

Terapia zajęciowa jako innowacyjna forma turystyki zdrowotnej na wsi

Praca zbiorowa pod redakcją naukową
Michała Romana i Antoniego Romana

Wydawnictwo Niepublicznej Placówki Doskonalenia Nauczycieli
„Edukacja, Wychowanie i Bezpieczeństwo”
przy Towarzystwie Zapobiegania Tonięciom i Ratowania Tonących
w Białymstoku

Białystok 2016

© Copyright by Wydawnictwo Niepublicznej Placówki Doskonalenia Nauczycieli „Edukacja, Wychowanie i Bezpieczeństwo” przy Towarzystwie Zapobiegania Tonięciom i Ratowania Tonących w Białymstoku

Recenzenci:

Dr hab. Krystyna Krzyżanowska, prof. SGGW

Dr hab. Barbara Roszkowska-Mądra, prof. UwB

Dr hab. Adam Hermanowicz

Doc. dr Sofiia Sokolova

Dr inż. Ewa Jaska

Dr Joanna Banasiuk

Dr Bartłomiej Roman

Projekt graficzny okładki: Łukasz Szymkowski

Fotografia na okładce: Marta Roman

Redakcja techniczna: Michał Roman

Korekta językowa: Małgorzata Roman

Druk:

Drukarnia Biały Kruk Milewscy Sp. J.

15-509 Białystok

ul. Tygrysia 50, Sobolewo

ISBN 978-83-944801-0-3

SPIS TREŚCI

| | |
|-------------|---|
| WSTĘP | 5 |
|-------------|---|

CZĘŚĆ I

OGÓLNE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE TURYSTYKI WIEJSKIEJ

| | |
|--|----|
| Karolina Sawoško Turystyka zdrowotna na wsi na przykładzie gminy Suchowola | 9 |
| Magdalena Staniszevska Terapia zajęciowa jako pomysł na własną działalność gospodarczą w turystyce | 19 |
| Iwona I. Panas Turystyka osób niepełnosprawnych ruchowo w województwie podlaskim | 29 |

CZĘŚĆ II

REALIZACJA ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH W TURYSTYCE ZDROWOTNEJ NA WSI

| | |
|--|----|
| Antoni Roman, Michał Roman Metody i techniki stosowane podczas zajęć terapeutycznych w turystyce zdrowotnej na wsi | 41 |
| Ewa Ozorowska Holistyczna diagnoza a arteterapia | 65 |
| Daria Ostrowska Wykorzystanie metod terapii zajęciowej w organizacji czasu wolnego w turystyce zdrowotnej na wsi | 77 |
| Antoni Roman, Bartłomiej Roman Pierwsza pomoc w terapii zajęciowej prowadzonej w ramach turystyki zdrowotnej na wsi..... | 89 |

CZĘŚĆ III
INNOWACYJNE ROZWIĄZANIA TERAPEUTYCZE W TURYSTYCE
ZDROWOTNEJ NA WSI

- Michał Roman
Turnusy rehabilitacyjne jako innowacyjna forma w turystyce zdrowotnej na wsi 105
- Dorota Bok
Wykorzystanie naturalnych zasobów środowiska wiejskiego do stymulacji zmysłów według założeń integracji sensorycznej 119
- Anna Kamińska, Maria Mantur
Wiejskie ogrody sensoryczne jako środowisko aktywizacji zmysłów w ramach turystyki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych 131
- Olga Smoleńska
Działalność i oferta terapeutyczno-rehabilitacyjna Domu Wczasów Dziecięcych Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Głazie jako forma turystyki zdrowotnej na wsi 141
- Patrycja Saniewska, Edyta Saniewska, Adam Kopciewski
Terapia zajęciowa w warunkach wiejskich na przykładzie „Domu Gościnnego” we wsi Dzieciołówka 151
- Sofia Sokolova
Zastosowanie aktywnej biblioterapii w ramach kulturowo-zdrowotnej turystyki na wsi 165
- Jolanta G. Zuzda, Dulce Esteves, Rui Brás, Robert Latosiewicz, Marcin Pasek
The role of rotational movements in traditional fitness activities as an innovative form of tourist activity in the countryside 177

Wstęp

Turystyka wiejska, podobnie jak każda inna forma aktywnego wypoczynku poza miejscem stałego zamieszkania i w czasie wolnym od pracy oparta jest na obcowaniu z przyrodą, poznawaniu wartości kulturowych oraz usprawnianiu organizmu ludzkiego. Oznacza to, że można ją realizować w aspekcie przyrodniczym, kulturowym i zdrowotnym. Do niedawna wykorzystywano zasadę 3S (sun, sea, sand – słońce, morze, piasek). Obecnie produkt turystyczny można wzbogacić o wartości 3E (entertainment, excitement, education – rozrywka, emocje, kształcenie), połączone z organizowaniem zajęć terapeutycznych.

Potencjalni odbiorcy oczekują od organizatorów turystyki wiejskiej zapewnienia aktywnego wypoczynku na łonie „ujarzmionej” natury, spokojnego, bezpiecznego pobytu z interesującymi ludźmi oraz zapewnienia możliwości szybkiego przemieszczania się z miejsca na miejsce przy jednoczesnym zagwarantowaniu nowych atrakcji. Zauważalny jest wzrost zainteresowania zdrowymi i aktywnymi formami turystyki wiejskiej oraz wzbogacanie oferty produktowej m.in. w kierunku organizacji zajęć terapeutycznych. Jak dotąd usprawnianie organizmu ludzkiego odbywało się głównie w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, sanatoriach, prewentoriach, domach pomocy społecznej, warsztatach terapii zajęciowej i turnusach rehabilitacyjnych. W chwili obecnej terapię zajęciową można również realizować w wiejskich obiektach turystycznych. Osiągnięcie celów terapeutycznych w naturalnym i przyjaznym otoczeniu człowieka stanowi innowacyjną formę turystyki zdrowotnej.

W monografii przedstawiono innowacyjne rozwiązania turystyki zdrowotnej na wsi w zakresie usprawniania organizmu ludzkiego. W ich tworzeniu wykorzystano takie metody terapeutyczne, jak: ergoterapia (usprawnianie przez pracę), kulturoterapia (usprawnianie przez korzystanie z wartości kulturowych danego terenu), socjoterapia (usprawnianie w zakresie poprawy relacji między ludźmi) i przyrodoterapia (usprawnianie na bazie środowiska przyrodniczego).

Dziękujemy komitetowi naukowemu pod kierownictwem Pani prof. dr hab. Krystyny Krzyżanowskiej za dbałość o naukowo-praktyczny charakter publikacji, autorom tekstów za rzetelne przygotowanie opracowań i recenzentom za utrzymanie wysokiej jakości prezentowanych artykułów. Serdecznie dziękujemy Panu prof. dr hab. Jarosławowi Gołębiowskiemu – Dziekanowi Wydziału Nauk Ekonomicznych SGGW w Warszawie za pomoc w sfinansowaniu monografii.

Dr Michał Roman

Dr Antoni Roman

CZEŚĆ I
OGÓLNE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE
TURYSTYKI WIEJSKIEJ

Karolina Sawoško

Studenckie Koło Naukowe Ekonomistów Turystyki

Wydział Ekonomii i Zarządzania

Uniwersytet w Białymstoku

Turystyka zdrowotna na wsi na przykładzie gminy Suchowola

Health tourism in the countryside on the example of the municipality of Suchowola

Streszczenie

Celem niniejszego opracowania jest ukazanie możliwości prowadzenia działalności w zakresie turystyki zdrowotnej w środowisku wiejskim. W pracy przedstawiono istotę turystyki zdrowotnej na wsi oraz rodzaj terapii stosowanej w gospodarstwie agroturystycznym, zwanej agroterapią. Na podstawie przeprowadzonych badań pokazano ofertę turystyczną dotyczącą turystyki zdrowotnej w gminie Suchowola. Wykazano, że wypoczynek w gospodarstwie agroturystycznym wpływa korzystnie na kondycję psychiczną i fizyczną osób w nim przebywających. Dzięki walorom prozdrowotnym występującym na wsi, produkt agroturystyczny może być wzbogacony o walory terapeutyczne.

Sowa klucze: turystyka, turystyka zdrowotna, zdrowie, wieś, agroterapia.

Summary

The aim of this article is showing the possibilities of doing activity in the scope health tourism on the village on the example of community Suchowola. In the work presented the essence of the health tourism in the village and type of applied therapy in the agritourism farms or on terrains rural as agrotherapy. Next based on research conducted among owners of tourist farms showed agrotouristic offer in the scope health tourism on the village on the example of community Suchowola. Included, that rest which is connected with the stay in the attractive place and using with rest offered by organisers of agrotourist products and services, creates conditions, which they are profitable for a human organism and influences positively on psychic forms and physical the people resting. Presented, that thanks to advantages which has a village and agrotouristic services which offer agrotourism farm is possible supporting the health.

Keywords: tourism, health tourism, health, village, agrotherapy.

Wstęp

Turystyka stanowi „ogół czynności i osób, które podróżują i przebywają w celach wypoczynkowych, zawodowych lub innych nie dłużej

niż rok bez przerwy poza swoim codziennym otoczeniem, z wyłączeniem wyjazdów, w których głównym celem jest działalność zarobkowa”¹.

Otoczenie w jakim żyją ludzie nie zawsze stwarza warunki korzystne do prawidłowego funkcjonowania jednostki ludzkiej. Ludzie często są narażeni na stres, jaki ich spotyka w życiu codziennym, zarówno prywatnym, jak i zawodowym, co w konsekwencji przyczynia się do powstania wielu chorób, w tym chorób cywilizacyjnych. Dotyka to głównie osoby mieszkające w większych aglomeracjach, których domeną jest ciągły pośpiech i życie na „wysokich obrotach”. Dlatego też ludzie troszcząc się o własne zdrowie podejmują wszelkie działania pozwalające utrzymać, poprawić sprawność organizmu lub przywrócić jego prawidłowe funkcjonowanie. Dotyczy to nie tylko osób chorych, ale również ludzi cieszących się dobrym zdrowiem, którzy dbając o swój organizm, dążą do utrzymania go w jak najlepszej sprawności.

Czynności podejmowane przez ludzi w zakresie utrzymania dobrego zdrowia, opierają się nie tylko na przyjmowaniu leków, niezbędnych i ważnych w procesie leczenia, ale również na okresowych zmianach otoczenia, w którym przebywają i wypełniają obowiązki zawodowe. Wyjeżdżają do takich miejsc, które pozwolą zapobiec, zniwelować, bądź złagodzić niekorzystny stan ich organizmu. Chętnie wybieranym otoczeniem, które umożliwi wypoczynek i regenerację sił jest wieś.

Wieś to specyficzne środowisko ludzi pracujących na roli, ale także doskonałe miejsce do wypoczynku i usprawniania organizmu dla mieszkańców dużych miast. Występujący tam klimat, świeże powietrze, cisza i spokój stwarza korzystne warunki dla relaksu i odnowy sił. Wyjazd na wieś jest alternatywną a zarazem tańszą formą wypoczynku dla osób, które chcą nie tylko korzystać z walorów rolnictwa, ale również spędzać czas wolny od pracy w środowisku przyjaznym dla człowieka. Przyczynia się to do usprawniania zarówno chorego, jak też zdrowego organizmu.

Rodzajem turystyki w zakresie przywrócenia stanu zdrowia lub jego utrzymania jest turystyka zdrowotna². Ludzie wybierają różne miejsca wypoczynku. Gdy wyjazdy w celach zdrowotnych ukierunkowane są na wyjazdy na wieś wówczas można to uznać za turystykę zdrowotną na wsi³. Wiąże się ona z wypoczynkiem na wsi przy jednoczesnej poprawie własnego zdrowia, bądź usprawnienia organizmu, a także z korzystaniem różnego rodzaju usług świadczących przez kwaterodawców⁴.

¹ A. Niezgodą, P. Zmyślony: Popyt turystyczny, uwarunkowania i perspektywy rozwoju. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2006, s. 11.

² A. Białk-Wolf: Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki. [w:] Turystyka zdrowotna. Red. naukowa M. Boruszczak. Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2010, s. 16-17.

³ M. Roman: Szanse i bariery rozwoju agroturystyki w gminie Suchowola w opinii społeczności lokalnej. Roczniki Naukowe „SERiA” 2010, Tom XII, zeszyt 5, s. 204-207.

⁴ M. Roman: Agritourism farms owners' competence in running their economic activities. „Polish Journal of Management Studies” 2015, vol. 11, nr 1, s. 136-146.

Celem opracowania jest ukazanie możliwości prowadzenia działalności w zakresie turystyki zdrowotnej na wsi na przykładzie gospodarstw agroturystycznych funkcjonujących w gminie Suchowola. Postawiono hipotezę badawczą głoszącą, że wypoczynek na wsi wiąże się także z realizacją zadań turystyki zdrowotnej. Dzięki korzystnym warunkom można organizować wypoczynek w gospodarstwach agroturystycznych, połączony z usprawnianiem organizmu ludzkiego.

Material i metodyka badań

Badania naukowe przeprowadzono w gospodarstwach agroturystycznych na terenie gminy Suchowola. Głównym celem podmiotów funkcjonujących w czynnych gospodarstwach rolnych jest pozyskanie dodatkowych dochodów z działalności pozarolniczej.

W tych podmiotach gospodarczych zostały przeprowadzone ankiety oraz wywiady z ich właścicielami. Respondentów pytano o charakter usług jakie mogą świadczyć z zakresu turystyki zdrowotnej w obrębie swej oferty turystycznej oraz jakie metody dotyczące agroterapii mogą być stosowane w ich gospodarstwach.

Istota turystyki zdrowotnej na wsi

Przedstawiając zagadnienia turystyki zdrowotnej na wsi należy wyjaśnić pojęcie „zdrowie”. Według Światowej Organizacji Zdrowia stanowi ono stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności⁵. Oznacza to, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz także energia, ogólna odporność, dobre samopoczucie czy też odporność na różnego typu szkodliwe czynniki. Jest podstawą do prawidłowego funkcjonowania człowieka i osiągnięcia zamierzonych przez niego celów⁶.

Rola turystyki jaką pełni w zakresie funkcji zdrowotnej, może sprowadzać się do redukcji niekorzystnych zjawisk występujących w miejscu wypoczynku w czasie wolnym od pracy. Jej istnienie jest bardzo ważne w zakresie osiągnięcia pożądanego stanu zdrowia oraz w zmniejszaniu negatywnych skutków, jakie wywołuje współczesna cywilizacja, które często znajdują odbicie w stanie zdrowia danej osoby⁷.

Analiza funkcji turystyki zdrowotnej wykazuje połączenie jej z funkcją wypoczynkową, wskazując na powiązania występujące między nimi. Funkcja zdrowotna realizowana jest sprawniej, gdy w tym samym

⁵ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rząd reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.7.1946 r., Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477, s. 1232.

⁶ W. W. Gaworecki: Turystyka. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007, s. 325.

⁷ Tamże, s. 326.

czasie jest możliwość efektywnego wypoczynku. Natomiast efektywny wypoczynek nie mógłby się odbyć bez osiągnięcia pożądanego stanu zdrowia⁸.

Obecnie coraz większą popularnością cieszą się wyjazdy mające na celu poprawę stanu zdrowia. Mogą być one również być skierowane na wieś. Coraz bardziej uświadamiamy sobie, jak bardzo ważne jest zdrowie. To powoduje zmianę podejścia do zdrowego stylu życia, bez którego nie jest możliwe prawidłowe funkcjonowanie we współczesnym świecie⁹. Dlatego też jedną z form takiego stosunku do zdrowia, ukierunkowanego na odnowę sił jest turystyka zdrowotna. Turystyka zdrowotna według J. Wolskiego, to świadome i dobrowolne udanie się na pewien okres poza miejsce zamieszkania, w czasie wolnym od pracy, dla regeneracji ustroju dzięki aktywnemu wypoczynkowi fizycznemu i psychicznemu¹⁰. A. Lewandowska uważa, że na turystykę zdrowotną składają się „usługi związane z zaspokojeniem potrzeb zdrowotno-wypoczynkowych, poprawą urody i samopoczucia. Turystyka zdrowotna przyjmuje, więc pozostałe formy wypoczynku, rekreacji, kuracji, sprzyjające zdrowiu, niewymagające skierowania lub konsultacji lekarza specjalisty”¹¹.

W literaturze można spotkać się z dwojakim podejściem do turystyki zdrowotnej. Wyodrębniamy turystykę zdrowotną w węższym i szerszym znaczeniu. Węższe pojęcie wyłącza spośród ofert osoby chore. Natomiast pojęcie szersze turystyki zdrowotnej ukazuje nadrzędność wszystkich form turystyki, związanej ze zdrowiem. Tak więc turystyka zdrowotna to stosunki i zjawiska, które wynikają z podróży i pobytu w danym miejscu, również na wsi dla osób, których motywem i celem jest leczenie, usprawnienie oraz podtrzymanie zdrowia¹².

Wymienić należy motywy uprawiania turystyki zdrowotnej, do których należą¹³:

- odnowa sił stawiający za cel główny, wiążący cię z trybem życia w danym miejscu turystycznym,
- aktywny charakter wypoczynku, polegający na dostosowaniu form wypoczynku do potrzeb i możliwości turysty,
- stan zdrowia turysty, który wymaga od niego wypoczynku odbywającego się w danym miejscu i o danej porze roku.

⁸ A. Białk-Wolf: *Zdrowotna...*, op. cit., s. 14-15.

⁹ Cz. Koźmiński, B. Michalska, E. Szczepanowska, K. Górnik, R. Marks: *Turystyka zdrowotna, uzdrowiskowa i uwarunkowania bioklimatyczne*. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2015, s. 13.

¹⁰ J. Wolski: *Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych*. „Problemy Uzdrowiskowe” 1970, nr 5, za: W. W. Gaworecki: *Turystyka*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007, s. 31.

¹¹ A. Lewandowska: *Turystyka uzdrowiskowa: materiały do studiowania*. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2007, s. 18-19.

¹² A. Białk-Wolf: *Zdrowotna...*, op. cit., s. 18.

¹³ M. Marczak: *Rodzaje turystyki*. [w:] *Podstawy turystyki*. Red. naukowa A. Szwichenberg. Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2000, s. 51.

Motywy podejmowane przez osoby planujące podróż w celach zdrowotnych mogą pojawić się w innych formach turystyki zdrowotnej na które składają się: turystyka uzdrowiska, turystyka medyczna oraz Spa&Wellness¹⁴. Natomiast w zakresie realizacji turystyki zdrowotnej na wsi motywem może być przebywanie w środowisku wiejskim, które wywołuje korzystne skutki dla zdrowia, dzięki panującym tam warunkom. Tak więc, przez wypoczynek i korzystanie z oferowanego produktu turystycznego możliwe jest równoczesne osiągnięcie pożądaných efektów zdrowotnych, niezbędnych dla człowieka.

Turystyka uzdrowiskowa to wyjazdy do obiektów uzdrowiskowych i sanatoriów w celu leczenia różnego rodzaju schorzeń, w których głównym elementem leczniczym jest klimat. Turystyka medyczna natomiast, polega na pobycie w miejscu, gdzie świadczone są usługi zdrowotne ze specjalistyczną opieką w celu leczenia chorób przewlekłych. Turystyka Spa&Wellness z kolei wykorzystuje właściwości lecznicze wód, dające odprężenie, energię i wyciszenie. Ośrodkami spa są salony masażu, centra odnowy biologicznej czy też hotele o wysokim standardzie. Połączenie spa i wellness wiąże się z zapewnieniem dobrego stanu ducha poprzez pakiet usług relaksujących, ćwiczeń ruchowych czy też masażach¹⁵.

Podróżowanie w celach zdrowotnych może być ukierunkowane nie tylko na wymienione wyżej miejsca takie, jak sanatoria czy uzdrowiska, lecz także na wieś. Wypoczynek na wsi zawiera funkcje zdrowotne, które wpływają na chory organizm ale również mają istotne znaczenie dla osoby zdrowej, chcącej usprawnić swój organizm. Turystyka zdrowotna na wsi polega na wypoczynku w środowisku wiejskim, mającym dobroczynny wpływ na organizm ludzki – przez wykorzystanie bogactw, jakie daje rolnictwo oraz oferty turystyczne usługodawców gospodarstw wiejskich.

Produkty i usługi oferowane na wsi mogą być wykorzystywane w podtrzymaniu zdrowia, leczeniu i rehabilitacji. Wieś stwarza warunki sprzyjające tworzeniu usług leczniczych. Terapia odbywająca się w obrębie gospodarstwa agroturystycznego lub na terenach wiejskich o charakterze terapeutycznym nosi nazwę agroterapia¹⁶.

W zakresie agroterapii mogą być oferowane następujące produkty i usługi terapeutyczne¹⁷:

- hipoterapia, która stanowi jedną z metod leczenia osób niepełnosprawnych. Wyróżnić można tu terapię z koniem, fizjoterapię na koniu oraz psychopedagogiczną terapię konną. Celem hipoterapii jest przywrócenie zdrowia fizycznego oraz psychicznego przez jazdę konno,

¹⁴ Cz. Koźmiński, B. Michalska, E. Szczepanowska, K. Górnik, R. Marks: Turystyka..., op. cit., s. 29-30.

¹⁵ Tamże, s. 29-30.

¹⁶ M. Sznajder, L. Przezbórska: Agroturystyka. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 158-231.

¹⁷ Tamże, s. 158-159.

- terapię z wykorzystaniem produktów roślinnych i zwierzęcych do których zaliczyć można aromatoterapie oraz apiterapie. Apiterapia jest metodą leczenia za pośrednictwem produktów oraz preparatów pszczelarskich. Natomiast aromatoterapia jest terapią wykorzystującą zapachy, przez stosowanie olejków eterycznych zawartych w roślinach,
- specyficzne diety, które polegają na dopasowaniu do indywidualnej osoby posiłków w zależności od potrzeb: leczniczych, żywnościowych bądź odchudzających.

Na wsi można również prowadzić zooterapię czyli terapię ze zwierzętami, np. dogoterapię. Jest to forma rehabilitacji i terapii przy wykorzystaniu psów, przez ćwiczenia i zabawy z psami. Do zooterapii należy także felinoterapia czyli terapia z udziałem kotów¹⁸ oraz terapia z innymi zwierzętami, w tym z kozami czy szopem.

Organizatorzy wypoczynku na wsi umożliwiają ponadto prowadzenie innych zajęć terapeutycznych. Ogólnie terapia zajęciowa polega na wykorzystaniu różnych metod, technik, środków i form pracy oraz rekreacji mających właściwości lecznicze i sprzyjające przywróceniu sprawności, bądź wyrobienie funkcji zastępczych¹⁹.

Wyniki badań

W lutym 2016 przeprowadzono badania w gospodarstwach agroturystycznych funkcjonujących na terenie gminy Suchowola w zakresie możliwości prowadzenia turystyki zdrowotnej na wsi. Badaniom poddano właścicieli gospodarstw agroturystycznych, którym zadawano pytania dotyczące oferty agroturystycznej i możliwości realizacji działań w kierunku poprawy stanu zdrowotnego turystów oraz innych propozycji związanych z agroturystyką. Wykazali oni, że umożliwiają prowadzenie działalności w zakresie turystyki zdrowotnej na wsi. Zakres oferty agroturystycznej w zakresie turystyki zdrowotnej, którą oferują gospodarstwa agroturystyczne funkcjonujące na terenie gminy Suchowola przedstawia wykres 1.

¹⁸ Dokument elektroniczny, tryb dostępu [<http://sjp.pwn.pl/>, data dostępu 20.02.2016].

¹⁹ M. Kuc: Terapeuta zajęciowy. Rozróżnienie rodzajów działalności terapeutycznej 322. Z2.01. Wydawnictwo Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007, s. 7.

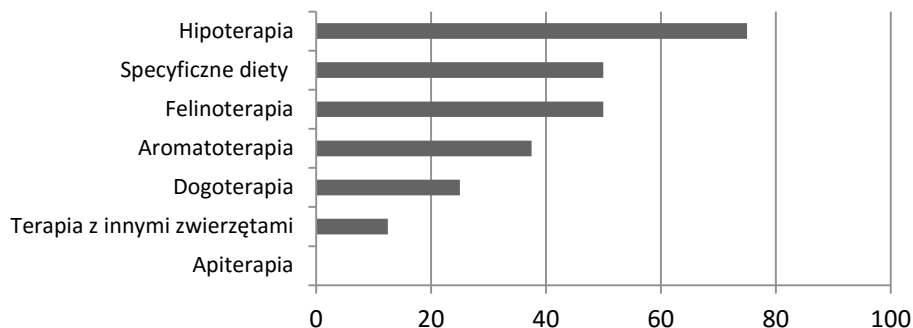


Wykres 1. Oferta agroturystyczna w zakresie turystyki zdrowotnej na wsi w gminie Suchowola

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Jak wynika z wykresu przedstawionego powyżej, wszystkie gospodarstwa agroturystyczne w swojej ofercie agroturystycznej proponują uprawianie różnego typu sportów, udział w grach i zabawach, wycieczkach rowerowych, korzystanie ze spacerów w środowisku wiejskim oraz oferują zdrową żywność na bazie własnych produktów rolnych, ryb i ziół. Można zauważyć, że jest to typowa oferta, jaką dysponują gospodarstwa agroturystyczne w zakresie swej działalności. W 75% badanych gospodarstw możliwe jest łowienie ryb oraz korzystanie z kąpeli wodnych, a także poznawanie tradycji wiejskiej, miejscowych zwyczajów i obrzędów. Z kolei w 62,5% gospodarstw oferowane są różnego typu zajęcia relaksacyjne, wprowadzające uczestników w stan odprężenia fizycznego i psychicznego. Połowa badanych gospodarstw oferuje wspinaczki na drzewa, a także warsztaty i szkolenia zielarskie, kulinarne i zdrowo-żywnościowe. Wśród gospodarstw agroturystycznych, 37,5% prowadzi zajęcia umożliwiające hartowanie ciała oraz naukę pływania. Niecałe 12,5% gospodarstw oferuje wiejską saunę typu bania ruska oraz prowadzi zajęcia dla osób niepełnosprawnych oraz turnusy rehabilitacyjne.

Badane gospodarstwa agroturystyczne wskazały również, że w ramach ich kompetencji jest możliwe prowadzenie agroturystyki, czyli terapii, która odbywa się na wsi – w danym gospodarstwie agroturystycznym, bądź w ogólnie pojętym środowisku wiejskim. Produkty i usługi terapeutyczne w zakresie agroturystyki przedstawia wykres 2.



Wykres 2. Produkty i usługi w zakresie agroturystyki

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Jak wynika z wykresu przedstawionego powyżej, największą popularnością w zakresie agroturystyki, którą umożliwiają gospodarstwa agroturystyczne jest hipoterapia. Terapia z koniem jest prowadzona w 75% badanych gospodarstw agroturystycznych. Połowa gospodarstw oferuje również specyficzne diety, dostosowane indywidualnie do konkretnych osób oraz felinoterapię. W ramach zajęć terapeutycznych można wykorzystywać składniki aromatyczne roślin. Temu celowi służy aromatoterapia. 37,5% gospodarstw wskazało na możliwość jej stosowania w ich gospodarstwach. Część gospodarstw 25%, oferuje terapię z psem. W 12,5% gospodarstw możliwa jest również terapia z innymi zwierzętami, między innymi z kozami. Apiterapia (związana z pszczelarstwem) jest także wykorzystywana na terenach wiejskich. Jednak żadne z badanych gospodarstw nie posiada uli i nie może oferować produktów pszczelarskich.

Zakończenie i wnioski

Analiza literatury przedmiotu oraz przeprowadzone badania w gospodarstwach agroturystycznych wskazują, że możliwe jest prowadzenie działalności terapeutycznej w zakresie turystyki zdrowotnej na wsi. Badane gospodarstwa oferują szeroki zakres usług agroturystycznych, które przyczyniają się do leczenia i usprawniania organizmu ludzkiego. Mając na uwadze wyniki z przeprowadzonych badań, potwierdziła się postawiona hipoteza badawcza głosząca, że wypoczynek na wsi wiąże się z turystyką zdrowotną. Dzięki niej możliwa jest regeneracja i usprawnianie organizmu ludzkiego w gospodarstwach agroturystycznych.

W wyniku badań można zauważyć, że niektóre gospodarstwa agroturystyczne funkcjonujące na terenie gminy Suchowola są skłonne

prowadzić tego typu działalność przez cały rok kalendarzowy, co się wiąże z zasadą wydłużenia sezonu turystycznego. Właściciele, oprócz tradycyjnej oferty agroturystycznej wprowadzają wiele urozmaiceń przyciągających turystów. Im szerszy jest zakres oferowanych produktów i usług tym większe są możliwości ich dopasowania do potrzeb, pragnień turystów. Istnieją warunki do prowadzenia tzw. agroturystyki, która wykorzystuje środowisko wiejskie i jego produkty.

Zakres odbiorców ofert agroturystycznych jest szeroki. Mogą to być osoby chore z różnymi dolegliwościami psychicznymi, fizycznymi oraz osoby zdrowe, które chcą usprawnić stan swojego organizmu. Szczególnie korzystny na wsi jest wypoczynek dla osób niepełnosprawnych, które przez zmianę środowiska mogą łatwiej integrować się z otoczeniem i bardziej otworzyć się na świat. Dotyczy to również osób zdrowych, które mogą uczyć się obcowania z osobami niepełnosprawnymi i bardziej usprawniać swój organizm.

Wyjazdy na wieś są alternatywną, a zarazem relatywnie tańszą formą wypoczynku dla osób, które podejmują działania w celu poprawy stanu swojego zdrowia. Niektóre produkty i usługi agroturystyczne, oferowane w gminie Suchowola mogą być źródłem alternatywnego leczenia wobec metod farmakologicznych i inwazyjnych, przynoszących niekiedy niepożądane efekty uboczne.

Literatura

1. Białk-Wolf A.: Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki. [w:] Turystyka zdrowotna. Red. naukowa M. Boruszczak. Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2010.
2. Dokument elektroniczny, tryb dostępu [<http://sjp.pwn.pl/>, data dostępu 20.02.2016].
3. Gaworecki W. W.: Turystyka. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007.
4. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.7.1946 r., Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477.
5. Koźmiński Cz., Michalska B., Szczepanowska E., Górnik K., Marks R.: Turystyka zdrowotna, uzdrowiskowa i uwarunkowania bioklimatyczne. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2015.
6. Kuc M.: Terapeuta zajęciowy. Rozróżnienie rodzajów działalności terapeutycznej 322. Z2.01. Wydawnictwo Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007.
7. Lewandowska A.: Turystyka uzdrowiskowa: materiały do studiowania. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2007.

8. Marczak M.: Rodzaje turystyki. [w:] Podstawy turystyki. Red. naukowa A. Szwichenberg. Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2000.
9. Niezgoda A., Zmyślony P.: Popyt turystyczny, uwarunkowania i perspektywy rozwoju. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2006.
10. Roman M.: Agritourism farms owners' competence in running their economic activities. „Polish Journal of Management Studies” 2015, vol. 11, nr 1.
11. Roman M.: Szanse i bariery rozwoju agroturystyki w gminie Suchowola w opinii społeczności lokalnej. Roczniki Naukowe „SERiA” 2010, Tom XII, zeszyt 5.
12. Sznajder M., Przezbórska L.: Agroturystyka. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.
13. Wolski J.: Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych. „Problemy Uzdrowiskowe” 1970, nr 5.

Magdalena Staniszevska
Studenckie Koło Naukowe Ekonomistów Turystyki
Wydział Ekonomii i Zarządzania
Uniwersytet w Białymstoku

Terapia zajęciowa jako pomysł na własną działalność gospodarczą w turystyce

Occupational therapy as an idea for their own business in tourism

Streszczenie

Celem artykułu było przedstawienie terapii zajęciowej jako przedsięwzięcia na własną działalność gospodarczą w turystyce. W pierwszej części pracy omówiono rozległość zagadnienia terapii zajęciowej: jej formy, metody i techniki. Podkreślono różnorodność obszarów w jakich wykonywana jest praca w tej dziedzinie oraz cele, do jakich dąży. Następnie przedstawiono ogólne informacje dotyczące usług świadczonych z zakresu terapii zajęciowej na polskim rynku, zapotrzebowania na nie i ich podaży. Przedstawiono również źródła pozyskiwania środków na podjęcie i prowadzenie działalności w zakresie świadczenia usług terapii zajęciowej na wsi.

Słowa klucze: terapia zajęciowa, terapeuta zajęciowy, źródła finansowania, PFRON, WFOT, WTZ.

Summary

The aim of the study was to present occupational therapy from an organizational prospective, as an advantageous business for an entrepreneur in tourism. The first part presents a discussion about occupational therapy: forms, methods and techniques. The emphasis was put on the variety of the therapy areas and their aims. Next was background information about providing services of occupational therapy on the polish market – particularly supply and demand. After describing the notion of occupational therapy the author got to the point, namely to the ways and means of obtaining funds for business start-up and operational costs of providing occupational therapy services in the country.

Keywords: occupational therapy, occupational therapist, funding source, PFRON, WFOT, WTZ.

Wstęp

Pojęcie „terapii zajęciowej” zostało zapoczątkowane w Anglii, w latach dwudziestych ubiegłego wieku¹. Pierwszą koncepcją terapii

¹ <http://rehabilitacja.mp.pl/terapia-zajeciowa/show.html?id=130226>, dostęp: 05.03.2016 r.

zajęciowej była pomoc skierowana do osób pokrzywdzonych w okresie I wojny światowej: rannych, inwalidów i osób wymagających długotrwałego leczenia rehabilitacyjnego. Miała ona na celu wsparcie zarówno duchowe jak i cielesne przez rehabilitację ciała, a także pomoc poszkodowanym w zmaganiu się z trudnościami i ukierunkowanie ich myślenia na przyszłość.

Obecnie terapia zajęciowa stanowi zbiór metod oddziaływania, mającym na celu usprawnienie organizmu osób dotkniętych różnego rodzaju ograniczeniami (np. fizycznymi, psychicznymi, społecznymi, w tym zawodowymi). Światowa Federacja Terapeutów Zajęciowych (WFOT) definiuje terapię zajęciową jako skupioną na pacjencie formę usprawniania, która w głównej mierze polega na wspieraniu zdrowia i dobrostanu klienta przez oferowane zajęcia. Ponadto WFOT przypisuje jej cenny wkład w wiele aspektów życia osób biorących czynny udział w terapii. Do licznych zalet zaliczają m.in. poprawę wydajności pracy, doskonalenie zawodowe oraz odczuwalne efekty, pozytywnie oddziałujące na zdrowie uczestników, a także ich dobre samopoczucie i rozwój².

Celem pracy było pokazanie terapii zajęciowej jako innowacyjnej formy turystyki wiejskiej od strony organizacyjnej, a dokładniej - ukazanie możliwości i stopnia trudności pozyskania środków na rozpoczęcie i prowadzenie działalności gospodarczej, zajmującej się usprawnianiem osób chorych i niepełnosprawnych na wsi.

Charakterystyka i klasyfikacja rodzajów, metod, technik i form terapii zajęciowej

Terapia zajęciowa dąży przede wszystkim do przywrócenia, bądź optymalizacji sprawności: fizycznej, psychicznej (umysłowej, emocjonalnej) i społecznej jednostki. Zaś w wypadku trwałego utracenia danych funkcji, jej zadaniem jest wypracowanie funkcji zastępczych. Z racji szerokiego pola działania, na którym ten rodzaj usług rehabilitacyjnych funkcjonuje, konkretne cele terapii ustalane są bardzo indywidualnie, zależnie od potrzeb i oczekiwań osoby podlegającej terapii³.

Do problemów podlegających leczeniu przez terapię, można zaliczyć różnorodne ograniczenia wpływające na jakość funkcjonowania jednostki w jednej z wielu sfer życia, m.in.: zmiany wynikające z osiągnięcia późnej dorosłości (otępienie, pogorszenie pamięci, pogorszenie ogólnej sprawności fizycznej, trudności podczas wykonywania codziennych czynności⁴). Terapia zajęciowa jest coraz częściej traktowana, jako niezbędny element rehabilitacji, np.: pomoc osobie, która jako jedyna przeżyła tragedię dotyczącą wszystkich najbliższych członków rodziny. Wówczas pacjent

² <http://www.wfot.org/AboutUs/FundamentalBeliefs.aspx>, dostęp: 05.03.2016 r.

³ <http://rehabilitacja.mp.pl/terapia-zajeciowa/show.html?id=130226>, dostęp: 05.03.2016 r.

⁴ <http://rehabilitacja.mp.pl/terapia-zajeciowa/show.html?id=130226>, dostęp: 05.03.2016r.

objęty jest podwójnym leczeniem, które polega na pomocy w odzyskaniu dawnego stanu fizycznego oraz uporaniu się z zaistniałą sytuacją.

Podobnie, jak dorośli również dzieci i młodzież mają problemy, głównie szkolne. Ich nadpobudliwość, agresywność często wynika z opóźnienia w rozwoju, bądź z zaniedbania rodziców, nauczycieli lub opiekunów.

Terapia zajęciowa pomaga w leczeniu lęków, przezwyciężaniu nałogów, ale także w poznaniu poziomu własnych możliwości, zdolności, przezwyciężaniu barier, motywuje do zwiększania samodzielności i podnosi samoocenę jednostki⁵.

Terapeuta zajęciowy powinien pomóc w rozwiązywaniu problemów, z którymi przychodzą do niego osoby oczekujące pomocy. Jako specjalista dysponuje wieloma różnorodnymi narzędziami, pomocnymi w realizacji jego zadań. Rysunek 1 ilustruje podstawowy podział terapii zajęciowej ze względu na formę ich prowadzenia wyróżnia trzy możliwości organizacji zajęć – grupową, zbiorową oraz indywidualną⁶. Pierwsza z nich polega na pracy z 2-8 osobami. Uczestnicy terapii mają za zadanie wykonywać różne bądź te same czynności. Grupy mogą być tworzone celowo (przydział do danej grupy zajęciowej przez prowadzącego/lekarza, np. grupy zajęciowe tworzone dla chorych szpitala psychiatrycznego) lub samorzutnie (członkowie sami zapisują się od danej grupy, np. spotkania AA). Terapia indywidualna jest silnie spersonalizowana, a praca z jednym podopiecznym zakłada wykonywanie przez niego zadania, które zostało dostosowane specjalnie do niego. Ostatnią z form pracy z podopiecznym jest praca zbiorowa.



Rysunek 1. Podział terapii zajęciowej ze względu na formę

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Kuc: Terapeuta zajęciowy. Rozróżnianie rodzajów działalności terapeutycznej. Wydawnictwo Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007, s. 8.

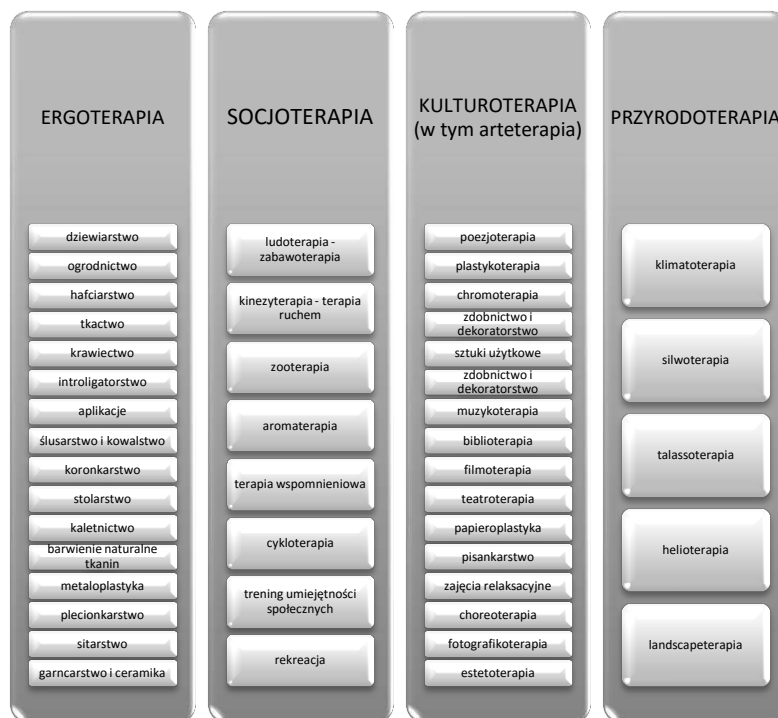
Oddziaływania terapeutyczne na pacjenta zostały podzielone według metod i technik. Terapeuta zajęciowy dobiera w pierwszej kolejności najbardziej odpowiednią metodę terapii zajęciowej, czyli sposób

⁵ <http://optima.szkoła.pl/documents/podterapi/ogolniiie.htm>, dostęp: 02.03.2016 r.

⁶ https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjs1pqB1dPLAhWhC5oKHWctBH04ChAWCCkWAQ&url=http%3A%2F%2Fbiblioteka.cyfrowaszkoła.waw.pl%2Fbiblioteka%2Fterapeuta_zajeciowy%2Fpdf%2F16.pdf&usq=AFQjCNE8v_iEgx3BrV3FmR2eMiMIESOQaA, dostęp: 02.03.2016 r.

postępowania. Składają się na nią odpowiednio wyselekcjonowane czynności fizyczne i procesy myślowe. Każda metoda terapii zajęciowej jest świadomie i celowo wybranym, systematycznie stosowanym podczas terapii zespołem czynności, za pomocą którego terapeuta pragnie osiągnąć postawiony na początku lub w trakcie terapii cel (poprawę jakości życia pacjenta, powrót do dobrej kondycji fizycznej, bądź psychicznej, itp.). Po dostosowaniu do pacjenta odpowiedniej metody prowadzenia terapii, następuje dobór technik, czyli konkretnych czynności, dzięki którym będzie możliwe osiągnięcie wcześniej zamierzonych celów. Wybór najskuteczniejszej i jednocześnie najkorzystniejszej dla pacjenta techniki zależy od wiedzy i pomysłowości terapeuty zajęciowego.

Na rysunku 2 zostały przedstawione poszczególne metody terapii wraz z odpowiadającymi im technikami. W pierwszej kolumnie zobrazowano ergoterapię i różnego rodzaju rzemiosła. Każda z nazw przedstawia technikę, podczas stosowania której dochodzi do bezpośredniego kontaktu między prowadzącym terapię zajęciową a jej uczestnikiem.



Rysunek 2. Podział na metody i techniki terapii zajęciowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Szulc: Sztuka w służbie medycyny od antyku do postmodernizmu. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, s. 79-142, Terapia zajęciowa. Red. naukowa K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965, s. 9-44, Z. Koniecznyńska, T. Stańczak: Terapia zajęciowa w psychiatrii. Wydawnictwo Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, s. 79-364.

Kolejnym wyszczególnionym rodzajem terapii zajęciowej jest socjoterapia, poświęcona osobom z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania. Stosuje się ją zazwyczaj podczas terapii grupowej. Kolejne kolumny – to kulturoterapia i przyrodoterapia. W tym przypadku zajęcia prowadzone są za pomocą biernego bądź czynnego kontaktu z kulturą i przyrodą.

Terapia zajęciowa jako pomysł na biznes – popyt i podaż na polskim rynku

Pojęcie terapii zajęciowej obejmuje różne dziedziny i obszary poczynając od rzemiosła, przez wypracowywanie i rozwijanie umiejętności społecznych a na kulturze kończąc. Osoby przedsiębiorcze, poszukujące pomysłu na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej - ze szczególnym uwzględnieniem ukierunkowania na pomoc jednostkom słabszym, niepełnosprawnym i w trudnej sytuacji życiowej, mogą rozważyć otworenie własnego ośrodka zajmującego się prowadzeniem terapii zajęciowej.

Tabela 1. Liczba Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ) wraz z ich uczestnikami w latach 1994-2014

| | WTZ | | Uczestnicy WTZ | | Średnio uczestników w 1 WTZ |
|---------|--------|------------|----------------|------------|-----------------------------|
| | Liczba | Wzrost w % | Uczestnicy | Wzrost w % | |
| 1994* | 160 | | 4320 | | 27,0 |
| 1995* | 206 | 28,8 | 5866 | 35,8 | 28,5 |
| 1996* | 262 | 27,2 | 6957 | 18,6 | 26,6 |
| 1997* | 291 | 11,1 | 8312 | 19,5 | 28,6 |
| 1998* | 297 | 2,1 | 8764 | 5,4 | 29,5 |
| 1999* | 312 | 5,1 | 9202 | 5 | 29,5 |
| 2000* | 358 | 14,7 | 10554 | 14,7 | 29,5 |
| 2001* | 390 | 8,9 | 11489 | 8,9 | 29,5 |
| 2002* | 436 | 11,8 | 12982 | 13,1 | 29,8 |
| 2003* | 507 | 16,3 | 15957 | 22,9 | 31,5 |
| 2004* | 568 | 12,0 | 18198 | 14 | 32,0 |
| 2005* | 608 | 7,0 | 19757 | 8,6 | 32,5 |
| 2006** | 632 | 3,9 | 21479 | 8,7 | 34,0 |
| 2007** | 643 | 1,7 | 21825 | 1,6 | 33,9 |
| 2008** | 652 | 1,4 | 22442 | 2,8 | 34,4 |
| 2009** | 660 | 1,2 | 23028 | 2,6 | 34,9 |
| 2010** | 663 | 0,5 | 23311 | 1,2 | 35,2 |
| 2011** | 667 | 0,6 | 23622 | 1,3 | 35,5 |
| 2012** | 672 | 0,7 | 24318 | 2,9 | 36,2 |
| 2013*** | 684 | 1,8 | 24871 | 2,3 | 36,4 |

Źródło: Raport końcowy z badania sytuacji warsztatów terapii zajęciowej. Laboratorium badań społecznych, Warszawa 2014, s. 46.

Z tabeli 1 wynika, iż liczba WTZ w Polsce wzrasta nieprzerwanie od 1994 roku. Świadczy to o ciągłym zwiększaniu się zapotrzebowania polskiego rynku na tego typu usługi, co również jest zauważalne w kolumnie zawierającej informacje na temat uczestników WTZ. Corocznie odnotowywano wzrost ilości osób biorących udział w terapii. Początkowo jego dynamika była znaczna, bo w roku 1995 zaobserwowano o 35,8

punktów procentowych większe zainteresowanie terapią zajęciową niż w roku wcześniejszym, zaś od roku 2007 wzrost uczestników terapii kształtuje się na niewysokim poziomie, nie przekraczając już 2% i jednocześnie osiągając najwyższą wartość w roku 2012 – 2,9%, zaś najniższą w roku 2010 – 1,2%. Ogółem liczba WTZ wzrosła na przestrzeni badanych lat ponad czterokrotnie. Jednostki WTZ przyjmują również coraz więcej zainteresowanych uczestnictwem w terapii zajęciowej i jest to, w 2013 roku w porównaniu do roku 1994, blisko o 10 osób więcej w każdym ośrodku zajmującym się prowadzeniem terapii zajęciowej.

Tabela 2. Forma prawna jednostki organizacyjnej WTZ. Zmiany w latach 2003-2014

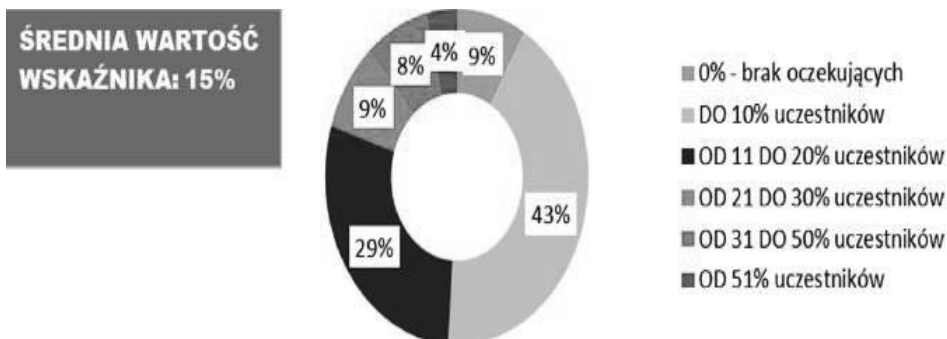
| Liczba WTZ | 2003 | 2005 | 2014 |
|--|------|------|------|
| Organizacje pozarządowe | 298 | 386 | 510 |
| JST i podległe im jednostki organizacyjne (OPS, DPS) | 93 | 105 | 111 |
| Podmioty prowadzące działalność gospodarczą | 59 | 37 | 30 |
| Związki wyznaniowe | 23 | 49 | 22 |

Źródło: Raport końcowy z badania sytuacji warsztatów terapii zajęciowej. Laboratorium badań społecznych, Warszawa 2014.

Najmniejszym przekształceniom jednostek organizacyjnych WTZ na przestrzeni danych lat cieszą się placówki JST oraz placówki im podlegające. W przeciągu 11 lat ich liczba wzrosła o 18, dając przy tym ogółem 19% wzrost liczby placówek w roku 2014 w porównaniu do roku 2003. Progres ten nie jest zjawiskiem nadzwyczajnym, świadczy jedynie o wciąż rozwijających się usługach tego typu w kręgu JST. Niepokojącym procesem w tym samym czasie jest blisko dwukrotny spadek liczby tych instytucji prowadzonych przez podmioty gospodarcze. Należy nadmienić, że z prowadzenia tego typu działalności rezygnują głównie Zakłady Pracy Chronionej⁷. Podobną sytuację można odnotować w sektorze związków wyznaniowych. W początkowym, badanym okresie nastąpił duży wzrost, a następnie do roku 2014 obserwujemy duży spadek funkcjonujących placówek tego typu. Przeważająca część instytucji oferujących warsztaty terapii zajęciowej (91%) zmaga się z niewystarczającą liczbą oferowanych miejsc dla zainteresowanych uczestnictwem w terapii. Zaledwie 9% z nich pozwala na uniknięcie czasem nawet bardzo długotrwałych kolejek⁸.

⁷ Raport końcowy z badania sytuacji warsztatów terapii zajęciowej, Laboratorium badań społecznych, Warszawa 2014, [online] dostęp: 12.03.2016r. Dostępny w Internecie: <https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi9-9amwNblAhVkmZokHZJkC8oQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pfron.org.pl%2Fdownload%2F1%2F5062%2FRaportkoncowyWTZ.pdf&usg=AFQjCNHkgY07xmY28dPtx1FLkNtv6pHPCw&sig2=itDpJsKJOAPz4P8Tw0xSKQ&bvm=bv.117218890,d.bGs>, s. 56.

⁸ Raport końcowy z badania sytuacji warsztatów terapii zajęciowej, Laboratorium badań społecznych, Warszawa 2014, [online] dostęp: 12.03.2016r. Dostępny w Internecie: <https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi9>. s. 51.



Rysunek 3. Wskaźnik zainteresowania WTZ. Liczba osób oczekujących na miejsce w WTZ na tle całkowitej liczby miejsc

Źródło: Raport końcowy z badania sytuacji warsztatów terapii zajęciowej. Laboratorium badań społecznych, Warszawa 2014.

Wskaźnik zainteresowania WTZ informuje o tym, o ile procent więcej jest osób chętnych do uczestnictwa w terapii od aktualnej liczby uczestników. W analizowanym roku wyniósł on średnio 15%, przy czym należy zaznaczyć, iż prawie połowa placówek charakteryzowała się niewielkim odsetkiem oczekujących w porównaniu do liczebności osób czerpiących korzyści z uczestnictwa w terapii zajęciowej. Jednakże druga połowa oczekujących jest znacznie liczniejsza – 29% z nich stanowi od 11 do 20% liczebności grup prowadzonych, zaś aż 17% oczekujących stanowi grupę od 21 do 50% obecnych uczestników terapii. Pozostali (4%) oczekujący to ponad połowa osób poddawanych terapii zajęciowej. Tak duże rozbieżności spowodowane są niejednorodnym rozmieszczeniem ośrodków prowadzących warsztaty terapii zajęciowej na terenie Polski, co pokazuje iż działalność gospodarcza oparta na świadczeniu usług z zakresu terapii zajęciowej obejmuje swym zasięgiem raczej rynek lokalny. Wniosek ten umożliwia nakierowanie przyszłych przedsiębiorców pragnących działać w tej branży, na odpowiednie, lokalne rynki w Polsce.

Źródła pozyskiwania środków na rozpoczęcie działalności i świadczenie usług z zakresu terapii zajęciowej

Podstawowym źródłem pozyskiwania środków pieniężnych przeznaczonym specjalnie dla oddziałów zajmujących się prowadzeniem terapii zajęciowej jest możliwość dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)⁹. Jednostka ukierunkowana na działalność z zakresu WTZ może ubiegać się o dofinansowanie kosztów utworzenia takiego ośrodka, a także w trakcie jego prowadzenia kierownik placówki może na bieżąco starać się o sfinansowanie kosztu organizacji i przeprowadzania warsztatów terapii

⁹ <http://www.ceti.pl/~lanowa/wtz/vadewtz.html>, dostęp: 14.03.2016 r.

zajęciowej. Fundusz kosztów działalności warsztatów od roku 2008, nie może przekroczyć 90% tych kosztów. Ponadto kierownik tego typu placówki może pozyskać co najmniej 10 % kosztów poniesionych na utworzenie i działalność z zakresu świadczenia usług w postaci WTZ ze środków samorządowych.

Pomoc ze strony Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wymaga dopełnienia określonych formalności. Jednostka (stowarzyszenie, fundacja, bądź inny podmiot) dążąca do utworzenia warsztatów terapii zajęciowej, chcąc pozyskać środki na rozpoczęcie działalności obowiązana jest zobowiązana dostarczyć właściwy wniosek¹⁰ do odpowiedniego (ze względu na lokalizację siedziby warsztatów) powiatowego centrum pomocy rodzinie¹¹. Do wniosku należy dołączyć projekt utworzenia warsztatu zawierający przede wszystkim¹²:

- nazwę oraz siedzibę i adres jednostki tworzącej warsztat,
- dokument potwierdzający osobowość prawną jednostki i jej status,
- zgłoszenia co najmniej 20 chętnych uczestników zajęć, posiadających wskazania do odbycia terapii zajęciowej, a także dokumentację określającą stopień niepełnosprawności,
- plan zagospodarowania przestrzeni użytkowej placówki oraz koncepcję prowadzenia warsztatów,
- zobowiązanie do sporządzenia indywidualnych harmonogramów terapii w czasie nie przekraczającym 3 miesięcy od rozpoczęcia ich prowadzenia,
- preliminarze kosztów utworzenia i rocznej działalności warsztatów, wraz z uwzględnionym wkładem środków własnych.

Po wnikliwej analizie przedstawionej dokumentacji, może nastąpić podpisanie umowy pomiędzy stronami, oznaczające akceptację wniosku dotyczącego dofinansowania. Do najważniejszych postanowień zawieranych w umowie należą:

- określona liczba uczestników terapii w danym przedziale czasowym (minimum 20),
- określone rozmiary kadr (liczba pracowników, etatów, wykaz stanowisk),

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie „Warsztatów Terapii Zajęciowej” (Dz. U. Nr 63 poz. 587), [online] dostęp: 15.03.2016r. Dostępny w Internecie:

[¹¹ Tamże, s. 2.](https://www.google.pl/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixiNGNv9bLahVGzRQKHcoVAf4QFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.umwd.dolnyślask.pl%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fniepelnosprawni%2Fprawo%2FRoporzadzenie_Ministra_Gospodarki_Pracy_i_Polityki_Spolecznej_w_sprawie_warsztatow_terapii_zajeciowej.pdf&usq=AFQjCNGmiVOPZrwxX_eykq2Sga7qLTRhgq&sig2=wcgMolPTGFQXzknvvs--pg&bvm=bv.117218890,d.bGs, s. 8-14.</p></div><div data-bbox=)

¹² Tamże, s. 2.

- dokładny sposób finansowania placówki oraz termin rozliczania kosztów.

Wielkość dofinansowania jest zależna od wskaźnika udziału osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności do ogólnej liczby uczestników warsztatów terapii zajęciowej¹³.

Ciekawym dla danej placówki sposobem na pozyskiwanie środków jest sprzedaż wytworzonych przez uczestników warsztatów terapii zajęciowej wyrobów¹⁴. Stwarza to dodatkowy bodziec motywacyjny dla uczestników terapii, pobudzając ich do jeszcze większej aktywności. Środki pozyskane w ten sposób podnoszą atrakcyjność placówki, ponieważ mogą być wykorzystane wyłącznie na integrację społeczną uczestników, np. opłacenie nauczenia pływania dla uczestników terapii zajęciowej, biletów środkami transportu publicznego, organizację wycieczek, imprez integracyjnych. Dzięki tym zasobom pieniężnym ośrodek zyskuje prestiż, staje się bardziej konkurencyjny na rynku i nie ponosi dodatkowych kosztów.

Do innych źródeł finansowania działalności gospodarczej warsztatów terapii zajęciowej należą: wypracowany nadwyżki w latach ubiegłych, dotacje samorządowe, a także różnego rodzaju dotacje (od osób prywatnych i organizacji pozarządowych), darowizny pochodzące od sponsorów i zapisy od darczyńców.

Zakończenie i wnioski

Rozpoczęcie prowadzenia własnej działalności gospodarczej w ramach warsztatów terapii zajęciowej może być bardzo interesującym i wartościowym doświadczeniem. Różnorodność możliwości rozwoju w tej dziedzinie działa na korzyść przedsiębiorcy, gdyż w zależności od możliwości – może poruszać się w wielu obszarach, pozyskując tym samym różnorodnych pacjentów, bądź specjalizować się w wybranych dziedzinach. Klienci wciąż odczuwają dyskomfort wynikający z braku odpowiedniej liczby instytucji świadczących usługi z zakresu terapii zajęciowej. Stąd też

¹³ Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie „Warsztatów Terapii Zajęciowej” (Dz. U. Nr 63 poz. 587), [online] dostęp: 15.03.2016r. Dostępny w Internecie:

https://www.google.pl/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixiNGNv9bLahVGzRQKHcoVAf4QFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.umwd.dolnyslask.pl%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fniepelnosprawni%2Fprawo%2FRoporzadzenie_Ministra_Gospodarki_Pracy_i_Polityki_Spolecznej_w_sprawie_warsztatow_terapii_zajeciowej.pdf&usg=AFQjCNGmiVOPZrwxX_eykq2Sga7qLTRhqq&sig2=wegMolPTGFQXzknvvs--pg&bvm=bv.117218890,d.bGs s. 5.

