

4.3. Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku

Marta Muszalik, Monika Biercewicz

Cele rozdziału: Głównym celem rozdziału jest zaprezentowanie zarysu problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz zagadnień opieki długoterminowej nad osobami starszymi.

Po zapoznaniu się z rozdziałem oraz materiałami uzupełniającymi student będzie potrafił:

- Scharakteryzować okres starzenia się człowieka w aspekcie ujawniania się problemów zdrowotnych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- Wymienić główne problemy zdrowotne osób w późnej dorosłości oraz analizować je pod kątem możliwości rozwiązania.
- Analizować i interpretować wybrane problemy osób starszych w różnych sferach życia i ich implikacje dla opieki medycznej oraz społecznej.
- Scharakteryzować miejsce starszych pacjentów w opiece długoterminowej.
- Omówić nowe rozwiązania i trendy występujące w Europie i na świecie dotyczące sprawowania opieki nad osobami starszymi.

Ubiegły wiek, a szczególnie jego druga połowa, był okresem znaczących przemian w strukturze demograficznej w Polsce i na świecie. Charakterystyczne było przejście od wysokiego wskaźnika urodzin i zgonów do niskiego poziomu przyrostu naturalnego i jednocześnie niskiego wskaźnika śmiertelności. Prognozy demograficzne przewidują dalszy wzrost liczby osób w późnej starości, zwłaszcza po 80. rż.

Starzenie się człowieka jest naturalnym procesem zmniejszania się biologicznej aktywności organizmu związanej z wiekiem, w czym ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne i środowiskowe.

Na wydłużanie się życia ludzkiego wpływają różne czynniki, przede wszystkim ogólny rozwój cywilizacyjny, osiągnięcia medycyny, poprawa jakości leczenia i opieki nad osobami starszymi, ogólna poprawa warunków życia, większa świadomość zdrowotna przejawiająca się w dbaniu o zdrowie i preferowaniu zachowań prozdrowotnych. Styl życia w starości w dużej mierze uwarunkowany jest nabytą wcześniej postawą wobec własnego zdrowia oraz nawykami dotyczącymi prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, umiejętnościami radzenia sobie ze stresem oraz ograniczeniem stosowania używek. Pozytywny wpływ tych zachowań na zdrowie i jakość życia został już dość dokładnie udokumentowany przez naukowców badających te obszary wiedzy.

P. Baltes wprowadził podział starości na dwie fazy, określając je mianem trzeciego i czwartego wieku. Trzeci wiek stanowi wczesną fazę starości, natomiast czwarty jest jej późnym okresem (po 75. rż.).

Klasyfikacja wg WHO wyodrębnia następujące etapy procesu starzenia:

- **wiek przedstarczy** (45.–59. rż.);
- **wiek starzenia się**, nazywany także wczesną starością (60.–74. rż.) – w tym przedziale wiekowym znajdują się tzw. młodzi-starzy (young-old);
- **wiek starczy**, określane również mianem późnej starości (75.–89. rż.) – do tego przedziału wiekowego należą tzw. starzy-starzy (old-old);
- **długowieczność** (co najmniej 90 lat) – tego wieku dożywają tzw. długowieczni (longlife).

Pod wpływem upływu czasu w organizmie człowieka następują zmiany w budowie oraz funkcji narządów i układów. Starzenie się jest procesem dynamicznym, któremu podlega każdy człowiek. Jest również fizjologicznym etapem przemian biologicznych, psychologicznych i społecznych. W okresie starości następuje zmiana ról zawodowych, rodzinnych i społecznych, otwierają się również nowe perspektywy dalszego rozwoju człowieka. Wykorzystanie rezerw przystosowawczych zależy od właściwości indywidualnych i bilansu życiowego każdego człowieka. Preferowana obecnie dłuższa aktywność zawodowa, rodzinna czy społeczna uzależniona jest jednak również od stanu zdrowia.

