https://medpr.imp.lodz.pl https://doi.org/10.13075/mp.5893.01731

PRACA PRZEGLĄDOWA

METODA MONTESSORI DLA SENIORÓW W WARUNKACH SZPITALNYCH – INNOWACYJNE PODEJŚCIE DO OPIEKI NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM Z ZABURZENIAMI POZNAWCZYMI: PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA Z UWZGLĘDNIENIEM DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH

THE MONTESSORI METHOD FOR SENIORS IN HOSPITAL SETTINGS – AN INNOVATIVE APPROACH TO THE CARE OF GERIATRIC PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT: A LITERATURE REVIEW AND THE AUTHORS' CLINICAL EXPERIENCE

Katarzyna Kożuch-Sajdak, Maria Rataj, Małgorzata Szymala-Pędzik, Małgorzata Sobieszczańska

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu / Wroclaw Medical University, Wrocław, Poland
Katedra i Klinika Geriatrii i Chorób Wewnętrznych / Department of Geriatrics and Internal Medicine

Informacje kluczowe

- Znana w edukacji metoda Montessori wykorzystywana jest coraz chętniej w geriatrii.
- Zastosowanie jej elementów w oddziale szpitalnym jest nowatorskim podejściem.
- Metoda ta stanowi atrakcyjne narzędzie w pracy zarówno dla lekarzy, jak i dla opiekunów.
- Metoda realnie może poprawiać zachowanie pacjenta, zmniejszać zapotrzebowanie na leki.

Highlights

- The Montessori method, well known in education, is increasingly being applied in geriatric care.
- Applying its elements in a hospital ward is an innovative approach.
- It is an attractive tool for both doctors and caregivers.
- It might improve patient behavior and can reduce the need for drugs.

Streszczenie

W związku ze starzeniem się populacji i rosnącą liczbą pacjentów z zaburzeniami neuropoznawczymi rośnie zapotrzebowanie na skuteczne interwencje niefarmakologiczne w opiece geriatrycznej. Metoda Montessori dla seniorów, wywodząca się z pedagogiki Marii Montessori, jest coraz częściej adaptowana do opieki nad osobami starszymi z zaburzeniami neuropoznawczymi. Stosowana dotychczas głównie w placówkach opieki długoterminowej stanowi potencjalnie wartościowe, lecz wciąż rzadko opisywane i wykorzystywane w warunkach szpitalnych narzędzie. Celem pracy jest przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego zastosowania metody Montessori w opiece nad seniorami z zaburzeniami poznawczymi, ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na objawy behawioralne i psychologiczne demencji, zapotrzebowanie na neuroleptyki, stan odżywienia, zaangażowanie i afekt pacjentów, a także przedstawienie doświadczeń własnych z wdrożenia elementów tej metody w Klinice Geriatrii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W artykule dokonano przeglądu narracyjnego piśmiennictwa z baz medycznych, obejmującego przeglądy systematyczne, metaanalizy i badania kliniczne dotyczące interwencji montessoriańskich u osób z demencją, opublikowane w latach 2000–2025. Uwzględniono również doświadczenia własne zespołu z ponadrocznej praktyki klinicznej. Analiza piśmiennictwa potwierdziła, że interwencje oparte na metodzie Montessori istotnie poprawiają zaangażowanie pacjentów (*engagement*), nasilają pozytywny afekt, mogą zmniejszać nasilenie zachowań trudnych (agitacja, agresja) oraz sprzyjają zdolności samodzielnego spożywania posiłków. Doświadczenia własne potwierdzają opisany w piśmiennictwie potencjalny korzystny wpływ terapii zajęciowej z elementami Montessori, protezowania poznawczego, techniki karmienia „ręka pod ręką" oraz modyfikacji otoczenia szpitalnego na dobrostan pacjentów i ich zaangażowanie w proces diagnostyczno-terapeutyczny. Metoda Montessori jest dobrze rokującym i obiecującym, opartym na dowodach naukowych podejściem niefarmakologicznym w opiece nad pacjentami geriatrycznymi z zaburzeniami poznawczymi. Jej implementacja w warunkach szpitalnych, choć innowacyjna i wykraczająca poza standardowe protokoły, zasługuje na dalsze badania prospektywne z grupą kontrolną. Med Pr Work Health Saf. 2026;77(4)

Słowa kluczowe: demencja, geriatria, opieka szpitalna, interwencje niefarmakologiczne, metoda Montessori, indywidualizacja opieki

Abstract

Due to population aging and the growing number of patients with neurocognitive disorders, there is an increasing need for effective non-pharmacological interventions in geriatric care. The Montessori method, derived from the pedagogy of Maria Montessori, is increasingly being adapted for the care of older adults with dementia. While predominantly used in long-term care facilities, this method represents a potentially valuable but rarely described tool in hospital settings. The work aims to review the current literature on the application of the Montessori method in the care of seniors with cognitive impairment, with particular focus on its effects on behavioral and psychological symptoms of dementia, antipsychotic use, nutritional status, patient engagement and affect, and to present own experiences from implementing elements of this method at the Department of Geriatrics and Internal Medicine, Wroclaw Medical University. A narrative review of the literature from medical databases was conducted, including systematic reviews, meta-analyses, and clinical studies on Montessori-based interventions for people with dementia published 2000–2025. The team's own experiences from >1 year of clinical practice were also included. The literature analysis confirms that Montessori-based interventions can significantly improve patient engagement, enhance positive affect, reduce challenging behaviors (agitation, aggression), and can improve independent eating ability. The authors' clinical experience supports a positive impact of occupational therapy with Montessori elements, cognitive prosthetics, the "hand-under-hand" technique, and modifications of the hospital environment on patient well-being and cooperation in the diagnostic-therapeutic process. The Montessori method represents a promising, evidence-based non-pharmacological approach in the care of geriatric patients with cognitive impairment. Its implementation in hospital settings, although innovative and beyond standard protocols, is feasible and warrants further prospective controlled studies. Med Pr Work Health Saf. 2026;77(4)

Key words: dementia, geriatrics, hospital care, non-pharmacological interventions, Montessori method, individualized care

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Katarzyna Kożuch-Sajdak, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra i Klinika Geriatrii i Chorób Wewnętrznych, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, e-mail: katarzyna.kozuchsajdak@gmail.com
Nadesłano: 31 marca 2026, zatwierdzono: 20 października 2026

WSTĘP

Starzenie się populacji stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnych systemów opieki zdrowotnej. W 2024 r. w Polsce liczba osób w wieku ≥60 lat osiągnęła blisko 10 mln, a ich udział w ogólnej liczbie ludności wyniósł 26,6% [1]. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [2] w 2050 r. osoby w wieku ≥60 lat będą stanowiły 40,4% społeczeństwa polskiego. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia [3] chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i schorzeń pokrewnych liczyła w 2024 r. 382,6 tys. osób i była o 13% wyższa niż w 2014 r. W skali globalnej z otępieniem żyje >55 mln osób, a według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) liczba ta do 2050 r. ulegnie potrojeniu [4]. Choroba Alzheimera odpowiada za 60–70% przypadków otępienia, stanowiąc jego najczęstszą, choć nie jedyną, przyczynę. Wiąże się z postępującym upośledzeniem funkcji poznawczych, utratą samodzielności w czynnościach dnia codziennego oraz pojawieniem się zaburzeń behawioralnych i psychologicznych (*behavioral and psychological symptoms of dementia* – BPSD) [5,6]. Zaburzenia te, obejmujące agitację, agresję, apatię, depresję, problemy ze snem, wędrowanie i objawy psychotyczne, występują nawet u 90% osób z otępieniem w przebiegu choroby i stanowią poważne wyzwanie kliniczne [6,7].

