

Terapia zajęciowa w usprawnianiu osób starszych

JULIA SIENKIEWICZ-WIŁOWSKA

Wydział Wychowania Fizycznego, Sportu i Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego*

W artykule omówiono różnice w definiowaniu terapii zajęciowej w Polsce i za granicą oraz związane z tym odmienne sposoby jej prowadzenia. W szczególności uwzględniono terapię zajęciową stosowaną w usprawnianiu osób starszych. W Polsce do terapii zajęciowej zalicza się przede wszystkim arteterapię, elementy ergoterapii i socjoterapii. Nierzadko łączy się ją też z usprawnianiem zawodowym. Poza Polską uwzględnia się także interwencje w środowisku osoby poddawanej terapii w celu wspierania jej dobrostanu i umożliwienia codziennej aktywności w jak najpełniejszym zakresie. Terapia zajęciowa prowadzona w Polsce wymaga lepszego dostosowania do standardów wypracowanych przez międzynarodowe stowarzyszenia terapii zajęciowej (WFOT, COTEC).

SŁOWA KLUCZOWE: terapia zajęciowa, usprawnianie, aktywizacja, rehabilitacja społeczna, późna dorosłość.

Terapia zajęciowa jest powszechnie stosowaną metodą usprawniania osób dotkniętych różnymi ograniczeniami sprawności, między innymi osób starszych. W Polsce rozumiana jest stosunkowo wąsko. Zalicza się do niej przede wszystkim arteterapię (różnego typu działania związane ze sztukami plastycznymi, teatrem, muzyką, tańcem), elementy ergoterapii (przede wszystkim rękodzieło), kinezyterapii i socjoterapii oraz zajęcia rekreacyjne. Nie uwzględnia się jednak w jej zakresie codziennych zajęć i czynności życiowych, a także interwencji

podejmowanych bezpośrednio w miejscu zamieszkania czy najbliższym otoczeniu osoby starszej. Analizowanie różnic w definiowaniu terapii zajęciowej w Polsce i poza jej granicami jest istotne, ponieważ sposób jej rozumienia bezpośrednio wpływa na praktykę terapeutyczną.

Regulacje prawne dotyczące terapii zajęciowej

W wielu krajach kształcenie terapeutów i prowadzenie terapii zajęciowej opiera się na ustaleniach kilku federacji międzynarodowych (*World Federation of Occupational Therapy*, WFOT; *Council of Occupational Therapists for the European Countries*, COTEC¹) lub krajowych (*The*

Artykuł związany jest z badaniami prowadzonymi do pracy doktorskiej przygotowywanej na studium doktoranckim przy Wydziale Kultury Fizycznej, Sportu i Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu.

* Adres do korespondencji: Julia Sienkiewicz-Wilowska, Wydział Wychowania Fizycznego, Sportu i Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego, ul. Królowej Jadwigi 27/39, 61-871 Poznań. E-mail: julia.w8@poczta.onet.pl

¹ W ramach struktur COTEC powstała także internetowa sieć *European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE).

American Occupational Therapist Association, AOTA; British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapists, BAOT/COT). Szczególnym uznaniem cieszą się standardy terapii zajęciowej wypracowane przez WFOT. Polska nie jest zrzeszona w tej istniejącej od 1952 r. federacji, choć należy do niej obecnie 57 państw, wśród nich państwa znacznie mniejsze niż Polska (np. Mauritius), o odmiennej kulturze i ustroju społeczno-politycznym (np. Pakistan, Palestyna, Izrael, Indie, Zimbabwe). Polska nie należy także do organizacji COTEC.

Wedle definicji WFOT terapia zajęciowa jest formą usprawniania skoncentrowaną na kliencie i polegającą na wspieraniu jego zdrowia i dobrostanu poprzez zajęcia. Podstawowym jej celem jest umożliwienie ludziom prowadzenia aktywności typowej dla życia codziennego (na podstawie: www.wfot.org). Terapeuci zajęciowi pracują w instytucjach związanych z opieką zdrowotną, edukacją i opieką społeczną (szpitale, więzienia, szkoły), w środowisku lokalnym oraz w prywatnych domach (na podstawie: www.cotec-europe.org).

W Polsce definicja terapii zajęciowej zawarta jest pośrednio w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r., opisującej działalność warsztatów terapii zajęciowej. Art. 10a, ust. 1. stanowi: „Warsztat oznacza wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywrócenia umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia”. W kolejnym ustępie wyjaśnia się: „Realizacja przez warsztat celu, o którym mowa w ust. 1, odbywa się przy zastosowaniu technik terapii zajęciowej, zmierzających do rozwijania:

- umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej,

- psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy”.

