

Halina Pawłowska-Jaroń\* , Anna Siudak\*\* 

## Formy terapii poznawczej i komunikacyjnej w domach pomocy społecznej. Propozycje działań stymulujących i terapeutycznych

Forms of cognitive and communication therapy in Social Welfare Homes. Proposals for stimulating and therapeutic activities

**Słowa kluczowe:** starzenie się, ageizm, czynniki protekcyjne, zinstytucjonalizowana opieka nad seniorami, dom pomocy społecznej

**Keywords:** aging, ageism, protection factors, institutionalized care for seniors, social welfare home

### Wprowadzenie

Wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwie sprawia, że z większą ostrością ujawniają się niektóre cechy i problemy starości [Massowska, Więcek, Błędowski, 2012]. Wśród polskich seniorów aż 700 tysięcy osób wymaga stałej, całodobowej opieki, a 1,5 miliona (obecnie 60% wszystkich seniorów w Polsce) potrzebuje pomocy i różnorakiego wsparcia, co przyczynia się do zwiększenia liczby osób zmuszonych zamieszkać w placówkach świadczących usługi bytowe i opiekuńcze. Coraz częściej zwraca się zatem uwagę na sytuację ludzi w wieku starszym i przygotowuje plany rozwojowe poszczególnych regionów Polski na kolejne lata. Uwzględnia się w nich ważny w wymiarze godnego życia seniora aspekt, jakim jest samowykluczanie się z wszelkich aktywności<sup>1</sup>. Zła sytuacja materialna, problemy zdrowotne, emocjonalne

\* Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: halina.pawlowska-jaron@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-7077-3469>

\*\* Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: anna.siudak@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1986-9078>

<sup>1</sup> Samowykluczanie spowodowane jest problemami komunikacyjnymi, które potęgują swoiste sprzężenie zwrotne: osoby starsze wycofują się z kontaktów, także rodzinnych, z powodu poczucia, że nie

oraz utrwalony społecznie stereotypowy wizerunek seniora przyczyniają się do postępującej izolacji, a w konsekwencji do zamykania się w sobie i rezygnacji z pełnienia dotychczasowych ról społecznych<sup>2</sup>.

Schorzenia i choroby pojawiające się w procesie starzenia tworzą przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły starczej niesprawności. Obok tzw. wielkich problemów geriatrycznych<sup>3</sup> u osób w podeszłym wieku pojawiają się często niezdiagnozowane problemy słuchowe i wzrokowe, które przyczyniają się bezpośrednio do zmniejszenia aktywności seniora oraz ograniczenia jego komunikacji [zob. Kurkowska i wsp., 2018; Siudak, 2018; 2019a; 2019b]. Należy również mieć na względzie to, że obok naturalnych objawów starzenia się zmysłów, takich jak zmiany w budowie gałki ocznej czy starcza głuchota<sup>4</sup>, mogą wystąpić także zjawiska patologiczne: choroby oczu (zaćma, degeneracja plamki żółtej, retinopatia cukrzycowa czy jaskra [zob. Kilian, 2012, s. 91-105]) i/lub zakłócenia rozumienia mowy oraz deterioracja funkcji poznawczych<sup>5</sup>, wymagające pogłębienia diagnostyki, o którą trudno w przypadku osób umieszczonych w placówkach opiekuńczych.

Proces starzenia się wpływa na wszystkie układy organizmu, w tym na układ nerwowy i zawiadywane przez niego procesy spostrzegania, uwagi, pamięci, uczenia się, myślenia oraz inteligencji. Tempo oraz stopień upośledzenia zależą od wielu czynników, między innymi od wieku, wykształcenia, aktywności fizycznej i umysłowej, diety, chorób somatycznych i psychicznych [Pawłowska-Jaroń, 2018a; 2018b]. Liczba czynników wpływających na proces starzenia się jest duża. Warto podkreślić już na wstępie, że proces ten jest niezwykle heterogeniczny i wymaga oceny różnic

---

mają wspólnych tematów do rozmów, nie nadążają za nowinkami technologicznymi, wstydzą się prosić o wyjaśnienia, często nie rozumieją także języka młodego pokolenia [por. Tłokiński, 1990; Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016, s. 170–171, 173, 174, 175].

