

Edyta Janus*

TERAPEUTA ZAJĘCIOWY I JEGO ROLA W PRACY Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, ZAGROŻONYMI WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

Abstrakt. Terapia zajęciowa jest formą rehabilitacji, która do niedawna nie znajdowała należnego uznania w dyskursie społecznym. Wynika to z faktu, że przez wiele dziesięcioleci w Polsce dyscyplina ta była w fazie stagnacji, a zadania terapeutów kojarzone były zwykle z realizowaniem zajęć z zakresu arteterapii, takich jak malowanie, praca z gliną czy tworzenie rękodzieła. Jednakże od kilku lat można zaobserwować powolne zmiany dokonujące się w obszarze tej dyscypliny, związane m.in. z możliwościami kształcenia terapeutów zajęciowych na poziomie akademickim, które mogą przyczynić się do dostrzeżenia potencjału, jaki terapia zajęciowa, rozumiana zgodnie z aktualnymi, światowymi trendami, może zaferować szerokiej rzeszy odbiorców. Jedną z tych grup stanowią osoby z niepełnosprawnością, które w sposób szczególnie zagrożone są wykluczeniem społecznym. W przeciwdziałanie ekskluzji tych osób z powodzeniem angażować się mogą terapeuci zajęciowi.

Celem niniejszego tekstu jest przedstawienie aktualnego rozumienia terapii zajęciowej w Polsce i na świecie oraz zarysowanie zmian dokonujących się w obszarze kształcenia terapeutów zajęciowych. Niezwykle istotne jest także przedstawienie możliwych działań, które w ramach swojej roli zawodowej mogą prezentować terapeuci zajęciowi, skoncentrowanych na przeciwdziałaniu wykluczeniu osób z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: profesjonalizacja, zawód, terapia zajęciowa, wykluczenie społeczne, niepełnosprawność.

1. Terapia zajęciowa w Polsce i na świecie

Już w najwcześniejszych manuskryptach, zarówno w kulturze Wschodu, jak i Zachodu, obecne było przekonanie, że zajęcie ujmowane jako ćwiczenia fizyczne, praca, rekreacja i zabawa są pożyteczne i wpływają na zdrowie fizyczne, psychiczne oraz dobrostan jednostek. Hipokrates już w IV w. p.n.e. wykazywał, że zdrowie jednostki zależy od obecnych w jej organizmie humorów: krwi, żółci,

* Katedra Terapii Zajęciowej, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków, e-mail: edyta.janus@awf.krakow.pl.

czarnej zółci oraz śluzu zwierzęcego (Digby 1985, za: Paterson 2008: 4). Na jego odkryciach bazował Galen, który podkreślał użyteczność angażowania osoby w zajęcie jako czynnika leczącego. Jednakże za właściwy początek terapii zajęciowej jako dyscypliny uznaje się wiek XVIII, kiedy to po raz pierwszy, za sprawą Phillipe Pinela i William Tuke'a, w ramach publicznego dyskursu poruszone zostały kwestie godnego traktowania więźniów i osób z zaburzeniami psychicznymi (Paterson 2008: 5). Propagowanie idei leczenia poprzez zaangażowanie w zajęcie miało miejsce także w wieku XIX. Wraz z początkiem kolejnego stulecia, a dokładnie w roku 1917, w USA powstało Amerykańskie Stowarzyszenie Wspierania Terapii Zajęciowej, nakierowane na organizowanie kursów i szkół terapii zajęciowej. Stowarzyszenie to prężnie funkcjonuje do dnia dzisiejszego pod nazwą Amerykańskie Towarzystwo Terapii Zajęciowej (AOTA)¹. W roku 1952, również w Stanach Zjednoczonych, proklamowano powstanie Światowej Federacji Terapeutów Zajęciowych (WFOT), która do dziś dba o standardy nauczania terapii zajęciowej w krajach członkowskich².