Powyższe sformułowania dotyczą bezpośrednio placówek specjalizujących się w prowadzeniu warsztatów terapii zajęciowej (WTZ), jednak pośrednio zawarta jest w nich ogólna definicja terapii zajęciowej. Choć jest ona zbliżona do rozumienia terapii zajęciowej jako formy rehabilitacji zawodowej, pojawia się tu drugi człon – „rehabilitacja społeczna”. Opis technik, za pomocą których realizuje się terapię, rozszerza definicję na rozwijanie zaradności osobistej, która może być zarówno środkiem, jak i celem działania terapeutycznego. W praktyce działalność WTZ jest jednak związana głównie z aktywizacją zawodową. Jakkolwiek na zajęcia prowadzone przez te placówki nierzadko uczęszczają osoby dorosłe, zajęcia te nie są adresowane do osób w okresie późnej dorosłości właśnie dlatego, że podstawowym ich celem jest rehabilitacja zawodowa i pomoc w znalezieniu zatrudnienia. Rehabilitacja społeczna jest prowadzona o tyle, o ile może pomóc w znalezieniu pracy.

Terapię zajęciową prowadzono w szpitalach specjalizujących się w leczeniu psychiatrycznym i neurologicznym jeszcze przed uchwaleniem w 1997 r. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Przykładem może być Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach, gdzie leczenie pracą stosowano od początku jego istnienia. W 1960 r. uruchomiono tam kilka warsztatów (m.in. ślusarski i dziewiarski), które w 1962 r. zostały nazwane warsztatami terapii zajęciowej. W tym samym roku w Branicach powołana została pierwsza w Polsce Państwowa Szkoła Medyczna Instruktorów Terapii Zajęciowej. Warsztaty terapii zajęciowej działały od lat 50. XX w. także w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa

Babińskiego w Krakowie-Kobierzynie, a od 1971 r. – w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie-Abramowicach. Terapia zajęciowa prowadzona jest do dziś w wielu placówkach szpitalnych zajmujących się usprawnianiem osób z różnymi typami ograniczenia sprawności (pacjentów cierpiących na choroby kardiologiczne, neurologiczne i zaburzenia psychiczne).

Terapię zajęciową oferuje się również we wszystkich domach opieki społecznej (DPS) oraz dziennych domach pomocy społecznej (DDPS), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej. W tych placówkach, świadczących pomoc osobom starszym, zajęcia nazywane terapią zajęciową trudno w praktyce odróżnić od innych metod aktywizowania osób starszych, np. arteterapii czy zwykłych zajęć plastycznych.

Koncepcje teoretyczne terapii zajęciowej

Poza Polską przyjmuje się, że dla terapii zajęciowej kluczowe jest podejście skoncentrowane na kliencie (*client-centred approach*), zakładające udział klienta w podejmowaniu decyzji dotyczącej tego, co chciałby robić i jakie zajęcia są mu potrzebne. Podejście to zalecają Elisabeth A. Townsend i Helen Palatajko (Willis, Reynolds, Keleher, 2009). Klient uznawany jest za część kontekstu składającego się z jego rodziny, przyjaciół, kultury i uwarstwienia ekonomicznego. Zakłada się, że wie on, co jest dla niego najlepsze, i dlatego jego relacja z terapeutą powinna mieć charakter partnerski i być skoncentrowana na zajęciach, których potrzebuje.

Omawiana forma terapii jest nierozłącznie związana ze słowem „zajęcie”. Gary Kilhofner (2002) definiuje ten termin jako pracę, gry i aktywności dnia codziennego wraz z ich kontekstem czasowym,

fizycznym i społeczno-kulturowym. Jego zdaniem fakt, że ludzie zajmują się czymś, jest związany ze sferą wolicjonalną i motywacyjną, nawykami, które internalizują w efekcie ciągłych powtórzeń, oraz z wydolnością. W tym też kontekście szczegółowo analizuje on charakter i mechanizmy leżące u podłoża różnorodnych ludzkich zajęć. Zajęcia mają znaczenie indywidualne i społeczno-kulturowe i podtrzymują partycypację podmiotu w społeczeństwie. Można wyróżnić zajęcia związane z troską o siebie, produktywnością i przyjemnością (za: www.cotec-europe.org).

Stosowana w rehabilitacji osób z ograniczeniami sprawności terapia zajęciowa powinna uwzględniać także dynamiczną relację między osobą, środowiskiem i zajęciami. Konkluzja ta była podstawą stworzenia modelu osoba–środowisko–zajęcie (*Person–Environment–Occupation Model*) nawiązującego do zasad terapii skoncentrowanej na kliencie (Law, Cooper, Strong, Stewart i in., 1996). Model ten pokazuje, jak ważne dla prowadzenia terapii zajęciowej jest środowisko życia poddawanej niej osoby.

W publikacjach polskich terapia zajęciowa bywa łączona z rehabilitacją zawodową – jedną z pięciu odmian rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Według Stanisława Kowalika terapia zajęciowa to m.in. forma przygotowania przedzawodowego. Jako taka, „jest wstępną fazą produktywizacji osób niepełnosprawnych. Polega na wykonywaniu przedmiotów użytecznych i artystycznych w celu pozazarobkowym” (Kowalik, 2007a, s. 139). Dalej autor dodaje jednak, że „chodzi głównie o ogólną aktywizację osób niepełnosprawnych oraz odtwarzanie niektórych utraconych sprawności ruchowych” (s. 139). Wszystkie rodzaje terapii – medyczna, ruchowa, pedagogiczna, społeczna i zawodowa – mają także zastosowanie w usprawnianiu osób w okresie późnej dorosłości.

