pierwszy schemat obejmował standardowy wywiad lekarski, drugi wywiad lekarski z elementami COG. Obie części badania zostały przeprowadzone przez dwie niezależne osoby, a perspektywy porównano na podstawie analizy jakościowej. **Wyniki.** Badanie wskazało, że Całościowa Ocena Geriatryczna przedstawia istotne dodatkowe informacje o stanie klinicznym pacjentki, których nie uzyskano w standardowym wywiadzie lekarskim. Należały do nich: problemy ze słuchem, występowanie zaburzeń funkcji poznawczych, epizody zachłyśnięć podczas spożywania posiłków, a także liczne upadki. W ramach wywiadu lekarskiego nie uzyskano informacji na temat perspektywy psychospołecznej dotyczącej funkcjonowania pacjentki, która niewątpliwie może mieć wpływ na planowanie ścieżki diagnostycznej i procesu leczenia, a także dalszego postępowanie po okresie hospitalizacji. **Wnioski.** Całościowa Ocena Geriatryczna to narzędzie przynoszące wymierne korzyści. Dotychczas bagatelizowane przez pacjentkę i jej bliskich aspekty związane z chorowaniem mogą zostać usłyszane oraz w odpowiedni sposób zaadresowane. (*Gerontol Pol* 2024; 32; 49-54) doi: 10.53139/GP.20243201

**Słowa kluczowe:** COG, całościowa ocena geriatryczna, wielochorobowość

### Abstract

**Introduction.** The complexity of the geriatric patient's problems requires increased diagnostic vigilance of the physician, not only in medical but also in non-medical aspects. Paying attention to the health and social aspects ensures the delivery of the optimal therapy, care, and rehabilitation. A tool for the comprehensive evaluation of the geriatric patient is the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). **Methodology.** The aim of the study was to conduct a medical interview of an 89-year-old female patient according to two schemes and to compare the information obtained in terms of quantity and quality. The first scheme included a standard medical interview and the second a medical interview with elements of CGA. Both parts of the study were conducted separately by two persons and the perspectives were compared on the basis of qualitative analysis. **Results.** The study showed that the Comprehensive Geriatric Assessment provided important additional information about the patient's clinical condition that was not available from the standard medical history. These included hearing problems, the presence of cognitive impairment, episodes of aspiration of gastric contents, and multiple falls. The medical history did not provide information on the psychosocial perspective of the patient's functioning, which can undoubtedly influence the planning of the diagnostic pathway and treatment process, as well as further post-hospital management. **Conclusions.** The Comprehensive Geriatric Assessment is a tool with significant advantages. Aspects of the patient's illness that have previously been underestimated by the patient and their relatives can be heard and addressed appropriately. (*Gerontol Pol* 2024; 32; 49-54) doi: 10.53139/GP.20243201

**Keywords:** comprehensive geriatric assessment, multimorbidity,

### Wstęp

Proces starzenia niesie za sobą konsekwencje w płaszczyźnie fizycznej, psychicznej oraz społecznej. Leka-

rze stają przed wyzwaniem zarządzania wielolekowością i wielochorobowością osób w podeszłym wieku. Ze względu na powszechność wśród pacjentów starszych deficyty i problemy geriatryczne, korzystne dla procesu terapeutycznego jest przeprowadzenie możliwie najbardziej kompleksowej oceny pozwalającej oszacować zarówno możliwości, jak i ograniczenia, których doświadcza starszy pacjent. Taką właśnie procedurę diagnostyczno-terapeutyczną stanowi Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), której wynik wskazuje specyficzne dla pacjenta obszary ulegające osłabieniu w procesie starzenia się i chorowania [1,2].

