

Originalni rad

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena pacijenata u ambulantama porodične medicine Doma zdravlja Foča

Jelena Matović¹, Velimirka Pejović¹, Maja Račić²

¹Dom zdravlja Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

²Medicinski fakultet Foča, Univerziteta u Istočnom Sarajevu, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Kratak sadržaj

Uvod. Prema podacima iz prakse, u ambulantama porodične medicine Doma zdravlja Foča stari čine visok udio u ukupnom broju posjeta i svih obavljenih usluga. Cilj rada je da se primjenom metoda sveobuhvatne gerijatrijske procjene stekne uvid u zdravstveno stanje gerijatrijske populacije koja gravitira Domu zdravlja Foča i procjene potrebe u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite.

Metode. Ispitivanje je sprovedeno kao prospektivna, analitička studija koja je obuhvatila 300 pacijenata starosti 70 i više godina. Ispitanike su odabrali timovi V i VII porodične medicine DZ Foča i područne ambulante Miljevina. Studija je izvedena u periodu od 01.01.2012. do 25.05.2012. u kom su pacijenti anketirani i njihovi zdravstveni kartoni analizirani.

Rezultati. Većina ispitanika je živjela u gradu pa im je pomoć ljekara porodične medicine bila dostupna, što nije bio slučaj za samo 28 ispitanika iz seoskih naselja. Većina ispitanika je živjela u porodici i imala redovna primanja. Ispitivanje funkcionalne sposobnosti pomoću Katz-ove i Lawton-ove skale je pokazalo da više od dvije trećine ispitanika ne zahtjeva pomoć pri obavljanju osnovnih potreba i test „Ustani i idi“ izvršava za manje od 10 sekundi. Kognitivne funkcije su značajno bolje kod muškaraca nego kod žena, kao i onih mlađih od 80 u odnosu na one preko 80 godina. Sklonost depresiji registrovana je kod 10% ispitanika i bila je češća od anksioznosti.

Zaključak. Zdravstveni problemi starih osoba su kompleksni, multifaktorijalni, isprepleteni i često jatrogeni, te se strategija pristupa gerijatrijskim pacijentima mora razlikovati od iste kod mlađih osoba. Sveobuhvatna gerijatrijska procjena vulnerabilnih i hronično oboljelih pacijenata može poboljšati njihovu negu i kliničke ishode.

Ključne riječi: gerijatrijski pacijenti, sveobuhvatna gerijatrijska procjena

*Adresa autora:
Dr Jelena Matović
Svetosavska 35, 73300 Foča
jelena.matovi7@gmail.com*

Uvod

Moderno društvo se posljednjih decenija suočava sa velikim porastom udjela osoba starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji, što je rezultat produžavanja životnog vijeka, napretka u medicini i nauci uopšte, poboljšanja kvaliteta života itd [1]. Prema podacima iz prakse, pacijenti koji pripadaju gerijatrijskoj populaciji najčešće svoju zdravstvenu zaštitu ostvaruju u okviru primarne zdravstvene zaštite. U ambulantomu porodične medicine Doma zdravlja Foča stari čine visok udio u ukupnom broju posjeta i svih obavljenih usluga: 30–40% svih pregledanih pacijenata su stariji od 65 godina, a od ukupnog broja propisanih recepata na ovu populaciju otpada 55–80%.

Stari predstavljaju vulnerabilnu populacionu grupu čije su potrebe brojne, raznovrsne i visoko specifične. Zdravstvene, socijalne i ekonomske potrebe ove kategorije su isprepletane i međusobno povezane u nerazdvojljivu cjelinu, što zahtijeva posebne pristupe i prilagođavanje rada u porodičnoj medicini tim potrebama. Velika učestalost hroničnih i degenerativnih oboljenja vodi do progresivnog opadanja sposobnosti funkcionisanja u fizičkoj, psihičkoj, ali i u svim drugim sferama života [2,3].

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena je termin koji označava multidimenzionalni klinički pristup starijim osobama. U ovu procjenu je osim standardne medicinske procjene uključena i procjena psihokognitivnog i psihosocijalnog stanja. Gerijatrijska procjena služi za evaluaciju rizika za oboljevanje i nastanak funkcionalnih oštećenja, kao i planiranje individualnih preventivnih, terapijskih i rehabilitacionih aktivnosti u skladu sa dobijenim rezultatima [4,5].

U okviru sveobuhvatne gerijatrijske procjene ispituje se (1) fizičko zdravlje, (2) funkcionalni kapacitet, (3) kognitivne funkcije, (4) mentalno zdravlje, (5) socijalni status i (6) faktori okruženja [4]. Procjena se sprovodi na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda i primjene standardizovanih instrumenata. Pod pojmom standardizovanih instrumenata procjene podrazumijevaju se različite ankete, upitnici ili skale koji su razvijeni od strane različitih autora koji su se bavili gerijatrijskom procjenom u praksi. Ovi instrumenti sadrže pakete stand-

ardizovanih, ciljanih, pitanja, postupaka ili procedura kojima se podvrgava pacijent, a koji značajno olakšavaju i skraćuju vrijeme potrebno za identifikaciju pojedinih stanja kao što su depresija, alkoholizam, poremećaji hoda, itd. Oni, takođe, omogućavaju praćenje promjena u stanju pacijenta tokom vremena [6].

Cilj rada je da se primjenom metoda sveobuhvatne gerijatrijske procjene stekne uvid u zdravstveno stanje gerijatrijske populacije koja gravitira Domu zdravlja Foča i procjene potrebe u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite. Ispitivanjem su utvrđene dijagnoze, posebno učestalost hroničnih i degenerativnih oboljenja, terapija, postojanje malnutricije, incidenca depresije, alkoholizma, zlostavljanja, kao i stepen funkcionalnog deficita i najčešći uzroci padova.

