

SLOVENSKA REVIJA

ZA

DELOVNO TERAPIJO

Journal of Slovenian Association of Occupational Therapy

Kazalo vsebine

N. Adamlje, V. Kroflič, U. Bratun

UPORABA AMERIŠKEGA OKVIRA PRAKSE DELOVNE TERAPIJE PRI OBRAVNAVI OTROKA Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU IN S PRIDRUŽENIMI MOTNJIAMI RAZVOJA – PRIKAZ PRIMERA	4
THE USE OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK IN THE TREATMENT OF A CHILD WITH INTELLECTUAL DISABILITY AND ASSOCIATED DEVELOPMENTAL DISORDERS – A CASE STUDY	

T.T. Jeras, J. Ocepek, N. Goljar Kregar

UPORABA PRISTOPA STOPNJEVANE MOTORIČNE PREDSTAVE PRI OSEBI PO MOŽGANSKI KAPI – PRIKAZ PRIMERA	16
USE OF GRADED MOTOR IMAGERY APPROACH IN A STROKE PATIENT – CASE REPORT	

Z. Lulić, M. Globočnik, Z. Sicherl

UPORABA AMERIŠKEGA OKVIRA PRAKSE DELOVNE TERAPIJE PRI OBRAVNAVI OSEBE PO MOŽGANSKI KAPI – PRIKAZ PRIMERA	29
THE USE OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK IN TREATMENT OF A PERSON AFTER STROKE - CASE REPORT	

E. Mlakar, T. Brezovar

DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA OSEBE PO TEŽKEM POTEKU NEKROTIZIRAJOČEGA FASCIITISA VRATU IN MEDIASTITISA - PRIKAZ PRIMERA	40
OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT OF A PERSON WITH SEVERE NECROTISING FASCIITIS - A CASE REPORT	

T. Novak, L. Šuc

DELOVNA TERAPIJA NA ENOTI ZA INTENZIVNO NEGO IN TERAPIJO NOVOROJENCEV	57
OCCUPATIONAL THERAPY AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT	

V. Kos, M. Puškarič, K. Galof

KLINIČNE VAJE KOT PRILOŽNOST ZA STROKOVNO RAST: UPORABA KANADSKE PROCESNE METODE Z MENTORSKO PODPORO – PRIKAZ PRIMERA	68
CLINICAL PLACEMENT AS AN OPPORTUNITY FOR PROFESSIONAL GROWTH: APPLYING THE CANADIAN PRACTICE PROCESS FRAMEWORK WITH MENTORING SUPPORT – CASE REPORT	

L. Šuc, H. Čahuk

VKLJUČEVANJE STARŠEV V DELOVNOTERAPEVTSKO OBRAVNAVO OTROK - SISTEMATIČNI PREGLED LITERATURE	82
PARENTAL INVOLVEMENT IN OCCUPATIONAL THERAPY FOR CHILDREN - A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW	

Slovenska revija za delovno terapijo

Journal of Slovenian Association of Occupational Therapy

Glavna in odgovorna urednica	Katarina Galof	(SLO)
Uredniški odbor in recenzentke	Andreja Švajger	(SLO)
	Jelka Janša	(SLO)
	Julija Očepek	(SLO)
	Katarina Galof	(SLO)
	Lea Šuc	(SLO)
	Marija Tomšič	(SLO)
	Špela Mihevc	(SLO)
	Tanja Križaj	(GB)
	Urša Bratun	(SLO)
	Zdenka Pihlar	(SLO)
Izdajatelj in založnik	Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje	
	Linhartova 51, 1000 Ljubljana	
Naklada	350 izvodov	
Tisk	KA PRINT	
Lektura	Tomaž Petek	
Oblikovanje naslovnice	Petra Švajger	
ISSN	1580-6561	

Namen in cilji

Slovenska revija za Delovno terapijo je nacionalna znanstvena in strokovna revija, ki objavlja recenzirane prispevke z vseh področij delovanja delovnega terapevta. Prav tako je namenjena objavi prispevkov s področja delovanja delovnih terapevtov na področju preventivne zdravstvene dejavnosti, obravnavam v akutnih fazah in med rehabilitacijo, timskega in medpoklicnemu sodelovanju, marketingu in trženju storitev delovne terapije, področjem dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja ter vpetosti stroke v posamezna življenjska obdobja posameznika, njihove kontekstualne dejavnike ter sodelovanja in vključevanja v življenjska okolja posameznika pa tudi družbe.

Revija objavlja izvirna, še ne objavljena dela v obliki strokovnih in znanstvenih prispevkov, študij primera in preglednih prispevkov. Avtorji so odgovorni za resničnost navedenih podatkov in objavljenega gradiva.

Revija izhaja najmanj enkrat letno. Občasno izidejo suplementi ali posebne številke. Navodila za avtorje: www.zdts.si.

UPORABA AMERIŠKEGA OKVIRA PRAKSE DELOVNE TERAPIJE PRI OBRAVNAVI OTROKA Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU IN S PRIDRUŽENIMI MOTNJAMI RAZVOJA – PRIKAZ PRIMERA

THE USE OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK IN THE TREATMENT OF A CHILD WITH INTELLECTUAL DISABILITY AND ASSOCIATED DEVELOPMENTAL DISORDERS – A CASE STUDY

Nina Adamlje¹, dipl. del. ter., Veronika Kroflič², dipl. del. ter., doc. dr. Urša Bratun³, MSc OT (Švedska), dipl. del. ter.

¹ Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Draga 1, 1292 Ig, BE Center slovenske Istre Ankaran, Jadranska cesta 73 a, 6280 Ankaran

² Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor

³ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): nina.adamlje@center-db.si

Prispelo: 10.5.2025

Sprejeto: 26.8.2025

IZVLEČEK

Uvod: Delovna terapija je pomembna pri obravnavi otrok z motnjo v duševnem razvoju (MDR) in s pridruženimi motnjami, saj omogoča izboljšanje izvajanja okupacij in kakovosti življenja. Ameriški okvir prakse delovne terapije (OTPF-4) ponuja strukturiran pristop k vrednotenju, intervenciji in k oceni izidov obravnave. **Metode:** Predstavljen je primer 7-letnega dečka z MDR, s slabovidnostjo ter pridruženimi genetskimi in z nevrološkimi motnjami. Obravnava je temeljila na OTPF-4 in vključevala elemente razvojno-nevrološkega pristopa. Proces je zajemal pripravo okupacijskega profila, analizo izvajanja okupacije, oblikovanje ciljev, izbiro terapevtskih intervencij in pristopov, izvedbo obravnave ter vrednotenje izidov. **Rezultati:** Po enoletni obravnavi so bili doseženi pozitivni rezultati. Deček je pokazal izboljšave v socialno-interakcijskih in motoričnih spretnostih ter večjo samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih okupacij (npr. toaleta, hranjenje, uporaba računalnika). Zmanjšala se je njegova odvisnost od pomoči odraslih, kar je prispevalo k večji vključenosti v socialne in izobraževalne aktivnosti. **Sklep:** OTPF-4 je strukturiran in prilagodljiv okvir, ki je ustrezen za delovnoterapevtsko obravnavo otrok z MDR in s pridruženimi motnjami. Individualiziran pristop, osredinjen na uporabnika, omogoča povečanje samostojnosti in kakovosti življenja, hkrati pa sta pomembna tudi interdisciplinarno sodelovanje in vključenost družine v delovnoterapevtsko obravnavo. **Ključne besede:** družina, interdisciplinarna obravnava, okupacija, OTPF-4

ABSTRACT

Introduction: Occupational therapy plays a crucial role in the treatment of children with intellectual disabilities and associated conditions, as it aims to improve their occupational performance and quality of life. The American Occupational Therapy Practice Framework (OTPF-4) provides a structured approach to evaluation, intervention, and outcome assessment. **Methods:** This article presents a case study of a 7-year-old boy with an intellectual disability, visual impairment, and associated genetic and neurological disorders. The intervention was based on OTPF-4 and incorporated elements of a neurodevelopmental approach. The process

included developing an occupational profile, occupational performance analysis, goal setting, selecting appropriate therapeutic interventions and approaches, implementing therapy, and evaluating outcomes. **Results:** After one year of occupational therapy intervention, positive results were achieved. The boy showed improvements in social interaction and motor skills, and greater independence in daily occupations (toilet training, eating, and computer use). Dependence on adult assistance decreased, leading to greater participation in social and educational activities. **Conclusion:** OTPF-4 provides a structured and flexible framework for occupational therapy intervention in children with intellectual disabilities and associated conditions. A client-centered, individualized approach enables greater independence and quality of life. Additionally, interdisciplinary collaboration and family involvement in therapy are also essential.

Keywords: family, interdisciplinary intervention, occupation, OTPF-4

UVOD

Delovna terapija je stroka, ki temelji na predpostavki, da je človek po naravi okupacijsko bitje, ne glede na starost ali sposobnosti (Pierce, 2014). Skozi izvajanje okupacij posameznik raste, se razvija in izraža svojo identiteto, ki je preplet duševnega, telesnega in duhovnega vidika (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020). Okupacije so vsakodnevne aktivnosti, ki jih ljudje izvajajo individualno, v družinah in skupnostih, da si zapolnijo čas ter v življenje vnesejo pomen in smisel. Vključujejo vse, kar ljudje počnejo, ker to potrebujejo, si želijo ali se od njih pričakuje (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2022). Poleg fizične izvedbe okupacija vključuje tudi čustvene in socialne dimenzije ter je ključni del življenja, povezan z različnimi vlogami posameznika. Subjektivni pomen, ki ga posameznik pripisuje okupaciji, pomembno vpliva na njegovo doživljanje kakovosti življenja in dobrega počutja (Pierce, 2001).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) poudarila večdimenzionalno povezanost človekovega zdravja in funkcioniranja. MKF vključuje telesne funkcije in zgradbe, dejavnosti (aktivnosti) in zmožnost sodelovanja, osebne dejavnike in vpliv okolja (SZO, 2004). Konceptualni modeli in okviri prakse delovne terapije, kot je Ameriški okvir prakse delovne terapije, različica 4 (OTPF-4), gradijo na tej večdimenzionalnosti. OTPF-4, ki ga je pripravilo Ameriško združenje delovnih terapevtov (AOTA), opisuje človekovo delovanje kot dinamično interakcijo med osebo, okupacijo in okoljem. Sestavljata ga dva elementa: domena in proces (AOTA, 2020).

V domeni so zajeti glavni koncepti delovne terapije: okupacija, kontekst, vzorci izvajanja, spretnosti izvajanja in uporabnikovi dejavniki. Proces pa vključuje tri glavne korake: vrednotenje, intervencijo in izide. Čeprav je proces jasno strukturiran, je iterativen. Osredinjen je na uporabnika in temelji na okupacijah. *Vrednotenje* se začne z opredelitvijo razlogov za uporabnikovo vključitev v obravnavo. Terapevt nato zbere ključne informacije, pripravi okupacijski profil (subjektivni vidik uporabnika), analizira izvajanje okupacij (objektivna ocena z ocenjevalnimi orodji) in pripravi sintezo ugotovitev. *Obravnava* zajema pripravo načrta obravnave, v katerem so opredeljeni merljivi cilji ter izbrani pristopi in metode za dosego teh ciljev. Sledita izvedba načrta in redno pregledovanje uspešnosti, ki omogočata prilagoditev obravnave po potrebi. *Izidi* vključujejo ponovno oceno uporabnikovega vključevanja v okupacijo z uporabo ustreznih orodij in s pripravo načrta za odpust ali nadaljnjo obravnavo. Proces se nato konča ali nadaljuje, če je to potrebno (AOTA, 2020).

V merilih za opredelitev motenj otrok s posebnimi potrebami Zavoda Republike Slovenije za šolstvo je motnja v duševnem razvoju (MDR) definirana kot »nevrolško pogojena razvojna motnja, ki se pojavi pred dopolnjenim 18. letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter pomembnih odstopanjih prilagoditvenih spretnosti« (Vovk - Ornik, 2015: 6). MDR se pogosto pojavljajo skupaj z drugimi motnjami na področju otrokovega razvoja. Glede na stopnjo MDR v Sloveniji ločimo otroke z lažjo, zmerno, s težjo in težko MDR (Vovk - Ornik, 2015). Delovna terapija predstavlja pomemben del sodobne obravnave otrok z MDR, ki potrebujejo podporo pri izvajanju okupacij z različnih področij človekovega delovanja skozi svoje celotno življenje (Johnson et al., 2019).

Namen članka je prikazati potek delovnoterapevtske obravnave pri otroku z MDR in s pridruženimi motnjami razvoja po okviru OTPF-4. Starši otroka so podali pisno soglasje za objavo primera, z vsebino članka pa so bile skladno s protokolom zavoda seznanjene odgovorne osebe (direktor, vodja zdravstvene službe, vodja delovne terapije).

PRIKAZ PRIMERA

Deček je bil od svojega petega leta vpisan v prilagojen predšolski program, nato pa od svojega sedmega leta v posebni program vzgoje in izobraževanja, kamor ga je vsak delovni dan pripeljala mama. Omenjeni program je začel obiskovati zaradi diagnosticirane MDR in izostanka v celostnem razvoju ter potrebe njegove družine po podpori pri vzgoji in izobraževanju. Zaradi odsotnosti delovne terapevte (porodniški dopust, neuspešno iskanje nadomeščanja) se je v delovnoterapevtsko obravnavo vključil pri starosti sedmih let v okviru individualnih in skupinskih obravnav – svetovanja družini in zaposlenim ter prilagajanja okupacij, okolja in pripomočkov. Deček ima težave pri izvajanju osnovnih (ODA) in širših dnevnih aktivnostih (ŠDA) ter pri izvajanju drugih okupacij.

VREDNOTENJE

Pridobivanje podatkov o uporabniku iz dokumentacije in ugotavljanje potreb po delovni terapiji

Deček ima poleg MDR še pridružene motnje – neopredeljena motnja osrednjega živčevja, slabovidnost, generalizirana hipotonija z distalno povišanim mišičnim tonusom, deformacije stopal, kontrakture v kolkih in genetske spremembe. Predpisan ima individualno prilagojen počivalnik, ki mu omogoča gibanje v prostoru, vendar ga sam ni zmožen upravljati. Za uravnavanje deformacij nog uporablja ortoze. Je del štiričlanske družine, ki se je pred tremi leti iz tujine preselila v Slovenijo.

Ker ima deček težave pri izvajanju okupacij ter interes in željo po večji vključenosti v okupacije, je bil spoznan kot primeren za obravnavo v delovni terapiji. Obravnavali so ga tudi: fizioterapevtka, specialna pedagoginja, logopedinja, psiholog, diplomirana medicinska sestra in socialna delavka. Interdisciplinarni pristop je omogočil celostno razumevanje dečkovih potreb in potencialov, saj je vsak član tima prispeval svoje strokovno znanje k oblikovanju ciljev obravnave. Ocena logopedinje je osvetlila dečkove težave pri izražanju, psiholog je prispeval informacije o dečkovem vedenjskem odzivanju in motivaciji, ugotovitve fizioterapevte so bile pomembne pri razumevanju telesne vzdržljivosti in posturalne kontrole, pedagoginji sta prispevali pogled na dečkovo delovanje znotraj razreda, socialna delavka pa je predstavila družinsko situacijo. Cilji obravnave so bili oblikovani na podlagi sinteze ugotovitev vseh vključenih strokovnjakov, kar je okrepilo njihovo relevantnost in uresničljivost.

Okupacijski profil

V prilogi 1 je predstavljen okupacijski profil dečka, ki je povzetek njegove okupacijske zgodovine in izkušenj, vzorcev vsakodnevnega življenja, njegovih interesov, vrednot, potreb in konteksta delovanja (AOTA, 2020).

Analiza izvajanja okupacije – ocenjevanja

Za oceno dečkovega funkcioniranja so bila izbrana ocenjevanja, ki omogočajo opazovanje in analizo z vidika volje, motoričnih, procesnih in socialno-interakcijskih spretnosti, skladno z domeno OTPF-4 (AOTA, 2020). Uporabljena so bila ocenjevanja, ki so primerna za izbrano populacijo in ki omogočajo dinamično kontekstualno prilagojeno oceno. Za ocenjevanje so bili uporabljeni The Pediatric Volitional Questionnaire, analiza aktivnosti po spretnostih, dinamična analiza aktivnosti in poglobljen intervju s starši¹.

- *The Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ; Basu et al., 2002) za sodelovanje v zanj novih obšolskih dejavnostih (skupinska terapija s pomočjo psa)* – deček je kljub želji po vključevanju v skupinske aktivnosti pri teh zadržan in se zaradi svojih osebnih lastnosti (nekomunikativnost, slabše znanje slovenskega jezika, težave pri sprejemanju novosti) težje vključi vanje – rezultat je 40-odstotna izvedba.
- *Analiza aktivnosti po spretnostih (Fisher & Marterella, 2019) za igranje računalniške igre »Smash Master« na tabličnem računalniku* (ocena motoričnih in procesnih spretnosti) – odstopanja pri vseh motoričnih spretnostih; pri procesnih spretnostih so največja odstopanja pri naslednjih dejavnostih: ohranja ritem, začne – konča, aktivnost izvaja neprekinjeno, pospravi, usmerja gibanje. Pri izvedbi aktivnosti je deček pokazal izrazit napor in stopnjo utrujenosti, zmerno neorganiziranost in nezaželeno uporabo časa, prostora in predmetov ter zmerno tveganje za poškodbo sebe ali predmetov. Potreboval je veliko fizičnega usmerjanja gibanja rok prek terapevtke.
- *Analiza aktivnosti po spretnostih za aktivnost podajanja žoge s sošolcem* (ocena socialno-interakcijskih spretnosti) – največja odstopanja pri naslednjih dejavnostih: sprašuje/odgovarja, ima drugačno mnenje, se zahvali, časovni odziv, uporablja primeren jezik in govori tekoče/gestikulira. Deček je pokazal zmerno stopnjo motnje socialne interakcije.
- *Dinamična analiza aktivnosti (Polatajko et al., 2000) za asistirano hranjenje* – največ odstopanj je bilo pri enoti »prijem žlice«, pri čemer so bila odstopanja pri seganju po žlici in tem, da jo obdrži v roki. Prav tako je zaznano veliko odstopanje v enoti »prinašanje v usta«; odstopanja so spet pri vseh podenotah, ki vsebujejo premike roke (iztegne, pokrči, stegne, vzdrži) in pri ohranjanju hrane na žlici. Z mehansko razgradnjo hrane nima težav. Za hranjenje porabi veliko količino energije in se hitro utruje ter obupa.
- *Poglobljen intervju s starši o funkcioniranju dečka v domačem okolju ter njihovih željah in ciljih* – deček ima tudi doma težave na gibalnem področju, pri fizični vzdržljivosti, vključevanju v nove aktivnosti in pri spoznavanju novih oseb. Za vse ODA in ŠDA mu morajo nuditi popolno pomoč. Starši so izrazili željo po toaletnem treningu, povečani vzdržljivosti in po dečkovi socialni vključenosti.

¹Pri ocenjevanjih izvajanja okupacije (igranje računalniške igre, podajanje žoge, asistirano hranjenje) je bil izhodiščni položaj dečka v naročju terapevtke (vzdrževanje posturalnega seta), nudeno pa je bilo vodenje roke. Na ta način je bil deček zmožen prerazporediti mišični tonus in delno inhibirati asociirane reakcije, da je lahko (delno) izvedel okupacijo samostojno.

Sinteza

Deček je imel ob začetku delovnoterapevtske obravnave težave pri izvajanju okupacij, značilnih za njegovo starost, kot so: samostojno hranjenje, uporaba stranišča, igra, sodelovanje pri pouku in socialna interakcija. Na gibalnem področju ima zmanjšano posturalno kontrolo, slab prijem in prisotne asociirane reakcije. Na socialnem področju se težje vključuje v skupine in vzpostavlja stik z vrstniki. Na kognitivnem področju težko ohranja pozornost, sledi navodilom in organizira aktivnosti. Pri komunikaciji ima omejen besedni zaklad v slovenščini, težje izraža potrebe in razume sporočila, kar vpliva na vključevanje. Deček si želi večje neodvisnosti od odrasle osebe pri izvajanju zanj pomembnih okupacij – čim bolj samostojna izvedba okupacij ga motivira za nadaljnjo obravnavo. Rad bi sam igral računalniške igre, sam jedel in bil celostno samostojnejši. Starši so poudarili željo po toaletnem treningu in dečkovi udeležbi pri vseh aktivnostih, ki jih organizira šola.

OBRAVNAVA

Načrtovanje

Skupaj z dečkom, družino in z interdisciplinarnim timom smo postavili štiri objektivne in merljive cilje s časovnim okvirom. Ta je bil postavljen glede na dečkovo začetno funkcioniranje, izražene potrebe in motivacijo staršev ter glede na pričakovan napredek v okviru stopnje MDR in drugih dečkovih omejitev.

- Deček bo v 12 mesecih, ko bo začutil potrebo po odvajanju, povedal odrasli osebi zanj, tako da bo odvajal v stranišče. V enem mesecu bo sprejel uporabo prilagojenega sobnega stranišča, v šestih mesecih bo pravočasno povedal za potrebo odvajanja blata, v 12 mesecih pa za odvajanje urina.
- V treh mesecih se bo deček udeleževal vseh aktivnosti, tudi takih, ki trajajo 90 minut ali več, znotraj šolskega programa brez vmesnega počitka.
- V pestih mesecih bo deček samostojno igral lažjo računalniško igro na tabličnem računalniku 15 minut ob asistenci terapevtke, ki bo zagotavljala potrebno telesno držo (terapevtka bo dečka držala v naročju).
- V 12 mesecih se bo deček naučil prijeti in uporabljati individualno prilagojeno žlico ter bo s pomočjo (vodenje roke) pojedel celoten obrok – kosilo. S samostojnejšo izvedbo bo pojedel večjo količino hrane kot pred začetkom obravnave.

Načrt poteka obravnave

- Dečka bo obravnavala delovna terapevtka dvakrat tedensko v okviru individualnih obravnav po eno uro z namenom izvajanja intervencij, ki podpirajo izvajanje okupacij ter prilagajanja in izvajanja individualnih okupacij (branje, računalniške igre itn.).
- Trikrat tedensko bo deček obravnavan znotraj obrokov z namenom izkustva samostojnejšega hranjenja prek vodenja roke in povečanja sprejemanja hrane.
- Izdelana bosta individualno prilagojen pribor za samostojnejše hranjenje in pripomoček za odebelitev šolskih potrebščin, kot so pisala, čopiči itn.
- Za dečkove potrebe bo prirejeno sobno stranišče. Izdelan bo program toaletnega treninga.
- Delovna terapevtka se bo vključevala v skupinske dejavnosti šole, da bi podpirala in razvijala socialnointerakcijske spretnosti dečka enkrat mesečno.
- Delovna terapevtka bo izvedla izobraževanje osebja šole in staršev pri rokovanju z dečkom glede uporabe pripomočkov (prilagojene žlice in šolskih potrebščin, počivalnika, ortoz, kompresijskega oblačila), uporabe sobnega stranišča in toaletnega treninga.

- Ob koncu šolskega leta bodo ponovljena ocenjevanja z namenom spremljanja napredka in podana priporočila za naprej.

Terapevtski pristopi

Pristop določa širšo strategijo, ki usmerja izbiro in izvajanje intervencij. Delovni terapevt ga izbere glede na cilje, ki jih je z uporabnikom zastavil. V preglednici 1 so predstavljeni uporabljeni pristopi, ki so opisani znotraj OTPF-4 (AOTA, 2020).

Poleg pristopov iz OTPF-4 so bili v obravnavi uporabljeni elementi razvojno-nevrološkega pristopa (RNO), ki temelji na začasnem zmanjševanju mišičnega tonusa in spodbujanju naravnih gibalnih vzorcev (Graham et al., 2019). V prikazanem primeru obravnave so bili elementi RNO uporabljeni med izvajanjem okupacij igranja računalniške igre in hranjenja (vzdrževanje poravnave trupa, sproščanje spastičnosti, uravnavanje mišičnega tonusa, inhibicija asociiranih reakcij itn.) ter kot intervencije, ki podpirajo izvajanje okupacije (poravnava telesa z namenom zmanjševanja patoloških gibalnih vzorcev in izboljšanja nadzora nad gibi okončin; trening obračanja s hrbta na trebuh in nasprotno za samostojnejše gibanje itn.).

Preglednica 1: Delvoterapevtski pristopi (povzeto po AOTA, 2020)

DT-pristopi	Opis	Primer iz prikazanega primera
<i>Promovirati zdravje/ Ustvarjati</i>	Osredinja se na promocijo zdravja in dobrega počutja brez predpostavke o prisotnosti bolezni ali omejitev. Cilj je izboljšati uspešnost pri vsakodnevnih okupacijah za vse ljudi v njihovem okolju.	Opolnomočenje staršev in zaposlenih v šoli za ravnanje z dečkom (učenje pravih pristopov, uporabe pripomočkov, rokovanja itn.). Iskanje novih okupacij, v katerih je lahko deček kljub svojim omejitvam samostojen in uspešen.
<i>Vzpostaviti/ Obnoviti</i>	Terapevt si prizadeva vzpostaviti ali obnoviti uporabnikove spretnosti in sposobnosti, ki še niso razvite ali pa so bile okrnjene – rehabilitacija, habilitacija.	Vzpostavitev posturalnega seta, kontrole trupa in glave. Izdelava programa toaletnega treninga za vzpostavitev funkcij kontrole nad odvajanjem.
<i>Vzdrževati/ Ohraniti</i>	Nudi stalno oporo uporabniku za ohranjanje spretnosti za izvajanje okupacij.	Ohranjanje in jačanje funkcij fine/grobe motorike, koordinacije roka – oko. Ohranjanje in izboljšanje kognitivnih in socialnointerakcijskih funkcij, ki so potrebne pri aktivnostih pouka, igre in prostega časa.
<i>Kreirati (kompenzirati, prilagodi-ti)</i>	Terapevt prilagaja kontekst ali zahteve okupacije, da podpre uspešnost izvedbe.	Prilagoditev sobnega stranišča. Izdelava prilagojene žlice in prilagoditve za šolske potrebščine. Prilagoditev izvedbe okupacij (npr. stojalo za tablični računalnik itn.).
<i>Preprečevati</i>	Terapevt preprečuje nastanek ali razvoj ovir za uspešnost pri izvajanju okupacij.	Preprečevanje socialne izolacije z vzpodbujanjem udeležbe v skupinskih aktivnostih. Uporaba opornic za preprečevanje večanja obsega kontraktur.

Izvedba intervencije

Po načrtovanju obravnave je bila ta izvedena s pomočjo delovnoterapevtskih intervencij, opredeljenih znotraj OTPF-4. Uporabljene intervencije so opisane v preglednici 2.

Preglednica 2: Delovnoterapevtske intervencije (povzeto po AOTA, 2020)

DT-intervencije	Opis intervencije	Primer iz prikazanega primera
<i>Okupacije</i>	Vsakodnevna aktivnost, ki ima pomen za posameznika in je zanj značilna.	ODA (hranjenje, toaletni trening); aktivno sodelovanje pri pouku; računalniške igre; druženje s prijatelji in z družino; branje.
<i>Aktivnosti</i>	Specifična naloga ali dejanje, ki je del terapije in je zasnovana tako, da spodbuja razvoj spretnosti; izvedena je zunaj naravnega konteksta uporabnika.	Podajanje žoge s sošolcem znotraj individualnih obravnav z namenom razvoja socialnointerakcijskih spretnosti.
<i>Intervencije, ki podpirajo izvajanje okupacij</i>	Intervencije, ki uporabnika pripravljajo na izvajanje njegovih okupacij.	Elementi RNO za izboljšanje telesnih funkcij in zgradb (rokovanje, uravnavanje mišičnega tonusa, poravnava trupa itn.). Uporaba ortoz, kompresijskega oblačila, prilagojene žlice in šolskih pripomočkov.
<i>Izobraževanje</i>	Delitev znanja in informacij o pozitivnih učinkih izvajanja okupacij na kakovost življenja.	Izobraževanje staršev in zaposlenih o rokovanju in uporabi pripomočkov. Svetovanje staršem o prenosu v šoli usvojenih strategij v domače okolje.
<i>Trening</i>	Pridobivanje spretnosti, ki so potrebne za uspešno izvajanje aktivnosti in okupacij.	Trening navad – toaletni trening, trening uporabe prilagojene žlice.
<i>Zagovorništvo</i>	Zagovarjanje okupacijskih pravic in potreb uporabnikov ter učenje o samostojni izvedbi.	Zagovarjanje dečkovih pravic do dostopnega in prilagojenega učnega okolja prek sodelovanja z zaposlenimi v šoli. Svetovanje staršem o možnostih pridobitve ustreznih pripomočkov prek ZZZS.
<i>Skupinske intervencije (obrnave)</i>	Skupine, ki omogočajo razvoj spretnosti za sodelovanje in interakcijo.	Skupinski izleti s šolo; skupinske terapije s pomočjo psa; skupinske aktivnosti znotraj šole (telovadba)
<i>Virtualne obravnave</i>	Zagotavljanje storitev brez fizičnega stika, izvedba terapij na daljavo.	Ob odsotnostih – telefonski ali videoklic s starši in z dečkom.

IZIDI OBRAVNAVE

Ponovno ocenjevanje

Ob koncu šolskega leta je bilo ponovno izvedeno ocenjevanje.

- *PVQ za sodelovanje v zanj novih obšolskih dejavnostih (skupinska obravnava s pomočjo psa)* – vprašalnik je pokazal izboljšavo socialnointerakcijskih spretnosti in povečanje volje za izvajanje nove aktivnosti – rezultat je 81,67-odstotna izvedba.
- *Analiza aktivnosti po spretnostih za igranje računalniške igre »Smash Master« na tabličnem računalniku* – ocenjevanje je pokazalo manjša odstopanja nekaterih motoričnih spretnosti (manipulira, prijema, vzdrži, ohranja ritem) in vseh procesnih spretnosti v primerjavi s prvim ocenjevanjem (predvsem ohranja ritem, je pozoren, začne/konča aktivnost, jo izvaja neprekinjeno, kjer se je rezultat izboljšal za dve točki, pri preostalih spretnostih, v katerih so bila odstopanja, pa za eno točko). Napor in učinkovitost sta se zmanjšala na minimalno stopnjo, prav tako sta se izboljšala stopnja varne izvedbe na minimalno tveganje za poškodbo. Potreboval je manj fizičnega usmerjanja gibanja rok od terapevtke.
- *Analiza aktivnosti po spretnostih za aktivnost podajanja žoge s sošolcem (ocena socialnointerakcijskih spretnosti)* – ocenjevanje je pokazalo manjša odstopanja v spretnostnih pristopi, sprašuje/odgovarja, uporablja primeren jezik in časovni odziv. Deček je prikazal le še minimalno stopnjo nezrelosti socialne interakcije.
- *Dinamična analiza aktivnosti za asistirano hranjenje* – največje izboljšanje je bilo v enoti »prijem žlice«, v kateri je najbolj izboljšal to, da je žlico obdržal v roki. Nekoliko je izboljšal tudi podenote, ki vključujejo gibanje roke, še vedno pa ima težave pri ohranjanju hrane na žlici. Za tovrstno hranjenje je porabil veliko energije tudi ob drugem ocenjevanju, vendar je zdržal dlje in pojedel večjo količino hrane, hkrati pa je bil za hranjenje bolj motiviran.
- *Poglobljen intervju s starši o funkcioniranju dečka v domačem okolju ter njihovih željah in ciljih* – starši so bili zadovoljni z vključenostjo dečka v šolske aktivnosti, opazali so povečano vzdržljivost, hkrati pa so izrazili mnenje, da jim toaletni trening in asistirano hranjenje v domačem okolju vzameta preveč časa.

Doseganje ciljev

- Deček je sprejel uporabo sobnega stranišča. Toaletni trening je bil uspešen – pravočasno pove za obe vrsti potrebe po odvajanju. Pri tem je še nesuveren, saj med izvedbo pogosto potrebuje potrjevanje, da dela prav, dodatne besedne usmeritve in fizično pomoč. Izvedba vzame veliko časa predvsem zaradi njegovih fizičnih omejitev in potrebe po stalni asistenci, kar posledično omejuje njegovo vključevanje v druge okupacije. Strah ga je, da ne bi pravočasno prišel do stanišča, zato še potrebuje plenice. Cilj je bil torej delno dosežen.
- Deček se udeležuje vseh skupinskih aktivnosti znotraj šole ne glede na njihovo dolžino (tudi daljših od 90 minut) brez potrebe po počitku. Izraža željo in voljo po udeležbi ter zavrača ponujen počitek. Cilj je bil dosežen.
- Ob asistenci terapevtke, ki zagotavlja poravnavo telesne sheme in s prilagoditvijo (stojalo za računalnik), deček uspešno igra računalniško igro na tabličnem računalniku 15 minut, ne da bi potreboval počitek. Cilj je bil dosežen.
- Deček je pridobil veselje do samostojnega hranjenja, vendar mu njegove telesne funkcije še ne omogočajo uspešnega izvajanja. Kljub temu se je naučil uporabe prilagojenega pribora ob izdatni fizični pomoči terapevtke (vodenje roke, pomoč pri vzdrževanju prijema pribora, zajemanju hrane, pri vzdrževanju telesne sheme) in na ta način poje povprečno pol obroka (kosila), nato pa ga odrasla oseba dohrani. Ob

asistiranjem hranjenju poje večjo količino hrane, kot ko je bil samo hranjen. Cilj je bil delno dosežen.

Delovnoterapevski cilji so bili delno ali v celoti doseženi. Deček ima raznovrstne vloge – sošolec, učenec, prijatelj, član družine. Vključuje se v skupinske in individualne aktivnosti šole. Vzpostavlja nova prijateljstva in odnose. Nekoliko boljši je pri izvajanju okupacij, ki od njega zahtevajo motorične spretnosti. Izboljšal je svoje procesne in socialnointerakcijske spretnosti, kar se odraža pri izvajanju okupacij, vezanih na medosebne odnose in druženje. Kljub temu ga njegovo zdravstveno stanje še naprej omejuje pri izvajanju večine okupacij, zato potrebuje veliko podpore odrasle osebe. Še naprej je motiviran za izvajanje svojih okupacij, veliko bolj odprta pa je tudi za spoznavanje in preizkušanje novih.

Priporočila

Za nadaljnjo delovnoterapevsko obravnavo dečka bo ključno zagotavljanje kontinuiranega in individualiziranega pristopa, ki se bo prilagajal njegovim spreminjajočim se potrebam in sposobnostim. Priporočila temeljijo na izvedbi intervencij, ki so usmerjene v izvajanje okupacij, uporabo interdisciplinarnega pristopa in vključevanja družine v terapevtski proces. Pri dečku je treba nadaljevati večanje samostojnosti v vsakodnevnih aktivnostih in ga podpreti pri razvoju motoričnih, procesnih in socialnointerakcijskih spretnosti prek izvajanja okupacij. Družini se bo še naprej nudilo podporo pri prenosu znanja in novih oz. izboljšanih spretnosti v domače okolje.

RAZPRAVA

Prikazani primer prikazuje uporabo OTPF-4 pri otroku z MDR. Struktura in fleksibilnost tega okvira omogočata individualiziran pristop, prilagojen specifičnim potrebam otroka z MDR in s pridruženimi motnjami. Po enoletni obravnavi je bilo opaziti izboljšanje v socialnointerakcijskih in motoričnih spretnostih ter povečano samostojnost pri vsakodnevnih okupacijah, kar je pomemben pokazatelj uspešnosti obravnave. Pomemben dejavnik uspeha je bil tudi interdisciplinarni pristop, ki je vključeval sodelovanje med različnimi strokovnjaki. Tak pristop omogoča celovito obravnavo otroka in povečanje učinkovitosti posameznih intervencij (Nancarrow et al., 2013).

Na okupaciji temelječa praksa je v delovni terapiji nepogrešljiva. Poudarja uporabo okupacij kot glavnega sredstva za doseganje terapevtskih ciljev, namesto osredinjanja na izolirane spretnosti ali aktivnosti (Fisher, 2013; Lee, 2024). Ključna je za uspešno obravnavo različnih populacij uporabnikov, tudi otrok s težavami na najrazličnejših področjih. Pomembno vlogo pri otrokovi motivaciji za sodelovanje v terapevtskem procesu ima igra, ki predstavlja eno izmed njegovih primarnih okupacij. O'Connor et al. (2020) so opisali razliko med igro kot okupacijo in igro kot aktivnostjo. Igra kot okupacija se osredinja na otrokov lasten interes, užitek in spontanost, medtem ko igra kot aktivnost vključuje določen terapevtski namen in cilje. Obe obliki igre se znotraj terapevtske obravnave lahko prepletata in dopolnjujeta, saj otrok skozi igro, ki jo doživlja kot okupacijo razvija spretnosti, medtem ko lahko igra kot terapevtska aktivnost postane bolj privlačna, če vsebuje elemente spontanosti in zabave. Ključnega pomena je iskanje ravnovesja, ki otroku omogoča hkrati razvoj in užitek v igri (O'Connor et al., 2020). Pri obravnavanem dečku je bila igra uporabljena kot terapevtsko sredstvo za izboljšanje socialnointerakcijskih in motoričnih spretnosti, hkrati pa smo želeli v njem vzbuditi tudi užitek in spontanost.

Raziskave kažejo, da je eden pomembnejših dejavnikov uspešne implementacije na okupaciji temelječe prakse pri otrocih tudi vključenost družine. Družina s svojo podporo in sodelovanjem pripomore k utrjevanju veščin/spretnosti ali vlog v domačem in širšem okolju otroka. Z izobraževanjem in usposabljanjem skrbnikov postane terapija trajnostna in učinkovitejša. Poleg drugih dejavnikov ima tudi fizično okolje pomembno vlogo pri izvajanju na okupaciji temelječe prakse pri otrocih. Učinkovitost terapije je pogosto odvisna od tega, kako dobro okolje med terapijo odraža otrokovo vsakdanje življenjsko okolje (Estes & Pierce, 2012; Lage et al., 2024a; Lage et al., 2024b; Lee et al., 2024).

Velik prispevek h končnemu uspehu obravnavanega primera je predstavljalo vključevanje staršev v terapevtski proces, saj je to omogočilo kontinuiran prenos pridobljenih spretnosti v domače okolje. Ena ključnih ugotovitev je prav tako pomen uporabe terapije, ki temelji na okupaciji. Deček je pokazal večjo motivacijo za sodelovanje v aktivnostih, ki so bile prilagojene njegovim interesom, kot so: igranje računalniških iger, branje in družabne igre. To potrjuje pomembnost izbire okupacij, ki so za otroka smiselne in privlačne, kar povečuje njegovo sodelovanje in napredek (D'Arrigo et al., 2020).

Kljub pozitivnim rezultatom se je pokazalo nekaj izzivov. Deček je kljub napredku še vedno potreboval podporo pri izvajanju določenih okupacij, kot sta hranjenje in toaletni trening. To kaže na potrebo po dolgotrajni in kontinuirani obravnavi, ki se prilagaja otrokovemu razvoju in spremenjenim potrebam (Sun, 2020).

