

JULIA ANASTAZJA SIENKIEWICZ-WIŁOWSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu

DOSTOSOWANIE OFERTY TERAPII ZAJĘCIOWEJ DO POTRZEB OSÓB STARSZYCH A ICH SAMOPOCZUCIE

ABSTRACT. Sienkiewicz-Wilowska Julia Anastazja, *Dostosowanie oferty terapii zajęciowej do potrzeb osób starszych a ich samopoczucie* [Occupational Therapy Offer Goodness of Fit to Needs of Elderly People and Well-Being]. Studia Edukacyjne nr 32, 2014, Poznań 2014, pp. 169-188. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2837-0. ISSN 1233-6688

The article presents the results of studies on the influence of matching occupational therapy offer to the needs of elderly people and the impact of this matching on their well-being. The study involved 60 people attending occupational therapy in Adult Day Care Centers in Poznań. The research was conducted with the use of the author's *Evaluation of Well-being Questionnaire*, which includes 6 scales that investigate functioning in the following spheres: social, emotional, cognitive, physical, sense of personal development, and self-acceptance. Reports included standardized interviews with occupational therapists. Interviews respecting occupational therapy purposes and methods applied in this kind of elicitation. The results of this study highlight three cluster centers – cluster A (n = 5): people with malaise in all tested dimensions; cluster B (n = 15): people threatened by malaise and cluster C (n = 35): people with good well-being. Being male and a higher level of education turned out to be a risk factor. Interviews with occupational therapists confirm a poor adaptation of the activities offered to the needs of, in particular, men and the better educated.

Key words: education of elderly people, late adulthood, occupational therapy, offer-needs goodness of fit, well-being

Osoby starsze stanowią coraz większy procent polskiego społeczeństwa. W 1990 roku tzw. współczynnik obciążenia osobami starszymi (tj. liczba osób w wieku 65+ w stosunku do osób w wieku produkcyjnym 16-65 lat \times 100) wynosił 15,4 punktów, a w 2007 wzrósł do 19 punktów¹. Ta tendencja jest przede wszystkim efektem wzrostu średniej długości życia. Sprawia to,

¹ M. Boni (red.), *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, Warszawa 2009.

że stale przybywa osób w wieku emerytalnym, którym trzeba zapewnić możliwość podejmowania różnorodnej aktywności. Istotną rolę w tym zakresie pełnią działania prewencyjne, które zapobiegają pogarszaniu sprawności osób w starszym wieku², a także różnorodne formy aktywizacji tak ich, jak i osób z najbliższego środowiska społecznego, w tym członków rodzin i opiekunów, czy pracowników socjalnych³. Szczególną rolę w tym zakresie pełni terapia zajęciowa, która jako forma usprawniania prowadzona jest między innymi w Dziennych Domach Pomocy Społecznej. Istotne wydaje się jednak pytanie, na ile jest ona dostosowana do potrzeb osób starszych i czy wpływa, zgodnie z założeniami, na poprawę ich samopoczucia.

Problem

Wedle *World Federation of Occupational Therapists* – WFOT⁴, terapia zajęciowa jest skoncentrowaną na kliencie formą usprawniania, polegającą na wspieraniu zdrowia i dobrostanu człowieka poprzez różnego typu zajęcia. Poza Polską, w krajach zrzeszonych w WFOT, w ramach terapii zajęciowej wykorzystuje się przede wszystkim takie aktywności i zajęcia, które są podejmowane na co dzień przez osobę usprawnianą. Terapia zajęciowa ma bowiem na celu umożliwienie jak najlepszego uczestnictwa w aktywnościach codziennego życia, czyli takich, które osoby starsze podejmują najczęściej dla zaspokojenia różnych swoich potrzeb. Terapeuci zajęciowi pracują nie tylko w instytucjach związanych z opieką socjalną czy zdrowotną, ale przede wszystkim w indywidualnych domach i coraz częściej w środowisku lokalnym. Polska nie należy jednak do organizacji WFOT, nie należy też do *Council of Occupational Therapists for the European Countries* – COTEC⁵, zatem w sensie formalnym nie musi tych standardów spełniać.

W książce poświęconej zastosowaniu terapii zajęciowej w opiece nad osobami starszymi, zatytułowanej *Elder care in occupational therapy*, Sandra Cutler Lewis pisze⁶, iż można wyodrębnić tzw. gerontologiczną terapię zaję-

² J. Jackson et al., *Occupation in lifestyle redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program*, *The American Journal of Occupational Therapy*, 1998, 52(5), s. 326-337; F. Clark i in., *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*, 2001, 56B(1), s. 60-63; D.X. Marquez et al., *Health promotion for successful aging*, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2009, 3(1), s. 12-19.

³ J.A. Wilowska, *Uczenie się od nauczyciela i od rówieśników w procesie edukacji artystycznej podejmowanej w okresie późnej dorosłości*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, red. A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007, s. 147-167.

⁴ WFOT – www.wfot.org

⁵ COTEC – www.cotec-europe.org

⁶ S.C. Lewis, *Elder care in occupational therapy*, Thorofare 2003.

ciową (ang. *gerontic occupational therapy*). Jest to osobna dziedzina w ramach terapii zajęciowej, poświęcona wyłącznie osobom starszym. Terapię zajęciową definiuje ona jako naukę i sztukę pomagania ludziom w wykonywaniu codziennych czynności, które są dla nich ważne, pomimo ich upośledzenia czy niepełnosprawności. Jest ona związana z działaniami, które są znaczące i potrzebne z perspektywy jednostki, a nie tylko jej otoczenia. Zajęcia włączane do terapii zajęciowej można według tej autorki podzielić na trzy podstawowe obszary: (1) czynności dnia codziennego (ang. *activities of daily living*), (2) praca i czynności produktywne (ang. *work and productive activities*) oraz (3) gry i rekreacja (ang. *play and leisure activities*). Powołując się na znaczną liczbę przeprowadzonych badań, wyróżniła ona także różne podejścia w ramach gerontologicznej terapii zajęciowej oraz powiązane z nimi metody działania terapeutów zajęciowych, takie jak: podejście oparte na wspólnocie i koordynacji usług pomagające odkryć i właściwie wykorzystać wszelkie zasoby środowiskowe; podejście ergonomiczne; podejście prewencyjne, w tym zapewnianie bezpieczeństwa, także fizycznego w miejscu zamieszkania oraz likwidacja barier środowiskowych poprzez współpracę z architektami i designerami⁷.

Badania dotyczące terapii zajęciowej koncentrują się najczęściej wokół tematyki wykorzystania terapii zajęciowej w celu zapobiegania upadkom⁸, stosowania urządzeń wspomagających funkcjonowanie osób starszych⁹, na poprawie jakości życia, poprawie partycypacji społecznej, ale nierzadko też poświęcone są analizom konkretnych programów terapeutycznych oraz w czym i jak pomagają one osobom starszym¹⁰.