W Polsce terapia zajęciowa znana jest co najmniej od XIX w. Pierwszymi odbiorcami działań terapeutycznych były osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz wymagające rehabilitacji fizycznej. Rozwój terapii zajęciowej jako składowej szeroko rozumianej rehabilitacji nastąpił w Polsce dopiero po II wojnie światowej, co jest równoznaczne z poszerzeniem pola jej oddziaływań oraz wprowadzeniem właściwych dla niej technik, m.in. na oddziały psychiatryczne, gruźlicze, do placówek sanatoryjnych. Dla rozwoju terapii zajęciowej w Polsce istotne znaczenie miało utworzenie na początku lat 90. XX w. Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ) – placówki rehabilitacyjnej dla osób całkowicie niezdolnych do pracy zarobkowej. W konsekwencji zmian legislacyjnych aktualnie cel tych placówek stanowi realizacja zadań w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej, które są nakierowane na rozwój i poprawę sprawności osób z niepełnosprawnością po to, by umożliwić im prowadzenie niezależnego, samodzielnego życia. Warsztaty Terapii Zajęciowej są placówką, z którą terapia zajęciowa zwykle jest kojarzona. Jednakże można wskazać wiele innych podmiotów, w ramach których terapia zajęciowa również jest prowadzona. Są to m.in. domy pomocy społecznej, domy seniora, sanatoria, szpitalne oddziały psychiatryczne, ośrodki rehabilitacyjne, świetlice terapeutyczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady aktywności zawodowej (Janus 2016: 15).

Pojmowanie terapii zajęciowej w Polsce na wiele lat wyznaczyła definicja tej dyscypliny zaproponowana przez Kazimierę Milanowską, zgodnie z którą terapia zajęciowa oznacza pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych zlecone przez lekarza, a realizowane przez fachowców, które

¹ Więcej informacji na temat AOTA można uzyskać na oficjalnej stronie internetowej: www.aota.org.

² Szczegółowy opis działań WFOT można znaleźć na oficjalnej stronie internetowej: www.wfot.org.

są nakierowane na przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej (M i l a n o w s k a [red.] 1965). Za formy terapii zajęciowej uznano: ergoterapię (terapię przez pracę i rekreację, w której wykorzystuje się m.in. garncarstwo, hafciarstwo, wikliniarstwo, ogrodnictwo itd.), arteterapię (terapię przez sztukę) oraz socjoterapię (terapia ta obejmuje m.in. trening umiejętności społecznych i jest nakierowana na budowanie kompetencji niezbędnych do uczestnictwa w życiu społecznym, zwykle na poziomie grupy terapeutycznej).

Rozumienie to dalekie jest od standardów światowych, w których terapia zajęciowa koncentruje się przede wszystkim wokół umożliwienia osobie wykonywania ważnych i znaczących dla niej zajęć. Standardy te wyznaczane są przede wszystkim przez Światową Federację Terapeutów Zajęciowych (WFOT). Do krajów członkowskich, czyli tych, które stosują zalecenia WFOT w nauczaniu i praktykowaniu terapii zajęciowej, zaliczają się m.in. Stany Zjednoczone, Wenezuela, Australia, Zimbabwe, Zambia, Tajlandia, Japonia. Przykładowe kraje europejskie to m.in. Wielka Brytania, Szwajcaria, Szwecja, Estonia, Finlandia, Norwegia, Słowenia, Hiszpania, Portugalia, Austria, Belgia, Chorwacja, Armenia czy Czechy. Polska nie należy jeszcze do krajów członkowskich – aktualnie przygotowuje się dokumentację niezbędną do podjęcia starań o akces³. Warto jednak zaznaczyć, że program kształcenia realizowany na Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie, Wrocławiu i Warszawie przygotowany został z uwzględnieniem wspomnianych standardów⁴.

Dla właściwej percepcji istoty terapii zajęciowej niezbędne jest sprecyzowanie, co oznacza samo zajęcie. Według American Occupational Therapy Association (AOTA) zajęcie to zwykle rzeczy, które ludzie robią każdego dnia (AOTA 1997). To czynności, które są aktywne, celowe i znaczące dla jednostki, mające miejsce w określonym kontekście (M o l i n e u x 2009). Można wyróżnić zajęcia związane z: samoobsługą (*self-care*), takie jak: jedzenie, ubieranie się, czynności higieniczne itp.; czasem wolnym (*leisure*), do których zalicza się m.in. realizowanie hobby, spotkania ze znajomymi, udział w zajęciach sportowych oraz produktywnością (*productivity*), rozumianą jako podjęcie pracy zawodowej czy uczenie się.