SKLEP

OTPF-4 je bil prepoznan kot okvir prakse, ki lahko ustrezno usmerja delovnoterapevtsko obravnavo otroka z MDR in s pridruženimi motnjami. Sistematičen in individualiziran pristop omogoča povečanje otrokove samostojnosti v vsakodnevni okupacijah ter izboljšanje njegovih motoričnih, socialnih in kognitivnih spretnosti. Vključenost družine in interdisciplinarnega tima je pomemben dejavnik za uspešno obravnavo, saj omogoča kontinuirano podporo in prenos terapevtskih ciljev v naravno okolje otroka, kar je skladno s sodobno paradigmo delovne terapije.

ZAHVALA

Zahvaljujemo se vodji delovne terapije CUDV Draga Silvi Bajde, dipl. del. ter., in vodji zdravstvene službe Nikolaji Tevž Cizej, dr. med., spec. FRM, za strokovni pregled članka ter za dragocene nasvete in smernice, ki so pripomogli k izboljšanju vsebine.

VIRI

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: domain and process (4th ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1–87.
- Basu, S., Kafkes, A., Geist, R., & Kielhofner, G. (2002). *A user's guide to the Pediatric Volitional Questionnaire: version 2.0*. University of Illinois.
- D'Arrigo, R. G., Copley, J. A., Poulsen A. A., & Ziviani J. (2020). The engaged child in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 127–136. <https://doi.org/10.1177/0008417420905708>
- Estes, J., & Pierce, D. E. (2021). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 17–25.
- Fisher A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different?. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(3), 162–173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Center for Innovative OT Solutions

- Graham, J. V., Eustace, C., Brock, K., Swain, E., & Irwin - Carruthers, S. (2009). The Bobath concept in contemporary clinical practice. *Topics in stroke rehabilitation*, 16(1), 57–68. <https://doi.org/10.1310/tsr1601-57>
- Johnson, K. R., Blaskowitz, M., & Mahoney, W. (2019). Occupational therapy practice with adults with intellectual disability: what more can we do? *The Open Journal of Occupational Therapy*, 7(2), 1–6. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1573>
- Lage, C. R., Wright, S., Mnonteiro, R. G. S., Aragão L., Boshoff, K. (2024a). Collaborative practice with parents in occupational therapy for children: a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 71(5), 833–850.
- Lage, C. R., Wright, S., Mnonteiro, R. G. S., Aragão L., Boshoff, K. (2024b). Foundational concepts of collaborative practice with parents in occupational therapy for children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 71(5), 851–867. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12952>
- Lee, B. D., Bagatell, N., Ridlehoover, M. K., & Womack, J. (2025). Practitioner perspectives on occupation-based practice across varied settings. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 45(1), 140–147. <https://doi.org/10.1177/15394492241226876>
- O'Connor, D., Butler, A., & Lynch, H. (2021). Partners in play: exploring 'playing with' children living with severe physical and intellectual disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(11), 694–702. <https://doi.org/10.1177/0308022620967293>
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138–146. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>
- Pierce, D. (2014). *Occupational science for occupational therapy*. Thorofare.
- Polatajko, H. J., Mandich, A., & Martini, R. (2000). Dynamic performance analysis: a framework for understanding occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(1), 65–72.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2004). *Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti, invalidnosti in zdravja (MKF)*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Sun, X. (2020). Behavior skills training for family caregivers of people with intellectual or developmental disabilities: a systematic review of literature. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(3), 247–273. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1793650>
- Vovk - Ornik, N. (Ed.). (2015). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo. <https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf>
- World Federation of Occupational Therapists (2022). *About occupational therapy: Definition of occupation*. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

PRILOGA 1

Okupacijski profil (povzeto po AOTA, 2020)

POROČILO O UPORABNIKU	<i>Razlog za prihod v DT in skrbi/težave v izvajanju okupacije</i>	Težave v izvajanju ODA. Gibalna oviranost. Centralno znižan mišični tonus, distalno močno povišan tonus. Omejeni groba in fina motorika rok.	
	<i>Okupacije, v katerih je uporabnik (delno) uspešen</i>	Preživljanje časa z družino in s prijatelji. Šola (aktivno sodelovanje pri pouku). Spremljanje nogometnih tekem prek videoizsekov. Uporaba računalnika. Branje.	
	<i>Okupacije, ki uporabniku predstavljajo težavo</i>	Vse ODA. Aktivnosti prostega časa: igranje računalniških iger. Daljše šolske dejavnosti. Aktivnosti v okviru pouka, ki zahtevajo grobo in fino motoriko.	
	<i>Posameznikovi interesi in vrednote</i>	Vključenost v družbo. Aktivno preživljanje prostega časa. Igra. Prijateljstvo, družina.	
	<i>Okupacijska zgodovina – izkušnje</i>	V Sloveniji živi tri leta. Rad preživlja čas s svojo družino. Vključen je v posebni program vzgoje in izobraževanja, kamor ga pripelje mama, in pri pouku aktivno sodeluje. Odkriva nove interese s pomočjo staršev, sorojenca in zaposlenih v šoli.	
OKOLIŠČINE/KONTEKST	<i>Okolje (fizično, tehnologija/izdelki, socialna podpora in odnosi, prepričanja drugih, sistemi, storitve, zakonodaja, standardi)</i>	Družina ga podpira v njegovih interesih, starši so zainteresirani za njegov razvoj.	Arhitekturne omejitve v širši okolici šole (neprilagojenost za vozičke). Starši slabše razumejo slovensko, zato so mu na tem področju slabša podpora, kljub temu pa se v tej smeri izobražujejo.
	<i>Osebnih dejavnikov (starost, spol, spolna usmerjenost, etnična pripadnost, izobrazba, identiteta, značaj, socialno-ekonomski/družbeni status, vzgoja, kondicija)</i>	7 let, deček. V aktivnostih, ki ga zanimajo, je zelo vztrajen. Izraža interes za učenje in spoznavanje novih aktivnosti znotraj varnega in poznanega okolja.	Zaradi gibalne oviranosti in asociiranih reakcij ob gibanju se hitro utruji. Ko je zelo navdušen, s patološkimi vzorci gibanja povzroči več asociiranih reakcij. Je izrazito zadržan ob vzpostavljanju novih odnosov in spoznavanju novih oseb, aktivnosti itn. Je dvojezičen, bolje razume svoj materni jezik, saj ga uporabljajo doma – zgori se, da določenih besed v slovenščini ne razume oz. nima bogatega besednega zaklada iz tematike, ki jo obravnavajo v šoli.
VZORCI IZVAJANJA	<i>Vloge, navade, rutine, rituali</i>	Vloga sorojenca, sina, vnuka – družina mu veliko pomeni. Vloga šolarja, sošolca – v razredu je našel prijatelje, ki so mu pomembni. Dnevno obiskuje šolo – šolska rutina, ki se mu lahko zaradi manjšega števila učencev prilagaja.	Rutino pogosto narekujeta njegovo zdravstveno stanje in splošno počutje, kar ga velikokrat omejuje pri udeležbi v okupacijah. Izhaja iz drugega kulturnega okolja.
UPORABNIKOV DEJAVNIKI	<i>Vrednote, prepričanja, duhovnost</i>	Družina. Muslimanske veroizpovedi, ki je stvar družine in tradicije.	
	<i>Telesne funkcije</i>		Gibalna oviranost. MDR (zmanjšane kognitivne funkcije in socialnointerakcijske spretnosti).
	<i>Telesne zgradbe</i>	Je manjše rasti in nizke telesne teže, kar dopušča možnost za prilagoditev aktivnosti, tako da jih izvaja v naročju odrasle osebe.	Slabovidnost. Kontraktura sklepov spodnjih okončin. Skrajšave mišic okončin. Nizek centralni mišični tonus, močno zvišan distalni mišični tonus. Slaba kontrola glave.
UPORABNIKOV VI CILJI	<i>Uporabnikove prioritete in pričakovani rezultati</i>	<i>Glede izvajanja okupacije – izboljšanje, prilagoditev, preventiva, sodelovanje, kompetentnost vlog ...</i> Samostojno igranje računalniških iger. Vključevanje v vse šolske dejavnosti brez počitkov. Druženje s sošolci. Samostojno branje. Večja samostojnost pri hranjenju. Uporaba stranišča (toaletni trening).	

UPORABA PRISTOPA STOPNJEVANE MOTORIČNE PREDSTAVE PRI OSEBI PO MOŽGANSKI KAPI – PRIKAZ PRIMERA

USE OF GRADED MOTOR IMAGERY APPROACH IN A STROKE PATIENT – CASE REPORT

Tina Tinkara Jeras¹, dipl. del. ter., Julija Ocepek¹, dipl. del. ter., MSc OT, doc. dr. Nika Goljar Kregar¹, dr. med., spec. fiz. in reh. med.

¹ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova 51, Ljubljana.

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): tinkara.jeras@ir-rs.si

Prispelo: 23. 6. 2025

Sprejeto: 4. 8. 2025

IZVLEČEK

Izhodišče: Možganska kap predstavlja enega glavnih vzrokov za zmanjšano funkcionalno zmožnost odraslih, zato ima rehabilitacija osrednjo vlogo pri procesu okrevanja. V tem okviru postajata vse pomembnejša razumevanje nevroplastičnosti in uporaba sodobnih terapevtskih pristopov. Eden takšnih pristopov je tudi stopnjevana motorična predstava (SMP). **Metode:** Izvedena je bila retrospektivna študija primera na podlagi medicinske dokumentacije bolnice, obravnavane na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča (URI Soča). Spremljanje napredka je temeljilo na standardiziranih in zanesljivih ocenjevalnih orodjih, ki pokrivajo ravni telesnih funkcij, dejavnosti in sodelovanja. **Prikaz primera:** 67-letna bolnica z levostransko hemiparezo po ishemični možganski kapi v kroničnem obdobju je bila v okviru delovnoterapevtske obravnave vključena v pristop SMP. Terapija je potekala petkrat tedensko po 45 minut, tri tedne zapored; vključevala je naloge v terapevtskem in domačem okolju. Rezultati standardiziranih testov kažejo na napredek pri motoričnih funkcijah in večjo funkcionalno samostojnost. **Razprava:** Prikaz primera potrjuje uporabnost pristopa SMP kot dopolnitve standardne terapije. Napredek je bil dosežen na ravni dejavnosti in sodelovanja pa tudi telesnih funkcij in zgradb. **Zaključek:** SMP se kaže kot obetavna metoda v rehabilitaciji zgornjega uda pri osebah po možganski kapi. Kljub spodbudnim ugotovitvam so za njeno širšo klinično uporabo potrebne nadaljnje raziskave, zlasti glede oblikovanja enotnejše uporabe metode. To bi omogočilo spremljanje dolgoročnih učinkov glede na starost bolnikov in stopnjo motorične okvare uda.

Ključne besede: motorična predstava, cerebrovaskularni inzult, kronično obdobje, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Stroke is one of the leading causes of reduced functional capacity in adults, which is why rehabilitation plays a central role in the recovery process. In this context, the understanding of neuroplasticity and the use of modern therapeutic approaches are becoming increasingly important. One such approach is graded motor imagery (GMI). **Methods:** A retrospective case study was conducted based on the medical documentation of a female patient treated at the University Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia – Soča (URI Soča). Progress was monitored using standardized and reliable assessment tools that cover the levels of body functions, activities, and participation. **Case Report:** A 67-year-old female patient with

left-sided hemiparesis following an ischemic stroke in the chronic stage was included in an occupational therapy program based on the GMI approach. The therapy was carried out five times a week for 45 minutes over three consecutive weeks and included tasks performed both in a therapeutic setting and in the home environment. **Results:** The results of standardized assessments indicated improvements in motor function and greater functional independence. **Discussion:** This case report supports the usefulness of the GMI approach as a complement to standard therapy. Progress was observed at the levels of activity and participation, as well as body functions and structures. **Conclusion:** GMI appears to be a promising method in upper limb rehabilitation for individuals after stroke. Despite encouraging findings, further research is needed to enable its broader clinical application, especially regarding the development of standardized protocols. This would allow for monitoring of long-term outcomes in relation to patient age and the degree of motor impairment.

Keywords: motor imagery, cerebrovascular accident, chronic stage, occupational therapy

UVOD

Možganska kap je eden najpogostejših vzrokov za zmanjšano zmožnost nevrološkega izvora pri odraslih (American Heart Association – AHA, 2021). Zaradi okvare različnih telesnih funkcij se pri bolnikih pojavljajo posledice na številnih področjih vsakodnevnega delovanja, kot so: hranjenje, pitje, gibanje, premeščanje, osebna higiena in oblačenje (Legg et al., 2017).

Rehabilitacijska obravnava po možganski kapi ima pomembno vlogo pri izboljšanju funkcijskega okrevanja bolnikov (Straudi et al., 2016). Njen cilj je ohranjanje, razvoj ali ponovna vzpostavitev izgubljenih motoričnih funkcij ter učenje novih načinov kompenzacije preostalih zmanjšanih zmožnosti (Marwaa et al., 2020).

Večina spontanega okrevanja nastopi v prvih tednih in mesecih po kapi, kar je povezano z nevroplastičnostjo, tj. s sposobnostjo možganov za reorganizacijo in tvorbo novih povezav (Parikh et al., 2018). Največji napredek je opazen v akutni in subakutni fazi, medtem ko v kronični fazi pogosto pride do platoja. Kljub temu lahko pri nekaterih posameznikih izboljšave in vedenjske prilagoditve potekajo tudi več let po dogodku (Ji et al., 2021; Puh et al., 2022).

Metoda stopnjevane motorične predstave (SMP; angl. Graded Motor Imagery – GMI), ki se uveljavlja kot obetaven pristop v nevrorehabilitaciji, je po raziskavah terapevtsko učinkovita. Avtorji poročajo o pomembnih izboljšavah na ravni aktivnosti pa tudi telesnih funkcij in zgradb. Ti pozitivni učinki so bili zaznani v vseh fazah okrevanja po možganski kapi – akutni, subakutni in kronični (Candiri et al., 2023; Korošec, 2024).

SMP je individualno prilagojen in postopno stopnjevan pristop, ki se uporablja pri kompleksnih težavah z bolečino in gibanjem (Moseley et al., 2012). Sestavljajo ga tri zaporedne stopnje, ki se razlikujejo po aktivnosti udeleženca in stopnji možganske aktivacije (Moseley et al., 2012; Polli et al., 2017).

Te stopnje so (Moseley et al., 2012):

1. **Implicitna motorična predstava (lateralizacija oz. prepoznavanje strani telesa):** prepoznavanje leve ali desne strani sproži podzavestno aktivacijo gibanja. Pomembni

sta hitrost (odzivni čas v sekundah) in natančnost (% pravilnih odgovorov), ki morata biti primerljivi za obe strani.

2. **Eksplicitna motorična predstava (vizualizacija oz. zamišljanje gibanja):** zavesten proces, pri katerem si posameznik v prvi osebi predstavlja gibanje ali položaj svojega telesa, brez dejanske izvedbe.
3. **Terapija z ogledalom:** zadnja stopnja vključuje uporabo ogledala, pri čemer odsev zdravega uda v možganih nadomesti okvarjenega. Ta vizualni dražljaj aktivira spomine na gibanje pred možgansko kapjo, kar lahko spodbuja okrevanje motoričnih funkcij (Smolič, 2020).

Med izvajanjem metode se nenehno spremlja posameznikov odziv (Moseley et al., 2012). Pristop SMP je primeren za klinično in domače okolje, saj zahteva minimalno opremo in ne predstavlja večjih tveganj (Candiri et al., 2023). SMP je lahko učinkovit tudi za osebe z zmanjšano ali s težjo okvaro zgornjega uda. Uporaba pa ni priporočljiva pri posameznikih z izrazitimi kognitivnimi motnjami, saj ti mogoče ne bodo sposobni razumeti ali slediti terapiji (Korošec, 2024). Priganc in Stralka (2011) sta SMP opisala kot pristop zdravljenja »top – down«.

Namen članka je predstaviti pristop SMP, ki se uporablja kot rehabilitacijska metoda in dopolni k standardni obravnavi pri osebah po možganski kapi v kronični fazi okrevanja.

METODE

Študija primera je temeljila na retrospektivni analizi podatkov, pridobljenih iz medicinske dokumentacije URI Soča.

PRIKAZ PRIMERA

Opis bolnice

67-letna upokojenka je maja 2022 doživela ishemično možgansko kap, po kateri je ostala blažja levostranska hemipareza. Po odpustu iz akutne bolnišnice je opravila še nadaljnjo rehabilitacijo v zdravilišču, pri čemer je prišlo do funkcijskega izboljšanja. V domačem okolju živi z družino v hiši in uspešno premaguje arhitekturne ovire.

Na krajšo, celostno rehabilitacijo na URI Soča je bila sprejeta februarja 2023. Opravljen je bil kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS), pri katerem je dosegla 29 točk od 30. Pri večini dnevnih aktivnosti je bila samostojna, delno pomoč pa je potrebovala pri osebni higieni in pripravi hrane. Pri zahtevnejših opravilih je še poročala o težavah, kot sta nestabilna hoja brez pripomočkov in oslavljen zgornji ud.

Deležna je bila celostne obravnave multidisciplinarnega rehabilitacijskega tima, v katerem so delovali: specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, medicinske sestre, delovna terapevtka, fizioterapevt, psihologinja in socialna delavka.

V sklopu standardne delovne terapije smo sledili procesu obravnave, kot je opisan v Okviru prakse delovne terapije 4 (Occupational Therapy Practice Framework 2020; OTPF-4), znotraj katerega je vključen tudi pristop »vzpostavitev spretnosti« oz. njihove obnove. Metoda SMP predstavlja pristop k intervenciji, ki se osredinja na zmanjšanje bolečine in vzpostavitev ali obnovo spretnosti, saj sta bila bolečina in omejeno gibanje ključna dejavnika, ki sta bolnico ovirala pri izvajanju vsakodnevnih aktivnostih.

Bolnica je bila vključena v študijo primera na podlagi izpolnjevanja vnaprej določenih meril za vključitev in izključitev, ki so bila enaka tistim, kot so jih v svoji nerandomizirani kontrolni študiji upoštevali Polli in sodelavci (2017). Vključitvena merila: 1. kap (hemoragična ali ishemična), največ eno leto od možganske kapi, odsotnost apraksije in globalne ali hude afazije, rezultat na KPSS (≥ 23 točk). Izključitvena merila: prisotnost drugih nevroloških ali ortopedskih motenj, ki vplivajo na motorično delovanje zg. okončin, prisotnost neglekta in izrazite spastičnosti.

Prikaz primera je odobrila Komisija za strokovno medicinsko etična vprašanja URI Soča (035-1/2025-2/4.2).

Vrednotenje

Uporabljeni ocenjevalni instrumenti so imeli ustrezne psihometrične lastnosti – bili so standardizirani, veljavni in zanesljivi. Pokrivali so področja ravni dejavnosti, sodelovanja in okvar.

Kanadski test izvajanja dejavnosti (*Canadian Occupational Performance Measure – COPM*) je polstrukturirani intervju, s katerim smo skupaj z bolnico ugotovili, katera so tista področja delovanja, ki so zanjo trenutno težje izvedljiva in so njena prioriteta (Law et al., 2019). To sta bili področji skrbi zase (umivanje las) in produktivnosti (pometanje, skrb za kamin, vrtnarjenje, vožnja avtomobila). Najpomembnejše dejavnosti, prikazane v preglednici 1, so bile: vožnja, vrtnarjenje in skrb za kamin (ocena 10), sledita pometanje (9) in umivanje las (8). Izvedbo je ocenila najvišje pri umivanju las (7) in vožnji avtomobila (6), nižje pri skrbi za kamin (3), vrtnarjenju in pometanju (2). Z zadovoljstvom izvedbe je bila najmanj zadovoljna pri skrbi za kamin (1), nekoliko bolj pri vrtnarjenju in pometanju (2) ter umivanju las in vožnji (3).

Preglednica 1: Začetno ocenjevanje COPM

		SPREJEM	
Težave izvajanja dejavnosti	Pomembnost	Točke izvedbe (0–10)	Točke zadovoljstva (0–10)
Urejanje las	8	7	3
Pometanje	9	2	2
Skrb za kamin	10	3	1
Vrtnarjenje	10	2	2
Vožnja avtomobila	10	6	3
Skupni rezultat		20	11
Povprečni rezultat		4	2,2

Test devetih zatičev (*Nine Hole Peg Test, 9 – HPT*) se uporablja za oceno fine motorike. Rezultat predstavlja povprečni čas v sekundah (s) za tri ponovitve z vsakim zg. udom (Mathiowetz et al., 1985). Rezultati v preglednici 2 kažejo, da je bila spretnost v desnem zg. udu primerna (D: 22,44 s; n = 19,90 s), medtem ko je bil čas v levem zg. udu izrazito podaljšan (40,34 s; n = 21,44 s), kar kaže na težave pri fini motoriki in koordinaciji.

Preglednica 2: Začetno ocenjevanje – test devetih zatičev

SPREJEM	DESNA (dominantni zg. ud)	Normativ	LEVA (okvarjen zg. ud)	Normativ
		22,44 s	19,90 s SD: 3,15	40,34 s

Wolfov test motoričnih funkcij (Wolf Motor Function Test – WMFT) je bil izveden za podrobnejšo oceno funkcije zg. uda. Rezultati so razvrščeni v tri skupine: čas izvedbe nalog (v sekundah), ocena funkcijske sposobnosti (od 0 do 5) in moč stiska pesti v (kg) (Wolf et al., 2001). Iz preglednice 3 je razvidno, da je bil čas izvedbe 15 nalog pri levem zg. udu podaljšan (11,64 s) v primerjavi z desnim (3,92 s). Funkcijska ocena levega zg. uda (3/5) sicer kaže na izvedbo vseh nalog, vendar z naporom, slabše učinkovito in s kompenzacijami, medtem ko desni zg. ud (4,9/5) kaže skoraj brezhibno izvedbo. Moč stiska je bila na obeh straneh ustrezna.

Preglednica 3: Začetno ocenjevanje WMFT

SPREJEM	DESNA (dominantni zg. ud)				LEVA (okvarjen zg. ud)			
	Čas izvajanja (s)	Funk. spos. (0–5)	Utež na škatlo (kg)	Moč stiska (kg)	Čas izvajanja (s)	Funk. spos. (0–5)	Utež na škatlo (kg)	Moč stiska (kg)
	3,92 s	4,9	5 kg	20,0 kg	11,64 S	3	1,5 kg (bolečina)	17,3 kg

Lestvica funkcionalne neodvisnosti (Functional Independence Measure – FIM) se uporablja za kvantitativno oceno samostojnosti pri osnovnih dnevni dejavnostih v rehabilitaciji. Obsega 18 postavk – 13 motoričnih (mFIM) in pet kognitivnih (kFIM), ocenjenih na sedemstopenjski lestvici, in sicer od popolne odvisnosti (1) do samostojnosti (7) (Granger & Gresham, 1984). Ob sprejemu je bil skupni rezultat 109/126 točk (mFIM 76/91, kFIM 33/35).

Z **ročnim dinamometrom JAMAR** je bila izmerjena groba moč prijema oz. stiska. Izvedli smo tri izmenične stiske z vsakim zg. ud in zapisali povprečje (Mathiowetz et al., 1985). Rezultat je pokazal povsem ustrezno moč glede na normative za njeno starost (D: 20,0 kg; L:17,3 kg). Rezultati so prikazani v preglednici 4.

Preglednica 4: Začetno ocenjevanje JAMAR Dinamometer

SPREJEM	DESNA (dominantni zg. ud)	Normativ	LEVA (okvarjen zg. ud)	Normativ
		20,0 kg	22,5 kg SD: 4,4	17,3 kg

Obraznava

Bolnici je bila v okviru standardne delovne terapije predstavljena prilagojena izvedba osnovnih dnevnih aktivnosti. Svetovana ji je bila uporaba pripomočkov in prilagoditev domačega okolja. Širše dnevne aktivnosti smo prilagodili njenim zmožnostim; priporočili smo postopno stopnjevanje z vmesnimi premori. Terapija je potekala v dopoldanskem času, od ponedeljka do petka, po 45 minut dnevno.

Dodatno je bil vključen tudi v SMP, protokol v trajanju treh tednov, ki je potekal pet dni tedensko po 45 minut; poleg vodenih nalog oz. aktivnosti z delovno terapevtko je vključeval tudi samostojno izvedbo v popoldanskem času in domačem okolju. Program obravnave je bil dinamičen in se je sproti prilagajal odzivu bolnice. Protokol izvajanja SMP je temeljil na obstoječih protokolih in priporočilih iz literature (Polli et al., 2017).

Izvedba 1. stopnje: IMPLICITNA MOTORIČNA PREDSTAVA

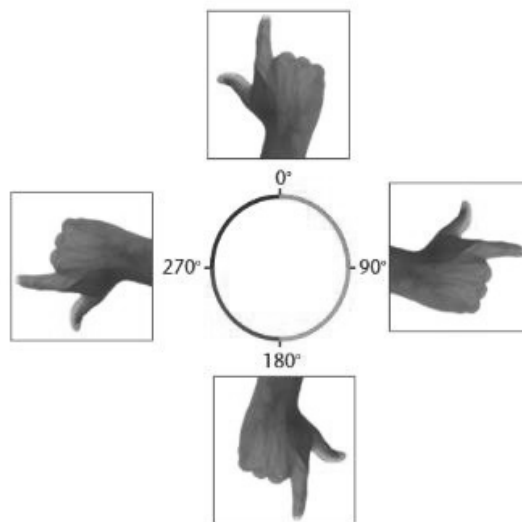
Uporabljeni pripomočki: slikovne kartice – komplet 48 kartic (24 levih in 24 desnih slik roke) in merilnik časa (Moseley et al., 2012). Za slikovne kartice smo se odločili kot alternativo, saj bolnica ni bila večja uporabe tabličnega računalnika.

Izvedba: sede za mizo. Pred bolnico sta bila nameščena lista – na levi strani s črko L in na desni strani s črko D – za označevanje leve in desne telesne strani (glejte sliko 1). Bolnica je nato morala slikovne kartice razvrstiti drugo za drugo, brez zavestnega razmišljanja in v njihovem trenutnem položaju (brez obračanja): na levo stran tiste, ki so prikazovale levi zg. ud, in na desno stran tiste, ki so prikazovale desni zg. ud. Pri tem je bil cilj naloge nezavedna obdelava informacij (Moseley et al., 2012). Po razvrščanju so se odgovori preverili s ciljem takojšnje povratne informacije.

Za stopnjevanje naloge smo uporabili vrtenje kartic (glejte sliko 2), pri čemer smo težavnost postopoma povečevali glede na orientacijo kartic: najprej 0° , nato 90° , 180° , 270° , vse do naključnega razporeda. Ob prehodu na višjo stopnjo vrtenja (npr. z 0° na 90°) smo najprej ponovili naloge iz prejšnjega dne, nato pa nadaljevali z novo stopnjo (Moseley et al., 2012). Če merila niso bila dosežena, smo stopnjo utrjevali. Vsako stopnjo smo sklenili s predvideno zahtevnostjo. Postopno spreminjanje le enega parametra je zmanjšalo tveganje za nelagodje ali bolečino (Moseley et al., 2012; Uttam et al., 2015).



Slika 1: Ločevanje slikovnih kartic na leve in desne pri 0°



Slika 2: Stopnjevanje → vrtenje oz. obračanje slikovnih kartic po stopinjah

Za ustreznost rezultatov sta se štela natančnost ($\geq 80\%$) in odzivni čas (za roko približno $2\text{ s} \pm 0,5\text{ s}$), pri čemer sta morala biti vrednosti primerljivi na obeh straneh (Moseley et al., 2012). Po izpolnitvi teh meril je bil mogoč prehod na naslednjo stopnjo (Polli et al., 2017).

Domači program je za bolnico, ki je ob koncu tedna odhajala domov, vključeval nalogo, da fotografira predmete, ki jih uporablja pri izpostavljenih dejavnostih iz COPM-a.

Izvedba 2. stopnje: EKSPlicitNA MOTORIČNA PREDSTAVA

Uporabljeni pripomočki: slikovne kartice, slike specifičnih aktivnosti, fotografije lastnih predmetov, pisalo, merilnik časa

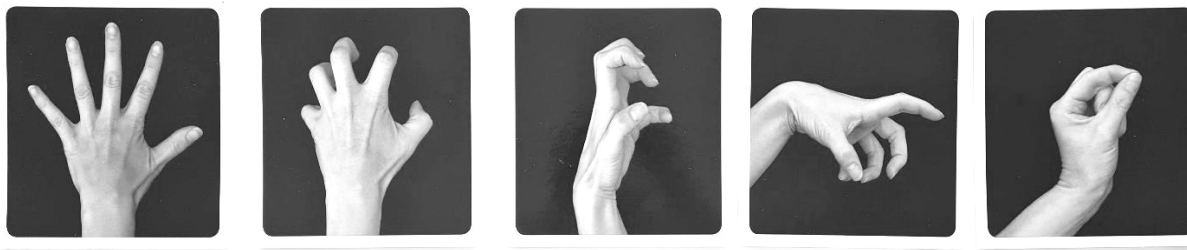
Izvedba: na začetku v mirnem prostoru, sede za mizo, ob stalni prisotnosti delovne terapevtke, ki je zagotavljala vodenje po korakih in sprotno spremljanje poteka.

Na prvem srečanju si je bolnica predstavljala gibanje zg. uda na podlagi slikovnih kartic (Moseley et al., 2012), ki so prikazovale postopno zahtevnejše gibe (slika 3). Temu sta sledili analiza njenih občutkov in težav ter priprava na nadaljnje korake. V nadaljevanju (2. srečanje) je vizualizacija temeljila na opazovanju slik drugih oseb med izvedbo aktivnosti, poudarjenih v COPM-u (Uttam et al., 2014), pri čemer je bolnica obkrožila dele telesa, s poudarkom na okvarjeni levi strani. Na 3. srečanju ji je terapevtka naročila, da naj si predstavlja položaj lastnega telesa med aktivnostjo druge osebe, s posebno pozornostjo na gibih, pri katerih je imela največ težav (npr. seganje proti smetišnici – pri pometanju). Na 4. srečanju so bile uporabljene fotografije domačih predmetov (kamin, zalivalka, smetišnica, metla). Bolnica je izbrani predmet povezala z motorično predstavo in opisala aktivnost po korakih, terapevtka pa je opis zapisala, čemur je sledila vizualizacija bolnice same. Primerjava dejanske in predstavljene izvedbe je omogočila lažje spremljanje (Moseley et al., 2012), za preverjanje mentalnega sledenja pa je bilo uporabljeno tudi merjenje časa (Uttam et al., 2015). Zadnji dan (5. srečanje) je bila vizualizacija dodatno nadgrajena. Vključeni so bili vsakdanjih predmeti in elementi, kot so: telesna drža, teža predmeta, materiali itn. Vizualizacijo gibanja je izvajala počasi, vendar se je ta ob zaznanem upadu pozornosti končala.

Kot merilo ustreznosti rezultatov je bila pomembna primerljivost med zamišljeno in dejansko izvedbo aktivnosti v smislu zaporedja gibov, vključevanja vseh ključnih elementov in sposobnosti ohranjanja pozornosti (Moseley et al., 2012).

Po uspešni usvojitvi posameznih korakov je bila bolnica v sklopu domačega programa spodbujena, da naj vizualizacijo prenese tudi v domače okolje, na primer s predstavo aktivnosti po korakih, ki ji sledi dejanska izvedba. O podobnih strategijah poroča tudi Uttam s sod. (2014).

Prehod na naslednjo stopnjo se je določil na podlagi doseženega **napredka**, pri čemer je bila ključna sposobnost jasne in nadzorovane vizualizacije gibanja brez sprožitve bolečine ali nelagodja (Moseley et al., 2012).



Slika 3: Razpored slikovnih kartic za motorično predstavo – prehod od preprostih gibov h kompleksnejšim

Izvedba 3. stopnje: TERAPIJA Z OGLEDALOM

Uporabljeni pripomočki: škatla z ogledalom, skripta: slike položajev zg. uda (Moseley et al., 2012).

Izvedba: terapija je potekala v treh ponovitvah po 12–15 minut, z vmesnimi kratkimi odmori za počitek. Z napredkom je bila spodbujena k samostojnemu izvajanju nalog večkrat dnevno. Terapija se je izvajala v sedečem položaju, pri čemer je bilo ogledalo nameščeno na sredinsko linijo telesa, tako da je bil prizadeti zg. ud zakrit, odsev zdravega uda pa jasno viden. Pred začetkom terapije je bolnica odstranila moteče predmete, kot so ura in nakit (Rothgangel & Braun, 2013).

Gibalna aktivnost se je postopoma povečevala, kar je omogočilo vse večjo vključitev okvarjenega zg. uda. Stopnjevanje gibalne zahtevnosti je potekalo po zaporednih fazah (Rothgangel & Braun, 2013; Uttam et al., 2015):

- 1. faza – opazovanje: oba zg. uda (tisti pred ogledalom in tisti za njim) sta bila v statičnem položaju → cilj: vzpostaviti osnovno vizualno predstavo.
- 2. faza – pasivno opazovanje gibanja: neokvarjeni zg. ud je izvajal osnovne gibe pred ogledalom, okvarjeni ud pa je bil skrit za ogledalom in nepremičen → poudarek na vizualni iluziji gibanja obeh zg. udov.
- 3. faza – uvajanje gibanja okvarjenega uda: postopno spodbujanje gibanje okvarjenega uda znotraj njegovih trenutnih funkcionalnih zmožnosti, medtem ko je neokvarjeni ud izvajal večje obsege gibov.
- 4. faza – usklajeno gibanje: čim bolj usklajeno gibanje obeh zg. udov, kar je omogočilo sprejem jasnejših senzoričnih informacij in zmanjšalo tveganje za sprožitev bolečinskega odziva.
- 5. faza – funkcionalne naloge: izvedba nalog z različnimi predmeti, kar je dodatno povečalo kompleksnost in funkcionalno vrednost vadbe (Smolič, 2020).

Za ustreznost rezultatov oz. dosego terapevtskih ciljev so bili ključni: ponovna zaznava, izboljšanje motoričnih spretnosti okvarjenega uda, zmanjšanje bolečine in **prenos v dnevne aktivnosti** (Smolič, 2020), kar je bil tudi del **domačega programa**.

Izid

Po treh tednih izvajanja pristopa SMP je bila izvedena ponovna ocena stanja. Rezultati testa COPM (glejte preglednico 5) so pokazali, da se je bolničina samoocena izboljšala na področju izvedbe in tudi zadovoljstva z izvedbo izbranih aktivnosti. Povprečna ocena izvedbe se je

zvišala s 4,0 na 6,2, medtem ko se je zadovoljstvo povečalo z 2,2 na 6,8. Primerjava rezultatov ob sprejemu in odpustu kaže na klinično pomembno izboljšanje (Kim & Shin, 2022).

Preglednica 5: Začetno in končno ocenjevaje COPM

Težave izvajanja dejavnosti	Pomembnost	SPREJEM		ODPUST	
		točke izvedbe (0–10)	točke zadovoljstva (0–10)	točke izvedbe (0–10)	točke zadovoljstva (0–10)
Urejanje las	8	7	3	8	8
Pometanje	9	2	2	5	5
Skrb za kamin	10	3	1	5	8
Vrtnarjenje	10	2	2	5	8
Vožnja avta	10	6	3	8	5
Skupni rezultat		20	11	31	34
Povprečni rezultat		4	2,2	6,2	6,8

Ob ponovni izvedbi **9-HPT** so se finomotorične sposobnosti v obeh zg. udih dodatno izboljšale, kar je razvidno tudi iz preglednice 6. Čas v desnem zg. udu se je skrajšal za 4,88 s (21,74 %), v levi pa za 10,11 s (25,08 %). Kljub izboljšavam je čas v levem zg. udu (30,23 s) še vedno podaljšan ($n = 21,44$ s), kar kaže na zmerne težave pri koordinaciji in fini motoriki.

Preglednica 6: Začetno in končno ocenjevaje – test devetih zatičev

	DESNA	Normativ	LEVA	Normativ
SPREJEM	22,44 s	19,90 s SD 3,15	40,34 s	21,44 SD 3,97
ODPUST	17,56 s		30,23 s	

Ponovna ocena z uporabo testa **WMFT** je pokazala napredek pri obeh zg. udih. Pri desni roki je bila zaznana izboljšava v hitrosti izvedbe nalog (skrajšanje časa za 1,82 s), ob hkratnem ohranjanju najvišje funkcijske ocene (5/5). Naloga dviga 5-kilogramske uteži na škatlo in povečanje moči stiska za 1,5 kg potrjujeta stabilno visoko funkcionalno zmogljivost skladno z normativnimi vrednostmi. Pri levem zg. udu se je čas izvajanja nalog skrajšal za 1,6 s, funkcijska ocena pa se je rahlo izboljšala, za 0,6 s. Napredek je bil zaznan tudi pri dvigu uteži, in sicer za 1,5 kg (skupno 3 kg), brez prisotnosti bolečine. Moč stiska se je povečala za dodatnih 1,3 kg. Čeprav te spremembe ne presegajo praga minimalne klinično pomembne razlike, lahko v kontekstu kronične faze rehabilitacije predstavljajo pomemben funkcionalni napredek (Kim & Shin, 2022). Rezultati so prikazani v preglednici 7.

Ob sprejemu je bolnica dosegla skupni rezultat FIM 109 (mFIM = 76, kFIM = 33), ob odpustu pa 113 (mFIM = 80, kFIM = 33). Spremembe niso presegle mej minimalno klinično pomembne razlike (Kim & Shin, 2022), verjetno zaradi že visoke izhodiščne funkcijske ravni.

Preglednica 7: Začetno in končno ocenjevanje WMFT

	DESNA				LEVA			
	Čas izvajanja (s)	Funk. spos. (0–5)	Utež na škatlo (kg)	Moč stiska (kg)	Čas izvajanja (s)	Funk. spos. (0–5)	Utež na škatlo (kg)	Moč stiska (kg)
SPREJEM	3,92 s	4,9	5	20,0 kg	11,64	3	1,5 (z B.)	17,3 kg
ODPUST	2,10 s	5	5	21,5 kg	10,04	3,6	3	18,6 kg

Z ročnim dinamometrom JAMAR je bila ob sprejemu izmerjena povsem primerna groba moč, ki se je do konca še izboljšala (desnica: +1,5 kg, leвица: +1,3 kg), kar je razvidno tudi iz preglednice 8. Čeprav napredek ne dosega minimalne klinične pomembne razlike (5–6 kg), je v kronični fazi lahko klinično pomemben (Borschmann & Hayward, 2020).