¹⁴ Działalność i finansowanie warsztatów terapii zajęciowej w województwie wielkopolskim. Informacja o wynikach kontroli, NIK, [online] dostęp: 15.03.2016r. Dostępny w Internecie: https://www.google.pl/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwivxZnhldBLahXEORQKHdsuCFUQFgggMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.nik.gov.pl%2Fplik%2Fid%2C4422%2Cvp%2C6186.pdf&usg=AFQjCNFpGThZ_fm1BOxP6NOr1ZcWwsEfnw&sig2=6wXkuEfqB164nm_NGXm1_w&bvm=bv.117218890,d.bGs, s. 23.

własna działalność gospodarcza tego typu, po dokładnej analizie lokalnych rynków, ma rację bytu. W ostatnich latach znacznie zmalała liczba podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w tej dziedzinie, co stwarza możliwość łatwiejszego wejścia na rynek i zapewnia większą konkurencyjność przedstawianej oferty.

Do działań w tym obszarze zachęca możliwość pozyskania środków na rozpoczęcie działalności i na jej realizację. Powinno to stać się bodźcem dla osób pragnących połączyć prowadzenie własnej działalności gospodarczej z potrzebą niesienia pomocy chorym i potrzebującym wsparcia terapeutycznego.

Literatura

1. Terapia zajęciowa. Red. naukowa K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965.
2. Konieczńska Z., Stańczak T.: Terapia zajęciowa w psychiatrii. Wydawnictwo Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989.
3. Kuc M.: Terapeuta zajęciowy. Rozróżnianie rodzajów działalności terapeutycznej, Wydaw. Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007.
4. Roman M., Roman A.: Funkcjonowanie agroturystyki w oparciu o teorię ekonomii. [w:] Współczesne problemy rozwoju turystyki w ujęciu regionalnym. Red. naukowa B. Roszkowska-Mądra, M. Roman. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego Oddział w Białymstoku, Białystok 2015.
5. Szulc W.: Sztuka w służbie medycyny od antyku do postmodernizmu. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001.

Iwona Izabela Panas

Studenckie Koło Naukowe Ekonomistów Turystyki

Wydział Ekonomii i Zarządzania

Uniwersytet w Białymstoku

Turystyka osób niepełnosprawnych ruchowo w województwie podlaskim

Tourism of physically disabled in Podlasie voivodeship

Streszczenie

Aktywność fizyczna przyspiesza rehabilitację oraz integrację między ludźmi pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi. W pracy przedstawiono formy turystyki, z których mogą korzystać osoby nie w pełni sprawne. Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono na grupie 50 osób, pacjentów przychodni rehabilitacyjnych w Białymstoku, wśród których największą grupę stanowiły osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ruchowej. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że głównymi barierami utrudniającymi wyjazd turystyczny osobom niepełnosprawnym ruchowo są bariery finansowe i organizacyjne. Respondenci uznali, że konieczne jest zwiększenie liczby ofert turystycznych dostosowanych do ich potrzeb oraz dofinansowanie wyjazdów i adaptacja obiektów noclegowych.

Słowa kluczowe: turystyka, zdrowie, niepełnosprawność, rehabilitacja.

Summary

Physical activity in an unusual way enriches and accelerates the rehabilitation and integration between disabled and non-disabled people. This work proves that there is no such kind of tourism, which is not open to persons with physical disabilities. The paper presents forms of tourism, which people with disabilities want to use. The study used a questionnaire. The study was conducted on a group of 50 people who are patient rehabilitation clinic in Bialystok, among whom the largest group were people with moderate disability. The results of the study showed that the main barriers to a tourist trip for people with disabilities mobility barriers are financial and organizational. Respondents felt that the best way to improve the tourism oriented to their needs is to increase the number of tourist offers and to support mobility and adaptation of accommodation.

Key words: tourism, health, disability, rehabilitation.

Wstęp

Osoby niepełnosprawne wykazują pragnienia podobne do wymagań zdrowej części społeczeństwa, a w tym potrzebę pracy, zabawy, wypoczynku, zarówno biernego i czynnego oraz uczestnictwa w turystyce.

Podróżowanie i przebywanie poza miejscem swojego zamieszkania jest ograniczone różnymi czynnikami, które w mniejszym lub większym stopniu oddziałują na samopoczucie i kondycję osób niepełnosprawnych.

Turyści niepełnosprawni w większym stopniu niż dotychczas, również przez turystykę, pragną integrować się z pełnosprawną częścią społeczeństwem. Mimo licznych barier architektonicznych czy transportowych chcą być mobilni i pragną być postrzegani, jako osoby radzące sobie z trudnymi sytuacjami. Uczestnictwo w turystyce osób niepełnosprawnych ogranicza ograniczona ilość informacji o możliwości wyboru odpowiedniej oferty turystycznej. Istnieje potrzeba wzmocnienia działań marketingowych w dziedzinie turystyki osób niepełnosprawnych w celu upowszechnienia propozycji wypoczynkowych, dostosowanych do konkretnych potrzeb tej grupy ludzi.

Celem niniejszego opracowania jest pokazanie form turystyki, z jakich mogą korzystać osoby niepełnosprawne ruchowo. Badania przeprowadzone na grupie 50 osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – pacjentów przychodni rehabilitacyjnych w Białymstoku wykazały potrzebę zwiększenia liczby odpowiednich ofert oraz konieczność dofinansowania wyjazdów i adaptacji obiektów noclegowych.

Turystyka osób niepełnosprawnych ruchowo – formy i bariery rozwoju

Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń zatwierdzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1980 określa niepełnosprawność w trzech wymiarach, w zależności od stanu zdrowia człowieka¹:

- uszkodzenie narządów organizmu (*impairment*) – oznacza każdą niepełnosprawność lub utratę sprawności psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej. Uszkodzenie narządów może być całkowite bądź częściowe, trwałe lub okresowe, wrodzone albo nabyte,
- niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu (*disability*) – to każde ograniczenie uniemożliwiające prowadzenie trybu życia uznanego za normalny i typowy dla człowieka sprawnego. Może dotyczyć sfery sensorycznej, psychicznej lub fizycznej,
- upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (*handicap*) – to ograniczenie danej osoby spowodowane niepełnosprawnością lub uszkodzeniem, polegające na uniemożliwieniu wypełniania ról

¹ M. Roman: Warsztaty dla osób niepełnosprawnych w gospodarstwie ekoturystycznym „Uroczanka” w Okopach. [w:] Osoby niepełnosprawne w turystyce. Red. naukowa R. Ziółkowski. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2010, s. 166-171 oraz Por. D. Szpilko: Znaczenie turystyki w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych. [w:] Osoby niepełnosprawne w turystyce. Red. naukowa R. Ziółkowski. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2010, s. 38.

społecznych odpowiadających wiekowi, płci oraz zgodnych z uwarunkowaniami społecznymi i kulturowymi.

Turystykę osób niepełnosprawnych powinno się traktować nie tylko jako rozrywkę, relaks, ale również jako środek terapeutyczno-wychowawczy, który łagodzi skutki kalectwa, umożliwia wypróbowanie własnych sił w różnych, często ciężkich warunkach². Podczas wybierania odpowiedniej formy turystyki osoby niepełnosprawne kierują się zwykle jej dostępnością. W tych działaniach powinien uczestniczyć lekarz oraz kinezyterapeuta.

Typowe formy turystyki i rekreacji, z których korzystają osoby niepełnosprawne ruchowo to:

- turnus rehabilitacyjny – to forma aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku. Celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, m.in. przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu³,
- turystyka kwalifikowana - forma turystyki, do której, potrzebne są określone kwalifikacje, umiejętności oraz sprzęt, taki jak np. narty, kajak, rower, itp. Dla osób niepełnosprawnych ta forma turystyki jest formą rehabilitacji, zapobiegającej hipokinezji, pozwalającej wyrwać się z otoczenia, a także uwierzenia we własne siły⁴,
- turystyka zdrowotna (pobyty w sanatoriach, kuracje klimatyczne) – celem jest profilaktyka zdrowotna oraz zapobieganie istniejących już chorób. Wyjazdy nie obejmują tylko uzdrowisk, ale także wyspecjalizowanych obiektów dysponujących bazą rekreacyjną, takich jak np. hotele typu *resort&spa*⁵,
- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży, przy czym kolonie dotyczą osób o niewielkim stopniu niepełnosprawności, samodzielnych lub wymagających pomocy ze strony innych osób tylko okazjonalnie. Natomiast obozy rehabilitacyjne stanowią efektywny wypoczynek dla dzieci, które są w dużym stopniu lub całkowicie uzależnione od opieki dorosłych⁶,

² T. Łobożewicz: Turystyka osób niepełnosprawnych – wiadomości ogólne. [w:] Turystyka i rekreacja ludzi niepełnosprawnych. Red. naukowa T. Łobożewicz. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Warszawa 2000, s. 17.

³ Uzdrowisko Iwonicz [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu: www.uzdrowisko-iwonicz.com.pl, [Data wejścia: 17.02.2016].

⁴ K. Kaganek: Uprawianie turystyki kwalifikowanej przez osoby niepełnosprawne w zależności od dysfunkcji. Instytut Turystyki i Rekreacji, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, VOL.LX, SUPPL. XVI, 179, Kraków 2005, s. 312-316.

⁵ J. Grabowski, M. Milewska, A. Stasiak: Vademecum organizatora turystyki niepełnosprawnych. Wydawnictwo WSTH, Łódź 2007, s. 14.

⁶ T. Łobożewicz: Turystyka osób niepełnosprawnych – wiadomości ogólne. [w:] Turystyka i rekreacja ludzi niepełnosprawnych. Red. naukowa T. Łobożewicz. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Warszawa 2000, s. 57.

- wyjazdy o charakterze religijnym do miejsc kultu religijnego, które pozwalają osobom niepełnosprawnym wyciszyć się, jak również nabrać odwagi do walki z przeciwnościami losu,
- odwiedziny u krewnych i znajomych, co pozwala obniżyć poziom stresu. Jest to ważne dla osób dotkniętych niepełnosprawnością ruchową, ponieważ przy osobach, które znają mogą poczuć się swobodnie, nie krępują się prosić o pomoc,
- wyjazdy zagraniczne o różnorodnym charakterze służą nie tylko regeneracji utraconych sił psychicznych i fizycznych, ale również realizacji zamierzeń wymagających wolnego czasu potrzebnego do samorealizacji.

Aktywność turystyczna w życiu osób niepełnosprawnych ruchowo jest przede wszystkim sposobem na przystosowanie się do normalnego życia. Ważne jest, aby środowisko z którego korzystają osoby niepełnosprawne nie stwarzało barier.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele klasyfikacji barier. Ze względu na rodzaj można wyodrębnić⁷:

- bariery finansowe – dotyczą wydatków za przejazd do obiektów turystycznych, kosztów pobytu w miejscu wypoczynku i rehabilitacji oraz nakładów poniesionych na przystosowanie sprzętu turystycznego,
- bariery architektoniczne to elementy budowlane, które ze względu na swoją formę lub sposób użytkowania utrudniają czy wręcz uniemożliwiają swobodę przemieszczania się w pionie i poziomie osobom o ograniczonej sprawności fizycznej,
- bariery urbanistyczne, inaczej ograniczenia, które uniemożliwiają lub utrudniają osobom niepełnosprawnym poruszanie się po terenie, w tym w obiekcie rehabilitacyjno-wypoczynkowym,
- bariery zdrowotne powstają, kiedy osoba niepełnosprawna z powodu swojego stanu zdrowia nie może opuścić najbliższego otoczenia. W tej sytuacji wykonywanie podstawowych czynności życiowych wymaga pomocy osób drugich⁸,
- bariery psychiczne i społeczne należą do ograniczeń wynikających z psychicznego nastawienia osób niepełnosprawnych do swojego kalectwa, z niewłaściwego stosunku do otaczającego ich świata zewnętrznego, braku przygotowania na nowe sytuacje, często przynoszące dodatkowy stres,

⁷ Powiatowy program działania na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i przestrzegania praw osób niepełnosprawnych w powiecie plockim na lata 2014- 2019 [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu: www.powiat-piotrkowski.bip.net.pl, Data wejścia: [01.06.2014].

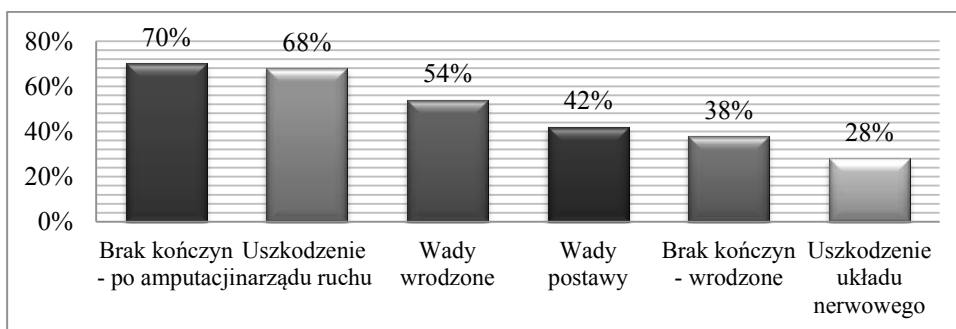
⁸ T. Skalska: Turystyka osób niepełnosprawnych. Ograniczenia i możliwości rozwoju. Wydawnictwo Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003, s. 133.

- bariery organizacyjne i zarządzania dotyczą braku odpowiednich propozycji ze strony zakładów pracy i organizacji społecznych zajmujących się problemami osób niepełnosprawnych, jak również niedostosowania oferty do potrzeb osób niepełnosprawnych⁹.

Organizatorzy wyjazdów turystycznych dla osób z dysfunkcjami muszą mieć świadomość, że atrakcyjność form turystyki jest sprawą zasadniczą. Wybrana przez turystę niepełnosprawnego impreza musi być przygotowana profesjonalnie i zgodnie z jego oczekiwaniami¹⁰.

Wyniki badań

Badania ankietowe wykonano w 2015, w grupie 50 osób, będących pacjentami NZOZ Przychodni Rehabilitacji Grażyny Jaroszewicz oraz MOPR w Dziale Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych. Przeprowadzona ankieta wskazuje, że najczęstszym rodzajem niepełnosprawności narządu ruchu, przy możliwości wyboru trzech odpowiedzi, był brak kończyny górnej lub dolnej, spowodowany amputacją. Najrzadziej spotykanym rodzajem niepełnosprawności wśród badanych było uszkodzenie układu nerwowego (28%). Przedstawia to wykres 1.

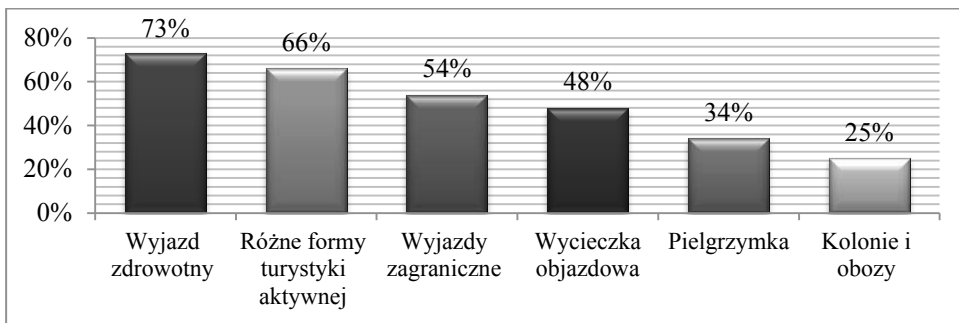


Wykres 1. Osoby badane w zależności od rodzaju niepełnosprawności ruchowej
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W ankiecie zostało wymienionych kilka rodzajów wyjazdów turystycznych skierowanych do osób niepełnosprawnych ruchowo i dostosowanych do ich możliwości. Najczęściej zgłaszany rodzaj wyjazdów miał charakter zdrowotny (73%). Nieco ponad połowa badanych wybrała wyjazdy zagraniczne (54%). Osoby młode decydowały się na kolonie i obozy. Powyższe dane przedstawia wykres 2.

⁹ T. Skalska: Turystyka osób niepełnosprawnych. [w:] Nowe wyzwania edukacji turystycznej. Red. naukowa A Dłużewska. Wydawnictwo Wydział Turystyki i Rekreacji Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin, Warszawa 2011, s. 145.

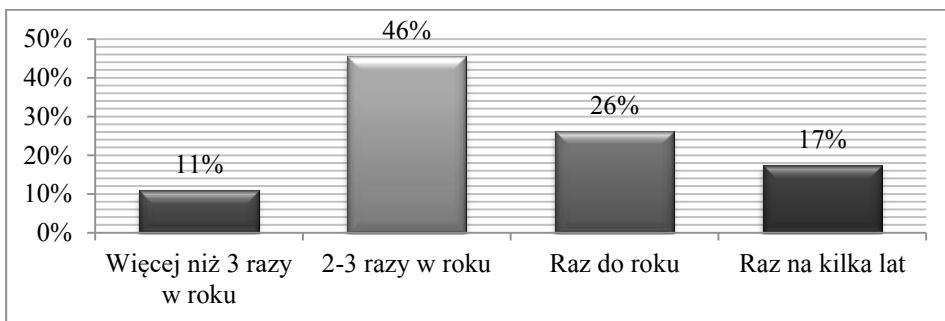
¹⁰ A. Borowiecka: Niepełnosprawność bez tajemnic- Osoby niepełnosprawne ruchowo. [w:] Sprawnie dla niepełnosprawnych. Profesjonalna obsługa turysty niepełnosprawnego. Red. naukowa A. Borowiecka. Wydawnictwo Forum Turystyki Regionów, Szczecin 2008, s. 37.



Wykres 2. Osoby badane w zależności od preferowanego rodzaju wyjazdu turystycznego
 Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W badanej grupie cztery osoby nie wyraziły chęci korzystania z wyjazdów turystycznych. Pozostałe 46 osób określiły swoje upodobania odnośnie częstotliwości i długości wyjazdów. Analizując uzyskane wyniki badań stwierdzono, iż prawie połowa badanych osób (42%) chciałaby wyjeżdżać w celach turystycznych 2 - 3 razy w roku na okres dwóch tygodni. Dziesięć osób wyraziło potrzebę wyjazdów częstszych niż trzy razy w roku, co wynikało z faktu, że ich stopień niepełnosprawności był lekki, przez co nie byli narażeni na wiele ograniczeń.

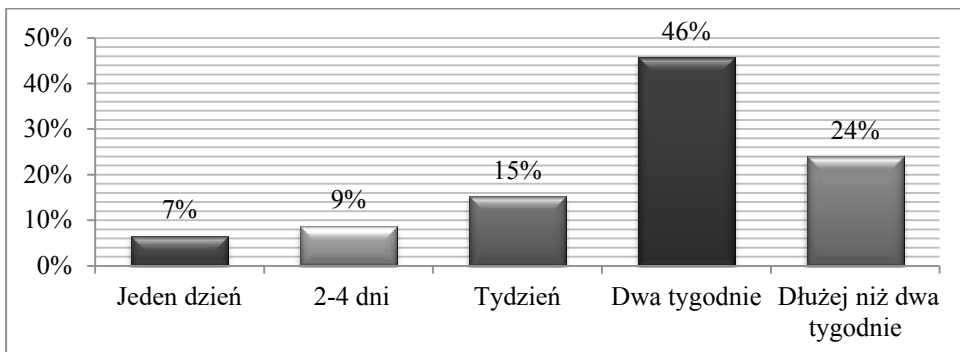
Wiele osób chciałoby częściej brać udział w tego typu wyjazdach, ale przeszkadza w tym bariera finansowa. Statystykę dotyczącą częstotliwości wyjazdów turystycznych dokonywanych przez osoby niepełnosprawne ruchowo przedstawia wykres 3 oraz wykres 4.



Wykres 3. Preferencje w zakresie częstotliwości wyjazdów turystycznych
 Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

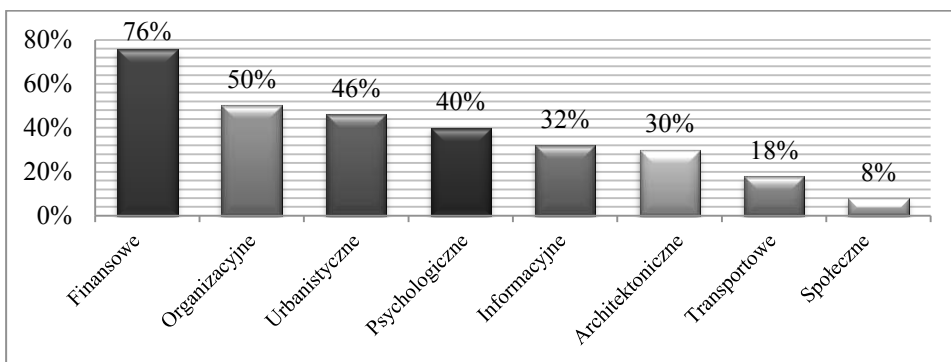
Biorąc pod uwagę preferowane długości wyjazdów turystycznych, jedna czwarta badanych chciałaby wyjeżdżać na dłużej niż dwa tygodnie (wykres 4). Jedynie 7% badanych preferuje wyjazdy jednodniowe, co spowodowane jest ciężkim stopniem niepełnosprawności ruchowej.

Największą grupę, bo prawie połowę ankietowanych osób, stanowią niepełnosprawni, którzy wybierają wypoczynek dwutygodniowy, który pozwala na całkowitą regenerację sił fizycznych i psychicznych.



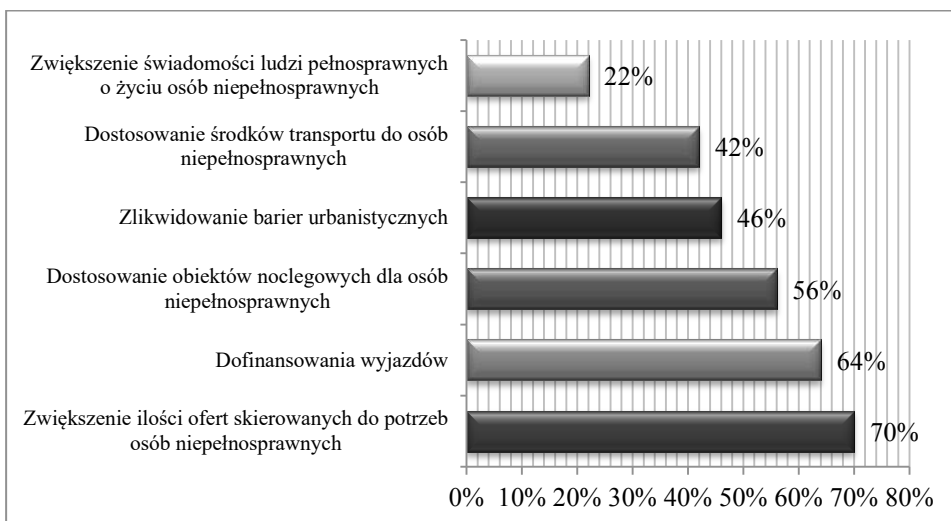
Wykres 4. Preferencje w zakresie długości wyjazdu turystycznego
 Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analizując grupę osób niepełnosprawnych dotkniętych niepełnosprawnością narządu ruchu, można dostrzec wiele różnych ograniczeń utrudniających życie w zdrowym społeczeństwie. Za jedną z głównych przyczyn niewielkiej aktywności turystycznej osób niepełnosprawnych ruchowo uznaje się ograniczenia finansowe oraz brak ofert na rynku, skierowanych i dostosowanych do potrzeb osób z dysfunkcją. Wyniki ankiety dotyczące barier utrudniających udział w turystyce osób niepełnosprawnych przedstawia wykres 5.



Wykres 5. Bariery utrudniających udział w turystyce osób niepełnosprawnych
 Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Bariery stawiane osobom niepełnosprawnym można zniwelować. Ankietowani mieli prawo wyboru trzech opcji. Ponad 20% badanych, jako działania polepszające podróżowanie osobom niepełnosprawnym, wskazało na zwiększenie ilości ofert skierowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz dofinansowanie wyjazdów. Nie mniej ważne są również działania dostosowujące obiekty noclegowe, środki transportu oraz zmierzające do zlikwidowania barier urbanistycznych. Jedynie 7% chciałoby zwiększenia świadomości ludzi pełnosprawnych o życiu i problemach osób niepełnosprawnych. Powyższe dane przedstawia wykres 6.



Wykres 6. Działania polepszające podróżowanie osobom niepełnosprawnym
 Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Osobom niepełnosprawnym w ich codziennym życiu pomagają głównie władze samorządowe. Dzięki finansowaniu podjazdów przy ulicznych chodnikach usuwane są bariery architektoniczne. W celu ułatwienia osobom niepełnosprawnym ruchowo dostępu do budynków użyteczności publicznej montuje się windy, dźwigi oraz platformy schodowe. Samorządy zapewniają również środki transportu przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych. Przykładem mogą być usługi przewozowe świadczone specjalnym mikrobusem przewożącym pasażerów w relacji „drzwi – drzwi”, w systemie radio – taxi. Mikrobus ten zapewnia transport osób niepełnosprawnych do różnych instytucji, urzędów, placówek służby zdrowia, oświaty, a także kościoła. Dzięki wsparciu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) dostosowuje się pomieszczenia higieniczno – sanitarne w urzędach administracji samorządowej (wojewódzkiej, powiatowej i gminnej), publicznych zakładach opieki zdrowotnej, placówkach edukacyjnych i instytucjach kultury oraz w mieszkaniach indywidualnych¹¹. W 2016 na ten cel przeznaczonych zostało 4 008 302 zł¹².

Zakończenie i wnioski

Osoby niepełnosprawne stanowią szczególną grupę turystów o specjalnych potrzebach, dla których turystyka i krajoznawstwo – ze względu na funkcje zdrowotne, poznawcze, społeczne – ma niezwykle

¹¹ Program na rzecz poprawy warunków życia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych w województwie podlaskim na lata 2014 – 2018 [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu: www.rops-bialystok.pl. [Data wejścia: 20.03.2016].

¹² Informacja o podziale środków dla samorządów wojewódzkich i powiatowych w roku 2016, Portal Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu: www.pfron.org.pl, [Data wejścia: 20.03.2016].

istotne znaczenie. Aktywność turystyczna osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności stwarza okazję zmiany środowiska, obcowania z naturą, zwiększenia własnej aktywności i uspołeczniania.

Organizacja turystyki osób niepełnosprawnych wymaga znacznie szerszego zakresu przygotowań niż w przypadku w pełni zdrowych turystów. Nawet najprostsza wycieczka dla osób niepełnosprawnych wymaga dokładnego zaplanowania i przygotowania, w tym ustalenia celu wyjazdu, przebiegu trasy podróży, wyboru środka lokomocji, zapewnienia dogodnych miejsc zakwaterowania i wyżywienia, uzgodnienia zasad wstępu do obiektów kulturalnych, krajoznawczych, na szlaki turystyczne itd. Bez dostępu do dokładnej i kompleksowej informacji są to działania bardzo trudne i czasochłonne.

Przeprowadzone badania wykazały, że osoby niepełnosprawne dotknięte niepełnosprawnością narządu ruchu chcą brać udział w wyjazdach turystycznych od dwóch do trzech razy w roku (42%) na okres dwóch tygodni (46%). Jest to spowodowane chęcią dłuższego wypoczynku i oderwania się od przytłaczającej rzeczywistości. Głównymi czynnikami ograniczającymi podróżowanie osób niepełnosprawnych są bariery finansowe (76%) i organizacyjne (50%).

Turystyka osób niepełnosprawnych powinna znaleźć się w kręgu zainteresowań instytucji i podmiotów turystycznych, dla których ważne staje się włączanie tej grupy ludzi w nurt polskiego życia społecznego, a jednocześnie jako potencjalnych konsumentów¹³.

Literatura

1. Borowiecka A.: Niepełnosprawność bez tajemnic – Osoby niepełnosprawne ruchowo. [w:] Sprawnie dla niepełnosprawnych. Profesjonalna obsługa turysty niepełnosprawnego. Red. naukowa A. Borowiecka. Wydawnictwo Forum Turystyki Regionów, Szczecin 2008
2. Grabowski J., Milewska M., Stasiak A.: Vademecum organizatora turystyki niepełnosprawnych. Wydawnictwo WSTH, Łódź 2007.
3. Kaganek K.: Uprawianie turystyki kwalifikowanej przez osoby niepełnosprawne w zależności od dysfunkcji. Instytut Turystyki i Rekreacji, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, VOL.LX, SUPPL. XVI, 179, Kraków 2005.
4. Łobożewicz T.: Turystyka osób niepełnosprawnych - wiadomości ogólne. [w:] Turystyka i rekreacja ludzi niepełnosprawnych. Red. naukowa T. Łobożewicz. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Warszawa 2000.
5. Robaczyński W.: Turystyka niepełnosprawnych a prawo – zagadnienia podstawowe. [w:] Rola krajoznawstwa i turystyki

¹³ W. Robaczyński: Turystyka niepełnosprawnych a prawo – zagadnienia podstawowe. [w:] Rola krajoznawstwa i turystyki w życiu osób niepełnosprawnych. Red. naukowa A. Stasiak. Wydawnictwo PTTK "Kraj", Warszawa 2008, s. 15.

- w życiu osób niepełnosprawnych. Red. naukowa A. Stasiak. Wydawnictwo PTTK "Kraj", Warszawa 2008.
6. Roman M.: Warsztaty dla osób niepełnosprawnych w gospodarstwie ekoturystycznym „Uroczanka” w Okopach. [w:] Osoby niepełnosprawne w turystyce. Red. naukowa R. Ziółkowski. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2010.
 7. Skalska T.: Turystyka osób niepełnosprawnych. [w:] Nowe wyzwania edukacji turystycznej. Red. naukowa A. Dłużewska. Wydawnictwo Wydział Turystyki i Rekreacji Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin, Warszawa 2011.
 8. Skalska T.: Turystyka osób niepełnosprawnych. Ograniczenia i możliwości rozwoju. Wydawnictwo Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003.
 9. Szpilko D.: Znaczenie turystyki w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych. [w:] Osoby niepełnosprawne w turystyce. Red. naukowa R. Ziółkowski. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2010.
 10. Informacja o podziale środków dla samorządów wojewódzkich i powiatowych w roku 2016, Portal Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu: www.pfron.org.pl.
 11. Powiatowy program działania na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i przestrzegania praw osób niepełnosprawnych w powiecie plockim na lata 2014- 2019 [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu: www.powiat-piotrkowski.bip.net.pl.
 12. Program na rzecz poprawy warunków życia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych w województwie podlaskim na lata 2014 – 2018 [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu: www.rops-bialystok.pl.
 13. Uzdrowisko Iwonicz [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu: www.uzdrowisko-iwonicz.com.pl.

CZĘŚĆ II
REALIZACJA ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH
W TURYSTYCE ZDROWOTNEJ NA WSI

Dr Antoni Roman

Uczelnia Jańskiego w Łomży

Dr Michał Roman

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Wydział Nauk Ekonomicznych

Katedra Ekonomiki Edukacji, Komunikowania i Doradztwa

Metody i techniki stosowane podczas zajęć terapeutycznych w turystyce zdrowotnej na wsi

The methodology of occupational therapy and innovation health tourism in the country

Streszczenie

Celem artykułu było przedstawienie w zarysie istoty metodologii terapii zajęciowej, przy jednoczesnym uporządkowaniu wiedzy i terminologii w tym zakresie, aby można było ją sprawnie i skutecznie wykorzystywać. W opinii autorów opracowania terapia zajęciowa jako dyscyplina związana z ochroną ludzkiego zdrowia stanowi formę rehabilitacji leczniczej i ma na celu usprawnienie osób chorych i niepełnosprawnych w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, motywowanie (aktywizację) ich do aktywności (działań), osiąganie dobrego samopoczucia i zadowolenia pacjenta. Przedmiotem terapii zajęciowej jest również podnoszenie sprawności osoby zdrowej. Terapia zajęciowa może być również wykorzystywana podczas pobytu w ośrodkach turystyki wiejskiej, między innymi w ramach turnusów rehabilitacyjnych.

Słowa kluczowe: metodologia, terapia zajęciowa, turystyka, zdrowie, obszary wiejskie.

Summary

The aim of the article is to outline the essence of the methodology of occupational therapy, while ordering the knowledge and terminology in this field, to be able to understand and effectively use. According to the study's authors occupational therapy as a discipline related to the protection of human health is a form of rehabilitation and aims to improve the sick and disabled in the physical, mental and social motivation (activation) their activity (activities), achieving well-being and satisfaction patient. The subject of occupational therapy is also to raise the efficiency of a healthy person. Occupational therapy can also be used during your stay in the centers of rural tourism, inter alia, the rehabilitation camps.

Keywords: methodology, occupational therapy, tourism, health, rural areas.

Wstęp

Człowiek w stanie choroby i niepełnosprawności potrzebuje również kontaktu z medycyną niekonwencjonalną tzw. ludową i usprawniania niefarmakologicznego organizmu, zwanego terapią zajęciową. Zajęcia terapeutyczne organizuje się także w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba podniesienia sprawności człowieka w wypełnianiu określonych ról zawodowych, społecznych, w tym rodzinnych (np. sportowca, menedżera, „wypalonego zawodowo” nauczyciela, czy sfrustrowanego rodzica). Terapia zajęciowa składa się z dwóch słów tj. *terapia* i *zajęcie*. Termin *terapia* wywodzi się od słowa *therapeuein*, co tłumacząc z greckiego oznacza opiekować się, aktywizować, oddawać cześć, a w szerszym znaczeniu „leczyć” bez użycia środków farmakologicznych, czy chirurgicznych. Pojęcie to zawiera działania aktywizujące, głównie oparte na pracy (zajęcia i czynności), reedukacyjne, kompensacyjne, korekcyjne, socjoterapeutyczne, psychoterapeutyczne. Inaczej terapia stanowi wszelkie metody postępowania mające na celu przywrócenie zdrowia lub złagodzenie objawów choroby, czy też niepełnosprawności. Pojęcie *terapia* wiąże się z kategorią *rehabilitacja*, *leczenie* i dotyczy przywrócenia choremu pełnego zdrowia. Natomiast słowo *zajęcie* oznacza wykonywanie określonych, codziennych czynności, niekiedy w odosobnieniu lub zamknięciu, działań związanych z samoobsługą, samoopieką, zabawami, edukacją, życiem towarzyskim, pracą zawodową, pracami domowymi oraz czynnościami, działaniami związanymi z czasem wolnym, służącym odpoczynkowi, wypoczynku, regeneracji sił fizycznych i psychicznych (umysłowych). W terapii zajęciowej ważne jest rozpoznanie, inaczej diagnoza (ocena sytuacji, określenie przyczyn), planowanie czynności i działań terapeutycznych oraz ich wykonanie (realizacja planu) określonych pod kierunkiem terapeuty zajęciowego czynności, działań oraz ocena skutków (wyników, efektów) postępowania terapeutycznego.

Celem artykułu było przedstawienie istoty metod i technik terapii zajęciowej, stanowiącej podstawę działań terapeutycznych. Mają one charakter uniwersalny i dlatego istnieje możliwość zastosowania ich w turystyce zdrowotnej na wsi, gdzie można zdrowo wypoczywać i usprawniać organizm ludzki. Przewaga wypoczynku w środowisku wiejskim z wykorzystaniem walorów zdrowotnych terenu wiąże się z odwieczną tęsknotą do obcowania z nieskażoną przyrodą i stanowi pragnienie człowieka, determinowane biologicznym programem życia. Jednak człowiek zbyt intensywnie ingerując w świat przyrody, którego jest częścią, naruszył równowagę biologiczną i dał początek trudnym do przewidzenia następstwom. Okazuje się, że w przyrodzie występuje mechanizm obronny w postaci procesu fotosyntezy. W zachowaniu właściwych warunków do realizacji terapii zajęciowej na wsi potrzebny jest nie „podbój” przyrody, lecz twórcze zespolenie, scalenie człowieka z naturą, przy jednoczesnym ograniczeniu zanieczyszczeń obszarów wodnych (wód powierzchniowych, podskórnych i głębinowych), racjonalnym

wykorzystaniu gleby i ochrony terenów zielonych. Musi być przede wszystkim zachowana inteligentna równowaga między potrzebami społeczno-ekonomicznymi człowieka a możliwościami środowiska przyrodniczego. Realizacja celów turystyki zdrowotnej na wsi za pośrednictwem terapii zajęciowej wymaga troski władz państwowych i samorządowych, które mogą skutecznie stymulować popyt na ten rodzaj wypoczynku. Zapotrzebowanie na związane z nim dobra oraz świadczone usługi turystyczne, w tym zdrowotne stają się coraz większe wraz ze wzrostem dochodów gospodarstwa domowego.

Istota terapii zajęciowej

Na potrzeby pracy przyjęto następującą definicję¹: *„Terapia zajęciowa to rodzaj rehabilitacji leczniczej, która ma na celu niefarmakologiczne usprawnianie pacjenta pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym, a także zaktywizowanie go w walce z chorobą lub niepełnosprawnością przez wykonywanie określonych czynności i zajęć pod przewodnictwem terapeuty zajęciowego. Terapia zajęciowa to również usprawnianie osób zdrowych np. sportowców, menedżerów, „wypalonych zawodowo” nauczycieli, czy sfrustrowanych rodziców przez podnoszenie sprawności funkcjonowania ich organizmu, psychiki i dostosowania społeczno-zawodowego”*.

W terapii zajęciowej dochodzą również kwestie samoterapii (autoterapii), gdyż niekiedy działania terapeutyczne są realizowane samodzielnie bez terapeuty zajęciowego np. słuchanie muzyki relaksacyjnej, bądź też samodzielne wykonywanie ćwiczeń usprawniających w sytuacji ograniczonej dostępności do usług zdrowotnych.

Zajęcia terapeutyczne są organizowane i prowadzone na bazie opracowanego scenariusza (konspektu) w formie indywidualnej, grupowej i zbiorowej (całościowo) przez terapeutę zajęciowego w ramach pracy zespołu rehabilitacyjnego, w skład którego wchodzi lekarz specjalista, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, pedagog, psycholog, duchowny, opiekun medyczny, opiekun środowiskowy, opiekun domu pomocy społecznej, rehabilitant (fizjoterapeuta), logopeda, diabetyk². Terapeuta zajęciowy jako lider, przywódca obdarzony przez podopiecznych autorytetem musi być osobą³:

¹ Opracowanie własne na podstawie: Terapia zajęciowa. Red. naukowa K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965, s. 9-44, Z. Koniecznyńska, T. Stańczak: Terapia zajęciowa w psychiatrii, Wydawnictwo Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, s. 57-87, J. Rottermund, J. Nowotny: Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej. Podręcznik dla studentów i terapeutów. Wydawnictwo α – medica press, Bielsko-Biała 2014, s. 46.

² R. Wojnar: prowadzenie dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. „Terapia. Uzależnienia i Współzależnienia” 2011, nr 2, s.16-19.

³ M. Marsollek: Ile jest człowieka w człowieku? Terapeuta wobec cierpienia pacjenta. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2015, nr 5, s. 14-16.

- szczególnie wrażliwą na ludzki ból i krzywdę, musi zauważać, zrozumieć i szanować cierpienie i inność ludzi, które jak twierdzą zasłaniają człowieka przed innymi i światem,
- uczciwą i otwartą na przyjęcie bólu, cierpienia i inności pacjenta. W tym względzie potrzebna jest empatia, życzliwość, miłość do bliźniego i asertywność terapeuty przy dotykaniu cierpienia w terapii. Tych cech można uczyć się od mistrza obdarzonego autorytetem jako sztuki pomagania innym,
- która ma kulturę bycia, lubi człowieka i ma pozytywny stosunek do niego, dostrzega w nim wartość, godność, ból zranienia i jego krzywdę oraz robi wszystko, aby w tym pomóc. Lubić człowieka tzn. pokazać mu, że jest podmiotem i wart troski, poświęconego czasu, uwagi i zaangażowania. To czy ktoś lubi człowieka można poznać po kulturze słowa i postawie (mowie ciała) wobec pacjenta, a w tym czy nie broni się przed podopiecznym, nie zraża go do siebie, nie traktuje go pogardliwie i z wyniosłością. Nie można być „nadczłowiekiem” w relacjach z pacjentem,
- która traktuje podopiecznego jak swego bliźniego i kocha jak siebie samego, okazuje mu miłosierdzie oraz pomoże mu w odzyskaniu wiary w sens życia i harmonii w codziennej, trudnej egzystencji⁴,
- która mobilizuje, aktywizuje podopiecznego do działania, traktuje go jako partnera, a nie wyręcza i nie utwierdza go swoim postępowaniem w bezradności wyjścia z trudnej sytuacji życiowej,
- która ma silną motywację do pracy i do wspólnego rozwiązywania problemów podopiecznego⁵.

Do głównych zadań terapeuty zajęciowego należy:

- aktywizacja pacjentów w celu szybkiego powrotu do zdrowia i poprawy samopoczucia,
- poprawa sprawności manualnych,
- poprawa sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego i pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych,
- pomoc w przystosowaniu mieszkania i dostosowaniu pojazdu do potrzeb pacjenta,
- umożliwienie podopiecznemu uczestnictwa w życiu społecznym,
- pomoc w rozwijaniu pasji i zainteresowań,
- wywieranie pozytywnego wpływu na zachowania psychiczne pacjenta i pomoc w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych, zmniejszanie lęku i stresu,
- promocja zdrowego i kulturalnego trybu (stylu) życia.

⁴ A. Konefał: Mindfulness dla uzależnionych. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2012, nr 3, s. 26-28.

⁵ A. Widera-Wysoczańska: Wpływ osobistych doświadczeń na sytuacje pomagania. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 3, s. 19-20.

Terapia zajęciowa stanowi usprawnianie za pomocą określonych i zaplanowanych czynności w cyklu „myśl – plan – praca” oraz zajęć w procesie pracy w cyklu „cel – upór – wysiłek – wynik”, które mają wartość kształcącą, wychowawczą, leczniczą, aktywizującą i adaptacyjną do nowych uwarunkowań (rzeczywistości).

Podmiotem zainteresowania terapii zajęciowej są:

- osoby chore, cierpiące na choroby społeczne, w tym choroby psychiczne (zaburzenia psychiczne)⁶,
- osoby niepełnosprawne, w tym chore psychicznie, niesłyszące, słabosłyszące i niewidome, z zaburzeniami osobowości chwiejnej emocjonalnie⁷,
- osoby z traumami z dzieciństwa⁸,
- osoby z problemami w uczeniu się,
- osoby z trwałą lub przejściową dysfunkcją narządu ruchu,
- osoby starsze, w tym samotne,
- osoby wykluczone społecznie i zawodowo oraz zagrożone wykluczeniem,
- dzieci osamotnione, w tym z rodzin patologicznych,
- osoby po urazach,
- osoby bezdomne (brak więzi realnych i emocjonalnych), wykluczone społecznie i zawodowo⁹,
- osoby o odmiennej orientacji seksualnej,
- osoby znajdujące się w trudnej sytuacji ekonomicznej (materialnej i finansowej),
- osoby stosujące przemoc,
- osoby uzależnione od alkoholu i innych używek, w tym dopalaczy, substancji psychoaktywnych, leków przeciwbólowych, uspokajających i nasennych¹⁰,

⁶ Z. Konieczńska, T. Stańczak: Terapia zajęciowa ... op. cit., s. 143-306.

⁷ S. Grabońska-Ujda: Terapia pacjentów z zaburzeniami osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline. Komu jest trudniej? „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 5, s. 9-11.

⁸ J. Kania: Odmienne stany świadomości u pacjentów z traumami z dzieciństwa. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 2, s. 9-12.

⁹ R. Wojnar: Przełamać beznadzieję bezdomności i wykluczenia. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 6, s. 22-24, A. Kurzeja: Motywowanie do zmiany w pracy z osobami bezdomnymi uzależnionymi od alkoholu. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 4, s. 25-30.

¹⁰ M. Kucińska: W pułapce papierosa. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 6, s. 25-28, J. Chodkiewicz: Używanie substancji psychoaktywnych. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2012, nr 4, s. 18-21, A. Basińska-Szafrańska: Problem uzależnienia od leków uspokajająco-nasennych w praktyce terapeuty uzależnień. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2012, nr 2, s. 6-8, Plan na dopalacze. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, s. 23-24, A. Basińska-Szafrańska: Picie alkoholu i przyjmowanie leków uspokajająco-nasennych w wieku produkcyjnym. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 5, s. 8-12,

- osoby uzależnione z zaburzeniami osobowości¹¹,
- osoby z problemami emocjonalnymi wykazujące lęk w przypadku nastawienia do śmierci, w sytuacji schyłku życia i żałoby po śmierci osoby bliskiej lub ważnej¹²,
- osoby uzależnione od komputerów, gier komputerowych, gier hazardowych oraz od innych cywilizacyjnych uzależnień np. uzależnień w systemie penitencjarnym, w warunkach izolacji więziennej¹³,
- osoby uzależnione, będące nosicielami wirusa HIV¹⁴,
- środowisko bliższe, w tym rodziny i środowisko dalsze pacjentów,
- osoby zdrowe (sprawne fizycznie, psychicznie i poprawnie funkcjonujące w społeczeństwie).

Do terapii zajęciowej trzeba podchodzić holistycznie (od gr. holos – pełnia, całość), czyli całościowo, a więc przywracać pacjentowi pełną równowagę psychofizyczną i społeczną, w tym zawodową, a nie tylko usunięcie dolegliwości fizycznych lub psychicznych. Powodem zakłócenia stanu równowagi mogą być sytuacje życiowe, losowe (np. choroba, niepełnosprawność), nierozwiązane problemy, niezaspokojone potrzeby, tryb życia, niewłaściwe odżywianie, brak niektórych ważnych umiejętności osobistych. Nierównowaga ciała i umysłu tzw. „duszy” może powodować problemy psychologiczne i stany smutku, lęku, gniewu, braku poczucia własnej wartości, arogancji i złego samopoczucia, a ponadto dolegliwości bólowe i dysfunkcje w organizmie człowieka, które mogą przerodzić się w przewlekłe schorzenia¹⁵. W holistycznym podejściu do usprawnień zdrowotnych (fizycznych, psychicznych i społecznych) diagnozowanie dolegliwości u pacjenta musi być widziane jako całość badanego organizmu, powiązanie poszczególnych jego części i analizowanie ich w ramach jednej

L. A. Kapler: Rehabilitacja w uzależnieniach. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 6, s. 22-25.

¹¹ M. Kucińska: Terapia schematu wobec pacjentów uzależnionych z zaburzeniami osobowości. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 4, s. 5-8.

¹² A. Dodziuk: Obecność śmierci w życiu i w psychiatrii. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 1, s. 18-22.

¹³ Terapia osób uzależnionych w systemie penitencjarnym. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 3, s. 3-6, M. Melonowski: Terapia rodziny dziecka uzależnionego od komputera z podwójną diagnozą. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 2, s. 5-6, Wyleczyć z grania. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 4, s. 3-4, M. Zanki: Hazard – wiedeńskie doświadczenia. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 6, s. 17-19, B. Wojewódzka: Słów kilka o hazardzie. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 5, s. 5-8, A. Danek: Patologiczny hazard: spirala w dół i droga do wolności. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 1, s. 29-31, G. Płachcińska: Pomóc hazardzistom. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 1, s. 32-33.

¹⁴ HIV to nie koniec świata. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 3, s. 3-4.

¹⁵ L. A. Kapler, T. Majewska, M. Bebelski: Holistyczna integrująca terapia uzależnień. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 6, s. 17-20.

całości, gdyż człowiek stanowiący integralną jedność ciała, umysłu powinien „odżywiać całość”. Wszystkie elementy organizmu ludzkiego są ze sobą powiązane w jeden system naczyń połączonych i wzajemnie oddziałują na siebie. Zmiana w jednym z obszarów wpływa na pozostałe.

Metodyka terapii zajęciowej

W terapii zajęciowej wykorzystuje się różnorodne metody (sposoby) i odpowiadające im techniki oraz zasady postępowania. Metoda terapii zajęciowej to świadomie i celowo dobrany oraz wypróbowany, a także systemowo i systematycznie stosowany układ czynności oraz działań podczas zorganizowanych zajęć na bazie pracy w relacji terapeuta zajęciowy – pacjent, które są realizowane w celu spowodowania założonych usprawnień w organizmie podopiecznego. W metodzie terapii zajęciowej jako drodze dydaktyczno-wychowawczej i usprawniającej człowieka chorego lub niepełnosprawnego bierze się pod uwagę logiczny tok tego procesu (nurt pracy z pacjentem). Na metodę terapii zajęciowej składają się czynności myślowe i praktyczne, odpowiednio dobrane i realizowane w ustalonej kolejności (w zaplanowanym ciągu „technologicznym”) w określonym miejscu i czasie. Z metodą zajęć terapeutycznych integralnie są związane zasady terapii zajęciowej czyli normy, fundamentalne prawidłowości postępowania w procesie dydaktyczno-wychowawczym uznanego za obowiązujące i umożliwiające prawidłowy (sprawny i skuteczny) przebieg procesu kształcenia (dydaktyki) i wychowania (pedagogiki). Do nich można zaliczyć:

- zasadę partnerstwa – oddziaływanie na osobowość chorego i niepełnosprawnego oraz osoby zdrowej w taki sposób, aby zdobyć ich zaufanie i chęć do współpracy,
- zasadę wielostronności działań w różnych sferach życia codziennego: rodzinnego, zawodowego, towarzyskiego, społecznego,
- zasadę celowości działań terapeutycznych (cele inaczej zadania muszą być konkretne i proste, mierzalne jakościowo, realne do osiągnięcia w danych warunkach tj. przy danych środkach, metodach i określone w danym czasie,
- zasadę kompetencji terapeuty (wiedza ogólna i specjalistyczna potwierdzona dokumentami, doświadczenie, nawyki, postawa i motywacja do działania i podnoszenia standardów, jakości świadczonych usług terapeutycznych),
- zasadę podmiotowości (podmiotowego traktowania pacjenta) i równości,
- zasadę indywidualizacji toku dydaktyczno-wychowawczego i szacunku dla osobowości podopiecznego,
- zasadę akceptacji („bierzemy takiego podopiecznego jakim on jest”),
- zasadę myślenia i aktywnego działania (trzeba wykonać wszystko, aby zaktywizować podopiecznego),
- zasadę pogłębłości (należy rozwijać postrzeganie przez zmysły),

- zasadę systematyczności w ramach danego systemu (ciąg czynności, zajęć terapii zajęciowej musi być procesem),
- zasadę dostępności i stopniowania trudności, czyli metodą małych kroków,
- zasadę trwałości wyników nauczania i wychowania,
- zasadę przystępności w nauczaniu (uwzględnienia właściwości rozwojowych podopiecznych),
- zasadę dobrowolności uczestnictwa (nie należy nikogo zmuszać do brania czynnego udziału w zajęciach),
- zasadę elastyczności (alternatywności wyboru),
- zasadę przestrzegania przepisów bhp i p-poż. oraz udzielania pierwszej pomocy medycznej,
- zasadę nauczania przez powtarzanie, powtarzalności oddziaływań,
- zasadę harmonijnego wiązania teorii z praktyką,
- zasadę autorytetu terapeuty zajęciowego, będącego liderem, przywódcą,
- zasadę wychowania moralnego (etycznego),
- zasadę wychowania w zespole (grupie, kolektywie),
- zasadę efektywności (sprawności, ekonomiczności) i skuteczności działań terapii zajęciowej,
- zasadę wykorzystania różnych metod terapii zajęciowej,
- zasadę współpracy z najbliższym otoczeniem pacjenta.

Z metodą usprawniania organizmu ludzkiego wiąże się technika terapii zajęciowej, która oznacza skonkretyzowane czynności praktyczne wykonywane w określonym chronologicznym porządku, pozwalające na uzyskanie określonego efektu (wyniku) oddziaływania terapeutycznego. Technika terapii zajęciowej to czynności praktyczne, regulowane dyrektywami, pozwalające na uzyskanie optymalnych (jak najlepszych w danych warunkach materialnych, finansowych, technologicznych, organizacyjnych, technicznych i kompetencyjnych – wiedzy, umiejętności, doświadczenia oraz nawyków w danym czasie i miejscu) efektów oddziaływań terapeutycznych w ramach danej metody na bazie dostępnej wiedzy, w tym informacji, opinii, faktów, narzędzi (instrumentów). W technice terapii zajęciowej, elementem różnicującym są zastosowane środki dydaktyczno-wychowawcze terapii zajęciowej (składniki otoczenia przyrodniczego i społecznego, otoczenie miejsca pracy terapeuty zajęciowego, maszyny, urządzenia, przybory i narzędzia pracy, pomoce dydaktyczno-wychowawcze np. modele, plansze, podręczniki, książki, czasopisma, filmy, kasety, płyty, środki audiowizualne, a także przedmioty pracy np. materiały biurowe, artystyczne i rzemieślnicze i inne materiały potrzebne w pracy z podopiecznym).

W terapii zajęciowej można wyróżnić różne rodzaje metod¹⁶. Dokonany podział metod terapii zajęciowej wynika z przedmiotu, w zakresie którego przebiega oddziaływanie terapeuty zajęciowego na podopiecznego tj. uczestnictwa w procesie pracy, odgrywania określonych ról w społeczeństwie, aktywnego kontaktu z kulturą i przyrodą, której jest podstawowym elementem. W związku z przyjętym przedmiotowym kryterium klasyfikacji podziału można wyróżnić cztery rodzaje ogólnych metod terapii zajęciowej:

- **ergoterapia** – (z grec. ergo oznacza czynię, robię), metoda terapii zajęciowej przez pracę fizyczną (prace ręczne, manualne) i umysłową (intelektualną), inaczej wykorzystująca na bazie zasad ergonomii różnego rodzaju zajęcia i czynności manualne (zajęcia praktyczno-techniczne) oraz usprawniania umysłowego (intelektualnego, psychicznego) w toku pracy jako środka terapeutycznego w zorganizowanych różnego rodzaju pracowniach lub w terenie,
- **socjoterapia** – (z łac. socius oznacza stowarzyszony, wspólny, towarzysz, oznaczający związek ze społeczeństwem, społecznością lub zjawiskami społecznymi) - to metoda terapii zajęciowej dotycząca leczenia zaburzeń ruchowych i intelektualnych oraz zachowań psychicznych, emocjonalnych, niedostosowania społecznego jednostki ludzkiej, polegająca na wykorzystaniu oddziaływań natury społecznej w toku spotkań grupowych, w tym towarzyskich,
- **kulturoterapia, w tym arteterapia** – (z łac. ars oznacza sztuka), stanowi metodę terapii zajęciowej wykorzystującą szeroko rozumianą sztukę, w tym sztukę ludową w sensie ergoterapeutycznym (zajęciowym). Arteterapia oznacza metodę usprawniania sztuką (stanowiącą element kultury), przez kontakt z nią w sposób bierny lub czynny¹⁷,
- **przyrodoterapia (naturoterapia)** – metoda terapii zajęciowej odnosząca się do kontaktu ze światem roślinnym lub zwierzęcym, odczuwania istoty człowieczeństwa, harmonii i zrozumienia wzajemnego oddziaływania przyrody na ludzi i odwrotnie.

Zgodnie z dokonaną klasyfikacją według przyjętego kryterium podziału można wyróżnić szczegółowe metody terapii zajęciowej i odpowiadające im techniki działań terapeutycznych.

Ad 1. Szczegółowe metody i techniki w ergoterapii¹⁸:

- dziewiarstwo (szydełkowanie, robienie na drutach),

¹⁶ J. Rottermund, J. Nowotny: Terapia zajęciowa... op. cit., s. 50.

¹⁷ A. M. Borowicz: Terapia zajęciowa jako forma rehabilitacji osób starszych. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 2, s. 42.

¹⁸ Terapia zajęciowa. Red. naukowa K. Milanowska ... op. cit., s. 79-364.

- hafciarstwo (haft gobelinowy, haft krzyżykowy, haft richelieu),
- koronkarstwo,
- aplikacje,
- tkactwo (tkanie na krośnie, na ramkach na bazie nici i surowców wtórnych, wyplatanie makram),
- krawiectwo (krój i szycie ręczne lub maszynowe rzeczy użytecznych, cerowanie, szycie zabawek, w tym zabawek ludowych, patchwork, wyroby z filcu),
- barwienie naturalne tkanin,
- kaletnictwo (tworzenie wyrobów ze skóry np. obrazy, portfele, biżuteria, galanteria skórzana),
- metaloplastyka (wyroby z blachy np. znaczki, medale, obrazy; wyroby z drutu np. świeczniki, breloczki, drzewka szczęścia),
- stolarstwo (rzeźba czyli rzeźbiarstwo, płaskorzeźba, prace z drewna np. karmniki, skrzynie, huśtawki, wykonywanie zabawek i instrumentów muzycznych),
- ślusarstwo, kowalstwo i obróbka cieplna metalu,
- plecionkarstwo (wyroby z wikliny tzw. wikliniarstwo, korzenia sosny i jałowca, rogożyny czyli pałki wodnej, słomy, kory brzoźowej, łąby np. taśmy ze świerku, łyka lipowego i wiązowego, młodych pędów leszczyny, dębu, jałowca i świerka, tworzyw sztucznych i papieru),
- sitarstwo (wyrób sit i przetaków),
- garncarstwo i ceramika (praca w glinie, wykonywanie wazonów, dzbanków, garnków, misek, tworzenie przedmiotów ceramicznych),
- introligatorstwo czyli oprawa druków, naprawa i okładanie książek,
- ogrodnictwo inaczej hortiterapia, hortikuloterapia (z łac. hortus oznacza ogród), (prace w ogrodzie, porządkowanie, siew, sadzenie, pielenie, prace pielęgnacyjne w ogrodzie, czyli aktywna praca z roślinami, warzywnictwo, zielarstwo, tworzenie kompozycji kwiatowych czyli florystyka, spacer, aktywność fizyczna, bliski kontakt z roślinami, obserwowanie ich wzrostu, rozwoju w różnych porach roku, doznania zmysłowe – barwa, smak, zapach owoców i roślin). Ciekawym zajęciem może być uprawa ziół leczniczych w ogrodzie lub zbieranie ziół (darów natury) w terenie, a następnie suszenie, przechowywanie i wykorzystanie w zajęciach fitoterapii, czyli leczeniu ziołami (ziołolecznictwie) w myśl powiedzenia „lekarz leczy, a uzdrowia przyroda”¹⁹.
- prace społeczno-użyteczne, w tym porządkowe (w miejscu zamieszkania i wokół budynku, pracowni, świetlicy, w stołówce, w ogrodzie).