Dobrym przykładem jest praca Jeanne Jackson i współpracowników¹¹, wychodząca z założenia, że terapię zajęciową można wykorzystać do tworzenia innowacyjnych metod leczenia. Prezentują oni eksperymentalny program prewencyjny dla osób starszych, którzy żyją w społeczności, opracowany w celu wzmacniania ich zdrowia i funkcjonowania psychospołecznego. Takich publikacji odnośnie poprawy bezpieczeństwa w środowisku domowym, przy zastosowaniu terapii zajęciowej, w szczególności w celu zapo-

⁷ Tamże, s. 24-32; por. przykłady w pracy: M. Błaszak, A.I. Brzezińska, Ł. Przybylski, *Strategie podwyższania jakości życia osób niepełnosprawnych: perspektywa neurokognitywistyki rozwojowej*, Nauka, 2010, 1, s. 115-138.

⁸ A.J. Campbell i in., *Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥75 with severe visual impairment: the VIP trial*, *British Medical Journal*, 2005, 331(7520), s. 817-834.

⁹ J. George i in., *Aids and adaptations for the elderly at home: underprovided, underused, and undermaintained*, *British Medical Journal*, 1988, 296, s. 1365-1366.

¹⁰ Na przykład: E.M.J. Steultjens i in., *Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review*, *Age and Ageing*, 2004, 33(5), s. 453-460.

¹¹ J. Jackson, M. Carlson, D. Mandel, R. Zemke i in., *Occupation in lifestyle redesign*, s. 326-337.

biegania upadkom, można znaleźć wiele, jak choćby publikacja Roberta G. Cumminga i innych¹², dotycząca wpływu domowych wizyt terapeutów zajęciowych na zmniejszenie liczby upadków poprzez zredukowanie różnego rodzaju zagrożeń środowiskowych, tak w domu jak i w jego otoczeniu.

W Polsce terapia zajęciowa bywa wiązana najczęściej z rehabilitacją zawodową¹³ lub uznawana jest za formę ogólnego usprawniania i aktywizacji¹⁴. W konsekwencji, istotne różnice występują także w terapii zajęciowej stosowanej w usprawnianiu osób starszych. Zajęcia proponowane tym osobom, chociażby w Dziennych Domach Pomocy Społecznej, są w mniejszym stopniu zindywidualizowane i nierzadko mają niewiele wspólnego z codzienną ich aktywnością. Nie uwzględniają także interwencji w domu oraz najbliższym środowisku fizycznym i społecznym. W Polsce, w ramach terapii zajęciowej stosuje się przede wszystkim elementy arteterapii (malarstwo, rysunek, muzykoterapię, dramaterapię), ergoterapię (garncarstwo, tkactwo, stolarstwo) oraz wąsko rozumianą socjoterapię i czasami elementy kinezyterapii (terapii ruchem).



Ryc. 1. Diagnoza jako podstawa opracowywania indywidualnego programu wsparcia osoby starszej

¹² R.G. Cumming i in., *Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention*, American Geriatrics Society, 1999, 47(2), s. 1397-1402.

¹³ S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 139.

¹⁴ K. Milanowska, *Techniki pracy w terapii zajęciowej*, Warszawa 1982.

Jakkolwiek, wedle wielu niepolskich teoretyków terapii zajęciowej, szczególnie silnie podkreślane są związki treści i formy zajęć ze specyfiką środowiska funkcjonowania osoby starszej oraz konieczność uwzględniania w terapii zajęciowej dynamicznej wielowątkowej relacji „osoba – środowisko – zajęcie”¹⁵, w Polsce zalecenia te nie są dostatecznie respektowane. W poradniku metodycznym dla osób prowadzących terapię zajęciową w Domach Pomocy Społecznej Lucyna Kozaczuk w ramach zajęć związanych z codzienną aktywnością wymienia jedynie ścielenie łóżek, gotowanie, sprząatanie pokoju i pracę w ogrodzie¹⁶. Niewątpliwie, istotne byłoby także zwracanie większej uwagi na aktualne oraz potencjalne, czyli ujawniane przy odpowiednim wsparciu poznawczym, emocjonalnym bądź społecznym, możliwości i zasoby osób starszych¹⁷. Oferta terapii zajęciowej powinna zatem w jak największym stopniu uwzględniać codzienną, podejmowaną systematycznie, aktywność, zainteresowania oraz indywidualne potrzeby i aspiracje, ale także preferencje każdej osoby (por. ryc. 1).

Szczegółnej rozwagi wymaga to w przypadku osób przebywających na stałe w Domach Pomocy Społecznej, gdzie ich aktywność jest często bardzo ograniczona, silnie kontrolowana i przez to mało urozmaicona, a w efekcie niedostosowana do ich realnych potrzeb. Dotyczy to także osób uczęszczających na zajęcia do Dziennych Domów Pomocy Społecznej, ale mieszkających we własnych domach. W ich przypadku potrzeby odnośnie do zróżnicowania podejmowanych zajęć oraz przypisywanych im indywidualnie znaczeń są szczególnie duże. Dlatego, podstawą zaprojektowania odpowiedniej formy pomocy, jak w przypadku osób doświadczających ograniczenia sprawności niezależnie od wieku, jest jak najpełniejsza diagnoza obejmująca także fizyczne i społeczne środowisko życia osoby, która ma być beneficjentem opracowanego programu wsparcia czy programu specjalistycznej pomocy¹⁸.

¹⁵ M. Law i in., *The Person-Environment-Occupation Model: a transactive approach to occupational performance*, Canadian Journal of Occupational Therapy, 1996, 63(1), s. 9-23.

¹⁶ L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w Domach Pomocy Społecznej. Przewodnik metodyczny*, Katowice 1999, s. 42.

¹⁷ A.I. Brzezińska, J.A. Wilowska, *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, [w:] *Pomyślna starość*, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Poznań 2010, s. 45-55; A.I. Brzezińska, J.A. Sienkiewicz-Wilowska, S. Wójcik, *Opiekun jako mediator w środowisku fizycznym i społecznym seniora: perspektywa psychologii pozytywnej*, [w:] *Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie. Różne oblicza starości*, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Poznań 2011, s. 119-128.

¹⁸ Por.: A.I. Brzezińska, J. Wojciechowska, B. Ziółkowska, *Podstawy konstruowania projektów pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia*, Polityka Społeczna – numer monograficzny pt.: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, 2010, s. 51-54; A.I. Brzezińska, J. Wojciechowska, B. Ziółkowska, *Diagnoza jako pod-*

Powinna ona obejmować jednak nie tylko potrzeby i możliwości, ale także aspiracje, preferencje oraz indywidualne oczekiwania każdej osoby.

Istotne są zatem następujące pytania, na które odpowiedzi poszukiwano w przeprowadzonych badaniach:

1. Czy działania proponowane osobom starszym w ramach terapii zajęciowej w DDPS-ach są dobrane adekwatnie nie tylko do ich potrzeb, ale także aspiracji oraz posiadanych kompetencji, a co za tym idzie – czy wpływają na kształtowanie się ich dobrego samopoczucia?

