lagani standardi vedno v konfliktu z osebnimi vrednotami stanovalcev (Clapham, 1990). Primer spornih vrednot je zagotavljanje starostnikove varnosti ob upoštevanju njegove avtonomije. Na ravni države so sporni standardi za zagotovitev visoke kakovosti institucionalne nege za starostnike glede na stroške za zdravstveno oskrbo in nego. Zdravstvena nega v domovih vsebuje poleg nege starostnika in delitve zdravil tudi starostnikovo pravico do avtonomije, sreče, moralnih načel, zadovoljstva z življenjem in njegovo subjektivno počutje (Morris, 1990). Ti vidiki kakovosti življenja so v domovih ključnega pomena za ocenjevanje domske učinkovitosti.

Merjenje kakovosti življenja starostnikov v domskem varstvu

S preselitvijo v institucionalno oskrbo se za večino starostnikov bistveno spremeni življenjsko okolje. Nekateri se počutijo v domu bolj utesnjeni. Številni pa se znajdejo v veliko boljši situaciji kot doma, kar vpliva na njihovo dobro počutje. Mnogi raziskovalci uporabljajo multidimenzionalni zdravstveni status za ocenjevanje zdravstvenega stanja, poslabšanja kronične bolezni in za oceno dolgotrajne zdravstvene nege.

V študiji Prigatano (1984), ki navaja pristope k relevantnemu merjenju kliničnih bolezni kakovost življenja v domovih, vključuje multidimenzionalni zdravstveni status ali funkcijsko oceno. Uporablja kriterij napredovanja kliničnih bolezni za prikaz dolgotrajne zdravstvene nege. Na žalost je pomanjkljivost mnogih študij, da prikazujejo področje zdravja s pomočjo diagnostičnih skupin, ne upoštevajo pa dejavnikov institucionalnega varstva. Velikokrat je vzorec starostnikov izbran tako, da so vključeni samo starostniki izven institucij. Pregled Kranza, Schulza 1980 in Liebermana 1991 pokaže, da je raziskovanje v domovih povezano s težavami: primerna kontrolna skupina je ponavadi manjkala in študija specifičnega problema z neposrednim merjenjem gre na račun zanemarjanja multidimenzionalnih razlik. Nekatere študije so predvidevale, da je namestitev starostnikov v dom povezana s povečanjem smrtnosti ali z upadanjem psihofizičnih aktivnosti. Raziskovalci so izoblikovali vprašanja, ki vsebujejo odnos med spremembami v strukturi in procesu v domski negi in evalvacijo. Ponavadi te študije vključujejo enega ali majhno število domov. Zaradi omejenega števila merjenih dimenzij je to negotov kazalec kakovosti življenja (Andersson, 1991). Raziskave so pokazale, da sta občutek bolečine na eni strani in telesno ugodje na drugi strani deloma neodvisni spremenljivki. Lawton v zgodnejših raziskavah (1983) kaže, da je negativni vpliv odvisen bolj od notranjih dejavnikov kot od pešanja telesnih funkcij. Trenutno pozitivni učinek je močneje povezan z družbeno stimulacijo in stimulacijo okolja. Na ta način na primer ima namestitev starostnika v religiozno usmerjen dom lahko določene rezultate in je učinkovita, hkrati lahko povzroči fizično izboljšanje zdravstvenega stanja. Toda to samo dokazuje vrednost in pomen primerne duhovne aktivnosti.

Pomemben pristop k raziskovanju je tudi metoda neposrednega opazovanja socialnih interakcij in značilnosti vedenja stanovalcev doma, osebja in obiskovalcev. Clark (1990) je definiral prednosti in omejitve tega pristopa. Njegova raziskava je temeljila na praktičnem, neposrednem opazovanju in na nizu individualnih starostnikovih merjenj funkcioniranja, prednosti nege in zadovoljstva z življenjem. Na individualni stanovalčevi ravni je bil poudarek na povezavi med pomembnimi socialnimi interakcijami in izboljšanjem starostnikovega zadovoljstva (Bitzan, 1990).