Metode rada

Ispitivanje je sprovedeno kao prospektivna, analitička studija koja je obuhvatila 300 pacijenata starih 70 i više godina. Ispitanike su odabrali timovi V i VII porodične medicine DZ Foča i područne ambulante Miljevina. Pacijenti su uključivani onako kako su se pojavljivali u ambulantomu porodične medicine i djelimično u kućnim posjetama za nepokretne pacijente. Studija je izvedena u periodu od 01.01.2012. do 25.05.2012, u kom su pacijenti anketirani i njihovi zdravstveni kartoni analizirani.

Anketa je u prilogu rada, a njom su dobijeni sljedeći podaci:

- opšti socio-demografski podaci (pol, obrazovanje, mjesto stanovanja, primanja)
- socijalna aktivnost i integracija (koha-bitacija, druženje, hobi)
- procjena hoda i držanja
- procjena rizika od padova pomoću testa „Ustani i idi“ (rizik se procjenjuje na osnovu vremena koje je potrebno za izvršavanje testa: <10 sekundi - nizak rizik, 10-20 sekundi - umjeren rizik, 20-29 sekundi - visok rizik, >30 sekundi - veoma visok rizik).
- stanje vida i sluha sproveden kratkim ispitivanjem pomoću Snelovih tablica, odnosno „Testa šaptanja“
- ishrana i nutritivni status (anketa, indeks

- telesne mase - BMI)
- kognitivne funkcije (test opoziva tri predmeta, test crtanja sata, datum)
- funkcionalni status: bazične aktivnosti svakodnevnog života (BASŽ) pomoću Katz-ove skale i instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života (IASŽ) pomoću Lowton-ove skale
- afazija (test izvršenja jednostavne naredbe)
- podaci o eventualnom zlostavljanju (dva skrining pitanja)
- identifikacija depresije (skrining test „Dva pitanja“, Gerijatrijska skala depresije-GDS)
- otkrivanje zloupotrebe alkohola (koliko često i koliko pića u jednoj prilici, kod sumnje na alkoholizam radi se GMAST test)
- identifikacija najzastupljenijih zdravstvenih problema,

- identifikacija polifarmacije i neželjenih dejstava lijekova

Rezultati ankete prikazani su kao frekvencije. Statistička značajnost razlika između frekvencija utvrđena je primjenom χ^2 testa, a procjenjivana je na osnovu nivoa značajnosti $p < 0,05$.

Rezultati

Studijom je obuhvaćeno 300 ispitanika starosti od 70 i više godina među kojima je bilo 176 žena i 124 muškarca. Rezultati prikazani na tabeli 1 pokazuju da većina ispitanika nije imala ni srednju stručnu spremu i da ispitanici stariji od 80 godina značajno češće imaju samo osnovno obrazovanje u odnosu na one ispod 80 godina. Takođe, više muškaraca nego žena je imalo završenu srednju školu (76 vs. 18, $p < 0,0001$). Redovna primanja imalo je 258 ispitanika,

Tabela 1. Podaci dobijeni anketom o stručnoj spremi, primanjima, kohabitaciji, podršci i dostupnosti porodičnog ljekara

	70-79 godina	> 80 godina	Ukupno
Pol			
Muškarci	83 (27,7%)	41 (13,7%)	124 (41,3%)
Žene	119 (39,7%)	57 (19,0%)	176 (58,7%)
Stručna sprema			
<SSS	48 (16,0%)	158 (52,6%)**	206 (68,6%)
SSS	74 (24,6%)	15 (5,0%)**	89 (29,6%)
>VSS	2 (0,66%)	3 (1,0%)	5 (1,6%)
Redovna primanja			
ima	119 (39,6%)	139 (39,6%)*	258 (86,0%)
nema	5 (1,6%)	37 (12,3%)	42 (14,0%)
Kohabitacija			
sa djecom	14 (46,6%)	49 (16,3%)**	63 (21,0%)
sam	26 (8,6%)	68 (22,6%)*	94 (31,3%)
sa suprugom	84 (28,0%)	58 (19,3%)**	142 (47,3%)
ustanova	0	1 (0,33%)	1 (0,33%)
Podrška ^a			
negovatelj	1 (0,33%)	8 (2,6%)	9 (3,0%)
prijatelji	11 (3,6%)	25 (8,3%)*	36 (12,0%)
sam	4 (1,3%)	7 (2,3%)	11 (3,6%)
Dostupnost porodičnog lekara ^b			
dostupno	19 (6,3%)	21 (7,0%)	40 (13,3%)
nedostupno	13 (4,3%)	15 (5,0%)	28 (9,3%)

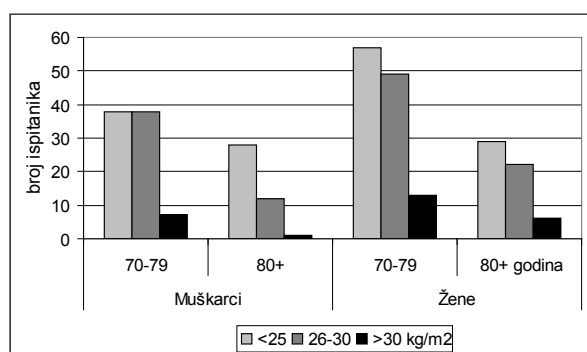
^aodnosi se na ispitanike koji ne žive u porodici

^bodnosi se na ispitanike koji žive u seoskim naseljima

* $p < 0,005$ u odnosu na mlađu grupu; ** $p < 0,0001$ u odnosu na mlađu grupu

većina je živjela sa bračnim drugom, a kao što se moglo i očekivati, stariji su značajno češće živjeli sa djecom ili sami, nego sa bračnim drugom. Ispitanicima koji nisu živjeli u porodici, najčešće su pomagali prijatelji, a najrjeđe negovatelji (Tabela 1). Većina ispitanika (184) živjela je u gradu, 48 u poluurbanim naseljima, a 68 u seoskim naseljima. Četrdeset od ovih posljednjih je izjavilo da im je ljekar porodične medicine dostupan, dok su ostali naveli da ne mogu da odu kod svog ljekara porodične medicine kad im je potrebno.

