

Aneta Toczyńska¹, Elżbieta Krajewska-Kułak², Cecylia Łukaszuk²

¹Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej; Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Ustrzeszy

²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną

Self-assessment of some aspects of the quality of life residents under long-term care

STRESZCZENIE

Wstęp: Polska jest jednym z wielu krajów, w których systematycznie rośnie zapotrzebowanie na opiekę długoterminową.

Cel pracy: Samoocena wybranych aspektów jakości życia przez podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną.

Materiał i metody: Badania zrealizowano w grupie pensjonariuszy Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Ustrzeszy i wykorzystano w nim kwestionariusz autorski ankietowy oraz skale *Activities of Daily Living* (ADL), Geriatryczną Skalę Oceny Depresji oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS).

Wyniki: W opinii badanych pielęgniarka była osobą, która najczęściej (37/56) i najlepiej (25/56) sprawowała opiekę medyczną nad nimi. Wiadomość o chorobie u prawie połowy wywołała lęk (27/56). Diagnozę z ust lekarza usłyszało 40 osób. Najważniejsze dla chorych w zapewnieniu poczucia komfortu był udział rodziny w pielęgnacji. Czternastu z 56 pacjentów nie poradziło sobie z chorobą – byli bierni i uważali, że podejmowanie jakichkolwiek działań nie ma sensu. Potwierdzono powyższe skalą AIS, w której 30 z 56 chorych uzyskało poniżej 20 punktów. Respondenci najbardziej bali się niesprawności i samotności. W większości swoje zdrowie i samopoczucie oceniali na 3–5 punktów w 10-punktowej skali. Najbardziej uciążliwe były dla podopiecznych: trudności w poruszaniu się (41/56), nietrzymanie moczu (31/56) i stolca (27/56). U 22 podopiecznych choroba wpłynęła na pogorszenie ich stosunków rodzinnych. W teście ADL 43 z 56 badanych uzyskała 2 i mniej punktów, co wskazuje na znaczną niepełnosprawność. W skali GDS 12 chorych uzyskało 11–15 punktów, co sugeruje, że byli w stanie ciężkiej depresji.

Wnioski: Rozpoznanie choroby u większości chorych wywołało lęk oraz negatywną zmianę stosunków rodzinnych. Najważniejszym czynnikiem składającym się na komfort przewlekłego chorego był udział rodziny w pielęgnacji chorego. Za najbardziej uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu podopieczni uważali trudności w poruszaniu się, nietrzymanie moczu i stolca. U prawie u wszystkich badanych choroba spowodowała obniżenie aktywności i liczby zainteresowań.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (3): 369–379

Słowa kluczowe: samoocena, jakość życia, opieka długoterminowa

ABSTRACT

Introduction: Poland, is one of a number of countries in which the steadily growing demand for long-term care.

Aim: To assess the self-selected aspects of quality of life in residents under the long-term care.

Material and methods: The study was carried out among residents of the non-public Department of Caring and Treatment in Ustrzeszy. We used the following questionnaires and scales: ADL (Activities of Daily Living), Geriatric Depression Rating Scales (GDS) and the Acceptance of Illness Scale (AIS).

Results: According to respondents nurse was a person who most often (37/56) and most (25/56) held the medical care of them. The news of illness caused fear in 27/56. Of the participants 40 respondents received medical diagnosis from a doctor. Most important for patients to ensure a sense of comfort was the participation of the family in care. Twenty-five percent of patients did not cope with the disease – they were passive and believed that the taking of any action does not make sense. The abovementioned was confirmed by AIS scale, where 30/56 of patients received less than 20 points. Most respondents afraid of failure and loneliness. The majority of residents evaluated their health

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15–096 Białystok, tel.: (85) 748 55 28, e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

and well being for three to five points at 10 score scale. The most troublesome for the patients were: movement difficulty (41/56), urinary incontinence (31/56) and fecal (27/56). Nearly 22/56 of the residents reported that disease caused a deterioration in their family relationships. Overall 43/56 of the participants achieved two or less points in ADL, indicating a significant disability. Almost 12 of patients have received 11 to 15 scores in the GDS scale, suggesting depression.

Conclusions: The diagnosis of the disease in most patients resulted in anxiety and negative change in family relationships. The most important factor contributing to the comfort of a chronically ill was the family participation in patient care. The most troublesome in everyday life, inpatients reported the difficulties in movement, incontinence of urine and stool. Almost all patients reported diminished interest by disease activity.

Nursing Topics 2012; 20 (3): 369–379

Key words: self-esteem, quality of life, long-term care

Wstęp

Polska jest jednym z wielu krajów, w których systematycznie rośnie zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, co wiąże się ze zmianami demograficznymi (wydłużenie średniej długości życia i starzenie się społeczeństwa) oraz społeczno-kulturowymi jakie dokonały się w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Wydłużenie życia jednak nie zawsze wiąże się z jego wysoką wartością, ponieważ procesowi starzenia się społeczeństwa towarzyszy wzrost zapadalności na schorzenia przewlekłe, wymagające długotrwałej pielęgnacji, edukacji oraz poradnictwa.

Opieka długoterminowa, według Siwińskiej i wsp. [1], jest nowym obszarem w polskim systemie ochrony zdrowia, jej główny cel stanowi pielęgnowanie i kontynuowanie leczenia osób przewlekłe chorych, niepełnosprawnych oraz w podeszłym wieku w ich środowisku domowym lub w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Opieka stacjonarna powinna być sprawowana tylko w sytuacjach wyjątkowych, gdy opieka domowa jest z jakichś powodów utrudniona lub niemożliwa. Autorzy [1] uważają, że w dzisiejszych czasach osoby przewlekłe chore, niepełnosprawne i w podeszłym wieku stanowią największe obciążenie systemu ochrony zdrowia, wobec czego właściwe zorganizowanie opieki długoterminowej (komplementarnej do istniejącego systemu podstawowej opieki zdrowotnej) pozwoli na rozwiązanie wielu problemów organizacyjnych i finansowych w aktualnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia.

W literaturze przedmiotu [za: 2] podkreśla się, że potrzeba tworzenia różnych form opieki długoterminowej wyniknęła ze wzrastającego zapotrzebowania na ten rodzaj usług zdrowotnych. Powodem tego było wydłużanie się życia ludzi, zwiększająca się liczba osób starszych i niepełnosprawnych, zmiana modelu rodziny oraz większa aktywność zawodowa kobiet. Potrzeba ta pojawiła się również w wyniku rozpoczęcia się w latach 90. XX wieku restrukturyzacji ochrony zdrowia, której celem było stworzenie warunków do racjonalnego wydawania środków finansowych przeznaczonych na stacjonarną opiekę medyczną [za: 2]. Rozwiązanie ekonomiczne systemu opieki zdrowotnej zmuszało do

skracania okresu pobytu osób chorych w szpitalach do minimum niezbędnego do wykonania procedur specjalistycznych, a jednocześnie nie istniały placówki, które kontynuowałyby długoterminowe leczenie oraz rehabilitację jak również opiekę nad osobami, którym rodziny takiej opieki zapewnić nie mogą. Z tego też powodu w Polsce duża część osób wymagających opieki długoterminowej przez wiele tygodni a nawet miesięcy przebywała w szpitalach, zajmując łóżka do leczenia stanów ostrych, co powodowało nieefektywne wykorzystanie poszczególnych oddziałów [za: 2].

