

Izabela Wróblewska, Andrzej Steciwko
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Różnice i podobieństwa w sprawowanej opiece nad osobami starszymi przebywającymi w ośrodkach opieki w Polsce i we Francji

*Differences and similarities in the care
for elderly people staying in nursing facilities
in Poland and France*

Abstract

Background. The number of elderly people is on the rise in the world. As a result the demand for a broad caring services is increasing especially that families are insufficient in providing care for their elderly members. The aim of this work is to compare care services for the elderly in centres in Poland and in France.

Materials and methods. This research has been carried out among 380 people who live in 4 care centres in both European countries.

Results. People who are residents in Polish centres are younger than their French counterparts, they are lonely, childless and depend on help of other people. They also grade the staff's kindness and the interest they take in their patients as satisfactory.

The people in French centres are older, with three children on average, who require help of other people and they grade the centres' staff low on their kindness and the interest they take in the patients.

Conclusions. The quality of life of the respondents from France is lower despite that France has got higher economic status, higher average age and higher state of health. Their Polish counterparts are more satisfied with the care they receive in care centres. French residents are more satisfied with the support they receive from their families and friends.

Gerontol. Pol. 2012; 20, 1: 22–27

key words: care, an elderly person, care centres

Wstęp

Analizując dane statystyczne dotyczące średniej długości życia oraz obserwując znaczny przyrost liczby osób starszych, wyraźnie widać, że wzrasta zapotrzebowanie na wszechstronne świadczenia

pielęgnacyjne skierowane do osób powyżej 65. roku życia [1–3]. Dodatkowo struktura współczesnej rodziny, rozluźnienie więzi międzyludzkich, ogromne zmaterializowanie procesów życia rodzinnego oraz wzajemne przedmiotowe traktowanie powodują, że znacznemu ograniczeniu ulega obszar opieki świadczonej przez rodzinę [4–6]. Oznacza to zwiększenie popytu na opiekę instytucjonalną. W sytuacji niewydolności opiekuńczej rodziny prowadzony na odpowiednim poziomie dom opieki mógłby wypełnić powstałą lukę. Już dziś w Polsce należy zastanowić się nad problemem, jak w niedalekiej przyszłości system

Adres do korespondencji:
dr n. med. Izabela Wróblewska
PMWSZ
ul. Katowicka 68, 45–060 Opole
Tel.: 601 556 629
Tel./faks: (77) 442 35 23
e-mail: iz.wroblewska@gmail.com

opieki zdrowotnej będzie w stanie poradzić sobie z wciąż rosnącymi potrzebami dotyczącymi ludzi starszych. W tworzeniu odpowiednich programów zdrowotnych adresowanych do seniorów warto więc wykorzystać w tym względzie wieloletnie doświadczenie innych krajów [7, 8].

Celem pracy było porównanie opieki sprawowanej nad osobami starszymi w ośrodkach opieki w Polsce i we Francji.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród mieszkańców 4 ośrodków opieki w Polsce i we Francji. Objęto nim 380 kobiet w wieku powyżej 65 lat. Materiał empiryczny zbierano za pomocą wypełnienia kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, który zawierał:

- pytania metryczkowe;
- wywiad chorobowy oraz pytania szczegółowe dotyczące dolegliwości i samopoczucia seniora;
- specyficzne skale (Skala Depresji Becka — BDI, *Beck Depression Inventory*; Narzędzie oceny komfortu — ECAF, *Edmonton Comfort Assessment Form*; Skala Oceny Zachowania — BRS, *Behavior Rating Scale*; Skala Doloplus — Behawioralna Ocena Bólu Ludzi Starszych).

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej przy AM we Wrocławiu.