Naraščanje skupine dementnih starostnikov je pomembno omejilo znanstveno verodostojnost raziskav. V pomoč so dolgoletne sestrske izkušnje s takimi starostniki. Te kažejo velik pomen bazalne stimulacije in močan vpliv aktivnosti okolja pri takih bolnikih (Maace,1987). Kakovost življenja teh stanovalcev je resnično omejena. Raziskovanje te populacije v domovih ni dobro razvito, bilo bi pa potrebno (Asplund, 1991).

Ugotovitve

Trenutna kakovost življenja starostnika je vedno bolj v ospredju v klinični in zdravstveni negi. Vendar le retorično, praktično pa je v ospredju tehnična opremljenost in usmeritev v intervencije kot rezultat zdravstvene nege. Splošna nacionalna politika poudarja stroške in oceno koristnosti geriatrične in dolgotrajne zdravstvene nege. Glede na pravice bolnikov je poudarek na pooblastilih stanovalcev doma. Nastajajo konflikti med starostniki in domskimi zdravniki, ki so pretirano zaskrbljeni za zdravje starostnikov. Zdravnik mora ponovno razmisliti o konceptu kakovosti življenja v Domu in upoštevati pravice starostnika.

Nekateri želijo prenesti ocenjevanje kakovosti življenja v bolnišnicah na domsko okolje. Ta usmeritev vidi kakovost življenja kot sinonim za bolnikovo kompleksno multidimenzionalno blaginjo, ki je evalvirana skozi multidimenzionalno ocenitev zdravja, psihoziČnih funkcij in hedonističnega statusa. Vendar je kakovost življenja starostnika v domu povezana z bolnikovimi lastnimi ocenami o stanju zdravja in s pooblastili za postopke zdravstvene nege. Usmeritev za kakovost življenja je osrediščenje starostnika samega. Cilj ni seštevanje kakovosti življenja, tako kot posameznih vrednot, vendar mora obstajati primerjava med posameznimi vrednotami ostale populacije.

Ker je raziskovanje v domovih omejeno, je pomembno, da dosežemo razumevanje kakovosti življenja. To je pomemben korak k razvoju in pripomore tudi k ohranitvi ciljev, cenovno primernih intervencij zdravstvene nege. Zastopati je potrebno različne odločitve glede ocenjevanja življenja stanovalcev in raznolike domske populacije. Inovativno delo g. Schnel-

le in sodelavcev (1993) je pokazalo, da zdravstvena nega z uporabo tehnik kontrole kakovosti lahko bistveno pripomore k dvigu celotne kakovosti življenja v domu. To pomeni, da domovi lahko opredelijo rezultate kakovosti življenja, če vedo, kateri so in komu pripadajo (Schnelle, 1993).

Koncept kakovosti v domskem varstvu

V Sloveniji je 5% starostnikov nad 65 let v domovih za starejše občane. Kakovost življenja v njih je zelo različna, saj ni skupnih standardov. Kakovost življenja starostnika v domskem varstvu bi lahko bistveno izboljšali z upoštevanjem individualnega pristopa pri izvajanju zdravstvene nege.

Individualni pristop k zdravstveni negi starostnika ima štiri dele:

- koncept ohranitev dostojanstva in individualnosti,
- koncept spodbujanje k samooskrbi,
- koncept poučevanje bolnika in njegove družine,
- multidisciplinarno delo.
  (Garrett, 1983).

Ohranitev dostojanstva in individualnosti

V domačem okolju to ni tako problematično kot v bolnišnicah in ostalih ustanovah. Običajno se ob sprejemu v bolnišnico ali podobno ustanovo starostnikovo počutje spremeni, in sicer:

- izgubi sposobnosti za zadovoljevanje fizičnih potreb (umivanje, oblačenje, hranjenje, odvajanje);
- izgubi sposobnosti do občutenja socialnih potreb (varnosti, statusa, socialnih stikov);
- pokaže se velika potreba po prilagoditvi (z omejitvijo izbire, vsakdanjih dogodkov, zasledovanje lastnih interesov).

Zaradi narave izkušenj je nekaj prilagoditev neizbežnih, toda morale bi biti minimalne kar se tiče izgub, in maksimalne, kar se tiče izkoriščanja bolnikovih potencialov (Garrett, 1983).

Etični vidik v zdravstveni negi

Etični vidik v zdravstveni negi je definiran s tem, kaj je dobro in kaj prav, kaj bi moral storiti zdravstveni delavec v določenih okoliščinah. V literaturi obstajajo tri glavna načela, ki odločajo in jih lahko evalviramo (Katz, 1995):

- načelo spoštovanja avtonomije,
- načelo koristi za bolnika,
- načelo pravičnosti.

