

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA COG

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) jest obszernym procesem diagnostycznym niezbędnym do oceny sytuacji biopsychospołecznej seniora przebywającego w środowisku domowym lub instytucjonalnym. Obejmuje ocenę stanu czynnościowego, stanu zdrowia fizycznego, poziomu funkcji umysłowych oraz sytuacji socjalno-środowiskowej

COG

Całościowa Ocena Geriatryczna jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych

SKŁADOWE CAŁOŚCIOWEJ OCENY GERIATRYCZNEJ

COG OBEJMUJE

- ▶ ocenę stanu czynnościowego
- ▶ ocenę stanu zdrowia
- ▶ ocenę stanu fizycznego
- ▶ ocenę funkcji umysłowych
- ▶ ocenę socjalno-środowiskową

SKŁADOWE COG

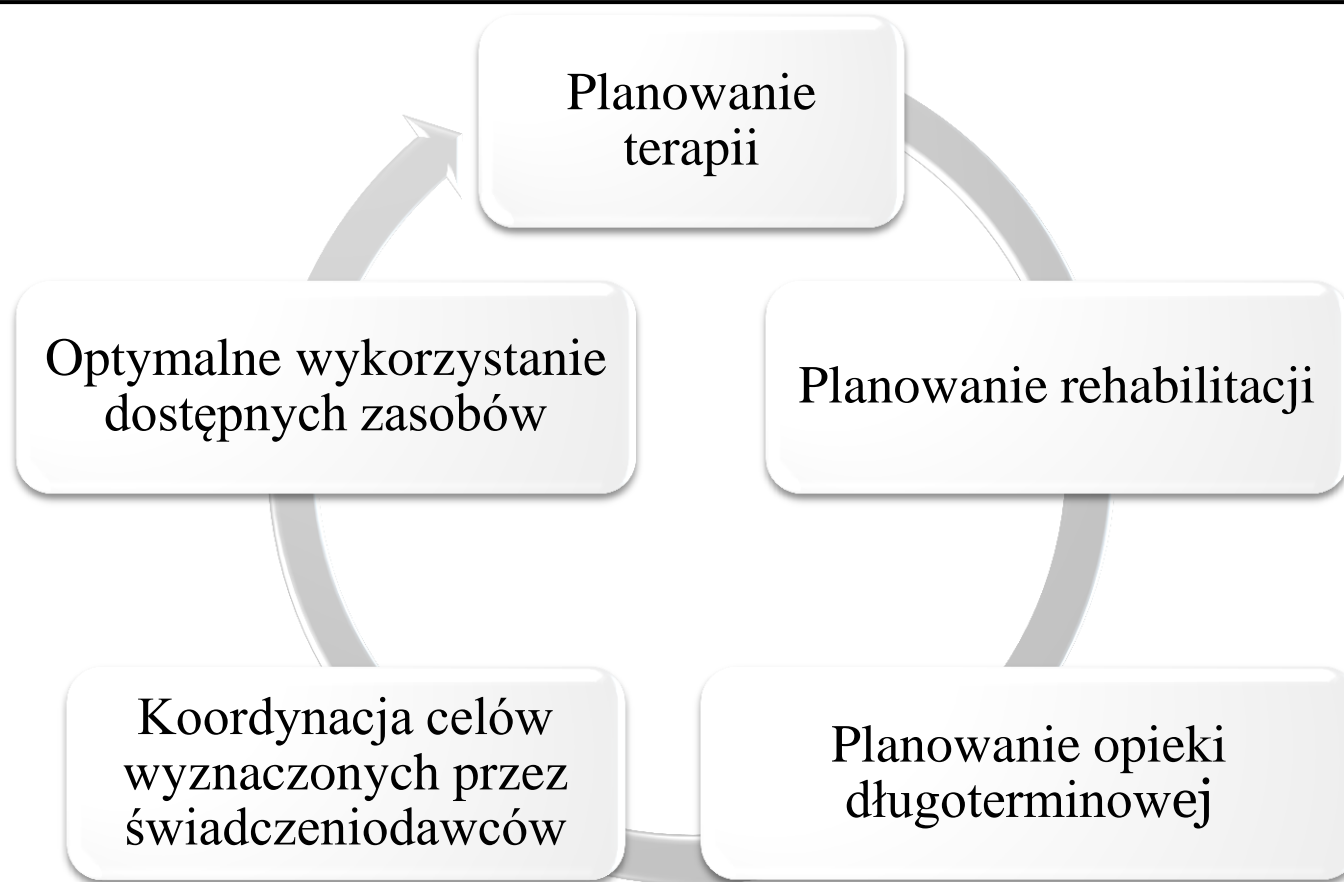


◆ Ocena zdrowia, stanu klinicznego (zgodnie z profesją poszczególnych członków zespołu)
◆ Ocena sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej (ocena kwestionariuszowa) i wspólna dyskusja nad wynikami
◆ Ocena zasobów i dostępnych środków zaradczych (ze strony pacjenta oraz systemu opiekuńczego).

ZNACZENIE BADANIA W PRAKTYCE ZAWODOWEJ PIEŁĘGNIARKI

- ❖ pielęgniarka dokonuje oceny funkcjonalnej lub interpretacji COG w celu zdefiniowania priorytetowych u indywidualnego pacjenta obszarów potrzeb
- ❖ COG pozwala pielęgniarce na lepszą kwalifikację do poszczególnych metod leczenia
- ❖ badanie COG umożliwia wykrycie nowych dysfunkcji organizmu