Wyniki

Charakterystyka polskich rezydentek domów opieki

Średni wiek badanych w polskiej grupie to 79,29 roku. Były to rezydentki pochodzące głównie z dużych miast (66,32%), przeważnie mające podstawowe wykształcenie (52,63%), będące w większości wdowami (58,95%), mającymi najczęściej jedno dziecko (37,89%). Seniorki najczęściej mieszkały same (44,21%), w zadowolających warunkach mieszkaniowych (38,42%) i utrzymywały się z renty (50%) bądź emerytury (46,32%). Najwięcej ankietowanych przebywała w ośrodku opieki 1–3 lat (40%). Były to osoby, u których najczęściej występowały: nadciśnienie tętnicze (54,21%), miażdżyca uogólniona (50,53%), choroba niedokrwienna serca (47,37%), osteoporoza (41,58%), przewlekła niewydolność serca (38,95%), stan po złamaniu przekrętarzowym kości udowej (35,79%), choroba zwyrodnieniowa stawów (33,68%), depresja (32,63%) oraz demencja (27,89%). Ankietowane Polki skarżyły się najczęściej na: zaparcia i biegunki (69,47%), zawroty głowy (64,21%), bóle pleców (62,11%), uczucie „ciężkości nóg” (56,32%), bóle stawów (55,79%), ból brzucha (48,42%), uczucie przyspieszonego bicia serca (44,74%), ból głowy

(43,16%), bóle w klatce piersiowej (31,58%), nudności, wymioty i wzdęcia (24,21%), uczucie braku tchu (22,11%) oraz omdlenia (17,89%).

Stopień trudności w zakresie codziennego funkcjonowania ankietowane polskie seniorki oceniają jako średni (48,42%). Znacząca część ocenia subiektywnie swoje zdrowie jako złe (40%). W trakcie porównywania stanu swojego zdrowia z sytuacją sprzed roku ankietowane twierdziły, że jest ono prawie takie samo jak przed rokiem (45,79%). W skali subiektywnego odczuwania bólu fizycznego 83,16% ankietowanych zaznaczyło odczuwanie jakiegoś stopnia bólu, z przewagą występowania bólu o średnim natężeniu (29,47%). Średnia w skali 1–10 w subiektywnej oceny jakości snu wyniosła wśród badanej populacji 6,73. Seniorki były raczej zadowolone ze wsparcia jakie otrzymują ze strony rodziny i przyjaciół (43,68%) oraz z ilości czasu, jaki spędzają z najbliższymi (38,95%). Życzliwość i zainteresowanie personelu ośrodka opieki zostało przez znaczną statystycznie grupę ankietowanych ocenione na poziomie bardzo dobrym (35,26%), mimo że liczebność personelu zajmującego się ankietowanymi jest niższa niż we Francji. Ankietowane są przeważnie osobami całkowicie uzależnionymi od opieki innych.

Mimo zadowolenia z oferowanej opieki ankietowane osiągnęły w badaniach BDI średnią w wysokości 18,94, co oznacza występowanie łagodnej depresji. Natomiast w kwestionariuszu ECAF wypełnianym przez opiekuna, a dotyczącym komfortu podopiecznych średnia odpowiedzi wynosiła 5,04, co jest równoznaczne z występowaniem średniego stopnia komfortu. W skali oceny zachowania BRS średnia odpowiedzi wynosiła 7,02, co oznacza, że seniorki wymagają opieki osób trzecich. Średnia behawioralnej oceny bólu ludzi starszych DOLOPLUS wyniosła 10,6, co świadczy o występowaniu wśród badanych różnego rodzaju bólu.

Charakterystyka francuskich rezydentek domów opieki

Drugą badaną grupę stanowiły starsze kobiety przebywające w ośrodkach opieki na terenie Francji. Średni wiek badanych to 88,87 roku. Były to rezydentki pochodzące głównie z dużych miast (48,95%), posiadające mające średnie wykształcenie (38,95%), będące w większości wdowami (60%), mającymi najczęściej trójkę dzieci (27,37%). Seniorki najczęściej mieszkały same (46,84%), w dobrych warunkach mieszkaniowych (45,26%) i utrzymywały się z renty (73,16%). Największa część ankietowanych przebywała w ośrodku opieki 4–9 lat (42,63%). Spośród

schorzeń najczęściej rozpowszechnione były, według kolejności: nadciśnienie tętnicze (56,84%), przewlekła niewydolność serca (48,42%), choroba Alzheimera (44,21%), osteoporoza (43,16%), choroby nowotworowe (36,32%), depresja (34,74%), choroba niedokrwienności serca (34,21%) i stan po przekrętarzowym złamaniu kości udowej (25,26%).

