

Halina Doroszkiewicz¹, Matylda Sierakowska², Jolanta Lewko², Aneta Ostrowska³¹Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny, Białystok²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny, Białystok³Oddział Geriatrii, SP ZOZ MSW, Białystok

Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarstwa

Evaluation of Geriatric Patients' Functional Condition as the Indicator for Nursing Care Required

STRESZCZENIE

Wstęp. Celem pracy była ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych hospitalizowanych na Oddziale Geriatrii Szpitala MSW w Białymstoku i określenie spektrum problemów pielęgnacyjnych.

Materiał i metody. Badania kwestionariuszowe przeprowadzono w grupie 100 osób w wieku 60 lat i starszych kolejno przyjmowanych na Oddział Geriatrii Szpitala MSW w Białymstoku. Narzędziem badawczym były standaryzowane kwestionariusze oceny osób starszych. Sprawność samoobsługową oceniano na podstawie Indeksu Barthel, zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego, opierając się na pytaniach skali I-ADL, ryzyko rozwoju odleżyn (skala Norton), stan emocjonalny (Geriatryczna Skala Oceny Depresji) według Yesavage'a, stan funkcji poznawczych (test AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*), ryzyko upadków (test Tinetti). Uzupełnieniem był kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji indagujący o dane społeczno-demograficzne i samoocenę stanu zdrowia. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA v. 13.0. Za różnicę znamiennej statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki. Badane osoby starsze prezentowały zaawansowany wiek, zły stan zdrowia i złożony charakter niesprawności. Trzy czwarte badanych osób starszych było poważnie zależnych od pomocy osób drugich w zakresie wykonywania złożonych czynności życia codziennego. U ponad połowy (60%) badanych osób starszych stwierdzono nieprawidłowy wynik w zakresie stanu emocji, zaś u 42% w ocenie funkcji poznawczych. Co druga badana osoba była zagrożona dużym ryzykiem upadku i rozwojem odleżyn.

Wnioski. Zaawansowany wiek, pogarszający się stan zdrowia, złożona niesprawność zwiększają zapotrzebowanie na opiekę. Ocena stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku dokonywana za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy jest istotnym wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarstwa.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (3): 258–264

Słowa kluczowe: stan funkcjonalny; ludzie starzy; opieka pielęgniarstwa

ABSTRACT

Background. The aim of the work was to evaluate the functional condition of elderly people hospitalized at the Geriatrics Ward and to determine the scope of their nursing needs.

Material and method. Survey-based research was carried out among a group of 100 patients 60 years of age or older, consecutively admitted to the Geriatrics Ward of the MSW (Ministry of Interior) Hospital in Białystok. The study tool was standardized questionnaires for the evaluation of elderly people's condition. Self-care was assessed on the basis of the Barthel scale, the ability to perform complex daily living activities, on the basis of questions from the I-ADL scale, the risk of bedsores, according to the Norton scale, the emotional state, on the basis of the Geriatric Depression Scale according to Yesavage'a, the cognitive functions, on the basis of the AMTS, and the fall risk, on the basis of the Tinetti test. The research was supplemented with a self-constructed survey questionnaire enquiring about socio-demographic data and self-evaluation

Adres do korespondencji: dr n. med. Halina Doroszkiewicz, Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok, tel./faks: 85 869 49 74, e-mail: doroszkiewicz@op.pl

of the respondents' health. Statistical analysis was performed with the use of STATISTICA v. 13.0 statistical package. The p value lower than 0.05 was regarded as statistically significant difference.

Results. The elderly persons participating in the study were characterized with an advanced age, poor health condition and complex disability. Three fourths of the subjects were seriously dependent on others' help in performing complex daily living activities. More than a half (60.0%) of the studied elderly people displayed an abnormal result regarding the emotional state, and 42.0%, regarding cognitive functions. Every second person ran a high risk of falling and developing bedsores.

Conclusions. Advanced age, deteriorating health and complex disability increase the need for care. Evaluation of the functional condition of elderly people with the use of standardized questionnaires is a significant indicator of the required nursing care.

