

Izabela Chmiel¹, Maciej Górkiewicz², Tomasz Brzostek¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medium, Kraków

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medium, Kraków

Gromadzenie subiektywnych samoocen nastroju pacjentów w zakładach opieki długoterminowej za pomocą wywiadu twarzą w twarz z zastosowaniem standardowych skal psychometrycznych

Collecting subjective assessments of patients' feelings at nursing homes by face-to-face reviewing with use of the standard psychometric scales

STRESZCZENIE

Wstęp. Opieka nad osobą starszą opiera się na trzech podstawowych komponentach: wspomaganie w wypełnianiu czynności życia codziennego, wspomaganie w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, wspomaganie w przezwyciężaniu nastrojów lękowo-depresyjnych. W niniejszym studium położono nacisk na ocenę nasilenia nastrojów lękowo-depresyjnych u poszczególnych pacjentów. Postuluje się, że oprócz ocen personelu opiekuńczego należy, w miarę możliwości, korzystać z samoocen pacjentów, które są pozyskiwane drogą wywiadu twarzą-w-twarz.

Cel. Celem pracy było potwierdzenie przypuszczenia, że samooceny pacjentów poddanych opiece długoterminowej wnoszą dodatkową, uzupełniającą informację do ocen personelu sprawującego opiekę, sporządzanych tylko na podstawie obserwacji pacjentów.

Materiał i metody. Badania objęły 207 osób (135 kobiet i 72 mężczyzn) przebywających w placówce opieki długoterminowej w Krakowie (Polska) w roku 2014. Dane pozyskano z zastosowaniem trzech standardowych kwestionariuszy: skali Barthel oceniającej zdolność do czynności życia codziennego, Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku (SOPL) oraz skali skłonności do depresji (CES-D). Statystyczna analiza obejmowała potwierdzenie rzetelności i trafności danych oraz badanie korelacji pomiędzy wynikami badań kwestionariuszowych.

Wnioski. Rzetelność skali CES-D potwierdzają wartości współczynnika alfa Cronbacha: alfa = 0,82 i alfa = 0,85 (odpowiednio dla kobiet i mężczyzn), a trafność diagnostyczną – istotna korelacja skali CES-D i SOPL-depresja: $R = 0,50$; $p < 0,001$. Różnice pomiędzy skalami CES-D i SOPL-Depresja potwierdza fakt, że skala Barthel jest istotnie skorelowana z SOPL-depresja, $R = -0,18$ ($p = 0,01$); ale nie jest istotnie skorelowana z CES-D, $R = -0,08$ ($p = 0,24$). Wyniki badania uzasadniają postulat, żeby do badań kwestionariuszowych angażować nie tylko personel opiekuńczy, lecz także pacjentów, odpowiednio do ich zdolności umysłowych.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 439–445

Słowa kluczowe: starzy ludzie; opieka długoterminowa; CES-D; SOPL; indeks Barthel

Adres do korespondencji: dr n. o zdrowiu Izabela Chmiel, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medium, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 12 634 33 97, e-mail: izabela_chmiel@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0072

Praca finansowana z projektu badań własnych. Numer projektu: K/ZDS/004668.

Wszystkie rozpatrywane dane pozyskano za zgodą Komisji Bioetycznej nr KBET/248/B/2013 z dnia 24 października 2013 roku.

ABSTRACT

Introduction. The care routines at nursing home include three basic components: helping with activities of a daily living, helping with observing the therapeutic recommendations, helping with overcoming depressive moods. In this study focus was put on measuring intensity of depressive moods. It was postulated that besides the care-providers' opinions, the self-assessments should be obtained from patients in the face-to-face mode.

Objective. The study was aimed to confirm the supposition that self-scores obtained at the long-term care patients included some additional information, supplementary to care-providers' assessments.