Kędziora-Kornatowska i wsp. [2] podkreślają, że obserwuje się gwałtownie rosnące zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Wzrost liczby zakładów i łóżek opieki długoterminowej jest wolniejszy niż proces starzenia się społeczeństwa i narastania liczby osób przewlekłe chorych i niepełnosprawnych [2].

Celem zasadniczym pracy była samoocena wybranych aspektów jakości życia przez podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. Za cele szczegółowe postawiono sobie ocenę intensywności korzystania z opieki medycznej i osób, które ją najczęściej sprawują, ocenę korzystania z pomocy społecznej i form tej pomocy, odczuć w momencie rozpoznania choroby i akceptacji choroby, lęku przez wybranymi sytuacjami i stopnia depresji oraz podstawowych i złożonych czynności sprawiających choremu trudności w życiu codziennym, a także samoocenę radzenia sobie z chorobą oraz samoocenę aktualnego stanu zdrowia i samopoczucia.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono między lutym 2011 roku a styczniem 2012 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku — R-I-002/50/2011, wśród 56 podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Ustrzeszy, nieopodal Radzyna Podlaskiego, w powiecie radzyńskim, w województwie lubelskim.

Na potrzeby badania została skonstruowana anonimowa ankieta. Każdy z badanych, po zapoznaniu się

z informacją na temat przebiegu badania i wyrażeniu na niego zgody, miał zaznaczać krzyżykiem właściwą odpowiedź. W praktyce większość podopiecznych wymagała pomocy przy odczytywaniu pytań i zapisie odpowiedzi.

Ankieta składała się z czterech części:

- I A — wypełnianej przez ankietera, zawierającej pytania o rozpoznanie, jednostki chorobowe, czas hospitalizacji, rodzaj stosowanej terapii;
- I B — części ogólnej, w której znalazły się między innymi: pytania tzw. metryczkowe, pytania o intensywność korzystania z opieki medycznej, o osoby, sprawujące opiekę, o korzystanie z opieki społecznej, o uczucia, które pojawiły się podczas poznania diagnozy, o odczuwaniu lęku, a także ocena swojego stanu zdrowia i własnego samopoczucia;
- II — skali *Activities of daily living* (ADL) — do oceny podstawowych czynności w życiu codziennym, zwana także skalą Katza. Uzyskane wyniki, w zależności od liczby uzyskanych punktów, interpretowano zgodnie z zaleceniami: 5–6 punktów — osoba sprawna, 3–4 punkty — osoba umiarkowanie nie-sprawna, poniżej 2 punktów — osoba znacznie nie-sprawna [3];
- III — *Geriatrycznej Skali Oceny Depresji* (GDS, *Geriatric Depression Scale*) — opracowanej przez Yesavage i wsp. w latach 80. XX wieku, składająca się z 15 pytań dotyczących samopoczucia. Zgodnie z wytycznymi za każdą odpowiedź TAK — na pytania 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 oraz NIE — na pytania 1, 5, 7, 11, 13, badany otrzymywał 1 punkt „depresyjny”. Punkty dodawano, a uzyskana suma pozwalała stwierdzić stan psychiczny badanego: do 5 punktów — stan prawidłowy, 6–10 punktów — depresja umiarkowana, 11–15 punktów — depresja ciężka [4].
- IV — *Skali Akceptacji Choroby* (AIS) — autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, służącej do określenia stopnia akceptacji choroby i składającej się z ośmiu pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. Każde pytanie zawierało pięciostopniową skalę, a badana osoba określała swój obecny stan zdrowia, zaznaczając odpowiednio cyfrę: 1 — zdecydowanie zgadzam się, 2 — zgadzam się, 3 — nie wiem, 4 — nie zgadzam się, 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast brak zgody — akceptację choroby. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów, mieszcząca się w zakresie 8–40. Do określenia stopnia akceptacji utworzono trzy przedziały punktowe.

Liczba punktów od 8 do 18 oznaczała brak akceptacji choroby, od 19 do 29 — średnią akceptację i od 30 do 40 — dobrą akceptację [5].

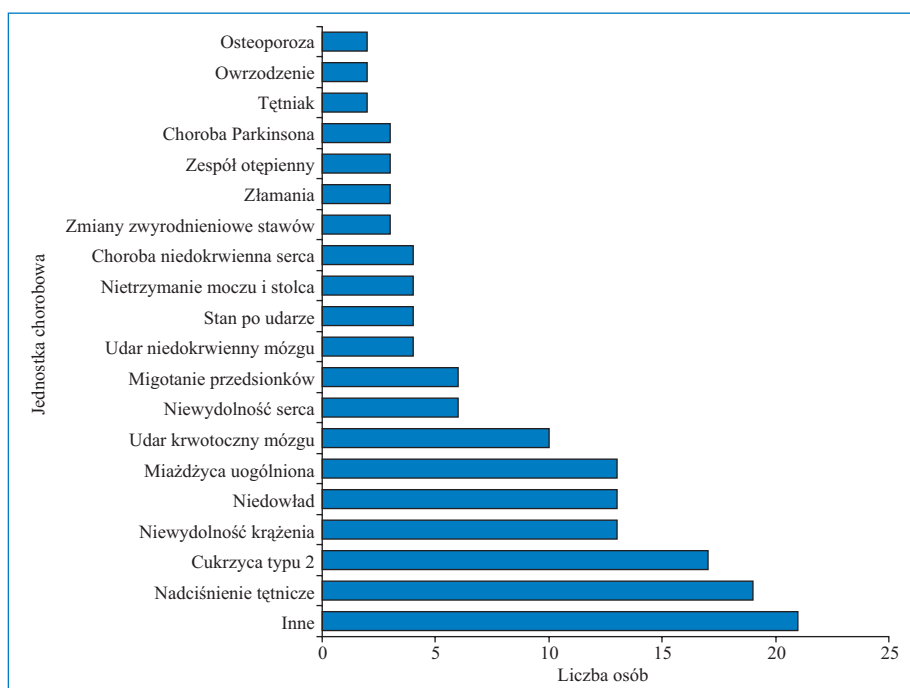
W celu porównania zależności między wybranymi wynikami, na przykład uzyskanymi w wyniku analizy danych w skali ADL, a stanem psychicznym określonym przez GDS zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona (r). Im jest on bliższy 1, tym zależność liniowa jest silniejsza, zwykle przyjmuje się, że poniżej 0,2 oznacza brak związku liniowego, 0,2–0,4 — słaba zależność, 0,4–0,7 — umiarkowana zależność, 0,7–0,9 — dość silna zależność, powyżej 0,9 — bardzo silna zależność.