2 Wśród seniorów są osoby, którym trudno jest pogodzić się ze zmienionym obrazem własnego ciała, z postępującymi trudnościami w poruszaniu się, zmianami osobowości. Osoby starsze uważają też, że niektórych rzeczy „nie wypada” im robić, dlatego też często, mimo dużych chęci, rezygnują z podejmowania inicjatyw.

3 Wielkie problemy geriatryczne (ang. *the giants of geriatrics*) to nazwa zbiorcza dla najczęściej występujących chorób osób senioralnych. Należą do nich między innymi nietrzymanie moczu i/lub stolca, zespoły otępienno-depresyjne, unieruchomienie, zaburzenia równowagi i upadki, objawy jatrogenne, a często także zaburzenia funkcji życiowych oraz uszkodzenie zmysłów [zob. Bień, Przydatek, 2000, s. 45–46].

4 *Presbycusis*, czyli głuchota starcza. Jej charakterystyczne objawy to powolne i łagodne narastanie obustronnego pogorszenia słuchu z upośledzeniem słyszenia w zakresie wysokich częstotliwości – najpierw tych powyżej 4000 Hz, później tonów średnich. Najdłużej zachowana zostaje zdolność słyszenia tonów poniżej 1000 Hz. Badania wykazują, że cierpi na nią 58% osób po 69. roku życia, około 74% osób do 80. roku życia i aż 90% osób, które ukończyły 90 lat [za: Solowska, 2014, s. 123–131].

5 Henryk Skarżyński, dyrektor Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, alarmuje, że u ponad 33% osób po 65. roku życia z uszkodzeniami słuchu stwierdzono także zaburzenia funkcji kognitywnych, problemy z pamięcią przejawiało aż 80% badanych z tej grupy, a u 90% wzrosło prawdopodobieństwo wystąpienia choroby Alzheimera [Skarżyński, 2014, s. 20–21].

jednostkowych, warunkowanych zarówno czynnikami biologicznymi, jak i socjodemograficznymi. Krzysztof Jodzio [2016] podkreśla również znaczenie indywidualnych zachowań kompensacyjnych i optymalizacyjnych. Karolina Byczewska-Konieczny [2016] zwraca uwagę, że heterogeniczność starzenia się dostrzec można także w sposobie funkcjonowania – zmianie celów życiowych, zaangażowaniu się w życie duchowe, koncentrowaniu się na celach społecznych.

Poziom funkcji poznawczych w przebiegu procesu starzenia się zależy jest od czynników modyfikowalnych (aktywności umysłowej, aktywności fizycznej, diety) oraz czynników niemodyfikowalnych, takich jak na przykład płeć i wykształcenie [por. Pniewska i wsp., 2011, s. 168; Jopkiewicz, Lelonek, 2014]. Iwona Kołodziejczyk [2007] potwierdza, że podejmowanie aktywności fizycznej obniża ryzyko wystąpienia zaburzeń otępiennych i ogólnego pogorszenia funkcji poznawczych. W odniesieniu do wpływu aktywności mentalnej na spowolnienie procesów starzenia się Małgorzata Kaczmarczyk i Elżbieta Trafiałek [2007] podkreślają, że wysiłek intelektualny stwarza seniorom szansę na lepsze kontakty z otoczeniem, a tym samym zapobiega ich izolacji społecznej. W takim wymiarze wyższa sprawność mentalna, którą zapewniają regularne ćwiczenia intelektualne, podnosi poczucie własnej wartości i jakość życia osób w starszym wieku. Trening umysłowy uważany jest również za czynnik protekcyjny w chorobach neurodegeneracyjnych [por. Ponichtera-Kasprzykowska, Pękala, Sobów, 2013].