Ankietowane Francuzki skarżyły się najczęściej, według kolejności na: zaparcia i biegunki (73,16%), uczucie ciężkości nóg (54,21%), w podobnym odsetku na zawroty głowy i bóle pleców (53,68%), następnie na bóle stawów (43,68%), uczucie przyspieszonego bicia serca (41,58%), nudności, wymioty i wzdęcia (37,89%), ból głowy (32,63%), ból brzucha i uczucie braku tchu (27,89%), bóle w klatce piersiowej (26,84%) oraz omdlenia (12,11%).

Ankietowane francuskie seniorki oceniały **najczęściej** codzienne funkcjonowanie, jako trochę utrudnione (48,42%), a swoje zdrowie jako złe (48,42%). W trakcie porównywania stanu swojego zdrowia z sytuacją sprzed roku ankietowane twierdziły, że jest ono znacznie gorsze niż przed rokiem (41,05%). W skali subiektywnego odczuwania bólu fizycznego 85,79% ankietowanych zaznaczyło odczuwanie jakiegoś stopnia bólu, z przewagą występowania bólu o bardzo łagodnym natężeniu (42,11%). Średnia w skali 1–10 w subiektywnej oceny jakości snu wyniosła wśród badanej populacji 6,97.

Podobnie jak Polki, francuskie seniorki były raczej zadowolone ze wsparcia, jakie otrzymują ze strony rodziny i przyjaciół (55,26%), oraz z ilości czasu spędzanego z najbliższymi (46,32%). Życzliwość i zainteresowanie personelu ośrodka opieki zostało ocenione na poziomie średnim (28,95%).

Ankietowane osiągnęły w badaniach BDI średnią w wysokości 17,01, co oznacza występowanie łagodnej depresji. Natomiast w kwestionariuszu ECAF wypełnianym przez opiekuna, a dotyczącym komfortu podopiecznych, 32,63% ankietowanych została oceniona na poziomie dobrym. W skali oceny zachowania BRS uzyskane wyniki dowodzą, że seniorki są osobami zależnymi od innych. Średnia behawioralnej oceny bólu ludzi starszych DOLOPLUS wyniosła 7,09, co świadczy o występowaniu wśród badanych różnego rodzaju bólu.

Dyskusja

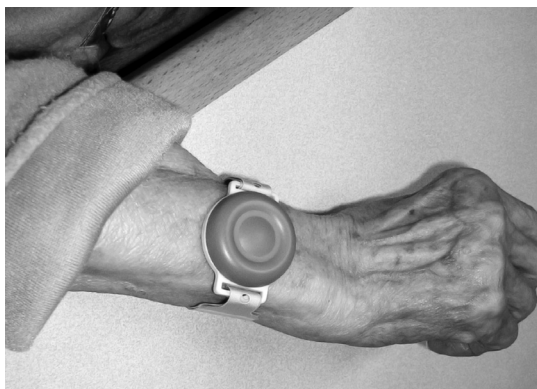
Sytuacja demograficzna i zdrowotna współczesnego społeczeństwa powoduje, że problemy geriatryczne stają się jednymi z najpoważniejszych dotyczących nowoczesnej medycyny [9–11]. Współczesna struktura społeczeństwa wymaga coraz to większych nakładów

finansowych na potrzeby zdrowotno-opiekuńcze seniorów. To właśnie osoby starsze są jednymi z najdroższych klientów służby zdrowia poprzez swoją rozpowszechnioną wielochorobowość i niesprawność, które często ograniczają niezależność seniora, co w konsekwencji prowadzi do decyzji o opuszczeniu swojego środowiska i zamieszkaniu w ośrodku opieki. W wielu przypadkach decyzja ta jest odczuwana przez osoby starsze jako wymuszona i ostateczna [12, 13]. Szeroko pojęty problem starości pojawił się w Polsce — w porównaniu z takimi krajami, jak Francja — stosunkowo niedawno. Dlatego wydaje się, że doświadczenie w dziedzinie zorganizowanej opieki nad seniorami, jakie mają nasi sąsiedzi, warte jest zbadania, ewentualnego przeniesienia i wykorzystania na polskim gruncie.