Preglednica 8: Začetno in končno ocenjevanje JAMAR Dinamometer

	DESNA	Normativ	LEVA	Normativ
SPREJEM	20, 0 kg	22,5 kg SD 4,4	17,3 kg	18,6 kg
DOPUST	21, 5 kg		18,6 kg	SD 3,7

Celosten odziv bolnice na posamezne stopnje SMP in njihova notranja stopnjevanja

Implicitna motorična predstava: učinkovitost pri nalogah je bila sprva visoka (okoli 80 %), čeprav je bil čas izvedbe daljši zaradi kompleksnosti naloge. Občasni upadi so bili povezani s psihološkimi obremenitvami (npr. skrbmi glede zdravja), kar potrjujeta tudi Priganc in Stralka (2011). Z edukacijo in s terapevtskim pogovorom smo vpliv zmanjšali in omogočili nemoteno nadaljevanje terapije, kar potrjujejo tudi Marwaa et al. (2020). Napake so se pogosteje pojavljale ob utrujenosti in večji zahtevnosti, zato so bili prehodi med fazami zasnovani postopno, skladno z načeli strukturirane metode (Candiri et al., 2023; Korošec, 2024). Čeprav odzivnega časa ni bilo mogoče natančno meriti zaradi prepletanja kognitivne in motorične komponente, je terapevtsko vodenje preprečevalo dolgotrajna zadrževanja pri posameznih nalogah (Moseley et al., 2012).

EksPLICITNA motorična predstava: ob začetni miselni predstavi gibanja je bolnica doživljala spomin na bolečino; ta se je s terapijo postopno zmanjševala. Vizualizacija se je stopnjevala od opazovanja druge osebe do predstave sebe, s ciljem prenosa pozitivnih občutkov iz časa pred boleznijo (Moseley et al., 2012). Prisotni so bili občasni, a manj intenzivni strahovi (npr. pred padcem), kar kaže na zmanjšanje negativnih asociacij z gibanjem (Ji et al., 2021). Gibanje si je pogosto predstavljala lažje, kot ga je lahko izvedla, kar razkriva razkorak med zaznanim in dejansko zmogljivostjo ter nakazuje pripravljenost za prehod v naslednjo stopnjo.

Terapija z ogledalom: začetno nelagodje ob opazovanju v ogledalu je hitro nadomestilo več pozitivnih senzoričnih zaznav (npr. zmanjšano mravljinčenje, občutek toplote, večje telesno zavedanje). Gibi so postajali bolj usklajeni, tudi pri manipulaciji predmetov. Kljub napredku

pri zaznavi in fiziološkem odzivu (Moseley et al., 2012) je bila funkcionalna izvedba gibov še vedno otežena.

RAZPRAVA

Namen prikaza primera je bil predstaviti uporabo pristopa SMP kot dopolnilne metode k standardni delovnoterapevtski obravnavi pri osebi po možganski kapi v kroničnem obdobju. To obdobje, ki ga zaznamuje počasnejši napredek, zahteva dobro načrtovano, ponavljajočo se in individualno prilagojeno terapijo. Ta mora temeljiti na aktivni participaciji pacienta in ciljno usmerjenih nalogah – načelih, ki jih podpira tudi metoda SMP (Moseley et al., 2012).

Izvedba protokolov SMP med raziskavami ni bila poenotena, čeprav je večina študij sledila smernicam Moseleyja s sodelavci (2012). Korošec (2024) navaja, da obstajajo razlike v študijah pri napredovanju po stopnjah in v izvedbi posameznih faz glede na vsebino, intenzivnost in trajanje. Pri našem prikazu primera se je ta prilagodljivost izkazala kot prednost, saj je omogočila upoštevanje bolničnih zmožnosti, odzivov in okoliščin. Večjo usklajenost med raziskavami je bilo zaznati pri zaporedju izvedbe stopenj SMP (Candiri et al., 2023).

Ocenjevanje napredka je bilo, podobno kot v večini raziskav, osredinjeno na raven telesnih funkcij in zgradb ter aktivnosti. Kljub temu pa raznolikost uporabljenih ocenjevalnih orodij otežuje neposredne primerjave (Korošec, 2024; Candiri et al., 2023). Spmembe so bile izrazitejša na ravni telesnih funkcij (npr. moč, čas izvedbe) kot na ravni aktivnosti (Candiri et al., 2023; Korošec, 2024).

Učinkovitost metode SMP se pri osebah po možganski kapi kaže predvsem na ravni telesnih funkcij, z izboljšano funkcijo zg. uda, zmanjšano bolečino in s spastičnostjo (Candiri et al., 2023; Korošec, 2024; Qadri et al., 2025). Na ravni aktivnosti so bili učinki prisotni, vendar manj izraziti, saj vsi kazalniki niso zaznali statistično pomembnih razlik. Zaznana je bila zmanjšana odvisnost od pomoči, ob tem pa tudi izboljšave na širšem področju delovanja, kot so: mobilnost, energija, razpoloženje, komunikacija itn. V prikazu primera so se izboljšave kazale na ravni telesnih funkcij (npr. groba moč) pa tudi na ravni aktivnosti (npr. WMFT, FIM, 9-HPT) in sodelovanja (COPM), kar kaže na celostni učinek intervencije.

Avtorji poudarjajo, da so boljši učinki SMP lahko posledica principov, na katerih temelji metoda – zaznave, zamišljenega gibanja in preoblikovanja telesne sheme. Na teh temeljih se aktivirajo motorične kortikalne mreže tudi brez dejanskega gibanja (Moseley et al., 2012; Polli et al., 2017; Korošec, 2024). Izsledki podpirajo uporabo metode SMP kot dopolnilne intervencijske strategije v rehabilitaciji po možganski kapi. Dodatno vključevanje neokvarjenega uda lahko okrepi učinke terapije, zlasti kadar se metoda uporablja vzporedno s standardnimi rehabilitacijskimi postopki (Moseley et al., 2012; Candiri et al., 2023; Korošec, 2024; Qadri et al., 2025).

ZAKLJUČEK

SMP se kaže kot obetavna dopolnilna metoda v rehabilitaciji zg. uda pri osebah po možganski kapi v kroničnem obdobju. Primer nakazuje mogoče koristi pri zmanjšanju bolečine in izboljšanju gibanja, kar lahko skupaj z drugimi rehabilitacijskimi programi prispeva k večji samostojnosti pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti. Metoda omogoča individualizirano in

ciljno usmerjeno obravnavo z aktivnim vključevanjem pacienta. V izvedeni študiji primera so bila opažanja skladna z obstoječo literaturo, ki poudarja njen terapevtski potencial. Kljub spodbudnim ugotovitvam so za njeno širšo klinično uporabo potrebne nadaljnje raziskave, zlasti glede oblikovanja enotnejših smernic za uporabo metode. To bi omogočilo spremljanje dolgoročnih učinkov glede na starost bolnikov in stopnjo motorične okvare uda.

LITERATURA

- American Heart Association (2021). Heart disease and stroke statistics – 2021 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 142(8), 254–743. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
- American Occupational Therapy Association (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.)*. *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl. 2), 7412410010p1–7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Borschmann, K. N., & Hayward, K. S. (2020). Recovery of upper limb function is greatest early after stroke but does continue to improve during the chronic phase: A two-year, observational study. *Physiotherapy*, 107, 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.10.005>
- Candiri, B., Talu, B., & Karabıcak, G. O. (2023). Graded motor imagery in orthopedic and neurological rehabilitation: A systematic review of clinical studies. *Journal of Surgery and Medicine*, 7(5), 347–354. <https://doi.org/10.28982/josam.7669>
- Granger, C. V., & Gresham, G. E. (1984). *Functional assessment in rehabilitation medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ji, E. K., Wang, H. H., Jung, S. J., Lee, K. B., Kim, J. S., Jo, L., Hong, B. Y., & Lim, S. H. (2021). Graded motor imagery training as a home exercise program for upper limb motor function in patients with chronic stroke: a randomized controlled trial. *Medicine*, 100(3), e24351. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024351>
- Kim, H., & Shin J. H. (2022). Assessment of upper extremity function in people with stroke based on the framework of the ICF: a narrative review. *Brain Neurorehabil*, 15, e16.
- Korošec, I. (2024). *Metoda stopnjevane motorične predstave v procesu obravnave zgornjega uda oseb po možganski kapi* [Diplomsko delo]. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=155562>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2019). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. 5th Edition. CAOT = ACE.
- Legg, L. A., Lewis, S. R., Schofield - Robinson, O. J., Drummond, A., & Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), CD003585. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003585.pub3>
- Marwaa, M. N., Kristensen, H. K., Guidetti, S., & Ytterberg, C. (2020). Physiotherapists' and occupational therapists' perspectives on information and communication technology in stroke rehabilitation. *PLOS ONE*, 15(8), e0236831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236831>
- Mathiowetz, V., Kashman, N., Volland, G., Weber, K., Dowe, M., & Rogers, S. (1985). Grip and pinch strength: normative data for adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(2), 69–74.
- Mathiowetz, V., Weber, K., Kashman, N., & Volland, G. (1985). Adult norms for the nine hole peg test of finger dexterity. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 5(1), 24–38.
- Moseley, G. L., Butler, D. S., Beames, T. B., & Giles, T. J. (2012). *The graded motor imagery handbook*. Noigroup Publications.
- Parikh, R., Sakhawalkar, S., Paldhikar, S., & Ghodey, S. (2018). Effect of graded motor imagery on upper limb function in stroke patients: A case study. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*, 3(3), 213–220.
- Polli, A., Moseley, G. L., & Gioia, E. et. al. (2017). Graded motor imagery for patients with stroke: a non-randomized controlled trial of a new approach. *Eur J Phys Rehabil Med*, 53(1), 14–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27442717/>
- Priganc, V., & Stralka, S. W. (2011). Graded motor imagery. *Journal of Hand Therapy*, 24(2), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2010.10.003>
- Puh, U., Kržišnik, M., Freitag, T., Rudolf, M., Štrumelj, T., & Goljar Kregar, N. (2022). Priporočila za fizioterapijo po možganski kapi. *Fizioterapija (Ljubljana)*, 30(1), 51–82.
- Qadri, K. M., Babur, M. N., Shah, M. S., Peerzadi, J. A., Sadiqua, A., & Ahmad, G. (2025). The effect of graded motor technique versus progressive circuit training for pain and mobility in stroke individuals. *Insights – Journal of Health and Rehabilitation*, 2025, 184–193. <https://doi.org/10.71000/y8nffa84>

- Rothgangel, A. S., & Braun, S. M. (2013). *Mirror therapy: Practical protocol for stroke rehabilitation*. Munich: Pflaum Verlag.
- Smolič, P. (2020). *Učinkovitost terapije z ogledalom v rehabilitaciji okvarjenega zgornjega uda oseb po možganski kapi*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta. <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=135334&lang=slv>
- Straudi, S., Fregni, F., Martinuzzi, C., Pavarelli, C., Salvioli, S., & Basaglia, N. (2016). tDCS and robotics on upper limb stroke rehabilitation: Effect modification by stroke duration and type of stroke. *BioMed Research International*, 5068127, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2016/5068127>
- Uttam, M., Kumar, S. P., & Goyal, M. (2014). Graded motor imagery program: A review. *Indian Journal of Medical & Health Sciences*, 1(2), 59–66.
- Uttam, M., Midha, D., & Arumugam, N. (2015). Effect of graded motor imagery on upper limb motor functions and quality of life in patients with stroke: A randomized clinical trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 41(4), 43–51. DOI:10.5455/ijtrr.00000047
- Wolf, S. L., Catlin P. A., Ellis, M., Archer A. L., Morgan B., & Piacentino A. (2001). Assessing Wolf motor function test as outcome measure for research in patients after stroke. *Stroke*, 32(7), 1635–9. <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.7.1635>

UPORABA AMERIŠKEGA OKVIRA PRAKSE DELOVNE TERAPIJE PRI OBRAVNAVI OSEBE PO MOŽGANSKI KAPI – PRIKAZ PRIMERA

THE USE OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK IN
TREATMENT OF A PERSON AFTER STROKE - CASE REPORT

Zerina Lulić¹, dipl. del. ter., Matevž Globočnik¹, dipl. del. ter., Zorana Sicherl^{1,2}, dipl. del. ter., MSc OT

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika

² Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, Ljubljana

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): matevz.globocnik@kclj.si

Prispelo: 30. 6. 2025

Sprejeto: 1. 9. 2025

IZVLEČEK

Uvod: Delovna terapija ima pomembno vlogo pri obravnavi oseb po možganski kapi, saj omogoča uporabnikom ponovno vključevanje v okupacije. Namen prispevka je opisati primer obravnave osebe po preboleli možganski kapi z uporabo ameriškega okvira prakse, OTPF-4. **Metode:** Uporabnik je bil 24 let star moški, sprejet na Nevrološko kliniko zaradi ishemične možganske kapi, katere posledice so bile levostranska hemiplegija, neglekt in oslABLJENE kognitivne funkcije. V delovnoterapevtski obravnavi smo uporabili OTPF-4, ki je omogočil oblikovanje ciljev ter načrtovanje in izvajanje delovnoterapevtske obravnave.

Rezultati: Obravnava, ki je trajala pet tednov, je bila osredinjena na izboljšanje izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti. Uporabnik je bil ob koncu obravnave manj odvisen od pomoči druge osebe. **Sklep:** Uporaba OTPF-4 se je izkazala kot ustrezna podlaga za strukturirano in ciljno usmerjeno delovnoterapevtsko obravnavo osebe po možganski kapi. S pomočjo okvira OTPF-4 smo oblikovali individualne cilje, spremljali napredek in se prilagajali spreminjajočim se potrebam in zmožnostim uporabnika, s čimer smo dosegli manjšo odvisnost od druge osebe pri izvajanju dnevnih okupacij.

Ključne besede: cerebrovaskularni inzul, okupacija, delovna terapija, neglekt, hemiplegija

ABSTRACT

Background: Occupational therapy plays an important role in stroke rehabilitation by supporting clients to re-engage in meaningful occupations. The purpose of this paper is to present a case study of occupational therapy intervention following a stroke, using the Occupational Therapy Practice Framework – Fourth Edition (OTPF-4). **Methods:** A 24-year-old male was admitted to the Neurology Clinic in Ljubljana due to an ischemic stroke, resulting in left-sided hemiplegia, neglect, and impaired sensation. OTPF-4 guided OT intervention for setting goals and to guide OT intervention. **Results:** The 5-week intervention focused on improving the performance of basic activities of daily living. By the end of the intervention, the client demonstrated increased independence and required less assistance from others. **Conclusions:** The use of OTPF-4 proved to be an appropriate basis

for structured and goal-oriented occupational therapy intervention for a person after a stroke. Using the OTPF-4 framework, we developed client-centered, occupation-based goals, systematically evaluated occupational performance, and modified therapeutic interventions in response to the client's needs.

Keywords: cerebrovascular insult, occupation, occupational therapy, neglect, hemiplegia

UVOD

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization – WHO) vsako leto 15 milijonov ljudi na svetu prizadene možganska kap (MK), približno pet milijonov preživelih pa je trajno nezmožnih izvajati osnovne dnevne aktivnosti (ODA), skupaj s prostočasnimi aktivnostmi in produktivnostjo/delom (WHO, 2023).

MK predstavlja glavni vzrok invalidnosti v Evropi, in sicer na zdravstvenem pa tudi na socialnem in ekonomskem področju (Feigin et al., 2017). Glede na vzrok jo delimo na ishemično MK, hemoragično MK in tranzitorno ishemično atako (TIA) (Pretnar Oblak, 2014).

Ishemična MK nastane zaradi nezadostnega pretoka krvi in posledičnega pomanjkanja kisika v možganih, medtem ko je hemoragična MK posledica krvavitve v možganih ali razpoke žile. Pri mlajših bolnikih je najpogostejši vzrok disekcija zunajlobanjskih arterij, običajno v povezavi s poškodbo, pri čemer se pogosto izkaže, da gre za posameznikovo povečano nagnjenost k takšni poškodbi, ki lahko nastane že ob minimalni travmi (Pretnar Oblak, 2014).

TIA je prehodna oblika MK, pri kateri pride do motnje prekrvitve možganov. Potek je enak kot pri MK, vendar simptomi in znaki izzvenijo v 24 urah (Združenje CVB Slovenije, n. d.).

MK lahko pusti kratkotrajne in dolgotrajne posledice, zato je zgodnja nevrorehabilitacija, ki vključuje tudi DT, pomembna za ponovno vzpostavljanje samostojnosti osebe po MK (Garcia - Perez et al., 2024).

Potek okrevanja po MK običajno razdelimo na tri faze: akutno, subakutno in kronično. Akutna faza traja približno prvih sedem dni po nastopu simptomov. Sledi subakutna faza, ki traja od treh do šestih mesecev, po šestih mesecih pa nastopi kronična faza, za katero je značilen počasnejši, vendar še vedno prisoten napredek (Zaletel et al., 2023).

Ena izmed pogostih kognitivnih motenj po MK je vidno-prostorski neglekt. Zanj je značilna okvarjena sposobnost zaznavanja in ustreznega odzivanja na dražljaje, ki prihajajo iz okolja. Osebe z neglektom imajo težave z orientacijo na izvor dražljajev, kar se odraža v oteženem vključevanju v vsakodnevne aktivnosti (DA). V primerjavi z osebami brez neglekta kažejo počasnejši napredek in pri izvajanju aktivnosti potrebujejo več pomoči drugih oseb, več prilagoditev bivalnega okolja in uporabo medicinskih pripomočkov (Bosma et al., 2020).

Proces delovne terapije (DT) zahteva poznavanje mehanizma nastanka MK pa tudi njenega vpliva na izvajanje okupacij. Težave se lahko pojavijo na motoričnem ali kognitivnem področju ter na drugih področjih, kar posledično vpliva na izvajanje okupacij in manjšo kakovost življenja. Delovni terapevt (Dth) skupaj z uporabnikom izbere individualne intervencije (Garcia - Perez et al., 2024).

Z uporabo okvira Occupational Therapy Practice Framework – Fourth Edition (OTPF-4) se proces obravnave strukturira na način, ki omogoča celostno razumevanje posameznikovega funkcioniranja. Okvir vključuje področja okupacij, kontekste, vzorce delovanja, izvedbene spretnosti in osebne dejavnike, kar Dth omogoča, da intervencije usmerja glede na prioritete in cilje osebe po MK. Tak pristop zagotavlja večjo osredinjenost na osebo in spodbuja njegovo aktivno sodelovanje pri DT-obravnavi.

PRIKAZ PRIMERA

Uporabnik, star 24 let, je bil hospitaliziran zaradi ishemične MK ob disekciji, ki se je klinično izrazila z levostransko hemiplegijo, zelo izrazitim vidno-prostorskim neglektom in z zmanjšanim občutkom po levi strani telesa. Ob sprejemu je bil popolnoma odvisen od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA). V prvem tednu DT-obravnave je bil zaradi prepovedi vertikalizacije omejen na izvajanje aktivnosti v postelji. Delno je lahko sodeloval pri hranjenju in pitju, vendar je potreboval prilagojeno konsistenco hrane in tekočin. V širše dnevne aktivnosti (ŠDA) se je vključeval predvsem ob obiskih družinskih članov. V akutno DT-obravnavo je bil vključen pet tednov od skupaj 33 dni hospitalizacije.

Pri prikazu primera so bili upoštevani vsi etični vidiki raziskovanja. Uporabnik je predhodno podal informirano soglasje za sodelovanje in za uporabo svojih podatkov v raziskovalne namene, pri čemer so bila zagotovljena načela prostovoljnosti, anonimnosti in zaupnosti.

VREDNOTENJE

V okupacijskem profilu so predstavljeni uporabnikov subjektivni vidik izvedbe okupacije in okolščine, ki to izvajanje zavirajo in/ali omejujejo, kar je prikazano v preglednici 1.

Analiza izvajanja okupacije

Za ugotavljanje uporabnikovih prioritet pri izvajanju okupacij smo uporabili kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (Canadian Occupational Performance Measure – COPM) (Law et al., 2014). Ocenjevanje uporablja 10-stopenjsko lestvico, pri čemer je najvišja ocena 10. COPM je individualizirana ocenjevalna metoda, zasnovana za odkrivanje sprememb v posameznikovem lastnem poročanju o izvajanju dejavnosti skozi čas (Law et al., 2019). Uporabnik je v COPM-u navedel njemu prioritete okupacije in aktivnosti, ki so prikazane v preglednici 2.

Preglednica 2: COPM – začetno ocenjevanje

Težave izvajanja dejavnosti	Pomembnost	Izvedba D 1	Zadovoljstvo D 1
1. Vožnja avtomobila	10	1	1
2. Fitnes	10	1	1
3. Kuhanje kave	10	1	1
4. Soročna uporaba telefona	10	1	1
5. Samostojno hranjenje na IV pri mizi	9	1	1
Skupni rezultat		5	5
Povprečni rezultat		1	1

Razširjen Barthel Index – RBI je bil razvit na podlagi Barthel Indexa (Mahoney & Barthel, 1965). Ocenjevanje je namenjeno ugotavljanju uporabnikove odvisnosti od pomoči druge osebe. Vsebuje motorično področje, ki zajema 10 postavk, in kognitivno področje, ki zajema

šest postavk. Ocenjuje se po 4-stopenjski lestvici. Uporabnik lahko skupaj doseže maksimalno 64 točk. Z ocenjevanjem ugotovimo, na katerih področjih izvajanja dnevnih aktivnosti uporabnik potrebuje pomoč druge osebe in koliko (Janša, Pogačnik, Gompertz, 2004). Rezultati začetnega ocenjevanja so prikazani v preglednici 3.

Preglednica 3: RBI – začetno ocenjevanje

RBI skupaj	35/64
Fizični del (I–X)	15/40
Kognitivni del (XI–XVI)	20/24

Uporabnik je bil maksimalno odvisen od tuje telesne pomoči pri izvajanju ODA, potreboval je veliko spodbude in dodatna besedna navodila pa tudi opozorila z vidika varnosti izvedbe okupacij.

Fugl-Meyerjeva ocena zgornje okončine (Fugl-Meyer Assessment of the Upper Extremity – FMA-UE) je priporočljiv ocenjevalni instrument za uporabo pri osebah po MK (Fugl - Meyer et al., 1975; Hernandez et al., 2019). Temelji na sistematičnem opazovanju gibov zgornje okončine ter omogoča ocenjevanje motorične izvedbe, obsega gibanja in mišične moči (Hara et al., 2025). Ocenjevanje zajema sedem področij, na katerih se z opazovanjem vrednoti izvedba gibov zgornje okončine. V našem primeru smo ga uporabili za spremljanje rehabilitacijskega procesa na ravni okvare. V preglednici 4 so predstavljene vrednosti prvega ocenjevanja ob začetku delovnoterapevtskega procesa.

Preglednica 4: Začetne vrednosti FMA-UE – levi zgornji ud

A) ZGORNJA OKONČINA	4/36
B) ZAPESTJE	0/10
C) ROKA	0/14
D) KOORDINACIJA/HITROST	0/6
VSOTA A–D	4/66
H) OBCUTKI	4/12
J) PASIVNA GIBLJIVOST SKLEPOV	24/24
J) BOLEČINE V SKLEPIH	20/24
SKUPAJ	52/126

Rezultat pokaže, da je prišlo do hude motorične okvare z minimalno funkcijo v levi zgornji okončini pa tudi do hude senzorične okvare. Pasivna gibljivost je izvedljiva v polnem obsegu, vendar je prisotna bolečina.

SINTEZA VREDNOTENJA

Uporabnik je bil v DT-obravnavo vključen sedmi dan po sprejemu na Nevrološko kliniko. Ob začetku je bil popolnoma odvisen od tuje fizične pomoči pri izvajanju ODA, saj je zaradi prepovedi vertikalizacije lahko izvajal le aktivnosti v postelji. Za hranjenje je uporabljal desno roko, vendar ob predhodni pripravi hrane in prilagoditvi konsistence. V ŠDA se je vključil predvsem prek stikov z družino.

Preglednica 1: Okupacijski profil (AOTA, 2020) – obrazec

POROČILO O UPORABNIKU	<i>Razlog za prihod v DT in skrbi/težave pri izvajanju okupacije</i>	Težave pri izvajanju okupacij na področjih ODA in ŠDA, zmanjšana mobilnost, zanemarjanje in tudi spremenjeno občutenje leve strani telesa.	
	<i>Okupacije, v katerih je uporabnik uspešen</i>	Poje obrok z desno roko ob ustrezni gostoti hrane in organizaciji predmetov na mizi.	
	<i>Okupacije, ki uporabniku predstavljajo težavo</i>	Omejena vertikalizacija na ležeči položaj v postelji ali z dvignjenim vzglavjem do 30° Težave pri izvajanju vseh ODA in ŠDA.	
	<i>Posameznikovi interesi in vrednote</i>	Velik pomen mu predstavlja podpora partnerke in družine; želi si čimprejšnjega okrevanja ter vrnitev v domače in delovno okolje.	
	<i>Okupacijska zgodovina – izkušnje</i>	Zaposlen kot električar, živi v stanovanju v 5. nadstropju bloka brez dvigala.	
Katere vidike zunanjih okoliščin, vzorcev izvajanja in uporabnikovih dejavnikov uporabnik vidi kot vzpodbudo/podporo in katere kot oviro?			
OKOLIŠČINE/KONTEKST	<i>Okolje (fizično, tehnologija/izdelki, socialna podpora in odnosi, prepričanja drugih, sistemi, storitve, zakonodaja, standardi)</i>	Vzpodbuda/Podpora Podpora staršev in partnerke. Hitra vključitev v rehabilitacijo ima lahko pozitiven vpliv na uspeh rehabilitacije.	Ovira Izvajanje ODA in ŠDA zaradi omejene vertikalizacije in bolnikovih sposobnosti. Bolnišnično okolje – nepoznano okolje, spremenjeni vzorci izvajanja. Stanovanje v bloku brez dvigala.
	<i>Osebnih dejavnikov (starost, spol, spolna usmerjenost, etnična pripadnost, izobrazba, identiteta, značaj, socialno-ekonomski/družbeni status, vzgoja, kondicija)</i>	24 let, moški, motiviran, optimističen, srednješolska izobrazba	Nerealna pričakovanja rehabilitacije
UPORABNIKOV IZVAJANJE	<i>Vloge, navade, rutine, rituali</i>	Ustrezna socialna mreža (druženje s prijatelji), kajenje, obiskovanje fitnesa	Zaradi zahtevnega delovnega mesta in narave okvare je omejen v izvajanju vloge delavca.
UPORABNIKOV I DEJAVNIKI	<i>Vrednote, prepričanja, duhovnost</i>	Pozitiven odnos do življenja	
	<i>Telesne funkcije</i>		Motorična in senzorična okvara leve strani telesa
	<i>Telesna zgradba</i>		IMK – levostranska hemiplegija
UPORABNIKOV I CILJI	<i>Uporabnikove prioritete in pričakovani rezultati</i>	Želja po vrnitvi v stanje pred MK, vožnja avtomobila, vrnitev na delovno mesto, vrnitev v fitnes	

Začetno ocenjevanje s COPM je pokazalo nizko oceno izvedbe in zadovoljstva pri uporabniku prioriternih okupacij (npr. kuhanje kave, soročna uporaba telefona), ob hkrati zelo visokih pričakovanjih. Kot glavne ovire pri samostojnem izvajanju okupacij je navedel nezmožnost uporabe leve zgornje okončine in slabšo gibljivost spodnje okončine. Ob kliničnem opazovanju so bile prisotne tudi spremembe v zaznavanju leve strani telesa in zmanjšana posturalna kontrola v sedečem položaju.

RBI je pokazal večjo odvisnost na motoričnem področju kot na kognitivnem, kar pomeni, da so bila največja omejevanja vezana na izvedbo ODA. Rezultati FMA-UE so potrdili hudo motorično in senzorično okvaro leve zgornje okončine, ob ohranjeni pasivni gibljivosti, vendar z bolečinami v sklepih. Kot ključni spodbudni dejavniki se kažejo močna motivacija uporabnika za okrevanje, želja po vrnitvi na delo ter podpora partnerke in družine.

Preglednica 5: DT-intervencije ter elementi in pristopi obravnave

DT-intervencije	Elementi obravnave	DT-pristopi
Okupacije	Kuhanje kave Uporaba telefona Hranjenje	Kreirati Promovirati Vzpostaviti Ponovno vzpostaviti Podpirati Modificirati Preprečevati
Aktivnosti	Učenje vožnje z invalidskim vozičkom Osebna higiena	Ponovno vzpostaviti Modificirati Vzpostaviti Podpirati
Intervencije, ki podpirajo izvajanje okupacij	Razvojno-nevrološki pristop za izboljšanje telesnih funkcij in struktur Trening občutenja (pasivno in aktivno)	Vzpostaviti Ponovno vzpostaviti Podpirati Preprečevati
Izobraževanje	Spremljanje stanja Varovanje sklepov Obvladovanje utrujenost Edukacija o posledicah MK	Podpirati Modificirati Promovirati Preprečevati
Trening	Stopnjevanje aktivnosti	Podpirati Modificirati
Virtualne obravnave	Terapija z ogledalom	Podpirati Vzpostaviti Ponovno vzpostaviti Preprečevati

OBRAVNAVA

Na podlagi ocenjevanj smo z uporabnikom postavili naslednje cilje:

- uporabnik bo z minimalno pomočjo DTh izvedel transfer iz postelje na invalidski voziček v enem tednu;
- uporabnik bo samostojno pojedel obrok za mizo na invalidskem vozičku v dveh tednih;
- uporabnik bo z minimalno pomočjo DTh skuhal kavo na štedilniku v laboratoriju za dnevne aktivnosti v treh tednih.

Obravnava je bila usmerjena v okupacije, izpostavljene v ocenjevanju COPM; kot prioriteto je izpostavil kuhanje kave in soročno uporabo telefona. Okupaciji, ki ju je uporabnik poudaril kot njemu smiselne in pomembne, sta bili zanj zelo zahtevni glede na okvare na motoričnem pa tudi senzoričnem področju funkcioniranja.

V prvih dneh smo izvajali terapevtsko uporabo okupacij in aktivnosti, kot je postopno posedanje prek roba postelje z namenom izboljšanja posturalne kontrole in zavedanja prizadete strani telesa. To je pomenilo pristop ponovno vzpostaviti, z namenom vzpostavljanja telesnih funkcij in vzorcev gibanja, ki so potrebni za vključevanje v okupacije. Pri tem je Dth dosledno pristopal k uporabniku s prizadete strani, kar je hkrati zajemalo pristop preprečevati z namenom zmanjševanja neglekta (American Stroke Association, 2016).

Vsakodnevno smo v obravnavo vključili trening osebne nege (umivanje zob, obraza) ter trening oblačenja in obuvanja, tj. prek pristopa ponovnega vzpostavljanja spretnosti in prilagoditev izvedbe aktivnosti z upoštevanjem omejitev. Poleg tega smo izvajali trening uporabe invalidskega vozička, s poudarkom na varnosti pri transferjih, kar sodi v pristop edukacija in v pristop promovirati. Za cilj kuhanje kave smo kot terapevtsko uporabo okupacij v obravnavi najprej oblikovali postopne cilje (npr. izvedba transferja, vzdrževanje sedenja, priprava kave v laboratoriju za DA), v kombinaciji s pristopom ponovne vzpostavitve. Pri okupaciji soročna uporaba telefona smo se osredinili na delno vključevanje prizadete roke z namenom prilagoditve zg. uda v aktivnosti, hkrati pa je šlo za trening spretnosti. Omenjeni elementi obravnave so prikazani v preglednici 5.

Uporabnik si je desetkrat med 5-tedensko obravnavo skuhal kavo v prostorih DT, sede na invalidskem vozičku s pomočjo enega terapevta. Za kuhanje je porabil približno deset minut. Pomoč je potreboval pri odpiranju posode s kavo in mleka ter pri doseganju predmetov iz višjih polic pa tudi pri vzdrževanju pozornosti na izvajanje aktivnosti. Prav tako je večkrat potreboval pomoč za vzdrževanje pozornosti na izvajanje aktivnosti in pri iskanju predmetov, ki so bili na njegovi skrajni levi strani.

IZIDI

Ponovno so bila izvedena ocenjevanja, ki smo jih izvedli ob začetku obravnave. Pri ocenjevanju COPM se je razlika pokazala pri okupaciji kuhanje kave, in sicer pri izvedbi za 5 točk in pri zadovoljstvu z izvedbo za 1 točko. Napredek je bil viden tudi pri samostojnem hranjenju, in sicer pri izvedbi za 4 točke in pri zadovoljstvu z izvedbo za 2 točki. Pri izvedbi in uporabnikovem zadovoljstvu z izvedbo zgoraj omenjenih okupacij ni nastala statistično pomembna razlika, kar je razvidno iz preglednice 6. Okupacijo soročna uporaba telefona je ocenil z najnižjimi mogočimi točkami, saj še vedno ni zmožen držanja telefona z bolj prizadeto roko. Okupacij vožnja avtomobila in fitness z uporabnikom nismo izvajali, saj sta kompleksni in povezani z domačim okoljem. Vsi ponovni rezultati ocenjevanja COPM so prikazani v preglednici 6.

Pri ponovnem ocenjevanju RBI ugotavljamo, da je prišlo do klinično pomembne spremembe (Hsieh et al., 2007), vendar uporabnik še vedno potrebuje veliko tuje telesne pomoči pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti. Ocene po posameznih področjih so prikazane v preglednici 7.

Preglednica 6: COPM – začetno in ob odpustu

Težave izvajanja dejavnosti	Pomembnost	Izvedba D 1	Zadovoljstvo D 1	Izvedba D 2	Zadovoljstvo D 2
1. Vožnja avtomobila	10	1	1	1	1
2. Fitnes	10	1	1	1	1
3. Kuhanje kave	10	1	1	6	2
4. Soročna uporaba telefona	10	1	1	1	1
5. Samostojno hranjenje na invalidskem vozičku pri mizi	9	1	1	5	3
Skupni rezultat		5	5	14	8
Povprečni rezultat		1	1	2,8	1,6

Preglednica 7: RBI – začetno in ob odpustu

Ocenjevanje	Prvo ocenjevanje	Ponovno ocenjevanje
RBI skupaj	35/64	42/64
Fizični del (I–X)	15/40	20/40
Kognitivni del (XI–XVI)	20/24	22/24

Preglednica 8: FMA-UE – začetno in ob odpustu

	Začetno ocenjevanje	Ocenjevanje ob odpustu
A) ZGORNJA OKONČINA	4/36	4/36
B) ZAPESTJE	0/10	3/10
C) ROKA	0/14	0/14
D) KOORDINACIJA/HITROST	0/6	0/6
VSOTA A–D	4/66	7/66
H) OBCUTKI	4/12	11/12
J) PASIVNA GIBLJIVOST SKLEPOV	24/24	24/24
J) BOLEČINE V SKLEPIH	20/24	24/24
SKUPAJ	52/126	66/126

Ponovno ocenjevanje ni pokazalo klinično pomembne spremembe na motoričnem področju, na področju senzoričke pa je prišlo do klinično pomembne spremembe iz hude senzorične okvare v blago senzorično okvaro. Pri ponovni oceni pasivne gibljivosti uporabnik ob koncu obravnave ni čutil bolečine (Page et al, 2012). Celotna ocena je prikazana v preglednici 8.

Glede na zastavljene cilje ob začetku obravnave je uporabnik usvojil posedanje prek roba postelje na obe strani in telesa, z minimalno pomočjo Dth izvedel visok transfer iz postelje na invalidski voziček, pri čemer pa je varnost še vedno predstavljala izziv, saj pogosto ni uporabil zavor. Samostojno je pojedel vse obroke za mizo na invalidskem vozičku. Prav tako je bil ob prisotnosti Dth sposoben samostojno pripraviti kavo na štedilniku v laboratoriju za dnevne aktivnosti, pri čemer je bila podpora namenjena zagotavljanju varnosti. Na področju osebne higijene je bil samostojen, pri transferjih na stranišče in na stol za tuširanje pa je potreboval pomoč druge osebe. V ŠDA se je vključeval predvsem v času obiskov, ki so obsegali druženje, skupno pitje kave in načrtovanje aktivnosti po odpustu v domače okolje.

Preglednica 9: COPM – ob odpustu in po treh mesecih

Težave izvajanja dejavnosti	Pomembnost	Izvedba D 2	Zadovoljstvo D 2	Izvedba D 3	Zadovoljstvo D 3
1. Vožnja avtomobila	10	1	1	1	1
2. Fitnes	10	1	1	1	1
3. Kuhanje kave	10	6	2	10	7
4. Soročna uporaba telefona	10	1	1	1	1
5. Samostojno hranjenje na invalidskem vozičku pri mizi	9	5	3	7	3
Skupni rezultat		14	8	20	13
Povprečni rezultat		2,8	1,6	4	2,6

Preglednica 10: RBI – ob odpustu in po treh mesecih

Ocenjevanje	Ponovno ocenjevanje	Ocenjevanje po treh mesecih
RBI skupaj	42/64	59/64
Fizični del (I–X)	20/40	35/40
Kognitivni del (XI–XVI)	22/24	24/24

Preglednica 11: FMA-UE – ob odpustu in po treh mesecih

	Ponovno ocenjevanje	Ocenjevanje po treh mesecih
A) ZGORNJA OKONČINA	4/36	19/36
B) ZAPESTJE	3/10	3/10
C) ROKA	0/14	2/14
D) KOORDINACIJA/HITROST	0/6	4/6
VSOTA A–D	7/66	28/66
H) OBUČITKI	11/12	12/12
J) PASIVNA GIBLJIVOST SKLEPOV	24/24	24/24
J) BOLEČINE V SKLEPIH	24/24	24/24
SKUPAJ	66/126	88/126

Proces delovne terapije se je sklenil ob odpustu iz bolnišnice 24. dan obravnave, rehabilitacija pa se je nadaljevala v drugih rehabilitacijskih ustanovah. Uporabnik je bil tri mesece po odpustu ponovno vabljen na kontrolno ocenjevanje v nevrološki in DT-ambulantni. Ponovno smo izvedli vse ocenjevalne instrumente in rezultate primerjali z odpustnimi. Rezultati so prikazani v preglednicah 9, 10 in 11 ter kažejo statistično pomembne izboljšave pri vseh ocenjevanjih.

ZAKLJUČEK

Pri osebah po MK je pomembno, da začnejo rehabilitacijski proces, takoj ko je njihovo stanje stabilno. Proces DT je osredinjen na uporabnikovo vključevanje in izvajanje okupacij, ne glede na posledice bolezni. Z uporabo okvira OTPF-4 je bil najprej oblikovan okupacijski profil, s pomočjo ocenjevalnih instrumentov pa so bile opredeljene ključne težave

uporabnika, na podlagi katerih smo izoblikovali cilje DT-obravnave. Obravnava se je začela še pred dovoljenjem za vertikalizacijo prek nevrologa, vendar je bila kljub temu osredinjena na izvajanje okupacij, ki jih je uporabnik sam prepoznal kot pomembne cilje pri ocenjevanju s COPM.