Wyniki

Do analizy ostatecznie wykorzystano 56 wypełnionych poprawnie pod względem formalnym kwestionariuszy. W tej grupie znalazło się 14 mężczyzn (1 w grupie wiekowej 51–60 lat, 7 osób 61–70-letnich i 6 osób w wieku powyżej 70 lat) oraz 42 kobiety (1 osoba w grupie wiekowej 31–40 lat, 8 osób w wieku 61–70 lat, pozostałe 33 osoby miały powyżej 70 lat). Większość pensjonariuszy (35/56) to osoby, które straciły swego współmałżonka. Sporo badanych (14/56) nie założyło rodzin i pozostali w stanie wolnym. Reszta miała żonę/męża (5/56) lub była rozwiedziona; 38/56 osób pochodziło ze wsi, a 18/56 z miasta; 75% ankietowanych mieszkało samotnie, 14,3% z dziećmi, po 3,6% z małżonkiem lub z małżonkiem i dziećmi. Jedna osoba mieszkała z wnuczką. Dwóch badanych posiadało wykształcenie wyższe, 8/56 średnie, 45/56 zawodowe, a jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. W ocenie większości pensjonariuszy (28/56) ich warunki socjalno-bytowe były średnie, w opinii 15/56 osób — dobre, a niewielni ocenili je jako słabe (12/56) bądź bardzo słabe (1/56).

Ankietowani cierpieli na 19 różnych schorzeń (ryc. 1), a u większości z nich zdiagnozowano jednocześnie po kilka jednostek chorobowych. Kategorię „Inne” zostały określone wszystkie pojedyncze (odnotowane tylko u jednego spośród wszystkich podopiecznych) przypadki 21 chorób, takich jak: nadczynność tarczycy, żylaki, rozmiękanie mózgu, zaburzenia nerwicowe, padaczka, guz płuca, niewydolność nerek, stan po cholecysektomii, stopa cukrzycowa, amputacja, głuchota, wodobrzusze, wodogłowie, choroba wieńcowa, otyłość, rozrost gruczołu krokowego, anemia, nowotwór, afazja, stwardnienie rozsiane, naczyniowe uszkodzenie mózgu (ryc. 1).

W największej grupie osób (9/56) postawiono rozpoznanie na 8–10 lat przed rozpoczęciem badania. Pozostałym na : 2–4 lata (8/56), 1,5–2 lata (6/56), 5–7 lat (5/56), 1–3 miesiące (4/56), 4–6 miesięcy (3/56), 7–9 miesięcy (2/56), do 4 tygodni przed badaniem lub wcześniej niż przed 10 laty (po 1/56).



Rycina 1. Jednostki chorobowe rozpoznane u badanych

Figure 2. Disorders diagnosed in residents

Spośród ankietowanych pacjentów do zakładu najwcześniej, bo około 10 lat temu, trafiły dwie osoby. W sumie 14 z 56 badanych przebywało w nim nieprzerwanie od 2 do 7 lat, a 36 znalazło się w przeciągu roku od chwili wzięcia udziału w ankiecie.

Wszyscy pensjonariusze, którzy zostali poddani badaniu, przebywali po raz pierwszy w zakładzie i zastosowano wobec nich farmakoterapię objawową, a tylko u jednego pacjenta dodatkowo wprowadzono psychoterapię.

Pensjonariusze w różnym stopniu korzystali z opieki medycznej. Były osoby, które robiły to kilka razy w tygodniu (6/56) lub raz w tygodniu (1/56), albo kilka razy w miesiącu (2/56), czy też raz w miesiącu (17/56). Pozostali bywali u lekarza raz na pół roku (19/56) lub kilka razy w roku (11/56).

W opinii badanych osobą, która najczęściej sprawowała opiekę medyczną nad nimi, była pielęgniarka (37/56 chorych). Natomiast zdaniem 10/56 osób była to rodzina, a dla 9/56 — lekarz.

Najwięcej badanych za osobę w grupie zespołu terapeutycznego, która w ich opinii najlepiej sprawowała wobec nich opiekę — wybrało pielęgniarkę (25/56) lub członka rodziny (22/56). Kilka osób wskazało na lekarza (6/56), a jeden podopieczny na wolontariusza.

Respondenci w większości (29/56) nie korzystali z pomocy społecznej. W przypadku pozostałych osób pomoc ta przybrała następującą postać: towarzyszenie (1/56), robienie zakupów (4/56), sprzątanie (4/56), go-

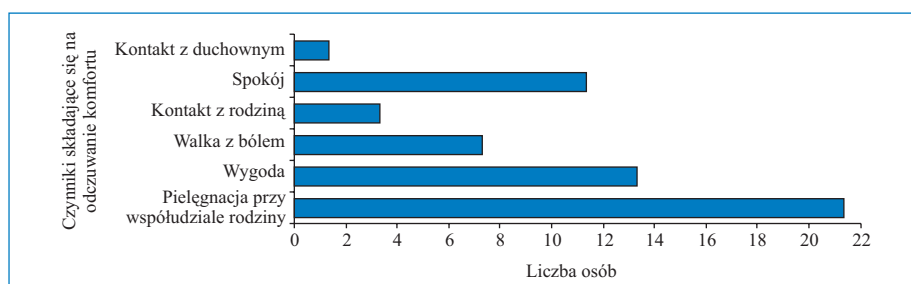
towanie (3/56), pomoc w zabiegach higienicznych (3/56). Dużo osób (21/56) uznało także, że po prostu nie potrzebowało takiej formy wsparcia.

Poznanie rozpoznania choroby było dużym przeżyciem dla podopiecznych. Wiadomość o chorobie u większości wywołała lęk (27/56). Częstą reakcją był też płacz (13/56) albo złość (8/56). Po dwie osoby chciały w tej chwili być same lub z rodziną. Problem z jednoznacznością odpowiedzią miało 4 osoby.

Diagnozę z ust lekarza usłyszało 40 z badanych 56 osób. Ośmiu podopiecznym tę wiadomość przekazała pielęgniarka, a siedmiu rodzina (siostra, brat, dziecko).