Material and methods. The questionnaire survey was made at 207 residents (135 females and 72 males) in nursing home in Krakow (Poland) in 2014. Data were obtained using three standard questionnaires: Barthel scale capacity for activities of daily living, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Statistical analyses included confirmation of the data reliability and validity, and the correlation analyses.

Results and conclusions. The reliability of the CES-D scale was supported with the value of alpha Cronbach'a: alpha = 0.82 and alpha = 0.85 (for men and women, respectively), and concurrent validity was supported with significant correlation CES-D scale and HADS-Depression scale, $R = 0.50$; $p < 0.001$. The difference between the CES-D scales and HADS-Depression scales was supported with the fact that Barthel scale is significantly correlated with SOPL-Depression scale, $R = -0.18$ ($P = 0.01$); but it is not correlated significantly with the CES-D, $R = -0.08$ ($p = 0.24$). The results of the study supported the postulated recommendation, that not only the care-providers but also the patients should be engaged for filling out questionnaires.

Nursing Topics 2015; 23 (4): 439–445

Keywords: older people; long-term care; CES-D, HADS, Barthel Index

Wstęp

To pacjent jest tą osobą, która ma odnieść korzyści z terapii. Stąd wynika oczywista potrzeba poznawania i nielekceważenia samooceny stanu psychofizycznego i satysfakcji pacjenta ze sprawowanej nad nim opieki leczniczej i opiekuńczej [1, 2]. Pozyskiwanie opinii od osób w podeszłym wieku jest związane z dodatkowymi trudnościami, powodowanymi koniecznością badania i uwzględniania w dalszych analizach poziomu sprawności umysłowej respondentów [3]. Ponadto ludzi w podeszłym wieku, nawet tych w pełni sprawnych umysłowo, od ludzi młodych różni nie tylko mniejsza sprawność fizyczna, lecz także odmienne postrzeganie wielu zjawisk społecznych i inny sposób rozumowania [4, 5]. W rezultacie wyniki uzyskane w grupach osób w podeszłym wieku za pomocą standardowych kwestionariuszy mogą być znacząco statystycznie różne od analogicznych wyników pozyskiwanych w populacji generalnej lub wśród przewlekle chorych młodszych osób [6, 7]. Dlatego w celu ujednoczenia zasad tworzenia ocen stanu pacjentów leczonych w zakładach opieki długoterminowej ogólnie obowiązujące przepisy prawne i organizacyjne nakazują stosowanie kwestionariuszy wypełnianych przez personel medyczny w odniesieniu do wszystkich osób, niezależnie od ich wieku i aktualnych ocen ich sprawności umysłowej, natomiast pozyskiwanie i wykorzystywanie opinii pacjentów w zasadzie pozostawiają w kompetencji personelu medycznego i opiekuńczego [8, 9].

W niniejszym studium postuluje się, żeby pożądaną ujednoczenie zasad pozyskiwania samooceny stanu psychofizycznego pacjentów uzyskiwać poprzez stosowanie uznanych standardowych kwestionariuszy

psychometrycznych wypełnianych w trakcie wywiadów twarzą-w-twarz z każdym pacjentem. Zakłada się, że osoby, które nie potrafią sformułować odpowiedzi na pytania kwestionariusza albo nie są zainteresowane podawaniem sensownych i wiarygodnych wypowiedzi, mogą być odsiewane z badanej grupy nie tylko na podstawie uprzedniego rozpoznania zdolności umysłowych i nastawienia do badań, lecz także w trakcie wywiadu twarzą w twarz oraz po zakończeniu wywiadu na podstawie odpowiedniej analizy walidacyjnej [10–12].