¹⁹ I. Ponikowska, D. Ferson: Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Wydawnictwo Medi Press, Warszawa 2009, s. 196.

Ad 2. Szczegółowe metody i techniki w socjoterapii:

- ludoterapia, inaczej zabawoterapia czyli terapia wykorzystująca gry i zabawy w świetlicy i w terenie (zabawy manipulacyjne, zabawy konstrukcyjne, zabawy tematyczne, gry i zabawy dydaktyczne, gry i zabawy zespołowe), rozrywkę,
- kinezyterapia (kinezis – ruch, jako środek leczniczy oraz therapeia – leczenie) – terapia wykorzystująca ruch (gimnastyka, zajęcia ruchowe, rozgrywki sportowe, spacer, wędrówki), leczenie postawy, chodu²⁰. Można wyodrębnić:
 - ✓ terapię ruchem (inaczej kinezyterapię) w pomieszczeniu, w tym zamkniętym akwenu (w wodzie), (przryządową lub bezprzryządową) (ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia oddechowe, gimnastyka poranna, rozgrywki sportowe, tańce czyli choreoterapia),
 - ✓ terapię ruchem (inaczej kinezyterapię) w terenie, tym na odkrytym akwenu (w wodzie), (przryządową lub bezprzryządową), czyli terenoterapię (spacer w parku lub w lesie – silvoterapia, spacer brzegiem morza – talasoterapia)²¹.
- zajęcia rekreacyjne, turystyczne i sportowe w pomieszczeniu lub terenie. Rekreacja (łac. recreo – odnowić, ożywić, odtwarzać), które stanowią formę aktywnego wypoczynku umysłowego i fizycznego wybraną dobrowolnie przez człowieka ze względu na osobiste zainteresowania i dla odpoczynku, rozrywki lub rozwoju własnej osobowości, podejmowaną poza obowiązkami zawodowymi, społecznymi i domowymi oraz nauką w czasie wolnym od nauki i pracy (zajęć i czynności zawodowych). Jest ona realizowana w miejscu stałego zamieszkania lub pobytu człowieka. W przypadku, gdy taka aktywność wiąże się z przemieszczaniem, wędrówką człowieka, podróżami w celu poznawania świata i ludzi, wówczas mówi się o turystyce. Z kolei sport to forma aktywności człowieka mająca na celu doskonalenie sprawności fizycznej, psychicznej i umiejętności społecznych w ramach współzawodnictwa (indywidualnie lub zbiorowo, w tym grupowo) według ustalonych

²⁰ Kinezyterapia. Red. naukowa A. Zembaty. Wydawnictwo „Kasper” Sp. z o.o., Kraków 2002, s. 11, A. Rosławski, T. Skolimowski: Badania czynnościowe w kinezyterapii. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Wrocław 2000, s. 8-35.

²¹ B. Krempa: Rola ruchu w procesie nauczania i terapii dziecka [w:] Terapia pedagogiczna. Zaburzenia rozwoju psychoruchowego dzieci. Red. naukowa E. M. Skorek. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010, s. 81-83 oraz A. Rutkowska, S. Rutkowski, D. Jastrzębski: Kinezyterapia w nowotworach płuc. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 3, s. 17.

i akceptowanych reguł. W rekreacji brak jest elementu rywalizacji (współzawodnictwa)²².

- zooterapia (inaczej animalterapia) czyli terapia z udziałem, wykorzystaniu zwierząt²³. W tym zakresie działania terapeutyczne służą poprawie samopoczucia człowieka w sferze społecznej, emocjonalnej, poznawczej i fizycznej. W zooterapii mogą uczestniczyć pacjenci z nerwicą, depresją i zaburzeniami lękowymi, chorobami psychicznymi, ADHD, autyzmem dziecięcym, mózgowym porażeniem dziecięcym, upośledzeniem intelektualnym. W obrębie zooterapii można wyróżnić różne techniki, a w tym dogoterapię (terapię z udziałem psa), hipoterapię i hippikoterapię (terapię z udziałem konia, metodę rehabilitacji psychoruchowej z wykorzystaniem konia, przy czym „hippos” z grec. koń, zaś „hippiké” z grec. sztuka jeźdźenia na koniu), felinoterapię (terapię z udziałem kota), onoterapię (terapię z udziałem osła), owcoterapię (terapię z wykorzystaniem owcy), delfinoterapię (terapię z udziałem delfinów), alpakoterapię (terapię z udziałem alpaków). John Galsworthy (1867-1933) zauważa, że „zabawna rzecz dzieje się z końmi, wychodzą z użycia, a wchodzą w modę”²⁴. Psy można wykorzystywać wszechstronnie, między innymi w „czytaniu psu”, które ma na celu poprawę umiejętności czytania u podopiecznego, doskonalenia umiejętności komunikowania się oraz rozbudzenia u dzieci zainteresowań książką²⁵. Czytanie psu pomaga w zdobywaniu umiejętności przydatnych w życiu codziennym (tak samo ważnych jak umiejętność pisania), gdyż dzieci nie odczuwają stresu, który towarzyszy czytaniu w klasie w obecności nauczyciela i uczniów, w obecności psów dzieci mają odpowiednie warunki do czytania, a ponadto psy nie potrafią czytać, ale są dobrymi słuchaczami, nie poprawiają, nie przerywają, nie okazują zniecierpliwienia, są tolerancyjni i nie złośliwi.
- aromaterapia – to kuracja z wykorzystaniem olejków eterycznych i innych substancji zapachowych, mająca korzystny wpływ na nastrój, samopoczucie, procesy poznawcze oraz zdrowie. Substancje

²² K. Pietrusik: Pływanie niemowląt jako forma wczesnej stymulacji rozwoju fizycznego oraz psychomotorycznego małego dziecka. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 1, s. 57-59.

²³ M. Malec, P. Rąglewska: Terapeutyczna jazda konna w procesie usprawniania osób starszych. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 6, s. 45-47.

²⁴ A. Wyźnikiewicz-Nawracała: Jeździectwo w rozwoju motorycznym i psychospołecznym osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2002, s. 7.

²⁵ B. Kulisiewicz: Dogoterapia we wspomaganiu nauki i usprawnianiu techniki czytania. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009, s. 13-17, B. Kulisiewicz: Witaj, piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007, s. 9-12, B. Pawlik-Popielarska: Terapia z udziałem psa. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2005, s. 3-14.

te są wprowadzane do organizmu przez drogi oddechowe (wdech, wdychanie, inhalacje) lub przez skórę (masaże, kąpiel lub kompres). Leczenie zapachem polega na zanurzeniu się w wonnej kąpeli lub przebywaniu w pomieszczeniach pachnących olejkami. Aromaterapia ma ogromne znaczenie dla zdrowia. Każdy z olejków eterycznych posiada swoje unikalne właściwości. Wykazują one działania bakteriobójcze, przeciwzapalne, rozgrzewające, odkażające i przeciwwirusowe. Olejki eteryczne są silnymi koncentratami uzyskiwanymi z pachnących części roślin. Są zaliczane do grupy leków ziołowych. Można wyróżnić olejki eteryczne z drzewa herbacianego, mięty, róży i jaśminu. Zastosowanie olejków aromaterapeutycznych pobudza układ odpornościowy organizmu, poprawia krążenie, działa przeciwbólowo i oddziałuje pozytywnie na psychikę. Aromaterapia jest niewskazana dla alergików, małych dzieci i kobiet w ciąży. Quasi aromaterapia występuje podczas przebywania w lesie, szczególnie sosnowym lub w ogrodzie kwiatowym,

- terapia wspomnieniowa (sentymentalna, romantyczno-sentymentalna, reminiscencyjna, retrospektywna, odtworzeniowa), oparta na wspominaniu najbardziej znaczących doświadczeń osobistych, przeżyć, przygód, losów opowiadanych (wyrażanych emocjonalnie słowem z gestami, a niekiedy ze wzruszeniem i płaczem) w odpowiednio udekorowanym, stylizowanym pomieszczeniu lub w terenie na bazie fotografii, widokówek, listów, pamiątek, autobiografii, starych przedmiotów, wycinków gazet, przedmiotów codziennego użytku, miejsc urodzenia i przebywania. Można wyodrębnić następujące funkcje terapii wspomnieniowej: poznawczą (poznawanie przeżytych w przeszłości doświadczeń oraz ich skutków, a także określenie potrzeb psychologiczno-socjologicznych pacjenta), psychologiczną (podnoszenie własnej wartości pacjenta na podstawie silnych, mocnych, dobrych stron z własnej przeszłości), terapeutyczną (proces przeglądania dotychczasowego życia w celu lepszego dostosowania się do teraźniejszości i przyszłości, radzenia ze starością, chorobami i niepełnosprawnością), rekreacyjną (miła i pożyteczna forma spędzenia czasu wolnego, szczególnie dotycząca osób starszych, które w naturalny sposób i często z wielką przyjemnością powracają do wspomnień i miejsc oraz rzeczy związanych ze swoją przeszłością). Zajęcia w zakresie terapii wspomnieniowej można przeprowadzić w odpowiednio przygotowanej sali, oddającej klimat, nastrój z dawnych lat lub w terenie podczas zorganizowanej wycieczki do miejsca urodzenia, dzieciństwa i młodości. Interesującą formą terapii wspomnieniowej mogą być również przedstawienia teatralne, spotkania telewizyjne, filmy lub audycje radiowe autobiograficzne i dokumentalne. Mogą one służyć jako techniczno-

organizacyjne rozwiązania sesji terapii wspomnieniowej. Tematem wspomnień może być pierwszy dzień w szkole, najweselsza historia życia, przeboje z dawnych lat, święta w gronie rodzinnym. Pomocnym instrumentem w przeprowadzeniu sesji terapii wspomnieniowej mogą być wylosowane przez pacjenta kartki o treści: z czym Ci się kojarzy słowo/słowa: miłość, przyjaźń, dzieciństwo, młodość, radość, rodzina, rodzeństwo bliższe lub dalsze, najbliżsi (mama, tato, brat, siostra, ciotka, wujek, babcia dziadek), sąsiedzi, moja droga do szkoły, moja klasa, moje miejsce zabaw, moja ulubiona zabawka, moja ulubiona zabawa, moja ulubiona książka, moja ulubiona rzecz, najciekawsze spotkanie, najśmieszniejsza przygoda.

- cykloterapia (inaczej cycletherapy) – metoda wykorzystująca rowery rehabilitacyjne jedno- lub dwuosobowe w życiu codziennym, indywidualnie dopasowane, dostosowane w zależności od rodzaju niepełnosprawności²⁶,
- śmiechoterapia (terapia oparta na śmiechu, humorze),
- trening (ćwiczenie) czynności dnia codziennego i funkcjonowania w społeczeństwie (jako proces zdobywania wiedzy, kształtowania umiejętności społecznych i nabywania nawyków), a w tym:
 - trening integracyjny (uspołeczniania), który dotyczy treningu umiejętności interpersonalnych w rozwiązywaniu problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich, a w nim treningu budowania poczucia własnej wartości, treningu komunikacji interpersonalnej, czyli umiejętnego nawiązywania kontaktów i tworzenia pozytywnych relacji społecznych, umiejętnego formułowania i wyrażania swoich myśli, nauczania poprawnej wymowy. Ponadto trening umiejętności interpersonalnych stosowany w rozwiązywaniu problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich uczy budowania poczucia własnej wartości, asertywności radzenia sobie ze stresem i pomaga w nawiązywaniu i utrzymaniu poprawnych relacji międzyludzkich,
 - rozmowa terapeutyczna jako metoda pracy diagnostycznej i terapeutycznej,
 - trening samoobsługi inaczej trening umiejętności samoobsługowych, zaradności życiowej, czynności życia codziennego, dostosowania i funkcjonowania w społeczeństwie, w środowisku rodzinnym, rówieśniczym, szkolnym i zawodowym. W tym zakresie wyróżnia się między innymi:
 - trening poznawczy (zdobywanie umiejętności czytania, pisania, wypowiedzenia się, logicznego myślenia, koncentracji uwagi,

²⁶ J. M. Kowalski, M. Bombik, R. Lewandowski: Cykloterapia. [w:] Rehabilitacja pediatryczna. Wybrane zagadnienia. Red. naukowa J. M. Kowalski, R. Lewandowski. Wydawnictwo Ameryka WSRDA, Olsztynek 2003, s. 219-224.

ćwiczenia pamięci, czyli trening pamięci, wspomagane przez gry edukacyjne i logiczne oraz rachunkowość, a ponadto nauczanie pisania listów i podań, wypełniania formularzy urzędowych, w tym przekazów pocztowych,

- trening higieniczny (higieny), zajmujący się wszystkimi czynnościami, łącznie z zachowaniem estetycznym i schludnym wyglądem, które wpływają potęgująco na stan zdrowia i poprawę samopoczucia człowieka oraz na kontakty interpersonalne, a także na sprawność fizyczną i umysłową ustroju np. kultura czystości ciała (higiena osobista), zorganizowane codzienne czynności pracy (higiena pracy), nauki (higiena nauki), higiena czasu wolnego (podczas rozrywek, odpoczynku, wypoczynku, snu), higiena odpowiedniego odżywiania się, higiena właściwego zachowania się człowieka w różnych warunkach życia i kontaktów z ludźmi zdrowymi i chorymi oraz ze zwierzętami, a także przemieszczania się i podróży środkami transportu oraz funkcjonowania organizmu ludzkiego w różnym wieku, płci i stanu zdrowia,
- trening kulinarny, dotyczący umiejętności wykorzystywania narzędzi kuchennych, zastawy stołowej, sprzętu gospodarstwa domowego z przestrzeganiem przepisów bhp, nauczanie zasad zdrowego żywienia, prawidłowego przechowywania żywności (artykułów spożywczych), samodzielnego i estetycznego przygotowania i spożywania posiłków oraz kulturalnego zachowania się przy stole, a także nakrywania stołu),
- trening innych umiejętności praktycznych dnia codziennego, zdobywanie umiejętności w zakresie dbania o własne zdrowie (aktywność, tężyznę fizyczną, spokój psychiczny, w tym emocjonalny) i estetyczny wygląd, radzenia sobie w podstawowych i trudnych sytuacjach życiowych, korzystania z usług służby zdrowia, załatwiania spraw w instytucjach publicznych, nauczanie ubierania się odpowiednio do pory dnia i roku, kształtowanie orientacji przestrzennej oraz umiejętności poruszania się w najbliższym otoczeniu, a ponadto nauczanie samodzielności i niezależności, w tym samodzielnego jedzenia, mycia, ubierania się i załatwiania potrzeb higienicznych i fizjologicznych, obsługi urządzeń gospodarstwa domowego i niektórych napraw W tym przedmiocie można wyodrębnić też trening budżetowy (operowanie pieniędzmi, dokonywanie zakupów, nauczanie wartości pieniądza, ekonomizacji życia codziennego), trening lekowy, który prowadzi lekarz (opis działania i dawkowania leków, uświadamianie o ważności systematycznego brania leków), a także trening psychoedukacji i edukacji zdrowotnej (promocji zdrowia) dotyczący nauczania zasad zdrowego stylu życia oraz przekazania w sposób dostępny

informacji o różnych stanach chorobowych, o zagrożeniach ze strony środków uzależniających, jak też trening mieszkaniowy (symulowane nauczanie samodzielnego życia i doskonalenie zaradności w życiu codziennym w mieszkaniu treningowym oraz wdrażanie do życia dorosłego), trening kreatywności i przedsiębiorczości, a ponadto trening zagospodarowania czasu wolnego (zainteresowania, hobby, wypoczynek na miejscu i w terenie),

- kontakty z otoczeniem zawodowym w ramach preorientacji zawodowej (zmiany zawodu lub przekwalifikowania).

Ad 3. Szczegółowe metody i techniki w kulturoterapii, w tym arteterapii:

- biblioterapia czyli terapia słowem pisanim i mówionym, wykorzystująca książki, oparta na książce (samodzielne lub zbiorowe głośne i wyraźne czytanie żywego słowa tj. książek, czasopism, artykułów, inaczej czytelnictwo, recytacja, deklamacja wierszy, układanie wierszy i piosenek w formie śpiewników, prowadzenie kronik, albumów, słuchanie aktywizujących, bądź relaksacyjnych tekstów biblioterapeutycznych, bądź słuchowisk radiowych oraz przekazywanie lub wymiana myśli i poglądów w postaci opowiadania, prowadzenia rozmowy po przeczytaniu tekstu, pogadanki, dyskusje, a ponadto poradnictwo biblioteczne i bibliotekarstwo tj. katalogowanie, czytelnictwo i jego promocja w postaci plakatów, albumów, gazetek ściennych, wystaw bibliotecznych na stoliku, stojaku, w gablocie, żywa gazetka utworzona z aktualnych wycinków gazet, a następnie swobodna dyskusja pod kierunkiem prowadzącego, wieczory głośnego czytania książki, wieczory autorskie z zaproszonym pisarzem, inscenizacje przy użyciu barwy głosu, stroju, światła, rekwizytów i scenografii, konkursy i zgaduj-zgadule, aby ożywić czytelnictwo, odczyty i prelekcje, spotkania literackie, festiwale poezji, poezji śpiewanej i poezji autorskiej). W tym zakresie można wyodrębnić poezjoterapię (gdy twórczość poetycka jest opublikowana) lub bajkoterapię (baśnioterapię) tj. czytanie, słuchanie, opowiadanie bajek lub baśni terapeutycznych, utożsamianie się z bohaterem i naśladowanie go, poszukiwanie o nim prawdy.Poezjoterapia terapia wykorzystująca poezję opublikowaną np. w formie książkowej (wydawnictw) lub w postaci niepublikowanej np. na prawach rękopisu, zapisków, a w tym czytanie, recytowanie, deklamowanie wierszy, pisanie, śpiewanie, przeprowadzanie wieczorów poezji (wieczorków poetyckich),
- plastykoterapia – zajęcia plastyczne i malarskie (z wykorzystaniem między innymi surowców wtórnych), a w tym znaczenie koloru, barwy, światła, cienia, kompozycji tj. zestawienia całości z pewnych elementów na płaszczyźnie (rysunek, malarstwo, grafika) lub

w przestrzeni (np. rzeźba), malowanie na papierze i płótnie, stemplowanie na papierze i płótnie (rysowanie kredkami ołówkowymi, świecowymi, pastelami, ołówkiem, kredą, węglem, patykiem, malowanie farbami plakatowymi, akwarelą, witrażowymi na szkłe inaczej transparentnymi, olejnymi, farbami window colors, tuszem kreślarskim, malowanie palcami, malowanie piaskiem, spryskiwanie, batik, zabawa barwami jako elementy chromoterapii czyli leczenie kolorami, grafika, gipsoryt, linoryt, drzeworyt, monotypia, druk strukturalny, masy plastyczne (masa solna, glina, modelina, plastelina, masa papierowa, masa drzewna, воск), wspólne tworzenie obrazu, malowanie muzyki)²⁷,

- chromoterapia czyli terapia wykorzystująca barwy i kolory (muzyka i gra kolorów, dobór kolorów w pomieszczeniach relaksacyjnych, pracy, nauki i odpoczynku, znaczenie koloru ubrań, dekoracji),
- sztuki użytkowe (witraż okienny lub lustrzany, fotografia, w tym wykonywanie zdjęć, wywoływanie, obróbka zdjęć, plakat, projekty okładek, opakowania, pakowanie prezentów, ulotki reklamowe, collage, wycinanie, wyklejanie, wydzieranie z papieru i tworzenie pracy łączonej różnymi technikami plastycznymi),
- zdobnictwo i dekoratorstwo (ikebana, układanie kompozycji z suszonych i żywych kwiatów, roślin, owoców, surowców wtórnych oraz darów natury np. kory drzewa, szyszek, mchu, muszli, drewna, piór itp., kompozycja roślinno-kwiatowa w antyramie przez „mumifikację” roślin, kompozycje w wazonie, w ramach obrazów i koszykach, dekoracje okolicznościowe, świąteczne np. stroiki wielkanocne, bożonarodzeniowe, zdobienie różnych przedmiotów, tworzenie biżuterii z filcu, techniką decoupage, z masy papierowej),
- papieroplastyka (łamanek z papieru tzw. origami, wycinanie ozdób z papieru, w tym ozdób choinkowych i wykonywanie pocztówek i kartek z okazji świąt i uroczystości, wyroby z kartonu i tektury),
- pisankarstwo (wykonywanie pisanek),
- muzykoterapia czyli terapia wykorzystująca muzykę, a w tym jej słuchanie, tworzenie, granie (muzykoterapia bierna przez słuchanie muzyki relaksującej, a także muzykoterapia czynna przez tworzenie muzyki, odtwarzanie znanych utworów, nauczanie śpiewania nowych piosenek, śpiewanie lub nucenie utworów znanych i lubianych, popularnych, ludowych i biesiadnych, piosenek i śpiewów zespołowych lub chóralnych, gra na instrumentach muzycznych, w tym prostych np. grzechotka, trójkąt, bębenek, bębenek baskijski inaczej tamburyn lub tamburyno, flet prosty, ćwiczenia rytmiczne i klaskanie, wystukiwanie rytmu różnych melodii, naśladowanie głosów świata zwierzęcego, kołyszących się

²⁷ M. Brzezińska, M. Graczkowska: Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej? Wydawnictwo Difin, Warszawa 2012, s. 119-151.

drzew, pluskania wody, różnicowanie dźwięków, organizowanie, przygotowanie, udział w festiwalach, konkursach muzyki, piosenki i poezji śpiewanej)²⁸,

- zajęcia relaksacyjne jako forma psychoterapii, których celem jest wprowadzenie organizmu w stan odprężenia psychosomatycznego, pokonywanie i rozładowanie stanu napięcia psychicznego (stresu) oraz zmęczenia fizycznego (mięśni) i psychicznego, rozluźnienie w ciągu dnia, wyciszenie, uspokojenie, usprawnienie, mobilizowanie, świadome obniżenie aktywności myślowej (zazwyczaj wieczorem)²⁹. Ciało i umysł są ze sobą ściśle związane, a ciało reaguje na stres i psychiczne zmęczenie. Stąd też najczęściej relaksujemy nasz umysł przez zrelaksowane ciało. Relaksacja przynosi odprężenie, wyciszenie, zdystansowanie jako reakcja relaksacyjna. Wykorzystuje się tu elementy esteterapii, muzykoterapii, poezjoterapii, trening autogenny (relaksacyjny) J. K. Schultza, technikę (trening) relaksacji Jacobsona, zwaną relaksacją progresywną lub stopniową, a także relaksację Maxwella Maltza, Richarda Lazarusa, jogę Nidra (sen jogiczny) i inne metody terapii wschodniej,
- choreoterapia (powiązana z kinezyterapią) czyli terapia wykorzystująca taniec, formy taneczne z takimi elementami jak: ruch, muzyka, tempo, rytm, czas, przestrzeń, dotyk, grupa (taniec dyskotekowy, towarzyski dowolny, ćwiczenia muzyczno-ruchowe, improwizacje ruchowe przy muzyce)³⁰,
- filmoterapia (projekcja filmów o różnej tematyce i dyskusja po niej, oglądanie filmów w kinie i w telewizorze, nagrywanie filmów, obróbka filmowa, przeglądy filmów),
- fotografikoterapia związana z fotografią (obsługa aparatu analogowego i cyfrowego, estetyka fotografii, fotografowanie z lampą błyskową, kompozycja zdjęć grupowych, portretu, krajobrazu, martwej natury i wydarzeń, archiwizacja, przechowywanie zdjęć, praca w studiu fotograficznym, ciemni i w plenerze),
- teatroterapia, w tym dramaterapia lub komedioterapia czyli terapia wykorzystująca elementy teatru i jej postaci np. drama, komedia, pantomima, pozwalająca rozwijać wyobraźnię i wrażliwość (tworzenie i oglądanie spektakli, teatr lalek, w tym teatr cieni, wykonywanie scenografii teatralnych, masek teatralnych i lalek, organizowanie, przygotowanie i udział w spektaklach teatralnych)³¹,

²⁸ W. Szulc: Sztuka w służbie medycyny..., op. cit. , s. 79-142.

²⁹ D. Palica: Relaksacja w szkolnym wychowaniu fizycznym. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2015, nr 4, s. 28-30.

³⁰ A. Wysocka-Zańko: Psychoterapia tańcem i ruchem. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 3, s. 28-30.

³¹ L. Krajczewska, E. Frąckiewicz: Bajka i teatr w terapii współuzależnienia. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2013, nr 5, s. 31-33.

- estetoterapia czyli terapia wykorzystująca kontakt z pięknem przyrody i kultury oraz podziwianie tych wartości. Pojawiają się tu elementy muzykoterapii jak: śpiew ptaków, szum morza, kołysanie się drzew, granie wiatru, szum w muszlach (oddziaływanie na zmysły czyli terapia sensoryczna, w tym obcowanie z pięknem otoczenia np. morzem, jeziorem, rzeką, lasem, pięknym krajobrazem, oglądanie ekspozycji wystawowej).

Ad 4. Szczegółowe metody i techniki w przyrodoterapii:

- klimatoterapia – to leczenie klimatem, wykorzystanie naturalnego środowiska przyrodniczego jego ukształtowania terenu i krajobrazu do celów leczniczych, a w tym kąpiele słoneczne, kąpiele powietrzne, kąpiele powietrzno-ruchowe, tj. połączone z różnymi formami ruchu, z wykorzystaniem różnego rodzaju sprzętu na otwartej przestrzeni lub terenie zalesionym, kąpiele wodne (morskie, jeziorne, rzeczne), inhalacje w naturalnym środowisku. W obrębie tej metody można wyodrębnić:
 - ✓ silwoterapię czyli terapię wykorzystującą spacer w lesie (odpoczynek w lesie, trzeba polubić samotny lub grupowy długi spacer w lesie i powrót z niego w lepszym nastroju pełen energii. Spacer w lesie pozwalają odetchnąć, wyciszyć się, spojrzeć na wiele spraw z dystansu. Trzeba pójść do lasu podglądać tj. obserwować i utrwalić np. przez „bezkrwawe łowy” jak budzi się i radzi sobie przyroda. To działa uspokajająco). Szerszym zagadnieniem są spacer po ścieżce przyrodniczej, etnograficznej, wędrówki na szlaku turystycznymi wycieczki, co można zaliczyć do terenoterapii,
 - ✓ talassoterapię czyli terapię wykorzystującą naturalne walory klimatu morskiego podczas spacerów brzegiem morza, pozwalająca osiągnąć podobny efekt co spacer w lesie),
 - ✓ helioterapię (kąpiele słoneczne),
 - ✓ landscapeterapię, czyli krajobrazoterapię (podziwianie pięknych krajobrazów, szczególnie w górach i nad morzem),
- zajęcia z ekologii dotyczące podejmowanych działań i czynności w zakresie ochrony naturalnego środowiska człowieka czyli przyrody (segregacji odpadów, recyklingu, oszczędności wody, energii elektrycznej i innych zasobów, w tym przyrodniczych).

Zakończenie i wnioski

Terapia zajęciowa to dyscyplina ochrony zdrowia, rehabilitacji, w ramach której podopieczny pod nadzorem terapeuty zajęciowego wykonuje określone czynności i działania podczas organizowanych zajęć fizycznych i umysłowych w celu usprawnienia fizycznego, psychicznego i społecznego, w tym preorientacji zawodowej (zmiany zawodu lub przekwalifikowania). W usprawnianiu i leczeniu pacjentów oraz

przywracaniu utraconej zdolności do harmonijnego współżycia z otoczeniem społecznym potrzebna jest aktualna wiedza w tym zakresie.

Dotychczas terapię zajęciową stosowano głównie w lecznictwie psychiatrycznym, w sanatoriach, ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach, warsztatach terapii zajęciowej, domach pomocy społecznej, domach dziennego pobytu, zakładach opiekuńczo-leczniczych, świetlicach terapeutycznych, placówkach wsparcia społecznego, placówkach penitencjarnych, placówkach resocjalizacyjnych, ośrodkach reorientacji zawodowej, szkołach, placówkach systemu opieki nad osobami z problemami zdrowia psychicznego i innych placówkach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Innowacyjnym rozwiązaniem realizacji zadań terapii zajęciowej mogą być pobyty pacjentów w ośrodkach turystyki wiejskiej w ramach turnusów rehabilitacyjnych. Trzeba też wiedzieć, że terapia zajęciowa to nie tylko proces usprawniania osób chorych i niepełnosprawnych, lecz także praca z osobami zdrowymi np. sportowcami, menedżerami, „wypalonymi zawodowo” nauczycielami, sfrustrowanymi i niedostosowanymi społecznie rodzicami w kierunku podwyższania ich sprawności organizmu i ról społecznych. Ponadto trzeba zauważyć, że jak dotąd brakuje zwartych i uporządkowanych opracowań teoretycznych i praktycznych na ten temat. Przedstawione opracowanie spełnia społeczne oczekiwania, a w szczególności potrzeby terapeutów zajęciowych.

Literatura

1. Basińska-Szafrańska A.: Picie alkoholu i przyjmowanie leków uspokajająco-nasennych w wieku produkcyjnym. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 5.
2. Basińska-Szafrańska A.: Problem uzależnienia od leków uspokajająco-nasennych w praktyce terapeuty uzależnień. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2012, nr 2.
3. Borowicz A. M.: Terapia zajęciowa jako forma rehabilitacji osób starszych. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 2.
4. Brzezińska M., Graczkowska M.: Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej? Wydawnictwo Difin, Warszawa 2012.
5. Chodkiewicz J.: Używanie substancji psychoaktywnych. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2012, nr 4.
6. Danek A.: Patologiczny hazard: spirala w dół i droga do wolności. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 1.
7. Dodziuk A.: Obecność śmierci w życiu i w psychiatrii. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 1.
8. Dumas I.: Metodyka i technika ćwiczeń leczniczych w kinezyterapii. Podręcznik dla studentów fizjoterapii. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2013.

9. Fiodorenko-Dumas Ż., Baściuk I., Bogut B., Dumas I.: Kinezyterapia w praktyce fizjoterapeuty. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2009.
10. Frisch H., Roex J.: Terapia manualna. Poradnik wykonywania ćwiczeń. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
11. Grabońska-Ujda S.: Terapia pacjentów z zaburzeniami osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline. Komu jest trudniej? „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 5.
12. HIV to nie koniec świata. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 3.
13. Kania J.: Odmienne stany świadomości u pacjentów z traumami z dzieciństwa. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 2.
14. Kapler L. A.: Rehabilitacja w uzależnieniach. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010, nr 6.
15. Kapler L. A., Majewska T., Bebelski M.: Holistyczna integrująca terapia uzależnień. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 6.
16. Kinezyterapia. Red. naukowa A. Zembaty. Wydawnictwo „Kasper” Sp. z o.o., Kraków 2002.
17. Konefał A.: Mindfulness dla uzależnionych. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2012, nr 3.
18. Konieczńska Z., Stańczak T.: Terapia zajęciowa w psychiatrii, Wydawnictwo Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989.
19. Kowalski J. M., Bombik M., Lewandowski R.: Cykloterapia. [w:] Rehabilitacja pediatryczna. Wybrane zagadnienia. Red. naukowa J. M. Kowalski, R. Lewandowski. Wydawnictwo Ameryka WSRDA, Olsztynek 2003.
20. Krajczewska L., E. Frąckiewicz: Bajka i teatr w terapii współuzależnienia. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2013, nr 5.
21. Krempa B.: Rola ruchu w procesie nauczania i terapii dziecka. [w:] Terapia pedagogiczna. Zaburzenia rozwoju psychoruchowego dzieci. Red. naukowa E. M. Skorek. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010.
22. Kucińska M.: Terapia schematu wobec pacjentów uzależnionych z zaburzeniami osobowości. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 4.
23. Kucińska M.: W pułapce papierosa. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 6.
24. Kulisiewicz B.: Dogoterapia we wspomaganie nauki i usprawnianiu techniki czytania. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.

25. Kulisiewicz B.: Witaj, piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
26. Kurzeja A.: Motywowanie do zmiany w pracy z osobami bezdomnymi uzależnionymi od alkoholu. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2014, nr 4.
27. Malec M., Rąglewska P.: Terapeutyczna jazda konna w procesie usprawniania osób starszych. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 6.
28. Marsollek M.: Ile jest człowieka w człowieku? Terapeuta wobec cierpienia pacjenta. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 5.
29. Melonowski M.: Terapia rodziny dziecka uzależnionego od komputera z podwójną diagnozą. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 2.
30. Milanowska K.: Kinezyterapia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
31. Nikodemski El Tairy H.: Kinezylogia edukacyjna – fenomen skuteczności. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011.
32. Palica D.: Relaksacja w szkolnym wychowaniu fizycznym. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2015, nr 4.
33. Pawlik-Popielarska B.: Terapia z udziałem psa. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2005.
34. Pietrusik K.: Pływanie niemowląt jako forma wczesnej stymulacji rozwoju fizycznego oraz psychomotorycznego małego dziecka. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 1.
35. Plan na dopalacze. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2010.
36. Płachcińska G.: Pomóc hazardzistom. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2011, nr 1.
37. Ponikowska I., Ferson D.: Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Wydawnictwo Medi Press, Warszawa 2009.
38. Roślowski A., Skolimowski T.: Badania czynnościowe w kinezyterapii. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Wrocław 2000.
39. Rottermund J., Nowotny J.: Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej. Podręcznik dla studentów i terapeutów. Wydawnictwo α – medica press, Bielsko-Biała 2014.
40. Rutkowska A., Rutkowski S., Jastrzębski D.: Kinezyterapia w nowotworach płuc. „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 3.
41. Szulc W.: Sztuka w służbie medycyny od antyku do postmodernizmu. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001.
42. Terapia osób uzależnionych w systemie penitencjarnym. „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia” 2015, nr 3.

43. Terapia zajęciowa. Red. naukowa K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965.
44. Widera-Wysoczańska A.: Wpływ osobistych doświadczeń na sytuacje pomagania. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2011, nr 3.
45. Wojewódzka B.: Słów kilka o hazardzie. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2011, nr 5.
46. Wojnar R.: Prowadzenie dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2011, nr 2.
47. Wojnar R.: Przełamać beznadzieję bezdomności i wykluczenia. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2014, nr 6.
48. Wyleczyć z grania. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2010, nr 4.
49. Wysocka-Zańko A.: Psychoterapia tańcem i ruchem. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2010, nr 3.
50. Wyżnikiewicz-Nawracała A.: Jeździectwo w rozwoju motorycznym i psychospołecznym osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2002.
51. Zanki M.: Hazard – wiedeńskie doświadczenia. „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia” 2011, nr 6.

Mgr Ewa Ozorowska

Studentka Podyplomowego Studium Arteterapii i Terapii Zajęciowej
Wojewódzkiego Ośrodka Animacji Kultury w Białymstoku
Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii UwB o specjalności
Animacja Kultury z Arteterapią

Holistyczna diagnoza a arteterapia

Holistic diagnosis and art therapy

Streszczenie

Arteterapia może być stanowić innowacyjną metodę pracy wykorzystywaną w turystyce wiejskiej nie tylko jako część rekreacji, a także jako odpowiedź na nurtujące człowieka pytania, „podróż” w głąb siebie. Jest to szansa na lepszą komunikację, omijanie barier językowych, pomoc w dialogu, używanie wzorców i symboli, będących swoistym, uniwersalnym językiem w działalności ludzkiej. Metoda arteterapii ma swoje „korzenie” w medycynie, psychologii, pedagogice i filozofii. Rozległość zakresu wiedzy pozwala na docieranie w przystępny, przyjazny sposób do podstaw - podłoża problemów lub przyczyn choroby. Holistyczne badanie przez sztukę niesie ze sobą wiele możliwości. Umożliwia powrót medycyny do źródeł, wzorowanie się medycyną Dalekiego Wschodu, w tym dążeniem do równowagi, homeostazy, harmonii. Arteterapia oferuje m.in. wsparcie w rozwoju osobowości oraz daje szansę na poznanie, akceptację siebie, powrót do zdrowia.

Słowa kluczowe: arteterapia, diagnoza, usprawnianie, medycyna holistyczna, kulturoterapia, leczenie.

Summary

Art therapy can be considered as an innovative method of operation used in rural tourism, not only as part of recreation, but also as a response to our questions, a journey into ourselves, to gain an insight. This is a chance for better communication, bypassing language barriers, help in the dialogue. This happens through the present in the products of human activity patterns and symbols - the universal language. Art therapy is inspired by medicine, psychology, pedagogy, philosophy. The extent of the range of knowledge allows you to reach in an accessible, friendly way to basics - ground problems or causes of the disease. A holistic examination by art carries a lot of opportunities. Recalls memories return medicine to the roots, imitating medicine Far East - the desire to equilibrium, homeostasis, harmony. Art therapy offers, among others, support the development of personality and gives you a chance to knowledge, self-acceptance, the return to health.

Keywords: arttherapy, diagnosis, recovery, holistic medicine, therapy by culture, treatment.

Wstęp

Problemem, który nieustannie nurtuje i budzi ciekawość jest holistyczna diagnoza oraz możliwości, jakie ze sobą niesie. Aby dokonać trafnej diagnozy, potrzebne jest narzędzie badawcze, metoda pracy. Pomocą może być arteterapia, pozwalająca na różne formy ekspresji twórczej - wyrażanie siebie, swoich emocji oraz przeżyć. Warto zwrócić uwagę na to, że praca taka może stanowić więź nie tylko z osobami chorymi (jako terapia), lecz również ze zdrowymi (wgląd). Celem jaki można osiągnąć to ukazanie, jak ważne jest holistyczne spojrzenie na pacjenta oraz jakie możliwości daje diagnoza i terapia. Trzeba dążyć do kompleksowego leczenia, które może być pomocne w przełamaniu stereotypu dotyczącego farmakologicznego leczenia pacjentów z różnymi zaburzeniami, nie tylko natury psychologicznej. Można przy tym wyjaśnić innowacyjne znaczenie arteterapii jako metody terapii zajęciowej w rehabilitacji leczniczej. Przedstawione zostaną również zagadnienia fenomenologii, która jest istotna w dziedzinie terapii przez sztukę.

W pracy zostanie wykorzystana jakościowa metoda badawczą. Problem arteterapii w diagnozie i terapii pacjenta zostanie oparty na koncepcji holistycznej czyli kompleksowego usprawniania, w którym arteterapia odgrywa szczególną rolę. Jak pisał Rollo May, pojawia się „próba przekroczenia powierzchni zjawisk i wniknięcia w naszą własną świadomość i niewyartykułowaną zbiorową podświadomość społeczeństwa po to, by odnaleźć źródła miłości i woli”¹. Arteterapia stanowi część kulturoterapii”².

Aby mówić o arteterapii jako narzędziu badawczym, należy zwrócić uwagę na EBP. Jest to pojęcie „praktyki opartej na dowodach (ang. *Evidence-based Practice*) (EBP)³. Jak pisze A. Gilroy, „pomimo istnienia związku między EBP a badaniami, są to dwa zupełnie różne działania, między innymi dlatego, że korzenie EBP tkwią w medycynie. Paradygmat opiera się na dwóch założeniach: poparciu praktyki zawodowej badaniami oraz optymalizacji usług. Założenia EBP nie są w stosunku do siebie sprzeczne, jednakże imperatyw ekonomiczny, który napędzał jego wdrożenie w sektorze publicznym może przyczynić się do ograniczenia usług i praktyk, które istnieją poza ramami określonymi przez EBP. Podobnie jak wiele innych niemedyceńskich praktyk w sektorze publicznym, arteterapia w ramach obecnego systemu nie jest postrzegana w sposób pozytywny. Zamiast zgadzać się z prerogatywami ortodoksyjnego EBP, arteterapia powinna rozwinąć pluralistyczną, zgodną ze swoją dyscypliną bazę dowodów, która

¹ R. May: *Miłość i wola*. REBIS, Poznań 1998, s. 9.

² W. Szulc: *Kulturoterapia*. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 1988
[w:] www.arteterapia.pl/wp-content/uploads/2009/10/Kulturoterapia.doc.

³ M. Waleszko: *Biblioteki a praktyka oparta na dowodach – zasady i dyskusje*.
[w:] <http://babin.bn.org.pl/?p=1670> (07-12-2012).

kwestionuje hierarchie i przekonania stanowiące założenia EBP i przyczyni się do powoli postępującej zmiany obowiązującego paradygmatu. Proces oparcia arteterapii na faktach doprowadza do konfliktu pomiędzy dyscypliną a systemami, w których arteterapia funkcjonuje. Opracowane przez arteterapię paradygmaty wiedzy, praktyki i badań mają swoje źródło w obrazie, psychoterapii i psychoanalizie”⁴.

Mówiąc o arteterapii, należy wspomnieć o fenomenologii, która jest nieodzownym narzędziem diagnosty. „O fenomenologii M. Waligóra pisze, że jest czułością: nasłuchiwanie, przypatrywanie się, dotykanie i głaskanie, dyskrecja świadka. Fenomenologia jest łowiectwem czyli zastawianiem sieci i tropienie tego, co ukryte, zaczajanie się. Fenomenologia jest poszukiwaniem: odcedzanie tego, co ważne, od tego, co nieistotne. Przepłukiwanie. Fenomenologia stanowi uczestnictwo w używaniu narzędzi i budowie domostwa. Rozkoszowanie. Fenomenologia to też ruch, czyli ciągle rozpoczynanie od nowa, wieczne niedokończenie⁵. Przedstawianie fenomenologii w arteterapii wiąże się z psychologią Gestalt, w której fenomenologia jest jej podstawą. Jej twórca, niemiecki filozof Edmund Husserl (1859-1938) utrzymywał, że podstawową zasadą fenomenologii jest nowy sposób patrzenia na człowieka, traktowanego jako fenomen. Fenomenologia jest filozofią wartości. Psychologia Gestalt uznaje całościowe, holistyczne postrzeganie fenomenu. Kategoria fenomenologii w psychologii holistycznej była reakcją na pozytywizm, wyrazem sprzeciwu wobec filozofii pozytywistycznej w nauce. Technika „tu i teraz” zapożyczona z terapii Gestalt znajduje zastosowanie w arteterapii. Zadaniem terapeuty stosującego taką technikę jest odciąganie pacjenta od rozpamiętywania traumatycznych przeżyć z przeszłości i pełnego lęku oczekiwania na to, co może wydarzyć się w przyszłości i skupienie się na sytuacji aktualnej⁶. Jest to próba ukazania istotności, nauka umiejętności bycia „tu i teraz”. Przyjmijmy, dla przykładu, że diagnozowany pacjent ma problemy z nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych. Możemy zdiagnozować jego osobowość, poziom rozwoju poznawczego i emocjonalno - społecznego, przyrzeć się jego dotychczasowym doświadczeniom nabywanym w najbliższym otoczeniu społecznym. Można zająć się diagnozą specyficznych cech reprezentowanych przez grupę, z którą nie może on nawiązać satysfakcjonujących kontaktów społecznych – zbadać jej strukturę, poziom otwartości, istniejące stereotypy czy uprzedzenia. Trzeba zrobić jednak coś zupełnie odmiennego – skupić się na zjawisku nawiązywania

⁴ A. Gilroy: Arteterapia – badania i praktyka. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi 2009, s. 14.

⁵ J. Gładyszewska – Cylulko: Ciało – umysł – dzieło. Arteterapia w ujęciu fenomenologicznym. [w:] Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka. Red. naukowa M. T. Siemień. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 52.

⁶ W. Szulc: Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki. Difin, Warszawa 2011, s. 69-70.

kontakty badanego z grupą. Ten ostatni sposób podejścia do problemu wywodzi się z podejścia fenomenologicznego. W takim podejściu badacz poznaje przez doświadczenie. Jest to według zwolenników fenomenologii jedyne prawdziwe poznanie. Pacjent może opowiedzieć o swoich doświadczeniach, przybliżyć je nieco, ale nie może ich przekazać. Punktem wyjścia do poznania przeżyć pacjenta jest fenomen, to znaczy przedmiot postrzegania. Nie można go zdiagnozować, skategoryzować, ale można go zrozumieć. Dzięki podejściu fenomenologicznemu badacz może odkrywać świat badanego człowieka poprzez odkrycie znaczenia, jakie przypisuje on poszczególnym odcinkom rzeczywistości. W ten sposób poznaje się pacjenta. Podobnie widzi problem poznania psychologia humanistyczna. Według niej nie istnieje obiektywna prawda. Jako miarodajną możemy przyjąć jedynie własną prawdę pacjenta, choćby nawet dla kogoś innego była ona fałszem. Dzięki poznaniu fenomenologicznemu nie trzeba niczego dowodzić, a jedynie odkryć⁷. Jest to możliwe dzięki kulturoterapii oraz elementowi holizmu w diagnozie.

Sztuka pełni w kulturze wiele ról. Niewątpliwie najważniejsza z nich to ta komunikacyjna, która pozwala na dialog nie tylko z innymi, ale w szczególności na dialog wewnętrzny. Z reguły traktujemy sztukę jako coś, co stosuje się w celach dekoracyjnych, coś, co można podziwiać w muzeum lub galerii. Natomiast nasze pozytywne doświadczenia ze sztuką z dzieciństwa są dla nas już tylko dziecinną zabawą lub wyszukany hobby, ewentualnie pracą dla tych, co mają „talent”. Nie zdajemy sobie sprawy, że proces tworzenia sztuki może nam bardzo pomóc w życiu, może to życie znacząco wzbogacić i wcale nie trzeba przy tym posiadać umiejętności artystycznych. Sztuka oprócz swych walorów estetycznych i dekoracyjnych może pozytywnie oddziaływać powodując samo - poznanie, rozwój osobisty, uwrażliwienie, a przede wszystkim samo – uzdrowienie. Malowanie, rysowanie, rzeźbienie oraz inne formy sztuki są potężnymi i efektywnymi sposobami komunikacji. Erich Fromm powiedział, że sztuka to jedyne język uniwersalny, jaki ludzkość kiedykolwiek wytworzyła, identyczny dla wszystkich kultur i religii. Takie rozumowanie przywodzi na myśl twierdzenie, iż każdy człowiek jest artystą⁸.

Istnieją różne definicje zjawiska. W Polsce *arteterapia* używana jest zamiennie z terminem *kulturoterapia*, który to odnosi się do łacińskiego rozumienia wyrazu *cultura*, oznaczającego uprawę. Arteterapia – termin ten po raz pierwszy pojawił się w latach 40-tych XX wieku w literaturze anglojęzycznej. W polskiej literaturze pojęcie to zaczęło funkcjonować nieco

⁷ J. Gładyszewska-Cylulko: Ciało – umysł – dzieło. Arteterapia w ujęciu fenomenologicznym. [w:] Arteterapia w edukacji rozwoju człowieka. Red. naukowa M. T. Siemień. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 47-48.

⁸ P. J. Babecki: Arteterapia w praktyce – badanie efektywności metody terapeutycznej stosowanej przez zawodowego arteterapeutę Halinę Szejak vel Żeak. Studium Edukacji Ekologicznej Centrum Terapii Naturalnej We Wrocławiu, 2003, s. 5-6.

później i było zmiennie określane jako kulturoterapia, arteterapia, autoterapia, terapia rysunkiem, plastykoterapia, terapia przez plastykę, terapia sztuką, terapia poprzez sztukę czy wychowanie plastyczne. Pojęcie arteterapia pochodzi od słów: „ars” - sztuka i „terapeuein”- leczenie. Szeroko rozumiana arteterapia jest definiowana jako układ poglądów i czynności ukierunkowanych na utrzymanie i podnoszenie poziomu jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuk i uprawiania sztuki. Natomiast w wąskim znaczeniu arteterapia obejmuje terapię z użyciem sztuk plastycznych i nosi nazwę plastykoterapii lub terapii malarskiej. W tym aspekcie arteterapia to spontaniczna twórczość chorych, poddanych opiece terapeutów lub działania kreacyjne, plastyczne podejmowane w sytuacji terapeutycznej przez osoby uprzednio nie twórcze w zakresie plastyki. Arteterapia może być stosowana względem osób niezależnie od wieku, poziomu wykształcenia, zdolności, stanu zdrowia. W literaturze pedagogicznej wymienia się następujące funkcje arteterapii: rekreacyjną, aby tworzyć warunki do odpoczynku, które umożliwiają regenerację sił jednostki w przewyciężaniu jej problemów i trudności, edukacyjną, aby dostarczyć człowiekowi informacji przydatnych do ponownej interpretacji sensu i celu życia, korekcyjną, aby umożliwić przemiany szkodliwych mechanizmów na bardziej wartościowe, diagnostyczną i rokującą - wytwory artystyczne człowieka opisują jego stan psychofizyczny, terapeutyczną - sztuka oddziałuje na człowieka jak na lekarstwo i kształtuje jego osobowość, pomaga odnaleźć cel i sens życia, angażuje go w wielu aspektach aktywności życiowej, ułatwia komunikację interpersonalną, umożliwia wyrażanie wewnętrznych konfliktów w sposób niewerbalny, ekspresyjną – wpływa na ujawnienie emocji, umożliwia odreagowanie tych niekorzystnych dla zdrowia i psychiki, pragmatyczną - służy do zaspokajania podstawowych potrzeb jednostki, kompensacyjną - umożliwia realizację niezaspokojonych celów człowieka, poznawczą - uczy nazywania i wyrażania, rozpoznawania uczuć, relaksacyjną, odprężającą i stymulującą – budzi korzystne emocje, wpływa pozytywnie na samopoczucie, regulacyjną - daje możliwości zaspokojenia potrzeby samorealizacji i jednocześnie kompensuje niepowodzenia⁹.

W pracy z drugim człowiekiem na bazie trafnej diagnozy potrzebne jest kompleksowe, holistyczne spojrzenie. Holizm to „teoria rozwoju zapoczątkowana przez J. Ch. Smutsa, propagowana przez niektórych biologów i filozofów angielskich na początku XX w., głosząca, że całość nie da się sprowadzić do sumy części, a świat podlega ewolucji, w której toku wyłania się coraz to nowe całości. W teorii i metodologii nauk społecznych - pogląd głoszący, że zjawiska społeczne tworzą układy całościowe, odrzucający indywidualizm metodologiczny¹⁰. Medycyna traktuje holizm

⁹ Arteterapia–terapia przez sztukę, http://www.zss-debica.oswiata.org.pl/arteterapia_terapia_przez_sztu.html.

¹⁰ M. Szymczak: Słownik Języka Polskiego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 703.

jako sztukę całościowego spojrzenia na człowieka. Pozwala dostrzec wiele wymiarów składających się na całość, jaką tworzy człowiek jako osoba, lecz także wobec wszechświata. Na komfort życia i kondycję człowieka ma wpływ jego duchowość, fizyczność, żywienie, picie, oddychanie oraz oczyszczanie. W procesach tych bardzo ważne jest środowisko życia człowieka, jego bliższe oraz dalsze otoczenie - psychologiczne i społeczne czynniki kształtujące osobowość. Głównie są to czynniki przynoszące zindywidualizowane efekty.

W terapii istotne jest, aby dotrzeć do przyczyny, źródła problemu. Dopiero wtedy, gdy przyczyna zostanie odnaleziona, staje się możliwe dobranie odpowiedniej metody leczenia, co z kolei daje szansę na powrót do zdrowia. Jest to metoda leczenia znana nam z aktualnej praktyki lekarskiej, a zatem: diagnoza → dobór metody leczenia → terapia. W myśl zasady „w zdrowym ciele zdrowy dych”, należy zadbać o zdrowie emocjonalne, rozwiązanie problemów psychologicznych po to, aby ciało miało dostatecznie dużo motywacji i przestrzeni, aby się regenerować, a więc powracać do zdrowia fizycznego.

Znane są przypadki, gdy diagnoza jest prawidłowa, natomiast leczenie okazuje się nieskuteczne lub przynoszące efekt odwrotny od zamierzonego (szczególnie ze względu na skutki uboczne leczenia farmakologicznego). Wówczas pomocna staje się arteterapia. Kulturoterapia stawia na ekspresję, wyrażanie stanów psychicznych za pomocą dzieła. Stawiając diagnozę należy zwrócić uwagę, jaka jest ekspresja ciała zdrowego, a jaka – chorego. Metodyka pracy uzależniona jest od specyfiki grupy lub pacjenta - osoby.

W definicji, którą sformułował w roku 1990 prof. dr Marian Kulczycki, psycholog z Uniwersytetu Wrocławskiego, występuje już szerokie pojęcie arteterapii. Stanowi ona układ poglądów i czynności ukierunkowanych na utrzymanie i/lub podnoszenie jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki. Według autora głównym zadaniem arteterapii jest optymalizacja jakości życia, co oznacza, że arteterapia wiąże się z zapobieganiem trudnościom życiowym, a w przypadku ich występowania ze zmniejszeniem ich ciężaru i przezwyciężeniem przeszkód w wymiarze doraźnym, sytuacyjnym i ogólnozyciowym, perspektywicznym¹¹. Możliwością, jaką daje arteterapia jest poczucie sprawczości. Stanowi to najważniejszy aspekt o działaniu terapeutycznym. Ma znaczenie cały proces metodologiczny terapii, dobrane metody, techniki i środki. Należy pamiętać o tym, że jest to rzeczywista praca wykonana przez osobę będącą w terapii lub zdrową osobę korzystającą z dobrodziejstw terapii zajęciowej. Ponadto stanowi to rodzaj pierwotnej ekspresji, dzięki której w symbolach zawierane są wachlarze przeżyć. Według J. Gładyszewskiej – Cylulko, ekspresja twórcza ujawniająca się w wyniku oddziaływania sztuką na człowieka jest pojęciem wieloznacznym.

¹¹ W. Szulc: Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki. Difin, Warszawa 2011, s. 57.

W znaczeniu estetycznym wiąże się wyrażaniem uczuć i przeżyć. Obszarem oznak ekspresyjnych jest nie tylko ciało, gesty, mimika i zachowanie człowieka, ale również jego dzieło – wytwór artystyczny. W znaczeniu psychologicznym ekspresja pełni funkcję terapeutyczną w usuwaniu napięć wewnętrznych i nawiązywaniu lepszych kontaktów z otoczeniem. W praktyce pedagogicznej natomiast rozumie się ją jako umiejętność twórczego wyrażania się w rysunku, tańcu, śpiewie, sztuce dramatycznej. Warto podkreślić, że wyrażanie uczuć i doświadczeń za pomocą symbolicznych obrazów może być silniejszym środkiem ekspresji i komunikacji niż opis werbalny, a jednocześnie ujawniać te uczucia i przeżycia można w sposób mniej traumatyczny¹². Jest to kluczowa rola terapii z zastosowaniem sztuki.

Eugeniusz Józefowski, artysta grafik, malarz, fotograf, autor książek artystycznych, edukator sztuki i arteterapeuta jest przeciwnikiem szerokiego stosowania terminu arteterapia. Uważa, że nie powinno zaliczać do arteterapii zarówno choreoterapii, biblioterapii, muzykoterapii, dramaterapii, ergoterapii, esteterapii, chromoterapii, poezjoterapii, operoterapii, jak też wszelkich innych działań, które często polegają na kontakcie ze sztuką bądź technikami pracy używanymi w sztuce. Krytykuje pojawienie się słowa plastykoterapia, które marginalizuje rolę sztuk wizualnych, gdyż one razem z medycyną tworzą źródła i korzenie zjawiska¹³. Amerykańska arteterapeutka Joan Erikson zauważa, że nie lubi mówić o terapii w powiązaniu ze sztuką, bo terapia kojarzy się z „odwrotem od choroby” i jest dziedziną medycyny. Natomiast na określenie tego, co sztuka czyni z człowiekiem, bardziej właściwe jest słowo *healing*, które oznacza nie tyle leczyć, co uzdrowiać. J.Erikson dostrzega w nim związek z wyrazami *whole* (zdrowy), *hole* (krzepki), *health* (zdrowie), *alive* (żywy) i sugeruje, że w pojęciu *healing* zawiera się „esencja bycia żywym”¹⁴. Takie informacje wskazują na istotną rolę arteterapii wspierającej proces zdrowienia. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że taki rodzaj terapii może być wykorzystywany w pracy zarówno ze zdiagnozowanymi i wymagającymi leczenia, jak też ze zdrowymi ludźmi. Z kolei M. Stańko zauważa, że arteterapia jest jedną z form psychoterapii, czyli profesjonalnej metody pomagania. Oznacza to, że w arteterapii uczestniczy zarówno osoba wspomagana, która przejawia różnego rodzaju trudności czy zaburzenia w sferze psychicznej, somatycznej lub społecznej, jak też osoba wspomagająca, czyli profesjonalny arteterapeuta. Obecność tych dwóch stron jest warunkiem koniecznym do

¹² J. Gładyszewska – Cylulko: Ciało – umysł – dzieło. Arteterapia w ujęciu fenomenologicznym. [w:] Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka. Red. naukowa M. T. Siemień. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 48.

¹³ W. Szulc: Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki. Difin, Warszawa 2011, s. 62.

¹⁴ Tamże, s. 72.

utworzenia specyficznego związku, zwanego relacją terapeutyczną¹⁵. Stanowi to istotny element w tworzeniu mechanizmu działań terapeutycznych, w ramach którego arteterapia jest procesem tworzenia wartości. Do powstania dzieła dochodzi dzięki metodom, narzędziom oraz środkom stosowanym w arteterapii. Stanowi ona zbiór metod o określonych właściwościach, wspieranych pomocą psychologiczną. Dzięki nim powstaje materiał, który jest podstawą analizy, analogicznie do interpretacji swobodnych skojarzeń lub marzeń sennych w terapii psychoanalitycznej. Materiały plastyczne stosowane na wiele różnych sposobów, mogą odzwierciedlać rozmaite stany umysłu, skrywane uczucia, myśli oraz idee autora dzieła. Wśród narzędzi, środków plastycznych wykorzystuje się papier, ołówek, kredki, farby, glinę, tekstylia i zasoby naturalne środowiska. W zajęciach arteterapeutycznych stosuje się konkretne techniki np. malowanie palcami lub przedmiotami. Można też wykorzystać współczesne możliwości techniczne w obrębie technik multimedialnych. Wszystkie te materiały i środki różnią się od siebie jakością, sprzyjają odmiennym doświadczeniom i prowadzą do różnorodnych rezultatów w pracy z różnymi uczestnikami”¹⁶.