Zmiany anatomiczne i fizjologiczne zachodzące w starzejącym się mózgu pociągają za sobą istotne zmiany funkcjonalne odpowiedzialne za komfort i jakość życia starszego pokolenia. Zmiany te dotyczą w istotny sposób sfery intelektualnej. Agata Jopkiewicz i Magdalena Lelonek zwracają uwagę na to, iż:

[...] w zakresie procesów uwagi, aspekty, w obrębie których można stosunkowo szybko dostrzec zmiany regresyjne, to przede wszystkim koncentracja, selektywność, czujność i przerzutowość. Właśnie ta ostatnia składowa pamięci ulega najszybszemu regresowi, polegającemu na niemożności skutecznego realizowania przez osobę w podeszłym wieku zadań równoległych, wymagających jednoczesnej kontroli. Wynika to z faktu, iż starsze osoby skupiają uwagę tylko na jednym z docierających bodźców, inne zaś ignorują lub odbierają je częściowo, fragmentarycznie, co uniemożliwia działanie i rozumienie. Pamięć decydująca o możliwościach uczenia się stanowi najbardziej czuły punkt w samoocenie sprawności poznawczej ludzi w starszym wieku. Największy deficyt występuje w odniesieniu do pamięci mechanicznej i bezpośredniej [Jopkiewicz, Lelonek, 2014, s. 207].

Specyfika zmian w zakresie pamięci polega na tym, że pewne jej rodzaje u osób starszych zostają osłabione (dotyczy to np. pamięci krótkotrwałej i epizodycznej), a inne wzmocnione czy zachowane (np. pamięć semantyczna i proceduralna) [Pniewska i wsp., 2011].

Maria Straś-Romanowska [2016] zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt zmian zachodzących w mózgu, a mianowicie na zmiany osobowościowe i oczekiwania seniorów. Zmniejsza się ich tolerancja na zmiany w najbliższym otoczeniu oraz potrzeba

śledzenia zmian społecznych czy politycznych, gdyż zaburzają one przewidywalność zdarzeń, zmniejszają poczucia bezpieczeństwa, stabilności.

Oslabieniu ulegają [...] funkcje prawej półkuli (co wynika ze stopniowego zaniku istoty szarej w płatach czołowych), odpowiedzialnej za orientację przestrzenną, za odwagę oraz pozytywny nastrój. Konsekwencją tych zmian są trudności w podejmowaniu decyzji, drobiazgowość, skupianie się i faworyzowanie tego, co znane, oswojone, nawet jeśli z racjonalnej perspektywy dostrzegane są zalety innowacji. Rutyna, przyzwyczajenie, odwoływanie się do posiadanej wiedzy i doświadczenia to preferowane przez osoby starsze sposoby radzenia sobie z problemami codzienności. Z kolei funkcje lewej półkuli wykazują w okresie starości znacznie większą sprawność, czemu dodatkowo, niezależnie od czynników biologicznych, sprzyja aktywność poznawcza [Straś-Romanowska, 2016, s. 39].

Reasumując, zmiany w zakresie rozwoju poznawczego mają charakter asynchroniczny, zindywidualizowany, uzależnione są od różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych wpływających na funkcjonowanie jednostki, w tym warunków bytowych, społecznych, emocjonalnych, w jakich przebiega proces starzenia. Modyfikacja warunków umożliwia zmianę tempa i zakresu procesów deterioracji.

Współczesne badania pokazują, że mózg człowieka zmienia się przez całe życie, także w wieku senioralnym [Rutkiewicz-Hanczewska, 2018]. Badania neuroobrazowe wykazały, że mózg seniora i mózg osoby młodej charakteryzują się odmiennymi wzorcami aktywności w trakcie wykonywania identycznego zadania. Mózg osoby starszej uaktywnia też więcej obszarów (aktywacja bilateralna) i niejednokrotnie bardzo dobrze wykonuje zadania (potwierdza to kompensacyjne możliwości mózgu). Wszystkie te fakty uzasadniają potrzebę aktywizacji poznawczej seniorów, zwłaszcza tych przebywających w domach pomocy społecznej (DPS), przez włączenie w rytm opieki propozycji działań stymulujących i terapeutycznych w obrębie sprawności poznawczej i komunikacyjnej.