W przeprowadzonym eksperymencie zastosowano trzy standardowe kwestionariusze: skalę Barthel oceniającą zdolność do czynności życia codziennego [13] i Skalę Obserwacyjną Przygnębienia i Lęku (SOPL) [14] — oba wypełniane przez personel opiekuńczy na podstawie obserwacji badanej osoby oraz skalę skłonności do depresji (CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) [15] wypełnianą w trybie wywiadu z badaną osobą. W rezultacie stwierdzono, że obserwacyjne oceny zdolności do czynności życia codziennego (pozyskane za pomocą skali Barthel) są istotnie skorelowane z ocenami nasilenia nastrojów depresyjnych także pozyskanymi w trybie obserwacyjnym (za pomocą skali SOPL), natomiast nie są istotnie skorelowane z samoocenami nasilenia nastrojów depresyjnych otrzymanymi w trybie wywiadu (za pomocą skali CES-D). Przy tym, jak należało oczekiwać, obie badane oceny nasilenia nastrojów depresyjnych są ze sobą istotnie skorelowane, co potwierdza trafność diagnostyczną zastosowanych skali CES-D i SOPL w odniesieniu do badanej grupy osób w podeszłym wieku.

Uzyskane rezultaty bezpośrednio dotyczą skali CES-D i potwierdzają przypuszczenie, że może być

Tabela 1. Formowanie badanej grupy**Table 1.** The formation of the study group

Kryterium wykluczenia	N ₁	% ₁	N ₂	% ₂
Liczebność początkowa	395	100	350	100
1. Brak zgody badanej osoby	–	0,0	20	5,7
2. Utrudniona komunikacja	–	0,0	48	13,7
3. Zgon badanej osoby	–	0,0	69	19,7
4. Inne kryteria	45	11,4	6	1,7
Razem wykluczone osoby	45	11,4	143	40,9
Razem niewykluczone osoby	350	88,6	207	59,1

N_i, %_i — liczba (odpowiednio: procent) uczestników w i-tej fazie formowania, i = 1, 2.

Inne kryteria: ubezwłasnowolnienie, choroby umysłowe lub onkologiczne.

ona z powodzeniem stosowana w zakładzie opieki długoterminowej w trybie wywiadów twarzą w twarz do gromadzenia samoocen pacjentów w podeszłym wieku. Otrzymane potwierdzenia trafności i rzetelności pozyskanych danych mogą być interpretowane pośrednio także jako wyraz dobrej atmosfery panującej w badanym zakładzie, co się przejawia w przychylnym nastawieniu badanych osób do prowadzonych badań, a także jako wyraz umiejętności komunikacyjnych personelu opiekuńczego uczestniczącego w badaniu [16]. Ponadto, uzyskane rezultaty korespondują z wynikami badań samoocen pacjentów w podeszłym wieku dotyczących innych aspektów ich życia [17–19], co może stanowić bodziec do kontynuowania podjętych badań w poszerzonym zakresie.

Cel

Prezentowane badanie opiera się na dwóch postulatach badawczych:

- postulat 1 — badanie kwestionariuszowe metodą twarzą w twarz umożliwia uzyskanie użytecznych informacji od znacznej podgrupy pacjentów pozostających w stacjonarnej opiece leczniczej w zakładach opieki długoterminowej;
- postulat 2 — przy zachowaniu metodologicznej staranności możliwe jest wykonanie formalnych analiz walidacyjnych danych pozyskanych w badaniach kwestionariuszowych od pacjentów pozostających w stacjonarnej opiece leczniczej w zakładach opieki długoterminowej, nawet mimo braku specyficznych norm i standardów ściśle dotyczących badanej populacji pacjentów.

Wywiady twarzą w twarz są bardzo czasochłonne i powinny być prowadzone przez wykwalifikowany personel, stąd bezpośrednim celem badania było potwierdzenie tego, że samooceny depresyjności pacjenta badane skalą CES-D dodają zauważalną nową

informację do ocen pielęgniarskich mierzonych skalą SOLP. Dodatkowym celem przeprowadzonych analiz było zweryfikowanie wartości samoocen pacjentów pozyskanych przez pielęgniarki z zastosowaniem skali CES-D w trakcie serii wywiadów twarzą w twarz wśród N = 207 pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie.