2. Czy istnieją jakieś „grupy ryzyka”, dające się wyróżnić ze względu na płeć, wykształcenie, czy długość uczęszczania do DDPS, które są zagrożone szczególnie niskim samopoczuciem (jako wskaźnikiem braku dostosowania oferty do potrzeb)?

Osoby badane

Badania przeprowadzono w styczniu 2013 roku we wszystkich samodzielnych Dziennych Domach Pomocy Społecznej w Poznaniu, zrzeszonych (poza jednym) w ramach Zespołu Dziennych Domów Pomocy Społecznej. Badaniami nie zostały objęte dwa Dienne Domy Pomocy Społecznej, będące częścią DDPS-ów oferujących opiekę całodobową.

Przebadano 60 uczestników terapii zajęciowej, w tym 46 kobiet (77%) i 14 mężczyzn (23%); w sumie stanowili oni 60% uczestników z około 100 uczęszczających na terapię zajęciową w DDPS-ach. Z analizy wyłączono cztery kwestionariusze, ze względu na ich błędne wypełnienie. Ponadto, jedną osobę – na podstawie zastosowanej analizy skupień – wyłączono ze względu na skrajnie niskie wyniki (był to mężczyzna w wieku 79 lat z wykształceniem wyższym¹⁹). Dalszej analizie poddano zatem 55 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy.

Badane osoby były w wieku 57-91 lat. Dominowały osoby z wykształceniem podstawowym (10 osób), zawodowym (17) i średnim (22). Jedynie trzy osoby miały wykształcenie pomaturalne, a osiem wyższe. Czas uczęszczania osób badanych do DDPS-ów był bardzo zróżnicowany (minimum – 1 miesiąc, maksimum – 27 lat, średnio – 6 lat).

Narzędzie badawcze: *Kwestionariusz Oceny Samopoczucia (KOS)*. Zostało ono przygotowane na potrzeby tego badania i ma postać kwestionariu-

stawa budowania projektów zmiany sytuacji osób z ograniczeniami sprawności, *Polityka Społeczna* – numer monograficzny, s. 45-48.

¹⁹ Por.: J.A. Sienkiewicz-Wilowska, *Samopoczucie w okresie późnej dorosłości u uczestników terapii zajęciowej w Dziennych Domach Pomocy Społecznej*, *Studia Psychologiczne*, 2013, 51(3), s. 19-44.

sza. Bada on samopoczucie osoby starszej, kształtujące się w efekcie uczęszczania na terapię zajęciową. Składa się z 30 stwierdzeń. Badani określali, czy zgadzają się z danym twierdzeniem na pięciostopniowej skali Likerta, w której „5 pkt” oznaczało „tak”, a „1 pkt” – „nie”²⁰.

Kwestionariusz zawiera Instrukcję (*Poniżej znajdują się określenia związane z korzyściami wynikającymi z uczęszczania na terapię zajęciową. Proszę określić, na ile zgadza się Pani/Pan z poniższymi określeniami. Proszę podkreślić określenie najlepiej oddające Pani/Pana opinię*) oraz sześć skal badających:

(1) funkcjonowanie społeczne (FS), np. *Czuje się członkiem grupy; Nawiązuję kontakty z ludźmi i wspólnie spędzam z nimi czas; Mam możliwość podzielenia się swoimi problemami z innymi;*

(2) funkcjonowanie emocjonalne (FE), np. *Uzyskuję wsparcie emocjonalne; Odczuwam pozytywne emocje;*

(3) funkcjonowanie poznawcze (FP), np. *Poprawiam umiejętność skupiania się na wykonywanych zadaniach; Poprawiam swoją pamięć;*

(4) funkcjonowanie fizyczne (FF), np. *Utrzymuję dotychczasową sprawność fizyczną; Zwiększam możliwości ruchowe rąk;*

(5) poczucie osobistego rozwoju (OR), np. *Lepiej rozpoznaję przyczyny i skutki własnych i cudzych działań; Rozwijam różne swoje umiejętności;*

(6) samoakceptację (SA), np. *Łatwiej akceptuję swoje ograniczenia; Uważam, że odnoszę sukcesy.*

Ponadto, z terapeutami zajęciowymi przeprowadzono standaryzowany wywiad dotyczący form rehabilitacji i terapii proponowanych przez DDPS-y, ze szczególnym uwzględnieniem terapii zajęciowej i stosowanych w jej ramach metod pracy. Pytania miały charakter otwarty, np.: *jakie cele realizuje terapia zajęciowa stosowana w usprawnianiu osób starszych?; jakie efekty usprawniające osoby w okresie późnej dorosłości pragnie się osiągnąć?; jakie techniki stosuje się podczas pracy z osobami starszymi?* Odpowiedzi udzieliło 6 terapeutek zajęciowych, jedna ankieta była niekompletna.

Analiza wyników

(1) Poziom zróżnicowania badanej grupy osób starszych pod względem profilu wymiarów samopoczucia. W celu wyodrębnienia podgrup osób różnych jakościowo pod względem badanych wymiarów samopoczucia zastosowano metodę analizy skupień na przypadkach według metody k-średnich. Przeprowadzono ją na wynikach standaryzowanych „z”. Wszyst-

²⁰ Por. szerszy opis narzędzia w: tamże.

kie badane wymiary istotnie różnicowały przynależność osób do trzech wyodrębnionych w wyniku tej analizy skupień, czyli odmiennych jakościowo podgrup (tab. 1).

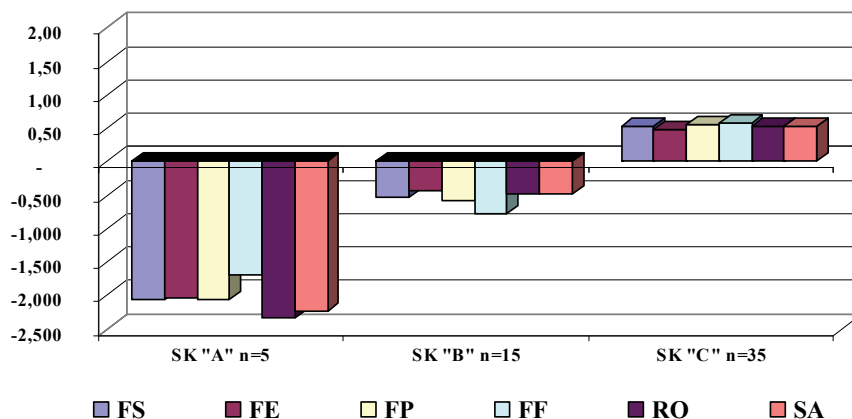
Tabela 1

Wyniki analizy wariancji dla metody k-średnich (wyniki standaryzowane „z”; n = 55)

Badany obszar	Skupienie – śr. kwadrat	df	Błąd – średni kwadrat	df	F	p
1. FS	17,882	2	,351	52	50,995	p < 0,001
2. FE	15,901	2	,427	52	37,251	p < 0,001
3. FP	18,640	2	,322	52	57,973	p < 0,001
4. FF	17,460	2	,367	52	47,586	p < 0,001
5. RO	20,411	2	,253	52	80,545	p < 0,001
6. SA	19,247	2	,298	52	64,548	p < 0,001

Źródło: badania własne przeprowadzone w roku 2013.