Med obravnavo je bilo za doseganje boljšega, varnejšega in učinkovitejšega vključevanja in izvajanja okupacij treba izvajati tudi intervencije, ki spodbujajo izvajanje okupacije. Zgoraj omenjeni okvir nam je omogočal strukturiran pristop in izvedbo obravnave. Kontrolna ocenjevanja, opravljena po treh mesecih, so pokazala pomembne izboljšave, pri čemer je treba upoštevati, da so rezultati lahko odražali ne le učinke DT-obravnave v akutnem obdobju, ampak tudi učinke nadaljnje rehabilitacije v drugih ustanovah.

LITERATURA

- American Heart Association/American Stroke Association. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- American Occupational Therapy Association (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 7412410010p1–7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Bosma, M. S., Nijboer, T. C. W., Caljouw, M. A. A., & Achterberg, W. P. (2020). Impact of visuospatial neglect post-stroke on daily activities, participation, and informal caregiver burden: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 63(4), 344–358. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.05.006>
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). Global burden of stroke. *Circulation Research*, 120(3), 439–448. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
- Fugl - Meyer, A. R., Jääskö, L., Leyman, I., Olsson, S., & Stegling, S. (1975). The post stroke hemiplegic patient. 1. A method for evaluation of physical performance. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 7(1), 13–31.
- García Pérez, P., Rodríguez Martínez, M. C., Gallardo Tur, A., Blanco Reina, E., de la Cruz Cosme, C., & Lara, J. P. (2024). Early Occupational Therapy Intervention post stroke (EOTIPS): A randomized controlled trial. *PLoS One*, 19(8), e0308800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308800>
- Hara, K., Tauchi, Y., Hanada, K., & Takebayashi, T. (2025). Estimating the number of latent ranks of the Fugl Meyer assessment score for the affected upper extremity after stroke. *Cureus*, 17(5), e84210.
- Hernández, E. D., Galeano, C. P., Barbosa, N. E., Forero, S. M., Nordin, Å., Sunnerhagen, K. S., & Alt Murphy, M. (2019). Intra- and inter-rater reliability of Fugl Meyer Assessment of Upper Extremity in stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(9), 652–659.
- Hsieh, Y. W., Wang, C. H., Wu, S. C., Chen, P. C., Sheu, C. F., & Hsieh, C. L. (2007). Establishing the minimal clinically important difference of the Barthel Index in stroke patients. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 21(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/1545968306294729>
10. Janša, J., Pogačnik, T., & Gompertz, P. (2004). An evaluation of the Extended Barthel Index with acute ischemic stroke patients. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 18(1), 37–44. <https://doi.org/10.1177/0888439003262287>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2019). *Canadian Occupational Performance Measure* (5th ed., revised). COPM Inc.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure Manual* (5th ed.). CAOT Publications ACE.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61–65.
- Hildebrand, M. W., Geller, D., & Proffitt, R. (2023). Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 7705397010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.077501>
- Page, S. J., Fulk, G. D., & Boyne, P. (2012). Clinically important differences for the upper-extremity Fugl-Meyer Scale in people with minimal to moderate impairment due to chronic stroke. *Physical Therapy*, 92(6), 791–798.
- Pretnar Oblak, J. (2014). Ishemična možganska kap pri mladih. *Medicinski razgledi*, 53(3), 333–346.

- World Health Organization (2023). *Stroke (cerebrovascular accident)*. EMRO [pristop: 13. 2. 2025], <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
- Zaletel, M., Zupan, M., & Žvan, B. (2023). *Akutna možganska kap XVI*. URN: NBN:SI:DOC-PQIOAIXJ [pristop: 16. 4. 2025], <http://www.dlib.si>
- Združenje CVB (n. d.). *O možganski kapi* [pristop: 25. 6. 2025], <https://www.zdruzenjecvb.com/o-mozganski-kapi.html>

DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA OSEBE PO TEŽKEM POTEKU NEKROTIZIRAJOČEGA FASCIITISA VRATU IN MEDIASINITISA: PRIKAZ PRIMERA

OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT OF A PERSON WITH SEVERE NECROTISING FASCIITIS: A CASE REPORT

Ema Mlakar¹, MSc OT (Nizozemska), dipl. del. ter., Tina Brezovar¹, MSc OT (Nizozemska), dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): ema.mlakar@ir-rs.si

Prispelo: 7. 7. 2025

Sprejeto: 30. 8. 2025

IZVLEČEK

Uvod: Nekrotizirajoči fasciitis je redka, nevarna okužba mišično-skeletnega sistema. Preboleli se spoprijemajo s kompleksnimi posledicami, ki prizadenejo vsa področja njihovega življenja. Med okrevanjem ima bistveno vlogo delovna terapija kot del celostne rehabilitacije. Namen prispevka je predstaviti potek delovnoterapevtske obravnave in uporabo delovnoterapevtskih konceptualnih modelov v praksi na mišično-skeletnem področju. **Metode:** Prispevek temelji na študiji primera iz klinične prakse. Uporabnik je bil 45-letni gospod, ki je bil vključen v rehabilitacijo po težkem poteku nekrotizirajočega fasciitisa vratu in mediastinitisa. Delovnoterapevtska obravnava je sledila kanadski procesni metodi in kanadskemu modelu izvajanja okupacije in vključenosti, vsebovala pa je tudi pristope iz biomehanskega referenčnega okvira. Cilji, oblikovani glede na uporabnikove prioritete, so se osredinjali predvsem na izboljšanje samostojnosti v ožjih dnevniških aktivnostih. **Rezultati:** Ob koncu obravnave so bili opazni napredki na področju telesnih funkcij ter pri izvedbi in zadovoljstvu z uresničitvijo izpostavljenih aktivnosti. **Sklep:** Prikaz primera predstavlja proces kliničnega sklepanja v delovnoterapevtski praksi, podprtega s teorijo in strukturo delovnoterapevtskih konceptualnih modelov. Uporaba teh modelov omogoča dosledno osredinjenost na posameznikove okupacije in cilje, kar je skladno z vrednotami stroke in prispeva k večjemu zadovoljstvu z rehabilitacijo.

Ključne besede: kanadska procesna metoda, okupacija, mišično-skeletne okvare

ABSTRACT

Introduction: Necrotizing fasciitis is a rare but severe musculoskeletal infection. Survivors face complex challenges in daily life, therefore occupational therapy plays a key role in their comprehensive rehabilitation. This article presents an occupational therapy intervention in the field of musculoskeletal rehabilitation and the application of conceptual models in practice. **Methods:** This paper is based on a case study drawn from clinical practice. A 45-year-old man was admitted to rehabilitation following necrotizing fasciitis. Occupational therapy intervention followed the Canadian Practice Process Framework and the Canadian

Model of Occupational Performance and Engagement, incorporating biomechanical approaches. Goals prioritized improving independence in daily activities. **Results:** By the end of the intervention, the client showed improved physical function, performance, and satisfaction with performance of prioritized activities. **Conclusion:** This case report highlights clinical reasoning in occupational therapy, supported by theoretical models. Their use ensures a client-centered and occupation-centered focus, aligning with professional values and enhancing rehabilitation outcomes.

Keywords: Canadian practice process framework, occupation, musculo-skeletal disorders

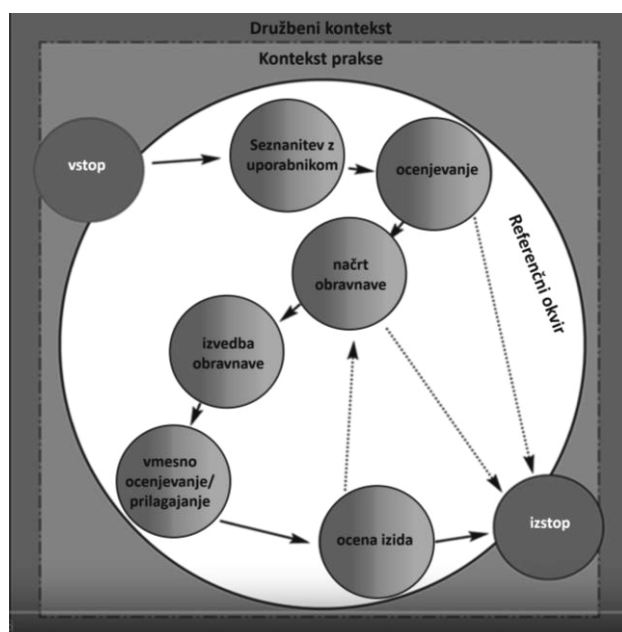
UVOD

Nekrotizirajoči fasciitis je redka, a zelo nevarna okužba, ki se pojavi v razponu od 0,3 do 15 primerov na 100.000 prebivalcev. Gre za hitro širjenje okužbe, ki zajame fascijo in podkožna tkiva, lahko pa se razširi tudi na mišice. Zaradi nespecifičnih simptomov, kot so: rdečica, zatekanje in bolečina, je diagnosticiranje in pravočasno ukrepanje pogosto oteženo. Ker okužba hitro napreduje, ostaja smrtnost kljub napredku v zdravljenju in večjemu ozaveščanju še vedno visoka, in sicer med 25 in 35 % (Chen et al., 2020). Preživeli se spoprijemajo z dolgoročnimi telesnimi, psihološkimi in socialnimi posledicami, kot so: brazgotinjenje, kognitivne motnje, utrujenost, težave s spanjem, ponavljajoče se okužbe, simptomi travmatičnega stresa, strah pred ponovitvijo bolezni, prilagajanje na spremenjen videz, spolne težave, spremembe v socialnih stikih in nerazumevanje okolice (Suijker, 2024). Zaradi kompleksnosti teh posledic je ključna celostna rehabilitacija.

Delovna terapija ima ključno vlogo pri celostni rehabilitaciji poškodb in okvar mišično-skeletnega sistema, saj njihove posledice presegajo samo telesne omejitve ter vplivajo na posameznikovo dejavnost in sodelovanje (Svetovna zdravstvena organizacija, 2002). Čeprav se delovni terapevti osredinjajo predvsem na človekovo okupacijo, pa pri okvarah telesnih struktur in funkcij njihovo obravnavo dopolnjuje biomehanski referenčni okvir (Duncan, 2021). Ta predpostavlja, da motnje gibanja, mišične moči in vzdržljivosti vplivajo na sposobnost izvajanja okupacij. Zato delovni terapevti v okviru tega pristopa uporabljajo terapevtske aktivnosti, ki imajo terapevtski potencial za doseganje uporabnikovih ciljev, čeprav ne sodijo nujno med njegove okupacije (Duncan, 2021). Terapevtske aktivnosti spadajo med pristope, usmerjene na okupacijo (Fisher, 2013), saj omogočajo posamezniku izvajanje in vključevanje v okupacije. Skladno z biomehanskim referenčnim okvirom so njihovi glavni cilji: 1) preprečiti poslabšanje in ohraniti obstoječo zmožnost gibanja; 2) obnoviti gibanje, potrebno za izvedbo okupacije; in/ali 3) prilagoditi se trajni izgubi določenega giba pri izvedbi okupacije (Duncan, 2021).

Uporaba biomehanskega referenčnega okvira v delovni terapiji je pogosto deležna kritik zaradi njegovega redukcionističnega pristopa. Poudarja namreč predvsem telesne funkcije in lahko zanemari holistični pogled na posameznika, ki je temelj delovnoterapevtske prakse (Roll, 2017). Zato literatura priporoča, da se ta okvir uporablja kot orodje za analizo in obravnavo težav, povezanih z gibanjem, vendar naj klinično sklepanje temelji predvsem na delovnoterapevtskih konceptualnih modelih (Duncan, 2021).

Eden izmed najbolj razširjenih modelov je kanadski model izvajanja okupacije in vključenosti (CMOP-E) (Polatajko & Townsend, 2013), ki opisuje tri osrednje elemente izvedbe okupacije: osebo, okupacijo in okolje. Skupaj s kanadskim modelom omogočanja izvedbe okupacij (CMCE) predstavlja teoretično podlago kanadske procesne metode (CPPF) (Polatajko & Townsend, 2013). CPPF vključuje štiri glavne elemente – tri kontekstualne (družbeni vidik, praktični vidik in referenčni okvir) ter proces, ki vsebuje osem korakov in vodi delovne terapevte skozi obravnavo (slika 1). Zaradi svoje fleksibilnosti, usmerjenosti na uporabnika in utemeljenosti na dokazih je ta procesna metoda primerna za uporabo na področju rehabilitacije. Poleg tega pa model CMOP-E poudarja tudi vidik vključenosti v okupacije, kar je posebej uporabno pri osebah, ki okupacij ne morejo več izvajati, še vedno pa so pomembne za njihovo okupacijsko identiteto.

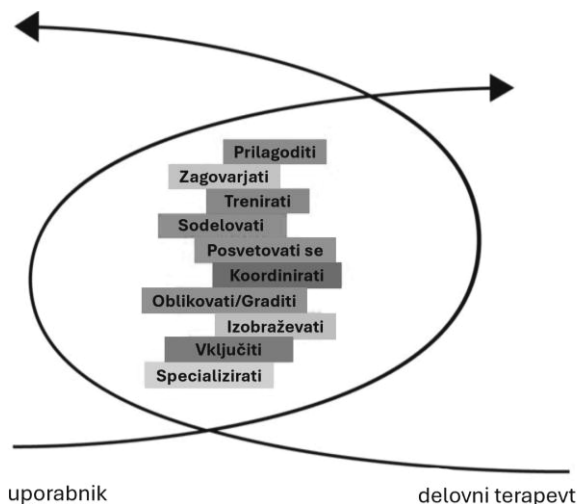


Slika 1: Grafični prikaz Kanadske procesne metode (Opomba: Prevedeno in prirejeno po »Canadian Practice Process Framework« v Polatajko & Townsend, 2013)

Kanadski model omogočanja okupacij (CMCE) postavlja omogočanje kot osrednjo kompetenco delovnih terapevtov. Na podlagi omogočanja sta avtorici (Townsend & Polatajko, 2013) oblikovali deset ključnih veščin: prilagajati, zagovarjati, trenirati, sodelovati, posvetovati se, koordinirati, oblikovati/graditi, izobraževati, vključiti in specializirati (Slika 2). Krivulji na Sliki 2 ponazarjata dinamičen odnos med uporabnikom in delovnim terapevtom. Poudarek ni na hierarhiji, ampak na partnerskem odnosu. Delovni terapevt in uporabnik med procesom posegata po veščinah, s katerimi spreminjata in dopolnjujeta medsebojni odnos. Podroben opis posamezne veščine presega namen tega prispevka, zato smo v našem primeru samo navedli tiste, ki so bile v ospredju posameznega koraka kanadske procesne metode.

Namen tega prispevka je skozi prikaz primera predstaviti delovnoterapevtsko obravnavo osebe z mišično-skeletno okvaro v okviru interdisciplinarne rehabilitacije, ki je temeljila na kanadski procesni metodi in konceptualnih modelih CMOP-E in CMCE. S tem želimo

prispevati k bazi dokazov za delovno terapijo v slovenskem prostoru in boljšemu razumevanju uporabe delvnoterapevtskih konceptualnih modelov v klinični praksi.



Slika 2: Deset veščin glede na kanadski model omogočanja izvedbe okupacij (Opomba: Prevedeno in prirejeno po »The Canadian Model of Client-Centered Enablement« v Polatajko & Townsend, 2013)

Etični vidiki

Ob začetku obravnave smo uporabniku, ki je predstavljen v prikazu primera, razložili, kaj sodelovanje v obravnavi in raziskavi pomeni, s katerim namenom bomo zbirali njegove podatke in kje bo prispevek objavljen. Zagotovili smo mu anonimnost in zaupnost podatkov ter mu razložili, da od raziskave lahko brez navajanja razlogov kadar koli do objave članka odstopi. Svoje soglasje o sodelovanju je potrdil s podpisom izjave o prostovoljnem sodelovanju v raziskavi. Njegova delovna terapevtka, ki je hkrati prva avtorica članka, se je s podpisom izjave odgovornega raziskovalca zavezala k izvedbi raziskave skladno z načeli Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, določili Konvencije Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v povezavi z uporabo biologije in medicine (Oviedske konvencije), načeli integritete raziskovanja, opisanimi v dokumentu European Code of Conduct for Research Integrity (ALLEA, 2023), ter smernicami dokumenta Ethics and Data Protection (Evropska komisija, 2021). Pri izvedbi obravnave se je ravnala po načelih Kodeksa etike delovnih terapevtov Slovenije. Etično ustreznost raziskave je potrdila Komisija za medicinsko etiko Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije Soča (URI Soča) (št.: 035-1/2025-2/4.1).

OBRAVNAVA

Koraki obravnave po kanadski procesni metodi so v tem prispevku prikazani zaporedno, vendar pa se v dejanski obravnavi prepletajo, zato so bili nekateri izmed njih v besedilu združeni za lažje razumevanje in predstavljanje poteka procesa v realni situaciji.

VSTOP (1) IN SEZNANITEV Z UPORABNIKOM (2)

Gospod, star 45 let, je bil prostovoljno sprejet na rehabilitacijo na oddelek za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in revmatološkimi obolenji na URI Soča. Delvnoterapevtsko obravnavo je potreboval zaradi težav pri izvedbi okupacij,

ki so posledica nekrotizirajočega fasciitisa in dolgotrajnega bolnišničnega zdravljenja, ki je trajalo približno sedem mesecev.

Glede na informacije iz medicinske dokumentacije in prek drugih zdravstvenih sodelavcev smo predpostavljali, da ima gospod težave na vseh področjih okupacij in da bo obravnava sprva usmerjena na ožje dnevne aktivnosti. Kot vodilo smo izbrali model CMOP-E, ki nam je zagotavljal jasno strukturo, osredotočenost obravnave na izvedbo pa tudi vključenost v okupacije ter spodbujanje sodelovanja med uporabnikom in delovno terapevtko. Teorija in pristopi iz biomehanskega referenčnega okvira so nam pomagali pri ocenjevanju in naslavljanju težav na ravni telesnih funkcij, ki so vplivale na izvedbo okupacij.

Veščine CMCE, ki so bile v tej fazi v ospredju, so bile: *izobraževati* (predstaviti delovno terapijo), *sodelovati* in *posvetovati se* (z uporabnikom glede pričakovanj obravnave).

OCENJEVANJE (3)

Za oceno uporabnikovih težav po pristopu 'od zgoraj navzdol' smo se odločili za uporabo naslednjih ocenjevalnih instrumentov: kanadske metode za ocenjevanje izvajanja okupacije (angl. Canadian occupational performance measure – COPM) (Law et al., 2019), analize aktivnosti po spretnostih (prirejeno po Fisher, Marterella, 2019), dinamometra Jamar (Sammons Preston, Rolyan, Bolingbrook, IL, USA), testa devetih zatičev (angl. Nine hole peg test – NHPT) (Mathiowetz et al., 1985) in lestvice za doseganje ciljev (angl. Goal attainment scale – GAS) (Turner - Stokes, 2009).

Pomembne veščine CMCE pri tem koraku so bile *izobraževati* in *zagovarjati* (predstaviti izbiro in smisel ocenjevanj), *sodelovati* (med izvedbo COPM) in *posvetovati se* (glede želja in ciljev obravnave).

Kanadska metoda ocenjevanja izvajanja dejavnosti (COPM)

Kot najpomembnejše težave na področju izvajanja okupacij je uporabnik izpostavil naslednje: uporabo stranišča; slačenje in oblačenje hlač; presedanje s postelje na invalidski voziček (IV); britje; obuvanje čevljev. Vse omenjene težave razen britja je ocenil z oceno pomembnosti 10, britje pa z oceno 8 na lestvici od 1 do 10. Skupna povprečna ocena izvedbe izbranih okupacij je bila 1,8 na lestvici od 1 do 10. Povprečna ocena zadovoljstva z izvedbo je bila 1 na lestvici od 1 do 10 (priloga 1). Za dve najpomembnejši izpostavljeni okupaciji (oblačenje hlač in presedanje s postelje na IV) smo nato izvedli analizo aktivnosti, ki je bila osredinjena na motorične in procesne spretnosti.

Analiza aktivnosti po motoričnih in procesnih spretnostih: oblačenje hlač v postelji

Uporabnik je prikazal zmerno stopnjo fizičnega napora in utrujenosti. Vidni sta bili zmerne neorganiziranost ter neželena poraba časa in predmetov. Prisotno je bilo blago tveganje za osebno poškodbo. Uporabnik je pogosto potreboval fizično ali besedno pomoč (priloga 2).

Analiza aktivnosti po motoričnih in procesnih spretnostih: presedanje s postelje na IV z uporabo deske

Uporabnik je prikazal zmerno stopnjo fizičnega napora, nerodnosti in utrujenosti. Opazni sta bili izrazita neorganiziranost ter neželena poraba prostora in predmetov. Prisotno je bilo

veliko tveganje za osebno poškodbo. Uporabnik je potreboval stalno fizično ali besedno pomoč (priloga 3).

Opazovanje skozi analizo aktivnosti je razkrilo veliko težav in nakazalo mogoče primanjkljaje v mišični moči, saj je pri izvajanju aktivnosti prišlo do zdrsa prijema. To nas je vodilo k dodatnim meritvam dinamometrije. Prav tako smo v nadaljevanju preverili spretnosti fine motorike, da bi boljše razumeli vpliv finomotoričnih sposobnosti na izvedbo izbranih aktivnosti.

Preglednica 1: Uporaba GAS za presedanje s postelje na invalidski voziček in oblačenje hlač

Cilj	-2	-1	0	+1	+2
Presedanje s postelje na IV	Pri presedanju s postelje na IV uporabnik potrebuje desko in popolno pomoč delovne terapevtke.	Pri presedanju s postelje na IV uporabnik potrebuje desko, besedna navodila in zmerno fizično pomoč delovne terapevtke.	Pri presedanju s postelje na IV uporabnik potrebuje desko in besedna navodila delovne terapevtke.	Pri presedanju s postelje na IV uporabnik potrebuje desko.	Pri presedanju s postelje na IV je uporabnik samostojen, brez pripomočka.
Datum dosežene ravni cilja	14. 1. 2025				10. 2. 2025
Oblačenje hlač	Uporabnik pri oblačenju hlač v postelji potrebuje popolno pomoč.	Uporabnik pri oblačenju hlač v postelji potrebuje dvignjeno vzglavje in pomoč pri nameščanju desne hlačnice.	Uporabnik je samostojen pri oblačenju hlač v postelji.	Uporabnik hlače obleče sede prek roba postelje in ob pripomočku »mover« vstane, da potegne hlače čez boke.	Uporabnik hlače obleče sede prek roba postelje, nato brez pripomočkov vstane, da potegne hlače čez boke.
Datum dosežene ravni cilja	14. 1. 2025			10. 2. 2025	

Ročna dinamometrija

Sile stiska pesti smo izmerili s hidravličnim dinamometrom Jamar (Sammons Preston, Rolyan, Bolingbrook, IL, USA). V desnici smo izmerili silo 13,1 kg in v levici 16,1 kg. Vrednosti so bile močno pod normativnimi za pripadajočo skupino glede na starost in spol, ki za desnico znašajo 49,8 kg (+/- 10,4 kg) in za levico 45,7 kg (+/- 10,3 kg).

Test devetih zatičev (NHPT)

Za oceno spretnosti rok smo uporabili NHPT (Mathiowetz et al., 1985), ki je pokazal izrazito zmanjšano spretnost v obeh rokah. Normativne vrednosti za pripadajočo skupino glede na starost in spol so za desnico 18,54 s (+/- 2,88 s) in za levico 18,49 s (+/- 2,42 s). Uporabnik je na začetnem testiranju z desnico potreboval 86,03 sekunde in z levico 76,03 sekunde.

Lestvica doseganja ciljev (GAS)

Na podlagi analize aktivnosti smo oblikovali GAS (preglednica 1), ki smo ga pozneje uporabili kot metodo postavljanja ciljev. Raven -2 predstavlja začetno izvedbo izbranih okupacij.

Sinteza izvedenih ocenjevanj nam je podala celostno oceno uporabnikovih zmogljivosti in omejitev pri izvedbi njemu pomembnih okupacij.

NAČRT OBRAVNAVE (4)

Glede na uporabnikove zmožnosti smo načrtovali, da bo začetna obravnava potekala v njegovi sobi in izolacijskem terapevtskem prostoru petkrat tedensko po 45 minut. Zaradi težav na področju ožjih dnevnih aktivnosti smo se odločili, da temu dodamo še trening oblačenja, osebne higiene in presedanja, ki je potekal petkrat tedensko v sklopu jutranje rutine in je trajal približno 20 minut.

Glede na prioritete smo z uporabnikom zastavili dva cilja obravnave. Sledili smo metodi GAS, pri kateri je bil cilj doseči raven 0:

- Uporabnik se bo v štirih tednih naučil presedanja s postelje na IV ob uporabi deske in z besednimi navodili delovne terapevtke.
- Uporabnik bo v dveh tednih samostojen pri oblačenju hlač v postelji.

Zastavljena cilja sta nas vodila pri oblikovanju delovnoterapevtske obravnave. Pri tem smo med drugim uporabili terapevtske aktivnosti, usmerjene na okupacijo, ki izhajajo iz biomehanskega referenčnega okvira (Duncan, 2021). Njihov namen je bil obnoviti gibanje, potrebno za izvedbo okupacije, izboljšati gibljivost, mišično moč in vzdržljivost. Zaradi uporabnikove utrudljivosti smo upoštevali tudi načela uravnavanja in stopnjevanja aktivnosti (Abonie et al., 2018). Model CMOP-E nas je usmerjal pri razumevanju uporabnikovih težav na področju izvajanja okupacije (obrazec v prilogi 4) in pri vključevanju na okupaciji temelječih pristopov, kot je bil npr. trening oblačenja.

Veščine modela CMCE, kot so: *oblikovati/graditi* (načrt obravnave glede na prejšnje korake), *sodelovati* (z uporabnikom o odločitvi, ali bo jutranji trening realno mogoče izvesti) in *koordinirati* (povezati vse informacije za tvorbo smiselnega načrta obravnave) so bile v tej fazi obravnave najizrazitejše.

IZVEDBA OBRAVNAVE (5)

Obravnava je vključevala kombinacijo zgoraj opisanih pristopov. Od ponedeljka do petka je je gospod izvajal presedanje s postelje na IV. Sprva smo presedanje izvajali z uporabo deske za presedanje ter z veliko besedne in nekaj fizične pomoči delovne terapevtke. Glede na

njegove zmogljivosti smo postopoma zmanjševali stopnjo pomoči, pri čemer je uporabnik prevzemal vedno aktivnejšo vlogo.

Pri oblačenju hlač smo upoštevali časovni kontekst izvedbe okupacije, saj smo trening izvajali v sklopu jutranje rutine. Izvedbo smo sproti prilagajali sposobnostim uporabnika. Začeli smo v postelji z dvignjenim vzglavjem, pri čemer je imel uporabnik večjo stabilnost. Ko sta se izboljšala nadzor in aktivacija trupa, smo prešli na oblačenje hlač sede prek roba postelje. Pri tem smo poudarjali zaporedje korakov oblačenja, saj je bilo pomembno, da je najprej vstavil v hlačnico funkcijsko slabšo desno nogo, sicer pri oblačenju ni bil učinkovit. V nadaljevanju smo pri zadnjem koraku oblačenja uvedli uporabo pripomočka za vstajanje in presedanje (v praksi pogosto imenovanega »mover«), kar je uporabniku omogočilo, da je stoje varno potegnil hlače čet boke. Uporabljal je oblačila z elastičnim pasom.

Ker si je uporabnik želel čim prej vrniti v domače okolje v obliki odsotnosti ob koncu tedna (tj. začasne vrnitve domov kot priprava na trajni odpust), smo izvedbo presedanja nadgradili v učenje varnega presedanja z IV v avtomobil in nasprotno. Pri tem smo uporabili desko za presedanje. Prav tako smo trenirali izvedbo presedanja z IV na straniščno školjko. Pred prvo dvodnevno vrnitvijo uporabnika v domače okolje smo izvedli edukacijo svojcev o nudenju pravilne oblike pomoči in podpore pri dnevni aktivnosti, da bi zagotovili varno in čim bolj samostojno izvedbo tudi v domačem okolju. Model CMOP-E nas je pri tem vodil, da smo zgoraj opisano izvedbo obravnave oblikovali glede na uporabnikove osebne dejavnike (fizični, kognitivni in čustveni vidik), izbrali področje okupacij – skrb zase – in njihovo izvedbo prilagodili okolju. Na začetku obravnave je izvedbo okupacij krojilo predvsem institucionalno okolje. Z namenom obnoviti funkcije, potrebne za izvedbo izbranih okupacij, smo v obravnavo vključevali tudi posamezne elemente terapevtskih aktivnosti z osredinjenostjo na posamezne spretnosti. Tako smo z elementi, ki sodijo v biomehanski referenčni okvir, dopolnili obravnavo, da bi učinkovito dosegli zastavljene cilje (Duncan, 2021).

Na tej točki so bile v ospredju naslednje veščine modela CMCE: *zagovarjati* (predstaviti smisel izbranih terapevtskih aktivnosti), *trenirati* (presedanje in oblačenje), *sodelovati* (z uporabnikom o primerni intenzivnosti in trajanju terapevtskih aktivnosti), *vkjučiti* (uporabnika v sodelovanje v izbrane aktivnosti), *specializirati* (uporabiti metode in pristope, ki so bili specializirani za uporabnikov kontekst v konkretni situaciji).

VMESNO OCENJEVANJE/PRILAGAJANJE (6)

Po 14 dneh izvajanja obravnave smo ocenili napredek pri presedanju s postelje na IV. Kljub večkratnim poskusom uporabe deske je imel uporabnik težave pri njenem pravilnem nameščanju. Pogosto deske ni uspel varno namestiti, kar je predstavljalo tveganje za padec. Zato smo se odločili spremeniti strategijo presedanja in nadaljevati brez uporabe deske. Osredinili smo se na pravilen prenos teže in aktivno uporabo zgornjih okončin.

Veščine CMCE, ki so bile pomembne, so bile: *prilagoditi* (strategijo za trening presedanja), *posvetovati se* (z uporabnikom glede spremembe strategij), *koordinirati* (vključiti nove informacije v spremembo izvedbe obravnave), *trenirati* in *vključiti* (uporabnika v novo izvedbo) ter *specializirati* (glede na konkretno situacijo spremeniti izvedbo aktivnosti).

OCENA IZIDA/KONČNO OCENJEVANJE (7)

COPM

Gospod je pomembno napredoval v vseh poudarjenih dejavnostih glede na COPM. Ob drugem ocenjevanju je bila povprečna ocena izvedbe dejavnosti 5,8 na lestvici od 1 do 10, kar pomeni spremembo za pet ocen. Povprečna ocena zadovoljstva z izvedbo je bila za 6,2 ocene višja, saj je znašala 7,2 na lestvici od ena do 10. Avtorji Law et al. (2019) spremembo med začetno in končno oceno, ki znaša 2 ali več, vrednotijo kot klinično pomembno razliko.

Analiza aktivnosti po motoričnih in procesnih spretnostih: oblačenje hlač sede prek roba postelje

Ponovna analiza aktivnosti po spretnostih je pokazala velik napredek pri izvedbi oblačenja hlač. Tokrat je gospod aktivnosti izvajal sede prek roba postelje. Gospod je pri tem pokazal blago stopnjo fizičnega napora in utrujenosti. Opazni sta bili le še minimalna neorganiziranost ter neželena poraba časa in predmetov. Oblačenje hlač je izvedel varno, saj ni prikazal tveganja za osebno poškodbo ali poškodbo okolice. Kljub temu je potreboval občasno fizično in besedno pomoč.

Analiza aktivnosti po motoričnih in procesnih spretnostih: presedanje s postelje na IV brez uporabe pripomočka

Pri ponovni analizi presedanja s postelje na IV brez uporabe deske je gospod dosegel velik napredek, saj ni prikazal fizičnega napora, nerodnosti ali utrujenosti. Pri izvedbi aktivnosti je bil učinkovit, saj je bil organiziran s primerno porabo časa, prostora in predmetov. Izvedba aktivnosti je bila varna in brez tveganja za poškodbo sebe ali okolice. Gospod pri izvedbi ni potreboval fizične ali besedne pomoči. Kljub temu ni dosegal popolne samostojnosti, saj je izrazil strah pred samostojnim presedanjem in željo po prisotnosti vsaj ene osebe.

GAS

Glede na zastavljene ravni na lestvici GAS je gospod pri oblačenju hlač dosegel raven +1, kar pomeni, da je zmož oblači hlače sede prek roba postelje in ob pripomočku »mover« vstati, da je potegnil hlače čez boke. Pri presedanju s postelje na IV je dosegel raven +2, kar pomeni, da je bil pri presedanju s postelje na IV samostojen, brez uporabe pripomočka.

Ročna dinamometrija

Ponovne meritve sile stiska pesti s hidravličnim dinamometrom Jamar so po štirih tednih pokazale izboljšanje v obeh rokah. V desnici smo izmerili silo 15,6 kilograma in v levici 19,2 kilograma. Kljub napredku so vrednosti ostale pod normativnimi za pripadajočo skupino glede na starost in spol, ki za desnico znašajo 49,8 kilograma (+/- 10,4) in za levico 45,7 kilograma (+/- 10,3).

NHPT

Ponovna ocena spretnosti rok glede na NHPT je po štirih tednih pokazala izboljšanje v obeh rokah. Pri ponovnem testiranju je z desnico potreboval 65,01 sekunde in z levico 67,03 sekunde. Normativne vrednosti za pripadajočo skupino glede na starost in spol so za desnico 18,54 sekunde (+/- 2,88) ter za levico 18,49 sekunde (+/- 2,42), kar kljub izboljšanju pomeni veliko okvaro finomotorične zmogljivosti.

Veščine modela CMCE, ki so bile v tej fazi v ospredju, so bile: *izobraževati* (tolmačiti izide ponovnih ocenjevanj uporabniku) in *zagovarjati* (uporabniku predstaviti smisel ponovnega ocenjevanja).

IZSTOP IZ OBRAVNAVE (8)

V našem primeru do izstopa iz obravnave med pripravo prispevka še ni prišlo, saj je kljub nekaterim doseženim ciljem uporabnik potreboval nadaljnjo rehabilitacijo. Na podlagi sprotnega ocenjevanja smo ugotovili, da se je pri izvajanju določenih aktivnosti še vedno spoprijemal z izzivi, zato smo se vrnil na 4. korak obravnave (načrt obravnave), prilagodili cilje in nadaljevali delovnoterapevtsko obravnavo.

Veščine modela CMCE, ki so bile v tej fazi v ospredju, so bile: *zagovarjati* (pojasniti, zakaj še ni čas za izstop iz obravnave), *posvetovati se* (s timom glede nadaljnje rehabilitacije), *prilagoditi* (cilje in obravnavo).

RAZPRAVA

Gospod je med štiritedensko delovnoterapevtsko obravnavo po CMOP-E napredoval in dosegel zastavljena cilja glede oblačenja hlač in presedanja s postelje na invalidski voziček. Kljub doseženima ciljema rehabilitacija še ni bila končana, saj so se v vsakodnevni praksi pojavljali novi izzivi pri izvajanju okupacij. Napredovanje je uporabniku omogočalo postopno vključevanje v preostale okupacije znotraj institucionalnega in domačega okolja.

Delovni terapevti na področju rehabilitacije se pogosto srečujemo z izzivom vključevanja uporabnika v domače in širše okolje. V predstavljenem primeru je bila rehabilitacija dodatno omejena zaradi prisotnosti bolnišničnih bakterij, kar je zahtevalo, da so se obravnave večinoma odvijale v njegovi sobi in izolacijskem terapevtskem prostoru. Zato smo se pri pripravi na odhod v domače okolje zanašali predvsem na informacije uporabnika in svojcev. Razlika med vplivi okolja se je jasno pokazala pri izvedbi presedanja na straniščno školjko. V institucionalnem okolju je bila izvedba mogoča samo z besednimi navodili, saj je prostorna kopalnica z držali omogočala varno izvedbo. To lahko v modelu CMOP-E opredelimo pod okoljske dejavnike, ki omogočajo izvedbo okupacije (priloga 4). Nasprotno je bila kopalnica doma prostorsko omejena, brez držal in z omejenim dostopom za IV. To je povzročilo spremembo izvedbe, pri kateri je potreboval fizično pomoč. Primer jasno ponazarja, kako lahko okolje vpliva na izvedbo okupacije in kako pomembno je pravočasno pridobivanje podatkov o domačem okolju, kadar storitev v njem ni mogoče izvajati. To z dobrim primerom prakse prehoda iz bolnišničnega v domače okolje potrjujejo tudi Provencher et al. (2020), saj priprava na odpust in nadaljnja podpora v domačem okolju pri starejših odraslih z blagimi kognitivnimi težavami pomembno zmanjšujeta tveganje ponovne hospitalizacije.

Prikazi primerov zmanjšujejo razkorak med teorijo in prakso, a je smiselno izpostaviti tudi izzive pri uporabi CPPF v slovenskem zdravstvenem sistemu. Ena izmed glavnih razlik se pojavi že pri prvem koraku. CPPF namreč predvideva, da se uporabnik samostojno odloči za delovnoterapevtsko obravnavo in poišče ustreznega izvajalca (Townsend & Polatajko, 2013), a je pri nas vstop v delovnoterapevtsko obravnavo mogoč le z napotnico zdravnika specialista ali v okviru celostne rehabilitacije. Takšna hierarhična organizacijska struktura

uporabnika pogosto postavlja v pasivno vlogo, kar je v nasprotju z modelom CMCE, ki poudarja partnerstvo med terapevtom in uporabnikom (Townsend & Polatajko, 2013). Težave pri prevzemanju aktivne vloge so v slovenskem zdravstvenem kontekstu pri osebah s kroničnimi obolenji opazili tudi Klemenc - Ketis et al. (2021). Izvajanje resnično na uporabnika usmerjene obravnave je torej zahtevna naloga. Težave se pogosto pokažejo pri izvedbi COPM, pri čemer veliko uporabnikov pričakuje, da prioritete okupacije namesto njih določi delovni terapevt (Yang et al., 2017).

Druga pomembna razlika je v obravnavi duhovnosti kot vira motivacije in razvoja posameznikovih sposobnosti, ki ga poudarja CMOP-E. Duhovnost v tem kontekstu nima nujno religiozne osnove (čeprav jo za nekatere lahko ima), ampak gre za esenco, ki vsakega izmed nas dela edinstvenega in neponovljivega (Townsend & Polatajko, 2013). Kang (2003, v Townsend & Polatajko, 2013) domneva, da gre za prirojeno silo, ki nas žene k iskanju smisla in sreče skozi delovanje. V slovenski kulturi je duhovnost pogosto zasebna tema in se redko deli z neznanci, zato delovni terapevt ta vidik uporabnika običajno spozna šele po vzpostavitvi medsebojnega zaupanja, kar pa ni vedno mogoče v omejenem času obravnave. Kljub temu mora biti delovni terapevt pozoren na informacije, ki jih uporabnik spontano deli o vrednotah, ciljih in o pomenu svojega življenja, saj lahko te vpoglede uporabi za bolj smiselno in učinkovito delovnoterapevtsko obravnavo. Na izzive pri implementaciji delovne terapije v različnih kulturnih kontekstih opozarjajo tudi Akrofi et al. (2025), saj temelji stroke izhajajo predvsem iz zahodnjaških vrednot individualizma, kapitalizma in industrializacije. Uporaba konceptualnih modelov, razvitih v severnoameriških državah, torej zahteva določeno prilagajanje specifičnemu kulturnemu in kliničnemu kontekstu. Uspeh njihove uporabe v praksi je močno odvisen od terapevtovega kritičnega razmišljanja, izkušenj in od odprtosti za učenje. Kljub temu pa je iz podanega primera razvidna korist uporabe tovrstnih modelov, ki so usmerjeni na uporabnika, saj s tem lahko zagovarjamo njihovo avtonomijo, pravico do izbire in vključenost v okupacije ter prispevamo tudi k postopnim spremembam v zdravstvenem sistemu.

