** Wydział Nauki o Zdrowiu **

**Warszawski Uniwersytet Medyczny**

**Konferencja Naukowo – Szkoleniowa**

***Wielowymiarowość opieki   
nad człowiekiem w podeszłym wieku***

**Warszawa 20 września 2018r**.

**Centrum Biblioteczno-Informacyjne (CBI) sala 8**

**Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**przy ul. Żwirki i Wigury 63**

**Warszawa**

**ORGANIZATORZY**

*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego WUM w Warszawie*

*Klinika Geriatrii WUM w Warszawie*

**PARTNERZY ORGANIZACYJNI**

*Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie*

*Katedra i Klinika Geriatrii CM UMK w Bydgoszczy*

*Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM UMK   
w Bydgoszczy*

**PATRONAT HONOROWY**

**JM Rektor**

**Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś**

**Warszawa 2018**

**9.00-10.00** rejestracja uczestników

**8.30-9.20 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW**

Hol główny CBI – parter

**CBI Sala 8**

**9.20** *Powitanie uczestników*

***Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska***

***Prof. dr hab. Jacek Imiela***

**WYKŁAD INAUGURACYJNY**

**9.30 – 10.00**

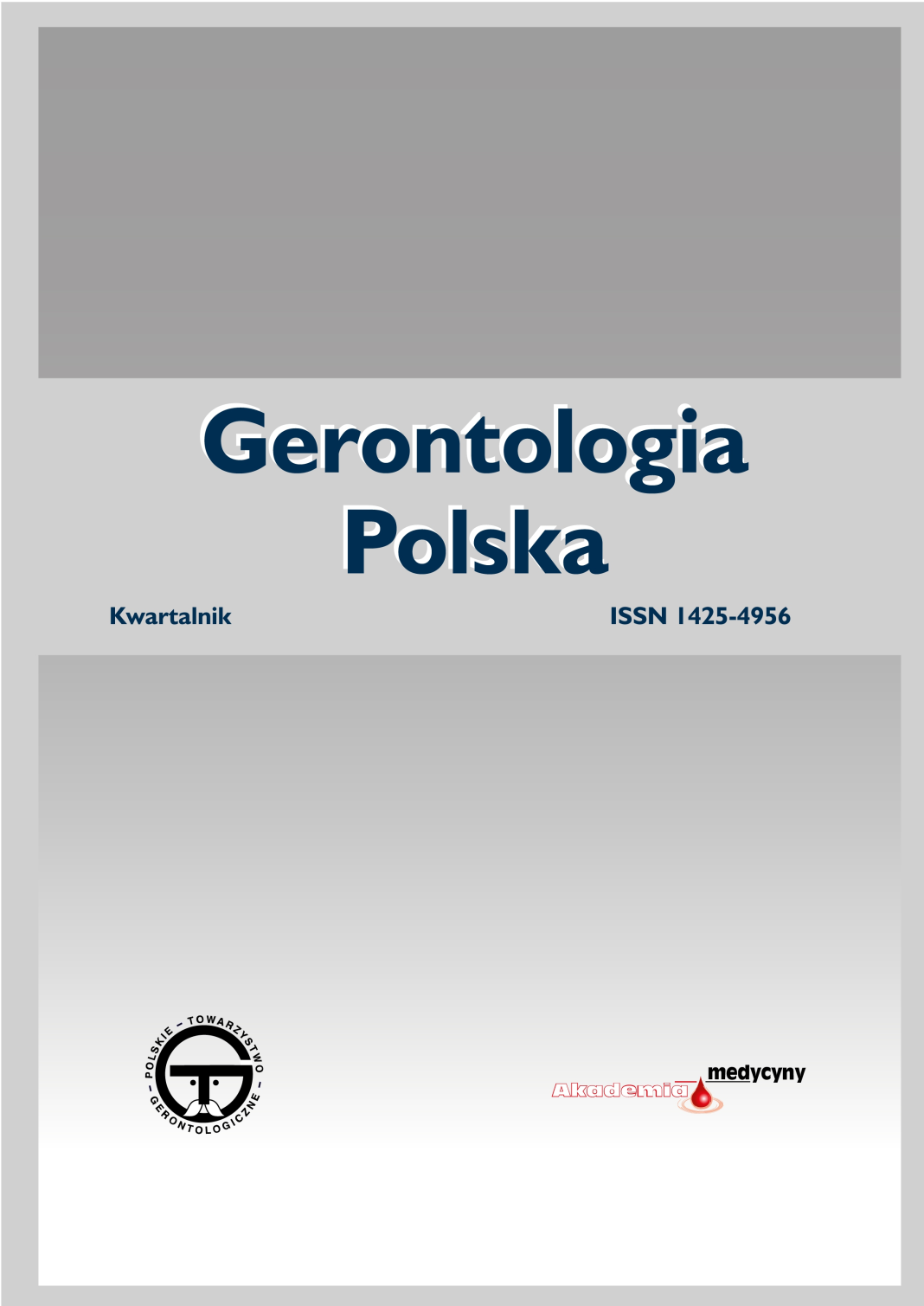
**„Starość i medycyna – spojrzenie humanistyczne”**

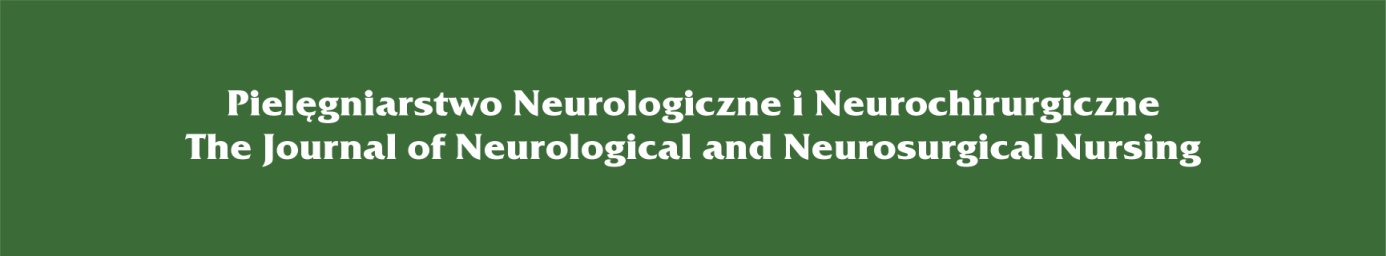
**Prof. dr hab. Jacek Imiela**

*Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego WUM,   
Prezes Towarzystwa Internistów Polskich,   
Krajowy Konsultant w Dziedzinie Chorób Wewnętrznych*

**Warszawa 2018**

**PATRONAT MEDIALNY**

****

****

**E:\Konferencja geriatryczna Warszaw 2018\Geriatria logo.jpg**

****

**Warszawa 2018**

***PROGRAM***

**10.00 - 11.00 Sesja plenarna (CBI, sala 8)**

**Prof. dr hab. Robert Rudowski** „Problem wykluczenia cyfrowego seniorów”

**Dr n. med. Ewa Kądalska** „Efektywność opieki nad osobami w starszym wieku - nadchodzące wyzwania, dobre praktyki” *(Klinika i Poliklinika Geriatrii Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Geriatrycznego)*

**Marta Leszczyńska** „Naco warto zwrócić uwagę w żywieniu osób w wieku podeszłym?” *(Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o.)*

**Elżbieta Luty** „Gloup dla pacjentów z zaburzeniami połykania- łatwe i bezpieczne przyjmowanie leków doustnych” *(Noviere S.r.o.- Sp. z o.o.)*

**11.00 - 11.30** PRZERWA KAWOWA

**11.30 - 13.30**  **Sesje równoległe (1 i 2)**

**11.30 - 13.30**  **Sesja 1: Medyczne aspekty wieku podeszłego ( CBI, sala 8)**

**Przewodniczą:**

*Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, Prof. dr hab. Jacek Imiela,  
 dr n. med. Katarzyna Broczek*

**prof. dr hab. med. Włodzisław Kuliński** „Wykorzystanie metod hydrobalneologicznych   
w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia u osób starszych” (*1Klinika Rehabilitacji WIM  
 w Warszawie, 2Zakład Medycyny Fizykalnej Uniwersytetu JK w Kielcach)*

**prof. dr hab. med. Włodzisław Kuliński** „Fizjoterapia w profilaktyce niepełnosprawności   
u osób w wieku podeszłym” (*1Klinika Rehabilitacji WIM w Warszawie, 2Zakład Medycyny Fizykalnej Uniwersytetu JK w Kielcach)*

**Jakub Husejko, mgr Alina Jaroch, Daria Bieniek** „Analiza składu ciała oraz aktywności fizycznej u osób starszych, mierzonej testami fizjoterapeutycznymi” *(Katedra i Klinika Geriatrii, CM UMK w Bydgoszczy)*

**lek. Leszek Warsz, lek. Marika Guzek, lek. Paweł Żuk, lek. med. Artur Prusaczyk** „Wybrane skale oceny geriatrycznej w praktyce personelu medycznego” *(Centrum Medyczno-Diagnostyczne sp. z o.o. Siedlce)*

**dr n. med. Adrianna Maria Borowicz** „Test „Wstań i idź” dla potrzeb oceny ryzyka upadku i efektów rehabilitacji osób starszych”*(Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimiery Milanowskiej w Poznaniu, Pracownia Geriatrii i Gerontologii)*

**dr n. med. Elżbieta Kozak-Szkopek** „Łagodne zaburzenia poznawcze w ocenie geriatrycznej” *(Klinika Geriatrii, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**dr n. med. Emilia Majsiak1, Magdalena Choina1, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Buczyłko2** *„*Uczulenie na alergeny wziewne i pokarmowe u osób starszych” (*1Polsko-Ukraińska Fundacja Rozwoju Medycyny, Lublin ,2NZOZ Centrum Alergologii, Łódź)*

**mgr Małgorzata Chmielewska, dr hab. prof. UTH Mariusz Jędrzejko** „Nadużywanie leków OTC przez osoby starsze. Zjawisko, konsekwencje, uwarunkowania, delegacje dla profilaktyki” *(Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu)*

**dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński1, mgr Monika Bieniak1, mgr Agnieszka Witkowska2, dr n. med. Wiesław Fidecki1**, **mgr Kamil Kuszplak1** „Analiza zachorowań na raka trzonu macicy w Kielcach” **(***1Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach)*

**Anna Niżyńska1, Klaudia Bandoła1, Kinga Bandoła1, dr. n. o zdr. Mariola Janiszewska2, mgr. Aneta Kamińska3** „Jakość życia osób starszych stosujących ruchome uzupełnienia protetyczne” (*1Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 3Zakład Profilaktyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie)*

**Patrycja Ozdoba1, Olga Ratajewska1, Ewelina Nadzieja1, dr n. o zdr. Mariola Janiszewska2** „Główne przyczyny zaburzeń mowy w fizjologicznym procesie starzenia się” *(1Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego   
w Lublinie, 2Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie)*

**dr n. o zdr. Grażyna Kozak1, Aleksander Pączkowski2** „Problematyka Euro-seniora   
w Polsce” ***(****1Zakład Teorii Pielęgniarstwa Akademia Humanistyczno Ekonomiczna w Łodzi, 2Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie)*

**Dr inż. Jerzy Kołakowski** „Nowoczesne technologie wspierające osoby z zaburzeniami poznawczymi - projekt IONIS” *(Zakład Radiokomunikacji, Instytut Radioelektroniki, Wydział Elektroniki i Technik Informacyjnych, Politechnika Warszawska)*

**Ewelina Nadzieja1, Olga Ratajewska1, Patrycja Ozdoba1, dr n. o zdr. Mariola Janiszewska2** „Znaczenie suplementów diety w procesie starzenia się” *(1Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, 2Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**13.30 – 14.00 Dyskusja**

**11.30-13.30**  **Sesja 2: Geriatryczna opieka pielęgniarska (CBI, sala 119)**

**Przewodniczą:**

*dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński, dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz, dr n. med. Wiesław Fidecki*

**dr n. hum. Rafał Maciąg** „Samoocena stanu zdrowia Polaków po 65 roku życia na tle wybranych krajów Europy”*(Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**dr n. med. Mariola Głowacka1, dr n. med. Beata Haor2, dr n. med. Paulina Zabielska3, dr n. o zdr. Monika Biercewicz4, prof. dr hab. n o zdr. Beata Karakiewicz3** „Przygotowanie studentów kierunku pielęgniarstwo do sprawowania opieki nad pacjentem geriatrycznym w kontekście efektów kształcenia” (*1Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, 2Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, 3Pomorski Uniwersytet Medyczny, 4Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu)*

**dr n. med. Wiesław Fidecki1, dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński1, prof. dr hab. Irena Wrońska1, prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska2, dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz3, dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz4, dr n. med. Dorota Kulina1** „Pielęgniarska ocena pacjentów w podeszłym wieku” (*1Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2Katedra i Klinika Geriatrii, CM UMK   
w Bydgoszczy, 3Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM UMK w Bydgoszczy, 4Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, WUM w Warszawie)*

**dr n. o zdr. Aneta Kościołek1, Piotr Pawłowski2, mgr Klaudia Jakubowska1,   
dr n. med. Iwona Adamska-Kuźmicka1** „Wielkie Problemy Geriatryczne w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku – analiza kazusów klinicznych” (*1Zakład Podstaw Pielęgniarstwa  
 i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2Student kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie)*

**mgr Krzysztof Fudali, dr n. o zdr. Anna Fąfara, mgr Anna Krakowiak, dr n. med. Małgorzata Marć** „Ocena opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a całościowa opieka pielęgniarska w opinii seniorów rzeszowskich szpitali klinicznych” *(Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski)*

**dr n. hum. Małgorzata Marcysiak1, dr n. med. Agnieszka Bukowska1, mgr Katarzyna Korycińska-Koniczuk1, mgr Miłosz Marcysiak2**„Zaangażowanie członków rodziny   
w opiekę nad osobą starszą” *(1Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie,2Zakład Pracy Socjalnej, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa   
w Ciechanowie)*

**mgr Dorota Trybusińska, mgr Aneta Musiał, dr hab. n. o zdr. Agnieszka Saracen** „Samotność starszych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej” *(Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej UTH w Radomiu)*

**dr n. med. Małgorzata Wojciechowska1, mgr Aldona Pawlik2, dr n. o zdr. Elżbieta****Antos1**„Problemy rodzin opiekujących się Chorymi z demencją w środowisku domowym” *(1Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, 2Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Katedra Pielęgniarstwa)*

**dr n o zdr. Beata Dziedzic¹, dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz¹, prof. dr hab. Jacek Imiela¹, dr n. med. Wiesław Fidecki², dr n. o zdr. Anna Leńczuk-Gruba¹, dr n. o zdr. Ewa Kobos¹, mgr Barbara Knoff¹, dr n. o zdr. Mariola Pietrzak¹, dr n. o zdr. Grażyna Wójcik¹, dr n. o zdr. Anna Idzik¹** „Wpływ edukacji dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca na zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym” ***(¹****Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu WUM****,*** *²Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie)*

**Aleksandra Werłos1, Aleksandra Uzar1, mgr Patrycja Ostrogórska2, dr n. med. Barbara Prażmowska2**„Rola położnej w opiece nad kobietą w okresie senium” *(1Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Neonatologicznego, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa   
i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, 2Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie)*

**mgr Kamil Kuszplak, dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński, mgr Barbara Kuszplak,   
dr n. med. Wiesław Fidecki, dr n. med. Dorota Kulina, mgr Monika Bieniak** „Poziom akceptacji choroby i samoocena zadowolenia z życia pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych” *(Zakład Podstaw Pielęgniarstwa   
i Dydaktyki Medyczne,j Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie)*

**dr n. o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska¹, mgr Joanna Wierzbicka², mgr Aneta Jędrzejewska³, mgr Aneta Elżbieta Stępień4** „Postawy personelu pielęgniarskiego wobec umierania i śmierci pacjenta” *(¹Radomska Szkoła Wyższa w Radomiu, ²Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, WOZiNH PWSZ w Ciechanowie, ³Radomski Szpital Specjalistyczny   
w Radomiu, 4Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim)*

**mgr Karolina Filipska1, mgr Anna Antczak-Komoterska1, dr n. o zdr. Monika Biercewicz2, prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska2** „Diagnoza oraz opinia na temat zjawiska przemocy w percepcji osób w podeszłym wieku”(*1Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK  
 w Toruniu, 2Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK   
w Toruniu)*

**mgr Anna Wiśniewska1, dr n. o zdr. Paweł Chruściel2, mgr Klaudia Jakubowska2 „**Różnice w percepcji wsparcia społecznego wśród seniorów ze środowiska wiejskiego przebywających w DPS i ZOL” (*1Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie)*

**dr n. o zdr. Grażyna Dykowska*1*, dr hab. n. o zdr. Aleksandra Czerw*1*, mgr Ewa Niemczyk2, dr n. praw. Anna Augustynowicz*1,* dr n. o zdr. Zofia Sinkiewicz, mgr Rafał Szpakowski*4*** „Wydatki gospodarstw domowych na leki na przestrzeni 2006-2016 lat jako element bezpieczeństwa pacjenta” *(1Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny,* ***2****II Wydział Lekarski z oddziałem Fizjoterapii, 3Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 4Zakad Zdrowia Publicznego Wydział Nauki   
o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**13.30 – 14.00 Dyskusja**

**zna**

**SESJA E-POSTERÓW**

**14.00-14.45 (CBI, sala 8)**

**Przewodniczą:** *dr n. o zdr. Monika Biercewicz,**dr n. o zdr. Beata Dziedzic,   
dr n. o zdr. Ewa Kobos, dr n. o zdr. Anna Leńczuk-Gruba*

**dr n. o zdr. Magdalena Strugała, dr n. biol. Dorota Talarska, mgr Karolina Zielińska, mgr Patrycja Talarska, dr n. biol. Maria Stachowska** „Jakość życia opiekunów osób starszych” *(Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)*

**mgr Agnieszka Komorowska1,2, dr n. med. Beata Haor3, dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz3** „Interdyscyplinarna opieka nad pacjentką z chorobą Alzheimera w domu pomocy społecznej” *(1Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie,2Instytut Nauk   
o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, 3Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego   
i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)*

**dr n. med. Iwona Adamska-Kuźmicka, dr n. o zdr. Aneta Kościołek, dr n. med. Lilla Walas, dr n. med. Agnieszka Sadurska** „Całościowa ocena geriatryczna w opiece pielęgniarskiej” *(Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny   
w Lublinie)*

**dr n. o zdr. Monika Biercewicz, prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska** „Ocena ryzyka upadków pacjentów geriatrycznych na podstawie testu Up&Go” (*Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)*

**mgr fizj. Paweł Sienkiewicz1, lek. med., mgr fizj. Wojciech Konarski1, 2** „Usprawnianie seniora po udarze mózgu w środowisku domowym” *(1Centrum Rehabilitacji Medycznej   
w Legionowie, 2Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie)*

**mgr fizj. Paweł Sienkiewicz, lek. med., mgr fizj. Wojciech Konarski1, 2** „Rola fizjoterapii   
w profilaktyce osteoporozy” *(1Centrum Rehabilitacji Medycznej w Legionowie, 2Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie)*