Određivanje indeksa tjelesne mase je pokazalo da je 121 ispitanik imao prekomjernu tjelesnu masu, a 27 je bilo gojazno (Grafikon 1). Na osnovu ankete utvrđen je dobar nutri-



Grafikon 1. Distribucija bolesnika prema indeksu tjelesne mase

tivni status kod 167 (56%), a loš kod 34 (11%) ispitanika. Konstipacija je postojala kod 16 % ispitanika.

Ispitivanje funkcionalne sposobnosti pomoću Katz-ove i Lowton-ove skale dalo je podudarne rezultate (Tabela 2). Pomoću Katz-ove skale procijenjeno je da 236 ispitanika ne zahtjeva pomoć pri obavljanju osnovnih potreba, a pomoću Lowton-ove skale taj broj je 211. To ukazuje da je većina starih obuhvaćenih ovom studijom bila u sasvim zadovoljavajućem funkcionalnom stanju.

Tabela 3 prikazuje rezultate testa „Ustani i idi“ koji ukazuje da više od dvije trećine ispitanika izvršava test za manje od 10 sekundi pa samim tim imaju i nizak rizik od pada. Značajno većem procentu žena nego muškaraca je trebalo preko 30 sekundi da izvedu ovaj test.

Od 300 ispitanih starih osoba 29 je navelo da je najmanje jedanput palo tokom prethodnih 12 mjeseci. Češće su padale žene nego muškarci (19 vs.10), 18 je imalo loš vid, 13 loš sluh, a 8 od njih je koristilo preko tri lijeka, što sve predstavlja i najčešće faktore rizika za padove. Ispitivanje odnosa padova i funkcionalnog stanja procijenjenog pomoću Lawton-ove skale pokazalo je da je većina ispitanika sa padom bila iz grupa sa manjom funkcionalnom sposobnošću i indeksom ≤ 11 .

Ispitivanje kognitivnih funkcija je pokazalo

Tabela 2. Funkcionalni statusu ispitanika procijenjen pomoću Katz-ove i Lowton-ove skale

Grupa	Broj ispitanika	Katz indeks			Lawton indeks			
		0-3	4-7	>7	0-6	7-11	>11	
Muškarci	70-79 godina	83	0	10	73	3	13	67
	≥ 80 godina	41	0	7	34	4	11	26
	Ukupno	124	0	17	107	7	24	93
Žene	70-79 godina	119	3	14	102	6	18	95
	≥ 80 godina	57	9	21	27	16	28	13
	Ukupno	176	12	35	129	22	46	108

Tabela 3. Funkcionalni status ispitanika procijenjen na osnovu testa „Ustani i idi“

Vrijeme za izvršenje testa	Rizik od pada	Muškarci	Žene	Ukupno
<10 sekundi	nizak	95 (31,7%)	113 (37,7%)	208 (69,3%)
10-20 sekundi	umjeren	21 (7%)	32 (10,7%)	53 (17,7%)
21-30 sekundi	visok	5 (1,7%)	13 (4,3%)	18 (6%)
>30 sekundi	veoma visok	3 (1%)	18 (6%)*	21 (7%)

Prikazan je broj i procenat od ukupnog broja ispitanika

* $p < 0,05$ u odnosu na muškarce

Tabela 4. Rezultati ispitivanja kognitivnih funkcija

Grupa		Broj ispitanika	Opoziv tri predmeta	Test sata	Datum
70-79 godina	Muškarci	83 (27,7%)	19 (3,0%)	28 (9,3%)	5 (1,7%)
	Žene	119 (39,7%)	50 (17,7%)*	79 (26,3%)	12 (4%)
	Ukupno	202 (67,3%)	60 (20%)	107 (35,7%)	17 (5,7%)
≥ 80 godina	Muškarci	41 (13,7%)	15 (5%)	27 (9%)	2 (0,7%)
	Žene	57 (19%)	50 (17,7%)**	53 (10%)	22 (7,3%)
	Ukupno	98 (32,7%)	65 (21,7%)+	80 (26,7%)+	24 (8%)+

Prikazan je broj (procenat od ukupnog broja) bolesnika koji nisu uspješno riješili zadatak.

* $p < 0,05$ u odnosu na muškarce iste dobne starosti; ** $p < 0,01$ u odnosu na muškarce iste dobne starosti;

++ $p < 0,0003$ u odnosu na mlađe od 80 godina; +++ $p < 0,0001$ u odnosu na mlađe od 80 godina;

da su one značajno bolje kod muškaraca nego kod žena, kao i onih mlađih od 80 u odnosu na one preko 80 godina (Tabela 4).

Odgovori na pitanja koja su se odnosila na psihosocijalno stanje prikazani su u tabeli 6. Vidi se da je sklonost depresiji češća od anksioznosti i podjednako je česta kod muškaraca i žena. Zlostavljanje je rijetka pojava. Muškarci značajno češće koriste alkoholna pića, a zloupotreba alkohola utvrđena je pomoću GMAST

skale kod 28 muškarca i 2 žene ($p < 0,0001$). Na bol su se žalila 174 (58%) ispitanika i bio je češći kod žena nego kod muškaraca, ali razlika nije bila statistički značajna (Tabela 5).

Tabela 6 prikazuje broj lijekova koje su koristili ispitanici. Većina ispitanika je koristila do 3 lijeka, 28,3% četiri do sedam lijekova, jedan muškarac 8 lijekova i jedna žena 10.