Najważniejsze różnice dotyczące pojmowania i praktykowania terapii zajęciowej w Polsce i na świecie można odnieść do kilku punktów: rozumienie zajęcia, podejście do osoby korzystającej z pomocy, zaangażowanie bliskich w proces terapii, miejsce realizowania terapii, standardy kształcenia terapeutów.

Zgodnie ze światowymi standardami prowadzenia terapii zajęciowej człowiek jest istotą zajęciową. Wykonywanie ważnych i znaczących dla niego zajęć nadaje jego życiu sens, daje poczucie przydatności, umożliwia osiągnięcie zdrowia (T o w n s e n d, P o l a t a j k o [eds.] 2007). Identyfikacja zajęcia, którego

³ Działania te podejmują pracownicy Katedry Terapii Zajęciowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie oraz Polskiego Stowarzyszenia Terapii Zajęciowej.

⁴ Szerzej na ten temat w dalszej części niniejszego tekstu.

wykonywanie jest istotne dla danej osoby, wpisuje się w cele procesu terapeutycznego. W rozpoznaniu tychże zajęć pomocne są narzędzia diagnostyczne, m.in. kwestionariusz COPM (The Canadian Occupational Performance Measure), co można tłumaczyć jako Kanadyjska Miara Efektywności Zajęciowej⁵. W odniesieniu do aktualnej sytuacji w Polsce można stwierdzić, że zajęcie ujmowane w kontekście terapeutycznym odnosi się do wykonywania przedmiotów użytecznych i artystycznych w celu pozazarobkowym (K o w a l i k 2007: 139). Niestety, takie traktowanie zajęcia powoduje, że terapia zajęciowa utożsamiana jest głównie z arteterapią, co przyczynia się do jej minimalizowania w procesie rehabilitacji. Zajęcie potocznie oznacza także formę zagospodarowania czasu, tyle że wykonywane czynności niekoniecznie mają wtedy wymiar terapeutyczny – są realizowane po to, by uczestnicy nie odczuwali nudy. Jak słusznie można zauważyć, takie podejście ma niewiele wspólnego ze standardami światowymi właściwymi dla terapii zajęciowej.

Najważniejszym obiektem działań terapeutów powinien być uczestnik procesu. Zgodnie z nowoczesnymi trendami terapia powinna być prowadzona według Podejścia Skoncentrowanego na Osobie (Person Centered Practice) (P a r k e r 2006). Zdaniem Boise'a i White'a implementacja Podejścia Skoncentrowanego na Osobie w terapii zajęciowej oznacza zindywidualizowanie opieki opartej na realizowaniu potrzeb, doświadczeń i nawyków, które są znaczące dla każdego rezydenta (B o i s e , W h i t e 2004). W praktyce terapeutycznej oznacza to, że osoba zaangażowana jest w proces terapeutyczny, ma wpływ na podejmowane decyzje, a jej potrzeby są uwzględniane na każdym etapie terapii przez wszystkich specjalistów, z którymi ma kontakt. W kontekście praktyk stosowanych w Polsce nie można jednoznacznie stwierdzić, iż zdanie uczestnika terapii nie jest brane pod uwagę – dzieje się to jednak w dość ograniczonym zakresie. Uczestnik terapii nadal jest jedynie „wykonawcą zaleceń”.

Podobnie przedstawia się kwestia zaangażowania bliskich w proces terapii. W Podejściu Skoncentrowanym na Osobie bliscy uczestnika są uwzględniani na każdym z etapów procesu terapii zajęciowej. To oni są tymi, którzy najlepiej znają osobę, są z nią w kontakcie – stąd poznanie ich stanowiska stanowi element istotny dla podejmowanych działań. W warunkach polskich, niestety, rola rodziny jako ważnego sprzymierzeńca w procesie terapeutycznym została zauważona stosunkowo niedawno (C e c h n i c k i , S i a t k a 2012: 31). Angażowanie bliskich w podejmowane działania ma raczej charakter marginalny, chyba że dotyczy osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź dzieci.

