

## Akceptacja choroby a wydolność funkcjonalna pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych

### *Acceptance of the disease and functional capacity of geriatric patients hospitalized in surgical wards*

Mariusz Wysokiński<sup>1</sup>, Wiesław Fidecki<sup>1</sup>, Iwona Agnieszka Gawlik<sup>1</sup>, Irena Wrońska<sup>1</sup>, Dorota Kulina<sup>1</sup>, Kamil Kuszplak<sup>1</sup>, Katarzyna Przylepa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych Uniwersytet Medyczny w Lublinie

### Streszczenie

**Wstęp.** Niezwykle istotnym zagadnieniem w opiece nad osobami starszymi jest jak najdłuższe utrzymanie ich wydolności funkcjonalnej na maksymalnym dla jednostki poziomie. W tym celu niezbędne jest rozpoznanie czynników mogących na nią wpływać. **Cel pracy.** Celem pracy była ocena wpływu akceptacji choroby na wydolność funkcjonalną pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych. **Materiał i metody.** W pracy została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, technika ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z metryczki oraz z dwóch skal standaryzowanych. Do oceny akceptacji choroby posłużyla skala AIS (*Acceptance of Illness Scale*) w adaptacji Z. Juczyńskiego, a wydolność funkcjonalną pacjentów geriatrycznych oceniono za pomocą skali NOSGER (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*). Badania zostały przeprowadzone w marcu oraz kwietniu 2018 roku, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. Kryteria doboru osób do grupy badanej to: wiek powyżej 60 lat, świadoma zgoda na badanie, chory po zabiegu operacyjnym. Kryterium włączenia do badań spełniło 100 respondentów. **Wyniki.** Średni wynik akceptacji choroby wynosi 20,94 punktów. W przypadku skali NOSGER kształtuje się on na poziomie 77,46 punktów. Badania wykazały silną korelację pomiędzy wynikiem akceptacji choroby wg skali AIS a wydolnością funkcjonalną na podstawie skali NOSGER seniorów hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych ( $p < 0,000001$ ). **Wnioski.** Okres który upłynął od operacji nie ma znaczenia dla akceptacji choroby, lecz ma związek z wydolnością funkcjonalną w trzech obszarach skali NOSGER (instrumentalnych aktywności codziennego życia, zachowań socjalnych, pamięci). Mniejsza akceptacja choroby koreluje z mniejszą wydolnością funkcjonalną osób w podszym wieku hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych. *Geriatrics 2019; 13: 211-218.*

*Słowa kluczowe:* akceptacja choroby, wydolność funkcjonalna, pacjent geriatryczny

### Abstract

**Introduction.** An extremely important issue in caring for the elderly is maintaining their functional capacity at the maximum level for the individual as long as possible. In order to achieve it, it is necessary to recognize the factors that may affect the functional capacity. **Aim of the study.** The aim of the study was to assess the impact of disease acceptance on the functional capacity of geriatric patients hospitalized in surgical wards. **Material and methods.** The study uses the diagnostic survey method, which is survey technique. A questionnaire consisting of a metric and two standardized scales were the research tool was. The AIS scale (*Acceptance of Illness Scale*) in the adaptation of Z. Juczyński was used to assess the acceptance of the disease, and the functional capacity of geriatric patients was assessed using the NOSGER scale (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*). The tests were conducted in March and April 2018 at the Independent Public Clinical Hospital No. 4 in Lublin. The criteria for selecting people for the study group are: age over 60, informed consent to the examination, a patient after surgery. 100 respondents met the inclusion criterion. **Results.** The average result of the disease acceptance is 20.94 points. In the case of the NOSGER scale, it is at the level of 77.46 points. Studies have shown a strong correlation between the result of acceptance of the disease according to the AIS scale and functional capacity based on the NOSGER scale of seniors hospitalized in surgical wards ( $p < 0.000001$ ). **Conclusions.** The period that has passed since the

surgery is not significant for the acceptance of the disease, but is related to functional capacity in the three areas of the NOSGER scale (instrumental activities of daily life, social behavior, memory). Lower acceptance of the disease correlates with lower functional capacity of the elderly hospitalized in surgical wards. *Geriatrics 2019; 13: 211-218.*

