

Specyfika rehabilitacji i opieki geriatrycznej pacjentów po 60. roku życia

Joanna Białkowska¹, Dorota Mroczkowska²,
Magdalena Osowicka-Kondratowicz³

¹ Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; ² Pracownia Rehabilitacji Zaburzeń Funkcji Behawioralno-Poznawczych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie; ³ Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Adres do korespondencji: Joanna Białkowska, Oddział Kliniczny Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, aleja Warszawska 30, 11-041 Olsztyn, biaalkowska.j@gmail.com

Abstract

Rehabilitation and Geriatric Care Management in the Population 60+

Aging of the population in the highly developed countries brings an increasing interest in the organization of the geriatric care. Efforts are undertaken towards the development of a geriatric care management model which would fulfill the following criteria: continuity, complexity and availability. Such model would focus on the early diagnosis of health disorders, what should decrease the need for the hospitalization of persons at the advanced age and therefore reduce the cost of medical care. The calendar age not always corresponds to the biological age of a person, and there is no agreement as to what year of life should be considered as the border of an "old age" of the given person. Medical care should therefore be adapted to the individual needs of each patient. A goal of this report is to define rehabilitation and areas of functioning of aging persons which should be considered while developing strategies for the geriatric care management in the aging population.

Key words: geriatric care management, geriatrics, rehabilitation

Słowa kluczowe: opieka geriatryczna, geriatryka, rehabilitacja

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) starość dzieli się na trzy okresy: wiek podeszły (60–75 lat), starość (75–90 lat) i wiek sędziwy (powyżej 90. roku życia). Pacjent geriatryczny to osoba, która osiągnęła wiek co najmniej 60 lat i została skierowana do geriatry. Zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością, u którego z racji wieku lub współistniejących chorób pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu [1]. Prognozy GUS wskazują, że w Polsce w 2020 roku będzie 18,4% populacji po 65. roku życia, a w 2035 roku – 23,2%. Przewiduje się wyraźny wzrost liczby osób w tzw. późnej starości (fenomen „podwójnego starzenia”

– w 1999 roku w grupie osób w wieku powyżej 60 lat 12% ukończyło 80. rok życia, w 2050 roku udział ten wzrośnie do 29%). Obserwowana na świecie od lat 90. XX wieku zmiana struktury chorób i prognozy na 2020 rok wskazują, że o połowę mniejsza będzie zachorowalność na choroby zakaźne, wzrośnie natomiast liczba przypadków chorób neuropsychiatrycznych i niezakaźnych przewlekłych [2].

Opieka geriatryczna w Polsce

W 2013 roku w Polsce opublikowano standardy postępowania w opiece geriatrycznej opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Mimo prac nad projektem rozporządzenia

ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry rozporządzenie to nie weszło w życie [3]. Zgodnie z opracowaniami tego zespołu standardy postępowania z pacjentem powinny być realizowane przez zespół geriatryczny w ramach: poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna), geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna), oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne), dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej), konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych. W skład zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej powinni wchodzić: lekarz geriatry; pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej oraz fizjoterapeuta [3].

W 2014 roku liczba polskich lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry wynosiła 321 osób. W trakcie kształcenia było 119 lekarzy. Według raportu NIK z 2015 roku współczynnik tych specjalistów na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 65+ w Polsce wynosi 0,16, gdy tymczasem w Szwecji 4,2, Słowacji 2,6, Danii 2,0. Oznacza to, że w Polsce brakuje lekarzy geriatrów [1]. Ustalenia NIK z marca 2015 roku wskazują, że w Polsce nie ma dobrze zorganizowanego systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność tej opieki jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Nie są realizowane Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej.

W Polsce brakuje miejsc, które prowadziłyby specjalistyczną opiekę nad osobami wypisywanymi ze szpitala. Zauważalny jest ponadto brak opieki instytucjonalnej, która zapobiegałaby przedwczesnej hospitalizacji chorych. Pomimo działania różnych form pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjnych, domów dziennego pobytu, brak jest powiązania funkcjonalnego pomiędzy tymi placówkami a samorządem lokalnym. Celem nadrzędnym powinno być jak najdłuższe utrzymywanie człowieka starzejącego się w jego środowisku domowym.