**dr n. o zdr. Iwona Repka1, dr n. med. Grażyna Puto1, dr Patrycja Zurzycka1, mgr Marlena Padykuła1, mgr Ewelina Pawlik2**„Weryfikacja bólu wśród osób starszych” (*1Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, 2Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa – Absolwent)*

**dr n. o zdr. Iwona Repka, dr n. med. Grażyna Puto, dr Patrycja Zurzycka,   
dr Marlena Padykuła, mgr Ewelina Pawlik** „Weryfikacja bólu wśród osób starszych” *(Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa)*

**dr n. med. Grażyna Puto1, dr n. o zdr. Iwona Repka1, dr Patrycja Zurzycka1,   
Lucyna Ścisło1, dr Elżbieta Walewska1,dr n. o zdr. Ewa Kawalec-Kajstura1,   
mgr Dominika Skrzypoń*2*** *„*Akceptacja choroby przewlekłej a nasilenie problemów psychospołecznych osób starszych” (*1Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie ,2Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie – Absolwent)*

**dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz,  dr n. o zdr. Beata Dziedzic,  mgr Barbara Knoff,   
dr n. o zdr. Mariola Pietrzak, dr n. o zdr. Ewa Kobos, dr n. o zdr. Anna Leńczuk - Gruba** „Adaptacja osoby starszej przebywającej w szpitalu do warunków domowych” (*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**lic. piel. Patrycja Pielak1,dr n. o zdr. Ewa Kobos2** „Opieka pielęgniarska nad pacjentem   
w wieku podeszłym chorującym na zatorowość płucną” *(1Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz1, dr n. med. Wiesław Fidecki2,  mgr Katarzyna Kucharska***3***, dr n. o zdr. Beata Dziedzic1,  dr. n. o zdr. Grażyna Wójcik1, dr n. o zdr. Anna Idzik1, , dr. n. o zdr Grażyna Dykowska***4***, dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński2** „Rola pielęgniarki w opiece nad seniorem z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy (1*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 3Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 4Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**Monika Mazurkiewicz, dr n. zdr. Aneta Kościołek, Piotr Pawłowski** „Studium przypadku pacjenta geriatrycznego z chorobą nowotworową – porównanie diagnoz tradycyjnych   
z ICNP” (*Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie )*

**Paweł Kapica, dr n. zdr. Aneta Kościołek, dr n. med. Iwona Adamska-Kuźmicka,   
dr n. med. Agnieszka Sadurska, dr n. med. Lilla Walas** „Wybrane diagnozy pielęgniarskie w klasyfikacji NANDA u pacjenta geriatrycznego z nadczynnością tarczycy” (*Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie )*

**Monika Krupa, Piotr Pawłowski, dr n. o zdr. Aneta Kościołek, dr n. med. Iwona Adamska-Kuźmicka, mgr Klaudia Jakubowska** „Wybrane diagnozy pielęgniarskie   
w klasyfikacji ICNP u pacjenta geriatrycznego po przebytym udarze mózgu” (*Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie )*

**Magdalena Zawidzka, Elżbieta Nazar, Marta Kamińska, dr n. med. Beata Haor** „Szczepienia seniorów- profilaktyka chorób zakaźnych na przykładzie szczepienia przeciw grypie” (*Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku)*

**Lic. piel. Zuzanna Wiśniewska1, dr n. o zdr. Ewa Kobos2, dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz2** „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wieku starszym z neuroboreliozą” *(1Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz1, mgr Agnieszka Jaśkiewicz2, dr n. med. Wiesław Fidecki*3*, dr n. o zdr. Ewa Kobos1, dr n. o zdr. Józefa Czarnecka4, dr n. rol. Beata Sińska*5*,   
dr n. o zdr. Beata Dziedzic1, dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński*3*** „Żywienie osób starszych hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych”*(1Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2Stacjonarne studia II stopnia - absolwent, kierunek studiów Pielęgniarstwo, 3Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 4Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny,* ***5****Zakład Żywienia Człowieka, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny)*

**Izabela Kulikowska1, mgr Barbara Knoff2** „**Standard Opieki nad Seniorem**” *(*1Koło Naukowe Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, 2Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*)*

**PODSUMOWANIE i ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI**

**14.45 - 15.00. *(CBI sala 8)***

**„Współpraca członków zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu problemów medycznych osób w starszym wieku”**

**dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz, dr n. med. Wiesław Fidecki**

*1Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny,*

*2Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa,   
 Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Warszawa 2018**

***STRESZCZENIA***

**Problem wykluczenia cyfrowego seniorów**

**Robert Rudowski**

e-mail: [Robert.Rudowski@wum.edu.pl](mailto:Robert.Rudowski@wum.edu.pl)

**Streszczenie**

Problem wykluczenia cyfrowego seniorów jest problemem interdyscyplinarnym , który stanowi przedmiot zainteresowania nauk medycznych, technicznych, ekonomicznych   
i społecznych. Wiąże się on z budową społeczeństwa informacyjnego. W pracy przedstawiono definicje wykluczenia społecznego i powiązanego się z nim wykluczenia cyfrowego (digital divide). Podano możliwe przyczyny wykluczenia: techniczne, mentalne   
i ekonomiczne. Powszechnie stosowanym wskaźnikiem wykluczenia jest procent seniorów korzystających z Internetu , np. raz w tygodniu. Polska plasuje się pod tym względem poniżej średniej wśród krajów europejskich. Środki zaradcze zapobiegające wykluczeniu są różne   
i mogą być adresowane tak, aby usunąć wymienione wcześniej przyczyny. Obejmują one szereg przedsięwzięć edukacyjnych, np. kursy podstaw Internetu dla seniorów. Zdaniem autora pojęcie wykluczenia cyfrowego można rozszerzyć na brak dostępu do urządzeń cyfrowych monitoringu i czynnego zapobiegania zdarzeniom niepożądanym. Jako przykład podano urządzenie do zapobiegania skutkom upadku. Jest ono istotne ze względu na skalę takich zdarzeń i ich bardzo poważne konsekwencje dla seniorów.

**Słowa kluczowe: s**enior, wykluczenie cyfrowe

**Wykorzystanie metod hydrobalneologicznych w profilaktyce i leczeniu**

**chorób układu krążenia u osób starszych**

**Włodzisław Kuliński1,2**

*1Klinika Rehabilitacji WIM w Warszawie*

*2Zakład Medycyny Fizykalnej Uniwersytetu JK w Kielcach*

**Streszczenie**

**Wstęp:** Choroby układu krążenia są główną przyczyną śmiertelności na świecie i stanowią poważny problem kliniczny i społeczny współczesnej cywilizacji.

**Cel.** Ukazanie możliwości wykorzystania wybranych metod hydro-balneologicznych   
w profilaktyce i leczeniu schorzeń układu krążenia.

**Materiał:** Przedstawiono wyniki leczenia 50 chorych z nadciśnieniem tętniczym I/II stop.,   
u których zastosowano serie natrysków zmiennocieplnych oraz obraz kliniczny chorego   
z miażdżycą zarostową kończyn dolnych i zmianami nekrotycznymi w obrębie stóp skutecznie leczony z wykorzystaniem kąpieli kwasowęglowych.

**Wyniki:** U obserwowanych chorych z nadciśnieniem tętniczym uzyskano po zastosowaniu serii natrysków zmiennocieplnych normalizacje ciśnienia tętniczego krwi. U pacjenta   
ze zmianami nekrotycznymi kończyny w przebiegu zmian miażdżycowych uzyskano po   
3 miesięcznym leczeniu z zastosowaniem kąpieli kwasowęglowych normalizacje ukrwienia.

**Wnioski:** 1. Wybrane metody hydro-balneologiczne mogą być szerzej wykorzystane   
w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia. 2. Istnieje pilna potrzeba szerszej promocji możliwości wykorzystania tych metod zarówno wśród lekarzy jak i społeczeństwa.

**Słowa kluczowe:** choroby układu krążenia, profilaktyka, metody hydro-balneologiczne.

**Fizjoterapia w profilaktyce niepełnosprawności u osób w wieku podeszłym**

**Włodzisław Kuliński1,2**

*1Klinika Rehabilitacji WIM w Warszawie*

*2Zakład Medycyny Fizykalnej Uniwersytetu JK w Kielcach*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem powszechnym. W Polsce w 2030r liczba osób powyżej 65 roku życia wzrośnie do 24%. Nieodwracalne zmiany metabolizmu organizmu w tym wieku prowadzą do upośledzenia sprawności funkcjonalnej i często pełnej niepełnosprawności.

**Cel pracy**. Ocena postępowania fizykalno-usprawniającego u osób w wieku podeszłym. **Materiał i metody.** Badaniu poddano grupę 120 chorych w wieku 66-82 lat leczonych   
w formie ambulatoryjnej przez okres 3 tygodni z powodu zespołów bólowych kręgosłupa   
i stawów obwodowych utrudniających funkcjonowanie i czynności w życiu codziennym. Przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu oceniono: stan chorych w oparciu o testy Get UP &Go, skali Funkcjonowania Codziennego, Skali Funkcjonowania Instrumentalnego oraz stopień nasilenia dolegliwości bólowych w skali bólu Laitinena.

**Wyniki.** Zastosowane u chorych w ciągu 3 tygodni postępowanie fizykalno-usprawniające wpłynęło bardzo korzystnie na ich stan podmiotowy i przedmiotowy we wszystkich badanych testach.

**Wnioski**. Właściwie ukierunkowane postępowanie fizjoterapeutyczne ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób w wieku podeszłym w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

**Słowa kluczowe:** wiek podeszły, niepełnosprawność, fizjoterapia.

**Analiza składu ciała oraz aktywności fizycznej u osób starszych, mierzonej testami fizjoterapeutycznymi**

**Jakub Husejko, Alina Jaroch, Daria Bieniek**

*Katedra i Klinika Geriatrii CM UMK w Bydgoszczy*

**Streszczenie**

**Wstęp.** wyniku procesu starzenia się zachodzą istotne zmiany w składzie ciała. Zawartość tkanki tłuszczowej w całkowitej masie ciała pomiędzy 25 a 75 rokiem życia wzrasta o ok. 16%. Fizjologicznie spada udział masy mięśniowej w całkowitej masie ciała, co jest związane z obniżeniem siły mięśniowej i wytrzymałości. Mając na uwadze fakt, że wraz z wiekiem zwiększa się udział tkanki tłuszczowej w ogólnej masie ciała, na niekorzyść masy mięśniowej, istotność ćwiczeń fizycznych jest niemal oczywista. Jednocześnie niezbędne okazują się działania mające na celu dostosowanie wspomnianych ćwiczeń do możliwości osób starszych, między innymi poprzez pomiary aktywności fizycznej.

**Cel pracy**. Głównym celem przedstawionej pracy było dokonanie analizy składu ciała osób starszych oraz ich sprawności fizycznej mierzonej testami fizjoterapeutycznymi. Ponadto sprawdzono, czy skład ciała miał znaczenie dla osiąganych wyników testów sprawności fizycznej.

**Materiał i metody**. Przebadano 415 seniorów. Grupa kobiet stanowiła 77,1% badanych,   
a grupa mężczyzn 22,9%. Grupy nie różniły się istotnie między sobą pod względem wieku. Obie grupy porównano względem parametrów antropometrycznych i wyników testów fizjoterapeutycznych, wykorzystując program Statistica.

**Wyniki**. Istotne różnice między płciami zaobserwowano dla wartości masy ciała, większej u mężczyzn. Wyższe u mężczyzn okazało się także zapotrzebowanie kaloryczne, przy jednoczesnej większej procentowej zawartości tkanki tłuszczowej u kobiet. Wskaźnik tłuszczu trzewnego do otyłości brzusznej okazał się jednak wyższy u płci męskiej. W testach fizjoterapeutycznych: 6MWT oraz upper limb test lepsze wyniki osiągnęli mężczyźni, natomiast w teście Sit and Reach – kobiety.

**Wnioski.** Istnieją różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w posiadanym składzie ciała, co należy brać pod uwagę w codziennej praktyce klinicznej. Jednocześnie nie wykazano znaczącej zależności pomiędzy posiadaną płcią a poziomem ogólnej aktywności fizycznej.

**Słowa kluczowe**: skład ciała, aktywność fizyczna, osoby starsze, płeć, testy fizjoterapeutyczne

**Wybrane skale oceny geriatrycznej w praktyce personelu medycznego**

**Leszek Warsz, Marika Guzek, Paweł Żuk, Artur Prusaczyk**

*Centrum Medyczno-Diagnostyczne sp.z o.o. Siedlce*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Starzenie się jednostek i społeczeństw wymaga od pracowników ochrony zdrowia oszacowania potrzeb zdrowotnych, obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych pacjenta starszego. Proces ten nosi nazwę całościowej oceny geriatrycznej. Jest on dokonywana za pomocą narzędzi diagnostycznych w postaci wystandaryzowanych skal i testów.

**Cel pracy.** Ocena znajomości i zastosowania skal, wchodzących w skład Karty Całościowej Oceny Geriatrycznej przez personel medyczny, zatrudniony w przychodniach Centrum Medyczno-Diagnostycznego sp. z o.o. w Siedlcach i i oddziałach szpitalnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach

**Materiał i metody**. Badaną grupęstanowiły 124 osoby, posiadające wyższe wykształcenie medyczne. Za pomocą autorskiego kwestionariusza oceniano znajomość i stosowanie jedenastu testów i skal -w korelacji do wieku, płci, stażu, miejsca i charakteru pracy oraz szacunkowej tygodniowej liczby osób po 65 roku życia, pozostajacych pod opieką.

**Wyniki.** Globalna znajomość badanych testów i skal kształtowała się na poziomie 2,48 w skali od 1 do 5. Najbardziej znaną i najczęściej stosowaną była skala Barthel (3,16/5),najmniej znany i stosowany był test BERG (1,49/5). Odnotowano jedną istotną korelację: obserwuje się, że Krótką Skalę Oceny Funkcji Poznawczych (MMSE) częściej stosują osoby młodsze niż starsze (r=-0.22, p=0.038**)**.

**Wnioski.** Znajomość testów i skal zawartych w karcie Całościowej Oceny Geriatrycznej wśród badanej populacji pracowników medycznych jest niska. Istnieje potrzeba upowszechnienia znajomości skal Całościowej Oceny Geriatrycznej wśród osób, zajmujących się zawodowo osobami starszymi. Zdecydowana większość badanych zgłaszała potrzebę wydłużenia czasu, potrzebnego na badanie pacjenta geriatrycznego (86,44%,n=102) oraz wprowadzenie corocznych bilansów zdrowia osób starszych (60,5% n=75)

**Słowa kluczowe**: starość, pacjent geriatryczny, ocena geriatryczna.

**Test „Wstań i idź” dla potrzeb oceny ryzyka upadku i efektów**

**rehabilitacji osób starszych**

**Adrianna Maria Borowicz**

*Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimiery Milanowskiej w Poznaniu, Pracownia Geriatrii   
i Gerontologii*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Jednym z problemów związanych ze sprawnością funkcjonalną osób starszych jest wzrost ryzyka upadku, co może być ocenione testem „Wstań i idź” (z ang. Timed Up and Go, w skrócie TUG).

**Cel pracy**. Celem pracy była ocena ryzyka upadku u osób po 65 roku życia przebywających na oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 60 pacjentów (34 kobiety i 26 mężczyzn). Uczestniczyli oni w rehabilitacji przez okres 14 dni, która trwała przynajmniej 30 minut dziennie. Oceniono u tych pacjentów chód i równowagę przed i po rehabilitacji przy pomocy testu TUG. Analiza statystyczna została wykonana z użyciem testu Wilcoxona. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość p<0,05.

**Wyniki.** U 50 pacjentów przed rehabilitacją stwierdzono podwyższone ryzyko upadku (wynik ≥ 13,5 s). Po usprawnianiu u 5 osób stwierdzono poprawę. Szybkość chodu po leczeniu wzrosła istotnie statystycznie (w badaniu I średnia 23,1±10,3s; mediana: 20, zakres: 8,5-53,0s; w badaniu II średnia 19,0±8,1s; mediana: 17, zakres: 8-42s). Poprawa ta była istotna statystycznie (p<0,001).

**Wnioski.** Rehabilitacja jest efektywną metodą poprawy szybkości chodu u osób po 65 roku życia – ocena przy pomocy testu TUG. Test ten jest efektywnym narzędziem monitorującym stopień ryzyka upadku.

**Słowa kluczowe**: TUG, rehabilitacja, osoby starsze, ryzyko upadku.

**Łagodne zaburzenia poznawcze w ocenie geriatrycznej**

**Elżbieta Kozak-Szkopek**

*Klinika Geriatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Zaburzenia kognitywne narastają wraz z wiekiem. Istotne jest ich wczesne wykrywanie w fazie łagodnych zaburzeń poznawczych.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie roli całościowej oceny geriatrycznej   
w ocenie pacjenta w podeszłym wieku z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi na przykładach klinicznych.

**Podstawowe założenia pracy.** Zaburzenia funkcji poznawczych są, obok niesamodzielności i samotności, istotną cechą różnicującą niejednorodną populację osób starszych, obarczoną wielochorobowością i ryzykiem polifarmakoterapii. Całościowa ocena geriatryczna za pomocą zestawu skal umożliwia ocenę stanu funkcjonalnego, umysłowego, fizycznego pacjenta z jego uwarunkowaniami środowiskowymi. Skala Mini-Mental State Examination i Test Rysowania Zegara, jako narzędzia przesiewowe pozwalają na wykrywanie zaburzeń poznawczych. Obraz kliniczny łagodnych zaburzeń poznawczych jest bardzo zróżnicowany, może dotyczyć różnych funkcji poznawczych, nie tylko pamięci. Stopień zaburzeń poznawczych   
w różny sposób wpływa na zdolność do wykonywania podstawowych i złożonych czynności życia codziennego. Wyrównanie nastroju, funkcji sensorycznych, korekta leczenia może mieć korzystny wpływ na zdolności poznawcze. Przykłady kliniczne pokazują różne postacie łagodnych zaburzeń poznawczych.

**Podsumowanie.** U osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi należy systematycznie monitorować stan poznawczy, kontrolować farmakologicznie choroby przewlekłe, prowadzić dostosowane treningi kognitywne i aktywności fizycznej.

**Słowa kluczowe**: łagodne zaburzenia poznawcze, całościowa ocena geriatryczna.

**Uczulenie na alergeny wziewne i pokarmowe u osób starszych**

**Emilia Majsiak1, Magdalena Choina1, Krzysztof Buczyłko2**

*1Polsko-Ukraińska Fundacja Rozwoju Medycyny, Lublin, Polska*

*2NZOZ Centrum Alergologii, Łódź, Polska*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Częstość występowania chorób alergicznych u osób w podeszłym wieku jest tematem niewielu badań. Diagnozowanie choroby alergicznej u pacjentów w tej grupie wiekowej utrudniają często choroby współistniejące. Podstawą diagnozy jest wywiad w oparciu o objawy kliniczne oraz badania dodatkowe, np. testy skórne i stężenie w surowicy krwi swoistych immunoglobulin E (sIgE). U osób powyżej 60 roku życia obserwuje się zmniejszoną reaktywność skóry w porównaniu do dzieci czy młodych dorosłych, co w przypadku testów skórnych może utrudniać ich interpretacje. W związku z tym oznaczanie stężenia sIgE w surowicy osób starszych może być użytecznym narzędziem diagnostycznym.

