

3.3. Wzajemne relacje pomiędzy poszczególnymi elementami teorii Ann Wilcock w badaniach naukowych

W niniejszym rozdziale zostanie zaprezentowane, jak teoria Ann Wilcock „odnalazła się” w świecie praktyki. Przedstawione będą podejścia poszczególnych badaczy, związane ze wzajemnymi zależnościami występującymi pomiędzy poszczególnymi komponentami teorii. Aby dokonać poniższego zestawienia, wybrano adekwatne do tematu artykuły, dostępne w bazach danych PubMed, Medline i Web of Science.

3.3.1. Robienie i bycie

Wzajemna relacja pomiędzy **robieniem a byciem** odnosi się do relacji pomiędzy tym, jak człowiek czuje się jako osoba, i to osoba zajęciowa, a aktywnym zaangażowaniem w znaczące czynności dnia codziennego. Forhan [2010] stwierdził, że zdajemy sobie sprawę z tego, kim jesteśmy dzięki balansowi pomiędzy byciem a robieniem. Sutton [2010] w swoich badaniach doszedł do wniosku, że robienie czegoś, zajmowanie się czymś jest medium, dzięki któremu pacjenci odkrywają na powrót ich sens bycia w świecie. Robienie jest oczekiwanym i upragnionym rezultatem procesu zdrowienia, integruje ze sobą procesy bycia i stawania się.

Relacja pomiędzy robieniem a byciem jak dotąd jest najlepiej zbadaną relacją między poszczególnymi komponentami teorii Ann Wilcock [Hitch, 2014].

DeGrace [2003] zaobserwowała, że praca z rodziną często skupia się na obserwacji rzeczy, które rodzina wykonuje razem, zamiast na znaczeniu, jakie to wspólne robienie ze sobą niesie; konkludując, zarówno robienie, jak i bycie powinny być centralnymi i integralnymi elementami każdej interwencji w obszarze pracy z rodziną. Robienie rzeczy razem buduje poczucie wspólnoty i przynależności, łączy rodzinę ze sobą oraz jest źródłem satysfakcji ze wspólnego bycia razem.

Robienie i bycie zmieniają się w wyniku choroby, urazu czy wypadku. U rekonwalescentów po traumatycznym urazie mózgu terapeutyci muszą odnaleźć zarówno nowe sposoby bycia, jak i nowe sposoby robienia [Klinger, 2005]. Podobnie van Huet [2011] zauważył, że osoby cierpiące z powodu przewlekłego bólu próbują odnajdywać nowe sposoby wykonywania różnych codziennych zajęć, co jest niezwykle ważne dla zachowania własnej tożsamości i jest nierozdzielnie związane z faktem istnienia jako istota zajęciowa.

Terapia powinna uwzględniać priorytety klienta/pacjenta związane z jego zajęciowością, inaczej cały proces rehabilitacji nie będzie miał dla niego większego znaczenia. Zajęcie musi być sensowne, potrzebne; zajęcie, które jest tylko symulacją czy zajmowaniem czasu nie wpłynie znacząco na pacjenta i jego zajęciowość [Bigelius, 2010; Lentin, 2002]. Del Fabro Smith i wsp. [2011] zauważyli, że wśród

matek z reumatoidalnym zapaleniem stawów fakt bycia matką pomaga przezwyciężyć ograniczenia wynikające z choroby i znajdować sposoby na wykonywanie zajęć nieodłącznie związanych z macierzyństwem; bycie i robienie zachodzą na siebie i z siebie wynikają.

Dahlstrand [2011] odkryła, że skupienie uwagi dzieci z rozszczepem kręgosłupa na byciu niemalże zapewniało odnalezienie się w robieniu, znalezieniu przez dzieci ważnych rzeczy, które chcą wykonać. Zbudowanie i utrwalenie pozytywnej autoidentyfikacji, pozytywnego obrazu własnej osoby, łagodzi problemy z wykonywaniem różnych zajęć.

Budowanie tożsamości osoby zajęciowej poprzez wykonywanie zajęć jest ważne również wśród osób z problemami psychicznymi. Bejerholm i Eklund [2007] spostrzegli, że robienie wpływa na jakość życia osób ze schizofrenią, o ile wykonywane zajęcia są dla osoby znaczące. Terapeuci zajęciowi muszą dokładać wszelkich starań, aby wykonywane w ramach terapii zajęcia w pełni osobę angażowały oraz były przez nią wybrane, odpowiadały na jej zajęciowe potrzeby. Aby powyższe zaistniało, zarówno w planie leczenia, jak i podczas oceny pacjenta, należy zwrócić uwagę na to, kim jest pacjent, za kogo się uważa, jakie funkcje pełni w społeczeństwie, innymi słowy, trzeba zwrócić uwagę na jego bycie.