## Problemy komunikacyjne mieszkańców domów pomocy społecznej

Proponowany poniżej projekt, uwzględniający problemy komunikacyjne mieszkańców DPS, polega na zaprojektowaniu zajęć indywidualnych i grupowych w zależności od ich zdiagnozowanych kłopotów językowych i komunikacyjnych. Zajęcia indywidualne dedykowane są pacjentom, u których wystąpiły problemy z porozumiewaniem się o podłożu neurologicznym oraz psychicznym. Dla pozostałych osób przeznaczone zostały zajęcia grupowe, mające na celu zniwelowanie obaw komunikacyjnych oraz integrację mieszkańców sprzyjającą porozumieniu.

Pierwszy etap projektu to przeprowadzenie diagnozy wszystkich mieszkańców, którzy wyrazili chęć uczestniczenia w spotkaniu (część pacjentów nie podjęła próby).

## Diagnoza funkcji komunikacyjnych u osób przebywających w DPS

Istotą przeprowadzanej diagnozy jest przesiewowe ustalenie rozpadu umiejętności komunikacyjnych i deterioracja funkcji poznawczych. Badanie powinno być przeprowadzone w przyjaznej i serdecznej atmosferze. Niezwykle istotna jest czujność diagnosty, który nie powinien prowadzić testu w sposób szablonowy, lecz wykazywać się elastycznością i dostosować poziom zadań do poziomu odpowiedzi pacjenta, na przykład jeśli pytanie o imię i nazwisko jest za trudne, należy pomóc choremu w odpowiedzi (diagnosta ma dostęp do dokumentacji), jeśli zbyt łatwe – przejść do konwersacji. Poniższe zestawienie jest raczej sugestią postępowania diagnostycznego niż kwestionariuszem testowym. Do kolejnego pytania należy przejść dopiero wtedy, gdy pacjent prawidłowo i samodzielnie wykonał zadanie poprzednie. W przypadku nieudzielenia samodzielnej i poprawnej odpowiedzi diagnosta pomija pytania zaznaczone kolorem szarym. Zawsze należy pacjentowi pomóc dokończyć zadanie, jednakże zadania wykonanego z pomocą nie wlicza się do umiejętności pacjenta.

### A. Mówienie

*Badanie ma na celu rozpoznanie takich zaburzeń, jak afazja i dyszartria. Odnotowuje się tylko próby samodzielneho wykonania zadania. Jeśli pacjent nie wykonał zadania, to kolejnego – zaznaczonego na szaro – nie należy z nim rozpoczynać.*

1. Jak się pan/pani nazywa?
2. Jak się pan/pani dziś czuje?
3. Proszę policzyć do 10.
4. Proszę policzyć od 10 do 0.
5. Jaki jest dziś dzień tygodnia? (Jeśli pacjent nie wie, liczymy na palcach od początku.)
6. Jaki jest pana/pani zawód? Gdzie pan/pani pracował/-a?
7. Co lubi pan/pani robić w wolnym czasie? (Zainteresowania, hobby)
8. Dialog: Co pan/pani myśli o....? (Temat rozmowy powinien być wynikiem wypowiedzi pacjenta na temat zainteresowań.)

### B. Czytanie

*Badanie ma na celu ustalenie stopnia aleksji. Jeśli pacjent nie wykona samodzielnie zadania, nie należy przechodzić do zadania kolejnego.*

1. Proszę przeczytać:

OKNO

KUBEK STOI NA STOLE

NA STOLE LEŻY ZIELONY DŁUGOPIS, KTÓREGO SZUKAŁ TOMASZ

### C. Pisanie

*Badanie ma na celu ustalenie stopnia agrafii. Jeśli pacjent nie wykona samodzielnie zadania, nie należy przechodzić do zadania kolejnego.*

1. Proszę napisać imię i nazwisko.
2. Proszę przepisać:

DOM

**KSIĄŻKA****DZIŚ JEST ŁADNA POGODA**

3. Proszę napisać na kartce, jakie przedmioty znajdują się w łazience.

**D. Pamięć**

1. Czy pamięta pan/pani, jaki mamy miesiąc?

2. Jaki dziś dzień?

3. Czy pamięta pan/pani, jak poznał swoją/ żonę/swojego męża? Proszę opowiedzieć.

4. Ćwiczenia pamięci sekwencyjnej (2–5 obrazków).