Nursing Topics 2014; 22 (3): 258–264

Key words: functional condition; elderly people; nursing care

Wstęp

Pogarszający się stan zdrowia i sprawność osób starszych w procesie starzenia prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia medyczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz socjalne [1]. Przyczynami wzrostu zapotrzebowania są uwarunkowania obiektywne, które wynikają z wieku, schorzeń, ich przewlekłego charakteru, skłonności do zaostrzeń i powikłań, wzrostu urazowości oraz trudności w komunikowaniu się z chorymi z powodu pogarszającej się sprawności poznawczej i emocjonalnej. Na oddziałach geriatrycznych punktem wyjścia w ustalaniu priorytetów leczniczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych jest proces Całościowej Oceny Geriatrycznej (*Comprehensive Geriatric Assessment*) [2, 3]. Całościowa Ocena Geriatryczna jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia kierunków postępowania. Ideą podejścia geriatrycznego jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca wszystkich praktyków geriatrycznych — lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, a w razie potrzeby pracownika socjalnego. Każdy z członków zespołu ocenia pacjenta za pomocą profesjonalnych metod przypisanych swojemu zawodowi, a jednocześnie dokonuje oceny funkcjonalnej lub interpretacji COG w celu zdefiniowania priorytetowych obszarów potrzeb u indywidualnego pacjenta [4]. Punktem wyjścia w planowaniu opieki pielęgniarstwie nad osobami w podeszłym wieku winna być ocena stanu funkcjonalnego. Narzędziami pomocnymi dla pielęgniarzek w diagnozowaniu problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych osób starszych są standaryzowane skale oceny wydolności samoobsługowej, testy funkcji poznawczych, emocjonalnych, ryzyka rozwoju odleżyn, ryzyka upadków. Identyfikacja deficytów w zakresie czynności samoobsługowych pacjentów w starszym wieku, zagrożenia ryzykiem upadku, odleżynami, niesprawności funkcji poznawczych, emocji pozwalała na trafne adresowanie świadczeń pielęgniarstwie.

Cel

Celem pracy była ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych hospitalizowanych na Oddziale Geriatrii Szpitala MSW w Białymstoku i określenie spektrum problemów pielęgnacyjnych.

Materiał i metody

Badania kwestionariuszowe przeprowadzono w grupie 100 osób w wieku 60 lat i starszych kolejno przyjmowanych na Oddział Geriatrii Szpitala MSW w Białymstoku. Narzędziem badawczym były standaryzowane kwestionariusze oceny osób starszych. Sprawność samoobsługową oceniano na podstawie Indeksu Barthel, zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego, opierając się na pytaniach skali I-ADL, ryzyko rozwoju odleżyn — skali Norton, stan emocjonalny — Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a, stan funkcji poznawczych z wykorzystaniem Testu Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*), ryzyka upadków — Testem Tinetti. Uzupełnieniem był kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji indagujący o dane społeczno-demograficzne i samoocenę stanu zdrowia. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA v. 13.0. Za różnicę znamiennej statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka społeczno-demograficzna

Badaniem objęto 100 osób starszych w wieku 60 lat i więcej kolejno przyjmowanych na Oddział Geriatrii Szpitala ZOZ MSW w Białymstoku. Zdecydowaną większość stanowiły osoby w późnej starości, czyli 75 lat i więcej (92%). Średni wiek badanych wynosił 81,8 lat. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety (64%). Większość osób zamieszkiwała w mieście — 71%. Obserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy płcią a sposobem zamieszkiwania. Analiza sposobu zamieszkiwania osób starszych pozwoliła stwierdzić, że znaczna część respondentów mieszkała z rodziną (46%), ze współmałżonkiem — 28%, zaś samotnie

