

## Ewa Borowiak<sup>1</sup>, Agnieszka Barylska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Studenckie Koło Pielęgniarstwa Klinicznego, Sekcja Pielęgniarstwa Zachowawczego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# P

## roblemy seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu wyzwaniem dla pielęgniarki

Problems of seniors in House of Day's Stay – challenge for nurse

### Adres do korespondencji:

dr med. Ewa Borowiak  
Katedra Nauczania Pielęgniarstwa  
Uniwersytetu Medycznego  
ul. G. Narutowicza 122  
90-145 Łódź  
tel./faks: (0 42) 678 37 26  
e-mail: ewa\_borowiak@wp.pl

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Starzenie się społeczeństwa jest bardzo dużym wyzwaniem dla pracowników ochrony, a zwłaszcza dla pielęgniarek, których zadaniem jest rozpoznawanie oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów podopiecznych z zakresu sfery psychicznej, biologicznej, a także społecznej. Formą opieki nad seniorami, pośredniej między pomocą domową a instytucjonalną, są Domy Dziennego Pobytu.

**Cel pracy.** Analiza czynników determinujących jakość życia seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu oraz wykazanie znaczącej roli pielęgniarki.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 25-osobową grupę powyżej 65. roku życia, która systematycznie uczęszczała do jednego z Domów Dziennego Pobytu. Podczas bezpośredniego kontaktu z respondentami przeprowadzono wywiad w celu uzyskania podstawowych danych. Oceniono jakość życia (kwestionariusz EuroQol5D), stan odżywienia (kwestionariusz MNA), zanalizowano samopoczucie respondentów (GDS), funkcjonowanie podstawowych procesów psychicznych (MMSE), aktywność ruchową (kwestionariusze SDPAR oraz Stanford) oraz sprawność funkcjonalną (skale ADL i IADL).

**Wyniki i wnioski.** Wydaje się, że występowanie przewlekłych schorzeń kardiologicznych, nasilenie objawów mogących sugerować depresję oraz stan odżywienia determinują jakość życia osób starszych, które przebywają w Domu Dziennego Pobytu. Pielęgniarka pracująca w zakładzie opiekuńczym powinna zwrócić szczególną uwagę na stan odżywienia oraz samopoczucie osób w podeszłym wieku. Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarek jest poprawa jakości życia seniorów przez poprawę ich stanu odżywienia, a zarazem samopoczucia.

**Słowa kluczowe:** starzenie się, subiektywna ocena stanu zdrowia, pielęgniarka

### ABSTRACT

**Background.** Senescence of the society is very large challenge for workers of protection, especially for nurses whose task is to identify and help in problems' solving of psychical, biological and also social sphere of the patients. The intermediate form of care over seniors, between the home care and institutional care are the Houses of Daily Care.

**Aim.** Analyze the factors determining the quality of the seniors' life staying in the Houses of Daily Care as well as indicating the significant role of the nurses.

**Material and methods.** The study was carried out on 25 people above the age of 65 who systematically attended one of the Houses of Daily Care. During the direct contact the respondents were interviewed for the basic data. The assessments of: quality of life (the EuroQol5D questionnaire), state of nourishing (the MNA questionnaire), analysis of the respondents' mood (the GDS), functioning of the basic psychical processes (the MMSE), the motor activity (the SDPAR questionnaire, Stanford questionnaire) as well as the functional efficiency (the ADL and IADL scales) were conducted.

**Results and conclusions.** It seems that the existence of chronic cardiological illnesses, intensification of depression symptoms as well as state of nourishing determine the quality of older persons' life staying

in the Houses of Daily Care. The nurse working in the protective institution should pay special attention to nourishing state as well as older persons' mood. The very important task of the nurses is the improvement of quality of seniors' life by improving their nourishing state as well as their mood.