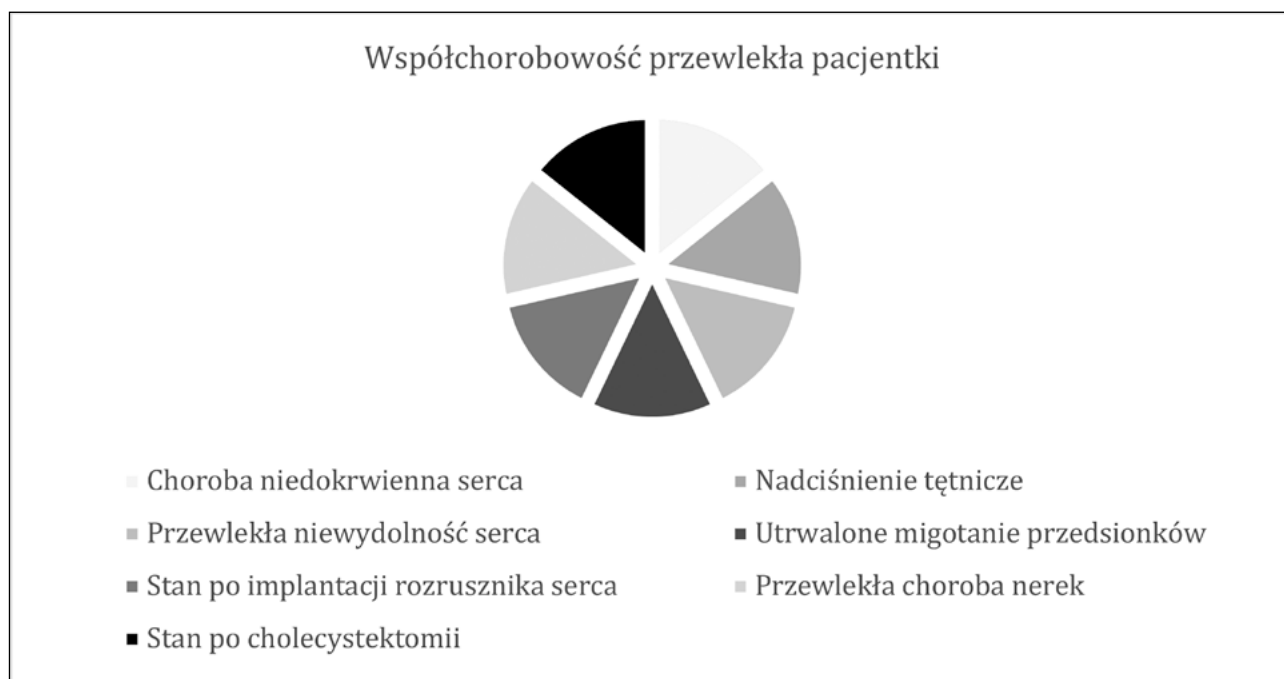
Obszary, które podlegają ocenie w ramach COG to funkcjonowanie poznawcze i nastrojów, sprawność ruchowa i samodzielność funkcjonalna, stan odżywienia (optymalnie z oceną przesiewową w kierunku niedożywienia, sarkopenii i zespołu słabości) oraz czynniki społeczne, środowiskowe i ekonomiczne. W ramach każdego z wymienionych obszarów wskazać można odpowiednie narzędzia – skale kwestionariuszowe i testy funkcjonalne, mające na celu unaocznienie ewentualnych deficytów starszej osoby w zobiektywizowany sposób. W miarę możliwości ośrodka, w którym wykonywana jest ocena, powinna być ona realizowana w ramach interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzi m.in. lekarz geriatra (lub lekarz z kompetencjami geriatrycznymi), pielęgniarka, psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta oraz pracownik socjalny [1,3].

Niniejszy artykuł ma na celu podkreślenie znaczenia i przedstawienie korzyści płynących z wykonywania COG oraz podniesienie świadomości na temat problemów specyficznych dla populacji geriatrycznej. W artykule przedstawiono dwie perspektywy spojrzenia na starszego pacjenta, które oparto na standardowym wywiadzie lekarskim oraz wywiadzie lekarskim przeprowadzonym wraz z elementami Całościowej Oceny Geriatrycznej.