Zastosowana analiza pozwoliła na wyodrębnienie trzech skupień o różnej liczebności: 5, 15 i 35 osób (tab. 2) i różnym profilu (ryc. 2). Niewielka grupa pięciu osób, jaka znalazła się w skupieniu „A”, to osoby o bardzo niskim samopoczuciu we wszystkich badanych wymiarach, jak i wyraźnie niższym niż samopoczucie pozostałych osób (wyniki surowe przeliczono na wyniki standaryzowane „z” dla całej grupy, czyli dla n = 55). Różnice między poziomem samopoczucia w pozostałych dwóch grupach („B” i „C”) nie są zbyt duże, ale statystycznie istotne.



Ryc. 2. Profile wyników dla trzech wyodrębnionych skupień (wyniki standaryzowane „z”; n = 55)

(źródło: badania własne przeprowadzone w roku 2013)

Tabela 2

Ostateczne centra skupień (wyniki standaryzowane „Z”; $n_{og} = 55$)

Obszar	SK A : n = 5	SK B : n = 15	SK C : n = 35
FS	- 2,075	- 0,544	0,529
FE	- 2,047	- 0,434	0,479
FP	- 2,076	- 0,589	0,549
FF	- 1,701	- 0,772	0,574
RO	- 2,337	- 0,476	0,538
SA	- 2,239	- 0,490	0,530
SP _{og}	- 2,405	- 0,637	0,617

Źródło: badania własne przeprowadzone w roku 2013.

Skupienie A (n = 5) – grupa ryzyka: osoby o bardzo niskim samopoczuciu

W skupieniu tym, najmniej licznym, znalazło się 5 osób. Były to osoby, które na tle całej grupy uzyskały wyniki niskie (średnio ok. 14 na 25 pkt.). Wśród tych osób było troje mężczyzn i dwie kobiety. Poza jedną kobietą, która uczęszczała do DDPS-u od około 12 lat, pozostałe osoby uczęszczały tam stosunkowo krótko (8-24 miesięcy). Cztery osoby miały wykształcenie średnie, jedna (mężczyzna) zawodowe. Dwie pochodziły z DDPS-u oznaczonego nr 3, dwie z DDPS-u nr 6 i jedna z DDPS-u oznaczonego nr 5. Można tu wysnuć wniosek, iż czynnikiem ryzyka jest płeć męska i wykształcenie średnie, a w niewielkim stopniu oferta danego DDPS-u. Nie można wykluczyć jednak takiej hipotezy, iż okres adaptacji do DDPS-u jeszcze się nie zakończył i/lub oferta zajęć nie uwzględniała specyficznych potrzeb tych osób, związanych z trudnościami w znalezieniu swego miejsca w nowym otoczeniu lub z ich aspiracjami i niewykorzystanymi właściwie posiadanymi kompetencjami.

Skupienie B (n = 15) – osoby zagrożone niskim samopoczuciem

Skupienie to obejmowało 15 osób. Uzyskały one wyniki przeciętne, ale istotnie niższe niż osoby w skupieniu „C” (średnio ok. 20 pkt. na 25). Wśród tych osób było 4 mężczyzn i 11 kobiet. Ich wiek był bardzo zróżnicowany; jedynie trzy osoby miały wykształcenie podstawowe, dwie zawodowe, aż siedem średnie, jedna pomaturalne i dwie wyższe. Z DDPS oznaczonego nr 1 pochodził tylko jeden kwestionariusz, DDPS nr 2 także jeden, z DDPS nr 3 – osiem kwestionariuszy, z DDPS nr 4 – dwa, z DDPS nr 5 – dwa, z DDPS nr 6 – jeden. Nie zaobserwowano żadnej prawidłowości ze względu na czas uczęszczania do DDPS-u – grupa była pod tym względem bardzo zróżnicowana. Można więc zauważyć, że w grupie osób zagrożonych niższym sa-

mopoczuciem wyraźnie dominują osoby z wykształceniem średnim lub wyższym i że stosunkowo sporo jest tu mężczyzn (4 na 12 objętych badaniami). Można zatem postawić tu hipotezę o wyraźnym niedostosowaniu oferty (niezależnie od miejsca, czyli DDPS-u) do potrzeb osób o wyższych niż podstawowo-zawodowy poziom wykształcenia, czyli o niedostosowaniu oferty do ich kompetencji, oczekiwań i zapewne aspiracji.

Skupienie C (n = 35) – osoby o dobrym samopoczuciu

Znalazły się tu osoby o najbardziej wyrównanym profilu samopoczucia, które można określić jako względnie pozytywne (powyżej przeciętnej w całej badanej grupie). Jest to skupienie najbardziej liczne – należy do niego 35 osób. Znalazło się w nim 5 mężczyzn i 30 kobiet. Wiek i DDPS nie są czynnikami istotnie różnicującymi to skupienie względem pozostałych dwóch. Wśród osób należących do tego skupienia znalazło się siedem osób z wykształceniem podstawowym, czternaście z zawodowym, dziewięć ze średnim, dwie z pomaturalnym i trzy z wykształceniem wyższym. Można więc zauważyć, że w grupie tej znalazło się więcej osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (łącznie 21 osób na 35) niż z wykształceniem średnim, pomaturalnym lub wyższym (łącznie 14 osób na 35). Nie można jednak wykluczyć takiej sytuacji, iż względnie wysokie samopoczucie jest efektem pocucia dopasowania oferty zajęć do niezbyt wygórowanych aspiracji, ambicji i oczekiwań tych osób bądź do niezbyt wysokiego poziomu kompetencji w różnych obszarach (jako zapewne w dużym stopniu pochodnej niższego poziomu wykształcenia – głównie podstawowo-zawodowego).

(2) Oferta DDPS-ów: analiza informacji z ankiet dla personelu. Wśród terapeutek zajęciowych nie wszystkie były zdecydowane, jakie zajęcia należy zaliczyć do terapii zajęciowej (zadawały np. pytanie, czy osoby uczęszczające wyłącznie na gimnastykę także powinny wypełnić *Kwestionariusz Oceny Samopoczucia*).

Osoby pracujące na stanowisku „terapeuta zajęciowy” posiadały zróżnicowane wykształcenie: osoba nr 1 – medyczne studium zawodowe w zakresie terapii zajęciowej, licencjat z fizjoterapii; nr 2 – medyczne studium zawodowe w zakresie terapii zajęciowej, wyższe wykształcenie pedagogiczne; nr 3 – brak odpowiedzi; nr 4 – wyższe zawodowe; nr 5 – licencjat: praca socjalna, nr 6 – muzykologia. Nie wszystkie posiadały więc wykształcenie kierunkowe czy specjalistyczne w zakresie prowadzenia terapii zajęciowej, nie wszystkie też miały przygotowanie psychologiczno-pedagogiczne do pracy z osobami starszymi.