W warunkach polskich terapia zajęciowa prowadzona jest zwykle w danej placówce, co oznacza, że osoba uczy się np. wykonywania danych czynności w określonych warunkach instytucjonalnych, które mogą zdecydowanie odbiegać od jej sytuacji domowej. Przykładowo, uczestnik warsztatów terapii zajęciowej

⁵ The Canadian Occupational Performance Measure (opis narzędzia dostępny w Internecie: <https://www.caot.ca/copm/index.htm>).

poruszający się na wózku uczy się przygotowywać posiłek w ramach treningu kulinarnego, używając zaadaptowanych narzędzi kuchennych, poruszając się w kuchni dostosowanej do jego potrzeb. Jednakże nabyte umiejętności nie mogą zostać wykorzystane w jego domu, ponieważ np. kuchnia nie jest przystosowana albo bliźcy wyęczają go w najprostszych czynnościach. Przedstawiony przykład pokazuje, że nieuwzględnianie warunków środowiska fizycznego i społecznego właściwego dla danej osoby sprawia, że podejmowane działania terapeutyczne są w szerszym wymiarze nieskuteczne. Inaczej jest np. w Stanach Zjednoczonych, Australii, Wielkiej Brytanii, Portugalii czy Krajach Skandynawskich, gdzie terapeuci zajęciowi pracują z klientem także w jego środowisku domowym. Ocena warunków mieszkalnych danej osoby, przestrzeni fizycznej, pozwala na lepszą ocenę sytuacji klienta oraz zaproponowanie adekwatnych rozwiązań, polegających na zaadaptowaniu mieszkania tak, by odpowiadało potrzebom danej osoby (np. likwidacja progów w mieszkaniu klienta, który porusza się na wózku, dostosowanie łazienki).

Niezwykle ważnym elementem różnicującym to, jak terapia zajęciowa praktykowana jest na świecie – a mówiąc dokładniej: w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii, krajach skandynawskich, krajach Beneluksu czy Gruzji i Czechach – jest także sposób edukowania terapeutów zajęciowych. Zmiany nakierowane na dostosowanie kształcenia do standardów światowych powoli (choć, niestety, w ograniczonym zakresie) dokonują się także w Polsce.

2. Kształcenie terapeutów zajęciowych w Polsce

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej za terapeutę zajęciowego uznaje się osobę, która: 1) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego; 2) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności „terapia zajęciowa”, obejmujące co najmniej 3 tys. godzin kształcenia, w tym 2 tys. godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych, obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych, i uzyskała tytuł licencjata.

Do roku 2012 kształcenie terapeutów zajęciowych w Polsce miało miejsce jedynie na poziomie średnim. Po ukończeniu cyklu kształcenia absolwenci uzyskiwali tytuł zawodowy. Kształcenie to jest prowadzone nadal, jednakże jego standardy nie są kompatybilne ze światowymi wytycznymi prowadzenia procesu terapii zajęciowej. W aktualnym programie nauczania dla zawodu terapeuty zajęciowego⁶ nie uwzględnia się modeli prowadzenia terapii zajęciowej czy treści

⁶ Program ten powstał na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. 2012, poz. 184)

szczególowych dotyczących prowadzenia terapii z określonymi grupami odbiorców, np. z problemami neurologicznymi, zaburzeniami psychicznymi, zagrożonych wykluczeniem, dziećmi mającymi trudności w uczeniu się itp.

Warto podkreślić, że od 2012 r. terapia zajęciowa zyskała status dyscypliny akademickiej za sprawą uruchomienia studiów licencjackich na trzech polskich uczelniach: Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu oraz Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Powstanie kierunku o profilu praktycznym na AWF-ach w Krakowie i Wrocławiu zostało poprzedzone trzyletnim kursem dla nauczycieli akademickich, którego celem było dostosowanie polskiego systemu kształcenia w zakresie terapii zajęciowej do standardów obowiązujących w krajach europejskich, ustalonych przez WFOT oraz European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE), wpisującej się w ramy Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC). Aktualnie studia licencjackie zgodne ze standardami WFOT są prowadzone na AWF-ach w Krakowie, Wrocławiu i Warszawie. Pozostałe polskie uczelnie prowadzące kierunek wdrażają w mniejszym czy większym stopniu niektóre elementy właściwe dla światowego rozumienia terapii zajęciowej, nie dysponują jednak przygotowaną i certyfikowaną kadrą, która mogłaby dzielić się wiedzą zgodną ze światowymi trendami.

