

Rehabilitacja społeczna osób starszych w Domach Pomocy Społecznej z wykorzystaniem wybranych form terapii zajęciowej

Social rehabilitation of seniors in Residential Homes using selected forms of occupational therapy

Anna Szulc , Paweł Chruściel , Anna Bednarek , Jolanta Pacian ,
Kinga Augustowska-Kruszyńska

Zakład Promocji Zdrowia Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Seniorzy ze względu na zmiany inwolucyjne zachodzące w ich organizmie, bardzo często zmagają się z problemami zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, emocjonalnej ale również i społecznej. Rehabilitacja osób starszych wymaga kompleksowego podejścia, w którym udział powinno mieć wielu specjalistów. Rozwijanie i prowadzenie rehabilitacji zarówno w kontekście medycznym jak i społecznym jest więc, nieodzowne jeśli rozpatrujemy zagadnienia starości, starzenia się i związanej z nimi niepełnosprawności. W opiece nad seniorem w Domu Pomocy Społecznej wykorzystywana powinna być rehabilitacja społeczna w wykorzystaniem wybranych form terapii zajęciowej m.in. ergoterapii, arteterapii i socjoterapii, które mają służyć jak najpełniejszej partycypacji osoby starszej w codziennych czynnościach, a co za tym idzie – zwiększeniu jej poczucia dobrostanu. (Gerontol Pol 2023; 31; 269-274) doi: 10.53139/GP.20233129

Słowa kluczowe: osoba starsza, rehabilitacja społeczna, terapia zajęciowa

Abstract

Due to involuntal changes taking place in the body, seniors very often struggle with problems not only in the physical, psychological, and emotional spheres, but also in the social sphere. Rehabilitation of seniors requires a complex approach, in which many specialists should participate. Therefore, the development and carrying out rehabilitation in both medical and social context is indispensable while considering the problems of old age, ageing, and related disability. Social rehabilitation should be applied in the care of seniors in Residential Homes, using selected forms of occupational therapy, including ergo-therapy, art-therapy, and socio-therapy, which are intended to serve the fullest possible participation of seniors in daily life activities and, consequently, an increase in their sense of wellbeing. (Gerontol Pol 2023; 31; 269-274) doi: 10.53139/GP.20233129

Key words: senior, social rehabilitation, occupational therapy

Wstęp

Starzenie się jest jednym z naturalnych procesów zachodzących w organizmie ludzkim. Przebieg tego procesu jest bardzo indywidualny dla każdej jednostki i uwarunkowany wieloma czynnikami w tym m.in. stylem życia każdego człowieka. Zgodnie z koncepcją „pól zdrowia”, zdrowie tylko w 10% zależy od działań ochrony zdrowia i aż w 53% właśnie od stylu życia [1]. Na styl życia składają się m.in.: aktywność ruchowa, zdrowe

odżywianie, umiejętność neutralizacji stresu, bezpieczne zachowania, umiejętność hartowania ciała i pozytywnego myślenia. Te czynniki są niezwykle istotne dla seniorów, aby móc podjąć wszelkie działania dające im znacznie lepszą jakość codziennego funkcjonowania. Wskazanie początku starości jest trudne do określenia i jednoznacznego zdefiniowania. Starzenie się ludności Europy i Polski jest prawdopodobnie najważniejszym wyzwaniem zdrowotnym i społecznym nadchodzących lat. Przewiduje się, że w 2050 roku osoby po 60. r.ż.

Adres do korespondencji / Correspondence address: ✉ Anna Szulc, Zakład Promocji Zdrowia Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie; ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin ☎ (+48 81) 448 68 00 ✉ anna.szulc@umlub.pl
ORCID: Anna Szulc 0000-0002-9398-8964, Paweł Chruściel 0000-0002-2519-2673, Anna Bednarek 0000-0002-6236-8244, Jolanta Pacian 0000-0003-0687-9100, Kinga Augustowska-Kruszyńska 0000-0001-8130-2788

będą stanowiły 30% mieszkańców Unii Europejskiej [2]. Samo pojęcie starości jest też wciąż redefiniowane. W literaturze znajdują się opisy dotyczące zarówno osoby starszej jak i samego procesu starości. To na podstawie wieku metrykalnego, stanu funkcjonalnego czy też pełnienia roli społecznej można określić status seniora. Według Głównego Urzędu Statystycznego podział osób starszych może być dokonany z wykorzystaniem kryterium ekonomicznego i biologicznego. W pierwszej grupie osób starszych są jednostki w wieku poprodukcyjnym, odpowiednio: 60 lat i więcej dla kobiet, 65 lat i więcej dla mężczyzn, w drugiej grupie osoby w wieku 65 lat i starsze [3].