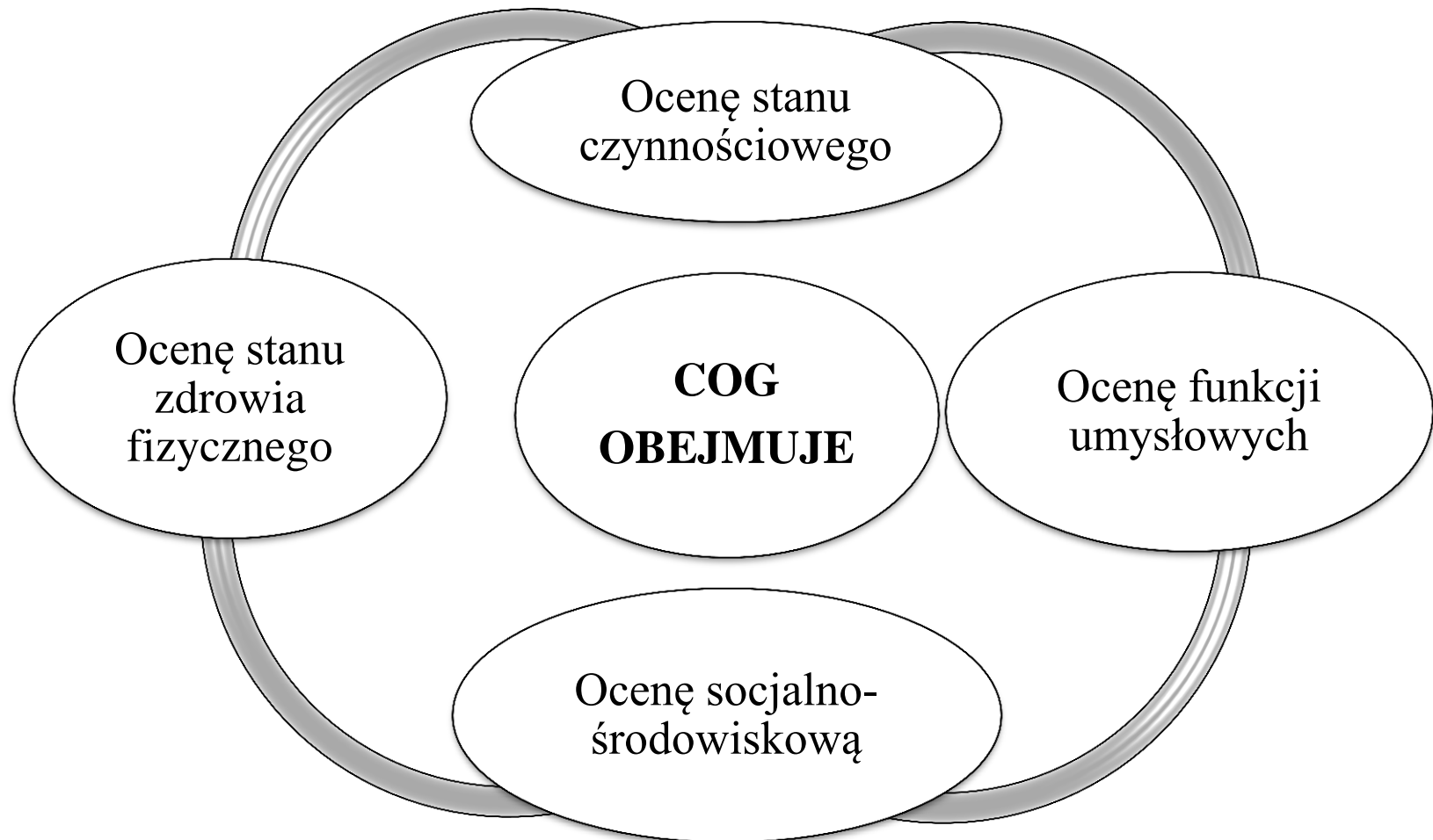
CELE, ZASADY I PRZEBIEG COG W ASPEKTCIE MEDYCZNYM I SPOŁECZNYM



CELE, ZASADY I PRZEBIEG COG W ASPEKCIE MEDYCZNYM I SPOŁECZNYM

- Podmiotem COG może być każda osoba starsza, jednak procedura ta jest szczególnie rekomendowana do przeprowadzenia wśród tzw. pacjentów geriatrycznych:
 - najczęściej w późnej starości
 - osób zniedołężniałych
 - osób o złożonej niesprawności
 - osób w krytycznych momentach ich życia (stan po udarze, zawale, nagłe pogorszenie sytuacji ekonomicznej, wdowieństwo lub inne niezwykle stresujące sytuacje)

CELE, ZASADY I PRZEBIEG COG W ASPEKCIE MEDYCZNYM I SPOŁECZNYM



**NARZĘDZIA WYKORZYSTYWANE W COG
SPOSÓB WYKONYWANIA BADANIA
ORAZ DOKUMENTOWANIA POMIARU**

► COG - OCENA CZYNNOŚCIOWA

- skala oceny podstawowych czynności życiowych - **SKALA KATZA**
(**ADL - activities of daily living**) - niska punktacja świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania
- ocena złożonych czynności życia codziennego - **SKALA LAWTONA**
(**IADL - instrumental activities of daily living**) ocenia zdolność podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu - pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy/opieki
- ocena sprawności chorego wg **SKALI BARTHEL** – narzędzie oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych

WARUNKI PRZEPROWADZANIA BADANIA

- wykonywanie badania w ciszy i spokoju
- w trakcie badania należy mówić wolno, krótkimi zdaniami
- przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do badania
- w miarę możliwości w osobnym pomieszczeniu/pokoju
- bez obecności osób trzecich
- wyłączony telewizor/radio
- oprotezowanie wzroku i słuchu
- przybory do pisania
- optymalne oświetlenie

SKALA ADL WG. KATZA

SKALA LAWTONA - IADL

Złożone czynności życia codziennego – IADL (*instrumental activities of daily living*)

skala Lawtona – zakres 9-27 punktów

Na każde pytanie można odpowiedzieć:

- bez pomocy – 3 pkt
- z niewielką pomocą – 2 pkt
- zupełnie nie jestem w stanie wykonać danej czynności – 1 pkt

Czy potrafisz korzystać z telefonu?

Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?

Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?

Czy możesz sam(a) przygotować sobie posiłki?

Czy możesz sam(a) wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?

Czy możesz sam(a) dokonywać drobnych napraw w domu, majsterkować itp.?