**E. Percepcja wzrokowa**

1. Proszę poszukać takich samych obrazków (obrazki: 1 – tematyczne: „przedmioty użytku codziennego” i 2 – atematyczne: „abstrakcja” = dwa stopnie trudności).

2. Proszę ułożyć obrazek (obrazki: 1 – tematyczne: postać i 2 – atematyczne: mozaiki = dwa stopnie trudności).

**Terapia umiejętności komunikacyjnych**

W przypadku wykrycia u pacjenta trudności komunikacyjnych niezbędne będzie podjęcie działań terapeutycznych. W zależności od problemu chorego będą one polegały na programowaniu języka (w przypadku afazji i upośledzenia intelektualnego), ćwiczeniach koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych (w przypadku dyzartrii) lub ćwiczeniach komunikacyjnych (przy problemach natury psychicznej). Przy trudnościach poznawczych stymulacja obejmie przede wszystkim procesy spostrzegania, uczenia się, uwagi, myślenia oraz pamięci, natomiast jako ogólny model terapeutyczny w zakresie zakłóceń językowych, w zależności od trudności pacjentów, przyjmuje się schemat przedstawiony w tabeli 1.

Tabela 1. Terapia umiejętności komunikacyjnych

Terapia rozumienia	Terapia nazywania	Terapia czytania	Terapia pisania
1. Rzeczowniki konkretne i abstrakcyjne 2. Czasowniki prymarne i o niskiej frekwencji 3. Przymiotniki, przysłówki i liczebniki 4. Zdania 5. Dialogi (na tematy bliskie pacjentowi oraz uniwersalne)	1. Rzeczowniki konkretne z otoczenia pacjenta oraz o niższej frekwencji (w tym abstrakcyjne) 2. Czasowniki z otoczenia pacjenta oraz o niższej frekwencji 3. Przymiotniki, przysłówki i liczebniki 4. Zdania proste i złożone	1. Rzeczowniki konkretne i abstrakcyjne 2. Samogłoski i sylaby 3. Czasowniki prymarne i o niższej frekwencji 4. Zdania proste i złożone 5. Gazety, książki, listy	1. Słowa 2. Zdania 3. Dzienniki, pamiętniki, listy

Źródło: opracowanie własne.

## Zajęcia grupowe jako forma komunikacji

Odbiorcami zajęć grupowych są osoby, u których trudności komunikacyjne mają podłoże lękowe, depresyjne lub psychiczne. Istotą tego panelu jest bowiem z jednej strony stymulacja/terapia sprawności związanych z funkcjonowaniem językowym, a z drugiej motywujących je funkcji poznawczych. Model budowania programu zajęć obejmuje:

- 1) sprawności percepcyjne – pozwalające na opanowanie kompetencji (językowej, komunikacyjnej, kulturowej): słuch fizyczny, fonemowy, muzyczny;
- 2) sprawności realizacyjne – wykorzystujące w procesie komunikacji i poznawaniu rzeczywistości zdobyte kompetencje, w szczególności:
- 3) sprawności systemowe – fonologiczne, morfologiczne, leksykalne, składniowe, pozwalające na budowanie sensownych, poprawnych gramatycznie zdań (np. gry językowe),
- 4) sprawności komunikacyjne – społeczne, sytuacyjne, pragmatyczne, które dadzą możliwość pozytywnego realizowania ról społecznych, budowania zdań adekwatnych do sytuacji i realizowania zamierzonych intencji.

Zajęcia grupowe będą prowadzone metodą projektową, której cele będą bliskie pacjentom (np. poznaj swoje otoczenie – DPS, dzielnicę, miasto itd.), co umożliwi:

- 1) stymulację multisensoryczną,
- 2) wzmocnienie kognitywne (logiczne myślenie, stymulacja pamięci),
- 3) budowanie relacji,
- 4) wzmocnienie kreatywności (podtrzymywanie twórczego myślenia i tworzenie nowych pomysłów),
- 5) trening umiejętności spostrzegania nowych rozwiązań,
- 6) niepoddawanie się rutynie,
- 7) wyrażanie emocji,
- 8) osvajanie lęków wieku senioralnego,
- 9) odblokowanie napięć,
- 10) ćwiczenia oddechowe,
- 11) relaksację,
- 12) ćwiczenia reminiscencyjne,
- 13) podtrzymanie i poprawę funkcji językowych (ćwiczenia wzmacniające kompetencje językowe seniorów, zasób słownictwa, artykulację, płynność mówienia),
- 14) poprawę orientacji w schemacie ciała,
- 15) poprawę orientacji w przestrzeni,
- 16) wzmocnienie uwagi i koncentracji,
- 17) wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa,
- 18) wydłużenie okresu samodzielności,
- 19) poprawę koordynacji ruchowej,
- 20) poprawę koordynacji ruchowo-wzrokowo-słuchowej,
- 21) poprawę nastroju i dobrą zabawę.



Projekty będą przyjmować rozmaite formy, takie jak:

- 1) udział w różnorodnych formach teatralnych,
- 2) terapia oparta na słowie – terapia w formie rozmowy, pogadanek, dyskusji i wyrażania swoich myśli, wspomnień,
- 3) terapia świetlicowa, oparta na udziale w grach i zabawach mieszkańców oraz osób spoza domu,
- 4) ćwiczenie pamięci – terapia polegająca na wykonywaniu łatwych i bardziej skomplikowanych zadań rozwijających pamięć, koncentrację, zapamiętywanie,
- 5) zajęcia plastyczne – malowanie, rysowanie, wydzieranie, wycinanie, wspólne tworzenie obrazu i inne,
- 6) trening twórczości, na przykład „zakończ znaną historię, przypowieść” w zupełnie inny, zaskakujący sposób (np. z innym morałem) lub tworzenie tekstów użytkowych – reklamujących osiedle, lokalny sklep, park itp.,
- 7) wspólne muzykowanie, śpiew<sup>6</sup>,
- 8) taniec i płąsy.

Proponowane aktywności pozwolą na usamodzielnienie, pobudzenie zaradności (wykonywania różnych czynności związanych z codziennym życiem), naukę współżycia w grupie i środowisku, rozwijanie zainteresowań, likwidowanie nudy i jednostajnego trybu życia, a także posłużą integracji, która przekłada się na potrzeby komunikacyjne mieszkańców DPS. Zajęcia muzyczne w powiązaniu z ruchem mają pełnić także funkcję relaksacyjną, dyscyplinującą i poznawczą, podtrzymywać i wzmacniać sprawność ruchową, prowadzić do aktywizacji całego organizmu, a przez to podtrzymywać, czy wręcz budować, poczucie własnej wartości i wzbogacać osobowość seniora.

## Podsumowanie

Rozpoznawanie, monitorowanie i wdrażanie strategii niwelujących negatywne skutki patologicznego starzenia coraz częściej stanowią przedmiot zainteresowania środowisk naukowych oraz instytucji oferujących opiekę medyczną, psychologiczną i socjalną. Dlatego w sytuacji, gdy znacząca część nawet aktywnych seniorów wymaga różnych form opieki i wsparcia, niezmiernie ważną kwestią jest dbałość o szerszy zakres zinstytucjonalizowanej opieki także nad pensjonariuszami placówek opiekuńczych dla osób samotnych, dotkniętych różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

Integralną część strategii leczenia wielu zaburzeń o charakterze neurodegeneracyjnym stanowią oddziaływania niefarmakologiczne, takie jak terapia zajęciowa, odpowiednia komunikacja z pacjentem (dialog z chorym oraz informowanie

<sup>6</sup> O znaczeniu muzyki i muzykowania w opiece nad seniorami patrz: Cylkowska-Nowak, Strzelecki, Tobis, 2013; Paszkiewicz-Mes, 2013; Radzińska, 2018.



go o chorobie [por. Krzyżanowski, 2013; Pietraszek-Kusik, 2015; Szumilas i wsp., 2016]), uwzględnienie rytmu dnia, zapewnienie aktywności ruchowej i kontaktów interpersonalnych. Uzasadnione wydaje się zatem twierdzenie, iż wzbogacenie opieki w domach pomocy społecznej o działania z zakresu stymulacji komunikacyjnej i poznawczej pozwoli ograniczyć procesy inwolucyjne u podopiecznych. Prezentowany pilotażowy program ma realne szanse na wdrożenie w szerszym zakresie i tym samym na poprawę jakości życia pensjonariuszy DPS-ów.