*Keywords: acceptance of the disease, functional capacity, geriatric patient*

## Wstęp

Akceptacja jest to zdolność pogodzenia się z czymś, zaakceptowanie zaistniałej sytuacji. W literaturze spotykamy się ze stwierdzeniem, iż akceptacja własnej osoby ma ścisły związek z minimalizowaniem negatywnych uczuć związanych z chorobą oraz zmniejszeniem stresu zaistniałego przez chorobę [1-3]. Wydolność funkcjonalna, natomiast jest określana jako umiejętność wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego [4-6]. Można ją utracić z dnia na dzień, przykładowo w przypadku chorób nagłych typu udar, po zabiegu operacyjnym, albo stopniowo przy chorobach przewlekłych, które postępują i się rozwijają. Spadek tej sprawności niejednokrotnie postępuje wraz z wiekiem w wyniku np. wielochorobowości, ale też zmniejszenia aktywności fizycznej. Prowadząc często do konieczności objęcia osób starszych opieką instytucjonalną. Dlatego istotne jest rozpoznanie czynników mogących powodować jak najdłuższe utrzymanie wydolności funkcjonalnej na poziomie umożliwiającym seniorowi samodzielne funkcjonowanie. Stwierdzono bowiem w oparciu o badania przeprowadzone w Japonii na grupie około 600 osób powyżej stu lat, że długowieczność, jest ściśle związana z utrzymywaniem aktywności fizycznej [7].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu akceptacji choroby na wydolność funkcjonalną pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych.

## Material i metody

W pracy została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, technika ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z metryczki oraz z dwóch skal standaryzowanych. Do oceny akceptacji choroby posłużyła skala AIS (*Acceptance of Illness Scale*) w adaptacji Z. Juczyńskiego. Skala ta składa się z 8 pytań. Suma punktów mieści się w granicy od 8 do 40 i odzwierciedla stopień akceptacji choroby przez chorego. Chory

który uzyskał niski wynik charakteryzuje się brakiem akceptacji choroby. Wynik poniżej 30 pkt oznacza słabą akceptację choroby, równy 30-34 – średnią akceptację choroby, równy 35 i więcej bardzo dobrą akceptację choroby [1,2,8].

Wydolność funkcjonalną pacjentów geriatrycznych oceniono za pomocą skali NOSGER (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*). Skalę powinien wypełniać opiekun pacjenta, który ma intensywny kontakt z chorym. Maksymalnie pacjent może uzyskać 150 punktów, minimalnie natomiast 30, przy czym im wyższa ilość punktów tym wydolność funkcjonalna chorego jest gorsza. Skala składa się z 30 pytań. Pytania w skali są podzielone na sześć obszarów takich jak: [P] – pamięć; [IACŹ] – instrumentalne aktywności codziennego życia; [ACŹ] – aktywność codziennego życia; [NE] – nastroje i emocje; [S] – zachowania socjalne; [Z] – zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne [9,10].

Badania zostały przeprowadzone w marcu oraz kwietniu 2018 roku, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. Przeprowadzono je zgodnie z deklaracją Helsińską. Kryteria doboru osób do grupy badanej to: wiek powyżej 60 lat, świadoma zgoda na badanie, chory po zabiegu operacyjnym.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka.

Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta. Porównanie trzech lub czterech grup wykonano przy wykorzystaniu analizy wariancji ANOVA. Sprawdzenie zależności pomiędzy niektórymi zmiennymi oceniono także współczynnikiem korelacji r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Kryterium włączenia do badań spełniło 100 respondentów wśród których 58% stanowiły kobiety,

a 42% to mężczyźni. Wśród ankietowanych 25,00% osób znajdowało się w przedziale wiekowym od 60 do 65 lat, 47,00% od 66 do 79 lat, natomiast 28% to osoby powyżej 80 roku życia. Minimalny wiek badanych to 60 lat, maksymalny zaś 88 lat, średnia wieku była na poziomie 72,5 lat (SD = 8,9). Wśród respondentów 42% mieszkało na wsi, a 58,00% w mieście. 46% respondentów deklaroowało że jest w związku, a 54% były to osoby samotne. Wśród respondentów u 39,00% zabieg operacyjny odbył się w przeciągu ostatnich 7 dni od badania, u 32% w okresie od 8 do 14 dni, a u 29% powyżej 14 dni.