Materiał i metody

Badaniem objęto 207 osób (135 kobiet i 72 mężczyzn) przebywających w placówce opieki długoterminowej w Krakowie (Polska) w roku 2014. Dane pozyskano z zastosowaniem trzech standardowych kwestionariuszy: skali Barthel, SOPL oraz CES-D [13–15].

Wszystkie rozpatrywane dane pozyskano za zgodą Komisji Bioetycznej w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie nr KBET/248/B/2013 z dnia 24 października 2013 roku. Badanie było finansowane ze środków dotacji statutowej UJ CM w ramach projektu nr K/ZDS/004668.

Na początku do badanej grupy włączono wszystkich ówczesnych pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie. Następnie formowanie grupy badawczej przeprowadzono w dwóch fazach, z zastosowaniem tych samych kryteriów wykluczających.

W pierwszej fazie korzystano tylko z informacji zawartej w dokumentacji klinicznej, w drugiej — także z informacji pozyskiwanej od badanych pacjentów. W czasie pierwszej fazy z badania wykluczono N = 45 pacjentów, w drugiej fazie — N = 143 pacjentów, z początkowej grupy — N = 395 pacjentów. Ostatecznie w badanej grupie pozostało N = 207 osób, w tym N = 135 kobiet i N = 72 mężczyzn. Przebieg formowania grupy i zastosowane kryteria wykluczające pokazano w tabeli 1.

Tabela 2. Statystyka opisowa analizowanych zmiennych w grupie kobiet

Table 2. Descriptive statistics analyzed variables in women

Parametr	Wiek	CES-D	Skala Barthel	SOPL-lęk	SOPL-depresja
N	135	135	135	135	135
Średnia	77,7	23,8	19,8	2,6	2,8
SD	11,5	9,7	12,3	1,3	1,5
Mediana	82	24	20	3	3
Min.	32	0	0	1	1
Maks.	94	49	40	6	9
Skośność	-1,40	-0,02	0,21	0,36	0,70
Kurtoza	2,42	-0,04	-1,28	-0,78	0,80
95% CI od	75,7	22,1	17,7	2,4	2,5
95% CI do	79,6	25,4	21,9	2,8	3,0

CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) — skala skłonności do depresji; SOPL — Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku; N — liczba danych; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; 95% CI (*confidence interval*) — granice przedziału ufności dla średniej, odpowiednio dolna i górna granica przedziału

Tabela 3. Statystyka opisowa analizowanych zmiennych w grupie mężczyzn

Table 3. Descriptive statistics analyzed variables in men

Parametr	Wiek	CES-D	Skala Barthel	SOPL-lęk	SOPL-depresja
N	72	72	72	72	72
Średnia	68,9	24,2	25,3	2,6	2,6
SD	12,2	10,6	13,4	1,4	1,3
Mediana	68,5	24	25	2	2,5
Min.	30	2	0	1	1
Maks.	94	55	40	6	5
Skośność	-0,33	0,35	-0,40	0,66	0,30
Kurtoza	0,09	0,39	-1,34	-0,39	-1,04
95% CI od	66,8	22,4	23,0	2,3	2,4
95% CI do	70,9	26,0	27,6	2,8	2,8

CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) — skala skłonności do depresji; SOPL — Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku; N — liczba danych; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; 95% CI (*confidence interval*) — granice przedziału ufności dla średniej, odpowiednio dolna i górna granica przedziału

W ramach analizy statystycznej estymowano wartości współczynnika alfa Cronbacha w celu potwierdzenia wewnętrznej rzetelności oraz badano korelację pomiędzy skalami CES-D i SOLP-depresja w celu potwierdzenia trafności diagnostycznej. Zależności między rozpatrywanymi zmiennymi scharakteryzowano wartościami współczynników korelacji liniowej Pearsona i korelacji cząstkowej. Obliczenia wskaźnika rzetelności wewnętrznej, alfa Cronbacha, wykonano w arkuszu Excel, na podstawie ogólnie znanych wzorów

[20]. Za rzetelne uznano wyniki spełniające warunek: $\alpha \geq 0,70$ [20]. Obliczenia wartości współczynników korelacji liniowej oraz korelacji cząstkowej wykonano w kalkulatorze dostępnym *on-line* [21]. Za istotnie różne od zera uznano wartości współczynników korelacji spełniające warunek $p < 0,05$.