Podczas rozmowy z terapeutkami zajęciowymi trzy z sześciu początkowo miały problem z odpowiedzią na pytanie o ogólne cele i sens prowadzenia terapii zajęciowej i okazały zdziwienie pojawieniem się takiego pytania. Sugeruje to, iż cele terapii zajęciowej prowadzonej w tego typu placówkach nie są należycie określone i/lub nie stanowią przedmiotu żadnej refleksji. Po zastanowieniu się nad odpowiedzią, na pytanie o cele terapii zajęciowej stosowanej w rehabilitacji osób starszych, badane osoby wymieniały przede wszystkim aktywizację oraz usprawnianie manualne. Jedna osoba podkreśliła konieczność aktywizowania nie tylko w sferze fizycznej, ale także psychicznej i społecznej. Jedna wskazała na szczególnie istotny czynnik, jakim jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Z kolei, wśród efektów, jakie pragną osiągnąć osoby prowadzące zajęcia, kluczowe okazuje się aktualne dobre samopoczucie i przyjemne spędzanie czasu przez uczestników TZ, ale także podtrzymywanie samodzielnego funkcjonowania i zdolności samoobsługi. Wśród czynników, które wedle terapeutek motywują uczestników do udziału w terapii zajęciowej, najczęściej wymieniane były czynniki społeczne – chęć przebywania z innymi czy zaprezentowania swoich umiejętności innym (tab. 3).

Tabela 3

Cele, efekty terapii zajęciowej oraz czynniki motywujące uczestników do udziału w terapii zajęciowej wymieniane przez terapeutów
(cytaty z ankiety z pytaniami otwartymi, n = 6)

Cele terapii zajęciowej	Planowane efekty usprawniające	Czynniki motywujące uczestników
„usprawnienie umysłowe, manualne”	„umiejętność rozwiązywania problemów samodzielnie, umiejętność pracy w grupie, rozwiązywanie konfliktów, samodzielne funkcjonowanie”	
„aktywizacja osób starszych, poprawa samopoczucia, poprawa sprawności fizycznej i intelektualnej”	„spędzanie czasu wolnego w sposób przynoszący satysfakcję, poprawienie albo utrzymanie (nie pogorszenie) sprawności fizycznej”	„chęć zaprezentowania swojej pracy na zewnątrz (występy, wystawy, chęć pocucia, że jest się potrzebnym, wypełnienie czasu wolnego”
„aktywizacja, usprawnianie”	„ogólne usprawnienie, każdy powinien dostawać takie zadanie, żeby móc je wykonać”	
„motywowanie i aktywizowanie w sferze	„dobre samopoczucie pacjenta to podstawa, dostosowanie	„towarzystwo, chęć nauce, uczenia się czegoś nowe-

Cele terapii zajęciowej	Planowane efekty usprawniające	Czynniki motywujące uczestników
fizycznej, psychicznej i społecznej	poziomu trudności do każdego indywidualnie, żeby nikt nie czuł strachu, że czegoś nie potrafi	go, chęć działania, chęć realizowania dawnych pragnień
„usprawnianie manualne”	„podtrzymywanie zakresu samoobsługi, sprawności motorycznych, realizacji zainteresowań, kreatywności, aktywności fizycznej, organizacji czasu wolnego, integracji”	„są wśród osób, rozwijają swoje możliwości sprawnościowe, nie czują się samotni”
„aktywizacja, przeciwdziałanie wykluczeniu, rozwijanie i nabywanie nowych umiejętności”	„umiejętność funkcjonowania w grupie, nawiązywania kontaktów, utrzymywanie sprawności intelektualnej i manualnej, rozbudzenie aktywności poznawczej”	„atrakcyjność zajęć, niespodzianki, możliwość traktowania zajęć jako zabawy”

Źródło: badania własne przeprowadzone w roku 2013.

Efekty terapeutyczne, które mogą zostać osiągnięte wyłącznie w trakcie terapii zajęciowej (tab. 4) wymieniły jedynie trzy terapeutki. Jest to związane być może z tym, że nie wszystkie terapeutki zajęciowe posiadały w tym zakresie odpowiednie wykształcenie i specjalistyczne przygotowanie. Tylko jedna z nich wśród efektów wskazała osiągnięcie dobrostanu, co wydaje się szczególnie istotne i jest zgodne z hipotezami zawartymi w tym artykule.

Z kolei, wskazywane przez terapeutki czynniki w największym stopniu utrudniające pracę podczas zajęć, to szybkie zniechęcanie się uczestników oraz konflikty interpersonalne. Problemy takie zgłaszali także uczestnicy zajęć podczas wypełniania kwestionariusza KOS.

Tabela 4

Efekty terapeutyczne osiągane wyłącznie poprzez TZ
oraz problemy napotymane przez terapeutę zajęciowego podczas terapii

Efekty charakterystyczne dla TZ	Problemy napotymane przez terapeutę zajęciowego
	„trudności manualne – różny stopień”
„satysfakcja z trafnych metod pracy, pobudzenie chęci do dalszej pracy, otwarcie się osób wcześniej zamkniętych w sobie, integracja międzypokoleniowa”	„koordynacja ruchu, problemy z pamięcią, konflikty między pensjonariuszami wynikające z indywidualnego charakteru”

Efekty charakterystyczne dla TZ	Problemy napotymane przez terapeutę zajęciowego
„osoby, które biorą udział w terapii zajęciowej oprócz nadmiaru czasu wolnego mają najczęściej problemy, które wymagają działań terapeutycznych”	„brak chęci do działania, zapominanie”
	„szybkie zniechęcanie się, brak podejmowania decyzji samodzielnie, podporządkowanie się liderowi”
„podwyższenie samooceny, wzbudzenie poczucia dobrostanu, poznanie siebie z innej strony niż dotychczas, autoakceptacja”	„wszystkie wynikające z zespołów geriatrycznych”

Źródło: badania własne przeprowadzone w roku 2013.

Grupa osób uczęszczających na zajęcia w DDPS-ach jest małą grupą społeczną, w pewnym stopniu zamkniętą i dość stabilną, dlatego mogą się w niej pojawiać wszelkie problemy charakterystyczne dla procesu grupowego²¹, jak np. kolejne fazy dojrzewania grupy do wspólnego działania i związane z tym trudności w zmianie zachowania przez poszczególnych uczestników grupy zajęciowej; przechodzenie przez fazę konfliktową; tworzenie się i zmienność koalicji zależnie od okoliczności zewnętrznych i wewnątrzgrupowych; wyłanianie się lidera, który niekiedy narzuca grupie określone zadania czy nawet zachowania; doraźne, a nie strukturalne konflikty interpersonalne; brak zgodności w zakresie celów wspólnego działania i niedostatki kompetencji potrzebnych do realizacji kolejnych zadań przyporządkowanych owym celom.

Zwrócenie uwagi przez badane terapeutki głównie na zniechęcanie się uczestników zajęć oraz liczne konflikty interpersonalne jest pośrednim wskaźnikiem braku lub niskich kompetencji w zakresie prowadzenia grupy edukacyjnej i słabej znajomości procesu grupowego, czyli procesu tworzenia się i modyfikowania struktury grupowej²².

