

Jakość świadczonej opieki w ośrodkach całodobowego pobytu dla osób w wieku podeszłym

The quality of care provided in nursing homes for the elderly

ALEKSANDRA PAWLAK^{A-F}

Stowarzyszenie Domów Opieki; Zakład Medycyny Sądowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Starzenie się społeczeństwa sprawiło, że większa liczba inwestorów zaczęła postrzegać domy opieki jako potencjalne źródło dochodu. Na rynku powstaje coraz więcej tego typu placówek, które funkcjonują często jako działalność gospodarcza, a prowadzone są przez osoby nieposiadające doświadczenia w tej dziedzinie. Jakie warunki w nich panują?

Cel pracy. Ocena jakości opieki – rozumianej jako realizacja potrzeb, świadczonej w placówkach pobytu całodobowego dla osób starszych, w wybranych województwach.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono od września 2014 do marca 2015 r. w 6 placówkach całodobowej opieki dla osób starszych, mieszczących się w różnych województwach. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz oceniający różne aspekty funkcjonowania obiektów – m.in. warunki mieszkaniowe, kwalifikacje personelu, metody aktywizacji oraz wyżywienie.

Wyniki. Prawie wszystkie spośród audytowanych domów reprezentowały dobre warunki mieszkaniowe oraz atrakcyjne położenie – 5 z 6. W połowie placówek zauważono błędy w organizacji przestrzeni. W kategorii kwalifikacje personelu tylko 2 placówki otrzymały więcej niż połowę możliwych do uzyskania punktów (13/23). 4 z 6 domów opieki otrzymało ponad 80% (≥ 11 pkt.) za formy oraz organizację czasu wolnego. Całkowita liczba punktów zgromadzonych przez poszczególne domy była bardzo zróżnicowana, od 31 do 76% możliwych do uzyskania punktów (203). Im wyższa liczba uzyskanych punktów, tym wyższy poziom jakości świadczonej opieki.

Wnioski. 1. Standard domów opieki w Polsce jest bardzo zróżnicowany. 2. Konieczne jest kontynuowanie badań w celu określenia stanu ogólnego i stworzenia wytycznych funkcjonowania placówek. 3. Aby można było mówić o wysokim standardzie opieki nad osobami starszymi, należy sprawdzić, czy oraz w jakim stopniu realizowane są potrzeby pensjonariuszy.

Słowa kluczowe: domy opieki, seniorzy, realizacja potrzeb.

Summary **Background.** Aging population means that more investors began to see nursing homes as a potential source of income. On the market there are more and more such facilities, which often function as an economic activity and are managed by people without experience in this field. What conditions prevail in them?

Objectives. Evaluation of the quality of care – understood as the fulfillment of needs, provided in nursing homes for elderly, in selected provinces.

Material and methods. The study was conducted from September 2014 to March 2015, in 6 facilities for the elderly, located in different provinces. The study used an author's questionnaire evaluating various aspects of facility functioning – eg. living conditions, personnel qualifications, methods of patient activation and meals.

Results. Almost all of the audited homes represent good living conditions and attractive location – 5 of 6. In half of the facilities errors were noted in the organization of space. In category of personnel qualifications only 2 institutions received more than half of possible points (13/23). 4 of 6 nursing homes received more than 80% (≥ 11 pts.) for the mold and the organization of free time. The total number of points accumulated by individual houses varied widely, from 31% to 76% of all possible points (203). The more points the higher the level of quality of care.

Conclusions. 1. Standard of nursing home in Poland is very diverse. 2. It is necessary to continue research to determine the general condition and create guidelines for facilities. 3. High standard of care for the elderly can be evaluated based on the fulfillment of their needs.