**Cel pracy.** Celem niniejszego badania było porównanie częstości występowania sIgE wobec alergenów wziewnych i pokarmowych w surowicy osób powyżej 61 roku życia podejrzanych   
o występowanie choroby alergicznej w Polsce.

**Materiał i metody**. Dane dotyczące stężenia sIgE w surowicy krwi zostały uzyskane   
z różnych laboratoriów na terenie Polski, w których oznaczano je przy pomocy multiparametrowych testów immunoenzymatycznych (Polycheck® , Biocheck GmbH). Zebrane dane pochodziły od 18 788 pacjentów. Analiza statystyczna została przeprowadzona z użyciem programu Statistica10 (StatSoft Polska). Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w dniu 19 maja 2015.

**Wyniki.** Analizie poddano 418 284 oznaczeń sIgE wobec 88 alergenów wziewnych   
i pokarmowych u 18 788 pacjentów z potencjalną chorobą alergiczną. Wśród badanych było 336 (1,78%) osób powyżej 61 roku życia. Przeanalizowano częstość występowania sIgE wobec 10 najczęstszych alergenów pokarmowych w róznych grupach wiekowych. Podwyższone stężenia sIgE wobec antygenów mleka (f02), białka i żółtka jaja kurzego wystąpiły istotnie statystycznie częściej w grupie powyżej 61 lat w porównaniu do dorosłych w wieku 19-60 lat. U osób w wieku podeszłym częstość występowania sIgE wobec alergenu mleka (f02) wynosiła 2, 75%, wobec alergenu białka jaja kurzego - 5,30% zaś wobec alergenu żółtka jaja kurzego - 9,27%, podczas gdy w grupie wiekowej 19-60 r. ż. częstość występowania sIgE wobec alergenów mleka (f02), białka jaja kurzego i żółtka jaja kurzego wynosiła kolejno: 0,67%, 1,95% oraz 3,20%. Analiza statystyczna częstości występowania sIgE wobec alergenów wziewnych nie wykazała istotnej różnicy między pacjentami w wieku 19-60   
a pacjentami powyżej 61 r.ż.

**Wnioski.** Wśród osób starszych z Polski z potencjalną chorobą alergiczną zaobserwowano wzrost częstości występowania sIgE wobec jedynie trzech alergenów pokarmowych   
w porównaniu do młodszych osób dorosłych. Uzyskane dane zwracają uwagę na możliwość wystąpienia uczulenia na pokarmy u osób starszych. Ze względu na to, że obecność sIgE   
w surowicy nie świadczy o obecności choroby, a jedynie o uczuleniu, wszystkie wyniki badań dodatkowych należy analizować w oparciu o obraz kliniczny pacjentów.

**Słowa kluczowe:** uczulenie, sIgE, osoby starsze.

**Nadużywanie leków OTC przez osoby starsze. Zjawisko, konsekwencje, uwarunkowania, delegacje dla profilaktyki**

**Małgorzata Chmielewska, Mariusz Jędrzejko**

*Uniwersytet Technologiczno Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Używanie leków OTC jest coraz większym wyzwaniem i problemem społeczno-medycznym. Jego skala wskazuje na występowanie nadużywania tych leków oraz używania problemowego (używanie równoległe od kilku do kilkunastu substancji). Taki stan może wywoływać poważne konsekwencje zdrowotne.

**Cel pracy.** Analiza problemu nadużywania leków OTC przez osoby starsze. Wskazanie   
na kluczowe predyktory sięgania po tego typu leki.

**Materiał i metody**. Badania sondażowe zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego (wywiady i ankieta) oraz wypracowanej w Centrum Profilaktyki Społecznej metody socjologicznej analizy operacyjnej. Badaniami objęto 22 specjalistów (lekarzy rodzinnych   
i pracowników DPS) oraz 201 osób w wieku powyżej 60 lat. Respondenci reprezentują zróżnicowane grupy społeczne oraz miejsce zamieszkania odpowiadające strukturze przestrzennej Mazowsza. Cenzus wiekowy respondentów przyjęto na podstawie wstępnej analizy problemu z udziałem 12 farmaceutów.

**Wyniki**. Ponad 30% badanych respondentów zaliczyć należy do grupy osób nadużywających leki – przekraczających dawki terapeutyczne określone przez producentów, a około 25% do używających równolegle preparaty zwierające podobne składniki. Około 20% respondentów równolegle przyjmuje różne leki zawierające tę samą substancję (paracetamol). Ponad 35% badanych wykazuje zjawisko samoleczenia bez konsultacji z lekarzem. Osoby starsze   
są wyjątkowo podatne na działanie reklam koncernów farmaceutycznych oraz są przekonani   
o ich bezpieczeństwie. Nadużywanie leków stanowi problem społeczno – medyczny   
i wywołuje wiele skutków ubocznych oraz poważnych konsekwencji zdrowotnych dla osób starszych. Przyjmowanie dużej ilości farmaceutyków stanowi wyzwanie dla współczesnej edukacji zdrowotnej i profilaktyki zjawiska.

**Słowa kluczowe: o**soby starsze, senior, OTC – leki bez recepty, profilaktyka, polipragmazja, nadużywanie, interakcje.

**Analiza zachorowań na raka trzonu macicy w Kielcach**

**Mariusz Wysokiński1, Monika Bieniak1,Agnieszka Witkowska2, Wiesław Fidecki1**

*1Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

*2Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Nowotwory złośliwe narządu rodnego są jednymi z najpoważniejszych problemów zdrowotnych występujących wśród kobiet w Polsce. Ciągle wzrastająca liczba zachorowań, która dotyka coraz młodsze kobiety, a także zbyt późne wykrycie choroby sprawiają, że umieralność na te nowotwory jest bardzo wysoka. Każdego roku rozpoznawanych jest ponad 3000 nowych przypadków raka endometrium. Szczyt zachorowań przypada na 7. dekadę życia, jednak blisko 5% przypadków jest rozpoznawanych u kobiet będących w wieku przed 40 rokiem życia. Największa ilość zachorowań na raka endometrium odnotowywana jest u kobiet żyjących w krajach rozwiniętych. Można zatem spodziewać się, że w Polsce, razem z rozwojem gospodarczym oraz starzeniem się społeczeństwa, liczba chorych kobiet będzie sukcesywnie wzrastać.

**Cel pracy.** Celem badań była analiza zachorowalności na raka trzonu macicy w Kielcach.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 109 kobiet chorych na raka trzonu macicy, będącymi pacjentkami Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach w roku 2015. W badaniach zastosowano metodę analizy dokumentacji, natomiast narzędziami badawczymi były: historie choroby wraz z wynikami badań diagnostycznych oraz wywiadem pielęgniarskim. Do analizy statystycznej wykorzystano testy: Mann-Whitney’a, Levene’a, Shapiro-Wilka oraz Kruskala-Wallisa. Wykorzystano również statystykę ilościową.

**Wyniki.** Poziom zachorowalności na raka trzonu macicy w Kielcach prezentował się na średnim poziomie. Badane kobiety obciążone były chorobami współistniejącymi. Przeżywalność w badanej grupie była wysoka. Wśród chorych kobiet zaobserwowano niski stopień zaawansowania choroby w momencie rozpoznania. Kobiety podejmowały leczenie uzupełniające, takie jak brachyterapia, teleradioterapia czy chemioterapia.

**Wnioski.** 1. Zachorowalność na raka trzonu macicy wzrastała wraz z wiekiem kobiet. 2. U kobiet chorych na raka trzonu macicy najczęściej występowały takie choroby współistniejące jak: otyłość, nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca. 3. Największa ilość zachorowań na raka endometrium występowała u otyłych kobiet. 4. Najczęściej występujące rozpoznanie według klasyfikacji FIGO to stopień I i IA. 5. Blisko 80% kobiet chorych na raka trzonu macicy żyła po 3 latach od daty rozpoznania choroby. 6. Najczęściej stosowanym zabiegiem operacyjnym wśród chorych kobiet była laparotomia. 7. Jako leczenie uzupełniające najczęściej stosowano brachyterapię wraz   
z teleradioterapią.

**Słowa kluczowe:** analiza zachorowań, rak trzonu macicy, Kielce.

**Jakość życia osób starszych stosujących ruchome uzupełnienia protetyczne**

**Anna Niżyńska1, Klaudia Bandoła1, Kinga Bandoła1, Mariola Janiszewska2,**

**Aneta Kamińska3**

*1Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

*2Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

*3Zakład Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym oraz interdyscyplinarnym, które do tej pory nie posiada uniwersalnego sformułowania. Pomimo znacznych różnic w definiowaniu jakości życia istnieje zgodność, że zdrowie ogólne człowieka ma znaczący wpływ na tę wartość. Integralną częścią zdrowia ogólnego natomiast jest zdrowie jamy ustnej, wywierające na zdrowie ogólne niewątpliwy wpływ. U osób starszych w dużej mierze jakość życia zależy od osobistego zaangażowania, postawy, swobody ducha, a przede wszystkim od zdrowia ogólnego. Temat podjęto   
w celu przeanalizowania doniesień naukowych dotyczących jakości życia osób starszych, które stosują uzupełnienia ruchome protetyczne, oraz czynników, które mają istotny wpływ na funkcjonowanie seniorów w codziennym życiu.

**Cel pracy.** Celem pracy była analiza jakości życia osób starszych stosujących uzupełnienia protetyczne.

**Podstawowe założenia pracy.** Obecne dążenia w zakresie protetyki stomatologicznej prowadzą   
do uzyskania dobrostanu fizycznego, psychicznego człowieka, z naciskiem na leczenie i rehabilitacje. Wśród codziennych aspektów życia i funkcjonowania osób w podeszłym wieku w sferze fizycznej znajdzie się możliwość spożywania pokarmów lub zachowania prawidłowej artykulacji. Osoby   
w podeszłym wieku, które utraciły zęby częściowo lub całkowicie mogą ograniczać swobodne konwersacje, uśmiechanie się lub udział w różnego rodzaju czynnościach, które wymagają kontaktu   
z innymi ludźmi i pokazywania własnego lub sztucznego uzębienia. Ponad to zachowania zdrowotne   
u osób starszych są bardzo zróżnicowane. Wciąż aktualnym problemem jest niedostateczny stan higieny jamy ustnej u osób starszych o niskiej odporności organizmu i słabej kondycji, który przebywają w domach opieki długoterminowej lub szpitalach, co wpływa znacznie na obniżenie poziomu jakości ich życia.

**Podsumowanie.** Choroby jamy ustnej w szczególności dotyczą osób w podeszłym wieku, u których wraz z postępującym procesem starzenia się dochodzi do wielu zmian w obrębie jamy ustnej. Nieodzownym elementem mający wpływ na zdrowie ogólne i jakość życia osób w wieku geriatrycznym jest zachowanie prawidłowej higieny jamy ustnej i protezy. Większość pacjentów użytkujących uzupełnienia protetyczne pragnie mieć pełne i estetyczne łuki zębowe w jak największym stopniu przypominające zęby naturalne, które dodatkowo pozwolą na odtworzenie utraconych funkcji żucia i zwiększenie poziomu jakości życia. Nieprawidłowe nawyki oraz brak wypracowanych zachowań higienicznych mogą doprowadzić do utraty uzębienia własnego oraz powstania dolegliwości ze strony jamy ustnej.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, osoby starsze, stan higieny jamy ustnej, potrzeby protetyczne.

**Główne przyczyny zaburzeń mowy w fizjologicznym procesie starzenia się**

**Patrycja Ozdoba1, Olga Ratajewska1, Ewelina Nadzieja1, Mariola Janiszewska2**

*1Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

*2Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Starzenie jest procesem fizjologicznym, obejmuje wszystkie układy prowadząc do zaburzeń ich czynności. Tempo i kolejność jest uwarunkowana indywidualnie.  
Wraz z wiekiem następuje redukcja masy mózgu z powodu utraty części neuronów. Najbardziej dotkliwe zmiany, mogące mieć bezpośredni związek z procesami językowymi, obserwujemy w zakresie pamięci i procesów intelektualnych. U niektórych ludzi w starczym wieku mogą wystąpić problem związane ze zmianami w obrębie głosu. Badania nad językiem osób w starszym wieku ujawniły także występowanie specyficznych zjawisk komunikacyjnych, takich jak zjawisko OTV i TOT. Zaburzenia mowy u ludzi starszych występują najczęściej w chorobach układu nerwowego, takich jak choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie głównych przyczyn zaburzeń mowy   
w fizjologicznym procesie starzenia się.

**Metoda.** Metodą badawczą wykorzystaną w pracy była analiza wybranych pozycji literatury. **Wnioski.** Omówione problemy w mowie i języku osób starszych, mogą stać się przyczyną zaburzeń w procesie komunikowania się. Odbiorcy mogą mylnie interpretować komunikat wysyłany przez osobę starszą lub negatywnie oceniać jej zachowanie. Prawidłowa komunikacja z osobą starszą wymaga przyjęcia postawy ogromnej wyrozumiałości i spokoju. Powinna odbywać się także poprzez przyjęcie postaw empatii.

**Słowa kluczowe:** patologia mowy, starzenie się, zaburzenia mowy.

**Problematyka Euro-seniora w Polsce**

**Grażyna Kozak1, Aleksander Pączkowski2**

*1Zakład Teorii Pielęgniarstwa Akademia Humanistyczno Ekonomiczna w Łodzi*

*2Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Emigracja silnie narusza funkcjonowanie najbliższego otoczenia społecznego rodziny, czyniąc pozostających w kraju starzejących się rodziców Eurosierotami w podeszłym wieku- Euro- seniorami.

**Cel pracy.** Celem pracy jest określenie sytuacji społecznej osób starszych w Polsce   
z uwzględnieniem problemu Euro-seniora.

**Materiał i metody**. Badanie przeprowadzono w terminie marzec-kwiecień 2018 roku   
w kontakcie bezpośrednim w trakcie wizyt lekarskich w przychodni na terenie gminy Leszno, wśród grupy 100 osób powyżej 50 roku życia. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 26 pytań zamkniętych.

**Wyniki**. Wśród respondentów 66% stanowiły kobiety, zaś 34% mężczyźni, 31% osoby   
w wieku 70 lat i więcej. 24% osoby w wieku 65-70 lat, 23% w wieku 50-59 lat i 22%   
w wieku 60-64 lat. Badania wykazały, że 66% respondentów nie jest Euro-seniorami, a ich dzieci mieszkają i pracują w Polsce. 26% respondentów posiada przynajmniej jedno dziecko za granicą, zaś 2% całe potomstwo poza granicami Polski.

**Wnioski**. Zdecydowana większość seniorów nie prowadzi aktywnego życia społecznego, kładąc bardziej nacisk na życie rodzinne niż towarzyskie i wyjścia poza dom rodzinny, pomimo posiadania ku temu wiedzy i możliwości. Możliwość skorzystania z usług domów opieki jest deklarowana przez seniorów w niskim stopniu. Seniorzy są negatywnie nastawieni do zmiany miejsca zamieszkania.

**Słowa kluczowe**: migracja, Euro-senior, starzenie się społeczeństwa, opieka.

**Nowoczesne technologie wspierające osoby**

**z zaburzeniami poznawczymi - projekt IONIS**

**Jerzy Kołakowski**

*Politechnika Warszawska*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Dzięki nowoczesnym technologiom jest możliwe tworzenie systemów wspierających funkcjonowanie osób z zaburzeniami poznawczymi w warunkach domowych i poza domem. Rozwiązania te ułatwiają pracę opiekunom, umożliwiają gromadzenie danych pozwalających na diagnostykę zachowań, postępu choroby i wykrywanie sytuacji zagrażających zdrowiu osób chorych.

**Cel pracy.** Prezentacja najnowszych osiągnięć technicznych wykorzystywanych w systemach wsparcia osób z zaburzeniami poznawczymi, prezentacja projektu IONIS.

**Podstawowe założenia pracy.** W referacie zostanie zaprezentowana, realizowana w ramach projektu IONIS, modułowa platforma oferująca usługi wsparcia osób z zaburzeniami funkcji poznawczych. W skład platformy wchodzą systemy lokalizacyjne, urządzenia monitorujące sen, czujniki umożliwiające analizę ruchu, urządzenia automatyki domowej oraz urządzenia tworzące interfejs użytkownika. Oprócz wspierania osób podczas codziennych aktywności (np. poprzez lokalizację przedmiotów, przypominanie o zaplanowanych czynnościach) platforma pozwoli na gromadzenie danych umożliwiających wykrycie i ocenę zmian zachowań osób monitorowa-nych (np. poprzez ocenę ich aktywności fizycznej) a także detekcję sytuacji niebezpiecznych (np. upadku, czy też niemożności powrotu do miejsca zamieszkania). Platforma oferuje też wsparcie dla opiekunów osób monitorowanych poprzez dostęp do informacji o ich zachowaniach oraz wysyłanie alarmów w sytuacjach zagrażających ich zdrowiu.

**Podsumowanie.** Platforma IONIS jest przykładem rozwiązania integrującego nowoczesne technologie do wsparcia osób z zaburzeniami poznawczymi i ich opiekunów. Modułowa struktura umożliwi jej adaptację do potrzeb konkretnego użytkownika, a w przyszłości poszerzenie oferowanych przez nią usług.

**Słowa kluczowe**: zaburzenia poznawcze, ICT, IONIS

**Znaczenie suplementów diety w procesie starzenia się**

**Ewelina Nadzieja1, Olga Ratajewska1, Patrycja Ozdoba1, Mariola Janiszewska2**

*1Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

*2Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Suplementy diety na polskim rynku są powszechnie dostępne, a potrzeba ich stosowania nie jest w żaden sposób kontrolowana. Spośród tego typu preparatów wyróżniamy również dostosowane do osób w podeszłym wieku. Przygotowane są specjalnie pod względem zapotrzebowania zawierających w swoim składzie witaminy oraz składniki mineralne.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie znaczenia suplementów diety w procesie starzenia się.

**Podstawowe założenia pracy.** W związku z fizjologicznym procesem starzenia się organizmu u osób w podeszłym wieku istnieje zwiększone zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne Stosowanie suplementów diety zawierających składniki odżywcze w odpowiednich proporcjach przyczynia się do uzupełnienia niedoborów witamin związanych m.in. z niedożywieniem czy wielochorobowością. Suplementacja u osób starszych może mieć korzystny wpływ na funkcjonowanie organizmu m.in. poprzez stymulowanie odporności, wzmacnianie układu sercowo-naczyniowego oraz dodawanie energii.

**Podsumowanie.** Na podstawie dostępnej literatury przedmiotu wykazano, że u osób w procesie starzenia się występuje zwiększone zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne. Stosowanie suplementacji skutecznie przyczynia się do uzupełniania niedoborów witamin oraz składników mineralnych w diecie osób w podeszłym wieku.