## Wyniki

Średni wynik skali akceptacji choroby wynosi 20,94 punktów na 40 możliwych (Mediana 21,00, SD 7,33). Kobiety gorzej akceptują swoją chorobę niż mężczyźni. Najstarsi badani cechują się najmniejszą akceptacją choroby. Osoby mieszkające na wsi

w niewielkim stopniu wykazują lepszą akceptację choroby w stosunku do ludzi zamieszkujących miasto. Z badań wynika, że osoby w związkach wykazały lepszą akceptację choroby niż osoby samotne. Stwierdzono również, że wraz z upływem czasu od zabiegu operacyjnego zmniejszała się akceptacja choroby przez osoby w wieku starszym. W przypadku wszystkich analizowanych zmiennych nie stwierdzono ich istotnego związku z akceptacją choroby (tabela I).

W skali NOSGER średni wynik w badanej grupie wyniósł 77,46 punktów (SD 23,76). Biorąc pod uwagę wszystkie obszary, wynika że badani najgorzej funkcjonowali w zakresie zachowań socjalnych (14,67 pkt), nieznacznie lepiej w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (14,46 pkt). Osoby ankietowane najlepiej funkcjonowały zaś w zakresie zachowań destrukcyjnych, zakłócających i asocjalnych (10,02 pkt) (tabela II).

Tabela I. Wynik skali AIS uwzględniając analizowane zmienne  
Table I. AIS scale result taking into account the analyzed variables

Analizowana zmienna	AIS			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	t	p
Kobiety	20,82	20,88	7,73	-0,180	0,860
Mężczyźni	21,04	21,10	6,84		
60-65 lat	21,70	22,00	8,35	1,420	0,251
66-79 lat	21,72	22,00	7,29		
80 lat i więcej	18,96	19,00	6,26		
Wieś	21,24	20,50	7,81	0,342	0,734
Miasto	20,72	21,00	7,03		
Samotny	19,68	17,00	7,73	-1,911	0,063
W związku	22,43	22,00	6,61		
				F	p
Mniej niż 7 dni od operacji	22,23	22,00	7,11	2,974	0,062
Od 8 do 14 dni od operacji	21,84	23,00	7,98		
Powyżej 14 dni	18,21	17,00	6,33		

t – test t – studenta; F – analiza wariancji ANOVA; p – poziom istotności; M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe

Tabela II. Wynik skali NOSGER uwzględniając całą grupę badawczą  
Table II. NOSGER scale result taking into account the entire research group

Skala NOSGER		M	Me	SD
Ogólna ocena		77,46	81,50	23,76
ACŻ	Aktywność codziennego życia	13,21	13,00	5,79
IACŻ	Instrumentalne aktywności codziennego życia	14,46	14,00	5,33
NE	Nastroje emocjonalne	13,71	14,00	4,06
Z	Zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne	10,02	9,00	3,96
S	Zachowania socjalne	14,67	15,00	4,84
P	Pamięć	11,39	11,00	4,59

Tabela III. Wynik skali NOSGER a analizowane zmienne  
Table III. NOSGER scale result and the analyzed variables