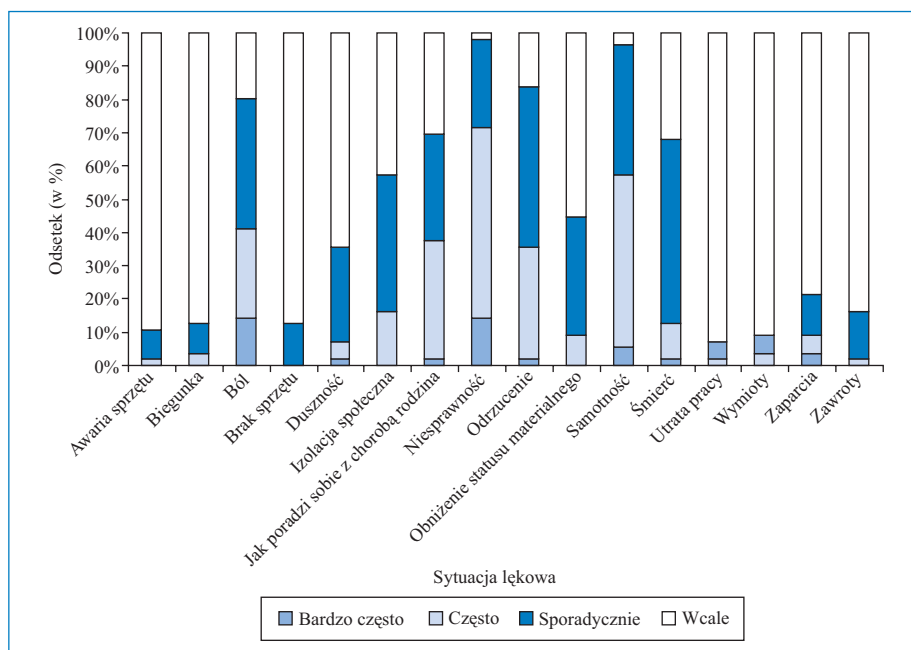
W kwestii najważniejszej rzeczy, która miałaby zapewnić komfort osobie przewlekle chorej, zdania respondentów były podzielone. Sporo osób zwróciło uwagę na to, by w pielęgnacji podopiecznego miała współudział rodzina, w dalszej kolejności stawiano na wygodę i spokój (ryc. 2).

Duża część chorych (14/56) niestety nie poradziła sobie z chorobą — była bierna i uważała, że podejmowanie jakichkolwiek działań nie ma sensu. Jedenaście z 56 osób szukało wsparcia duchowego poprzez modlitwę, kontakty z duchownymi. Trzy osoby szukały oparcia społecznego, pomocy ze strony krewnych, a jedna podjęła próbę przededefiniowania sytuacji stresowej, jaką była choroba, oddając się wyłącznie oglądaniu telewizji. Nikt nie szukał pomocy na zewnątrz, na przykład w organizacjach, grupach wsparcia, fundacjach itp. Jed-



Rycina 2. Najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekle chorego w opinii ankietowanych

Figure 2. The main factors contributing to the comfort of chronically ill according to respondents



Rycina 3. Odczuwanie lęku w różnych sytuacjach

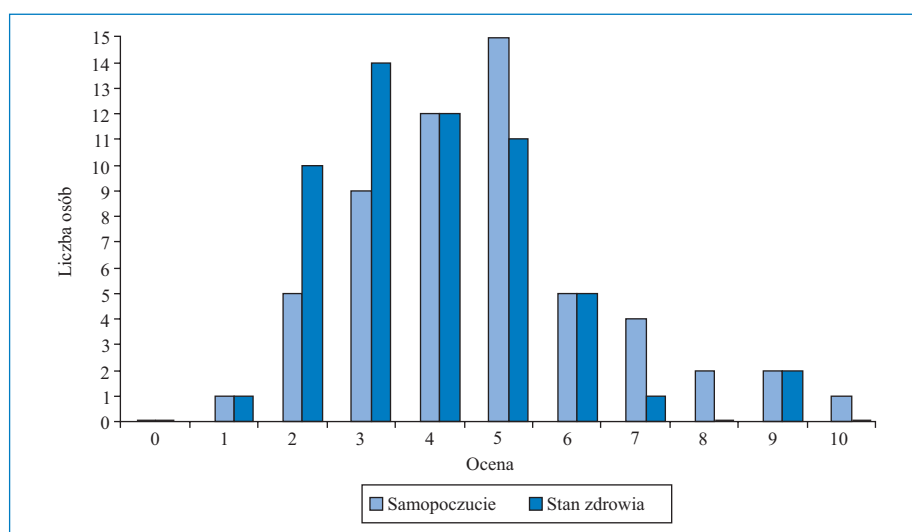
Figure 3. The feeling of anxiety in various situations

nak najwięcej osób (27/56) miało problem ze sprecyzowaniem sposobu radzenia sobie z chorobą i wybierali odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Respondenci biorący udział w badaniu najbardziej bali się niesprawności. Lęk wywoływała w nich także myśl o samotności. Często wskazywali, że strach budzą w nich możliwość odrzucenia i brak akceptacji ze strony bliskich. Relacje z rodziną były ważniejsze niż akceptacja społeczna, o czym może świadczyć fakt, że badani częściej wskazywali na odrzucenie i samotność niż na izolację społeczną. Pensjonariusze nie bali się utraty pracy, co jest zrozumiałe, gdyż większość z nich była w wieku powyżej 70 lat, czyli emerytalnym. Niepokoju nie budziły w nich także ewentualne wymioty ani awaria sprzętu używanego w ich leczeniu. Dokładne wyniki zaprezentowano na rycinie 3.

Ankietowanych poproszono, by w skali od zera do dziesięciu dokonali oceny swojego stanu zdrowia i samopoczucia. Biorąc pod uwagę trzy najczęściej wybierane odpowiedzi, pacjenci w większości swoje zdrowie i samopoczucie oceniali na 3–5 punktów. Nikt z podopiecznych nie zdecydował się na zaznaczenie zera, a niewiele osób (7/56) wybierało oceny skrajne (0, 1, 9, 10). Istniała tutaj pewna zależność między oceną stanu zdrowia a oceną samopoczucia. Im lepszy był stan zdrowia i idąca z tym w parze wyższa jego ocena, tym chory wyżej oceniał własne samopoczucie. Dokładne wyniki pokazano na rycinie 4.

W kafeterii kolejnego pytania znalazło się 13 różnych trudności, które komplikowały życie codzienne respondentów. Ankietowani nie mieli ograniczonej liczby wyborów, ale nikt nie wskazał więcej niż pięć pro-



Rycina 4. Samoocena stanu zdrowia i samopoczucia

Figure 4. Self-assessment of health and wellbeing

blemów. Najczęściej chorzy decydowali się na naznaczenie dwóch lub trzech odpowiedzi. Najbardziej uciążliwe były dla podopiecznych: trudności w poruszaniu się (41/56), nietrzymanie moczu (31/56) i stolca (27/56). Kilkanaście osób uskarżało się na zaburzenia słuchu (15/56) i brak apetytu (14/56). Pozostali zgłaszali ból (13/56), zaburzenia pamięci (7/56), zawroty głowy (7/56), zaparcia (5/56), zaburzenia widzenia (3/56), duszność (2/56) lub wymioty (1/56).

Choroba u 22 z 56 pacjentów wpłynęła na pogorszenie ich stosunków rodzinnych, u innych nie uległy zmianie (22/56) lub polepszyły się (2/56). Dziesięć osób nie potrafiło jednoznacznie ocenić jakości stosunków rodzinnych.