## Metodyka

Badanie zaplanowane zostało jako studium przypadku starszej pacjentki z wielochorobowością i złożonością terapeutyczną, przedstawione z dwóch rozdzielnych perspektyw. Do badania zaproszono 89-letnią pacjentkę hospitalizowaną w trybie pilnym w oddziale geriatrycznym. Pacjentka zgłosiła się do szpitalnego oddziału ratunkowego z powodu bólów brzucha z towarzyszącymi nudnościami i zaparciami. W wywiadzie chorobowym, według prowadzonej dokumentacji medycznej, u pacjentki odnotowano m.in. współchorobowość kardiologiczną z chorobą niedokrwienną serca, migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobę nerek oraz zaburzenia elektrolitowe (hiponatremię) (rycina 1).

Z pacjentką przeprowadzono dwa niezależne wywiady lekarskie zrealizowane według przedyskutowanych wcześniej schematów. Pierwszy schemat obejmował



Rycina 1. Schorzenia przewlekłe pacjentki – na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej i wywiadu lekarskiego  
Figure 1. The patient's chronic conditions - based on available medical documentation and medical history

przeprowadzenie przez studentkę 5 roku Wydziału Lekarskiego CM UJ (ST) wywiadu lekarskiego o standardowej strukturze i pytaniach. Drugi schemat zakładał standardowy wywiad lekarski pogłębiony o elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej. Drugi wywiad przeprowadzony został przez studentkę znajdującą się na analogicznym etapie formalnej edukacji medycznej (studentka 5 roku Wydziału Lekarskiego CM UJ, WT), która odbyła skrócony trening w zakresie wykonywania elementów COG. Obie studentki odbyły ten sam cykl kształcenia przeddyplomowego (wspólny wydział medyczny, kształcenie modułowe w ramach wspólnej grupy ćwiczeniowej). Elementy wykorzystane do pogłębienia oceny pacjentki zostały przedyskutowane wcześniej z nadzorującymi badanie lekarzem specjalistą geriatрії oraz dietetykiem klinicznym. W oparciu o całokształt obrazu klinicznego pacjentki, zdecydowano o zastosowaniu przesiewowych narzędzi geriatrycznych: VES-13 (ang. *Vulnerable Elders Survey*), MMSE (ang. *Mini-Mental State Examination*; Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego), GDS-15 (ang. *Geriatric Depression Scale*, Geriatryczna Skala Depresji) oraz MNA (ang. *Mini-Nutritional Assessment*). Wywiady przeprowadzono niezależnie podczas dwóch kolejnych dni hospitalizacji Pacjentki, standardowy wywiad lekarski przeprowadzono jako pierwszą procedurę, standardowy wywiad pogłębiony o COG jako procedurę kolejną. Zgromadzone informacje porównano pod względem ilości i jakości zebranych danych, uzyskując dwie perspektywy – dwie “twarze” starszej pacjentki. Wyniki zinterpretowano na podstawie analizy jakościowej.

## Wyniki

W ramach standardowego wywiadu lekarskiego potwierdzono informacje zgromadzone w dostępnej dokumentacji medycznej. Pacjentka wskazała swoje przewlekłe problemy medyczne (rycina 1), ale nie nadała im rangi ze względu na wpływ na odczuwaną subiektywnie jakość życia. W ocenie subiektywnej badacza (ST), pacjentkę w tym samym stopniu martwiły medyczne problemy przewlekłe (zaparcia), co objawy ze strony przewodu pokarmowego, które pojawiły się nagle. W kolejnym dniu ponownie zebrano wywiad lekarski, który rozszerzono o elementy COG. Informacje zgromadzone podczas przesiewowej oceny kwestionariuszowej oraz swobodnej rozmowy, która towarzyszyła badaniu obejmowały obszary z zakresu funkcjonowania poznawczego, sprawności funkcjonalnej, stanu odżywienia oraz jakości życia. Konkretnie informacje pozyskane dzięki przeprowadzeniu COG, a które nie pojawiły się w trakcie standardowego wywiadu lekarskiego, wskazały na

występowanie zachłyśnięć przy jedzeniu i picciu, niedosłuch, kłopoty z pamięcią oraz liczne upadki w wywiadzie, którym towarzyszy obawa pacjentki przed utratą samodzielności i niezależności funkcjonalnej (tabela I).

