

SLOVENSKA REVIJA

ZA

DELOVNO TERAPIJO

KAZALO VSEBINE

V. Bratuž, L. K. Grdadolnik, M. Pajer, M. Kobal Petrišič, L. Šuc UČINEK KOMPRESIJSKIH OBLAČIL NA MOTORIČNI RAZVOJ OTROK Z RIZIČNO NEVROLOŠKO SIMPTOMATIKO.....	5
EFFECT OF COMPRESSION GARMENTS ON MOTOR DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH RISK NEUROLOGICAL SYMPTOMATOLOGY	
A. Snedic, A. Merhar, L. Šuc, K. Groleger Sršen UPORABA LESTVICE DOSEGANJA CILJEV GAS V REHABILITACIJI OTROK S CEREBRALNO PARALIZO: PREDSTAVITEV PRIMERA.....	19
GOAL ATTAINMENT SCALE USE IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY: CASE REPORT	
B. Osolnik UPORABA MODELA KAWA V AMBULANTNI DELOVNOTERAPEVTSKI OBRAVNAVI PACIENTKE Z OTROŠKOPARALIZO – KLINIČNA ŠTUDIJA PRIMERA.....	29
USE OF KAWA MODEL IN TREATMENT OF PATIENT WITH POLIO IN OUTPATIENT OCCUPATIONAL THERAPY DEPARTMENT – CLINICAL CASE REPORT	
Strokovni in organizacijski odbor POROČILO 9. KONGRESA DELOVNIH TERAPEVTOV SLOVENIJE.....	41

Slovenska revija za delovno terapijo

Journal of Slovenian Association of Occupational Therapy

Glavna in odgovorna urednica	Katarina Galof
Uredniški odbor in recenzentke	Katarina Galof Andreja Švajger Jelka Janša Julija Ocepek Lea Šuc Marija Tomšič Tanja Križaj Zdenka Pihlar
Izdajatelj in založnik strokovno združenje	Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Linhartova 51, 1000 Ljubljana
Naklada	350 izvodov
Tisk	KA PRINT
Lektura	Vesna Vrabič
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 o vseh področjih delovanja delovnih terapevtov, tako o preventivni zdravstveni dejavnosti, obravnavah v akutnih fazah in času rehabilitacije, o timskem in medpoklicnem sodelovanju, trženju storitev delovne terapije, dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju ter vpetosti stroke v posamezna življenjska obdobja posameznika, o kontekstualnih dejavnikih ter sodelovanju in vključevanju v življenjska okolja tako posameznika kot družbe.

Revija objavlja izvorna, še ne objavljena dela v obliki strokovnih in znanstvenih prispevkov, študij primerov in preglednih prispevkov.

Revija izhaja najmanj enkrat na leto. Občasno izidejo suplementi ali posebne številke.

Navodila za avtorje: www.zdts.si

UČINEK KOMPRESIJSKIH OBLAČIL NA MOTORIČNI RAZVOJ OTROK Z RIZIČNO NEVROLOŠKO SIMPTOMATIKO

EFFECT OF COMPRESSION GARMENTS ON MOTOR DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH RISK NEUROLOGICAL SYMPTOMATOLOGY

Vanja Bratuž, dipl. del. ter., Lisa Kristina Grdadolnik, dipl. del. ter., Maruša Pajer, dipl. del. ter., Mojca Kobal Petrišič¹, dipl. del. ter., pred. Lea Šuc², MSc., dipl. del. ter.