W teście ADL wykazano, że żaden z podopiecznych nie był samodzielny podczas kąpieli; 46 z 56 osób nie radziło sobie z ubieraniem i rozbieraniem, 45 — z kontrolowaniem wydzielania moczu i stolca, 43 — z korzystaniem z toalety, 41 — ze wstawaniem z łóżka i przemieszczaniem się na fotel, a 5 — z samodzielnym jedzeniem. Analiza wyników badań uzyskanych za pomocą skali ADL pozwoliła na stwierdzenie, iż 6 z 56 osób uzyskało 5 punktów, co świadczy o tym, że były to osoby sprawne, 7 podopiecznych zebrało 3–4 punkty i dzięki temu można było uznać je za osoby umiarkowanie niesprawne. Niestety przeważająca większość chorych (43/56) uzyskała 2 i mniej punktów, co przesądza o tym, że te osoby były znacznie niesprawne.

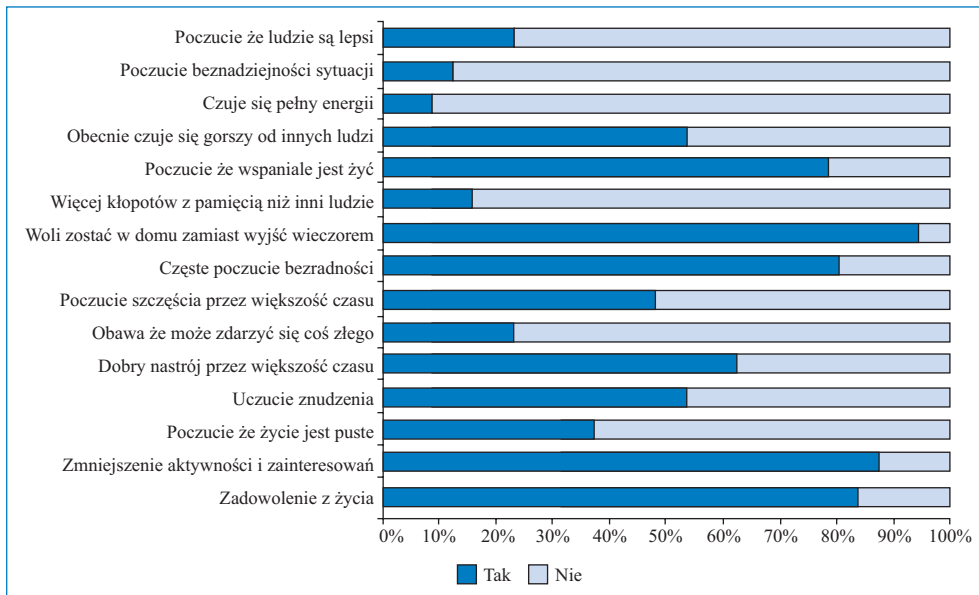
Za pomocą GDS wykazano, że 19 z 56 podopiecznych zdobyło mniej niż 5 punktów, co świadczy o tym, że ich stan psychiczny był prawidłowy. Kolejne 25/56 osób zmieściło się w przedziale 6–10 punktów, co wykazało umiarkowaną depresję. Pozostali chorzy (12/56)

którzy uzyskali 11–15 punktów, byli w stanie ciężkiej depresji.

Spora grupa chorych była zadowolona ze swego życia (47/56 osób). Jednak choroba spowodowała prawie u wszystkich (49/56 osób) obniżenie aktywności i liczby zainteresowań. 21 z 56 ankietowanych uznało, że życie jest puste. Ponad połowa (30/56 osób) przeżywała obecnie znudzenie, ale 35 z 56 osób znajdowało się w dobrym nastroju przez większość czasu. Trzydzieści osób miało obawy, że może stać się coś złego. Trochę mniej niż połowa (27/56 osób) nie czuła się szczęśliwa. Zdecydowana większość (45/56 osób) żyła w poczuciu bezradności z powodu swego obecnego stanu zdrowia. Mało który badany miał energię, ale 44/56 osób zgodziło się ze stwierdzeniem, że żyć jest wspaniale. 53,6% podopiecznych miało poczucie bycia gorszym od innych. Pozostałe wyniki zobrazowano na rycinie 5.

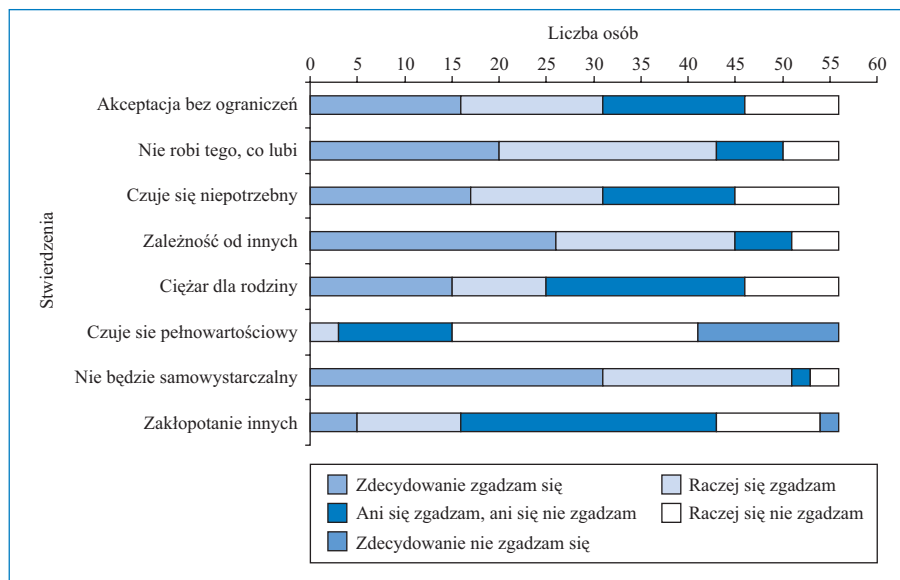
Ostatnia z części zawierała test AIS. W przypadku 25/56 osób badanie skalą AIS skończyło się stwierdzeniem, że zaakceptowały siebie i swoją chorobę w sposób niepełny. Niestety większość podopiecznych 30/56 nie potrafiła pogodzić się z chorobą i jej skutkami, gdyż uzyskali oni poniżej 20 punktów, co jest bardzo niskim wynikiem, odczuwali oni też silny dyskomfort psychiczny.

Większość osób (31/56) uznała, że zgadza się ze zdaniem: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Czterdzieści trzy osoby powiedziały, że nie mogły, bo nie były w stanie robić tego, co najlepiej lubiły. Choroba bardzo negatywnie wpływała na psychikę podopiecznych, gdyż 32/56 osób uważało, że są nikomu nie potrzebni, ustosunkowując się do stwierdzenia: „Choroba sprawia, że czuję



Rycina 5. Rozkład odpowiedzi w teście GDS

Figure 5. Distribution of answers in the test GDS



Rycina 6. Rozkład odpowiedzi w teście AIS

Figure 6. Distribution of answers in the test of AIS

się niepotrzebny”. Pozostałe wskazania zawarto na rycinie 6.