Jednym z wielu określeń pojęcia starości jest zaproponowane przez Kirkwooda, który określa starzenie się jako proces postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratę zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu [4]. Światowa Organizacja Zdrowia dokonuje podziału osób starszych na następujące grupy: wiek przedstarczy 45-59 lat, wczesna starość 60-74 lat, późna starość 75-89 lat, sędziwa starość powyżej 80 lat, długowieczność powyżej 90 roku życia [5]. Inny podział według wieku kalendarzowego proponuje Osiński: młodzi starzy 65-74 lat, średnio starzy 75-84 lat, starzy-starzy 85-99 lat, najstarsi starzy powyżej 100 lat [6]. Młodzi starzy są to osoby sprawne zarówno fizycznie jak i psychicznie, jednostki zaliczające się do grupy średnio starych to osoby wymagające niewielkiej pomocy przy czynnościach dnia codziennego a powyżej 85 roku życia potrzebują zazwyczaj stałej pomocy przy wykonywaniu większości czynności, są to potencjalni podopieczni instytucjonalnych form pomocy takich np. jak DPS (Domy Pomocy Społecznej). Na skutek postępu cywilizacyjnego w tym także w dziedzinach medycyny, życie ludzkie zostało wydłużone, w wyniku czego zwiększyła się liczba osób starszych [7].

Wybrane przejawy starzenia się

Z okresem starości wiąże się wiele zmian zachodzących w organizmie ludzkim zarówno w sferze fizycznej jak i społecznej. Specyfika zdrowia seniorów wyraża się przede wszystkim w znacznym udziale chorób przewlekłych, zmian układowych oraz szeroko pojętych zespołów geriatrycznych. Proces starzenia się, który zachodzi bez współlistnienia chorób jest określane jako zwyczajne starzenie.

Częściej pojawia się starzenie patologiczne, w którym zmiany w narządach wynikają zarówno z wpływu czasu jak i toczących się w organizmie procesów chorobowych. Charakterystyczną cechą dla okresu starości jest jego indywidualność zarówno różne tempo prze-

biegu zmian u każdej osoby, jak i zróżnicowane tempo zmian w przypadku różnych narządów u tej samej osoby co ma związek m.in. z przebytymi wcześniej procesami chorobowymi [8,9]. Wszystkie te zjawiska wpływają na aktywność osób starszych, ich samodzielność i udział w życiu społecznym. Osoby wchodząc w okres późnej starości (75-89 lat) przyjmują postawę zniechęcenia, pesymizmu czy bezradności. Wiąże się to oprócz niezadowolającego stanu zdrowia ze zmianami w życiu osobistym takimi np. wdowieństwo czy osamotnienie. Pojawia się niechęć do samego siebie, uczucie smutku, stany depresyjne i brak akceptacji nowej sytuacji związanej np. z zaprzestaniem wykonywania pracy zawodowej [10].

Znaczenie aktywności w życiu seniorów

Jest jednak znaczna grupa seniorów decydująca się na konstruktywne wykorzystanie swojego wolnego czasu i skierowanie swoich sił na różnego rodzaju działania, które mają na celu oprócz zadowolenia również korzyści zdrowotne. Dzięki takim praktykom seniorzy mogą dłużej pozostać aktywni i samodzielni co przekłada się na poziom ich jakości życia. Aktywna postawa wobec życia w starszym wieku sprzyja rozwijaniu osobowości, poszerzaniu horyzontów co jest dla seniorów szczególnie ważne w dobie tak szybko zmieniającego się społeczeństwa, a także wzrostowi wiary we własne siły i podniesieniu samooceny. Czynniki te wpływają na kreowanie pozytywnego obrazu własnej osoby i w efekcie lepszego radzenia sobie z pojawiającymi się problemami. Należy zaznaczyć, iż aktywność jest szczególnie związana ze stanem zdrowia seniora, im lepszy jest jego stan tym osoba ma więcej zapału i możliwości do bycia aktywną [11]. W literaturze aktywność ludzi starszych jest definiowana jako czynny udział seniorów w życiu rodzinnym, społecznym, kulturalnym i intelektualnym [12].