Każdy człowiek – poza zajęciami, które jest zobligowany wykonać i których się od niego oczekuje – w celu osiągnięcia stanu względnej psychofizycznej równowagi i zdrowia powinien również wykonywać czynności związane z jego osobistymi celami, pasjami czy aspiracjami. Ważne jest, aby terapeuta pracujący z osobą chorą zauważał w procesie terapii również rodzinę i jej potrzeby. Przykład mogą stanowić historie małżonków – opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Mimo iż wykonują oni codziennie bardzo dużo różnorodnych zajęć, często są to tylko obowiązki i powinności; brakuje im czasu na rzeczy, które rzeczywiście są dla nich personalnie ważne, wynikają z ich bycia i które chcieliby wykonywać [Persson, Zingmark, 2006].

3.3.2. Robienie i stawanie się

Wzajemna relacja między robieniem (tj. zajmowaniem się czymś, wykonywaniem zajęć) a stawaniem się, to relacja pomiędzy aktywnym zaangażowaniem w znaczące czynności a marzeniami, celami i aspiracjami osoby. Związek między **robieniem i stawaniem się** zauważony został już na początku rozwoju terapii zajęciowej i związany był z rozumieniem faktu, że to, czym osoba się zajmuje w konkretnym czasie, jakie zadania czy zajęcia aktualnie wykonuje, jest częścią jej historii życiowej [Peloquin, 2005].

Wielu autorów wskazuje na wymiar czasowy robienia, tzn. pewne zajęcia przynależą do wieku czy okresu życia i zupełnie naturalnie zmieniają się na inne, tak jak zmieniają się nasze role życiowe. Małe dzieci przede wszystkim się bawią, z czasem – jak dorastają – przybywa im obowiązków domowych, aż wreszcie – jako osoby

dorośle – podejmują niezależne życie. Każdy z tych etapów jest związany z wykonywaniem typowych dla niego, określonych zajęć, a przejścia między poszczególnymi etapami, dorastanie, to nic innego jak stawanie się.

O stawaniu się, związanym z podejmowaniem coraz to szerszej gamy różnych zajęć, możemy również mówić w procesie rehabilitacji czy terapii. Dla osoby po udarze lub np. wypadku zauważanie zmiany, zwiększanie zakresu możliwości, ilości wykonywanych czynności jest niezwykle ważnym elementem terapii, wpływającym na jej motywację czy stan psychiczny.

Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że relacja pomiędzy robieniem a stawaniem odnosi się do tego, jakie ludzie mają cele, aspiracje, plany na przyszłość czy marzenia. To konkretne życiowe cele wspierają właściwy proces stawania się [Hitch i wsp., 2014]. Autorzy poruszyli te kwestie w badaniach dotyczących studentów oraz osób z chorobami psychicznymi. Okazało się, że wykonywanie przez studentów zadań związanych z przyszłą rolą zawodową jest skutecznym sposobem uczenia się [Boerema i wsp., 2007]. Postrzeganie siebie jako przyszłego pracownika przez osoby z chorobami psychicznymi jest kształtowane poprzez wykonywane przez nich zajęcia [Blank i wsp. 2011; Gewurtz, Kirsh, 2007).

Możliwości robienia i stawania się są szczególnie akcentowane w obrębie sprawiedliwości zajęciowej oraz poruszane w dyskusji dotyczącej zajęciowej alienacji czy deprywacji.

3.3.3. Robienie i przynależenie

Relacja pomiędzy **robieniem i przynależeniem** to relacja zachodząca między aktywnym zaangażowaniem w codzienne czynności a poczuciem przynależności, łączności z otoczeniem. W zakresie tej relacji istnieje niewiele badań naukowych. Osoby cierpiące z powodu przewlekłego bólu często angażują się w zwykłe, lecz znaczące aktywności, aby podtrzymać relacje ze środowiskiem społecznym [van Heut, 2011]. Podobnie, w tym samym celu, osoby starsze korzystają z radia, telewizji czy komputera [Fristedt i wsp., 2011].

3.3.4. Bycie i stawanie się

Relacja pomiędzy **byciem i stawaniem się** odnosi się do zależności występującej pomiędzy poczuciem siebie jako osoby a marzeniami, planami czy aspiracjami na przyszłość.

Craik i wsp. [2010] stwierdziła, że podstawą aspiracji osoby jest jej bycie jako istoty zajęciowej. Jak było zaznaczone wcześniej, bez zrozumienia, kim osoba/klient/pacjent naprawdę jest, nie można postawić prawdziwych, istotnych celów terapii. Również bycie osoby jest kształtowane poprzez jej cele – te, które już są zrealizowane, i te, które są dopiero wyznaczone [Alexandratos, Burnett, Thomas, 2012].