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana

²Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana

Korespondenca/Correspondence: vanja.bratusz@gmail.com

Prispelo: 29. 1. 2018

Sprejeto: 3. 7. 2018

IZVLEČEK

Uvod: Nošenje kompresijskih oblačil spodbudi krvni obtok in vpliva na izboljšanje proksimalne stabilnosti in gibanja. Na predlog razvojnega tima je otrok napoten k fiziatru, ki izda naročilnico za izdelavo kompresijskega oblačila. Kompresijsko oblačilo izdelava delovni terapevt in je narejeno po meri otroka. V Sloveniji še ni objavljenih raziskav o tej tematiki. Namen je bil raziskati učinek kompresijskih oblačil na motorični razvoj otrok z rizično nevrološko simptomatiko. **Metode:** Teoretični del obsega sistematični pregled literature od leta 2000 do 2015. Nadaljnja raziskava je sestavljena iz treh delov: 1) spletne ankete, poslane v zdravstvene ustanove fizioterapevtom in delovnim terapevtom; 2) ankete, poslane staršem otrok, ki nosijo oziroma so nosili kompresijska oblačila; 3) študije primera deklice z rizično nevrološko simptomatiko. **Rezultati:** Otroci, ki nosijo kompresijska oblačila, imajo boljšo aktivnost v trupu in se bolj vključujejo v vsakodnevne aktivnosti. V 80,40 odstotka primerov je nošenje kompresijskega oblačila pozitivno vplivalo na otrokovo delovanje. **Razprava:** Kompresijska oblačila imajo ob hkratni terapiji pozitiven učinek na delovanje otrok z rizično nevrološko simptomatiko. Pri tem je pomembno upoštevati individualnost posledic rizične nevrološke simptomatike oziroma zaostanka v motoričnem razvoju, ki zahteva individualno obravnavo.

Ključne besede: lajkra, terapija, zaostanek v razvoju, gibanje, aktivnost.

ABSTRACT

Background: Wearing compression garments encourages blood flow, strengthens proximal stability of the trunk and refines movement. A doctor refers the child to the physician, where he, according to the diagnosis, issues a rehabilitation card. An occupational therapist then measures the child and makes a suitable garment. Research on effect of compression garments on motor development of children with risk neurological symptomatology is not published in Slovenian environment. **Methods:** The theoretical part consists of a systematic literature review (period: 2000 – 2015). Further research consists of three sections: 1) an online survey, sent to health institutions to occupational therapists and physiotherapists;

2) a survey, sent to parents whose children have been wearing compression garments; 3) a case study - one girl with risk neurological symptomology. **Results:** Children, who have been wearing compression garments, have better trunk activation and are more involved in daily activities. In 80.40 % of study cases, wearing a compression garment has a positive effect on the child's function. **Conclusions:** Compression garments, alongside therapy, have a positive effect on function of children with risk neurological symptomatology. We also have to take into consideration the individuality of consequences that risk neurological symptomatology brings. Such differences in motor development enable a uniform treatment.

Key words: lycra, therapy, delay in motor development, movement, activity.

UVOD

Začetek uporabe kompresijskih oblačil v Sloveniji sega v leto 1970, vendar le na področju zdravljenja brazgotin po poškodbah, operacijah in opeklinah (Kobal Petrišič, 2005a). Kompresijska oblačila so oblačila, ki izvajajo pritisk na kožo in strukture pod njo, kar pozitivno deluje na nekatere anomalije kože in podkožja (Kobal Petrišič, 2005b). Pletena so na poseben način, sestavljena iz mešanice elastana (20–25 odstotkov) in poliestra ali poliamida (75–80 odstotkov), zaradi česar tkanina stisne mišico v točno določenih predelih, ne da bi s tem omejevala cirkulacijo krvi. Med nošenjem se povečajo krvni obtok, kisik v krvi in mišična moč, zmanjšata pa se bolečina pri aktivnosti in koncentracija kisline v mišicah (Venkatraman in Tyler, 2016).