**Słowa kluczowe:** suplementy diety, starzenie się, suplementacja.

**Samoocena stanu zdrowia Polaków po 65 roku życia na tle wybranych krajów Europy**

**Rafał Maciąg**

*Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS) przeanalizowano pod kątem samooceny stanu zdrowia osób starszych w wybranych krajach.

**Cel pracy.** Celem pracy jest analiza uwarunkowań stanu zdrowia Polaków i mieszkańców innych krajów Europy po 65 roku życia.

**Podstawowe założenia pracy.** Pojęcie „samooceny” stanu zdrowia definiowane jest jako wyraz subiektywnego ujęcia swego samopoczucia przez osobę wylosowaną do badania,   
i to niezależnie od tego, czy posiada ona aktualne orzeczenia lekarskie, choruje czy też czuje się zdrowa. Ocena obiektywna jest wydawana przez lekarza na podstawie odrębnych kryteriów medycznych. Ujęcie porównawcze pozwala na szeroką analizę ocenianych aspektów stanu zdrowia przez respondentów, którzy wzięli pod uwagę samopoczucie zdrowotne, trudności w codziennych czynnościach osobistych i w czynnościach domowych wymagających pomocy, długotrwałe stany chorobowe, częstość korzystania z usług opieki zdrowotnej, korzystanie z leków.

**Podsumowanie.** W Polsce przybywa pozytywnych ocen stanu zdrowia w aspekcie porównawczym, jednak na tle większości krajów Polska wypada nieco gorzej z powodu różnych zaszłości. Po 75 i 85 r.ż. przybywa coraz więcej trudności w życiu codziennym,   
co stwierdzono w wielu krajach.

**Słowa kluczowe**: samoocena, stan zdrowia, osoby starsze.

**Pielęgniarska ocena pacjentów w podeszłym wieku**

**Wiesław Fidecki1, Mariusz Wysokiński1, Irena Wrońska1, Kornelia Kędziora-Kornatowska2, Robert Ślusarz3, Zofia Sienkiewicz4, Dorota Kulina1**

*1Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny   
w Lublinie,*

*2Katedra i Klinika Geriatrii, CM UMK w Bydgoszczy,*

*3Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM UMK w Bydgoszczy,*

*4Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, WUM w Warszawie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Jednym z podstawowych zadań opieki nad pacjentem w wieku podeszłym jest wykrywanie czynników ryzyka wpływających na upośledzenie zdolności do samodzielnego życia oraz taki kierunek działań profilaktycznych i leczniczych, który zapobiegałby narastaniu niesprawności i uzależnieniu osób starszych od innych. Priorytetem polityki zdrowotnej osób starszych jest dążenie do jak najdłuższego utrzymania ich w pełni sprawności życiowej umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawa jakości życia.

**Cel pracy.** Celem badań było określenie stanu biopsychospołecznego osób w podeszłym wieku przy pomocy skali NOSGER.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto 418 osób w wieku 65-93 lat. Większość badanych stanowiły kobiety (64,86%). W badaniach wykorzystano skalę NOSGER (Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients) - Pielęgniarską Skale Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych.

**Wyniki.** Ocena skalą NOSGER dla całej grupy kształtowała się na poziomie średniej 80,64 pkt. Największe deficyty stwierdzono w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (17,41 pkt.), zachowań społecznych (15,50 pkt.) oraz aktywności codziennego życia (14,27 pkt.). Obszar nastrojów/emocji uzyskał wynik na poziomie średniej 12,85 pkt,   
a średnio na 11,91 pkt. oceniono obszar pamięci. Badani wykazywali najlepszą sprawność   
w zakresie zachowań zakłócających (8,67 pkt.).

**Wnioski.** Skala NOSGER jest przydatnym narzędziem do oceny stanu pacjenta geriatrycznego i pozwala na określenie deficytu samoopieki. Największe deficyty u badanych osób występowały w zakresie instrumentalnych czynności codziennego życia. Wykształcenie i rodzaj schorzenia istotnie różnicowały stan funkcjonalny badanych osób starszych.

**Słowa kluczowe:** osoby starsze, ocena geriatryczna, skala NOSGER.

**Wielkie Problemy Geriatryczne w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku – analiza kazusów klinicznych**

**Aneta Kościołek1, Piotr Pawłowski2, Klaudia Jakubowska1, Iwona Adamska-Kuźmicka1**

*1Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,*

*2Student kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Wielkie Problemy Geriatryczne (WPG) definiowane są jako kilka zespołów starczej niepełnosprawności o charakterze przewlekłym, mającym wiele przyczyn. W ich zakresie występują problemy odbierające samodzielność, obniżające poczucie własnej wartości, nakładające konieczność interwencji osób trzecich. Ich specyfika wynika z procesu starzenia się organizmu. Do WPG zalicza się: nietrzymanie moczu i/lub stolca, zespoły otępienne, unieruchomienie, zaburzenia równowagi i upadki, błędy jatrogenne.

**Cel pracy.** Rozpoznanie Wielkich Problemów Geriatrycznych w sprawowaniu indywidualnej opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów w podeszłym wieku.

**Materiał i metoda.** Badanie przeprowadzono w okresie od marca do kwietnia 2018 roku, dokonując analizy materiału empirycznego zgromadzonego za pomocą metody indywidualnego przypadku w oparciu o następujące techniki badawcze: wywiad, obserwacja, pomiary, analiza indywidualnych dokumentów medycznych oraz postawionych diagnoz pielęgniarskich. W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze: przewodnik   
do gromadzenia danych o pacjencie, indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel, skrócony test sprawności umysłowej (AMTS), geriatryczna skala oceny depresji (GDS). W pracy przedstawiono problemy pięciu pacjentów geriatrycznych,   
u których oprócz kryterium wieku występują inne choroby somatyczne.

**Wyniki.** W studium porównawczym pięciu pacjentów w podeszłym wieku z różnymi jednostkami chorobowymi wynika, iż opieka jest wieloaspektowa i bardzo trudna. Pomimo indywidualnych problemów wynikających ze zróżnicowanych rozpoznań medycznych niemal wszystkim przypadkom towarzyszyły takie diagnozy pielęgniarskie jak: deficyt samoopieki, ryzyko upadku, nietrzymanie moczu, obniżony nastrój/ryzyko depresji. Konkludując analizę należy podkreślić, iż najczęściej występujące problemy należą do Wielkich Problemów Geriatrycznych.

**Wnioski.** Osoby w podeszłym wieku różnią się poziomem sprawności funkcjonalnej, zarówno fizycznej jak i psychicznej. Zaś z utratą sprawności rośnie zapotrzebowanie na opiekę nad nimi. Starość nie jest tożsama z niewydolnością wielonarządową, jak to powszechnie się ludziom wydaje, przebiega ona swoim naturalnym rytmem, a kontrola chorób i ich skuteczne wyciszanie oraz dbałość o swoje zdrowie to działania zapobiegające Wielkim Problemom Geriatrycznym, będących wynikiem chorób wielonarządowych   
i zaniedbania. Pojawienie się tych niepełnosprawności staje się obciążeniem psychicznym nie tylko dla samej osoby starszej, ale też fizycznym dla jej opiekunów. Ignorowanie tych problemów sprawia, iż ciągle utwierdzamy się w negatywnych stereotypach starości.

**Słowa kluczowe:** Wielkie Problemy Geriatryczne, pacjent w podeszłym wieku, opieka.

**Ocena opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a całościowa opieka pielęgniarska**

**w opinii seniorów rzeszowskich szpitali klinicznych**

**Krzysztof Fudali, Anna Fąfara, Anna Krakowiak, Małgorzata Marć**

*Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Opieka stacjonarna nad pacjentem w wieku starszym powinna być sprawowana tylko w sytuacjach wyjątkowych, gdy opieka domowa jest utrudniona lub niemożliwa. Nocna opieka szpitalna obejmuje działania mające na celu wsparcie osób niesamodzielnych pod względem funkcjonowania w wykonywaniu podstawowych czynności. Świadczenia medyczne realizowane przez pielęgniarki w porze nocnej obejmują wiele unikalnych aspektów nie wykonywanych w ciągu dnia. Zapewnienie spokoju, bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i odpoczynku, tak aby nie dochodziło do zaburzeń rytmu czuwania i snu   
u pacjenta hospitalizowanego to główne wyzwania profesjonalnego pielęgnowania.

**Cel pracy.** Ukazanie opinii pacjenta na temat jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej   
w porze nocnej i jej wpływ na całościową ocenę opieki pielęgniarskiej. Przedmiotem analizy była jakość opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad pacjentem w wieku podeszłym.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 98 pacjentów hospitalizowanych   
w dwóch Szpitalach miasta Rzeszowa w okresie 6 miesięcy od marca do września 2016 roku. Udział w nich był dobrowolny i anonimowy. Badaną populację stanowili pacjenci w wieku  
 65 lat i więcej, którzy wyrazili zgodę na badanie, spędzili przynajmniej dwie noce w klinice   
i potrzebowali pomocy w trakcie trwania nocnego dyżuru. Dla osiągnięcia celu niniejszego badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, szacowania i statystyczną   
z wykorzystaniem technik badawczych: ankietowej i testowej.

**Wyniki.** Oceny jakości opieki pielęgniarskiej dokonana za pomocą standaryzowanego kwestionariusza (skali Newcastle) mieściła się na poziomie zadawalającym (doświadczenia- 61,4 pkt, satysfakcja- 55 pkt). Ocena pracy pielęgniarek w aspektach dostępności w nocy   
i szybkości reakcji na wezwanie na podstawie kwestionariusza PASAT HOSPIT 1 była wysoka (nie występowała ocena najniższa – 1 pkt). Ocena wszystkich aspektów nocnej opieki pielęgniarskiej była w znamienny statystycznie sposób powiązana z całościową oceną świadczeń realizowanych przez pielęgniarki (p >0,05). Zdaniem pacjentów najważniejszymi aspektami opieki pielęgniarskiej w nocy były: zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa   
(p = 0,0064\*\*), i spełnienie życzeń odnośnie nocnego wypoczynku (p = 0,0024\*\*). Seniorzy wysoko ocenili poziom zadowolenia z wypoczynku nocnego (p = 0,0061\*\*).

**Wnioski.** Jakość usług świadczona przez pielęgniarki w porze nocnej wpływa na całościową ocenę jakości usług medycznych, o czym świadczy zależność pomiędzy zadowoleniem pacjenta ze świadczeń udzielanych w porze nocnej a oceną jakości opieki w szpitalu.

**Słowa kluczowe:** nocna opieka pielęgniarska, pacjent w wieku podeszłym, podmiot leczniczy.

**Zaangażowanie członków rodziny w opiekę nad osobą starszą**

**Małgorzata Marcysiak1, Agnieszka Bukowska1, Katarzyna Korycińska-Koniczuk1,**

**Miłosz Marcysiak2**

*1Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie*

*2Zakład Pracy Socjalnej, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie*

**Streszczenie**

**Wstęp** Pierwszoplanową rolę związaną z opieką i pomocą osobom starszym przypisuje się rodzinie, która dla seniora często jest gwarancją bezpieczeństwa, akceptacji i zaspokojenia najważniejszych potrzeb. Inne formy opieki uważane są za mniej efektywne i ograniczające swoje działania do interwencyjnych, naprawczych i kompensacyjnych. Potencjalni opiekunowie powinni szanować godność seniorów, wykazywać się tolerancją, opiekuńczością oraz współodczuwaniem. Do tego potrzebne jest poznanie potrzeb osób starszych, rozumienie ich i dostosowanie do nich opieki.

**Cel pracy**. Poznanie zaangażowania członków rodziny w opiekę nad osobą starszą.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzoną w lutym 2016 r. wśród 268 osób w wieku 18-65 lat zamieszkujących na terenie woj. mazowieckiego i małopolskiego. W grupie badanych dominowały kobiety (52%), większość zamieszkiwała w mieście (62%). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety. Dokonano analiz statystycznych.

**Wyniki.** Respondenci prezentowali średni poziom zaangażowania w opiekę nad osobami starszymi. Osoby badane z województwa mazowieckiego rzadziej zamieszkiwały w rodzinie wielopokoleniowej (48%), niż osoby z województwa małopolskiego (58%). Większość (78%) badanych stwierdziła, że opiekowanie się seniorami wynika z biegu życia każdej osoby,   
a 53% respondentów całkowicie się zgadzało ze stwierdzeniem, iż należy opiekować się osobami, które tego wymagają. Respondenci z województwa małopolskiego, częściej opiekowali się seniorami (64%), niż osoby z województwa mazowieckiego (36%). Ponad połowa (51%) ankietowanych opowiedziało się za monotonnością opieki nad starszymi osobami. Większość stwierdziło, że osobie starszej należy się szacunek i godność (66%), natomiast 54% respondentów uważało osobę starszą za egocentryczną.

**Wnioski.** 1. Zadowalające jest traktowanie osób starszych z godnością, ale niepokojące jest podkreślanie egocentryczności i infantylności, dlatego należy kształtować właściwy obraz seniora w rodzinie. 2. W czasach współczesnych opieka nad seniorem staje się wyzwaniem oraz wiąże się pokonywaniem pewnych trudności, dlatego należy udzielać wsparcia ich rodzinom.

**Słowa kluczowe**: osoby starsze, rodzina, opieka

**Samotność starszych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej**

**Dorota Trybusińska, Aneta Musiał, Agnieszka Saracen**

*Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej, Zakład Pielęgniarstwa*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Czas starości, jako traumatyczny dla seniora jest wyzwaniem, ze świadomością istotnego faktu, że stan ten nie ma dostrzegalnej perspektywy poprawy. To już może powodować, że osoba starsza odczuwa samotność, dodatkowo konieczność zamieszkania w DPS potęguje to zjawisko. Należy pamiętać, że nieprawidłowa postawa personelu DPS oraz rodzina, która ogranicza bądź zrywa kontakty z mieszkańcem powoduje iż osoba starsza ma poczucie „bycia samotnym w tłumie”.

**Cel pracy.** Celem badań było ukazanie poziomu samotności starszych mieszkańców jednego z radomskich Domów Pomocy Społecznej.

**Materiał i metody.** W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Narzędziem badawczym była skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld i Kamphuis w polskiej adaptacji Grygiela, Humenny’ego, Rębisza, Świtaja i Sikorskiej-Grygiel, skala Oceny Podstawowych Czynności Życiowych wg Katza oraz skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodgkinsonsa. Całość obliczeń została wykonana przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS v. 24. Normalność rozkładu w zmiennych była testowana za pomocą testu Shapiro-Wilka. Testowanie różnic międzygrupowych zostało przeprowadzone przy użyciu testu t-Studenta. Analiza związków pomiędzy zmiennymi została zbadana za pomocą testu r-Pearsona i rho Spearmana. Badania przeprowadzono wśród 32 mieszkańców jednego z wybranych Domów Pomocy Społecznej w Radomiu. **Wyniki.** Osoby starsze w zdecydowanej większość nie rozróżniają pojęcia samotności od osamotnienia. Połowa badanych twierdzi, że nie ma wielu osób, na których mogą polegać gdy mają problemy, nieco mniej, że nie ma wielu osób, którym mogą całkowicie zaufać oraz że nie zawsze jest ktoś, z kim mogą porozmawiać o codziennych problemach. Nie dostrzeżono zależności pomiędzy samotnością a płcią, wiekiem, czasem przebywania w DPS oraz sprawnością badanych osób.

**Wnioski.** Poczucie samotności stwierdzono u około 60% badanych mieszkańców a relacje rodzinne miały na to zjawisko znaczący wpływ.

**Słowa kluczowe**: samotność, osoby starsze, Dom Pomocy Społecznej

**Problemy rodzin opiekujących się chorymi z demencją w środowisku domowym**

**Małgorzata Wojciechowska1, Aldona Pawlik2, ElżbietaAntos1**

*1Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego,*

*2Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Katedra Pielęgniarstwa*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Opieka nad starszą osobą z demencją jest wyczerpująca fizycznie oraz psychicznie. Opiekunowie takich osób stanowią grupę wysokiego ryzyka obniżenia jakości swojego życia. Dlatego zapewnienie im przerwy w opiece, pomocy w leczeniu zaburzeń, itp. mogłoby istotnie zniwelować ryzyko obciążenia opieką.

**Cel pracy.** Ukazanie problemów z jakimi spotykają się rodziny opiekujące się chorymi   
z demencją w środowisku domowym oraz sprawdzenie wiedzy opiekunów na temat choroby podopiecznego.

**Materiał i metody.** Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy testuniezależności Chi2 oraz współczynnika korelacji Pearsona. Przy weryfikacji statystycznej zebranego materiału, ustalono poziom istotności dla otrzymanych wyników tj. p<0,05.

Badana grupa stanowiła 101 osób, które były rodzinnymi opiekunami chorych z demencją. **Wyniki**. W badanej populacji przeważały kobiety (75%), mężczyźni stanowili jedynie 25% badanych osób. Najliczniejszą kategorią wiekową zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn był przedział powyżej 62 lata (34%). Funkcje opiekuńcze najczęściej sprawowali matka/mąż (52%). Najczęściej wymienianymi trudnościami w opiece nad chorym było: zmęczenie psychiczne (47%), trudne zachowanie podopiecznego (21%), bariera komunikacyjna (15%), brak cierpliwości (12%), zmęczenie fizyczne (3%), brak zastępstwa w opiece (2%). Ponad połowa badanych uważała, że nie otrzymuje wsparcia społeczeństwa i bliskich, reszta respondentów była odmiennego zdania.

**Wnioski.** Opiekunowie do najczęstszych trudności zaliczali: zmęczenie psychiczne, brak zastępstwa w opiece nad starszymi, trudne zachowanie podopiecznego, brak cierpliwości i barierę komunikacyjną. Jako źródło informacji na temat choroby podopiecznych wykorzystywali Internet i inne media. Nie istnieje zależność między wiedzą opiekunów na temat chorób seniorów, a ich uczestnictwem w programach edukacyjno-zdrowotnych na temat opieki nad osobami starszymi w środowisku.

**Słowa kluczowe:** opiekun rodzinny, osoba starsza, problemy, wiedza, opieka.

**Wpływ edukacji dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca na zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym**

## Beata Dziedzic¹, Zofia Sienkiewicz¹, Jacek Imiela¹, Wiesław Fidecki², Anna Leńczuk-Gruba¹, Ewa Kobos¹, Barbara Knoff¹, Mariola Pietrzak¹, Grażyna Wójcik¹, Anna Idzik¹

## *¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu WUM*

*²Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienna serca nadal są najczęstszą przyczyną zachorowań, hospitalizacji oraz zgonów. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. Jedną z najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych ekonomicznie metod wpływających   
na zmniejszenie zachorowalności na chorobę niedokrwienną serca jest edukacja zdrowotna.