Czy możesz sam(a) wyprać swoje rzeczy?

Czy sam(a) przyjmujesz lub mógłbyś(mogłabyś) przyjmować leki?

Czy możesz sam(a) gospodarować pieniędzmi?

Pytania 4-7 można zmodyfikować w zależności od płci.

Maksymalnie 24 pkt - ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogorszeniu stanu ogólnego

SKALA BARTHEL

NARZĘDZIA WYKORZYSTYWANE W COG SPOSÓB WYKONYWANIA BADANIA ORAZ DOKUMENTOWANIA POMIARU

► COG - OCENA STANU FIZYCZNEGO

- skala oceny równowagi i chodu – **TEST TINETTI**
- ocena ryzyka upadków - **SKALA TINETTI** - zbiorcza ocena funkcji układu nerwowego i kostno-stawowego
- ryzyko powstawania odleżyn - **SKALA NORTONA**
- ocena stanu odżywienia (**MNA** - mini nutritional assesment)
- ocena chodu i sprawności funkcjonalnej – **TEST „WSTAŃ I IDŹ”**

W teście Tinetti ocenia się 16 zadań, w tym 9 pozwalających na utrzymanie równowagi przy wykonaniu różnych czynności 7 oceniających chód

Zgodnie z zaleceniami ocenia się punktowo poszczególne zadania, za których wykonanie badany otrzymuje 0, 1 lub 2 punkty w zależności od stopnia stwierdzonej nieprawidłowości

Wynik poniżej 26 z maksymalnych 28 punktów wskazuje na istnienie ryzyka upadków uzyskanie mniej niż 19 punktów oznacza, że ryzyko upadków wzrasta pięciokrotnie

SKALA NORTON

SKALA NORTON

Czynnik ryzyka	4	3	2	1
Stan fizyczny	Dobry	Dość dobry	Średni	Bardzo ciężki
Stan świadomości	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Zaburzenia świadomości	Stupor lub śpiączka
Aktywność (zdolność przemieszczania)	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asystą	Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku
Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niepełnosprawność
Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna czynność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Zazwyczaj nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie stolca

Ryzyko powstania odleżyn, gdy pacjent otrzyma 14 i mniej punktów.

OCENA STANU ODŻYWIENIA MNA

Liczba punktów w badaniu
przesiewowym maksymalnie 14 pkt
12 i ↑ – stan odżywienia
prawidłowy
11 i ↓ – możliwość niedożywienia -
wykonanie pełnej wersji MNA

TEST „WSTAŃ I IDŹ”

Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm). Na komendę "START" badany ma za zadanie:

wstać z krzesła;

pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów;

przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans;

wykonać obrót o 180 stopni;

wrócić do krzesła i ponownie przyjąć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas potrzebny do wykonania zadania.

Interpretacja:

- < 10 sekund – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa;
- 10-19 sekund – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA);
- 20-29 sekund – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena;
- ≥ 30 sekund – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może wychodzić sam na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego.

Czas wykonania testu wynoszący ≥ 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadków.

NARZĘDZIA WYKORZYSTYWANE W COG SPOSÓB WYKONYWANIA BADANIA ORAZ DOKUMENTOWANIA POMIARU

▶ COG - OCENA STANU UMYSŁOWEGO

- **SKALA FOLSTEINA (MMSE - mini mental state examination)** - bada najważniejsze aspekty sprawności umysłowej - orientację, liczenie, zapamiętywanie, koncentrację uwagi, pamięć świeżą i funkcje językowe
- skrócony test sprawności umysłowej **WG. HODGKINSONA**
- skala niedokrwienna **HACHINSKIEGO**
- skala oceny depresji wg **YESAVAGE'A**
- skala depresji **HAMILTONA**
- test oceniający funkcje poznawcze **TEST ZEGARA**