Terapia zajęciowa bywa też definiowana jako rodzaj ergoterapii, czyli formy leczenia pracą. Jacek Nawrot, analizując zastosowanie terapii zajęciowej i terapii pracą w wychowaniu dzieci niepełnosprawnych fizycznie, podniósł kwestię relacji między terapią zajęciową a ergoterapią:

Określenie «terapia zajęciowa» odpowiada określeniu *occupational therapy*, stosowanemu najczęściej w piśmiennictwie angielskim, amerykańskim i kanadyjskim. We Francji i Belgii używa się określenia *l'ergothérapie*, w ZSRR w tym samym znaczeniu *trudowaja terapia*. Niemcy rozróżniają określenia *Arbeits therapie* i *Beschäftigungstherapie*. [...] U nas przyjęły się potocznie oba te terminy jako równoznaczne i zamienne (Nawrot, 1973 s. 6).

Autor widzi jednak różnicę między terminami „terapia zajęciowa” i „ergoterapia”. Wedle niego w terapii zajęciowej w węższym rozumieniu kluczowe znaczenie ma planowanie czynności, sama czynność i inicjatywa twórcza. W wypadku terapii pracą istotniejsze znaczenie mają sprawność i rezultaty podejmowanej czynności oraz użyteczność wykonywanych przedmiotów (Nawrot, 1973, s. 15–16). Autor wyróżnia także terapię zabawą, związaną z wykonywaniem czynności, które mają sprawiać przyjemność. Te trzy formy oddziaływania można według niego nazwać ogólnie terapią czynnościową, która potocznie nazywana była albo terapią zajęciową, albo ergoterapią. W praktyce jednak granice między nimi są płynne. Należy zaznaczyć, że choć rozważania Nawrota dotyczą usprawniania dzieci, wydają się jednak zasadne także w odniesieniu do osób w wieku późnej dorosłości.

W klasycznej publikacji dotyczącej terapii zajęciowej Kazimiera Milanowska definiuje ją jeszcze inaczej – jako „określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zalecone przez lekarza, a prowadzone przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności fizycznej

i psychicznej” (Milanowska, 1982, s. 15). To rozumienie terapii zajęciowej jest bardzo szerokie. Zgodnie z nim terapia zajęciowa ma na celu nie tyle powrót do pracy zarobkowej, ile przywrócenie sprawności i aktywizację. Jest zatem formą działania usprawniającego. Milanowska pisze także, że terapia zajęciowa to „leczenie i usprawnianie za pomocą określonych czynności, zajęć i pracy” (s. 13).

Lucyna Kozaczuk (1999) w przewodniku metodycznym dotyczącym stosowania terapii zajęciowej w domach pomocy społecznej wymienia jako jej podstawowe metody arteterapię, muzykoterapię, choreoterapię, dramaterapię i ergoterapię. Do tej ostatniej zalicza, oprócz haftu czy wykonywania ozdób świątecznych, także codzienne czynności, np. ścielenie łóżek czy pracę w kuchni. Cytowany przewodnik został opublikowany 14 lat temu. Obecnie pojawiają się sugestie dotyczące konieczności uwzględniania w ramach terapii zajęciowej środowiska życia osób starszych, a także ich codziennych aktywności „podejmowanych w ramach czasu wolnego człowieka, codziennej samoopieki mającej zapewnić zdrowie i dobre samopoczucie, prac domowych, zakupów oraz wszelkich aktywności w grupie zawodowej, rówieśniczej, sąsiedzkiej lub społeczności lokalnej, a także realizowanie różnorodnych pasji życiowych” (Tobis, Kropińska i Cyłkowska-Nowak, 2011, s. 195). W praktyce jednak zalecenia te nie są dostatecznie respektowane.

W wypadku osób w okresie późnej dorosłości terapii zajęciowej nie można traktować jako formy przygotowania zawodowego, ponieważ osoby te są z definicji w wieku emerytalnym. Może ona jednak stanowić formę ogólnego usprawniania. Terapia zajęciowa w Polsce nie uwzględnia jednak w dostatecznym stopniu konieczności aktywizacji i animacji najbliższego, lokalnego środowiska seniora (Brzezińska, Rosiński i Rycielska, 2010).

Zastosowanie terapii zajęciowej w usprawnianiu osób starszych w świetle wybranych badań

Warto prześledzić, w jakim celu i w jakich sytuacjach terapia zajęciowa jest proponowana osobom starszym. Pozwoli to także pośrednio określić, jakie cele stawia się tej formie rehabilitacji.