W farmakoterapii tych zaburzeń tradycyjnie stosuje się leki neuroleptyczne (zarówno typowe, jak i atypowe). Ich przyjmowanie wiąże się jednak z licznymi działaniami niepożądanymi, w tym ze zwiększonym ryzykiem zdarzeń naczyniowo-mózgowych, objawami pozapiramidowymi, nadmierną sedacją, a przede wszystkim – ze zwiększoną śmiertelnością [8,9]. W związku z tym redukcja stosowania neuroleptyków u osób z demencją stała się priorytetem, a interwencje niefarmakologiczne rekomenduje się jako postępowanie pierwszego wyboru [7,10].

Wśród interwencji niefarmakologicznych coraz większe zainteresowanie budzi metoda Montessori adaptowana do potrzeb opieki nad osobami starszymi z zaburzeniami poznawczymi. Metoda ta czerpie bezpośrednio z dorobku Marii Montessori (1870–1952), włoskiej lekarki i pedagożki, która stworzyła innowacyjne podejście pedagogiczne oparte na obserwacji dziecka, jego podmiotowości, sprawczości i samodzielności [11,12]. Kluczowa zasada pedagogiki montessoriańskiej – „pomóż mi zrobić to samodzielnie" (*aiutami a fare da solo*) – w kontekście geriatrii nabiera szczególnego znaczenia, stawiając w centrum uwagi osobę starszą z jej zachowanymi zasobami, a nie wyłącznie deficytami [11,13]. Maria Montessori była także wielką adwokatką dzieci i ich głosem w świecie, który nie chciał ich słuchać (była nominowana do Pokojowej Nagrody Nobla), co także jest inspirujące w obecnej sytuacji opieki nad pacjentami geriatrycznymi i związanymi z tym wyzwaniami. Podążanie za potrzebami dziecka w tej pedagogice staje się także osią opieki geriatrycznej, w której indywidualne potrzeby pacjenta stanowią punkt odniesienia dla planowania i realizacji działań całego zespołu, a uwaga terapeutyczna koncentruje się na zachowanych zasobach pacjenta, a nie na jego deficytach. Adaptacja

metody Montessori do potrzeb opieki nad osobami z demencją została zapoczątkowana w latach 90. XX w. przez Campa i wsp. [14,15]. Od tego czasu rozwinęła się jako uznane podejście niefarmakologiczne stosowane w placówkach opieki długoterminowej, ośrodkach dziennych i w opiece domowej w wielu krajach świata, m.in. w USA, Australii, we Francji, w Singapurze, Irlandii, Kanadzie, Hongkongu, Tajwanie i Szwajcarii [11,16]. Kluczowe zasady tej metody obejmują:

- przygotowane otoczenie,
- dostosowanie aktywności do zachowanych zdolności pacjenta,
- wykorzystanie pamięci proceduralnej,
- stymulację polisensoryczną,
- zapewnienie wyboru i autonomii,
- rozpoznawanie potencjału, a nie wyłącznie deficytów [11,13,17].

Association Montessori Internationale (AMI) to międzynarodowe stowarzyszenie założone w 1929 r. jeszcze przez samą Marię Montessori, które obecnie poza prowadzeniem certyfikowanych szkoleń dla nauczycieli przedszkolnych i szkolnych zajmuje się także demencją. Montessori for Dementia, Disability and Ageing to od 2014 r. odrębna ścieżka programów specjalistycznych opartych na metodzie Montessori i przeznaczonych dla seniorów [18]. Metoda jest stosowana w wielu placówkach opiekuńczych na świecie, a AMI akredytuje pierwsze takie miejsca.

Zdecydowana większość badań naukowych i doniesień klinicznych dotyczyła jak dotąd zastosowania metody Montessori w placówkach opieki długoterminowej (domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych). W Polsce istnieje tylko kilka takich ośrodków (np. Dom Seniora Pogodne Dni w Nowym Sączu, Srebrny Dom w Swornegaciach na Kaszubach) [19–21]. Wdrażanie elementów metody Montessori w warunkach szpitalnych – w trakcie diagnostyki i leczenia – jest zagadnieniem innowacyjnym i zdecydowanie wykraczającym poza standardowe protokoły terapeutyczne szpitali [22]. W Polsce, gdzie system opieki nad osobami z demencją pozostaje w fazie rozwoju, a dostęp do specjalistycznych placówek opieki długoterminowej z programami aktywizacyjnymi jest znacznie ograniczony, implementacja metody Montessori w warunkach szpitalnych nabiera szczególnego znaczenia i budzi nadzieję na poprawę jakości opieki geriatrycznej. Hospitalizacja jest często jednym z niewielu momentów, w których pacjent geriatryczny z zaburzeniami poznawczymi ma kontakt ze specjalistyczną opieką medyczną i w którym istnieje możliwość wprowadzenia zmian w podejściu opiekuńczym, edukacji opiekunów i zainicjowania interwencji niefarmakologicznych, które mogą być skutecznie kontynuowane po wypisie.

Celem niniejszej pracy jest przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego zastosowania metody Montessori w opiece nad pacjentami geriatrycznymi z zaburzeniami poznawczymi, ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na BPSD, stosowanie neuroleptyków, stan odżywienia oraz zaangażowanie i nastrój pacjentów. W pracy przedstawiono również doświadczenia własne z wdrażania elementów tej metody w Katedrze i Klinice Geriatrii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – jako jednego z pierwszych ośrodków szpitalnych w Polsce implementujących to podejście w warunkach hospitalizacji.

Zasady metody Montessori w opiece nad seniorami

Metoda Montessori w opiece nad osobami starszymi bazuje na kilku fundamentalnych zasadach, zgodnych z pierwotnymi założeniami pedagogiki Marii Montessori, lecz zaadaptowanych do potrzeb dorosłych osób z zaburzeniami neuropoznawczymi [11,13,17].

Pierwszą zasadą jest obserwacja – najprostsze i najbardziej wartościowe narzędzie kliniczne, które dostarcza informacji o stanie zdrowia, nawykach, potrzebach i zachowaniach pacjenta, stanowiąc punkt wyjścia do indywidualizacji opieki [11,13]. To obserwacja prowadzona przez wszystkich zaangażowanych członków personelu na wszystkich szczeblach opieki; daje najpełniejszą informację na temat realnego funkcjonowania pacjenta, jego potrzeb i aktywności.