Avtonomija

Načelo avtonomije je zraslo iz spoštovanja do ljudi, njihove enkratnosti in obenem končnosti. Standardi so povezani s privatnostjo in zaupnostjo, s spoštovanjem osebne avtonomije in so tesno povezani s potrebno kondicijo posameznika za igro neodvisnosti. Veliko naporov je bilo vloženih v kategorizacijo resnične avtonomije. Načelo avtonomije je neposredno relevantno samo v primeru, ko je oseba sposobna sama odločati o sebi. V zdravstveni negi starostnikov je zelo težko opredeliti merjenje sposobnosti odločanja. Nekateri menijo, da pri osebi, ki ni sposobna sama odločati, avtonomija ni umestna. Kljub temu pa je treba takega starostnika pri zdravstveni negi obravnavati s spoštovanjem in dostojanstvom. Nekateri predlagajo, da bi pri takih ljudeh lahko upoštevali poprej izražene želje in prejšnje prednostne vrednote.

Korist

To načelo zahteva, da je dejanje osebi v korist. To pa je nekoliko v nasprotju z avtonomijo. Lahko pride do okoliščine, ko medicinska sestra meni, da je avtonomna odločitev osebi v škodo ali ni v njenem interesu. V družini je korist enega člana družine lahko v škodo drugega. Pri starostnikih, ki jih svojci dajo v dom, je njim v korist načelo varnosti, podaljševanje življenja, kakovostna zdravstvena nega itn. Vendar se starostnik lahko avtonomno odloči, da bo ostal doma, kljub temu, da mu to ni v korist.

Velikokrat prihaja tudi do zlorabe načela koristnosti za bolnika. Profesionalno negovalno osebje pogosto glede na svoj položaj vsili osebi svoje razumevanje koristnosti.

Pravičnost

Starostnik, ki na podlagi avtonomne odločitve zavrača premestitev v dom, s svojo odločitvijo obremeni družinske člane. Kar je pravično do starostnika, pogosto ni pravično do družinskih članov. Vključuje se boj generacij pri delitvi koristi in obveznosti. Nastane vprašanje, ali je družina sposobna zagotoviti ustrezno nego, žrtvovati dobršen del svojega časa in energije za oskrbo starostnika.

Avtonomija ene osebe je velikokrat v škodo druge. Na primer spori stanovalcev v isti sobi (odprto okno, prezračevanje, zaklepanje). Tudi avtonomija starostnika je velikokrat v nasprotju z avtonomijo družinskih članov. Načelo koristnosti pogosto ustanova vzame v svoje roke in vsili svoj pogled, ne glede na želje starostnikov. Velikokrat tudi na zahtevo svojcev, ki si prilaščajo odločitve. Domski delavci so pogosto preobremenjeru s skrbjo za varnost starih ljudi, tako da izključujejo druge vrednote.

Načelo avtonomije mora imeti pomembnejše mesto, kot ga je imel v preteklosti. Preseči moramo raven retorike o starostnikovih vrednotah, potreben bo sistematičen in zavesten napor, ki bo vključeval avtonomijo pri načrtovanju starostnikovih potreb, pri izdelavi negovalnih načrtov (Katz, 1995). Negovalni na-

črti naj ne bi bili sami sebi namen, vanje naj bodo vključene tudi osebne vrednote starostnika. V njih mora biti možnost izbire maksimalnih vrednot, ne samo varnosti in fizičnega zdravja, temveč tudi vrednote socialne aktivnosti, humanih odnosov, vpletenosti družine. Delavci doma imajo moč, da kakovost življenja starostnika zelo povečajo ali zelo zmanjšajo. Oni so prvi, ki opazijo pomembne informacije. Okoliščine jim nalagajo velik del odgovornosti. Dom je arena, kjer se dogaja dolgoleten etični izziv med življenjem in smrtjo, kaj je prav in kaj narobe, med pravico in dolžnostjo (Garrett, 1983).

Samooskrba

Umetnost geriatrične zdravstvene nege je »prosvetljen umik« od podpore; po eni strani je to zelo preprosta definicija, vendar poudarja zelo pomemben vidik nege starostnika.