Omejitve raziskave

Prispevek je nastal kot rezultat izobraževanja Sodobne smernice v delovni terapiji, organiziranega na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani. Zaradi organizacijskih dejavnikov je bil čas za zbiranje podatkov omejen na nekaj tednov, zato članek ne vključuje celotnega poteka obravnave. Prav tako je pomembno poudariti, da gre samo za opis posameznega primera, torej ugotovitev ni smiselno posploševati na širšo populacijo. Kljub temu verjamemo, da ima prispevek klinično in predvsem edukativno vrednost. Smiselno je še omeniti, da delovni terapevti v klinični praksi pogosto nimajo dovolj časa za tako podrobno dokumentiranje postopkov, kot je prikazano v tem prispevku. Kljub temu je ključno zavedanje o uporabnosti delovnoterapevtske teorije v praksi. Ikiugu et al. (2009) namreč poudarjajo, da imamo delovni terapevti dolžnost, da ubesedimo ne samo, *kako*, ampak tudi, *zakaj* naše intervencije delujejo. S tem ohranjamo osredinjenost na poklicne vrednote in tudi v omejujočih okoliščinah delujemo skladno z znanstvenimi dokazi.

SKLEP

V slovenski delovnoterapevtski literaturi obstaja primanjkljaj strokovnih člankov s področja mišično-skeletne rehabilitacije, ki bi nazorno predstavljali okupacijsko perspektivo in proces kliničnega sklepanja, ki vodi delovnoterapevtsko obravnava. V prispevku smo navedli izzive, s katerimi se delovni terapevti spoprijemajo pri implementaciji modelov v slovenski kontekst, in nekatere prilagoditve, potrebne za uspešno vključevanje uporabnikov v terapevtski proces. Tovrstni prispevki so pomembni za razvoj stroke, saj predstavljajo osnovo za prakso na podlagi poklicnih vrednot, ki je hkrati podprta z dokazi. Koristni so predvsem v učnem procesu izobraževanja delovnih terapevtov. Aktivna uporaba delovnoterapevtske teorije, izrazja in ocenjevanj na ravni okupacij namreč krepi poklicno identiteto ter izboljšuje prepoznavnost in cenjenost delovne terapije (Wilding & Whiteford, 2008), tj. v zdravstvenem sistemu in tudi širše.

ZAHVALA

Avtorici se zahvaljujeva doc. dr. Katarini Galof, ki je med omenjenim izobraževanjem podala predloge in s tem pripomogla k izboljšavi prispevka. Hvala Olgi Petrovič, dr. med., spec. fiz. med. in reh., za strokovno pomoč pri oblikovanju opisa zdravstvenega stanja uporabnika ter za podporo pri pripravi vloge za pridobitev soglasja Komisije za medicinsko etiko URI Soča. Posebna zahvala gre uporabniku za njegovo sodelovanje in pripravljenost deliti vpogled v svojo rehabilitacijo v obliki tega prispevka.

LITERATURA

- Abonie, U. S., Sandercock, G. R. H., Heesterbeek, M., & Hettinga, F. J. (2018). Effects of activity pacing in patients with chronic conditions associated with fatigue complaints: a meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 42(5), 613–622. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1504994>
- Akrofi, J. N. S., Howe, T.-H., & Njelesani, J. (2025). Embracing Multiple Philosophical Orientations in Occupational Therapy to Enhance Cultural Sensitivity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 7902347030. <https://doi.org/10.5014/ajot.2025.050960>
- ALLEA, the European Federation of Academies of Sciences and Humanities (2023). *The European Code of Conduct for Research Integrity*. Revised edition 2023. <https://allea.org/wp-content/uploads/2023/06/European-Code-of-Conduct-Revised-Edition-2023.pdf>
- Boniface, G., & Seymour, A. (2012). *Using occupational therapy theory in practice*. First ed. UK: Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118709634>
- Chen, L. L., Fasolka, B., & Treacy, C. (2020). Necrotizing fasciitis: A comprehensive review. *Nursing*, 50(9), 34–40. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62>
- Duncan, E. A. S. (Ed.) (2021). *Foundations for practice in occupational therapy* (6th ed.). Elsevier.
- European Commission, Directorate-General for Research and Innovation (2021). *Ethics and data protection*. https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/fp/7/89888/ethics-for-researchers_en.pdf
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different?. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(3), 162–173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Center for Innovative OT Solutions.
- Ikiugu, M. N., Smallfield, S., & Condit, C. (2009). A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 162–170. <https://doi.org/10.1177/000841740907600305>
- Klemenc - Ketis, Z., Stojnić, N., Zavrnik, Č., Gorenjec, N. R., Danhieux, K., Lukančič, M. M., & Susič, A. P. (2021). Implementation of Integrated Primary Care for Patients with Diabetes and Hypertension: A Case from Slovenia. *International Journal of Integrated Care*, 21(3), 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.5637>

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2019). *Canadian Occupational Performance Measure* (5th ed. – revised). Altona, Canada: COPM, Inc.
- Mathiowetz, V., Weber, K., Kashman, N., Volland, G. (1985). Adult Norms for the Nine Hole Peg Test of Finger Dexterity. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 5, 24–33.
- Provencher, V., Clemson, L., Wales, K., Cameron, I. D., Gitlin, L. N., Grenier, A., & Lannin, N. A. (2020). Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1494-3>
- Roll, S. C. (2016). Current evidence and opportunities for expanding the role of occupational therapy for adults with musculoskeletal Conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 7101170010p1–7101170010p5. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.711002>
- Suijker, J. (2024). *Necrotizing soft-tissue infections: paths to improving outcomes*. [Dissertation]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF. *International Classification*, 1149, 1–22. <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Turner - Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 362–370. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>
- Wilding, C., & Whiteford, G. (2008). Language, identity and representation: occupation and occupational therapy in acute settings. *Australian occupational therapy journal*, 55(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00678.x>
- Yang, S.-Y., Lin, C.-Y., Lee, Y.-C., & Chang, J.-H. (2017). The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: A systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(3), 548–555. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.548>

PRILOGE

Priloga 1: Kanadska metoda ocenjevanja izvajanja dejavnosti

Težave izvajanja dejavnosti	Pomembnost	Izvedba	Zadovoljstvo	Izvedba	Zadovoljstvo	Sprememba izvedbe	Sprememba zadovoljstva
uporaba stranišča	10	1	1	5	6	4	5
slačenje/oblačenje hlač	10	5	1	6	6	1	5
presedanje s postelje na invalidski voziček	10	1	1	7	8	6	7
brijanje	8	1	1	5	6	4	5
obuvanje čevljev	10	1	1	6	6	5	5
Skupni rezultat		9	5	29	36	20	27
Povprečni rezultati		1,8	1	5,8	7,2	5	6,2

Priloga 2: Analiza aktivnosti oblačenja hlač: motorične in procesne spretnosti

SPRETNOSTI IZVEDBE (Prirejeno po Fisher, Marterella, 2019)					
Označevalec: 1 – ni težav, 2 – minimalno zmanjšana spretnost, 3 – zmerno zmanjšana spretnost, 4 – izrazito/znatno zmanjšana spretnost, / – ni bilo opazovano					
MOTORIČNE SPRETNOSTI označevalec in komentar					
	Prvo ocenjevanje			Drugo ocenjevanje	
	Leže v postelji z dvignjenim vzglavjem			Sede prek roba postelje	
stabilizira	/			2	Nekaj težav pri stabilizaciji trupa.
poravnava	2	Ko se prepogne naprej, da bi dal nogo v hlačnico, se trup prekucne v desno.		2	
se namešča	/			2	Sprva sedi pregloboko na postelji.
hodi	/			/	
sega	1	Seže do hlač, ki so na robu postelje, a upočasnjeno.		1	Seže do hlač, ki so na robu postelje.
se pripogiba in obrača	2	Se pripogne, ko želi dati nogo v hlačnico, vendar zelo okorno.		2	Se okorno pripogne.
koordinira	4	Velike težave pri vstavitvi desne noge v hlačnico; potrebna je pomoč delovne terapevte.		3	Ima težave pri vstavitvi desne noge v hlačnico, a je na koncu uspešen.
manipulira	2	Za obračanje hlač v rokah potrebuje dlje časa.		1	Je spreten pri manipulaciji hlač.
giblje tekoče	3	Gibanje desne noge je zelo togo, neenakomerno.		2	Desno nogo mora večkrat dvigniti do primerne višine.
pomika	/			/	
prenaša	/			/	
dviguje	1	Dvigne hlače.		1	Dvigne hlače.
uravnava	1	Uporabi primerno moč, da potegne hlače čez boke.		1	Uporabi primerno moč, da potegne hlače čez boke.
prijema	2	Zdrs prijema v desnici, ko želi potegniti hlače prek bokov.		1	Prime hlače brez težav.
vzdrži	2	Se rahlo zadihla.		1	Ni vidno zadihan.
ohranja ritem	2	Je upočasnjen.		2	Rahlo upočasnjen.
PROCESNE PRETNOSTI označevalec in komentar					
	Prvo ocenjevanje			Drugo ocenjevanje	
	Leže v postelji z dvignjenim vzglavjem			Sede prek roba postelje	

ohranja ritem	2	Je upočasnjen.	2	Je rahlo upočasnjen.	
je pozoren/ osredotočen	1		1		
izbira	/	Hlače so že bile pripravljene na postelji.	1	Pravilno izbere med hlačami, majico in nogavicami, ki so na robu postelje.	
uporabi	1		1		
rokuje	2	Sprva drži hlače narobe obrnjene.	1		
naredi	4	Potreba je bila pomoč delovne terapevtke.	1		
povprašuje	2	Sprašuje, ali so hlače prav obrnjene.	1	Ni povpraševal.	
začne	1		1		
izvaja neprekinjeno	1		1		
izvaja v zaporedju	2	Najprej obleče levo nogo, šele nato desno, kar je nasprotno od navodil.	1	Upošteva navodila in najprej vstavi desno nogo v hlačnico.	
konča	1		1		
išče/najde	4	Dolgo časa išče, kje je hlačnica; potrebna je pomoč delovne terapevtke (op. težave z vidom).	/		
nabere/zbere	/		/		
organizira	/		/		
pospravi	/		/		
usmerja gibanje	/		2	S stopalom se zaleti v rob postelje.	
opazi/se odzove	3	Je potisnil nogo, a ni opazil, da noga ni bila v hlačnici.	1	Opazi, da je bil prvič neuspešen pri vstavitvi noge v hlačnico.	
spremeni okolje	2	Ne dvigne si vzglavja višje, da bi mu bilo lažje.	/		
spremeni izvajanje	3	Vztraja pri oblačenju leve noge pred desno.	1	Dvigne stopalo višje.	
pridobi	3	Potrebno je besedno navodilo, da najprej obleče desno nogo.	1	Upošteva, da je treba dvigniti stopalo višje in najprej obleči desno nogo.	

Priloga 3: Analiza aktivnosti presedanja s postelje na invalidski voziček: motorične in procesne spretnosti

SPRETNOSTI IZVEDBE (prirejeno po Fisher, Marterella, 2019)					
Označevalec: 1 – ni težav , 2 – minimalno zmanjšana spretnost, 3 – zmerno zmanjšana spretnost, 4 – izrazito/znatno zmanjšana spretnost, / – ni bilo opazovano					
MOTORIČNE SPRETNOSTI označevalec in komentar					
	Prvo ocenjevanje		Drugo ocenjevanje		
		Leže v postelji z dvignjenim vzglavjem		Sede prek roba postelje	
stabilizira	2	Nekaj težav pri stabilizaciji trupa.	1	Ni opaziti večjih težav pri stabilizaciji trupa.	
poravnava	2	Ne poravna trupa.	2	Ne poravna trupa.	
se namešča	4	Sedi pregloboko na postelji.	1	Se pravilno namesti prek roba postelje.	
hodi	/		/		
sega	1	Seže po desko.	1	Seže z roko do stranice IV.	
se pripogiba in obrača	/		/		
koordinira	4	Težave pri nameščanju deske pod zadnjico.	/		
manipulira	3	Težave pri obračanju deske v rokah.	/		

giblje tekoče	3	Rigiden pri premikanju nog, pojavi se klonus.	2	Rahlo rigiden.
pomika	3	S težavo pomika desko po postelji.	/	
prenaša	/		/	
dviguje	1	Dvigne desko.	/	
uravnava	2	Premalo se upre na noge.	2	Premalo premakne zadnjico na IV; večkrat se mora upreti na noge.
prijema	1	Prime desko.	1	Prime za stranico.
vzdrži	2	Se zadiha.	1	Ni vidno zadihan.
ohranja ritem	2	Je upočasnjjen.	1	Ohranja primeren ritem.

PROCESNE SPRETNOSTI označevalec in komentar

	Prvo ocenjevanje		Drugo ocenjevanje	
		Prisedanje s postelje na IV z uporabo deske		Prisedanje s postelje na IV brez uporabe pripomočkov
ohranja ritem	2	Je upočasnjjen	1	Ohranja primeren ritem.
je pozoren/ osredotočen	1		1	
izbira	/		/	
uporabi	4	Desko namesti samo na posteljo.	1	
rokuje	2	Težave pri rokovanju z desko.	/	
naredi	4	Potrebna je pomoč delovne terapevtke.	1	
povprašuje	2	Ne vpraša, kako naj namesti desko.	1	
začne	1		1	
izvaja neprekinjeno	1		1	
izvaja v zaporedju	1		1	
konča	1		1	
išče/najde	/		/	
nabere/zbere	/		/	
organizira	/		/	
pospravi	4	Pusti desko pod zadnjico.	/	
usmerja gibanje	2	Se zaleti z roko v stranico.	1	
opazi / se odzove	1		1	
spremeni okolje	2	Ne spremeni položaja deske.	/	
spremeni izvajanje	/		/	
pridobi	/		/	

Priloga 4: Obrazec CMOP-E za razumevanje težav uporabnika na področju izvajanja dejavnosti/okupacije (Galof, 2021 – prevedla in priredila za uporabo)

<i>DEJAVNOST/OKUPACIJA, KI PREDSTAVLJA TEŽAVO</i>			
Oblačenje hlač in presedanje s postelje na invalidski voziček			<i>PRIORITETA</i>
<i>DEJAVNIKI, KI JO OMOGOČAJO in ONEMOGOČAJO</i>			
OSEBNI DEJAVNIKI		OKOLJSKI DEJAVNIKI	
FIZIČNI	+ delno ohranjene telesne funkcije – hujša okvara desne noge – močno zmanjšana mišična masa – slabši vid	FIZIČNI	+ prilagodljiva višina postelje + možnost uporabe pripomočkov (deska za presedanje) + dostopnost prostorov
KOGNITIVNI	– slabše pomnjenje	SOCIALNI	+ spodbuda žene in sina
ČUSTVENI	+ motivacija	KULTURNI	+ pričakovanje samostojnosti
DUHOVNI		INSTITUCIONALNI	+ dostopnost DT-storitev – pretirana pomoč negovalnega osebja

DELOVNA TERAPIJA NA ENOTI ZA INTENZIVNO NEGO IN TERAPIJO NOVOROJENCEV

OCCUPATIONAL THERAPY AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Tjaša Novak¹, dipl. del. ter., doc. dr. Lea Šuc²

¹ Zdravstveni dom Kočevje, Roška cesta 18, Kočevje

² Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, Linhartova 51, Ljubljana

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): novak.tjasii@gmail.com

Prispelo: 10. 7. 2025

Sprejeto: 27. 8. 2025

IZVLEČEK

Uvod: Enota za intenzivno nego in terapijo novorojencev zagotavlja oskrbo nedonošenčkom in kritično bolnim novorojencem, pri katerih lahko bolezni ali okvare povzročajo tveganje za razvojne zaostanke na različnih področjih. Delovni terapevt z različnimi intervencijami krepi optimalen razvoj novorojenca. **Namen:** Ugotoviti, kaj je do zdaj znanega o vlogi delovne terapije na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev. **Metode:** Narejen je bil sistematičen pregled literature, ki je potekal v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL, Pubmed in Web of Science. **Rezultati:** V končno analizo je bilo vključenih devet znanstvenih člankov. S sintezo člankov smo dobili dve temi: vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo, delovnoterapevtska obravnava novorojenca na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev. **Razprava in sklep:** Delovni terapevt spodbuja senzomotorični, kognitivni in socialni razvoj novorojenca s celostnim in na družino usmerjenim pristopom. Intervencije so usmerjene v prilagoditev okolja, uporabo senzorne integracije, krepitev nevrološkega razvoja ter v interakcijo med starši in novorojencem. Delovni terapevt starše opolnomoči z izobraževanjem, s skupinskimi obravnavami in promocijo zdravja, jim pomaga vzpostaviti vez z novorojencem ter jih spodbuja k vključevanju v vsakodnevne aktivnosti.

Ključne besede: pregled literature, razvoj, starši, kookupacije

ABSTRACT

Background: The Neonatal Intensive Care Unit provides specialized care for preterm and critically ill infants who due to illnesses or impairments are at risk of developmental delays in different domains. Occupational therapist through various interventions support the infant's optimal development. **Purpose:** To determine what is currently known about the role of occupational therapist in the Neonatal Intensive Care Unit. **Methods:** A systematic literature review was conducted using the following databases: Cinahl, PubMed and Web of Science. **Results:** The final analysis included 9 scientific articles. Through the synthesis of articles, we identified two topic: parental involvement in occupational therapy treatment, occupational therapy treatment of newborns in the Neonatal intensive care unit. **Discussion and conclusion:** The occupational therapist promotes the sensorimotor, cognitive and social development of the newborn using a holistic, family-centered approach. Interventions focus on environmental adjustments, the use of sensory integrations, strengthening neurological development, and fostering interactions between the parents and their newborn. The occupational therapist seeks to empower parents through education, participation in group

treatments, and health promotion, helps them establish a bond with their newborn and encourages their involvement in daily activities.

Keywords: literature review, development, parents, co-occupations

UVOD

Novorojenci, ki so po rojstvu sprejeti na Enoto za intenzivno nego in terapijo, imajo visoka tveganja za nastanek različnih zdravstvenih težav. Te so lahko posledica prezgodnjega rojstva, zapletov med nosečnostjo ali med porodom (Craig & Smith, 2020). Težave na področju razvoja se pojavijo na kognitivnem, motoričnem, vedenjskem in na govornem področju ter pri socialni interakciji. Lahko so kratkotrajne ali pa dolgoročno vplivajo na kakovost življenja otroka in tudi njegove družine (Altimier & Phillips, 2016).

Delež nedonošenosti predstavlja 10 % vseh rojstev in je vodilni dejavnik za smrtnost pri novorojencih (Vital et al., 2023). V svetu je prezgodnje rojstvo najpogostejši razlog za smrtnost pri otrocih, starih manj kot pet let. Lahko ga sprožijo različni dejavniki, ki so povezani z materjo: okužbe, tesnoba, fizično delo, prirojene okvare maternice, kratek maternični vrat, kronične težave in visoka raven kortizola. Vzrok pa je lahko povezan tudi s plodom: kromosomske nepravilnosti, okužbe, zaostanek v razvoju rasti in organov (Khandre et al., 2022).

Delovni terapevt je na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev član interdisciplinarnega tima in ima specialno znanje s področja nevromotoričnega razvoja otroka. Novorojenca obravnava celostno, spodbuja njegov senzomotorični, kognitivni in socialni razvoj s pravilnim rokovanjem, z nameščanjem, s senzorno integracijo, z adaptacijo okolja ter uporablja na družino usmerjen pristop. Starši kot enakovredni člani v timu sodelujejo pri načrtovanju in izvedbi obravnave, kar pozitivno vpliva na kakovost rehabilitacije in doseganje zastavljenih ciljev (Robertshaw & Dobbin, 2024). Delovni terapevt jim pomaga pri prevzemanju starševske vloge, vzpostavljanju vezi z novorojencem (Royal College of Occupational Therapists – RCOT, 2022) in pri vključevanju v kookupacije. To so aktivnosti, ki jih starši izvajajo skupaj z novorojencem in dajejo smisel njihovem življenju: dojenje, hranjenje po steklenički, kopanje, oblačenje, slačenje, igra (Stoffel & Schleis, 2014).

Glavni cilj delovne terapije pri obravnavi kritično bolnih novorojencev in nedonošencev je spodbujanje zdravega razvoja. Delovni terapevt s celostnim pristopom pri novorojencu spodbuja razvoj kognitivnih in motoričnih spretnosti, dobro počutje in zdravje. Olajša vključevanje v okupacije (hranjenje, spanje, socialna interakcija) s prilagoditvijo aktivnosti ali okolja in spodbuja razvoj samoregulacije (RCOT, 2022).

NAMEN

Namen sistematičnega pregleda literature je bil raziskati, kaj je do zdaj znanega o vlogi delovnega terapevta na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev. Raziskovalni vprašanji, ki smo si ju zastavili, sta:

- Kaj je do zdaj znanega o delovni terapiji na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev?
- Katere so delovnoterapevtske intervencije na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojenca?

METODE

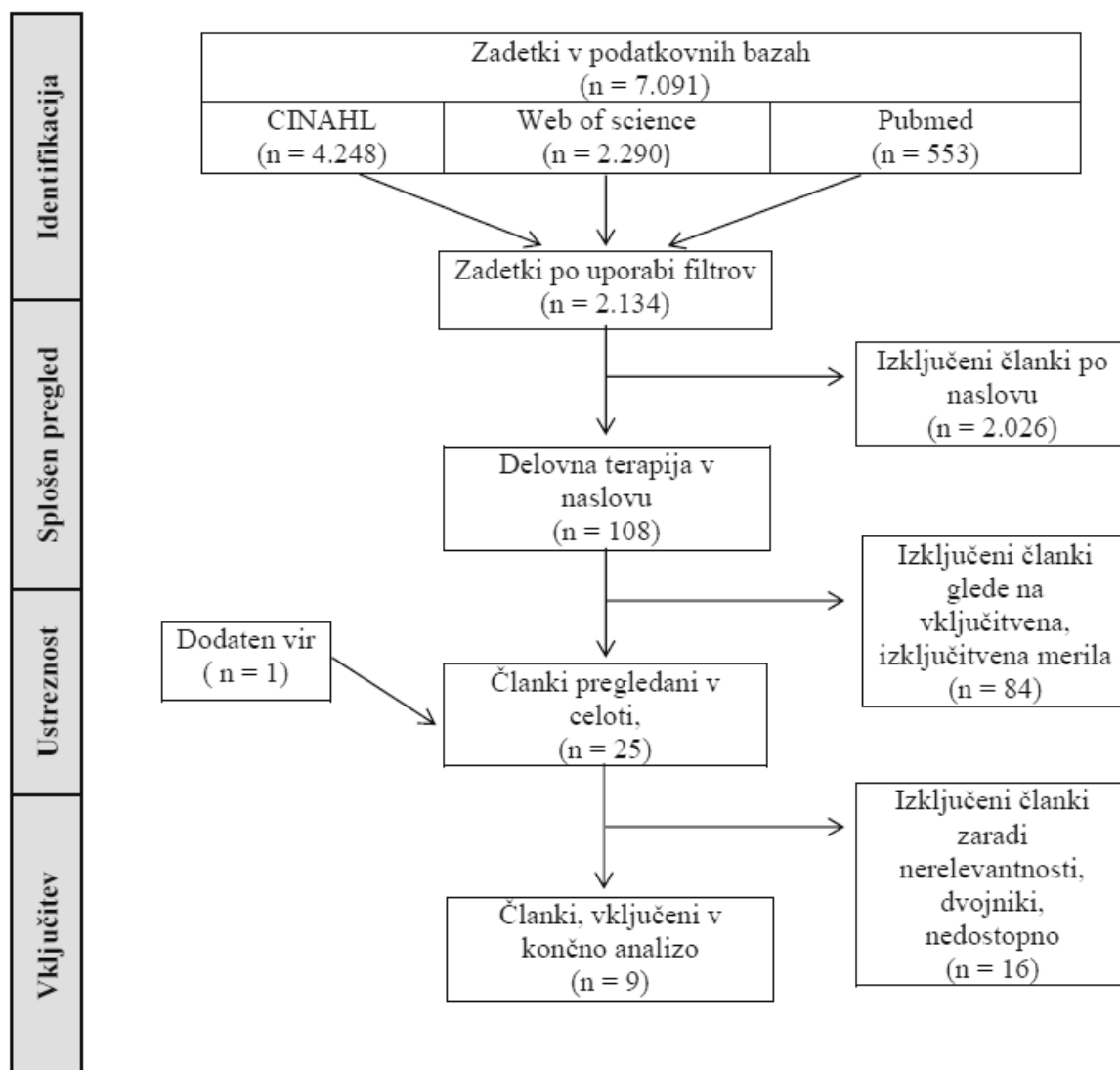
Iskanje literature je potekalo od marca do junija 2024, in sicer v naslednjih podatkovnih bazah: Pubmed, Web of Science in CINAHL. Za iskanje literature smo uporabili naslednje besede in besedne zveze v angleščini, povezane z Boolovim operatorjem »AND«: ((ot* OR »occup* therap* OR occupational* OR occupat*) AND (nicu* OR »neonatal intensiv* care unit*« OR »special* care*« OR »bab* unit*« OR »newborn* intensiv* care*«) AND (neonat* OR newborn* OR infant* OR preterm* OR pre-term* OR bab* OR premature*)).

Vključitvena in izključitvena merila so predstavljena v preglednici 1.

Preglednica 1: Vključitvena in izključitvena merila

Merilo	Vključitveno merilo	Izključitveno merilo
Populacija	Novorojenci, dojenčki na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev	Dojenčki, ki niso novorojenci ali niso na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev
Preučevani fenomen	Delovnoterapevtska obravnava, intervencije, okupacije	Obravnave in intervencije, ki ne vključujejo delovne terapije
Okolje	Enota za intenzivno nego in terapijo novorojencev	Vsa druga okolja, razen Enote za intenzivno nego in terapijo novorojencev
Vrsta študij	Kvantitativni, kvalitativni znanstveni članki in sistematični pregledi	Strokovni članki, siva literatura
Leto objave	2014–2024	Starejše od 2014
Jezik	Angleščina	Drugi jeziki, razen angleščine

V podatkovnih bazah smo skupaj našli 7.091 zadetkov, po uporabi filtrov pa je ostalo 2.134 člankov. Po določitvi, da mora naslov vsebovati delovno terapijo, je ostalo 108 člankov. Te smo nato pregledali glede na vključitvena in izključitvena merila in tako odstranili 84 člankov. Preostale smo pregledali v celoti, odstranili dvojnike in nedostopne članke ter jih ocenili glede na stopnjo relevantnosti. V končno analizo je bilo vključenih devet člankov, ki smo jih ocenili glede na raven dokazov po AOTI (American Occupational Therapy Association) (Lieberman & Scheer, 2002) in glede na relevantnost z ocenami 1–5. V končno analizo so bili vključeni članki z oceno 5 (zelo relevantno) in z oceno 4 (relevantno). Članki z oceno 5 so neposredno obravnavali delovno terapijo na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev kot glavno temo, medtem ko so članki z oceno 4 poleg delovne terapije vključevali tudi druge specialiste in terapevte na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev. Iskalna strategija člankov je prikazana v diagramu Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) na sliki 1 (Moher et al., 2009).



Slika 1: Strategija iskanja literature (diagram Prisma)

REZULTATI

Deskriptivni opis rezultatov

V končno analizo je bilo vključenih devet člankov, in sicer: dva sistematična pregleda literature (Begum, 2022; Rubio - Grillo, 2019), pet kvalitativnih raziskav (Cardin, 2020; Fraga et al., 2019; Gibbs et al., 2016; Hardy et al., 2018; Hardy et al., 2021), ena študija prej in potem (Brinkley et al., 2023) in ena mešana raziskava (Correia et al., 2019). Najstarejša raziskava, vključena v končno analizo, je bila objavljena leta 2016 (Gibbs et al.), najmlajša pa leta 2023 (Brinkley et al.). Ena študija je bila izvedena v Indiji (Begum, 2022), ena v KwaZuluju (Hardy et al., 2021), dve v Kanadi (Hardy et al., 2018; Gibbs et al., 2016), ena v Kolumbiji (Rubio - Grillo, 2019), dve v Braziliji (Fraga et al., 2019; Correia et al., 2019) in dve v Združenih državah Amerike (Cardin, 2020; Brinkley et al., 2023).

Tematski opis rezultatov

Izvedli smo analizo člankov po vzoru tematske sinteze (Thomas & Harden, 2008). Članke smo podrobneje pregledali in poudarili dve temi, ki sta se najpogosteje pojavljali ter sta

predstavljali vodilo za razpravo in sklepne ugotovitve. Tematski opis rezultatov je predstavljen v preglednici 2.

Preglednica 2: Sinteza rezultatov po temah

Tema	Opis	Avtorji
Vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo	Starši novorojencev na Enoti za intenzivno nego in terapijo občutijo veliko strahu, negotovosti, skrbi in stresa. Pozitiven vpliv na te negativne občutke in čustva ima vključevanje v skupinske delovnoterapevtske obravnave, v katerih se lahko povežejo z drugimi starši. Z individualnim pristopom pa delovni terapevt starše izobražuje o rokovanju z novorojencem, izvedbi kookupacij in okupacij, spodbuja jih k stiku kože na kožo ter k samostojnemu izvajanju aktivnosti.	Gibbs et al. (2016); Correia et al. (2019); Fraga et al. (2019); Cardin (2020)
Delovnoterapevtska obravnavo novorojenca na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev	Tveganje za nastanek težav v razvoju na motoričnem in tudi kognitivnem področju se niža s povečevanjem gestacijske starosti. Zgodnja obravnavo ima ključni pomen že na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojenca. Novorojenci težje uravnavajo čustva in odzive na različne senzorne dražljaje, zato so bistvenega pomena: prilagoditev fizičnega okolja (hrup, svetloba, temperatura), pravilno rokovanje, odlaganje, nameščanje v ustrezne položaje. Prav tako pa se delovnoterapevtske intervencije osredinjajo tudi na spodbujanje motoričnih in kognitivnih spretnosti, hranjenje ter na lažje uravnavanje vedenjskih pa tudi fizioloških odzivov novorojenca.	Hardy et al. (2018); Rubio - Grillo (2019); Hardy et al. (2021); Begum (2022); Brinkley et al. (2023)

RAZPRAVA

Vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo

Na družino usmerjen pristop vsebuje ocenjevanje, načrtovanje in izvedbo delovnoterapevtske obravnave novorojenca s tesnim sodelovanjem z njegovo družino. Osnovni element tega pristopa je celostna, individualizirana obravnavo, ki je zasnovana na željah, vrednotah in na potrebah družine novorojenca. Številni dejavniki na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev lahko vplivajo na aktivno sodelovanje staršev v delovnoterapevtskem procesu. Nedonošenci in kritično bolni novorojenci potrebujejo podporo različnih aparatov za vzdrževanje vitalnih funkcij. Pogosto starši ob tem občutijo čustveno stisko, strah, občutek krivde in odgovornosti. Negativni občutki posledično vplivajo na vključevanje staršev v vsakodnevne aktivnosti svojega novorojenca, oblikovanje starševske vloge in na krepitev navezanosti s svojim novorojencem (Gibbs et al., 2016).

Rezultati raziskave Fraga et al. (2019) navajajo, da starši večino svojega časa preživijo z novorojencem na oddelku in zaradi tega zanemarijo svoje druge aktivnosti in obveznosti. Posledično pride do sprememb v rutini in navadah, kar lahko vpliva na posameznikovo počutje. Dolgotrajna izpostavljenost stresu, skrbem in negotovosti lahko vodi v razvoj depresije in anksioznosti. To lahko staršem otežuje vključevanje v vsakodnevne aktivnosti in vzpostavljanje odnosa s svojim novorojencem. V raziskavi Correia et al. (2019) so ugotovili, da se s težavami na področju duševnega zdravja v večji meri srečujejo matere,

katerih novorojenci so bili nedonošeni. Pri njih naj bi bila možnost za nastanek anksioznosti 75-odstotna, za pojav depresije pa 50-odstotna. Pri zmanjševanju stresa in izboljšanju dobrega počutja je v študiji udeleženkam pomagala vključitev v skupinsko delovnoterapevtsko obravnavo. Delovni terapevti so jih naučili strategij za spoprijemanje z anksioznostjo in depresijo, spodbujali pa so promocijo zdravja z izdelovanjem imena novorojenca iz različnih materialov. Aktivnost je materam omogočala sprostitve, hkrati pa tudi komunikacijo z drugimi udeleženkami, povezanost in zmanjšanje občutka osamljenosti v danih okoliščinah. Svoja čustva in skrbi so lahko izrazile besedno in tudi nebesedno, pri čemer so v ospredje postavile svoje potrebe, želje, skrbi, hkrati pa s tem krepile tudi povezanost s svojim otrokom. Ob koncu raziskave so ugotovili, da so matere, vključene v delovno terapijo, navajale zmanjšan občutek čustvene stiske, nižjo raven stresa in večje zadovoljstvo.

Vež med materjo in novorojencem je edinstvena ter ključnega pomena za rehabilitacijo in napredek otroka. Matere, vključene v raziskavo, so opisale materinstvo kot preplet čustev, ljubezni, skrbi, strahu in predanosti, pri čemer sta jim vključevanje v otrokove okupacije in izvedba kookupacij olajšala vzpostavljanje odnosa s svojim otrokom (Fraga et al., 2019). Kookupacije so aktivnosti, ki jih starši izvajajo skupaj z novorojencem in dajejo smisel njihovem življenju: hranjenje, vzpostavljanje skupnih rutin in navad, komunikacija, spanje v materinem naročju, vzpostavljanje medsebojnega zaupanja, odzivanje na bližino drug drugega, stik kože na kožo, saj spodbujajo fizični stik, čustveno navezanost in krepijo duševno zdravje celotne družine. Delovni terapevt starše nauči prepoznati otrokove znake lakote, utrujenosti, odzive na senzorne dražljaje iz okolja, jih seznaniti z gibalnim razvojem in jih tako opolnomoči za uspešno izvedbo vsakodnevnih aktivnosti (Cardin, 2020).

Delovnoterapevtska obravnavo novorojenca na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev

Enota za intenzivno nego in terapijo novorojencev je oddelek, ki nudi nego in oskrbo novorojencem, ki imajo visoka tveganja za nastanek različnih zdravstvenih težav, bolezni, zapletov. Med odraščanjem imajo lahko težave pri razvoju, pri čemer imajo nedonošenci večje možnosti za njihov nastanek. Srečujejo se z ovirami na vedenjskem in motoričnem pa tudi na kognitivnem področju (Begum, 2022). Kljub napredni medicinski opremljenosti, tehnologiji in interdisciplinarnemu timu pa v enem letu umre približno štiri milijone novorojencev po vsem svetu. Vodilni vzroki za smrtnost so: nedonošenost, nizka porodna teža, okužbe in asfiksija (Hardy et al., 2021).

Okolje na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev je sestavljeno iz številnih fizičnih in socialnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj novorojenca. Močna svetloba, zvoki naprav, pogovorov med svojci in zdravstvenim osebjem, boleči medicinski pregledi in posegi novorojencu nudijo intenzivne taktilne, proprioceptivne, vidne, avditorne, olfaktorne dražljaje (Rubio - Grillo, 2019). Nedonošenci in kritično bolni novorojenci jih zaradi še nerazvitega živčnega sistema sami ne zmorejo uravnati in tvoriti ustreznih odzivov nanje. Posledično so ovirani razvoj gibalnih vzorcev, vzpostavljanje rutin pa tudi razvoj kognitivnih spretnosti in vedenja (Brinkley et al., 2023).

Rezultati študije Begum (2022) poročajo o različnih delovnoterapevtskih intervencijah, ki so pozitivno vplivale na telesno težo, vitalne znake in na hranjenje ter hkrati zmanjšale bolečino pri nedonošencu, prav tako pa se je skrajšal čas hospitalizacije na Enoti za intenzivno nego in terapijo. Stik kože na kožo je tehnika, pri kateri se je novorojenec umiril,

stabilizirali pa so se: srčni utrip, frekvenca dihanja, krvni tlak in temperatura. Druga intervencija je bila nameščanje novorojenca v stabilen bočni ali hrbtni položaj, kar je omogočalo zmanjšanje bolečine in povečanje občutka udobja ter melo kratkoročni vpliv na motorični razvoj nedonošenca. Rezultati študije Rubio - Grillo (2019) poudarjajo pomen tehnike gnezdenja. Delovni terapevt je nameščal novorojenca v fleksijski položaj, s čimer je spodbujal poravnavo, simetrijo telesa, občutek stabilnosti, gibanje rok in nog proti središču telesa ter razvoj koordinacije. Dobro podprt položaj je novorojenca pomiril, izboljšal njegov vzorec spanja in mu omogočil lažjo regulacijo notranjih pa tudi zunanjih dražljajev okolja. Delovnoterapevtske intervencije so bile zasnovane individualno, in sicer na način, da je bil vsak posameznik deležen prilagojenega okolja. Zmanjšala se je intenziteta taktilnih, vidnih in avditornih dražljajev, kar je novorojencu olajšalo izvedbo vsakodnevnih aktivnosti.

Raziskava Brinkley et al. (2023) je preučevala uporabo glasbe v delovni terapiji. Sočasna uporaba glasbene terapije novorojencu omogoča lažjo regulacijo senzornih dražljajev, ohranjanje vitalnih funkcij ter zmanjšanje stresa in bolečine. Izvedba obravnave je potekala v sodelovanju delovnega terapevta, ki se je osredinil na izvedbo pasivnega razgibavanja, uporabo različnih materialov za krepitev spretnosti rok, sledenje predmetu in spodbujanju socialne interakcije, ter glasbenega terapevta, ki je prilagodil zvrst glasbe (uspavanke) in uporabo glasbil med terapijo (kitara, ukulele). Ob koncu raziskave so ugotovili, da sočasna uporaba glasbe v delovnoterapevtski obravnavi pomaga novorojencu pri samoregulaciji, zmanjša čas prebivanja na Enoti za intenzivno nego in terapijo ter ima pozitiven vpliv na doseganje razvojnih mejnikov.