Drugą zasadą jest przygotowane otoczenie – przestrzeń fizyczna zorganizowana w sposób prosty, czytelny dla pacjenta i bezpieczny, z wyraźnym oznakowaniem, dostępnymi materiałami i intuicyjną organizacją, która wspiera samodzielne funkcjonowanie pacjenta i zmniejsza jego dezorientację [11,17,23]. To także łączy się z obecnie promowaną ideą *environmental healing*, gdzie coraz większy nacisk kładzie się na otoczenie pacjenta w trakcie hospitalizacji. Ma ono wspierać jego zdrowienie i być możliwie przyjazne oraz niemedyczne. Ważnym aspektem jest też tutaj estetyka – nie tylko w odniesieniu do ścian, obrazów czy mebli, ale także proponowanych w ramach terapii zajęciowej prac.

Trzecią zasadą jest autonomia i sprawczość – przejście od wyręczania pacjenta do wspierania jego samodzielności, co pozwala utrzymać jego istniejące umiejętności i poczucie godności [11,13]. Powiedzenie *use it or lose it* (używaj lub trać) chyba nigdzie nie jest

tak prawdziwe, jak w geriatrii – wyręczanie prowadzi do pogłębiania niesamodzielności i utraty kolejnych umiejętności. Lepiej wspierać samodzielne jedzenie, by utrzymać jak najdłużej tę zdolność, niż karmiąc pacjenta, utracić ją w krótkim czasie, czasem bezpowrotnie. Aby jednak wspierać samodzielność pacjenta, potrzebne jest właśnie przygotowane i przemyślane otoczenie, w którym poruszanie się i przebywanie daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i spokoju, a jednocześnie pozwala mu na samodzielność w działaniu.

Czwartą zasadą jest wykorzystanie pamięci proceduralnej – pomimo deficytów pamięci deklaratywnej (epizodycznej, semantycznej) ta pozostaje relatywnie zachowana u osób z chorobą Alzheimera, co umożliwia im uczenie się nowych umiejętności przez wielokrotne powtarzanie i wykonywanie znanych czynności [11,17,24]. Nie pozostają tu bez znaczenia codzienne treningi pamięci, ale także rutyna dnia, schematyczność działań oraz budowanie stałych relacji.

Piątą zasadą jest stymulacja polisensoryczna – angażowanie wielu zmysłów (wzroku, dotyku, słuchu, węchu, smaku) w celu stymulacji układu nerwowego i wzmocnienia procesu uczenia się [11,13].

Ponadto metoda Montessori w kontekście opieki geriatrycznej kładzie nacisk na protezowanie poznawcze (*cognitive prosthetics*) – dostarczanie pacjentowi zewnętrznych wskazówek i podpowiedzi (pisemnych, wizualnych), które kompensują deficyty pamięci i pomagają w orientacji w otoczeniu [11,22]. Kluczowe jest również indywidualne dostosowanie trudności zadań w terapii zajęciowej do zachowanych zdolności pacjenta, tak aby doświadczał on sukcesu, a nie porażki – zgodnie z montessoriańską zasadą samokontroli błędu [11,13]. Eliminowany jest też tu element rywalizacji, która może budzić frustrację i niechęć, a zadania przygotowane są tak, by nikt nie czuł się oceniany i porównywany, co ma kardynalne znaczenie w kontekście różnic pomiędzy pacjentami. Efekt końcowy pracy sam w sobie jest sukcesem i nagrodą, którą pacjent przeżywa i doświadcza jako czegoś wartościowego.

METODY PRZEGLĄDU

Niniejsza praca ma charakter przeglądu narracyjnego, uzupełnionego opisem doświadczeń własnych w implementacji metody Montessori w warunkach szpitalnych. Celem przeglądu było podsumowanie aktualnego stanu wiedzy na temat skuteczności interwencji opartych na metodzie Montessori u osób starszych z zaburzeniami poznawczymi, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na zaangażowanie, afekt, BPSD, stosowanie leków psychotropowych, samodzielne jedzenie i stan odżywienia oraz jakość opieki.

Przeszukanie piśmiennictwa przeprowadzono w bazach: PubMed/MEDLINE, Scopus i Web of Science, a także uzupełniająco w Google Scholar. Zastosowano następujące hasła wyszukiwawcze oraz ich kombinacje z użyciem operatorów boolowskich (AND, OR): „Montessori", „Montessori-based activities", „Montessori method", „dementia", „Alzheimer's disease", „cognitive impairment", „older adults", „elderly", „behavioral and psychological symptoms", „BPSD", „agitation", „engagement", „non-pharmacological intervention", „nursing home", „hospital", „long-term care". Dodatkowo przeanalizowano spisy piśmiennictwa wybranych prac oryginalnych, przeglądów systematycznych i metaanaliz (metoda śnieżnej kuli).

Zakres czasowy przeszukiwania obejmował lata 2000–2025, uwzględniono publikacje w jęz. angielskim i polskim. Kryteria włączenia:

- przeglądy systematyczne,
- metaanalizy,
- randomizowane badania kontrolowane,
- badania obserwacyjne (kohortowe, kliniczno-kontrolne, przekrojowe),
- badania quasi-eksperymentalne z grupą kontrolną lub schematem krzyżowym,
- dobrej jakości studia przypadku i prace jakościowe dotyczące zastosowania interwencji opartych na metodzie Montessori u osób dorosłych z demencją lub zaburzeniami poznawczymi, przebywających w placówkach opieki długoterminowej, ośrodkach opieki dziennej, szpitalach lub w środowisku domowym,
- wybrane prace monograficzne,
- rekomendacje i dokumenty WHO oraz GUS, niezbędne do osadzenia problemu w kontekście epidemiologicznym i systemowym.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Wpływ na zaangażowanie i afekt pacjentów

Jednym z najlepiej udokumentowanych efektów interwencji montessoriańskich u osób z demencją jest poprawa zaangażowania (*engagement*) i pozytywnego afektu. Już w przełomowej pracy Judge i wsp. [14] wykazano, że pensjonariusze z zaawansowanym otępieniem uczestniczący w programie Montessori prezentowali istotnie wyższy poziom zaangażowania konstruktywnego (definiowanego jako zachowania ruchowe lub wer-

balne w odpowiedzi na aktywność) oraz istotnie wyższy poziom odczuwania przyjemności w porównaniu z regularnymi zajęciami.