V bolnišnici ali negovalnih ustanovah najprej določijo sposobnosti bolnemu starostniku, njegove omejitve glede neposredne zdravstvene nege (umivanje, oblačenje, hranjenje, odvajanje) in ugotovijo sposobnosti gospodinjskih opravil (nakupovanje, kuhanje, gospodinjenje, socializacija).

Zdravstvena nega je načrtovana glede na njegove potrebe in sposobnosti. Vprašanje pa je, ali je to vse, kar bolan starostnik potrebuje. Preveriti je treba, ali ima starostnik pomoč samo toliko časa, kot jo potrebuje, ko lahko sam izvaja določeno aktivnost, ali nastopijo težave, ko odkloni pomoč.

Težave pri uvajanju samooskrbe je pričakovati na obeh straneh, tako pri starostniku kot pri negovalnem osebju. Bolan starostnik se navadi svoje podrejene vloge pri zdravstveni negi in če ga ne spodbujamo, opusti poskuse, da bi razvil svoje možnosti v zvezi s skrbjo zase. Sorodniki in zelo pogosto tudi medicinske sestre imajo velike težave, ko morajo stati v ozadju in opazovati poskuse, ko se starostnik skuša na primer sam obriti ali obleči. V večini primerov posredujejo prezgodaj in tako oropajo starejšega bolnika doživljanja lastnega napredka in uspeha.

Kakorkoli je omejena samostojnost, je potrebno krepiti čut za lastno vrednost, to je še posebej pomembno, ko je starostnik premeščen domov, kjer je to vitalnega pomena. Dobro motiviran starostnik lahko prenese velike krize pri samooskrbi. Realno postavljeni negovalni cilji z obstoječo motivacijo in spodbujanjem so cena za uspeh. Veliko težje je z nemotiviranimi ali slabo motiviranimi starejšimi bolniki. Ne smemo jih takoj označiti, češ da nočejo sodelovati, vsak napor pelje k boljši zdravstveni negi. Za tako stanje lahko obstaja zdravstveni razlog – depresija, posledice možganske kapi, infekcije ali srčne bolezni. Kjer je bila izguba samooskrbe prisotna že pred pojavom bolezni, je izboljšanje majhno. Ko pa se starostnik vrne v znano okolje, ki mu nudi podporo, je učinek bistveno boljši (hospitalizem). Ko ugotovimo problem in ga analiziramo, je možna postopna rešitev, motivacija pri tem zelo pomaga (Garrett, 1983).

Dorothea Orem je razvila teorijo zdravstvene nege, ki jo je imenovala model samooskrbe. Samooskrbo opredeljuje kot hoteno aktivnost, ki jo človek izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in razvijanja lastne osebnosti. Posameznik je funkcionalno integrirana celota z motivacijo, da skrbi zase. Posameznika opazujemo s stališča ravnovesja med skrbjo zase in zahtevami. Ravnovesje je med sposobnostjo za skrb zase in zahtevami po samooskrbi. Oremova od posameznika pričakuje in zahteva, da je do sebe odgovoren in se zanaša na svoje sposobnosti ter se zaveda dolžnosti, da poišče pomoč, ko jo potrebuje. Obravnava tako bolnega kot zdravega posameznika. Nanj delujejo vplivi okolja, poškodbe, okužbe in bolezen. Vse to imenuje deviacije potrebe samooskrbe. Te so povezane s spremembami v človekovi fizični strukturi, psihičnem funkcioniranju in z vedenjskimi spremembami. Če posameznik ni sposoben obvladati dodatnih zahtev, se pojavi potreba po zdravstveni negi. Sledi postavljanje negovalnih ciljev in izvajanje negovalnih intervencij. Končni cilj pa je vzpostavitev ravnovesja med zahtevami in sposobnostmi posameznika. Človek je tisti, ki spreminja oblike samooskrbe, na to pa vplivajo vzgoja, izobraževanje, nadzor in izkušnje (Aggleton, 1985).

Zdravstvena vzgoja

Definicija Svetovne zdravstvene organizacije pravi, da zdravstvena vzgoja ni samo širjenje informacij o zdravju, ampak tudi aktivni proces učenja ob lastnih izkušnjah. Cilj zdravstvene vzgoje je pomagati ljudem, da dosežejo zdravje z lastnimi napori in dejanji.