Przeżywanie podczas sesji arteterapeutycznej jest zjawiskiem złożonym. Składają się na nie obiektywne przeżycia i odniesienia do związku, jaki zachodzi między pacjentem, sztuką i arteterapeutą na poziomie intrapersonalnym i interpersonalnym. Arteterapia jest procesem estetycznym, w którym zawiera się twórczość, intuicja, inspiracja, intencyjność i elementy duchowe. Wiążą się one z wewnętrznymi stanami człowieka”¹⁷. Sztuka rozumiana jako uniwersalne narzędzie służące komunikacji, pozwala na ekspresję, wyrażanie siebie, głównie dzięki aranżacji przestrzeni, kompozycji. Dzieło plastyczne zawsze przyjmuje postać materialną, o jego ostatecznym kształcie przesądza artystyczna struktura, tj. właściwości określone przez technikę plastyczną, temat i konwencję wybraną do jego przedstawiania oraz środki wizualne, które urzeczywistniają artystyczny zamysł. Specyfika środków wyrazu przynależnych tej dyscyplinie wyznacza ramy percepcji i ekspresji. Percepcja jest wyzwana przez doznania estetyczne inspirowane odbiorem wizualnej formy dzieła, zaś ekspresja przyjmuje formę poszukiwania wizualnych symboli i metafor, oddających zamierzone treści oraz środków plastycznych, będących ich nośnikami”¹⁸.

¹⁵ M. Stańko: Uczestnicy, metody i efekty arteterapii – synteza badań. [w:] Arteterapia w medycynie i edukacji. Red. naukowa W. Karolak, B. Kaczorowska. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2008, s. 185.

¹⁶ M. Stańko, P. Staroń: Jak działa arteterapia? - skuteczność, mechanizmy, narzędzia. [w:] <http://arteterapia.pl/jak-dziala-arteterapia-skutecznosc-mechanizmy-narzedzia/> (19 X 2009).

¹⁷ W. Szulc: Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki. Difin, Warszawa 2011 s. 79.

¹⁸ J. Florczykiewicz: Twórczość i sztuka w resocjalizacji, wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne. Białystok 2010, s. 121.

Warto podkreślić, że w badaniu fenomenologicznym pod uwagę brane są związki między zdarzeniami wewnętrznymi i zewnętrznymi oraz badanie głównie przez obserwację i opis. Z kolei dociekanie heurystyczne koncentruje się na subiektywności i eksperymentalnym charakterze dociekań oraz odkrywaniu przez introspekcję, zaś badanie hermeneutyczne jest dialogiczne i poszukujące interpretacji¹⁹.

Zrozumieniu języka symboli i wyobraźni ocenia M. Żabicka - Czop, która pisze o meandrach przestrzennych człowieka. Według autorki pejzaż przestrzeni człowieka jest formacją niezwykle dynamiczną, ciągle wchłaniającą nowe treści, ewoluującą i żywą. W tym nieustannym rozwoju można ją porównać do języka, stale wzbogacanego i modyfikowanego, wytrwale poszukującego nowych środków do opisu zmieniającej się rzeczywistości. Prowadząc dalej tę analogię możemy powiedzieć, że tak jak język, z całym jego bogactwem, wielością aspektów, zróżnicowaniem i wieloznacznością, poddany jest zasadom formalnej organizacji, składającym się na jego gramatykę, również powinny istnieć określone reguły wyznaczające podstawy wyobraźni przestrzennej.

Ekspresja twórcza jest powiązana z komunikacją. Związek ten nie jest do końca określony, jednak niezaprzeczalnie istnieje. Istotna jest w tym przypadku odpowiedź na wysyłany przez pacjenta komunikat. Gdy właściwie do zrozumiemy i odpowiednio na niego zareagujemy, wtedy ekspresja może stać się doświadczeniem, wstępem do dalszej pracy przynoszącej nowe informacje zarówno dla odbiorcy, jak i jego nadawcy. Mówimy o „akcie” ekspresji twórczej. Pojęcie „aktu” jest istotne dla fenomenologów. Akty są bowiem przeżyciami intencjonalnymi, a nie działaniami umysłowymi. Są albo intuicyjne i pełne, albo sygnitywne i puste. Do poznania sensu aktów w naszym przeżyciu może dojść jedynie przez proces ciągłego spostrzegania i refleksji. Fenomenologia wykorzystuje tylko dane dostępne świadomości ludzkiej. Są one istotne, gdy dotyczy znaczeń, symboliki. Wytwory powstające podczas improwizacji muzycznej, plastycznej czy ruchowej mogą być uznane za przejawy ekspresji twórczej. Bliższe poznanie istoty ekspresji może dokonać się przez refleksję nad improwizacją. Refleksja umożliwia przeżycie i analizę tego przeżycia w świetle własnych uzasadnień. Według zwolenników fenomenologii nie należy się obawiać, że przez refleksję skazimy subiektywizmem analizowane dzieło. Niektórzy twierdzą wręcz, że tylko to o czym wiemy z wewnętrznych spostrzeżeń, można uznać za podstawę wiedzy naukowej. Dotyczy to zwłaszcza przeżyć, spostrzeżeń, myśli, sądów czy pamięci osoby badanej, a to wszystko może nam ona przekazać poprzez improwizację, u źródeł której leży ekspresja twórcza²⁰. Możemy tu nawiązać również do *feng shui*,

¹⁹ A. Gilroy: Arteterapia – badania i praktyka. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2009, s. 146.

²⁰ J. Gładyszewska-Cylulko: Ciało – umysł – dzieło. Arteterapia w ujęciu fenomenologicznym. [w:] Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka. Red. naukowa M. T. Siemień: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej,

a więc z chińskiego „wiatr i woda”, co oznacza starożytną praktykę planowania przestrzeni w celu osiągnięcia zgodności ze środowiskiem naturalnym. W tym rozumieniu jest to połączenie niewidzialnego i nieuchwytnego. W myśl tej zasady trzeba zastanowić się co wyrażają prace przedstawiające wizualizację, uzewnętrznianie istniejących problemów wewnętrznych przez artystyczną ekspresję. W tym rozumieniu można ustalić i nazwać jednostkę chorobową lub zaburzenie na podstawie występujących objawów. Analogicznie – obraz stworzony przez pacjenta jest w pewnym stopniu wizualizacją problemu, często pomaga w dotarciu do jego źródła. Ma to swoje realne zastosowanie i wymiar, gdyż leczenie przyczyny jest skuteczniejsze, niż leczenie objawów.

Zakończenie i wnioski

Usprawnianie przez arteterapię wykorzystywane jest w pracy z osobami chorymi i zdrowymi. Arteterapia opiera się na dwóch założeniach. Pierwsze sprowadza się do przekonania o uzdrawiającej naturze procesu tworzenia sztuki, czyli już samo tworzenie sztuki jest terapeutyczne i prowadzi do osobistego spełnienia, korekty emocjonalnej i transformacji. Drugie założenie pokazuje, że sztuka jest środkiem komunikacji symbolicznej i tu najważniejszy jest produkt – rysunek, malowidło lub inna forma artystycznej ekspresji. Ten produkt przekazuje pewne treści emocjonalne i konflikty wewnętrzne, które arteterapeuta może odczytać i pomóc pacjentowi wprowadzić odpowiednie pozytywne zmiany, aby go uzdrowić.

Arteterapia może być traktowana jako innowacyjna metoda pracy nie tylko jako część rekreacji i turystyki, lecz również jako odpowiedź na nurtujące pytania, podróż w głąb siebie, uzyskanie wglądu we własną osobowość. Daje lepszą komunikację przez ponadczasowy język, jakim się posługuje. Ponadto możliwe jest dzięki zastosowaniu symboli w arteterapii omijanie barier językowych. Terapia przez sztukę pomaga również w dialogu międzypokoleniowym. Staje się on częścią terapii oraz niejednokrotnie jest punktem wyjścia do jej rozpoczęcia. Podczas warsztatów arteterapeutycznych, których przedmiotem są prace plastyczne, możliwe jest przeżycie *katharsis*, czyli oczyszczenie, rozładowanie silnych uczuć wywołane głębokim przeżyciem, zwłaszcza artystycznym, usuwanie związanego z nimi napięcia emocjonalnego²¹. Arteterapia umożliwia przywrócenie wzorca „pierwotnego mechanizmu oddechowego” przez odnalezienie przestrzeni do zmiany, np. poświęcenie jakiegoś czasu dla przywrócenia zdrowych relacji; zapewnienie przestrzeni ku zmianie na lepsze, korzystając z osiągnięć medycyny, filozofii, pedagogiki, psychologii, w tym psychoterapii oraz szeroko rozumianej sztuki. Badanie przez sztukę niesie ze sobą wiele możliwości. W pracy terapeutycznej można „wrócić do korzeni” i wykorzystać medycynę Dalekiego Wschodu, która zawiera

Wrocław 2008, s. 49-50.

²¹ <http://sjp.pl/katharsis> (09 III 2016).

dążenia do równowagi, homeostazy, harmonii i mobilizacji. Arteterapia oferuje m.in. wsparcie w rozwoju osobowości oraz daje szansę na poznanie, akceptację siebie. W powrocie do zdrowia bardzo ważna jest także troska o pacjenta, uczucie bycia pod fachową, specjalistyczną opieką. Te czynniki mają znaczenie we wzmacnianiu ducha pacjenta, dają organizmowi motywację do powrotu do zdrowia.

Literatura

1. Babecki P. J.: Arteterapia w praktyce – Badanie efektywności metody terapeutycznej stosowanej przez zawodowego arteterapeutę Halinę Szejak vel Żeak. Studium Edukacji Ekologicznej Centrum Terapii Naturalnej we Wrocławiu, Wrocław 2003.
2. Cwynar K.: Rehabilitacja dzieci niepełnosprawnych pod wpływem wybranych form arteterapii w przedszkolu z oddziałami integracyjnymi. [w:] Przedszkole i szkoła. Red. naukowa C. Chełkowska, K. Cwynar, P. Wiśniewska, (Tom I), Opole 2013.
3. Gilroy A.: Arteterapia – badania i praktyka, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2009.
4. Gładyszewska – Cylulko J.: Ciało – umysł – dzieło. Arteterapia w ujęciu fenomenologicznym. [w:] Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka. Red. naukowa M. T. Siemieź. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008.
5. May R.: Miłość i wola. REBIS, Poznań 1998.
6. Stańko M.: Uczestnicy, metody i efekty arteterapii – synteza badań. [w:] Arteterapia w medycynie i edukacji. Red. naukowa W. Karolak, B. Kaczorowska. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2008.
7. Szulc W.: Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki. Difin, Warszawa 2011.
8. Słownik Języka Polskiego. Red. naukowa M. Szymczak. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
9. Żabicka-Czop M.: W poszukiwaniu azyłu, czyli o meandrach przestrzennych człowieka. [w:] Konflikty współczesnej kultury. Red. naukowa K. Budrowska, A. Kietlińska. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 1995.
10. Arteterapia–terapia przez sztukę, http://www.zss-debica.oswiata.org.pl/arteterapia_terapia_przez_sztu.html.
11. Stańko M., Staroń P.: Jak działa arteterapia? - skuteczność, mechanizmy, narzędzia. [w:] <http://arteterapia.pl/jak-dziala-arteterapia-skuteczosc-mechanizmy-narzedzia/> (19 X 2009).
12. Szulc W.: Kulturoterapia. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 1988.
13. Waleszko M.: Biblioteki a praktyka oparta na dowodach – zasady i dyskusje. [w:] <http://babin.bn.org.pl/?p=1670> (07-12-2012).

Mgr Daria Ostrowska

Szkoła Policealna Nr 1 Ochrony Zdrowia w Białymstoku

Wykorzystanie metod terapii zajęciowej w organizacji czasu wolnego w turystyce zdrowotnej na wsi

The use of occupational therapy methods in the organization of free time in the health tourism in the countryside

Streszczenie

W artykule przedstawiono możliwości jakie daje wprowadzenie metod terapii zajęciowej do oferty turystyki zdrowotnej i ukazanie pozytywnego jej oddziaływania na turystów w każdym wieku. W analizie wykorzystano literaturę przedmiotu oraz własne badania ankietowe przeprowadzone na początku 2016 roku. Wynika z nich, że podstawą uczestnictwa w turystyce zdrowotnej na wsi jest przede wszystkim regeneracja stanu fizycznego i psychicznego jej uczestników. Wypoczynek w gospodarstwach agroturystycznych stanowi atrakcyjne uzupełnienie oferty turystycznej i terapeutycznej. Turystyka zdrowotna na wsi oparta na terapii zajęciowej jest w stanie stworzyć wachlarz atrakcyjnych, specjalistycznych i konkurencyjnych produktów dostosowanych do potrzeb ludzi w różnym wieku i z różnymi schorzeniami. Rozszerzenie oferty o elementy terapii zajęciowej wymaga wiedzy, inicjatywy i pomysłowości właścicieli gospodarstw agroturystycznych, pracowników ośrodków doradztwa rolniczego, organizatorów warsztatów i szkoleń. Wprowadzenie ciekawych innowacyjnych rozwiązań polegających na zastosowaniu metod terapii zajęciowej w turystyce wiejskiej w odniesieniu do osób cieszących się dobrym zdrowiem lecz wymagających regeneracji sił psychicznych, odprężenia, daje możliwość pozyskania nowej wymagającej klienteli. Zastosowanie udogodnień, dostosowanie obiektów a także terenów wiejskich do wymogów niepełnosprawnych klientów nie tylko uatrakcyjni ich pobyt, ale także zwiększy konkurencyjność i dochodowość w wymiarze całego regionu.

Słowa kluczowe: terapia zajęciowa, turystyka, czas wolny, zdrowie.

Summary

The article presents the possibilities, offered by the introduction of methods of occupational therapy to offer of health tourism, and aims to show its positive impact on visitors of all ages. The analysis is based on the literature connected with the subject, accompanied with the analysis of own survey conducted at the beginning of 2016. The conclusion is that the basis of participation in the health tourism in the country, is mainly regeneration of physical and mental state of its participants. The rest in the rural tourism is an attractive combination of tourism and the therapeutic offer. Health

tourism in the country based on occupational therapy, is able to create a range of attractive, specialized and competitive products, tailored to the needs of people of different ages, with different needs and illnesses. Expansion of the offer with the elements of occupational therapy, requires considerable effort, initiative and ingenuity of the owners of agritourism farms, advisors of agricultural advisory centers, people organizing workshops and training, and also time to diversify and provide a broader and more professional offer of therapeutic and healing services in a farm tourism. The introduction of interesting and innovative solutions based on the use of the methods of occupational therapy in rural tourism, in relation to people of good health, but in the need of mental recuperation, relaxation, movement and oxygenation, ensures gaining more and more demanding clientele. The use of the facilities, adapting objects and rural areas, to the requirements of also the disabled clients not only will make the stay more attractive, but will also increase the competitiveness and profitability in the dimension of the whole region.

Keywords: occupational therapy, tourism, leisure, health.

Wstęp

We współczesnej gospodarce należy zwracać uwagę na zagadnienia racjonalnego zagospodarowania czasu wolnego. Aby organizm mógł wydajnie, skutecznie i długotrwale funkcjonować człowiek potrzebuje wypoczynku, relaksu i odreagowania napięć i stresów. Istnieje wiele definicji czasu wolnego, a wśród nich¹:

- „Czas wolny to czas swobodnego, nieskrępowanego wyboru form czynnego wypoczynku, rozrywki, zainteresowań odpowiadającym jednostce. Czas wolny należy uczynić czasem aktywnego, świadomego poszukiwania nowych celów, nowych wartości, które pozwolą na kształtowanie postawy jednostki wobec otoczenia i znalezienia własnej roli w społeczeństwie”;
- „Czas wolny jest dobrem społecznym wypracowanym przez jednostkę i społeczeństwo dla regeneracji sił fizycznych i psychicznych po pracy zawodowej, dla nauki, dla rozwijania własnych zainteresowań, zapewnienia kulturalnego wypoczynku i kształtowania bogatszej osobowości jednostki”.

Powyższe definicje wskazują jak wielką rolę odgrywa w życiu człowieka czas wolny. W tym okresie działania podejmowane są dobrowolnie, dla własnej przyjemności i satysfakcji, wpływają na kształtowanie osobowości, postaw społecznych i nawyków oraz pozwalają na rozwijanie zainteresowań i regenerację sił witalnych. Można je realizować w ramach turystyki zdrowotnej na wsi. Przez turystykę zdrowotną należy rozumieć wyjazdy poza miejsce stałego zamieszkania w czasie wolnym od

¹ K. Czajkowski: Wychowanie do reakcji. WSiP, Warszawa 1979, s. 10.

pracy, w celu regeneracji ustroju drogą aktywnego wypoczynku fizycznego i psychicznego².

W ramach turystyki zdrowotnej istnieje możliwość realizacji zadań terapii zajęciowej, rozumianej jako zbiór metod mających na celu zwiększenie zakresu samodzielności i zaradności życiowej, rozwój osobowości, kształtowanie charakteru, zwiększenie aktywności fizycznej i umysłowej, nabywanie nowych umiejętności oraz kontynuowanie dawnych zainteresowań. Działania terapeuty muszą być dostosowane do stanu podopiecznego, jego wydolności psychicznej, sprawności fizycznej, aktualnego stanu zdrowia i samopoczucia. Według K. Milanowskiej "terapia zajęciowa z punktu widzenia potrzeb chorego może spełniać następujące zadania: usprawnianie fizyczne, usprawnianie psychiczne, dać wytyczne co do wyboru zawodu"³. Uczestnicy terapii uczą się podstawowych zasad pracy w różnych dziedzinach, takich jak: stolarstwo, krawiectwo, ceramika. Mają także zajęcia z samoobsługi w życiu codziennym. W toku terapii zajęciowej osoby wykonują prace artystyczne w ramach zajęć z arteterapii, czynności mające podtrzymać ich aktywność przez terapię ruchem, ludoterapii i rekreacji, przywracać utraconą sprawność dzięki treningom umiejętności społecznych, rozwijać zainteresowania za pomocą np. hortikuloterapii, biblioterapii, choreoterapii, plastykoterapii⁴. Terapia zajęciowa daje każdemu uczestnikowi szansę czynnego udziału w takiej formie twórczości, która odpowiada jego indywidualnym możliwościom. Należy tak organizować zajęcia terapii, aby były one dostosowane do potrzeb każdego uczestnika i by je chętnie wykonywał. Aktywny udział w zajęciach terapeutycznych buduje poczucie własnej wartości i sensu życia.

Cel i metody badań

Celem pracy jest przedstawienie możliwości jakie daje wprowadzenie metod terapii zajęciowej do oferty turystyki zdrowotnej na wsi i ukazanie pozytywnego jej oddziaływania na turystów w każdym wieku. W analizie wykorzystano literaturę przedmiotu i wyniki badań ankietowych przeprowadzone na początku 2016 roku. W badaniach wzięło udział 60 osób, w tym 30 osób od 18 do 50 roku życia i 30 osób powyżej 50 roku życia. Przyjęto, że są to grupy wiekowe reprezentujące potrzeby, oczekiwania i opinie osób dorosłych i osób starszych w odniesieniu do agroturystyki, w tym turystyki zdrowotnej. W badaniach ankietowych utworzono grupę

² M. Roman, A. Roman: Funkcjonowanie agroturystyki w oparciu o teorię ekonomii, [w:] Współczesne problemy rozwoju turystyki w ujęciu regionalnym. Red. naukowa B. Roszkowska-Mądra, M. Roman. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego Oddział w Białymstoku, Białystok 2015, s. 9-12, D. Zaręba: Ekoturystyka. Wyzwania i nadzieje. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 43-55.

³ K. Milanowska: Techniki pracy w terapii zajęciowej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1982, s. 15.

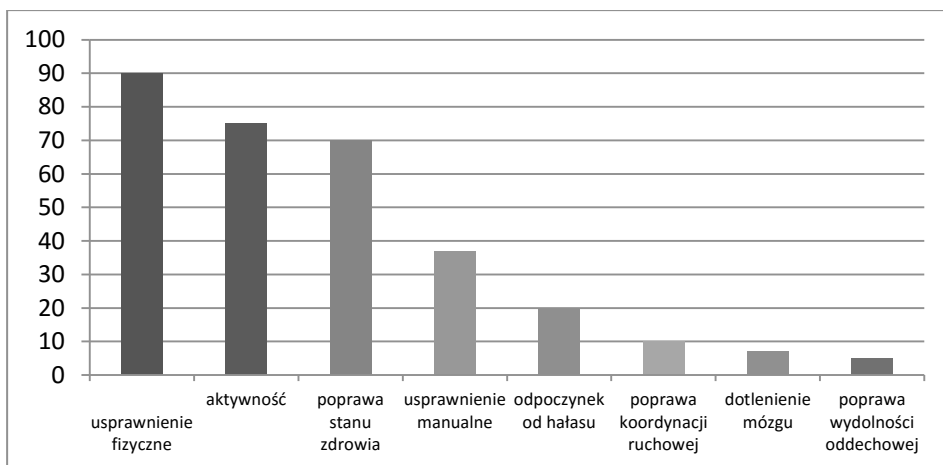
⁴ W. Szulc: Sztuka i terapia. Wydawnictwo Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1993, s. 15-19.

respondentów za pomocą tzw. doboru celowego według kryterium łatwego dostępu.

W przypadku każdej z grup skoncentrowano się na osobach, które mieszkają w mieście, ale mają kontakt ze środowiskiem wiejskim. Zamierzeniem publikacji jest identyfikacja i klasyfikacja zgłaszanych przez respondentów pomysłów i uwag związanych z tematem terapii w agroturystyce. Uzyskane informacje były podstawą do przeprowadzenia deskryptywnej analizy oddziaływań terapeutycznych w turystyce zdrowotnej na poszczególne sfery człowieka.

Analiza wyników badań

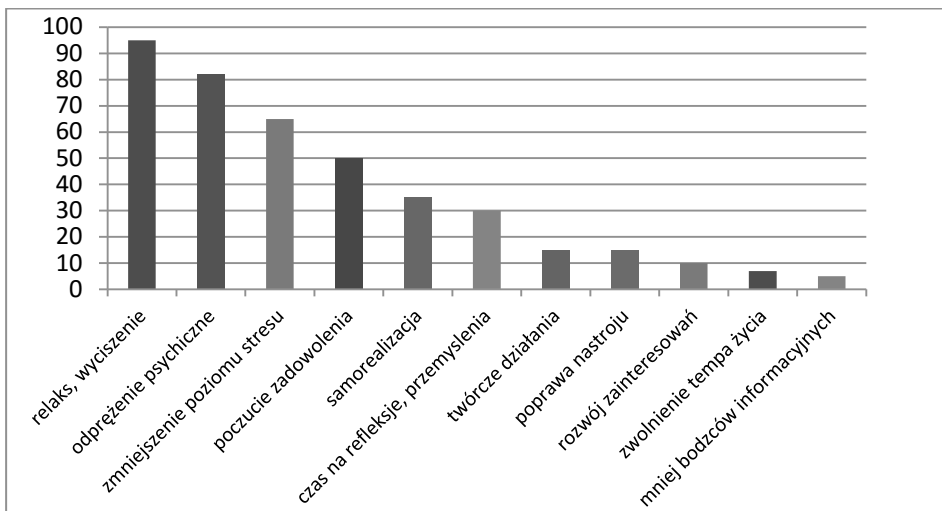
Celem uczestnictwa w turystyce zdrowotnej na wsi jest przede wszystkim regeneracja stanu fizycznego i psychicznego jej uczestników, co potwierdzają odpowiedzi respondentów. Turystyka zdrowotna i jej oddziaływanie na sferę fizyczną według respondentów przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Oddziaływanie uczestnictwa w turystyce zdrowotnej na wsi na sferę fizyczną
Źródło: opracowanie własne.

Według 90% ankietowanych uczestnictwo w turystyce zdrowotnej na wsi przede wszystkim wpływa na usprawnienie fizyczne oraz utrzymanie i poprawę kondycji fizycznej, poprawę stanu zdrowia (70%), a także usprawnienie manualne (37%). Co piąty z ankietowych zwróciła uwagę na możliwość odpoczynku od hałasu, który jest wszechobecny w środowisku miejskim. Nieznaczna grupa zauważa korzyści w postaci poprawy koordynacji ruchowej (10%), dotlenienia mózgu (7%) i poprawy wydolności oddechowej (5%).

Z kolei w opinii respondentów oddziaływanie wiejskiej turystyki zdrowotnej na sferę psychiczną zaprezentowano na wykresie 2.

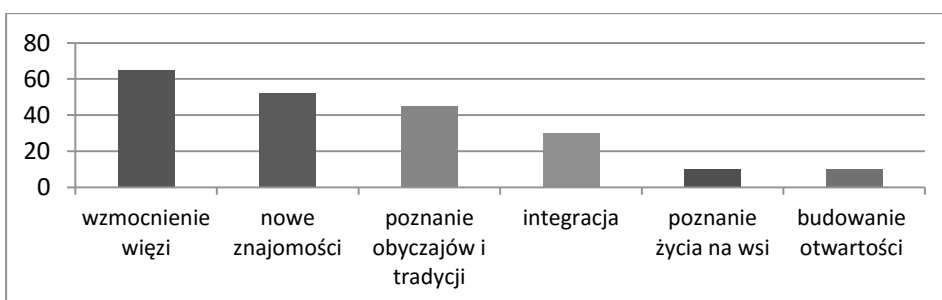


Wykres 2. Oddziaływanie uczestnictwa w turystyce zdrowotnej na wsi na sferę psychiczną

Źródło: opracowanie własne.

Według ankietowanych turystyka zdrowotna na wsi daje przede wszystkim relaks, wyciszenie (95 %) oraz odprężenie psychiczne (ok 82%) i wpływa na obniżenie poziomu stresu (65%). Dla połowy ankietowanych buduje poczucie zadowolenia z życia przez co pomaga w samorealizacji (35%), sprzyja refleksji i przemyśleniom (30%) lecz także wspomaga twórcze działania (15%). Zaledwie 10% respondentów wiąże wpływ turystyki zdrowotnej z rozwojem zainteresowań i poprawą nastroju. Z kolei 7% badanych zauważa w tej formie wypoczynku możliwość spowolnienia tempa życia oraz mniejszy dopływ bodźców informacyjnych (5%).

Natomiast oddziaływanie turystyki zdrowotnej na sferę społeczną prezentuje wykres 3.



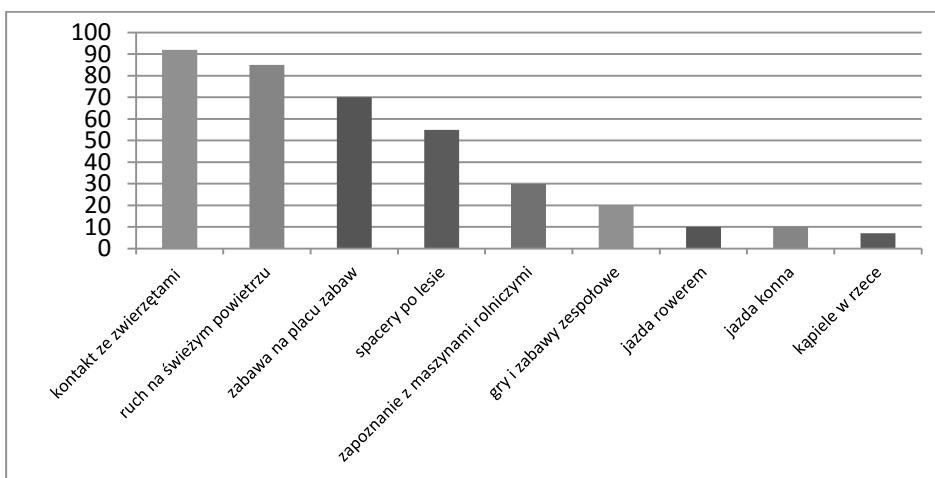
Wykres 3. Oddziaływanie uczestnictwa w turystyce zdrowotnej na wsi na sferę społeczną

Źródło: opracowanie własne.

Większość ankietowanych (65%) zauważa wpływ na sferę społeczną przez wspólny pobyt na wsi z bliskimi, co powoduje wzmocnienie więzi rodzinnych i przyjacielskich. Połowa respondentów dzięki uczestnictwu

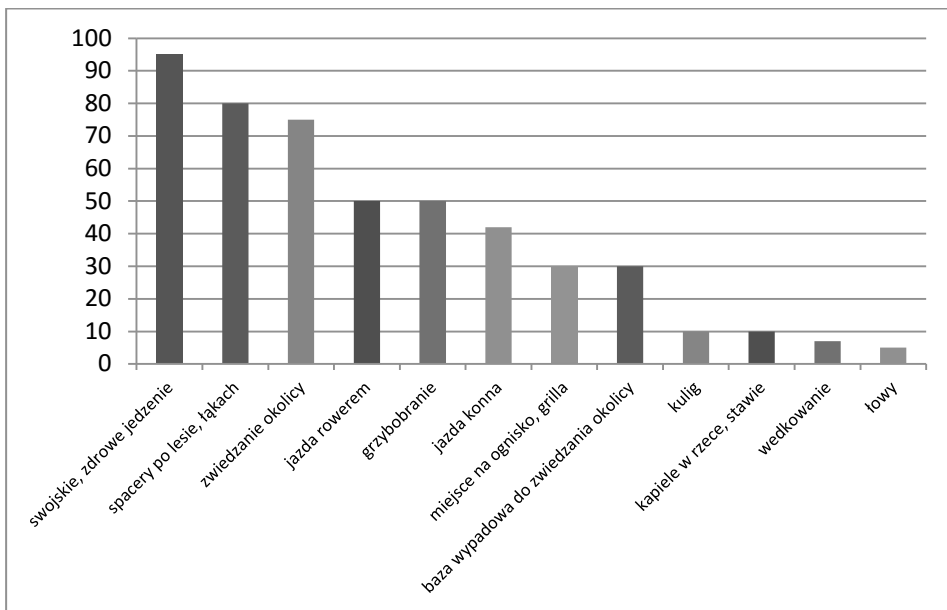
w turystyce zdrowotnej widzi możliwość zawierania nowych znajomości, natomiast 45% odpowiadających zauważa możliwość poznania obyczajów i tradycji, integrację z lokalną społecznością (30%). Natomiast 10% respondentów dostrzega pozytywny wpływ na funkcjonowanie sfery psychicznej przez poznanie życia na wsi i budowanie otwartości na inność.

Ankieta miała na celu wskazać, co właściciele gospodarstw agroturystycznych powinni uwzględnić tworząc ofertę w odniesieniu do potrzeb różnych grup społecznych – dzieci, osób dorosłych i starszych a także osób niepełnosprawnych. Poniższe wykresy przedstawiają propozycje respondentów w różnym wieku i różnymi potrzebami dotyczące form wypoczynku w zakresie turystyki zdrowotnej na wsi.



Wykres 4. Formy spędzania czasu w ofercie turystyki zdrowotnej skierowane do dzieci
Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość respondentów (ok. 92%) uważa kontakt ze zwierzętami za najbardziej atrakcyjną formę spędzania czasu w odniesieniu do najmłodszych uczestników turystyki zdrowotnej na wsi, zaś 85% ankietowanych zwraca uwagę na możliwość zaspokojenia potrzeby ruchu na świeżym powietrzu oraz zabaw (70%). Nieco ponad połowa (55%) uważa, że są to także spacerowanie po lesie i uczestnictwo w zorganizowanych grach i zabawach zespołowych (20%). Ważnym elementem jest także według 30% ankietowanych możliwość poznania przez dzieci maszyn rolniczych i specyfiki pracy w gospodarstwie. Zaledwie co dziesiąty wskazał jazdę rowerem oraz jazdę konną jako formy, które powinna zawierać oferta turystyki zdrowotnej skierowana do dzieci. Najmniej, bo tylko ok. 7% badanych, zauważa potrzebę umożliwienia najmłodszym dostępu do kąpielisk. Opinie respondentów co do form spędzania czasu, które powinny znaleźć się w ofercie turystyki zdrowotnej skierowane do dorosłych prezentuje wykres 5.

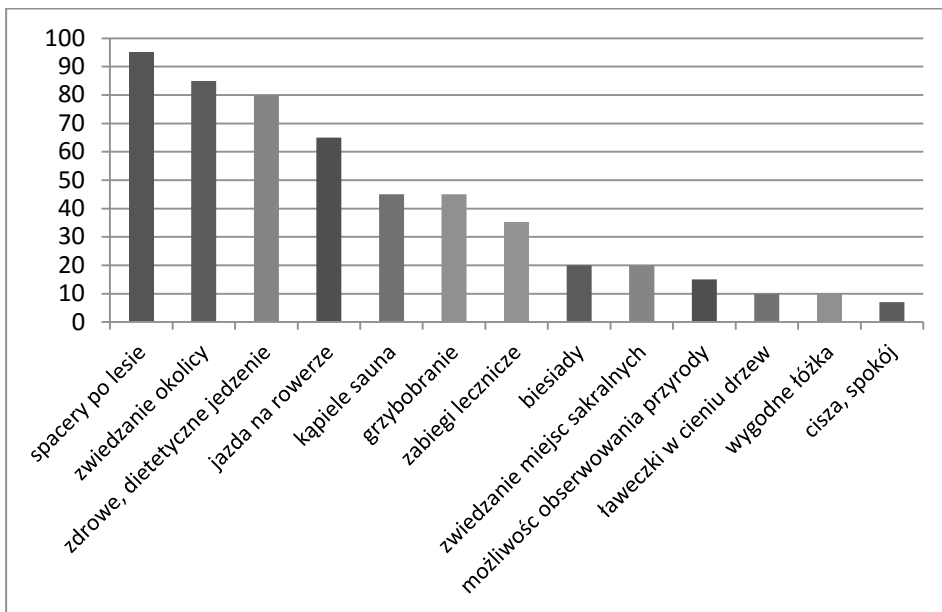


Wykres 5. Formy spędzania czasu w ofercie turystyki zdrowotnej skierowane do dorosłych

Źródło: opracowanie własne.

Według 95% ankietowanych formą, która najszybciej przemawia do dorosłych uczestników turystyki zdrowotnej na wsi jest swojskie, ekologiczne i zdrowe jedzenie oraz spacerowanie po lesie i łąkach (85%) a także zwiedzanie okolicy (75%). Połowa ankietowanych zwraca uwagę na możliwość korzystania z rowerów i uczestnictwa w grzybobranii a 42% wskazuje tu jazdę konną. Niemal co trzeci z respondentów zauważa potrzebę wyznaczenia miejsca na organizację ognisk i grilla oraz oczekuje od kwater świadczących usługi w zakresie turystyki zdrowotnej, organizacji bazy wypadowej do zwiedzania okolicy, posiadania przeszkolonej w tym zakresie kadry i zaopatrzenia w środki dydaktyczne (mapy, przewodniki). Zaledwie 10% respondentów zwraca uwagę na uwzględnienie możliwości organizacji kuligu, kąpiele w rzece czy stawie natomiast propozycje, które zauważyło najmniej ankietowanych to wędkowanie (7%) i łowy (5%).

Propozycje form spędzania czasu wolnego w odniesieniu do osób starszych według respondentów przedstawia wykres 6.

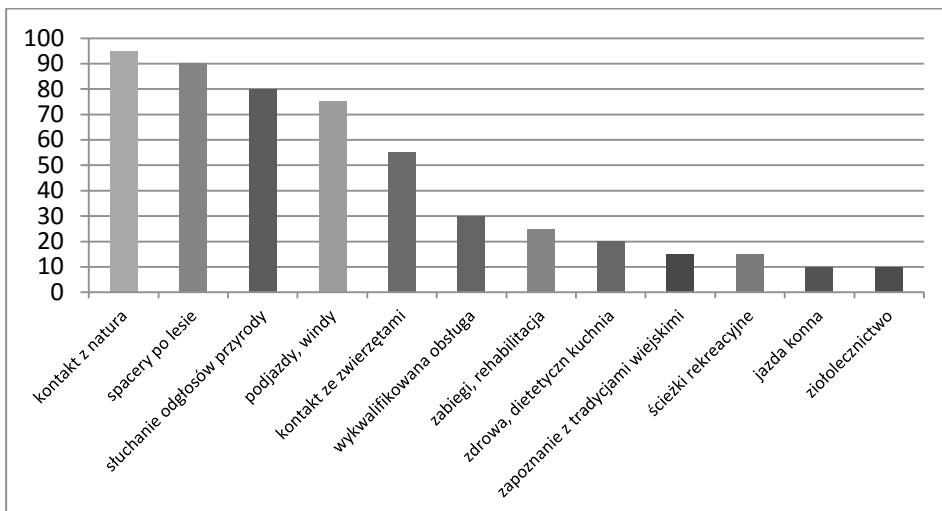


Wykres 6. Formy spędzania czasu w ofercie turystyki zdrowotnej w odniesieniu do osób starszych

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość ankietowanych (95%) uważa spacerowanie po lesie, zwiedzanie okolicy (85%), możliwość korzystania ze zdrowego, dietetycznego jedzenia jako najważniejsze formy, które powinna oferować turystyka zdrowotna na wsi w odniesieniu do seniorów. Sześćdziesiąt pięć procent z nich uwzględnia jazdę na rowerze. Niespełna połowa za najbardziej atrakcyjną formę spędzania czasu w odniesieniu do starszych uczestników turystyki zdrowotnej na wsi uważa kąpiele, sauny, uczestniczenie w grzybobraniach (40%), a także zabiegi zdrowotne, między innymi ziołolecznictwo (35%). Dla 20% ankietowanych istotna jest możliwość rozszerzenia oferty o propozycje związane z organizacją biesiad lub wycieczek do miejsc sakralnych. Ciekawą propozycją jest według 15% badanych także możliwość obserwowania przyrody. Najmniejsza grupa 10% i poniżej wskazuje na konieczność zapewnienia miejsc odpoczynku zlokalizowanych w cieniu drzew, zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych, ciszy i spokoju.

W ocenie respondentów możliwości spędzania czasu wolnego w odniesieniu do osób niepełnosprawnych są przedstawione poniżej.



Wykres 7. Formy spędzania czasu w ofercie turystyki zdrowotnej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne.

Według 95% ankieterów formą w turystyce zdrowotnej, która sprawdzi się w stosunku do osób niepełnosprawnych jest kontakt z naturą, spacerowanie po lesie (90%), słuchanie odgłosów przyrody (80%), kontakt ze zwierzętami (65%). Niezmiernie istotną rolę według badanych odgrywa także dostosowanie obiektów świadczących usługi w zakresie turystyki zdrowotnej do potrzeb ludzi chorych i niepełnosprawnych budując podjazdy, windy (85%), zatrudniając wykwalifikowaną obsługę (30%) i dostosowując do ich potrzeb pokoje (10%), tworząc ścieżki rekreacyjne (15%). Co czwarty, w odniesieniu do niepełnosprawnych turystów, zauważa jak znaczącą rolę odgrywają zabiegi lecznicze i rehabilitacyjne oraz ziołolecznictwo (10%). Na atrakcyjność oferty według 20% ankieterów wpływa także zdrowa, dietetyczna kuchnia, dostęp do ekologicznych produktów, zapoznanie z tradycjami i życiem wiejskim (15%), oraz możliwość jazdy konnej (10%).

Zakończenie i wnioski

Oferta produktowa turystyki zdrowotnej na wsi powinna uwzględniać⁵:

- spokojny wypoczynek,
- walory zdrowotne, w tym aspekty terapeutyczne,
- koszt pobytu,
- możliwość bezpośredniego kontaktu z naturą,
- poznanie tradycji, zwyczajów, kultury,

⁵ L. Strzebiński: Wypoczynek w gospodarstwach wiejskich w opinii turystów, prace naukowo-dydaktyczne. Wydawnictwo PWSZ w Krośnie, Krosno 2005, s. 29.

- możliwość realizacji i rozwijania zainteresowań,
- zdrowa żywność.

Turyści wymagają podniesienia jakości infrastruktury, zapewnienia odmienności, możliwości realizowania swoich pomysłów podczas pobytu. Oczekują, że pobyt w kontakcie z przyrodą będzie przebiegał bezstresowo i pozwoli uniknąć wszelkich niedogodności dnia codziennego. Słońce, woda, zieleń, świeże powietrze i przestrzeń to najbardziej poszukiwane przez każdego człowieka środowisko wypoczynku. Są to także walory wykorzystywane w terapii zajęciowej. Ofertę turystyki zdrowotnej na wsi można rozszerzyć o treningi umiejętności społecznych i różnego rodzaju warsztaty. Stanowią one podstawę rehabilitacji w obszarze samoobsługi zarówno dzieci, jak i osób starszych, chorych i niepełnosprawnych. Nieodzownym elementem w turystyce zdrowotnej na wsi może być muzykoterapia, a w tym w odniesieniu do folkloru granie na instrumentach ludowych, śpiewanie pieśni, udział w biesiadach i przeglądach artystycznych zespołów wiejskich. Przeprowadzone badania wykazały pozytywny wpływ kontaktu ze zwierzętami na zdrowie psychofizyczne zarówno ludzi zdrowych jak i niepełnosprawnych. Utrzymanie poprawnych relacji człowiek – zwierzę można osiągnąć przez zooterapię, animaloterapię, a w tym hipoterapię, felinoterapię, dogoterapię, onoterapię, owcoterapię. W ofercie turystyki zdrowotnej powinna znaleźć się terapia wykorzystująca specyfiki roślinne i zwierzęce. Do niej należy aromaterapia i apiterapia.

Zastosowanie różnorodnych metod terapeutycznych w turystyce zdrowotnej na wsi w czasie wolnym od pracy sprawia, że wypoczynek turystów stanowi atrakcyjne i innowacyjne⁶ uzupełnienie dotychczasowej oferty o usługi usprawniające i lecznicze⁷.

Literatura

1. Czajkowski K.: Wychowanie do reakcji. WSiP, Warszawa 1979.
2. Milanowska K.: Techniki pracy w terapii zajęciowej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1982.
3. Roman A.: Postęp techniczny a system regulacji przedsięwzięć innowacyjnych. [w:] Innowacje w rozwoju turystyki. Red. naukowa K. Nuskiewicz, M. Roman. Wydawnictwo Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Gołdkowie, Gołdkowo 2014.

⁶ M. Roman: Znaczenie innowacji w funkcjonowaniu sektora turystycznego – podejście teoretyczne i praktyczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego „Ekonomiczne Problemy Turystyki nr 805” 2014, nr 1 (25), s. 115-128.

⁷ M. Roman: Teoria innowacji i jej zastosowanie w turystyce. [w:] Innowacje w rozwoju turystyki. Red. naukowa K. Nuskiewicz, M. Roman. Wydawnictwo Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Gołdkowie, Gołdkowo 2014, s. 19-27, A. Roman: Postęp techniczny a system regulacji przedsięwzięć innowacyjnych. [w:] Innowacje w rozwoju turystyki. Red. naukowa K. Nuskiewicz, M. Roman. Wydawnictwo Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Gołdkowie, Gołdkowo 2014, s. 28-42.

4. Roman M.: Teoria innowacji i jej zastosowanie w turystyce. [w:] Innowacje w rozwoju turystyki. Red. naukowa K. Nuszkiewicz, M. Roman. Wydawnictwo Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Gołdtkowie, Gołdtkowo 2014.
5. Roman M.: Znaczenie innowacji w funkcjonowaniu sektora turystycznego – podejście teoretyczne i praktyczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego „Ekonomiczne Problemy Turystyki nr 805” 2014, nr 1 (25).
6. Roman M., Roman A.: Funkcjonowanie agroturystyki w oparciu o teorię ekonomii. [w:] Współczesne problemy rozwoju turystyki w ujęciu regionalnym. Red. naukowa B. Roszkowska-Mądra, M. Roman. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego Oddział w Białymstoku, Białystok 2015.
7. Strzebiński L.: Wypoczynek w gospodarstwach wiejskich w opinii turystów, prace naukowo-dydaktyczne. Wydawnictwo PWSzZ w Krośnie, Krosno 2005.
8. Szulc W.: Sztuka i terapia. Wydawnictwo Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1993.
9. Zaręba D.: Ekoturystyka. Wyzwania i nadzieje. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

Dr Antoni Roman

Uczelnia Jańskiego w Łomży

Dr Bartłomiej Roman

Physical Therapy & Performance Center NY (USA)

**Pierwsza pomoc w terapii zajęciowej prowadzonej
w ramach turystyki zdrowotnej na wsi**

**First aid in occupational therapy conducted
in the context of health tourism in the countryside**

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie postępowania w przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego, które mogą się wydarzyć podczas zajęć terapii zajęciowej, organizowanej w środowisku wiejskim (w pomieszczeniu lub w terenie) w ramach turystyki zdrowotnej. W trudnej sytuacji należy udzielić pierwszej pomocy, zgodnie z obowiązującymi standardami, normami, mając na uwadze, że zdrowie i życie ludzkie jest największą wartością. Pierwsza pomoc to prawidłowe postępowanie w miejscu nieszczęśliwego zdarzenia. Pomagając innym, należy pamiętać o bezpieczeństwie własnym, poszkodowanego i osób znajdujących się w pobliżu wypadku. Działania w zakresie pierwszej pomocy powinny być natychmiastowe, sprawne, kompetentne, skuteczne i zorganizowane w ramach określonego systemu niesienia pomocy.

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc, terapia zajęciowa, turystyka.

Summary

The aim of the article was to present the emergency of life and human health, which can happen during the course of occupational therapy is organized in a rural environment in the context of health tourism. While therapeutic activities organized in the framework of health tourism in the countryside may happen events threatening life or health ward. The difficult situation is imperative, first aid, which is a standard steps to save human life as the highest preciousness or improve health. First aid is a proper procedure in place an unfortunate event. You have to help others, but be sure not to harm themselves. First aid is a quick, efficient, competent and efficient and organized action within a specific system to help carried out by a person or persons from the circle of the victim of an accident.

Keywords: first aid, occupational therapy, rural tourism.

Wstęp

Zajęcia terapeutyczne organizowane i przeprowadzane na wsi w ramach turystyki zdrowotnej powinny być bezpieczne, ciekawe, pouczające i usprawniające organizm ludzki. Podczas ich realizacji istnieje jednak możliwość powstania nieszczęśliwych wypadków, które mogą zagrażać zdrowiu lub życiu podopiecznego. Ich źródłem są sytuacje:

- nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, lekkomyślność, przecenianie własnych możliwości, brawura i spontaniczna, wesoła zabawa,
- brak właściwego nadzoru nad podopiecznymi,
- niewłaściwe, niezgodne z przeznaczeniem wykorzystanie narzędzi, maszyn, urządzeń i przyrządów.

Może to doprowadzić do uszkodzenia ciała, gwałtownych zaburzeń czynności organizmu ludzkiego, nieprawidłowego jego funkcjonowania, w tym utraty podstawowych czynności życiowych (oddechu i krążenia). W rezultacie istnieje możliwość wystąpienia zagrożenia życia, wywołania ciężkich schorzeń prowadzących do śmierci lub trwałego uszkodzenia części ciała i utraty zdolności do pracy. Sprawna, skuteczna i natychmiastowa pierwsza pomoc może uratować życie ludzkie, zmniejszyć cierpienie lub zapobiec ciężkim powikłaniom podczas leczenia. Z kolei nieumiejętna, niezgodna z obowiązującymi standardami (w tym wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji z 2015) pierwsza pomoc może przynieść szkodę podopiecznemu i niepotrzebne cierpienie. Udzielanie pierwszej pomocy jest czynem szlachetnym i humanitarnym, usankcjonowanym prawem w myśl zasady Ksenofonta „Kto życie ludzkie chroni i ratuje, większym jest od tego kto miasto zdobył”. Przynosi ulgę w cierpieniu, dodaje otuchy i ułatwia przetrwanie do momentu nadejścia pomocy medycznej. Niesienie pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego powinno być oparte na jasnych, pewnych, przewidywalnych, skutecznych i efektywnych standardach postępowania w ramach zintegrowanego systemu ratownictwa.

Pierwsza pomoc to natychmiastowe i kwalifikowane działania (czynności, zabiegi) wykonywane z empatią przez osobę (osoby) znajdującą się w miejscu zdarzenia bez użycia leków w atmosferze zaufania i bezpieczeństwa wobec osoby poszkodowanej, mające na celu wczesne zauważenie (dostrzeżenie) nieszczęścia, sprawne zdiagnozowanie (ocena, odnalezienie przyczyny) stanu wypadkowego i wczesne rozpoczęcie działań (udzielenie pomocy, wykonywanie czynności, zabiegów) wraz z zabezpieczeniem i utrzymaniem przy życiu ofiary nieszczęśliwego wypadku (poszkodowanego) do czasu nadejścia dalszej kwalifikowanej pomocy i specjalistycznej opieki medycznej.

Istnieją następujące zasady udzielania pierwszej pomocy:

- pozostań na tyle na ile jest to możliwe i przydatne przy poszkodowanym, który potrzebuje pomocy,
- nie przenoś poszkodowanego bez potrzeby,
- nie sprawiaj poszkodowanemu dodatkowego bólu,

- zapewnij poszkodowanemu komfort psychiczny,
- zapewnij poszkodowanemu komfort termiczny,
- nie podawaj poszkodowanemu żadnych leków,
- z reguły nie podawaj poszkodowanemu nic do jedzenia, ani picia,
- sprawdź czy u poszkodowanego nie ma ukrytych urazów.

W celu wezwania pomocy, jak również podczas wykonywanych czynności ratunkowych wykorzystujemy następujące numery telefoniczne:

- jednolity ogólnoeuropejski numer alarmowy 112 (w ramach europejskiego, jednolitego, zintegrowanego systemu informatycznego),
- policja 997,
- straż pożarna 998,
- pogotowie ratunkowe 999,
- straż miejska 986,
- MOPR, WOPR (601 100 100), GOPR, TOPR 985 lub 601 100 300.

Istotne są też numery telefoniczne:

- pogotowie energetyczne 991,
- pogotowie gazowe 992,
- pogotowie ciepłownicze 993,
- pogotowie wodociągowo-kanalizacyjne 994.

Komunikat wezwania pomocy powinien zawierać następujące informacje:

- miejsce zdarzenia,
- co się stało, kiedy i rodzaj zdarzenia (np. wypadek podczas pracy, wypadek drogowy itp.),
- liczba, wiek i płeć poszkodowanych,
- jakie są obrażenia ciała,
- w jaki sposób została już udzielona pomoc i ewentualnie można zapytać, co jeszcze można zrobić, aby pomóc poszkodowanym,
- kto i skąd wzywa pomocy,
- numer zwrotny telefonu, z którego dzwoniemy i który służy do utrzymania kontaktu dyspozytora z udzielającym pomocy. Po podaniu zgłoszenia wezwania pomocy zawierającym wszystkie informacje należy poczekać na dodatkowe pytania dyspozytora oraz potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia i nie rozłączać się pierwszy.

Postępowanie w stanach nagłych (zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego)

Wskutek nieszczęśliwych wypadków mogą powstać obrażenia urazowe organizmu lub śmierć, które są wywołane urazami mechanicznymi, termicznymi, chemicznymi, elektrycznymi lub innymi. Uraz (łac. trauma) to wszystko to co się wydarza i co powoduje obrażenia, czyli inaczej działanie na ustrój ludzki dowolnego czynnika. Nie należy mylić urazu z obrażeniem, które są skutkami urazu. Obrażenia się leczy, zaś urazom można tylko zapobiegać. Wśród pourazowych uszkodzeń organizmu ludzkiego,

wywołanych **urazami mechanicznymi** są: rany, stłuczenia, złamania, zwichnięcia, skręcenia.

A. Rana (łac. vulnus) to przerwanie anatomicznej ciągłości tkanek lub ich uszkodzenie połączone z ubytkiem, pod wpływem określonych czynników (uraz lub proces chorobowy, w tym niedokrwienie tętnicze, niewydolność żylna, zakażenie, odleżyna)¹.

Objawy towarzyszące ranie:

- krwawienie żyłne, tętnicze, śródtkankowe,
- żywy ból (uszkodzenie tkanek może być szerokie i głębokie, z towarzyszącym uszkodzeniem lub podrażnieniem włókien nerwowych, co jest przyczyną bólu). Przy rozległych ranach ból jest tak duży, że powoduje rozstrój całego organizmu nazywany wstrząsem pourazowym.
- Wskutek przerwania ciągłości skóry ustaje jej działanie ochronne i dostają się do organizmu ludzkiego drobnoustroje chorobotwórcze oraz obce ciała (np. ziemia, odłamki, części ubrania, substancje chemiczne), które utrudniają i przedłużają gojenie się rany,
- niepokój, strach, zaburzenia świadomości lub możliwa utrata przytomności.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

- sprawdzić, czy ranie nie towarzyszy uszkodzenie struktur kostnych, czy nie doszło do naruszenia narządów leżących poniżej,
- zdezynfekować miejsce zranione,
- założyć jałowy opatrunek ochronny w celu opanowania lub zmniejszenia krwawienia, zabezpieczenia rany przed wtórnym (dodatkowym) zakażeniem, ochroną rany przed ponownymi urazami.

B. Krwotok to gwałtowna utrata krwi w jej pełnym składzie na zewnątrz naczynia krwionośnego na skutek choroby lub uszkodzenia ściany naczyń krwionośnych, który może doprowadzić do wykrwawienia i zaburzeń ogólnoustrojowych². W zależności od tego jakie naczynie (narząd) został uszkodzony wyróżniamy krwotok tętniczy, żylny, mięszsowy, włosniczkowy lub sercowy. Z kolei ze względu na rodzaj widoczności wypływu krwi wskutek uszkodzeń naczyń występuje krwotok zewnętrzny lub wewnętrzny.

Objawy:

- widoczne lub niewidoczne (domyślne, przypuszczalne) ślady utraty krwi,
- bladość, pocenie, osłabienie,
- przyspieszone i słabo wyczuwalne tętno,
- niepokój,

¹ J.P.Wyatt, R.N.Illingworth, M.J.Clancy, P.Munro, C.E.Robertson: Podręcznik doraźnej pomocy medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 386-392, G.Oszkinis, M.Gabriel, F.Pukacki, W.Majewski: Leczenie ran trudno gojących się. Wydawnictwo Blackhorse, Warszawa 2006, s.17

² Encyklopedia pierwszej pomocy. Wydawnictwo Bellona, Warszawa 2008, s. 119-124.

- przyspieszenie oddechu, uczucie duszności,
- skóra pokryta zimnym, lepkiem potem,
- szum w uszach, mroczki przed oczami,
- zawroty głowy i skłonność do omdlenia przy unoszeniu głowy i wstawaniu,
- w ostateczności utrata świadomości (lub przytomności).

Postępowanie (pierwsza pomoc)

- obfity krwotok należy opanować natychmiast. Ułożyć poszkodowanego płasko, a uszkodzoną kończynę unieść do góry, aby zmniejszyć krwawienie,
- miejsce krwawienia tętniczego należy ucisnąć jałowym materiałem opatrunkowym, ręką w rękawiczce ochronnej. Przy krwotokach żylnych i krwawieniu z naczyń włosowatych nakładamy na ranę jałowy opatrunek z gazy (nie używać waty i ligniny) i bandażujemy miejsce zranienia,
- rany do szycia nie przemywać środkiem dezynfekującym,
- małe, zabrudzone rany należy umyć wodą z mydłem i przemyć środkiem dezynfekującym,
- w razie silnego, masywnego, rozległego krwotoku, szczególnie wewnętrznego - powiadomić pogotowie ratunkowe, ośrodek zdrowia lub ośrodek specjalistyczny.

C. Złamanie (łac. fractura) – to całkowite przerwanie ciągłości kości, lub (i) chrząstki, po zadziałaniu, wywołaniu urazu mechanicznego przekraczającego granicę elastyczności i wytrzymałości kości, niekiedy połączone z przemieszczeniem odłamków kości i przerwaniem ciągłości skóry³. Ze względu na rodzaj złamań mogą być złamania zamknięte lub otwarte. W przypadku, gdy dochodzi do nie całkowitego przerwania ciągłości kości – wówczas mówimy o nadłamaniu (łac. infractio).

Objawy:

- gwałtowny ból,
- utrudnienie bądź niemożność poruszania uszkodzoną okolicą kończyny,
- nieprawidłowy kształt tj. nieregularne zgrubienie (obrzęk), skrócenie lub skrzywienie złamanej kończyny,
- nieprawidłowa ruchomość w okolicy złamania,
- możliwe widoczne fragmenty części kości, odłamków kostnych lub odprysków kości.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

- w przypadku stwierdzenia rany w miejscu złamania, należy ją chronić przez założenie jałowego opatrunku,

³ Pierwsza pomoc. Sposoby postępowania w nagłych wypadkach – w domu, w pracy i w czasie wolnym od zajęć. Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 1982, s. 155-173.

- unieruchomić miejsca złamania (dwa sąsiednie stawy), nie nastawiać i nie wykonywać żadnych ruchów w miejscu złamania,
- nie podawać środków przeciwbólowych oraz nic do jedzenia i picia,
- uspokoić osobę poszkodowaną,
- transportować w odpowiedniej, wygodnej pozycji do szpitalnego oddziału ratunkowego.

D. Udar słoneczny to stan nadmiernego ogrzania i przegrzania promieniami słonecznymi organizmu ludzkiego, nagromadzenia się nadmiernej ilości ciepła w organizmie ponad fizjologiczne możliwości ustroju ludzkiego regulującego równowagę wytworzenia i wydalenia ciepła na zewnątrz, który doprowadza do przekrwienia mózgu i utraty przytomności⁴.

Objawy:

- osłabienie, nudności, częste wymioty, ból i zawroty głowy, początkowo twarz czerwono-siną, przekrwione oczy, skóra sucha, szybkie tętno,
- w dalszym etapie blednięcie skóry, pokrytej lepkim potem, tętno ledwo wyczuwalne, utrata przytomności.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

- poszkodowanego przenieść w miejsce zacienione, lekko przewiewne, zdjąć uciskającą odzież i umieścić w pozycji półsiedzącej,
- na głowę i kark kładziemy chłodne okłady i wachlujemy chorego,
- w razie potrzeby stosować zabiegi resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

E. Omdlenie to krótkotrwała, chwilowa utrata przytomności spowodowana niedotlenieniem mózgu. Może być poprzedzona wrażeniem zawrotu głowy lub zdezorientowania⁵.