W książce poświęconej zastosowaniu terapii zajęciowej w opiece nad osobami starszymi Sandra Lewis (2003) traktuje ją jako osobną dziedzinę i nazywa gerontologiczną terapią zajęciową (*gerontic occupational therapy*). Samą terapię zajęciową definiuje jako naukę i sztukę pomagania ludziom w wykonywaniu codziennych czynności, które są dla nich ważne, pomimo inwalidztwa, osłabienia lub upośledzenia. Zajęcia włączane do terapii zajęciowej można podzielić na trzy podstawowe obszary: czynności dnia codziennego, praca i czynności produktywne oraz gry i rekreacja (Lewis, 2003). Według autorki można mówić także o osobnej dziedzinie badań naukowych dotyczących zajęć, nazywanej *occupational science*. Powołując się na badania przeprowadzone przez innych badaczy, wyróżniła ona różne podejścia terapeutyczne w ramach gerontologicznej terapii zajęciowej oraz role i metody działania terapeutów zajęciowych. Terapeuta może funkcjonować jako:

- koordynator usług, wykorzystujący zasoby wspólnoty (najczęściej pracownik socjalny lub pielęgniarka środowiskowa, która pomaga odkryć źródła istniejących we wspólnocie zasobów mogących pomóc osobie starszej),
- ergonomista i specjalista środowiskowy (nadzoruje relacje między wymogami, jakie stawia zadanie, a możliwościami pracującego na stanowisku pracy),
- konsultant bezpieczeństwa w domu,
- współpracujący z architektami w sprawie potrzeb domowych i instytucjonalnych

(ulepszenie wzornictwa w miejscach pracy i domach).

Terapeuta traktuje środowisko domowe jako obszar zainteresowań wspólnoty (działania związane z prewencją, polegającą na takim dostosowywaniu miejsca zamieszkania do potrzeb osób starszych, które zmniejsza ryzyko wypadków, stresów i chorób).

Nastawienie terapii zajęciowej na codzienne zajęcia i czynności pacjentów, które mają dla nich istotne znaczenie, postulują też inni badacze (Law, Baptiste, McColl, Opzoomer, Polatajko i in., 1990; Law, Polatajko, Pollock, McColl, Carswell i Baptiste, 1994). Konieczne jest przy tym objęcie uwagą nie tylko samego pacjenta, ale też jego najbliższego otoczenia społecznego i fizycznego. Badania pokazują, że możliwość aktywności, w tym prowadzenia codziennych zajęć, jest podstawowym wyznacznikiem jakości życia w starszym wieku. Aktywność, pracę jako aktualne źródło satysfakcji wymieniło najwięcej (61%) spośród 66 badanych powyżej 80. roku życia. W dalszej kolejności znalazły się: rodzina, kontakty społeczne (36%), zdrowie (24%), hobby, wypoczynek (21%), przyjemne czynności (12%) i aspekty emocjonalne, religijne (9%) (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy i Moriguchi, 2003). Badacze wykazali, że aktywność społeczna i produktywna w takim samym stopniu jak ćwiczenia ruchowe obniżają śmiertelność w starszym wieku. Aktywność zwiększa przeżywalność nie tylko dzięki konsekwencjom ruchowym, lecz także psychospołecznym (Glass, Mendes de Leon, Marottoli i Berkman, 1999). Zmniejsza też zależność od innych w podejmowaniu codziennych czynności, która jest jedynym lub jednym z kluczowych czynników (w zależności od przyjętej definicji) ułomności (*frailty*) osób w starszym wieku (Rockwood, Fox, Stolee, Robertson i Beattie, 1994).

Esther Steultjens, Joost Dekker, Lex Bouter i in. (2004) analizują doniesienia badawcze na

temat zastosowania terapii zajęciowej w celu umożliwienia samodzielnego życia osobom starszym. Analiza miała odpowiedzieć na pytanie, czy terapia zajęciowa poprawia rokowania dla mieszkających samotnie osób po 60. roku życia. Autorzy wyróżnili 6 kategorii badań, uwzględniając typ projektu, poziom metodologiczny, rodzaj narzędzi pomiarowych i istotność wyniku. Na ich uwagę zasłużyło 17 doniesień, z których 10 opisywało wyniki randomizowanych badań klinicznych, przy czym 6 z nich miało wysoki poziom metodologiczny. Na podstawie wyników autorzy doszli do wniosku, że terapia zajęciowa ma dużą skuteczność w niwelowaniu utrudnień w codziennym funkcjonowaniu osób starszych przez podsuwanie im urządzeń wspomagających funkcjonowanie i szkolenie w zakresie ich wykorzystania. Analiza dowiodła również, że trenowanie umiejętności w połączeniu z oceną zagrożeń pojawiających się w domu klienta jest skuteczne w zapobieganiu upadkom. Tego typu działania związane są także z promowaniem bezpiecznego trybu życia.