**Cel pracy.** Ocena wpływu przeprowadzonego programu edukacyjnego na zmianę zachowań zdrowotnych u osób starszych z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 200 pacjentów specjalistycznej poradni kardiologicznej leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca, których podzielono na dwie grupy: edukowaną (grupa A) i nieedukowaną (grupa B). Każda z grup liczyła po 100 pacjentów. Ostatecznie w programie edukacyjnym wzięły udział 93 osoby, a w grupie kontrolnej pozostało 97 osób. W drugim etapie badania grupy oznaczono A1 (edukowana) i B1 (nieedukowana). Badanie przeprowadzono w trzech etatach (wstępny, szkoleniowy, kontrolny). Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, kwestionariusz wzoru zachowania A Friedmana i Rosenmana adaptacji Wrześniowskiego, pomiary antropometryczne, test wysiłkowy, pomiar ciśnienia tętniczego, badania laboratoryjne.

**Wyniki.** Dokonując ponownej analizy spożycia wybranych produktów spożywczych po przeprowadzeniu programu edukacyjnego zaobserwowano zdecydowaną poprawę w grupie A1 w porównaniu z grupą A w zakresie częstości spożycia tłustych ryb, gdzie nastąpił wzrost z 12% (grupa A) do 59,1% (grupa A1) konsumpcji ryb 3-2 razy w tygodniu. Statystycznie istotne różnice p<0,05 odnotowano dokonując analizy rodzajów form aktywności ruchowej, wzrósł odsetek osób aktywnych ruchowo, także zwiększyła się częstość i długość trwania ćwiczeń ruchowych. Zrealizowany program wpłynął na poprawę stężenia triglicerydów, gdzie w grupach A do A1 wykazano p<0,05 oraz istotną statystycznie poprawę poziomu cholesterolu HDL w grupie A1 w porównaniu z grupą B1.

**Wnioski.** Wstępna przededukacyjna analiza zachowań zdrowotnych wykazała liczne nieprawidłowości wynikające z niskiego poziomu stosowanych praktyk prozdrowotnych wśród badanej populacji. Przeprowadzony program edukacyjny istotnie wpłynął na poprawę większości badanych parametrów. W pracy wykazano, że możliwe jest przeprowadzenie skutecznej edukacji przez personel pielęgniarski.

**Słowa kluczowe**: choroba niedokrwienne serca, osoby starsze, zachowania zdrowotne

**Rola położnej w opiece nad kobietą w okresie senium**

**Aleksandra Werłos1, Aleksandra Uzar1, Patrycja Ostrogórska2, Barbara Prażmowska2**

*1Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Neonatologicznego, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum   
w Krakowie*

*2Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie**. Senium jest okresem życia, w którym kobieta często obserwuje u siebie różne objawy i stany, które nie są dla niej zrozumiałe. Złe samopoczucie interpretuje jako objaw starości i zbliżającej się śmierci, co powoduje niechęć do profilaktyki, diagnostyki   
i leczenia. Do zadań położnej należy profilaktyka dolegliwości okresu okołomenopauzalnego i chorób okresu senium oraz zapewnienie holistycznej opieki kobiecie dotkniętej schorzeniami ginekologicznymi i onkologicznymi.

**Cel pracy.** Celem pracy jest określenie roli położnej w opiece nad kobietą i profilaktyce chorób kobiecych w okresie starości.

**Podstawowe założenia pracy.** Rola położnej w opiece nad kobietą w okresie senium nie koncentruje się, wbrew powszechnej opinii, jedynie na leczeniu szpitalnym. Do zadań położnej należy uświadamianie na temat istotności wykonywania badań przesiewowych, udzielanie informacji o dostępnych programach profilaktycznych, rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych, promowanie zdrowego trybu życia i aktywności fizycznej. Bardzo ważna jest edukacja zdrowotna dotycząca niepokojących objawów i konieczności zgłaszania się do lekarza. Ponadto położna sprawuje opiekę nad kobietą w schorzeniach onkologicznych, przed i po zabiegach ginekologicznych, a także zapewnia opiekę paliatywną.

**Podsumowanie.** Holistyczna opieka położnej nad kobietą w okresie senium jest niezbędna nie tylko podczas leczenia szpitalnego, ale przede wszystkim w środowisku domowym, gdzie może realizować zadania z zakresu profilaktyki pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej.

**Słowa kluczowe**: położna, kobieta, senium

**Poziom akceptacji choroby i samoocena zadowolenia z życia pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych**

**Kamil Kuszplak, Mariusz Wysokiński, Barbara Kuszplak, Wiesław Fidecki,   
Dorota Kulina, Monika Bieniak**

*Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Choroba, niezależnie od wieku, jest zawsze dla pacjenta sytuacją trudną, wpływa zarówno na wymiar fizyczny jak i psychiczny, niejednokrotnie wymaga zmiany dotychczasowego życia, zaburza pełnienie ról społecznych, najczęściej uzależnia od pomocy innych. Taka sytuacja ma miejsce również w przypadku chorób neurologicznych, które są bardzo częstym zjawiskiem wśród osób w wieku podeszłym.

**Cel pracy.** Celem badań była próba oceny akceptacji choroby i zadowolenia z życia pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych. **Materiał i metody.** W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety. W badaniach własnych zastosowanymi narzędziami były standaryzowany kwestionariusz ankiety AIS oraz standaryzowany kwestionariusz ankiety SWLS. Narzędzia te poprzedzone zostały metryczką, złożoną z siedmiu pytań zamkniętych i jednego otwartego. Pytania zawarte w metryczce dotyczą ogólnych informacji na temat osoby badanej, pozwalają scharakteryzować jej sytuację społeczno-demograficzną. Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie. Badania przeprowadzona na Oddziałach Neurologii w okresie od marca do maja 2018. Badaniami objęto 102 osoby w wieku powyżej 65 lat. Średni wiek badanych wyniósł 74 lata. Najmłodszy badany miał 65 lat, zaś najstarszy 90 lat.

**Wyniki.** Średni wynik w Skali Akceptacji Choroby wyniósł 17,56±4,99. Świadczy to   
o niskim poziomie akceptacji choroby wśród ankietowanych. Średni wynik w Skali Satysfakcji z Życia, jaki uzyskali badani wyniósł 16,27±5,00. Po przeliczeniu wyniku na steny 54,9% (n=56) badanych uzyskało wyniki niskie (steny 1-4), 39,2% (n=40) uzyskało wyniki przeciętne (steny 5-6), zaś 5,9% (n=6) wyniki wysokie (steny 7-10). **Wnioski.** 1.Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym większe poczucie życiowej satysfakcji. 2. Akceptację schorzenia neurologicznego utrudniają głównie czynniki wynikające z ograniczeń narzuconych przez chorobę, w najmniejszym stopniu wpływa na to opinia czy postrzeganie przez osoby trzecie. 3. Na obniżenie poczucia życiowej satysfakcji pacjentów największy wpływ mają czynniki krótkoterminowe czyli te wynikające z aktualnej sytuacji osoby badanej. 4. Stopień adaptacji choroby jest istotnie niższy u osób, które przekroczyły 70 rok życia, natomiast nie ma istotnej zależności pomiędzy wiekiem badanych a poczuciem życiowej satysfakcji.

**Słowa kluczowe:** akceptacja, satysfakcja, wiek podeszły, skala AIS, skala SWLS.

**Postawy personelu pielęgniarskiego wobec umierania i śmierci pacjenta**

**Monika Kozestańska-Oczkowska¹, Joanna Wierzbicka², Aneta Jędrzejewska³,**

**Aneta Elżbieta Stępień4**

*¹Radomska Szkoła Wyższa w Radomiu*

*²Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, WOZiNH PWSZ w Ciechanowie*

*³Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu*

*4Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim*

**Streszczenie**

**Wstęp**. Umieranie to ostatni etap w życiu człowieka poprzedzający bezpośrednio jego śmierć, etap w którym każdy umierający ma prawo godnie zakończyć życie. Sprawowanie opieki nad osobą umierającą wymaga od personelu pielęgniarskiego predyspozycji psychicznych, fizycznych i społecznych. Śmierć to zjawisko, które w każdych okolicznościach wywołuje silne reakcje. W szczególny sposób dotyka samego umierającego, ale także osoby mu najbliższe, które towarzyszą choremu w procesie umierania. Człowiek w obliczu śmierci jest bezbronny, zgubiony, samotny oczekuje zarówno towarzyszenia rodziny, jak również profesjonalnej opieki pielęgniarskiej. Opieka ta jest wielokierunkowa i obejmuje m.in., zapewnienie poczucie bezpieczeństwa, złagodzenie bólu, afirmację życia oraz uznanie,   
że śmierć, to naturalny proces.

**Cel pracy.** Cel badań było poznanie postaw personelu pielęgniarskiego wobec umierania   
i śmierci pacjenta.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w okresie od października do grudnia 2017 roku. Badaniami objęto grupę 99 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Opocznie. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, narzędziem badawczym autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 25 pytań. Pytania odnosiły się do danych socjodemograficznych (wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, miejsce i staż pracy) oraz zagadnień dotyczących reakcji i czynników wpływających na postawy respondentów wobec procesu umierania   
i śmierci. Dane statystyczne poddano analizie za pomocą testu niezależności Chi2. Sprawdzono istnienie istotnych i nieistotnych różnić między grupami, przy założeniu: *p<0,05* albo *p>0,05*. Analizę przeprowadzono przy wykorzystaniu pakietu statystycznego Statistica 9.0.

**Wyniki**. Pod względem płci w badanej grupie dominowały kobiety 82, tj. 83% ogółu badanych. Zdecydowana większość respondentów to mieszkańcy miasta 70 osób (71%).   
W badaniu uczestniczyło 40 osób legitymujących się wykształceniem wyższym magisterskim (41%), 30 osób wykształceniem wyższym licencjackim (30%), a 29 osób posiadało wykształcenie średnie (29% ogółu badanych). W badaniu uczestniczył personel pielęgniarski zatrudniony głównie w oddziale wewnętrznym (26;27%) i w szpitalnym oddziale ratunkowym (22;22%), 15% było zatrudnionych w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, 11%   
w oddziale chirurgicznym i oddziale intensywnej opieki medycznej. Pod względem długości stażu pracy najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące w zawodzie od roku do pięciu lat- 36%, a najmniej liczną pielęgniarki ze stażem 16-20 lat tj. 6% ogółu ankietowanych. Na podstawowe pytanie o kontakt w pracy ze śmiercią człowieka twierdząco odpowiedzieli wszyscy respondenci (99;100%). Analiza uzyskanych danych wykazała ponadto, że 40 osób po raz pierwszy ze śmiercią zetknęło się podczas praktyk studenckich (41%), 28 osób podczas odbywania stażu (28%), pozostałe 15 osób w późniejszym okresie pracy zawodowej (13% ogółu badanych). 51 ankietowanych (52%) stwierdziło iż studia odpowiednio przygotowują studentów do kontaktu ze śmiercią i uczą właściwych zachowań wobec umierającego. Odmiennego zdania były 23 osoby (23%). W badaniach przeanalizowano emocje i reakcje respondentów na śmierć pacjenta. Wśród emocji odczuwalnych najczęściej wskazywano: smutek 20%, rozpacz 16%, przygnębienie 15%, bezradność 14%, osamotnienie 12% i żal 12%, współczucie 11% odpowiedzi. W dalszej kolejności dokonano analizy reakcji personelu pielęgniarskiego na śmierć pacjenta. W odpowiedziach dominowała modlitwa (26;26%), niechęć do wykonywanej pracy zawodowej (28;28%), 17% ankietowanych śmierć pacjenta przyjmowało z przerażeniem, a 16% okazywaniem współczucia rodzinie zmarłego. W toku analizy stwierdzono zależność istotną statystycznie (*p>0,05 tj. p=18,06*) pomiędzy reakcją na śmierć pacjenta, a płcią badanych.Kobiety statystycznie częściej jako reakcję na śmierć pacjenta wskazywały niechęć do swojej pracy. W uzyskanych wynikach wykazano ponadto, że istnieje istotnie statystyczna zależność (*p<0,05, p=0,001)* pomiędzy reakcją na śmierć pacjenta, a stażem pracy. Respondenci w skali od 1 do 10 bardzo wysoko ocenili poziom stresu z powodu śmierci pacjenta, 33 spośród badanych zaznaczyło 9 punktów (33%), 32 wskazały maksymalną liczbę 10 punktów (32%). Wnikliwa analiza materiału badawczego ukazała, że dla 32 ankietowanych (32%) śmierć każdego pacjenta wywołuje jednakowo duże przeżycia, dla 17% bardzo silne przeżycia wywołuje śmierć dziecka/noworodka. Należy podkreślić, że szczególnie mocno respondenci przeżywają śmierć długotrwałą z cierpieniem   
i agonią pacjenta (45;46%). Najmniejsze przeżycia towarzyszą ankietowanym w przypadku naturalnej śmierci pacjenta (20%) i śmierci osoby starszej (12%). Dla większości ankietowanych 23% głównym sposobem radzenia sobie ze stresem spowodowanym śmiercią pacjenta była rozmowa z bliskimi, 19% wskazało modlitwę, po 17% pracę fizyczną. Nie stwierdzono istnienia zależności pomiędzy sposobem radzenia sobie ze stresem związanym ze śmiercią i umieraniem pacjenta, a miejscem pracy. W badanej grupie wszystkie osoby zadeklarowały się jako wierzące, przy czym zdecydowana większość (78%) jako osoby wierzące-praktykujące. W uzyskanych wynikach wykazano, że istnieje istotnie statystyczna zależność (*p<0,001)* pomiędzy postawą personelu pielęgniarskiego wobec śmierci   
i umierającego pacjenta, a stosunkiem do wiary. Osoby wierzące i praktykujące statystycznie częściej proszą osobę duchowną do umierającego pacjenta, niż osoby wierzące, ale niepraktykujące Na pytanie: czy jest Pan/Pani w stanie udzielić wsparcia emocjonalnego umierającym pacjentom pięćdziesięciu pięciu ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej (59%). Szczegółowa analiza uzyskanych wyników pokazała, że główną barierą   
w sprawowaniu opieki nad umierającym jest brak czasu i nieadekwatna do potrzeb obsada personelu pielęgniarskiego (56;57%). Jednocześnie mimo istniejących przeszkód 52 ankietowanych (53%) starałoby się towarzyszyć umierającemu pacjentowi, wspierać go rozmową, gestem. Osoby uczestniczące w badaniu niekiedy czują się niezręcznie, są bezsilne w kontaktach z chorym umierającym (33;33%), boją się możliwych pytań, próśb i spojrzeń umierającego (43;43%). Niepokoić może fakt, że aż 54 (55%) ankietowanych unika kontaktu z umierającym, wolą opiekę scedować na innych członków zespołu terapeutycznego. Niektórzy spośród badanych uważają wprost, że towarzyszenie umierającemu powinno należeć do zadań rodziny a nie pielęgniarki (25;25%).

**Wnioski.** 1.Nie istnieje zależność pomiędzy emocjami związanymi ze śmiercią i umieraniem pacjenta, a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak: wykształcenie, wiek i staż pracy. 2. U personelu pielęgniarskiego bez względu na powyższe czynniki wśród negatywnych emocji dominuje smutek. 3. Istnieje zależność pomiędzy reakcją na śmierć pacjenta a stażem pracy. Osoby o stażu pracy 11-20 lat częściej okazują współczucie rodzinie z powodu śmierci pacjenta, aniżeli osoby o stażu pracy 1-5 lat, 6-10 lat i 21 i powyżej lat. Ponadto osoby o stażu pracy 1-5 lat, 6-10 lat i 21/powyżej lat częściej odczuwają niechęć do swojej pracy, aniżeli osoby o stażu pracy 11-20 lat. 4. Nie istnieje zależność pomiędzy sposobem radzenia sobie ze stresem związanym ze śmiercią i umieraniem pacjenta, a miejscem pracy. Bez względu na miejsce pracy personel pielęgniarski jednakowo radzi sobie ze stresem. 5. Istnieje zależność pomiędzy postawą personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta umierającego i śmierci,   
a stosunkiem do wiary. Pozytywny stosunek do wiary personelu pielęgniarskiego pozwala mu przybrać odpowiednią postawę, osoby wierzące i praktykujące częściej proszą osobę duchowną do umierającego pacjenta, aniżeli osoby wierzące, ale nie praktykujące. 6. Nie istnieje zależność pomiędzy emocjami jakie prezentuje personel pielęgniarski wobec śmierci   
i umierania pacjenta, a rodzajem śmierci. Rodzaj śmierci nie wpływa na rodzaj okazywanych emocji przez personel pielęgniarski.

**Słowa kluczowe**: opieka pielęgniarska, śmierć, umieranie.

**Diagnoza oraz opinia na temat zjawiska przemocy w percepcji osób w podeszłym wieku**

**Karolina Filipska1, Anna Antczak-Komoterska1, Monika Biercewicz2,**

**Kornelia Kędziora-Kornatowska2**

*1Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera   
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,*

*2Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

**Streszczenie**

**Wstęp.** W krajach Unii Europejskiej problem starzejącego się społeczeństwa występuje już od wielu lat. W związku ze zwiększającą się liczbą osób starszych coraz częściej wśród tej grupy społeczeństwa pojawia się problem występowania przemocy, zwłaszcza ze strony opiekunów.

**Cel.** Celem pracy było dokonanie analizy dotyczącej występowania zjawiska przemocy wśród osób w podeszłym wieku.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 150 osób w wieku od 60 do 90 lat. Respondenci byli hospitalizowani w Katedrze i Klinice Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. W przeprowadzonym badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Wszystkie obliczenia wykonano w programie PQStat (wersja 1.6.6).

**Wyniki.** Stosowanie przemocy wobec osób starszych jest zjawiskiem dość powszechnym. Stan cywilny, zdiagnozowane choroby przewlekłe, nie wpływały na częstość występowania zjawiska przemocy wobec osób starszych. Świadkami przemocy częściej były osoby, które same jej doświadczyły (p<0,001). Istotne statystycznie (p<0,001) okazało się również to, iż osoby, które same doświadczyły przemocy częściej deklarują, że znają ofiary, które także doznały tego aktu. Odsetek przypadków doznanej przemocy zgłaszanej przez ofiary był niewielki (6,7%).

**Wnioski.** Przemoc wobec osób w podeszłym wieku nie jest nowym zjawiskiem, natomiast zainteresowanie badaniem aspektów przemocy wobec osób starszych jest stosunkowo nowe. Istnieje jednak rzeczywiste zapotrzebowanie na prowadzenie więcej tego typu badań, ponieważ dotąd przeprowadzono ich niewystarczającą ilość o ograniczonym zakresie.