Van der Ploeg i wsp. [25] w randomizowanym badaniu klinicznym z udziałem 44 pensjonariuszy z demencją w 9 placówkach opiekuńczych w Melbourne wykazali, że czas aktywnego zaangażowania podczas sesji Montessori był dwukrotnie wyższy niż w grupie kontrolnej, a pacjenci prezentowali istotnie więcej pozytywnego afektu i zainteresowania. Co istotne, szczególnie duże korzyści obserwowano u pacjentów z barierą językową, co sugeruje, że metoda Montessori – oparta na aktywności manualnej i sensorycznej, a nie wyłącznie werbalnej – może być szczególnie wartościowa w wielokulturowym środowisku opieki [25]. W związku z rosnącą w Polsce liczbą opiekunów medycznych z zagranicy ma to praktyczne znaczenie także u nas.

Chan i wsp. [26] w randomizowanym badaniu kontrolowanym z udziałem 108 osób z otępieniem o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego wykazali istotny efekt interakcji czas × grupa w zakresie zaangażowania konstruktywnego oraz w zakresie odczuwania przyjemności i zainteresowania zajęciami u pacjentów. Podobne wyniki uzyskali Lee i wsp. [27] w badaniu programu międzypokoleniowego, w którym pensjonariusze z demencją z powodzeniem prowadzili zajęcia dla dzieci z przedszkola – analogicznie do roli nauczyciela w klasycznej pedagogice Montessori. Niezaprzeczalną wartością takich projektów pozostaje też budowanie relacji pomiędzy seniorami a dziećmi, opartych na wzajemnej sympatii i obopólnym zaangażowaniu emocjonalnym.

W najnowszym przeglądzie systematycznym z 2023 r. Yan i wsp. [19] przeanalizowali 15 badań i potwierdzili, że programy oparte na metodzie Montessori istotnie poprawiają zaangażowanie i wyniki zdrowia psychicznego, w tym afekt, depresję i agitację. Rezultaty te zostały potwierdzone w 2 metaanalizach: Sun i wsp. [28] wykazali pozytywny wpływ metody na funkcje poznawcze i behawioralne, a Xu i wsp. [29] skuteczność interwencji montessoriańskich w redukcji agitacji u pacjentów azjatyckich.

Wpływ na zaburzenia behawioralne i psychologiczne oraz stosowanie neuroleptyków

Zachowania reaktywne (dawniej określane jako „zachowania trudne" lub „zaburzenia zachowania") u osób z demencją stanowią jedną z głównych przyczyn stosowania neuroleptyków i są źródłem znacznego stresu zarówno dla pacjentów, jak i opiekunów [6,7]. Często także stanowią powód przyjęcia do szpitala z powodu wyczerpania możliwości opieki w domu. Metoda Montessori, poprzez indywidualizację aktywności, stymulację sensoryczną i zapewnienie poczucia kontroli, wpływa na czynniki leżące u podłoża zachowań reaktywnych (nuda, niedostateczna stymulacja, dezorientacja oraz frustracja związana z niezaspokojonymi potrzebami) [10,17]. Dodatkowo uważna obserwacja pacjenta przez personel przeszkolony w tej metodzie może ułatwiać identyfikację somatycznych przyczyn zachowań reaktywnych.

Lin i wsp. [30] w badaniu z zastosowaniem schematu krzyżowego (*crossover*) wykazali skuteczność aktywności montessoriańskich w zmniejszaniu agitacji u pensjonariuszy z demencją. Van der Ploeg i wsp. [25] potwierdzili, że zarówno sesje montessoriańskie, jak i sam kontakt społeczny przyczyniały się do zmniejszenia zachowań agitacyjnych, przy czym personalizowane aktywności Montessori wywoływały istotnie więcej pozytywnych interakcji.

Szczególnie obiecujące są doniesienia dotyczące redukcji stosowania leków psychotropowych pod wpływem efektów działania omawianej metody. W programie montessoriańskim opisanym przez Campa [11] w amerykańskim ośrodku opieki odnotowano redukcję stosowania leków psychotropowych o 66% w ciągu 2 lat od wdrożenia programu. Ponadto liczba hospitalizacji psychiatrycznych zmniejszyła się z 7 w ciągu 6 mies. przed wdrożeniem programu do 1 w ciągu 2 lat po jego rozpoczęciu. Wyniki te, choć pochodzące z pojedynczego ośrodka, są zgodne z rekomendacjami międzynarodowymi, które wskazują na interwencje niefarmakologiczne jako postępowanie pierwszego wyboru w BPSD [7,8,10]. Zalecenia te jednak bez odpowiedniego szkolenia personelu są bardzo trudne do wdrożenia, a czasem w ogóle niemożliwe.

Caspar i wsp. [7] w przeglądzie obejmującym 74 badania zidentyfikowali 3 kluczowe mechanizmy niezbędne do uzyskania trwałych efektów interwencji niefarmakologicznych w BPSD:

- środowisko sprzyjające opiece (*caring environment*),
- rozwój i utrzymanie kompetencji opiekuńczych (*care skill development*),
- indywidualizacja opieki (*individualization of care*).

Wszystkie te mechanizmy są integralną częścią filozofii montessoriańskiej, co może tłumaczyć skuteczność tej metody w redukcji BPSD.

Wpływ na zdolność samodzielnego jedzenia i stan odżywienia

Zaburzenia odżywiania stanowią istotny problem u osób z zaawansowanym otępieniem, prowadząc do niedożywienia, sarkopenii i pogorszenia funkcjonowania oraz

gorszego rokowania [31]. Utrata zdolności do samodzielnego spożywania posiłków wiąże się z uzależnieniem od pomocy opiekunów i może skutkować dalszym pogorszeniem stanu odżywienia [31,32].

Badania naukowe potwierdzają skuteczność interwencji montessoriańskich w poprawie zdolności samodzielnego jedzenia. Lin i wsp. [32] w badaniu z zastosowaniem schematu krzyżowego z udziałem 29 pensjonariuszy z demencją wykazali istotną redukcję trudności w jedzeniu mierzonych skalą *Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia* w okresie interwencji montessoriańskiej – podczas zajęć rutynowych takiej poprawy nie obserwowano. Ponadto w grupie montessoriańskiej odnotowano istotnie wyższą częstość samodzielnego jedzenia i dłuższy czas samodzielnego spożywania posiłku. Co istotne, w grupie zajęć rutynowych stwierdzono istotne pogorszenie stanu odżywienia mierzonego skalą *Mini Nutritional Assessment* (MNA), podczas gdy w grupie montessoriańskiej stan odżywienia pozostał stabilny [32].

Przegląd systematyczny Sheppard i wsp. [20], obejmujący 14 badań, wskazał na korzyści aktywności montessoriańskich w zakresie zachowań żywieniowych. Yan i wsp. [19] w najnowszym przeglądzie potwierdzili istotną poprawę w zakresie trudności w karmieniu, wskazując jednocześnie na mieszane wyniki dotyczące stanu odżywienia mierzonego parametrami antropometrycznymi. Interesujący jest efekt synergistyczny łączenia aktywności montessoriańskich z techniką powtórek rozłożonych w czasie (*spaced retrieval*), który pozwalał na jednoczesną poprawę zarówno trudności w karmieniu, jak i spożycia pokarmu oraz stanu odżywienia [19,33].