**Key words:** aging, subjective opinion of health state, nurse

## Wstęp

Od okresu powojennego, zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, jest zauważalne wydłużanie się długości trwania życia człowieka [1]. Zjawisko to zawdzięczamy wielu czynnikom, między innymi rozwojowi techniki, medycyny oraz poprawie warunków bytowych [2]. Według Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2005 roku średnia długość życia dla nowo narodzonych chłopców wynosiła — 70,81 roku, a dla nowo narodzonych dziewczyn — 79,4 roku [3]. Analizowany proces jest bardzo dużym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia, a zwłaszcza dla pielęgniarek, których zadaniem jest rozpoznawanie oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów podopiecznych z zakresu sfery psychicznej, biologicznej, a także społecznej [4, 5].

Starość jest kolejnym etapem życia, z którym wielu ludzi nie może się pogodzić. Niestety, często przechodzi on w proces patologiczny. Cechuje go rezygnacja z pełnionych ról społecznych, osamotnienie, brak motywacji, chęci życia, zmniejszenie wydolności organizmu, a w konsekwencji występowanie różnorodnych chorób [6].

Ludzie odczuwają niepokój przed starością, ponieważ nie chcą być uzależnieni od innych osób. 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 [7].

Należy przede wszystkim pamiętać o kształceniu kadry medycznej, której obowiązkiem jest w sposób fachowy wdrożyć działania profilaktyczne, aby opieka nad osobami starszymi zapewniała im najlepszą jakość życia przez minimalizację cierpienia i maksymalizację komfortu psychicznego i fizycznego.

Opieka pielęgniarska nad osobami w podeszłym wieku powinna być ciągła i skoordynowana, tak aby można było poznać wszystkie problemy, z jakimi borykają się ludzie starsi [8]. Dla wielu seniorów bardzo istotnym elementem świadczącym o jakości opieki zdrowotnej będzie łatwy dostęp do różnorodnych jej form [8]. Najlepszym środowiskiem dla człowieka w starszym wieku jest jego dom. Czuje się w nim bezpiecznie i pewnie, pod warunkiem że ma rodzinę, która otacza go opieką. Zdarza się jednak, iż z różnych przyczyn najbliżsi nie mogą lub nie chcą zaopiekować się starszym członkiem rodziny lub osoba starsza jest samotna [9, 10]. W takich

sytuacjach zadaniem państwa i organizacji społecznych jest zaspokojenie indywidualnych potrzeb osób starszych, które z różnych powodów nie potrafią zapewnić sobie właściwych warunków życiowych [11]. Przykładem takiej opieki są Domy Dziennego Pobytu, które w Polsce zaczęły powstawać w latach 60. XX wieku. Są one formą pomocy pośredniej między pomocą domową a instytucjonalną [6].

Celem Domu Dziennego Pobytu jest umożliwienie ludziom miłego spędzania wolnego czasu oraz zaspokojenie potrzeb kulturalno-oświatowych. Osoby korzystające z ich usług nawiązują znajomości, które owocują nowymi przyjaźniami. Domy Dziennego Pobytu organizują również wycieczki, imprezy okolicznościowe i plenerowe. Dzięki nim seniorzy mają możliwość zrelaksować się, zapomnieć o troskach dnia codziennego oraz rozwijać swoje zainteresowania. Domy Dziennego Pobytu zapewniają również wyżywienie w postaci jednego posiłku ciepłego (obiadu) i suchego prowiantu zabieranego do domu [6]. Pensjonariusze mogą liczyć na porady pracownika socjalnego, który pomaga w załatwieniu spraw związanych z sytuacją materialną i społeczną danej osoby. Domy Dziennego Pobytu powinny również zapewniać podstawową opiekę medyczną w postaci wykwalifikowanej pielęgniarki — niestety — nie wszystkie ją realizują [6].

Pielęgniarka jest osobą niezbędną w Domu Dziennego Pobytu, gdyż jej obserwacja często umożliwia wczesne rozpoznanie objawów różnych chorób, które w podeszłym wieku charakteryzują się mniejszą skutecznością leczenia.

Do zadań pielęgniarki należy: promowanie zdrowego stylu życia, aktywizacja seniorów i pomoc w akceptacji fizjologicznego procesu starzenia. Opieka pielęgniarska powinna się opierać na zasadach holistycznych, tak aby osoby starsze czuły się bezpieczne i dowartościowane, a proces starzenia nie był przykrym doznaniem, lecz kolejnym etapem w ich życiu, z którego również można się cieszyć [5].