**Słowa kluczowe:** zjawisko przemocy, osoba starsza, epidemiologia.

**Różnice w percepcji wsparcia społecznego wśród seniorów ze środowiska wiejskiego przebywających w DPS i ZOL**

**Anna Wiśniewska1, Paweł Chruściel2, Klaudia Jakubowska2**

*1Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

*2Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk   
o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Starość uznawana jest za okres związany ze stopniowym pogorszeniem funkcjonowania, zarówno w aspekcie stanu zdrowia jak i relacji społecznych. Postępujące przemiany demograficzno-epidemiologiczne dynamizują proces starzenia się społeczeństw,   
a tym samym pobudzają wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i wsparcie społeczne. Pod wpływem przekształceń społeczno-ekonomicznych zmianie ulega obraz, funkcje   
i wielkość rodziny, jako podstawowej struktury podejmującej długookresową opiekę nad seniorem w miejscu zamieszkania. Ponadto, wielochorobowość i niesprawność występujące znacznie częściej u osób starszych stanowią czynnik silnie determinujący zapotrzebowanie na wsparcie społeczne.

**Cel pracy.** Określenie różnic w percepcji wsparcia społecznego wśród seniorów   
ze środowiska wiejskiego przebywających w DPS i ZOL.

**Materiał i metody.** Badania oparte były na metodzie sondażu diagnostycznego. Do pomiaru zmiennych wykorzystano standaryzowane kwestionariusze ankiet do samodzielnego wypełnienia przez respondenta: CSNI (Courage Social Network Index) oraz SWS (Skala Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran). W badaniach uczestniczyła reprezentatywna grupa 357 respondentów w wieku 60 lat i więcej. Respondentów wytypowano w drodze doboru losowego opartego na schemacie mieszanym warstwowo-systematycznym. Wszyscy respondenci spełnili kryteria włączenia do badań oraz wyrazili pisemną zgodę na udział   
w nich. **Wyniki.** Analiza statystyczna zgromadzonych danych została przeprowadzona   
z użyciem testów nieparametrycznych: korelacji rho Spearmana, testów Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Znaczna część respondentów reprezentowana była przez kobiety, posiadające wykształcenie na poziomie podstawowym oraz owdowiałe. Ustalono, że rodzaj instytucji opiekuńczej różnicował wsparcie strukturalne, wsparcie funkcjonalne, wsparcie wartościujące oraz wsparcie emocjonalne (p<0,05). Wyniki pozwoliły uwidocznić charakterystyczne dla badanej grupy tendencje – radykalne zubożenie pierwotnej sieci wsparcia, co potęguje zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną zarówno w DPS jak i ZOL, dokonywanie lepszych ocen wsparcia społecznego przez respondentów z DPS oraz występowanie znacznego deficytu wsparcia emocjonalnego. Zmienne demograficzne takie jak płeć, wiek, poziom wykształcenia oraz stan cywilny związane były z badanymi wymiarami wsparcia społecznego (p<0,01).

**Wnioski.** 1.Respondenci postrzegają DPS jako korzystniejszy rodzaj instytucji opiekuńczej. 2. Najbardziej deficytowym rodzajem wsparcia było wsparcie o charakterze emocjonalnym. 3. Jednym z zadań personelu pielęgniarskiego powinno być zapewnienie pożądanego rodzaju wsparcia.

**Słowa kluczowe**: wsparcie społeczne, osoby starsze, opieka instytucjonalna.

**Wydatki gospodarstw domowych na leki   
na przestrzeni 2006-2016 lat jako element bezpieczeństwa pacjenta**

**Grażyna Dykowska*1*, Aleksandra Czerw*1*, Ewa Niemczyk2, Anna Augustynowicz*1,*   
Zofia Sinkiewicz, Rafał Szpakowski4**

*1Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny,*

***2****II Wydział Lekarski z oddziałem Fizjoterapii,*

*3Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny,*

*4Zakad Zdrowia Publicznego Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Wydatki gospodarstw domowych na leki stanowią z roku na rok coraz większy wydatek z budżetu domowego wielu emerytów, którzy często rezygnują z kupna nawet zamienników, gdyż nie stać ich na wykupienie.

**Cel pracy.** Analiza wydatków gospodarstw domowych na leki i szukanie związków   
z bezpieczeństwem pacjenta.

**Podstawowe założenia pracy.** Analizie zostały poddane informacje z GUS z cyklicznej publikacji Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie w latach 2006;2010;2013 i 2016 oraz aktualne przepisy prawne z tego zakresu

**Słowa kluczowe: s**enior, gospodarstwo domowe, wydatki, bezpieczeństwo

**Jakość życia opiekunów osób starszych**

**Magdalena Strugała, Dorota Talarska, Karolina Zielińska, Patrycja Talarska,**

**Maria Stachowska**

*Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Jakość życia osób sprawujących opiekę, zarówno profesjonalną, jak i nieprofesjonalną nad osobami w wieku podeszłym, ma istotny wpływ na poziom udzielanych świadczeń opiekuńczych. Ponadto jest pewnego rodzaju wyznacznikiem w ocenie realnych możliwości sprawowania długoterminowej opieki. Wpływ sprawowania opieki na samopoczucie i jakość życia opiekuna jest znacząco zależny od: stanu zdrowia i kondycji psychofizycznej, w jakiej znajduje się podopieczny, stanu wydolności funkcjonalnej osoby starszej - determinującej możliwość samodzielnej egzystencji, czasu sprawowania opieki oraz wieku i płci opiekuna.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy jest ocena jakości życia opiekunów osób starszych oraz wyłonienie czynników, które na nią wpływają.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 118 opiekunów osób w wieku podeszłym, w tym 103 kobiety   
i 15 mężczyzn. Połowę badanej grupy stanowili opiekunowie formalni, a drugą nieformalni. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Oceny jakości życia opiekunów osób starszych dokonano w oparciu o kwestionariusz WHOQOL – BREFF. Analizy dokonano z uwzględnieniem typu opiekuna: formalny i nieformalny, płci i wieku opiekuna, poziomu wydolności funkcjonalnej podopiecznych (ocenianej wg Indeksu Barthel), stażu sprawowanej opieki oraz statusu zawodowego opiekuna.

**Wyniki.** Wyniki badań własnych wykazały, że samoocena jakości życia i stanu zdrowia opiekunów była na dość dobrym i dobrym poziomie. Istotny wpływ na jakość życia miał typ sprawowanej opieki   
i płeć opiekuna. Wyższą jakość życia mieli opiekunowie formalni. Płeć opiekunów, wpływała   
na 3 obszary jakości życia: somatyczny, socjalny i środowiskowy, w całej badanej grupie oraz   
w grupie opiekunów nieformalnych. Wyższą jakość życia w analizowanych grupach miały kobiety. Nie wykazano związku jakości życia z wiekiem, stanem funkcjonalnym podopiecznych, stażem sprawowanej opieki i statusem zawodowym opiekunów.

**Wnioski.** 1.Jakość życia badanych opiekunów osób starszych była na dobrym poziomie. 2. Na jakość życia opiekunów miał wpływ typ opiekuna. Wyższą jakość życia deklarowali opiekunowie formalni. 3. Wyższą jakość życia, zwłaszcza w grupie opiekunów nieformalnych, miały kobiety.   
4. Niewątpliwie przedmiot badań temat wymaga ujęcia prospektywnego i dalszych analiz.

**Słowa kluczowe: j**akość życia, opiekun osoby starszej.

**Interdyscyplinarna opieka nad pacjentką z chorobą Alzheimera**

**w domu pomocy społecznej**

**Agnieszka Komorowska1,2, Beata Haor3, Robert Ślusarz3**

*1Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie*

*2Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku*

*3Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum*

*w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Zjawisko starzenia się społeczeństwa stanowi aktualny problem dla większości krajów europejskich. Często spotykaną chorobą u ludzi starszych jest choroba Alzheimera. Charakteryzuje się postępującymi objawami utraty pamięci oraz pogorszeniem funkcji poznawczych, co znacznie utrudnia samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym osób chorujących.

**Cel pracy.** Celem pracy było ukazanie znaczenia opieki interdyscyplinarnej nad pacjentką z chorobą Alzheimera przebywającą w domu pomocy społecznej oraz analiza opieki kompleksowej pacjentki   
z AD.

**Materiał i metody.** Badaniem została objęta 83-letnia pacjentka, przebywająca od 2012 r. do chwili obecnej w Domu Pomocy Społecznej w Kutnie z rozpoznaniem zespołu otępiennego typu Alzheimer. Materiał do badań został zebrany na podstawie wywiadu, obserwacji pacjentki oraz analizy dokumentacji medycznej, tj. karty zleceń lekarskich oraz historii choroby i pielęgnowania oraz indywidualnego planu wsparcia.Opis przypadku. Pacjentka, lat 83. Do domu pomocy społecznej trafiła w 2012 roku i do chwili obecnej w nim przebywa. U pacjentki zdiagnozowano zespół otępienny typu Alzheimer. Kobieta we wczesnej fazie choroby mieszkała z rodziną. Z powodu trudności   
w samodzielnym funkcjonowaniu w zakresie biologicznym, społecznym i psychicznym potrzebowała stałej opieki. Kobieta została umieszczona w placówce opiekuńczej całodobowej.

**Wnioski.** Choroba Alzheimera jest chorobą pierwotnie zwyrodnieniową mózgu spowodowaną odkładaniem się patologicznych białek. Patogeneza choroby Alzheimera nie została jednoznacznie ustalona. Głównymi problemami w chorobie Alzhaimera są postępujące zaburzenia funkcji poznawczych, czyli złożonych czynność umysłowych, takie jak procesy spostrzegania, językowe, pamięci, myślenia, funkcje wzrokowo-przestrzenne i wykonawcze. Maja one istotny wpływ na pracę, zachowania społeczne, rodzaj związków międzyludzkich, a także są przyczyną trudności   
w komunikowaniu się z pacjentem. Poza głównymi problemami w przebiegu tej choroby, mogą pojawić się także problemy neurologiczne. Znaczącą częścią opieki nad osobą z chorobą Alzheimera jest organizacja dnia. Każda aktywność fizyczna i umysłowa jest ważna, ponieważ należy angażować pacjenta do czynności dnia codziennego. Opracowany indywidualny plan wsparcia dla mieszkańca   
w domu pomocy społecznej pozwolił na objęcie pacjenta interdyscyplinarną opieką.

**Słowa kluczowe**: choroba Alzheimera, dom pomocy społecznej, interdyscyplinarna opieka, pacjent.

**Całościowa ocena geriatryczna w opiece pielęgniarskiej**

**Iwona Adamska-Kuźmicka, Aneta Kościołek, Lilla Walas, Agnieszka Sadurska**

*Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Wskaźniki demograficzne wskazują na systematyczny wzrost liczby osób po 65 roku życia zarówno w Polsce i w innych krajach europejskich. Wpływa to znacząco na organizację opieki medycznej, pielęgniarskiej i wskazuje na konieczność reorganizacji zgodnie z potrzebami pacjentów. Całościowa ocena geriatryczna jest dobrym sposobem na pozyskanie danych o pacjentach uwzględniając ich podmiotowy charakter.

**Cel pracy.** Przedstawienie całościowej oceny geriatrycznej jako narzędzia w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym.

**Podstawowe założenia pracy.** Całościowa ocena geriatryczna (COG) jest wielokierunkowym, zintegrowanym procesem diagnostycznym mającym na celu określenie zakresów zaburzeń dobrostanu, priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości dalszego leczenia/opieki   
w różnych miejscach pobytu pacjenta. Pozwala na cenę zdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania, określenia potrzeb zdrowotnych, psychologicznych, socjalnych. Pomaga   
w określeniu hierarchii potrzeb. Dokonana ocena określa stan czynnościowy, zdrowie fizyczne, stan psychiczny i socjalno-środowiskowy. Może być zbiorem narzędzi niezbędnych w opiece pielęgniarskiej nad osobą starszą. Uzasadnionym jest przybliżenie metodologii całościowej oceny geriatrycznej: 1. Ocena stanu czynnościowego: Skala funkcjonowania codziennego ADL- Activites   
of Daily Living; Skala funkcjonowania instrumentalnego IADL – skala Lawtona; Ocena funkcjonalna potrzeb socjomedycznych w środowisku zamieszkania – kwestionariusz EASY- Care; Skala Barthel; TUG test (timed „up and go” test) – test „wstań i idź”. 2. Ocena stanu zdrowia fizycznego: badanie podmiotowe (kwestionariusz ankiety, analiza dokumentacji medycznej pacjenta, podstawowe pomiary parametrów życiowych); Skala oceny równowagi i chodu – skala Tinetti; Skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn – NORTON; Ocena stopnia odżywienia (MNA – Mini Nutritional Assessment). 3. Ocena stanu umysłowego/ psychicznego: Skale oceniające ilościowe czynności poznawcze (sprawność umysłową); Skala oceny stanu psychicznego (MMSE – Mini Mental State Examination); Skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona (AMTS – Abbreviated Mental Test Score); Skala niedokrwienia Hachinskiego; Skala oceny stanu emocjonalnego, geriatryczna skala oceny depresji Yesavage’a. 4. Ocena socjalno-środowiskowa: Ocena Satysfakcji z Życia (SSW); badanie podmiotowe (kwestionariusz ankiety).

**Podsumowanie.** Kompleksowa ocena stanu pacjenta pozwala na optymalizację opieki pielęgniarskiej. Jej prowadzenie w sposób cykliczny pozwoli na określenie zmian w czasie i pozwoli na uchwycenie zagrożeń w utracie samodzielności przez pacjenta geriatrycznego. Pozwoli na indywidualizację pracy pielęgniarki z pacjentem, na poznanie jego potrzeb, a co za tym idzie na szybsze wychwycenie niepokojących objawów pogorszenia dobrostanu pacjenta. Ma wpływ na zmniejszenie ilości wysoce specjalistycznych procedur medycznych w opiece nad osobami starszymi na rzecz działań profilaktycznych i podstawowych.

**Słowa kluczowe**: Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), opieka pielęgniarska w geriatrii.

**Ocena ryzyka upadków pacjentów geriatrycznych na podstawie testu Up&Go**

**Monika Biercewicz, Kornelia Kędziora-Kornatowska**

*Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Upadki zaliczane są do „wielkich problemów geriatrycznych”. Stanowią jedną   
z głównych przyczyn utraty sprawności i niezależności osób w wieku starszym. Ocena ryzyka upadków jest ważnym element KOG (Kompleksowej Oceny Geriatrycznej).

**Cel pracy.** Ocena ryzyka upadków u osób starszych w odniesieniu do stanu funkcjonalnego, stanu odżywienia, wieku, płci oraz wartości wskaźnika BMI.

**Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 143 pacjentów Kliniki Geriatrii CM UMK   
w Bydgoszczy. Kobiety stanowiły 60,8% badanej grupy (n=87), mężczyźni 39,2% (n=56). Wiek badanych w przedziale 60-94 r.ż. (M=74,06). Do oceny zastosowano standaryzowane skale i testy wykorzystywane w KOG: skala MNA, Barthel, test Up&Go. Pod uwagę wzięto także wiek, płeć i BMI badanych. Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą programu Statistica 12.0 (p<0,05), na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, praca z projektu   
nr WN707.

**Wyniki.** Średni czas w teście Up&Go wynosił M= 12,8 sek. (SD 4,7 sek.), 49 osób (tj.34,3%) otrzymało wynik w teście Up&Go > 14 sek. (wysokie ryzyko upadków). Uzyskano statystycznie istotne korelacje między testem Up&Go a: wiekiem (rS=0,560), skalą Barthel (rS= -0,629), skalą MNA (rS= -0,290), BMI (rS=0,192). Płeć nie różnicowała pacjentów   
w odniesieniu do wyników uzyskanych w teście Up&Go (U-Manna-Whitneya p=0,1898). **Wnioski.** 1. Ryzyko upadków (Up&Go) wzrasta wraz z wiekiem. 2. Ryzyko upadków Up&Go koreluje ze stanem funkcjonalnym (BI), stanem odżywienia (MNA) oraz BMI. 3. Nie stwierdzono różnic w wynikach uzyskanych z testu Up&Go a płcią. 4. Przeszło u 1/3 badanych tj. 34% ryzyko upadków (Up&Go) było wysokie.

**Słowa kluczowe:** upadki, wiek starszy.

**Usprawnianie seniora po udarze mózgu w środowisku domowym**

**Paweł Sienkiewicz1, Wojciech Konarski1**, 2

*1Centrum Rehabilitacji Medycznej w Legionowie*

*2Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Choroby naczyniowe mózgu, a zwłaszcza udary pozostają nadal poważnym problemem leczniczym i społecznym. Stanowią trzecią po schorzeniach układu krążenia   
i nowotworach przyczynę zgonów na świecie. Szacuje się, że rocznie na świecie na udar mózgu zapada około 15 milionów osób, a około 5 milionów umiera. Zapadalność na udar mózgu wzrasta z wiekiem. Wynika to ze zwiększonego występowania ogólnie uznanych czynników ryzyka w populacji osób zdrowych to jest: palenie papierosów, brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, otyłość, nadużywanie alkoholu oraz występowania chorób: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby serca, zaburzenia układu krzepnięcia i zaburzenia gospodarki lipidowej.

**Cel pracy**. Celem pracy było przedstawienie sposobów usprawniania seniora po udarze mózgu w środowisku domowym.

**Materiał i metoda.** W pracy opisano studium indywidualnego przypadku pacjentki   
80 letniej, która wraz z mężem mieszka w domku jednorodzinnym w Legionowie.

**Wyniki.** Chora po przebytym udarze mózgu wypisana do domu, bardzo często wymaga korzystania z różnych form opieki, fizjoterapeuta pełni ważne zadanie związane   
z usprawnianiem chorej w domu. Niepełnosprawność odbiera pacjentce chęci do działania,   
a perspektywa dalszego życia z kalectwem źle wpływa na stan psychiczny. Chora izoluje się społecznie a to nasila istniejącą już depresję. Zaplanowano działania fizjoterapeutyczne uwzględniające stopień niepełnosprawności pacjentki.

**Podsumowanie.** Udar mózgu rozpoznajemy, gdy ogniskowe objawy neurologiczne wystąpią nagle i trwają dłużej niż 24 godziny. Objawy trwające krócej niż 24 godziny świadczą o TIA – czyli przemijającym ataku niedokrwiennym mózgu. Wymaga on równie pilnej   
i specjalistycznej diagnostyki neurologicznej

**Słowa kluczowe:** udar mózgu, środowisko domowe, rehabilitacja, fizjoterapia

**Rola fizjoterapii w profilaktyce osteoporozy**

**Paweł Sienkiewicz1, Wojciech Konarski1, 2**

*1Centrum Rehabilitacji Medycznej w Legionowie*

*2Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie*

## 

## Streszczenie

**Wstęp.** Osteoporoza jest chorobą kości polegającą na zmniejszeniu jej gęstości mineralnej. Dotyczy coraz większej liczby osób, co wynika ze starzenia się społeczeństwa. Prowadzi do złamań niskoenergetycznych głównie szyjki kości udowej i kręgosłupa. Dwadzieścia procent osób po siedemdziesiątym roku życia umiera z powodu powikłań po złamaniu. Powikłania   
te są związane z długotrwałym unieruchomieniem, które sprzyja zapaleniom płuc, zatorowości płucnej i innym schorzeniom układu sercowo – naczyniowego.