Uspešna izvedba hranjenja na varen način je ključna za odpust novorojenca z Enote za intenzivno nego in terapijo v domače okolje. Raziskava Hardy et al. (2018) navaja, da se 40 % novorojencev, sprejetih na Enoto za intenzivno nego in terapijo, spoprijema z različnimi ovirami na tem področju, kar lahko vodi v zdravstvene težave in posledično zniža kakovost otrokovega življenja. Avtorji navajajo, da je pomembno interdisciplinarno sodelovanje, pri katerem so v središču obravnave novorojenec in njegovi starši. Po podatkih, pridobljenih v raziskavi, 59 % delovnih terapevtov sodeluje z drugimi strokovnjaki v timu. Največji odstotek delovnih terapevtov pri svojih intervencijah spodbuja sesanje brez hranjenja (81 %), namešča novorojenca v ustrezne položaje (78 %), prepozna otrokovo vedenje in se nanj osredinja (74 %), pri hranjenju uporablja različne oblike dud (59 %) in poskuša izvesti aktivnost v različnih okoljih (75 %). Edukacija v raziskavi je bila usmerjena na starše in tudi druge člane v timu, pri čemer so jim delovni terapevti znanje posredovali ustno, s pisnimi navodili in praktičnim prikazom posameznih intervencij.

SKLEP

S sistematičnim pregledom literature smo spoznali, da ima vključevanje delovne terapije na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev lahko dolgoročen vpliv na kakovost otrokovega življenja. Z različnimi intervencijami delovni terapevti spodbujajo motorični, kognitivni in senzorični razvoj ter razvoj samoregulacije pri novorojencu, kar ima ključen pomen za ohranjanje vitalnih funkcij, zmanjševanje stresa, izboljšanje socialne interakcije in doseganje razvojnih mejnikov. Prav tako pa imata ključno vlogo sodelovanje s starši ter prepoznavanje znakov depresije in anksioznosti pri njih. Zaradi stresnega okolja so dovzetnejši za pojav težav na področju duševnega zdravja, na kar pozitivno vplivata vključevanje staršev v obravnavo novorojenca kot enakovredne člane v timu in skupinska obravnava z drugimi starši. S tem se zmanjša raven stresa in skrbi, hkrati pa starši pridobijo spretnosti rokovanja s svojim novorojencem in krepijo navezanost z njim.

LITERATURA

- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16, 230–244. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Begum, S. R. (2022). Effects of occupational therapy intervention on motor cognitive behavioural development of infant born pre-term: a systematic review. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 16(4), 58–64. <https://doi.org/10.37506/ijpot.v16i4.18706>
- Brinkley, M., Biard, M., Masuoka, I., & Hagan, J. (2023). Evaluation of occupational therapy and music therapy co-treatment in the neonatal intensive care unit. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/01942638.2023.2253894>
- Cardin, A. D. (2020). Parents' perspectives: an expanded view of occupational and co-occupational performance in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1–12. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034827>
- Correia, L. A., Rocha, L. L. B., & Dittz, E. S. (2019). Contributions of the occupational therapy group to the anxiety level of mothers with premature newborns admitted in the neonatal intensive care units. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 574–583. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1694>
- Craig, J. W., & Smith, C. R. (2020). Risk-adjusted/neuroprotective care services in the NICU: the elemental role of the neonatal therapist (OT, PT, SLP). *Journal of Perinatology*, 40(4), 549–559. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0597-1>
- Fraga, E., Dittz, E. S., & Machado, L.G. (2019). The construction of maternal co-occupation in the neonatal intensive care unit. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 92–104. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1125>
- Gibbs, D. P., Boshoff, K., & Stanley, M. J. (2016). The acquisition of parenting occupations in neonatal intensive care: A preliminary perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 91–102. <https://doi.org/10.1177/0008417415625421>
- Hardy, C., Senese, J., & Fucile, S. (2018). Rehabilitation of infant oral feeding difficulties: a survey of occupational therapists practice approaches. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1419398>
- Hardy, M., Govender, P., & Naidoo, D. (2021). Occupational therapist's experience of working in neonatal intensive care units in KwaZulu-natal. *South African Journal of Occupational Therapy*, 51(1), 27–35. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2021/vol51n1a5>
- Khandre, V., Potdar, J., & Keert, A. (2022). Preterm birth: an overview. *Cureus*, 14(2), 1–6. <https://doi.org/10.7759/cureus.33006>
- Lieberman, D., & Scheer, J. (2002). AOTA's evidence-based literature review project: an overview. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 344–349. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.3.344>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Robertshaw, L., & Dobbin, S. (2024). The role of occupational therapy and physiotherapy in the neonatal unit. *Pediatrics and Child Health*, 35(1), 16–22.
- Royal College of Occupational Therapists – RCOT (2022). *Occupational therapy in neonatal services and early intervention*. <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/neonatal-services>
- Rubio - Grillo, M. H. (2019). Performance of an occupational therapist in a neonatal intensive care unit. *Colombia Medica*, 50(1), 30–39. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i1.2600>
- Stoffel, A., & Schleis, R. (2014). AOTA Early Intervention FAQ Final 3. *The American Occupational Therapy Association (AOTA)*, 1–7.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Method for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Vitral, G. L. N., Romanelli, R. M. C., Reis, Z. S. N., Guimaraes, R. N., Dias, I., Mussagy, N., Taunde, C., Neves, G. S., Jose, C. N. S., Pantaleao, A. N., Pappa, G. L., Gaspar, J. S., & Aquiar, R. A. P. L. (2023). Gestational age assessed by optical skin reflection in low-birth-weight newborns: applications in classification at birth. *Frontiers in Pediatric*, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1141894>

PRILOGA

Priloga 1: Glavne ugotovitve člankov, vključenih v končno analizo

Avtor	Namen	Metode	Vzorec	Glavne ugotovitve	Relevantnost
Begum (2022)	Ugotoviti, kako delovnoterapevtske intervencije vplivajo na motorični, vedenjski in na kognitivni razvoj novorojencev na Enoti za intenzivno nego in terapijo.	Sistematični pregled	10 člankov	Pozitiven vpliv na motorični, vedenjski in na kognitivni razvoj pri novorojencih imajo predvsem oralno-motorične intervencije. Te prispevajo k dvigu telesne teže, izboljšanju življenjskih znakov in nevro-mišične kontrole. Posledično se zmanjša bolečina in olajša prehod na oralno hranjenje. Pri novorojencih s prenizko porodno težo poveča možnost za preživetje stik kože na kožo, prav tako pa je velik poudarek na nameščanju v pravilne položaje in na uporabi senzornih strategij, ki pomagajo pri izboljšanju mišičnega tonusa.	5
Brinkley et al. (2023)	Ugotoviti učinkovitost uporabe glasbe in delovnoterapevtskih intervencij na novorojence na Enoti za intenzivno nego in terapijo	Nerandomizirana raziskava: kvazi-eksperiment	Vključenih je bilo 46 novorojencev, 22 dečkov in 24 deklic, ki so bili na Enoti za intenzivno nego in terapijo, s povprečno gestacijsko starostjo 32,2 tedna.	Raziskava navaja, da imata delovna terapija in glasba pomembno vlogo pri novorojencih, sprejetih na Enoto za intenzivno nego in terapijo. Vključenost obeh intervencij hkrati omogoča stabilnejše in bolj uravnoteženo okolje, zmanjšanje bolečine, hkrati pa so imeli novorojenci višjo raven kisika, kar je pripomoglo k izboljšanju vitalnih znakov. Ugotovitve eksperimenta navajajo, da sočasna uporaba glasbe v delovni terapiji novorojenca pomirja in pripomore k doseganju razvojnih mejnikov	4
Cardin (2020)	Raziskati okupacije in kookupacije staršev novorojencev na Enoti za intenzivno nego in terapijo na podlagi modela oseba – okolje – okupacija – izvedba	Kvalitativna raziskava: polstrukturiran intervju	14 staršev, starih 18–40 let, katerih novorojenci so bili na Enoti za intenzivno nego in terapijo	Delovni terapevt pomaga staršem pri prepoznavanju in vključevanju v okupacije in kookupacije z njihovim novorojencem. S pomočjo različnih ocenjevalnih instrumentov in delovnoterapevtskih intervencij pomaga pri vzpostavljanju dobrega počutja družine v celoti. Raziskava navaja pomembnost uporabe na okupacijo usmerjenega pristopa, individualne obravnave in sodelovanje s starši.	5

Avtor	Namen	Metode	Vzorec	Glavne ugotovitve	Relevantnost
Correia et al. (2019)	Raziskati vlogo delovne terapije na anksioznost mater novorojencev, sprejetih na Enoto za intenzivno nego in terapijo novorojencev	Mešana raziskava	40 mater novorojencev (teža < 1.500 gramov, gestacijska starost < 32 tednov) na Enoti za intenzivno nego in terapijo	Mater novorojencev, sprejetih na Enoto za intenzivno nego in terapijo, se velikokrat spoprijemajo s stresom, z anksioznostjo in depresijo. Studija navaja, da se je njihovo počutje izboljšalo po vključitvi v delovno terapijo. Intervencije so potekale v skupini, pri čemer so matere navajale, da jim je to nudilo dodatno podporo. Delovni terapevti so se osredinili na promocijo zdravlja, jih učili strategij za spoprijemanje s stresom in jim pomagali pri organizaciji izvedbe okupacij.	5
Fraga et al. (2019)	Raziskati oblikovanje ko-okupacij matere in otroka na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev	Kvalitativna raziskava	6 mater, starih 17–29 let, ki so imele prvega otroka na Enoti za intenzivno nego in terapijo vsaj štiri dni in bile na oddelku prisotne skozi celotno hospitalizacijo. Njihovi novorojenci pa so bili stabilni in imeli gestacijsko starost 28 tednov ali več.	Delovni terapevt ima ključno vlogo pri prepoznavanju okupacij in kookupacij novorojenca. Z individualnim pristopom se osredinja na družino, jim pomaga pri oblikovanju in izvedbi skupnih aktivnosti, pri čemer upošteva zdravstveno stanje novorojenca in okolje na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev. Stik kože na kožo je intervencija, ki krepi vzpostavljanje vezi med materjo in otrokom. Raziskava navaja, da se s tem zmanjšata psihični in tudi fizični stres novorojenca ter olajša izvedba dojenja.	5
Gibbs et al. (2016)	Raziskati na okupacije usmerjen pristop pri vključevanju staršev novorojencev na Enoti za intenzivno nego in terapijo v okupacije	Kvalitativna analiza: polstrukturiran intervju	6 staršev nedonošencev	Rezultati navajajo, da se starši spoprijemajo s težavami pri sprejemanju, razumevanju in pri izvajanju okupacij pri prezgodaj rojenih otrocih. Pri obravnavi novorojenca sodeluje celoten tim na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev, pri čemer delovni terapevt uporablja predvsem na okupacije usmerjen pristop. Pouči starše o aktivnostih, ki so pomembne za razvoj, jim pomaga pri izvedbi kookupacij ter hkrati upošteva njihove želje, vrednote in potrebe.	5

Novak in Šuc: Intenzivna nega in terapija

Avtor	Namen	Metode	Vzorec	Glavne ugotovitve	Relevantnost
Hardy et al. (2018)	Raziskati vlogo delovne terapije pri novorojencih na Enoti za intenzivno nego in terapijo, ki imajo težave na področju hranjenja	Kvalitativna raziskava: anketa odprtega tipa	127 delovnih terapevtov, ki delajo na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev druge ali tretje stopnje	Veliko novorojencev na Enoti za intenzivno nego in terapijo ima težave s hranjenjem, kar je ena ključnih okupacij in pogoj za odpust iz bolnišnice. Pri obravnavi je pomembno upoštevati dejavnike novorojenca, starše in okolje. Delovni terapevti so izvajali izobraževanja za starše in zdravstvene delavce, se osredinjali na rehabilitacijo hranjenja in sodelovali z drugimi člani tima, pri čemer so upoštevali zdravstveno stanje otroka, senzorno integracijo, fizično okolje in vedenjske odzive.	5
Hardy et al. (2021)	Raziskati izkušnje delovnih terapevtov na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev v KwaZulu-Natal	Kvalitativna raziskava: poglobljeni intervju	12 delovnih terapevtov, ki so registrirani pri HPCSA, zaposleni v KwaZulu-Natal, od 2014 do 2017 in so bili vsaj en mesec na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev	Delo na Enoti za intenzivno nego in terapijo zahteva veliko empatije, komunikacije s starši, z drugimi člani v timu in čustveno stabilnost. Uspešno izvedbo celostne obravnave pa oteži pomanjkanje časa in specialnega znanja. Delovni terapevti so navedli, da sta potrebna dodatno izobraževanje in pridobivanje kompetenc, saj bi bili na tak način uspešnejši in samozavestnejši pri izvedbi svojega dela.	5
Rubio - Grillo (2019)	Raziskati vlogo delovne terapije na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev, povezavo med novorojencem, okupacijo, starši in okoljem z vidika delovnega terapevta	Sistematični pregled	Bibliografske reference, delovnoterapevtske revije, revije o pediatriji in neonatologiji, ki so imele vključene delovnoterapevtske intervencije	Nedonošenci se srečujejo s težavami na motoričnem in kognitivnem področju, prav tako pa težje uravnavajo čustva, odzivanje na senzorne dražljaje, organizacijo in načrtovanje izvedbe aktivnosti. Delovni terapevt na začetku obravnave izvede različna ocenjevanja in oblikuje okupacijski profil, ki mu pomaga pri postavljanju ciljev in izvedbi obravnave. Osredini se na senzorno integracijo, uporablja celosten pristop in upošteva fizično, socialno in kulturno okolje novorojenca, zdravstveno stanje, individualnost, nevrološki razvoj, želje staršev itn.	5

KLINIČNE VAJE KOT PRILOŽNOST ZA STROKOVNO RAST: UPORABA KANADSKE PROCESNE METODE Z MENTORSKO PODPORO – PRIKAZ PRIMERA

CLINICAL PLACEMENT AS AN OPPORTUNITY FOR PROFESSIONAL GROWTH:
APPLYING THE CANADIAN PRACTICE PROCESS FRAMEWORK WITH
MENTORING SUPPORT – CASE REPORT

Voni Kos¹, študentka delovne terapije; Matija Puškarič², dipl. del. ter.; doc. dr. Katarina Glof¹

¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, Ljubljana

² Dom starejših občanov Fužine, Nove Fužine 40, Ljubljana

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): voni.kos@gmail.com

Prispelo: 31. 7. 2025

Sprejeto: 28. 8. 2025

IZVLEČEK

Uvod: Starejši odrasli z več kroničnimi obolenji pogosto doživljajo funkcionalni upad, kar vpliva na njihovo samostojnost, socialno vključenost in na kakovost življenja. Delovni terapevti imajo pomembno vlogo pri prepoznavanju in omogočanju ponovnega vključevanja v njim pomembne okupacije. Prispevek prikazuje 4-tedensko delovnoterapevtsko obravnavo stanovalke z multimorbidnostjo, usmerjeno v ohranjanje samostojnosti in ponovno vključevanje v njej pomembne okupacije ob upoštevanju nihanj zdravstvenega stanja. **Metode:** V okviru kliničnega usposabljanja je bila izvedena delovnoterapevtska obravnavna po kanadski procesni metodi delovnoterapevtske obravnave in za potrebe članka prikazana kot študija primera. **Prikaz primera:** Stanovalka s srčnim popuščanjem in kronično ledvično boleznijo si je ob vključitvi v obravnavo želela večje samostojnosti pri vsakodnevni opravih s področja ožjih dnevnih aktivnosti in ponovne vključitve v domače aktivnosti (telovadba, raztezne vaje, vaje za spomin itn.). Med obravnavo je prišlo do nenadne hospitalizacije, zaradi česar se je spremenila postavitev ciljev. **Razprava:** Rezultati potrjujejo pomen individualiziranega pristopa, strokovnega znanja, sodelovanja s stanovalko ter prilagodljivosti delovnega terapevta in obravnave. **Zaključki:** Ciljno usmerjena in sočutna obravnavna pozitivno vplivata na samostojnost, počutje in na kakovost življenja starejših odraslih z multimorbidnostjo.

Ključne besede: dom starejših občanov, kakovost življenja, medgeneracijsko sodelovanje, dnevne aktivnosti, samostojnost, duhovnost

ABSTRACT

Introduction: Older adults with multiple chronic conditions often experience functional decline, which affects their independence, social participation, and quality of life. Occupational therapists play a key role in identifying and enabling re-engagement in meaningful occupations. This paper presents a four-week occupational therapy intervention with a female resident with multimorbidity, focused on maintaining independence and re-engaging in meaningful activities while considering fluctuations in her health condition. **Methods:** As part of clinical placement, an occupational therapy intervention was carried out using the Canadian Practice Process Framework (CPPF), and for the purpose of this paper it is presented as a case study. **Case report:** The resident, diagnosed with heart failure

and chronic kidney disease, expressed a desire for greater independence in activities of daily living and to re-engage in communal care home activities (exercise, stretching, memory training etc.). During the intervention, the resident was unexpectedly hospitalized, which led to a redefinition of the goals. **Discussion:** The results highlight the importance of an individualized approach, professional competence, collaboration with the resident, and the therapist's adaptability in the intervention process. **Conclusion:** Goal-oriented and compassionate occupational therapy has a positive impact on independence, well-being, and quality of life of older adults living with multimorbidity.

Key words: nursing home, quality of life, intergenerational cooperation, activities of daily living, independence, spirituality

UVOD

Starejši odrasli z večplastnimi kroničnimi obolenji se pogosto spoprijemajo s funkcionalnimi omejitvami, ki negativno vplivajo na njihovo samostojnost, kakovost življenja in posledično tudi na duševno zdravje (Marengoni et al., 2011). V domovih za starejše imajo delovni terapevti pomembno vlogo predvsem pri ohranjanju ali izboljšanju funkcionalnih sposobnosti, spodbujanju vključevanja v okupacije in pri podpiranju samostojnosti (Mitterfellner, D'Cunha, Isbel, 2024).

Prispevek predstavlja študijo primera 4-tedenske delovnoterapevtske obravnave stanovalke z večplastnimi izzivi. Poudarek je predvsem na (ponovnem) vključevanju stanovalke v njej pomembne dnevne aktivnosti (DA), tj. ožje (ODA) in širše (ŠDA), ter na izvedbo celostne obravnave, ki je bila skozi proces na stanovalko usmerjena (Sumsion & Law, 2006) in prilagojena njenemu zdravstvenemu stanju.

METODE

Uporabljena metodologija študije primera z vidika delovne terapije omogoča poglobljeno, celostno in kontekstualno razumevanje stanovalke. Študija je sledila kanadskemu procesu delovnoterapevtske obravnave – Canadian Practice Process Framework (CPPF), ki vključuje osem korakov (Polatajko et al., 2013a). Temeljila je na konceptualnem okviru Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), ki se osredinja na interakcijo med osebo, okoljem in okupacijo ter njihovim vplivom na izvedbo okupacije (Polatajko et al., 2013b), ter na modelu Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE), ki predstavlja pristop k omogočanju sodelovanja in izvedbe okupacij (Townsend & Polatajko, 2013).

Etični vidik

Sodelovanje s stanovalko v procesu kliničnega usposabljanja je potekalo na priporočilo mentorja. Stanovalka in njeni svojci so bili seznanjeni z namenom vključitve v študijski proces in so s sodelovanjem soglašali. Stanovalka je soglasje potrdila s podpisom pisne izjave, v kateri je bil jasno naveden namen sodelovanja. V celotnem procesu obravnave smo dosledno upoštevali Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 2018). Stanovalki je bila pojasnjena možnost, da lahko kadar koli brez negativnih posledic od sodelovanja v obravnavi odstopi. Popolnoma se je strinjala tudi z objavo v obliki članka.

PRIKAZ PRIMERA

Prvi korak: Vstop (angl. *Enter/initiate*) (Polatajko et al., 2013a)

Gospa, stara 81 let, je pred tremi leti na lastno željo postala stanovalka doma starejših občanov (DSO). Leta 2007 je doživela akutni srčni infarkt z elevacijo ST-segmenta (STEMI). Trenutno ima diagnosticirano srčno popuščanje in kronično ledvično bolezen (KLB) 4. stopnje. Zaradi spremljajočih zdravstvenih stanj se spoprijema s hipotenzijo, z zmanjšano posturalno kontrolo, občasnno vrtoglavico in zmedenostjo ter s hitrim nastopom zadihanosti in povečano utrujenostjo. Te težave pomembno vplivajo na njeno samostojnost pri izvajanju DA in zmanjšujejo kakovost njenega vsakdanjega življenja. Na pobudo osebja DSO je bila vključena v delovnoterapevtsko obravnavo z namenom ohranjanja oz. izboljšanja izvajanja DA ter ponovnega vključevanja v domske aktivnosti. Z uporabo večšine zagovorništva (angl. *advocate*) skladno z modelom CMCE smo prek pregleda dokumentacije in prvega stika s stanovalko prepoznali relevantne potrebe ter utemeljili vključitev v delovnoterapevtski proces.

Drugi korak: Seznanitev s stanovalko (angl. *Set the stage*) (Polatajko et al., 2013a)

S pomočjo večšine vključiti (angl. *engage*) smo stanovalko vključili v začetni polstrukturiran intervju z možnostjo aktivnega sodelovanja. Zaradi trenutnega zdravstvenega stanja se spoprijema s težavami pri večini ODA, zlasti pri oblačenju in slačenju hlač ter posedanju prek roba postelje, pri čemer potrebuje delno pomoč. Oteženo je tudi vstajanje s postelje ali stola; kljub uporabi hodulje s kolesi kot opore pri vstajanju ji to uspe le z veliko truda in več poskusi. Dodatno jo omejuje strah pred padcem, saj je v preteklosti že padla.

Izraža močno željo po večji samostojnosti, zlasti pri oblačenju in vstajanju. Ponovno se želi vključiti v domske aktivnosti, ki se jih je pred hospitalizacijo pred tremi meseci redno udeleževala. Trenutno večino časa preživi sama v sobi, kar še dodatno negativno vpliva na njeno okupacijsko identiteto (Martin - Saez & James, 2019; Kielhofner, 2008). Občasno izraža občutke nemoči in izgube okupacijske kompetence (Kielhofner, 2008). Za krajše razdalje uporablja hoduljo, za daljše invalidski voziček; v bližini sobe ima dostop do dvigala. Veliko oporo ji nudita hčerki, ki jo redno obiskujeta ali pokličeta.

Gospa je komunikativna, koherentna in motivirana za sodelovanje; razume svoje omejitve in si želi večje samostojnosti. Z večšino zagovarjati (angl. *advocate*) smo že ob prvem srečanju vzpostavili odnos, temelječ na zaupanju in odprti komunikaciji, ter opredelili razloge za vključitev v delovnoterapevtsko obravnavo. Z večšino izobraževati (angl. *educate*) smo ji jasno predstavili svojo vlogo delovnega terapevta ter namen in potek obravnave.

Dogovorili smo se, da bo sodelovanje usmerjeno v doseganje čim večje samostojnosti pri oblačenju in slačenju hlač, vstajanju s postelje in stola ter v ponovno vključevanje v skupinske aktivnosti doma. Z uporabo večšine sodelovati (angl. *collaborate*) je gospa privolila v sodelovanje in aktivno sodelovala pri oblikovanju ciljev obravnave. Skupaj smo določili zanjo najustreznejši termin obravnave ob upoštevanju njene dnevne rutine (npr. zajtrk, osebna nega), kar je vključevalo večšino koordinirati (angl. *coordinate*). Po srečanju smo se z večšino posvetovati se (angl. *consult*) pogovorili tudi z njenima hčerkama, z namenom pridobitve dodatnih informacij za boljše razumevanje stanovalke in podporo pri načrtovanju obravnave. Za poglobljeno razumevanje fizioloških značilnosti bolezni smo opravili tudi pregled strokovne literature (Sidoli et al., 2024; Viana de Freitas et al., 2012).

Tretji korak: Ocenjevanje/Evalvacija (angl. Assess/evaluate) (Polatajko et al., 2013a)

Z uporabo veščine vključiti (angl. engage) smo izbrali ocenjevanja, usmerjena v analizo za njo pomembnih okupacij. Vsako izmed njih smo ji s pomočjo veščine izobraževati (angl. educate) podrobno razložili – predstavili smo ji namen, vsebino in relevantnost za njen primer. Z uporabo veščine oceniti (angl. evaluate/assess) smo izvedli in kritično analizirali naslednja ocenjevanja:

- **COPM** (Law et al., 2019): Stanovalka je kot prednostna področja poudarila oblačenje in slačenje hlač, vstajanje s postelje/stola ter željo po ponovnem vključevanju v domske aktivnosti.
- **Ocena okolja:** Pri opazovanju z udeležbo (American Occupational Therapy Association – Ameriško združenje delovnih terapevtov [AOTA], 2020) smo ugotovili uporabo neprimerne obutve (ohlapni in drseči copati), kar povečuje tveganje za padec. Poleg tega smo opazili odsotnost blazine ali klinaste podpore na stolu, kar bi lahko olajšalo vstajanje (Kim et al., 2014).
- **AAS** – analiza motoričnih in procesnih spretnosti (AOTA, 2020; Fisher & Marterella): Ocenili smo oblačenje in slačenje hlač sede prek roba postelje. Rezultati so pokazali izrazito povečan fizični napor in nerodnost, zmerno zmanjšano učinkovitost, zmerno tveganje za osebno poškodbo ter občasno potrebo po fizični pomoči. Na podlagi teh ugotovitev smo določili ključna področja za nadaljnjo obravnavo in izbor terapevtskih aktivnosti.
- **Biomehanski vidik izvajanja aktivnosti** (AOTA, 2020): Za poglobljeno razumevanje izbrane aktivnosti (oblačenje in slačenje hlač) smo skupaj s stanovalko analizirali ključne ovire pri izvedbi, pri čemer so bile posebej omenjene oslABLJENE mišice trupa. Zmanjšano fleksijo trupa poleg oslABLJENIH mišic še dodatno potencira tudi fuzija spodnjih ledvenih vretenc. Ugotovitve so služile kot izhodišče za ciljno usmerjeno terapevtsko načrtovanje.
- **Short FES-I** (Falls Efficacy Scale – International) (Todd et al., 2006): Dve postavki sta ostali neocenjeni, ker ju stanovalka v vsakodnevnem življenju ne izvaja. Skupna ocena je bila 25/28, kar kaže na visoko stopnjo strahu pred padcem.

Za boljše razumevanje osebnih in okoljskih dejavnikov, ki pozitivno (omogočajo) ali negativno (onemogočajo) vplivajo na izvedbo aktivnosti, smo v okviru podrobnejšega pogovora o oblačenju in vključevanju v domske aktivnosti uporabili obrazec v obliki preglednice modela CMOP-E, ki ga je za študijsko gradivo priredila Galof (2021), pri čemer smo uporabili veščino sodelovati (angl. collaborate).

Po izvedbi vseh ocenjevanj smo s pomočjo veščin posvetovati se (angl. consult) in vključiti (angl. engage) izvedli poglobljen pogovor s stanovalko o možnostih nadaljnje obravnave, njenih občutkih med ocenjevanjem in o njenem lastnem doživljanju izvedbe aktivnosti. Z veščino izobraževati (angl. educate) smo ji pojasnili rezultate ter jih povezali z njenim trenutnim funkcionalnim stanjem in telesno zmogljivostjo, kar je prispevalo k njenemu boljšemu razumevanju, povečani motivaciji ter h krepitvi zaupanja v terapevtskem procesu.

Četrty korak: Načrt obravnave (angl. Agree on objectives and plan) (Polatajko et al., 2013a)

Na podlagi izzivov, ki jih je stanovalka omenila, in rezultatov izvedenih ocenjevanj smo s pomočjo veščin vključiti (angl. engage), sodelovati (angl. collaborate) in oblikovati/graditi (angl. design/build) skupaj določili prednostne cilje delovnoterapevtske obravnave:

1. Stanovalka bo v štirih tednih samostojno vstala s postelje ali stola ob uporabi hodulje s kolesi ter rahlo privzdignjene postelje oziroma klinaste blazine, in to že v prvem poskusu. Ob tem se bo stopnja strahu pred padcem po oceni Short FES-I zmanjšala za vsaj eno točko.
2. V petih tednih si bo stanovalka, sede prek roba postelje, samostojno ali ob minimalni pomoči oblekla in slekla hlače. Aktivnost bo izvedena z minimalnim naporom in zmanjšanim tveganjem za poškodbo, kar bo razvidno iz ocene po AAS.
3. V treh tednih se bo stanovalka ponovno začela udeleževati domskih aktivnosti z uporabo invalidskega vozička, pri čemer se bo njeno subjektivno zadovoljstvo z udeležbo povečalo za vsaj dve točki pri oceni COPM.

Pri skupnem oblikovanju načrta obravnave smo uporabili večšine oblikovati/graditi (angl. design/build), sodelovati (angl. collaborate) in izobraževati (angl. educate). Stanovalki smo jasno predstavili pomen in namen terapevtskih ciljev, uporabljenih metod ter potrebnih prilagoditev ter jo skozi celoten proces aktivno vključevali. Dogovorjeni načrt obravnave je vključeval naslednje elemente:

- Redna delovnoterapevtska obravnava: Potekala bo vsak dan ob 9. uri dopoldne, kar je za stanovalko najustreznejši čas. Termin je bil usklajen z uporabo večšine koordinirati (angl. coordinate).
- Uravnotežen dnevni urnik aktivnosti: Skupaj bomo oblikovali individualiziran in optimalno strukturiran urnik aktivnosti v okviru doma, ki se jih bo postopoma ponovno udeleževala z namenom povečanja socialne vključenosti in krepitve okupacijske identitete (Tsadok - Cohen et al., 2023).
- Povečanje samostojnosti pri oblačenju in slačenju hlač: Vsakodnevno izvajanje aktivnosti sede prek roba postelje z uporabo prilagojene tehnike (Goyal, 2015) in s prilagoditvijo okolja (dvig postelje), tj. dvakrat dnevno. Cilji vključujejo razvoj učinkovitih strategij, zmanjšanje potrebe po fizični pomoči, krepitev samozavesti, zadovoljstva in okupacijske kompetence (Casey et al., 2025).
- Zmanjšanje strahu pred padcem: Vključuje vsakodnevni neposredni trening vstajanja s postelje/stola, posredne treninge v okviru drugih aktivnosti in edukacijo o varnih strategijah gibanja (Christian, 2020). Cilji so: večja samozavest, varna mobilnost in zmanjšanje strahu pred padcem.
- Ohranjanje samostojnosti pri vseh ODA: Terapevtska podpora, nadzor in spodbujanje samostojnega izvajanja ODA z namenom ohranjanja funkcionalne kondicije, kakovosti življenja in preprečevanja občutka osamljenosti (Hacihanoglu et al., 2011).
- Krepitev okupacijske identitete in kompetence: Redno vključevanje v skupinske aktivnosti (vsaj trikrat tedensko) za spodbujanje občutka uspešnosti (Wareshallee & Choudhary, 2024) ter en individualni sprehod tedensko (30 minut) v okolici DSO z uporabo invalidskega vozička. Dnevna uporaba različnih strategij (pred obravnavo, med njo ali po njej), kot so npr.: samopohvale (Lindsay & Creswell, 2014), spremljanje lastnega napredka (Arewasikporn et al., 2019; Gasparini, 2023) itn., bo dodatno podpirala občutek pripadnosti, vrednosti in kontinuitete okupacijskega življenja.

Peti korak: Izvedba obravnave (angl. *Implement the plan*) (Polatajko et al., 2013a)

Delovnoterapevtska obravnava je potekala skladno z vnaprej dogovorjenim načrtom. Uporabljene so bile različne intervencijske strategije (AOTA, 2020), razvrščene glede na vrsto cilja in podporne metode:

- **Terapevtska uporaba okupacije/aktivnosti:** Ciljno usmerjene aktivnosti, ki so bile vključene v vsakdanjo rutino stanovalke: oblačenje in slačenje hlač, ponovno vključevanje v domske aktivnosti, vstajanje in posedanje s pomočjo hodulje s kolesi, individualni terapevtski sprehodi, izvajanje ODA in ŠDA.
- **Intervencije, ki podpirajo izvedbo okupacije:** Facilitacija: svetovanje, usmerjanje in po potrebi fizična podpora (angl. handling) pri oblačenju in funkcionalni mobilnosti, izdelava individualiziranega dnevnega urnika. Ogrevanje pred aktivnostjo: preproste kratke vaje za aktivacijo mišic, povečanje cirkulacije, izboljšanje gibljivosti sklepov in za psihično pripravo na izvedbo (Tri-City Medical Center, 2018). Handling pri pasivni mobilizaciji sklepov spodnjih okončin za izboljšanje cirkulacije in ohranjanje gibljivosti (Pedrinolla et al., 2022). Skrb za spremembo položajev (iz ležečega v sedeči položaj prek roba postelje) za spodbujanje prekrvavitve in boljše dihanje.
- **Edukacija:** Učenje pravih in varnih tehnik vstajanja in posedanja z uporabo hodulje s kolesi (Christian, 2020), predstavitev prilagojene tehnike oblačenja in slačenja hlač (Goyal, 2015), edukacija o pomenu uravnoteženega urnika dnevnih aktivnosti v kontekstu zdravega staranja in bolezni, ki vplivajo na izvedbo (American Heart Association, 2019; Tsadok - Cohen et al., 2023), ozaveščanje o pomembnosti primerne obutve za preprečevanje padcev (Aboutorabi et al., 2016).
- **Trening spretnosti in funkcije:** Ciljno usmerjene aktivnosti za krepitev mišic trupa, izboljšanje koordinacije in posturalne kontrole (Thompson, 2020), s ciljem povečanja funkcionalne neodvisnosti pri DA.
- **Adaptacija okolja:** Uvedba klinaste blazine ali drugega pripomočka za lažje vstajanje s stola (Lou et al., 2021; Kim et al., 2014), priporočilo za zamenjavo obutve z varnejšo – nedrseči copati z dobrim oprijemom za boljšo stabilnost pri hoji in vstajanju (Aboutorabi et al., 2016).

V nadaljevanju bodo podrobneje predstavljene posamezne strategije (AOTA, 2020) in veščine (Townsend & Polatajko, 2013), ki smo jih prek različnih okupacij in aktivnosti uporabili za doseganje zastavljenih ciljev.

Ponovno vključevanje v domske aktivnosti: S pomočjo veščine sodelovati (angl. collaborate) smo s stanovalko na podlagi univerzalnega urnika domskih aktivnosti izbrali tiste, ki so ji bile najbolj smiselne in najpomembnejše. Z uporabo veščine izobraževati (angl. educate) smo ji pojasnili pomen uravnotežene strukture dneva (Kielhofner, 2008) in nujnost počitka po posameznih aktivnostih z vidika njenega zdravstvenega stanja (American Heart Association, 2023). Pri načrtovanju smo s pomočjo veščine specializirati (angl. specialize) upoštevali tudi ključne komponente uspešnega in zdravega staranja – fleksibilnost urnika, sodelovanje v družbi, vključenost v njej pomembne okupacije, zagotovitev varnega izvajanja aktivnosti oz. zmanjšanje tveganja za poškodbe (Tsadok - Cohen, 2023). Z uporabo veščin sodelovati (angl. collaborate) in prilagoditi (angl. adapt) smo ob upoštevanju vseh zgoraj naštetih dejavnikov in stanovalkinih željah oblikovali individualiziran urnik, pri čemer smo uporabili večjo pisavo in barvno kodiranje za boljšo preglednost. Stanovalka je bila z urnikom zelo zadovoljna; še posebej jo je navdušila uporaba barv, kar je odraz veščine vključiti (angl. engage). Ker se večina aktivnosti izvaja v bolj oddaljenih delih doma, smo se dogovorili, da bo za varen transport uporabljala invalidski voziček, pri čemer smo ponovno uporabili veščini prilagoditi (angl. adapt) in sodelovati (angl. collaborate). Ob tem je izrazila neprijetnost ob prošnji osebju za pomoč, saj ima občutek, da jim je v breme. O tem smo večkrat odkrito spregovorili; z veščinami zagovarjati (angl. advocate), izobraževati

(angl. educate) in trenirati (angl. coach) smo ji prijazno razložili, da je naloga osebja ravno v tem – da ji zagotavljamo podporo, kadar jo potrebuje.

Samostojno oblačenje in slačenje hlač: Z uporabo veščin izobraževati (angl. educate) in sodelovati (angl. collaborate) smo stanovalki predstavili različne prilagojene tehnike, pri čemer je izbrala tehniko »figure 4« (Goyal, 2015), ki ji je bila najbližje. Tehnika vključuje sedenje na robu postelje, pri čemer ena noga prekriža drugo v obliki štirice (gleženj – koleno), da se olajša dostop do distalnih delov noge. Trup ostane stabilno rahlo nagnjen naprej, roke pa vlečejo hlače čez dvignjeno nogo, s čimer se zmanjša potreba po močni fleksiji trupa (Skills and wellness, 2021). Čeprav so ji svojci pred časom priskrbeli pripomoček za oblačenje, smo ob preizkusu ugotovili, da ji zaradi majhnih prijemalk in potrebe po močnem triprstnem prijemu ne ustreza, kar smo prepoznali z uporabo veščin sodelovati (angl. collaborate) in specializirati (angl. specialize).

Vsako srečanje smo začeli s kratkim pogovorom in z vizualizacijo aktivnosti, kar je služilo kot psihološka priprava (Hilt et al., 2023). S pomočjo veščine izobraževati (angl. educate) smo ji razložili tudi pomen nizkointenzivnega ogrevanja mišic, ki sodelujejo pri oblačenju (Tri-City Medical Center, 2018). Za ogrevanje in stabilizacijo trupa smo uporabili mini sobno kolo (brez upora), medtem ko je sedela prek roba postelje. Takšna priprava na izvedbo aktivnosti se je izkazala za učinkovito. Povečala sta se osredotočenost in sodelovanje, zmanjšala pa se je potreba po fizični pomoči.

Z uporabo veščin trenirati (angl. coach) in specializirati (angl. specialize) smo najprej izvajali trening gibov brez uporabe hlač, z namenom krepitve mišičnih skupin in prenosa v funkcionalno izvedbo. Že po drugi obravnavi je stanovalka sama zaznala napredek in izkazala povečano motivacijo, saj je aktivnosti izvajala tudi samoiniciativno zunaj časa obravnave ter uspešno samostojno oblekla in slekla hlače z aktivno uporabo veščine vključiti (angl. engage).

Ohranjanje/Povečanje samostojnosti pri vstajanju s postelje/stola z uporabo hodulje s kolesi: S pomočjo veščine izobraževati (angl. educate) smo stanovalki predstavili pomen ustrezne višine postelje in uporabe klinaste blazine ali drugega pripomočka na stolu, ki omogoča optimalen kot v kolkih (95° – 115°), kar pripomore k lažjemu vstajanju (Kim et al., 2014). Opozorili smo jo tudi na opaženo neprimerno obutev ter ji pojasnili tveganja in priporočili izbiro ustrežnejših čevljev (Aboutorabi et al., 2016). O tem se je pozneje sama pogovorila s svojci, ki so ji priskrbeli stabilne, nedrseče natikače z dobrim oprijemom stopala. V novi obutvi se počuti varno.