NOSGER	Płeć		Wiek			Miejsce zamieszkania		Okres od operacji			Stan cywilny	
	Kobiety	Mężczyźni	60-65 lat	66-79 lat	80 i więcej	Wieś	Miasto	< 7 dni	8-14 dni	> 14 dni	Samotny	Związek
Ogólny wynik	77,28	77,71	73,10	74,26	86,75	77,00	77,79	75,36	84,22	72,80	80,43	73,98
Me	80,00	82,00	70,00	72,00	90,50	72,00	82,00	78,00	87,50	70,00	82,50	74,00
SD	21,90	26,39	28,90	22,20	19,00	23,17	24,38	23,65	21,80	25,11	24,69	22,39
			<b>F = 3,121</b>			<b>t = -0,160</b>		<b>F = 2,040</b>			<b>t = 1,361</b>	
			<b>p = 0,049</b>			<b>p = 0,870</b>		<b>p = 0,136</b>			<b>p = 0,178</b>	
ACŻ	13,03	13,45	12,04	12,49	15,46	12,04	12,49	12,28	13,88	13,72	14,13	12,13
Me	13,00	12,50	9,00	11,00	14,50	12,50	14,00	12,00	14,00	13,00	13,50	10,00
SD	5,45	6,31	6,37	5,72	4,90	6,37	5,72	5,25	5,69	6,60	5,71	5,77
			<b>F = 3,118</b>			<b>t = 3,118</b>		<b>F = 0,821</b>			<b>t = 1,742</b>	
			<b>p = 0,049</b>			<b>p = 0,049</b>		<b>p = 0,443</b>			<b>p = 0,086</b>	
IACŻ	14,79	14,00	12,92	14,02	16,57	12,92	14,02	13,72	16,44	13,28	15,56	13,17
Me	14,00	14,50	12,00	14,00	17,00	15,50	14,00	13,00	16,50	15,00	15,50	12,50
SD	5,32	5,37	5,69	4,76	5,45	5,69	4,76	5,29	4,84	5,47	5,88	4,32
			<b>F = 3,573</b>			<b>t = 3,573</b>		<b>F = 3,457</b>			<b>t = 2,274</b>	
			<b>p = 0,032</b>			<b>p = 0,032</b>		<b>p = 0,035</b>			<b>p = 0,025</b>	
NE	13,55	13,93	13,36	13,57	14,25	13,36	13,57	13,23	14,56	13,41	13,83	13,57
Me	14,00	14,00	13,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	15,00	13,00	14,00	13,00
SD	4,09	4,08	4,36	4,26	3,53	4,36	4,26	3,67	4,60	3,94	4,21	3,94
			<b>F = 0,361</b>			<b>t = 0,361</b>		<b>F = 1,051</b>			<b>t = 0,333</b>	
			<b>p = 0,698</b>			<b>p = 0,698</b>		<b>p = 0,354</b>			<b>p = 0,744</b>	
Z	9,34	10,95	10,76	9,23	10,68	10,76	9,23	10,10	10,38	9,52	9,65	10,46
Me	8,00	10,00	8,00	9,00	11,00	7,00	10,00	8,00	9,50	9,00	8,00	9,50
SD	3,29	4,63	5,39	3,09	3,69	5,39	3,09	4,46	3,65	3,67	4,04	3,87
			<b>F = 1,770</b>			<b>t = 1,770</b>		<b>F = 0,365</b>			<b>t = -1,021</b>	
			<b>p = 0,176</b>			<b>p = 0,176</b>		<b>p = 0,695</b>			<b>p = 0,312</b>	





Tabela IV. Wyniki korelacji r-Pearsona pomiędzy akceptacją choroby a wydolnością funkcjonalną pacjentów geriatrycznych leczonych na oddziałach zabiegowych

Table IV. Pearson's correlation results between disease acceptance and functional capacity of geriatric patients treated in surgical wards

Analizowana zmienna		AIS	
		F	P
NOSGER (średnia)		-0,5452	0,000001
ACŻ	Aktywność codziennego życia	-0,6371	0,000001
IACŻ	Instrumentalne aktywności codziennego życia	-0,5864	0,000001
NE	Nastroje emocjonalne	-0,4738	0,000001
Z	Zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne	-0,1239	0,219
S	Zachowania socjalne	-0,5254	0,000001
P	Pamięć	-0,2538	0,011

powanie istotnej zależności pomiędzy upływem czasu od operacji a punktacją uzyskaną w skali NOSGER w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia go ( $p = 0,035$ ), zachowań socjalnych ( $p = 0,035$ ) oraz w zakresie pamięci ( $p = 0,046$ ) (tabela III).

Badania wykazały silną korelację ujemną pomiędzy wynikiem akceptacji choroby wg skali AIS, a wydolnością funkcjonalną w skali NOSGER ( $p < 0,000001$ ). Stwierdzono, że im wyższa punktacja uzyskana na podstawie skali AIS, tym niższa punktacja w skali NOSGER, a co za tym idzie – im wyższa akceptacja choroby, tym wyższa wydolność funkcjonalna ankietowanych. Jedynie w zakresie zachowań destrukcyjnych, zakłócających i asocjalnych nie ma istotnej korelacji (tabela IV).

## Omówienie

Stopień sprawności osób w podeszłym wieku w znacznym stopniu jest zależny od procesu starzenia się danej jednostki, występowania chorób współistniejących, stylu życia oraz czynników społeczno-środowiskowym które wystąpiły w życiu seniora.