## Literatura

- Bień B., Przydatek M., 2000, *Wielkie problemy geriatryczne. I. Nietrzymanie moczu*, „Medycyna Rodzinna”, nr 2, s. 45–46.
- Byczewska-Konieczny K., 2016, *Związki sposobów gospodarowania czasem wolnym przez osoby w wieku senioralnym z ich kondycją poznawczą*, [w:] M. Kielar-Rurska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia*, Kraków: Wydawnictwo WAM, s. 508–521.
- Cylkowska-Nowak M., Strzelecki W., Tobis S., 2013, *Muzykoterapia pacjenta starszego jako wspomaganie oddziaływania konwencjonalnej medycyny*, „Gerontologia Polska”, t. 23, nr 4, s. 138–142.
- Jodzio K., 2016, *Psychologiczna moc leciwych neuronów*, [w:] M. Kielar-Rurska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia*, Kraków: Wydawnictwo WAM, s. 67–84.
- Jopkiewicz A., Lelonek M., 2014, *Czynniki protekcyjne procesu „poznawczego starzenia się” jako gerontopedagogiczny wymiar okresu późnej dorosłości*, [w:] M. Stawiak-Ososińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*, Kielce: TOP, s. 202–213.
- Kaczmarczyk M., Trafiałek E., 2007, *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 4, s. 116–118.
- Kilian M., 2012, *Naturalne i patologiczne zmiany oczne w starszym wieku i ich subiektywne objawy*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2 (kwiecień–czerwiec), s. 91–105.
- Kołodziejczyk I., 2007, *W zdrowym ciele zdrowy duch? Wpływ aktywności fizycznej na funkcjonowanie poznawcze w starszym wieku*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych”, t. 56, nr 3–4(276–277), s. 361–369.
- Krzyżanowski D., 2013, *Zaburzenia otępienne w podeszłym wieku. Interdyscyplinarne spotkania geriatryczne*, Warszawa: Docplayer.
- Kurkowska K., Cybulski M., Łobaczuk-Sitnik A., Krajewska-Kułąk E., 2018, *Jakość życia osób w podeszłym wieku z zaburzeniami słuchu*, „Gerontologia Polska”, t. 26, s. 123–133.
- Massowska M., Więcek A., Błędowski P., 2012, *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., Kamińska B., 2016, *Późna dorosłość z perspektywy logopedii*, „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. XXVIII, s. 165–182.
- Paszkiwicz-Mes E., 2013, *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*, „Hygeia Public Health”, nr 48(2), s. 168–176.
- Pawłowska-Jaroń H., 2018a, *Aktywizacja osób w wieku senioralnym jako forma przeciwdziałania ageizmowi*, [w:] A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur (red.), *Nowa logopedia*, t. 7: *Oblicza starości. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 259–272.
- Pawłowska-Jaroń H., 2018b, *Opieka neurologopedyczna nad pacjentami w wieku senioralnym*, [w:] J. Pietrzyk (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie, promocja zdrowia, pielęgnowanie i rehabilitacja*, Tarnów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, s. 385–394.