Slovenija sledi svetu, kjer se kompresijska oblačila uporabljajo tudi pri otrocih z rizično nevrološko simptomatiko (cerebralna paraliza, zaostanek v motoričnem razvoju, različni sindromi) (Knox, 2003). V Sloveniji ni objavljenih raziskav in študij o vplivu in učinkih kompresijskih oblačil na motorični razvoj otrok pri nevroloških obolenjih. V tujini je se kompresijska oblačila bolj uporabljajo, saj v pregledanih tujih študijah in raziskavah avtorji navajajo, da so pri otrocih s cerebralno paralizo v večini uporabljali »Lycra garments«, kompresijska oblačila iz lajkre, uporabljajo pa se tudi drugi materiali. Eden izmed njih je TheraTogs, ortotično oblačilo, izdelano iz Delta-flex. Ta deluje kot nežna pasivna sila, ki vpliva na ravnotežje in poravnavo telesa ter tako na stabilnost sklepov, izboljšanje drže in spretnosti hoje (Flanagan et al., 2009). Podoben material je tudi TheraSuit, vrsta ortotičnega oblačila, pri katerem material sam po sebi ni elastičen, vendar vsebuje elastične trakove, ki zagotavljajo pritiske. Konstrukcija oblačila omogoča izboljšanje propriocepcije, zmanjša patološke reflekse, obnovi sinergijo mišic (pravilni vzorci gibanja) in celotno telo obteži z neko težo (Bailes et al., 2011). V tujini in v Sloveniji se večinoma uporabljajo oblačila iz lajkre, ki so izmerjena in narejena za potrebe vsakega otroka posebej. Prednosti tega materiala so sposobnost raztezanja, prožnost, zmožnost ohranjanja oblike, zračnost, neinvazivnost in možnosti dodajanja ojačitev (Knox, 2003). Oblačila iz lajkre omogočajo otroku proksimalno stabilnost, izboljšajo poravnavo telesa, statično in dinamično ravnotežje ter gibanje rok, zmanjšajo abnormalen tonus, nehotna gibanja in kontrakture mišic ter mehkih tkiv, kar omogoča večjo sposobnost udejstvovanja v aktivnostih. Uporaba lajkre omogoča tudi večjo senzorno in proprioceptivno zavedanje ter zaznavanje, kar vodi v boljše in varnejše raziskovanje okolja (Knox, 2003, Nicholson et al., 2001). Zmanjšajo se tudi skrajšave mišic in mehkih tkiv ter hipertoničnost mišic.

Nošenje kompresijskih oblačil izboljša telesno poravnavo oziroma držo, proksimalno stabilnost in gibanje zgornjih ekstremitet (Bahramizadeh et al., 2015). Obenem pa lahko takšna oblačila povzročajo težave pri otrokovem udobju, nameščanju oziroma oblačenju in uporabi stranišča (Knox, 2003; Nicholson et al., 2001; Rennie et al., 2000). V Sloveniji otrokom z nevrološko

simptomatiko zdravnik napiše napotnico za kompresijsko oblačilo, ki ga izdelajo delovni terapevti v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, na Inštitutu za medicinsko rehabilitacijo (v nadaljevanju UKC Ljubljana in IMR). Nekateri starši ga naročijo v tujini (Sužnik in sod., 2010; Kobal Petrišič, 2005a).

Pri otrocih z rizično nevrološko simptomatiko se pojavi tako imenovani globalni razvojni zaostanek, pri čemer otrok zaostaja za svojimi vrstniki za več kot dve standardni deviaciji od normalnega razvoja (Neubauer, 2012). Zaostanek se kaže se pri motnjah mišičnega tonusa (hipertonija ali hipotonija), kognitivnih sposobnostih, socializaciji in izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Otroci z rizično nevrološko simptomatiko potrebujejo napotitev v razvojno ambulanto, v kateri so deležni celostne obravnave delovnega terapevta, fizioterapevta, logopeda in psihologa. Na UKC Ljubljana spada v obravnavo delovnega terapevta izdelava kompresijskega oblačila. Otroku se kompresijsko oblačilo nadene med razvojnonevrološko obravnavo kot dopolnilo k terapiji. Ko otrok doseže približek ali normalne gibalne vzorce (pričakovan dosežek je odvisen od starosti in diagnoze), se razvojnonevrološka obravnava in kompresijsko oblačilo ukineta (Groleger, 2014; Neubauer, 2012; Tecklin, 2008).