Objawy:

- skóra, błony śluzowe i wargi są blade,
- nagłe odczucie zimna,
- na skórze mogą pojawić się krople zimnego potu,
- chory skarży się na „mroczki” wirujące przed oczami i szum w uszach, zachwianie równowagi,
- może wystąpić ziewanie poprzedzające utratę przytomności,
- tętno słabo wyczuwalne, nitkowate, oddech płytki,
- omdlenie może być skutkiem nagłego spadku ciśnienia krwi np. wskutek szoku emocjonalnego, a także wywołane nadmiernie obniżonym poziomem cukru we krwi.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

⁴ M. Buchfelder, A. Buchfelder: Podręcznik pierwszej pomocy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 134-138.

⁵ M. Lelonek: Omdlenia. Od rozpoznania do leczenia. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010, s. 93.

- przy omdleniu nie wolno zostawiać poszkodowanego samego. Jeśli w pomieszczeniu jest duszno, trzeba je przewietrzyć,
- chorego ułożyć na wznak, z głową poniżej tułowia,
- nogi unieść wyżej (początkowo nawet do pionu), aby mechanicznie zwiększyć dopływ krwi do mózgu,
- należy zapewnić dopływ świeżego powietrza (wynieść osobę omdlałą z tłumu i dusznego pomieszczenia),
- poluzować wszystkie części ubrania, aby ułatwić krążenie i swobodne oddychanie,
- nie podawać żadnych leków,
- uspokajać chorego, a w miarę polepszania się jego samopoczucia pomóc mu przyjąć pozycję siedzącą,
- po odzyskaniu przytomności pozostawić chorego w pozycji leżącej, podać ciepłą kawę lub herbatę,
- kontrolować parametry życiowe do momentu odzyskania przytomności,
- jeśli poszkodowany nie odzyska przytomności po 3 minutach, należy wezwać pogotowie ratunkowe.

F. Padaczka (epilepsja, napad padaczkowy, napady kurczowe pochodzenia ośrodkowego) to napadowe schorzenie mózgu, które rozpoczyna się krótkotrwałą utratą świadomości, a kończy się atakami drgawek, obejmujących mięśnie całego ciała⁶.

Objawy:

- bezdech, sinica,
- oddanie mimowolnie (bezwiedne) moczu, często kału,
- zeszywnienie (prężenie całego ciała) przechodzące w drgawki, które trwają przez dłuższy czas w sposób niekontrolowany,
- występująca podczas ataku „piana w ustach”, szczękoscisk i gardłowe dźwięki,
- rozszerzone źrenice i niemożność mówienia,
- po okresie drgawek chory traci przytomność i spontanicznie zapada w rodzaj głębokiego snu, z którego trudno jest go wybudzić. Następnie budzi się i zwykle nie pamięta o zdarzeniu.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

- przenieść chorego w bezpieczne miejsce i zabezpieczyć go przed urazami, a w szczególności chronić głowę przed urazami lekko podtrzymując lub podkładając coś miękkiego,
- nie wolno unieruchamiać siłą poszkodowanego w czasie napadu,
- nie wkładać nic do jamy ustnej, gdyż występuje szczękoscisk, a ponadto można wyłamać zęby i uszkodzić śluzówkę jamy ustnej,

⁶ K. Janicki: Turystyczny poradnik medyczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 258-260.

- po napadzie padaczkowym, poszkodowany jest zamroczony, senny i zmęczony, a taki stan może trwać do kilku godzin. Dlatego należy ułożyć w pozycji bezpiecznej, która udrażnia drogi oddechowe i zabezpiecza przed ewentualnym zachłyśnięciem się wydzieliną z jamy ustnej, a następnie zabezpieczyć chorego (okryć) przed utratą ciepła, kontrolować stan układu krążenia i oddychania, a w razie potrzeby rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową i wezwać pogotowie ratunkowe.

G. Ukąszenie przez kleszcza – zagłębienie się owada pod skórę człowieka z ewentualną możliwością zakażenia odkleszczowym zapaleniem mózgu i boreliozą⁷.

Objawy:

- rumień na skórze, bóle stawowe, ból głowy,
- rumień po ukąszeniu nie zarażonego kleszcza – ustępująca po miesiącu (bez względu na to czy podjęto leczenie, czy też nie) zmiana alergiczna lub toksyczno-zapalna w postaci bez bólowej wysypki o średnicy około 5 cm nie wystającej ponad skórę, cieplej w dotyku, która nie zawiera drobnoustrojów powodujących choroby odkleszczowe,
- rumień wędrujący, wywołany przez bakterie *Borrelia* jest jednym z objawów groźnej choroby odkleszczowej – boreliozy i pojawia się od 1-30 dni po ukąszeniu przez zarażonego tą bakterią kleszcza. Przypomina on „tarczę strzelniczą” (w środku znajduje się owalna lub okrągła plamka po ukąszeniu owada), wokół której występuje błądy okrąg. Rumień, który zewnętrznie zamyka czerwona obręcz „wędruje” po ciele z każdym dniem i staje się coraz większy.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

- kleszcza należy usunąć ze skóry delikatnie, ale stanowczo pociągając go do góry. Po wyjęciu kleszcza trzeba go umieścić na kartce papieru i sprawdzić czy został on w całości usunięty,
- trzeba odkazić spirytusem miejsce ukąszenia i założyć jałowy opatrunek,
- nie wolno wykręcać kleszcza podczas jego wyjmowania, gdyż jego głowa pozostanie w ciele poszkodowanego,
- nie wolno podpalać, opiekać tułowia kleszcza, dusić jego wazeliną, masłem, lakierem do paznokci, benzyną lub alkoholem, gdyż w ten sposób można sprowokować wymioty u kleszcza i zwiększyć ryzyko wystąpienia infekcji,
- im szybciej kleszcz zostanie usunięty z naszego ciała, tym mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia odkleszczowym zapaleniem mózgu i boreliozą,
- do lekarza trzeba zgłosić się wówczas, gdy podczas usuwania kleszcza doszło do jego uszkodzenia i część kleszcza została w ciele

⁷ Pierwsza pomoc. Sposoby postępowania ... op. cit., s. 99.

człowieka lub gdy mamy obawy i nie jesteśmy w stanie właściwie usunąć owada z ciała osoby poszkodowanej.

H. Zadławienie- groźna dla zdrowia lub życia ludzkiego sytuacja, w której ciało obce powoduje częściową lub całkowitą niedrożność dróg oddechowych.

Objawy:

- niemożność wykonania oddechu,
- niemożność mówienia,
- niemożność kaszlu,
- „wytrzeszcz” oczu,
- łzawienie z oczu,
- zasinienie twarzy,
- częste objawy chwytania się za szyję.

Postępowanie (pierwsza pomoc)

1. Jeżeli poszkodowany jest przytomny

- zachęcaj poszkodowanego do kaszlu
- jeżeli pojawia się objawy wyczerpania lub poszkodowany przestaje kaszleć, wówczas zastosuj uderzenia międzyłopatkowe (5 razy),
- jeżeli poszkodowany nadal się dławi, wówczas zastosuj ucisk w okolicy nadbrzusza (5 razy),
- jeżeli jest to niezbędne wykonuj na zmianę te czynności aż do usunięcia obcego ciała.

2. Jeżeli poszkodowany jest nieprzytomny

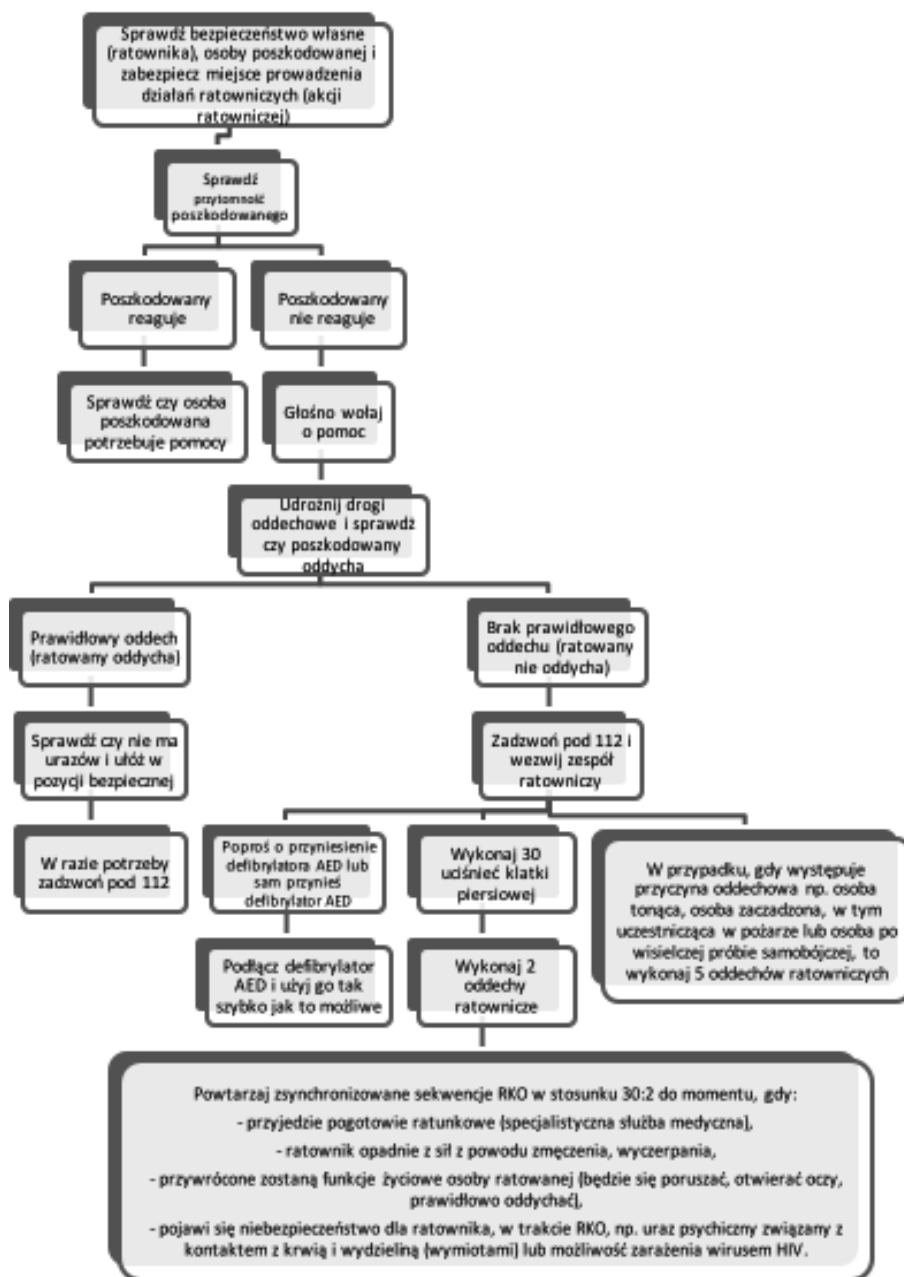
- wezwij pomoc,
- udroźnij drogi oddechowe,
- wykonaj resuscytację krążeniowo-oddechową, rozpoczynając od dwóch wdechów ratowniczych.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO)

Najpoważniejszym zdarzeniem (stanem) zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego jest zatrzymanie czynności życiowych człowieka tj. oddechu, krążenia i przytomności. Wówczas staje się niezbędne podjęcie natychmiastowych czynności ożywiania człowieka, czyli **resuscytacji krążeniowo-oddechowej**, zwanej w skrócie **RKO**⁸.

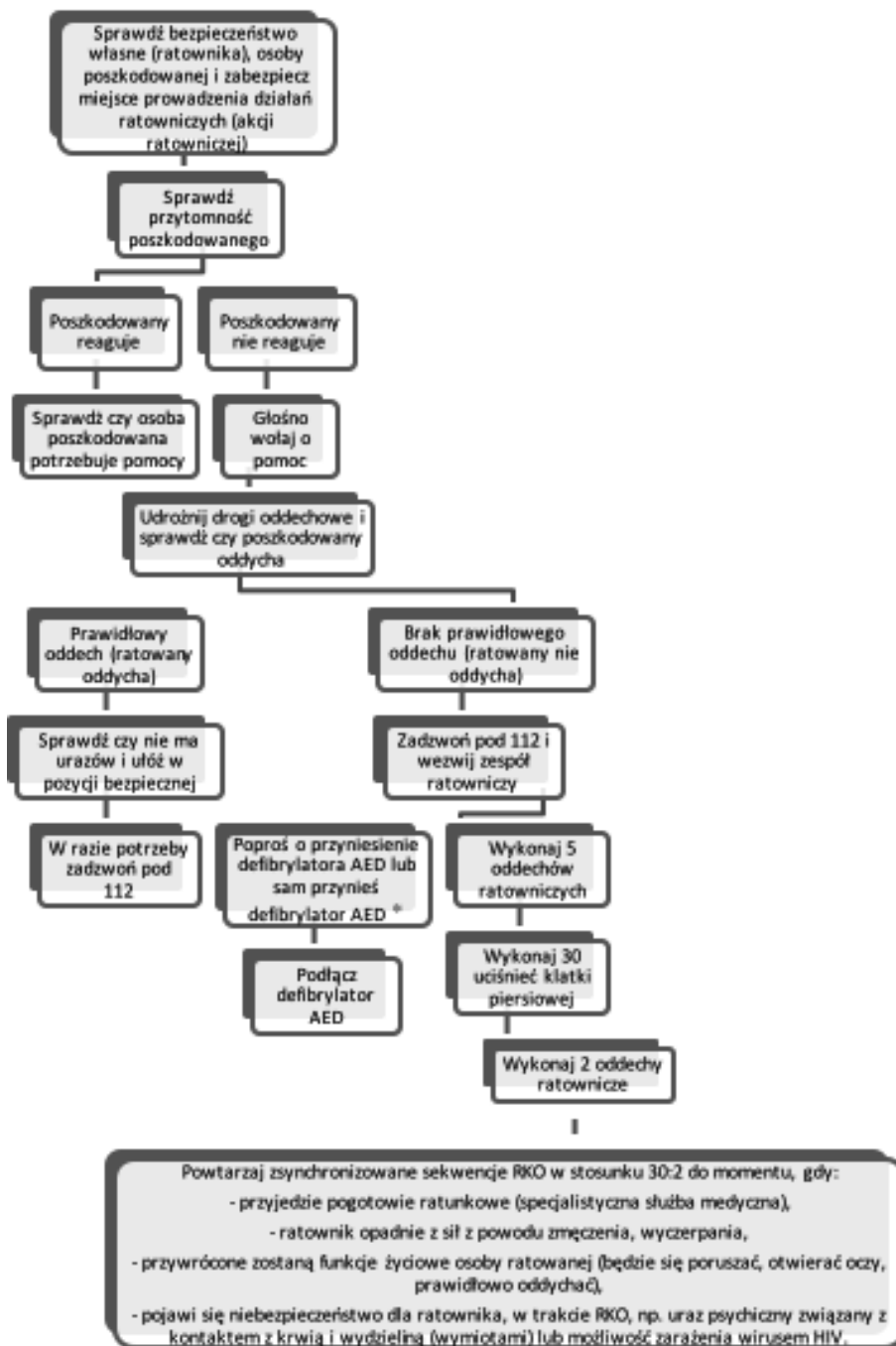
Poniżej na rysunku 1 zaprezentowano schemat postępowania podczas RKO u osób dorosłych.

⁸ Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo –oddechowa. Podręcznik dla studentów pod redakcją Janusza Andersa. Wydawnictwo Polskiej Rady Resuscytacji, Kraków 2011, 16-19, Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych. Podręcznik BLS. Wydawnictwo Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2004, s. 4-32, Automatyczna defibrylacja zewnętrzna. Podręcznik AED. Wydawnictwo Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2004, s. 6-7, Podstawy ratownictwa medycznego dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej i innych ratowników Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego. Wydawnictwo Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej, Fundacji Edukacja i technika Ratownictwa, Warszawa 2010, s. 49.



Rysunek 1. Schemat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (RKO) u osób dorosłych

Źródło: opracowanie własne.



* U dzieci rzadko zdarza się zatrzymanie krążenia wymagające użycia AED, a ponadto jest inny mechanizm zatrzymania krążenia niż u osób dorosłych, dlatego pierwszorzędnym i najważniejszym jest u dzieci oddech i sztuczna wentylacja płuc niż stosowanie (użycie defibrylatora AED)

Rysunek 2. Schemat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (RKO) u dzieci
 Źródło: opracowanie własne.

Pozycja bezpieczna – to stabilne, bezpieczne, ustalone, bliskie ułożeniu na boku ciała osoby poszkodowanej z odgięciem głowy do tyłu w celu zapewnienia drożności dróg oddechowych i odchylenia głowy z ustami skierowanymi w dół do podłoża, aby wydzielina mogła swobodnie wypływać z jamy ustnej, a ponadto takie ułożenie ciała bez ucisku na klatkę piersiową, aby ratowany mógł swobodnie oddychać.⁹ Pozycja bezpieczna nie jest idealnym i uniwersalnym rozwiązaniem dla wszystkich chorych. Zapewnia ona jednak:

- utrzymanie drożności dróg oddechowych u osoby nieprzytomnej lub u poszkodowanego, który oddycha,
- bezpieczną i stabilną pozycję podczas prowadzenia RKO, gdy poszkodowany zacznie prawidłowo oddychać,
- zapobieżenie zablokowaniu drożności dróg oddechowych w sytuacji powrotu oddechu u poszkodowanego, któremu często towarzyszą wymioty,
- sprawny i bezpieczny transport osoby ratowanej.

Etapy układania poszkodowanego w pozycji bezpiecznej:

- zdjęć (ściągnąć) okulary,
- ukleknąć na oba kolana obok poszkodowanego (ułożonego na plecach z wyprostowanymi dolnymi kończynami) z prawej strony na wysokości klatki piersiowej,
- bliższą kończynę górną ułożyć pod kątem prostym z przedramieniem ułożonym równoległe do tułowia i z ręką (dłonią) skierowaną ku górze (w kierunku głowy),
- drugie przedramię przełożyć przez klatkę piersiową i przycisnąć swoją lewą ręką grzbiet dłoni poszkodowanego do jego prawego policzka (po stronie ratownika),
- drugą ręką (prawą) chwycić lewą nogę poszkodowanego lekko powyżej kolana (bliżej uda) i zgiąć ją w kierunku pośladka nie odrywając stopy od podłoża oraz utrzymując stopę na podłożu,
- trzymając przyciśniętą dłoń do prawego policzka osoby ratowanej, pociągnąć za lewą nogę obracając poszkodowanego do siebie (na swoją stronę),
- ustawić leżącą wierzchnią (wyżej położoną) nogę w takiej pozycji, aby lewe udo było ułożone pod kątem prostym do linii ciała poszkodowanego, a podudzie daleko wysunięte w stronę ratownika,
- odgiąć głowę ku tyłowi, upewniając się, że drogi oddechowe pozostają drożne,
- jeśli jest to konieczne, wsuń dłoń dalej pod policzek, tak aby utrzymywało się odgięcie głowy do tyłu,

⁹ W. Ostaszewski, K. Pszczołówski: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Wydawnictwo Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2002, s. 41-43.

- sprawdź czy poszkodowany oddycha i następnie kontroluj regularnie czynności życiowe i krążenie obwodowe w górnej prawej kończynie, ułożonej na podłożu, a także zabezpiecz normalną ciepłotę ciała poszkodowanego,
- jeżeli zachodzi konieczność utrzymania tej pozycji przez dłuższy czas, to po 30 minutach trzeba obrócić ratowanego na drugi bok.

Zakończenie i wnioski

Podczas zajęć terapeutycznych organizowanych w ramach turystyki zdrowotnej na wsi mogą wystąpić zdarzenia zagrażające życiu lub zdrowiu podopiecznego. Często od pierwszych minut po wypadku zależy dalszy los poszkodowanego. W trudnej sytuacji należy nieść pierwszą pomoc, czyli postępować zgodnie z obowiązującymi standardami, pamiętając, aby nie zaszkodzić sobie, poszkodowanemu i osobom znajdującym się w miejscu zdarzenia. Pierwsza pomoc – to szybkie, sprawne, kompetentne, skuteczne i zorganizowane działanie prowadzone z empatią w ramach określonego systemu niesienia pomocy prowadzone przez osobę lub osoby z otoczenia ofiary nieszczęśliwego wypadku. W trakcie udzielania pomocy poszkodowanemu (lub poszkodowanym) zagrożonemu utratą zdrowia lub życia, działania ratownicze powinny być prowadzone zgodnie z tzw. łańcuchem zsynchronizowanej sekwencji działań ratowniczych, takich jak: natychmiastowe działanie, wezwanie pomocy, pierwsza pomoc, ewentualne działania ratownictwa medycznego, transport i pobyt w szpitalu.

Ważne jest, aby udzielać pomocy w sposób profesjonalny, zgodny ze sztuką ratowania (opartą na aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2015 i sprawdzonych standardach postępowania, w ramach określonego systemu niesienia pomocy). Trzeba ocenić sytuację i pamiętać, że naraz można wykonać tylko jedną czynność. Należy zachować spokój, nie popadać w panikę, gdyż wówczas można stracić zdolności jasnego myślenia.

Podczas prowadzenia zajęć terapeutycznych w sytuacjach wypadkowych, opanowanie podstawowej wiedzy, zasad, umiejętności i wyrobienie pożądaných nawyków z zakresu pierwszej pomocy gwarantuje sprawne i skuteczne działanie w trudnej sytuacji oraz pewność postępowania. Wobec tego trzeba dużo ćwiczyć w warunkach symulowanych w myśl zasady „więcej potu niż krwi w boju”, aby nabrać pewności siebie i zredukować strach, który paraliżuje wszelkie działania.

Literatura

1. Automatyczna defibrylacja zewnętrzna. Podręcznik AED. Wydawnictwo Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2004.
2. Buchfelder M., Buchfelder A.: Podręcznik pierwszej pomocy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
3. Encyklopedia pierwszej pomocy. Wydawnictwo Bellona, Warszawa 2008.

4. Janicki K.: Turystyczny poradnik medyczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
5. Lelonek M.: Omdlenia. Od rozpoznania do leczenia. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010.
6. Ostaszewski W., Pszczołowski K.: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Wydawnictwo Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2002.
7. Oszkinis G., Gabriel M., Pukacki F., Majewski W.: Leczenie ran trudno gojących się. Wydawnictwo Blackhorse, Warszawa 2006.
8. Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Podręcznik dla studentów pod redakcją Janusza Andersa. Wydawnictwo Polskiej Rady Resuscytacji, Kraków 2011.
9. Pierwsza pomoc. Sposoby postępowania w nagłych wypadkach – w domu, w pracy i w czasie wolnym od zajęć. Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 1982.
10. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych. Podręcznik BLS. Wydawnictwo Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2004.
11. Podstawy ratownictwa medycznego dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej i innych ratowników Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego. Wydawnictwo Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej, Fundacji Edukacja i technika Ratownictwa, Warszawa 2010.
12. Wyatt J. P., Illingworth R. N., Clancy M. J., Munro P, Robertson C.E.: Podręcznik doraźnej pomocy medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.

CZĘŚĆ III
INNOWACYJNE ROZWIĄZANIA
TERAPEUTYCZE W TURYSTYCE ZDROWOTNEJ
NA WSI

Dr Michał Roman

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Wydział Nauk Ekonomicznych

Katedra Ekonomiki Edukacji, Komunikowania i Doradztwa

**Turnusy rehabilitacyjne jako innowacyjna forma
w turystyce zdrowotnej na wsi**

**Rehabilitation camps as an innovative form
of health tourism in the countryside**

Streszczenie

Celem artykułu było przedstawienie istoty funkcjonowania turnusów rehabilitacyjnych w działalności turystycznej na obszarach wiejskich. Mogą być one również organizowane na wsi, w gospodarstwach agroturystycznych i innych podmiotach turystyki wiejskiej w przyjaznym otoczeniu przyrodniczym oraz społecznym. Podczas pobytu w turnusie rehabilitacyjnym na wsi z powodzeniem można przeprowadzić, m.in. leczenie dietetyczne, zajęcia fizyczne na ścieżkach przyrodniczych, placach i szlakach zdrowia, trasach spacerowych, hartowanie ciała, zajęcia sportowe z pływania, narciarstwa, łucznictwa, strzelectwa, lekkiej atletyki, ćwiczenia w terenie i z terenoznawstwa, zajęcia z kinezyterapii, fitoterapii (ziołolecznictwa). Turnusy rehabilitacyjne na wsi, jako niespotykana dotąd innowacyjna oferta produktowa rehabilitacji, połączona z wypoczynkiem może realizować następujące cele: leczniczy, rehabilitacyjny, profilaktyczny, edukacyjny i wychowawczy, w tym promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: turnusy rehabilitacyjne, zdrowie, turystyka, obszary wiejskie.

Summary

The aim of the article was to present the functioning of rehabilitation camps in tourist activity within rural areas. They may also be organized in the countryside, tourism farms and other entities of rural tourism in a friendly natural and social environment. During the stay in a rehabilitation camps in the countryside, nutritional therapy, physical activities on nature paths, plazas and pathways of health, walking paths, hardening of the body, sports from swimming, skiing, archery, shooting, athletics, field exercises and the topography, classes with physiotherapy, phytotherapy (herbal medicine) can be successfully carried out. Rehabilitation camps in the countryside as an unprecedented innovative product of rehabilitation, combined with relaxation, can pursue the following objectives: therapeutic, rehabilitation, preventive, educational and tutorial, including health promotion.

Keywords: rehabilitation camps, health, tourism, rural areas.

Wstęp

Działania terapeutyczne mogą być prowadzone nie tylko w ośrodkach opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych, lecz także w innym środowisku np. w obiektach uzdrowiskowych podczas turnusów rehabilitacyjnych. Lecznictwo uzdrowiskowe wykorzystuje naturalne walory do leczenia, rehabilitacji i profilaktyki¹. Można wymienić wiele zalet, a wśród nich²:

- stanowi ono komplementarny element w stosunku do lecznictwa szpitalnego,
- metody lecznictwa uzdrowiskowego są relatywnie tańsze i nieszkodliwe, nie wywołują skutków ubocznych i nie przynoszą natychmiastowych rezultatów, gdyż poprawa stanu zdrowotnego pacjenta następuje znacznie później, często po zakończeniu stosowania leczenia farmakologicznego,
- w lecznictwie uzdrowiskowym leczy się choroby przewlekłe, stanowiące problem społeczny i choroby wieku starczego,
- metody lecznictwa uzdrowiskowego takie, jak: balneoterapia i klimatoterapia, kinezyterapia, fizykoterapia, dietytyka, edukacja zdrowotna, psychoterapia, farmakoterapia, fitoterapia są realizowane w naturalnym środowisku przyrodniczym (warunki klimatyczne i walory krajobrazowe) i oparte są na wykorzystaniu naturalnych czynników,
- lecznictwo uzdrowiskowe może wypełniać niszę w systemie ochrony zdrowia dając w odpowiednim klimacie ulgę w cierpieniu bez skutków ubocznych, relaks, czynny odpoczynek, czas na zajmowanie się własnym ciałem i duszą pod opieką terapeuty zajęciowego, poprawne relacje międzyludzkie, miejsce spotkań towarzyskich,
- uzdrowiska mogą być wykorzystywane do organizacji turnusów rehabilitacyjnych.

Turnusy rehabilitacyjne można również realizować na wsi, w gospodarstwach agroturystycznych i innych podmiotach turystyki wiejskiej w przyjaznym otoczeniu przyrodniczym (lasy, woda, piękne krajobrazy, kontakt ze światem zwierzęcym i roślinnym, zdrowy mikroklimat, w tym świeże powietrze, cisza, spokój) i społecznym (przyjaźnie nastawieni do turystów mieszkańcy wsi, co wpływa na bezpieczeństwo osobiste, finansowe, informacyjne, którzy oferują zdrowy nocleg, wyżywienie oraz zdrową rozrywkę i aktywność podczas pobytu). Podczas pobytu w turnusie rehabilitacyjnym na wsi istnieje możliwość przeprowadzenia m.in. leczenia dietytycznego i zajęć fizycznych na ścieżkach przyrodniczych, placach i ścieżkach zdrowia, trasach

¹ I. Ponikowska: Podstawowe zadania lecznictwa uzdrowiskowego. [w:] Medycyna uzdrowiskowa w zarysie. Red. naukowa I. Ponikowska. Wydawnictwo „WATEXT´S”, Warszawa 1995, s. 7-9.

² I. Ponikowska, D. Ferson: Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Wydawnictwo Medi Press, Warszawa 2009, s. 43.

spacerowych, zajęć sportowych z pływania, narciarstwa, łyżwiarstwa, strzelectwa, ping-ponga, lekkiej atletyki, ćwiczeń w terenie i z terenoznawstwa. Jednocześnie mogą odbywać się zajęcia z terenoaterapii połączonej z klimatoterapią³ (uwzględniającą racjonalne korzystanie z walorów krajobrazowych, czyli ukształtowania terenów wiejskich i warunków klimatycznych, na które składają się takie elementy, jak: promieniowanie słoneczne, tzw. helioterapia, temperatura powietrza, ciśnienie atmosferyczne, ruchy powietrza, wilgotność powietrza i elektryczność związana z jonizacją powietrza). Interesującym zagadnieniem programowym turnusów rehabilitacyjnych może być fitoterapia (ziołolecznictwo) i wodolecznictwo⁴ (hydroterapia) czyli leczenie wodą w stanie cieczo, lodu, pary wodnej. Można przy tym w medycynie wiejskiej podczas turnusów rehabilitacyjnych zastosować balneoterapię (leczenie wodami mineralnymi, źródłanymi), paloidoterapię (leczenie borowiną), kinezyterapię (leczenie ruchem), termoterapię (leczenie ciepłem), krioterapię (leczenie zimnem, w tym hartowanie ciała), masaż leczniczy, fizykoterapię, żywienie racjonalne i dietetyczne, psychoterapię oraz leczenie farmakologiczne⁵. Na potrzeby turnusów rehabilitacyjnych mogą być przydatne odpowiednio przygotowane (wytresowane) zwierzęta domowe takie, jak: koń, kot, pies⁶. Turnusy rehabilitacyjne na wsi jako niespotykana dotąd innowacyjna oferta produktowa rehabilitacji, połączonej z wypoczynkiem mogą realizować następujące cele: leczniczy, rehabilitacyjny, profilaktyczny, edukacyjny i wychowawczy, w tym promocji zdrowia. Turnus rehabilitacyjny – to forma aktywnej rehabilitacji fizycznej (medycznej), psychicznej, społecznej, w tym zawodowej, połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest wszechstronna poprawa sprawności jednostki ludzkiej w sferze fizycznej, psychicznej, zawodowej

³ T. Mika, W. Kasprzak: Fizjoterapia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 400-406.

⁴ Tamże, s. 54-84.

⁵ I. Ponikowska: Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych. Oficyna Wydawnicza „BRANTA”, Bydgoszcz 1996, s. 66-193, J. Jankowiak: Cele i zadania balneologii. [w:] Balneologia kliniczna. Red. naukowa J. Jankowiak. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1962, s. 16-23, M. Chorowski: Fizyczne podstawy terapii zimnem. [w:] Krioterapia w medycynie. Red. naukowa M. S. Gabryś, A. Popiela. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 5-15, Z. Zagrobelny: Krioterapia ... co to jest? [w:] Krioterapia miejscowa i ogólnoustrojowa. Red. naukowa Z. Zagrobelny. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 1-3, K. Spodaryk: Krioterapia. Wydawnictwo Technomex Spółka z o. o., Gliwice 2005, s. 5-8.

⁶ A. Wyżnikiewicz-Nawracała: Jeździectwo w rozwoju motorycznym i psychospołecznym osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2002, s. 73-86, B. Pawlik-Popielarska: Terapia z udziałem psa. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2005, s. 3-9, B. Kulisiewicz: Dogoterapia we wspomaganie nauki i usprawnianiu techniki czytania. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009, s. 7-8, B. Kulisiewicz: Witaj, piesku! Dogoterapia we wspomaganie rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007, s. 7-16.

i społecznej, w tym rozwijanie umiejętności społecznych np. przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych oraz wspólne działanie i wychowanie, realizację i rozwijanie zainteresowań, hobby, a także przez aktywny udział w zajęciach tematycznych przewidzianych programem turnusu. Przedsięwzięcie zwane turnusem rehabilitacyjnym organizowanym w zarejestrowanym ośrodku jest skierowane do osób niepełnosprawnych. Wynika to z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 roku, nr 27, poz. 721 ze zmianami)⁷ oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007, nr 23, poz. 1694)⁸. Z kolei słowo „rehabilitacja” (łac. *habilitas* – zręczność, sprawność, a przedrostek „re” – zwrotność) jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej, zawodowej oraz bezpieczeństwa osobistego i społecznego oraz zadowolenia w życiu codziennym⁹.

Na dzień 20.02.2016 roku liczba ośrodków organizujących turnusy rehabilitacyjne w Polsce wynosiła 662, a organizatorów 510 wpisanych do rejestru Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹⁰.

Istota i przebieg turnusu rehabilitacyjnego

Turnusy rehabilitacyjne stacjonarne lub niestacjonarne, stanowią formę aktywnej rehabilitacji fizycznej (medycznej), psychicznej, społecznej, w tym zawodowej, połączonej z aktywnym wypoczynkiem osób niepełnosprawnych, które organizuje się na terenie Polski dla osób niepełnosprawnych o zbliżonych potrzebach, wynikających w szczególności z ich wieku i rodzaju niepełnosprawności, schorzeń i dysfunkcji w grupie liczącej nie mniej niż 20 uczestników, w okresie co najmniej 14 dni. Wiążą się one z terapią zajęciową dotyczącą leczenia i usprawniania osób niepełnosprawnych za pomocą zaplanowanych, określonych czynności, zajęć i pracy¹¹. Przez niepełnosprawność należy rozumieć długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu ludzkiego. Ograniczenia te spowodowane są na skutek obniżenia sprawności funkcji fizycznych lub psychicznych. Jest to także uszkodzenie,

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 roku, nr 27, poz. 721 ze zmianami).

⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007, nr 23, poz. 1694).

⁹ W. Dega: *Koncepcja rehabilitacji*. [w:] *Rehabilitacja medyczna*. Red. naukowa W. Dega, K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1998, s. 15-23.

¹⁰ <https://empatia.mpips.gov.pl/web/piu/dla-swiadczeniobiorcow/turnusy/wyszukiwarka-organizatorow> na dzień 20.02.2016.

¹¹ K. Milanowska: *Zasady terapii zajęciowej*. [w:] *Terapia zajęciowa*. Red. naukowa K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965, s. 9-32.

czyli utrata lub wada psychiczna, fizjologiczna, anatomiczna struktury organizmu ludzkiego. Utrata ta może być całkowita lub częściowa, trwała lub okresowa, wrodzona lub nabyta, ustabilizowana lub progresywna. Ze względu na rodzaj, można wyodrębnić turnusy rehabilitacyjne:

- usprawniająco-rekreacyjne,
- rekreacyjno-sportowe,
- sportowe,
- psychoterapeutyczne,
- rozwijające zainteresowania i uzdolnienia, hobby,
- nauczania niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością.

Uczestnikiem turnusu może być osoba niepełnosprawna:

- z dysfunkcją narządu ruchu z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- z dysfunkcją narządu słuchu,
- z dysfunkcją narządu wzroku,
- z upośledzeniem umysłowym,
- z chorobą psychiczną,
- ze schorzeniami układu krążenia,
- z innymi dysfunkcjami lub schorzeniami.

Turnusy rehabilitacyjne stanowią zorganizowaną formę medyczno-społeczną, która przygotowuje osoby niepełnosprawne do prawidłowego życia w poczuciu użyteczności, przydatności społecznej i bezpieczeństwa społecznego, w tym zawodowego oraz zadowolenia, satysfakcji z funkcjonowania w społeczeństwie¹². Uczestnictwo w ich jest odpłatne, a niepełnosprawny sam decyduje o wyborze ośrodka i terminie turnusu. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie tylko raz w danym roku kalendarzowym (ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, realizowanych za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie), w przypadku, gdy przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. W sytuacji, gdy zostanie przekroczone ww. kryterium, kwota dofinansowania jest pomniejszana o wartość przekroczenia kryterium. Wysokość dofinansowania jest także uzależniona od stopnia niepełnosprawności i bierze się pod uwagę przeciętne wynagrodzenie. W związku z tym 27% przeciętnego wynagrodzenia otrzymują osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dzieci i młodzież niepełnosprawna

¹² A. Gąsienica-Szostak: Muzykoterapia w rehabilitacji i profilaktyce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 7.

uczająca się i niepracująca, z kolei 25% – osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, a 23% – osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności, zaś 18% – osoby zatrudnione w zakładach pracy chronionej i opiekunowie osób niepełnosprawnych. Kwota przekazanego dofinansowania nie może być wyższa od faktycznego kosztu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym osoby niepełnosprawnej lub pobytu jej opiekuna.

Udział w turnusie rehabilitacyjnym stwarza podopiecznemu możliwości zdobycia nowych doświadczeń w zorganizowanej grupie pod opieką terapeuty zajęciowego i pozostałego personelu specjalistycznego, niezbędnych do aktywnego uczestnictwa w zajęciach organizowanych na miejscu i w terenie, poza miejscem stałego zamieszkania i pracy. W tym okresie można doświadczyć wiele przeżyć emocjonalnych, wrażeń, poznać nowych ludzi, nauczyć się czegoś nowego, samodzielności w działaniu w oparciu o nowe, niespotykane lecz adekwatne do tego typu wyjazdów metody i techniki terapeutyczne, realizowane na bazie określonych środków dydaktycznych i wychowawczych. Turnusy terapeutyczne stwarzają nowe możliwości, często komplementarne w stosunku do realizowanych w placówce terapeutycznej oraz odejściu od tradycyjnych relacji terapeuty zajęciowego (lub personelu) a podopieczny (pacjent). Wszyscy uczestnicy turnusu rehabilitacyjnego często mieszkają „pod jednym dachem”, w tych samych warunkach i działają w zorganizowanej wspólnocie, wypełniając różne funkcje i działania. Pozwala to na wspólne przeżywanie bez jakichkolwiek obciążeń i ograniczeń różnych sytuacji dnia codziennego, przygód, radości, niepowodzeń, tworząc niepowtarzalną sytuację.

Wspólne przebywanie i wspólna aktywność umożliwia terapeutę zajęciowemu i pozostałym członkom personelu obserwować zachowanie podopiecznych, wpływać na ich postawy, poznać ich bliżej i konfrontować z oceną ich zachowań w miejscu zamieszkania. Terapeuta zajęciowy może „odkryć” nowe wartości u podopiecznego.

Rekrutacja na turnus terapeutyczny nie może być przypadkowa, lecz powinna stanowić element ustalonego planu terapii. Nie mogą być dobrane osoby z tzw. „przypadku”, lecz muszą stanowić zintegrowany zespół (grupę). Dobrze jest, aby każdy z potencjalnych członków zespołu (grupy terapeutycznej) mógł uczestniczyć w rekrutacji i w zajęciach przygotowawczych do turnusu terapeutycznego w sposób dobrowolny. Wszyscy uczestnicy muszą się dobrze poznać i przygotować. Temu celowi służy wspólne spotkanie się przed turnusem rehabilitacyjnym np. uczestnictwo we wspólnych spacerach, wycieczkach, pójście do kawiarni, kina, zorganizowanie wspólnej imprezy, po czym powinno być przyjmowanie „nowych” członków do grupy terapeutycznej. Zakwalifikowanie na turnus rehabilitacyjny stanowi decyzję wynikającą z wnikliwej analizy potrzeb, stanu zdrowotnego pacjenta i etapu leczenia. Trzeba wziąć też pod uwagę w jakich warunkach będą realizowane zadania programowe i czy w turnusie rehabilitacyjnym będzie zatrudniony lekarz, pielęgniarka. Podczas turnusu rehabilitacyjnego odpowiedzialność za

zdrowie i życie podopiecznych ponosi zatrudniony personel, w tym głównie terapeuta zajęciowy występujący jako kierownik.

Zajęcia programowe mogą być realizowane przez cały okres trwania turnusu rehabilitacyjnego w oparciu o szczegółowy plan pracy i zakres zadań dla poszczególnych osób personelu. Program powinien zawierać zajęcia edukacyjne i rekreacyjne, w tym wycieczki, spacery, często połączone ze zwiedzaniem ciekawych obiektów, wieczorki taneczne, ogniska, gry i zabawy świetlicowe lub w terenie, wspólne wyjścia do kina i kawiarni. W programie trzeba też zaplanować czas wolny, podczas którego podopieczni mogą napisać list, wyprać rzeczy osobiste, odpocząć lub porozmawiać z przyjacielem. Planując intensywność zajęć należy brać pod uwagę kondycję fizyczną i psychiczną podopiecznych. Wartością dodaną turnusów rehabilitacyjnych organizowanych i realizowanych na wsi stanowi bezpośredni kontakt z przyrodą, wspólne przeżywanie uroków i przyjemności z tym związanych. O wiele trudniejsze mogą być turnusy pod namiotami, szczególnie tym uczestnikom, którzy nigdy nie korzystali z tej formy aktywnego wypoczynku i rekreacji. Następuje przeskok z wygodnych warunków życia codziennego do innej, trudniejszej rzeczywistości. Jeszcze większe trudności muszą pokonać te osoby, które uczestniczą w wędrownych turnusach rehabilitacyjnych. Dochodzi bowiem czynnik stałego przemieszczania się z miejsca na miejsce, ciągła zmiana otoczenia i jego warunków. Jest to o tyle trudne, gdyż często osoby uczestniczące w tego typu formie terapeutycznej prowadzą utarty, monotony, nieaktywny tryb życia. Dochodzi do tego element wyrabiania nawyków higienicznych w trudnych uwarunkowaniach, dbanie o swój wygląd zewnętrzny, dostosowanie swojego zachowania do ustalonych norm postępowania, współpraca w grupie, nawiązywanie kontaktów. Nieodzownym elementem wypoczynku podczas turnusów rehabilitacyjnych jest korzystanie z uroków i dobrodziejstw wody (kąpieliska, pływalnie pod nadzorem instruktora pływania i ratownika wodnego). W trakcie turnusu rehabilitacyjnego trzeba zaplanować spotkania kadry, podczas których omawiane będą bieżące sprawy dnia codziennego i problemy wynikające z przebiegu zajęć, a także trzeba planować zajęcia na kolejny dzień. W czasie pracy podczas turnusu rehabilitacyjnego mogą powstać sytuacje trudne wychowawczo, kłopoty w mobilizowaniu podopiecznych do udziału w zajęciach, agresje i sytuacje konfliktowe. W każdej trudnej sytuacji personel powinien sobie radzić, a pomocny w tym może być wypracowany autorytet. Bardzo ważnym elementem wzmacniającym pracę dydaktyczno-wychowawczą podczas turnusu rehabilitacyjnego może stanowić podsumowanie przebiegu każdego dnia i nagradzanie wyróżniających się osób w obecności wszystkich uczestników zgrupowania. Powinno to się odbywać przy ognisku, obsługiwanego przez „strażnika ognia” lub w sali kominkowej.

Turnusy rehabilitacyjne na wsi wiążą się z medycyną naturalną, która nie dopracowała się podstaw naukowych. Stosuje się w niej metody naturalne i może stanowić dziedzinę komplementarną (uzupełniającą) wobec

leczenia farmakologicznego, czy dietetycznego oraz usprawniania chorych po zabiegach operacyjnych i zabiegach, poprawy w kierunku prawidłowego chodu i postawy, sprawności układu krążenia i oddychania, poprawy funkcji psychicznych i intelektualnych oraz odporności na choroby przez kontakt ze świeżym klimatem (otoczeniem).

Bardzo ważnym zagadnieniem, który można realizować podczas turnusu rehabilitacyjnego na wsi są kwestie promocji zdrowia i działalności edukacyjno-wychowawczej, a w tym profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej, wychowania zdrowotnego i wczesnej diagnostyki. Celem edukacji zdrowotnej jest:

- zainteresowanie własnym zdrowiem,
- wyrabianie motywacji w kierunku ochrony własnego zdrowia przez higieniczny i racjonalny sposób życia,
- nauczanie chorych porzucenia szkodliwych nawyków, akceptacji własnej choroby, sposobu życia z nią, umiejętności dokonywania samooceny stanów i objawów chorobowych, nauczanie chorego takiego życia, które pozwoli mu na uniezależnienie się od innej osoby w wykonywaniu codziennych czynności, opanowanie umiejętności uporządkowania swego życia zgodnie z potrzebami wynikającymi z choroby, a także rozwój zainteresowań, hobby i kształtowanie pozytywnego stosunku do otaczającej rzeczywistości.

W edukacji zdrowotnej można wykorzystać takie metody i techniki, jak: wykłady, prelekcje, pogadanki, dyskusje, quizy z nagrodami, skrzynkę anonimowych pytań, oglądanie filmów oświatowych z dyskusją, udział w zbiorowej gimnastyce zdrowotnej, opracowanie plakatów, broszur, ulotek informacyjnych, własnych wystąpień, redagowanie gazetek ściennych i kącików o tematyce zdrowotnej, czy zajęcia komputerowe. Pomocne w tym mogą być tematy edukacji zdrowotnej, a w tym racjonalne żywienie i nieprawidłowe nawyki żywieniowe, szkodliwe używki, czynniki ryzyka choroby wieńcowej serca, sposoby walki z otyłością, aktywny tryb życia, zajęcia kulinarne połączone z degustacją, zapobieganie złośliwym nowotworom, ryzyko choroby zawodowej.

Na zakończenie turnusu rehabilitacyjnego warto podsumować wrażenia i zdobyte doświadczenia związane z pobytem. Podczas spotkania podsumowującego turnus rehabilitacyjny można rozdać upominki.

Turnus rehabilitacyjny na wsi

Turnus rehabilitacyjny stanowi swoiste środowisko wychowawcze, którego zadaniem jest kształtowanie jednostki społecznie aktywnej (jednostki uspołecznionej) i aktywnej zawodowo, czyli takiej która chce, umie i potrafi działać wśród ludzi i dla społeczeństwa¹³. Terapeuta zajęciowy

¹³ Z. Koniecznyńska, T. Stańczak: Terapia zajęciowa w psychiatrii. Wydawnictwo Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, s. 273-284.

powinien stworzyć odpowiednie warunki dla podopiecznych do dobrowolnego, wspólnego działania przez organizowanie sytuacji wychowawczych kształtujących postawy i zachowania zgodnie z założonym, przyjętym ideałem wychowawczy.

Wyjazd w ramach turnusu rehabilitacyjnego, będącego środowiskiem wychowawczym stanowi również konkretną komórkę organizacyjną. Aby mógł istnieć jako trwale zorganizowana grupa, tworzący ją zespół musi spełniać określone warunki i wykonywać określone czynności. Trzeba zatem:

- określić problem i potrzebę uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
- ustalić cele funkcjonowania przedsięwzięcia w ramach turystyki zdrowotnej na wsi,
- zaplanować zadania, za pomocą których te cele zostaną zrealizowane,
- realizować określone zadania za pomocą przyjętych metod i technik oraz środków realizacji celów, a także ocenić stopień i jakość ich wykonania,
- opracować i ustalić zasady (reguły postępowania) współżycia i funkcjonowania turnusu rehabilitacyjnego jako zespołu, określić prawa i obowiązki każdego z jego uczestników (członków),
- realizować cele według ustalonych zasad i przestrzegać prawa i normy obowiązujące w zespole (grupie terapeutycznej),
- oceniać zachowania członków grupy terapeutycznej w ramach ustalonego i przyjętego (zatwierdzonego) do realizacji systemu motywacyjnego, a więc zachęcania do postępowania zgodnego z przyjętymi normami i zasadami,
- godnie zachowywać się poza grupą na zewnątrz.

Terapeuta zajęciowy, jednocześnie jako kierownik i wychowawca jest odpowiedzialny za kierowany przez niego zespół, spełniając przy tym podwójną rolę. Powinien zapewnić sprawne funkcjonowanie turnusu rehabilitacyjnego, a z drugiej strony – dbać o to, aby w życiu zespołu powstawały sytuacje wychowawcze umożliwiające uczestnikom turnusu rehabilitacyjnego zdobywanie pożytecznej, przydatnej w życiu codziennym wiedzy. Trzeba przyjąć zasadę, że jeżeli jakiegoś zadania nie można przeprowadzić w danym czasie i miejscu w sposób zapewniający podopiecznym właściwe doświadczenie, to lepiej nie wykonywać jej wcale. Pomocne w kierowaniu grupą terapeutyczną jest zdobycie autorytetu wśród podopiecznych¹⁴. Przez autorytet (łac. auctoritas – powaga, znaczenie, wpływ, posłuch, poważanie, szacunek, respekt) trzeba rozumieć społeczne uznanie, poważanie ze względu na swą wiedzę, postawę moralną, czytelne

¹⁴ W. Szczerba: *Zasady, metody i organizacja wychowania moralnego*. [w:] *Zarys pedagogiki*. Red. naukowa B. Suchodolski. T. II. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1962, s. 333-334.

i niezmiennie zasady postępowania, ciężką i niezłomną pracę. Znaczenie autorytetu bierze się wówczas, gdy wszystkie polecenia, nakazy i zakazy są przestrzegane przez podopiecznych nie z obawy przed groźącymi im konsekwencjami, lecz dlatego, że wynikają one z celowości pracy i mądrości terapeuty zajęciowego stojącego na straży norm i zasad moralnych oraz prawnych. Terapeuta zdobywa autorytet dzięki wyteżonej własnej wzorowej pracy, która staje się przykładem dla podopiecznych. Szczególne znaczenie mają intelektualne i moralne cechy terapeuty zajęciowego, jego wyrazisty, subtelny stosunek do podopiecznych i postępowanie oparte na zasadach humanizmu. Prawdziwy autorytet terapeuty zajęciowego wynika z uczuć głębokiego szacunku i rozumnego uznawania wartości moralnych i umysłowych oraz odpowiedniego postępowania podopiecznych z jego wolą w ramach wspólnych zainteresowań.

Funkcjonowanie grupy nie polega na biernym posłuszeństwie wobec terapeuty zajęciowego. Musi być rozwinięta struktura organizacyjna i podporządkowane do niej funkcje. Jeżeli turnus rehabilitacyjny jest liczebnie duży, to trzeba go podzielić na mniejsze zwarte, skonsolidowane części z własnymi, wybranymi przez siebie nazwami, adekwatnymi do nazwy turnusu rehabilitacyjnego. To ułatwia kierowanie zespołem terapeutycznym i usprawnia jego funkcjonowanie jako określonej komórki organizacyjnej i instytucji społecznej. Pracując nad właściwym ukształtowaniem życia w zespole terapeutycznym trzeba pamiętać, aby konsolidacja mniejszych grup, choć bardzo pożądana nie była na tyle silna, aby powodować izolowanie się wydzielonych z całości grup (choć między nimi można wprowadzić elementy rywalizacji). Wtedy bowiem łatwo mogą się wytworzyć u jej członków takie cechy, jak: zarozumiałość, „odcinanie się” od pozostałych członków zespołu terapeutycznego, a nawet pogardzanie nimi i niechęć do współpracy z innymi grupami. Najlepiej, gdy wszyscy członkowie turnusu rehabilitacyjnego podzieleni na mniejsze części pracują zgodnie wokół wspólnie wypracowanego programu i celów działania oraz zasad współżycia, jednakowych dla wszystkich.

W zespole terapeutycznym powinna być prowadzona kronika jako materialny dowód pracy jego członków pod nadzorem terapeuty zajęciowego. Zawarte w niej powinny być opisywane sytuacje, wydarzenia, fotografie, rysunki i opisy zdarzeń oraz dokonane wpisy. Prawo i obowiązek opracowania oraz wpisania notatek do kroniki ma w zasadzie kronikarz, jednak dobrze byłoby, aby został wprowadzony zwyczaj, że każdy powinien kolejno opracować notatkę do kroniki z każdego dnia. Zadaniem kronikarza może być wówczas dopilnowanie tej sprawy i dokonanie oceny czy notatka nadaje się do zamieszczenia w kronice. Do prowadzenia kroniki należy posiadać zamiłowanie oraz odpowiednie zdolności i umiejętności. Ich rodzaj przesądza o charakterze kroniki i sposobie jej prowadzenia. Często przy pierwszych poczynaniach kronikarza terapeuta zajęciowy stara się służyć radą i pomocą, podsuwać pomysły i rozwiązania.

Zakończenie i wnioski

Turnus rehabilitacyjny to zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji fizycznej (medycznej), psychologicznej i społecznej, w tym zawodowej połączona z elementami aktywnego wypoczynku¹⁵. Uczestnictwo w nim powinno poprawić sprawność fizyczną i psychiczną (umysłową i emocjonalną), podnieść kompetencje zawodowe lub odnaleźć ścieżkę zawodową, a także rozwijać umiejętności społeczne uczestników przez nawiązywanie kontaktów i realizację zainteresowań. Wynika stąd, że nie należy utożsamiać turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych z pobytem sanatoryjnym, ponieważ jego ideą nie jest rehabilitacja lecznicza. Dofinansowanie (ze środków PFRON) uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym osoby niepełnosprawnej oraz ewentualnie jej opiekuna udzielane jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) właściwe dla miejsca zamieszkania tej osoby. Jak wspomniano na turnus rehabilitacyjny można wyjechać z opiekunem, pod warunkiem, że wyrazi na to zgodę lekarz i uzasadni takie wskazanie. Niedobór środków PFRON w stosunku do składanych wniosków powoduje ustalenie dodatkowych kryteriów przyznawania dofinansowania.

Pomimo trudności w organizacji turnusu rehabilitacyjnego i jego przebiegu warto podejmować tego typu inicjatywy. Satysfakcja z pracy w turnusie rehabilitacyjnym ma charakter niepowtarzalny i trudno porównywalny do innych form terapii, łącznie z tym jak wiele doświadczeń zawodowych można zdobyć w krótkim okresie czasu. Dla uczestników korzyściami terapeutycznymi powinny być wrażenia, przeżycia i wspomnienia podczas wspólnego pobytu, zdobyte doświadczenie i kwalifikacje, w tym umiejętności oraz rozbudzenie określonych zainteresowań, hobby. Obecnie można dostrzec wiele niedostatków związanych z organizacją i przebiegiem turnusów rehabilitacyjnych, takich jak:

- powinno być większe dostosowanie rehabilitacji fizycznej, (umysłowej i emocjonalnej), zawodowej i społecznej do potrzeb osoby niepełnosprawnej na podstawie wyczerpującej diagnozy rehabilitacyjnej oraz zagwarantowanie wysokiej jakości rehabilitacji podczas turnusu,
- turnusy rehabilitacyjne powinny trwać dłużej niż dwa tygodnie, aby mogły spełniać swoją funkcję rehabilitacyjną, usprawniającą organizm osoby niepełnosprawnej,
- w turnusach rehabilitacyjnych powinny uczestniczyć w większym stopniu osoby w wieku aktywności zawodowej, aby wspierać ich rehabilitację społeczną i zawodową oraz osoby starsze w wieku 50+, aby zapobiegać wykluczeniu społecznemu i zawodowemu.

¹⁵ J. Bojanowicz: Postępowanie rehabilitacyjne a profilaktyka inwalidztwa. [w:] Rehabilitacja. Red. naukowa J. Kuch. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, s. 11.

Turnusy rehabilitacyjne mogą być również organizowane w podmiotach turystyki wiejskiej, w tym w gospodarstwach agroturystycznych.

Literatura

1. Bojanowicz J.: Postępowanie rehabilitacyjne a profilaktyka inwalidztwa. [w:] Rehabilitacja. Red. naukowa J. Kuch. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989.
2. Chorowski M.: Fizyczne podstawy terapii zimnem. [w:] Krioterapia w medycynie. Red. naukowa M. S. Gabryś, A. Popiela. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003.
3. Dega W.: Koncepcja rehabilitacji. [w:] Rehabilitacja medyczna. Red. naukowa W. Dega, K. Milanowska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1998.
4. Gąsienica-Szostak A.: Muzykoterapia w rehabilitacji i profilaktyce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
5. Jankowiak J.: Cele i zadania balneologii. [w:] Balneologia kliniczna. Red. naukowa J. Jankowiak. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1962.
6. Konieczńska Z., Stańczak T.: Terapia zajęciowa w psychiatrii. Wydawnictwo Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989.
7. Kulisiewicz B.: Dogoterapia we wspomaganie nauki i usprawnianiu techniki czytania. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.
8. Kulisiewicz B.: Witaj, piasku! Dogoterapia we wspomaganie rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
9. Mika T., Kasprzak W.: Fizjoterapia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
10. Milanowska K.: Zasady terapii zajęciowej. [w:] Terapia zajęciowa pod redakcją Kazimiery Milanowskiej. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965.
11. Pawlik-Popielarska B.: Terapia z udziałem psa. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2005.
12. Ponikowska I.: Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych. Oficyna Wydawnicza „BRANTA”, Bydgoszcz 1996.
13. Ponikowska I., D. Ferson: Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Wydawnictwo Medi Press, Warszawa 2009.
14. Ponikowska I.: Podstawowe zadania lecznictwa uzdrowiskowego. [w:] Medycyna uzdrowiskowa w zarysie. Red. naukowa I. Ponikowska. Wydawnictwo „WATEXT'S”, Warszawa 1995.
15. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007, nr 23, poz. 1694).

16. Spodaryk K.: Krioterapia. Wydawnictwo Technomex Spółka z o. o., Gliwice 2005.
17. Szczerba W.: Zasady, metody i organizacja wychowania moralnego. [w:] Zarys pedagogiki. Red. naukowa B. Suchodolski. T. II. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1962.
18. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 roku, nr 27, poz. 721 ze zmianami).
19. Wyżnikiewicz-Nawracała A.: Jeździectwo w rozwoju motorycznym i psychospołecznym osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2002.
20. Zagrobelny Z.: Krioterapia ... co to jest? [w:] Krioterapia miejscowa i ogólnoustrojowa. Red. naukowa Z. Zagrobelny. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003.
21. <https://empatia.mpips.gov.pl/web/piu/dla-swiadczeniobiorcow/turnusy/wyszukiwarka-organizatorow> na dzień 20.02.2016.