Wyniki

Zarówno w grupie badanych kobiet (tab. 2), jak i mężczyzn (tab. 3) charakterystyczne dla prób

Tabela 4. Istotność hipotez o równości średnich w grupach kobiet i mężczyzn**Table 4.** The significance of hypotheses about equality of means in groups of women and men

Zmienna	Wiek	CES-D	Barthel	SOPL-lęk	SOPL-depresja
p test.t_1	0,0001	0,38	0,002	0,42	0,17
p test.F	0,54	0,40	0,40	0,57	0,18

CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) — skala skłonności do depresji; SOPL — Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku; p|test.t_1 — istotność 1-stronnego testu t-Studenta dla dwóch prób niezależnych o równych wariancjach; p|test.F — istotność hipotezy o równości wariancji

Tabela 5. Współczynnik alfa Cronbacha skalach Barthel i CES-D**Table 5.** Cronbach's scale factor alpha Barthel Index and the CES-D

Płeć/Skala	N	Skala Barthel	CES-D
Kobiety	135	0,726	0,816
Mężczyźni	72	0,741	0,848

N — liczba pacjentów; CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) — skala skłonności do depresji

pochodzących z rozkładu normalnego są niewielkie różnice pomiędzy wartościami średnimi i medianami, a także dostatecznie bliskie zeru wartości skośności i kurtozy, które występują w wypadku wszystkich badanych zmiennych, takich jak wiek badanych osób, wyniki pomiaru skalami CES-D, Barthel, SOPL-lęk i SOPL-depresja. Statystyki opisowe analizowanych zmiennych w grupie badanych kobiet i mężczyzn przedstawiają tabele 2 i 3.

Rezultaty weryfikacji hipotez o braku różnicy wartości średnich z zastosowaniem testu t-Studenta oraz hipotez o braku różnicy wariancji z zastosowaniem testu F przedstawiono w tabeli 4. Stwierdzono, że badane grupy kobiet i mężczyzn różnią się co do średnich wartości takich zmiennych, jak wiek

czy wynik pomiaru skalą Barthel, natomiast nie różnią się co do średnich wartości wyników pomiaru skalami CES-D, SOPL-lęk, SOPL-depresja oraz co do wariancji wszystkich wymienionych zmiennych.

Wartości współczynnika alfa Cronbacha, estymowane jako alfa = 0,726 i alfa = 0,741 dla skali Barthel oraz alfa = 0,816 i alfa = 0,848 dla skali CES-D, odpowiednio dla kobiet i mężczyzn, pozwalają na pozytywną ocenę spójności wewnętrznej obu zastosowanych skal (tab. 5).

Istotność współczynnika trafności diagnostycznej skali CES-D oraz SOPL-depresja potwierdza istotność współczynnika korelacji pomiędzy tymi skalami, $R = 0,50$; $p < 0,0001$ dla $N = 207$; a także współczynnika korelacji cząstkowej (z eliminacją wpływu skali Barthel), $R = 0,50$; $p = 0,02$ (tab. 3). Główny rezultat wynika z relacji pomiędzy badanymi zmiennymi. Jak pokazano w tabeli 6, obie rozważane oceny depresyjności tej samej osoby, ocenione skalami CES-D i SOPL-depresja, są ze sobą istotnie skorelowane, $R = 0,50$; $p < 0,0001$ dla $N = 207$. Niemniej skala Barthel jest istotnie skorelowana tylko ze skalą SOPL-depresja, $R = -0,17$; $p = 0,02$; natomiast nie jest istotnie skorelowana ze skalą CES-D, $R = -0,17$; $p = 0,02$. Korelacja cząstkowa jeszcze bardziej uwypukla tę różnicę, przekształcając $R = -0,17$; $p = 0,02$ do $R = -0,145$; $p = 0,04$ oraz $R = -0,08$; $p = 0,24$ do $R = -0,002$; $p = 0,99$ (tab. 3).