We wszystkich badanych Dziennych Domach Pomocy Społecznej proponowane są podobne zajęcia rehabilitacyjne i usprawniające, w tym arteterapia, ludoterapia, dramaterapia, choreoterapia, logoterapia, socjoterapia, zajęcia muzyczne (chór, wspólne muzykowanie), ćwiczenia pamięci, gry

²¹ C.K. Oyster, *Grupy*, Poznań 2000; D. Argyle, *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa 2001; także: B.W. Tuckman, M.A.C. Jensen, *Stages of small-group development revisited*, Group and Organisation Studies, 1977, 2(4), s. 419-428.

²² B. Smykowski, *Prowadzenie grup zadaniowych*, [w:] *Kształcenie liderów społeczności wiejskich*, red. A.I. Brzezińska, A. Potok, Poznań 1996, s. 214-228; tegoż, *Integracja w grupie edukacyjnej*, Edukacja, 2003, 3(83), s. 60-71.

(głównie *scrable*), masaże, głośne czytanie książek, wyjścia do kina i teatru, terapia wielosensoryczna, rehabilitacja ruchowa, ćwiczenia ogólnowysiłkowe. W jednym z badanych DDPS-ów proponowane są także zajęcia indywidualne w ramach Uniwersalnego Gabinetu Usprawniania Leczniczego (UGUL), prowadzone ćwiczenia ogólnowysiłkowe poprawiające wydolność krążeniowo-oddechową i wzmacniające obręcz barkową, salonik kosmetyczny oraz zajęcia z wizażu, joga i gra integracyjna BOCCIA, a jedynie w dwóch terapeutki wymieniły dodatkowo kurs komputerowy.

Wyposażenie sali do terapii zajęciowej we wszystkich DDPS-ach wygląda podobnie i jest przez terapeutów oceniane jako wystarczające. W jednym DDPS-ie nie ma odrębnej sali, ponieważ nie ma osobnych zajęć z TZ w ścisłym rozumieniu, tylko „zajęcia edukacyjno-kulturalno-terapeutyczne”, które mają na celu ogólne usprawnianie podopiecznych.

Terapeutki zajęciowe czują się istotną częścią zespołu rehabilitacyjnego (cztery przypadki na pięć badanych, jako że w jednym DDPS-ie nie ma stałego zespołu rehabilitacyjnego). Uważają jednak, że praca pracowników socjalnych, do których siebie zaliczają, nie jest w pełni doceniana, przede wszystkim w sferze finansowej. Na pytanie o docenianie pracy terapeuty padły następujące, dość podobne, odpowiedzi: „raczej tak, finansowo nie”; „osobiście – tak, finansowo – nie”; „rola pracowników pomocy społecznej jest w ogóle niedoceniana”, „tak”.

Dyskusja wyników i wnioski

W dwóch grupach o bardzo niskim i niskim samopoczuciu (łącznie było to 20 osób na 60 badanych) znalazło się aż siedmiu mężczyzn na dwunastu zbadanych. Zdecydowanie też więcej jest w obu tych grupach osób z wykształceniem co najmniej średnim (14 na 20, przy 60 zbadanych). Sugeruje to, iż oferta zajęć proponowanych w ramach terapii zajęciowej w DDPS-ach nie jest dostosowana ani do potrzeb mężczyzn, ani do potrzeb czy oczekiwań osób lepiej wykształconych, czyli powyżej poziomu podstawowo-zawodowego.

Ponieważ wśród osób uczęszczających na terapię zajęciową, a także w ogóle uczęszczających do DDPS-ów, zdecydowanie więcej jest kobiet – zapewne między innymi ze względu na dłuższą średnią długość życia kobiet, która według danych z roku 2010 u kobiet wynosi 80,6 lat, a u mężczyzn – 72,1 lat²³, toteż przede wszystkim do ich potrzeb dostosowana jest

²³ Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Statystycznych, *Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2010 roku*, Warszawa 2010, s. 136.

oferta zajęć. Wśród nich znajduje się dużo działań związanych z zajęciami uznawanymi stereotypowo za „typowo kobiece”, jak szydełkowanie, robienie biżuterii, czy dbanie o urodę. Zajęcia te nie są więc atrakcyjne dla mężczyzn, co owocuje, jak widać, niską ich obecnością w DDPS-ach (14 mężczyzn na 60 badanych osób) i – jeśli już tam są – spadkiem samopoczucia i zniechęceniem (7 mężczyzn o niskim samopoczuciu na 12 badanych). Tracą więc jedną z okazji do nawiązywania relacji społecznych i usprawniania, choćby z tego tylko względu, że rezygnują z uczestnictwa w zajęciach. Tymczasem, osoby o ograniczonej sprawności, podobnie jak osoby starsze, szczególnie samotne, są zagrożone z jednej strony zmarginalizowaniem przez otoczenie, a nawet wykluczeniem społecznym, a także z drugiej – automarginalizowaniem i autowykluczeniem²⁴.

Oferta taka jest też zapewne mało interesująca dla osób wykształconych, które mają odmienne oczekiwania odnośnie zagospodarowania wolnego czasu i na pewno inne aspiracje. Szczególnego znaczenia nabiera ten fakt wówczas, kiedy osoby te uczęszczają do DDPS-ów przez długi czas, co wiąże się z uczęszczaniem na nieatrakcyjne i monotonne zajęcia przez wiele lat. Niewątpliwie, jest to istotny czynnik ryzyka w odniesieniu do samopoczucia osób starszych.

Niedostateczne dostosowanie terapii zajęciowej do potrzeb odbiorców i niepełne wykorzystanie ich potencjału, związanego z wykształceniem i doświadczeniem życiowym oraz zawodowym, potwierdzają wyniki ankiet przeprowadzonych wśród osób prowadzących te zajęcia. Nie wszystkie te osoby mają bowiem wiedzę i świadomość tego, czemu ma służyć terapia zajęciowa, jakie są jej cele i jakie metody można wykorzystywać w celu ich realizowania. Owocuje to niedostatecznym zróżnicowaniem zajęć ze względu na płeć czy wykształcenie osób w nich uczestniczących. Niedostateczne dostosowanie zajęć do potrzeb odbiorców jest zapewne związane także z nieuwzględnianiem w ramach tej formy terapii codziennych zajęć i aktywności oraz proponowaniem przede wszystkim aktywności związanych z szeroko rozumianą arteterapią²⁵, co może nadawać tym zajęciom monotony i niedostosowany do aspiracji odbiorców charakter.

Jak uważa Anna I. Brzezińska²⁶, na działania rehabilitacyjne i stosowane w ich ramach metody w szczególności wpływają przekonania osób je

²⁴ A.I. Brzezińska, K. Zwolińska, *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych*, Polityka Społeczna, 2010, 2, s. 16-22.

²⁵ L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w Domach Pomocy Społecznej*.