Prowadząc badania w Polsce i we Francji, można zaobserwować różnice i podobieństwa w sprawowanej opiece nad osobami powyżej 65. roku życia, przebywającymi w porównywalnych pod względem oferowanych usług ośrodkach opiekuńczych. Z rozmów przeprowadzonych z lekarzami francuskimi można było wywnioskować, że ewolucja rozwoju opieki nad seniorem jest tożsama dla obu krajów. We Francji jednak, z racji wcześniejszego pojawienia się problemu starzenia społeczeństwa, opieka ta jest bardziej zaawansowana. W obu krajach istnieją różne ośrodki oferujące trzy podstawowe formy opieki: stacjonarną, ambulatoryjną i domową. [14, 15].

Nowym pomysłem w Polsce, a sprawdzonym już we Francji jest stworzenie tak zwanych agrodomów dla seniorów. Zgodnie z projektem jest to alternatywna oferta dla seniorów uprawnionych do długoterminowego pobytu w ośrodku [16].

W przeprowadzonych badaniach dowiedziono, że najbardziej widoczną różnicą w opiece nad seniorami w tych dwóch krajach są warunki mieszkaniowe. W Polsce ankietowane ośrodki znajdują się w budynkach, które są niedostosowane do pełnienia powierzonych im funkcji. Znajdujące się w nich korytarze były ciasne, co uniemożliwiało swobodne przemieszczanie się chorych. W ośrodkach nie było wind, co w znacznym stopniu utrudniało codzienne funkcjonowanie. W ankietowanych domach brakowało przestrzeni, a znajdujące się w nich sale pełniły wielorakie funkcje: jadalni, pokoju rekreacyjnego, pomieszczenia do prowadzenia zajęć usprawniających czy pokoju gościnnego. W trakcie prowadzenia badań 180 osób mieszkało w pokojach 2- do 5-osobowych o bardzo małym metrażu. Pacjentami opiekował się wyszkolony personel medyczny złożony z 28 pielęgniarek i 40 opiekunek, 16 rehabilitantów i 4 terapeutów



Rycina 1. Czujnik dla pacjenta
Figure 1. Sensor for patient

zajęciowych, a także 4 lekarzy (internistów i neurologów) oraz wolontariuszy.

Z kolei w obu ośrodkach we Francji oferowany standard socjalno-bytowy był porównywalny. Oba były przestronne i mieściły się w jednopiętrowych budynkach. Praca personelu była ułatwiona chociażby dzięki bransoletkom, jakie na swoich rękach nosili rezydenci. Przedmioty te powodują włączenie się alarmu w momencie, gdy któryś z seniorów przekroczy linię drzwi wejściowych (ryc. 1).

W ośrodkach na 180 pensjonariuszy jest zatrudnionych 8 pielęgniarek i 1 lekarz. Natomiast do pomocy 92 osoby obsługi, w tym 52 pomoce pielęgniariskie, 16 kinezyterapeutów, 8 sprzątaczek, 4 guwernantki, 2 animatorów i majstrów oraz 4 sekretarki, a także współpracujący lekarze rodzinni i pogotowie.

Dzięki istnieniu etatu pomocy pielęgniariskiej główne obciążenie związane z codzienną pielęgnacją rezydenta spada właśnie na tych pracowników. Francuska pielęgniarka ma też ułatwioną czynność, jaką jest rozkładanie leków. Zewnętrzna apteka przygotowuje dla każdego pacjenta z osobną blankiet z próżniowo zamkniętymi i podzielonymi na kolejne dni tygodnia lekami (ryc. 2). Innym, prostym, wygodnym i praktycznym rozwiązaniem jest stosowanie płynów dożylnych, które znajdują się w plastikowych workach, co gwarantuje podopiecznym większe bezpieczeństwo. W celu ułatwienia opieki nad starszymi kobietami we wszystkich omawianych ośrodkach stosuje się podnośniki, siedziska, stołeczki, maty i poręcze, które czynią zabiegi higieniczne bezpieczniejszymi i łatwiejszymi. Chociaż obecność personelu jest niezbędna, to podopieczne są namawiane, by maksymalnie dużo czynności wykonywały samodzielnie [17–19].

Aby ułatwić seniorkom pielęgnację na terenie francuskich ośrodków, istnieją salony fryzjerskie, przychodzi



Rycina 2. Leki przygotowane przez aptekę
Figure 2. Medicines prepared by pharmacy

również specjalista od pielęgnacji stóp. Niestety, w Polsce brakuje takich udogodnień.