Z uporabo veščin prilagoditi (angl. adapt) in sodelovati (angl. collaborate) smo na stol ob mizi pritrdili klinasto blazino, ki ji bistveno olajša vstajanje – tudi z njo je bila stanovalka zelo zadovoljna.

Trening vstajanja smo izvajali postopoma, z uporabo veščin trenirati (angl. coach), prilagoditi (angl. adapt) in specializirati (angl. specialize). Vadbo smo prilagodili njenim sposobnostim in pri tem upoštevali biomehanske zakonitosti posameznih faz vstajanja (Christian, 2020). Poudarek je bil na počasnem, nadzorovanem izvajanju gibov, s pravilnim pozicioniranjem telesa in z uravnavanjem tempa. Postopoma smo zmanjšali količino podanih navodil in fizične pomoči: zmanjšali smo frekvenco usmerjanja, časovno razdaljo med navodili in prešli s fizične podpore k samo besednemu usmerjanju (Winstein et al.,

2013). Tako smo spodbujali samostojnost in prevzem nadzora nad izvedbo, kar je bilo ključno za krepitev zaupanja vase in zmanjšanje strahu pred padcem. Redno ponavljanje aktivnosti vstajanja je služilo izboljšanju funkcionalnih sposobnosti pa tudi zmanjšanju psihološke ovire – strahu pred morebitnim padcem. Z veččinama sodelovati (angl. collaborate) in izobraževati (angl. educate) smo pomen rahlo dvignjene postelje in podpore na stolu razložili tudi negovalnemu osebju ((Doornebosch, Achterberg, Smaling, 2025) in hčerka.

Ohranjanje samostojnosti in izvajanja dnevnih aktivnosti: V okviru delovnoterapevtske obravnave smo s pomočjo večšine trenirati (angl. coach) spodbujali čim večjo samostojnost stanovalke pri izvajanju ODA in ŠDA, z namenom ohranjanja oziroma izboljšanja njene fizične zmogljivosti in splošne funkcionalnosti. Obstoječe vsakodnevne okupacije, kot je npr. sprehod s hoduljo s kolesi do pralnice po čisto perilo, so bile vključene kot terapevtske aktivnosti. Te naloge niso služile le kot rutina, ampak kot namenski terapevtski proces, usmerjen v ohranjanje telesne kondicije, kognitivne angažiranosti in duševnega zdravja (Krakovska et al., 2021). Tovrsten pristop je omogočil prenos terapevtskih ciljev v resnično življenjsko okolje, povečal občutek samoučinkovitosti ter stanovalki nudil občutek kontinuitete in smiselnosti njenih vsakodnevnih aktivnosti (Gama et al., 2000).

Krepitev samozavesti in okupacijske identitete/kompetence: S pomočjo večšine izobraževati (angl. educate) smo stanovalko opolnomočili z razumevanjem pomena samopohvale in iskanja notranje potrditve, kar predstavlja pomemben vidik osebne rasti in duševne stabilnosti (Lindsay & Creswell, 2014). Spodbujali sem jo k vključevanju v aktivnosti, pri katerih je doživljala uspešnost, saj te pozitivno vplivajo na občutek kompetentnosti in samozavesti. Po vsaki obravnavi smo izvedli kratko refleksijo z namenom ozaveščanja lastnih uspehov in prepoznavanja napredka (Arewasikporn et al., 2019; Gasparini, 2023). Z uporabo večšine vključiti (angl. engage) smo jo motivirali za sodelovanje v družabnih igrah v okviru DSO, kar je prispevalo k občutku pripadnosti, uspešnosti, povezanosti z okolico in k sprostitvi (Wareshallee & Choudhary, 2024).

Redno izvajanje teh intervencij je pripomoglo k opaznemu izboljšanju duševnega počutja. Stanovalka je sama začela izražati zadovoljstvo nad napredkom, kazala je več motivacije, manj otožnosti in večje zaupanje v lastne zmožnosti za izvajanje aktivnosti. Glede na njeno večjo samostojnost in samorefleksijo smo postopoma zmanjševali pogostost intervencij, kadar smo opazili, da niso več potrebne.

Aktivnosti ob dnevih poslabšanja zdr. stanja in počutja: Obravnava je bila z uporabo večšine prilagoditi (angl. adapt) stalno prilagojena glede na dnevna nihanja v zdravstvenem stanju in počutju stanovalke. V dnevih z izrazitejšim upadom moči smo z uporabo večšin sodelovati (angl. collaborate) in prilagoditi (angl. adapt) upoštevali njene trenutne občutke, potrebe in želje ter obravnavo razdelili na 2–3 krajše obiske. Ti so bili usmerjeni v pogovor o počutju, oceno potreb (npr. hidracija, odeja, sprememba položaja) in v izvajanje osnovnih, preprostih aktivnosti v smeri terapevtskih ciljev. Hkrati smo ji nudili psihološko podporo. Kadar je bila stanovalka dovolj pri močeh, smo izvedli postopni transfer iz ležečega v sedeči položaj prek roba postelje (ena ponovitev, 10 minut), z namenom izboljšanja ventilacije, prekrvavitve in ohranjanja telesne zmogljivosti (Akpınar & Topaçoğlu, 2021). Pri tem smo uporabili večšini trenirati (angl. coach) in specializirati (angl. specialize). Aktivnost je vključevala tudi osredinjenost na poravnavo ključnih točk v sedečem položaju in besedno refleksijo o počutju.

V primerih, ko se je stanovalka počutila prešibko za aktivno sodelovanje, smo z njenim soglasjem izvedli 15-minutno pasivno mobilizacijo spodnjih okončin, z uporabo principov handlinga za plantarno in dorzalno fleksijo stopala, fleksijo in ekstenzijo kolena ter fleksijo, ekstenzijo, addukcijo in abdukcijo kolka, z namenom spodbujanja cirkulacije in preprečevanja kontraktur (Pedrinolla et al., 2022). Tudi v teh primerih smo z uporabo veččin specializirati (angl. specialize), trenirati (angl. coach) in prilagoditi (angl. adapt) izvajali verbalno facilitacijo, s poudarkom na senzorno-motorični odzivnosti in zavedanju lastnega telesa. Kljub začetni pasivnosti se je stanovalka začela postopoma vključevati v gibanje. Pred začetkom takšne obravnave smo govorili še z negovalnim osebjem za pridobitev dodatnih informacij glede vitalnih funkcij kot podporo pri izbiri aktivnosti – pri tem smo uporabili veččini koordinirati (angl. coordinate) in sodelovati (angl. collaborate).

Ko si zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ni mogla ogledati seniorskega maratona Franja na sobnih kolesih v DSO, smo ji v sobo prinesli dva smutija in si vzeli čas za prijeten pogovor. To jo je zelo razveselilo in povečalo subjektivni občutek zadovoljstva. Pri tem smo uporabili veččino vključiti (angl. engage) in posredno tudi zagovarjati (angl. advocate), saj smo ji omogočili občutek vključenosti kljub fizični omejitvi.

Šesti korak: Vmesno ocenjevanje/prilagajanje (angl. Monitor and modify) (Polatajko et al., 2013a)

Med potekom obravnave smo opazili, da stanovalka zaradi nihanja zdravstvenega stanja ni vedno zmogla sodelovati v terapevtskem procesu po vnaprej dogovorjenem terminu. Obravnava zato ni potekala, kot je bilo sprva načrtovano, ampak smo urnik sproti prilagajali njenemu počutju. Intervencije smo na dnevni ravni prilagajali glede na oceno njenega stanja na začetku vsakega srečanja, hkrati pa smo upoštevali njene želje in predloge. Pri tem smo uporabili veččine prilagoditi (angl. adapt), koordinirati (angl. coordinate), sodelovati (angl. collaborate) in preoblikovati (angl. redesign).

Z uporabo veččin sodelovati (angl. collaborate), posvetovati se (angl. consult) in preoblikovati (angl. redesign) smo s stanovalko skupaj pregledali zastavljene cilje in se odločili, da jih ohranimo, vendar z rahlo prilagojenim časovnim okvirom za doseg prvega in drugega cilja. Kljub opaznemu napredku pri izvedbi aktivnosti je bila stanovalka nenadoma hospitalizirana, zaradi česar omenjena cilja nista bila dosežena, ker nadaljevanje obravnave v okviru delovne terapije ni bilo več izvedljivo.

Sedmi korak: Ocena izida (angl. Evaluate the outcome) (Polatajko et al., 2013a)

Z uporabo veččine ponovno oceniti (angl. evaluate/assess) smo s stanovalko v tretjem tednu ponovno izvedli ocenjevanje COPM (Law et al., 2019). Rezultati so pokazali, da je bil tretji zastavljeni cilj dosežen. Zadovoljstvo ob ponovnem vključevanju v domske aktivnosti se je povečalo za 3 točke, kar kaže na pomembno izboljšanje z vidika stanovalkinega subjektivnega doživljanja okupacijske vključenosti (preglednica 1).

Zaradi hospitalizacije ob koncu 4. tedna nadaljnjih ocenjevanj (Short FES-I in AAS) nismo uspeli izvesti. Smo pa s sprotim opazovanjem in z neformalnim ocenjevanjem z uporabo veččine ocenjevati (angl. evaluate/assess) zaznali napredek na področju oblačenja in slačenja hlač sede prek roba postelje pa tudi na področju vstajanja s postelje/stola. Aktivnosti je izvedla ob zmanjšanem naporu in z boljšo stabilizacijo trupa (osvojila položaj »figure 4«). Na področju duševnega zdravja smo opazili predvsem izboljšanje volje, opažanje lastnega napredka in samopohvale, kar pripisujemo uporabi veččin trenirati (angl. coach) in

zagovarjati (angl. advocate). Stanovalka je tudi sama večkrat omenila lažje izvajanje obeh aktivnosti in izkazala večjo stopnjo motivacije v primerjavi z začetki obravnave. To je razvidno tudi iz rezultatov ocenjevanja COPM, pri katerih sta se njena subjektivna ocena zadovoljstva in ocena izvedbe, povezana z oblačenjem/s slačenjem hlač in z vstajanjem s postelje/s stola, povečala za 2 ali 3 točke (preglednica 1).

Preglednica 1: Primerjava začetnega in končnega ocenjevanja COPM

Težave izvajanja dejavnosti	Izvedba D 1	Zadovoljstvo D 1	Izvedba D 2	Zadovoljstvo D 2	Sprememba izvedbe D 2–D 1	Sprememba zadovoljstva D 2–D 1
Oblačenje in slačenje hlač	5	6	7	9	2	3
Vstajanje s postelje/stola	5	7	8	9	3	2
Vključevanje v domske aktivnosti	5	6	8	9	3	3
Skupni rezultat	15	19	23	27	8	8
Povprečni rezultat	5	6,3	7,6	9	2,6	2,6

Osmi korak: Izstop iz obravnave (angl. *Conclude/exit*) (Polatajko et al., 2013a)

Stanovalka je končala delovnoterapevtsko obravnavo po štirih tednih. V tem času je bil en zastavljeni cilj uspešno dosežen. Opazen je bil tudi napredek na področju oblačenja in slačenja hlač ter vstajanja s postelje in stola. Zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja (oteženo dihanje kot posledica srčnega popuščanja) zasledovanje drugih dveh ciljev oz. izvedba intervencij za doseg ciljev ni bilo izvedeno. Poleg napredka v smeri konkretno zastavljenih ciljev je bil zaznan tudi pomemben napredek na področju okupacijske identitete in kompetence, kar je pozitivno vplivalo na duševno zdravje stanovalka (Kielhofner, 2008).

Z uporabo večšin sodelovati (angl. collaborate), zagovarjati (angl. advocate) in izobraževati (angl. educate) smo negovalnemu osebju in hčerka svetovali (Doornebosch, Achterberg, Smaling, 2025), da naj ob ponovnem poslabšanju stanja stanovalko večkrat dnevno za krajši čas posedejo prek roba postelje, z namenom izboljšanja cirkulacije in ohranjanja telesne zmogljivosti (Akpınar & Topaçoğlu, 2021).

Ker stanovalka za udeležbo v DA potrebuje invalidski voziček in pomoč pri transportu, smo z večšino koordinirati (angl. coordinate) osebje seznanili z njenimi potrebami in ga prosili za organizacijo asistence, kjer je to izvedljivo (Doornebosch, Achterberg, Smaling, 2025). Ker se lahko zdravstveno stanje stanovalka še spremeni in okrevanje napreduje, smo priporočili, da se z njo ponovno opravi pogovor in da se izvede interdisciplinarni posvet s fizioterapevtom. Namen je oceniti možnost za nadaljnjo obravnavo – pri tem smo uporabili večšine sodelovati (angl. collaborate), koordinirati (angl. coordinate) in specializirati (angl. specialize).

RAZPRAVA

Rezultati predstavljene študije primera potrjujejo pomen celostne, individualizirane in prilagodljive delovnoterapevtske obravnave starejših odraslih v institucionalnem okolju.

Izvedba DT-procesa po CPPF (Polatajko et al., 2013a) z uporabo modela CMCE (Townsend & Polatajko, 2013) in modela CMOP-E (Polatajko et al., 2013b) se je izkazala kot učinkovita pri strukturiranju terapevtskega procesa pa tudi pri aktivnem vključevanju stanovalke kot enakovredne partnerke v obravnavo. S tem se potrjujejo ugotovitve avtorjev, da sodelovanje pri oblikovanju ciljev in odločanju povečuje motivacijo stanovalke ter prispeva k ugodnejšim izidom terapije (Hiraga et al., 2021).

Napredek na področju okupacijske identitete, ki je bil dosežen prek občutka uspešnosti, samopohvale, povečanja samozavesti in ponovne vključitve v skupinske aktivnosti, poudarja pomembnost psihološke komponente v terapevtskem procesu (Arewasikporn et al., 2019; Lindsay & Creswell, 2014). Kot ugotavlja Rosewood (2025), psihološko blagostanje pomembno vpliva na telesno okrevanje, saj neposredno vpliva na ravni energije in pripravljenosti za sodelovanje v rehabilitaciji. Zato je ključno, da delovni terapevti obravnavamo ne le fizične, ampak tudi čustvene dejavnike in duhovni vidik, ki pogosto tiho določajo napredek pri doseganju zastavljenih ciljev (Faull & Hills, 2009).

Rezultati obravnave prav tako potrjujejo pomembnost sistematičnega naslavljanja strahu pred padcem, ki je pri starejših odraslih pogosto eden ključnih razlogov za zmanjšano aktivnost in posledični funkcionalni upad (Chandrasekaran, 2021; Delbaere et al., 2004). V okviru obravnave smo strah pred padcem naslavljali celostno: z edukacijo stanovalke in svojcev, s postopnim treningom vstajanja, krepitvijo mišične moči prek funkcionalnih aktivnosti in s prilagoditvijo okolja. Tak pristop je skladen s sodobnimi smernicami za preventivo padcev v starosti (Clemson et al., 2023).

Pomemben vidik, ki je v tej študiji primera izstopal, je bil tudi osebni strokovni razvoj med obravnavo. Med sodelovanjem s stanovalko smo razvijali predvsem občutljivost za čuječe opazovanje stanja stanovalke in sposobnost presoje (da Silva Araujo et al., 2022) kdaj je pravi trenutek za posamezno intervencijo in s kakšno intenzivnostjo jo je smiselno izvesti. Naučili smo se, da napredek ni vedno izražen v velikih preskokih, ampak pogosto v drobnih, a za posameznika izjemno pomembnih spremembah.

Ta izkušnja je dodatno potrdila pomen terapevtskih veščin prilagoditi (angl. adapt) in sodelovati (angl. collaborate) pa tudi pomen odprte, spoštljive komunikacije in resničnega partnerstva s stanovalko kot enakovredno soustvarjalko terapevtskega procesa (McCormack & McCance, 2017). Reflektivna praksa (Guy et al., 2020) in zmožnost prilagajanja so se izkazali kot temelj za kakovostno, na stanovalko prilagojeno in osredinjeno obravnavo.

SKLEP

Ključno vlogo v obravnavi sta imela terapevtski odnos in sprotno prilagajanje intervencij glede na počutje stanovalke. Izkušnja poudarja pomen vključevanja stanovalke v proces odločanja, uporabo ustreznih ocenjevalnih orodij ter kombinacijo kvantitativnega in kvalitativnega spremljanja napredka. V institucionalnem okolju so takšni primeri pomemben pokazatelj, da lahko tudi ob omejenem času in nepredvidljivem zdravstvenem poteku delovnoterapevtska obravnava doseže relevantne in za stanovalce pomembne učinke.

Med kliničnimi vajami je mentor Matija Puškarič, dipl. del. ter., skrbel predvsem za praktično usmerjanje in ga dodatno podkrepil s teoretičnimi izhodišči, medtem ko je tutorica, doc. dr. Katarina Galof, nudila teoretično podporo, povezano predvsem s pisanjem poročila – vsak je imel svojo specifično, a ključno vlogo. Redno sodelovanje mi je omogočilo

povezati teorijo s prakso in ustvariti celotno sliko izvajanja delovnoterapevtskega dela v DSO. Meni osebno je bilo predvsem pomembno to, da sta bila celoten čas oba zelo dostopna in odprta za vprašanja, kar je močno prispevalo k moji strokovni rasti in samozavesti pri delu.

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem stanovalki za zaupanje, sodelovanje in za pripravljenost pri izvedbi obravnave. Med najinimi srečanji sem pridobila dragocene strokovne izkušnje ter še dodatno občutila, da me delo v vlogi delovne terapevte navdihuje in osrečuje.

LITERATURA

- Aboutorabi, A., Bahramizadeh, M., Arazpour, M., Fadayevatan, R., Farahmand, F., Curran, S., & Hutchins, S. W. (2016). A systematic review of the effect of foot orthoses and shoe characteristics on balance in healthy older subjects. *Prosthetics and orthotics international*, 40(2), 170–181. <https://doi.org/10.1177/0309364615588342>
- Akpınar, G., & Topaçoğlu, H. (2021). Evaluation of the effect of patient position in the management of chronic heart failure patients presenting with dyspnea. *J Surg Med*. 5(3), 284–288. <https://jsurgmed.com/article/download/900938/5832>
- American Heart Association [AHA] (2023). *Lifestyle changes for heart failure*. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/lifestyle-changes-for-heart-failure>
- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010p1–7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Arewasikporn, A., Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2019). Sharing Positive Experiences Boosts Resilient Thinking: Everyday Benefits of Social Connection and Positive Emotion in a Community Sample. *American journal of community psychology*, 63(1–2), 110–121. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12279>
- Casey, B., Marston, G., & Vyas, D. (2025). Self-care practices in the context of older adults living independently. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 9(GROUP), 26, 1–26. <https://doi.org/10.1145/3701205>
- Christian, N. (2020). *Biomechanics of sit to stand* [PowerPoint slides]. SlideShare. <https://www.slideshare.net/slideshow/biomechanics-of-sit-to-stand/233137575#15>
- Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Fairhall, N. J., Lamb, S. E., Ali, J., & Sherrington, C. (2023). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD013258. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013258.pub2/epdf/full>
- Da Silva Araujo, A., Kinsella, E. A., Thomas, A., & Marcolino, T. (2022). Clinical reasoning in occupational therapy practice: A scoping review of qualitative and conceptual peer-reviewed literature. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 7603205070. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.048074>
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty: A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368–373. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh106>
- Doornebosch, A. J., Achterberg, W. P., Smaling, H. J. A. (2025). *Interprofessional collaboration during multidisciplinary team meetings in geriatric rehabilitation: an observational study*. PubMed Central. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11954256/>
- Faull, K., & Hills, M. D. (2006). The role of the spiritual dimension of the self as a prime determinant of health. *Disability and Rehabilitation*, 28(11), 729–734. <https://doi.org/10.1080/09638280500265946>
- Galof, K. (2021). *Tabela dejavnikov kanadskega modela izvajanja dejavnosti in vključenosti – CMOP-E* [Študijsko gradivo]. Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Gama, E. V., Damian, J. E., Perez de Molino, J., Lopez, M. R., Lopez Perez, M., & Gavira Iglesias, F. J. (2000). Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, 29(3), 263–270. <https://doi.org/10.1093/ageing/29.3.267>

- Gasparini, D. (2023). *How setting goals can positively impact our mental health*. *Charlie Health*.
<https://www.charliehealth.com/post/setting-mental-health-goals-to-improve-mental-health>
- Goyal, A. (2015). *Dressing techniques*. *University Health Network*.
<https://www.uhn.ca/TorontoRehab/Spinal-Cord-Rehab/Spinal-Cord-Essentials/Documents/Self-Care/SCE2-Sd1-Dressing.pdf>
- Guy, L., Cranwell, K., Hitch, D., & McKinstry, C. (2020). Reflective practice facilitation within occupational therapy supervision processes: A mixed method study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(4), 320–329. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12660>
- Hacihanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2011). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.011>
- Hilt, P. M., Bertrand, M. F., Féasson, L., Lebon, F., Mourey, F., Ruffino, C., & Rozand, V. (2023). Motor Imagery Training Is Beneficial for Motor Memory of Upper and Lower Limb Tasks in Very Old Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043541>
- Hiraga, Y., Hisano, S., Hara, R., Nomiya, K., Hirakawa, Y., & Hida, K. (2021). Combining goal setting and achievement with occupational therapy to improve pain, psychological factors and physical activity in patients after high tibial osteotomy: A non-randomized controlled study. *Hong Kong journal of occupational therapy: HKJOT*, 34(1), 23–29. <https://doi.org/10.1177/1569186120985296>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
https://www.google.si/books/edition/Model_of_Human_Occupation/1LlhR_DSKTcC?hl=sl&gbpv=1
- Kim, J., Kang, M., Noh, K., Kim, J., Oh, J. (2014). A sloped seat wedge can change the kinematics of the lumbar spine of seated workers with limited hip flexion. *PubMed*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4155214/pdf/jpts-26-1173.pdf>
- Krakovska, O., Christie, G., Farzan, F., Sixsmith, A., Ester, M., & Moreno, S. (2021). Healthy memory aging – The benefits of regular daily activities increase with age. *Ageing (Albany NY)*, 13(24), 25643–25652. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8751597/pdf/aging-13-203753.pdf>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2019). *Canadian Occupational Performance Measure [COPM]* (5th ed.). CAOT Publications ACE.
- Lindsay, E. K., & Creswell JD (2014). Helping the self help others: self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors. *Front. Psychol.*, 5, 421. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00421
- Lou, S.-Z., You, J.-Y., Tsai, Y.-C., & Chen, Y.-C. (2021). Effects of Different Assistive Seats on Ability of Elderly in Sit-To-Stand and Back-To-Sit Movements. *Healthcare*, 9(4), 485. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040485>
- Martin - Saez, M. M., & James, N. (2019). *The experience of occupational identity disruption post stroke: a systematic review and meta-ethnography*. Taylor & Francis.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1645889>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
- Mitterfellner, R., D'Cunha, N. M., & Isbel, S. (2024). Occupation-Based Interventions to Improve Occupational Performance Among Older Adults Living in Long Term Care: A Systematic Review. *AJOT*. https://www.researchgate.net/publication/377467987_Occupation_Based_Interventions_to_Improve_Occupational_Performance_Among_Older_Adults_Living_in_Long-Term_Care_A_Systematic_Review
- Pedrinolla, A., Magliozzi, R., Colosio, A. L., Danese, E., Gelati, M., Rossi, S., Pogliaghi, S., Calabrese, M., Muti, E., Cè, E., Longo, S., Esposito, F., Lippi, G., Schena, F., & Venturelli, M. (2022). Repeated Passive Mobilization to Stimulate Vascular Function in Individuals of Advanced Age Who Are Chronically Bedridden: A Randomized Controlled Trial. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 77(3), 588–596. <https://doi.org/10.1093/gerona/glab148>

- Polatajko, H. J., Davis, J. A., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B. A., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013a). Canadian practice process framework (CPPF). In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2nd ed., pp. 29–55). CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2013b). Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2nd ed., pp. 23–28). CAOT Publications ACE.
- Rosewood Rehabilitation and Nursing (2025). *The connection between mental health and physical recovery in rehab*. <https://www.rosewood-nursing.com/post/the-connection-between-mental-health-and-physical-recovery-in-rehab>
- Sadie G. Mays Health and Rehabilitation Center (2024). *The role of occupational therapy in skilled long-term care facilities*. <https://www.sgmays.org>
- Sidoli, C., Stagliano, A., Zambon, A., Pozzi, C., Ferrara, M. C., & Bellelli, G. (2024). Implementing occupational therapy into an acute geriatric ward: Effects on patients' functional status at discharge. *The Journal of Frailty & Aging*, 13(3), 307–312. <https://doi.org/10.14283/jfa.2024.43>
- Skills and wellness (21. 8. 2021). *Lower body dressing after a stroke | occupational therapy*. [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=Lxi6fb0wvKU>
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153–162. <https://doi.org/10.1177/000841740607300303>
- Thompson, J. (2020). *Seated exercises*. FHN Memorial Hospital. <https://www.fhn.org/docs/seated.pdf>
- Todd, C., Kempen, G., & Yardley, L. (2008). *Short FES-I: Falls Efficacy Scale – International*. The University of Manchester. <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38566>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). Canadian model of client-centred enablement (CMCE). In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2nd ed., pp. 110–135). CAOT Publications ACE.
- Tri-City Medical Center (2018). *Why warming up and cooling down is important*. <https://www.tricitymed.org/2016/12/warming-cooling-important>
- Tsadok - Cohen, M., Rosenblum, S., Cohen Elimelech, O., Ferrante, S., & Meyer, S. (2023). “You need to set a daily schedule”: Understanding successful aging via three-sided viewpoints. *Healthcare*, 11, 3005. <https://doi.org/10.3390/healthcare11223005>
- Wareshallee, Z. (2024). Socialising and its impact on mental health. *International Journal of Innovation and Applied Psychology*, 2(10), 130–155. <https://psychopediajournals.com/index.php/ijiap/article/view/567/443>
- Winstein, J. C., Pohl, P. S., & Lewthwaite, R. (1994). Effects of physical guidance and knowledge of results on motor learning: Support for the guidance hypothesis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65(4), 316–323. <https://doi.org/10.1080/02701367.1994.10607635>

VKLJUČEVANJE STARŠEV V DELOVNOTERAPEVTSKO OBRAVNAVO OTROK: SISTEMATIČNI PREGLED LITERATURE

PARENTAL INVOLVEMENT IN OCCUPATIONAL THERAPY FOR CHILDREN: A
SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Doc. dr. Lea Šuc¹, Hana Čahuk², dipl. del. ter.

¹ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča; Linhartova 51, Ljubljana

² Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; Zdravstvena pot 5, Ljubljana

Naslov za dopisovanje (Correspondence address): hana.cahuk@gmail.com

Prispelo: 31.7.2025

Sprejeto: 28.8.2025

IZVLEČEK

Uvod: Vse več otrok se srečuje z razvojnimi izzivi, ki vplivajo na njihovo sodelovanje v vsakodnevnih aktivnostih, zato je delovna terapija nepogrešljiv del podpornega sistema za otroke. V delovni terapiji na področju pediatrije je vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok vse pomembnejši pristop, ki zagotavlja celovitost terapije in prispeva k boljšim terapevtskim izidom. **Namen:** Analizirati literaturo na temo vključevanja staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok. **Metode:** Narejen je bil sistematični pregled literature. Iskanje je bilo izvedeno v elektronskih podatkovnih bazah: CINAHL, PubMed, Web of Science in OTSeeker. **Rezultati:** V analizo je bilo vključenih 10 člankov in oblikovanih pet glavnih tem: razvoj pozitivnega terapevtskega odnosa; dejavniki, ki spodbujajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo; dejavniki, ki ovirajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo; pozitivni učinki sodelovanja staršev v delovnoterapevtski obravnavi; negativni učinki sodelovanja staršev v delovnoterapevtski obravnavi. **Razprava in sklep:** Na vključenost staršev v terapevtski proces vplivajo različni dejavniki. Starši skozi sodelovanje v terapevtskem procesu pridobijo novo znanje, postanejo samozavestnejši in se lažje spoprijemajo z vsakodnevnimi izzivi.

Ključne besede: na družino osredinjen pristop, sodelovanje staršev, terapevtski proces, terapevtski odnos, napredek otroka

ABSTRACT

Introduction: As more and more children face developmental challenges that affect their participation in everyday activities, occupational therapy is an indispensable part of the support system for children. In paediatric occupational therapy, the involvement of parents in the occupational therapeutic treatment of their children is an important approach that ensures the integrity of the therapy and contributes to better therapeutic outcomes. **Purpose:** To analyse the literature on parental involvement in occupational therapy for children. **Methods:** A systematic search was conducted in CINAHL, PubMed, Web of Science and OTSeeker electronic databases. **Results:** 10 articles were included in the analysis and five main themes were developed: the development of a positive therapeutic attitude; factors that encourage parents to become involved in occupational therapy; factors that hinder parents from becoming involved in occupational therapy; positive effects of parental involvement in occupational therapy; negative effects of parental involvement in occupational therapy.

Discussion and conclusion: Parental involvement in the therapeutic process is influenced by a variety of factors. Through their participation in the therapeutic process, parents acquire new skills, become more confident and better able to cope with everyday challenges.

Key words: family-centred approach, parental involvement, therapeutic process, therapeutic relationship, child's progress

UVOD

Vse več otrok se srečuje z razvojnimi motnjami, s težavami s senzornim zaznavanjem, z motnjami pozornosti in drugimi težavami, ki vplivajo na njihovo sposobnost za učinkovito delovanje in vključevanje v vsakodnevne aktivnosti (Zablotsky et al., 2019). Delovna terapija je tako postala nepogrešljiv del podpornega sistema za otroke, saj jim pomaga razviti potrebne veščine za obvladovanje različnih izzivov ter jim omogoča boljše vključevanje v ožje in širše socialno okolje (Clifford O'Brien & Miller Kuhaneck, 2020; Schaaf et al., 2015).

Otrok je v delovno terapijo vključen zaradi težav pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, ki so pogosto posledica določene diagnoze ali težav v funkcioniranju (Clifford O'Brien & Miller Kuhaneck, 2020). Glavni cilj delovne terapije na področju pediatrije je izboljšanje otrokovega vključevanja in sodelovanja v vsakodnevnih življenjskih aktivnostih ter izboljšanje otrokove okupacijske uspešnosti, da lahko aktivno izpolnjuje svoje življenjske vloge. Nezmožnost sodelovanja v vsakodnevnih aktivnostih zaradi bolezni, invalidnosti ali pomanjkanja spretnosti lahko povzroči socialno izolacijo in nizko samopodobo otroka (Novak & Honan, 2019; Occupational therapy Australia, 2016). Ena izmed pomembnih odgovornosti, ki jih imajo delovni terapevti na področju pediatrije, je tudi vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok, kar omogoča, da starši v terapevtskem procesu aktivno sodelujejo (Reeder & Morris, 2018). Vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok je vse pomembnejši pristop pri zagotavljanju celovitosti terapije, saj izboljša terapevtske izide in splošno kakovost življenja vseh družinskih članov ter je ključnega pomena pri doseganju zelenih terapevtskih rezultatov (Burney et al., 2024; Schaaf et al., 2015).

V intervencijah, ki so osredinjene na posameznika, je ustvarjanje pozitivnega terapevtskega odnosa z otrokom in njegovimi starši za terapevta ena izmed ključnih nalog. Tak odnos je bistvenega pomena za doseganje pozitivnih terapevtskih izidov, saj temelji na zaupanju in sodelovanju. Zaupanje v terapevta ni samoumevno, zato je pomembno, da terapevti pristopijo k otroku s pozitivno naravnostjo ter mu zagotovijo občutek varnosti in podpore. Pomembna sta tudi odprta komunikacija in sodelovanje s starši, kar staršem omogoča, da se počutijo opolnomočene in aktivno vključene v terapevtski proces. Ko starši vidijo, da terapevti upoštevajo njihove želje in skrbijo za razvoj njihovega otroka, to krepi njihovo zaupanje v terapevtski proces in povečuje motivacijo za sodelovanje (Clifford O'Brien & Miller Kuhaneck, 2020; Kramer & Hinojosa, 2010).

Starši skozi sodelovanje v terapevtskem procesu pridobijo znanje in veščine, ki jim pomagajo bolje razumeti potrebe svojega otroka. To znanje jim omogoča, da se počutijo kompetentnejše in samozavestnejše pri skrbi za otroka. Pomembno je, da starši pridobljeno znanje in strategije iz kliničnega okolja prenesejo v domače okolje, saj to vpliva na njihovo interakcijo z otrokom. Na tak način lahko starši bolje podpirajo otrokov razvoj, kar vodi k bolj pozitivnim terapevtskim izidom za vso družino (Novak & Honan, 2019; Wilkes et al., 2011).

NAMEN

Namen sistematičnega pregleda literature je bil narediti sintezo podatkov na temo vključevanja staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

- Kaj je do zdaj znanega o vključevanju staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok?
- Kako vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok pripomore k boljšim terapevtskim izidom?

METODE

Narejen je bil sistematični pregled strokovne in znanstvene literature v angleškem in slovenskem jeziku. Iskanje je s pomočjo Boolovega operatorja (AND in OR) potekalo maja 2024, in sicer v naslednjih elektronskih podatkovnih bazah: CINAHL, PubMed, Web of Science in OTSeeker.

Uporabljena je bila naslednja iskalna formula: ((»parent* involvement« OR »parent* engagement« OR »parent* participation« OR »parent* presence«) AND (»occupational therap*« OR occupation* OR OT OR »occupational therapy intervention« OR »occupational therapy treatment«) AND (child* OR minor* OR toddler* OR kid*)). Iskanje smo izvedli tudi v slovenskem jeziku, vendar nismo našli nobenega primernega zadetka.

Vključitvena in izključitvena merila za izbor literature so navedena v preglednici 1.

Preglednica 1: Vključitvena in izključitvena merila

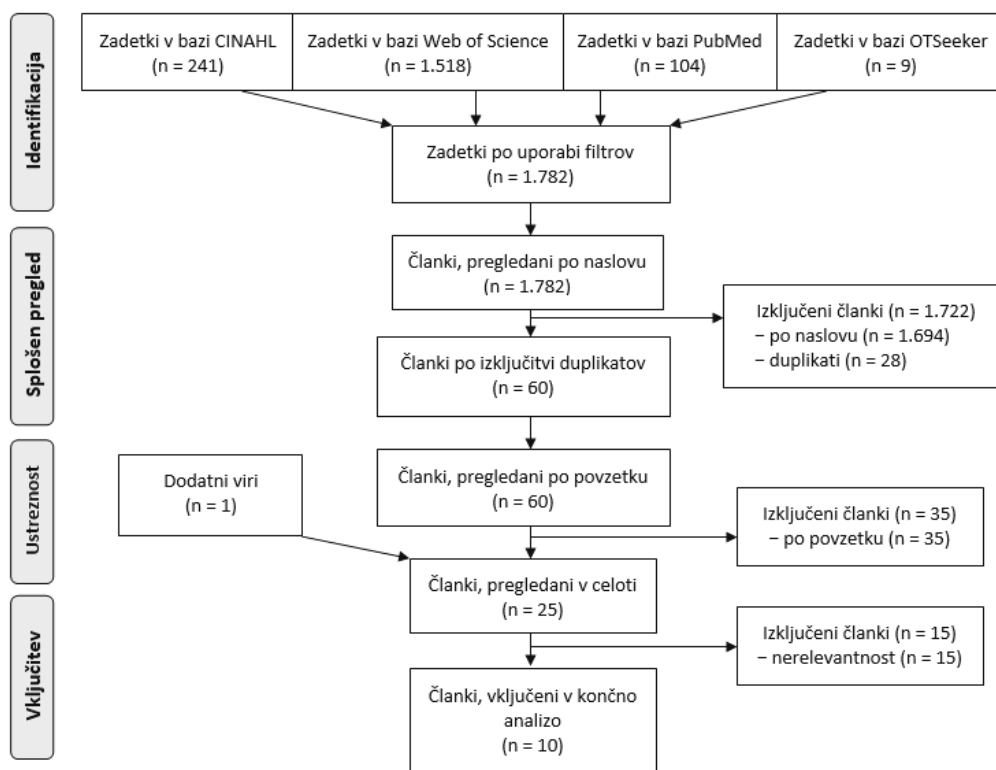
Merila	Vključitvena merila	Izključitvena merila
<i>Populacija</i>	Otroci in mladostniki (0–18 let), ki so vključeni v delovnoterapevtsko obravnavo	Otroci in mladostniki, ki niso vključeni v delovnoterapevtsko obravnavo, in osebe, starejše od 18 let, ki so vključene v delovnoterapevtsko obravnavo
<i>Preučevani fenomen</i>	Delovnoterapevtska obravnava, v katero so vključeni starši.	Delovnoterapevtska obravnava, v katero starši niso vključeni
<i>Kontekst</i>	Konteksti, v katerih poteka delovnoterapevtska obravnava	Konteksti, v katerem delovnoterapevtska obravnava ne poteka
<i>Vrsta študije</i>	Kvalitativne in kvantitativne študije, sistematični pregledi literature	Siva literatura, strokovni članki
<i>Leto objave</i>	Neomejeno	/
<i>Jezik</i>	Angleščina, slovenščina	Drugi jeziki

Opis iskalne strategije

Pri iskanju v zgoraj naštetih elektronskih podatkovnih bazah smo v bazi CINAHL dobili 241 zadetkov, v bazi Web of Science 1.518 zadetkov, v bazi PubMed 104 zadetke in v bazi OTSeeker devet zadetkov.

V naslednjem koraku smo v vseh bazah uporabili dva filtra, in sicer angleški jezik ter znanstvene revije. Dobljene članke (n = 1.872) smo pregledali po naslovu ter izključili 1.784 neustreznih člankov in 28 duplikatov. Preostalih 60 člankov smo pregledali še po povzetku.

Dodatno smo iz drugih virov pridobili še en članek. Ostalo je 25 člankov, ki smo jih pregledali v celoti. Od tega je bilo 15 člankov nerelevantnih. 10 člankov je ustrezalo vključitvenim merilom, zato smo jih vključili v končno analizo. Slika 1 predstavlja iskalno strategijo s pomočjo diagrama Prisma.



Slika 2: Diagram Prisma

Ocenjevanje relevantnosti člankov

Ker smo želeli zagotoviti, da so izbrane študije najprimernejše za naše raziskovalno vprašanje oziroma temo in s tem povečati verodostojnost naše raziskave, smo se odločili oceniti relevantnost člankov (Preglednica 2). Določili smo, da mora članek dosegati vsaj oceno 3 (najbrž relevantno), da je primeren za vključitev v nadaljnjo analizo.