Przeprowadzając dalszą analizę statystyczną, można zauważyć pewne prawidłowości. Wykazano zależność między uzyskanym wynikiem w skali ADL, a stanem psychicznym określonym przez GDS. Stwierdzono, że im osoba była bardziej sprawna i samodzielna w czynnościach życia codziennego tym w lepszym stanie

psychicznym się znajdowała (współczynnik korelacji Pearsona $r = 0,354^{**}$). Takie osoby częściej niż pacjenci niesprawni mówili, że są zadowolone z własnego życia, były w dobrym nastroju przez większość czasu, uważały, że wspaniale jest żyć, nie czuły się gorsze od innych.

Korelacja zachodziła również między poziomem sprawności danego podopiecznego, czyli wynikiem ADL, a wynikiem testu AIS ($r = 0,446^{**}$). Im pacjent

był sprawniejszy, a choroba nie upośledzała zbytnio jego możliwości wykonywania podstawowych czynności życiowych, tym lepiej akceptował swoje dolegliwości. Natomiast im podopieczny był mniej sprawny, tym gorzej znosił chorobę, miał problemy z jej akceptacją, nie godził się w pełni na stan, w jakim się obecnie znalazł.

Dyskusja

W opinii Borowiak i Barylskiej [6], starość jest kolejnym etapem życia, z którym wielu ludzi nie może się pogodzić, niestety, jak podkreślają autorki, wiąże się to z rozwojem licznych chorób.

Jabłoński i Wysokińska-Miszczuk [7] podkreślają, że starość cechuje rezygnacja z pełnionych ról społecznych, osamotnienie, brak motywacji, chęci życia, zmniejszenie wydolności organizmu, a w konsekwencji występowanie różnorodnych chorób.

Okres starości, za Muszalik i wsp. [8], wiąże się z narastaniem specyficznych problemów zdrowotnych, których następstwem jest ograniczenie niezależności i samodzielności osób starszych — w sposób istotny obniżające jakość ich życia, a także stwarzające potrzebę organizacji pomocy i sprawowania nad nimi opieki [8].

Pojęcie opieka długoterminowa (*long-term care*), za Bień i Doroszkiewicz [9] jednoznacznie kojarzy się z chorobą o charakterze przewlekłym, trwałym upośledzeniem sprawności fizycznej i/lub psychicznej, nieokreślonymi w czasie świadczeniami usług, pomocy, wsparcia i stanowi antynomię opieki ostrej, której zadaniem jest ratowanie życia lub leczenie nagłego pogorszenia zdrowia. Zdaniem autorek [9] ludzie starsi niemal powszechnie narażeni są na postępujące schorzenia przewlekłe prowadzące do utraty sprawności (np. osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, otępienie, miażdżyca), a kumulacja skutków starzenia się i współistniejącej patologii szybciej prowadzi do utraty autonomii i samodzielności chorego. W efekcie dochodzi do uzależnienia od pomocy innych osób, najczęściej opiekuna rodzinnego [9].

Stopień sprawności osób w podeszłym wieku, za Strugałą i Talarą [10] zależy od procesu starzenia, występowania schorzeń, stylu życia oraz czynników społeczno-środowiskowych i psychicznych działających w ciągu życia [10].

Borowiak i Barylska [6], na podstawie wyników badań własnych, podkreślają, że występowanie przewlekłych schorzeń kardiologicznych, nasilenie objawów mogących sugerować depresję oraz stan odżywienia determinują jakość życia osób starszych, które przebywają w domu dziennego pobytu. Zdaniem autorów [6] sugeruje to, iż pielęgniarka pracująca w zakładzie opiekuńczym musi zwrócić szczególną uwagę na stan odżywienia oraz samopoczucie osób w podeszłym wieku.

Z przeprowadzonych badań własnych dotyczących samooceny wybranych aspektów jakości życia pod-

opiecznych objętych stacjonarną opieką długoterminową wynika, że w zakładach opieki długoterminowej przebywają przeważnie osoby po 70. roku życia obciążone jednocześnie i kilkoma jednostkami chorobowymi. Wyniki badań własnych wykazały także, że im osoby były bardziej sprawne i samodzielne w czynnościach życia codziennego, tym bardziej były zadowolone z własnego życia. Przez większość czasu miały dobry nastrój, uważały, że wspaniale jest żyć, nie czuły się gorsze od innych. Istniała także pewna zależność między oceną stanu zdrowia a oceną samopoczucia — im lepszy był stan zdrowia i idąca z tym w parze jego wyższa ocena, tym chory wyżej oceniał własne samopoczucie. Większość pacjentów była zadowolona ze swojego życia, ale jednocześnie choroba spowodowała prawie u wszystkich obniżenie aktywności i liczby zainteresowań. Niestety 21 ankietowanych uznało, że ich życie jest puste.

W opinii Borowiak i Barylskiej [6] ludzie odczuwają niepokój przed starością, ponieważ nie chcą być uzależnieni od innych osób i uważają, że bardzo istotna jest edukacja całego społeczeństwa, aby bez lęku i zrezygnowania patrzeć na ten wciąż wydłużający się okres w życiu człowieka jako na fazę umożliwiającą dalszą samorealizację w jak najlepszym stanie zdrowia i samopoczuciu.

Analiza wyników badań uzyskanych za pomocą skali ADL pozwoliła na stwierdzenie, że przeważająca większość ludzi to osoby znacznie niesprawne i niepotrafiące pogodzić się z chorobą i jej skutkami. Żaden z podopiecznych nie był samodzielny podczas kąpieli, a przeważająca połowa nie była w stanie samodzielnie się ubrać. Trudności w poruszaniu się miało 41 badanych, nietrzymanie moczu — 31, a stolca — 27. Respondenci biorący udział w badaniu najbardziej bali się niesprawności, samotności, możliwości odrzucenia i braku akceptacji ze strony bliskich. Wyniki badań skalą GDS wykazały, że ponad połowa podopiecznych była w umiarkowanej i ciężkiej depresji.

W badaniu Borowiak i Barylskiej [6], podobnie jak w badaniach Kocemby i Grodzickiego [11], zauważono istotny związek między występowaniem choroby niedokrwiennej serca a złym samopoczuciem, gorszą oceną jakości życia, a w konsekwencji nasileniem objawów świadczących o depresji.

Krzyżowski [12] zwraca także uwagę, że osoby starsze, u których występują choroby somatyczne, częściej wykazują zwiększone ryzyko wystąpienia depresji.

Jabłoński i Wysokińska-Miszczuk [7], Borowiak i Kostka [13], Saletti i wsp. [14] oraz Vellas i wsp. [16] podkreślają, że ważnym problemem starszych osób jest stan odżywienia, a wyniki badań Borowiak i Barylskiej [6] wykazały istotnie statystyczną korelację między niezadowolającym stanem odżywienia według MNA (*Mini Nutritional Assessment*), a mniejszą sprawnością w wy-

konywaniu codziennych zadań, na przykład pracy, nauki i zajęć domowych czy częstszym występowaniem dolegliwości bólowych i/lub większym ich nasileniem.

Suwalska i wsp. [16] oraz Kwapisz [17] sugerują, że osoby starsze, szczególnie przebywające w instytucjach opiekuńczych, charakteryzuje się niezadowolający stanem odżywienia. Jednocześnie ta grupa seniorów wykazuje gorsze samopoczucie, zgłasza więcej problemów z poszczególnymi aspektami jakości życia, wykazuje gorszy poziom sprawności funkcjonalnej [16, 17].