Podaci o hroničnim bolestima dobijeni su od velikog broja ispitanika, a njihova učesta-

Tabela 5. Učestalost depresije, zlostavljanja, anksioznosti, upotrebe alkohola i postojanja bola kod 300 ispitanih starih osoba

Grupa	Broj ispitanika	Broj ispitanika sa potvrđnim odgovorom o:				
		depresiji	zlostavljanju	anksioznosti	uptorebi alkohola	prisustvu bola
70-79 godina Muškarci	83	25 (8,3%)	0	21 (/%)	31 (10,3%)	41 (13,7%)
70-79 godina Žene	119	40 (13,3%)	4 (1,3%)	23 (7,7)	3 (1%)*	68 (22,7%)
Ukupno	202 (67,3%)	65 (21,7%)	4 (1,3%)	44 (14,7%)	34 (11,3%)	109 (36,3%)
≥ 80 godina Muškarci	41 (13,7%)	21 (7%)	0	8 (2,7%)	13 (4,3%)	23 (7,7%)
≥ 80 godina Žene	57 (19%)	25 (8,3%)	4 (1,3%)	13 (4,3%)	1 (0,3%)*	42 (14%)
Ukupno	98 (32,6%)	46 (15,3%)	4 (1,3%)	21 (7%)	24 (8%)	65 (21,7%)

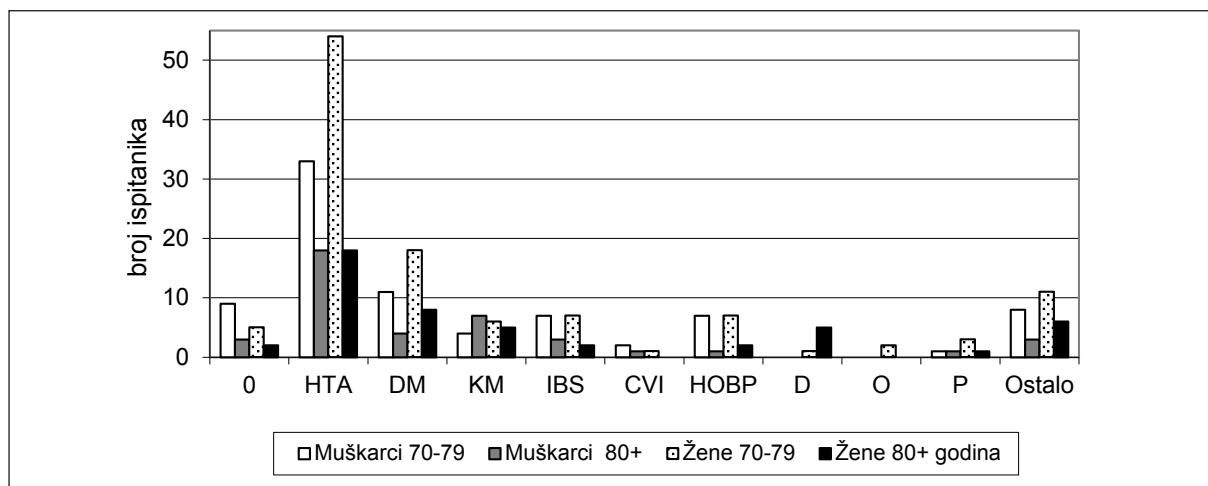
Prikazan je broj i procenat od ukupnog broja ispitanika

* $p < 0,0001$ u odnosu na muškarce iste dobne starosti

Tabela 6. Distribucija bolesnika prema broju lijekova koje koriste

	Broj ispitanika	Broj lijekova		
		0-3	4-7	8-10
Muškarci, 70-79 godina	83	63 (21%)	19 (6,3%)	1 (0,3%)
Muškarci ≥ 80 godina	41	31 (10,3%)	10 (3,3%)	0
Žene 70-79 godina	119	84 (28%)	34 (11,3%)	1 (0,3%)
Žene ≥ 80 godina	57	35 (11,7%)	22 (7,3%)	0
Ukupno	300	213 (71%)	85 (28,3%)	2 (0,67%)

Prikazan je broj i procenat od ukupnog broja ispitanika



Grafikon 2. Učestalost hroničnih bolesti u ispitivnoj grupi starih

0 – bez oboljenja; HTA – hipertenzija, DM- dijabetes melitus; KM – kardiomiopatija; IBS – ishemijska bolest srca; CVI – cerebrovaskularni insult; HOBP – hronična opstruktivna bolest pluća; D – demencija; O – osteoporoza; P – parkinsonizam

lost prikazana je na grafikonu 2. Hipertenzija je najčešće hronično oboljenje i zabilježena je kod 123 ispitanika. Na drugom mjestu po učestalosti je dijabetes (41), a zatim kardiomiopatija (22), ishemijska bolest srca (19) i hronična opstruktivna bolest pluća (17).

Diskusija

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena urađena je kod 300 pacijenata starosti preko 70 godina od kojih je većina živjela u gradu pa im je pomoć ljekara porodične medicine bila dostupna, što nije bio slučaj za samo 28 ispitanika iz seoskih naselja. Većina ispitanika je živjela u porodici i imala redovna primanja. Ispitivanje funkcionalne sposobnosti pomoću Katz-ove i Lowton-ove skale je pokazalo da više od dvije trećine ispitanika ne zahtjeva pomoć pri obavljanju osnovnih potreba i test „Ustani i idi“ izvršava za manje od 10 sekundi. Samo 29 ispitanika je palo tokom 12 mjeseci i to su češće bile žene nego muškarci i većina ih je imala loš vid i/ili loš sluh i bila iz grupe sa Lowton-ovim indeksom ≤ 11 . Kognitivne funkcije su značajno bolje kod muškaraca nego kod žena, kao i onih mlađih od 80 u odnosu na one preko 80 godina. Sklonost depresiji registrovana je kod 10% ispitanika i bila je češća od anksioznosti. Većina ispitanika je koristila manje od četiri lijeka, hronične bolesti su bile česte i mnogobrojne, a najčešća hipertenzija.