Rola rehabilitacji społecznej w procesie starzenia się

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1972 roku określa rehabilitację medyczną jako integralną część leczenia, zaś zaspakajanie potrzeb ludności w zakresie rehabilitacji wyznacza jako działalność ogólnej opieki zdrowotnej [13]. Rehabilitacja medyczna odnosić się będzie do procesu usprawniania, w skład którego wchodzi badanie podmiotowe, czyli wywiad, badanie przedmiotowe, czyli między innymi ocena zakresu ruchów, siły mięśniowej, chodu i sprawności manualnej, diagnostyka, ustalanie programu leczenia oraz ocena postępów i wyników końcowych.

Rehabilitacja jako kompleksowe postępowanie będzie miała na celu przywrócenie jak najlepszej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, psychicznej, umożliwiające jak najsprawniejsze prowadzenie życia społecznego i zawodowego [14]. Będzie również oznaczała minimalizację ujemnych skutków a zatem ograniczeń sprawności, urazu czy choroby, przez wystąpienie, których często dochodzi do niepełnosprawności i pojawienia się potrzeby rehabilitacji. Rehabilitacja medyczna jest jednym z elementów szerszego rozumienia procesu rehabilitacji jako rehabilitacji zawodowej i społecznej. Ten typ usprawniania człowieka warunkuje przede wszystkim adaptacja społeczna oraz zniesienie wszelkiego rodzaju barier począwszy od barier architektonicznych i urbanistycznych, związanych z nieodpowiednim przystosowaniem środowiska do możliwości osób starszych, poprzez bariery ekonomiczne i prawne dotyczące problemów socjalno-bytowych oraz dyskryminacji w różnego rodzaju przepisach legislacyjnych, aż do barier społecznych wynikających z obojętnych lub wręcz negatywnych postaw przejawianych wobec seniorów [15]. Istotą rehabilitacji społecznej jest jak najpełniejsza integracja lub reintegracja jednostki ze środowiskiem społecznym, której głównym celem jest podniesienie poczucia własnej wartości oraz użyteczności. Rehabilitacja społeczna to również nauczanie osób starszych korzystania z czasu wolnego i nawiązywania nowych relacji społecznych. Wymienione działania są udziałem między innymi funkcjonującego w Polsce systemu pomocy społecznej.

Ważnym elementem tego systemu są Domy Pomocy Społecznej [16]. Jest to jedna z najstarszych form pomocy społecznej w zakresie organizacji opieki dla osób nie będących w stanie samodzielnie egzystować w miejscu zamieszkania z powodu choroby, niepełnosprawności czy podeszłego wieku [17]. Zych definiuje DPS jako „tradycyjną formę instytucjonalnej pomocy społecznej w postaci opieki całodobowej nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, których mimo zastosowania wszystkich form pomocy nie można przystosować w pełni do samodzielnego życia w miejscu ich zamieszkania z uwagi na wiek, schorzenia, sytuację życiową oraz warunki rodzinne, mieszkaniowe i materialne (...)” [18]. DPS świadczą przede wszystkim usługi opiekuńcze ale również bytowe, wspomagające oraz edukacyjne w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb na poziomie obowiązującego standardu, osobom w nich przebywającym [19]. DPS mają w obowiązku zaspokojenie potrzeb życiowych, ale także umożliwienie rozwoju psychofizycznego mieszkańców [20]. W zakresie potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych – opieki lekarskiej, pielęgnacyjnej, rehabilitacji oraz

niezbędnej pomocy w podstawowych czynnościach życiowych oraz załatwianiu spraw osobistych, w zakresie usług wspomagających możliwości nauki i poszerzania kwalifikacji, umożliwienia udziału w terapii zajęciowej, podnoszenia sprawności i aktywizowaniu mieszkańców, umożliwienia zaspokajania potrzeb religijnych i kulturalnych, stymulowania do nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i środowiskiem, sprawnego załatwiania skarg i wniosków mieszkańców [21].