Tabela 1. Charakterystyka badanych
Table 1. Characteristics of the studied

Płeć	Mężczyźni		Kobiety		Razem n = 100 (%)
	n = 36	%	n = 64	%	
Średni wiek badanych (w latach)	82,4		81,5		81,8
60–74	4	11,1	4	6,3	8 (8%)
75 i więcej	32	88,9	60	93,7	92 (92%)
Miejsce zamieszkania p NS					
Wieś	10	27,8	19	29,7	29 (29%)
Miasto	26	72,2	45	70,3	71 (71%)
Sposób zamieszkiwania* (p < 0,001)					
Samotnie	7	19,4	19	29,7	26 (26%)
Ze współmałżonkiem	18	50,0	10	15,6	28 (28%)
Z rodziną (współmałżonkiem/dziećmi)	11	30,6	35	54,7	46 (46%)
Ilość posiadanych dzieci p NS					
Nie ma dzieci	0	0,0	2	3,1	2 (2%)
Jedno	7	19,4	6	9,4	13 (13%)
Dwoje i więcej	29	80,6	56	87,5	85 (85%)
Wykształcenie p NS					
Brak/niepełne podstawowe/ Podstawowe	18	50,0	32	50,0	50 (50%)
Zasadnicze zawodowe/średnie	14	38,9	27	42,2	41 (41%)
Wyższe	4	11,1	5	7,8	9 (9%)
Stan cywilny * (p < 0,0001)					
Żonaty/mężatka	24	66,7	12	18,7	36 (36%)
Kawaler/panna rozwiedziona/a lub wdowiec/a	12	33,3	52	81,3	64 (64%)
Sytuacja materialna p NS					
Bardzo dobra	3	8,3	6	9,4	9 (9%)
Dobra	18	50,0	44	68,7	62 (62%)
Dostateczna/zła	15	41,7	14	21,9	29 (29%)

Wartość istotna statystycznie p < 0,05

— 26%. Największą grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem podstawowym (50%). Tylko nieliczna grupa posiadała wykształcenie wyższe (9%). Aż 64% ankietowanych stanowiły osoby owdowiałe/stanu wolnego. Obserwowano różnicę istotną statystycznie pomiędzy stanem cywilnym a płcią. Niemal dwie trzecie badanych (62%) osób starszych oceniło swoje warunki materialne jako dobre, 29% jako dostateczne/złe, jedynie 9% — jako bardzo dobre. Wszyscy respondenci podali emeryturę jako główne źródło utrzymania (tab. 1).

Samooceń stanu zdrowia

Niemal dwie trzecie badanych osób starszych (63%) określiło stan swojego zdrowia jako zły/bardzo zły.

Oceń stanu emocjonalnego i sprawności poznawczej

Do oceny stanu emocjonalnego wykorzystano 15-punktową Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS) według Yesavage'a, zakres punktów 0–5 oznacza stan prawidłowy, 6–15 punktów — depresję o rosnącym nasileniu. Aż u 60% badanych osób starszych stwierdzono nieprawidłowy wynik w zakresie stanu emocji. U co piątej osoby (19%) badanie nie zostało przeprowadzone z uwagi na ciężki stan chorego i brak możliwości nawiązania kontaktu słownego (tab. 2).

Oceń stanu funkcji poznawczych przeprowadzono za pomocą kwestionariusza AMTS, gdzie zakres punktacji powyżej 6 punktów oznacza stan prawidłowy, 4–6 punktów — umiarkowane upośledzenie

Tabela 2. Ocena stanu emocjonalnego i poznawczego (%)**Table 2.** Evaluation of emotional and cognitive state (%)

Geriatryczna Skala Oceny Depresji	%
Nie dokonano oceny stanu ze względu na brak kontaktu z chorym	21
Depresja o rosnącym nasileniu	60
Stan prawidłowy	19
Skrócony Test Sprawności Umysłowej — AMTS	%
Nie dokonano oceny ze względu na brak kontaktu z chorym	15
Poważne upośledzenie funkcji poznawczych	21
Umiarkowane upośledzenie funkcji poznawczych	21
Stan prawidłowy	43

Tabela 3. Ocena zdolności do wykonywania złożonych czynności życia codziennego**Table 3.** Evaluation of the ability to perform instrumental daily living activities

Średnia liczba czynności I-ADL, 2,5; SD ± 3,1, w których osoby starsze wymagają całkowitej lub częściowej pomocy osób drugih (0–12)	%
Poważnie zależny/a (0–4)	76
Umiarkowanie zależny/a (5–8)	20
Prawie niezależny/a (9–12)	4

funkcji poznawczych, 0–3 punktów — poważne upośledzenie funkcji poznawczych. U niemal połowy badanych osób starszych (42%) stwierdzono nieprawidłowy wynik w zakresie funkcji poznawczych (tab. 2).