²⁶ A.I. Brzezińska, *Ukryta filozofia rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Zeszyty Promocji Rehabilitacji: Problemy rehabilitacji kompleksowej w zaburzeniach rozwojowych, 2010, 5, s. 59-74.

prowadzących, związane z ich wcześniejszymi doświadczeniami życiowymi i zawodowymi, kompetencjami, wpływem autorytetów, a także obserwacją innych. Choć konstatacje te dotyczą głównie usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju, są jednak także w pełni uzasadnione w przypadku usprawniania wszelkich innych osób, w tym osób starszych. Jak uważa wspomniana Autorka²⁷, można wyróżnić trzy podejścia do procesu rehabilitacji: (1) osoba poddawana rehabilitacji jest bierna i jedynie poddaje się prowadzonym działaniom; (2) rozwój i zachowanie tej osoby są związane z czynnikami wewnętrznymi, przede wszystkim budową układu nerwowego, konstelacją temperamentu i związanym z nimi poziomem aktywności i zapotrzebowaniem na stymulację; (3) osoba poddawana rehabilitacji jest aktywnym uczestnikiem procesu usprawniania, a nie jego biernym odbiorcą. Te trzy podejścia można także odnieść do metod stosowania terapii zajęciowej w usprawnianiu osób starszych. Niestety, z przeprowadzonych badań wynika, iż w działaniach terapeutów zajęciowych dominuje podejście pierwsze, związane z narzucaniem oferty zajęć, jak też słabym uwzględnianiem indywidualnych potrzeb i kompetencji oraz traktowaniem osób starszych jako „odbiorców”.

Szczególnie istotna dla funkcjonowania w okresie późnej dorosłości okazuje się bogata i zróżnicowana aktywność, co dobrze obrazuje teoria aktywności (*activity theory of aging*)²⁸. Zakłada ona, że warunkiem dobrego funkcjonowania i satysfakcji z życia w tym wieku jest zachowanie jak największej aktywności i spełnianie się w wielu – także nowo podjętych – rolach społecznych. Taki model aktywności prowadzi do poprawy i ustabilizowania dobrego samopoczucia oraz zachowania zdrowia. Jej przeciwieństwem jest teoria dezaktywacji – wycofania się (*disengagement theory*), głosząca, że w wieku późnej dorosłości liczba pełnionych ról zmniejsza się, spada też liczba interakcji z osobami z otoczenia społecznego osoby starszej²⁹. Teoria ta zakłada także coraz mniejsze podporządkowywanie się oczekiwaniom społecznym oraz akceptację takiej sytuacji, co można uznać za poważny czynnik ryzyka uruchomienia mechanizmu błędnego koła, prowadzącego najpierw do dystrofii, a potem nawet atrofii opanowanych wcześniej umiejętności³⁰. Wyniki większości badań dowodzą, że teoria aktywności jest traf-

²⁷ Tamże.

²⁸ B.W. Lemon, V.L. Bengtson, J.A. Peterson, *An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community*, Journal of Gerontology, 1972, 27(4), s. 511-523; J.L. Powell, *Social theory and aging*, Maryland 2006.

²⁹ A.R. Hochschild, *Disengagement theory: a critique and proposal*, American Sociological Review, 1975, 40, s. 553-569; J.L. Powell, *Social theory*.

³⁰ Por.: A.I. Brzezińska, K. Zwolińska, *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności*, s. 16-22.

niejsza niż teoria dezaktywacji; osoby aktywne są bowiem bardziej zadowolone z siebie i z życia w ogóle³¹.

Prowadzona w grupach terapia zajęciowa jako forma podtrzymywania z jednej strony, a stymulowania i rozwijania aktywności seniorów z drugiej odpowiada zatem na postulaty koncepcji aktywności. Zajęcia prowadzone w ramach terapii zajęciowej pełnią bowiem rolę aktywizacji społecznej (także rehabilitacja społeczna) oraz kulturowej. Są też formą rehabilitacji ruchowej, zwłaszcza manualnej. W optymalnej postaci powinny jednak uwzględniać przede wszystkim codzienne rodzaje aktywności osób starszych i ich rodzinne oraz lokalne środowisko funkcjonowania³².

Terapia zajęciowa prowadzona w optymalny, tj. uwzględniający codzienne zajęcia seniorów i ich środowisko życia sposób, mogłaby także z powodzeniem wspierać pozytywne starzenie się (ang. *successful ageing*). Uwzględniając służący do opisu tego zjawiska model selektywnej optymalizacji z kompensacją (ang. *model of selective optimization with compensation – SOC*), można by założyć, że odpowiednio dostosowana do potrzeb konkretnej osoby starszej terapia zajęciowa umożliwiałaby zarówno wspieranie możliwości kompensacyjnych, jak też uczyłaby przeformułowywania celów swego działania tak, aby dostosować je jak najtrafniej do – coraz bardziej ograniczonych wskutek naturalnych procesów starzenia się, czy postępujących chorób bądź niepełnosprawności – możliwości działania³³.

W okresie późnej dorosłości następuje szereg zmian funkcjonowania, związanych między innymi z zakończeniem aktywności zawodowej. Zazwyczaj owocuje to modyfikacją sieci wsparcia społecznego, w związku z brakiem lub znacznym ograniczeniem kontaktów społecznych związanych

³¹ Za: H. Bee, D. Boyd, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2008; V.H. Menec, *The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study*, *Journals of Gerontology*, 2002, 58(2), s. 74-82.

³² M. Law i in., *The Person-Environment-Occupation Model*, s. 9-23; A.I. Brzezińska, D. Rosiński, L. Rycielska, *Aktywizacja lokalnych społeczności: miejsce dla osób z ograniczeniami sprawności*, *Polityka Społeczna – numer monograficzny*, s. 55-58.

³³ P.B. Baltes, M.M. Baltes, *Psychological perspectives of successful aging: the model of selective optimization with compensation*, [w:] *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*, red. P.B. Baltes, M.M. Baltes, The European Science Foundation, 1993, s. 1-35; M.M. Baltes, F.R. Lang, *Everyday functioning and successful aging: the impact of resources*, *Psychology and Aging*, 1997, 12(3), s. 433-443; A.M. Freund, P.B. Baltes, *Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, 82(4), s. 642-662; D. Jopp, J. Smith, *Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation*, *Psychology and Aging*, 2006, 21(2), s. 253-265; C. Ouwehand, D.T.D. de Ridder, J.M. Bensing, *A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy*, *Clinical Psychology Review*, 2007, 27(8), s. 873-84; H.L. Urry, J.J. Gross, *Emotion regulation in older age*, *Current Directions in Psychological Science*, 2011, 19, s. 352-357.

ze sferą zawodową. Sieć wsparcia społecznego wcale nie musi jednak ulegać redukcji, bo dotychczasowi znajomi z pracy mogą być zastąpieni przez nowych³⁴. Jedną z okazji do nawiązywania nowych relacji społecznych z osobami w podobnym wieku stanowią między innymi grupowe zajęcia oferowane przez Dzielne Domy Pomocy Społecznej, w tym terapia zajęciowa.