METODE

Za pregled stanja pri nas in v tujini je bil uporabljen proces sistematičnega pregleda literature, ki vključuje študije, objavljene od leta 2000 do 2015. Literatura je bila izbrana prek elektronskih bibliografskih baz, kot so DiKUL, PubMed, OTseeker, MedNar in COBISS ter Google učenjak (ključne besede: lajkra, terapija, zaostanek v razvoju, gibanje, aktivnost).

Podatki za kvantitativno raziskavo so bili pridobljeni na tri načine:

- 1) ankete (pridobljeni podatki anket so navedeni v poglavju Rezultati anket), poslane po elektronski pošti fizioterapevtom in delovnim terapevtom, zaposlenim v razvojnih ambulantah, zbranih na spletu (veljavne: $n = 41$), ki so v svoji praksi delali z otroki, ki nosijo oziroma so nosili kompresijsko oblačilo;
- 2) ankete, poslane po pošti staršem otrok (veljavne: $n = 56$), ki nosijo oziroma so nosili kompresijsko oblačilo, v evidenci UKC Ljubljana (Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino);
- 3) študija primera deklice z rizično nevrološko simptomatiko, katere sestavni del je bil/-a:
 - a) analiza aktivnosti (pred začetkom nošenja kompresijskega oblačila, po prvem nošenju in po šestih tednih) je eden izmed osnovnih delovnoterapevtskih ocenjevalnih instrumentov, s katerim dobimo vpogled v posameznikovo delovanje oziroma izvajanje osnovnih vsakodnevnih aktivnosti. Rezultati omogočajo vpogled v uporabnikove zmožnosti in so podlaga za oblikovanje obravnave, prav tako pa omogočajo spremljanje napredka (AOTA, 2014; Radomski in Trombly Lantham,

2008).

b) Vprašalnik Pediatric Evaluation of Disability Inventory (v nadaljevanju PEDI) (izpolnil ga je eden izmed staršev pred začetkom nošenja oblačila in po šestih tednih). Njegov namen je pridobivanje podatkov o učinkovitem vključevanju otrok v vsakodnevne aktivnosti. Da oceno gibalnih (ne)zmožnosti otrok do 7,5. leta starosti in spremljanje njihovega napredka po terapevtski obravnavi (Teles et al., 2016; Haley et al., 2013; Haley et al., 2011; Brennehan in Tecklin, 2008; Nichols in Case - Smith, 1996);

c) v obdobju šest tednov je otrok od en- do dvakrat na teden obiskoval fizioterapevtske obravnave. Med tem časom je nosil kompresijska oblačila po navodilih terapevta.

Statistična obdelava pridobljenih podatkov je bila narejena z računalniškim programom Excel 2007 in IBM SPSS 22. Za preverjanje razlik med skupinami smo uporabili parametrične metode One-Sample T-test in Independent-Samples T-test. Kot stopnjo tveganja smo izbrali $p < 0,05$.

Postavljene hipoteze (rezultati hipotez so ovrženi ali potrjeni na podlagi statistične obdelave anket):