Key words: nursing home, seniors, realization of needs

Fam Med Prim Care Rev 2015; 17(3): 197–201

Wstęp

Postęp medycyny, lepsza opieka zdrowotna, poprawa warunków bytowych, wzrost świadomości prozdrowotnej społeczeństwa przyczyniły się do spadku umieralności i wydłużenia życia, a w połączeniu z obniżeniem płodności i spadkiem dzietności doprowadziły do zmiany struktury społeczeństwa [1–3]. Odsetek osób w wieku podeszłym systematycznie wzrasta. Starzenie się społeczeństwa definiowane jest jako wzrost odsetka osób w wieku podeszłym

(po 65. roku życia) przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby procentowej dzieci [1]. Kryteria opracowane przez ONZ stanowią, że populację uznaje się za starą, gdy liczba osób w wieku powyżej 65. roku życia przekroczy 7% ludności, jeżeli przekroczy ona 10% – oznacza to fazę zaawansowanej starości [1].

W Polsce, według danych GUS z 2013 r., odsetek osób powyżej 64. roku życia wynosił 14,7%, a przewidywania na rok 2050 sugerują jego wzrost do poziomu 32,7% [1]. Konsekwencją tego, poza oczywistym obciążeniem budżetu



tu państwa, będzie wzrost zapotrzebowania na opiekę nad osobami w wieku podeszłym, a w szczególności na opiekę profesjonalną i zinstytucjonalizowaną. Obecnie najchętniej wybieraną formą opieki nad osobami w wieku podeszłym jest wsparcie ze strony rodziny – opieka świadczona przez krewnych i/lub znajomych osoby starszej często przy współudziale przedstawicieli opieki długoterminowej czy też środowiskowej. Wraz ze wzrostem odsetka osób wymagających opieki oraz stopniowym zmniejszaniem się liczby osób mogących ją świadczyć konieczne będzie przełożenie głównego ciężaru opieki na zinstytucjonalizowane formy opieki zbiorowej [2, 4–6].

W Polsce pod hasłem „dom opieki” funkcjonuje kilka różnych form prawnych, m.in.:

- Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL),
- Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO),
- Zakłady Opieki Długoterminowej,
- Domy Pomocy Społecznej (DPS),
- inne (działalność gospodarcza).

Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w wieku podeszłym może być prowadzona po uzyskaniu zezwolenia wojewody [7]. Jednakże, jak wynika z doświadczeń własnych, przepisy w tym zakresie nie zawsze są przestrzegane. Na przykład w wykazie na rok 2014, prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego, znajduje się 111 placówek świadczących całodobową opiekę nad osobami w wieku podeszłym, natomiast na portalu internetowym www.domyopieki.pl zarejestrowanych jest ponad 190 tego typu ośrodków [8]. Oznacza to, że około 80 placówek działa niezgodnie z prawem i nie podlega praktycznie żadnej kontroli funkcjonując jedynie jako działalność gospodarcza. Tym samym ponad 40% (83) domów opieki na terenie Mazowsza może nie spełniać wymagań co do warunków socjalno-bytowych swoich podopiecznych. Na tym samym portalu znajdujemy 43 placówki zarejestrowane w województwie zachodniopomorskim, podczas gdy w wykazach wojewody (uwzględniających również DPS dla osób w wieku podeszłym i somatycznie przewlekle chorych) znajdują się tylko 33 takie placówki [8–10]. Podobna sytuacja jest w województwie wielkopolskim – 76 placówek na portalu internetowym, 56 placówek w rejestrach wojewody [8, 11, 12]. Oczywiście niewielkie różnice mogły wynikać z zarejestrowania w portalu placówek prowadzących opiekę dla dzieci, młodzieży czy też osób chorych psychicznie – są to jednak pojedyncze przypadki w skali województwa [8]. Mimo że za prowadzenie tego typu placówek bez pozwolenia grozi kara grzywny w wysokości 10 tys. zł, a po kolejnej kontroli 40 tys. zł, nie jest to ograniczeniem, gdyż ceny pobytu 1 podopiecznego w placówkach wahają się od 2 tys. do nawet 6–8 tys. zł za miesiąc, a większość z nich jest w stanie przyjąć od kilkunastu do kilkudziesięciu pensjonariuszy – szybko uzyskuje się zwrot kosztów [13, 14].