Wiele artykułów dotyczy terapii zajęciowej prowadzonej indywidualnie w domach podopiecznych w celu zapobiegania upadkom (Campbell, Robertson, Grow, Kerse i in., 2005), a także dobierania urządzeń, które mogą ułatwiać osobom starszym codzienne funkcjonowanie (George, Binns, Clayden, Mulley, 1988). Robert Cumming, Margaret Thomas, George Szonyi i in. (1999) badali skuteczność domowych wizyt terapeutów zajęciowych mających na celu zmniejszenie liczby upadków przez zredukowanie zagrożeń środowiskowych. Osoby badane ($n = 530$, średni wiek 77 lat) poddane zostały eksperymentalnej terapii zajęciowej, ukierunkowanej na szkolenie i dokonanie takich modyfikacji w ich domach, które pomogłyby zmniejszyć liczbę upadków. Obserwacja była prowadzona przez rok z wykorzystaniem miesięcznego „kalendarza upadków”. Z badania wynika, że działania terapeutów zajęciowych

podczas wizyt domowych pomagają unikać upadków, ale tylko w odniesieniu do osób, którym już wcześniej zdarzały się upadki. Skuteczność terapii może być związana nie tylko z modyfikacjami dokonanymi w mieszkaniach, ale także z zachęcaniem tych osób do prowadzenia bardziej bezpiecznego trybu życia, zarówno w domu, jak i poza nim.

Liczne doniesienia dowodzą także skuteczności terapii zajęciowej w poprawie funkcjonowania społecznego, zwiększaniu udziału w życiu społecznym i poprawie jakości życia. Opracowuje się programy edukacyjne mające na celu zapobieganie izolacji społecznej i samotności osób starszych (Cattan, White, Bond i Learmouth, 2005) – a trzeba pamiętać, że te osoby są szczególnie zagrożone izolacją i w jej następstwie wykluczeniem społecznym ze względu na ograniczenie sprawności i mniejszą częstość kontaktów społecznych (Abramov, 2002), a także ograniczenie ogólnej aktywności oraz zmniejszenie dochodów często skutkujące ubóstwem (Jurek, 2012; Santana, 2002; Żukowski, 2010).

Jeanne Jackson, Mike Carlson, Deborah Mandel i in. (1998), wychodząc z założenia, że podstawy terapii zajęciowej można wykorzystać do tworzenia innowacyjnych metod leczenia, opracowali eksperymentalny program prewencyjny dla osób starszych żyjących w społeczności, który ma wzmacniać ich zdrowie i funkcjonowanie psychospołeczne. W latach 1994–1997 na Uniwersytecie Południowej Kalifornii przeprowadzono badanie *Well Elderly Research Study*, którego uczestnikami było 361 osób starszych różnej narodowości (średnia wieku 74,4 lata). Zostali oni przydzieleni do trzech grup na okres 9 miesięcy – jedna grupa została poddana prewencyjnej terapii zajęciowej, druga nieprofesjonalnemu programowi aktywności społecznej (spotkania, wycieczki do kina), a trzecia pozostała bez wsparcia. Wyniki pokazały, że osoby uczestniczące w programie terapii zajęciowej

uzyskały istotnie lepsze rezultaty w funkcjonowaniu fizycznym i społecznym, witalności i zdrowiu psychicznym oraz satysfakcji życiowej. Druga grupa uzyskała wyniki porównywalne z grupą pozbawioną terapii.

Program terapii zajęciowej opracowany specjalnie dla potrzeb tych badań nazwano *The Well Elderly Treatment Program*. Analizy pokazały, że zaprojektowane zajęcia mają istotną moc terapeutyczną, która promieniuje na wiele obszarów życia. W omawianym tekście szczegółowo opisano teoretyczne i filozoficzne podstawy tego programu terapeutycznego. Zdaniem Jackson i współpracowników szczególną rolę w podtrzymywaniu zdrowia i jakości życia odgrywa praca. Praca jest rozumiana przez nich szeroko – jako przejawy aktywności, które są kulturowo i osobiście znaczące, takie jak gotowanie, czytanie czy łowienie ryb. Natura pracy nie jest jednak statyczna, zamknięta w odizolowanych, konkretnych formach. Praca jest efektem współdziałania wielu różnych wpływów, takich jak wzorce społeczno-kulturowe, specyficzny kontekst środowiskowy oraz wkład jednostki związany z jej wcześniejszym doświadczeniem (Jackson i in., 1998).

Badania dotyczące terapii zajęciowej nierzadko są poświęcone konkretnym programom terapeutycznym – np. programowi *Leiden 85-Plus Occupational Therapy Intervention Study* (Craen, Gussekloo, Blauw i in., 2006) – lub metodom pracy terapeutów zajęciowych, jak np. szwedzkie badania dotyczące superwizji terapeutów zajęciowych dokonywanej przez pracowników opieki zdrowotnej w ramach komunalnej opieki nad osobami starszymi (Pros i Kjellberg, 2008). Terapia zajęciowa często prowadzona jest też w ramach działań prewencyjnych (Clark, Azen, Carlson, Mandel i in., 2001; Jackson i in. 1998) i wsparcia funkcjonowania poznawczego (Bach, Bach, Böhmer, Fruhwald i in., 1995).