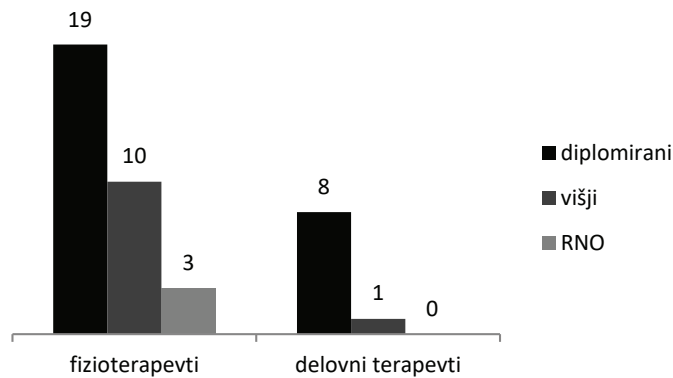
- nošenje kompresijskega oblačila vpliva na gibanje otroka (stabilnost trupa, držo telesa, izvajanje aktivnosti itn.);
- kompresijsko oblačilo pri otroku povzroči nelagodje (srbenje, rdečica, ranice idr.);
- otroci, ki nosijo kompresijsko oblačilo pet ali več dni v tednu imajo boljšo stabilnost trupa kot otroci, ki ga nosijo manj kot pet dni na teden;
- otroci, ki nosijo kompresijsko oblačilo dvakrat ali večkrat na dan, imajo boljšo stabilnost trupa boljšo kot otroci, ki ga nosijo manj kot dvakrat na dan;
- vzrok prenehanja nošenja kompresijskega oblačila.

REZULTATI

Anketni vprašalniki so bili oblikovani na podlagi pregledanih študij uporabe kompresijskega oblačila pri otrocih z nevrološkimi obolenji, predvsem cerebralno paralizo (tabela 5 – priloga). Študija primera je bila sestavljena iz začetnega in končnega delovnoterapevtskega in splošnega ocenjevalnega inštrumenta, ki se uporablja pri otrocih z rizično nevrološko simptomatiko (PEDI). Šest tednov je deklica dvakrat na teden obiskovala fizioterapevtsko obravnavo in nosila kompresijsko oblačilo od pet- do šestkrat na teden.

Rezultati anket

Spletne ankete so bile poslani 93 terapevtom razvojnih ambulant, odprtih je bilo 59, v celoti izpolnjenih 48, od tega veljavnih 41 in neveljavnih 7 anket. V anketi terapevtov je sodelovalo 19 diplomiranih fizioterapevtov (v nadaljevanju FT), 10 višjih FT, 3 razvojnonevrološki fizioterapevti (v nadaljevanju RNO FT), 8 diplomiranih delovnih terapevtov (v nadaljevanju DT) in 1 višji DT (graf 1), ki so do zdaj obravnavali skupaj 170 otrok, trenutno pa jih imajo v obravnavi 37.

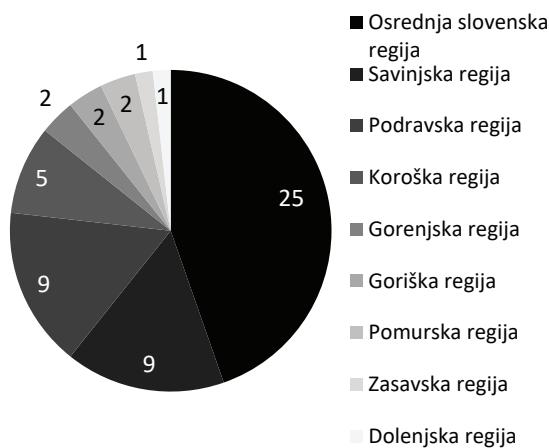


Graf 1: Število anketiranih FT in DT

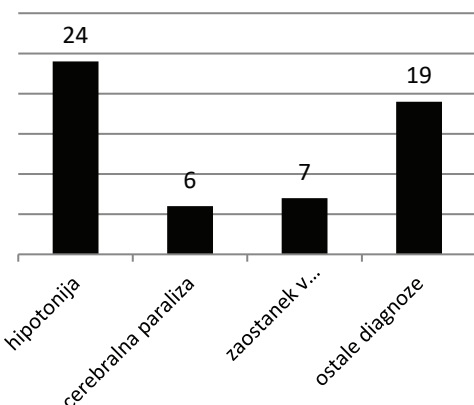
Od 156 razposlanih anket staršem jih je bilo rešenih 56. Kompresijska oblačila je uporabljalo 29 deklic in 27 dečkov. 25 (44,60 %) otrok prihaja iz osrednjeslovenske regije, iz savinjske regije in Podravja je kompresijska oblačila uporabljalo 9 otrok (16,10 %) ter 5 otrok iz Koroške (8,90 %). Po 2 otroka sta kompresijska oblačila uporabljala iz Gorenjske, Goriške in Pomurja (3,60 %) ter iz Zasavja in Dolenjske po 1 otrok (1,80 %) (graf 2).