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena se pokazala veoma efikasnom, kako u ambulatnom i kućnom liječenju starih, tako i u njihovom bolničkom liječenju. Njena primjena vodila je poboljšanju rezultata liječenja, kraćoj hospitalizaciji, boljem funkcionalnom stanju pri otpustu iz bolnice, većem stepenu zadovoljstva pacijenata, ali i boljem preživljavanju i uopšte boljem cjelokupnom zbrinjavanju pacijenata u mreži zdravstvene zaštite [6-9]. Iako se sveobuhvatna gerijatrijska procjena manje primjenjivala u ambulantnim uslovima, ipak je uočen njen povoljan efekat i u ambulatnom radu i njen povoljan uticaj na život bolesnika kod kuće [9-12]. Rezultati multidisciplinarnog pristupa starim pacijentima su pokazali koliko se njihovo zbrinjavanje razlikuje od zbrinjavanja mladih osoba upravo zbog brojnih, kako zdravstvenih, tako i psihosocijalnih problema koji kod njih postoje [13]. U ovom radu sveobuhvatna gerijatrijska procjena je primjenjena sa osnovnim ciljem da se sagleda stanje i potrebe starih koji čine najveći dio pacijenata koji se obraćaju ljekarima porodične medicine.

Detaljna analiza dobijenih podataka govori da su mnoge karakteristike ispitivane grupe u skladu sa društvenim i demografskim promjenama tokom posljednjih godina. Tako su žene bile manje obrazovane od muškaraca koji su češće imali završenu srednju školu, što je posljedica sociološko-kulturalnih razlika među polovima, koje su bile naročito izražene u vrijeme kada je ispitivana populacija prolazila

kroz obrazovni sistem. Najveći broj ispitanika živi u urbanoj sredini (63% žena i 58% muškaraca), što je nastalo usljed poznate migracije stanovnika iz sela u gradove tokom posljednjih decenija. Primarno mjesto boravka velikog broja ispitanika je seoska sredina, ali trenutno, iz različitih razloga, žive sa djecom u gradu. Upravo zbog toga što većina živi u gradu, nedostupnost zdravstvene zaštite je navelo 37% žena i 17% muškaraca. Dva osnovna razloga su potpuna ili djelimična nepokretnost i, u nešto manjem broju slučajeva, ruralna sredina.

Žene češće žive same (38%) nego muškarci (20%), koji najčešće u kohabitaciji navode suprugu, a ukoliko su udovci uglavnom žive sa djecom. Razlog je vjerovatno manja sposobnost za vođenje domaćinstva. U gerijatrijskoj ustanovi javnog tipa smještena je samo jedna ispitanica. Ovakvi rezultati govore u prilog očuvanoj koherentnosti porodice koja je i dalje karakteristika našeg društva, ali su tu i drugi razlozi, prije svega, finansijske prirode [14].

Lična primanja ima 78% žena i 95% muškaraca, što je visok procenat. Žene koje nemaju lična primanja nikada nisu radile i ekonomski su zavisne od supruga. Mora se, međutim uzeti u obzir činjenica da su primanja starih ljudi u našim uslovima uglavnom veoma niska i obezbjeđuju samo minimum egzistencije, a najugroženiji su muškarci bez ikakvih primanja (4%).

Analiza BMI je pokazala postojanje gojaznosti kod oko 10% kod žena i 6% ispitanih muškaraca, ali je procenat onih sa prekomjernom uhranjenošću bio mnogo viši. U skladu s tim su i rezultati ankete koji ukazuje na uglavnom dobar nutritivni status kod ispitanika. Samo 14% žena i 6% muškaraca imaju visok rizik od malnutricije, što je uglavnom uzrokovano lošim primanjima, oboljenjima i stanjima koja utiču na ishranu ili lošim funkcionalnim statusom. Sve to pokazuje da je prekomjerna uhranjenost i gojaznost veći problem od malnutricije u ispitanoj grupi starih u kojoj je predgojaznost registrovana kod 42,3%, a gojaznost kod 20,8% ispitanika. Gojaznost je zdravstveni problem širom svijeta. Prema istraživanjima koje je objavio Institut za zaštitu zdravlja Srbije iz 2000. godine više od polovine odraslog stanovništva ima problem prekomjerne uhranjenosti (predgojaznost – 36,7% i gojaznost – 16,2%), a prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase u populaciji odraslog

stanovništva Srbije je 26 kg/m² [15].

Rezultati koji se odnose na BASŽ i IASŽ su pokazali visok funkcionalni status. Katz-ov skor veći od 7 imalo je 85% žena i oko 87% muškaraca, a Lawton-ov skor veći od 11 oko 80% žena i muškaraca. Najniži skor je imalo 16 žena i 7 muškaraca starijih od 80 godina. Ovi pacijenti su nepokretni ili minimalno pokretni i uglavnom zavisni od tuđe njege i pomoći. Analizom podataka vezanih za funkcionalni status može se uočiti da su izražene individualne razlike između ispitanika. Naime, postoje ispitanici stariji od 85 godina sa odličnim funkcionalnim statusom, dok sa druge strane postoje oni znatno mlađi sa visokim stepenom ograničenja u aktivnostima dnevnog života. Slična zapažanja navodili su i drugi autori ukazujući na heterogenost populacije starih. Među starima postoje oni sa zadovoljavajućim funkcionalnim statusom i potpuno nezavisni od tuđe pomoći, ali i slabi i zavisni od tuđe pomoći, kao i oni sa različitim stepenom rizika od pogoršanja funkcionalnog stanja, slabosti, pa čak i smrti [16-18]. Ova saznanja upozoravaju da svaki gerijatrijski pacijent zahtjeva i individualan pristup.