Tabela 6. Korelacja pomiędzy CES-D, HADS-D i skalą Barthel**Table 6.** The correlation between the CES-D, HADS-D and Barthel Index

X	Y	Z	R_{XY}	p	$R_{XY.Z}$	p
CES-D	HADS-D	Barthel	0,50	< 0,0001	0,50	0,02
CES-D	Barthel	HADS-D	-0,08	0,24	-0,002	0,99
HADS-D	Barthel	CES-D	-0,17	0,02	-0,145	0,04

CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) — skala skłonności do depresji; HADS-D (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) — składowa SOPL-depresja skali SOPL; R_{XY} — współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy zmiennymi X oraz Y; $R_{XY.Z}$ — współczynnik korelacji cząstkowej pomiędzy zmiennymi X oraz Y, z eliminacją wpływu zmiennej Z; p — istotność korelacji

Dyskusja

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki oceny depresyjności tej samej grupy pacjentów, ocenionych przez samego pacjenta za pomocą skali CES-D oraz przez pielęgniarki z wykorzystaniem SOPL. Skala Barthel została zastosowana rutynowo jako narzędzie do formułowania przez pielęgniarki ocen samodzielności pacjentów. Główny wynik badania opiera się na przeciwstawieniu istotnej korelacji pomiędzy wynikami pomiarów uzyskanymi za pomocą skal Barthel i SOPL, przy równoczesnym braku istotnej korelacji pomiędzy wynikami pomiarów otrzymanych dzięki zastosowaniu skal Barthel i CES-D u tych samych osób. Uzyskany wynik dobrze koresponduje ze znanymi wynikami badań nad różnicami ocen pomiędzy pacjentem a osobą prowadzącą terapię [2, 8, 11, 17]. Zatem zaobserwowane różnice ocen są czymś naturalnym, nie powinny być interpretowane w każdej sytuacji jako przejaw braku wiarygodności pacjenta bądź braku kompetencji terapeuty [1, 3, 12].

Relacjonowane badanie ma dwa główne ograniczenia. Po pierwsze, przeprowadzono je tylko w jednym zakładzie opieki długoterminowej. Po drugie, zastosowano tylko uniwersalne standardowe skale psychometryczne, z pominięciem bardziej specyficznych problemów rezydentów i personelu takich zakładów. W opinii autorów niezbędne są pogłębione badania nad tymi problemami. Niemniej wymienione ograniczenia mogą być skutecznie przezwyciężone w przyszłych badaniach, w możliwej współpracy z innymi zakładami opieki długoterminowej, z dodatkowym zastosowaniem innych narzędzi psychometrycznych, na przykład polskiej wersji *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (NSNS)[19].

Wnioski

Rzetelność i diagnostyczną trafność zgromadzonych danych potwierdzają odpowiednie wartości współczynnika alfa Cronbacha oraz istotna korelacja wyników pomiarów skalą CES-D z ocenami depresji według skali SOPL.

Samoocena skłonności do depresji pacjentów mierzona skalą CES-D wnosi dodatkową informację do ocen personelu opiekuńczego, mierzonych skalą SOPL.

Skala skłonności do depresji CES-D może być z powodzeniem stosowana w zakładzie opieki długoterminowej w trybie wywiadów twarzą w twarz do gromadzenia samoocen pacjentów w podeszłym wieku.

Uzyskane rezultaty potwierdzają zasadność postulatu, by w zakładach opieki długoterminowej nie tylko personel opiekuńczy był angażowany do badań kwestionariuszowych, powinno się bowiem dążyć do pozyskania i wykorzystania wiarygodnych opinii pacjentów na temat ich potrzeb zdrowotnych i osobistych.