(MMSE - MINI MENTAL STATE EXAMINATION)-WG FOLSTEINA

Za każdą prawidłową odpowiedź
badany otrzymuje 1 pkt

- **Skala MMSE** jest prostym narzędziem przesiewowym. Uzyskanie przez osobę badaną wyniku poniżej wartości odcięcia stanowi konieczność podjęcia dalszych badań diagnostycznych w celu potwierdzenia bądź wykluczenia otępienia.
- **Na wynik MMSE, oprócz stanu psychicznego badanego ma wpływ:**
 - sposób posługiwania się skalą przez badającego,
 - wiek i wykształcenie osoby badanej.
- **MAKSYMALNY WYNIK = 30 PUNKTÓW**
- **OCENA GŁĘBOKOŚCI OTEPIENIA**
 - 30 - 27 - wynik prawidłowy
 - 26 - 24 - zaburzenia poznawcze bez otępienia
 - 23 - 19 - otępienie lekkiego stopnia
 - 18 - 11 - otępienie średniego stopnia
 - 10 - 0 - otępienie głębokie

SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ WG. HODGKINSONA

SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ wg. HODGKINSONA

- ile ma pan/pani lat ?
- która jest godzina ? z dokładnością do 1 godziny.
- adres, który panu/pani podam, proszę powtórzyć i postarać się zapamiętać - ul. Gruszkowa 42.
- który mamy rok ?
- jaki jest pana/pani adres ?
- kiedy się pan/pani urodziła ?
- w którym roku rozpoczęła się II wojna światowa ?
- jak się nazywa prezydent ?
- proszę policzyć wstak od 20 do 1.
- proszę powtórzyć adres, który panu/pani podałam.

WYNIK KOŃCOWY...../10

KAŻDA PRAWIDŁOWA ODPOWIEDŹ - 1 PKT

MAX. 10 PUNKTÓW

>6 - STAN PRAWIDŁOWY, 4-6 - UPOŚLEDZENIE UMIARKOWANE

0-3 - UPOŚLEDZENIE CIĘŻKIE

SKALA NIEDOKRWIENIA HACHINSKIEGO

1. NAGŁY POCZĄTEK OBJAWÓW 0 lub 2
 2. STOPNIOWE POGORSZENIE 0 lub 1
 3. WZGLĘDNIE DOBRZE ZACHOWANA OSOBOWOŚĆ 0 lub 1
 4. SKARGI SOMATYCZNE 0 lub 1
 5. NIEOPANOWANIE EMOCJI 0 lub 1
 6. NADCIŚNIENIE TĘTNICZE W WYWIADZIE 0 lub 1
 7. UDAR MÓZGU W WYWIADZIE 0 lub 2
 8. OGNISKOWE PODMIOTOWE OBJAWY NEUROLOGICZNE 0 lub 2
- WYNIK - 4 LUB WIĘCEJ PUNKTÓW WSKAZUJĄ NA OTEPIENIE
NACZYNIOWE LUB OTEPIENIE TYPU MIESZANEGO**

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI WG YESAVAGE'A

Za każdą odpowiedź

„wytłuszczoną,, - 1 pkt

0-5 pkt – bez depresji

6-10 pkt – depresja umiarkowana

11-15 pkt – depresja ciężka

TEST ZEGARA

NARZĘDZIA WYKORZYSTYWANE W COG, SPOSÓB WYKONYWANIA BADANIA ORAZ DOKUMENTOWANIA POMIARU

▶ COG - OCENA SOCJALNO-ŚRODOWISKOWA

- ▶ określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej jak i długoterminowej
- ▶ ocena socjalno - środowiskowa winna być prowadzona z udziałem pracownika socjalnego, pielęgniarki środowiskowej i koniecznie rodziny pacjenta

PLANOWANIE OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Z

UWZGLĘDNIENIEM STANU CZYNNOŚCIOWEGO (COG)

**OCENA POTRZEB OSÓB STARSZYCH:
EASY CARE LUB CANE, NOSGER ORAZ NIEZBĘDNEGO
WSPARCIA**

- **EASYCARE** jest systemem szybkiej oceny fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu osoby starszej. Został on opracowany do ukazania szerokiego obrazu potrzeb człowieka starszego, koncentrując się głównie na jakości życia.
- Kwestionariusz opracowany został w ramach międzynarodowego projektu (SCOPE) koordynowanym przez Uniwersytet w Sheffield (Wielka Brytania), pod auspicjami WHO (Europejskiego Biura Regionalnego)
- Ze strony polskiej w pracach nad kwestionariuszem **EASY-CARE** uczestniczył Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku

Kwestionariusz **EASYCARE** składa się z następujących modułów tematycznych:

- danych personalnych respondenta,
- pytań oceniających zdolność widzenia, słyszenia, samooceny stanu zdrowia, stanu emocjonalnego (depresji),
- oceny sprawności w zakresie instrumentalnych i personalnych czynności życia codziennego

ZA POMOCĄ KWESTONARIUSZA MOŻNA BADAĆ

- preferencje odzieżowe,
- kryteria doboru odzieży,
- używane asortymenty odzieży,
- propozycje zmian zmniejszających uciążliwość w użytkowaniu ubioru,
- zabezpieczenia potrzeb,
- akceptacji wybranej kolekcji modnej odzieży.

SKALA NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), czyli **Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych.**

- Skala ta umożliwia profesjonalnym, jak i nieprofesjonalnym opiekunom seniora szybkie i łatwe dokonanie oceny fizycznego, umysłowego i socjalnego stanu pacjenta.

Skala składa się z 30 pytań i obejmuje sześć obszarów:

- pamięć [P];
- instrumentalne aktywności codziennego życia [IACŻ];
- aktywności codziennego życia [ACŻ];
- nastroje i emocje [NE];
- zachowania socjalne [S];
- zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne [Z]

Ocena mieści się w zakresie od 1 do 5 punktów. Oceny dokonuje opiekun osoby starszej w zakresie najbliższej odpowiadającemu stanowi seniora.

Maksymalnie osoba starsza może uzyskać

- 150 punktów, minimalnie 30 (najlepszy stan zdrowia)

OCENA POTRZEB OSÓB STARSZYCH

Potrzeba - odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu.

Z przyczyn pragmatycznych w opiece zdrowotnej **potrzebę** definiuje się pośrednio – jako wymaganie określonej interwencji lub terapii, która pomoże zniwelować problem zdrowotny.

KWESTIONARIUSZ CANE

Kwestionariusz CANE ocenia 24 dziedziny życia, które obejmują m. in. podstawowe i złożone czynności życia codziennego, status materialny, kontakty społeczne, zdrowie fizyczne oraz dodatkowo dwa obszary związane z wydolnością i poczuciem obciążenia opiekunów sprawujących opiekę nad osobami starszymi.

Pytania skierowane są zarówno do osoby starszej, osoby sprawującej nad nią opiekę i pracowników służby zdrowia.

W ten sposób kwestionariusz pozwala ocenić i porównać zakres udzielanej i potrzebnej pomocy przez osoby starsze z różnych perspektyw.

Niezależnej oceny dokonuje badacz

SKALA CDS

SKALA CDS- SKALA ZALEŻNOŚCI OD OPIEKI

Jest to skala, za pomocą której ocenia się, na jakim poziomie zależności od opieki znajduje się pacjent

Kwestionariusz zawiera 15 różnych potrzeb biopsychospołecznych, odczuwanych i realizowanych przez każdego człowieka w zdrowiu i chorobie

OCENA SYTUACJI OPIEKUNA RODZINNEGO PRZY POMOCY KWESTIONARIUSZA COPE

COPE

Indeks został opracowany jako wstępne narzędzie przesiewowe do rozpoznawania celowości wspierania opiekunów rodzinnych ludzi starszych. Instrument ten polecany jest do stosowania w dwojaki sposób.