Ukupna prevalenca padova u ispitanoj grupi bila je oko 10%, što je manje od one koju opisuju drugi autori [19]. Upoređivanjem podataka dobijena je povezanost padova i smetnji sa vidom i sluhom, a u nešto manjoj mjeri i sa funkcionalnim statusom. Kao faktori rizika za padove kod starih navode se fizička neaktivnost, mišićna slabost, posturalna hipotenzija, ali i polifarmacija [20]. Osmoro od ukupnog broja naših bolesnika koji su najmanje jedanput pali tokom 12 mjeseci je koristilo preko tri lijeka. Korištenje više lijekova nosi rizik od njihove neželjene interakcije što može da poveća rizik od pada [21-23]. Zbog toga je neophodna pažljiva preskripcija lijekova kod starih kod kojih je eliminacija lijekova često usporena.

Šarolika struktura i velike individualne razlike uočavaju se i kad su u pitanju kognitivne funkcije. Muškarci su globalno pokazali znatno bolje rezultate nego žene u sva tri testa i u obje podgrupe. Najlošiji su rezultati kod testa crtanja sata. Ovdje treba napomenuti da mnogi pacijenti nisu mogli uraditi test zbog smetnji sa vidom, a u momentu ispitivanja nisu imali naočare. Takođe, treba uzeti u obzir da uticaj nivoa obrazovanja na rezultate testa

nije bez značaja.

Uočena je značajna zastupljenost depresije kod ispitanice gerijatrijske populacije i registrovana je kod 111 (37%) ispitanika. Depresija je češća kod žena iz mlađe, i muškaraca iz starije podgrupe. Takođe je uočeno da su naročito u riziku za depresiju osobe koji žive same, pate od hroničnog bola, ne druže se i nemaju podršku porodice. Znakove anksioznosti pokazuje oko 21% ispitanika, a ona je često udružena sa hroničnim bolom. Među ispitanicima kod kojih je uočena anksioznost 25–30% pati od hroničnog bola. Uopšte, od hroničnog bola pati izuzetno veliki broj starih osoba (174 - 58%) [24].

Ukupno je kod 5 ispitanika na osnovu test pitanja postavljena sumnja na zlostavljanje. Sve su ženskog pola. Tri žive sa suprugom, jedna sama i jedna sa zetom. Samo jedna ima uredan funkcionalni status. Sve pokazuju znake anksioznosti. Četiri imaju hronične bolove.

Konzumiranje alkohola prisutno je kod neznatnog broja žena, ali čak 34% muških ispitanika navodi da redovno konzumira alkohol (34 ispitanika iz grupe 70–79 godina i 24 iz grupe > 80 godina). Zloupotreba alkohola nađena je kod 8,4% muškaraca 70–79 godina i 7,3% >80 godina (ili oko 20% svih koji konzumiraju alkohol). Kod interpretacije ovih rezultata treba uzeti u obzir mogućnost da ispitanici nisu davali potpuno iskrene odgovore, naročito žene. Ipak, učestalost konzumiranja alkohola u podgrupi muškaraca je slična onoj koja se opisuje u našem regionu [25].

U strukturi morbiditeta, najzastupljenije oboljenje u svakoj grupi je hipertenzija. Na drugom mjestu je tip 2 dijabetesa, a slijede: kardiomiopatija, ishemijska bolest srca, hronična opstruktivna bolest pluća, cerebrovaskularna bolest. Hipertenzija je u ispitanjnoj grupi starih registrovana kod 41%, što je više nego u opštoj populaciji u R. Srpskoj gdje je prevalencija hipertenzije 19,7%. Slično je i sa prevalencijom dijabetesa koji je u ispitanjnoj grupi 13,7%, dok je u opštoj populaciji R. Srpske 4,8% [26]. Sve

to ukazuje da se ove dvije masovne hronične bolesti češće javljaju kod starih i zahtijevaju aktivnije sprovođenje kako mjera prevencije tako i rano otkrivanje i liječenje. Zanimljiv je podatak da demencija i osteoporoza nisu nađene ni kod jednog muškog ispitanika. Samo 7 žena i 11 muškaraca nema nijedno hronično oboljenje. To objašnjava podatak da je polifarmacija česta pa 71% od svih uzima više od 3 lijeka. Poznato je da su stare osobe najčešći korisnici lijekova, pa u SAD dvije trećine svih lijekova koriste upravo osobe starije od 65 godina [27,28].

Zaključak

Sveobuhvatnom gerijatrijskom procjenom kod 300 pacijenata koji se liječe u DZ Foča pokazano je da je većina ispitanika živjela u porodici, imala redovna primanja, a služba porodične medicine im je bila dostupna. Više od dvije trećine ispitanika ima zadovoljavajući funkcionalni status i ne zahtjeva pomoć pri obavljanju osnovnih potreba. Rezultati ovog rada pokazuju da pažnju treba posvetiti osobama u seoskim naseljima i nepokretnim osobama kojima služba porodične medicine nije dostupna, onima bez redovnih primanja (14%) i starijima od 80 godina čija je kognitivna funkcija smanjena. Pažnju zahtjeva i oko 10% ispitanika sa niskim funkcionalnim statusom, 10% onih sa znacima depresije, 9% muškaraca kod kojih je utvrđena zloupotreba alkohola, kao i osobe koje uzimaju veliki broj lijekova. Zdravstveni problemi starih osoba su kompleksni, multifaktorijalni, isprepleteni i često jatrogeni, te se strategija pristupa gerijatrijskim pacijentima mora razlikovati od one kod mlađih osoba. Sveobuhvatna gerijatrijska procjena vulnerabilnih i hronično oboljelih pacijenata može poboljšati njihovu njegu i kliničke ishode. Prevenciju treba usmjeriti ka faktorima rizika za hipertenziju, kardiovaskularne bolesti, dijabetes i hroničnu opstruktivnu bolest pluća, najčešće hronične bolesti u ispitanjnoj grupi.