Program kształcenia oferowany na AWF-ach w Krakowie, Warszawie i Wrocławiu obejmuje naukę umiejętności związanych z prowadzeniem procesu terapii zajęciowej dla różnych grup odbiorców. Gros zajęć ma charakter kliniczny, dzięki czemu studenci mają możliwość pracy w małych grupach w placówkach, gdzie jest prowadzona terapia zajęciowa. Treści przekazywane na zajęciach dotyczą m.in. anatomii, kinezylogii, patofizjologii, psychologii, psychiatrii, socjologii, komunikacji, języka migowego. Zajęcia kliniczne skupiają się m.in. wokół terapii zajęciowej w psychiatrii, pediatrii, ortopedii, neurologii, geriatrici, terapii osób z trudnościami w uczeniu się czy możliwości prowadzenia działań w środowisku społecznym. Ważne bloki obejmują zagadnienia dotyczące modeli terapii zajęciowej, rozwoju umiejętności terapeutycznych, dokumentowania swojego rozwoju zawodowego dzięki prowadzeniu portfolio.

Warto jeszcze raz podkreślić, że brakuje spójności między treściami obecnymi w programie kształcenia terapeutów na poziomie średnim, treściami propagowanymi na wymienionych trzech uczelniach, które posiadają kadrę znającą standardy WFOT oraz innymi uczelniami oferującymi kształcenie licencjackie.

Od roku 2015 absolwenci studiów licencjackich mogą kontynuować naukę terapii zajęciowej na studiach drugiego stopnia o profilu ogólnoakademickim, które zostały uruchomione w krakowskiej Akademii Wychowania Fizycznego

oraz rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. 2012, poz. 204).

im. Bronisława Czecha. Aktualnie jest to jedyna uczelnia w Polsce, która daje taką możliwość.

Brak spójności kształcenia powoduje trudności w implementowaniu zaktualizowanych praktyk. Pokazuje to sytuacja pierwszych absolwentów kierunku terapia zajęciowa, którzy w liczbie 54 ukończyli studia licencjackie na AWF Kraków i Wrocław w 2015 r.⁷ Osoby, które bezpośrednio po studiach podjęły pracę jako terapeuci zajęciowi sygnalizują, że mają trudności z aplikowaniem wiedzy zdobytej podczas studiów ze względu na „tradycyjny” wizerunek terapeuty, kojarzący się z tylko z arteterapią. Wynika to głównie z niewiedzy pracodawców dotyczącej zadań, które może realizować terapeuta zajęciowy. Terapeuci wykształceni według nowych standardów zgłaszają również, że ich rola w procesie rehabilitacji pacjentów jest minimalizowana. Zaistniała sytuacja stanowi wyzwanie dla promowania zrewidowanego rozumienia terapii wśród terapeutów zajęciowych, którzy realizują swoje zadania zawodowe od lat, ich pracodawców, a także samych odbiorców działań terapeutycznych. Szansą na propagowanie nowoczesnej terapii zajęciowej jest zwiększająca się liczba absolwentów kierunku. Pierwsza grupa, licząca 54 osoby, ukończyła studia w 2015 r. Łącznie z absolwentami, którzy ukończyli studia w roku 2016 liczba ta wzrosła ponad dwukrotnie. Niezbędne są też odpowiednie działania podmiotów mających wpływ na politykę kształcenia terapeutów zajęciowych.