## Cele pracy

1. Zanalizowanie czynników determinujących jakość życia seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu.
2. Wykazanie znaczącej roli pielęgniarki pracującej w Domu Dziennego Pobytu.

## Material i metody

Badaniem objęto 25-osobową grupę — 17 kobiet i 8 mężczyzn powyżej 65. roku życia, którzy uczęszczali systematycznie do jednego z Domów Dziennego Pobytu, znajdujących się w województwie łódzkim.

Kryteriami włączenia do badania były: wiek powyżej 65. roku życia, wyrażenie zgody przez pacjenta na przeprowadzenie ankiety oraz brak zaburzeń psychicznych, które uniemożliwiłyby przeprowadzenie wywiadu. Wszystkie osoby zakwalifikowane wyraziły zgodę na przeprowadzenie badania.

Podczas bezpośredniego kontaktu z respondentami przeprowadzono wywiad w celu uzyskania podstawowych danych dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, wzrostu, masy ciała, występujących chorób i przyjmowanych leków.

Ankiety zawierającą wyżej wymienione pytania opracowano w Pracowni Pielęgniarstwa Internistycznego Zakładu Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Jakość życia osób badanych oceniono za pomocą kwestionariusza EuroQol5D [12], natomiast stan odżywienia na podstawie kwestionariusza *Mini Nutritional Assessment* (MNA) [13]. Samopoczucie respondentów zanalizowano w oparciu o Geriatryczną Skalę Oceny Depresji Yesavage'a (GDS, *Geriatric Depression Scale*) w wersji skróconej (15 cech) [14], a funkcjonowanie podstawowych procesów psychicznych na podstawie Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE, *Mini-Mental State Examination*) [15]. W badaniu aktywności ruchowej użyto kwestionariuszy: *Seven Day Recall PA Questionnaire* (SDPAR) [16] oraz Stanford [17]. Do oceny sprawności funkcjonalnej zastosowano skalę funkcjonowania codziennego — *Actives of Daily Living* (ADL) oraz skalę funkcjonowania instrumentalnego — *Instrumental Actives of Daily Living* (IADL) [18].

Wersje operacyjne kwestionariuszy ADL, IADL, MNA oraz Stanford opracowano w Katedrze Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kwestionariusz EuroQol5D, obejmujący sześć pytań, służy do oceny stanu zdrowia i jakości życia. Pierwsze trzy pytania określają zakres indywidualnych możliwości osoby badanej w kategoriach codziennego, zwykłego poruszania się, samoopieki i wykonywania czynności życia codziennego, takich jak nauka, praca, zajęcia domowe. Czwarte i piąte pytanie charakteryzuje zakres subiektywnych doznań badanego dotyczących odczuwania bólu, złego samopoczucia, niepokoju i przygnębienia.

Szóste specyficzne pytanie ma postać skali podobnej do termometru, na której osoba badana zaznacza właściwy punkt odzwierciedlający jej subiektywną ocenę obecnego stanu zdrowia [12].

Dokładną metodykę badań za pomocą wyżej wymienionych kwestionariuszy przedstawiono w poprzednich

pracach [4, 19]. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Zmienne analizowano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA oraz współczynnika Pearsona. Zmienne ilościowe przedstawiono jako średnią  $\pm$  odchylenie standardowe. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Średni wiek respondentów wynosił dla kobiet —  $75,88 \pm 7,24$ , a dla mężczyzn —  $71,25 \pm 6,3$  i nie wykazywał istotnego statystycznie związku z płcią. Większość grupy badanej stanowiły kobiety (17 osób).

Analizując schorzenia przewlekłe badanej grupy na podstawie dokumentacji lekarskiej, stwierdzono, że najczęściej występowały takie schorzenia, jak: nadciśnienie tętnicze, choroba reumatyczna i/lub zmiana zwyrodnieniowa układu ruchu, niewydolność krążenia oraz schorzenia okulistyczne. Najczęściej systematycznie przyjmowano 3 preparaty (11 osób) oraz 2 preparaty (5 osób). Trzy osoby w ogóle nie stosowały systematycznie leków.