Taka forma usprawniania, jaką jest terapia zajęciowa, może potencjalnie najpełniej wpływać na funkcjonowanie osoby starszej. Ma bowiem istotne znaczenie dla różnych sfer jej życia: społecznej, emocjonalnej, poznawczej, fizycznej, wreszcie dla poziomu samoakceptacji i poczucia pomyślnego rozwoju osobistego. W przypadku większości osób uczęszczających na terapię zajęciową w DDPS-ach, mimo że nie jest ona prowadzona w sposób optymalny, wywiera jednak pozytywny wpływ na ich samopoczucie, co pokazały uzyskane wyniki (35 osób z dobrym samopoczuciem na badanych 60).

Są jednak także osoby, przede wszystkim mężczyźni oraz osoby o wykształceniu co najmniej średnim, którym zajęcia te nie dają satysfakcji. Należałoby zatem w toku dalszych badań potwierdzić, czy satysfakcja związana z uczęszczaniem na terapię zajęciową związana jest rzeczywiście z formą i treścią zajęć, a więc z jakością oferty edukacyjnej, czy może kluczowe znaczenie ma sam fakt podejmowania jakiejkolwiek systematycznej aktywności w towarzystwie innych osób w dobrze zorganizowanej i dobrze funkcjonującej, w miarę stabilnej i dobrze rozwijającej się grupie.

BIBLIOGRAFIA

- Argyle D., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Baltes M.M., Lang F.R., *Everyday functioning and successful aging: the impact of resources*, *Psychology and Aging*, 1997, 12(3).
- Baltes P.B., Baltes M.M., *Psychological perspectives of successful aging: the model of selective optimization with compensation*, [w:] *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*, red. P.B. Baltes, M.M. Baltes, The European Science Foundation, 1993.
- Bee H., Boyd D., *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2008.
- Błaszak M., Brzezińska A.I., Przybylski Ł., *Strategie podwyższania jakości życia osób niepełnosprawnych: perspektywa neurokognitywistyki rozwojowej*, Nauka, 2010, 1.
- Boni M. (red.), *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, Wydawnictwo Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2009.

³⁴ K. Palus, J. Wolny, *Proces wycofywania się z aktywności zawodowej: stereotypy a badania empiryczne*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, red. A.I. Brzezińska, K. Oberłopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007, s. 135-151.

- Brzezińska A.I., *Ukryta filozofia rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Zeszyty Promocji Rehabilitacji: Problemy rehabilitacji kompleksowej w zaburzeniach rozwojowych, 2010, 5.
- Brzezińska A.I., Sienkiewicz-Wilowska J.A., Wójcik S., *Opiekun jako mediator w środowisku fizycznym i społecznym seniora: perspektywa psychologii pozytywnej*, [w:] *Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie. Różne oblicza starości*, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2011.
- Brzezińska A.I., Wilowska J.A., *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, [w:] *Pomyślna starość*, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2010.
- Brzezińska A.I., Wojciechowska J., Ziółkowska B., *Diagnoza jako podstawa budowania projektów zmiany sytuacji osób z ograniczeniami sprawności*, *Polityka Społeczna* – numer monograficzny pt.: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, 2010.
- Brzezińska A.I., Wojciechowska J., Ziółkowska B., *Podstawy konstruowania projektów pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia*, *Polityka Społeczna* – numer monograficzny pt.: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, 2010.
- Brzezińska A.I., Zwolińska K., *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych*, *Polityka Społeczna*, 2010, 2.
- Campbell A.J., Robertson M.C., La Grow S.J., Kerse N.M. i in., *Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: the VIP trial*, *British Medical Journal*, 2005, 331(7520).
- Clark F., Azen S.P., Carlson M., Mandel D. i in., *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*, 2001, 56B(1).
- Cumming R.G., Thomas M., Szonyi G. i in., *Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention*, *American Geriatrics Society*, 1999, 47(2).
- Freund A.M., Baltes P.B., *Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, 82(4).
- George J., Binns V.E., Clayden A.D., Mulley G.P., *Aids and adaptations for the elderly at home: underprovided, underused, and undermaintained*, *British Medical Journal*, 1988, 296.
- Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Statystycznych, *Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2010 roku*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010.
- Hochschild A.R., *Disengagement theory: a critique and proposal*, *American Sociological Review*, 1975, 40.
- Jackson J., Carlson M., Mandel D., Zemke R. i in., *Occupation in lifestyle redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program*, *The American Journal of Occupational Therapy*, 1998, 52(5).
- Jopp D., Smith J., *Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation*, *Psychology and Aging*, 2006, 21(2).
- Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.

- Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w Domach Pomocy Społecznej. Przewodnik metodyczny*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1999.
- Law M., Cooper B., Strong S., Stewart D. i in., *The Person-Environment-Occupation Model: a transactive approach to occupational performance*, Canadian Journal of Occupational Therapy, 1996, 63(1).
- Lemon B.W., Bengtson V.L., Peterson J.A., *An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community*, Journal of Gerontology, 1972, 27(4).
- Lewis S.C., *Elder care in occupational therapy*, SLACK Incorporated, Thorofare 2003.
- Marquez D.X., Bustamante E.E., Blissmer B.J., Prohaska T.R., *Health promotion for successful aging*, American Journal of Lifestyle Medicine, 2009, 3(1).
- Menec V.H., *The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study*, Journals of Gerontology, 2002, 58(2).
- Milanowska K., *Techniki pracy w terapii zajęciowej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1982.
- Ouwehand C., de Ridder D.T.D., Bensing J.M., *A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy*, Clinical Psychology Review, 2007, 27(8).
- Oyster C.K., *Grupy*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000.
- Palus K., Wolny J., *Proces wycofywania się z aktywności zawodowej: stereotypy a badania empiryczne*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, red. A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2007.
- Powell J.L., *Social theory and aging*, Rowman & Littlefield Publishers, Maryland 2006.
- Sienkiewicz-Wilowska J.A., *Samopoczucie w okresie późnej dorosłości u uczestników terapii zajęciowej w Dziennych Domach Pomocy Społecznej*, Studia Psychologiczne, 2013, 51(3).
- Smykowski B., *Prowadzenie grup zadaniowych*, [w:] *Kształcenie liderów społeczności wiejskich*, red. A.I. Brzezińska, A. Potok, Wydawnictwo Fundusz Współpracy, Poznań 1996.
- Smykowski B., *Integracja w grupie edukacyjnej*, Edukacja, 2003, 3(83).
- Steultjens E.M.J., Dekker J., Bouter L.M., Jellema S., Bakker E.B., van den Ende C.M.H., *Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review*, Age and Ageing, 2004, 33(5).
- Tuckman B.W., Jensen M.A.C., *Stages of small-group development revisited*, Group and Organisation Studies, 1977, 2(4).
- Urry H.L., Gross J.J., *Emotion regulation in older age*, Current Directions in Psychological Science, 2011, 19.
- Wilowska J.A., *Uczenie się od nauczyciela i od rówieśników w procesie edukacji artystycznej podejmowanej w okresie późnej dorosłości*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, red. A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2007.