3. Zadania terapeuty zajęciowego w pracy z osobami z niepełnosprawnością, zagrożonymi wykluczeniem społecznym

Terapeuci zajęciowi w swoich działaniach, jak już zaznaczono, koncentrują się na umożliwieniu osobie wykonywania ważnych i znaczących dla niej zajęć. Pomagają jej również w partycypacji w życiu społecznym, zapobiegając wykluczeniu społecznemu oraz tzw. niesprawiedliwości zajęciowej (*occupational injustice*). Mianem niesprawiedliwości zajęciowej określa się w terapii zajęciowej ograniczenie możliwości rozwoju jednostki, ograniczenie jej wyborów związanych z podejmowaniem różnych zajęć, które ta osoba uważa za najbardziej użyteczne i wartościowe dla siebie, swojej rodziny lub społeczności (Townsend, Polatajko [eds.] 2007). Niesprawiedliwość zajęciowa ma miejsce wtedy, kiedy uczestnictwo osoby jest dewaluowane, marginalizowane i/lub ograniczane (Townsend, Whiteford 2005). Jedną z konsekwencji niesprawiedliwości zajęciowej może być wykluczenie społeczne, co jest szczególnie widoczne w przypadku osób z niepełnosprawnością.

⁷ Zgodnie z danymi z badań własnych, realizowanych w latach 2015–2016 (wyniki opublikowane – zob. Janus 2016: 176–185).

Wielość sposobów ujmowania niepełnosprawności powoduje, że podjęcie próby ujednoczenia jej definicji wydaje się zadaniem karkołomnym (Wolski 2010). Podobnie prezentuje się kwestia klasyfikacji form i rodzajów niepełnosprawności. Nie ulega jednak wątpliwości, że niepełnosprawność – niezależnie od jej formy – niesie określone konsekwencje dla osoby jej doświadczającej. Oprócz różnorodnych ograniczeń związanych z możliwościami wykonywania określonych czynności (np. poruszania się, wykonywania codziennych zajęć) na plan pierwszy wysuwają się konsekwencje psychospołeczne, które dotyczą jednostkę (McKenna 2009). Można przyjąć, że sedno doświadczania niepełnosprawności dotyczy ograniczenia działania indywidualnego i uczestnictwa w życiu społecznym. Takie podejście daje podstawę do podejmowania odpowiednich działań pomocowych skierowanych do osoby zmagającej się z utratą bądź ograniczeniem sprawności. Jednym ze specjalistów, który w owe działania może być zaangażowany jest terapeuta zajęciowy. Jeżeli punkt odniesienia stanowi uszkodzenie organizmu, to interwencje te mogą być nakierowane na zabiegi lecznicze, rehabilitacyjne. Terapeuta działa tutaj zwykle jako członek zespołu interdyscyplinarnego, współpracując z lekarzem, pielęgniarką, fizjoterapeutą. W przypadku ograniczonej aktywności osoby z niepełnosprawnością podejmowanie interwencji powinno mieć na celu umożliwienie realizacji danej aktywności w możliwym dla osoby stopniu, edukowanie w zakresie sposobów jej realizowania (np. osoba, która nie może chodzić, uczy poruszać się na wózku). Działanie to może być realizowane zarówno w ramach konkretnej placówki, jak i w środowisku domowym danej osoby. W przypadku ograniczenia uczestnictwa w życiu społecznym kluczowe powinno być podejmowanie oddziaływań ukierunkowanych na inkluzję osoby z niepełnosprawnością.

Zadania terapeuty zajęciowego nakierowane na włączanie uczestnika terapii do życia społecznego mogą przyjmować formy: 1) pracy indywidualnej z uczestnikiem; 2) pracy z rodziną uczestnika terapii; 3) realizowania idei *empowerment*.

Zgodnie z ideą terapii zajęciowej indywidualna praca z osobą powinna opierać się na identyfikacji ważnego i znaczącego dla danej osoby zajęcia oraz umożliwieniu jej jego realizacji. Ważne miejsce zajmuje realistyczne ustalenie celów terapeutycznych z uwzględnieniem możliwości uczestnika. Realizacja ważnego zajęcia bądź jego zmodyfikowanie tak, by było możliwe do wykonania, przekłada się na wzrost dobrostanu jednostki i poprawę jej samooceny. Postrzeganie siebie przez pryzmat posiadanych zasobów (umiejętności) sprzyja podjęciu przez jednostkę uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym.