- Pietraszek-Kusik H., 2015, *Demencja. Metody oddziaływań pozafarmakologicznych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, nr 1(42), s. 28–35.
- Pniewska J., Jaracz K., Górna K., Suwalska A., 2011, *Czynniki protekcyjne funkcji poznawczych w procesie starzenia się – przegląd piśmiennictwa*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, t. 6, nr 3–4, s. 166–171.
- Ponichtera-Kasprzykowska M., Pękala K., Sobów T., 2013, *Niefarmakologiczne strategie postępowania w zaburzeniach zachowania towarzyszących otępieniu*, „Aktualności Neurologiczne”, nr 13(4), s. 302–307.
- Radzińska M., 2018, *Muzykoterapia dla seniora*, „Gerontologia Polska”, nr 26, s. 226–228.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., 2018, *Wiek a mózg*, [w:] A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur (red.), *Nowa logopedia, t. 7: Oblicza starości. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 17–26.
- Siudak A., 2018, *Inwolucja zmysłów w okresie starzenia w perspektywie logopedycznej*, [w:] A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur (red.), *Nowa logopedia, t. 7: Oblicza starości. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 43–52.
- Siudak A., 2019a, *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – cz. 1: Wzrok, słuch, narząd równowagi*, [w:] B. Kazek, J.K. Wojciechowska (red.), *Starzenie się zmysłów*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 163–184.
- Siudak A., 2019b, *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – cz. 2: Dotyk, smak i węch*, [w:] B. Kazek, J.K. Wojciechowska (red.), *Starzenie się zmysłów*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 185–208.
- Skarżyński H., 2014, *Znaczenie problemu zaburzeń komunikacji*, [w:] H. Skarżyński, M. Gujski (red.), *Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce. Materiały prasowe PAN*, Warszawa: Polska Akademia Nauk, s. 20–21.
- Solowska B., 2014, *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego – przegląd badań w aspekcie biologicznym, psychologicznym, gerontologicznym i diagnostyczno-terapeutycznym*, [w:] M. Michalik (red.), *Nowa logopedia, t. 5: Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 123–131.
- Straś-Romanowska M., 2012, *Późna dorosłość*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 326–350.
- Szumilas K., Szumilas P., Kłódka D., Garczyński W., 2016, *Metody oddziaływań niefarmakologicznych u pacjentów z chorobą Alzheimera*, [w:] A.M. Borowicz, M. Osińska (red.), *Horyzonty współczesnej fizjoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii, s. 181–193.
- Tłokiński W., 1990, *Mowa ludzi u schyłku życia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

---

## Streszczenie

Celem projektu jest opracowanie wytycznych diagnozy i terapii mieszkańców domów opieki społecznej, którzy z uwagi na sytuację materialną (bytową), poznawczą i społeczną narażeni są na wycofanie z wszelkich aktywności. Wdrożenie modelu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego ma przyczynić się do ustalenia problemów mieszkańców w zakresie poznawczym, komunikacyjnym i językowym. W ramach projektu podjęte zostaną starania o zniwelowanie zdiagnozowanych dysfunkcji w formie terapii indywidualnej i zajęć grupowych, co ma przełożyć się na większą aktywność mieszkańców w sferze komunikacyjnej i społecznej. Omawiany projekt będzie wdrażany pilotażowo w trzech krakowskich domach opieki, które zgłaszają zapotrzebowanie na podjęcie takich działań i obejmują opieką osoby: 1) leżące, ze schorzeniami somatycznymi, 2) pozostające w leczeniu neurologicznym i psychiatrycznym oraz 3) z niepełnosprawnością intelektualną. Pierwszy etap pilotażu zakłada przeprowadzenie diagnozy wszystkich mieszkańców domu opieki (minimum stu osób) i wyłonienie osób z problemami komunikacyjnymi, którym zaproponowane zostaną zajęcia indywidualne. Dla pozostałych przewiduje się zajęcia grupowe, integracyjne, m.in. o profilu muzyczno-teatralnym.

---

## Abstract

The aim of the project is to develop guidelines for the diagnosis and therapy of residents of Nursing Homes who, due to the material (living), cognitive and social situation, are exposed to withdrawal from any activity. The implementation of a diagnostic and therapeutic model will contribute to determining the problems of residents in the cognitive, communication and language areas. As part of the project, efforts will be made to reduce diagnosed dysfunctions in the form of individual therapy and group activities, which will result in greater activity of residents in the communication and social spheres. The discussed project will be implemented on a pilot basis in three Krakow nursing homes which report the need to undertake such activities and include the care of following persons: 1) bedridden patients, 2) staying in neurological and psychiatric treatment, 3) with intellectual disability. The first stage of the pilot study assumes carrying out a diagnosis of all residents of the nursing home (minimum 100 people) and selecting people with communication problems who will be given individual classes. For other people, group integration classes are to be offered, including music and drama classes.