Iz grafa 3 je razvidno, da je najpogostejša diagnoza nedonošenost oziroma hipotonija ($n = 24$; 42,86 %), redkeje cerebralna paraliza ($n = 6$; 10,71 %), podoben je delež otrok z zaostankom v motoričnem razvoju ($n = 7$; 12,50 %). Otroci s cerebralno paralizijo so po sistemu Gross Motor Function Classification (GMFCS) na peti stopnji ($M = 4,80$). Ob prejemu prvega kompresijskega oblačila so bili otroci stari od 5 mesecev do 6 let. Povprečna starost pri prejemu prvega kompresijskega oblačila je 18 mesecev ($M = 17,57$).

Predlog za izdelavo kompresijskega oblačila je glede na odgovore staršev (83,90 %) in terapevtov (43,90 %) podal večinoma fizioterapevt. V drugih primerih so bili to pediater (starši: 3,60 %; terapevti: 9,75 %) ali delovni terapevt (starši: 1,80 %; terapevti: 12,20 %) in drugi specialisti.

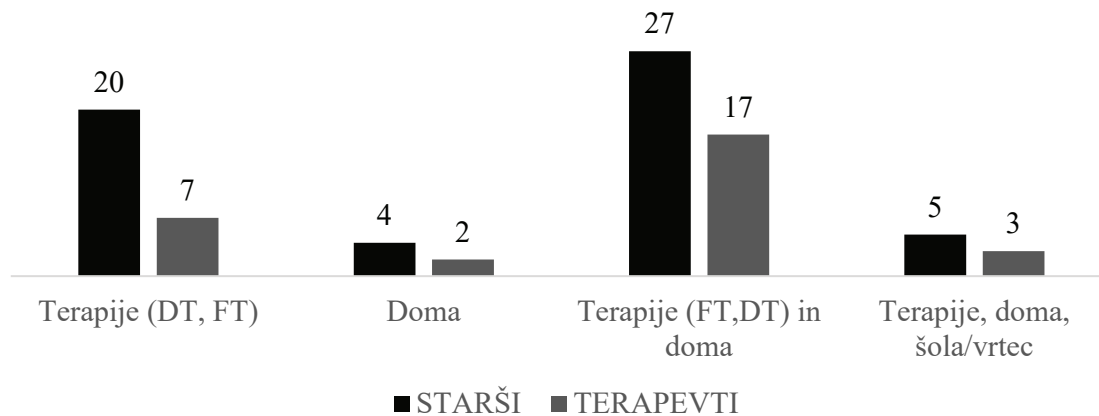


Graf 2: Število otrok, ki uporabljajo kompresijska oblačila, po regijah



Graf 3: Prikaz števila otrok glede na njihovo diagnozo

Otroci so v povprečju nosili kompresijsko oblačilo pet dni v tednu ($M = 5,02$), od en- do dvakrat na dan ($M = 1,42$) po skupno tri ure ($M = 2,58$). Povprečno so otroci pri anketiranih terapevtech imeli od tri do štiri obravnave ($M = 3,56$) na mesec. Kompresijsko oblačilo so nosili na fizio- in delovnoterapevtskih terapijah, doma pri vsakodnevni aktivnostih, v šoli ali vrtcu ter ob drugih priložnostih (graf 4).