Osoby badane wykazywały średni wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) wynoszący  $27,84 \pm 4,1$ , który wskazywał nadwagę. W badanej grupie 6 respondentów miało nadwagę lub otyłość, a aż u 7 seniorów stwierdzono niedożywienie.

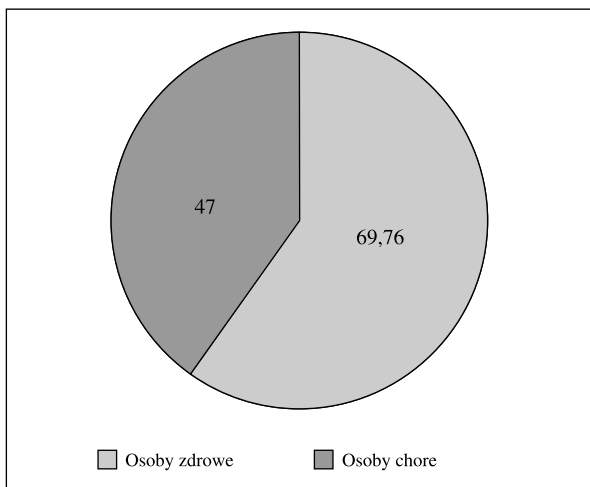
Według skali GDS u 9 osób zaobserwowano występowanie objawów, które wskazywały na depresję. Według kwestionariusza MMSE u 2 osób zaobserwowano występowanie objawów mogących świadczyć o zaburzeniu czynności poznawczych z otępieniem.

Analizując poziom aktywności ruchowej badanych seniorów, wykazano, że 6 osób nie zaznaczyło żadnej czynności świadczącej chociażby o umiarkowanym wysiłku fizycznym, a tylko 4 pensjonariuszy prezentowało zachowania świadczące o dużej jego intensywności.

W badanej grupie aż 21 badanych wykazywało całkowitą samodzielność w zakresie czynności dnia codziennego, 3 respondentów wymagało pomocy przy wykonywaniu jednej z analizowanych czynności oraz 1 osoba potrzebowała pomocy przy dwóch codziennych czynnościach. Pensjonariusze domu wykazywali również wysoki poziom sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności instrumentalnych. Dwudziestu trzech seniorów wykazywało w tym aspekcie całkowitą samodzielność, a pojedyncze osoby wymagały pomocy przy wykonywaniu jednej lub dwóch czynności.

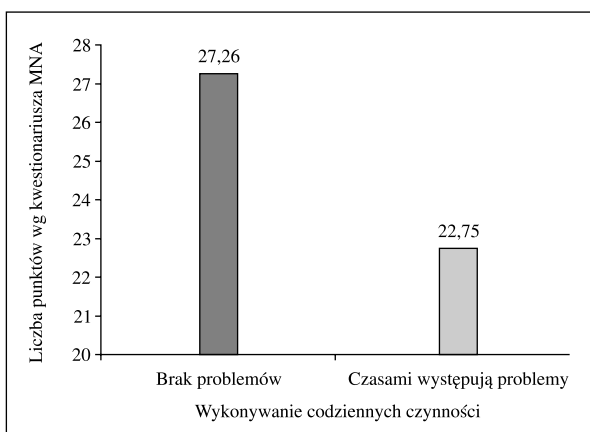
Podczas analizy wyników nie wykazano istotnego statystycznie związku między płcią czy wiekiem a poszczególnymi badanymi aspektami jakości życia.