**Cel pracy.** Przedstawienie roli fizjoterapii w profilaktyce osteoporozy.

**Podstawowe założenia pracy.** Kinezyterapia - leczenie ruchem w osteoporozie ma różny zakres. Zależy od stanu ogólnego chorego, a także od stopnia zaawansowania choroby oraz lokalizacji i obecności złamań. Zaleca się każdą umiarkowaną aktywność fizyczną   
z wyjątkiem skłonów, gwałtownych skrętów tułowia i dźwigania. Najbardziej wskazane   
są ćwiczenia ogólnokondycyjne pod kontrolą fizjoterapeuty. Ćwiczenia zwiększają siłę mięśniową, wytrzymałość, podnoszą ogólną wydolność organizmu. Warto zalecać: marsz, spacer, marszobieg na równym podłożu, pływanie, spokojny taniec, ćwiczenia w basenie. Największe znaczenie dla zwiększenia masy kostnej mają ćwiczenia oporowe o dużym natężeniu, ale mogą je wykonywać tylko osoby z prawidłową wydolnością krążeniowo-oddechową, pod kontrolą fizjoterapeuty.

**Podsumowanie.** Edukacja prowadzona przez fizjoterapeutę powinna obejmować wyjaśnienie czynników ryzyka osteoporozy, zwrócić uwagę na bezobjawowy przebieg choroby do czasu wystąpienia złamań i propagować zdrowy tryb życia z dużą dawką ćwiczeń prowadzonych przez fizjoterapeutę.

**Słowa kluczowe:** osteoporoza, profilaktyka, fizjoterapeuta

**Weryfikacja bólu wśród osób starszych**

**Iwona Repka1, Grażyna Puto1, Patrycja Zurzycka1, Marlena Padykuła1,**

**Ewelina Pawlik2**

*1Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa*

*2Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa – Absolwent*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Osoby starsze zmagają się z wielochorobowością, co przyczynia się do występowania bólu   
o charakterze przewlekłym. W związku z tym planowanie farmakoterapii powinno być oparte na wnikliwej ocenie natężenia bólu oraz jego składowych, w celu zminimalizowania zagrożenia wystąpienia polipragmazji.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena natężenia bólu przewlekłego i nasilenia jego poszczególnych składowych za pomocą kwestionariusza Melzacka Mc Gilla (MPQ) oraz Krótkiego Inwentarza Bólu (BPI-SF).

**Materiał i metody**. Badania prowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Kwestionariusza Melzacka - Mc Gilla (Mc Gill Pain Questionnaire; MPQ) oraz Krótkiego Inwentarza Bólu w wersji skróconej (Brief Pain Inventory- Short Form; BPI-SF). Przebadano 102 osoby odczuwające ból od co najmniej 6 miesięcy, które ukończyły 65 rok życia. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu STATISTICA 12. Istotność przyjęto na poziomie p<0,001.

**Wyniki.** Wśród 102 przebadanych osób w wieku od 65 do 98 lat większość stanowiły kobiety (62,7%). Średnia wieku badanych wyniosła 78 lat. Analizując wykształcenie osób badanych wyszczególniono najliczniejszą grupę, z wykształceniem średnim (45,1%). Dominującym miejscem zamieszkania wśród respondentów było środowisko miejskie (64,7%), a stanem cywilnym związek małżeński (50%). Natężenie bólu oceniane za pomocą skali BPI-SF wyznaczyło średni wynik (2,7±1,4). W ocenie jakościowej bólu wg kwestionariusza MPQ dominował wymiar sensoryczny (8,6± 4,0), natomiast najmniejsze znaczenie odgrywał obszar emocjonalny (1,8 ± 2,2). W zakresie charakteru bólu w grupie 55% badanych dominował ból napadowy. Analiza pozyskanych wyników wskazała istotne statystycznie związki między aktualną intensywnością bólu (AIB) wg MPQ   
a trudnościami uniemożliwiającymi korzystanie z życia (p=0,001) oraz zdolnością chodzenia (p=0,001) ocenianą wg skali BPI-SF. Ponadto, wyodrębniono istotne statystycznie zależności między Wskaźnikiem Oceny Bólu (wg MPQ) a trudnościami w chodzeniu (p=0,001) oraz relacjami z innymi (p=0,001). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między natężeniem bólu a wybranymi danymi socjodemograficznymi (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania).

**Wnioski.** 1.Badane osoby doświadczały głównie bólu o charakterze napadowym, który wpływał na ich zdolność przemieszczania się oraz możliwości korzystania z życia. 2. Wybrane dane socjodemograficzne nie mają wpływu na poziom bólu przewlekłego oceniany wg skali BIP-SF oraz kwestionariusza MPQ.

**Słowa kluczowe**: ból przewlekły; osoby starsze; Krótki Inwentarz Bólu - wersja skrócona (BPI-SF); Kwestionariusz Melzack - Mc Gill.

**Akceptacja choroby przewlekłej a nasilenie problemów psychospołecznych osób starszych**

**Grażyna Puto 1, Iwona Repka1, Patrycja Zurzycka 1, Lucyna Ścisło1,**

**Elżbieta Walewska1,Ewa Kawalec-Kajstura 1, Dominika Skrzypoń*2***

*1**Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie*

*2Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie – Absolwent*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Postępujący proces starzenia się społeczeństwa w Polsce, jak również w innych krajach europejskich, wskazujący na systematyczny wzrost odsetka osób starszych skłania do zadania pytania o akceptację choroby przewlekłej, nie tylko ze względu na uwarunkowania zdrowotne i pozazdrowotne wynikające z postępu medycyny, zdrowia publicznego – ale również ze względu na konsekwencje nasilenia problemów psychospołecznych.

**Cel pracy.** Celem badań było poznanie związku między poziomem akceptacji choroby a nasileniem problemów psychospołecznych.

**Materiał i metody.** Wśród 150 osób po 65 roku życia chorujących przewlekle (powyżej 3 lat) odsetek badanych kobiet był wyższy w porównaniu z odsetkiem badanych mężczyzn (60,7% *vs* 39,3%),   
a średnia wieku wyniosła 76 lat (SD ± 7,6). Ocenę akceptacji choroby przewlekłej przeprowadzono przy pomocy Skali Akceptacji Choroby (AIS - Acceptance of Illness Scale) a nasilenie problemów psychospołecznych w oparciu o skalę Problemów Psychospołecznych Osób Przewlekle Chorych (PCH-R). Obliczenia wykonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 24 for Windows.   
Za istotne statystycznie przyjęto efekty, dla których wartość́ p < 0,05.

**Wyniki.** Wynik globalny wg skali PCH-R wykazał przeciętne nasilenie problemów psychospołecznych (151,5±35,1). Ocena poszczególnych obszarów problemów psychospołecznych wykazała: wysokie nasilenie problemów w sferze społecznej (46,0 ± 11), przeciętne w sferze osobowościowej (47,20±10,4) i rodzinnej (38,60 ± 12,4), a niskie w sferze zajęciowej (20 ± 9). Najwięcej osób wykazało wysokie nasilenie problemów w sferze osobowościowej (44%) i społecznej (58%), przeciętne w sferze rodzinnej (36,7%) a niskie w sferze zajęciowej (84%). Wskaźnik akceptacji choroby wykazał średni poziom akceptacji choroby (23,4 ± 8,8). Najwięcej osób wykazało średni poziom akceptacji choroby (35,3%; 19-28 pkt.) nieco mniej wysoki (34%; 29-40 pkt.)   
a najmniej niski poziom (30,7%; 8-18 pkt.).

Wartości współczynnika korelacji rho Spearman wykazała istotnie ujemną korelację między akceptacją choroby a nasileniem problemów psychospołecznych w sferach osobowościowej (-0,33; p=0,00), rodzinnej (-0,57; p=0,00), społecznej (-0,54; p=0,00) i zajęciowej (-0,17; p=0,00). Najsilniej z akceptacją choroby związana była sfera rodzinna i społeczna. Wraz ze wzrostem akceptacji choroby zmniejsza się nasilenie problemów psychospołecznych w sferach rodzinnej i społecznej.

**Wnioski.** 1.Poziom akceptacji choroby przewlekłej wykazuje zależność z problemami psychospołecznymi (wraz ze wzrostem akceptacji choroby maleje nasilenie problemów psychospołecznych). 2. Badanie wykazało średni poziom akceptacji choroby i przeciętne nasilenie problemów psychospołecznych w badanej grupie.

**Słowa kluczowe**: problemy psychospołeczne, akceptacja choroby, osoby starsze.

**Adaptacja osoby starszej przebywającej w szpitalu do warunków domowych**

**Zofia Sienkiewicz,  Beata Dziedzic,    
Barbara Knoff, Mariola Pietrzak, Ewa Kobos, Anna Leńczuk-Gruba**

*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Bardzo ważne jest właściwe planowanie wypisu ze szpitala gwarantujące przekazanie opieki nad pacjentem instytucją POZ lub opieki środowiskowej lub społecznej zapewniające bezpieczeństwo i potrzebne wsparcie pacjentowi i jego opiekunom.

**Cel pracy.** Analiza adaptacji osoby starszej przebywającej w szpitalu do warunków domowych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w 2016 roku wśród pacjentów   
i rodzin/opiekunów pacjentów przebywających na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Grupę badaną stanowiło 36 osób w tym 20 kobiet i 16 mężczyzn w przedziałach wiekowych od 60 do 80 lat (średnia 71 lat). Dobór osób objętych badaniem był celowy. Pacjenci   
i opiekunowie wyrazili zgodę na udział w badaniu. W badaniu użyto autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 14 pytań.

**Wyniki.** Nieliczni opiekunowie (6 na 36) w jakimś stopniu przygotowują mieszkanie do powrotu do domu ich bliskich. Ponad 80% ankietowanych osób zostało poinformowanych przynajmniej częściowo o sposobie zajmowania się osobą. Ponad 80% ankietowanych zaznaczyło w ankiecie odpowiedź, „nie” świadczącą o nieznajomości organizacji pomocnych przy opiece nad chorym. Edukacja prowadzona na oddziale przez personel pielęgniarski, lekarski, terapeutyczny została oceniona dobrze.

**Wnioski.** 1. Właściwa opieka domowa nad pacjentem po wypisie ze szpitala ma bardzo istotne znaczenie nie tylko dla właściwego przebiegu procesu rehabilitacji, ale również dla zapobiegania powikłaniom i dobrego samopoczucia pacjentów. 2. Celowe wydaje się opracowanie broszury, poradnika dla pacjenta i rodzin na temat pielęgnowania, rehabilitacji   
i ośrodków pomocy co może przyczynić się do lepszej adaptacji ich bliskich w warunkach domowych.

**Słowa kluczowe:** szpital, środowisko domowe, adaptacja.

**Opieka pielęgniarska nad pacjentem w wieku podeszłym chorującym na zatorowość płucną**

**Patrycja Pielak1,Ewa Kobos2**

*1Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

*2Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Zatorowość płucna jest chorobą układu krążenia polegającą na zamknięciu bądź zwężeniu światła tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w skutek powstania materiału zatorowego. Zatorowość płucna jest przyczyną zgonów u około 10% hospitalizowanych chorych.

**Cel pracy.** Określenie problemów pielęgnacyjnych, które występują u pacjenta   
z zatorowością płucną hospitalizowanego w oddziale intensywnej opieki kardiologicznej. **Podstawowe założenia pracy.** W pracy została wykorzystana metoda indywidualnego studium przypadku. Dane na temat pacjenta zostały zebrane za pomocą wywiadu z pacjentem, obserwacji stanu pacjenta, wyników pomiarów parametrów życiowych, analizy dokumentacji pielęgniarskiej i lekarskiej, badania fizykalnego oraz skal wykorzystywanych do oceny stanu pacjenta. Najważniejszymi problemami pacjenta hospitalizowanego w oddziale intensywnej opieki kardiologicznej była duszność, kaszel, podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi, wymioty, obrzęki kończyn dolnych, uczucie lęku i niepokoju oraz ryzyko wystąpienia krwawienia z powodu stosowanego leczenia. Praca pielęgniarki skupiała się na działaniach mających na celu ograniczenie ryzyka niedotlenienia, złagodzenie odruchu kaszlowego, normalizację wartości ciśnienia tętniczego krwi, zmniejszenie dolegliwości bólowych, zapobieganie wymiotom oraz odwodnieniu, zmniejszenie obrzęków kończyn dolnych, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, ograniczenie ryzyka wystąpienia krwawień oraz wczesne wykrycie objawów świadczących o wystąpieniu krwawienia.

**Podsumowanie.** Efektem opieki pielęgniarskiej i zastosowanych działań było zmniejszenie duszności spoczynkowej, ustąpienie kaszlu, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi do prawidłowych wartości, zmniejszenie uczucia bólu, zmniejszenie obrzęków kończyn dolnych oraz zmniejszenie uczucia lęku. W dalszej opiece nad pacjentem należy zwrócić uwagę na kontrolę parametrów życiowych zgodnie ze zleceniem lekarza, prowadzenie bilansu płynów, monitorowanie duszności, kaszlu, obrzęków kończyn, bólu oraz ograniczenie wysiłku fizycznego.

**Słowa kluczowe**: zatorowość płucna, opis przypadku, opieka pielęgniarska

**Rola pielęgniarki w opiece nad seniorem z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy**

**Zofia Sienkiewicz1, Wiesław Fidecki2,  Beata Dziedzic1,**

**Grażyna Wójcik, Anna Idzik1, Mariusz Wysokiński2, Jacek Imiela1**

1*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny,*

*2Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Choroba wrzodowa jest opisywana jako nadal często występujące schorzenie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Może prowadzić do istotnych następstw, nawet zagrażających życiu. Najistotniejszą wymienianą przez literaturę, przyczyną choroby wrzodowej jest infekcja Helicobacter pylori.

**Cel pracy.** Analiza roli pielęgniarki w opiece nad seniorem z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy.

**Materiał i metody.** W badaniu wykorzystano metodę analizy dokumentów. Zastosowano technikę klasyczną ilościową i jakościową. Narzędzia stanowiły wyniki badań gastroskopii.

Przeanalizowano 124 wyniki badań, które odbyły się w okresie dwóch miesięcy,   
od 01.11.2015 do 01.01.2016, w Centralnej Pracowni Endoskopii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Z badania wyłączono trzech pacjentów: dwóch z powodu infekcji, jednego z powodu braku współpracy.

**Wyniki.** Analizie poddano wyniki gastroskopii pacjentów, którzy zgłosili się na badanie endoskopowe z powodu dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego. Byli to pacjenci skierowani do Centralnej Pracowni Endoskopii przez lekarzy rodzinnych, gastrologów oraz z oddziałów szpitalnych. Podczas wszystkich badań endoskopowych wrzód żołądka zdiagnozowano u 12 pacjentów (9,7%). Najwyższy odsetek wrzodów żołądka wykryto u kobiet między 50 a 60 rokiem życia (33,3%), Wszystkie przypadki owrzodzenia żołądka u mężczyzn wystąpiły u pacjentów między 50 i 60 rokiem życia.

**Wnioski.** Choroba wrzodowa żołądka występuje dwa razy częściej niż choroba wrzodowa dwunastnicy. Zakażenie Helicobacter pylori występuje u połowy pacjentów z choroba wrzodową.

**Słowa kluczowe**: senior, choroba wrzodowa, opieka

**Studium przypadku pacjenta geriatrycznego z chorobą nowotworową – porównanie diagnoz tradycyjnych z ICNP**

**Monika** **Mazurkiewicz1, Aneta Kościołek2, Piotr Pawłowski3**

*1Absolwentka kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,*

*2Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,*

*3Student kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Choroby nowotworowe w ciągu ostatnich lat stały się jedną z głównych przyczyn zgonów na całym świecie. Dzieje się tak, dlatego iż często pierwsze objawy tejże choroby są trudne do rozpoznania, co drastycznie zmniejsza możliwość wyleczenia chorego. Ważnym problemem jest również niewiedza społeczeństwa związana z profilaktyką chorób nowotworowych.

**Cel pracy.** Porównanie tradycyjnych diagnoz pielęgniarskich z diagnozami według klasyfikacji ICNP (International Classification for Nursing Practice).

**Materiał i metody.** W pracy zastosowano metodę kazuistyczną, czyli tzw. studium indywidualnego przypadku. Do technik badawczych wykorzystanych w pracy należą: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji oraz pomiary. Badanie zrealizowano w dniach 22-25 stycznia 2018 roku w Klinice Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Numer 4 w Lublinie. Podmiotem badań jest 65-letni mężczyzna cierpiący na nowotwór płuc.

**Wyniki.** Uzyskany materiał pozwolił na sformułowanie 5 diagnoz tradycyjnych i porównanie ich z diagnozami według klasyfikacji ICNP: (zaparcia spowodowane okresowym unieruchomieniem pacjenta; zmniejszone łaknienie wywołane złym stanem psychicznym pacjenta; ograniczona samodzielność w zakresie wykonywania czynności samo opiekuńczych; złe samopoczucie pacjenta wywołane bezsennością;ryzyko upadku spowodowane zaburzeniami równowagi).

**Wnioski.** Na podstawie zebranego materiału należy stwierdzić, iż zawód pielęgniarki związany jest z wykonywaniem szerokiego i różnorodnego zakresu obowiązków wynikających zarówno z funkcji pielęgnacyjno-opiekuńczej, a także diagnostycznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej oraz edukacyjnej. Wykorzystywanie w pracy pielęgniarki diagnoz opisanych według klasyfikacji ICNP bez wątpienia pozwala na ujednolicenie komunikacji pielęgniarskiej, co jest związane z przejrzystym i zwięzłym charakterem zapisywania diagnoz.

**Słowa kluczowe:** pacjent geriatryczny, diagnoza, klasyfikacja ICNP, pielęgniarstwo.

**Wybrane diagnozy pielęgniarskie w klasyfikacji NANDA u pacjenta geriatrycznego z nadczynnością tarczycy**

**Paweł Kapica1, Aneta Kościołek2, Iwona Adamska-Kuźmicka2, Agnieszka Sadurska2,**

**Lilla Walas2**

*1Absolwent/ka kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,*

*2Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Nadczynność tarczycy to choroba endokrynologiczna, na którą w Polsce choruje około 2% dorosłych. Najczęściej zachorowalność na choroby tarczycy występuje wśród populacji żeńskiej między 20 a 40 rokiem życia. Zaś mówiąc o osobie geriatrycznej to wg WHO mówimy takich przedziałach wiekowych jak: 60-75r.ź. - wczesna starość; 75-90r.ź. - późna starość; 90r.ź. i powyżej - długowieczność.

**Cel pracy.** Przedstawienie obszaru opieki pielęgniarskiej w stosunku do pacjenta geriatrycznego z nadczynnością tarczycy.

**Materiał i metoda.** Metodą zastosowaną w pracy jest metoda studium indywidualnego przypadku, została ona oparta o przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Polską wersję kwestionariusza oceny jakości życia u pacjentów z chorobami tarczycy, wywiad, obserwację i analizę dokumentacji. Badanie przeprowadzono w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Lublinie w dniach 27-29 marca 2018r. Podmiotem badania jest pacjentka z nadczynnością tarczycy we wczesnym okresie geriatrycznym.