Literatura

1. Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji Bosne i Hercegovine 2002. Sarajevo-Mostar: Zavod za javno zdravstvo FBiH; 2002.
2. Rosenthal RA, Kavic SM. Assessment and management of the geriatric patient. Crit Care Med 2004;32(4 Suppl):S92-105.
3. Topinková E. Aging, disability and frailty. Ann Nutr Metab 2008;52 Suppl 1:6-11.
4. Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC, eds.

- Comprehensive Geriatric Assessment. New York, NY: McGraw Hill; 2000.
5. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, et al. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;33:45-56.
 6. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, B-a CJ, Gold MN, Yuhus KE, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-1189.
 7. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-1036.
 8. Gregersen M, Pedersen AB, Damsgaard EM. Comprehensive geriatric assessment increases 30-day survival in the aged acute medical inpatients. *Dan Med J* 2012;59(6):A4442.
 9. De Rui M, Veronese N, Manzano E, Sergi G. Role of comprehensive geriatric assessment in the management of osteoporotic hip fracture in the elderly: an overview. *Disabil Rehabil* 2013;35(9):758-765.
 10. Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case-finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992;340:1032-1036.
 11. Van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *Br Med J* 1993;307:27-32.
 12. Maly RC, Hirsch SH, Reuben DB. The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. *Age Ageing* 1997;26(3):223-31.
 13. Milošević DP, Davidović M, Despotović N, Erceg P, Stojanović J, Potić B. Treatment of geriatric patients. *Gerontologija* 2010;37(2):108-114.
 14. Račić M, Kusmuk S, Kozomara L, Debelnogić B. The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care settings. *Adult Protection* 2006; 8 (4):20-24.
 15. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi. Gojaznost. Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu: Beograd; 2004
 16. Saliba D, Orlando M, Wenger NS, Hays RD, Rubenstein LZ. Identifying a short functional disability screen for older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M750-M756.
 17. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1691-1699.
 18. Mohile SG, Xian Y, Dale W, Fisher SG, Rodin M, Morrow GR, Neugut A, Hall W. Association of a cancer diagnosis with vulnerability and frailty in older Medicare beneficiaries. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(17):1206-1215.
 19. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD000340
 20. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *J Gerontol* 1989;44(4):M112-M117.
 21. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, et al. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr* 2009;9:30.
 22. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003;163:2716-2724.
 23. Laroche ML, Charmer JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:725-731.
 24. Elsayy B, Higgins K.E. The Geriatric Assessment. *Am Fam Physician* 2011;83(1):48-56.
 25. Jakovljević B, Stojanov V, Paunović K, Belojević G, Milić N. Alcohol consumption and mortality in Serbia: Twenty-year follow-up study. *Croat Med J* 2004;45:764-768.
 26. Jakovljević D, Bjeloglav D. Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva u Republici Srpskoj. Banjaluka: EPOS Health Consultants; 2003.
 27. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, et al. Inappropriate medication use and risk of falls - A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr* 2009;9:30.
 28. Arnett RH III, Blank LA, Brown AP, et al.: National health expenditures, 1988. Office of National Cost Estimates. *Health Care Financ Rev* 1990;11:1- 41.

Prilog 1**IME I PREZIME PACIJENTA** _____**Starost:** _____**Datum:** _____

1. Mjesto boravka?
2. S kim živi?
3. Da li ima penziju?
4. Da li može otići kod svog ljekara porodične medicine kad mu je potrebno?
5. Da li ima neki hobi?
6. Da li se druži s prijateljima?
7. Ko mu može pomoći ako se razboli?

 Da li ste bar jednom pali u toku poslednjih 12 mjeseci? da/ne
 (ako je odgovor da uraditi procjenu rizika pomoću testa „Ustani i idi“)

Da li imate problema s vidom? da/ne
 (Snell-ove tablice ako je odgovor da)

Da li dobro čujete ? da/ne
 (otoskopija i test šaptanja na oba uha)

Da li imate problema sa zatvorom? da/ne

Procjena nutritivnog statusa – pogledati kratku anketu ispod

Težina/visina (upisati da li je dobio ili izgubio na težini u posljednjih 30 dana)

-
1. Postoje bolesti ili stanja koja mijenjaju način i/ili količinu unijete hrane.....2
 2. Jede manje od dva obroka u toku dana.....3
 3. Pije tri ili više pića (pivo, liker, vino) svaki dan.....2
 4. Ima probleme sa zubima ili ustima koji otežavaju uzimanje hrane.....2
 5. Nema uvijek dovoljno novca za kupovinu hrane.....4
 6. Nije uvijek fizički sposoban/na za kupovinu, pripremanje i/ili uzimanje hrane.....2
 7. Uzima tri ili više različitih lijekova svakog dana.....1
 8. Izgubio/la na težini 5 ili više kg u zadnjih 6 mjeseci.....2

Legenda: 0-2 boda – dobar nutritivni status.

3-5 bodova – umjeren rizik.

6 ili više bodova – visok rizik.