Sprawność w zakresie wykonywania złożonych czynności życia codziennego (I-ADL)

Zdolność pacjentów do wykonywania złożonych czynności życia codziennego oceniano za pomocą skali I-ADL, gdzie zakres punktów 0–4 oznacza poważnie zależna/y, 5–8 — umiarkowanie zależna/y, 9–12 — prawie niezależna/y lub niezależna/y. Ocena obejmowała zdolność pacjentów do wykonywania następujących czynności: prace domowe (np. czyszczenie podłóg), przygotowywanie posiłków, chodzenie po zakupy, rozporządzanie pieniędzmi, korzystanie z telefonu, przyjmowanie leków. Aż trzy czwarte badanych osób starszych (76%) było poważnie zależnych od pomocy innych osób (tab. 3).

Sprawność samoobsługowa i obszary potrzeb osób starszych

Sprawność samoobsługową osób starszych oceniano na podstawie pytań w skali Barthel. Pomocy ze strony pielęgniarki podczas spożywania posiłków wymagało 71% badanych. Niemal połowa (45%)

badanych osób starszych wymagała pomocy w trakcie przemieszczania się z łóżka na fotel i z powrotem. Co dziesiąta badana osoba (10%) była całkowicie unieruchomiona. Co drugi pacjent (49%) wymagał pomocy pielęgniarki w wykonywaniu czynności higienicznych, między innymi mycie oraz kąpiel całego ciała.

Niemal dwie trzecie (65%) było niezdolnych do samodzielnego poruszania się po powierzchniach płaskich. Pomocy ze strony pielęgniarki podczas wchodzenia i schodzenia po schodach potrzebowało 77% badanych. Identyczny odsetek (77%) badanych osób starszych potrzebowało pomocy przy czynnościach ubierania i rozbierania się (tab. 4).

Niemal wszystkie badane osoby starsze (94%) zgłaszały problem nietrzymania moczu i co trzecia osoba (31%) niesprawność w zakresie kontroli zwieracza odbytu.

Ryzyko rozwoju odleżyn oceniano w oparciu o 20-punktową skalę Norton. Zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn stwierdzono u co drugiej badanej osoby w podeszłym wieku (51%).

W dalszej kolejności badania oceniano ryzyko upadków, uwzględniając zmianę pozycji z siedzącej na stojącą, unieruchomienie w pozycji stojącej przez 5 sekund, przejście 3 metrów, obrót o 180 stopni oraz zmianę pozycji ze stojącej na siedzącą.

Tabela 4. Obszary potrzeb osób starszych ocenianych według Indeks Barthel**Table 4.** Areas of elderly persons' needs evaluated according to the Barthel scale

	Odsetek osób zależnych w zakresie opieki
Spożywanie pokarmów	
Nie jest w stanie samodzielnie jeść	16
Potrzuje pomocy (krojenie, smarowanie masłem)	55
Przemieszczanie się (z łóżka na fotel i z powrotem)	
Ne jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu	10
Z większą pomocą (jedna, dwie osoby), może siedzieć	35
Z mniejszą pomocą (słowną lub fizyczną)	45
Utrzymanie higieny osobistej	
Potrzuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych	49
Korzystanie z toalety	
Pacjent zależny	40
Częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety	35
Mycie i kąpiel całego ciała	
Pacjent zależny	49
Poruszanie się po powierzchniach płaskich	
Nie porusza się lub 50 m, zależny na wózku	22
Spacer z pomocą jednej osoby > 50 m	43
Wchodzenie i schodzenie po schodach	
Nie jest samodzielny	26
Potrzuje pomocy fizycznej i asekuracji	51
Ubieranie i rozbieranie się	
Zależny	32
Potrzuje pomocy innej osoby, ale część może wykonać bez pomocy	45
Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	
Nie panuje nad oddawaniem stolca	7
Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca	24
Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego	
Nie panuje nad oddawaniem moczu	26
Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu	68

Niemal co druga (45%) badana osoba starsza była zagrożona dużym ryzykiem upadku, średnie ryzyko stwierdzono u 35% ankietowanych (tab. 5).