Wykazano natomiast istotny statystycznie związek między występowaniem choroby niedokrwiennej serca



**Rycina 1.** Zależność między występowaniem choroby niedokrwiennej serca wśród badanych a oceną stanu zdrowia na skali punktowej jakości życia

**Figure 1.** Correlation between ischaemic heart disease and somatic status assessment in quality of life scale



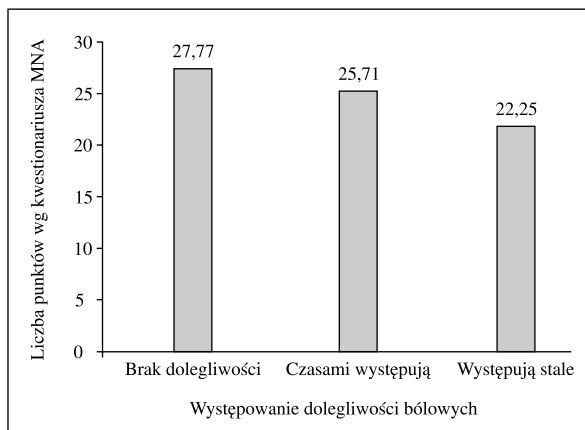
**Rycina 2.** Związek między stanem odżywienia (MNA) a wykonywanymi zadaniami według kwestionariusza EuroQol 5D

**Figure 2.** Correlation between nourishing status (MNA) and performed tasks according to EuroQol 5D questionnaire

a jakością życia. Respondenci ze współistniejącą chorobą niedokrwinną serca na skali punktowej częściej wykazywali gorszą subiektywną ocenę jakości życia i stanu zdrowia ( $F = 8,63$ ;  $p = 0,007$ ) (ryc. 1).

W niniejszej pracy nie wykazano istotnego statystycznie związku między występowaniem wśród respondentów innych schorzeń przewlekłych a poszczególnymi analizowanymi aspektami jakości życia.

Wykazano natomiast istotny statystycznie związek między stanem odżywienia według MNA a wykonywanymi codziennymi czynnościami według kwestionariusza EuroQol 5D ( $F = 15,04$ ;  $p < 0,001$ ). Osoby charak-



**Rycina 3.** Zależność między stanem odżywienia (MNA) a odczuwaniem dolegliwości bólowych (EuroQol 5D)

**Figure 3.** Correlation between nourishing status (MNA) and pain ailments according to EuroQol 5D questionnaire

teryzujące się lepszym stanem odżywienia zazwyczaj nie wykazywały problemów z zakresem wykonywania codziennych czynności (ryc. 2).

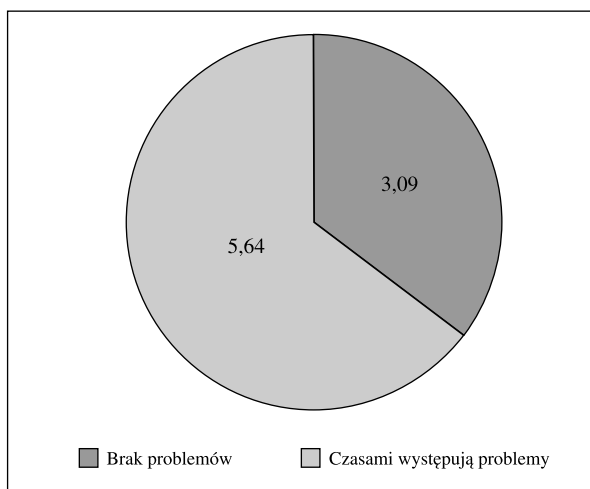
Wykazano podobny związek między stanem odżywienia a występowaniem dolegliwości bólowych według kwestionariusza EuroQol 5D ( $F = 3,52$ ;  $p = 0,047$ ). Seniorzy charakteryzujący się gorszym stanem odżywienia częściej wykazywali występowanie dolegliwości bólowych (ryc. 3).

W niniejszym badaniu wykazano istotny związek między liczbą objawów świadczących o depresji według GDS a występowaniem problemów z poruszaniem się według kwestionariusza EuroQol 5D ( $F = 4,39$ ;  $p = 0,047$ ). Osoby, u których występowało gorsze samopoczucie, jednocześnie częściej uskarżały się na problemy z zakresem poruszania się (ryc. 4).

Wykazano również istotny statystycznie związek między liczbą objawów świadczących o depresji a wykonywaniem codziennych czynności według kwestionariusza EuroQol 5D ( $F = 32,68$ ;  $p < 0,000$ ). Osoby charakteryzujące się większą liczbą objawów świadczących o depresji wykazywały mniejszą sprawność w wykonywaniu codziennych czynności (ryc. 5).