- A) Narzędzie może być używane dla ułatwienia dialogu między opiekunem a praktykiem opieki zdrowotnej lub społecznej na temat ważnych aspektów pełnienia opieki. Przyczynia się do poznania powiązań opiekuńczych z podopiecznym. Dialog prowadzony przez opiekuna z samym sobą może sugerować potrzebę dalszej szczegółowej oceny

Sugerujemy, jak przeprowadzić tę bardziej wnikliwą ocenę w sekcji „Pogłębione rozpoznanie sytuacji opiekuńczej”, poniżej

- **B)** Narzędzie może być stosowane do precyzyjnego określenia sposobu postrzegania sytuacji opiekuńczej przez opiekuna, aby ustalać obszary jego potrzeb. Można to osiągnąć przez sumowanie odpowiedzi opiekuna na pytania COPE-Indeksu. Szczegółowa analiza statystyczna COPE-Indeksu (Balducci et al., 2008) wykazuje, że Indeks zawiera w sobie trzy podskale: Negatywny Wpływ Opieki, Pozytywna Wartość Opieki oraz Jakość Wsparcia

OCENA SYTUACJI OPIEKUNA RODZINNEGO PRZY POMOCY KWESTIONARIUSZA COPE

- Dane dotyczące OPIEKUNA

DATA URODZENIA OPIEKUNA: (dzień/miesiąc/rok)

.....

JAK W SPOSÓB OGÓLNY OKREŚLIŁBY PAN/I SWOJE ZDROWIE?:

Bardzo dobre

Dobre

Przeciętne

Złe

Bardzo złe

JAKI JEST PAŃSKI STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z OSOBĄ, KTÓRĄ SIĘ PAN/I OPIEKUJE?

Współmałżonek/Partner

Rodzeństwo

Dziecko

Synowa lub zięć

Inny członek rodziny

Przyjaciół/Sąsiad

PŁEĆ OPIEKUNA: Mężczyzna

Kobieta

STAN ZATRUDNIENIA OPIEKUNA: W pełnym wymiarze godzin W niepełnym wymiarze godzin Emerytura/renta Bezrobotny/a Student (studia dzienne)

GDZIE PAN/I I OSOBA, KTÓRĄ SIĘ PAN/I OPIEKUJE MIESZKACIE?

W tym samym mieszkaniu

W innym mieszkaniu, ale w tym samym budynku

W pobliżu (odległość krótkiego spaceru)

Około 10minut samochodem/autobusem/pociągiem

Około 30 minut samochodem/autobusem/pociągiem

Około 1 godziny samochodem/autobusem/pociągiem

Ponad 1 godzinę samochodem/autobusem/pociągiem

COPE INDEKS

- (1) W - Mówiąc ogólnie, czy czuje Pan/i wystarczające wsparcie pełniąc rolę opiekuna?

Zawsze **4** Często **3** Czasami **2** Nigdy **1**

- (2) P - Czy uważa P., że dobrze radzi sobie P. w roli opiekuna?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
- (3) N - Czy uważa P, że pełnienie opieki stawia przed P. zbyt wysokie wymagania?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
- (4) N - Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z przyjaciółmi?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
- (5) N - Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na P. zdrowie fizyczne?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
- (6) N - Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z rodziną?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
- (7) N - Czy sprawowanie opieki powoduje, że ma P. trudności finansowe?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1

- (8) N - Czy w roli opiekuna czuje się P. jak w sytuacji bez wyjścia?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
- (9) W - Czy czuje się P. dobrze wspierany przez swoich przyjaciół i/ lub sąsiadów?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
nie dotyczy 1
- (10) P - Czy uważa P., że sprawowanie opieki jest dla P. warte trudu?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
- (11) W - Czy czuje P. wystarczające wsparcie ze strony rodziny?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
nie dotyczy 1
- (12) P - Czy istnieją dobre stosunki (relacje) między P. a osobą, którą się P. opiekuje?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
- (13) W - Czy czuje P. dobre wsparcie ze strony służby zdrowia i pomocy społecznej? (np. publicznej, prywatnej, wolontarnej)?
Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 N/A 1

- (14) P - Czy czuje P., że ktoś docenia P. jako opiekuna?

Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 N/A 1

- (15) N - Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na P. emocjonalne samopoczucie?

Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1

- Czy jest jeszcze coś, o czym chciałby Pan/i nam powiedzieć?