Bardzo duże doświadczenie w terapii pacjentów po 60. roku życia mają lekarze specjaliści rehabilitacji pracujący w stacjonarnych oddziałach rehabilitacji i w ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej, dlatego powinni oni znaleźć się w składzie zespołu leczącego. W zależności od schorzeń pacjenta w pracach zespołu geriatrycznego powinni uczestniczyć także: neurolog, psychiatra, ortopeda, psycholog, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, stomatolog.

W badaniach Bień wykazano, że 46% osób powyżej 65. roku życia wymaga pomocy opiekuna przynajmniej przy jednej czynności życia codziennego, a 28% chorych

wykazuje znaczny poziom niepełnosprawności [4]. W interesie osoby starszej jest więc, żeby zespół geriatryczny współpracował nie tylko z nią samą, ale i jej opiekunami prawnymi lub faktycznymi, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także wolontariuszami oraz lokalnymi władzami samorządowymi.

Badanie pacjentów po 60. roku życia

W programowaniu usprawniania bardzo istotne jest dokładne badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta. Wywiad geriatryczny powinien uwzględniać takie zdarzenia, jak: upadki, omdlenia, wahania masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy oraz występowanie zaburzeń funkcji wykonawczych i poznawczych, zaburzeń komunikacyjnych i językowych. Konieczna jest dokładna weryfikacja aktualnie przyjmowanych leków, suplementów zleczanych przez lekarza i przyjmowanych z własnej inicjatywy, analiza ilości spożywanych płynów i pokarmów. Badanie podmiotowe pacjenta powinno zawierać wywiad z rodziną lub opiekunami. Badanie przedmiotowe powinno być poszerzone o ogólne badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną, sprawdzenie stanu skóry i orientacyjną ocenę wzroku, słuchu, stanu emocjonalnego, funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku ośpienia. Można w tym celu wykorzystać: Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*), test Blessed'a, badanie MiniCog, kwestionariusz *Mini Mental State Examination* (MMSE) według Folsteina, Test Rysowania Zegara. W badaniu przedmiotowym należy uwzględnić ocenę chodu i równowagi, np. przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/s, testu Pileta i Swinea, próby Romberga. Konieczne jest oszacowanie stanu odżywienia za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*) lub SCALES (*Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping*) [3].

Ewaluacji zdolności seniora do radzenia sobie w otoczeniu i czynnościach życia codziennego można dokonać za pomocą skali Katza, Barthel czy Lawtona [5]. Badanie pacjenta geriatrycznego wymaga określenia sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna. Ustalanie sposobu leczenia, modyfikacja farmakoterapii powinny być omawiane z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunami. W celu zrozumienia sposobu leczenia ważne jest wyraźne zapisywanie zaleceń wydawanych pacjentom geriatrycznym i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby z uwzględnieniem instrukcji rehabilitacyjnych i zaleceń dietetycznych.

Rehabilitacja ruchowa

Ruch jest nieodzownym elementem życia każdego człowieka. Towarzyszy mu przy wykonywaniu najprostszyc czynności. Niewłaściwie wykonywany ruch może spowodować upadek, a w konsekwencji uraz. Im starszy organizm, tym trudniej się regeneruje. Planowanie

szczególowego przebiegu procesu fizjoterapii powinno być więc prowadzone przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej. Dysfunkcje chorego z wielochorobowością wymagają ustalenia indywidualnych programów rehabilitacji.