Cilji zdravstvene vzgoje so:

- pravočasno, pravilno, popolno informirati ljudi o škodljivostih, ki ogrožajo zdravje in življenjsko okolje;
- motivirati posameznika in družbo do take stopnje, da si bodo zavestno prizadevali ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje in da bodo aktivno sledili sodobnim preventivnim ukrepom;
- razvijati pri posamezniku telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja in zavest o dolžnosti ohraniti in izboljšati lastno zdravje in oboje stalno prenašati tudi na svoje okolje (Domajnko, 1989).

Definicija Svetovne zdravstvene organizacije in cilji zdravstvene vzgoje se nanašajo tudi na zdravstveno vzgojo starostnikov, le da moramo pri poučevanju in vzgoji upoštevati posebnosti te skupine populacije. Tako na primer je motivacija za učenje pri starostnikih praviloma majhna.

Pomagamo si z naslednjimi ukrepi:

- udeleženci morajo videti smiselnost učenja,
- udeleženci morajo doživljati radost uspeha in napredovanja,
- potrebni sta jim učiteljeva spodbuda in pohvala,
- z udeleženci se moramo pogovarjati in razpravljati ter skupaj z njimi načrtovati delo,
- nikoli jih ne smemo pri učenju poniževati ali zahtevati pasivnosti, biti morajo enakopravni. (Hoyer, 1995)

V prvi vrsti je edukacija pri starostnikih svetovanje. Nato se osredišèimo na praktični vidik poučevanja. Povečujemo znanje, ki ga starostnik potrebuje za prilagoditev na spremenjeno zdravstveno stanje, obvladovanje nezmožnosti za določena opravila, poučevanje o spremembi osnovnih življenjskih navad in vplivamo nanj z omogočanjem psihične podpore (Katz, 1995).

Medicinske sestre so kmalu razvile vlogo učiteljic pri poučevanju starostnika in njegove družine v akutni fazi in vsakdanjih okoliščinah. Morda je majhen poudarek na učiteljski vlogi v bolnišnicah; napori morajo biti usmerjeni v pripravo medicinskih sester, da bi bile bolj učinkovite. Večinoma z veliko odgovornostjo pripravljajo starejšega bolnika in njegove svojce za predvideno nadaljnjo nesposobnost v zvezi s kirurškimi posegi ali jih informirajo o diabetesu ali možganski kapi.

Prvi korak v strategiji poučevanja je ugotavljanje pripravljenosti za učenje. Starostnikove potrebe, ki izhajajo iz njegove nezmožnosti in obvladovanje le-teh, so osnova za programiranje učnega procesa. Nekateri starostniki v resnici niso zainteresirani za učenje; zahtevajo podporo in nadzor nad njihovo nezmožnostjo. Veliko starejših ljudi se prilagodi, vendar pri mnogih z veliko porabo časa, posebno ko je spremenjena podoba telesa ali spremenjen socialni status. Svojci so morda utrujeni ali zmedeni po dolgotrajni dobi negovanja ali v velikem stresu in se niso takoj sposobni odzvati na učenje novih spretnosti. Ravnanje s stomo ali dajanje injekcije je lahko čisto preprosto, vendar ne za vse ljudi. Medicinska sestra ne sme vedno pričakovati, da se svojci naučijo postopka, ne sme jih obsojati. Dati jim mora spodbudne napotke, ki jih lahko razumejo ali izvedejo.

Zelo pomembno je, koliko je starostnik sposoben za učenje. Pomemben dejavnik pri tem sta izobrazba in zanimanje za problem. Trenutna kondicija bolnega starostnika omejuje v fizični aktivnosti (na primer možganska kap). Medicinska sestra mora oceniti, koliko znanja starostnik potrebuje. Nekateri želijo več, drugi samo najnujnejše. Navodila so lahko pisna, vendar jih je starim ljudem potrebno praktično pokazati in vaditi. Medicinska sestra naj daje jasna in razumljiva navodila. Spretnosti naj ponavlja s starostnikom toliko časa, da jih bo obvladal. Z vprašanji sproti preverja, kaj še manjka in ali jo je dobro razumel.