Preglednica 2: Relevantnost člankov

Relevantnost	Definicija
5 – zelo relevantno	Članek se nanaša na vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok.
4 – relevantno	Članek se nanaša na vključevanje staršev v obravnavo otrok, v katero so poleg drugih strok vključeni tudi delovni terapevti.
3 – najbrž relevantno	Članek se nanaša na vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok, a je poudarek na terapevtskih strategijah in pristopih.
2 – najbrž ni relevantno	Članek se nanaša na vključevanje staršev v obravnavo otrok, v katero niso vključeni delovni terapevti.
1 – nerelevantno	Članek se ne nanaša na vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok.

Ocenjevanje kakovosti člankov

Po fazi iskanja in izbora člankov smo izbrane članke zaradi zagotavljanja objektivnosti in zanesljivosti ocenili po kakovosti. Da bi zagotovili ustrezno kakovost, smo določili, da mora

članek dosega vsaj polovico pritrdilnih odgovorov oziroma 50 % ali več. Osem člankov je bilo ocenjenih z orodji Joanna Briggs Institute (2020), v sklopu katerih je na voljo 15 vprašalnikov, ki jih uporabimo za različne raziskovalne metode. Pri štirih člankih smo uporabili kontrolni seznam za kvalitativne raziskave, pri dveh člankih kontrolni seznam za randomizirane študije in pri enem članku kontrolni seznam za kvaziekperimentalne študije.

Kakovost dveh člankov je bila ocenjena z orodjem za oceno kakovosti pri integraciji kvalitativne in kvantitativne metodologije Mixed Methods Appraisal Tool (2018).

Preglednica 3: Predstavitev glavnih tem

Tema	Opis	Avtorji
Pozitivni učinki sodelovanja staršev v DT-obravnavi	Starši pridobijo pomembno znanje, ki jim pomaga, da se lažje spoprijemajo z izzivi, ki jih ima njihov otrok. Ker začnejo širše razumevati otrokovo diagnozo in razvoj, lažje uporabljajo strategije, ki olajšajo interakcijo z otrokom, in prenesejo večšine iz kliničnega v domače okolje, kar pripomore k izboljšanju starševske vloge ter okupacijske uspešnosti otroka in staršev.	Cantrill et al., 2015; Hahn - Markowitz et al., 2018; Baharian et al., 2023; D'Arrigo et al., 2020; An, 2017; Lin et al., 2018; Klowan et al., 2023; Creen et al., 2023; Phoenix et al., 2020
Negativni učinki sodelovanja staršev v DT-obravnavi	Starši lahko občutijo negativna čustva (strah, jeza, stres, nezadovoljstvo), še posebej, če terapije sami niso želeli ali terapija ne izpolnjuje njihovih pričakovanj.	D'Arrigo et al., 2020; Phoenix et al., 2020
Razvoj pozitivnega terapevtskega odnosa	Ključno je, da se starši počutijo slišane in podprte ter da zaupajo terapevtu. Pomembno je, da se počutijo del tima ter da se njihove vrednote in potrebe spoštujejo. Izjemnega pomena so tudi: razlaga poteka terapevtskega procesa, skupno reševanje problemov in deljenje povratnih informacij.	D'Arrigo et al., 2020; D'Arrigo et al., 2020; An, 2017; Creen et al., 2023; Phoenix et al., 2020
Dejavniki, ki spodbujajo starše pri vključitvi v DT-obravnavo	Ključnega pomena je, da starši vidijo, da se otrok v terapevtskem procesu dobro počuti in napreduje. Pomembno je tudi, da starši vidijo, da se jih terapevt trudi vključiti in da se skupaj pogovarjajo o ciljih. Pomembno je tudi, da terapevt staršem razloži, kaj dela z otrokom in zakaj, ter jim po potrebi strategije tudi demonstrira.	D'Arrigo et al., 2020; Creen et al., 2023; Phoenix et al., 2020
Dejavniki, ki ovirajo starše pri vključitvi v DT-obravnavo	Stresno vsakdanje življenje, (pre)zasedeni urniki, čakalne dobe, trajanje terapije in logistične ovire velikokrat ovirajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo otrok.	D'Arrigo et al., 2020; Lin et al., 2018; Phoenix et al., 2020

Analiza člankov

Iz vključenih desetih člankov smo izpeljali najpomembnejše značilnosti: avtor, namen, metoda, vzorec, ugotovitve in ocena kakovosti. Podatke smo povzeli v deskriptivni analizi in jih prikazali v preglednici 4, ki se nahaja v prilogi 1. Vključene članke smo nato še analizirali in razvrstili po tematskih sklopih ter jih prikazali v preglednici 3.

REZULTATI

Deskriptivni prikaz rezultatov

V končno analizo pregleda je bilo vključenih 10 člankov, in sicer: dve integraciji kvalitativne in kvantitativne metodologije (An, 2017; Cantrill et al., 2015), dve randomizirani kontrolirani študiji (Baharian et al., 2023; Hahn - Markowitz et al., 2018), pet kvalitativnih študij (D'Arrigo et al., 2020; D'Arrigo et al., 2020; Creen et al., 2023; Klowan et al., 2023; Phoenix et al., 2020) in ena kvaziekperimentalna študija (Lin et al., 2018). Najstarejša študija, ki je bila vključena v analizo, je bila objavljena leta 2015 (Cantrill et al., 2015), najnovejše študije pa so bile objavljene leta 2023 (Baharian et al., 2023; Creen et al., 2023; Klowan et al., 2023). Tri študije so se nanašale na vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok (D'Arrigo et al., 2020; Klowan et al., 2023; Lin et al., 2018), dve študiji na vključevanje staršev v obravnavo otrok, v katero so poleg delovnih terapevtov vključeni tudi drugi strokovnjaki (Creen et al., 2023; Phoenix et al., 2020), pet študij pa na vključevanje staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok, pri čemer je poudarek na terapevtskih strategijah in pristopih (An, 2017; Baharian et al., 2023; Cantrill et al., 2015; D'Arrigo et al., 2020; Hahn - Markowitz et al., 2018). Štiri raziskave so bile izvedene v Avstraliji (Cantrill et al., 2015; Creen et al., 2023; D'Arrigo et al., 2020; D'Arrigo et al., 2020), ena v Izraelu (Hahn - Markowitz et al., 2018), ena v Iranu (Baharian et al., 2023), ena v Koreji (An, 2017), ena na Kitajskem (Lin et al., 2018), ena v Združenih državah Amerike (Klowan et al., 2023) in ena v Kanadi (Phoenix et al., 2020).

Tematski prikaz rezultatov

Članke smo analizirali in razvrstili po tematskih sklopih. Poudarili smo pet glavnih tem, ki so predstavljene v preglednici 3: pozitivni učinki sodelovanja staršev v delovnoterapevtski obravnavi; negativni učinki sodelovanja staršev v delovnoterapevtski obravnavi; razvoj pozitivnega terapevtskega odnosa; dejavniki, ki spodbujajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo; dejavniki, ki ovirajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo.

RAZPRAVA

Razvoj pozitivnega terapevtskega odnosa

Delovni terapevti, ki so zaposleni na področju pediatrije, v svoje obravnave vedno pogosteje vključujejo starše. Za uspešno sodelovanje med starši in terapevtom je ključno razviti pozitiven terapevtski odnos, ki vključuje čustva in stališča, ki jih terapevt in otrok ter njegovi starši doživljajo drug do drugega v terapevtskem procesu. Temelji na medsebojnem zaupanju, spoštovanju in na odprti komunikaciji (An, 2017; Creen et al., 2023; D'Arrigo et al., 2020; D'Arrigo et al., 2020; Phoenix et al., 2020).

Do enakih spoznanj so prišli tudi v raziskavi Nunez et al. (2022), v kateri so pozitiven terapevtski odnos izpostavili kot ključnega za doseganje pozitivnih terapevtskih rezultatov.

Pomembno je tudi, da se tak odnos razvija v stabilnem, podpornem in v sprejemajočem okolju. V raziskavi Hanna in Rodger (2002) so izpostavili, da se nekateri starši v kliničnem okolju ne počutijo sproščeno in zato ne delijo vseh informacij, zato je prvi stik s starši dobro izvesti tudi v domačem okolju, v katerem se počutijo dovolj udobno.

Ključni elementi pozitivnega terapevtskega odnosa vključujejo občutek podpore in zaupanja. Ko starši zaupajo terapevtu in se počutijo povezani z njim, so tudi bolj optimistični, kar prispeva k boljši motivaciji in sodelovanju. Pomembno je tudi, da terapevt spoštuje potrebe in vrednote družine, saj tako poveča občutek vključenosti (Baharian et al., 2023; Cantrill et al., 2015; Hahn - Markowitz et al., 2018). Terapevt mora redno pregledovati cilje terapije s starši, razložiti namen aktivnosti, razpravljati o otrokovem napredku in sodelovati pri iskanju rešitev. Tako opolnomoči starše, da se počutijo vključene in slišane. Terapevti morajo tudi prisluhniti idejam staršev, nuditi podporo in jih vključiti v proces odločanja.

Tako se starši počutijo kot enakovreden del terapevtskega tima, kar krepi zaupanje (D'Arrigo et al., 2020; Klowan et al., 2023). Enake ugotovitve so poudarili tudi v raziskavi Nunez et al. (2022), v kateri so omenili še, da morajo starši prepoznati, da terapevt razume potrebe otroka in da se otrok dobro počuti. Tako starši lažje razvijejo pozitiven odnos s terapevtom. Prav tako napredek otroka v terapiji lahko dodatno okrepi odnos med terapevtom in starši. V raziskavi Gilson in Abela (2021) so ugotovili tudi, da se ob pozitivnem odnosu med terapevtom in starši boljše počutijo tudi otroci, kar vodi do boljših izidov za vse vpletene.

Dejavniki, ki spodbujajo starše pri vključitvi v delvnoterapevtsko obravnavo

Vključevanje staršev v delvnoterapevtsko obravnavo otrok temelji na številnih pomembnih dejavnikih. Prvi ključni dejavnik je, da se starši počutijo sprejete, spoštovane in slišane pri terapevtu. Pomembno je, da terapevt upošteva vrednote in interese družine, kar krepi zaupanje in sodelovanje staršev v terapevtskem procesu. Terapevt mora biti na voljo, ko starši potrebujejo podporo, in pokazati zmožnost aktivnega poslušanja, kar daje staršem občutek pripadnosti. Prav tako je bistvena jasna komunikacija, ki vključuje uporabo vsakodnevnega jezika, da starši lažje razumejo potek terapevtskega procesa. Sodelovanje med terapevtom in starši ter redna izmenjava povratnih informacij sta ključna za uspešno obravnavo (Creen et al. 2023). Tudi Hanna in Rodger (2002) poudarjata, da mora terapevt intervencije umestiti v družinski koncept in upoštevati vrednote družine. Razumevanje perspektiv staršev, tudi kadar se razlikujejo od terapevtovih, je bistvenega pomena, saj omogoča ustrezno prilagajanje terapevtskega načrta. D'Arrigo et al. (2020) so ugotovili, da starše k sodelovanju v terapevtskem procesu spodbuja tudi dejstvo, da terapevt jasno razloži namen intervencij in po potrebi strategije tudi demonstrira, saj si starši tako lažje predstavljajo potek terapevtskega procesa. Ključna sta tudi skupno postavljanje ciljev in zagotavljanje rednih povratnih informacij o napredku otroka. Enako so navedli tudi v raziskavi King et al. (2014), v kateri poudarjajo, da sta spodbuda in podpora terapevta ključna dejavnika, ki spodbujata starše pri vključitvi v obravnavo.

Dejavniki, ki ovirajo starše pri vključitvi v delvnoterapevtsko obravnavo

Obstaja več dejavnikov, ki lahko ovirajo vključevanje staršev v delvnoterapevtsko obravnavo otrok. Eden izmed ključnih razlogov je zasedenost urnika staršev zaradi službenih obveznosti, saj veliko ljudi težko najde čas za sodelovanje. Poleg tega so številne družine obremenjene tudi z drugimi obveznostmi (Lin et al., 2018). Zasedenost urnika staršev zaradi službenih in drugih obveznosti so kot ključni dejavnik, ki ovira starše pri vključitvi v

delovnoterapevtsko obravnavo otrok, izpostavili tudi v raziskavah Finan et al. (2020) in Jukes et al. (2024). Poleg časovnih omejitev lahko na vključenost staršev vplivajo tudi osebni dejavniki. Nekaterim je neprijetno sodelovati v terapevtskem procesu zaradi občutkov neugodja ali pomanjkanja samozavesti (Lin et al., 2018). Phoenix et al. (2020) so kot velik problem izpostavili tudi logistične ovire, ki staršem preprečujejo, da bi lahko sodelovali v terapevtskem procesu. Če starši nimajo vozniškega izpita ali lastnega vozila, je lahko prihod na terapije izjemno naporen. Velik izziv je tudi uporaba javnega prevoza z otroki, še posebej s tistimi s posebnimi potrebami. Enako so navedli tudi v raziskavi Morawska in Sanders (2006), a so poudarili, da je eden izmed pomembnih dejavnikov, ki ovirajo starše pri vključitvi v obravnavo, tudi slaba motivacija. Pomembno je, da terapevt prepozna ovire in poišče načine, ki staršem olajšajo sodelovanje (Lin et al., 2018; Phoenix et al., 2020).

Pozitivni učinki sodelovanja staršev v delovnoterapevtski obravnavi

Cantrill et al. (2015) in Hahn - Markowitz et al. (2018) so ugotovili, da različni dejavniki spodbujajo starše k aktivnejšemu vključevanju v delovnoterapevtsko obravnavo otrok. Starši ob sodelovanju pridobijo novo znanje in strategije, ki jim pomagajo bolje izpolnjevati starševsko vlogo in razumeti otrokov razvoj. Tako postanejo samozavestnejši, kar jim omogoča lažje spoprijemanje z vsakodnevnimi izzivi in vodi do izboljšanja starševske vloge. S tem se strinjajo tudi v raziskavi Haine Schlagel in Walsh (2015), v kateri so povedali, da starši s sodelovanjem v terapiji postanejo veliko samozavestnejši pri opravljanju starševske vloge. Prav tako je pomembno, da starši terapevtske strategije prenesejo iz kliničnega okolja v domače okolje in tako učinkoviteje podpirajo njegov napredek (Baharian et al., 2023; Klowan et al., 2023). Do enakih ugotovitev so prišli tudi v raziskavi Lage et al. (2024), v kateri so prav tako poudarili pomembnost prenosa terapevtskih aktivnosti iz kliničnega v domače okolje. Nasprotno pa so v raziskavi Harniess et al. (2022) ugotovili, da lahko starši doživljajo občutke krivde in stresa, če aktivnosti doma ne morejo izvajati tako uspešno, kot jih terapevt izvaja v kliničnem okolju. To lahko dodatno obremeni starše in vpliva na njihovo motivacijo.

Negativni učinki sodelovanja staršev v delovnoterapevtski obravnavi

Starši lahko pri vključevanju v delovnoterapevtsko obravnavo občutijo negativna čustva, kot so: strah, jeza, stres in nezadovoljstvo. S tem se pogosto spoprijemajo, če terapije za svojega otroka sami niso želeli ali ta ne izpolnjuje njihovih pričakovanj. To lahko vodi v nezadovoljstvo z obravnavo in zmanjšano motivacijo za sodelovanje (D'Arrigo et al., 2020; Phoenix et al., 2020). V raziskavi sta Stokes in Holsti (2010) ugotovila tudi, da starši stres v terapevtskem procesu doživljajo tudi zaradi tega, ker si intervencije in strokovne izraze težko razlagajo. Tudi v raziskavi Beckers et al. (2021) so ugotovili, da starši pogosto občutijo pritisk, ker morajo terapevtske strategije, ki jih opazujejo med obravnavo, dosledno izvajati tudi doma. Ta občutek obveznosti lahko pripelje do povečanega stresa, kar lahko negativno vpliva na počutje vseh družinskih članov. V raziskavi so razvili tudi teoretični model, ki pojasnjuje stres staršev, ki je povezan s sodelovanjem v terapevtskem procesu. Stres je prikazan s simbolom neskončnosti, kar predstavlja vpliv terapevtskega procesa na vsakdanje življenje družine. Model poudarja pet glavnih skupin dejavnikov, ki prispevajo k starševskemu stresu: načrtovanje in izvajanje terapije, odnos med terapevtom in starši, družinski dejavniki, otrokovi dejavniki in starševski dejavniki.

Pomanjkljivosti raziskave

Pomanjkljivost v raziskavi lahko opazimo pri oceni kakovosti člankov po Joanna Briggs Institute (2020) in Mixed Methods Appraisal Tool (2018), ker je kakovost ocenjevala le ena oseba, vendar bi zaradi večje objektivnosti in zanesljivosti oceno kakovosti morali izvesti vsaj dve osebi.

SKLEP

S sistematičnim pregledom literature smo dobili podrobnejši vpogled v področje vključevanja staršev v delovnoterapevtsko obravnavo otrok. Rezultati so pokazali, da je sodelovanje staršev v terapevtskem procesu ključno za doseganje pozitivnih terapevtskih izidov, saj starši pridobijo pomembno znanje, ki jim pomaga, da se lažje spoprijemajo z vsakodnevnimi izzivi svojega otroka in tako izboljšajo izvajanje starševske vloge. Nekateri sicer občutijo negativna čustva, ki jih mora terapevt prepoznati in ustrezno ukrepati. Iz raziskav je razvidna izjemna pomembnost pozitivnega terapevtskega odnosa, ki omogoča, da lahko pride do sodelovanja med starši in terapevtom. Prispeva k boljši motivaciji in sodelovanju ter opolnomoči starše, da se počutijo slišane in kot enakovreden del terapevtskega tima. Raziskali smo, kateri so dejavniki, ki spodbujajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo otrok, in kot ključne poudarili: viden napredek otroka, skupno določanje terapevtskih ciljev, razlaga o namenu posameznih intervencij ter upoštevanje vrednot in interesov družine.

Ugotovili smo tudi, da so stresno vsakdanje življenje in prezasedeni urniki ključni dejavniki, ki ovirajo starše pri vključitvi v delovnoterapevtsko obravnavo otrok.

LITERATURA

- An S. L. (2017). Parent training occupational therapy program for parents of children with autism in Korea. *Occupational therapy international*, 2017, 4741634. <https://doi.org/10.1155/2017/4741634>
- Baharian, N., Raji, P., Alizadeh Zarei, M., & Baghestani, A. R. (2023). Effectiveness of a sensory play activity program with parent engagement for children with autism spectrum disorder: A randomized control trial. *Iran Journal Psychiatry and Behavioral Sciences*, 17(4), e136750. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-136750>
- Beckers, L. W. M. E., Smeets, R. J. E. M., & van der Burg, J. J. W. (2021). Therapy-related stress in parents of children with a physical disability: A specific concept within the construct of parental stress. *Disability and Rehabilitation*, 43(8), 1185–1192. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1646815>
- Burney, V., McCann, C. M., & Arnold - Saritepe, A. (2024). Parent engagement in child-focused interventions: A systematised review of qualitative allied health literature. *Child & Youth Care Forum*. <https://doi.org/10.1007/s10566-024-09797-6>
- Cantrill, A., Wilkes - Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., & Wilson, N. J. (2015). An eighteen-month follow-up of a pilot parent-delivered play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder and their playmates. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 197–207. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12203>
- Clifford O'Brien, J., & Miller Kuhaneck, H. (2020). *Case-Smith's occupational therapy for children and adolescents* (8th ed.). Mosby Elsevier.
- Creen, J., Kennedy - Behr, A., Donkin, R., & Verdonck, M. (2023). Understanding parent engagement in advanced allied health single session therapy for children with developmental and behavioural disabilities. *Child: care, health and development*, 50(1), e13148. <https://doi.org/10.1111/cch.13148>
- D'Arrigo, R. G., Copley, J.A., Poulsen, A.A., & Ziviani, J. (2020). Strategies occupational therapists use to engage children and parents in therapy sessions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67, 537–549. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12670>
- D'Arrigo, R., Copley, J. A., Poulsen, A. A., & Ziviani, J. (2020). Parent engagement and disengagement in paediatric settings: An occupational therapy perspective. *Disability and rehabilitation*, 42(20), 2882–2893. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1574913>

- Finan, S. J., Warren, N., & Priest, N. (2020). Parent non-engagement in preventive parenting programs for adolescent mental health: Stakeholder views. *Journal of Child and Family Studies* 29, 711–724. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01627-x>
- Gilson, M. L., & Abela, A. (2021). The therapeutic alliance with parents and their children working through a relational trauma in the family. *Contempt of Family Therapy Journal*, 43(4), 343–358. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09607-4>
- Hahn - Markowitz, J., Berger, I., Manor, I., & Maeir, A. (2018). Cognitive-functional (Cog-Fun) dyadic intervention for children with ADHD and their parents: Impact on parenting self-efficacy. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 38(4), 444–456. <https://doi.org/10.1080/01942638.2018.1441939>
- Haine Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 133–50. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centered practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal* 49(1), 14–24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273>
- Harniess, P. A., Gibbs, D., Bezemer, J., & Purna Basu, A. (2022). Parental engagement in early intervention for infants with cerebral palsy: A realist synthesis. *Child: care, health and development*, 48(3), 359–377. <https://doi.org/10.1111/cch.12916>
- Joanna Briggs Institute (2020). Quality Assessment and Review Instrument (QARI). <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Jukes L. M., Di Folco, S., Kearney, L., & Sawrikar, V. (2024). Barriers and facilitators to engaging mothers and fathers in family-based interventions: A qualitative systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 55(1), 137–151. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01389-6>
- King, G., Currie, M., & Petersen, P. (2014). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and adolescent mental health*, 19(1), 2–8. <https://doi.org/10.1111/camh.12015>
- Klowan, A., Kadlec, M., & Johnston, S. (2023). The parents' perspective: Experiences in parent-mediated pediatric occupational therapy for children with neurodevelopmental disorders. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1958>
- Kramer, P., & Hinojosa, J. (2010). *Frames of reference for pediatric occupational therapy (3rd ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Lage, C. R., Wright, S., Monteiro, R. G. S., Aragão, L., & Boshoff, K. (2024). Collaborative practice with parents in occupational therapy for children: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1–18. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12974>
- Lin, C. L., Lin, C. K., & Yu, J. J. (2018). The effectiveness of parent participation in occupational therapy for children with developmental delay. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 23(14), 623–630. <https://doi.org/10.2147/NDT.S158688>
- Morawska, A. & Sanders, M. (2006). A review of parental engagement in parenting interventions and strategies to promote it. *Journal of Children's Services*, 1(1), 29–40. <https://doi.org/10.1108/17466660200600004>
- Novak, I., & Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 258–273. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573>
- Nunez, L., Fernandez, S., Alamo, N., Midgley, N., Capella, C., & Krause, M. (2022). The therapeutic relationship and change processes in child psychotherapy: A qualitative, longitudinal study of the views of children, parents and therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(1), 103–117. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.554>
- Occupational Therapy Australia (2016). *Guide to good practice: Working with children*. <https://www.otaus.com.au/practice-support/guides-to-good-practice>
- Phoenix, M., Jack, S. M., Rosenbaum, P. L., & Missiuna, C. (2020). A grounded theory of parents' attendance, participation and engagement in children's developmental rehabilitation services: Part 2. The journey to child health and happiness. *Disability and rehabilitation*, 42(15), 2151–2160. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555618>
- Reeder, J., & Morris, J. (2018). The importance of the therapeutic relationship when providing information to parents of children with long-term disabilities: The views and experiences of UK paediatric therapists. *Journal of Child Health Care*, 22(3), 371–381. <https://doi.org/10.1177/1367493518759239>

- Schaaf, R.C., Cohn, E.S., Burke, J., Dumont, R., Miller, A., & Mailloux, Z. (2015). Linking sensory factors to participation: Establishing intervention goals with parents for children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 6905185005. <https://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.018036>
- Stokes, R. H., & Holsti, L. Paediatric occupational therapy: Addressing parental stress with the sense of coherence. (2010). *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 30–37. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.1.5>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Method for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 231–240. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00928>
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Kogan, M. D., & Boyle, C. A. (2019). Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics*, 144(4), e20190811. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0811>

PRILOGA

Priloga 1: Tabela glavnih ugotovitev

Avtor	Namen	Metoda	Vzorec	Ugotovitve	JBI/MMAT
An, 2017	Preučiti učinkovitost programa usposabljanja staršev; ugotoviti, ali program izboljša okupacijsko učinkovitost staršev in/ali otrok, ter oceniti dojetanje in izkušnje staršev o pristopu, ki je osredinjen na družino.	Integracija kvalitativne in kvantitativne metodologije	Štirje starši in otroci z MAS, ki so stari od 3 do 9 let	Rezultati COPM-a so pokazali, da je program usposabljanja staršev izboljšal okupacijsko učinkovitost staršev in otrok. Starši so se naučili veliko koristnih stvari o svojem otroku, njegovem razvoju in o podpori njegovih potreb. Spoznali so tudi specifične strategije (vedenjske, senzorne), ki jih lahko uporabljajo pri interakciji z otrokom.	11/12 (MMAT)
Baharian et al., 2023	Raziskati vpliv senzornih aktivnosti, ki jih izvajajo starši doma, na senzorne vzorce otrok z MAS.	Randomizirana kontrolirana študija	51 otrok z MAS, starih od 3 do 6 let, ki imajo tudi motnje senzorne predelave, in njihovi starši	Senzorne aktivnosti so bile učinkovite za vse štiri senzorne vzorce (opazovalec, občutljiv, iskalec, izogibalen) pri kontrolni in tudi eksperimentalni skupini, ampak je sodelovanje staršev pri izvajanju senzornih aktivnosti doma pri eksperimentalni skupini pridelalo do vidnejšega izboljšanja v senzornih vzorcih.	13/13 (JBI)
Cantrill et al., 2015	Preučiti dolgoročno učinkovitost in ustreznost intervencije, ki na podlagi igre izboljša spretnosti socialne igre otrok z ADHD.	Integracija kvalitativne in kvantitativne metodologije	Pet otrok z ADHD, starih od 6 do 11 let, ki so v intervenciji sodelovali že 18 mesecev prej, matere otrok z ADHD in nevrotipični vrstniki oz. igralni partnerji	Spretnosti socialne igre otrok z ADHD so se po 18-mesečnem spremljanju po izvedbi intervencije izboljšale v kliničnem okolju, v katerem je bil napredek sicer opaznejši, in tudi doma.	11/12 (MMAT)

Šuc in Čahuk: Vključevanje staršev v obravnavo

Avtor	Namen	Metoda	Vzorec	Ugotovitve	JBI/MMAT
Creen et al., 2023	Opisati vključenost oziroma sodelovanje staršev v terapevtskem procesu za izboljšanje vedenjskih in nevrorazvojnih težav pri otrocih.	Kvalitativna študija; vprašalnik.	28 staršev otrok, ki so stari med 5 in 17 let in imajo nevrorazvojne ter vedenjske težave.	Za vzpostavitev ustreznega odnosa med terapevtom in staršem sta ključnega pomena zaupanje in spoštovanje. Terapevti morajo potek terapije in namen intervencij razložiti na staršem razumevajoč način, saj se starši tako počutijo samozavestnejše in se lažje vključijo. Vključenost staršev v terapevtski proces pripomore k temu, da starši razumejo izzive otrok in naučene strategije prenesejo v domače okolje.	9/10 (JBI)
D'Arrigo et al., 2020	Ugotoviti, katere strategije uporabljajo DTh, da spodbudijo otroke in starše k sodelovanju v terapevtskem procesu.	Kvalitativna študija; intervju	Šest DTh, ki imajo več kot pet let izkušenj pri delu z otroki in njihovimi starši v terapiji, šest otrok, starih od 2 do 7 let, ter njihovi starši	Za aktivno sodelovanje otrok v terapiji morajo terapevti razumeti otrokova čustva, misli in vedenje. Aktivnosti morajo biti zabavne, a hkrati osredinjene na dosego terapevtskega cilja. Terapevti morajo otroku pomagati, da začuti uspeh, zato so potrebni ravno pravi izzivi, razumevanje problema in pomoč pri iskanju rešitve. Za starše je pomemben zaupljiv odnos. Terapevti morajo staršem razložiti in demonstrirati stvari, ki jih izvajajo med terapijo. Potrebne so tudi povratne informacije glede otrokovega dosežka. Ključnega pomena je tudi skupno reševanje težav.	8/10 (JBI)

Šuc in Čahuk: Vključevanje staršev v obravnavo

Avtor	Namen	Metoda	Vzorec	Ugotovitve	JBI/MMAT
D'Arriago et al., 2020	Razumeti pomen vključenosti ali ne vključenosti staršev v proces DT za njihovega otroka.	Kvalitativna študija; intervju	32 DT h, ki so delali ali trenutno delajo z otroki, stari od 0 do 18 let, in njihovimi starši v Avstraliji	Za doseganje boljših terapevtskih rezultatov pri otrocih je sodelovanje staršev v procesu DT bistvenega pomena. Starši so tako samozavestnejši ter čutijo, da imajo potrebno znanje in spretnosti za spremljanje razvoja in napredka svojega otroka.	8/10 (JBI)
Hahn-Markowitz et al., 2018	Preučiti vpliv kognitivno-funkcionalne intervencije v DT za šolske otroke z ADHD na učinkovitost izvajanja starševske vloge.	Randomizirana kontrolirana študija	107 otrok z ADHD, starih od 7 do 10 let, ki obiskujejo redni program šolanja	Kognitivno-funkcionalna intervencija v DT je lahko učinkovita za izboljšanje učinkovitosti izvajanja starševske vloge za starše otrok z ADHD	10/13 (JBI)
Klowan et al., 2023	Razumeti in opisati vidike staršev na vključevanje v DT-obravnavo otrok.	Kvalitativna študija; intervju	Osem staršev otrok, ki so stari od 7 do 14 let in imajo nevrozvojnje motnje (MAS in/ali ADHD ter pridružena druga stanja, kot so: anksioznost, težave s komunikacijo, vedenjske težave, motnje senzornega procesiranja)	Sodelovanje v DT staršem pomaga razumeti, kako lahko na najboljši način sodelujejo s svojim otrokom in ga razumejo ter kako lahko naučene strategije prenesejo v domače okolje, kar vodi k vidnejšemu napredku. Vključenost v obravnavo staršem predstavlja tudi podporo in novo znanje glede vključevanja otrok v aktivnosti.	9/10 (JBI)

Šuc in Čahuk: Vključevanje staršev v obravnavo

Avtor	Namen	Metoda	Vzorec	Ugotovitve	JBI/MMAT
Lin et al., 2018	Raziskati vpliv sodelovanja staršev v DT na kognicijo, jezik, grobo in fino motoriko, socialne kompetence in na zmožnost skrbi zase pri otrocih z razvojnim zaostankom.	Kvazi eksperimentalna študija	30 otrok z razvojnim zaostankom, starih od 0 do 6 let, in njihovi starši	Sodelovanje staršev v DT ima pozitivne učinke. V eksperimentalni skupini otrok, v terapije katerih so bili vključeni starši, se je pokazal pomemben napredek v kogniciji, jeziku, grobi in fini motoriki, socialnih kompetencah in zmožnosti skrbi zase. Sodelovanje staršev v terapiji tako ne pripomore le k napredku pri razvojnem zaostanku, ampak tudi pri izboljšanju znanja staršev glede njihovega otroka in uporabi terapevtskih strategij doma.	9/9 (JBI)
Phoenix et al., 2020	Razviti vsebinsko teorijo o prisotnosti, udeležbi in o sodelovanju staršev v rehabilitaciji otrok.	Kvalitativna študija; utemeljena teorija	20 staršev otrok z razvojnim zaostankom in štirje zdravstveni delavci	Razlogi, ki vplivajo na prisotnost, udeležbo in na sodelovanje staršev v rehabilitaciji otrok, so razdeljeni v šest skupin: logistika, znanje, spretnosti, čustva, odnos s terapevti, vrednote. Ko so te skupine ustrezno usklajene, se to kaže v aktivni udeležbi in sodelovanju staršev v rehabilitaciji otrok.	9/10 (JBI)

Seznam uporabljenih kratic: ADHD: motnja pozornosti s hiperaktivnostjo (Attention deficit hyperactivity disorder); DT: delovna terapija; DTh: delovni terapevt; JBI: Joanna Briggs Institute; MAS: motnja avističnega spektra; MMAT: Mixed Methods Appraisal Tool

NASLOVI DIPLOMSKIH DEL DIPLOMANTOV ODDELKA ZA DELOVNO TERAPIJO V ČASU MED 1. 11. 2024 IN 1. 11. 2025

Življenje s poporodno depresijo - študija primera/Living with postpartum depression - case study

Izkušnje vzgojiteljic z vključevanjem otrok s posebnimi potrebami v vrtec/The experience of educators with the inclusion of children with special needs in the kindergarten

Delovna terapija in motnje spanja starejših odraslih/Occupational therapy and sleep disorders of older adults

Socialna vključenost oseb po možganski kapi/Social reintegration after stroke

Okoljski dejavniki pri delovanju otroka s posebnimi potrebami - študija primera/Environmental factors and child with special needs - case study

Vloga delovne terapije pri osebah z demenco, ki živijo v domačem okolju/The role of occupational therapy for people with dementia that live at home

Vključevanje staršev v delvnoterapevtsko obravnavo otrok: sistematični pregled literature/Parental involvement in occupational therapy for children: a systematic literature review

Dostopnost in mobilnost za gibalno ovirane osebe/Accessibility and mobility of people with physical disabilities

Uporaba navidezne resničnosti v delovni terapiji pri osebah po možganski kapi/Use of virtual reality in occupational therapy for people after stroke

Uporaba robotskih naprav v delovno terapevtski obravnavi oseb po možganski kapi/The use of robotic devices in the occupational therapy treatment of people after stroke

Vloga delovnega terapevta pri obravnavi odraslih s fibromialgijo/Occupational therapist's role in interventions for adults with fibromyalgia

Delvnoterapevtska obravnavo osebe s sindromom karpalnega kanala : sistematični pregled literature/Occupational therapy treatment of person with carpal tunnel syndrome: a systematic literature review

Uporaba glasbenih aktivnosti pri delvnoterapevtski obravnavi oseb z motnjo avtističnega spektra/The use of musical activities in occupational therapy treatment of people with autism spectrum disorder

Doživljanje spremenjene strukture dneva, okupacij in vlog po upokojitvi/Experiencing changed structure of the day, occupations and roles after retirement

Zadovoljstvo uporabnikov invalidskega vozička s storitvami javnega prevoza v Sloveniji in na Nizozemskem/Satisfaction of wheelchair users with public transportation services in Slovenia and the Netherlands

Delovna terapija pri osebah z obsesivno-kompulzivno motnjo/Occupational therapy in people with obsessive-compulsive disorder

Vloga in ukrepi delovne terapije za spodbujanje zaposlovanja brezposelnih oseb z depresijo/The role and measures of occupational therapy to encourage the employment of unemployed person with depression

Pomen okupacij pri osebah z Downovim sindromom/The meaning of occupations in individuals with Down syndrome

Delovna terapija na Enoti za intenzivno terapijo in nego novorojencev/Occupational therapy at the Neonatal intensive care unit

Delovna terapija v arabskem svetu/Occupational therapy in Arabic world

Vloga delovne terapije pri spodbujanju samostojnosti osebe z demenco v domačem okolju/The role of occupational therapy in promoting the independence of the person with dementia in the home environment

Delovnoterapevtska obravnava starejše osebe na domu/Occupational therapy for an older adult at home

Zadovoljstvo z življenjem študentov Univerze v Ljubljani/Life satisfaction of students at the University of Ljubljana

Delovna terapija pri starejših odraslih: primerjava med Slovenijo in Belgijo/Occupational therapy with older adults: a comparison between Slovenia and Belgium

Delovna terapija v skupnostni obravnavi/Occupational therapy in community care

Delovna terapija pri osebah s sladkorno boleznijo/Occupational therapy for people with diabetes

Vključevanje v družbo in pomen prijateljstva pri osebah z motnjo v duševnem razvoju/Social integration and meaning of friendship for people with intellectual disabilities

Skrb za domače živali kot okupacija/Taking care of your pet: an everyday occupation

Kompetentnost delovnih terapevtov pri obravnavi oseb s samomorilnimi vedenji/Competence of occupational therapists in the treatment of persons with suicidal behaviors

Delovna terapija v forenzični psihiatriji/Occupational therapy in forensic psychiatry

Doživljanje poklica tetoverja skozi perspektivo delovne terapije: delati, biti, postati, pripadati/Experiencing the profession of a tattoo artist through the perspective of occupational therapy: doing, being, becoming, belonging

Uporaba senzornih strategij za učenje hranjenja otrok z motnjo v duševnem razvoju – multipla študija primera/Implementing sensory strategies for teaching feeding skills to children with intellectual disabilities – multiple case study

Prehod judoistov iz športnega v pošportno življenje: okupacijska perspektiva/The transition of judokas from sport to post-sport life: an occupational perspective

Vloga delovne terapije pri izboljšanju spanja otrok z motnjo avtističnega spektra/The role of occupational therapy in improving sleep in children with autism spectrum disorder

Delovna terapija v vojski: razvoj, izzivi in sodobna praksa/Occupational therapy in the military: development, challenges, and modern practices

Prehod iz domačega okolja v dom starejših občanov/Transition from home environment to a nursing home

Ročna dela kot okupacije/Handicrafts as occupations

Učinkovitost Bobath pristopa pri izvajanju dnevnih aktivnosti oseb po možganski kapi/Effectiveness of the Bobath approach in performing activities of daily living in persons after stroke

Delovna terapija pri uporabnikih z amiotrofično lateralno sklerozo/Occupational therapy for patients with amyotrophic lateral sclerosis

Taborništvo kot okupacija/Scouting as an occupation

Prevod in kulturna adaptacija Vprašalnika o okupacijski pravičnosti/Translation and cross-cultural adaptation of the Occupational Justice Health Questionnaire

Vpliv tehnologije na igro predšolskih otrok/The impact of technology on preschool children's play

Odvisnost od alkohola kot temna stran okupacije/Alcohol dependence as the dark side of occupation

Gasilstvo kot okupacija v različnih življenjskih obdobjih/Firefighting as an occupation across the lifespan

Okupacije pri odraslih osebah z revmatičnimi boleznimi mišično-skeletnega sistema/Occupations in Adults with Rheumatic and Musculoskeletal Diseases

Delovna terapija pri Guillain-Barré sindromu/Occupational therapy in Guillain-Barré syndrome

Spanje kot okupacija študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani/Sleep as an occupation for students at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana

Kakovost življenja oseb s kronično bolečino/Quality of life in individuals with chronic pain

Vloga delovne terapije pri osebah z bipolarno motnjo/The role of occupational therapy in individuals with bipolar disorder

Obravnavanje kompleksnega regionalnega bolečinskega sindroma v delovni terapiji/Treatment of complex regional pain syndrome in occupational therapy

Aktivnosti kronično bolnih otrok s posebnimi potrebami skozi oči staršev/Activities of chronically ill children with special needs through the eyes of parents