Chociaż proces starzenia się organizmu zachodzi nieuchronnie, własnym postępowaniem można wpływać na dłuższe zachowanie sprawności psychofizycznej oraz niezależności od otoczenia, tak ważnej zwłaszcza w tym wieku. Jak wynika z piśmiennictwa, zachowania zdrowotne osób starszych pozostawiają nie jedno do życzenia. Błędy żywieniowe i niska aktywność fizyczna oraz wynikające z nich implikacje dla zdrowia to najczęściej potwierdzone badaniami naukowymi obszary zachowań antyzdrowotnych.

Z psychologicznego punktu widzenia okres starości jest ostatnim etapem rozwojowym człowieka, w którym *ego* człowieka w zależności od przebiegu dotychczasowych doświadczeń życiowych i psychologicznych właściwości uzyskuje jedną z dwu postaci: integralności lub rozpacz.

W okresie starzenia się i starości pojawiają się problemy zdrowotne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne i inne. Złożoność tych problemów wymaga wielokierunkowego podejścia i organizacji pomocy dla osób starszych.

Specyfiką opieki geriatrycznej w Polsce, jak również na świecie jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności życiowej (independency) tej populacji wiekowej, wczesne wykrywanie schorzeń, leczenie i rehabilitacja. Zgodnie z zaleceniami WHO dużo uwagi poświęca się również promowaniu zdrowia oraz pomyślnego starzenia, poszukiwaniu skutecznych metod profilaktyki schorzeń i dolegliwości w późnej dorosłości.

Stąd ważnym zadaniem jest wczesne diagnozowanie czynników wpływających na ograniczenie samodzielności przez objęcie ludzi starszych programami profilaktycznymi, promocją zdrowia, leczeniem przyczynowym schorzeń oraz rehabilitacją i jak najszybszym usprawnianiem. Standardem

powoli staje się wprowadzanie do praktyki lekarskiej całościowej oceny geriatrycznej (Comprehensive Geriatric Assessment) w celu kompleksowego określenia potrzeb ludzi starych oraz nakreślenia planu opieki i całościowej opieki geriatrycznej.

W krajach wysoko rozwiniętych istnieją różnorodne formy organizacyjne opieki nad osobami starszymi, w których znaczącą rolę odgrywają profesjonalnie przygotowane pielęgniarki. W Polsce również stopniowo rozwijane są różne formy opieki zdrowotnej długoterminowej i opieki społecznej. W związku z powiększaniem się populacji osób w starszym wieku niezbędne jest właściwe ukierunkowanie polityki zdrowotnej i społecznej na zaspokajanie potrzeb oraz rozwiązywanie problemów tej grupy wiekowej.

Populację osób starszych charakteryzuje większe niż w pozostałych grupach wiekowych zapotrzebowanie na opiekę socjomedyczną, nie zawsze możliwą do zagwarantowania przez państwo. Potrzeby osób samotnych, jak również mieszkających w rodzinach, a także problemy opieki nad nimi stanowią jedno z trudniejszych zadań społecznych. Złożoność problemów osób starszych wynika z nakładających się i postępujących zmian inwolucyjnych, wielochorobowości, zmniejszenia sprawności funkcjonalnej, pojawiania się trudności opiekuńczych, pogorszenia sytuacji materialnej i innych czynników.

W społeczeństwie polskim tradycyjnie opiekę nad osobami starszej generacji sprawuje rodzina. W państwach rozwiniętych (USA, Kanadzie oraz Europie Zachodniej) rozbudowany jest organizacyjny system opieki społecznej i zdrowotnej nad osobami starszymi odciażający rodziny. Konieczność korzystania z opieki rodziny w wykonywaniu podstawowych czy złożonych czynności codziennych prowadzi do niekorzystnych obciążeń psychologicznych i fizycznych opiekunów, jak również nie pozostaje bez wpływu na osoby starsze. Pomoc w sprawowaniu opieki, zwłaszcza nad przewlekle chorym, potrzebna jest zarówno w przypadku osób samotnych, jak i żyjących i mieszkających z dziećmi czy tylko ze współmałżonkiem.