Kluczową techniką montessoriańską stosowaną we wsparciu samodzielnego jedzenia jest metoda „ręka pod rękę" (*"hand-under-hand"*), w której opiekun podpiera rękę pacjenta kierującą się do ust, tak aby pacjent nie czuł tej pomocy i doświadczał satysfakcji z samodzielnie zjedzonego posiłku [11,17]. Technika ta jest zgodna z montessoriańską zasadą wspierania samodzielności zamiast wyręczania i daje obu stronom dużo satysfakcji.

Wpływ na samopoczucie, jakość życia i kulturę opieki

Oprócz wpływu na zaangażowanie, BPSD i odżywianie w piśmiennictwie analizowano również wpływ interwencji montessoriańskich na ogólne samopoczucie, nastrój i jakość życia pacjentów z zaburzeniami neuropoznawczymi. Przegląd systematyczny Yan i wsp. [19] wykazał zmniejszenie nasilenia objawów depresji i poprawę afektu u uczestników programów montessoriańskich. Bourgeois i wsp. [34] w badaniu z zastosowaniem schematu wielokrotnej linii bazowej wykazali, że aktywności czytelnicze oparte na zasadach Montessori – w porównaniu z tradycyjnym czytaniem na głos – istotnie zwiększały liczbę interakcji werbalnych, zaangażowanie konstruktywne i pozytywny afekt, z wielkością efektu od umiarkowanej do dużej. Co istotne, korzyści te dotyczyły również pacjentów z ciężkim otępieniem, co wskazuje na szeroką stosowalność metody [34]. Czytanie jako funkcja poznawcza zachowana bardzo długo stanowi nieodłączny element metody pracy z pacjentami. Czytanie samodzielne, wybór literatury, dostosowanie wielkości czcionki, czytanie w kręgu, a także słuchanie, gdy ktoś czyta – wszystko to pozwala na efektywne i wartościowe spędzanie czasu i stymulację poznawczą.

Kinney i wsp. [35] w najnowszym badaniu z wykorzystaniem *Dementia Care Mapping* – systematycznego narzędzia obserwacyjnego oceniającego zachowania i nastrój osób z demencją – wykazali, że po wdrożeniu interwencji montessoriańskiej istotnie wzrósł odsetek zachowań sprzyjających dobrostanowi uczestników badania. Jednocześnie zwiększyła się częstość zachowań personelu wspierających podmiotowość (*personhood*) osób objętych opieką. Badanie to dostarcza cennych dowodów na pozytywny wpływ metody Montessori nie tylko na osoby z demencją, lecz także na jakość sprawowanej opieki. Obserwowane postępy pacjentów mogą stanowić dla personelu źródło satysfakcji i motywację do dalszej pracy, co ma znaczenie w wymagających realiach opieki szpitalnej (aspekt opiekuńczy towarzyszy diagnostyce i leczeniu, które często wychodzą na pierwszy plan).

Donadey i wsp. [16] w pilotażowym badaniu jakościowym przeprowadzonym we francuskim domu opieki wskazali kluczowe elementy interwencji montessoriańskiej oraz uwarunkowania sprzyjające jej skutecznemu wdrażaniu, posługując się ramą Behavior Change Intervention Ontology. Wyniki tego badania wskazują, że skuteczność metody Montessori wykracza poza pojedyncze sesje terapeutyczne i obejmuje zmianę kultury opieki – od modelu medycznego/opiekuńczego skoncentrowanego na deficytach do modelu skoncentrowanego na osobie, jej zasobach i potrzebach [16,17]. To model, który w ocenie autorów tej pracy powinien być celem każdej placówki geriatrycznej.

W kontekście opieki szpitalnej szczególne znaczenie ma potencjalny wpływ metody Montessori na *adherence* i *compliance* – współpracę pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Pacjent, który czuje się szanowany, ma poczucie kontroli nad swoim otoczeniem i jest angażowany w znaczące aktywności, jest z reguły

bardziej skłonny do współpracy przy badaniach diagnostycznych, przyjmowaniu leków czy rehabilitacji. Choć ten aspekt nie był dotychczas przedmiotem odpowiednich badań naukowych, własne obserwacje kliniczne potwierdzają tę zależność i stanowią przesłankę do dalszych badań w tym zakresie.

Doświadczenia własne – implementacja w warunkach szpitalnych

Katedra i Klinika Geriatrii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im Piastów Śląskich we Wrocławiu (Uniwersytecki Szpital Kliniczny) prowadzi od ponad roku program wdrażania elementów metody Montessori w opiece nad pacjentami hospitalizowanymi z zaburzeniami poznawczymi. Jest to – wedle najlepszej wiedzy autorów – jedno z pierwszych tego typu wdrożeń w warunkach szpitalnych w Polsce. Poniżej przedstawiono kluczowe elementy tego programu.

Przygotowane otoczenie szpitalne to modyfikacja otoczenia szpitalnego, która obejmuje:

- wyraźne oznakowanie sal, toalet i pomieszczeń wspólnych,
- dbałość o estetykę wnętrz (kompozycje kwiatowe, dekoracje sezonowe, obrazy na ścianach),
- minimalizowanie bodźców stresogennych – na ile to możliwe (oświetlenie przypodłogowe na fotokomórkę, dodatkowe lampki nocne do czytania dla pacjentów),
- zapewnienie dostępu do materiałów terapeutycznych w każdej chwili,
- zapewnienie dostępu do zegara i kalendarza, co jest podstawą opieki geriatrycznej.

Każda sala w Klinice ma także miejsce do przygotowania sobie napojów z czajnikiem oraz opisanymi pojemnikami (kawa, herbata, cukier, łyżeczki, rurki), a także solniczki ze względu na częstą w tej populacji hiponatremię. Te pozornie drobne zmiany mają istotne znaczenie dla komfortu i orientacji pacjenta z zaburzeniami poznawczymi [11,17,23]. Pomagają także poczuć się bardziej „jak w domu", spędzić czas w bardziej komfortowy sposób z odwiedzającymi bliskimi.