Właściwie dobrana rehabilitacja wykazuje korzystne oddziaływanie zdrowotne, umożliwiając „pomyślnie starzenie się” (*successful ageing*) [6]. Prowadząc rehabilitację ruchową z osobami starszymi, trzeba pamiętać o odpowiednim dawkowaniu wysiłku. Usprawnianie powinno się rozpoczynać od krótkich ćwiczeń, przechodząc stopniowo do dłuższych i bardziej obciążających wysiłków. Należy pamiętać, że udział w określonych zajęciach ruchowych powinien być uzależniony od aktualnego stanu zdrowia, sprawności ruchowej, wydolności wysiłkowej, doświadczenia oraz motywacji. Z kolei wielkość i rodzaj obciążeń wysiłkiem fizycznym powinny być uzależnione od chorób współistniejących. W rehabilitacji ruchowej osób starszych z nadciśnieniem i chorobą niedokrwienną serca przeciwwskazaniem są ćwiczenia izometryczne. U osób z zaburzeniami koncentracji nie należy wprowadzać ćwiczeń o zbyt dużej liczbie złożonych ruchów. Kinezyterapia seniorów powinna skupiać się na ćwiczeniach: aerobowych–wytrzymałościowych, siłowych oraz rozciągających, wykonywanych w pozycjach bezpiecznych. Udowodniono, że w przypadku osób starszych już jeden trening w ciągu tygodnia może przynieść korzyści [7]. W planowaniu kinezyterapii należy unikać wysiłków beztlenowych oraz ćwiczeń statycznych. Większą urazowość mogą powodować ćwiczenia wymagające rywalizacji, sprinty, gry zespołowe. Za niesprzyjające uważa się ćwiczenia w zbyt dużym zakresie ruchu (szczególnie w odcinku szyjnym kręgosłupa). Ponadto niewskazane są ćwiczenia ze zbyt długim uniesieniem kończyn górnych ponad głowę. Szczególną uwagę należy zwracać na dobór zadań z wykorzystaniem przyrządów gimnastycznych [8]. Wieczorkowska-Tobis opisuje rolę edukacji chorych pod kątem zwracania uwagi na określone aspekty codziennej aktywności [9]. Według cytowanej autorki coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów zawierające elementy jogi czy tańca.

Występowanie deficytów ruchowych u chorych wymaga zalecania pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych oraz nauki korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych. Przy wypisywaniu wniosków na zaopatrzenie ortopedyczne trzeba pamiętać, że unieruchomienie czy ograniczenie ruchu w stawach może prowadzić do zaników mięśniowych i nieodwracalnych przykurczów stawowych. Nie wystarczy samo zlecenie sprzętu, trzeba nauczyć chorego korzystania z niego.

Terapia funkcji poznawczych

Na rehabilitację chorego negatywny wpływ mogą mieć: wydłużenie czasu reakcji, spowolnienie szybkości ruchów dowolnych oraz zaburzenia pamięci [11]. Według Jasielskiej wraz z wiekiem następuje wzrost częstości występowania objawów depresyjnych u starszych osób oraz spadek ich kondycji fizycznej [12]. W przy-

padku zaburzeń depresyjnych również sprawność funkcji poznawczych ulega znacznemu osłabieniu [13]. Istotne jest więc diagnozowanie depresji u pacjentów geriatrycznych, a co za tym idzie, włączanie w uzasadnionych przypadkach do kompleksowej rehabilitacji leczenia przeciwdepresyjnego.

Rehabilitacja kognitywna ma na celu odbudowę zaburzonej funkcji lub wprowadzenie strategii kompensacyjnych zastępujących bezpowrotnie utraconą funkcję. Pacjent, u którego występują zaburzenia behawioralne, z reguły jest mało krytyczny, źle rozumie instrukcje słowne, nie jest świadomy swoich deficytów neurologicznych. Rehabilitacja neuropsychologiczna jest oparta na założeniu, że kontrolowana stymulacja behawioralna doprowadzi do wzmożenia procesu tworzenia nowych połączeń w uszkodzonej sieci neuronalnej, co z kolei wpłynie na poprawę funkcjonowania psychoruchowego.

W ostatnich latach zauważa się coraz większe zainteresowanie metodami usprawniania opartymi na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. Biofeedback stosuje się z powodzeniem również u osób starszych z wielochorobowością [10].