Piśmiennictwo

- Goldstein E., Farquhar M., Crofton C., Darby C., Garfinkel S. Measuring Hospital Care from the Patients' Perspective: An Overview of the CAHPS Hospital Survey Development Process. Part II. Health Serv. Res. 2005; 40: 1977–1995.
- Chmiel I., Górkiewicz M. Zakres akceptacji przez pacjentów matczyne i przyjacielskie stylu wspierających zachowań pielęgniarki w opiece paliatywnej. Probl. Pielęg. 2010; 18 (4): 395–405.
- Gerritsen D.L., Steverink N., Ooms M.E., de Vet H.C.W., Ribbe M.W. Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. Qual. Life Res. 2007; 16: 1029–1037.
- Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M. Wybrane metody oceny sprawności psychofizycznej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce. Pielęg. XXI w. 2005; 3: 105–110.
- Vetulani J., Starość okiem przyrodnika. Psychogeriatr. Pol. 2007; 3 (3): 109–138.
- Hobson J.P., Meara R.J., Is the SF-36 health survey questionnaire suitable as a self-report measure of the status of older adults with Parkinson's disease. Qual. Life Res. 1997; 6: 213–216.
- Stinsbury A., Seebass G., Bansal A., Young J.B. Reliability of the Barthel index when used with older people. Age Ageing J. 2001; 34: 228–232.
- McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. J. Clin. Nurs. 2004; 13: 31–38.
- Kuźmicz I., Brzostek T., Poździejch S. Wybrane aspekty prawne funkcjonowania zakładu opiekuńczo – leczniczego i domu pomocy społecznej. Analiza porównawcza. Pielęg. XXI w. 2008; 2–3: 58–63.
- Burgio L.D., Allen-Burge R., Roth D.L. i wsp. Come Talk With Me. Improving Communication Between Nursing Assistants and Nursing Home Residents During Care Routines. Gerontologist 2001; 41(4): 449–460. Abstract available Online: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/41/4/449.short>. (Data wejścia 01.09.2015).
- Edelman P., Fulton B.R., Kuhn D., Chang C.H. A comparison of three methods of measuring dementia-specific quality of life: perspectives of residents, staff, and observers. Gerontologist 2005; 45: 27–36.
- Górkiewicz M. Using the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) to Classify Participants of a Questionnaire Survey with Regard to Their Individual Inclination to Respond at Random. Studies in Logic Grammar and Rhetoric. 2014; 39: 89–104
- Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M. Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku. Stud. Med. 2008; 12: 17–21
- Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J. Psychosom. Res. 2002; 52 (2): 69–77.
- Dojka E., Górkiewicz M., Pająk A. Psychometric value of CES-D scale for the assessment of depression in Polish-population (in Polish: Wartość pomiarowa skali CES-D do oceny depresji w populacji polskiej). Psychiatr. Pol. 2003; 37: 281–292.
- Knapp H. Therapeutic Communication. Developing Professional Skills., SAGE Publications, London 2007.

17. Chmiel I., Górkiewicz M., Czupryna A., Czekaj J. Dopasowanie stylu wspierającego dotyku pielęgniarek do indywidualnych preferencji osób w terminalnym okresie choroby. Doniesienie wstępne. W: Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.). *W drodze ku brzegu życia*. UMB, Białystok 2009; 7: 357–368.
18. Piotrowicz K. Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością — podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontol. Pol.* 2013; 21 (3): 63–72.
19. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D. Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). *Prob. Pielęg.* 2007; 15: 133–138.
20. Górkiewicz M., Kołacz J. *Statystyka Medyczna. Podejście praktyczne przy zastosowaniu programu MS Excel*. WUJ, Kraków 2001.
21. Lowry R. Vassar Stats: Website for Statistical Computation. 2011. Available on-line at [VassarStatswebsitehttp://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.html](http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.html).