W związku z powyższym, w opinii Borowiak i Barylskiej [6], ważnym wyzwaniem dla pielęgniarki jest systematyczna ocena stanu odżywienia podopiecznych i zapewnienie właściwego odżywienia osobom starszym, szczególnie przebywającym w placówkach opiekuńczych. W przeprowadzonym przez autorki badaniu [6] wykazano istotną statystycznie zależność między większą liczbą objawów świadczących o depresji a gorszą możliwością poruszania się, wykonywania codziennych zadań, częstszym odczuwaniem bólu czy niepokojem.

W piśmiennictwie fachowym istnieją doniesienia, Suwalskiej i wsp. [16] oraz Kwapisz [17] świadczące, że wzrost objawów potwierdzających depresję wykazuje negatywny związek z większością ważnych aspektów życiowych. Stąd w opinii Borowiak i Barylskiej [6] pielęgniarka opiekująca się seniorami przebywającymi w domu dziennego pobytu powinna wpływać na ich samopoczucie, eliminując niekorzystne dla nich problemy oraz wcześniej wykrywać objawy świadczące o depresji.

Rezultaty badań prowadzonych przez Zboinę i Kulik [18] wśród osób starszych objętych opieką długoterminową również potwierdzają wyniki badań własnych. Autorzy [18] twierdzili, że osoby w podeszłym wieku przebywające w zakładach opieki długoterminowej najniżej ocenili swoją jakość życia w zakresie dziedziny psychologicznej i fizycznej. Istotnym czynnikiem kształtującym jakość życia okazał się również stan zdrowia.

Budzyńska-Kapczuk [19], oceniając jakość życia pacjentów opieki długoterminowej, wskazuje, że na powyższą ocenę wpływ mają czynniki fizyczne, psychiczne i społeczne. Największymi problemami okazały się trudności z mobilnością i zaburzenia równowagi, które obniżają jakość życia ludzi w podeszłym wieku poprzez zawężenie ich przestrzeni życiowej i prowadzą do uzależnienia od innych. Autorka [19] stwierdziła również, że pobyt w placówkach opieki długoterminowej wpłynął znacząco na zmianę stylu życia i poprawę jakości życia osób starszych w sferze życia kulturalnego, dbałości o swoje zdrowie, obrzędów religijnych i spotkań towarzyskich.

W opinii Górnej i Jaracz [20] niższa ocena jakości życia osób w zakładach opiekuńczych jest związana z koniecznością przystosowania się do nowych warunków życia i przebywania z osobami, na których obecność nie mają wpływu.

Długoterminowym celem współczesnej szeroko rozumianej opieki geriatrycznej, za Bońkowskim i Klich-Rączką [21], staje się już nie tylko wydłużenie ludzkiego życia, ale coraz bardziej jak największe ograniczenie chorobowości i wydłużenie życia bez zależności od innych i ciężkiej niesprawności funkcjonalnej.

Fidecki i wsp. [22] objęli badaniami 292 pacjentów w podeszłym wieku (powyżej 65. rż.), którzy przebywali w zakładach opieki długoterminowej województw: lubelskiego, podlaskiego i podkarpackiego, wszyscy badani pochodzili ze środowiska wiejskiego. Materiał badawczy zebrali za pomocą skali *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)* i wykazali, że ocena ogólnej jakości życia oraz zadowolenie ze zdrowia kształtowały się na poziomie średnim. Najlepszej oceny badane osoby dokonały w zakresie dziedziny środowiskowej, następnie społecznej i psychologicznej; dziedzina fizyczna była najniżej oceniana. Wyniki oceny jakości życia uzyskane przez kobiety były wyższe w stosunku do wyników w grupie mężczyzn. Również badani z wykształceniem średnim lepiej ocenili jakość swojego życia w porównaniu z pacjentami z wykształceniem podstawowym. Osoby stanu wolnego najwyżej ocenili jakość życia, a rozwiedzione najniżej [22].

Ostrzyżek [23] oceniała jakość życia chorych powyżej 65. roku życia rehabilitowanych na oddziale opieki długoterminowej. Dokonała oceny: funkcji poznawczych 107 chorych na podstawie polskiej wersji Testu Upośledzenia Funkcji Poznawczych „EASY-CARE”, sprawności funkcjonalnej pacjentów w zakresie osobistych czynności dnia codziennego przy zastosowaniu skali „INDEKS BARTHEL”, częstości występowania zaburzeń o typie depresji na podstawie Geriatryczną Skalę Depresji i jakości życia a podstawie kwestionariusza „WHOQOL-Bref”. Autorka [23] wykazała, że podstawowym predykatorem jakości życia osób w podeszłym wieku, w warunkach opieki długoterminowej okazały się: wiek, ogólna kondycja zdrowotna oraz zdolności jednostki do niwelowania negatywnych skutków stresu związanego z długotrwałą hospitalizacją. Część badanych zadeklarowała wysoką jakość życia, mimo że zdradzała objawy depresji lub poważne ograniczenia funkcji lokomotorycznych, a proces rehabilitacji przeciągał się w czasie [23].

W obecnych badaniach wykazano, że 19 podopiecznych zdobyło mniej niż 5 punktów, co świadczy o tym, że ich stan psychiczny był prawidłowy, a 12 badanych — uzyskali od 11 do 15 punktów, co sugeruje że byli w stanie ciężkiej depresji. Chorzy lepiej akceptowali swoje dolegliwości, im bardziej byli sprawni, a choroba nie upośledzała zbytnio jego możliwości wykonywania podstawowych czynności życiowych.

Pacjenci w podeszłym wieku, objęci opieką długoterminową wymagają nie tylko fachowej opieki i pielęgnacji

gnacji, ale również kompleksowej oceny geriatrycznej oraz wdrożenia postępowania prowadzącego do poprawy ich stanu czynnościowego, a za tym idzie poprawy jakości życia [2]. Obecnie w medycynie zauważa się potrzebę zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej oceny stanu zdrowia, w której skład wchodzi komponenty fizyczne, psychiczne, społeczne oraz międzyludzkie. Badanie subiektywnej oceny stanu zdrowia chorych, szczególnie przewlekłe, stanowi istotny czynnik poznawczy i praktyczny, który może przyczynić się do podniesienia poziomu opieki sprawowanej w stosunku do pacjenta [2].

Corner [24] podkreśla, że w badaniach nad jakością powinno się być twórczym i nie traktować jakości i ilości jako wartości przeciwstawnych, a je łączyć.

Gaworska-Krzemińska natomiast [za: 25] w swojej pracy podała wartości wskaźnika pielęgnowania uzyskanego w 5 placówkach opiekujących się pacjentami w stanie terminalnym, w północnej części kraju, które wahały się w zakresie 74,7–97,1%.