Aspekt logopedyczny

Proces starzenia się człowieka w istotny sposób wpływa na jego funkcjonowanie w różnych sferach życia, w tym w sferze zdolności językowych. Model pełnej opieki geriatrycznej powinien więc uwzględniać aspekt zaburzeń komunikacji związanych z wiekiem¹. Zaburzenia te jawią się jako złożony mechanizm stopniowych zmian ilościowych i jakościowych na poziomie językowym, konwersacyjnym i pragmatycznym, z towarzyszącymi im zabiegami adaptacyjno-kompensacyjnymi [20, 21]. Obserwowane wraz z wiekiem przekształcenia sfery posługiwania się językiem wiążą się z obniżeniem percepcji bodźców językowych (spadek ostrości słuchu i wzroku), a także z pogorszeniem produkcji językowej w aspekcie wykonawczym (zachodzące na skutek starzenia się zmiany w aparacie mowy skutkujące pogorszeniem fonacji i artykulacji) oraz w aspekcie systemowym (zmiany w sferze fonologicznej, syntaktycznej i leksykalno-semantycznej). Wszystko to obniża jakość komunikowania się osoby starszej z otoczeniem, zmniejszając wartość i skuteczność komunikacji. U osób w wieku senioralnym obserwuje się m. in. drżenie głosu, trudności z wytworzeniem wysokich dźwięków, zwolnione tempo mowy, trudności w odnajdywaniu właściwych słów, postępujące deficyty rozumienia mowy, spadek złożoności gramatycznej i poprawności oraz spójności wypowiedzi [22, 23]. Zjawiska te mogą mieć istotny wpływ na codzienne funkcjonowanie osób starszych, w szczególności wchodzenie w interakcję z innymi osobami, stanowiąc źródło frustracji tak dla osoby w wieku senioralnym, jak i dla rodziny czy opiekunów pacjenta. Zmiany w zakresie kompetencji językowych i komunikacyjnych u osób starszych przebiegają różnie, w zależności od tego, czy są związane z fizjologicznym starzeniem się czy współwystępują np. z procesami neurodegradacyjnymi [22]. W tym ostatnim wypadku zmiany mogą prowadzić do

całkowitego rozpadu zdolności posługiwania się językiem. Degradacja jest nieodwracalna, ale odpowiednia opieka medyczna, psychologiczna oraz logopedyczna może ją w znacznym stopniu spowolnić. W aspekcie sprawności komunikacyjnej, zarówno w fizjologicznie przebiegającym, jak i patologicznie obciążonym procesie starzenia się należy zwrócić uwagę na odpowiedni dobór i stałe korzystanie z aparatu słuchowego oraz protezy zębów, a także na trening sprawności językowych i komunikacyjnych. Oprócz terapii bezpośredniej ważne jest usprawnianie komunikacji poprzez kontakt logopedy z rodziną lub opiekunami pacjenta [24]. Tak w czasie diagnozy, jak i terapii powinno się uwzględnić wcześniejsze doświadczenia i sprawność językową pacjenta, decydując w każdym indywidualnym przypadku, co stanowi normę osobniczą, a co wymaga już fachowej ingerencji [21]. Należy również pamiętać, że efektywność terapii zależy w dużej mierze od doświadczenia językowego pacjenta, zawczasu podejmując działania mające na celu dbałość o wysoką sprawność językowej komunikacji. Podejmowanie działań mających na celu uaktywnianie seniorów w sferze języka, w których logopeda staje się „życzliwym partnerem” [21] interakcji komunikacyjnej, może stanowić dobry sposób opóźnienia naturalnych i patologicznych procesów starzenia się, tym samym zapewniając seniorom lepszą jakość życia.

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa jest istotną składową opieki nad osobami starszymi [25].