Zastosowania wybranych form terapii zajęciowej w usprawnianiu osób starszych w DPS

Niezwykle istotnym elementem w rozwijaniu kompetencji społecznych seniora jest dialog a pozyskanie zbioru nowych nabytych umiejętności i zdolności, pozwala na stanowienie o sobie i jest bardzo ważne w relacjach interpersonalnych. Taką możliwość w rehabilitacji społecznej jednostki mogą realizować w obrębie wszelkich działań związanych z terapią zajęciową [22]. Samo określenie terapia zajęciowa łączy w sobie dwa słowa, z których pierwsze ozn. leczenie, co pozwala na łatwe zdefiniowanie adresata tej dyscypliny z obszaru ochrony zdrowia, drugi człon od słowa „zajęcie”, pod którym kryje się wykonywanie m.in. codziennych czynności. Terapia zajęciowa w swojej zawartości treściowej jest jednym z elementów usprawniania medycznego, zawodowego i społecznego. działania Wykorzystanie terapii zajęciowej we wspieraniu pacjenta w podejmowaniu codziennych aktywności, przedstawiły także w swojej publikacji Anca Jianu i Sabina Macovei [23]. Zgodnie z definicją „terapia zajęciowa to celowe, polisensoryczne rehabilitacyjne, o charakterze zajęć ciągłych (np. muzycznych, plastycznych, ruchowych itp.), stanowiących proces terapeutyczny, prowadzący do usprawniania i kompensacji zaburzonych funkcji organizmu pacjenta. Są to zajęcia planowe, celowe i systematyczne” [24]. Terapia zajęciowa jest, więc określana jako leczenie i usprawnianie przy pomocy ustalonych zajęć, czynności i pracy, które mogą wpływać na poprawę sprawności jednostki zarówno w sferze fizycznej, psychicznej jak i intelektualnej [25]. W odniesieniu do osób starszych celem jest jak największe usprawnienie w sferze umysłowej jak również uaktywnienie w życiu społecznym. W realizacji tych celów niezbędne są działania terapeutyczne nakierowane na włączanie uczestnika terapii do życia społecznego poprzez pracę indywidualną z uczestnikiem, pracy z jego rodziną oraz realizowanie idei empowerment. Aby terapia zajęciowa przyniosła oczekiwane efekty należy indywidualnie ocenić potrzeby i możliwości osoby starszej z wyraźnym zaakcentowaniem jej dążeń i priorytetów w odniesieniu do podjętych działań rehabilitacyjnych [26].

W doborze zajęć ogromne znaczenie mają umiejętności posiadane przez osobę poddawaną terapii oraz jej zainteresowania i dotychczasowe pasje. Trzeba dostosować metody i formy terapii, aby były one jak najefektywniejsze i przynosiły pożądane skutki w postaci umożliwienia samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego, ale jednocześnie nie były dla podopiecznego nużące. W celu aktywizacji osób starszych niezbędny jest więc kontakt z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów i przedstawicielami również środowiska lokalnego. W zależności od schorzeń pacjenta w pracach zespołu powinni uczestniczyć: lekarz geriatra, specjalista rehabilitacji medycznej, neurolog, psychiatra, ortopeda, psycholog, fizjoterapeuta, pielęgniarka, opiekun medyczny, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, stomatolog, przedstawiciel środowiska lokalnego oraz terapeuta zajęciowy. Informacje i zalecenia wynikające z udzielonych świadczeń powinny być przekazane lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej i przedstawicielowi środowiska lokalnego. Wówczas dokonywana jest ocena realizacji celów i w razie potrzeby wprowadza się modyfikacje służące udoskonaleniu całego procesu rehabilitacji społecznej. Terapia zajęciowa ma pomóc seniorowi w zaakceptowaniu swojego wieku, stanu zdrowia, złagodzić emocjonalne napięcia, umocnić wiarę we własne siły oraz wypracować poczucie samodzielności. Wszystkie te cele w efekcie mają doprowadzić do zwiększenia maksymalnej autonomii jednostki. W terapii zajęciowej funkcjonują trzy główne nurty: ergoterapia, arteterapia i socjoterapia. Ergoterapia, czyli usprawnianie poprzez pracę, zajęcia manualne (stolarstwo, garncarstwo i ceramika, wikliniarstwo, metaloplastyka, krawiectwo, dziewiarstwo, hafciarstwo, kaletnictwo, ogrodnictwo, tkactwo oraz praca przy komputerze) z wykorzystaniem różnego rodzaju prac powierzonych osobie starszej [27]. W odniesieniu do seniorów praca jest wartością stanowiącą źródło ich satysfakcji, poczucie autonomii oraz zajęcie umożliwiające zdobywanie przez nich nowych doświadczeń życiowych [28]. Jest istotnym elementem wpływającym na poczucie sensu własnej egzystencji oraz elementem budującym pozytywny obraz samego siebie. Terapia poprzez pracę uczy też nowych lub doskonalą już zdobyte umiejętności, wpływając również na utrwalanie pozytywnych cech takich jak sumienność, rzetelność, staranność czy odpowiedzialność [29].