**Wyniki.** Pozyskany materiał umożliwił sformułowanie 3 diagnoz wg klasyfikacji NANDA takich jak: zaburzenia równowagi w odżywianiu wywołane zmniejszonym apetytem; bezsenność wywołana obawą o stan zdrowia i dalsze rokowanie; strach wywołany niepewną diagnozą i związanym z nią leczeniem.

**Wnioski.** Wnioski natomiast przedstawiają się następująco: nadczynność tarczycy ma różnokierunkowy wpływ na stan pacjenta; pacjentka może oczekiwać od zespołu pielęgniarskiego fachowej pomocy medycznej w wyniku zaistniałej sytuacji; może domagać się zrozumienia, empatii i odrębnego podejścia, krótkiej chwili na rozmowę w sytuacji problemowej czy wyjaśnienia nurtujących zagadnień o swojej jednostce chorobowej. De facto można stwierdzić, iż zaobserwowane problemy pacjenta wynikają nie tylko z jednostki chorobowej, ale również z procesu starzenia się organizmu. Reasumując opieka pielęgniarska względem pacjentki z nadczynnością tarczycy powinna być interdyscyplinarna. Poprzez zasób wiedzy jaki posiada pielęgniarka jest ona w stanie nie tylko zapewnić wykwalifikowaną opiekę w oddziale szpitalnym, ale także poza nim.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarstwo, klasyfikacja NANDA, geriatria, nadczynność tarczycy.

**Wybrane diagnozy pielęgniarskie w klasyfikacji ICNP u pacjenta geriatrycznego po przebytym udarze mózgu**

**Monika Krupa1, Piotr Pawłowski2, Aneta Kościołek3,**

**Iwona Adamska-Kuźmicka3, Klaudia Jakubowska3**

*1Absolwentka kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,*

*2 Student kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,*

*3Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowi, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) udar mózgu definiuje jako ogniskowe lub globalne zaburzenia czynności mózgu o patofizjologii naczyniowej, które występują nagle i utrzymują się dłużej niż 24 godziny. Definicja ta odnosi się do krwotoków śródmózgowych, podpajęczynówkowych, a także do ostrego niedokrwienia. Udar mózgu to choroba, zmieniająca całe życie pacjenta, zarówno pod kątem fizycznym, jak i psychicznym. Po przebytym udarze chorzy są najbardziej narażeni na powikłania będące wynikiem unieruchomienia. Powikłania mogą mieć charakter wczesny oraz późny. Zaś ta sama organizacja – WHO definiując osobę geriatryczną posługuje się takimi przedziałami wiekowymi jak: 60-75r.ź. - wczesna starość; 75-90r.ź. - późna starość; 90r.ź. i powyżej - długowieczność.

**Cel pracy.** Przedstawienie obszaru opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta geriatrycznego po przebytym udarze mózgu według klasyfikacji ICNP (International Classification for Nursing Practice).

**Materiał i metody.** W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku, wykorzystując przy tym następujące techniki badawcze: wywiad, obserwacja, pomiar oraz analiza dokumentacji. Posłużono się narzędziami badawczymi takimi jak: przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, skala Norton, skala Barthel. Badanie przeprowadzono w dniach: 17 - 18.11 oraz 23 - 24.11.2017 roku. Przed badaniem uzyskano zgodę pacjenta oraz zapoznano pacjenta i jego opiekuna z celem badania. Podmiot badań stanowił mężczyzna w wieku 66 lat.

**Wyniki.** Uzyskany materiał empiryczny pozwolił na sformułowanie 5 diagnoz według klasyfikacji ICNP: (deficyt samoopieki; zaburzony proces mięśniowo – szkieletowy; ryzyko upadku; nietrzymanie moczu; brak równowagi elektrolitowej; zaparcia).

**Wnioski.** Reasumując opieka pielęgniarska względem pacjenta geriatrycznego po przebytym udarze mózgu powinna być interdyscyplinarna. Poprzez zasób wiedzy jaki posiada pielęgniarka jest ona w stanie nie tylko zapewnić wykwalifikowaną opiekę w oddziale szpitalnym, ale także poza nim. Przodującym zadaniem w działaniu pielęgniarki jest indywidualne zwrócenie się do pacjenta, nawiązanie z nim odpowiedniej relacji, która będzie skutkowała owocną współpracą i akceptacją zarówno jednostki chorobowej jak i naturalnego procesu starzenia się organizmu.W realizacji procesu pielęgnowania pacjenta po udarze mózgu niezwykle przydatna okazać się może aktualna wersja Międzynarodowej Kwalifikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®. Jej wykorzystanie stwarza szanse na implementację diagnoz i interwencji pielęgniarskich zredagowanych przez specjalistów zrzeszonych w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek. Dzięki ICNP® możliwa jest także dalsza, dogłębna analiza statystyczna uzyskanych w systemie danych, a co za tym idzie również poznanie aspektów epidemiologicznych udarów mózgu oraz poziomu wkładu pracy zespołu pielęgniarskiego w całościowy proces hospitalizacji.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarstwo, pacjent geriatryczny, klasyfikacja ICNP, udar.

**Szczepienia seniorów- profilaktyka chorób zakaźnych na przykładzie szczepienia przeciw grypie**

**Magdalena Zawidzka1, Elżbieta Nazar1, Marta Kamińska1, Beata Haor2**

*1Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor*

*2Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku*

**Streszczenie**

**Wstęp**. Grypa to choroba zakaźna układu oddechowego pojawiająca się najczęściej, niezależnie od wieku. Osobom starszym oprócz szczepienia przeciw grypie zaleca się szczepienia przeciw zapaleniu płuc, wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B, krztuścowi, błonicy oraz tężcowi.

**Cel pracy.** Celem niniejszej pracy jest przedstawienie istoty szczepienia przeciwko grypie oraz udziału seniorów w „Programie profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia”, na przykładzie miast Włocławek, Lublin oraz Wrocław.

**Przegląd.** Choroby zakaźne występujące u osób w podeszłym wieku często charakteryzują się ciężkim przebiegiem i zwiększonym ryzykiem powikłań. Pomimo szeroko ukierunkowanej prewencji infekcji wśród osób starszych, najbardziej efektywnym oraz najskuteczniejszym sposobem zapobiegania grypie, a także jej powikłaniom, są szczepienia ochronne. Stopień wyszczepienia pacjentów powyżej 65 roku życia jest niski. Stosowanie szczepień ochronnych ma korzystny wpływ nie tylko na zdrowie pacjentów, ale także na obniżenie kosztów leczenia związanych z wystąpieniem ewentualnych powikłań pogrypowych oraz długotrwałej hospitalizacji. Systematyczne powtarzanie szczepień przeciwko grypie pozwala nie tylko chronić przed infekcją oraz powikłaniami, ale także pobudza układ obronny organizmu do skutecznego działania.

**Wnioski.** Pomimo zaleceń specjalistów, popularność szczepień wśród osób po 65 roku życia jest bardzo niska. Do najczęstszych przyczyn związanych z rezygnacją ze szczepień u seniorów należą: lęk przed powikłaniami związanymi ze szczepieniem oraz brak wiary w jego skuteczność. Z tego powodu niezwykle ważne jest efektywne promowanie szczepień przeciw grypie wśród osób w podeszłym wieku.

**Słowa kluczowe:** grypa, wiek podeszły, szczepienia.

**Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wieku starszym z neuroboreliozą**

**Zuzanna Wiśniewska1, Ewa Kobos2, Zofia Sienkiewicz2**

*1Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

*2Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Borelioza, zwana krętkowicą kleszczową, jest chorobą przenoszoną przez kleszcze, mogącą obejmować kilka układów i narządów jednocześnie. Według danych epidemiologicznych zachorowalność na tę chorobę wzrasta z roku na rok wraz ze zwiększającą się liczbą zakażonych kleszczy. Jedną z groźniejszych postaci tego schorzenia jest borelioza układu nerwowego.

**Cel pracy.** Analiza problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta z neuroboreliozą przebywającego w oddziale neurologicznym.

**Podstawowe założenia pracy.** Do realizacji celu pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, zastosowano techniki badawcze: wywiad z pacjentem, obserwacja, analiza dokumentacji oraz skale. W pracy dokonano diagnozy problemów pacjentki z neuroboreliozą podczas pierwszych dni pobytu jej w oddziale neurologicznym jak również w momencie zaostrzenia się choroby w sali intensywnego nadzoru. U pacjentki dominowały problemy związane z objęciem procesem chorobowym układu nerwowego takie jak: parestezje kończyn górnych i dolnych, zaburzenia czucia powierzchniowego, narastająca sztywność stawowo-mięśniowa, chroniczne zmęczenie i osłabienie oraz obecność bólu o zmiennej lokalizacji. Dodatkowo w późniejszym okresie przebywania w oddziale pojawiły się również zaburzenia świadomości, zaburzenia rytmu serca oraz niewydolność oddechowa. W opiece nad pacjentką dominowały działania pielęgniarki składające się na funkcję rehabilitacyjną.

**Podsumowanie.** Efektem podjętych działań było zmniejszenie się niedowładu mięśni twarzy spowodowanego porażeniem nerwu VII prawego oraz niedowładu kończyn górnych, zmobilizowanie pacjentki do codziennego wykonywania ćwiczeń zwiększających samodzielność. W dalszej opiece nad pacjentką zaleca się rehabilitację kończyn górnych oraz kontynuację leczenia farmakologicznego związanego z przyjęciem pełnej dawki antybiotyku.

**Słowa kluczowe**: neuroborelioza, opieka pielęgniarska, pacjent geriatryczny

**Żywienie osób starszych hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych**

**Zofia Sienkiewicz1, Agnieszka Jaśkiewicz2, Wiesław Fidecki*3*, Ewa Kobos1,**

**Józefa Czarnecka4, Beata Sińska*5*, Beata Dziedzic1, Mariusz Wysokiński*3***

*1Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

*2Stacjonarne studia II stopnia - absolwent, kierunek studiów Pielęgniarstwo*

*3Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej,Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

*4Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

***5****Zakład Żywienia Człowieka, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

**Streszczenie**

**Wstęp**. W analizie zmian zachodzących w organizmie starzejącego się społeczeństwa, ważnym zagadnieniem staje się jakość życia seniorów. Stan odżywienia ma bezpośredni wpływ na stan zdrowia, a to pozwala na jak najdłuższe zachowanie niezależności od innych osób.

**Cel pracy.** Analiza żywienia osób po 65 roku życia, hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych.

## Materiał i metody. Badaniem objęto 80 pacjentów oddziału wewnętrznego w jednym ze szpitali na terenie Warszawy. U każdego chorego przeprowadzono ocenę stanu odżywienia w oparciu o skróconą wersję kwestionariusza MNA-SF, wykonano pomiary antropometryczne, wzrost i masa ciała, na podstawie których wyliczono BMI, zgodnie ze skalą MNA za najkorzystniejszy wynik przyjęto wartość ≥ 23, zaś za najmniej korzystny dla chorego <19. wykonano również elementy całościowej oceny geriatrycznej, w tym skalę podstawowych czynności życia codziennego ADL (Activities of Daily Living), w której oceniano czy pacjent radzi sobie samodzielnie z czynnościami takimi jak: kąpiel, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrola wydalania moczu i stolca, jedzenie oraz Geriatryczną Skalę Oceny Depresji GDS (Geriatric Depression Scale) wersja 4-punktowa. Do analizy uzyskanych danych posłużono się programem Microsoft Excel.

**Wnioski.** 1. Na występowanie zaburzeń stanu odżywienia wśród badanych pacjentów znaczący wpływ miały: liczba chorób przewlekłych, niski wskaźnik BMI, wiek, zły stan funkcjonalny oraz samotność. 2. Przesiewową oceną stanu odżywienia należy objąć wszystkich chorych powyżej 65 roku życia, nie tylko w warunkach szpitalnych, ale również tych leczonych ambulatoryjnie, w celu jak najszybszego wykrycia zaburzenia i wczesnej interwencji. 3. Z uwagi na częstość występowania niedożywienia oraz jego konsekwencji wśród starszych osób, należy prowadzić w tej grupie wiekowej edukację z zakresu prawidłowego sposobu żywienia, aby zmniejszyć ryzyko zaburzeń w tym zakresie.

**Słowa kluczowe:** osoba starsza, hospitalizacja, żywienie,

**Standard Opieki nad Seniorem**

**Izabela Kulikowska1, Barbara Knoff2**

*1Studenckie Koło Naukowe Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego*

*2Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie**. Starzenie się jest procesem postępującym, nieodwracalnym, wraz z wiekiem rosną problemy związane z codziennymi czynnościami, przez co starsze osoby stają się niesamodzielne. U każdego człowieka wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia realizowane przez pracowników ochrony zdrowia.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie standardu opieki nad seniorem, czyli zakresu jego głównych praw oraz potrzeb.

**Założenia pracy.** Każdy senior ma prawo oczekiwać, iż uzyska informacje o swoich problemach zdrowotnych. W przypadku problemów ze słuchem lub wzrokiem każda osoba starsza powinna móc korzystać z urządzeń ułatwiających porozumienie. Każdy senior może oczekiwać uzyskania informacji na temat zdrowego stylu życia, nawyków żywieniowych, ćwiczeń fizycznych oraz profilaktycznej kontroli stanu zdrowia. Leki powinny być przepisywane odpowiednio do aktualnego stanu zdrowia. Jeśli osoba starsza nie jest w stanie samodzielnie dotrzeć do szpitala powinien zostać jej zapewniony odpowiedni transport.   
W przypadku pobytu szpitalnego każdy senior może oczekiwać opieki personelu medycznego najodpowiedniejszego do potrzeb. Każda osoba starsza ma prawo do wsparcia w nagłych sytuacjach przez lekarza rodzinnego lub placówkę pomocy społecznej. W wyjątkowych przypadkach starsza osoba chora może oczekiwać środków ułatwiających codzienną opiekę, nocnych dyżurów czy wizyt, odpowiedniego wyposażenia ułatwiającego codzienne życie, pomocy przy kąpieli.

**Podsumowanie.** W kontekście starzenia się ludności oraz konieczności zapewnienia wsparcia zwiększającej się liczbie osób starszych. Każdy senior powinien znać swoje prawa, w przypadku, gdy będzie potrzebował jakiejkolwiek pomocy.

**Słowa kluczowe:** senior, opieka, standard.

**Współpraca członków zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu problemów medycznych osób w starszym wieku**

**Zofia Sienkiewicz, Wiesław Fidecki**

*1Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

*2Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie )*

**Streszczenie**

**Wprowadzenie**. Zespół terapeutyczny to niehierarchiczna grupa osób, które współpracują   
na zasadach doradczych i konsultacyjnych, mająca na celu dobro pacjenta i organizacji.

**Cel pracy.** Analiza współpracy członków zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu problemów medycznych osób w starszym wieku.

**Podstawowe założenia.** Tworzenie kultury organizacji opartej na współpracy członków zespołu, wyłonienie elementów mających wpływ na pracę w zespole (podejmowanie decyzji, ustalanie celów, konstruowanie i realizowanie zadań, rozwiązywanie problemów, ponoszenie odpowiedzialności). Czynniki mające pozytywny wpływ na funkcjonowanie zespołu oraz przyczyny zagrożeń dobrej pracy zespole.

Przedstawienie wyników badań prowadzonych przez Zakład Pielęgniarstwa Społecznego   
w zakresie funkcjonowania zespołów terapeutycznych w praktyce klinicznej mająca wpływ na rozwiązywanie problemów pacjentów.

Podsumowanie tematyki prac przedstawionych na konferencji pt: Wielowymiarowość opieki nad człowiekiem w podeszłym wieku., w sesji: plenarnej, .medyczne aspekty wieku podeszłego, geriatryczna opieka pielęgniarska, sesja e-posterów, prac wydrukowanych   
w monografiach.

**Podsumowanie.** Rozwiązywanie problemów medycznych osób w starszym wieku będzie możliwe przy dobrej współpracy zespołów współpracujących z seniorem. Każda osoba należąca do zespołu powinna się z nim identyfikować jak i odczuwać satysfakcję z pracy.

**Słowa kluczowe**: zespół terapeutyczny, współpraca, zadowolenie.

**KOMITET NAUKOWY KONFERENCJI**

Przewodniczący

Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela

Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski

Prof. dr hab. n. zdr. Beata Karakiewicz

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Prof. dr hab. n. med. Dariusz Kozłowski

Dr hab. n. med. Bożena Czarkowska - Pączek

Dr hab. n. o zdr. Dorota Kozieł prof. UJK

Dr hab. n. o zdr. Agnieszka Saracen prof. UT-H Rad.

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib

Dr hab. n. o zdr. Edyta Krzych-Fałta

Dr hab. n. o zdr. Aleksandra Czerw

Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz

Dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński

Ks. dr hab. Norbert Pikuła prof. UP

Dr hab. n. med. Tomasz Kryczka

Dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski

Dr n. med. Katarzyna Broczek

Dr n. paw. Anna Augustynowicz

Dr. n. med. Jolanta Dziewulska

Dr n. biol. Dorota Talarska

Dr n. med. Hanna Kachaniuk

Dr n. med. Dorota Kulina

Dr n. o zdr. Monika Biercewicz

Dr n. med. Grażyna Dykowska

Dr n. med. Mariola Głowacka

Dr n. med. Beata Haor

Dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

Dr n. o zdr. Beata Dziedzic

Dr n. med. Emilia Majsiak

Dr szt. muz. Michalina Radzińska

Dr n. med. Tomasz Kornatowski

Dr sztuk. Sławomir Tobis

Dr n. med. Hubert Słodziński

Dr n. o zdr Ewa Kobos

Dr n. o zdr Anna Leńczuk – Gruba

Dr n. o zdr Anna Idzik

Dr n. o zdr Mariola Pietrzak

Dr n. hum. Rafał Maciąg

Dr n. o zdr Zofia Sienkiewicz

Dr n. med. Wiesław Fidecki

**KOMITET ORGANIZACYJNY KONFERENCJI**

Przewodniczący:

Dr n. med. Wiesław Fidecki

Dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz

Dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński

Dr n. o zdr. Beata Dziedzic

Dr n. med. Dorota Kulina

Dr n. o zdr. Monika Biercewicz

Dr n. o zdr Ewa Kobos

Dr n. o zdr Anna Leńczuk – Gruba

Dr n. o zdr Anna Idzik

Dr n. o zdr Mariola Pietrzak

Mgr Anna Antczak-Komoterska

Mgr Monika Bieniak

Mgr Karolina Filipska

Lek. Maciej Kornatowski

Lek. Krzysztof Kuropatwa

Mgr Kamil Kuszplak

Mgr Katarzyna Przylepa

Mgr Paweł Sienkiewicz

Lek. dent. Piotr Stępień

Lek Andrzej Zalewski

Lek. Wojciech Konarski

Mgr Katarzyna Zuń

Mgr Magdalena Zych

Mgr Barbara Knoff

Lic. piel. Zuzanna Strząska – Kliś

Lic. piel. Gilbert Kolbe

**Biuro organizacyjne:**

Anna Mierzejewska

Anna Rychlica