W powszechnym odbiorze społecznym terapia zajęciowa jest często niedoceniana, traktowana marginalnie, sprowadzana do roli wypełniania wolnego czasu zajęciami artystycznymi lub drobnymi pracami ręcznymi. W rzeczywistości działania terapeuty zajęciowego obejmują: szkolenie pacjenta z zakresu wykonywania codziennych czynności, trening funkcji motorycznych ze szczególnym uwzględnieniem funkcji kończyn górnych, trening funkcji poznawczych, wspomaganie komunikacji interpersonalnej, co między innymi chroni przed osamotnieniem komunikacyjnym. Wszystko to zapobiega wykluczeniu społecznemu, poprawiając dobrostan pacjenta. Terapia zajęciowa ma między innymi wartość poznawczą oraz wpływa na stan emocjonalny pacjenta, co może przekładać się na rozwój jego osobowości oraz na relacje w grupie, rodzinie, szerszym środowisku. Dlatego zastosowanie różnorodnych technik i form terapeutycznych, odpowiednio dobranych do możliwości psychomotorycznych pacjenta, wpływa na poprawę jego samodzielności.

Działania środowiskowe

Sprawność osób starszych wpływa na ich funkcjonowanie psychiczne. Możliwość życia w środowisku bezpiecznym, wśród bliskich, wpływa na nastrój, motywację, samoocenę, radzenie sobie z emocjami. Nie bez znaczenia jest kwestia samorealizacji, dostęp do edukacji, kultury, rekreacji. Poczucie własnej zaradności, możliwość spotykania się ze znajomymi mającymi podobne

problemy, zdają się zapewniać odpowiednią stymulację psychospołeczną, która jest istotnym aspektem prawidłowego funkcjonowania seniorów.

Upadki osób starszych stanowią poważny problem społeczny pociągający za sobą istotne skutki medyczne i ekonomiczne. Niezwykle ważne jest poszukiwanie ich przyczyn i możliwości zapobiegania, a nie tylko ograniczenie się do rozpoznania problemu, który pozostawiony jest bez właściwej interwencji. Odpowiednio dobrane, pozbawione barier architektonicznych i terenowych przestrzenie, zachęcają osoby starsze do częstszego z nich korzystania. Ergonomiczne projektowanie umożliwia „wyzwolenie potrzeby ruchu”, co ma istotne znaczenie profilaktyczne [26].

Do działań władz lokalnych na rzecz poprawy warunków bytowych osób starszych powinny należeć: organizowanie pomocy przy pracach domowych, przeprowadzanie adaptacji mieszkań umożliwiającej np. poruszanie się na wózkach, instalowanie w mieszkaniach urządzeń alarmowych, organizowanie dostaw posiłków do domu, utrzymywanie regularnych kontaktów między pracownikami socjalnymi a podopiecznymi. Działania te winny być dostosowane do wymogów starzejącego się społeczeństwa i mieć pozytywny wpływ na jakość życia seniorów.

Podsumowanie

Wobec znacznego wydłużenia życia ludzkiego celem polityki zdrowotnej powinna być poprawa jakości życia ludzi starszych, czyli spowodowanie, aby mogli oni jak najdłużej funkcjonować w miarę samodzielnie we własnym środowisku. W celu właściwej realizacji programu leczenia niezbędny jest kontakt chorego z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów i przedstawicieli środowiska lokalnego. Informacje i zalecenia wynikające z udzielonych świadczeń powinny być przekazane lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, który powinien koordynować działania na rzecz chorego. Właściwe ustalenie programu postępowania z pacjentem ukierunkuje proces leczniczy i umożliwi zintegrowaną terapię, co przyczyni się do poprawy stanu zdrowia, jakości życia i niezależności osób starszych.

Przypis

¹ Zaburzenia mowy u osób starszych coraz częściej stają się przedmiotem zainteresowania logopedów praktyków i teoretyków. Zwiększa się liczba publikacji naukowych podejmujących tę problematykę z perspektywy logopedii, tworzone są studia podyplomowe i specjalizacje w zakresie logopedii senioralnej, ukazują się w coraz większej liczbie pomoce do diagnozy i terapii logopedycznej zaburzeń mowy osób w podeszłym wieku [14–19].

Piśmiennictwo

1. *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, Departament Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, Raport kontroli NIK KZD-4101-003/2014, Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD, Warszawa 2015, www.nik.gov.pl.