Procjena funkcionalnog statusa

Uraditi test „ustani i idi“ (upisati vrijeme za koje je izveo test _____)

Katz-ova skala dnevnih aktivnosti života

Aktivnost	Radnje	Bodovi
Jedenje	Jede bez pomoći	2
	Treba pomoć samo kada sječe meso ili maže puter na hljeb	1
	Treba pomoć pri jelu ili se hrani intravenski	0
Oblačenje	Skida se i oblači bez pomoći	2
	Treba pomoć samo kada obuva cipele	1
	Treba pomoć pri oblačenju ili skidanju ili ostaje djelimično ili potpuno neobučena	0
Kupanje	Kupa se bez pomoći	2
	Treba pomoć pri pranju dijela tijela (leđa)	1
	Treba pomoć pri pranju više od jednog dijela tijela ili se ne kupa uopšte	0
Kretanje	Kreće se u i van kreveta ili stolice (može koristiti štap ili hodalicu)	2
	Treba pomoć pri kretanju u i iz kreveta ili stolice	1
	Ne ustaje iz kreveta	0
Toaleta	Ide u kupatilo, upotrebljava toalet, sama se čisti, uređuje se sama i vraća bez pomoći (može koristiti štap ili hodalicu)	2
	Treba pomoć pri odlasku u kupatilo, pri upotrebi toaleta, prilikom čišćenja, uređivanja ili prilikom povratka	1
	Ne ide u kupatilo niti u WC	0
Kontinencija	Kontroliše mokraćnu bešiku i crijeva potpuno	2
	Povremeno gubi kontrolu nad mokrenjem ili stolicom	1
	Treba nadzor u kontroli bešike i crijeva, treba kateter ili je inkontinentan/na	0

Bodovanje:

2 - ne treba pomoć; 1 - treba neku pomoć; 0 - nesposoban da to uradi

Lawton skala instrumentalnih aktivnosti

Aktivnost	Radnje	Bodovi
Možete li sami pripremiti jelo ?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Nesposoban/na totalno da pripremi bilo koje jelo	0
Možete li sami raditi po kući ?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Nesposoban/na da radi bilo koji kućni posao	0
Možete li sami oprati veš?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Nesposoban /na da uopšte opere veš	0
Da li uzimate i možete li uzeti prepisane lijekove ?	Može bez pomoći (korektne doze u pravo vrijeme)	2
	Treba neku pomoć (neko ga /je podsjeti da uzme lijek i sl.)	1
	Nesposoban /na da uzme lijek bez tuđe pomoći	0
Možete li putovati prevoznim sredstvima?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Potpuno nesposoban/na da putuje	0
Možete li kupovati namirnice?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Potpuno nesposoban/na da ide u kupovinu	0
Možete li upravljati svojim novcem?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Potpuno nesposoban /na da upravlja novcem	0
Možete li koristiti telefon?	Može bez pomoći	2
	Treba neku pomoć	1
	Potpuno nesposoban/na da koristi telefon	0

Procjena kognitivnih funkcija

1. Reći tri objekta, tražiti da ponovi odmah, a zatim nakon 5 minuta (upisati broj objekata koje je ponovio oba puta) _____
2. Nacrtati sat tako da je na njemu 11 sati i 10 minuta _____
3. Pitati pacijenta da navede tačan datum i dan u sedmici _____
4. Zamoliti pacijenta da stavi ruke na potiljak, a potom da podigne glavu (upisati komentar)

Da li ste se tokom posljednjih mjesec dana osjećali tužno, beznadežno, depresivno?

da/ne

Da li ste tokom posljednjih mjesec dana izgubili interes za aktivnosti koje su Vam ranije prčinjavale zadovoljstvo?

da/ne

Da li se osjećate nesigurno među svojim ukućanima? Da li Vam neko prijeti ili na drugi način ugrožava sigurnost?

(ukoliko je odgovor „da“ raditi dalju kliničku procjenu)

da/ne

Da li se osjećate napeto i razdražljivo u posljednje vrijeme?
da/ne

Da li imate bol i u kojem dijelu tijela?
da/ne

Pitati pacijenta da li konzumira alkohol (ako da, koliko često i koliko pića u jednoj prilici, kod sumnje na alkoholizam uraditi GMAST test)

Upisati broj i naziv lijekova koje koristi:

Upisati sve aktivne zdravstvene probleme:

Comprehensive geriatric assessment of patients in Health Centre Foča

Jelena Matović¹, Velimirka Pejović¹, Maja Račić²

¹Health Centre Foča, the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

²Faculty of Medicine Foča, University of East Sarajevo, the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

Introduction. Analysis of medical records of patients treated in Health Centre Foča found out that the majority of patients are the elderly. The aim of the study was to gain a comprehensive insight into the health of a geriatric population that gravitates to the Health Centre Foča and assessment needs in the areas of health and social care by the use of complete geriatric assessment.

Methods. The research was carried out as a prospective, analytical study that encompassed 300 patients aged 70 years and older. The patients were chosen by teams V and VII of the family medicine HC Foča as well as the regional clinic of Miljevina. The study was carried out over the period from January 1st 2012 to May 25th 2012, during which the patients were surveyed and their medical records analyzed.

Results. The comprehensive geriatric assessment was made in 300 patients aged over 70, out of whom the majority lived in the city and had the help of the family medicine doctor at their disposal. This was not the case with 28 patients who lived in villages. The majority of patients lived in families with regular income. The functional ability exam using the Katz and Lawton scales showed that more than two-thirds of the examinees did not require help in completing basic needs, and the test „Get up and go“ was completed in less than 10 seconds. Cognitive function was markedly higher in males than in females, as well as in those younger than 80 compared to those older than 80 years. The tendencies toward depression were registered in 10% of the examinees and were greater than that of anxiety.

Conclusion. The health problems of elderly patients are complex, multifactorial, intertwined and often iatrogenic, and the approach strategy for geriatric patients must differ from that of younger persons. Complete geriatric assessment of vulnerable and chronically ill patients can improve their care as well as their clinical outcome.

Keywords: geriatric patient, geriatric assessment, geriatric care