Tabela I. Porównanie informacji zgromadzonych w ramach dwóch przeprowadzonych niezależnie wywiadów

Table I. Comparison of information collected from two independently conducted interviews

Wywiad lekarski	Wywiad lekarski z elementami COG
<p>Diagnostyka przyczyn dolegliwości, które niepokoiły pacjentkę:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapaść</li> <li>• bólów brzucha</li> <li>• nudności i wymiotów</li> <li>• kaszlu</li> </ul>	<p>Dodatkowe informacje z COG, na które wskazała pacjentka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ataki kaszlu („<i>plwocina podbarwiona na różowo</i>”)</li> <li>• epizody zachłyśnięć</li> <li>• „<i>tendencja do zapominania</i>”</li> <li>• niedosłuch ucha prawego</li> <li>• wielokrotne upadki</li> <li>• obawa przed utratą samodzielności</li> </ul>

## Elementy całościowej oceny geriatrycznej

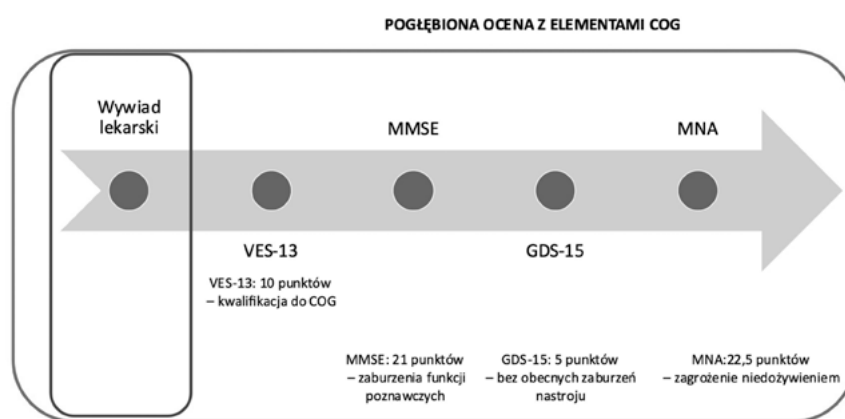
Pacjentka odpowiedziała twierdząco na pytania o “występowanie upadku lub upadków do 3 miesięcy wstecz” oraz “*samotność, zamieszkiwanie bez opiekuna lub widoczne zaniedbania higieniczne*”. Wynik pacjentki wyniósł 2 pkt, co wskazywało na ryzyko pogorszenia sprawności funkcjonalnej. Pacjentka w skali VES-13 uzyskała 10 punktów (wynik maksymalny), który zakwalifikował ją do pogłębionej oceny geriatrycznej, która zrealizowana być może w ramach oddziału szpitalnego lub poradni geriatrycznej.

Obydwa wyniki uzyskane podczas wstępnej oceny pacjentki, zakwalifikowały ją do wykonania COG (tabela II). Przeprowadzono ocenę pogłębioną z zastosowaniem kwestionariusza MMSE, GDS-15 oraz MNA (rycina 2).

Tabela II. Etap wstępny Całościowej Oceny Geriatrycznej – wyniki i interpretacja

Table II. Primary stage of the Comprehensive Geriatric Assessment – results and interpretation

Skala / Kwestionariusz	Wynik Pacjentki [pkt]	Interpretacja
------------------------	-----------------------	---------------



Rycina 2. Proces diagnostyczny pacjentki w wieku podeszłym  
 Figure 2. The diagnostic process of an elderly patient

Ankieta wstępnej Oceny Geriatrycznej	2	Obecne prawdopodobieństwo pogorszenia sprawności funkcjonalnej
VES-13	10	Rekomendowana całościowa ocena geriatryczna

VES-13 (*Vulnerable Elders Survey*).

Przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych i nastroju wskazała na obecność zaburzeń funkcji poznawczych w stopniu łagodnym, nie potwierdzono depresyjności. Pacjentka wskazała na przewlekły charakter obserwowanych zaburzeń, który dotyczył głównie obszarów pamięci roboczej i semantycznej. Pacjentka dotychczas nie była diagnozowana z tego powodu, problemy z pamięcią postrzegała jako nieuchronny przebieg procesu starzenia się. Zaplanowano ponowną ocenę funkcji poznawczych w trybie ambulatoryjnym po ustąpieniu stanu ostrego, wykonanie badań obrazowych mózgowia oraz analizę podstawowych badań laboratoryjnych, których nieprawidłowości wskazywać mogą na inne niż neurologiczne przyczyny zaburzeń funkcji poznawczych.