2. Murray C.J., Lopez A.D., *Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study*, „Science” 1996; 274 (5288): 740–743.
3. Bień B., Błędowski P., Broczek K., Derejczyk J., Grodzicki T., Kędziora-Kornatowska K., Kokoszka-Paszko J., Przygucka-Gawlik M., Klich A., Kostka T., Machaj Z., Szczerbińska K., Wieczorowska-Tobis K., Żak M., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, „Gerontologia Polska” 2013; 21 (2): 33–47.
4. Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H., *Poziom niepełnosprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych*, „Gerontologia Polska” 2008; 16 (1): 25–34.
5. Kołodziejczyk P., *Upadki osób starszych – przyczyny, ocena ryzyka*, „Gerontologia Współczesna” 2013; 4.
6. Kostka T., *Potrzeby zdrowotne osób starszych – możliwości i zasadność interwencji zapobiegawczej*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Starzejące się społeczeństwa: nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe”, Katowice, 2–3 marca 2006.
7. Żołądź J., Majerczak J., Duda K., *Starzenie się a wydolność fizyczna człowieka*, w: Górski J. (red.), *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 157–164.
8. Gieremek K., *Przeszkody w skutecznej fizjoterapii osób starszych*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Starzejące się społeczeństwa: nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe”, Katowice, 2–3 marca 2006.
9. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*, „Geriatrics Polska” 2006; 1: 38–40.
10. Białkowska J., Mroczkowska D., *Specyfika rehabilitacji pacjentów geriatrycznych z wielochorobowością – opis przypadku 82-letniego pacjenta*, „Geriatrics” 2014; 8: 196–200.
11. Luk J., *Rehabilitation in older people: Know more, gain more. Medical practice*, „Hong Kong Medical Journal” 2012; 18 (1): 56–59.
12. Jasielska A., *Funkcjonowanie emocjonalne osób w wieku 60–85 lat na przykładzie regulacji emocji*, „Gerontologia Polska” 2011; 19 (2): 112–118.
13. Jatczak-Stańczyk A., Nowakowska K., Kocur J., *Współwystępowanie zaburzeń poznawczych i depresyjnych u osób z organicznym uszkodzeniem mózgu*, „Geriatrics” 2013; 7: 86–90.
14. Domagała A., *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
15. Domagała A., *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim*, „Logopedia” 2008; 37: 297–311.
16. Domagała A., *Knowledge of Rehabilitation of Patients with Alzheimer’s Dementia in University Training of Logopedics*, „ICERI”, Madrid 2011: 4966–4973.
17. Domagała A., *The Fading cues method in logopedic diagnosis and therapy of dementia patients*, „Logopedia” 2011; 39/40: 207–218.
18. Domagała A., *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
19. Domagała A., *„Teraz i dawniej” – propozycja ćwiczeń logopedycznych dla pacjentów z otępieniem alzheimerowskim*, „Logopedia” 2007; 36: 239–248.
20. Tłokiński W., *Mowa ludzi u schyłku życia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1990.
21. Tłokiński W., Olszewski H., *Praktyczna ocena mowy osób w wieku senioralnym: aspekty metodologiczne*, w: Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2015: 237–247.
22. Tłokiński W., Olszewski H., *Zaburzenia mowy związane z wiekiem*, w: Milewski S., Kuczkowski J., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2014: 410–428.
23. Kielar-Tumska M., Byczewska-Konieczny K., *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, w: Milewski S., Kuczkowski J., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2014: 429–443.
24. Domagała A., *Sprawności narracyjne w otępieniu alzheimerowskim – postępowanie terapeutyczne*, w: Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Logopedia: wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016: 257–265.
25. Rottermund J., *Dysfunkcja funkcjonalna a możliwość korzystania z terapii zajęciowej*, w: Klinik A. (red.), *Wybrane problemy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, PTSR o/Skoczów 2003: 34–39.
26. Labus A., *Rehabilitacja dzięki przestrzeni miejskiej*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2011; 4: 45–47.