Graf 4: Kje je otrok nosil kompresijsko oblačilo

Na kompresijsko oblačilo se je večina otrok dobro odzvala in ga takoj sprejela ($n = 44$, 78,60 %), 5 otrok (8,90 %) oblačila ni prenašala in so ga zato nehali nositi, 4 (7,10 %) otroci so potrebovali nekaj dni (od 5 do 7), da so ga sprejeli. Trije otroci so zaradi nelagodja pri oblačenju oziroma slačenju potrebovali dalj časa, da so sprejeli kompresijsko oblačilo. Otroci so kompresijsko oblačilo v povprečju nosili v obdobju 10 mesecev ($M = 10,31$) in oblačilce zamenjali dvakrat ($M = 1,88$). Vsi (100 %) so kompresijsko oblačilo prejeli v UKC na delovni terapiji. Starši enega otroka so morali za oblačilo plačati (tujec ali nezavarovan pacient).

Starši in terapevti so pri otrocih na lestvici od 1 do 5 (1 = s trditvijo se sploh ne strinjam, 5 = s trditvijo se popolnoma strinjam) ocenili, da ima kompresijsko oblačilo pozitivne vplive na otrokovo participacijo v aktivnostih, stabilnost trupa in umirjenost (tabela 1; stopnja tveganja – statistično pomembna razlika: $p < 0,05$).

Pri otrocih, ki so nosili kompresijsko oblačilo 5 dni ali več na teden, so starši ocenili stabilnost trupa za skoraj eno oceno boljše ($M = 4,62$) v primerjavi z otroki, ki so ga nosili manj kot 5 dni na teden ($M = 3,78$; $p = 0,007$). Prav tako je bila stabilnost trupa boljša pri tistih otrocih, ki so kompresijsko oblačilo nosili 2- ali večkrat na dan ($M = 4,67$) v primerjavi s tistimi, ki so ga nosili le enkrat na dan ($M = 4,19$; $p = 0,035$).

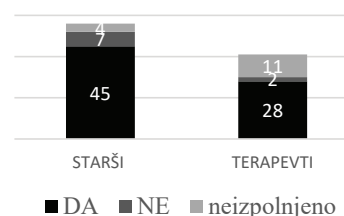
Tabela 1: Vpliv nošenja kompresijskega oblačila

	STARŠI	TERAPEVTI		
	M	p	M	p
Boljša stabilnost trupa	4,36	0,005	4,26	0,118
Umirjenost	3,11	0,000	3,67	0,067
Izvajanje zahtevnejših aktivnosti	3,60	0,006	3,68	0,119
Izvajanje novih aktivnosti	3,15	0,000	3,56	0,037

V tabeli 2 so prikazane ocene staršev in terapevtov, ki ponazarjajo odziv kože na nošenje kompresijskega oblačila. Razberemo lahko, da to nima negativnega vpliva na otroka. Le pri eni postavki in le pri enem otroku se je pojavila najvišja ocena, kar pa ni statistično pomembno v raziskavi. Starši in terapevti so v splošnem pri otrocih opazili pozitivno razliko v izvajanju aktivnosti, kar prikazuje graf 5.

Tabela 2: Vpliv nošenja kompresijskega oblačila (nelagodje)

	STARŠI		TERAPEVTI	
	M	p	M	p
Srbenje	1,91	0,000	1,83	0,000
Pikanje	1,64	0,000	1,82	0,000
Rdečina	2,11	0,000	2,11	0,000
Potenje	2,45	0,000	3,07	0,000
Izpuščaji	1,54	0,000	1,61	0,000
Ranice	1,34	0,000	1,21	0,000



Graf 5: Opažena razlika v izvajanju aktivnosti med nošenjem kompresijskega oblačila