Ślusarska w *Podstawy działań opiekuńczych pielęgniarstwa* definiuje opiekę jako działania mające na celu zaspokajanie potrzeb [15]. Z kolei Piramida potrzeb Masłowa klasyfikuje potrzeby od podstawowych – koniecznych do funkcjonowania jednostki, do potrzeb wyższych – umożliwiających samorealizację i rozwój. Należy pamiętać, że zaspokajanie wyższych potrzeb, takich jak samorealizacja, jest możliwe tylko i wyłącznie wtedy, gdy zaspokojone zostają te najbardziej podstawowe. Do potrzeb podstawowych zalicza się **potrzeby biologiczne – fizjologiczne**: głód, pragnienie, potrzeba snu i schronienia, wydalania, oddychania, utrzymania ciepła. Na wyższym szczeblu piramidy znajdują się **potrzeby bezpieczeństwa**: opieka, stabilność, porządek, prawo oraz **potrzeby przynależności**: miłości i szacunku. Dopiero, gdy spełnimy te podstawowe potrzeby możliwy jest rozwój, zaspokojenie potrzeb poznawczych i estetycznych [16].

Europejska Organizacja ds. Jakości (EOQ) definiuje jakość jako: „spełnienie [...] wymagań odbiorcy. W każdym wyrobie (w tym w usłudze) jakość jest kombinacją, jakości typu i jakości wykonania”. Wynika z tego, że najważniejszym aspektem jakości jest satysfakcja i zaspokojenie potrzeb klienta, zgodnie z jego oczekiwaniami dotyczącymi usługi [17]. Dobra jakość opieki jest więc wtedy, gdy podstawowe oraz wyższe potrzeby podopiecznych są realizowane zgodnie z ich oczekiwaniami. Istotne jest, w jaki sposób dane potrzeby są realizowane – czy podopieczny otrzymuje tylko to, co jest mu niezbędne, czy też właściwe, zgodnie z przyjętymi normami, czy wykracza ponad to. Każdy potrzebuje pożywienia – jeżeli je otrzymuje, jest to zaspokojenie jego podstawowej potrzeby. To jakie pożywienie otrzymuje, czy jest ono dostosowane do jego potrzeb, czy smakuje dobrze, czy wygląda ładnie świadczy już o tym, jaka jest jakość. Zaspokojenie potrzeb podopiecznego to działania kompleksowe, rzadko kiedy jedna potrzeba pozostaje w izolacji od pozostałych, np. podopieczni oczekują nie tylko miejsca pobytu, ale chcą żeby było ono ładne, wygodne itp., czyli, aby zostały zrealizowane nie tylko potrzeby schronienia i stabilizacji, ale również potrzeby estetyczne [6].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości opieki – rozumianej jako realizacja potrzeb, świadczonej w placówkach pobytu całodobowego dla osób w wieku podeszłym, w wybranych województwach.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w ramach działalności statutowej Stowarzyszenia Domów Opieki. Stowarzyszenie Domów Opieki jest organizacją pożytku publicznego, której podstawowymi celami są: integrowanie osób działających w sferze opieki nad osobami w wieku podeszłym, audytowanie placówek świadczących opiekę nad tymi osobami w celu wydawania opinii dotyczących standardu opieki, jaki one świadczą, propagowanie wiedzy na temat prawidłowej opieki nad tą grupą osób oraz promocja integracji europejskiej w ramach wymiany międzynarodowych doświadczeń w dziedzinie opieki nad osobami w wieku podeszłym. W związku z brakiem standaryzowanego kwestionariusza Stowarzyszenie opracowało własny kwestionariusz służący do oceny jakości opieki świadczonej w placówkach całodobowego pobytu dla osób w wieku podeszłym. Przez osobę w wieku podeszłym należy rozumieć osobę, która ukończyła 65. rok życia i/lub osiągnęła wiek emerytalny.