Mgr Dorota Bok

Szkoła Podstawowa w Choroszczy

Sensum Progres Gabinet Integracji Sensorycznej i Terapii Pedagogicznej
w Białymstoku

Wykorzystanie naturalnych zasobów środowiska wiejskiego do stymulacji zmysłów według założeń integracji sensorycznej

The use of natural resources, the rural environment to the senses stimulating by principles of sensory integration

Streszczenie

W artykule przedstawiono zagadnienia dotyczące integracji sensorycznej jako formy terapii przez zabawę, która może być wykorzystana w środowisku wiejskim. Omówiono istotę integracji sensorycznej i jej wpływ na postawy i zachowanie ludzi oraz na procesy poznawcze. Podano propozycje zabaw do stymulacji bazowych układów odpowiedzialnych za rozwój i funkcjonowanie zmysłów człowieka. Dysfunkcje integracji sensorycznej mają negatywny wpływ na rozwój społeczny i emocjonalny. Dlatego ważne jest w tym przedmiocie rozpoznanie i wczesna terapia. W analizie przypadków podano najczęstsze problemy zgłaszane przez rodziców pacjentów z zaburzeniami integracji sensorycznej.

Słowa kluczowe: turystyka zdrowotna, terapia zajęciowa, terapia sensoryczna, integracja sensoryczna, zmysły, układ przedsionkowy, układ proprioceptywny, układ dotykowy.

Summary

The article addresses the problem of sensory integration therapy as a form of therapy by game and play, which can be used in rural areas. It discusses the essence of sensory integration and shows, what effect it has on our behavior and a cognitive process. The Article gives literature and proposition of therapy to stimulate the base systems responsible for our sense's working and developing. Dysfunctions of a sensory integration have a negative impact on the social and emotional development, which is why it's important to diagnose and therapy in early childhood. In the analysis of the cases some common cases reported by parents of children with sensory integration problem are included.

Keywords: health tourism, occupational therapy, sensory therapy, sensory integration, the senses, the vestibular system, the proprioceptive system, the touch system.

Wstęp

Turystyka wiejska stanowi popularną formę spędzania wolnego czasu poza miejscem zamieszkania i opiera się na kontakcie z przyrodą oraz regeneracji sił fizycznych i psychicznych. W jej ramach może rozwijać się turystyka zdrowotna. Turyści oczekują ciszy, spokoju, kontaktu z naturą, zwiedzania terenu i obiektów, kontaktu z architekturą wiejską. Pragną usprawnić swój organizm w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym.

Pobyt w środowisku wiejskim oparty na zasadach 3S (słońce, morze, piasek) został wzbogacony o wartości i atrakcje turystyczne w postaci 3E (rozrywka, przeżywanie i emocje, a także kształcenie i wychowanie), przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na kwestie zdrowotne, poprawy zdrowia podczas choroby, rekonwalescencji lub niepełnosprawności oraz podnoszenia sprawności organizmu osoby zdrowej. Leczenie indywidualne, grupowe lub zbiorowe w zakresie usprawniania i aktywizacji w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, a także motywowanie do podejmowania określonych czynności i działań odbywa się podczas terapii zajęciowej nie tylko w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, sanatoriach, prewentoriach, domach pomocy społecznej, warsztatach terapii zajęciowej, lecz również podczas turnusów rehabilitacyjnych (zdrowotnych) w obiektach turystycznych na wsi. Takie możliwości dają terapia integracji sensorycznej.

Integracja sensoryczna stanowi fundament do kształtowania prawidłowych reakcji w odpowiedzi na informacje docierające do człowieka przez jego zmysły. Jest procesem rejestrowania, przetwarzania, przesyłania, wzmacniania lub hamowania, rozpoznawania i łączenia danych w jeden stale zmieniający się model otaczającej rzeczywistości. Powstaje model, który jest nieustannie wykorzystywany do reagowania na wyzwania płynące z otoczenia¹.

Każde dziecko miło wspomina zabawy w piasku, ze śniegiem, w kałuży, w błocie, nad wodą, jazdę na rowerze, czy na hulajnodze. Powstaje pytanie jak bawią się współczesne dzieci? Czy mają wiele okazji, by móc czegoś dotknąć, bawić się swobodnie w różnych środowiskach? Czy raczej uczestniczą w zorganizowanych treningach, oglądają telewizję, korzystają z komputerów, tabletów?

Eksperti, w tym pedagodzy, lekarze, psychologowie, okuliści, terapeuci zajęciowi oraz naukowcy badający pracę mózgu uważają, że spędzanie więcej niż jednej godziny dziennie przed „świecącym pudełkiem” wpływa na zahamowanie rozwoju dziecka².

Pomimo, że czasy się zmieniają, dzieci wciąż potrzebują starych, sprawdzonych zabaw, które angażowały wszystkie zmysły, a nie tylko wzrok. Bezpieczne i rozwijające osobowość zabawy dla dzieci stwarza środowisko wiejskie. Naturalne miejsce zabaw dostarcza wielu stymulacji

¹ Z. Przyrowski: Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii. Wydawnictwo EMPIS, Warszawa 2011, s. 10.

² C. Kranowitz: Nie- zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 3.

przedsionkowo-proprioceptywnych i dotykowych. Są to bazowe układy w naszym ciele, które powodują przechodzenie na wyższe poziomy rozwoju pozostałych systemów sensorycznych.

Terapia sensoryczna i jej aspekty

a) Istota terapii sensorycznej

Powstaje pytanie, czym jest integracja sensoryczna? W końcu lat sześćdziesiątych dr J. Ayres – terapeuta zajęciowy i psycholog, sformułowała hipotezy wskazujące na implikacje funkcji psychoneurologicznych w zachowaniu i uczeniu się dziecka. Zauważyła, że dysfunkcje integracji sensorycznej miały wpływ na reakcje posturalne, napięcie mięśni, planowanie ruchu, rozwój mowy, zachowanie, emocje i funkcje poznawcze³.

Jane Ayres definiuje integrację sensoryczną jako proces, dzięki któremu mózg otrzymując informacje ze wszystkich zmysłów segregując, rozpoznając, interpretując i integrując je ze sobą i wcześniejszymi doświadczeniami odpowiada adekwatną reakcją. Integracja sensoryczna jest taką organizacją wrażeń, by mogły być użyte w celowym działaniu⁴. J. Ayres podkreśla, że adekwatna integracja jest podstawą normalnego uczenia się. Stosuje się ją w terapii dzieci z opóźnieniami rozwoju psychoruchowego, trudnościami szkolnymi, u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego.

J. Ayres wskazuje na praktyczne znaczenie trzech podstawowych, najwcześniej dojrzewających systemów zmysłowych, takich jak: system dotykowy, system czucia głębokiego – propriocepcja (czucie własnego ciała), system przedsionkowy (zwany zmysłem równowagi). U wielu dzieci nieprawidłowe reakcje, zachowania, trudności szkolne mogą być spowodowane zaburzeniami integracji sensorycznej.

Mózg w każdej chwili życia człowieka odbiera, segreguje i przetwarza bodźce zmysłowe, które docierają do świadomości z jego ciała. Poszczególne zmysły współdziałają ze sobą podczas wykonywania złożonych zadań i ten proces stanowi bazę ich integracji. Tworzenie procesów integracji sensorycznej i ich doskonalenie odbywa się w pniu mózgu – części ośrodkowego układu nerwowego. Niedobór lub brak dopływu bodźców zakłócają tworzenie się prawidłowej integracji zmysłowej⁵.

Nieprawidłowości układu przedsionkowego mogą mieć charakter podwrażliwości lub nadwrażliwości. Podwrażliwość oznacza niedobór bodźców, zaś nadwrażliwość to zbyt dużo docierających bodźców.

³ Z. Przyrowski: Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii. Wydawnictwo EMPIS, Warszawa 2011, s. 14.

⁴ J. A. Ayres: Południowokaliifornijskie Testy Integracji Sensorycznej. Wydawnictwo PSTIS, Warszawa 2013, s. 1.

⁵ B. Odowska – Szlachcic: Terapia integracji sensorycznej. Ćwiczenia usprawniające bazowe układy zmysłowe. Zeszyt 1. Wydawnictwo Harmonia Gdańsk 2012, s. 7.

Dysfunkcje układu przedsionkowego o charakterze podwrażliwości przejawiają się:

- wzmożoną potrzebą ruchu,
- potrzebą ruchu obrotowego,
- obniżonym napięciem mięśniowym w obrębie całego ciała i aparatu mowy,
- wzmożonym napięciem w kończynach,
- zaburzeniami równowagi,
- słabą współpracą w zakresie obu stron ciała,
- trudnościami we właściwym odbiorze i przetwarzaniu bodźców słuchowych i wzrokowych.

Z kolei nadwrażliwość przedsionkowa charakteryzuje się:

- lękiem przed oderwaniem stóp od podłoża,
- lękiem przed ruchem obrotowym, ruchem w tył,
- chorobą lokomocyjną,
- niechęcią do huśtania,
- problemem w ocenie odległości,
- trudnościami z chodzeniem po schodach, kurczowym trzymaniem się poręczy, chodzeniem krokiem dostawnym.

W badanej grupie podwrażliwość układu przedsionkowego na ruch liniowy przejawia 85% dzieci, podwrażliwość na ruch rotacyjny 65%.

System propriocepcji blisko współpracuje z układem przedsionkowym, odbiera informacje z mięśni, ścięgien, stawów. Prawidłowe działanie tego systemu wpływa na sprawne poruszanie się, wykonywanie czynności bez konieczności kontroli wzrokowej. Ma duży wpływ na rozwój funkcji motorycznych i koordynację ruchów.

Wśród objawów zaburzeń układu propriocepcji można wyróżnić:

- niekontrolowane, chaotyczne ruchy,
- dążenie do mocnego uścisku,
- u małych dzieci tendencja do gryzienia, szczypania siebie i innych,
- niszczenie zabawek, brak kontroli nad własnym dotykiem,
- słaba precyzja rąk.

U wszystkich dzieci z badanej populacji zauważa się podwrażliwość proprioceptywną. Układ dotykowy jest największym systemem zmysłowym. Pomaga różnicować czego dotykamy i gdzie jesteśmy dotykani. Ma wpływ na poczucie bezpieczeństwa, równowagę emocjonalną, koncentrację uwagi, funkcje ruchowe.

Charakterystyczne objawy nadwrażliwości dotykowej to⁶:

- postawa wycofująca, niechęć do kontaktu z rówieśnikami,
- unikanie manipulacji w obrębie głowy, twarzy, jamy ustnej,
- nadruchliwość, zaburzenia koncentracji uwagi,

⁶ B. Odowska – Szlachcic: Terapia integracji sensorycznej. Ćwiczenia usprawniające bazowe układy zmysłowe. Zeszyt 1. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 9-11.

- noszenie obszernych ubrań,
- nietolerancja określonych konsystencji potraw,
- unikanie lepienia, malowania, zabaw w piasku, trzymanie przyborów do pisania opuszkami palców.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 65% pacjentów przejawia nadwrażliwość dotykową, zaś 35 % badanych osób – podwrażliwość dotykową.

b) Charakterystyka badanej grupy w zakresie integracji sensorycznej

W grupie badawczej, składającej się z 20 dzieci w wieku od 3 do 11 lat, najczęściej zgłaszanym przez rodziców problemem zaburzeń były następujące objawy:

- zaburzenia koncentracji uwagi,
- problemy w rozwoju mowy,
- problemy emocjonalne,
- nadruchliwość.

Szczegółowe dane wynikające z przeprowadzonej diagnozy przedstawia tabela 1. Dotyczy ona objawów, które zgłaszają rodzice. Są oni bezpośrednimi obserwatorami postaw i zachowań dziecka. Liczą, że przy współpracy z terapeutą będzie możliwa eliminacja dysfunkcji i podnoszenie standardów funkcjonowania jego organizmu. Niekiedy zdarza się im bagatelizować pewne niedostatki i wówczas korygowanie błędów staje się utrudnione i długookresowe.

Tabela 1. Objawy zgłaszane przez rodziców

| Objawy zgłaszane przez rodziców | Procent badanej grupy |
|--|------------------------------|
| Brak motywacji do wykonywania zadań | 10% |
| Dysleksja | 10% |
| Konflikty z rówieśnikami | 5% |
| Moczenie nocne | 5% |
| Nadruchliwość | 30% |
| Nadwrażliwość na smaki | 5% |
| Nadwrażliwość na zapachy | 10% |
| Niepewność grawitacyjna | 5% |
| Opóźniony rozwój intelektualny | 5% |
| Podjeżenia w kierunku autyzmu | 10% |
| Problemy emocjonalne | 45% |
| Problemy w rozwoju mowy | 45% |
| Różnicowanie strony ciała prawej i lewej | 10% |
| Zaburzenia koncentracji uwagi | 40% |
| Zaburzenia kontaktu wzrokowego | 5% |
| Zaburzenia równowagi | 10% |

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych badań można zauważyć, że u 45% dzieci rodzice zgłaszają problemy w rozwoju mowy i nieprawidłowości w rozwoju emocjonalnym. Natomiast zaburzenia koncentracji uwagi, nadrucliwość, które powodują trudności szkolne zauważa 40 % rodziców. Nieprawidłowości związane z utrzymaniem stanu równowagi i wiotkość mięśniowa współwystępują z nadrucliwością.

Z kolei zdiagnozowane zagadnienia dotyczące problematyki integracji sensorycznej przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Zdiagnozowane problemy integracji sensorycznej

| Zdiagnozowane problemy SI | Procent badanej grupy |
|---|------------------------------|
| Brak różnicowania prawo-lewo | 20% |
| Nadwrażliwość dotykowa | 65% |
| Nadwrażliwość przedsionkowa | 20% |
| Nadwrażliwość słuchowa | 55% |
| Nadwrażliwość smakowa | 20% |
| Nadwrażliwość węchowa | 30% |
| Nadwrażliwość wzrokowa | 5% |
| Nieustalona lateralizacja | 15% |
| Niezintegrowany TOB | 85% |
| Niezintegrowany ATOS | 70% |
| Obniżone napięcie mięśniowe | 15% |
| Podwrażliwość dotykowa | 35% |
| Podwrażliwość proprioceptywna | 95% |
| Podwrażliwość przedsionkowa na ruch liniowy | 85% |
| Podwrażliwość przedsionkowa na ruch rotację | 65% |
| Podwrażliwość sfery oralnej | 5% |
| Podwrażliwość słuchowa | 25% |
| Podwrażliwość węchowa | 10% |
| Podwrażliwość wzrokowa | 10% |
| Problemy w przekraczaniu środka ciała | 35% |
| Zaburzenia obustronnej koordynacji | 50% |
| Zaburzenia posturalne | 55% |
| Zaburzenia równowagi | 90% |

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych wynikających z tabeli 2 wskazuje na zaburzenia bazowych układów, tj. układu przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego. Terapia integracji sensorycznej, poprzez stymulowanie ww. układów, wpływa pozytywnie na rozwój mowy, procesów poznawczych, poprawę sfery emocjonalnej, koncentracji uwagi. Ćwiczenia na sprężynie naziemnym

i podwieszanym hamują potrzebę ruchu, wpływają na poprawę mechanizmów posturalnych, równowagi, poprawę funkcji słuchowych i wzrokowych.

Analiza przeprowadzonych diagnoz pokazuje na skuteczność terapii metodą integracji sensorycznej. O skuteczności realizowanych zajęć terapeutycznych świadczą sukcesy dzieci i normalizacja zachowania, co podkreślają rodzice w rozmowach z terapeutą.

c) Proponowane formy pracy, gry i zabawy w środowisku wiejskim

Teoria integracji opiera się na plastyczności neuronalnej mózgu, która jest zależna od zaangażowania w terapię (motywacji), różnorodności otoczenia dostarczające wielu wrażeń przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych. Środowisko wiejskie jest w stanie sprostać zapotrzebowaniu na różnego rodzaju stymulacje. Problem tkwi w tym, w jaki sposób przeprowadzić zajęcia terapeutyczne. Wykorzystując naturalne zasoby środowiskowe, można stworzyć plan terapii dopasowany do potrzeb każdego dziecka. Ważne staje się, jak zdiagnozować potrzeby dziecka. Odpowiedź brzmi – przez obserwację zachowania. Dziecko jest własnym terapeutą i samo wie czego potrzebuje, by móc się prawidłowo rozwijać. Terapia, zajęcia z terapeutą, pozwolą dopasować zakres ćwiczeń do potrzeb każdego dziecka. Terapeuta ma nadzór nad terapią i czuwa nad jej bezpiecznym przebiegiem. Odpowiednim miejscem do prowadzenia takiej terapii jest środowisko wiejskie. Posiada ono zasoby do stymulacji przedsionkowo-proprioceptywno-dotykowej. Kontakt z naturą, wykorzystanie naturalnych zasobów środowiska wiejskiego, może usprawniać bazowe układy odpowiadające za rozwój funkcji niezbędnych do prawidłowego rozwoju dziecka. Te funkcje są efektem końcowym integracji mózgu, są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w rodzinie, życiu zawodowym, w szkole.

Powstaje kolejne pytanie, jak stymulować układ przedsionkowy odpowiedzialny za ruch, równowagę, funkcjonowanie całego układu nerwowego? Układ przedsionkowy sygnalizuje, w jakiej pozycji względem podłoża znajduje się głowa i ciało pacjenta oraz pomaga odnaleźć się w przestrzeni. Ponadto odbiera informacje o położeniu z szyi, oczu, oraz pozostałych części ciała i wysyła je do układu nerwowego, po czym przekazywane są mięśniom, umożliwiając sprawne i bezpieczne poruszanie się. W tym zakresie przedstawiono propozycje zabaw jakie można przeprowadzić w ogrodzie na terenie wiejskim. Należą do nich⁷:

- siedzenie na drewnianej belce, na krzeselku typu T, zabawy rytmiczne z pokazywaniem części ciała np. głowa, ramiona, a ponadto zabawy paluszkowe np. jestem muzykantem i zabawy z rozciąganiem tera bandy,
- przechodzenie po belce, balansowanie na niej, obserwowanie
- w ruchu wirującej piłeczki,

⁷ C. Kranowitz: Nie- zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 89 – 111.

- zabawy na trampolinie: skakanie i mówienie rytmicznych wierszyków,
- turlanie po trawie, z górki,
- wykorzystanie huśtawki ogrodowej, huśtanie na brzuchu, wrzucanie do kosza piłek, butelek, kapsli, strącanie kijem kręgli, butelek wypełnionych wodą, skakanie na materace lub poduszki z huśtawki.

Podczas zabaw należy obserwować dziecko i dostosować je do jego potrzeb oraz możliwości. Nie wolno na siłę narzucać doświadczeń z układem przedsionkowym. Podczas stymulacji przedsionkowej może nastąpić przestymulowanie, objawiające się blednięciem skóry, czkawką, ziewaniem.

Z kolei drugi bazowy system – to zmysł proprioceptywny. Jego głównym zadaniem jest przekazywanie informacji z mięśni, ścięgien i stawów. Dzięki niemu można płynnie chodzić, siedzieć, biegać. Daje on poczucie emocjonalnej stabilności, poczucie bezpiecznej kontroli nad ciałem, a także wspomaga kontrolę motoryczną. Wrażenia proprioceptywne są najbezpieczniejsze, obniżają nerwowość, równoważą nadwrażliwość innych układów. Powodują wydzielanie serotoniny, endorfin, poprawiają samopoczucie pacjenta, wyciszają, koją, dają uczucie relaksu, przyjemnego masażu. Przykłady zabaw w kształtowaniu zmysłu proprioceptywnego to:

- skakanie na materace, poduszki, kopiec z liści,
- zabawy w basenie ogrodowym: napełnianie basenu wodą, dźwiganie butelek z wodą, wkładanie do wody części ciała wg wskazówek łokcia, stopy, kolana itd., pomaga rozwijać schemat ciała,
- zabawa w przeciąganie liny, wykonanie pajęczyny wokół drzew, przeciskanie się między pajęczyną, skakanie rytmicznie przez linę,
- wbijanie młotkiem gwoździ w suchy kawałek drewna, układanie wzorów,
- biegi, skoki, zabawy przy muzyce, rozciąganie taśm,
- owijanie ciała materacykiem, dywanikiem, zawijanie się w naleśnik, kokon,
- przesuwanie ściany, trzymanie ściany, dociskanie plecami, stopami w leżeniu,
- wykonywanie obowiązków domowych, gospodarskich: grabienie, pchanie taczki, kopanie dołków,
- zabawy w siłowanie, zapasy,
- zabawy Weroniki Sherborne oparte na relacji razem⁸,
- zabawy i gry terenowe⁹.

Natomiast dotyk stanowi trzeci bazowy zmysł, który ma ogromny wpływ na zachowanie i emocje. Wrażenia dotykowe, które powstają przez nacisk, wibrację, ruch, zmianę temperatury, ból, aktywują nasze receptory

⁸ M. Bogdanowicz, D. Okrzesik: Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 58-68.

⁹ T. Dahlke: 365 Gier i Zabaw Na Każdy Dzień Roku. Wydawnictwo REA, 2005, s. 62-64, 138-140, 150-152.

dotykowe. Wywołane są wówczas, gdy czegoś się dotykamy, albo jesteśmy dotykani. Zdolność poprawnego przetwarzania wrażeń dotykowych jest ważna do wykształcenia dyskryminacji dotykowej, planowania motorycznego, świadomości własnego ciała, stabilności emocjonalnej, nawiązywania kontaktów z innymi. Zabawy rozwijające zmysł dotyku polegają na dotykaniu wszystkiego co jest papkowane, lepkie, ciepłe, zimne, gładkie, grudkowane. Wyróżnić wśród nich można:

- zabawy w błocie, w piasku, w wodzie,
- ugniatanie różnego rodzaju ciasta, wypiekanie ciasteczek,
- malowanie rękoma, mieszanie kolorów farb,
- chodzenie po różnych fakturach, dywanikach,
- przebieranki, przymierzalnie,
- owijanie całego ciała lub jego części taśmą, bandażem,
- zabawy na bosaka w trawie, szukanie małych zwierząt, obserwowanie roślin pod lupą, impreza na trawie, jedzenie rękoma makaronu, galaretki, fasolki,
- zabawy paluszkowe z wierszykami¹⁰,
- pajęczynki¹¹.

Kiedy zaczynamy rozumieć zaburzenie przetwarzania sensorycznego, zmagania dziecka, które stawia przed nim codzienność, robimy wszystko co w naszej mocy, aby wprowadzić go w świat gier i zabaw, które stymulują, uczą, rehabilitują. Środowisko wiejskie jest odpowiednim miejscem do organizacji i przeprowadzania zajęć terapeutycznych. Problemy sensoryczne powstają wraz z rozwojem dziecka. W okresie swego życia opanuje strategię radzenia sobie z problemem. Wspólna zabawa, radość z przebywania na świeżym powietrzu, wiedza na temat zmysłów, integracji sensorycznej, pozwolą tak zorganizować zajęcia, aby dziecko przez zabawę z dorosłym usprawniało i integrowało zmysły.

Zakończenie i wnioski

Problem pracy dotyczył zaburzeń integracji sensorycznej w aspekcie dojrzewania układu nerwowego. Wskazano, jak ważna jest stymulacja bazowych systemów do pełnej integracji zmysłowej, osiągnięcia zdolności do koncentracji, zdolności do nauki, samokontroli, specjalizacji stron ciała i mózgu i rozwoju mowy.

Pierwszym i podstawowym wymogiem rozwoju jest właściwa stymulacja systemów zmysłowych oraz prawidłowy przepływ impulsów bioelektrycznych z receptorów do mózgu. Dotykanie i bycie dotykany ma istotny wpływ na rozwój w dzieciństwie i całym późniejszym życiu. Dzieci, które mają słabo funkcjonujący system czuciowy w konsekwencji

¹⁰ M. Barańska: Paluszkami tak i siak. Zabawy paluszkowe z wierszykami. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 31-51.

¹¹ M. Stiefenhofer: Wielka księga gier, zabaw i łamigłówek. Wydawnictwo KDC, Warszawa 2007 s. 33-37.

charakteryzują się niechęcią do spożywania niektórych pokarmów. Ciało daje dziecku pierwsze wrażenia czucia siebie, te pierwsze doświadczenia czuciowe stają się pierwszym źródłem poczucia bezpieczeństwa.

Integracja wrażeń przedsionkowych i proprioceptywnych daje dziecku kontrolę nad ruchami gałek ocznych, fiksacją na przedmiocie. Jeśli system przedsionkowy i proprioceptywny są słabo zintegrowane dziecko będzie się słabiej rozwijało w zakresie reakcji posturalnych, ruchy będą niezgrabne, sztywne, nieregularne. Słabe napięcie mięśniowe będzie powodowało szybszą męczliwość¹².

Wyniki badań potwierdzają potrzebę stymulacji przedsionkowo-proprioceptywnej i dotykowej w celu poprawy funkcjonowania dziecka. Środowisko wiejskie posiada odpowiednią bazę do tego typu terapii. Dzięki różnorodności miejsc, można z dużym powodzeniem stymulować poprzez zabawę zaburzone sfery. Uzupełnieniem tych badań są proponowane gry i zabawy terapeuty w pracy z podopiecznym na zajęciach organizowanych w środowisku wiejskim.

Zauważono, że zbyt mało uwagi poświęca się turystyce zdrowotnej na wsi, a w szczególności terapii zajęciowej, skierowanej do różnych grup odbiorców (osób starszych, dzieci, niepełnosprawnych i chorych). Jedną z takich możliwości jest wykorzystanie terapii integracji sensorycznej. Dobrym rozwiązaniem byłoby tworzenie w miejscach turystycznych miejsc zabaw stymulujących bazowe układy. Przeprowadzone badania pokazały słuszność tych przewidywań. Dane z obserwacji i diagnozy potwierdzają skuteczność terapii integracji sensorycznej. Można wykorzystywać środowisko wiejskie do prowadzenia terapii z dziećmi i dorosłymi, którzy potrzebują doskonalenia zmysłów w celu poprawy jakości życia.

Literatura

1. Ayres J. A.: Południowokaliifornijskie Testy Integracji Sensorycznej. Wydawnictwo PSTIS, Warszawa 2013.
2. Barańska M.: Paluszkami tak i siak. Zabawy paluszkowe z wierszykami. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.
3. Bogdanowicz M., Okrzesik D.: Opis i planowanie zajęć wg Metody ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.
4. Dahlke T.: 365 Gier i Zabaw Na Każdy Dzień Roku. Wydawnictwo REA, 2005.
5. Kranowitz C.: Nie- zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.
6. Odowska – Szlachcic B.: Terapia integracji sensorycznej. Ćwiczenia usprawniające bazowe układy zmysłowe. Zeszyt 1. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.

¹² J. A. Ayres: Południowokaliifornijskie Testy Integracji Sensorycznej. Wydawnictwo PSTIS, Warszawa 2013, s. 3.

7. Przyrowski Z. : Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii. Wydawnictwo EMPIS, Warszawa 2011.
8. Stiefenhofer M.: Wielka księga gier, zabaw i łamigłówek. Wydawnictwo KDC, Warszawa 2007.

Mgr Anna Kamińska

Koło Naukowe Psychologów NWSP w Białymstoku

Prof. dr hab. Maria Mantur

Katedra Psychologii

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

Wiejskie ogrody sensoryczne jako środowisko aktywizacji zmysłów w ramach turystyki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych

Rural gardens sensory environment as activation of the senses in the framework of health tourism for the disabled

Streszczenie

Ogrody sensoryczne to środowisko aktywizacji zmysłów – specyficzny rodzaj terapii zajęciowej, w której dużą rolę odgrywają bodźce pozawzrokowe. Taka forma terapii może być realizowana na Podlasiu, które posiada atrakcyjne tereny pod względem przyrodniczym i kulturowym. Mogą one stanowić bazę do wprowadzenia innowacyjnej turystyki wiejskiej, wykorzystującej koncepcję ogrodów sensorycznych. Celem pracy było przedstawienie kształtu tego rozwiązania na wsi podlaskiej w formie terapii zajęciowej, skierowanej do osób niepełnosprawnych głuchoniewidomych, w różnym wieku i z różnym stopniem niepełnosprawności. Zadaniem terapeutów zajęciowych w ogrodach sensorycznych jest dobór odpowiednich rodzajów prac ogrodowych do schorzeń oraz wieku pacjentów tak, aby osiągnąć optymalne efekty terapeutyczne. Przez różnorodność prac ogrodowych pacjenci wykonują ćwiczenia rehabilitacyjne, ucząc się przy tym współpracy w grupie i integracji ze społeczeństwem. Zaletą wiejskich ogrodów sensorycznych jest niski koszt pobytu, a terapia i relaks dla pacjentów, rodziców lub opiekunów to także mile spędzony czas z rodziną.

Słowa kluczowe: agroturystyka, głuchoniewidomi, niepełnosprawni, ogród sensoryczny, zmysły.

Abstract

Sensory gardens are the perfect environment for the activation of the senses. There are no sensory gardens in Podlasie but there are beautiful areas in the valley of the Narew and Bug, and in the area of Białowieża Forest which is why we proposed an innovative form of agro-rural population in these areas. The aim of the study was to present the concept of organizing sensory gardens in the country for the purpose of occupational therapy for people with disabilities – deafblind of different ages and with varying degrees of disability. Occupational therapists will choose the appropriate types of garden work according to the conditions and the age of patients, to achieve optimal therapeutic effects. Through a variety of activities performed,

patients will unknowingly execute concurrently rehabilitation exercises, learn while working in a group and integrate into society. The advantage of rural sensory gardens is the near distance and lower the cost of stay and therapy and relaxation for patients, parents and carers can also pleasantly spent family time.

Key words: agritourism, deaf-blind people disability, sensory garden, senses.

Wstęp

Funkcjonujemy w czasach, gdy tzw. choroby cywilizacyjne i niepełnosprawność stają się problemem społecznym. Rozwój cywilizacyjny, rosnące tempo życia i związane z tym kłopoty dnia codziennego kumulują w psychice człowieka pokłady stresu. W jego zapobieganiu i leczeniu ogromną rolę odgrywa turystyka zdrowotna. Może ona przybierać różne formy, chociaż nadal jej podstawą jest turystyka uzdrowskowa¹. Poszukuje się innowacyjnych form turystyki zdrowotnej, połączonej z terapią zajęciową, która dla grupy osób niepełnosprawnych może stać się rodzajem rehabilitacji zdrowotnej.

Duża nadzieja i oczekiwania są pokładane w agroturystyce wiejskiej, urozmaiconej nowatorskimi pomysłami². Poniższe opracowanie stanowi projekt innowacyjnej formy zajęciowej dla osób niepełnosprawnych głuchoniewidomych w ramach turystyki wiejskiej na Podlasiu, opartej na idei ogrodów sensorycznych tzw. ogrodów aktywizacji zmysłów. W Polsce są cztery najbardziej znane ogrody sensoryczne, które znajdują się w Bolestraszcach, Bucharzewie, Powsinie i Muszynie, jednak dotarcie do nich i pobyt są nie tylko kłopotliwe, ale także kosztowne dla osób niepełnosprawnych³.

Osoby głuchoniewidome obciążone są nie tylko niepełnosprawnością fizyczną, ale także niestabilnością psychiczną, co często skutkuje smutkiem i przygnębieniem. Długotrwałe i mało skuteczne leczenie niepełnosprawności przyczynia się do tego, że głuchoniewidomi boją się coraz bardziej, izolują się od społeczeństwa i popadają w stan depresyjny⁴. Obowiązkiem państwa i społeczeństwa jest poszukiwanie dla tej grupy osób, nowoczesnych, nieinwazyjnych i coraz bardziej skutecznych sposobów

¹ W. Kurek (red.): Turystyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 221-247.

² S. Bernat: Krajobraz dźwiękowy doliny Bugu. Wydawnictwo Annals UMCS sec. B. vol. LIV, Lublin 1999, s. 297-309.

³ M. Dąbski, M. Dudkiewicz: Przystosowanie ogrodu dla niewidomego użytkownika na przykładzie ogrodów sensorycznych w Bolestraszcach, Bucharzewie i Powsinie. Teka Kom. Arch. Urb. Stud. Krajobr. Wydawnictwo OL PAN, 2010, s. 7-17.

⁴ M. Koton-Czarnecka: Depresja to coś więcej niż ból duszy. „Dłonie i słowo” 2015, nr 5, s. 4-10; Ł. D. Kaczmarek, K. Aleszczyk: Mechanizm sprężystości psychicznej – model mediacji dwukrokowej z udziałem strategii radzenia sobie i pozytywnego afektu. „Czasopismo Psychologiczne” 2013, nr 19, s. 67-72.

radzenia sobie ze stresem, co było inspiracją do podjęcia badań w tym kierunku. Przyroda w wiejskich ogrodach dla osoby głuchoniewidomej, niewidzącej lub niedowidzącej może stanowić ogród sensoryczny, przy czym musi być on odpowiednio przystosowany.

Idea ogrodu sensorycznego została stworzona na początku XX w. przez niemieckiego uczonego Hugo Kukelhausa⁵. Oferuje on szeroką ilość wrażeń zmysłowych. Kompozycja ogrodu sensorycznego jest tak zaprojektowana, aby bodźce pozawzrokowe były użyte w większym natężeniu niż w życiu codziennym, a jest to szczególnie ważne w odniesieniu do osób głuchoniewidomych.

Idea ogrodów wiejskich w naturalnym środowisku dla osób głuchoniewidomych, spragnionych prawdziwego widoku otaczającego ich świata, może stanowić tańszą i w pełni wystarczającą formę terapii zajęciowej, w celu wyeliminowania stresu, relaksacji oraz rozładowania skumulowanego lęku i strachu, spowodowanego niepełnosprawnością. W Polsce szacuje się 4,7 mln osób z niepełnosprawnością, co stanowi 12,2% obywateli⁶. Szacuje się, że 1,5 mln osób jest z wadami wzroku, z czego 8 tysięcy to osoby głuchoniewidome⁷. Z funkcji stymulowania zmysłów w ogrodach sensorycznych wiejskich w ramach agroturystyki mogą także korzystać dzieci i osoby dorosłe zdrowe, przy czym tego typu obiekty powinny być wzbogacone o ścieżki edukacyjne⁸.

Cel i hipoteza badawcza

Celem pracy jest przedstawienie koncepcji terapii zajęciowej dla osób niepełnosprawnych, opartej na wiejskich ogrodach sensorycznych jako środowiska aktywizacji zmysłów, prowadzonej w ramach turystyki zdrowotnej na wsi. Projekt stanowi innowacyjną formę agroturystyki wiejskiej na Podlasiu, gdzie jeszcze nie ma „ogrodów sensorycznych”⁹. W założeniach projektu powinny być to warsztaty prowadzone pod opieką terapeuty zajęciowego, tłumacza migowego i psychologa oraz oparte na nowoczesnej formie odpoczynku, relaksacji i rehabilitacji zdrowotnej pod hasłem „Uczta dla zmysłów na bazie wiejskich ogrodów sensorycznych”.

⁵ M. J. Latkowska, M. Miernik: Ogrody Terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”. Czasopismo Techniczne – Architektura. Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej 8-A/2012, Zesz. 30, Rok 109, s. 245-251; J. Rylke: Sztuka ogrodu i sztuka krajobrazu w relacji do architektury krajobrazu. Wydawnictwo Katedry Sztuki Krajobrazu SGGW, Warszawa 2012, s. 117-121.

⁶ <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawność-w-liczbach>, sprawdzano dn. 04.02.2016.

⁷ <http://www.tpg.org.pl>, sprawdzano dn. 04.02.2016.

⁸ A. Yeadon: Najważniejsze zrozumieć. Fundacja AWARE Europe. Wydawnictwo Pinopol ZPCH, Warszawa 2000, s. 65-76.

⁹ S. Bernat: Inicjatywy publiczno-prywatne w zakresie kształtowania krajobrazu dźwiękowego w Polsce. Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego PTG, Sosnowiec 2008, nr 10, s. 507-514.

Celem warsztatów jest uwolnienie negatywnych emocji (złość, smutek i strach) oraz uświadomienie uczestnikom, że to nie ich niepełnosprawność i wydarzenia z tym związane generują negatywne emocje, lecz przekonania o tych faktach i ich rozpamiętywanie. Wiadomo, że przyjemne odczucia odbierane za pomocą pięciu zasadniczych zmysłów – wzroku, dźwięku, zapachu, smaku i dotyku generują pozytywne myśli, które z kolei są wyrażane za pomocą pozytywnych emocji (zadowolenie, przyjemność, ulga, błogość, radość, uciecha, przyjemność zmysłowa, pozytywne emocje). Sprawne i skuteczne funkcjonowanie ogrodów sensorycznych na Podlasiu dla osób głuchoniewidomych zależy od stopnia zorganizowania i wyposażenia tego typu przedsięwzięcia oraz warunków pogodowych, co będzie przedmiotem przeprowadzonych badań i analiz.

Material i metody

Badania empiryczne na temat innowacyjnej formy terapii zajęciowej w ramach agroturystyki wiejskiej przeprowadzono w 20-osobowej grupie osób niepełnosprawnych (10 M i 10 K) w wieku od 23 do 80 lat (śr. 57,7 lat) zamieszkałych na Podlasiu. Wszystkie osoby posiadały jednocześnie uszkodzenie wzroku i słuchu, w różnym stopniu zaawansowania (5 osób niewidomych-słabosłyszących, 5 słabowidzących, głuchych oraz 10 słabowidzących-słabosłyszących).

Przeprowadzono je na podstawie czterech anonimowych ankiet, w których należało wskazać: 1) wyposażenie pokoju 2) rodzaj sposobu rezerwacji usług 3) w jakiej formie terapii zajęciowej dana osoba chciałaby wziąć udział oraz 4) jakiego wsparcia od innych osób wynikającego z niepełnosprawności dana osoba potrzebuje podczas pobytu w placówce agroturystycznej.

Do zrealizowania celu badań odnośnie innowacyjnej formy agroturystyki na Podlasiu zastosowano m.in. metodę pogłębionego wywiadu indywidualnego (in-depth interview – IDI), czasami zwaną też wywiadem swobodnym, w którym w oparciu o listę poszukiwanych informacji, badacz mógł zadawać pytania w dowolnej kolejności i brzmieniu. Wykorzystano wywiad częściowo strukturalizowany, w którym nie formułując zamkniętej listy pytań, wskazuje się problemy, wokół których przeprowadzona jest rozmowa, a odpowiedzi traktuje się, jako uwagi własne.

W badaniach uwzględniono: charakterystykę grupy badanej, pozyskanie indywidualnych opinii pod względem sposobu dokonywania rezerwacji usług w gospodarstwie agroturystycznym, pozyskanie indywidualnych oczekiwań odnośnie wyposażenia pokoi, zapoznanie się z indywidualnymi oczekiwaniami przyszłych pensjonariuszy pod względem produktu turystycznego pt. „Wiejskie ogrody sensoryczne jako środowisko aktywizacji zmysłów w ramach turystyki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych”. Skupiono się głównie na przedstawieniu koncepcji przyszłego produktu turystycznego oraz na wynikach wywiadu

zarejestrowanego w formie ankiet przeprowadzonych wśród osób najbardziej zainteresowanych.

Charakterystyka proponowanych wiejskich ogrodów sensorycznych

Celem terapii sensorycznej jest ograniczenie stresu pacjentów przez przebywanie wśród zieleni oraz zadowolenie pacjentów z pielęgnowania roślin. Prace ogrodowe powinny być dobrane do schorzeń oraz wieku pacjentów w taki sposób, aby osiągnąć optymalne efekty terapeutyczne. Wiejskie ogrody sensoryczne powinny w sposób zintensyfikowany i celowy oddziaływać na zmysły pozawzrokowe w większym stopniu niż zwykle. Poza funkcją spacerowo-rekreacyjną i terapeutyczną powinny spełniać także funkcję kształcącą dla osób niepełnosprawnych i dzieci. Ogród powinien składać się z kilku stref, np. zdrowia, zapachową, wzrokową, słuchową, dotykową i smakową lub może to być kilka ogrodów z pojedynczymi strefami.

Każdy ogród powinien posiadać tablicę informacyjną, z opisem ogrodu i roślin w języku polskim i np. angielskim, rosyjskim czy niemieckim (ze względu na zagranicznych turystów seniorów) oraz alfabetem Brajla. Oprócz funkcji poznawczej wiejskie ogrody sensoryczne pełnią rolę edukacyjną podobnie, jak ogrody przeznaczone do hortiterapii, które przez zabawy edukacyjne pomagają w nawiązywaniu kontaktów i budowaniu więzi interpersonalnych. Warsztaty terapii zajęciowej w ogrodach sensorycznych należy prowadzić przy współudziale tłumacza-przewodnika i tłumacza języka migowego. Należy wziąć pod uwagę, że:

- w ogrodzie zdrowia powinny znajdować się różnorodne urządzenia do ćwiczeń, wymagające niewielkiego nakładu siłowego. Mogą z nich również korzystać osoby starsze, a także niepełnosprawne. Ćwicząc można podziwiać panoramę i kwiatowe kompozycje utworzone m. in. z róż, tawułów, żywotników, klonów, świerków i grabów,
- ogród zapachu i dotyku - na tym obszarze rośliny powinny być tak dobrane, aby natężenie zapachów było co raz to intensywniejsze. Dla osób głuchoniewidomych ta część ogrodu będzie skondensowanym zielnikiem – w celach poznawczych i dydaktycznych będą mogły dotknąć każdą roślinę, roztrzeć w palcach liście bądź płatki dla uzyskania zapachu olejków eterycznych. Wśród hiacyntów, lilii, świerków, jodeł pensjonariusze powinni poczuć „kuchenne przyprawy” – wonny tymianek, miętę, szałwię, czosnek itp. Rozpoznawanie i poznawanie zapachów będzie świetną zabawą edukacyjną dla każdej osoby nie tylko głuchoniewidomej. Wystarczy zamknąć oczy i zgadywać, jaki zapach wydzielają poszczególne rośliny,
- ogród dźwięku – warto się w nim zatrzymać i wsłuchać w delikatny szum drzew, szmer wody płynącej w strumieniu, świergot ptaków,

chrzęst żwiru pod nogami. Wszystkie materiały mają na celu uintensywniać tworzące się wokół dźwięki,

- ogród smaku – powinny rosnąć krzewy i drzewa owocowe, dzięki czemu najpełniej można zaobserwować roczną vegetację roślin. Oprócz ich podziwiania i obserwowania w czasie owocobrania, można rozkoszować się smakami owoców – czereśni i wini, malin i jeżyn, jabłek i gruszek, owoców aronii i borówek oraz śliwek,
- należy uwzględnić specjalnie wymogi dla niepełnosprawnych - wiejskie ogrody zmysłów powinny być miejscem rekreacyjnym, przystosowanym nie tylko do odpoczynku na łonie natury, ale przede wszystkim do celów terapeutycznych, socjalizujących i edukacyjnych dla osób niewidomych i głuchoniewidomych, jak i osób z zaburzeniami psychofizycznymi czy z upośledzeniem umysłowym. Powinny być zaprojektowane tak, aby w sposób celowy i zintensyfikowany oddziaływać na zmysły pozawzrokowe. Oprócz funkcji poznawczej powinny pełnić rolę edukacyjną, pomocną (podobnie jak ogrody hortiterapii) w nawiązywaniu kontaktów i budowaniu więzi interpersonalnych.

Warsztaty terapii zajęciowej prowadzone przez psychologa powinny obejmować: poznawanie terenów wiejskich na podstawie odczuć sensorycznych, pokazanie jak eliminować negatywne emocje powstałe pod wpływem irracjonalnego i niepozytywnego myślenia, nauczanie osoby chwiejne emocjonalnie jak modyfikować zachowania i sposób myślenia na zdrowsze, co w efekcie prowadzi do poprawy jakości życia, docieranie do źródeł negatywnych emocji, zapoznanie z technikami relaksacyjnymi i z pracą nad wyobraźnią, aby w przyszłości osoby niepełnosprawne mogły sobie lepiej radzić ze stresem, lękiem i bólem. Ponadto w czasie trwania warsztatów z psychologiem powinny być zaprezentowane techniki pozwalające na rozwinięcie samokontroli nad obniżaniem poziomu stresu, lęku i innych negatywnych emocji. Aby przyswoić zaoferowane przez psychologa narzędzia pracy nad sobą wymagany będzie aktywny udział uczestników turnusu.

Gdy warsztaty terapii zajęciowej prowadzone przez osoby z Zespołu Gospodyń Wiejskich to powinny obejmować zagadnienia kuchni wiejskiej, wytwarzania przetworów i zdrowej wiejskiej żywności.

Warsztaty terapii zajęciowej prowadzone przez terapeutę zajęciowego powinny zawierać: opracowanie i realizację zajęć terapeutycznych usprawniających i aktywizujących (w tym socjoterapia, arteterapia, ergoterapia), prowadzenie rozmów z osobami głuchoniewidomymi oraz współpracownikami w celu określenia ich potrzeb i uwarunkowań, samopoczucia, stanu zdrowia, warunków w jakich funkcjonują, prowadzenie obserwacji uczestniczącej i bieżąca ewaluacja działań terapeutycznych.

Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że dla największej liczby osób badanych bardzo duże znaczenie ma pokój bez barier (tzn. niskie progi, brak ostrych krawędzi, brak zwisających przedmiotów na wysokości głowy np. żyrandol). Duży odsetek respondentów, bo aż 80% wskazało na niezbędną łazienkę w pokoju, 75% na wygodne łóżko, szafę i stół z krzesłami. Ankieterzy w uwagach własnych podkreślali, że dość istotna jest możliwość zakwaterowania z psem przewodnikiem, numery pokoi oznaczone pismem punktowym (alfabet Braille'a), wyposażenie pokoi w poduszki wibrujące (służące jako budzik) oraz widne, przestrzenne i słoneczne pokoje, aby móc się swobodnie poruszać i jak to definiują „nie obijać o meble i ściany”. Dość znaczny odsetek badanych (70%) uznało za mało istotne wyposażenie pokoi w radio (głównie osoby głuche) lub lustro (osoby niewidome). Prawie połowa badanych nie widzi potrzeby wyposażenia pokoi w klimatyzację natomiast prawie wszyscy podkreślają, że bardziej preferują balkon i/lub tras. Na wyposażenie dodatkowe – lodówkę i czajnik wskazało 100% badanych, na ręczniki – 90%, suszarkę do włosów 65%, lampkę nocną 60% i telefon stacjonarny aż 70%.

Analizując wypowiedzi dotyczące sposobu dokonywania rezerwacji usług w gospodarstwie agroturystycznym wykazano, że najczęściej, bo aż 80% osób ankietowanych chciałoby dokonywać rezerwacji przez organizację pozarządową, do której przynależą. Ponad połowa (65%) chciałaby przy pomocy tłumacza-przewodnika, zaś 30% przez tłumacza języka migowego. Interesującym jest też fakt, iż połowa wszystkich badanych w uwagach podkreśliło, aby strony internetowe WWW, przez które mogliby dokonywać rezerwacji powinny być dostępne do obsługi przez osoby z dysfunkcją wzroku, co dałoby możliwość zarezerwowania pobytu w gospodarstwie agroturystycznym osobiście przez telefon, przy czym osoby głuche drogą SMS-ową lub FAX-em.

Analiza wyników odpowiedzi w ankietach oceniających formę aktywności rekreacyjnej proponowaną w ofercie danej jednostki, z której chcieliby skorzystać podczas pobytu w gospodarstwie agroturystycznym, wykazała, że wszyscy ankietowani chcą mieć kontakt z przyrodą, spacerować i brać udział w wieczornych ogniskach. Badanie ujawniło, że osoby głuchoniewidome bardzo dużą uwagę przywiązują do zdrowej żywności i zajęć kulinarnych (w uwagach własnych ponad połowa wskazała na potrzebę treningów kulinarnych takich, jak: pieczenie, gotowanie, wędzenie mięs, ryb i serów oraz przygotowanie żywności z warzyw i owoców). Z badań także wynika, iż dla osób głuchoniewidomych ważna jest też aktywność ruchowa. Analizując poszczególne formy aktywności ruchowej – aż 85% wskazało na ćwiczenia ruchowe, 65% jazdę konną i taniec, zaś połowa ankietowanych zaznaczyło wycieczki rowerowe (na tandemach) oraz sporty wodne. Badanie wykazało, iż u osób z dysfunkcją wzroku i słuchu dużą rolę odgrywa arteterapia – tworzenie rękodzieła

z darów natury (85% badanych), wikliniarstwo (75%), ceramika (60%). W uwagach własnych badani ujęli też swoje propozycje form aktywności tj.: miodobranie, rozpoznawanie ziół i roślin, orientacja przestrzenna, trening w zakresie wykonywania prac domowych, mecze piłki nożnej i piłki ręcznej, lot balonem, granie na instrumentach muzycznych oraz tworzenie i oglądanie spektakli (teatroterapia).

Ocena formy wsparcia, której często osoby głuchoniewidome mogą oczekiwać podczas turnusu w gospodarstwie agroturystycznym z terapią zajęciową wykazała, że 70% osób ankietowanych potrzebowałyby tłumacza-przewodnika (TP), a 30% tłumacza języka migowego (TJM) podczas pobytu. Ponad połowa (55%) byłaby w stanie samodzielnie brać udział w zajęciach terapeutycznych (lub tylko doraźne potrzebowałyby wsparcia ze strony TP czy TJM). Interesującym jest natomiast fakt, że aż 65% ankietowanych widzi potrzebę obecności psychologa podczas takiego wyjazdu terapeutycznego co potwierdza, że terapeuta zajęciowy czynnie współuczestniczy podczas pracy z psychologiem.

Zakończenie i wnioski

Turystyka wiejska w Polsce stale się rozwija. Konsekwencją wzrostu zainteresowania tą formą wypoczynku, obserwowaną po stronie podażowej, jest niewątpliwie rosnąca w agroturystyce konkurencja, a po stronie popytowej coraz bardziej zróżnicowane potrzeby i oczekiwania turystów. Efektem połączenia oczekiwań obu stron rynku są udoskonalane lub innowacyjne oferty produktowe¹⁰. Przegląd danych dotyczących agroturystyki na Podlasiu wskazuje, że w dotychczasowych propozycjach w niewielkim stopniu uwzględnione są osoby niepełnosprawne, głuchoniewidome i w stanach depresyjnych, co było inspiracją do podjęcia badań w tym zakresie.

Wieloletnie badania empiryczne dotyczące oceny oddziaływania na psychikę ludzką przez zmysły są ciągle niewystarczające. Literatura przedmiotu wskazuje, że wymiar zmysłowy jest kluczem do zrozumienia, planowania i podejmowania działań marketingowych w zakresie kształtowania produktu turystycznego. K. Dziewanowska i A. Kacprzak¹¹ zauważają, że w celu wywarcia określonego wrażenia powszechnie używa się pięciu podstawowych elementów oddziałujących na ludzkie zmysły, a mianowicie koloru, zapachu, dźwięku, smaku i dotyku.

Z punktu widzenia gospodarstw agroturystycznych, atrakcyjność wypoczynku w środowisku wiejskim pozwala za pomocą zmysłów na obcowanie z naturą, dając poczucie niezależności, spokoju i swobody. Jednak ich wartość rynkowa zależy w dużym stopniu od sposobu

¹⁰ M. J. Latkowska: Ogród bez barier-jak urządzić ogród dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną. Wydawnictwo Sztuka Ogrodu-Sztuka Krajobrazu, 2009, s. 96-103.

¹¹ K. Dziewanowska, A. Kacprzak: Marketing doświadczeń. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 102.

i umiejętnego przedstawienia w ofercie sprzedażowej¹². Dlatego przygotowanie konkurencyjnego produktu danego obszaru wiejskiego wymaga uświadomienia rolnikom i gospodyniom wiejskim, że otaczającą turystę rzeczywistość lepiej można sprzedać wykorzystując nie tylko wrażenia wizualne, ale także dźwięk, zapach, smak i dotyk.

Z punktu widzenia turysty, dzięki oddziaływaniu wielozmysłowemu łatwiej wygasza się stres i leczy skumulowany lęk oraz możliwe jest pozostawienie w pamięci wyjątkowych i niepowtarzalnych wspomnień. Realizacji tych założeń ma sprostać przedstawiony w prezentowanej pracy produkt turystyczny pod nazwą „Wiejskie ogrody sensoryczne jako środowisko aktywizacji zmysłów w ramach turystyki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych” lub po prostu „Uczta dla zmysłów na bazie wiejskich ogrodów sensorycznych” i chociaż jest on oparty na typowych dla obszarów wiejskich atrakcjach, to ma bardzo kompleksowy charakter, co podkreślono w jego nazwie.

Zaproponowany projekt produktu turystycznego pt. „Wiejskie ogrody sensoryczne jako środowisko aktywizacji zmysłów w ramach turystyki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych” zawiera w sobie kilka innowacyjnych pomysłów; integrację uczestników turnusu turystycznego z otoczeniem, wyciszenie i relaksację oraz formę rehabilitacji zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych w oparciu o stymulację sensoryczną zmysłów i aktywność ruchową.

Literatura

1. Bernat S.: Inicjatywy publiczno-prywatne w zakresie kształtowania krajobrazu dźwiękowego w Polsce. Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego PTG, Sosnowiec 2008, nr 10.
2. Bernat S.: Krajobraz dźwiękowy doliny Bugu. Wydawnictwo Annales UMCS sec. B. vol. LIV, Lublin 1999.
3. Bernat S.: Percepcja a planowanie krajobrazu wiejskiego. „Acta Scientiarum Polonorum” 2012, nr 11 (2).
4. Dąbski M., Dudkiewicz M.: Przystosowanie ogrodu dla niewidomego użytkownika na przykładzie ogrodów sensorycznych w Bolestraszczykach, Bucharzewie i Powsinie. TeKa Kom. Arch. Urb. Stud. Krajobr. Wydawnictwo OL PAN, 2010.
5. Dziewanowska K., Kacprzak A.: Marketing doświadczeń. Wydawnictwo Nauk. PWN, Warszawa 2013.
6. Kaczmarek Ł. D., Aleszczyk K.: Mechanizm sprężystości psychicznej – model mediacji dwukrokowej z udziałem strategii radzenia sobie i pozytywnego afektu. Czasopismo Psychologiczne, 2013, nr 19.

¹² W. Kamińska (red.): Innowacyjność w turystyce wiejskiej a nowe możliwości zatrudnienia na obszarach wiejskich. Wydawnictwo PAN, Warszawa 2015, s. 76-82.

7. Kamińska W.: Innowacyjność w turystyce wiejskiej a nowe możliwości zatrudnienia na obszarach wiejskich. Wydawnictwo PAN, Warszawa 2015.
8. Koton-Czarnecka M.: Depresja to coś więcej niż ból duszy. „Dłonie i słowo” 2015, nr 15.
9. Kurek W. (red.): Turystyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
10. Latkowska M. J.: Ogród bez barier-jak urządzić ogród dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną. Wydawnictwo Sztuka Ogródu-Sztuka Krajobrazu, 2009.
11. Latkowska M. J., Miernik M.: Ogrody Terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”. Czasopismo Techniczne – Architektura. Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej 8-A/2012, Zesz. 30, Rok 109.
12. Rylke J.: Sztuka ogrodu i sztuka krajobrazu w relacji do architektury krajobrazu. Wydawnictwo Katedra Sztuki Krajobrazu SGGW, Warszawa 2012.
13. Yeadon A.: Najważniejsze zrozumieć. Fundacja AWARE Europe, Wydaw. Pinopol ZPCH, Warszawa 2000.
14. <http://www.niepelnospawni.gov.pl/niepelnospawnosc-w-liczbach>.
15. <http://www.tpg.org.pl>.

Dr Olga Smoleńska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Katedra Geografii Przestrzennej i Turyzmu

Działalność i oferta terapeutyczno-rehabilitacyjna Domu Wczasów Dziecięcych Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Głazie jako forma turystyki zdrowotnej na wsi

Activities and offer of therapy and rehabilitation in Holiday House for Children TPD Głaz as a form of health tourism in the countryside

Streszczenie

W artykule zaprezentowano studium przypadku dotyczące wybranego ośrodka turystyki zdrowotnej na wsi na przykładzie Domu Wczasów Dziecięcych Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Głazie w województwie łódzkim. Forma i działalność tego ośrodka jest szeroka i nietypowa z punktu widzenia oferty rehabilitacyjnej i zdrowotnej. Badanie zostało przeprowadzone na podstawie studium przypadku, dostępnych dokumentów oraz wywiadu bezpośredniego z dyrektorem obiektu. Przyjęto założenie, że działalność terapeutyczna w tym ośrodku stanowi innowacyjny produkt turystyczny na terenach wiejskich, wyróżniających się niewielką atrakcyjnością turystyczną i słabym zagospodarowaniem turystycznym.

Słowa kluczowe: terapia; rehabilitacja; turystyka wiejska; turystyka zdrowotna; studium przypadku; obszary wiejskie.

Summary

This article presents a case study of the tourism health centre in the countryside in Poland. It's Holiday House for Children TPD in Głaz, located in the Lodz region. Form and activities of this resort is so broad and unusual, that author was decided to analyze and present its activities in the context of the offer of rehabilitation, therapy and health tourism. Research is based on case study, analysis of available documents and direct interview with the director of the facility. The thesis of research is that health tourism and therapy, also occupational therapy, can become an innovative product of development in rural areas, especially in areas with low tourist attractiveness and less infrastructure.

Key words: therapy; rehabilitation; rural tourism; health tourism; case study; rural areas.

Wstęp

Oferta zdrowotna w turystyce na wsi, zwłaszcza w typowej agroturystyce, rozwija się w Polsce od stosunkowo niedawna. Do tej pory był przede wszystkim ruch regionalistyczny i uzdrowiskowo-sanatoryjny.