Problemy zdrowotne i pielęgnacyjno-opiekuńcze osób starszych przewlekle chorych w Polsce

W starszym wieku następuje stopniowe ograniczenie sprawności fizycznej oraz zwiększenie zapadalności na choroby przewlekle. Typowe cechy medycyny geriatrycznej to przede wszystkim: wielochorobowość, polipragmazja, brak typowej symptomatologii oraz występowanie wielkich problemów geriatrycznych.

Do najczęściej występujących schorzeń u osób po 60. rż. zaliczamy:

- niewydolność układu sercowo-naczyniowego;
- niewydolność krążenia mózgowego;
- schorzenia układu ruchu;
- choroby metaboliczne.

Choroby przewlekłe, często występujące u osób starszych, powodują zaburzenia w czynnościach całego organizmu, a dysfunkcje w sferze biologicznej najczęściej rzutują na zdrowie psychiczne i życie społeczne pacjenta. W chorobie przewlekłej długość i jakość życia pacjenta zależy od dostępności do dobrej jakości świadczeń leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

Do najważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych ludzi starszych można zaliczyć: samotność, występowanie wielu schorzeń, inwalidztwa i niepełnosprawności, życie w ubóstwie, poczucie nieprzydatności, bezradności i zależności od innych osób. Wszystkie te problemy wskazują na istniejącą marginalizację problemów osób starszych jako zbiorowości, czego przykładem może być stopniowe eliminowanie ich z aktywnego życia zawodowego i społecznego w momencie przekroczenia granicy wieku emerytalnego. U osób starszych występuje lęk nie tylko przed chorobami i niesprawnością, ale także samotnością i nietolerancją.

Czasem choroba wyzwala nieprawidłowe postawy wśród członków rodziny, jak nadopiekuńczość utrudniającą stopniowe usamodzielnianie się, radzenie sobie z trudnościami życia codziennego i niedocenianie potrzeby aktywności psychospołecznej. Częściej spotykana jest postawa unikania i odrzucenia chorego, występująca w rodzinach o niskiej więzi emocjonalnej oraz patologicznych. Pacjenci poddani opiece długoterminowej potrzebują wsparcia ze strony rodzin, jak również personelu w odzyskaniu sprawności funkcjonalnej oraz rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych z położeniem dużego nacisku na usprawnianie i rehabilitację.

Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych w starszym wieku mogą dotyczyć wielu dziedzin życia jednocześnie. Tak więc mogą się one nakładać i współistnieć, potęgując ich złożoność. Problemy mogą nasilać się wraz z wiekiem, powodując stopniowe obniżanie się jakości życia seniorów.

Sfera biologiczna:

- Deficyty w samodzielności w podejmowanych aktywnościach życiowych. Dotyczą podstawowych czynności codziennych: ubierania, toalety, przyjmowania posiłków, kontroli zwieraczy, korzystania z toalety (badane podstawową skalą ADL).
- Deficyty w samodzielności dotyczące złożonych czynności codziennych (badane IADL).
- Ograniczenie mobilności, ograniczenia ruchowe (badanie m.in. skalą Barthel).
- Unieruchomienie z powodu schorzeń – przebywanie w obrębie łóżka ze wszystkimi konsekwencjami tego stanu.
- Występowanie trudności w przygotowywaniu i przyjmowaniu posiłków.
- Występowanie różnorodnych dolegliwości bólowych.
- Występowanie duszności wysiłkowej i/lub spoczynkowej utrudniającej podejmowanie czynności dnia codziennego.

- Występowanie różnych zaburzeń ze strony układu pokarmowego.
- Zaburzenia funkcji wzroku i słuchu.
- Utrudniony kontakt słowny i komunikacja.
- Zaburzenia snu, bezsenność.
- Występowanie dysfunkcji zwieraczy i ryzyka upadków.
- Wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn lub aktualne ich występowanie.