Dyskusja

Postępujące wraz z wiekiem zniedołężnienie prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz zależ-

Tabela 5. Ocena ryzyka upadków według Tinetti**Table 5.** Evaluation of the fall risk according to Tinetti

Ocena Ryzyka Upadków wg Tinetti	%
0 pkt. — z pomocą drugiej osoby — ryzyko duże	45
1 pkt. — samodzielnie, ale z pomocą urządzeń — ryzyko średnie	35
2 pkt. — bez pomocy — ryzyko minimalne	20

ności od pomocy innych osób [5–7]. Wydolność samoobsługowa utożsamiana jest ze zdolnością do bycia samodzielnym w wykonywaniu podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: poruszanie się, odżywianie, toaleta, kontrola funkcji zwieraczy i utrzymanie higieny osobistej [8]. W przypadku osób starszych stopień sprawności zależy od występowania schorzeń, ich przebiegu, stylu życia oraz czynników środowiskowych. Osoby starsze niesprawne to grupa pacjentów wymagających szczególnej troski ze strony pielęgniarek. Rozpoznawanie deficytów pielęgnacyjno-opiekuńczych winno być oparte na ocenie stanu funkcjonalnego osób starszych [9–11].

Wyniki badań własnych wskazują na zaawansowany wiek (średni — 81,8 lat) hospitalizowanych osób starszych chorych i zły/bardzo zły stan zdrowia. Wyniki badań Fideckiego i wsp. wykazały, iż wiek i płeć istotnie wpływały na sprawność w grupie osób starszych i zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa [6].

Wyniki badań własnych wskazują, że trzy czwarte badanych (76%) osób starszych stanowiły osoby poważnie zależne od pomocy innych osób w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, takich jak: prace domowe (np. czyszczenie podłóg), przygotowywanie posiłków, chodzenie po zakupy, rozporządzanie pieniędzmi, korzystanie z telefonu i przyjmowanie leków.

Badania Fideckiego i wsp. z wykorzystaniem elementów kompleksowej oceny geriatrycznej wykazały, że największy deficyt opieki u starszych pacjentów stwierdzono w zakresie instrumentalnych czynności życia codziennego [10].

Zdolność do samoopieki, czyli sprawność samoobsługową, należy utożsamiać z niezależnością w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Ocena wydolności samoobsługowej za pomocą standaryzowanych skal wykazała szerokie spektrum potrzeb osób w podeszłym wieku. Ujawnione deficyty samoobsługowe stanowią miarę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa. Niedostateczna opieka w tym zakresie może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i jakości życia chorego.

Niemal trzy czwarte (71%) badanych osób starszych wymagało pomocy ze strony pielęgniarki podczas spożywania posiłków. Co druga (45%) hospitalizowana osoba starsza wymagała pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na fotel i z powrotem. Podobny odsetek (49%) wymagał pomocy pielęgniarki w wykonywaniu czynności higienicznych, między innymi mycie oraz kąpiel całego ciała. Aż 75% respondentów potrzebowało asekuracji podczas korzystania z toalety, w tym 40% osób było całkowicie zależnych od pomocy personelu. Ponad trzy czwarte (77%) badanych osób starszych wymagało pomocy podczas wchodzenia i schodzenia po schodach oraz w czynnościach ubierania się i rozbierania.

Badania własne wykazały, że u ponad połowy (60%) badanych osób starszych stwierdzono nieprawidłowy wynik w zakresie emocji, zaś u blisko połowy (42%) w zakresie funkcji poznawczych.

Badania innych autorów wskazują, że pogorszenie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego oraz zaburzenia funkcji poznawczych, emocjonalnych istotnie zwiększają zapotrzebowanie na opiekę i rodzaj świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych [7].