Większość uzdrowisk posiada status miasta i nie jest kojarzona z tradycyjną wsią polską. Dziś oferta zdrowotna coraz częściej pojawia się także w gospodarstwach agroturystycznych, pensjonatach, ośrodkach wypoczynkowych i innych jednostkach prawnie nieklasyfikowanych. Gospodarstwa o takiej specjalizacji (zdrowotnej czy terapeutycznej) nie są jeszcze specjalnie rekomendowane przez Polską Federację Turystyki Wiejskiej, Europejskie Centrum Rolnictwa Ekologicznego i Turystyki czy Polską Organizację Turystyczną¹, choć stanowią już znaczną ich część (obok pozostałych typów specjalizacji tj. gospodarstwa aktywne, ekoturystyczne, etnograficzne czy rodzinne). Wśród form terapeutycznych, które mogą być świadczone przez tego typu obiekty, można wyróżnić: zooterapię (hipo-, dogo-, api- i inne), fizjoterapię (kinezy-, hydro-, balneo-, fizyko- i inne), terapię zajęciową, czy różne formy rekreacji ruchowej plenerowej (np. nordic-walking). L. Przebórska i M. Sznajder² określili wszystkie te formy jednym terminem: „agroterapia” - jeśli realizowane są na wsi, a M. Prochorowicz i B. Stankiewicz przeprowadzili badania w tym zakresie na terenie województwa zachodniopomorskiego³. Terapia ta w większości przypadków może być prowadzona indywidualnie, grupowo lub zbiorowo. Innowacyjną i rozwojową formą wydaje się terapia zajęciowa, wśród której wyróżnia się głównie: socjoterapię, ergoterapię i arteterapię, która nie wymaga dużych nakładów finansowych, w stosunku do pozostałych form terapeutycznych. Wśród tego typu obiektów na wsi spotyka się zarówno ośrodki typu wypoczynkowego, jak i agroturystycznego, w tym tzw. gospodarstwa opiekuńcze⁴. W tym artykule zaprezentowano pierwszą z tych form tj. ośrodek wypoczynkowy.

Cele i hipotezy badawcze

Celem artykułu jest przedstawienie działalności terapeutycznej Domu Wczasów Dziecięcych w Głazie, jako przykładu turystyki zdrowotnej na wsi oraz zweryfikowanie hipotezy, że działalność terapeutyczna, w tym terapia zajęciowa, może stać się innowacyjnym i rozwojowym produktem turystycznym oferowanym przez obiekty zlokalizowane na terenach wiejskich.

¹ W badaniach własnych autorki, przeprowadzonych w ramach projektu „Uwarunkowania rozwoju oferty gospodarstw agroturystycznych Wielkopolski w aspekcie rekreacji ruchowej”, specjalizacja terapeutyczna stanowiła ok. 2% badanych gospodarstw agroturystycznych, a ok. 25% posiadało odpowiednie udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (Smoleńska 2014).

² L. Przebórska, M. Sznajder: Agroturystyka. PWE, Warszawa 2006, s. 158-159.

³ M. Prochorowicz, B. Stankiewicz: Turystyka zdrowotna w gospodarstwie agroturystycznym. „Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis – Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin. 2011, Oeconomica” 2011, nr 288 (64), s. 125–132.

⁴ O specjalizacji gospodarstw opiekuńczych szczegółowo pisze m.in. KPODR „Gospodarstwa opiekuńcze w borach tucholskich a doświadczenie holenderskie” (2014).

Material i metody badawcze

Do przygotowania artykułu i osiągnięcia celu badań, wykorzystano przede wszystkim metodę studium przypadku (*case study*), połączoną z analizą danych i dokumentów dotyczących działalności konkretnego ośrodka i prowadzonych przez niego form zajęć. Dodatkowy materiał stanowią opinie na temat obiektu zamieszczane w Internecie oraz bezpośredni wywiad z dyrektorem ośrodka.

Działalność i oferta Domu Wczasów Dziecięcych TPD w Głazie – wyniki badań

Dom Wczasów Dziecięcych Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Głazie (w skrócie DWD TPD Głaz) jest zlokalizowany administracyjnie w gminie Galewice, powiecie wierszowski, województwie łódzkim, co pokazano na fotografii 1.



Fotografia 1. Położenie ośrodka DWD TPD w Głazie

Źródło: www.turnusy24.pl dostęp z dnia 02.03.2016 r.

Charakterystyka i lokalizacja obiektu

Ośrodek położony jest w niewielkiej odległości od rezerwatu „Długosz Królewski” i „Orzeł Bielik”. Obiekt otaczają liczne lasy i pola, a niedaleko płynie Struga Węglewska i Proсна. Infrastrukturę turystyczną stanowią szlaki turystyczne i trasy na orientację. Teren ten jest wyznaczony pod sieć szlaków konnych - zgodnie z produktem regionalnym „Łódzkie w siodle”⁵ oraz imprezy orienteeringowe - zgodnie z produktem lokalnym „Z mapą i kompasem”⁶. W gminie znajduje się kilka gospodarstw agroturystycznych⁷, a w pobliżu działa hotel Pałac Sokolnik w Sokolnikach⁸. Na terenie powiatu i gminy prężnie działa lokalny oddział PTTK czy Orlik Galewice. Ośrodek położony jest w ciekawie brzmiącej miejscowości o nazwie Głaz (dawniej Pędziwiatry-Głaz), z zawiłą historią i przeznaczeniem obiektu (m.in. dawny folwark, stacja pograniczników rosyjskich czy szpital). W tej miejscowości poza budynkiem i jego

⁵ <http://www.wsiodle.lodzkie.pl/pl-def/cms/dostep> z dnia 03.03.2016 r.

⁶ <http://powiat-wierszowski.pl/mapaifoto/mapa/> dostęp z dnia 03.03.2016 r.

⁷ Poza ośrodkiem DWD w gminie działa 5 gospodarstw agroturystycznych, według danych Urzędu Gminy Galewice i strony www.galewice.pl, dostęp z dnia 03.03.2016 r.

⁸ Hotel zlokalizowany jest w sąsiedniej gminie Sokolniki, <http://www.palac-sokolnik.pogodzinach.net/> dostęp z dnia 03.03.2016 r.

infrastrukturą, nie ma innych, charakterystycznych dla tradycyjnej wsi, gospodarstw, nie licząc przyległej nieruchomości dawnego PGR-u. (Fotografia 2)



Fotografia 2. Położenie ośrodka DWD w Głazie

Źródło: www.wsiodle.lodzkie.pl dostęp z dnia 02.03.2016 r.

Gruntowny remont budynku ośrodka, pełniącego wcześniej funkcję szpitala przeprowadzono w latach 1978-1980 i decyzją Kuratora Oświaty i Wychowania w Kaliszu⁹ przeznaczono go na prowadzenie działalności opiekuńczo-wychowawczej edukacyjnej. Jego charakterystyczną bryłą i część infrastruktury zewnętrznej zaprezentowano na fotografii 3.



Fotografia 3. Położenie ośrodka DWD TPD w Głazie

Źródło: www.wsiodle.lodzkie.pl dostęp z dnia 02.03.2016 r.

Dom Wczasów Dziecięcych pełni zarówno funkcję turystyczno-rekreacyjną (obiekt kolonijny i gospodarstwo agroturystyczne), jak również zdrowotno-rehabilitacyjną. Na podstawie wpisu do rejestru ośrodków, wydanego przez Wojewodę Łódzkiego, uzyskał prawo do organizowania następujących turnusów rehabilitacyjnych:

- usprawniająco – rekreacyjnych,
- rekreacyjno – sportowych i sportowych,
- szkoleniowych.

⁹ www.dwdglaz.com z dnia 02.03.2016 r.

Placówka została również wpisana do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych, w których uczestniczą osoby niepełnosprawne, korzystające z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹⁰. Właściciele Domu Wczasów Dziecięcych uprawnieni są do organizowania następujących turnusów rehabilitacyjnych:

- usprawniająco-rekreacyjnych dla grupy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, w tym osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, z upośledzeniem umysłowym, z epilepsją, ze schorzeniami układu krążenia, z dziecięcym porażeniem mózgowym, ze schorzeniami neurologicznymi, z cukrzycą, ze schorzeniami metabolicznymi, z wadami postawy,
- rekreacyjno-sportowych i sportowych (jeździectwo) dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, w tym osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, z upośledzeniem umysłowym, ze schorzeniami układu krążenia, wadami postawy,
- szkoleniowych, nauka jazdy konnej dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, w tym osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, z upośledzeniem umysłowym, ze schorzeniami układu krążenia.
- korekcji wad postawy dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, w tym osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, ze schorzeniami układu krążenia, z wadami postawy.

Od 1995 roku, w Domu Wczasów Dziecięcych w Głazie, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci (Oddział w Kaliszu) prowadzi działalność w zakresie pomocy osobom niepełnosprawnym. W ośrodku organizowane są turnusy rehabilitacyjne oraz prowadzona rehabilitacja ambulatoryjna w ramach funkcjonujących gabinetów rehabilitacji ruchowej. Działalność rehabilitacyjna placówki jest skierowana w 90% głównie w kierunku dzieci o różnym stopniu niepełnosprawności.

Przykładowo w roku 2012 zostało zorganizowanych 6 turnusów rehabilitacyjnych z programem usprawniająco - rekreacyjnym. W turnusach uczestniczyły 142 osoby niepełnosprawne oraz 108 opiekunów, korzystających z dofinansowania PFRON. Na przestrzeni lat 2013-2014 roku w Domu Wczasów Dziecięcych TPD w Głazie odbyło się 13 turnusów rehabilitacyjnych stacjonarnych, usprawniająco-rekreacyjnych. W turnusach wzięło udział 330 osób korzystających z dofinansowania ze środków PFRON, fundacji, instytucji pozarządowych i samodzielnie pokrywających koszty turnusu. Podział ilościowy osób korzystających z oferty przedstawia tabela 1.

¹⁰ Na podstawie materiałów uzyskanych od dyrektora ośrodka.

Tabela 1. Udział osób korzystających z oferty terapeutyczno-rehabilitacyjnej ośrodka DWD TPD Głaz w latach 2013-2014

| Osoby korzystające z oferty ośrodka DWD Głaz | 2013 | 2014 |
|---|------|------|
| Osoby z dysfunkcją narządu ruchu z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich | 71 | 65 |
| Osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich | 15 | 30 |
| Osoby z dysfunkcją narządu słuchu | 1 | 0 |
| Osoby z upośledzeniem umysłowym | 40 | 39 |
| Osoby z wadami postawy | 32 | 37 |
| Razem | 159 | 171 |

Zródło: opracowanie własne na podstawie danych z ośrodka DWD Głaz. W roku 2015 z rehabilitacji turnusowej oraz ambulatoryjnej w placówce skorzystało 230 osób, głównie dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności. Widać więc, że popyt na ofertę ośrodka z roku na rok rośnie.

Infrastruktura i wyposażenie ośrodka rehabilitacyjnego TPD Głaz

Do dyspozycji pacjentów w Domu Wczasów Dziecięcych TPD w Głazie znajdują się 4 sale rehabilitacyjne do fizjoterapii z pełnym wyposażeniem w sprzęt, w tym jedna do korekcji i kompensacji wad postawy. Do celów fizjoterapeutycznych są przeznaczone przyrządy oraz urządzenia do masażu i naświetlań miejscowych oraz mata rozgrzewająco - masująca, orbiter, rower treningowy, bieżnia oraz rotor elektryczny, wzbogacający pulę oferowanych ćwiczeń kinezyterapeutycznych. Zabiegi światłolecznictwa oparte są na nowoczesnej lampie Sollux LS-1. Gabinet hydroterapii wyposażony jest w wannę do hydromasażu, wirówkę do kończyn dolnych, natrysk z hydromasażem, masażer stóp oraz aquavibron. W celu udostępnienia zabiegów hipoterapeutycznych niezależnie od warunków atmosferycznych na terenie obiektu powstało zaplecze do prowadzenia zajęć hipoterapii w postaci krytej ujeżdżalni. Do dyspozycji pacjentów są dwa konie rasy FIORD oraz jeden koń polski. Zajęcia sportowo-rekreacyjne urozmaicone zostały wprowadzeniem nowej formy aktywności fizycznej, jaką jest: nordic-walking. Zakupiony został również sprzęt rekreacyjno-sportowy. Zajęcia rehabilitacyjne pod nadzorem lekarza specjalisty chorób narządu ruchu i rehabilitacji prowadzą: dogoterapeuta, hipoterapeuta oraz instruktor rekreacji ruchowej i jazdy konnej, fizjoterapeuta, terapeuci zajęciowi, instruktor gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej, instruktor ds. sportu rekreacji, muzykoterapeuta, logopeda. Opiekę nad uczestnikami turnusu sprawuje kadra placówki, czyli pedagodzy, terapeuci oraz pielęgniarki.

W 2012 placówka, korzystając z dofinansowania robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, dokonała przystosowania ośrodka wraz z wymianą pokrycia dachowego. Przystosowanie polegało m.in. na zamontowaniu zewnętrznych drzwi automatycznych oraz na likwidacji poziomych barier

architektonicznych w części rehabilitacyjno-administracyjnej. Przystosowanie infrastruktury budynku dla potrzeb osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich przyczyniło się do uzyskania niezbędnych wpisów do rejestru ośrodków oraz organizatorów, a także do zwiększenia liczby uczestników.

Dom Wczasów Dziecięcych TPD w Głazie objęty jest patronatem i certyfikatem Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego w zakresie prowadzenia hipoterapii i nauki jazdy konnej. Współpracuje również ze stowarzyszeniami oraz fundacjami, takimi jak: Fundacja „Polsat”; Fundacja „TVN”; Fundacja „Zdążyć z Pomocą”; Fundacja „Juliana Tuwima” czy Fundacja „Słoneczko”.

Opinie i wywiad na temat Domu Wczasów Dziecięcych TPD Głaz

Na stronie internetowej ośrodka zaproponowane zostało m.in. badanie sondażowe dla osób odwiedzających DWD Głaz. Zapytanie sformułowano następująco: „Która z atrakcji DWD w Głazie podobała Ci się najbardziej?”. W wyniku sondażu, największą popularnością w opinii respondentów cieszyła się jazda konna (71% z 723 udzielonych odpowiedzi). Na stronie obiektu znajduje się również księga gości, w której udzielane są dobrowolne i dowolne wpisy osób odwiedzających obiekt. Po przeanalizowaniu tych opinii, stwierdzono:

- udzielono 272 wpisy,
- opinie pochodzą z lat 2008-2015, jednak wiele z nich stanowi wspomnienia i polecenia ośrodka z wcześniejszych pobytów w tym miejscu,
- większość wpisów dotyczy opinii wyrażanej o obiekcie, kadrze, część z nich stanowi również życzenia, kondolencje lub odpowiedzi pracowników na wpisy,
- ponad 150 opinii można uznać jako pozytywne rekomendacje ośrodka,
- spośród wszystkich pozytywnych rekomendacji i ocen, najczęściej chwalona jest atmosfera ośrodka, w szczególności kadra prowadząca zajęcia oraz oferta jazdy konnej. Wiele wpisów zawiera informację o kilkukrotnym pobycie lub zapewnienie o powrocie do ośrodka,
- zaledwie 3-4 z wszystkich wpisów mają wydzwięk negatywny i dotyczą przede wszystkim podwyżek cenowych i skrócenia terminów turnusów. Jedna z nich dotyczy kwestii opieki higienicznej i instruktorskiej nad końmi, czwarta nie jest związana z bezpośrednią działalnością obiektu,
- spośród najciekawszych opinii wybrano kilka cytatów:
„A więc ja na Głazie spędziłem 30 lat każde wakacje i nie tylko jeździłem po świecie dużo bardzo dużo (...) i powiem tylko tak, że Głaz jest najpiękniejszym miejscem na świecie i wszechświecie”;
„W Głazie: - jest za fajnie jest za ciekawie - czas za szybko płynie - jest za dużo ciekawych ludzi - są za fajni wychowawcy. A to

wszystko składa się na cudowne wspomnienia i smutne pożegnania. Dzisiaj wróciłam, a już chcę jechać z powrotem do Głazu”;

„Głaz ma coś w sobie magicznego, że tu się po prostu chce wracać”.

Próbując odpowiedzieć i określić prawdziwość założonych celów i hipotez, przeprowadzono również wywiad bezpośredni standaryzowany z dyrektorem ośrodka DWD Głaz. Na jego podstawie stwierdzono, że:

- w opinii wieloletniego dyrektora i pracownika ośrodka turystyka zdrowotna jest jak najbardziej odpowiednią formą rozwoju polskiej wsi. Lokalizacja takiego obiektu ma znaczenie, jednak często drugoplanowe. „Oferta jest kluczem do sukcesu”,
- gospodarstwa agroturystyczne mogą również rozwijać tego typu ofertę, jednak muszą być one do tego odpowiednio przygotowane (zwłaszcza w zakresie wykwalifikowanej kadry i wyposażenia, zarówno typowo rekreacyjnego, jak i specjalistycznego – rehabilitacyjnego, od sprzętu po sale). Dla porównania skali przystosowania gospodarstw agroturystycznych do obsługi osób niepełnosprawnych przedstawia tabela 2 - prezentująca udogodnienia dla tych osób wskazywane w gospodarstwach badanych w Wielkopolsce:

Tabela 2. Udogodnienia dla osób niepełnosprawnych w badanych gospodarstwach agroturystycznych w Wielkopolsce

| Udogodnienia | Podjazdy, uchwyty, poszerzone przejścia | Wózek inwalidzki | Zajęcia terapeutyczne/rehabilitacyjne z instruktorem | Inne |
|--------------------|---|------------------|--|------|
| Liczba gospodarstw | 48 | 10 | 8 | 5 |
| % gospodarstw | 22,0 | 4,6 | 3,7 | 2,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie O. Smoleńska: Uwarunkowania rozwoju oferty gospodarstw agroturystycznych Wielkopolski w aspekcie rekreacji ruchowej, maszynopis. Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Poznań 2014.

- turnusy typowo rehabilitacyjne powinny być organizowane tylko przez placówki, które posiadają niezbędne wpisy do rejestru organizatorów oraz współpracujące z PFRON, ponieważ dzięki tym rejestrům PFRON dofinansowuje pobyt uczestników i opiekunów. Niebagatelne znaczenie odgrywa również współpraca z innymi stowarzyszeniami i fundacjami,
- należałoby rozgraniczyć turystykę zdrowotną połączoną z terapią zajęciową oraz typową rehabilitację osób niepełnosprawnych. „Każda forma terapii jest dobra, ale pod warunkiem, że przynosi zamierzone efekty w pracy terapeutycznej”,
- każda forma terapii jest równie istotna. Najistotniejszym jest jednak odpowiednie dostosowanie do potrzeb osoby, poddanej tej terapii. Każde gospodarstwo czy inna placówka może, a nawet powinna

wpracować własny markowy produkt, który może dotyczyć terapii, a także oferty żywieniowej,

- wśród form terapii zajęciowej potencjalny produkt markowy stanowi oferta logopedii i muzykoterapii.

Zakończenie i wnioski

Oferta zdrowotna na wsi może być organizowana przez różne podmioty, związane bezpośrednio lub pośrednio z funkcją turystyczno-noclegową. Wśród nich należy wyróżnić gospodarstwa agroturystyczne, w tym gospodarstwa opiekuńcze i specjalistyczne o profilu zdrowotnym (ze zdrową żywnością lub ofertami terapii). Istnieją także inne podmioty, które współpracują z jednostkami zajmującymi się na co dzień osobami z problemami zdrowotnymi (np. PFRON). Do nich należą obiekty o charakterze uzdrowiskowym, pensjonaty i ośrodki wypoczynkowe. Przykładem obiektu o szczególnym charakterze i mocno rozbudowanej ofercie rehabilitacyjno-terapeutycznej jest Dom Wczasów Dziecięcych TPD w Głazie¹¹. Turystyka wiejska i turysta niepełnosprawny w obliczu niekorzystnych trendów demograficznych (starzenie się społeczeństw, zmniejszenie wskaźnika urodzeń, wzrost wskaźnika długowieczności) stają się głównym podmiotem tej oferty w XXI wieku¹².

Wśród podstawowych form terapeutycznych i rehabilitacyjnych realizowanych przez obiekty w ofercie zdrowotnej na wsi, można sklasyfikować przede wszystkim:

- zooterapie, w tym: hipoterapię, dogoterapię, felinoterapię, apiterapię,
- fizjoterapie, w tym: kinezyterapię, hydroterapię, balneoterapię, fizykoterapię,
- terapie zajęciowe, w tym: ergoterapię, socjoterapię, arteterapię itp.;
- terenoterapie, w tym: hortiterapię, sylwanoterapię,
- pozostałe formy turystyczno-rekreacyjne o charakterze zdrowotnym i prozdrowotnym.

Literatura

1. Adamczyk K.: Wieś, jako miejsce życia, pracy i rehabilitacji osób niepełnosprawnych na przykładzie fundacji w Attle, Niemcy [w:] Polskie krajobrazy wiejskie dawne i współczesne. Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego nr 12, Komisja Krajobrazu Kulturowego PTG, Sosnowiec 2009.
2. Czachara J., Krupa J.: Turystyka wiejska formą rekreacji i terapii dla osób niepełnosprawnych w: Turystyka wiejska, ochrona środowiska

¹¹ K. Adamczyk: Wieś, jako miejsce życia, pracy i rehabilitacji osób niepełnosprawnych na przykładzie fundacji w Attle, Niemcy. [w:] Polskie krajobrazy wiejskie dawne i współczesne. Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego nr 12, Komisja Krajobrazu Kulturowego PTG, Sosnowiec 2009, s. 100-108.

¹² J. Czachara, J. Krupa: Turystyka wiejska formą rekreacji i terapii dla osób niepełnosprawnych, 2011, s. 53-63.

- i dziedzictwo kulturowe Pogorza Dynowskiego. Red. naukowa J. Krupa, T. Soliński. Związek Gmin Turystycznych Pogorza Dynowskiego, Dynów 2011.
3. Gospodarstwa opiekuńcze w borach tucholskich a doświadczenie holenderskie, Kujawsko-Pomorski Ośrodek Doradztwa Rolniczego, Minikowo 2014.
 4. <http://powiat-wieruszowski.pl/mapaifoto/mapa/> dostęp z dnia 3.03.2016 r.
 5. <http://www.palac-sokolnik.pogodzinach.net/> dostęp z dnia 3.03.2016 r.
 6. Prochorowicz M., Stankiewicz B.: Turystyka zdrowotna w gospodarstwie agroturystycznym. „Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis – Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin. 2011, Oeconomica” 2011, nr 288 (64).
 7. Przezbórska L., Sznajder M.: Agroturystyka. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.
 8. Smoleńska O.: Uwarunkowania rozwoju oferty gospodarstw agroturystycznych Wielkopolski w aspekcie rekreacji ruchowej, maszynopis. Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Poznań 2014.
 9. www.dwdglaz.com z dnia 02.03.2016 r.
 10. www.galewice.pl, dostęp z dnia 03.03.2016 r.
 11. www.turnusy24.pl dostęp z dnia 02.03.2016 r.
 12. www.wsiodle.lodzkie.pl dostęp z dnia 02.03.2016 r.

Mgr Patrycja Saniewska, Edyta Saniewska, mgr Adam Kopciowski
Warsztat Terapii Zajęciowej JARD w Białymstoku
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Terapia zajęciowa w warunkach wiejskich na przykładzie „Domu Gościnnego” we wsi Dzięciołówka

Occupational therapy in the rural conditions on the example of the guest house in Dzięciołówka village

Streszczenie

Głównym celem opracowania jest zaprezentowanie terapii zajęciowej w warunkach wiejskich podejmowanej przez mieszkańców „Domu Gościnnego” w podlaskiej wsi Dzięciołówka. W opracowaniu wykorzystano wyniki badań ankietowych wśród 28 mieszkańców, przeprowadzonych w lutym 2016 roku. Ich analiza na tle aktualnej literatury pokazała, jak ważnym, pełnym potencjału, ale też nie do końca docenionym elementem szeroko rozumianej rehabilitacji jest terapia zajęciowa podejmowana w atrakcyjnym przyrodniczo miejscu.

Słowa kluczowe: terapia zajęciowa, arteterapia, ergoterapia, socjoterapia, Dom Gościnnie, Dzięciołówka.

Summary

The main purpose of this paper is to present occupational therapy in rural conditions undertaken by residents of the guest house in Dzięciołówka village. The results of a survey conducted in February 2016 were used in the study. Their analysis, on the background of the current literature, has shown how important, full of potential but at the same time not appreciated enough element of the widely understood rehabilitation is occupational therapy undertaken in an attractive natural

Keywords: occupational therapy, art therapy, ergotherapy, sociotherapy, Guest House, Dzięciołówka.

Wstęp

Terapia zajęciowa zyskała zasłużone miejsce w praktyce rehabilitacji i edukacji medycznej na poziomie wyższym i policealnym¹. Stała się przedmiotem naukowego zainteresowania². Istnieją możliwości wykorzystania w turystyce wiejskiej, ukierunkowanej na poprawę zdrowia

¹ J. Rottermund: Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej: podręcznik dla studentów i terapeutów. Wydawnictwo Alfa-Medical Press. Bielko-Biała 2014, s. 14.

² Terapia zajęciowa. Red. naukowa K. Malinowska. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1965, s. 32.

i ogólnej kondycji człowieka. Zdrowotną turystykę wiejską uprawiano już w starożytnej Grecji, kiedy udawano się do atrakcyjnie przyrodniczo usytuowanych Asklepiionów, gdzie przekazujący profesję z ojca na syna, pierwsi lekarze prowadzili pierwszą fizjoterapię, fizykoterapię i terapię zajęciową³.

Obecnie turystyka zdrowotna obejmuje zorganizowane w ramach państwowej opieki zdrowotnej wyjazdy sanatoryjne⁴ oraz prywatne inicjatywy, które oferują komfortowy wypoczynek i regenerację organizmu w środowisku wiejskim. Można zaobserwować coraz częściej pojawiające się na terenach wiejskich nie tylko duże, nowoczesnie wyposażone placówki rehabilitacyjne lub/i opiekuńczo-lecznicze⁵ lecz także ośrodki mniejsze, mające charakter regionalny i kierujące swoją ofertę do osób niepełnosprawnych. Przykładem dostrzeżonym przez polskich badaczy⁶ – takich inicjatyw są gospodarstwa agroturystyczne, odwiedzane w ramach korzystania z różnorodnej i dynamicznie się dziś rozwijającej turystyki wiejskiej⁷ oraz usytuowane na wsiach domy pomocy społecznej.

W niniejszym opracowaniu założono, że terapia zajęciowa jest dla starzejącego się i doświadczającego niepełnosprawności społeczeństwa nieodzownym elementem procesu rehabilitacji i usprawniania w atrakcyjnych poznawczo i ekonomicznie warunkach wiejskich. Jest to również efektowny sposób prowadzenia profilaktyki zaburzeń cywilizacyjnych na tle psychicznym i emocjonalnym, podbudowany naturalnymi metodami terapeutycznymi⁸.

Zadaniem tego opracowania jest przedstawienie profilu „Domu Gościnnego” w podlaskiej wsi Dzięciołówka. W artykule scharakteryzowano cele pobytu i podejmowane przez pensjonariuszy formy aktywności fizycznej, zajęciowej i arteterapeutycznej.

Do zebrania i przygotowania materiału źródłowego wykorzystano badania ankietowe przeprowadzone zgodnie z autorsko opracowanym

³ D. Saniewska: Asklepios, syn Apollona. [w:] *Emocje – Literatura – Medycyna*. Red. naukowa D. Saniewska. Wydawnictwo Libron. Kraków 2015, s. 9-16.

⁴ K. Karbowik.: *Turystyka uzdrowiskowa mieszkańców wsi na przykładzie wybranych uzdrowisk nizinnych*. „Roczniki Naukowe Ekonomii Rolnictwa i Rozwoju Obszarów Wiejskich” 2013, nr 100, z. 3, s. 141-152.

⁵ Za przykład może tu posłużyć sieć Medi-System, dysponująca ośrodkami w mazowieckich wsiach: Majdan (gm. Wiązowna), Bielawa (gm. Konstancin-Jeziorna), Wólka Ostrożeńska (pow. Garwolin); <https://www.medisystem.pl/pl/osrodki/> [dostęp: 13.02.2016 r.].

⁶ M. Prochorowicz: *Działalność gospodarstw agroturystycznych zaangażowanych w obsługę osób niepełnosprawnych*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 53, s. 549-562; , Pochorowicz, B. Stankiewicz: *Turystyka zdrowotna w gospodarstwie agroturystycznym*. „Folia Pomerania Universitatis Technologiae Stetinensis. Oeconomica” 2011, nr 288 (64), s. 125-132.

⁷ J. Czachara: *Turystyka wiejska formą rekreacji i rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Think, WSiZ. Rzeszów 2010, s. 42–48.

⁸ Taką ofertę przygotowało Gospodarstwo agroturystyczne Bora-Zdrój, zob. borazdroj.pl, zakładka „O nas”.

kwestionariuszem. Ankieta została skierowana do podopiecznych Domu Gościnnego przebywających w nim na początku 2016 roku. Uzyskano odpowiedzi od 28 respondentów. Jako uzupełnienie potraktowano wywiady z pracownikami placówki.

Charakterystyka „Domu Gościnnego” we wsi Dzieciolówka i prowadzonej tam terapii zajęciowej

Dzieciolówka to mała wieś położona w środkowej części województwa podlaskiego, w powiecie sokólskim, w gminie Korycin, zamieszkała przez 21 mieszkańców zajmujących 9 domów, w tym 4 małe gospodarstwa. Teren gminy Korycin jest ulokowany w przyrodniczo atrakcyjnym regionie, jakim są Zielone Płuca Polski, między Puszczą Knyszyńską a Biebrzańskim Parkiem Narodowym, w pobliżu rzek Kumiałka i Brzozówka.

Jak głoszą lokalne opowieści z powstaniem wsi wiąże się legenda o handlarzu wiozącym w klatkach ptaki na targ; na pobliskim mostku doszło do niegroźnego wypadku – odpadło koło wozu i otworzyły się klatki z dzięciołami, które osiedliły się wokół. Jest to potencjał niewykorzystany dla budowania wizerunku placówki.



Fotografia 1. Dzieciolówka
Źródło: materiały własne.

Według opisu właścicielki „Domu Gościnnego” wieś znajduje się 3 km od drogi głównej, 5 km od najbliższej gminnej miejscowości – Korycin, 30 km od miasta – Białystok. „Dom Gościnny” mieści się na końcu wsi w starej, nieczynnej od lat szkole zwanej „tysiąclatką”, w pobliżu zalewu i starego wiatraka.

„Dom Gościnny” jest przykładem nowoczesnej pomocy społecznej, która stanowi nierozłączną część współczesnego zabezpieczenia społecznego. Jej misją jest zapewnienie świadczeń, które mają na celu zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych, zdrowotnych

i społecznych dla osób, grup czy też społeczności⁹, które z różnych powodów nie są w stanie ich samodzielnie zaspokoić¹⁰. Placówka świadczy całodobowe usługi: pobytowe i wspomagające, edukacyjne, opiekuńcze, terapeutyczne – uwzględniające bio-psycho-fizyczne możliwości, potrzeby i zainteresowania mieszkańców¹¹.

Ośrodek prowadzi działalność gospodarczą (zarejestrowaną w Urzędzie Miejskim i Statystycznym, pod numerem PKD-8790 Z) zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku, rozdz. 3, art. 67, w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Na prowadzenie działalności w Działcicach zgodę wyraził wojewoda podlaski.

Pod względem formalno-prawnym „Dom Gościnny” jest spółką cywilną. Silna więź między właścicielami obiektu przekłada się na jakość prowadzonej działalności¹². Mieszkańcy ośrodka to jak jedna duża rodzina, otoczona opieką, wsparciem, zrozumieniem i zapewnionym bezpieczeństwem jej członków. Są to elementy ważne dla podniesienia jakości życia osób starszych i chorych¹³.

„Dom Gościnny” rozpoczął swą działalność w 1996 roku jako pensjonat, organizujący przejściową pomoc dla osób oczekujących na miejsce w domu pomocy społecznej. Początki działalności ośrodka nie należały do najłatwiejszych, a właścicielki spotkały się ze sprzeciwem ze strony lokalnej społeczności, którą należało przekonać do zaaprobowania idei funkcjonowania „prywatnego domu” opieki. Przez pół roku Dom świadczył usługi dla 3 seniorów. Według właścicielek od 2000 roku zauważalny jest wzrost zainteresowania usługami opiekuńczymi dla osób ze schorzeniami psychicznymi i osób starzejących się¹⁴.

„Dom Gościnny” (w skrócie „DG”) ze względu na brak windy zyskał zezwolenie na prowadzenie placówki na czas określony, do 31.12.2010 roku. Od 01.01.2011 roku „DG” posiada zezwolenie na czas nieokreślony na

⁹ A. Marzec, M. Muszalik, K. Kędziora-Kornatowska, I. Grzeszak: Problem zabezpieczenia świadczeń terapeutycznych i pielęgnacyjnych dla pacjentów w starszym wieku. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007, s. 411-421.

¹⁰ Z. Grabusińska.: Współczesne domy pomocy społecznej. „Pracownik Socjalny” 2007, nr 9, s. 10.

¹¹ Regulamin Organizacyjny Domu Gościnnego, materiały właścicielek.

¹² Zob. D. Kilańska: Właściwe środowisko pracy: jakość warunków pracy = jakość opieki. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II. Red. naukowa E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007, s. 227-232.

¹³ Por. M. Loda, M. Muszalik: Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Praca, dz. cyt., s. 385-392.

¹⁴ K. Tumiel, M. Sierakowska, H. Doroszkiewicz, E. Krajewska-Kułak.: Problemy i potrzeby starzejącego się środowiska wiejskiego. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I., dz. cyt., s. 422-434.

prowadzenie placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, a także wpis do Rejestru Wojewody. W chwili obecnej placówka ma pozwolenie na świadczenie usług dla 28 pensjonariuszy. Jest to ośrodek prywatny, nie otrzymuje żadnych dotacji. Utrzymuje się ze środków własnych.

Personel placówki stanowi 10 osób (opiekunowie chorych, terapeuci zajęciowi), w tym 2 osoby niepełnosprawne (na stanowiskach: pracownik gospodarczy i pokojowa). Placówka jest w stałym kontakcie z personelem medycznym: lekarz psychiatra, lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa pozostają do dyspozycji mieszkańców.

W chwili obecnej w „Domu Gościnnym” przebywa 28 kuracjuszy. Są to osoby z zaburzeniami psychicznymi, ze schizofrenią, chorobą Alzheimera, epilepsją, demencją, otępieniem, płasawicą i innymi. „Dom Gościnnym” jest ponadto otwarty dla wszystkich potrzebujących schronienia: dla matek z dziećmi uciekającymi od przemocy domowej, dla kobiet w ciąży, dla chorych psychicznie, alkoholików, osób samotnych. Odzwierciedleniem tego są wypowiedzi mieszkańców: „Uciekłam od samotności”; „Tu nie jestem sama i będę dłużej żyć”; „Tu wypoczywam i nie jestem sama”; „To mój drugi dom, chociaż pierwszego już nie pamiętam”; „Muszę tu być bo nie mam domu”; „Jest to mój drugi dom”¹⁵. Regulamin organizacyjny „D.G.” przewiduje możliwość dożywotniego pobytu oraz zapewnienie sprawienia pogrzebu i umożliwienie odwiedzania grobu.

Ośrodek w Dzieciołowce zapewnia swoim pensjonariuszom bogatą ofertę z zakresu terapii zajęciowej, w ramach której szczególnym powodzeniem cieszy się arteterapia¹⁶. Występują tu wszystkie rodzaje terapii zajęciowej, w czasie której jest możliwość korzystania z większości zalecanych przez metodyków technik.

Przedstawiają to poniższe usystematyzowane tabele.

¹⁵ Materiały ankietowe (w posiadaniu autorów artykułu).

¹⁶ O jej terapeutycznym znaczeniu zob. Szulc W.: Sztuka w służbie medycyny: od antyku do współczesności. Akademia Muzyczna. Poznań 2001.

Tabela 1. Arteterapia

| | |
|----------------------------|--|
| Rysunek | rysowanie kredkami ołówkowymi, świecowymi, pastelami, ołówkiem, kredą, węglem, |
| Malarstwo | malowanie farbami plakatowymi, akwarelą, akrylowymi, witrażowymi, olejnymi, do szkła, farbami window collors, |
| Rzeźba | masy plastyczne- masa solna, masa gipsowa, glina, modelina, plastelina, masa papierowa, wosk, papier Marche; rzeźbienie w drewnie aniołów; papiero-plastyka- tworzenie orgiami, |
| Grafika | drzeworyt, druk strukturalny, |
| Filmoterapia | oglądanie telewizji, projekcja filmów i dyskusja po niej, nagrywanie filmów, |
| Sztuki użytkowe | Witraż- na okna, drzwi, butelki; fotografowanie; tworzenie plakatów, okładek, opakowań; collage- wycinanie, wyklejanie, wydzieranie z papieru i tworzenie pracy łączonej różnymi technikami plastycznymi, |
| Teatroterapia | zajęcia małych form teatralnych (kukielki, żywe słowo, mini music, Seniorada wiedeńska); przedstawianie jasełek; pokazy przedstawień dla dzieci w szkole i przedszkolach; drama; pantomima (scenki pantomimiczne); wyjazdy do teatru i opery; oglądanie spektakli; uczestnictwo w Małym Uniwersytecie III wieku (wybór Rady Uczelnianej i Rektora, tworzenie kroniki), |
| Zdobnictwo i dekoratorstwo | ikebana- układanie okolicznościowych kompozycji z suszonych i żywych kwiatów, roślin, owoców oraz darów natury, np. kory drzewa, szyszek, mchu, muszli, drewna, piór itp.; kompozycje w wazonie, w ramach obrazów, koszykach; dekoracje- ścian w pomieszczeniach domu, okolicznościowe, na konkursy, świąteczne, tworzenie stroików świątecznych; wycinane ozdób z papieru z okazji świąt i uroczystości; zdobienie przedmiotów, np. ramek, kamieni, butów; decoupage- zdobienie butelek, butów, skrzynek, |
| Muzykoterapia | muzykoterapia bierna- słuchanie radia, słuchanie różnego rodzaju muzyki, relaksacja; muzykoterapia czynna- śpiewanie nowych piosenek, śpiewanie utworów znanych i lubianych, popularnych ludowych czy biesiadnych; udział w przeglądach pieśni, |
| Choreoterapia | elementy tańca; ćwiczenia muzyczno-ruchowe; improwizacje ruchowe przy muzyce, |
| Biblioterapia | głośne czytanie fragmentów lub całości książek, dyskusja po przeczytaniu; słuchanie tekstów biblioterapeutycznych; przekształcanie tekstów do własnych potrzeb; funkcjonowanie i opiekowanie się biblioteką filii biblioteki z Korycina; wieczory poezji; opracowanie „Modlitwy Dzięciołówki”. |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Ergoterapia

| | | |
|-------------|------------------------|--|
| ERGOTERAPIA | Dziewiarstwo | szydełkowanie; robienie na drutach, |
| | Hafciarstwo | koronkarstwo, |
| | Tkactwo | tkanie na krośnie, na ramkach; wyplatanie makram, breloczków, |
| | Wikliniarstwo | plecenie różnorodnych przedmiotów z papierowej wikliny, np. koszyki, truskawki; -plecenie koszy ze słomy, |
| | Krawiectwo | szycie rzeczy użytkowych, w tym przebrań; szycie zabawek i kukielek; reperowanie odzieży; szycie przedmiotów z filcu, |
| | Kaletnictwo | tworzenie obrazów ze skóry, |
| | Metaloplastyka | wyroby z drutu- np. świeczniki, breloczki, drzewka szczęścia; wyroby z metalu – np. znaczki, godła, medale, obrazy, |
| | Stolarstwo | prace w drewnie np. płaskorzeźby, rzeźby, domki, aniołki, wiatraki, |
| | Ogrodnictwo | prace ogrodnicze i porządkowe np. sianie warzyw, rabatów kwiatowych, ziół i łączki truskawkowej, sadzenie, kopanie, sianie; dbanie o altanki, kwietniki, oranżerię, szklarnię, |
| | Garncarstwo i ceramika | wyrabianie garnków i siwaków z gliny; tworzenie przedmiotów ceramicznych. |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Socjoterapia

| | | |
|--------------|----------------------------------|--|
| SOCJOTERAPIA | Ludoterapia | gry planszowe; gry w karty; gry w szachy, |
| | Terapia ruchem | ćwiczenia ogólnousprawniające, oddechowe, poranne, w pracowni fitness; gry i zabawy ruchowe na świeżym powietrzu (Turniej piłki nożnej); nauka czynności życia codziennego: trening samoobsługi, trening kulinarny, trening ekonomiczny, trening zachowania się, |
| | Trening umiejętności społecznych | treningi: nawiązywania relacji, prowadzenia rozmowy i podtrzymywania kontaktów, inicjowania rozmowy, aktywnego słuchania, dyskusowania, asertywności, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z emocjami, |
| | Rekreacja | silwoterapia (oddziaływanie pięknem przyrody, terapia przez spacerowanie po lesie); wieczorki taneczne; zabawy i gry zespołowe (turniej piłki nożnej); zwiedzanie miejsc- w tym wyjazdy na występy artystyczne, zawody sportowe, oglądanie rezultatów pracy podczas wystaw; wyjazdy pielgrzymkowe, artystyczne, kulturalne, turystyczne. |

Źródło: opracowanie własne.

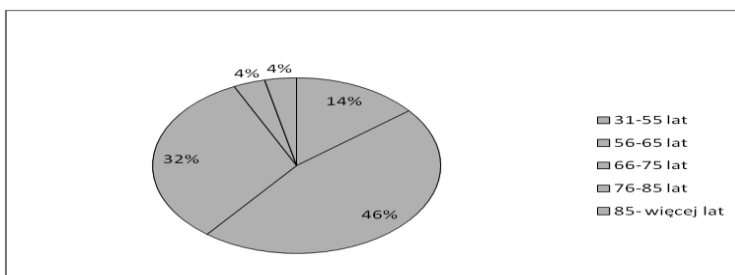
Od 6 lat w ramach terapii zajęciowej funkcjonuje całoroczna „Tematyczna Wioska Truskawkowa” dla seniorów, która organizuje:

- truskawkowe SPA,
- warzelnię truskawkową,
- modę truskawkową,
- happening sztuki związanej z truskawką,
- galerię sztuki truskawkowej,
- truskawkową ścieżkę zdrowia,
- łączkę truskawkową wraz z zegarem słonecznym w kształcie truskawki,
- dyscypliny sportowe związane z truskawką: narty truskawkowe, rzut do celu truskawką.

Uwagę należy też zwrócić na animaloterapię. Przy „D.G.” funkcjonuje mini zoo, w skład którego wchodzi: kucyki, pawie, króliki, gołębie, psy. Podopieczni uczą się doglądać, pilnować i karmić swoje zwierzęta. W ten sposób każdy mieszkaniec czuje się potrzebny i wazy – od niego zależy inne życie. „Dom Gościnny” w Dzieciolówce wraz z mieszkańcami dba o przyrodę, otaczające środowisko, utrzymuje porządek i harmonię. Efektem tej ciężkiej pracy są: Certyfikat czysta turystyka i Certyfikat przyjazny rowerom.

Profil pensjonariuszy „Domu Gościnnego” w Dzieciolówce

Wśród 28 pensjonariuszy, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, było 12 kobiet i 16 mężczyzn. Najwięcej osób reprezentowało przedział wiekowy 56-65 lat (46,43%) oraz 66-75 lat (32,15%). Osób w wieku produkcyjnym 31-55 lat było 14%. Wynika z tego, że popyt na usługi Domu jest skierowany przede wszystkim do osób starszych.



Wykres 1. Wiek pensjonariuszy

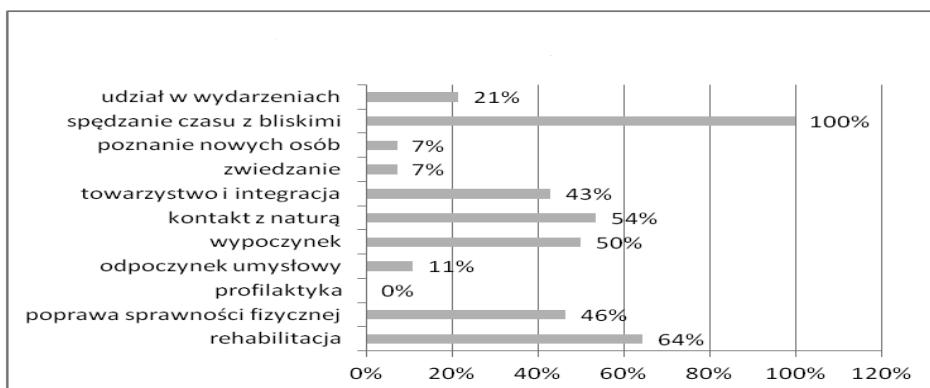
Źródło: opracowanie własne.

Wszyscy kuracjusze przebywają i doceniają warunki wiejskiego życia, choć ich pochodzenie było różne. Osoby pochodzące z miasta stanowiły 71,43%, zaś ze wsi 28,58%. Placówka jest otwarta zarówno na ludzi pochodzenia wiejskiego, jak i miejskiego.

Wykształcenie podopiecznych przedstawia się w sposób zróżnicowany. Dało się zaobserwować, że największy odsetek respondentów

ma wykształcenie średnie 53,58%, wykształcenie podstawowe 25%, zaś wyższe – 21,43%.

Wszyscy ankietowani zgodnie stwierdzili, że główny cel przyjazdu i pobytu w „D.G.” to spędzanie czasu z bliskimi osobami. Równie ważna okazała się rehabilitacja (64%), a także kontakt z naturą (54%) oraz wypoczynek (50%). Podopieczni cenią sobie odpoczynek na łonie natury wraz z najbliższymi osobami, co wskazuje na silną potrzebę afiliacji. Najbardziej wskazywanym celem było zwiedzanie i poznawanie nowych osób czy miejsc. Uzasadnieniem tego faktu jest specyfika wiejskiego życia – w małej i nielicznej wsi wszyscy sąsiedzi znają się i uciekają na wieś od zgiełku miejskiej codzienności. Nie było odpowiedzi, że celem pobytu w „D.G.” jest profilaktyka.



Wykres 2. Cel podróży i pobytu [dane w %]

Źródło: opracowanie własne.

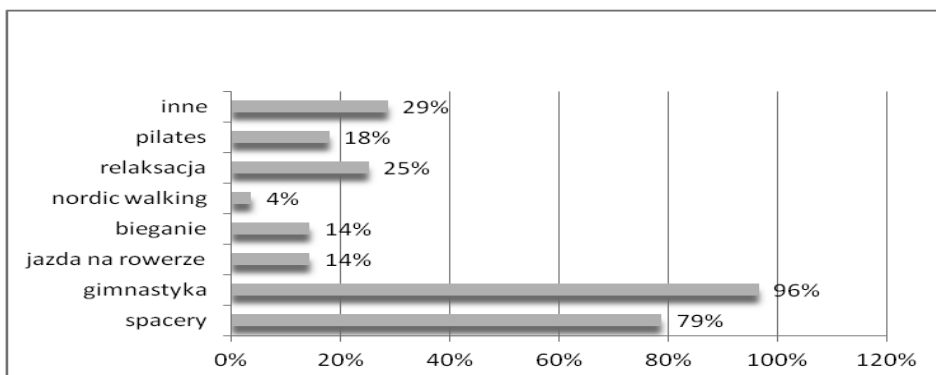
Jako główne formy aktywności pensjonariusze najczęściej podawali gimnastykę (96%) oraz spacer (79%). Aktywność fizyczna wpływa na zdrowie i przebieg starzenia się organizmu, jest też jednym z zalecanych sposobów opóźniania pojawiania się charakterystycznych dla tego okresu dysfunkcji¹⁷. W tym sensie, choć sami pensjonariusze ten aspekt pominęli, pobyt w ośrodku ma jednak charakter profilaktyczny¹⁸.

Wśród innych aktywności podano znane w środowisku osób niepełnosprawnych turnieje piłki nożnej (21%) oraz malarstwo (7%). Twórczość na zewnątrz w bezpośrednim kontakcie z naturą ułatwiają zrozumieć otaczający świat, zaobserwować zmiany, które w nim zachodzą, dostrzec jego piękno i przede wszystkim wyciszyć się. Nie było wskazań aktywności takich jak: tenis stołowy, taniec, pływanie, tenis ziemny, biegi narciarskie czy joga – te właściwe są innym typom środowisk (górskie,

¹⁷ A. Ciosek: Starość i starzenie się człowieka w aspekcie bio-psycho-społecznym. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I., dz. cyt., s. 365-376.

¹⁸ A. Polak: Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I., dz. cyt., s. 376-384.

miejskie) i innym typom organizacji terapii zajęciowej i rehabilitacji – na przykład w warunkach sanatoryjnych.



Wykres 3. Formy aktywności [dane w %]

Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym elementem badania ankietowego było stworzenie subiektywnej oceny placówki. W tabeli zaprezentowano ocenę poszczególnych elementów pobytu w „Domu Gościnnym”.

Tabela 4. Ocena poszczególnych elementów pobytu w „Domu Gościnnym”

| Cecha | Ocena | | | | | | | | | | suma |
|--------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|------|
| | 0,5 | 1 | 1,5 | 2 | 2,5 | 3 | 3,5 | 4 | 4,5 | 5 | |
| Profesjonalizm personelu | | | | | | | | | 7% | 93% | 100% |
| Walory wypoczynku | | | | | | | | 7% | 72% | 21% | 100% |
| Gastronomia | | | | | | | | | 14% | 86% | 100% |
| Atrakcje przyrodnicze | | | | | | 7% | 21% | 32% | 36% | 4% | 100% |
| Dojazd | 28% | 68% | 4% | | | | | | | | 100% |
| Baza towarzysząca | | | | 11% | | 3% | 14% | 43% | 25% | 4% | 100% |
| Urządzenia sportowe | | | | | | | | 21% | 54% | 25% | 100% |
| Komunikacja wewnętrzna | | | | | | | 3% | 25% | 61% | 11% | 100% |
| Informacja turystyczna | 4% | 21% | 36% | 21% | 11% | 7% | | | | | 100% |
| Obiekty zabawkowe | 3% | 32% | 18% | 4% | | 7% | 18% | 18% | | | 100% |
| Zaplecze kulturalne | 10% | 61% | 18% | 11% | | | | | | | 100% |

Źródło: opracowanie własne.

Oceniając elementy pobytu, kuracjusze docenili profesjonalizm personelu (ocena powyżej 4,5). W pracy z drugim człowiekiem zwraca się na to dużą uwagę. Ankietowani wysoko ocenili również walory wypoczynku,

gastronomię (zdrowe, domowe jedzenie, opracowane według zaleceń i konsultacji dietetycznych), urządzenia sportowe oraz komunikację wewnętrzną.

Mieszkańcy wsi rzadziej zwracali uwagę na atrakcje przyrodnicze, dojazd (*daleko od szosy*), informację turystyczną i zaplecze kulturalne. A jednak warto wspomnieć o cyklicznych imprezach w gminie Korycin, w których mogą uczestniczyć podopieczni „D.G.”:

- Otwarty Przegląd działalności teatralnej dzieci i młodzieży w ramach obchodów Dni Teatru (17-18 marca),
- AGROBIESIADA – ogólnopolskie Targi rolnicze i ogrodnicze w Korycinie (24 kwietnia),
- Półmaraton Mleczny Korycin- Janów- Korycin (5 czerwca),
- Ogólnopolskie Dni Truskawki w Korycinie (26 czerwca),
- Dni Korycina i święto sera (14 sierpnia),
- Podlaskie święto Rolnika w Korycinie (28 sierpnia)¹⁹.

Więszą różnorodność można zaobserwować w następujących ocenach: baza towarzysząca oraz obiekty zabytkowe.

Zakończenie i wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

- podopieczni przebywający w „Domu Gościnnym” w Dzieciołowie to przeważnie osoby starsze, które ze względu na swój stan bio-psycho-społeczny nie są w stanie w pełni wykorzystać dynamicznej oferty turystycznej w warunkach sanatoryjnych. Jej wiejska odmiana ukierunkowana na rehabilitację i adekwatną do możliwości terapię zajęciową w pełni odpowiada profilowi pensjonariuszy.
- dla podopiecznych „Domu Gościnnego” głównym celem wyjazdu i pobytu w placówce była rehabilitacja, kontakt z naturą i wypoczynek. Odnotowano, iż wielu mieszkańców lubi miejsce, w którym obecnie przebywa i chce tu pozostać. W przyszłości perspektywę rozwoju dla Domu może być nawiązanie współpracy i rozszerzenie oferty pobytu o konsultacje lekarza geriatry, fizjoterapeuty, psychologa.
- ze względu na wiek podopiecznych stosuje się główne formy aktywności o umiarkowanym wysiłku fizycznym np. gimnastyka i spacer, dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów,
- badani kuracjusze dużą uwagę przywiązywali do profesjonalizmu personelu, walorów wypoczynku, gastronomii, urządzeń sportowych oraz komunikacji wewnętrznej. Ciekawą sugestią mogłoby być rozwinięcie informacji turystycznej przez stworzenie strony internetowej bądź profilu w serwisie społecznościowym, dzięki

¹⁹ <http://nowa.korycin.pl> [dostęp: 12.02.2016 r.].

czemu ośrodek stałby się w środowisku i branży coraz bardziej „rozpoznawalny”

- podjęto działania w celu budowania pozytywnego wizerunku placówek medycznych²⁰ i prowadzenia polityki marketingowej²¹, zgodnie z zasadą „W opiece zdrowotnej ofertą usługową jest deklaracja (identyfikowana z konkretną osobą wykonawcy) gotowości i chęci redukcji poczucia niepewności pacjenta w obszarze jego zdrowia”²².

„Dom Gościnny” stwarza właściwe warunki dla osób niepełnosprawnych, chorych i potrzebujących pomocy bliskich lub innych osób. Cytaty z wypowiedzi respondentów odzwierciedlają model tutejszego życia: Cisza, spokój, a jednak wesoło; Jako kaleka znalazłem spokój i dobrze mi; Pomimo choroby jest mi tu dobrze; Cisza i spokój pomaga mi w chorobie; Potrzebuję pomocy na co dzień; Mam możliwość pomimo choroby realizować swoje marzenia i pasje²³.

Literatura

1. Ciosek A.: Starość i starzenie się człowieka w aspekcie bio-psycho-społecznym. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
2. Czachara J.: Turystyka wiejska formą rekreacji i rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych. Wyd. Think, WSiZ. Rzeszów 2010.
3. Grabusińska Z.: Współczesne domy pomocy społecznej. „Pracownik Socjalny” 2007, nr 10.
4. Jaksz-Recmanik E.: Opinie pensjonariuszy Domu Opieki „Samarytanin” na temat terapii zajęciowej i jej wpływu na ich sprawność funkcjonalną. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
5. Jopkiewicz S.: Funkcja wizerunku i tożsamości placówki medycznej w komunikacji marketingowej. „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae. Rok 15” 2011, nr 2.

²⁰ E. Kemicer-Chmielewska, B. Karkiewicz.: Kształtowanie wizerunku placówek ochrony zdrowia na rynku usług medycznych. „Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej Szczecinie” 2010, nr 56, z. 2, s. 114-117.

²¹ S. Jopkiewicz: Funkcja wizerunku i tożsamości placówki medycznej w komunikacji marketingowej. „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae. Rok 15” 2011, nr 2, s. 217-139.

²² A. Styś, J. Olearnik: Usługi w rozwoju społeczno-gospodarczym. Wydawnictwo PWE. Warszawa 1989, s. 131.

²³ Materiały ankietowe.

6. Kemicer-Chmielewska E., Karkiewicz B.: Kształtowanie wizerunku placówek ochrony zdrowia na rynku usług medycznych. „Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej Szczecinie” 2010, nr 56, z. 2.
7. Kilańska D.: Właściwe środowisko pracy: jakość warunków pracy = jakość opieki. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II. Red. naukowa E. Krajewska-Kułąk, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
8. Kloza E. M.: Działalność Domu Gościnnego w Dzieciolówce w perspektywy seniorów wymagających opieki i wsparcia. Praca dyplomowa obroniona na kierunku Profesjonalista przyszłości w zakresie gerontologii w Górnośląskiej Wyższej Szkole Pedagogicznej im. Kardynała Augusta Hłonda w Mysłowicach. Mysłowice 2012 r.
9. Kloza E. M.: Zarządzanie prywatną placówką opiekuńczą- punkty krytyczne na przykładzie Domu Gościnnego. Praca zaliczeniowa napisane w Instytucie Rozwoju Służb Społecznych. Białobrzegi 2008.
10. Loda M., Muszalik M. Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułąk, M. Szczepańskiego, C. Łukaszuk, J. Lewko, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
11. Marzec A., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Grzeszak I.: Problem zabezpieczenia świadczeń terapeutycznych i pielęgnacyjnych dla pacjentów w starszym wieku. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułąk, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
12. Ostrowska S.: SPMZPOZ w Sanoku – kształtowanie wizerunku podmiotu działalności leczniczej. „Studia Ekonomiczne. Public relations: doskonalenie procesu komunikowania w przestrzeni publiczne” 2014, nr 185.
13. Polak A.: Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułąk, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
14. Regulamin Organizacyjny Domu Gościnnego.
15. Saniewska D.: Asklepios, syn Apollona. [w:] Emocje – Literatura – Medycyna. Red. naukowa D. Saniewska. Wyd. Libron. Kraków 2015.
16. Styś A., Olearnik J.: Usługi w rozwoju społeczno-gospodarczym. Wyd. PWE. Warszawa 1989.

17. Szulc W.: Sztuka w służbie medycyny: od antyku do współczesności. Akademia Muzyczna. Poznań 2001.
18. Tumił K., Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Krajewska-Kułak E.: Problemy i potrzeby starzejącego się środowiska wiejskiego. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Red. naukowa E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2007.
19. <http://nowa.korycin.pl> [dostęp: 12.02.2016 r.].
20. <https://www.medisystem.pl/pl/osrodki> [dostęp: 13.02.2016 r.].

Doc. dr Sofiia Sokolova

Narodowy Uniwersytet Pedagogiczny im. M. P. Dragomanowa w Kijowie

Zastosowanie aktywnej biblioterapii w ramach kulturowo-zdrowotnej turystyki na wsi

The use of bibliotherapy in the active part of the cultural and health tourism in the countryside

Streszczenie

W artykule przedstawiono podstawy teoretyczne i przykład praktycznego zastosowania biblioterapii jako jednej z efektywnych metod terapii zajęciowej, realizowanej w ramach turystyki kulturowo-zdrowotnej na wsi. W opracowaniu zaprezentowano cele, funkcje i formy biblioterapii. Opisano również pojęcie stresu jako przedmiotu terapii. Szczególną uwagę w artykule poświęcono psycho-emocjonalnej charakterystyce stresu. Określono podstawy turystyki kulturowo-zdrowotnej w środowisku wiejskim jako zasobu antystresowego. Przedstawiono przykład zajęć biblioterapeutycznych z elementem arteterapeutycznym – przygotowanie ukraińskiej świątecznej dekoracji ludowej „Pająk Bożenarodzeniowy”.