O samodzielności pensjonariuszek decyduje ich niezależność w poruszaniu się. Rekreacja i ćwiczenia są ważnym elementem rehabilitacji osób starszych [20–22]. Dlatego we wszystkich ankietowanych ośrodkach były prowadzone zajęcia z rehabilitantami i animatorami. Wiele z pensjonariuszek przed przybyciem do ośrodków miało w swoich domach zwierzęta. Zarówno we Francji, jak i w Polsce seniorkom pozwolono zatrzymać w swoim pokoju ptaki czy koty. Konieczność zajęcia się żywymi stworzeniami stymuluje do działania będąc jednocześnie dobrym ćwiczeniem samodzielności [23–27].

We Francji rezydentki ośrodków opieki mają możliwość wyposażenia swojego pokoju we własne meble. Niestety, w polskich realiach liczba przedmiotów przeniesionych z domu ograniczona jest do niezbędnego minimum. Z czasem jednak nawet znane przedmioty stają się dla osób starszych obce [28–31]. W takim momencie ważny jest każdy fizyczny kontakt z podopieczną, który był widoczny we wszystkich ankietowanych ośrodkach.

Współczesne czasy stawiają stwarzają dylemat, czy oddać swoich rodziców do różnego rodzaju ośrodków opiekuńczych, czy też podjąć się domowej opieki nad osobami w podeszłym wieku. Starszy człowiek jest osobą wymagającą ciągłej pielęgnacji, stąd przy obecnym tempie i sposobie pracy dorosłe dzieci często nie są w stanie sprawować odpowiedniej pieczy nad rodzicami. W takiej sytuacji prowadzony na odpowiednim poziomie ośrodek opieki mógłby wypełnić powstałą lukę. Zupełnie osobną kwestią jest problem psychologiczno-emocjonalny związany z podjętą decyzją, a dotyczący zarówno dzieci, jak i ich rodziców.

Teoretycznie profesjonalne ośrodki opieki dla osób starszych powinny być optymalną formą opieki, jednak w praktyce okazuje się, że seniorzy wolą przebywać nawet w gorszych warunkach, ale bliżej swojej rodziny.

Podsumowanie

Mimo wyższego statusu ekonomicznego we Francji niż Polsce, wyższej średniej wieku i stosunkowo lepszej kondycji zdrowotnej ankietowanych pensjonariuszek, jakość życia francuskich senierek była niższa niż pol-

skich. Z kolei subiektywna ocena zdrowia francuskich pensjonariuszek była niższa.

Francuskie rezydentki domów opieki były bardziej zadowolone ze wsparcia, jakie otrzymują ze strony rodziny i przyjaciół, oraz spędzanego z nimi czasu.

Grupa polska opiniowała oferowaną opiekę medyczną i życzliwość okazywaną przez personel na poziomie bardzo dobrym, natomiast grupa francuska — na poziomie średnim. Wielochorobowość występująca w badanych grupach rzutowała na niższą ocenę jakości życia.

Streszczenie

Wstęp. Na świecie wzrasta liczba osób w podeszłym wieku. Powoduje to — wraz z niewydolnością opiekuńczą rodziny — zwiększone zapotrzebowanie na wszechstronne świadczenia opiekuńcze. Celem niniejszej pracy było porównanie opieki sprawowanej nad seniorami w ośrodkach opieki w Polsce i we Francji.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 380 osób przebywających w 4 ośrodkach w dwóch krajach Europy.

Wyniki. W polskich ośrodkach opieki przebywają osoby młodsze, samotne, bezdziejne, zależne od opieki osób trzecich, które oceniają życzliwość i zainteresowanie personelu ośrodków jako bardzo zadawalające. We francuskich przebywają osoby starsze, mające średnio trójkę dzieci, wymagające opieki osoby trzeciej, oceniające na niskim poziomie życzliwość i zainteresowanie personelu.

Wnioski. Mimo wyższego statusu ekonomicznego we Francji, wyższej średniej wieku i lepszej kondycji zdrowotnej, jakość życia ankietowanych jest niższa. Polskie respondentki są bardziej zadowolone z otrzymywanej w ośrodkach opieki. Francuskie rezydentki są bardziej zadowolone ze wsparcia, jakie otrzymują ze strony rodziny i przyjaciół.