Badanie polegało na przeprowadzeniu kontrolnego audytu, z użyciem autorskiego kwestionariusza w wybranych placówkach świadczących całodobową opiekę nad osobami w wieku podeszłym. O audyt występowały osoby fizyczne i prawne (firmy) chcące uzyskać dane na temat poziomu opieki świadczonego przez konkretną placówkę. Poddanie się audytowi było dobrowolne – żadna z placówek nie wyraziła sprzeciwu. Audyt przeprowadzany był osobiście przez autora niniejszej pracy z udziałem jednego członka Komisji Certyfikacyjnej Stowarzyszenia Domów Opieki.

Kwestionariusz własny zawierał ponad 200 punktów kontrolnych oraz pytań formalnych, podzielonych na 12 ocenianych oddzielnie kategorii dotyczących funkcjonowania placówek. Ocenie zostały poddane między innymi: wygląd oraz cechy funkcjonalne budynku i jego otoczenia, wyposażenie, kwalifikacje personelu, satysfakcja pensjonariuszy, wyżywienie, dodatkowe świadczenia specjalistyczne i terapeutyczne oraz formy aktywizacji pensjonariuszy. W większości kategorii wyszczególniono elementy koniecz-

ne do funkcjonowania placówki (np. regulowane przepisami prawa) oraz elementy dodatkowe wpływające na poziom świadczonych usług. Za każdy ujęty w kwestionariuszu element można było otrzymać 0 lub 1 punkt.

Wstępnym badaniem objęto 6 placówek znajdujących się w województwach: zachodniopomorskim, wielkopolskim, łódzkim, kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim oraz dolnośląskim. W związku z małą grupą badaną dane zostały opracowane jedynie opisowo.

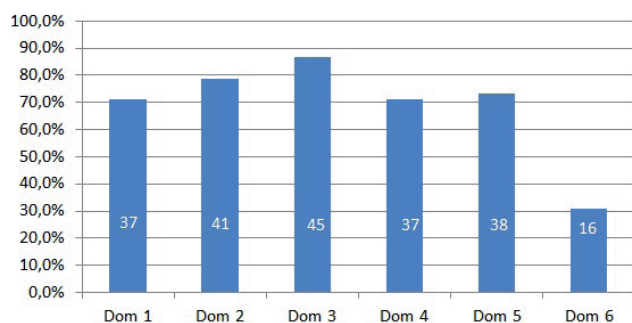
Wyniki

Nie we wszystkich z 6 audytowanych domów udało się ocenić każdą spośród 12 kategorii.

Teoretyczny, wzorcowy dom opieki, w którym zostałyby ocenione wszystkie kategorie mogłyby otrzymać łącznie 203 punkty. W związku z brakiem możliwości oceny wszystkich kategorii w każdym domu z liczby maksymalnej odejmowano punkty, które dom mogłyby uzyskać za ocenioną kategorię. Dzięki tej metodzie uzyskane 100% w każdym przypadku jest inne, ale wynik całościowy staje się możliwy do porównania z innymi placówkami.

Pierwszą spośród ocenianych kategorii był wygląd oraz funkcjonalność budynku, w którym znajdował się dom opieki. Kategoria oceniona we wszystkich placówkach. Właściwa infrastruktura umożliwia bowiem realizację nie tylko potrzeb schronienia i stabilizacji, ale również potrzeb estetycznych czy duchowych.

Punkty przyznawane były m.in. za wygląd zewnętrzny budynku, posiadanie podjazdu, odpowiednią szerokość korytarzy i drzwi, za wielkość pokoi stosowną do liczby pacjentów, posiadanie pomieszczeń terapii zajęciowej, kaplicy czy sali ćwiczeń – w tej kategorii otrzymać można było 52 punkty.



Rycina 1. Odsetek punktów otrzymanych w kategorii budynek

W placówkach odnotowano jednak braki w zakresie elementów koniecznych – braki dotyczyły najczęściej właściwego pokrycia podłóg i ścian (antypoślizgowych, łatwo zmywalnych powierzchni – 4 placówki), braku systemu alarmowego w pokojach i łazienkach (2 placówki), niewłaściwej liczby pacjentów w stosunku do metrażu pomieszczeń (2 placówki), wspólnych toalet dla mężczyzn i kobiet (1 placówka).