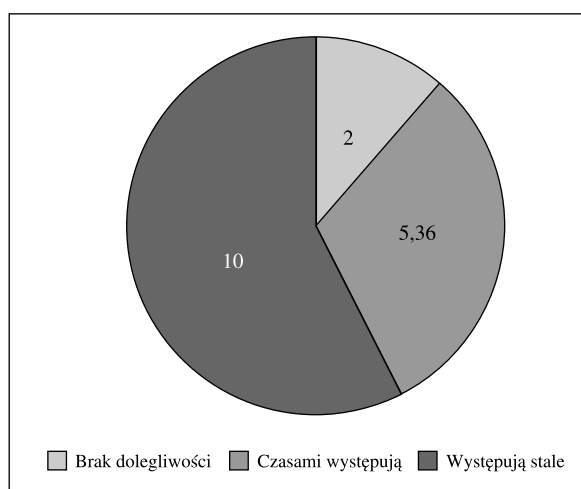
Analizując zależność między liczbą objawów świadczących o depresji a występowaniem dolegliwości bólowych według kwestionariusza EuroQol 5D ( $F = 11,34$ ;  $p = 0,0004$ ), również wykazano istotny związek. Respondenci charakteryzujący się większą liczbą objawów świadczących o depresji jednocześnie częściej odczuwali dolegliwości bólowe w sposób trudny do zniesienia (ryc. 6).

Wykazano podobny związek między liczbą objawów świadczących o depresji a występowaniem niepokoju według kwestionariusza EuroQol 5D ( $F = 11,77$ ;



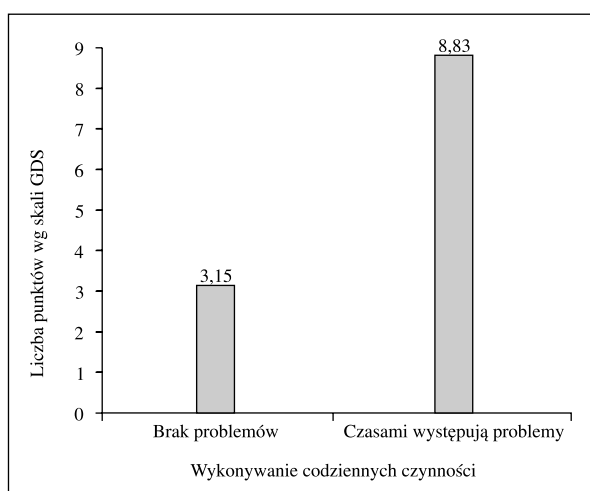
**Rycina 4.** Korelacja między występowaniem objawów świadczących o depresji (GDS) a współistnieniem problemów z poruszaniem się (EuroQol 5D)

**Figure 4.** Correlation between depressive symptoms (GDS) and moving difficulties (EuroQol 5D)



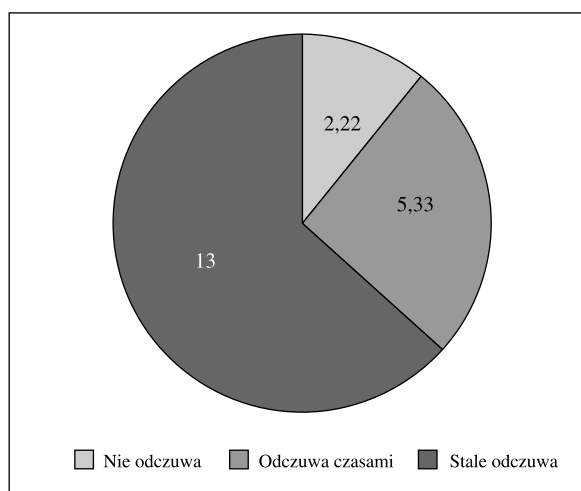
**Rycina 6.** Związek między liczbą objawów świadczących o depresji (GDS) a występowaniem dolegliwości bólowych