Sfera psychiczna:

- Występowanie zaburzeń nastroju.
- Występowanie zaburzeń depresyjnych.
- Występowanie zaburzeń pamięci, koncentracji uwagi.
- Niska samoocena i poczucie niższej wartości.
- Brak akceptacji siebie, swojego zmieniającego się wyglądu.
- Poczucie bezradności.
- Odczuwanie stopniowej utraty energii życiowej.
- Stopniowa utrata poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.
- Lęk przed śmiercią.

Sfera społeczna:

- Występowanie uczucia osamotnienia i samotności, wdowieństwo.
- Poczucie wyobcowania społecznego.
- Trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich, np. w rodzinie.
- Brak opieki ze strony najbliższych osób.
- Lęk o zdrowie i życie własne oraz najbliższych osób.
- Konieczność sprawowania opieki nad współmałżonkiem lub inną osobą, obciążenie opieką.
- Problemy ekonomiczne.

Lista problemów jest bardzo długa, jednak jeszcze nie do końca wyczerpana. Każdy pacjent czy osoba w starszym wieku powinna być traktowana indywidualnie i holistycznie. Po dokonaniu całościowej oceny geriatrycznej należy podjąć starania o zapewnienie indywidualnej kompleksowej opieki geriatrycznej.

Opieka długoterminowa nad osobami starszymi

Sprawowanie opieki pielęgniarzkiej, lekarskiej czy społecznej nad osobami w starszym wieku jest trudną sztuką ze względu na występowanie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych i społeczno-psychologicznych. Niezbędne jest posiadanie szerokiej wiedzy o procesie starzenia się człowieka, implikacjach zdrowotnych zachodzących zmian inwolucyjnych i chorobowych, wiedzy psychologicznej, pedagogicznej, medycznej oraz z zakresu pielęgniarstwa.

Pielęgniarka do realizacji swoich zadań wykorzystuje różne funkcje zawodowe, m.in.: promowanie zdrowia, działania profilaktyczne, usprawnianie, przywracanie i utrzymywanie wydolności funkcjonalnej oraz poprawę

jakości życia osób starszych. Pielęgniowanie osób w podeszłym wieku ma na celu poprawę zachowań zdrowotnych, minimalizację strat i powikłań wynikających ze schorzeń oraz wieku, udział w procesie diagnozowania i leczenia oraz zapewnienie godnego umierania.

Pielęgniarki praktycznie dokonują oceny potrzeb zdrowotnych, diagnozują problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze, oceniają deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, określają wydolność funkcjonalną, planują cele opieki i zadania. Wiele zadań pielęgniarki wynika również z trudnej do realizacji w tej grupie wiekowej funkcji edukacyjnej sprawowanej wobec pacjentów i ich opiekunów. Pielęgniarki samodzielnie prowadzą również poradnictwo zdrowotne. Pielęgniarki pracujące w środowisku naturalnym osób starszych wykonują samodzielnie wiele zadań, współpracując z lekarzem, rehabilitantem, pracownikiem socjalnym i niekiedy z psychologiem.

W krajach o wysokim standardzie opieki zdrowotnej i społecznej pielęgniarki są koordynatorami geriatrycznej opieki domowej i instytucjonalnej. Mają możliwość sprawowania nadzoru merytorycznego nad personelem pomocniczym zapewniającym usługi opiekuńcze. Zadaniem personelu pomocniczego jest natomiast udzielanie pomocy w zakresie podstawowych czynności codziennych, pomoc w poruszaniu się, toalecie, ubieraniu się i spożywaniu posiłków. Obowiązkiem pielęgniarek jest zapewnienie specjalistycznej opieki, nauka pielęgnacji organizowana dla opiekunów, prowadzenie poradnictwa dotyczącego zdrowia i choroby. Taki podział kompetencji wydaje się ze wszech miar słuszny i pożądaný również w warunkach polskich. Stawia to przed pielęgniarstwem nowe wyzwania i zadania.

Osoby starsze, zwłaszcza przewlekle chore, na dłuższy czas stają się odbiorcami świadczeń różnych instytucji opieki zdrowotnej. Najczęściej korzystają z opieki długoterminowej, która może mieć charakter stacjonarny, tj. może być realizowana w ramach zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, albo indywidualnej opieki domowej długoterminowej czy praktyki grupowej długoterminowej opieki domowej.