Badania Bień i wsp. wykazały, że wraz z pogorszeniem sprawności osób w podeszłym wieku wzrasta zapotrzebowanie na usługi medyczne i społeczne [12].

Spektrum świadczeń pielęgnacyjnych ulega rozszerzeniu w przypadku pacjentów zagrożonych ryzykiem rozwoju odleżyn czy też upadkami. W badaniach własnych wykazano, iż co druga osoba (51%) była zagrożona ryzykiem rozwoju odleżyn. Zaś u co drugiej (45%) osoby starszej istniało duże ryzyko upadku.

Badania Zielińskiej i wsp. wskazują, że ryzyko rozwoju odleżyn oraz deficyty funkcji poznawczych rosną wraz z wiekiem [13]. Złożoność problemów terapeutyczno-pielęgnacyjnych odzwierciedla kwalifikacja starszych pacjentów do odpowiednich kategorii opieki. Niemal wszystkie badane osoby starsze (97%) wymagały wzmożonej opieki pielęgniarstwa, to znaczy zaspakajania potrzeb w zakresie czynności samoobsługowych, zapewnienia bezpieczeństwa, działań zapobiegających upadkom i ochrony przed skutkami długotrwałego unieruchomienia.

Podsumowując, można stwierdzić, że proces Całościowej Oceny Geriatrycznej w praktyce pielęgniarek geriatrycznych pozwala obiektywnie identyfikować obszary problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych starszych pacjentów, trafnie adresować świadczenia i określać zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa.

Wnioski

1. W badanej grupie osób starszych zaawansowany wiek, zły stan zdrowia, niesprawność poznawcza, emocjonalna oraz niezdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego istotnie zwiększają zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa.
2. Ocena stanu funkcjonalnego osób w podeszłym wieku dokonywana za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy jest istotnym wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarstwa.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Zastosowanie w codziennej praktyce pielęgniarstwa standaryzowanych kwestionariuszy oceny powaliłoby na trafne rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjentów geriatrycznych i właściwe ich rozwiązywanie.

Piśmiennictwo

1. Bień B. Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. W: Synak B. (red.). Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002: 78–100.
2. Bień B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach. *Rocz. Akad. Med. Białym.* 2005; 50 (supl. 1): 189–192.
3. Rubenstein LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment. W: Rubenstein L.Z., Wieland D., Bernabei R. (red.). *Geriatric Assessment Technology. The State of the Art.* Milan, Editrice Kurtis, 1995: 1–9.
4. Maguire G.H. (red.). *The Team Approach in Action. Care of the Elderly: A Health Team Approach.* Little, Brown and Company, Boston/Toronto 1985: 221–267.
5. Bień B., Wojszel B., Wilmańska J., Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Geront. Pol.* 1999; 2: 42–47.
6. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R. Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. *Probl. Pielęg.* 2011; 19: 1–4.
7. Zielińska A., Strugała M., Stachowska M. Ocena funkcjonowania czynnościowego, poznawczego oraz ryzyka rozwoju odleżyn, jako zasadniczych elementów w planowaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską u pacjentów w wieku podeszłym. *Probl. Hig.* 2007; 88 (2): 216–220.
8. Ślusarz R., Beuth W., Książkiewicz B. Ocena czynnościowa chorych z krwotokiem podpajęczynówkowym. *Udar Mózgu* 2008; 10 (2): 55–60.
9. Strugała M., Talarska D. Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego. *Fam Med. & Primary Care Rev.* 2006; 8: 332–335.
10. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R. Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarskiej. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie.* Rzeszów 2011; 2: 205–211.
11. Ślusarska B., Zarzycka D., Sadurska A. Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym. *Now. Lek.* 2008; 77 (3): 209–213.
12. Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. *Geront. Pol.* 2008; 16 (1): 25–34.
13. Zielińska A., Strugała M. Ocena czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów niepełnosprawnych i wieku podeszłym na przykładzie wybranych skal. *Ann. Univ. Mariae. Curie Skłodowska.* 2006; supl. 1648: 460–462.