**Figure 6.** Correlation between depressive symptoms (GDS) and pain ailments



**Rycina 5.** Związek między liczbą objawów świadczących o depresji (GDS) a wykonywaniem codziennych czynności (EuroQol 5D)

**Figure 5.** Correlation between number of depressive symptoms (GDS) and performing everyday tasks (EuroQol 5D)



**Rycina 7.** Związek między liczbą objawów świadczących o depresji (GDS) a występowaniem niepokoju

**Figure 7.** Correlation between number of depressive symptoms (GDS) and anxiety

$p = 0,0003$ ). Seniorzy, u których liczba punktów świadczących o depresji była większa, charakteryzowali się częstszym występowaniem niepokoju (ryc. 7).

W obecnej pracy nie wykazano istotnego statystycznie związku między poziomem funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych, aktywności ruchowej, sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności dnia codziennego i instrumentalnym a poszczególnymi analizowanymi aspektami jakości życia.

## Dyskusja

Problemy, które występują u ludzi starszych, nieodownie wiążą się z procesem starzenia i jego skutkami. Wraz z wiekiem pogarsza się wydolność czynnościowa organizmu oraz zwiększa się zapadalność na różne choroby, dlatego osoby starsze wymagają specyficznej, profesjonalnej oraz stałej opieki medycznej, w tym również pielęgniarckiej [20].

Jednym z problemów seniorów jest częstsza zapadalność na różne choroby przewlekłe. W analizowanej grupie występowały schorzenia przewlekłe o podobnym nasileniu jak opisane w dostępnym piśmiennictwie [18, 21]. Do chorób tych należą: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia, choroby oczu (jaskra, zaćma), choroby układu oddechowego, choroby reumatyczne i/lub zmiany zwyrodnieniowe.

W opisanym badaniu, podobnie do wyników prezentowanych w dostępnym piśmiennictwie, zauważono istotny związek między występowaniem choroby niedokrwiennej serca a złym samopoczuciem, gorszą oceną jakości życia, a w konsekwencji nasileniem objawów świadczących o depresji [18]. Osoby starsze, u których występują choroby somatyczne, częściej wykazują zwiększone ryzyko wystąpienia depresji [22].

Ważnym problemem osób starszych jest stan odżywienia. Wyniki omawianego badania wykazują istotnie statystyczną korelację między niezadowalającym stanem odżywienia według MNA a mniejszą sprawnością w wykonywaniu codziennych zadań, na przykład pracy, nauki i zajęć domowych, czy częstszym występowaniem dolegliwości bólowych i/lub większym ich nasileniem. Wyniki te są zbieżne z wynikami prezentowanymi w piśmiennictwie polskim i zagranicznym [6, 23–25]. Większość osób starszych, szczególnie przebywających w instytucjach opiekuńczych, charakteryzuje się niezadowalającym stanem odżywienia. Jednocześnie ta grupa seniorów wykazuje gorsze samopoczucie, zgłasza więcej problemów z poszczególnymi aspektami jakości życia, wykazuje gorszy poziom sprawności funkcjonalnej. Dlatego ważnym wyzwaniem dla pielęgniarki jest systematyczna ocena stanu odżywienia podopiecznych i zapewnienie właściwego odżywienia osobom starszym, szczególnie przebywającym w placówkach opiekuńczych.

W przeprowadzonym badaniu wykazano również istotną statystycznie zależność między większą liczbą objawów świadczących o depresji a gorszą możliwością poruszania się, wykonywania codziennych zadań, częstszym odczuwaniem bólu czy niepokoju. Po analizie otrzymanych i prezentowanych w piśmiennictwie wyników wydaje się, że wzrost objawów świadczących o depresji wykazuje negatywny związek z większością ważnych aspektów życiowych [26, 27]. 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.

Wydaje się, że omawiane badanie obejmujące tylko 25 respondentów, stanowiących zespół osób korzystających z usług Domu Dziennego Pobytu, odzwierciedla problemy ludzi w starszym wieku. Seniorzy borykający się z wieloma problemami, z którymi często sami nie potrafią sobie poradzić, stanowią wciąż duże wyzwanie między innymi dla pielęgniarek.