Kolejną spośród ocenianych kategorii było otoczenie placówki, punkty w tej kategorii przyznawane były m.in. za atrakcyjną okolicę, bliskość ośrodków kultury, odległość do szpitala, posiadanie terenu zielonego czy też ogrodzenia. W tej kategorii można było otrzymać 15 punktów.

W tej kategorii również odnotowano brak elementu uznanego za konieczny – 2 placówki nie posiadały ogrodzenia obiektu, które mogło by uchronić pacjentów z demencją przed zgubieniem się.

Ocena wyposażenia obejmowała zarówno sprzęt medyczny, jak np. aparat do EKG, ciśnieniomierz czy AED, ale również sprzęty uprzyjemniające spędzanie czasu w ośrodku, np. telewizor w sali dziennego pobytu, czy elementy de-

koracyjne. W tej kategorii można było uzyskać 22 punkty. Ze względu na brak możliwości weryfikacji posiadanego sprzętu oraz informację o trwających zmianach dom nr 5 nie został oceniony w tej kategorii. Uzyskane wyniki mieściły się w przedziale od 32% (7 pkt.) dla domu nr 6 do 73% (16 pkt.) dla domu nr 2.

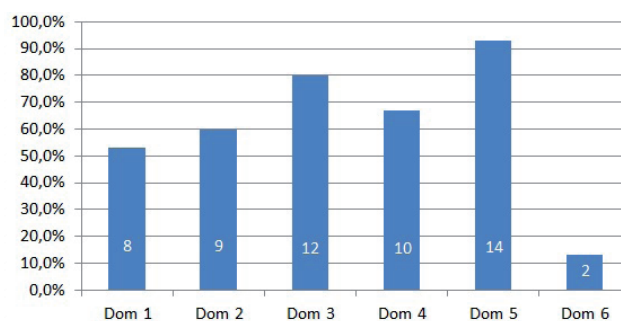
W dwóch placówkach nie było sprzętu pomocniczego do podnoszenia i przenoszenia podopiecznych, natomiast w jednej placówce personel nie wiedział, gdzie znajduje się zestaw reanimacyjny.

W kategorii „personel” ocenie podlegała liczba personelu i jego struktura (lekarze, pielęgniarki, opiekunki, rehabilitanci, terapeuci), jego doświadczenie (specjalizacje, ukończone kursy, doświadczenie zawodowe) oraz dostępność. Maksymalna liczba punktów, jakie można było uzyskać w tej kategorii to 23.

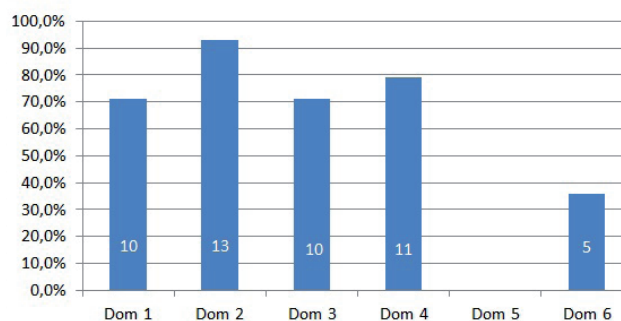
Domy nr 1 i 4 uzyskały w tej kategorii po 57% (13 pkt.) i są to najwyższe uzyskane w tej kategorii wyniki, domy nr 2 i 5 nie zostały ocenione, ponieważ nie dostarczyły informacji oraz dokumentów potwierdzających liczbę i kwalifikacje personelu.

Formy aktywizacji podopiecznych to kategoria, w której można było uzyskać 14 punktów, jest to również kategoria, w której zanotowano najwyższe wyniki. Wyniki mieszczą się w przedziale od 50% (7 pkt.) dla domów nr 5 i 6 do 93% (13 pkt.) dla domu nr 1. Punkty otrzymać można było za różnorodne formy terapii zajęciowej, organizację wyjść do kina, teatru czy muzeum, za umożliwianie kultywowania tradycji oraz obrządków religijnych.