Terapia zajęciowa z materiałami Montessori opiera się na dostępie pacjentów do starannie dobranych, podpisanych i posegregowanych materiałów terapeutycznych, obejmujących m.in. kolorowanki, układanki, krzyżówki, sudoku, szachy, mandale, puzzle z reprodukcjami dzieł sztuki oraz książki z dużą czcionką dla osób niedowidzących. Materiały te są dostosowane do wieku i potrzeb pacjentów oraz ich zainteresowań (stąd część tworzona jest na bieżąco) – nie powinny kojarzyć się z materiałami dla dzieci; są atrakcyjne wizualnie, zawierają samokontrolę błędu (pacjent sam weryfikuje poprawność wykonania) i oferują różne poziomy trudności. Ponadto w zajęciach prowadzonych przez lekarzy wykorzystywane są specyficzne materiały montessoriańskie, takie jak ruchomy alfabet Montessori i karty do kategoryzacji (na przykład w celu zebrania wywiadu na temat preferencji żywieniowych pacjenta). Głównym celem takich zajęć jest aktywizacja pacjenta przez sam udział w zadaniu – nie efekt końcowy ani porównywanie się z innymi. Pacjenci zachęcani są również do udziału w aktywnościach sezonowych, takich jak układanie kompozycji kwiatowych w wazonach czy tworzenie prac okolicznościowych (kartki świąteczne) [11,22]. W warunkach szpitalnych budzi to w pacjentach zaskoczenie, ale i duże zainteresowanie oraz zaangażowanie, a dla tych z zaawansowanymi zaburzeniami poznawczymi stanowi element stymulacji poznawczej, budowania relacji i spędzania czasu dobrego jakościowo w trakcie hospitalizacji. Bardzo często pomoce te i pomysły są inspiracją dla opiekunów, którzy kontynuują te działania w domu.

Protezowanie poznawcze jest to narzędzie szczególnie istotne w warunkach szpitalnych, gdzie pacjent z zaburzeniami pamięci trafia do obcego otoczenia, co nasila jego dezorientację i lęk. W Klinice Geriatrii stosuje się indywidualnie przygotowane materiały informacyjne umieszczane przy łóżku pacjenta, zawierające kluczowe i potrzebne w danej sytuacji informacje:

- imię i nazwisko pacjenta,
- nazwę szpitala i oddziału,
- imię i nazwisko lekarza prowadzącego,
- plan dnia,
- informacje o zaplanowanych badaniach.

Czasem to prosty komunikat zwiększający poczucie bezpieczeństwa – „jestem w szpitalu na badaniach, wszystko ze mną dobrze, jutro wychodzę do domu". Informacje te są dostępne dla pacjenta w każdej chwili i stanowią pomoc w samodzielnym odnalezieniu się w nieznanej rzeczywistości szpitalnej. Zmniejszają też ryzyko splątania i majaczenia. Protezowanie poznawcze jest zgodne z montessoriańską zasadą przygotowanego otoczenia i zostało opisane w piśmiennictwie jako skuteczne narzędzie zmniejszające dezorientację i lęk pacjentów z otępieniem [11,17,22].

Stosowana na oddziale technika „ręka pod rękę" polega na tym, że podczas jedzenia posiłków opiekun delikatnie podpiera dłoń pacjenta podążającą do ust, pozwalając mu zachować poczucie sprawczości i satysfakcji z samodzielnie zjedzonego dania. Technika ta jest nieinwazyjna, respektuje godność pacjenta i – co potwier-

dzają doniesienia z piśmiennictwa – istotnie poprawia samodzielność w spożywaniu posiłków [11,20,32].

Włączanie rodzin i opiekunów pacjenta w proces terapeutyczny jest istotnym elementem podejścia w Klinice. Opiekunowie są zachęcani do udziału w zajęciach z pacjentem, uczeni technik wspierania samodzielności (zamiast wyręczania), a także przygotowywani do kontynuowania elementów metody Montessori po wypisie ze szpitala. Daje im to przestrzeń do poszerzania kompetencji oraz do zdobywania nowych narzędzi i umiejętności w opiece nad pacjentem na danym etapie choroby. Takie podejście jest zgodne z piśmiennictwem wskazującym, że edukacja opiekunów stanowi kluczowy element skutecznych interwencji niefarmakologicznych [6,10,36]. Wsparcie udzielane opiekunom przez personel lekarski i psychologa zmniejsza ich frustrację i obciążenie opieką. Specjalnie przygotowane pomieszczenie na rozmowy trudne i wspierające pozwala na zachowanie prywatności i okazanie emocji oraz daje przestrzeń na pytania osobiste poza salą chorych.

Szkolenia personelu lekarskiego i studentów medycyny to element programu, który obejmuje regularne szkolenia personelu lekarskiego na temat metody Montessori, technik komunikacji z pacjentami z otępieniem, rozpoznawania i i zaspokajania potrzeb leżących u podłoża zachowań reaktywnych oraz stosowania interwencji niefarmakologicznych. Ponadto studenci Wydziału Lekarskiego odbywający zajęcia w Klinice są wprowadzani w filozofię montessoriańską, co pozwala im na wczesnym etapie kształcenia rozwijać kompetencje w zakresie tak istotnej holistycznej opieki geriatrycznej. Takie podejście edukacyjne jest zgodne z zaleceniami dotyczącymi rozwoju kompetencji opiekuńczych jako jednego z kluczowych mechanizmów skuteczności interwencji niefarmakologicznych [10,36].

Na podstawie ponadrocznego doświadczenia z wdrażania elementów metody Montessori w warunkach szpitalnych zespół Kliniki obserwuje szereg korzyści, które – choć nie zostały poddane formalnej analizie statystycznej – są spójne z doniesieniami z piśmiennictwa. Do najistotniejszych obserwacji należą:

- zmniejszenie nasilenia zachowań reaktywnych u pacjentów korzystających z protezowania poznawczego i terapii zajęciowej,
- lepsza współpraca pacjentów z zaburzeniami poznawczymi w procesie diagnostyczno-terapeutycznym,
- poprawa relacji lekarz–pacjent, wyrażająca się większym zaufaniem pacjenta i chęcią komunikacji,
- pozytywny odbiór programu przez opiekunów pacjentów, którzy wyrażali wdzięczność za zainteresowanie nie tylko stanem somatycznym, ale również jakością życia ich bliskich,
- wzrost zaangażowania i satysfakcji personelu lekarskiego uczestniczącego w prowadzeniu zajęć akademickich.

Obserwacje te stanowią przesłankę do przeprowadzenia formalnych badań prospektywnych z odpowiednimi narzędziami pomiarowymi.

Kluczowym elementem montessoriańskiego podejścia w Klinice jest zmiana perspektywy: diagnostyka i leczenie szpitalne to tylko niewielka część życia pacjenta. Dostrzeżenie sensu tego życia na co dzień –zainteresowań, przyzwyczajeń, relacji i zachowanych umiejętności oraz potrzeb pacjenta – jest fundamentem holistycznej opieki geriatrycznej. W praktyce oznacza to, że obok typowej dokumentacji medycznej zbierane są informacje o zawodzie, zainteresowaniach i przyzwyczajeniach pacjenta, które pozwalają na indywidualizację aktywności terapeutycznych. Taka perspektywa jest w pełni zbieżna z montessoriańską zasadą patrzenia na osobę z demencją jak na kogoś z niepełnosprawnością, a nie z chorobą [11,37], oraz ze współczesnymi standardami opieki skoncentrowanej na osobie (*person-centred care*) [16–18].