Prezentowane badanie, które obejmuje wielowymiarową tematykę, zapewne nie pozwala na całkowite odniesienie się do ogólnej populacji osób w podeszłym wieku i dlatego wymaga dalszej kontynuacji.

## Wnioski

1. Wydaje się, że występowanie przewlekłych schorzeń kardiologicznych, nasilenie objawów sugerujących depresję oraz stan odżywienia determinują jakość życia osób starszych, które przebywają w Domu Dziennego Pobytu.
2. Pielęgniarka pracująca w zakładzie opiekuńczym powinna zwrócić szczególną uwagę na stan odżywienia oraz samopoczucie osób w podeszłym wieku.
3. Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarek jest poprawa jakości życia seniorów przez poprawę ich stanu odżywienia, a zarazem samopoczucia.

## Piśmiennictwo

1. Maciąg A. Wpływ przemian globalizacyjnych na zdrowie społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 2 (20): 255–259.
2. Bień B. Społeczno-środowiskowe uwarunkowania starzenia się populacji. *Zdrowie Publiczne* 1997; 10: 273.
3. Rocznik Statystyczny 2005. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2006.
4. Borowiak E., Bogus K., Kostka T. Analiza świadczeń medycznych realizowanych przez pielęgniarki oraz oczekiwania starszych mieszkańców Łodzi na ten rodzaj usług. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004; 6 (1): 147–154.
5. Ciechaniewicz W. (red.). *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*. PZWL, Warszawa 2002.
6. Jabłoński L., Wysokińska-Miszczuk J. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry. Czelej. Lublin 2000.
7. Wolska-Lipiec K. Świat ludzi starych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2000: 1–2.
8. Schiefele J., Staudt I., Dach M.M. *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Urban & Partner, Wrocław 1998: 102–114.
9. Zakowska-Wachełko B. *Zarys medycyny geriatrycznej*. PZWL, Warszawa 2000.
10. Marcinowicz L., Zajkowska E. Opieka domowa w Stanach Zjednoczonych. *Gerontologia Polska* 2003, II (3): 121–124.
11. Chabior A. Od opieki do samopomocy seniorów — próba przeglądu form wsparcia społecznego. I Kongres Demograficzny w Polsce, Łódź 2002: 271–281.
12. Brooks R., with the EuroQol Group: EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53–72.
13. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. "Facts and Research in Gerontology" 1994; 2: 15–59.
14. Yesavage J.A., Brink T., Lom O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 1983; 17: 37–49.
15. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975; 12: 189–198.
16. Blair S.N., Haskell W.L., Ho P. i wsp. Assessment of habitual physical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. *Am. J. Epidemiol.* 1985; 122: 794–804.

17. Sallis J., Haskell W., Wood P. Physical activity assessment methodology in the Five-City Project. *American Journal of Epidemiology* 1985; 121: 91–106.
18. Kocemba J., Grodzicki T. *Zarys Gerontologii Klinicznej*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
19. Borowiak E., Żarnecka H., Kostka T. Charakterystyka porównawcza osób starszych ze środowiska miejskiego i wiejskiego na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne — badanie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3 (12): 31–37.
20. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K. Problemy pielęgnacyjne pacjentów geriatrycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1 (9): 133–137.
21. Roszkowska H., Goryński P., Seroka W. Hospitalizacja osób starszych w Polsce w latach 1979–1996. *Gerontologia Polska* 2000; 8 (1): 39–45.
22. Krzyżowski J. *Psychogeriatrics*. Medyk, Warszawa 2004: 91–105.
23. Borowiak E., Kostka T. Ocena stanu odżywienia (Mini Nutritional Assessment — MNA) w populacji starszych mieszkańców Łodzi. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2003; 4: 25–30.
24. 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 (3): 139–145.
25. 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 (10): 1300–1309.
26. 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.
27. Kwapisz U. Stan funkcjonalny pacjentów geriatrycznych w subiektywnej ocenie zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1 (19): 149–152.