Gerontol. Pol. 2012; 20, 1: 22–27

słowa kluczowe: opieka, osoby starsze, ośrodki opieki

Piśmiennictwo

1. Dziengielewicz M., Przybysz R. Sytuacja zdrowotna ludzi starszych – pensjonariuszy domu pomocy społecznej. W: Kowalewski T. Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006: 272–276.
2. Frąckowiak L. Demograficzne i społeczne uwarunkowania zmniejszającej się dzietności. *Polityka Społeczna* 2004; 9: 2–5.
3. Pawlak A. Kierunki i uwarunkowania przemian współczesnej rodziny. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Lublin 2006: 11.
4. Kępski C. (red.). Opieka i wychowanie w rodzinie. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2003: 267.
5. Kawula S., Brągiel J., Janke A. Pedagogika rodziny obszary i panorama problematyki. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004: 364.
6. Dyczewski L. Rodzina twórcą i przekazicielem kultury, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2003: 176.
7. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. AM, Gdańsk 2001: 75–91.
8. Harwas-Napierała B. Zachodni model niezależności w wychowaniu rodzinnym. *Problemy Rodziny* 2001; 2: 24–28.
9. Pełch K. Demograficzne kondycje rodziny polskiej. *Premisilia Christiana*. T. 9. Przemysł 2001: 257–281.
10. Bień B. Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych. W: Synak B. (red.). *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003: 36–77.
11. Bień B. Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku w Polsce, *Służba Zdrowia* 2000; 61–64: 14.
12. Nowicka A. Wybrane problemy ludzi starszych. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006; 123–156.
13. Doniec R. Rodzina w międzypokoleniowej transmisji wartości, W: Żurkowski B. (red.). *Pedagogika kultury — wychowanie do wyboru wartości*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2003: 168.
14. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku. *Dz.U.* Nr 91, poz. 408 z późn. zm., art. 8, ust. 1.
15. Künemund H., Motel A. Verbreitung Motivation Und Entwicklungsperspektiven privater intergenerationaler Hilfeleistungen Und Transfers; W: Kohli M., Szydlik M. *Generationen in Familie Und Gesellschaft*, Opladen, Leske, Budrich 2000: 122–137.
16. Błędowski P. Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych. Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002: 66–92.
17. Galus K., Kocemba J. (red.). *MSD Podręcznik Geriatrii*, Urban & Partner, Wrocław 1999: 1001–1022.
18. Halicka M., Pędlich W. Satisfakcja życiowa ludzi starych. W: Synak B. (red.). *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004: 27–32.
19. Clinch J.J., Dugeon D., Schipper H. Quality of life assessment in palliative care. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, New York 2001: 526–534.
20. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. *Akademia Medyczna Zakład Medycyny Paliatywnej*, Gdańsk 2003: 39–42.

21. Dobryszcka W., Leszek J., Rymaszewska J., Choroba Alzheimera-patogeneza, diagnostyka, leczenie. Continuo, Wrocław 2002: 13–25.
22. Wronkowski Z., Brużewicz Sz. Nowotwory złośliwe w Polsce. PZWL, Warszawa 2008: 76–87.
23. Mace N.L., Rabins P.V. 36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia, Johns Hopkins University Press Medipage, Warszawa 2005: 204–291.
24. Molloy W., Caldwell P. Chory na Alzheimera. Poradnik dla rodzin i opiekunów. Warszawa, MUZA 2005: 123–202.
25. Zboina B. Jakość życia osób starszych. Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój, Ostrowiec Św. 2008: 12.
26. Klocek M. Badania jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Nadciśnienie Tętnicze 1998; 2–3: 176–184.
27. Łuczak J. (red.). Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Materiały do nauczania medycyny paliatywnej. Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2000: 119–130.
28. Katona C., Livingstone G., Depresja u osób w wieku podeszłym. Współwystępowanie z innymi chorobami. Via Medica, Gdańsk 2003: 54–75.
29. Kozieł D., Naszydłowska E., Żdziebło K. Rodzina w zdrowiu i w chorobie. Małżeństwo i Rodzina 2003; 2: 35–38.
30. Krzywiński S. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993: 34–54.
31. Leszek J. Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Continuo, Wrocław 2003: 75–86.