Słowa kluczowe: biblioterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia, turystyka kulturowa, stres.

Summary

The article presents the theoretical basis and practical example of the use of bibliotherapy as one of the effective methods of occupational therapy in the cultural and health tourism in the countryside. The Author has presented the objectives, functions and forms of bibliotherapy and describes the concept of stress as the subject of therapy, special attention in the article devoted to psycho-emotional stress. It sets out the foundation of cultural tourism in the countryside as a anti-stress resource. An example of classes bibliotherapeutic with the art therapy element - preparing Ukrainian Christmas decoration folk "Christmas Spider".

Keywords: bibliotherapy, occupational therapy, psychotherapy, cultural tourism, stress.

Wstęp

Jednym z niepożądanych skutków intensywnego rytmu życia w nowoczesnym społeczeństwie miejskim jest zwiększenie stresu i zmęczenia. Dotyczy to wielu osób. Nie wszyscy mogą pochwalić się stabilnością psychiki, brakiem negatywnych emocji i stałym opanowaniem.

Utrata równowagi psychicznej, niepokój, nuda, niezadowolenie z siebie i swojego życia, spadek wydajności zawodowej jest dobrze znany

wielu mieszkańcom dużych aglomeracji. Dlatego terapia antystresowa powinna być jednym z najważniejszych elementów życia. Skutecznym rodzajem usprawniania antystresowego organizmu jest biblioterapia, realizowana w ramach turystyki wiejskiej. Można wyróżnić następujące funkcje biblioterapii:

- rekreacyjna – tworzenie warunków, w których człowiek może odprężyć się, oderwać się od codziennych problemów,
- edukacyjna – rozwijanie wiedzy,
- korekcyjna – przekształcenie dotychczasowych mechanizmów i struktur w bardziej sprawne i skuteczne rozwiązania.

Celem opracowania jest próba analizy teoretycznej i prezentacja praktycznego zastosowania biblioterapii podczas prowadzenia turystyki kulturowo-zdrowotnej na wsi. Przyjęto hipotezę badawczą głoszącą, że zastosowanie aktywnej biblioterapii w ramach turystyki kulturowo-zdrowotnej daje pozytywne wyniki zarówno dla rozwoju edukacyjno-kulturalnego jednostki, jak też w działalności terapeutycznej, uwalniającej człowieka od stresujących warunków życia.

W toku realizacji celów badawczych wykorzystano metodę studiów literaturowych w opisanu zajęć biblioterapeutycznych z elementem arteterapeutycznym. Wykorzystano też materiały z własnej działalności pedagogicznej.

Teoretyczne zasady biblioterapii

Biblioterapia, jako forma terapii zajęciowej, czyli jedna z form rehabilitacji (usprawniania) organizmu ludzkiego posiada pozytywne skutki antystresowe, co objawia się przez czytanie i przetwarzanie literatury. Wykorzystuje ona podstawowe komponenty oddziaływań na aktywność psychiczną, a jednocześnie odwołuje się do potrzeb estetycznych i do możliwości dokonywania wyborów przez uczestnika zajęć. Terapia postrzegana jest jako sposób leczenia bez użycia środków farmakologicznych lub ingerencji chirurgicznej wobec osób, które źle się czują pod względem psychicznym i fizycznym i są niedostosowane społecznie¹.

Doświadczenie wskazuje, że książka pozwala zapomnieć o bieżących problemach osobistych i społecznych, w tym zawodowych, troskach, niepowodzeniach i sytuacjach stresowych. Czytanie to forma rekreacji, sposób na poszerzenie zasobu słownictwa, rozwój intelektualny i kształtowanie umiejętności dyskusowania².

Biblioterapia to proces terapeutyczny, w którym odpowiednio dobrane i wyselekcjonowane materiały czytelnicze stosuje się jako środek wspierający proces leczniczy i dydaktyczno-wychowawczy. Historia

¹ W. Szulc: Sztuka i terapia. Centrum Metodyczne Szkolenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Metodycznego, Warszawa 1993.

² E. Baum: Terapia zajęciowa. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009, s. 48-49.

biblioterapii sięga czasów starożytnych. W egipskich Tebach nad drzwiami biblioteki widniał napis „Psyches latreion”, co znaczy „Lecznica dla duszy”³. W 1272 roku w szpitalu Al-Mansur w Kairze stosowano czytanie Koranu w ramach terapii, a w Europie w XVIII wieku włączono pobożne teksty do programów leczenia psychicznie chorych. W 1802 roku Benjamin Rush zalecał czytanie książek świeckich w celach terapeutycznych⁴.

Podstawowymi opracowaniami w biblioterapii są prace V. Rożnowa (koncepcja emocjonalno-stresowej psychoterapii), I. Welwowskiego, S. Freuda, V. Bechtereva, I. Platonova. Biblioterapią w różnych okresach zajmowali się także Y. Dreszer, O. Kabaczek, I. Kazarinowa, B. Krejdenko, B. Simonov, R. Skaller.

Biblioterapia należy do metod pedagogiki specjalnej i polega na praktycznym wykorzystaniu literatury (poezji, pamiętników, dzienników, scenariuszy) w działalności terapeutycznej. Realizowana jest przez czytanie i przetwarzanie literatury. Jak podaje W. Szulc, biblioterapia stanowi także „metodę wykorzystywania utworów literatury do rozwiązania problemów emocjonalnych bądź egzystencjonalnych pod opieką terapeuty”⁵. Zagadnienia związane z biblioterapią są bardzo często poruszane przez lekarzy, pedagogów, psychologów i bibliotekarzy. Istnieją trzy rodzaje biblioterapii: instytucjonalna, kliniczna i wychowawcza. Czytanie nie jest metodą terapeutyczną, gdyż nie określa celów. W biblioterapii, w odróżnieniu do czytelnictwa, mamy do czynienia z relacją terapeuta – uczestnika procesu terapeutycznego.

E. Baum wyróżnia następujące cele biblioterapii: zmianę nastroju, pobudzenie wyobraźni, rozwój potrzeby czytania, rozwój procesów poznawczych, kształtowanie postawy moralnej i prospołecznej, racjonalne zagospodarowanie czasu wolnego, wyrównywanie poziomu kulturowego, budowanie poczucia ładu i piękna, pokonanie poczucia samotności i izolacji społecznej, wzmocnienie wiary we własne możliwości, redukcję stresu będącego następstwem choroby, hospitalizacji czy niepełnosprawności lub innej sytuacji trudnej⁶.

Najważniejszymi celami biblioterapii są:

- udzielenie czytelnikowi informacji o problemach,
- pomoc w zrozumieniu istoty tych problemów,
- omówienie nowych wartości, postaw i zachowań (działań),
- przekazywanie wiedzy o tym, że inni ludzie również doświadczyli podobnych problemów i w jaki sposób mogli rozwiązać te problemy.

Metoda biblioterapii realizowana jest przez następujące formy: inscenizację i ilustrowanie bajek oraz utworów literackich, czytanie

³ Biblioterapia w praktyce: poradnik dla nauczycieli, wychowawców i terapeutów. Red. naukowa E. J. Konieczna. Kraków 2005.

⁴ Historia biblioterapii: <http://teresasturgulewska.blogspot.com/2008/01/historia-biblioterapii.html>.

⁵ E. Baum: Terapia zajęciowa. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009, s. 48.

⁶ Tamże.

z podziałem na role, pamiętnikarstwo, w tym indywidualne lub wspólne czytanie fragmentów wspomnień oraz dyskusję w grupie. Aktywność artystyczna, bądź obiekt artystyczny nigdy nie stanowią celu, lecz są jedynie środkiem do osiągnięcia korzystnej zmiany. Odpowiednio pokierowany proces twórczy sam w sobie może być narzędziem terapeutycznym. I. Gładyszewska-Cylulko⁷ odróżnia taką terapię od edukacji artystycznej czy nauczania artystycznego.

Można wyróżnić dwie formy biblioterapii: audytoryjna – bierna i uczestnicząca – aktywna⁸. Forma bierna występuje wówczas, gdy uczestnicy słuchają narracji, a opiekun – terapeuta czyta głośno fragmenty prozy, poezji lub artykuły z prasy bieżącej. Tematyka powinna być odpowiednio dobrana do wieku i możliwości słuchających oraz do ich zainteresowań. Natomiast forma aktywna wyraża się w dyskusji czytelnicy oraz w inscenizacji utworów literackich.

Można wyszczególnić następujące etapy procesu biblioterapeutycznego:

- określenie diagnozy funkcjonalnej i celu ogólnego terapii – czyli rozpoznanie problemów,
- planowanie celów indywidualnych i szczegółowych,
- planowanie celów grupowych,
- dobór literatury,
- realizacja,
- modyfikacja,
- ewaluacja.

Stres jako przedmiot terapii

Pojęcie stresu zostało wprowadzone przez Hansa Hugona Selye'a w latach 30-tych XX wieku. Jednak rozpowszechnienie tej kategorii nastąpiło na początku lat 80-tych ubiegłego wieku.

Stres stanowi dynamiczną relację adaptacyjną pomiędzy możliwościami jednostki, a wymogami sytuacji (stresorem). Charakteryzuje się brakiem równowagi psychicznej, fizycznej i społecznej. Bodziec staje się stresorem z powodu interpretacji poznawczej. Brane są pod uwagę wartości, które przypisuje się temu bodźcowi, nie zaś sposób bezpośredniego wpływu bodźca na osobę. Według Selye: „Nie ma znaczenia, co się dzieje z tobą, ale ma znaczenie, jak to odbierasz”⁹.

Zazwyczaj ze względu na siłę można wyróżnić trzy stany stresowe¹⁰:

⁷ I. Gładyszewska-Cylulko: Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę. Impuls, Kraków 2014, s. 8.

⁸ E. Baum: Terapia zajęciowa. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009, s. 50.

⁹ И. А. Борисова: Жизнь без стресса. – http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/profilaktike_stressov/jizn_bez_stresu.

¹⁰ Psychologia kliniczna. T. 2. Red. naukowa H. Sęk. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006. s. 227-228.

- do najsłabszych stresów zaliczane są drobne codzienne troski, określane też jako uciążliwości dnia codziennego, np. niemożliwość znalezienia rzeczy, drobne nieporozumienia w rodzinie, trudności¹¹. Dotykają one większość ludzi częściej niż stresory o średniej sile, określane są jako wydarzenia życiowe,
- najbardziej znanym ujęciem stresowym o średniej sile stanowi koncepcja sytuacji życiowych¹², takich jak śmierć współmałżonka, rozwód, separacja, kara więzienia członka rodziny, zawarcie związku małżeńskiego czy utrata pracy,
- przykładami najsilniejszych stresów są wojny, klęski żywiołowe, katastrofy komunikacyjne o dużej skali, a także doświadczenia indywidualne, takie jak gwałt czy przemoc fizyczna. Sytuacje takie określane są jako stres ekstremalny lub traumatyczny. Oprócz niezwyklej siły oddziaływania charakteryzują się tym, że osoby nimi dotknięte nie mogą ich nie zauważyć lub pozostać wobec nich obojętnymi. Są to stresory uniwersalne.

Przyczyny stresu, aktywność zmierzająca do jego pokonania, a także następstwa stresu mogą być rozpatrywane w płaszczyźnie społecznej, psychologicznej i biologicznej¹³. Stresowym wydarzeniem życiowym przypisuje się szczególne znaczenie ze względu na ich częstość i powszechność. Stwierdzono np., że nasilenie codziennego stresu wiąże się z występowaniem takich problemów zdrowotnych, jak: grypa, ból gardła, bóle głowy i kręgosłupa lędźwiowego. Dolegliwości te zarówno towarzyszą uciążliwościom dnia codziennego, jak i następują po nich¹⁴.

Według Selyego stres ma trzy fazy¹⁵:

- faza alarmowa – to początkowa reakcja zaskoczenia i niepokoju z powodu nowej sytuacji. Jednostka podejmuje wysiłki obronne,
- faza przystosowania (odporności). Organizm uczy się skutecznie i bez nadmiernych zaburzeń radzić sobie ze stresorem. Jeśli organizm poradzi sobie z trudną sytuacją wszystko wraca do normy. W innym przypadku następuje trzecia faza,
- faza wyczerpania. Stałe pobudzenie całego organizmu prowadzi do wyczerpania zasobów odpornościowych, co może prowadzić do chorób psychosomatycznych.

¹¹ R. S. Lazarus, S. Folkman: Stress, appraisal, and coping. Springer. New York 1984.

¹² T. H. Holmes, R. H. Rahe: The social readjustment rating scale. „Journal of Psychosomatic Research” 1967. s. 121-132.

¹³ R. S. Lazarus: The stress and coping paradigm. [w:] Competence and coping during adulthood. Red. Naukowa L. A. Bond, J. C. Rosen. University Press of New England, Hanover 1980, s. 28-74.

¹⁴ A. De Longis, S. Folkman, R.S. Lazarus: The impact of daily stress on health and mood: Psychological resources as mediators. Journal of Personality and Social Psychology. 1988. s. 486-495.

¹⁵ И.А. Борисова: Жизнь без стресса. – http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/profilaktike_stressov/jizn_bez_stressa.

Można wyróżnić dwa główne rodzaje reakcji stresowych:

- stresy fizjologiczne (somatyczne, fizyczne czy środowiskowe) są spowodowane zmianą parametrów otoczenia (temperatura, wilgotność, grawitacja etc.), a także łamaniem fizjologicznych funkcji organizmu, jego organów i układów,
- psycho-emocjonalne stresy – reakcja organizmu, powołana psycho-emocjonalną reakcją na działanie stresorów. Do stresów psycho-emocjonalnych należy np. stres informacyjny, który występuje w wyniku nadmiaru informacji.

Turystyka kulturowo-zdrowotna na wsi jako zasób antystresowy

Napięcie stresowe wywołuje u człowieka aktywność w kierunku poprawy stanu emocjonalnego. Można to określić jako radzenie sobie ze stresem. R.S.Lazarus i S.Folkman¹⁶ wyróżniają dwie funkcje oddziaływań na sytuacje stresowe: instrumentalną (zadaniową), zorientowaną na problem, czyli na poprawę relacji podmiotu z otoczeniem oraz funkcję samoregulacji emocji. Ta druga polega zwykle na obniżaniu przykrego napięcia i łagodzeniu innych negatywnych stanów emocjonalnych, choć może także wyrażać się w stymulowaniu emocji motywujących do działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemu.

Radzenie sobie ze strasem jest ważne, gdyż kryzys emocjonalny może dotyczyć każdego człowieka, a obserwowane dysfunkcje zachowań i objawy kryzysu mogą doprowadzić do utraty równowagi emocjonalnej pod wpływem silnego stresu¹⁷. Jednym ze sposobów radzenia sobie ze stresem jest zmiana otoczenia codziennego za pośrednictwem turystyki wiejskiej z możliwością uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.

Przez turystykę rozumiemy tymczasową zmianę miejsca pobytu w celach: poprawienia stanu zdrowia, poznawczych, zawodowych i biznesowych lub innych, bez zatrudnienia w miejscu wyjazdu¹⁸. Jest oczywiste, że najlepszy odpoczynek – to zmiana charakteru działalności. Najważniejsza w tym jest umiejętność zmiany własnej uwagi, w czym pozwala turystyka kulturalno-zdrowotna na wsi¹⁹. Trzeba przy tym wiedzieć, jak zrelaksować się po pracy, podczas weekendu czy wakacji.

¹⁶ R. S. Lazarus, S. Folkman: Stress, appraisal, and coping. Springer. New York 1984.

¹⁷ Psychologia kliniczna. Tom 2. Red. naukowa H. Sęk. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 255.

¹⁸ Закон України «Про туризм» від 15.09.1995 № 324/95-ВР у редакції від 11.02.2015 [dostęp: 2015.03.12]. Dostępny w Internecie: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/324/95-%D0%B2%D1%80/page>.

¹⁹ M. Roman, A. Roman: Funkcjonowanie agroturystyki w oparciu o teorię ekonomii. [w:] Współczesne problemy rozwoju turystyki w ujęciu regionalnym. Red. naukowa B. Roszkowska Mądra, M. Roman. Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Białystok 2015, s. 8-10.

W. Kułyka²⁰ uważa, że „turystyka kulturowa to działalność krajoznawcza w celu zapoznania się i rozumienia krajobrazów kulturowych, duchowych i materialnych zabytków, zlokalizowanych na danym obszarze – krajobrazie geograficznym”. Z kolei A. Frołow wyodrębnia dwa rodzaje zasobów w turystyce kulturowej tj. zasoby przedmiotowe i zasoby nie przedmiotowe. Do zasobów przedmiotowych należą pomniki historii i kultury (pomniki archeologii, historii, architektury i in.). Natomiast zasoby nie przedmiotowe to obyczaje, tradycje, obrzędy, folklor²¹. E. Słobodeniuk w pracy „Turystyka jako czynnik humanizacji stosunków między narodami”²² udowadnia, że w czasie tymczasowego wejścia turystów do nowego środowiska geograficznego i społeczno-kulturowego tworzy się ich światopogląd i wartości życiowe oraz rozszerza się kulturowy horyzont świadomości. Zdaniem M. Romana „turystyka kulturowa jest bardzo ważnym elementem promującym dziedzictwo kulturowe. Jednak jej nadmierna eksploatacja może doprowadzić do zniszczenia lub też dewastacji”²³. Turystykę kulturową, realizowaną w środowisku wiejskim można połączyć z turystyką zdrowotną prowadzoną w celach terapeutycznych, aby likwidować stany stresowe u człowieka.

Zajęcia biblioterapeutyczne z elementami arteterapeutycznymi

Znany terapeuta z początku XIX wieku, V. Mudrov napisał, że „najważniejsze jest w stanie choroby usunięcie pacjenta od troski domowej i smutku codziennego”²⁴. Metodę biblioterapii można zastosować w każdych warunkach. Odbiorcą może być każdy, niezależnie od wieku, okoliczności życiowych, statusu ekonomicznego, środowiska, czy uwarunkowań zdrowotnych²⁵.

A. Wierzbicka zauważa, że biblioterapia, jak każda inna forma psychoterapii jest procesem pracochłonnym i długotrwałym. Nie można oczekiwać efektów po jednym czy dwóch spotkaniach²⁶. Biblioterapia wymaga bowiem czasu, cierpliwości i zaangażowania. Są to zajęcia

²⁰ В. В. Кулік: Теоретичні основи культурного туризму. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата культурології: 26.00.01 – теорія та історія культури. Сімферополь 2009. s. 5.

²¹ А. И. Фролов: Культурно-познавательный туризм: объекты, маршруты, люди // Справочник руководителя учреждения культуры. – № 4 апрель 2012, s. 88.

²² Е. В. Слободенюк: Туризм як чинник гуманізації відносин між народами. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата філософських наук: 09.00.03 – соціальна філософія та філософія історії. – Київ 2003, s. 6.

²³ М. Роман: Cultural tourism within the concept of sustainable development. „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2014, nr 2, s. 66-67.

²⁴ Лекарство для души: применение библиотерапии в библиотеке: Метод. Рекомендации / Сост. Аверьянова Н.В. Тамбов 2004. s. 4.

²⁵ E. Baum. Terapia zajęciowa. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009, s. 49.

²⁶ A. Wierzbicka: Biblioterapia w pracy nauczyciela bibliotekarza PBW w Katowicach - Filii w Będzinie // Dialogi biblioteczne. Biuletyn Pedagogicznej Biblioteki Wojewódzkiej im. Józefa Lompy w Katowicach. Nr 1, Katowice 2008, s. 34.

planowane, celowe i systematyczne. W grupowych zajęciach biblioterapeutycznych powinno brać udział od 6 do 12 osób. Czas przewidywany na przeprowadzenie jednej sesji wynosi około godziny.

Przedstawione zajęcia zostały poświęcone sztuce tworzenia dekoracji ludowych, jednej z najstarszych rodzajów sztuki ludowej. Modelowanie dekoracji stanowi rodzaj sztuki, która nie tylko rozwija wyobraźnię i twórcze myślenie, ale także może zaspokoić twórcze potrzeby w każdym wieku, gdyż ma nieograniczone poziomy złożoności. Własnoręczne przygotowanie dekoracji to sposób pracy z turystami, dający szerokie pole dla ich kreatywności. Tematem zajęć terapeutycznych może być ukraińska świąteczna dekoracja ludowa „Pająk Bożenarodzeniowy”. Mają one za zadanie informowanie uczestników o tradycji ludowej związanej z „Pajakiem Bożenarodzeniowym” oraz zdobycie umiejętności praktycznych podczas wykonania dekoracji świątecznej.

Cel terapeutyczny – relaksacja i terapia antystresowa.

Plan zajęcia:

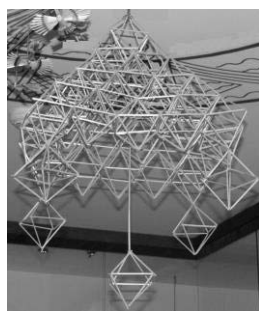
1. Organizacja zajęć w wiejskim domu ozdobionym dekoracją świąteczną (zdjęcie 1).



Zdjęcie 1. Chata ukraińska w Narodowym Muzeum Architektury Ludowej i Życia Ukrainy (w. Pyrogiv)

Źródło: fotografia własna.

2. Rozmowa wstępna.
3. Informacja o tradycji ludowej związanej z „Pajakiem Bożenarodzeniowym”, przygotowana przez prowadzącego zajęcia (zdjęcie 2).



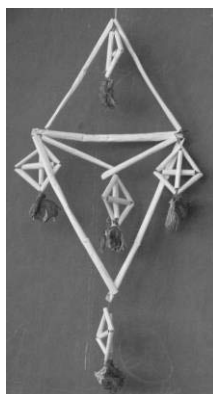
Zdjęcie 2. Pająk Bożenarodzeniowy w Muzeum Historyczno-Archeologicznym „Starożytna Aratta-Ukraina (w. Trypilla)

Źródło: fotografia własna.

4. Czytanie przygotowanej literatury w/w tematu.
5. Dyskusja.
6. Własnoręczne przygotowanie świątecznej dekoracji ludowej Pająk Bożenarodzeniowy (zdjęcie 3, zdjęcie 4).



Zdjęcie 3. Zajęcia praktyczne
Źródło: fotografia Switlany Staszkewycz.



Zdjęcie 4. Pająk Bożenarodzeniowy wykonany przez uczestników zajęcia
Źródło: fotografia własna.

7. Dyskusja.

Przed zajęciami bibliterateducycznymi i arteterapeutycznymi efektywnym dla diagnozy psychologicznej może być przeprowadzony test na sytuacje stresujące w życiu osoby. Przykładem może być test internetowy na Portalu Psychologicznym „Psychologia.net.pl”²⁷.

Informacje merytoryczne do zajęć terapeutycznych są następujące: według legendy „pająk założył świat”, przez co od dawna był pożądanym w domostwach ludzi. Do południa zakazane było wyrzucanie tych owadów z domu. Głoszono, że kto zabije pająka przyciągnie do siebie problemy. W związku z legendą o stworzeniu świata przez pająki, przed świętem Bożego Narodzenia ludzie wykonywali je ze słomy i zawieszali w domu na głównej belce sufitowej, na długim włosiu z końskiego ogona. Przez

²⁷ T. Holmes, R. Rahe: Lista stresujących wydarzeń życiowych. – <http://www.psychologia.net.pl/testy.php?test=stres>.

cyrkulację powietrza taki „pająk” obracał się w różnych kierunkach, tworząc wrażenie istoty żywej²⁸. Uważa się, że „pająk” tworzy pajęczynę ze wszystkich energii negatywnych, a przy tym chroni dom i przynosi harmonię.

Treść antystresowej rozmowy terapeutyczno-filozoficznej dotyczy zrozumienia istoty pojęcia „pająk” jako symbolu centrum świata i jego założyciela. Pajaki tkają swoją wieczną siatkę wykazując przy tym zdolności do zabijania (symbol tworzenia i niszczenia). Stąd też reprezentują ciągłą zmianę sił, od których zależy stabilność świata. Symbol pajaka przedstawia zwijanie włókien poprzedniego życia, na rzecz tworzenia nowej egzystencji.

Wyniki rozmowy terapeutycznej:

- wszystkie negatywne doświadczenia życiowe zmieniają się na pozytywne,
- rozważa się, czy problem, który stresuje podopiecznego, będzie ważny przez 5 (10) lat? Jeśli nie – to znaczy, że ten problem nie powinien być powodem stresogennym (analiza rodzajów stresów z dokonanego wcześniej testu),
- jeśli nie możemy zmienić rzeczywistości – należy zmienić swoją wizję danej rzeczywistości.

Zakończenie i wnioski

Związki między psychoterapią i czytaniem są ściśle i współzależne. Główną różnicą między pracą psychoterapeutów i psychiatrów a pracą bibliotekarzy jest to, że pierwsi usprawniają ludzi chorych, znajdujących się w trudnym dla nich okresie, przy pomocy biblioterapii a drudzy popularyzują czytelnictwo. Dzięki biblioterapii można uczyć, wychowywać, rozwijać, rehabilitować innych. Łagodzi ona skutki stresu i zmienia percepcję choroby. Stanowi silny regulator powrotu do dobrostanu psychicznego, szczególnie w sferze emocjonalnej.

Wykorzystanie metod terapii zajęciowej, w tym biblioterapii w ramach turystyki kulturowo-zdrowotnej na wsi prowadzi do usprawniania i aktywizacji osób chorych, niepełnosprawnych i zdrowych oraz nadaje sens ich życiu, a także umożliwia dostosowanie społeczne, w tym zawodowe. Metody te mogą być ukierunkowane na edukację, rekreację, profilaktykę i korektę zaburzeń. Celem takiej terapii jest odwrócenie uwagi osoby od wydarzeń, których była uczestnikiem. Zajęcia biblioterapeutyczne muszą być tak dobrane, aby przyczyniały się do fizycznego, psychicznego i społecznego usprawniania organizmu ludzkiego.

²⁸ Словник символів культури України / За загальною редакцією В.П. Коцура, О.І. Потапенка, М.К. Дмитренко. – Київ: Міленіум 2002 s. 155.

Literatura

1. Baum E.: Terapia zajęciowa. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009.
2. Biblioterapia w praktyce: poradnik dla nauczycieli, wychowawców i terapeutów. Red. naukowa E. J. Konieczna. Kraków 2005.
3. De Longis A., Folkman S., Lazarus R.S.: The impact of daily stress on health and mood: Psychological resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988.
4. Gładyszewska-Cylulko I.: Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę. Impuls, Kraków 2014.
5. Historia biblioterapii. – <http://teresasturgulewska.blogspot.com/2008/01/historia-biblioterapii.html>.
6. Holmes T. H., Rahe R. H.: The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967.
7. Holmes T., Rahe R.: Lista stresujących wydarzeń życiowych. – <http://www.psychologia.net.pl/testy.php?test=stres>.
8. Lazarus R.S., Folkman S.: Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984.
9. Lazarus R.S.: The stress and coping paradigm. [w:] L. A. Bond, J. C. Rosen (red.), *Competence and coping during adulthood* (s. 28-74). Hanover: University Press of New England. 1980.
10. *Psychologia kliniczna. T. 2.* Red. naukowa H. Sęk. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2006.
11. Roman M.: Cultural tourism within the concept of sustainable development. „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*” 2014, nr 2.
12. Roman M., Roman A.: Funkcjonowanie agroturystyki w oparciu o teorię ekonomii. [w:] *Współczesne problemy rozwoju turystyki w ujęciu regionalnym*. Red. naukowa B. Roszkowska Mądra, M. Roman. Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Białystok 2015.
13. Szulc W.: *Sztuka i terapia*. Centrum Metodyczne Szkolenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Metodycznego, Warszawa 1993.
14. Wierzbicka A.: Biblioterapia w pracy nauczyciela bibliotekarza PBW w Katowicach - Filii w Będzinie // *Dialogi biblioteczne*. Biuletyn Pedagogicznej Biblioteki Wojewódzkiej im. Józefa Lompy w Katowicach. – Nr 1, 2008.
15. Борисова И.А. Жизнь без стресса. – http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/profilaktike_stressov/jizn_bez_stresu.
16. Закон України «Про туризм» від 15.09.1995 № 324/95-ВР у редакції від 11.02.2015 [dostęp: 2015.03.12]. Dostępny w Internecie. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/324/95-%D0%B2%D1%80/page>.

17. Кулік В.В. Теоретичні основи культурного туризму. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата культурології: 26.00.01 теорія та історія культури. Сімферополь 2009.
18. Лекарство для души: применение библиотерапии в библиотеке: Метод. Рекомендации / Сост. Аверьянова Н.В. Тамбов, 2004.
19. Слободенюк Е.В. Туризм як чинник гуманізації відносин між народами. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата філософських наук: 09.00.03 – соціальна філософія та філософія історії. Київ 2003.
20. Словник символів культури України / За загальною редакцією В.П. Коцура, О.І. Потапенка, М.К. Дмитренка. Київ: Міленіум 2002.
21. Фролов А.И.: Культурно-познавательный туризм: объекты, маршруты, люди // Справочник руководителя учреждения культуры. – № 4 апрель 2012.

Jolanta G. Zuzda
Białystok University of Technology

Dulce Esteves, Ph.D.
University of Beira Interior

Rui Brás, Ph.D.
University of Beira Interior

Robert Latosiewicz Ph.D
Medical University of Lublin

Marcin Pasek Ph.D
Gdansk University of Physical Education and Sport

The role of rotational movements in traditional fitness activities as an innovative form of tourist activity in the countryside

Rola ćwiczeń rotacyjnych w tradycyjnych zajęciach fitness jako innowacyjna forma aktywności w gospodarstwach agroturystycznych na wsi

Streszczenie

Obecnie, wraz z szybkim wzrostem liczby i rodzajów zagrożeń zdrowotnych rośnie rola czynników, które mogą je ograniczać. Czynnikiemami tymi są między innymi aktywność fizyczna oraz kontakt ze środowiskiem przyrodniczym, które mogą stać się nieodzownym elementem treningów prowadzonych w gospodarstwach agroturystycznych w ramach turystyki zdrowotnej na wsi. Programy fitnessu powinny przyczyniać się do zdrowia klienta w wyczerpującej i holistycznej perspektywie. Ćwiczenia rotacyjne są prostymi ruchami, które obejmują większość segmentów ciała, pozwalając na ćwiczenie systemu nerwowo mięśniowego. Pomimo, że te ćwiczenia poprawiają sprawność mięśni, koordynacji i postawę ciała korzystnie wpływając na stan zdrowia osoby ćwiczącej, zwykle są zaniedbywane w "klasycznym" treningu. W niniejszym artykule opisano istotę znaczenia włączania ruchów rotacyjnych do tradycyjnych programów fitness. Programy fitnessu opierające się na ruchach rotacyjnych można wykorzystać w agroturystyce przyczyniając się do zwiększenia jej atrakcyjności. Niniejszy artykuł skupia się na istocie ćwiczeń rotacyjnych w tradycyjnych ćwiczeniach i zawiera przykłady tychże ćwiczeń wraz z opisami.

Słowa kluczowe: turystyka zdrowotna, środowisko, naturalne ruchy, ćwiczenia rotacyjne.

Summary

Nowadays, with the rapid, multidirectional emergence of various health risks, the role of the factors that can limit these threats increases. Among others, these factors include physical activity and contact with the natural environment, which could be ensured by performing workout in the agrotourism farms. Fitness programs should contribute to the client's wellness in a comprehensive and holistic perspective. In spite of the fact that rotation exercises are simple exercises involving rotational movements of large majority of body segments and allowing the training of neuro-muscular systems, they are usually neglected in "classical" training. These exercises improve muscle efficiency, coordination and posture benefiting the client's health status. This article focuses on the importance of including rotational movements in the traditional fitness programs. Fitness programs including rotation movements are proposed as the activity form at agrotourism farms increasing their attractiveness. This article includes some examples of rotation movements, which are described and discussed.

Keywords: Health tourism, Country environment, natural movements, rotation exercises

Introduction

Nowadays, with the rapid, multidirectional emergence of various health risks, the role of the factors that can limit these threats increases. Among others, these factors include physical activity and contact with the natural environment, which could be ensured by performing workout in the countryside. Sedentary lifestyle and environmental degradation currently dominant in the developed societies seem to be the main cause of health deterioration in societies; this problem touches an increasingly younger population. In the most recent documents of the World Health Organization, it is emphasized that health is:

- a value by which an individual or a group can realize their aspirations and need of satisfaction as well as change the environment: a resource that guarantees economic and social development of the society¹,
- one of the most important humanistic values which determines the performance of all other values².

Achieving the full possible potential of health is the overriding objective of the program developed in the European region for the years

¹ E. Syrek: Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno – społeczne. Katowice 1997, p. 58.

² I. Heszen: Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka (in): D. Kubacka – Jasiocka and TM Ostrowski (ed): Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kraków 2005, p. 21-22; B. Tobiasz – Adamczyk: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków 2000, p. 29-30.

1995 – 2020; it was dubbed the "Health for All in the 21st Century". The purpose of the National Health Program (NHP) from May 15, 2007 to the year 2015 was to "improve the health and related quality of life of the population". The basic condition for fulfilling the NHP is to contribute to the implementation of the government bodies, NGOs, local communities and the citizens themselves³.

With the progress of urbanization and industrialization, human physical activity decreases. Looking at this issue from a historical point of view, we can say that in the past physical activity (hereinafter referred to as: Physical Activity (PA) was an inherent part of everyday life, not something that one needs to do additionally. What is more, with the growth of civilization, there is more and more automation, and our daily lives require less physical effort.

A stay in the countryside requires considerable physical effort. The environment, deprived of the part of industrial facilities requires the increase of physical activity, and at the same time allows for a faster achievement of its satisfactory results. Scientists also strongly emphasize the increasingly stressed need of the health-promoting nature of all forms of active recreation⁴. PA is a biological human need and a requirement for staying healthy. It should be a necessary component of every person's lifestyle, shaping the functional and morphological characteristics of the body^{5,6}. PA plays a key role in all stages of human life⁷.

There has been a noticeable increase of interest in participation in health and fitness activities in the last years⁸, with more frequent visits of people to health and fitness facilities, including health clubs and fitness suites. Health and fitness programs have been changed from traditional aerobics classes and now include features which intend to optimize fitness benefits, increase the participant's satisfaction and adherence, as well as adopt new technical abilities⁹. There are several activities that use and mix different elements like music, choreography, imagination, socialization and

³ B. Woynarowska: Narodowy Program Zdrowia- ewolucje, możliwości realizacji (in): JB. Karski (ed): Promocja zdrowia. Warszawa 1999; ww.npz. pl z dn. 3.12.2007.

⁴ M. Bytniewski and J. Danielewicz: Zajęcia ruchowe studentów potrzebą, czy koniecznością. [In]: E. Bulicz (ed.): Health strengthening factors, mechanisms and health strategies. ITE, Radom 2003, p. 165–167; P. J. Dancy (ed.): ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. ACSM. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo 2006.

⁵ Ch. B. Corbin et al.: Concepts of Physical Fitness: Active Lifestyles for Wellness. McGraw Hill, Boston 2009.

⁶ W. Starosta: Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszeniu zdrowia człowieka. Lider. SZS Instytut Kardiologii, 1997; 4, p. 3–9.

⁷ S. Griffin: Training the over 50's. Developing specific programmers for older clients. A&C Black, London 2006.

⁸ WR. Thompson: Worldwide Survey of Fitness Trends for 2012. ACSM'S Health & Fitness Journal. 2011; 15(6), p. 9-18.

⁹ S. G. Beckham and M. Harper: Functional Training: Fad or Here to Stay? ACSM'S Health & Fitness Journal 2010; 14(6), p. 24-30.

holistic aspects, which contribute to the development of fitness activities. One of the programs that can be of much benefit to the exercising person is the program with the elements of rotational movements. Rotational exercises consist of simple movements that require slow rotation of the wrists, arms, torso, and legs together with the other movements during the exercise. However, in general, rotational exercises are not considered the main training objective and the importance of this kind of movements has been neglected in fitness programs¹⁰.

This article will describe the importance of adding rotational movements into the classic “straight” (linear) choreographies of traditional fitness programs, contributing to further development of classic fitness activities. Finally, some examples of rotational movements will be described and discussed¹¹.

Why Rotational Movements?

Movements of body parts, which can be a form of occupational therapy, undoubtedly constitute an innovative form of health tourism in the countryside. They are usually classified based on three perpendicular planes crossing the centre of gravity of the body (eg. transverse, sagittal and frontal)¹². Rotary (or angular) motion occurs when single point within the motion system is secured or restricted causing the system to rotate around this point when external force is applied. From an anatomical point of view, all activities of the human body require rotational motion¹³, rarely are common movements performed in a single plane or using a single joint. Everyday tasks rather require the use of multiple muscle groups in multiple planes of movement and usually involve body rotation. From a biomechanical point of view rotational movements are “natural” to human physiology. They allow the development of whole body muscles in a symmetrical and stable way. Rotational movements are essential for all kind of daily-based activities, which require simultaneous three-dimensional motion and different joints involved in movement. For example common tasks such as sweeping the floor, moving objects from one surface to another or doing laundry involve trunk rotation¹⁴ and when we are sitting at the table

¹⁰ D. C. Stanziano et al.: The Modified Total Body Rotation Test: A Rapid, Reliable Assessment of Physical Function in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58(10), 1965-1969.

¹¹ J. G. Zuzda and R. Latosiewicz: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Bialystok 2010.

¹² P. J. Dancy (ed): ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. ACSM. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins; 2006, p. 247-249.

¹³ H. D. Coulter: Anatomy of Hatha Yoga: A Manual for Students, Teachers, and Practitioner's. Ames Hill Rd. Marlboro USA: Publisher Body and Breath 2010, p. 623.

¹⁴ D. C. Stanziano et al.: The Modified Total Body Rotation Test: A Rapid, Reliable Assessment of Physical Function in Older Adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 2010; 58(10), p. 1965-1969.

and use a spoon to eat, the movement includes flexion and adduction of the arm along with the rotation of the forearm and wrist in a continuous way. So, if during the training of arm flexors or arm adductors the rotation of forearm and wrist is introduced, the movement will be more similar to original one and it will improve quality of the activity. Rotational ability is strongly associated with physical or functional performance¹⁵ The effectiveness of rotational movements and the need for their use are obvious for anybody who observes children at play and the elderly. Children are engaged in a large variety of movements. Their flexibility and physical fitness are beyond doubt. The elderly, on the other hand, tend to lose some of their motor ability. For example, many are unable to raise their hands sideways. This is related to aging, though it could be prevented by exercise. The elderly people who exercise preserve a wide range of motions. Those who do not, on the other hand, are capable of only those movements which they practice in their daily life. There is no doubt that with some gentle exercise program the elderly people can remain reasonably fit. The process of the withering of muscles starts early on. Most teachers of physical fitness occasionally observe young people unable to perform certain movements. There is no doubt that this is not related to aging or injury but rather to the lack of exercising certain muscles in the body. The complex of rotational movements, which I have been promoting since my doctoral dissertation work, is an answer to the need for movement and complex exercising of all muscles in the body.

Not only superficial muscles and large muscle groups are stimulated, but also deep and short muscles are activated. In this kind of movement, the recruitment of muscle groups occurs that are practically not stimulated in the linear movements. It leads to extension of muscular work that is done during exercise. This has a primary importance for the stabilization of the body, providing a better movement and balance control. During rotation, the twisting force also allows the lengthening of the muscles and reduces muscle stiffness. This prevents the shortening of certain muscle-tendon groups that will occur due to everyday life activities¹⁶. Rotational movements are usually not so directly opposed to gravitational force as linear ones, which impose less stress on cartilage of articulations. Moreover, rotational movements can improve the structure and functions of the ligaments, tendons and joints, increasing flexibility¹⁷. The use of rotational movements improves coordination, mobility and motor efficiency of the body and consequently

¹⁵ V. Skm et al.: Age effects on rotational hand action. *Human Movement Science*, 2012; 31(3), p. 502-518.

¹⁶ HD. Coulter: *Anatomy of Hatha Yoga: A Manual for Students, Teachers, and Practitioner's*. Ames Hill Rd. Marlboro USA: Publisher Body and Breath; 2010, p. 623.

¹⁷ HD. Coulter: *Anatomy of Hatha Yoga: A Manual for Students, Teachers, and Practitioner's*. Ames Hill Rd. Marlboro USA: Publisher Body and Breath; 2010.

helps achieving a better health status¹⁸. This is particularly important for the elderly, where the improvements in body balance and mobility are strongly related to higher quality of life¹⁹. These exercises may contribute to reduce the risk of falls and occurrence of numerous traumatic injuries.

In fact, some examples of rotational movements can be found in existing rehabilitation programs²⁰, in the so-called proprioceptive method and in the Kabat-Kaiser method. Elements of rotational movements are also used in the Swiss Ball exercise programs and in some preventive-corrective exercises in scoliosis treatment²¹. Many positions with rotational motion, including asymmetrical positions as rotation of the head or rotation of the spine, are also appearing in Tai Chi, Yoga and Body ART²² in Pilates classes and stretching sessions²³, in weight and core sessions training²⁴. Even considering these examples, rotational movements are commonly undervalued in fitness programs²⁵.

Rotational Exercises Technique considerations

Rotational movements have been introduced to traditional fitness programs for the benefit of their simplicity, uncomplicated procedures, and no need for additional equipment. These exercises can be considered as low/medium intensity and performed in a gentle way with moderate physical effort required.

It is worth stressing that even the smallest difference in posture and performing the exercise makes a difference on the overall effect of a particular exercise on the human's body. People often do not realize how their posture changes during exercising can change the whole physical result. Introducing rotational exercises to the classic fitness program brings the

¹⁸ J. G. Zuzda et al.: Effects of Rotational Exercise on Fitness Training. *Medicine & Science in Sport & Exercise*. Supplement to the Official Journal of the ACSM. Lippincott Williams & Wilkins, 2013, p. 45.

¹⁹ P. J. Dancy: ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. ACSM. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, p. 247-249.

²⁰ R. E. McAtee and J. Charland: Facilitated Stretching PNF stretching and strengthening made easy. *Human Kinetics*, Champaign 2007.

²¹ J. Posner-Mayer: Swiss Ball Applications for Orthopedic and sports medicine. A guide for home exercise programs utilizing the Swiss Ball. USA: Ball Dynamics International. 1995, p. 55,69,70,71,177.

²² R. Steinbacher and L. Alexa: Body ART. Riva Verlag 2011.

²³ M. E. Sanders: On the Floor: Hit The Surf Before the Turf: Healthy Back Training. *ACSM'S Health & Fitness Journal*. 2004; 8(6), p. 30-33.

²⁴ J. M. Willardson : A Periodized Approach for Core Training. *ACSM'S Health & Fitness Journal*. 2008; 12(1), p. 7-13.

²⁵ D. C. Stanziano et al.: The Modified Total Body Rotation Test: A Rapid, Reliable Assessment of Physical Function in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58 (10), p. 1965-1969.

benefits of flexibility and strength, as well as endurance^{26, 27}. Among other tests results, this was visible after completing the study conducted with 27 students of the Bialystok University of Technology. After 30 weeks of training in the rotational course, trials assessing the strength and strength endurance showed statistically significant changes. Changes in the VO₂ max in female students were not statistically significant.

Still, there are few basic principles to be observed:

1. It is important to pay attention to performing the exercises correctly. The individual must understand the objective and realize how to perform each exercise first.
2. Attention must be paid to each phase of the exercise. Initially, the individual should not focus on speed, because this can cause false, improper movements. The exact number of repetitions in each set ought to be completed.
3. It is important to maintain the smoothness of movement during the whole sequence of exercises. Movements should be done slowly and precisely and be performed in full range of joint motion without any pain sensations. Movements should be synchronized with the breathing cycle.
4. The program of rotational exercises should involve all the muscles of the body with a view to strengthening them and shaping the body.
5. It is important to conduct classes to background music. Musical rhythm determines the dynamics of the exercises and helps to learn particular movements. It facilitates coordination, inspires during physical effort, and minimizes fatigue.

Precautions

1. If during the exercise a sensation of pain occurs, the training should be stopped immediately. Ignoring signs of discomfort or pain may result in serious injuries to the musculoskeletal system (sprain, strain, tendinitis, etc.).
2. Excessive and vigorous rotations can be dangerous to the spine, and may even cause damage to the intervertebral discs.
3. Knee joints are also vulnerable, especially in flexed position. The exercises which require the combination of knee bending and simultaneous twisting of the body must be avoided.

Examples of Rotational Exercises

There are some examples of rotational exercises described below. For

²⁶ J. G. Zuzda: Analysis of a self-prepared set of recreational exercises based on assessment of endurance and physical fitness of Bialystok. Doctoral Dissertation. Medical University of Bialystok, Bialystok 2011.

²⁷ J. G. Zuzda et al.: Influence of Rotational Training on VO_{2max}, Strength and Flexibility. [in]: D Kozłowska and KL. Sobolewski K.L. (ed): Movement and health. Selected Problems WSWFiT. Bialystok 2013, p. 193-201.

each exercise the main objective, additional benefits, and short description are presented and illustrated.

Exercise 1

Objective: strengthening of the group of mid and lower back muscles (*m. erector spinae*, *m. trapezius*, *m. latissimus dorsi*).

Benefits: improvement and correction of the posture; strengthening of the lower back muscles and shoulder muscles (*m. deltoideus*, *m. pectoralis major*).

Description:

Initial position: Sitting position with hips and knees flexed. Feet are in pointed position with soles touching the floor. Maintain back straight and contract abdominal muscles to help stabilize torso.

Movement: Stretch the chest along with the horizontal position of the arms and neck extension. Rotate the upper limbs in shoulders externally, extend elbows and rotate outside (supinate) hands in wrists joints (Figure 1a). Inhale. Raise the arms and maintain their external rotation as well as the rotation of the hands (Figure 1b). Return to the starting position with inner rotation (pronation) of forearms (Figure 1c). Exhale. Twist the body to the right, keeping the arms stretched (Figure 1d). Return to the starting position.

End position: as the initial one.

Repetition: Repeat described sequence twisting body to the left side.



Figure 1. Rotational exercise in a sitting position

Source: J. G. Zuzda and R. Latosiewicz: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Bialystok 2010, p.129.

Exercise 2

Objective: strengthening the group of shoulder muscles (*m. deltoideus*, rotator cuff muscles) and chest muscles (*m. pectoral major* and *minor*, *m. serratus anterior*).

Benefits: correction of the body posture, influence on breathing cycle.

Description:

Initial position: Sitting position on the floor with lower limbs crossed. Maintain back straight and neck extended. Draw in and tighten the abdominal muscles to help stabilize torso. Keep the arms in the line of the torso with fingers touching the floor (Figure 2a).

Movement: Inhale. Raise the upper limbs with simultaneous supination of

forearms (Figure 2b). Exhale. Lower down the arms with simultaneous pronation of forearms. Rotate torso to the right side (Figure 2c).
End position: as the initial one.
Repetition: Repeat described sequence rotating torso to the left side.

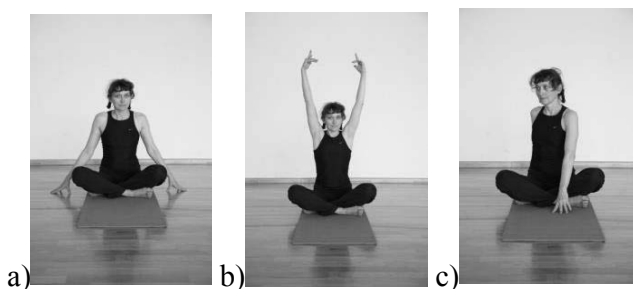


Figure 2. Rotational exercise in a sitting position with legs crossed

Source: J. G. Zuzda and R. Latosiewicz: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Białystok 2010, p. 129.

Exercise 3

Objective: strengthening up of the abdominal and lower back muscles

Benefits: correction of natural spinal curvatures by reducing the excessive tension of opposing core muscles, improvement of coordination and flexibility of the lower limbs muscles.

Description:

Initial position: Sitting position with the lower limbs in the straddle position. Keep the knees extended and feet in the *flex* position. Maintain the back straight. Stretch the chest; keep the arms in the horizontal position and neck extension. Tighten and draw in the abdominal muscles to help stabilize torso (Figure 3a).

Movement: Inhale. Raise the arms and maintain their external rotation as well as the rotation of the hands (Figure 3b). Exhale. Bend forward the trunk with pronation of forearms (Figure 3c). Inhale. Straighten the torso (Figure 3d). Exhale. Lower the arms down to the level of shoulders. Flex and rotate torso to the right side with supination of forearms (Figure 3e). Breathe in deeply. Return to the starting position.

End position: as the initial one.

Repetition: Repeat described sequence rotating torso to the left side.

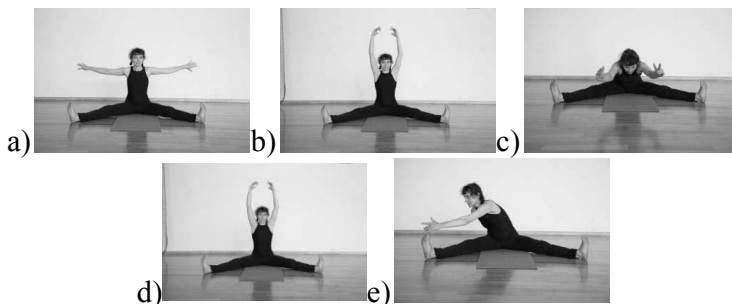


Figure 3. Rotational exercise while sitting in the straddle position

Source: J. G. Zuzda and R. Latosiewicz: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Bialystok 2010, p.116.

Exercise 4

Objective: strengthening of abdominal muscles (*m. rectus abdominus*, *transverse abdominus* and the external and internal *obliques*), normalization of pelvis position.

Additional benefits: body modeling, prophylaxis of sacroiliac joint disorders, improvement of coordination abilities.

Description:

Initial position: Supine position. Lift the thighs toward the chest as close as possible. Hold your shins with both hands (Figure 4a).

Movement: Inhale. Raise upper limbs in the frontal plain with simultaneous external rotation of forearms and circumferential movement of both hands. At the same time gradually extend lower limbs and hold feet a few centimeters above the floor (Figure 4b). Keep the lumbar region close to the floor. Join your soles and rotate limbs in hip joints externally. Slowly lift the thighs toward the chest (Figure 4c). At the same time gradually move your upper limbs, rotate them internally and put them on shins returning to initial position (Figure 4d).

Final position: as the initial one.

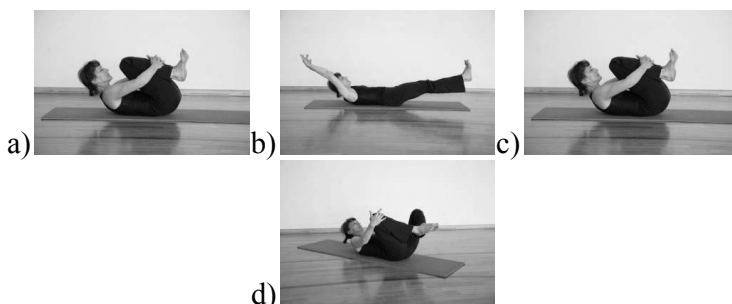


Figure 4. Rotational exercise in supine position

Source: J. G. Zuzda and R. Latosiewicz: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Bialystok 2010, p. 113.

Exercise 5

Objective: strengthening of *m. quadriceps femoris*, *m. iliopsoas*, *m. gluteus maximus* and *medius*.

Additional benefits: Buttocks modeling, lower back pain prophylaxis, strengthening of the lower back muscles.

Description:

Initial position: standing in the wide straddle. Lower limbs flexed in knee joints. Pelvis positioned in the neutral position. Contract abdominal muscles to help stabilize torso, stretch the chest and extend the neck. Hands placed on thighs with thumbs directed forwardly (Figure 5a).

Movement: Inhale. Raise upper limbs with supination of forearms (Figure 5b). Exhale. Lower the upper limbs in shoulders with the internal rotation of the right limb and with outside rotation of the left one. Simultaneously rotate the torso in the transverse plane to the left side (Figure 5c). Exhale. Return to the starting position.

End position: as the initial one.

Repetition: Repeat described sequence rotating torso to the right side.

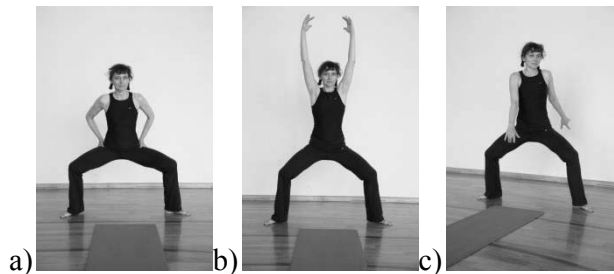


Figure 5. Rotational exercise while standing in the wide straddle position

Source: J. G. Zuzda and R. Latosiewicz: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Bialystok 2010, p. 82.

Conclusion

Fitness programs, realized during a leisure stay in the countryside, should contribute to the client's wellness in a comprehensive way. Exercises should be individually adjusted²⁸. Rotational exercises consist of simple activities which involve rotational movements of all segments of the human body. They allow the training of the whole neuromuscular system, usually neglected in the “classic” training. Rotational movements may be performed in a sitting or horizontal (prone or supine) position. That improves muscle efficiency, coordination and posture benefiting the client's health status.

Rotational movement and exercises can be easily added to classic fitness programs without interfering with the original objectives of the classic exercise program. It will allow for more “recreational” choreography which

²⁸ P. J. Dancy: ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. ACSM. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, p. 247-249.

provides pleasure and physiologically positive sensations. Due to similarity to natural movements, rotational exercises bring much more harmony and enjoyment, leading to a higher satisfaction with exercise and potentially avoiding participant drop-outs.

It is important to promote the use of rotational exercises and include them in general fitness programs. Besides all the advantages mentioned above, rotational movements can also be applied in physiotherapy. Because of low risk of injury to bones and muscles, this kind of movements can be applied in rehabilitation programs for patients with lower back pain. These movements can also be used by people who are overweight as well as by patients with lower limbs disease, for instance ischemia or venous thrombosis.

The overall research results showed that rotational exercise could bring significant flexibility and balance benefits to the practitioners²⁹. In connection with clean, open air and silence found in the countryside, these results can be achieved within a short time.

Literature

1. Beckham SG, Harper M.: Functional Training: Fad or Here to Stay? ACSM'S Health & Fitness Journal 2010; 14(6).
2. Bytniewski M., and Danielewicz J.: Zajęcia ruchowe studentów potrzebą, czy koniecznością. [in]: Bulicz E. (ed.): Health strengthening factors, mechanisms and health strategies. ITE, Radom 2003.
3. Corbin ChB. et al.: Concepts of Physical Fitness: Active Lifestyles for Wellness. McGraw Hill, Boston 2009.
4. Coulter H.D.: Anatomy of Hatha Yoga: A Manual for Students, Teachers, and Practitioner's. Publisher Body and Breath, Ames Hill Rd. Marlboro USA 2010.
[<https://www.overdrive.com/media/646736/anatomy-of-hatha-yoga>]
5. Dancy P. J.: ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo 2006.
6. Griffin S.: Training the over 50's. Developing specific programmers for older clients. A&C Black, London 2006.
7. Heszen I.: Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka. [in]: D. Kubacka – Jasięcka D. and Ostrowski T.M. (ed): Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kraków 2005.
8. McAtee RE, Charland J.: Facilitated Stretching PNF stretching and strengthening made easy. Champaign, Human Kinetics 2007.

²⁹ G. J. Zuzda et al.: Effects of Rotational Exercise on Fitness Training. *Medicine & Science in Sport & Exercise*. Supplement to the Official Journal of the ACSM. Lippincott Williams & Wilkins, 2013, Vol. 45.

9. Posner–Mayer J.: Swiss Ball Applications for Orthopedic and sports medicine. A guide for home exercise programs utilizing the Swiss Ball. Ball Dynamics International, 1995.
10. Sanders M.E.: On the Floor: Hit the Surf before the Turf: Healthy Back Training. ACSM'S Health&Fitness Journal 2004; 8(6).
11. Skm V. et al.: Age effects on rotational hand action. Human Movement Science, 2012; 31(3).
12. Stanziano D. C. et al.: The Modified Total Body Rotation Test: A Rapid, Reliable Assessment of Physical Function in Older Adults. Journal of The American Geriatrics Society, 2010; 58(10).
13. Starosta W.: Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszeniu zdrowia człowieka. Lider. SZS Instytut Kardiologii, 1997.
14. Steinbacher R., Alexa L. Body ART. Riva Verlag 2011.
15. Syrek E.: Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno – społeczne. Katowice 1997.
16. Thompson WR.: Worldwide Survey of Fitness Trends for 2012. ACSM'S Health & Fitness Journal. 2011.
17. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Krakow 2000.
18. Willardson JM.: A Periodized Approach for Core Training. ACSM'S Health & Fitness Journal. 2008; 12(1).
19. Woynarowska B.: Narodowy Program Zdrowia- ewolucje, możliwości realizacji. [In.]: Karski JB(ed): Promocja zdrowia. Warszawa 1999.
20. ww.npz. pl z dn. 3.12.2007.
21. Zuzda J. G.: Analysis of a self-prepared set of recreational exercises based on assessment of endurance and physical fitness of Białystok. Doctoral Dissertation. Medical University of Białystok, Białystok 2011.
22. Zuzda J. G. et al.: Effects of Rotational Exercise on Fitness Training. Medicine & Science in Sport & Exercise. Supplement to the Official Journal of the ACSM. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
23. Zuzda J. G. et al.: Influence of Rotational Training on VO_{2max} , Strength and Flexibility. [In.]: Kozłowska D and Sobolewski K.L. (ed): Movement and Health. Selected Problems WSWFiT, Białystok 2013.
24. Zuzda J. G., Latosiewicz R.: Innovative Program of Recreational Classes Using Rotational Movements. PB, Białystok 2010.