Z przeprowadzonych badań wynika, że średni wynik respondentów w skali AIS to 20,94 pkt, co świadczy o niskiej akceptacji choroby wśród pacjentów geriatrycznych. Wyniki te są zbliżone z wynikami badań Juczyńskiego, u którego utrzymywały się w granicach 25,35 pkt (SD = 6,03) [11]. Wyniki badań własnych można również porównać z wynikami uzyskanymi przez Józefowską i Majdę, które badały osoby z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W ich badaniach wskaźnik akceptacji choroby był na średnim poziomie i wynosił 20,6 pkt [12]. Również w badaniach Kwiatkowskiej wykazano średni poziom akceptacji

choroby seniorów mieszkający w DPS (17,20 pkt) oraz poza DPS (23,73 pkt) [13].

Badane kobiety słabiej akceptowały chorobę, niż mężczyźni. Podobny wynik uzyskali seniorzy w innych badaniach [13]. Natomiast Józefowska i Majda otrzymały odmienny wynik, w ich badaniach kobiety uzyskały statystycznie wyższy wskaźnik akceptacji choroby, ale badania były przeprowadzane w przedziale wiekowym 51-60 lat [12]. Podobnie Kunikowska i wsp. uzyskali wyniki lepszej akceptacji choroby wśród kobiet po alloplastyce stawu biodrowego [14].

Z niniejszych badań wynika, że osoby zamieszkujące tereny wiejskie wykazują wyższą akceptację choroby w stosunku do osób mieszkających w mieście, różnica ta jest niewielka i nieistotna statystycznie. Wynik ten nie potwierdza się z badaniami przeprowadzonymi na Oddziale Chirurgicznym w których czynnik miejsca zamieszkania istotnie korelował z akceptacją choroby. Osoby mieszkające na wsi wykazywały bowiem w nich niższą akceptację swojego stanu zdrowia [15].

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ocena wydolności funkcjonalnej na podstawie skali NOSGER osiąga średni poziom 77,46 punktów, odchylenie standartowe 23,76. Respondenci najgorsze wyniki uzyskali w zakresie zachowań socjalnych (14,67) i instrumentalnych aktywności życia codziennego (14,46). Wyniki te są zbliżone do wyników Głowackiej i wsp. w których oceniano wydolność funkcjonalną seniorów w środowisku domowym [16]. Nieznacznie lepsze wyniki uzyskano w zakresie nastroju i emocji (13,71) oraz aktywność codziennego życia (13,21). Najlepsze wyniki ankietowani uzyskali w zakresach zachowań destrukcyjnych, zakłócających

i asocjalnych (10,02) oraz w zakresie pamięci (11,39). W badaniach Wysokińskiego i wsp. poświęconych pacjentom geriatrycznym przebywającym w zakładach opieki długoterminowej uzyskano wynik w skali NOSGER 73,95 (SD = 19,64), co jest porównywalne z niniejszymi badaniami. Dość podobnie również rozłożyły się wyniki w poszczególnych obszarach. W obu badaniach ankietowani najgorzej wypadają w zakresie zachowań socjalnych oraz instrumentalnych aktywności życia codziennego, najlepiej zaś wypadają w zakresie zachowań zakłócających i pamięci [17].

Badania nie wykazały istotnego związku pomiędzy ogólnym wynikiem w skali NOSGER, a płcią. Potwierdzają to też badania Wysokińskiego i wsp. oraz Głowackiej i wsp. [16,17]. W niniejszych badaniach istnieje jedynie zależność w zakresie zachowań destrukcyjnych ( $p = 0,045$ ). Kobiety wykazywały mniejsze zachowania destrukcyjne (9,34), niż mężczyźni (10,95).

W badaniach własnych stwierdzono zależność pomiędzy stanem funkcjonalnym pacjentów, a ich wiekiem. Osoby w wieku od 60 do 65 lat osiągały ogólną ilość punktów 73,10, osoby w wieku od 66 do 79 lat 74,26, natomiast osoby powyżej 80 roku życia osiągały najwyższy wynik 86,75 co świadczy o najgorszej wydolności funkcjonalnej wśród badanych. Podobne zależności w swoich badaniach przedstawili Fidecki i wsp. Autorzy badali kobiety w wieku geriatrycznym przebywające w środowisku domowym. Kobiety w wieku 75-89 lat wykazywały gorszą wydolność funkcjonalną, niż kobiety w wieku 65-74 lat [18].