Opieka instytucjonalna obciąża poważnie budżet państwa i osób indywidualnych. Dostęp do niej jest w Polsce obecnie ograniczony. Należy również liczyć się z psychologicznymi konsekwencjami pobytu, nawet czasowego, pensjonariuszy w tych placówkach. Z tego powodu należałoby zapewnić takim osobom stałą opiekę psychologiczną. Ludzie starsi z wieloma problemami trudno adaptują się do nowych nieznaných warunków życia, a zwłaszcza w instytucji.

Nowe trendy w opiece nad osobami w starszym wieku w Europie

W krajach rozwiniętych dąży się do jak najdłuższego utrzymania osób starszych w warunkach naturalnych środowiska domowego nie tylko ze względu

na wysokie koszty utrzymania instytucji, ale również z powodów wcześniej wymienionych. Prawdą jest, że społeczeństwa dawnej Unii Europejskiej są zdrowsze, a ludzie starsi żyją o kilka lat dłużej w zdrowiu, ponieważ ogólna jakość życia jest wyższa.

W krajach Europy Zachodniej obecnie rozważa się możliwości oraz podejmuje działania zmierzające do udzielania zdalnie przez pielęgniarki i inne wykwalifikowane osoby pomocy osobom przewlekle chorym, ale będącym jeszcze w takiej kondycji, że same lub ich opiekunowie mogą obsłużyć program komputerowy. W krajach tych rozwija się powoli technologia ICT (Information and Communication Technology). W Holandii w 2008 r. podjęto próby wdrożenia programów SCC (Smart Caring Community) i AAL (Ambient Assisting Living). Obydwa programy oparte są na wykorzystaniu technologii ICT.

Program AAL będzie dotowany przez Unię Europejską i obejmie wiele państw, w tym Polskę. Rozwój programu będzie przypadał na lata 2008–2013. Głównym celem programu jest poprawa jakości życia i utrzymanie niezależności osób starszych, przede wszystkim w środowisku zamieszkania. Program na początku obejmie osoby we wcześniejszej fazie starości, czyli między 60. a 70. rż. Motywacją do uruchomienia takiego programu jest problem demograficznie starzejącego się społeczeństwa Europy.

Założenia programu AAL („Rozwój bazy opartej na rozwiązaniach technologii informacyjnej i komunikacyjnej dla profilaktyki i zarządzania działaniami na rzecz starszych i przewlekle chorych ludzi”):

- wydłużenie czasu zamieszkania ludzi starszych we własnym środowisku wraz z rozwojem ich niezależności, samoopieki i mobilności;
- wspieranie utrzymania zdrowia i sprawności funkcjonalnej starszych osób;
- promocja lepszego i zdrowszego stylu życia;
- poprawa bezpieczeństwa oraz profilaktyka izolacji społecznej oraz wspieranie wielofunkcyjnej sieci wokół poszczególnych osób;
- wspieranie opieki oraz rodzin i organizacji opiekuńczych;
- rozwój sprawności i wydajności przy wykorzystaniu zasobów starzejącego się społeczeństwa.

Przy tak ogromnym rozwoju techniki komputerowej podane tu informacje mogą okazać się przydatne już w niedalekiej przyszłości. Przyszli seniorzy za kilka czy kilkanaście lat będą odbiegać od obecnych poziomem zarówno wykształcenia ogólnego, jak i umiejętnością korzystania z różnych nowoczesnych technologii. Pielęgniarstwo powinno być również przygotowane do pełnienia tego rodzaju usług.

Podsumowanie

Stały rozwój i podnoszenie poziomu opieki nad osobami starszymi przyczynia się do stopniowego rozwiązywania występujących obecnie problemów. Więk-

zość aktualnych problemów osób starszych i przewlekle chorych wymaga od zespołu leczącego i opiekującego się podejmowania działań w całości bądź częściowo kompensacyjnych lub wspierająco-edukacyjnych, polegających na wykonaniu czynności, których chory nie jest w stanie wykonać sam, pomaganiu przy pewnych czynnościach oraz poradnictwie. Ważne jest nie tylko rozpoznawanie złożonych problemów, ale również ocena rzeczywistych potrzeb indywidualnych pacjentów oraz całej grupy osób starszych.