Współpraca z rodziną uczestnika terapii powinna zajmować ważne miejsce wśród zadań realizowanych przez terapeuta zajęciowego. Najbardziej oczywistym aspektem tej współpracy jest pozyskiwanie informacji o danej osobie, analiza możliwości wsparcia, które może zapewnić rodzina, a także zachęcanie jej do uczestnictwa w sieciach społecznych. Głos rodzin powinien coraz mocniej wybrzmiewać przy formułowaniu oczekiwań dotyczących współpracy ze

specjalistami. To bliscy spędzają najwięcej czasu z osobą z niepełnosprawnością, dlatego też ich zdanie, do wyrażania którego powinni być zachęceni, powinno być uwzględniane w procesie pomagania, jak również w dyskursie społecznym dotyczącym osób z niepełnosprawnością.

Trzecia grupa działań, które powinien realizować terapeuta zajęciowy w pracy z osobami z niepełnosprawnością, polega na realizowaniu idei *empowerment* (wzmacniania). *Empowerment* oznacza poczucie wpływu jednostki na jej codzienne życie i możliwość uczestnictwa we wspólnocie. W odniesieniu do małych grup wpisuje się w kategorię doświadczenia. Na poziomie wspólnotowym obejmuje wykorzystanie określonych zasobów i strategii korespondujących z kontrolą społeczną (R a p p a o r t 1987). Zdaniem Zimmermana osoby, które mają kształtować swoją podmiotowość, muszą mieć świadomość swoich możliwości w tym zakresie, co wymaga od nich przede wszystkim ukształtowania poczucia kontroli nad swoim życiem (Z i m m e r m a n 1990). *Empowerment* wiąże się z angażowaniem osób do uczestnictwa w sieciach społecznych. Elementem sprzyjającym społecznemu zaangażowaniu mogą być różnego rodzaju działania nakierowane na integrację i budowanie zasobów kapitału społecznego, które może wspierać terapeuta zajęciowy. Pollard i Kronenberg mówią o „budowaniu mostów” poprzez realizowanie projektów o charakterze artystycznym czy społecznym (P o l l a r d, K r o n e n b e r g 2008). Na najprostszym poziomie działania terapeutów mogą przyjmować postać edukowania społeczności lokalnej o potrzebach osób z niepełnosprawnością. Promowaniu powinien podlegać także ich wizerunek jako ludzi posiadających określone zasoby i potencjał społeczny, które powinny być dostrzegane m.in. na rynku pracy.

4. Wyzwania dla rozwoju terapii zajęciowej

Rozwój terapii zajęciowej w Polsce jako nie tylko dyscypliny akademickiej, lecz przede wszystkim dyscypliny o wymiarze praktycznym stanowi swoiste wyzwanie. Jak mówią specjaliści zajmujący się wdrażaniem zmian – wprowadzenie „nowego” wymaga wyjścia poza strefę komfortu, czyli tego, co znane i oswojone, w kierunku tego, co nowe i często budzące lęk. Punkt wyjścia stanowi konieczność zrewidowania samego pojmowania terapii zajęciowej – nie może to być forma „zajmowania czasu”, lecz jego właściwe wykorzystanie po to, by umożliwić odbiorcy usług terapeuty realizowanie zajęcia, które jest dla niego ważne, znaczące i potrzebne. Uaktualnienia wymaga też określenie zadań, jakie powinni realizować terapeuci, do tej pory pracujący głównie w placówkach, koncentrujący się na osobie, z którą pracują. Brakuje uwzględniania szerszego kontekstu, jaki stanowi chociażby społeczność lokalna. Realizowanie włączania społecznego osób z niepełnosprawnością, m.in. przez terapeutów zajęciowych, można obserwować w wielu krajach Europy, np. Szwecji, Norwegii, Holandii, Wielkiej Brytanii,

Czechach i Gruzji. Terapeuci są zaangażowani i sami aranżują projekty społeczne, lobbują na rzecz grup, z którymi pracują. Zajmują się edukowaniem szeroko pojętej społeczności, w jaki sposób wspierać osoby z niepełnosprawnością.