W Polsce nie traktuje się terapii zajęciowej jako metody zapobiegania upadkom

albo nie zalicza się stosowanych w tym celu działań do terapii zajęciowej. Na przykład w publikacji poświęconej przygotowaniu DPS do zapobiegania upadkom pensjonariuszy (Krupa i Szczerbińska, 2009) wymieniono co prawda różne formy dostosowania budynków (poręcze, wykładziny antypoślizgowe, podjazdy, uchwyty itp.), ale nie wspomniano o terapii zajęciowej jako okazji do diagnozowania potrzeb pacjentów i prowadzenia programów edukacyjnych. W kontekście powszechnego stosowania na świecie terapii zajęciowej w zapobieganiu upadkom paradoksalne wydaje się stwierdzenie autorek, że „zaobserwowano niski stopień bezpieczeństwa na salach rehabilitacji i terapii zajęciowej” (s. 92). Należy jednak przyznać, że autorki zdają sobie sprawę z niewykorzystanego potencjału terapii zajęciowej, formułując następującą rekomendację: „domy pomocy społecznej powinny [...] wykorzystać potencjał działu rehabilitacji i terapii zajęciowej w celu prowadzenia programów usprawniania zapobiegających zaburzeniom chodu i równowagi” (Krupa i Szczerbińska, 2009, s. 93).

Terapia zajęciowa dla osób starszych prowadzona jest w Polsce przede wszystkim w DPS i DDPS. Terapia w tych placówkach w niewielkim stopniu jest nastawiona na czynności codzienne lub usamodzielniające, dominuje w niej bowiem arteterapia, muzykoterapia, choreoterapia, dramaterapia i ergoterapia (Kozaczuk, 1999). W poradniku poświęconym terapii zajęciowej, oprócz wspomnianych powyżej, wymieniono też biblioterapię, chromoterapię, poezjoterapię, estetoterapię, kinezyterapię, ludoterapię i zajęcia relaksacyjne (Kuc, 2007), które nie są swoiście związane z usprawnianiem osób starszych. Cele terapii zajęciowej definiowane są bardzo szeroko jako „usprawnianie psychiczne, fizyczne i preorientacja zawodowa” (Kuc, 2007, s. 7). Autorka stwierdza, że cele terapii zajęciowej mogą być osiągnięte dzięki:

„przygotowaniu do życia w środowisku społecznym”, „ogólnemu usprawnianiu”, „rozwojowi umiejętności wykonywania czynności życia codziennego”, „opanowaniu czynności przysposabiających do pracy”, „rozwijaniu podstawowych oraz specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy zarobkowej bądź szkolenia zawodowego” (s. 7). W ujęciu bardziej syntetycznym:

[...] terapia zajęciowa jest działaniem wielokierunkowym opartym na wykorzystaniu tkwiącego w każdym człowieku potencjału rozwojowego mającego źródło w naturalnych siłach witalnych organizmu [...]. Jest jednym z czynników rehabilitacji społecznej i ma na celu włączenie mieszkańców domu pomocy społecznej w normalny nurt życia domu i społeczeństwa [...]. Jednym z zadań terapii zajęciowej jest nauczanie osoby takich umiejętności, które pozwolą jej na akceptację siebie, wgląd i satysfakcję z posiadanych umiejętności, nabywanie nowych w celu pełniejszej samorealizacji siebie pomimo istniejącej niepełnosprawności (Kuc, 2007, s. 7).

Nie do końca jest jednak jasne, jak można osiągnąć te cele przy użyciu zaproponowanych technik.

Na oddziałach rehabilitacyjnych terapia zajęciowa częściej jest wiązana z usprawnianiem i przywracaniem zdolności samoobsługowych, co jest zgodne z wytycznymi światowymi. Agnieszka Bajer i Andrzej Kwolek (2008), referując badanie jakości życia osób starszych rehabilitowanych po udarze mózgu ($n = 39$), podkreślają, że „w ramach terapii zajęciowej zwracano szczególną uwagę na naukę samoobsługi i ćwiczeń manipulacyjnych” (s. 55). Autorzy stwierdzają, że niezależnie od wieku pacjentów rehabilitacja szpitalna poprawia jakość ich życia przede wszystkim wskutek poprawy sprawności fizycznej. Wpływ na to ma niewątpliwie także nauka samoobsługi prowadzona w ramach terapii zajęciowej.