W opiece nad pacjentami w starszym wieku zawsze ważna jest i będzie ścisła współpraca pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, psychologów, duchownych, wolontariuszy, pacjentów i ich rodzin. Najmniej rozwinięty jest w Polsce wolontariat na rzecz osób starszych i temu zagadnieniu należałoby poświęcić większą uwagę.

Pytania sprawdzające

1. Jakie problemy zdrowotne oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze pojawiają się u pacjentów w starszym wieku?
2. Jakie są implikacje problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych w życiu codziennym osób starszych przewlekle chorych?
3. Jakie formy pomocy zapewnia opieka zdrowotna i społeczna w Polsce ludziom przewlekle chorym?
4. Jakie nowe rozwiązania dotyczące opieki nad osobami starszymi proponowane są na świecie?

Piśmiennictwo

1. Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R.: *Podręcznik geriatryi*. Urban & Partner, Wrocław 1999.
2. Adamczyk-Tobiasz B.: *Czynniki psychospołeczne warunkujące długość życia osób starszych wiekiem*. Gerontol. Pol., 1997, 5, 31–35.
3. Czerniawska O.: *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*. Wydawnictwo WSHE, 2002, 15–26.
4. Derejczyk J. i wsp.: *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatryi*. Gerontol. Pol., 2005, 13, 15–16.
5. Doroszkiewicz H., Bień B.: *Podstawowa opieka geriatryczna na świecie*. Pielęg. XXI wieku, 2005, 1–2, 93–99.
6. Duda G., Różycka-Cała K., Przysławski J.: *Sposób żywienia a wybrane wskaźniki stanu odżywienia osób w wieku podeszłym*. Nowa Medycyna, 2002, 108, 12, 17–18.
7. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.: *Geriatrya z elementami gerontologii*. Via Medica, Gdańsk 2006.
8. Hasik J.: *Dłuższe życie a właściwe żywienie*. Nowiny Lekarskie, 1999, 68, 1024–1030.

9. Janczewski M.J.: *Korzyści ze stosowania zbilansowanej diety i aktywności ruchowej u ludzi w wieku podeszłym*. Nowa Medycyna, 2002, 108, 12, 34–36.
10. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.): *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
11. Kuczerowska-Gębska A.: *Charakterystyka grupy osób w podeszłym wieku uczestniczących w badaniu zależności między aktywnością a stanem zdrowia*. Przegl. Epidemiol., 2002, 56, 463–470.
12. Kuczerowska-Gębska A.: *Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku*. Przegl. Epidemiol., 2002, 56, 471–477.
13. Ostrowska-Ogórek M., Bartoszek A.: *Zachowania zdrowotne osób starszych*. Pielęgniarka i Położna, 2002, 4, 17–19.
14. Para J. i wsp.: *Regularna aktywność ruchowa u osób starszych związana jest z niższym poziomem fibrynogenu*. Med. Sport., 2005, 21, 327–332.
15. Prączko K., Kostka T.: *Aktywność ruchowa a występowanie infekcji górnych dróg oddechowych u osób w starszym wieku*. Gerontol. Pol., 2005, 13, 195–199.
16. Rószkiewicz M.: *Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych*. Psychogeriatrics Polska, 2006, 3, 1–10.
17. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. GUS, Warszawa 2006.
18. Wagner E.: *Choroby wieku podeszłego i rola leczenia usprawniającego w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej osób w podeszłym wieku*. Kwart. Ortop., 2004, 4, 211–224.
19. Zych A.A.: *Słownik gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
20. Żurawska J., Tokarski Z.: *Promocja zdrowia wśród ludzi starszych*. Pielęgniarka i Położna, 1997, 2, 17–20.