Timsko delo

Timsko delo se je razvilo v zadnjih 25 letih. Zaradi napredka tehnologije in novih znanj so se na področju zdravstva pojavili novi specializirani profili zdravstvenih delavcev in tudi strokovnjaki iz drugih področij in strok. Timsko delo je opredeljeno kot delo skupine ljudi, v kateri vsak posameznik prispeva svoje strokovno znanje in je odgovoren za svoj prispevek, ki je podrejen skupnemu cilju. Pogoj za uspešno delo je koordinacija, ki je naloga vodje tima. Pomembna je motivacija članov in stopnja integracije. Želeno število članovje od deset do petnajst. To število še omogoča primerno komunikacijo. Poznamo multidisciplinarne time, kot so zdravstveni timi, in monodisciplinarne, kot so timi zdravstvene nege (Grbec, 1985).

Prednosti timskega dela so naslednje:

- Zboljšuje komunikacije z oskrbovancem in med člani tima.
- Omogoča večjo kontinuiteto zdravstvene nege in kontinuiran nadzor nad opravljenim delom pri vseh članih tima.
- Izboljšuje psihosocialne vidike zdravstvene nege.
- Omogoča vključevanje oskrbovanca v načrtovanje zdravstvene nege.
- Maksimalna poraba strokovnega znanja.
- Večja identiteta med člani skupine.
- Izboljšuje učinkovitost zdravstvene nege.

Sklep

V tujini so na področju kakovosti življenja v domskem varstvu opravili že veliko raziskav. Izoblikovale so se različne metode merjenja. Raziskovalci so prišli do sklepa, da ne predstavlja kakovosti življenja starostnika samo telesno zdravje, ampak v veliki meri tudi notranje vrednote starega človeka. Na teh ugotovitvah temelji tudi opisani koncept kakovosti življenja starostnika. Koncept predstavlja drugačen pogled, kot smo ga vajeni, in zahteva drugačen način razmišljanja in delovanja.

Če gledamo z zornega kota starostnika, je predstavljeni koncept vreden razmisleka.

Literatura

1. Abbey A, Andrews F. Modeling the psyhological determinants of life quality. Social Indicators Research 1985; 16: 1–34.
2. Aggleton P, Chalmers H. Models and theories. Nursing time 1985; 2: 36–38.
3 Andersson M, Gottfries C. Nursing home care: Factors influencing the quality of life in a restricted life situation. Aging 1991; 3: 229–39.
4. Asplund K. Facial expressions in severely demented patients. Intern J Geriat Psychiatry 1991; 6: 599–606.
5. Bitzan J, Kruzich J. Interpersonal relationships of nursing home residents. Gerontologist 1990; 30: 385–90.
6. Clapham D, Munro M. Ambiguities and contradictions in the provision of sheltered housing for old people. J Soc Policy 1990; 19: 27–45.

7. Clark P, Bowling A. Quality of everyday life in long stay institutions for the elderly. Social Science and Medicine 1990; 30: 1201–10.
8. Cohn J, Sugar J. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego 1991; Academic Press.
9. Domajnko N. Metode zdravstvenega izobraževanja. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1989: 8–18.
10. Grbec V. Timsko delo v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1985; 7: 7–9.
11. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehnična založba Slovenije 1995: 5–38.
12. Flanagan J. Measurment of quality of life: current state of the art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1982; 63: 56–9.
13. Garrett G. Health needs of the elderly. London: Macmillan education, 1983: 51–87.
14. Katz P, Kane R, Meze Y. Quality care in geriatric setting. New York: Springer publishing company,1995: 130–49.
15. Lawton M. A multidimensional view of quality of life in frail elders. San Diego 1991; Academic Press.
16. Maace N. Principles of activities for persons with dementia. Geriatry 1987; 5: 13–27.
17. Meier D. The individually assessed quality of life in Alzheimer and multi-infarct patients and their caregivers compared to healthy elderly. Gerontologist 1991; 26: 192–8.
18. Mishan E. Cost-benefit analyisis. New York 1979: Praeger.
19. Morns J et al. Designing the national resident assesment instrument for nursing homes. The Gerontologist 1990; 30: 293–307.
20. Newell K. Health by the people. Geneva 1975; WHO.
21. Schnelle J. Maintaining continence in nursing home residents through the application of industrial quality control. Gerontologist 1993; 33: 114–21.