Podobne badania, uwzględniające wykorzystanie terapii zajęciowej we wspieraniu pacjenta w podejmowaniu codziennych aktywności, przedstawiły w swojej publikacji Anca Jianu i Sabina Macovei (2012). Analizowały one wpływ terapii zajęciowej na rekonwalescencję pacjentów w starszym wieku po ostrym zawałe serca. Porównanie parametrów uzyskanych po 3, 6 i 9 tygodniach terapii zajęciowej dowiodło nie tylko jej korzystnego wpływu, ale też możliwości i ograniczeń w odzyskaniu wydolności układu wieńcowego pacjentów w podeszłym wieku. Program terapii zajęciowej polegał na towarzyszeniu pacjentowi w codziennej aktywności i był skoncentrowany na czynnościach życia codziennego (według kwestionariusza ADL – *Activities of Daily Living*), takich jak mycie, jedzenie, ubieranie się, a także na czynnościach instrumentalnych (według I-ADL – *Instrumental Activities of Daily Living*), takich jak gotowanie, prowadzenie domu, robienie zakupów i rozwiązywanie innych codziennych problemów. Pod kierunkiem terapeutów prowadzono także ćwiczenia oddechowe, trening chodzenia oraz działania mające na celu przystosowanie najbliższego otoczenia do potrzeb pacjenta wraz uczeniem go korzystania z tych adaptacji. Badania zostały przeprowadzone w 2010 r. na pacjentach w wieku 66–74 lat ($n = 14$), przebywających przez tydzień w szpitalu w Bukareszcie z powodu ostrego zawału serca. Pacjenci i ich rodziny zostali poinformowani, w jakim zakresie powinni podejmować powyższe czynności. Wyniki wykazały, że tak pomyślana terapia zajęciowa poprawia pracę serca, zwiększa jego pojemność minutową oraz zwiększa maksymalną wydolność wysiłkową, a w konsekwencji prowadzi do poprawy jakości życia pacjentów (Jianu i Macovei, 2012). W omawianym wypadku program terapii zajęciowej był bardzo rozbudowany. W przypadku pacjentów badanych przez Bajer i Kwolek (2008)

terapia zajęciowa była jedynie jednym z mniej ważnych elementów rehabilitacji.

Podsumowanie

Przegląd wybranych publikacji na temat terapii zajęciowej w Polsce i na świecie ujawnił odmienności w rozumieniu samego terminu oraz szerokie spektrum związanych z nim obszarów badawczych. Wśród wielu kategorii pacjentów poddawanych tej terapii (młodzież i osoby dorosłe, osoby upośledzone i osoby niepełnosprawne ruchowo) na szczególną uwagę zasługują osoby starsze. W ich wypadku utożsamianie terapii zajęciowej przede wszystkim z usprawnianiem zawodowym jest nieuzasadnione. W wielu krajach opracowuje się i prowadzi systematyczne programy terapii zajęciowej dla osób starszych (np. Szwecja, USA). Potencjał tej formy usprawniania jest ogromny. Terapia zajęciowa nie tylko poprawia sprawność fizyczną, ale także funkcjonowanie społeczne, poznawcze i emocjonalne osób starszych.

Obecnie jednym z podstawowych filarów polityki społecznej dotyczącej osób starszych jest koncepcja aktywnego starzenia się. Najpełniejszą definicję tego terminu przedstawiła w 2002 r. Światowa Organizacja Zdrowia. Zgodnie z nią „aktywności nie należy kojarzyć wyłącznie [...] z pracą zawodową czy kondycją fizyczną, lecz odnosi się ona do wszelkich sfer życia: społecznej, gospodarczej, kulturalnej, duchowej i obywatelskiej” (Jurek, 2012, s. 9). Aktywne starzenie się ma na celu poprawę jakości życia osób starszych poprzez zwiększenie szans związanych z poprawą zdrowia i uczestnictwem w różnych sferach życia.

Jedną z możliwości zapobiegania izolacji i wykluczenia osób starszych jest właśnie terapia zajęciowa. Z definicji ma ona bowiem służyć jak najpełniejszej partycypacji w codziennych czynnościach, a co za tym idzie – zwiększaniu poczucia dobrostanu. Właściwie prowadzona terapia zajęciowa,

uwzględniająca założenia podejścia skoncentrowanego na kliencie, jak również działania w najbliższym otoczeniu osób starszych, urzeczywistnia zasadę *empowerment* – zwiększa samostanowienie osób doświadczających ograniczenia sprawności (Kowalik, 2007b, Schönbrodt i Veil, 2012, Wiliński, 2010).

Aby jednak terapia zajęciowa służyła tym celom, powinna być prowadzona w sposób uwzględniający potrzeby osoby jej poddawanej. Terapeuci powinni zatem traktować osobę starszą jako partnera interakcji terapeutycznej, a nie jedynie biernego jej odbiorcę (Kowalik, 1999). Niewątpliwie zaowocowałyby to lepszym dostosowaniem oferty terapii zajęciowej do potrzeb odbiorców i pełniejszym wykorzystaniem jej potencjału usprawniającego.

Strony internetowe poświęcone studiom w zakresie terapii zajęciowej na wielu uczelniach w Polsce informują, że są one prowadzone zgodnie ze standardami WFOT i ENOTHE. Jednak Polska nie należy do tych organizacji, a wypracowane przez nie standardy nie są u nas powszechnie stosowane. Uwzględnienie w polskiej praktyce terapeutycznej wiedzy i dokonań międzynarodowych stowarzyszeń terapii zajęciowej miałyby istotne znaczenie nie tylko dla rozwoju dyscypliny naukowej *occupational science*, ale także dla praktyki terapeutycznej.