Z badań własnych wynika, że respondenci mieszkający na terenach wiejskich wykazują lepszą wydolność funkcjonalną niż osoby mieszkające w mieście lecz wyniki nie były istotne statystycznie ( $p = 0,870$ ). Jest to zbliżone z badaniami Fideckiego i wsp. które wykazały, iż kobiety mieszkające na wsi miały lepszą wydolność funkcjonalną (50,18), w porównaniu z kobietami z miasta (56,70) [18].

Z badań wynika, że osoby samotne uzyskały gorszy wynik ogólny w skali NOSGER niż osoby w związkach. Różnica ta jednak nie ma znaczenia statystycznego ( $p = 0,178$ ). Wyniki te można porównać

z wynikami Wysokińskiego i wsp., którzy stwierdzili, że pacjenci w związkach lepiej funkcjonowali od chorych samotnych [17].

Po przeprowadzeniu korelacji r-Pearsona stwierdzono silną zależność pomiędzy skalą AIS i NOSGER. Analiza wykazuje, że im niższa punktacja uzyskana w skali AIS, tym wyższa punktacja w skali NOSGER. Wraz ze obniżeniem akceptacji choroby maleje wydolność funkcjonalna pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych.

## Wnioski

1. Akceptacja choroby osób w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych była niska.
2. Wydolność funkcjonalna osób w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych kształtowała się na średnim poziomie.
3. Akceptacja choroby jaki i wydolność funkcjonalna maleje wraz z wiekiem osób w podeszłym wieku hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych
4. Okres który upłynął od operacji nie ma znaczenia dla akceptacji choroby, lecz ma związek z wydolnością funkcjonalną w trzech obszarach skali NOSGER (instrumentalnych aktywności codziennego życia, zachowań socjalnych, pamięci).
5. Mniejsza akceptacja choroby koreluje z mniejszą wydolnością funkcjonalną osób w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Mariusz Wysokiński  
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
ul. Staszica 4/6; 20-081 Lublin  
☎ (+48 81) 448 68 01  
✉ mariuszwysokinski@umlub.pl

**Piśmiennictwo / References**

1. Kowalska J, Wolny K, Kobyłańska M i wsp. Stopień akceptacji choroby a stan funkcjonalny pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym. *Geriatría*. 2015;9:3-9.
2. Mazurek J, Lurbiński J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2014;XXXVI (212):106-108.
3. Strugała M, Talarowska D. Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
4. Bartoszek A, Siemko E, Kachaniuk H i wsp. Analiza czynników określających poziom wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013;19(2):147-152.
5. Doroszkiewicz H, Sierakowska W, Lewko J. i wsp. Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014;22(3):258-264.
6. Muszałik M, Zielińska-Więczkowska H, Wojciechowska A. i wsp. Funkcjonowanie pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w aspekcie jakości życia (QOL). *Psychogeriatría Polska*. 2001;8(2):45-54.
7. Skubiszewska A, Wodzyńska K, Szybalska A i wsp. Ocena sprawności funkcjonalnej warszawskich stulatków w zakresie podstawowych czynności życia codziennego – wyniki wstępne. *Gerontologia Polska*. 2014;3:151-155.
8. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W. i wsp. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa*. 2009;17(3):178-183.
9. Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Wspólne tematy*. 2005;1:3-9
10. Fidecki W, Wysokiński M. Zastosowanie skali NOSGER w praktyce pielęgniarskiej. W: *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*. Wyd. Raabe, Warszawa 2008.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologii*, Warszawa 2012:168-172.
12. Józefowska H, Majda A. Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POChP. *Onkologia Info*. 2010;VII(1):11-18.
13. Kwiatkowska GE. Satysfakcja z życia a poziom akceptacji choroby przez osoby starsze. *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska. Sectio J*. 2018;XXXI(3):3133-325.
14. Kunikowska B, Lewandowska M, Glińska J i wsp. Analiza porównawcza jakości życia chorych z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu. *Kwart Ortop*. 2011;4:329.
15. Lelonek M, Kaczmarczyk I.B. Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Studia Medyczne*. 2011;24(4):45-54.
16. Wysokiński M, Fidecki W, Wrońska I i wsp. Ocena stanu psychofizycznego osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu. *Hygeia Public Health*. 2012;47(3):350-353.
17. Głowacka M, Brudzińska I, Kornatowski T i wsp. Wydolność funkcjonalna seniorów w środowisku domowym wg skali NOSGER. *Gerontologia Polska*. 2017;25:242-247.
18. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską wśród kobiet w podeszłym wieku. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009;17(4):277-282.