Arteterapia jest określana jako usprawnianie poprzez sztukę (muzyka, plastyka, taniec, teatr). Pozwala na wyrażenie własnych emocji i uczuć w formie pracy plastycznej. Wpływa na wzbogacenie wyobraźni, przełamywanie nieśmiałości, niwelowanie wewnętrznych oporów w wyrażaniu siebie. Spełnia także funkcję dy-

daktyczną, która stawia sobie za cel wzbogacenie osobowości tworzącego oraz funkcję katarską, czyli oczyszczającą, łagodzącą smutki i cierpienia, pozytywnie oddziałującą na stan emocjonalny i duchowy człowieka. U seniorów istotne znaczenie przypisuje się arteterapii w realizacji funkcji relaksacyjnej wpływająca na rozładowanie wewnętrznych napięć jednostki dzięki czemu można zapobiec niekorzystnym zjawiskom takim jak np. depresja. Socjoterapia to usprawnianie poprzez zajęcia prowadzone w grupie. Przebywanie w określonym gronie osób starszych stwarza warunki do korekcji różnego typu zaburzeń emocjonalnych, a także daje seniorowi wsparcie psychiczne i duchowe. Socjoterapia jest metodą, której głównym zadaniem jest zapobieganie wyizolowaniu jednostki z życia, a w przypadku, gdy już do tego doszło, ponowne włączenie jej do funkcjonowania społecznego przy wykorzystaniu czynników społecznych. Socjoterapia w swoich działaniach realizuje cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe. W ramach zajęć z socjoterapii podopieczni DPS realizują również cele edukacyjne - dzięki treningom umiejętności społecznych. W odniesieniu do każdej osoby starszej w ramach realizacji indywidualnego programu rehabilitacji społecznej powinien być dokonany wybór określonej drogi terapii a regularna ewaluacja pozwala na wprowadzenie ewentualnych zmian, które powinny przyczynić się do osiągnięcia przez seniora takiego poziomu umiejętności, które dają mu większą autonomię, szansę na aktywne uczestniczenie w życiu społecznym (adekwatnie do możliwości i potrzeb).

Podsumowanie

Seniorzy ze względu na zmiany inwolucyjne zachodzące w ich organizmie, bardzo często zmagają się z problemami zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, emocjonalnej ale również i społecznej. Rehabilitacja osób starszych wymaga kompleksowego podejścia, w którym udział powinno mieć wielu specjalistów z podkreśleniem znaczącej roli terapeuty zajęciowego. Istotnym hamulcem w rozwoju tych dziedzin terapii jest brak bezpośredniego umocowania jej w przepisach regulujących działanie tej formy opieki długoterminowej. Rozwijanie i prowadzenia rehabilitacji zarówno w kontekście medycznym jak i społecznym jest więc, nieodzowne jeśli rozpatrujemy zagadnienia starości, starzenia się i związanej z nimi niepełnosprawności. W opiece nad seniorem wykorzystywana powinna być rehabilitacja medyczna, terapia zajęciowa, pomoc psychologiczna, logopedyczna, pielęgniarska oraz zaopatrzenie ortopedyczne. Sam rozwój terapii zajęciowej w Polsce powinien być realizowany nie tylko jako dyscypli-

na akademicka, lecz przede wszystkim jako dyscyplina o wymiarze praktycznym. Stanowi to swoiste wyzwanie - wprowadzenie „nowego” wymaga wyjścia poza strefę komfortu, czyli tego, co dotychczas znane i oswojone, w kierunku tego, co nowe i często budzące lęk. Punktem wyjścia jest konieczność zrewidowania samego pojmowania terapii zajęciowej – nie może to być forma „zajmowania czasu”, lecz jego właściwe wykorzystanie po to, by umożliwić pacjentowi, pensjonariuszowi korzystającemu z usług terapeuty realizowanie zajęcia, które jest dla niego ważne, znaczące i potrzebne z medycznego i społecznego punktu widzenia. Omawiając zagadnienie dotyczące rehabilitacji społecznej seniorów przebywających w DPS korzystających z wybranych form terapii zajęciowej istotne wydaje się takie dobranie

programu rehabilitacji i określonych form terapii zajęciowej aby w konsekwencji dać możliwość osobie starszej nabycia i rozwinięcia przez nią umiejętności życiowych niezbędnych do funkcjonowania społecznego [30]. Rehabilitację społeczną należy realizować w oparciu o „zasoby” seniorów, ich mocne strony, zainteresowania i uzdolnienia. U osób starszych działania rehabilitacyjne skierowane powinny być na przywracanie utraconych funkcji i możliwie jak najdłuższe podtrzymywanie sprawności funkcjonalnej, która umożliwi takiej osobie jak największą samodzielność w życiu codziennym.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo / References

1. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
2. Staszewska A., Problem starzenia się społeczeństwa w programach Unii Europejskiej. *Nowiny Lekarskie*, 2013;82:101-7.
3. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
4. Osiński W. Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2013:1-270.
5. Duda K. Proces starzenia się. W: Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja, red. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2012:425-8.
6. Wołowicka L. Jakość życia seniorów. Stan aktualny i perspektywy. Profile starości. Wydawnictwo Miejskie. Urząd Miasta Poznania, Wydział Zdrowia i spraw Społecznych, Poznań, 2002:200-1.
7. Zasępa B. Wpływ procesu starzenia się ludności na system emerytalny, W: Frąckiewicz L. (red.), Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Katowice: Wyd. Śląskie 2002.
8. Wieczorowska-Tobis K., Kostka T. Borowicz, A. Fizjoterapia w geriatrici. PZWL, Warszawa 2013:135-42.
9. Knapowski J, WieczorowskaTobis K, Witowski J. Pathophysiology of ageing. *J Physiol Pharmacol*. 2002;53:135138.
10. Wojszel B., Bień B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przeгляд Lekarski*, 2002;59(4-5):216-21.
11. Moździerz K., Salamon J. Aktywność seniorów skupionych w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubie Inteligencji Katolickiej W: Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.). Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych, Łódź, 2008:8-9.
12. Kościńska E. Aktywność seniorów W: Kromolicka B., Bugajska B., Sereżyńska K. (red.), Pomoc i opieka w starości. Szczecin: Zapol, 2007.
13. Dega W., Milanowska K. Ortopedia i rehabilitacja we współczesnym ujęciu, W: Ortopedia i rehabilitacja, (red.) Dega W., Marciniak W., Szulc A. II Wyd. Lekarskie. PZWL, Warszawa, 2019:203-4.
14. Stryła W., Pogorzała A. Rehabilitacja medyczna, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2012.
15. Wilmowska-Pietruszyńska A. Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2009;6(1):1-3.
16. Witkowski T. Niepełnosprawność- terminologia pojęcia. W: Juros A., Otrębski W. (red), Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej, Lublin: FŚCEDs, 1997:14-6.
17. Błędowski P., Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce-stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie* 2013:82.
18. Zych A. Słownik gerontologii społecznej. Żak, Warszawa, 2001.
19. Tarkowska E. Życie codzienne w domach pomocy społecznej. IFiS PAN, Warszawa 1994:18-20.
20. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z późn.zm.).

21. Kruk A. Instytucje społeczne. Organizacja, zarządzanie, wybrane aspekty prawne i gospodarcze. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2010:84-5.
22. Rottermund J., Nowotny J. Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej. Podręcznik dla studentów i terapeutów. A-medica press, Bielsko Biała, 2014.
23. Jianu, A., Macovei, S. The occupational therapy impact on the recovery of convalescent elderly people after an acute myocardial infarction. *Palestrica of the third millennium - Civilization and Sport*, 2012;13(1):23-6.
24. Baum E. Terapia zajęciowa, Warszawa 2008:37-58.
25. Jurek Ł. Czynniki kreujące poziom i jakość życia w domu pomocy społecznej. *Zeszyty naukowe politechniki Śląskiej*, 2011;50(1855):27-9.
26. Karbownik K. Praca w życiu osób niepełnosprawnych jako jedna z form terapii W: *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 2013;9:124-35.
27. Kurowska K. Jakość życia seniora w domu pomocy społecznej. *Zdrowie Publiczne*, 2002; 112(4):501-2.
28. Szewc T. Organizacja warsztatów terapii zajęciowej W: *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2010;3:51-66.
29. Kiwerski J. Rehabilitacja w opiece długoterminowej- aspekty kliniczne i społeczne. *Balneologia Polska*, 2009;51(4):322-6.
30. Bac A., Janus E., Kuls A., Smrokowska-Reichmann. *Terapia zajęciowa w geriatryi*, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2017:135-8.