Literatura

- Abramov, D. (2002). *People, demography and social exclusion*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Bach, D., Bach, M., Böhmer, F., Fruhwald, T. i in. (1995). Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*, 24(3), 222–226.
- Bajer, A., Kwolek, A. (2008). Ocena jakości życia osób starszych po udarze mózgu – doniesienie wstępne. *Fizjoterapia*, 16(1), 52–63.
- Brzezińska, A. I., Rosiński, D. i Rycielska, L. (2010). Aktywizacja lokalnych społeczności: miejsce

- dla osób z ograniczeniami sprawności. *Polityka Społeczna* – numer monograficzny pt.: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, 55–58.
- Campbell, A. J., Robertson, M. C., La Grow, S. J., Kerse, N. M. i in. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *British Medical Journal*, 331(7520), 817–834.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. i Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41–67.
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D. i in. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B(1), 60–63.
- Craen, A. J. M. de, Gussekloo, J. i Blauw, G. J. (2006). Randomised controlled trial of unsolicited occupational therapy in community-dwelling elderly people: the LOTIS trial. *PLOS Clinical Trials*, 1(1), e2. Pobrano z: <http://www.plosclinicaltrials.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pctr.0010002;jsessionid=FBF5D0CC16CA348BA4B70922A7A72826>
- Council of Occupational Therapists for the European Countries, www.cotec-europe.org
- Cumming, R. G., Thomas, M., Szonyi, G. i in. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *American Geriatrics Society*, 47(12), 1397–1402.
- George, J., Binns, V. E., Clayden, A. D. i Mulley, G. P. (1988). Aids and adaptations for the elderly at home: underprovided, underused, and undermaintained. *British Medical Journal*, 296(6633), 1365–1366.
- Glass, T. A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R. A. i Berkman, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 319(7208), 478–483.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D. i in. (1998). Occupation in lifestyle redesign: the well elderly study occupational therapy program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326–337.
- Jianu, A. i Macovei, S. (2012). The occupational therapy impact on the recovery of convalescent elderly people after an acute myocardial infarction. *Palestrica of the third millennium – Civilization and Sport*, 13(1), 23–26.
- Jurek, Ł. (2012). „Aktywne starzenie się” jako paradygmat w polityce społecznej. *Polityka Społeczna*, 3, 8–12.
- Kilhofner, G. (2002). *Nature of human occupation*. Baltimore–Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kowalik, S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego.
- Kowalik, S. (2007a). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kowalik, S. (2007b). Bariery utrudniające włączanie osób niepełnosprawnych w życie społeczne. Próba sformułowania nowego podejścia teoretycznego. *Nauka*, 3, 49–69.
- Kozaczuk, L. (1999). *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego.
- Krupa, A. i Szczecińska, K. (2009). Ocena przygotowania domów pomocy społecznej w Małopolsce do zapobiegania upadkom. *Gerontologia Polska*, 17(2), 85–94.
- Kuc, M. (2007). *Stosowanie terapii zajęciowej w procesie aktywizacji podopiecznego*. Radom: Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M. A., Opzoomer, A., Polatajko, H. i Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82–87.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D. i in. (1996). The Person–Environment–Occupation Model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23.
- Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M. A., Carswell, A. i Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurements issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 191–197.
- Lewis, S. C. (2003). *Elder care in occupational therapy*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Milanowska, K. (1982). *Techniki pracy w terapii zajęciowej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Nawrot, J. (1973). *Ergoterapia dziecka upośledzonego fizycznie*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

- Pros, C., Kjellberg, A. (2008). Supervision in occupational therapy regarding rehabilitation of elderly people in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(4), 221–229.
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D. i Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489–495.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz.U. 2005 nr 217 poz. 1837. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów.
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and the health in Portugal. *Social Science & Medicine*, 55(1), 33–45.
- Schönbrodt, B., Veil, K. (2012). Zjawisko wycofania społecznego w kontekście „aktywnego starzenia się”. Potrzeba działania i przykłady dobrych praktyk w Niemczech. *Problemy Polityki Społecznej*, 18, 63–76.
- Steultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter, L. M. i in. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*, 33(5), 453–460.
- Tobis, S., Kropińska, S. i Cyłkowska-Nowak, M. (2011). Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w aktywizacji osób starszych. *Geriatría*, 5, 194–198.
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997. Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776.
- Willis, E., Reynolds, L. E. i Keleher, H. (2009). *Understanding the Australian health care system*. Australia: Elsevier.
- Wiliński, M. (2010). Modelowe strategie pomocy osobom z ograniczeniami sprawności: medykalizacja – usprawnianie – włączanie. W: A. I. Brzezińska, R. Kaczan i K. Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności* (s. 60–95). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- World Federation of Occupational Therapists, www.wfot.org
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy N. U. i Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31–39.
- Żukowski, M. (2010). Unijna strategia integracji społecznej. *Polityka Społeczna*, 9, 2–7.