Dyskusja

Przedstawiony przegląd piśmiennictwa oraz doświadczenia własne wskazują, że metoda Montessori może stanowić wartościowe, oparte na dowodach naukowych podejście niefarmakologiczne [38] w opiece nad pacjentami geriatrycznymi z zaburzeniami poznawczymi. Dotychczasowe badania dostarczają silnych dowodów na poprawę zaangażowania i samodzielności w jedzeniu [19,20], umiarkowanych dowodów na poprawę afektu i redukcję agitacji [19,25,28,29] oraz wstępnych dowodów na możliwość istotnej redukcji stosowania neuroleptyków [11].

Jednakże istotnym ograniczeniem dotychczasowych badań jest ich skupienie niemal wyłącznie na placówkach opieki długoterminowej [19–21]. Zastosowanie metody Montessori w warunkach szpitalnych – w trakcie trwania hospitalizacji – jest zagadnieniem zdecydowanie niedostatecznie zbadanym. Volland i Fisher [22] jako jedni z pierwszych opisali możliwości adaptacji technik montessoriańskich do warunków klinicznych i opieki ostrodyżurowej, proponując m.in. zestawy powitalne z materiałami do angażowania pacjenta, muzykę reminiscencyjną oraz „wózki demencyjne" z materiałami Montessori. Te doświadczenia rozszerzają perspektywę o systematyczne wdrażenie kompleksowego programu obejmującego terapię zajęciową, protezowanie poznawcze, mo-

dyfikację otoczenia, szkolenia personelu oraz włączanie opiekunów w opiekę w trakcie hospitalizacji i po niej.

Implementacja metody Montessori w warunkach szpitalnych niesie ze sobą specyficzne wyzwania. Hospitalizacja jest z natury sytuacją krótkotrwałą (w porównaniu z pobytem w placówce opieki długoterminowej), co ogranicza możliwości długoterminowego oddziaływania terapeutycznego. Środowisko szpitalne – z jego rutyną diagnostyczno-terapeutyczną, zmianowym trybem pracy personelu i priorytetem leczenia somatycznego – nie jest miejscem przyjaznym osobom z zaburzeniami poznawczymi. Pacjenci geriatryczni trafiający do szpitala są często w stanie zaostrzenia choroby przewlekłej lub ostrej infekcji, co ogranicza ich zdolność do uczestnictwa w aktywnościach terapeutycznych. Osobną trudnością są ogromne niedobory personelu pielęgniarskiego ze specjalizacją geriatryczną, który mógłby dodatkowo wspierać taki program. Obecnie jest to główne wyzwanie systemowe. Mimo tych trudności doświadczenia w Klinice są obiecujące i wskazują na liczne korzyści z wdrożenia elementów metody Montessori w szpitalu.

Istotnym aspektem implementacji metody Montessori w opiece szpitalnej – szczególnie wartościowym z perspektywy medycyny pracy – jest jej potencjalny wpływ na dobrostan i zdrowie zawodowe personelu medycznego. Opieka nad pacjentami z zaburzeniami poznawczymi, zwłaszcza tymi prezentującymi nasilone BPSD, stanowi znaczące obciążenie psychiczne i fizyczne dla personelu, będąc uznanym czynnikiem ryzyka wypalenia zawodowego (*burnout*), stresu zawodowego i obniżenia satysfakcji z pracy [10]. Piśmiennictwo wskazuje, że wdrożenie programów montessoriańskich w placówkach opieki wiąże się ze wzrostem satysfakcji zawodowej personelu i zmniejszeniem rotacji pracowników [17,21]. Zmiana paradygmatu opieki – z reaktywnego zarządzania zachowaniami trudnymi na proaktywne wspieranie zaangażowania i samodzielności – może istotnie wpływać na redukcję stresu zawodowego personelu i poprawę warunków pracy w oddziałach geriatrycznych. Dalsze badania powinny uwzględniać wskaźniki zdrowia zawodowego personelu (wypalenie zawodowe, satysfakcja, absencja chorobowa) jako istotne punkty końcowe oceny programów montessoriańskich w szpitalach.

WNIOSKI

Metoda Montessori stanowi obiecujące podejście niefarmakologiczne w opiece nad pacjentami geriatrycznymi z zaburzeniami poznawczymi, skutecznie poprawiające zaangażowanie, afekt, samodzielność w jedzeniu i potencjalnie redukujące nasilenie BPSD oraz zapotrzebowanie na neuroleptyki.

Implementacja elementów metody Montessori w warunkach hospitalizacji, choć innowacyjna i wykraczająca poza standardowe protokoły szpitalne, jest możliwa do realizacji i nawet prowadzona w niewielkim zakresie niesie potencjalne korzyści dla pacjentów, opiekunów i personelu medycznego.

Doświadczenia Katedry i Kliniki Geriatrii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu wskazują na pozytywny wpływ terapii zajęciowej z materiałami Montessori, protezowania poznawczego, modyfikacji otoczenia szpitalnego, włączania opiekunów oraz szkoleń personelu na samopoczucie i współpracę pacjentów.

Konieczne są dalsze badania prospektywne z grupą kontrolną, oceniające skuteczność i efektywność kosztową wdrożenia metody Montessori w warunkach szpitalnych.

Z perspektywy medycyny pracy wdrożenie programów montessoriańskich w oddziałach geriatrycznych może przyczynić się do poprawy warunków pracy personelu medycznego, redukcji stresu zawodowego związanego z opieką nad pacjentami wykazującymi nasilone objawy BPSD oraz wzrostu satysfakcji zawodowej – aspekty te wymagają dalszych badań z uwzględnieniem wskaźników zdrowia zawodowego.

WYKORZYSTANIE SI

Autorzy zastosowali narzędzie SCOPUS AI do wyszukiwania publikacji oraz dostosowania formatu piśmiennictwa do wymogów czasopisma.

WKŁAD AUTORÓW

Koncepcja badań: Katarzyna Kożuch-Sajdak, Maria Rataj, Małgorzata Sobieszczańska
Zbieranie materiału: Katarzyna Kożuch-Sajdak, Maria Rataj, Małgorzata Szymala-Pędzik
Interpretacja wyników: Katarzyna Kożuch-Sajdak, Maria Rataj, Małgorzata Sobieszczańska
Piśmiennictwo: Katarzyna Kożuch-Sajdak, Maria Rataj, Małgorzata Szymala-Pędzik

PIŚMIENNICTWO

1. Rada Ministrów. Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2024 r. [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej; 2025 [cited 2026 Jul 15]. Available from: https://www.gov.pl/web/senior/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2024--informacja-na-komisji-senacie.