Na podstawie skali MNA uzyskano informację na temat występowania stanu zagrożenia niedożywieniem. Co bardzo istotne, na podstawie badania przesiewowego (podskala MNA-SF) oraz oceny wskaźnika masy ciała (*Body Mass Index*, BMI), który wynosił 31,2 kg/m<sup>2</sup> (I stopień otyłości), nie postawiono podejrzenia niedożywienia. Uzyskane wyniki w całości wskazywać mogą na ryzyko rozwoju niedożywienia jakościowego oraz otyłości sarkopenicznej. Uzyskanie takiego wyniku wskazuje na konieczność pogłębienia wywiadu żywieniowego o aspekty związane z jakością stosowanej diety, w tym prawidłowy udział poszczególnych makroskładników (w szczególności białka) w stosowanej diecie.

W związku z wywiadem w kierunku wielokrotnych upadków oraz deklarowanym obniżeniem jakości życia wynikającym z lęku przed utratą sprawności samobsługowej i samodzielności funkcjonalnej, pacjentkę skierowano do pogłębionej oceny fizjoterapeutycznej w ramach interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego. Wyniki elementów COG zestawiono w tabeli III.

Tabela III. Elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej – wyniki i interpretacja

Table III. Elements of the Comprehensive Geriatric Assessment – results and interpretation

Skala	Wyniki Pacjentki [pkt]	Interpretacja
MMSE	21	Możliwe otępienie łagodnego stopnia
GDS-15	5	Brak objawów depresyjności
MNA SF – Wynik oceny z badania przesiewowego	13	Prawidłowy stan odżywienia
MNA – Wynik końcowy	13 + 9,5 = 22,5	Zagrożenie niedożywieniem

MMSE (*Mini-Mental State Examination*): Krótka skala oceny stanu psychicznego; GDS (*Geriatric Depression Scale*): Geriatryczna skala oceny depresji "wersja 15 punktowa" wg Yesavage'a; MNA (*Mini Nutritional Assessment*): Kwestionariusz oceny stanu odżywienia.

## Dyskusja

Przedstawione studium przypadku wskazuje na zasadność rutynowej przesiewowej oceny geriatrycznej, która jako standard powinna być przeprowadzana u pacjentów w starszym wieku. Ukończenie procesu gromadzenia informacji medycznych na etapie wystandaryzowanego wywiadu lekarskiego nie dostarcza kompletności informacji dotyczących ograniczeń starszego pacjenta (rycina 3).

W przypadku badanej Pacjentki sam wywiad nie zidentyfikował w wystarczającym stopniu jej problemów zdrowotnych. Wzbogacenie wywiadu lekarskiego o ele-



Rycina 3. Złożoność i kompleksowość problemów pacjentki. Ciemniejszym kolorem zaznaczono obszar standardowego wywiadu lekarskiego: schorzenia przewlekłe (kolorowy diagram - jak na rycinie 1), stosowane leczenie oraz nowe dolegliwości. Jaśniejszym kolorem zaznaczono dodatkowe informacje uzyskane z wywiadu lekarskiego pogłębionego o COG - problemy geriatryczne. Wszystkie elementy połączone razem, tworzą całościowy obraz pacjentki