Odżywianie – oceniono m.in. liczbę posiłków, ich wygląd i jakość, zróżnicowanie, możliwość przystosowania do indywidualnej diety, dostępność napojów poza posiłkami. W tej kategorii można było otrzymać 14 punktów.



Rycina 2. Odsetek punktów otrzymanych za usytuowanie



Rycina 3. Odsetek punktów otrzymanych za spełnienie kryteriów dotyczących posiłków

W kategorii „zasady higieny i czystość” 3 spośród ocenianych placówek otrzymały po 86% (18 pkt.) – domy nr 2, 3 i 4, dom nr 6 otrzymał jedynie 19% punktów, a dom nr 5 nie był oceniany w tej kategorii. W tej kategorii uzyskać można było 21 punktów.

W kategorii dodatkowe świadczenia specjalistyczne i terapeutyczne można było uzyskać 13 punktów – za obec-

ność w ośrodku specjalistów danej dziedziny. Jednakże tylko 2 placówki zapewniały taką opiekę (zgodnie z wyznaczonym grafikiem) specjalistów na miejscu – kardiologa i psychologa. 4 placówki zatrudniały terapeutę zajęciowego i/lub rehabilitanta. Wszystkie placówki posiadały podpisaną umowę na świadczenia specjalistyczne, badania oraz transport sanitarny – najczęściej z pobliskim Zakładem Opieki Zdrowotnej.

Satysfakcja pensjonariusza z jakości opieki oceniana była na podstawie rozmowy i zadania pytań dotyczących zadowolenia z pobytu, sposobu spędzania wolnego czasu, możliwości komunikowania się z rodziną, zachowania personelu, jakości posiłków. W tej kategorii uzyskać można było 11 punktów. Wyniki kształtowały się na poziomie od 5 punktów dla domów nr 1 i 6 (45%) do 8 (73%) punktów dla domu nr 4. Najniżej w tej kategorii oceniono: jakość/smak posiłków, częstość wizyt lekarskich oraz ogólne zadowolenie z pobytu.

Dyskusja

Badania własne pokazują, że w większości domów uważalne są braki w budowie i wyposażeniu budynków – mimo, że 5 z 6 domów uzyskało 70% lub więcej punktów w tych kategoriach to często elementy brakujące należały do grupy koniecznych. Zbyt duża liczba pensjonariuszy w sali, łóżka poustawiane jedno obok drugiego, przejściowe toalety wspólne dla kobiet i mężczyzn, kabiny prysznicowe w toaletach przy salach dla pacjentów leżących – wyniki badań własnych potwierdzają dane uzyskane z Raportu NIK z 2010 r. zawierającego wyniki kontroli w zakładach opiekuńczo-leczniczych [18].

Jak pokazują wyniki badań Kocot i wsp. oraz Wróblewskiej i Iwaneczko [6, 19], jednymi z najważniejszych elementów w ocenie jakości przez pensjonariuszy w domach

opieki są: zapewnienie właściwych warunków mieszkalnych, opieki medycznej, posiłków oraz organizacja czasu wolnego. Wszystkie te elementy znalazły się w autorskiej ankiecie oraz zostały ocenione w audytowanych domach. Co za tym idzie wynik powyższego badania powinien odzwierciedlać standard opieki w audytowanych domach. Tylko jeden z nich uzyskał więcej niż 75% punktów, a tym samym jakość opieki w nim świadczonej może zostać uznana za dobrą lub bardzo dobrą. Cztery domy reprezentowały standard z zakresu dostateczny – dobry (między 60 a 75%), a jeden uzyskał tylko 31% punktów i w ocenie prowadzących badanie nie powinien prowadzić działalności opiekuńczej.