Jak już wspomniano, obecnie w Polsce ponad 150 osób z tytułem zawodowym licencjata zna światowe standardy prowadzenia terapii zajęciowej, dysponuje odpowiednią wiedzą i umiejętnościami. Liczba ta systematycznie rośnie. Pozostaje mieć nadzieję, że wysiłki osób zaangażowanych w promowanie zaktualizowanej wizji dyscypliny – a co za tym idzie, implementowanie nowoczesnych praktyk – przyniesie oczekiwany efekt.

Bibliografia

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (1997), *Statement – Fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity and function*, “American Journal of Occupational Therapy”, No. 51 (10), s. 864–866.
- Boise L., White D. (2004), *The family role in person centered care: practice considerations*, “Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service”, No. 92 (5), s. 12–20.
- Cechnicki A., Siatka D. (2012), *Związki między rehabilitacją a leczeniem w psychiatrii*, [w:] A. Klimek (red.), *Terapia zajęciowa – perspektywa międzynarodowa*, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków, s. 25–34.
- Janus E. (2016), *Profesjonalizacja zawodu terapeuty zajęciowego w Polsce – od edukacji do praktyki*, [w:] E. Barnaś (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Tarnów, s. 176–185.
- Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Mc Kenna J. (2009), *Psychosocial support*, [w:] M. Curtin, M. Molineux, J. Supyk-Mellson (eds.), *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Enabling Occupation*, Elsevier, Edinburgh, s. 189–210.
- Milanowska K. (red.) (1965), *Terapia zajęciowa*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Molineux M. (2009), *The nature of occupation*, [w:] M. Curtin, M. Molineux, J. Supyk-Mellson (red.), *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Enabling Occupation*, Elsevier, Edinburgh, s. 17–26.
- Parker D. (2006), *The client – centered frame of reference*, [w:] E. Duncan, *Foundations for Practice in Occupational Therapy*, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh, s. 193–215.
- Paterson C. F. (2008), *A short history of occupational therapy in psychiatry*, [w:] J. Creek, L. Lougher (eds.), *Occupational Therapy and Mental Health*, Churchill Livingstone, Elsevier, Edinburgh, s. 3–16.
- Pollard N., Kronenberg F. (2008), *Working with people on the margins*, [w:] J. Creek, L. Lougher (eds.), *Occupational Therapy and Mental Health*, Churchill Livingstone, Elsevier, Edinburgh, s. 557–572.
- Rappaport J. (1987), *Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology*, “American Journal of Community Psychology”, No. 15 (2), s. 121–148.
- Townsend E., H. Polatajko (eds.) (2007), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*, Canadian Association of Occupational Therapists, Ottawa.

- Townsend E., Whiteford G. (2005), *A participatory occupational justice framework: Population based processes of practice*, [w:] F. Kronenberg, S. S. Algado, N. Pollard (eds.), *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*, Elsevier, London, s. 110–116.
- Wolski P. (2010), *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Zimmerman M.A. (1990), *Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment*, "Journal of Research in Personality", No. 23, s. 71–85.

Edyta Janus

THE OCCUPATIONAL THERAPIST AND HIS ROLE IN THE WORK WITH PERSONS WITH DISABILITY, THREATENED WITH THE SOCIAL EXCLUSION

Abstract. Occupational therapy is a form of rehabilitation, which since recently was not recognized as the vital subject of the social discourse. This is due to the fact that for many decades in Poland this discipline was stagnating, and the tasks therapists were usually identified with art therapy. However, for a few years one can see slow changes in occupational therapy. One of them is the education of occupational therapists at an academic level, which can contribute to the acknowledgment of the potential of occupational therapy. One of the groups to which occupational therapists can direct their actions are people with disabilities, which in particular are at risk of social exclusion.

This paper presents the current understanding of occupational therapy in Poland and in the world. The text describes the changes taking place in the area of training therapists in Poland and indicates what actions focused on combating social exclusion of people with disabilities can make occupational therapists a part of their professional role.

Keywords: professionalization, profession, occupational therapy, social exclusion, disability.