Książek [za: 25] dokonała oceny jakości opieki pielęgniarskiej oferowanej chorym na raka płuc w okresie okołoperacyjnym w placówkach w Gdańsku i w Bydgoszczy, w tym problemu dokumentowania opieki pielęgniarskiej. Wskaźniki oceny ukształtowały się w granicach 68,9–70,2% [za: 25].

Badania Krukowskiego i wsp. [25] przeprowadzone w Hospicjum Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Chojnicach, które funkcjonuje od maja 2003 roku i obejmuje swym zasięgiem głównie populację powiatu chojnickiego i powiatów ościennych, wykazały że obliczony globalny wskaźnik opieki pielęgnowania wyniósł 91,1%. Wartość procentowa standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarskiej, w tym hospicjum wyniosła 73,3% [25].

W opinii obecnie badanych osobą, która najczęściej sprawowała opiekę medyczną nad nimi, była pielęgniarka i ona też wywiązywała się z tego najlepiej.

Jak podkreślają Bień i Doroszkiewicz [9], na podstawie Rocznika Demograficznego GUS, zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, z uwagi na przyspieszone starzenie się społeczeństw, staje się priorytetowym wyzwaniem polityki społecznej, gdyż liczba starszych Polaków i ich udział w populacji wykazuje tendencje rosnące.

Współczynnik obciążenia demograficznego, tj. liczba osób w wieku poprodukcyjnym (kobiety 60+, mężczyźni 65+) przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym (18–59 lat dla kobiet i 18–64 lata dla mężczyzn) wzrosło z 24 w roku 2000 do 41 w 2030 r. [za: 9].

W związku z powyższym, w odniesieniu do opieki długoterminowej nad pacjentem w wieku starszym, w opinii Bień i Doroszkiewicz [9] powinny obowiązywać następujące zasady: powszechność opieki (powszechny dostęp ludzi starych do świadczeń ochrony zdrowia

na równych prawach); dostępność opieki (bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia); długotrwałość opieki (ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia się i przewlekłości chorób); jakość opieki (stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej przez praktyków, doszkącanie, ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki) oraz kompleksowość opieki (całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych — współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikiem socjalnym i innymi praktykami opieki geriatrycznej).

Autorki [9] podkreślają jednak, że mimo iż założeniem opieki instytucjonalnej jest dbałość o poprawę jakości życia pensjonariuszy, to decyzja o opuszczeniu własnego domu i zamieszkaniu w instytucji, nawet na czas określony, jest najczęściej dramatyczna, odczuwana jako wymuszona, a niekiedy jako ostateczna [22]. Z tego powodu na postawione w tytule pytanie należałoby odpowiedzieć: dom jest najlepszym i naturalnym miejscem życia człowieka w zdrowiu i chorobie. Opuszcza się go z wyboru, z nadzieją na powrót, lub z konieczności.

Wnioski

1. Rozpoznanie choroby u większości chorych wywołało lęk oraz negatywną zmianę stosunków rodzinnych.
2. Najważniejszym czynnikiem składającym się na komfort przewlekłe chorego był udział rodziny w pielęgnacji chorego.
3. Za najbardziej uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu podopieczni uważali trudności w poruszaniu się, nietrzymanie moczu i stolca.
4. U prawie u wszystkich badanych choroba spowodowała obniżenie aktywności i liczby zainteresowań.
5. Stwierdzono, że im podopieczny był mniej sprawny, tym gorzej znosił chorobę, miał problemy z jej akceptacją, gorszy stan psychiczny i nie godził się w pełni na stan w jakim się obecnie znalazł.

Piśmiennictwo

1. Siwińska V., Wdowiak L., Włoch K., Budzyńska-Kapczuk A., Majcher P. Finansowanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego. Zdr. Publ. 2006; 116: 653–657.
2. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
3. <http://www.fizjoterapeutom.pl/files/32/ADL.pdf>, data pobrania 13.07.2012
4. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. i wsp. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, J. Psych. Res. 1983; 17: 37–49.
5. Juczyński Z. Narzędzia do pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa, 2009; 162–166.
6. Borowiak E., Barylska A. Problemy seniorów przebywających w Domu Dniennego Pobytu wyzwaniem dla pielęgniarki. Probl. Pielęg. 2007; 15: 13–19.

7. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry. Lublin. Wyd. Czelej 2000.
8. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Ciosek A. Problemy związane z adaptacją oraz oczekiwania hospitalizowanych osób w starszym wieku. *Gerontol. Pol.* 2010; 16: 41–46.
9. Bień B., Doroszkiewicz H. Opieka długoterminowa w geriatryi: dom czy zakład opieki? *Przew. Lek.* 2006; 10: 48–57.
10. Strugała M., Talarska D. Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego. *Family Med. Care Review.* 2006; 2: 332–335.
11. Kocemba J., Grodzicki T. *Zarys Gerontologii Klinicznej. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.*
12. Krzyżowski J. *Psychogeriatrya. Medyk, Warszawa 2004.*
13. Borowiak E., Kostka T. Ocena stanu odżywienia (Mini Nutritional Assessment — MNA) w populacji starszych mieszkańców Łodzi. *Pielęg. XXI w.* 2003; 4: 25–30.
14. Saletti A., Lindgren E.Y., Johansson L., Cederholm T. Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000; 46: 139–145.
15. Vellas B., Guigoz Y., Baumgartner M., Garry P.J., Lauque S., Albarede J.L. Relationships between nutritional markers and the mini-nutritional assessment in 155 older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48 : 1300–1309.
16. Suwalska A., Łojtko D., Robakowski J. Ocena jakości życia w zaburzeniach afektywnych o typie dwubiegunowym — doniesienia wstępne. W: Głowacka M.D. (red.). *Pielęgniarstwo Polskie. Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2005; 38–41.*
17. Kwapisz U. Stan funkcjonalny pacjentów geriatrycznych w subiektywnej ocenie zdrowia. *Pielęg. Pol.* 2005; 1: 149–152.
18. Zboina B., Kulik T. Uwarunkowania społeczne jako determinanty zadowolenia z jakości życia w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych. W: Ostrowieckie Dni Promujące Zdrowie. Zboina B (red.). *Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2005; 79–90.*
19. Budzyńska-Kapczuk A. Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Białą Podlaska. *Gerontol. Pol.* 2004; 12: 24–31.
20. Górna K, Jaracz K. Jakość życia osób starszych. W: *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych.* Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008: 343–345.*
21. Bońkowski K., Klich-Rączka A. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontol. Pol.* 2007; 15: 97–103.
22. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Wallas L., Sienkiewicz Z. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2011; 92: 221–225.
23. Ostrzyżek A. Ocena jakości życia osób w podeszłym wieku, rehabilitowanych w oddziale opieki długoterminowej. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2011; 91: 659–666.
24. Corner J. Is there a reasearch paradigm for palliative care? *Palliat. Med.* 1996; 10: 201–208.
25. Krukowski J., Kretowicz K., Aleksandra Gaworska-Krzemińska A. Ocena jakości opieki pielęgniarstwiej w hospicjum stacjonarym. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 299–303.