2. Główny Urząd Statystyczny. Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa: GUS; 2014.
3. Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne [Internet]. Warszawa: NFZ; 2026 [cited 2026 Jul 15]. Available from: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne.
4. World Health Organization. Dementia: number of people affected to triple in next 30 years [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2026 Nov 16]. Available from: https://www.who.int/news/item/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years.
5. Calsolaro V, Femminella GD, Rogani S, Esposito S, Franchi R, Okoye C, et al. Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) and the use of antipsychotics. Pharmaceuticals (Basel). 2021;14(3):246. https://doi.org/10.3390/ph14030246.
6. Mercier C, Rollason V, Eshmawey M, Mendes A, Frisoni GB. The treatment of behavioural and psychological symptoms in dementia: pragmatic recommendations. Psychogeriatrics. 2024;24(4):968–82. https://doi.org/10.1111/psyg.13116.
7. Caspar S, Davis ED, Douziech A, Scott DR. Nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia: what works, in what circumstances, and why? Innov Aging. 2018;2(1):igy001. https://doi.org/10.1093/geroni/igy001.
8. Andrade C. Antipsychotic drugs for BPSD: safety issues. Indian J Psychiatry. 2011;53(1):3–8.
9. Yunusa I, Alsumali A, Garba AE, Regestein QR, Eguale T. Assessment of reported comparative effectiveness and safety of atypical antipsychotics in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a network meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019;2(3):e190828. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0828.
10. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. BMJ Open. 2017;7(3):e012759. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759.
11. Camp CJ. The Montessori method applied to dementia: an international perspective. Montessori Life. 2017;29(4):40–45.
12. Lillard A. Montessori: the science behind the genius. New York: Oxford University Press; 2005.
13. Bourgeois MS, Brush J, Elliot G, Kelly A. Join the revolution: How Montessori for aging and dementia can change long-term care culture. Semin Speech Lang. 2015;36(3):209–14. https://doi.org/10.1055/s-0035-1554802.
14. Judge KS, Camp CJ, Orsulic-Jeras S. Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care: effects on engagement and affect. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2000;15(1):42–46. https://doi.org/10.1177/153331750001500105.
15. Camp CJ, Judge KS, Bye CA, Fox KM, Bowden J, Bell M, et al. An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. Gerontologist. 1997;37(5):688–92. https://doi.org/10.1093/geront/37.5.688.
16. Donadey M, Broc G, Erkes J, Lembach M, Camp C, Bayard S. Application, understanding, and appropriation of the Montessori method for persons with dementia: a qualitative pilot study. Dementia (London). 2024;23(8):1245–62. https://doi.org/10.1177/14713012241264910.
17. Roberts G, Morley C, Walters W, Malta S, Doyle C. Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. Geriatr Nurs. 2015;36(2):106–10. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.11.003.
18. Association Montessori Internationale. Montessori for dementia, disability and ageing: standards and quality indicators. Amsterdam: AMI; 2023.
19. Yan Z, Traynor V, Alananzeh I, Drury P, Chang HC. The impact of montessori-based programmes on individuals with dementia living in residential aged care: a systematic review. Dementia (London). 2023;22(6):1259–91. https://doi.org/10.1177/14713012231173817.
20. Sheppard CL, McArthur C, Hitzig SL. A systematic review of Montessori-based activities for persons with dementia. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(2):117–22. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.006.
21. Erkes J, Bayard S. [Montessori Method applied to dementia, a person-centered global approach. Part 2: Review of literature, effects and perspectives]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2023;21(2):223–32. https://doi.org/10.1684/pnv.2023.1095. French.
22. Volland J, Fisher A. Using the Montessori method to engage patients with dementia. Nurs Crit Care. 2015;10(2):9–14. https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000461175.00314.77.
23. Brush JA, Jarrell MC. Montessori for elder and dementia care. Baltimore: Health Professions Press; 2020.
24. Schacter DL. The seven sins of memory: an update. Memory. 2022;30(1):37–42. https://doi.org/10.1080/09658211.2021.1873391.
25. Van der Ploeg ES, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, O'Connor DW. A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with dementia. Int Psy-

chogeriatr. 2013;25(4):565–75. https://doi.org/10.1017/S1041610212002128.
26. Chan HY, Yau YM, Li SF, Kwong KS, Chong YY, Lee IF, et al. Effects of a culturally adapted group based Montessori based activities on engagement and affect in Chinese older people with dementia: a randomized controlled trial. BMC Geriatr. 2021;21(1):24. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01967-0.
27. Lee MM, Camp CJ, Malone ML. Effects of intergenerational Montessori-based activities programming on engagement of nursing home residents with dementia. Clin Interv Aging. 2007;2(3):477–83. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685273/.
28. Sun X, Sun Z, Ma H. Effect of Montessori method on the cognitive and behavioral intervention of senile dementia patients: a meta-analysis. Aging Communications. 2022;4(2):7.
29. Xu L, Zhang Z, Xu X. Effectiveness of Montessori-based activities on agitation among Asian patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2022;101(32):e29847. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029847.
30. Lin LC, Yang MH, Kao CC, Wu SC, Tang SH, Lin JG. Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation in residents with dementia: a crossover trial. J Am Geriatr Soc. 2009;57(6):1022–9. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02271.x.
31. Liu W, Galik E, Boltz M, Nahm ES, Resnick B. Optimizing eating performance for older adults with dementia living in long-term care: a systematic review. Worldviews Evid Based Nurs. 2015;12(4):228–35. https://doi.org/10.1111/wvn.12100.
32. Lin LC, Huang YJ, Watson R, Wu SC, Lee YC. Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: a crossover design. J Clin Nurs. 2011;20(21–22):3092–101. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03858.x.
33. Lin LC, Huang YJ, Su SG, Watson R, Tsai BW, Wu SC. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25(10):953–9. https://doi.org/10.1002/gps.2433.
34. Bourgeois C, Brigaud E, Louis E, Azzoune L, Gambonnet M, Vitou V, et al. Unlocking the benefits of Montessori-based reading activities in nursing home: a multiple baseline study on groups of individuals with severe dementia. Dementia (London). 2025;24(3):436–55. https://doi.org/10.1177/14713012241270805.
35. Kinney JM, Janssen LM, Farfsing KM, Hughes MR. Capitalizing on dementia care mapping in an evaluation of a Montessori-based intervention for individuals living with dementia. Gerontologist. 2025;65(4):gnae135. https://doi.org/10.1093/geront/gnae135.
36. Mbakile-Mahlanza L, van der Ploeg ES, Busija L, Camp C, Walker H, O'Connor DW. A cluster-randomized crossover trial of Montessori activities delivered by family carers to nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. Int Psychogeriatr. 2020;32(3):347–58. https://doi.org/10.1017/S1041610219001819.
37. Camp CJ, Shelton EG. Montessori education-based interventions for persons with dementia. In: Murray A, Ahlquist E-MT, McKenna M, Debs M, editors. The Bloomsbury handbook of Montessori education. London: Bloomsbury; 2023. p. 535–43.
38. Mahendra N, Hopper T, Bayles KA, Azuma T, Cleary S, Kim E. Evidence-based practice recommendations for working with individuals with dementia: Montessori-based interventions. J Med Speech Lang Pathol. 2006;14(1):XV–XXV.

Ten utwór jest dostępny w modelu open access na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 międzynarodowa / This work is available in Open Access model and licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) – https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

Wydawca / Publisher: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera, Łódź