Większość spośród pensjonariuszy wolałoby przebywać we własnym domu, ale ma świadomość, że potrzebują pomocy w codziennych czynnościach, dlatego oceniają miejsce, w którym przebywają, jako dostateczne/dobre – zaznaczając, że w domu było by lepiej, a to wiąże się bezpośrednio ze stosunkowo niskim zadowoleniem ogólnym z pobytu placówce. Zbliżone wyniki uzyskała Kocot i wsp. w badaniu z 2012 r. porównującego opiekę w placówkach niemieckich i polskich [6].

Wnioski

1. Jakość opieki w domach całodobowego pobytu dla osób w wieku podeszłym w Polsce jest bardzo zróżnicowana.
2. Konieczne jest kontynuowanie badań w celu określenia stanu ogólnego i stworzenia wytycznych funkcjonowania placówek bez względu na formę prawną, na której zostały powołane.
3. Aby można było mówić o wysokim standardzie opieki nad osobami w wieku podeszłym, należy sprawdzić, czy oraz w jakim stopniu realizowane są potrzeby pensjonariuszy.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków Stowarzyszenia Domów Opieki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014: 125–126, 134.
2. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014: 2–6, 16–17, 26–28.
3. *Rocznik demograficzny 2014*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014: 58–60.
4. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszkot J, i wsp. Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol Pol* 2008; 16(3): 149–159.
5. Błędowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Now Lek* 2013; 82(1): 61–69.
6. Kocot M, Wróblewska I, Błaszczuk J. Porównanie opieki sprawowanej nad osobami starszymi w domach opiekuńczych w Polsce i Niemczech. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(3): 376–379.
7. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę. (Dz.U. z 2005 r. nr 86 poz. 739) cyt. 22.04.2015, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20050860739>.
8. *Wykaz domów opieki dla poszczególnych województw* [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://www.domyopieki.pl/>.
9. *Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku* (Rejestr Wojewody zachodniopomorskiego) [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=166>.
10. *Domy Pomocy Społecznej* (Rejestr Wojewody zachodniopomorskiego) [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=164>.
11. *Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej* (Rejestr Wojewody wielkopolskiego) [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://bip.poznan.uw.gov.pl/rejestry-ewidencje-i-archiwa/wydzial-polityki-spolecznej-i-zdrowia>.
12. *Rejestr domów pomocy społecznej* (Rejestr Wojewody wielkopolskiego) [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://bip.poznan.uw.gov.pl/rejestry-ewidencje-i-archiwa/wydzial-polityki-spolecznej-i-zdrowia>.
13. Krzemiński J. *Domy spokojnej starości – nowy biznes w Polsce* [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://www.obserwatorfinansowy.pl/forma/rotator/domy-spokojnej-starosci-nowy-biznes-w-polsce/>.
14. Krzemiński J. *Niespokojna przyszłość domów spokojnej starości* [cyt. 13.05.2015]. Dostępny na URL: <http://www.obserwatorfinansowy.pl/forma/rotator/niespokojna-przyszlosc-domow-spokojnej-starosci/>.
15. Ślusarska B. *Podstawy działań opiekuńczych pielęgniarki*, W: Ślusarska B, Zahradniczek K, Zarzycka D, red. *Podstawy pielęgniarstwa*. T. 2. *Wybrane działania pielęgniarstwa*. Wyd. 2. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 23–24.

16. Maslow AH. *Motywacja i osobowość*. Warszawa: PAX; 1990: 72–92.
17. Gajewski A. *Wstęp do zarządzania jakością*. Tarnów: Wydawnictwo Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie; 2007: 14.
18. *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli; 2010: 6–12, 58–60.
19. Wróblewska I, Iwaneczko A. Jakość życia pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu – badania własne. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(4): 573–576.

Adres do korespondencji:
Mgr Aleksandra Pawlak
Stowarzyszenie Domów Opieki
ul. Wielicka 50
03-552 Kraków
Tel.: 516 211-127
E-mail: a.pawlak@sdo.org.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.05.2015 r.
Po recenzji: 07.06.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 01.07.2015 r.