Figure 3. Complexity of the patient's problems. The darker color indicates the area of the standard medical history: chronic conditions (colored diagram - as in figure 1), treatment used and new complaints. The lighter color indicates additional information obtained from the medical history expanded by COG - geriatric problems. All elements combined together, form a comprehensive picture of the patient

menty Całościowej Oceny Geriatrycznej pozwoliło na dogłębne zbadanie perspektywy, zrozumienie obaw i poznanie dolegliwości, które nie zostały podniesione podczas przeprowadzania wywiadu lekarskiego. Ze względu na wielochorobowość, wielolekowość oraz powszechne deficyty poznawcze oraz występowanie innych wielkich syndromów geriatrycznych, pacjenci w wieku podeszłym potrzebują szczególnej uwagi personelu medycznego. Do elementów tej szczególnej uwagi należy między innymi zadbanie o zrozumiały język podczas rozmowy, atmosferę otwartości i bezpieczeństwa podczas pobytu w szpitalu lub poradni specjalistycznej, a także budowanie relacji pacjent-lekarz/inny pracownik sektora ochrony zdrowia opartej na współpracy i wzajemnym szacunku. Działania te prowadzą do lepszego zrozumienia istoty chorowania, a w konsekwencji adherencji pacjenta do zaleceń [4,5]. Funkcjonowanie psychiczne pacjenta, jego nastrój, nastawienie i przekonania dotyczące zdrowia i choroby, mają istotne przełożenie na podejmowanie dalszych decyzji dotyczących opieki nad chorym. W badaniach nad zasadnością wykonywania Całościowej Oceny Geriatrycznej najczęściej oceniane są następujące płaszczyzny: śmiertelność, zdolność do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, funkcjonowanie poznawcze, zależność od opiekuna, jakość życia i satysfakcja, obciążenie opiekuna,

majaczenie, upadki, komplikacje podczas hospitalizacji, długość pobytu szpitalnego, ponowne przyjęcia do szpitala, przyjęcia do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, instytucjonalizacja, a także czynniki ekonomiczne [6,7]. Do rzadko poruszanych tematów w obszarze badań nad wykonywaniem COG należy kwestia interdyscyplinarności zespołu, w ramach którego wykorzystywane jest to narzędzie. O ile na samą ocenę składają się narzędzia, których wykorzystanie nie powinno nastręczyć trudności specjalście, o tyle istotną kwestią wydaje się być pogłębienie wywiadu w ramach obszarów zidentyfikowanych jako te, w których starszy Pacjent doświadcza trudności lub ograniczeń. Pogłębienie badania w kierunku oceny stanu odżywienia, ograniczeń w zakresie poruszania się, czy też stanu psychicznego pacjenta powinno zostać dokonane przez specjalistów poszczególnych dziedzin pozostających w kontakcie ze sobą. Zasadna wydaje się również rekomendacja, żeby studenci kierunków medycznych zapoznawali się z elementami COG już w trakcie szkolenia przeddyplomowego, co pozwoli budować ich świadomość i zwiększać kompetencje w zakresie opieki nad pacjentem w wieku podeszłym.

## Wnioski

Całościowa Ocena Geriatryczna to narzędzie przynoszące wymierne korzyści. Dotychczas bagatelizowane przez pacjentkę i jej bliskich aspekty związane z chorowaniem mogą zostać usłyszane oraz w odpowiedni sposób zaadresowane.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

## Piśmiennictwo / References

1. Bień B, Broczek K, Klich-Rączka A, Machaj Z, Majsterek E, Żak M. W: Bień B, Broczek K. (red.). Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej. Warszawa; 2012 [online]. Dostępny na: [https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy\\_materiały\\_pomocnicze\\_opracowane\\_przez\\_autorow\\_programow.pdf](https://geriatria.cmkp.edu.pl/docs/organizatorzy_materiały_pomocnicze_opracowane_przez_autorow_programow.pdf).
2. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD006211. Published 2011 Jul 6. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub2.
3. Piotrowicz K. Całościowa Ocena Geriatryczna. [W: podejście do pacjenta geriatrycznego]. W: Gąsowski J, Piotrowicz K. (red.). *Geriatrya: wybrane zagadnienia*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2020. ss. 131-44.
4. Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing.* 2018;47(1):149-55.
5. Tinetti M. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1988;34(2):119-26.
6. Kumięga PB, Grata-Borkowska UT, Bujnowska-Fedak MM, Drabik J. Całościowa ocena geriatryczna a opieka medyczna nad osobą w wieku podeszłym. *PU-HSP.* 2016;10,2:44-8.
7. Conroy SP, Bardsley M, Smith P, et al. Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; April 2019.