Rezultati študije primera

Deklica je prišla v obravnavo na UKC Ljubljana v razvojno ambulanto pri 10 mesecih s postavljeno diagnozo rizična nevrolška simptomatika (zaostanek v motoričnem razvoju). Kompresijsko oblačilo je dobila pri 12 mesecih, skupaj z navodili za uporabo. Sedeči položaj na tleh je zadrževala sama, vendar je bil ta neustrezen zaradi prisotnega ekstenzijskega vzorca v nogah. Med terapijo oziroma igro se je priložnostno naslanjala na terapevtko ali predmet. Za prehod v štirinožni položaj je potrebovala minimalno asistenco terapevte (stabilizacija trupa in pozicioniranje nog). Gibanje po prostoru je bilo popolnoma odsotno. Pri igri sede na tleh je za manipulacijo in stabilizacijo pri menjavanju položajev večinoma uporabljala desno roko.

Vprašalnik PEDI je izpolnil eden izmed staršev pred začetkom in po šestih tednih nošenja kompresijskega oblačila ter obiskovanja terapij (tabela 3). Razvidno je, da deklica v motoričnem razvoju zaostaja za svojimi vrstniki. Na podlagi rezultatov prve ocene PEDI je bila izbrana analiza aktivnosti.

Izvedene so bile tri enake analize aktivnosti po spretnostih. Prvi dve sta bili izvedeni ob pridobitvi kompresijskega oblačila (11. aprila 2017 pri starosti 12 mesecev in 6 dni), tretja pa ob koncu raziskave (po šestih tednih). Deklica je med tem dvakrat na teden obiskovala terapije, med katerimi je nosila kompresijsko oblačilo. Oblačilo je nosila tudi doma od pet do šest dni na teden, enkrat na dan po eno do dve uri.

Tabela 3: Rezultati ocenjevanja PEDI

	MOŽNE TOČKE	MAKSIMALNO ŠTEVILO TOČK GLEDE NA STAROST	DOSEŽENE TOČKE (pred obravnavo)	DOSEŽENE TOČKE (ponovna ocena po 6 tednih)
SKRB ZASE	73	+55	7	25
GIBANJE	59	+56	8	16
SOCIALNE VEŠČINE	65	+57	14	27

Začetna postavitev: deklica je sedela na mehki podlagi, stranski sed. Pred seboj je imela na pručki igračo. Pručka je bila oddaljena 40 cm. Potrebna dejanja za izvedbo aktivnosti: stranski sed, nagib telesa naprej in prenos teže na bok in roki, prehod v štirinožni položaj, koordinirano plazenje do igrače, prenos teže na roko, druga roka seže po igrači in pritisne na gumb. Zahtevana izvedba aktivnosti: deklica se je priplazila do igrače, se ustavila in segla po igrači ter pritisnila na gumb. Odstopanja se pojavijo pri motoričnih spretnostih, ki so navedene v tabeli 4 (prva ocena brez kompresijskega oblačila).

Najprej je bila izvedena analiza aktivnosti po spretnostih brez kompresijskega oblačila. Med aktivnostjo je vztrajala v neustrezni sedeči drži (ekstenzijski vzorec v nogah). Pri stabilizaciji trupa v štirinožnem položaju ni ustrezno namestila noge, kar je vodilo v nezmožnost plazenja. Gib je le nakazala s premikom noge in seganjem. Pri prehodu čez medialno linijo igrače ni zmoгла kontrolirano doseči in jo je dosegla s pomočjo odriva. Gibanja rok za dosego igrače ni uravnavala. Za dokončanje aktivnosti je potrebovala več časa, ritem ni bil konstanten, saj je aktivnost večkrat začejala znova.

Takoj za prvo analizo je bila izvedena analiza aktivnosti po spretnostih s kompresijskim oblačilom. Večina spretnosti se ni bistveno izboljšala (morebiten vpliv utrujenosti), vendar so bile opazne razlike. Pri sedenju je bil prisoten ekstenzijski vzorec, pri stabilizaciji trupa v štirinožnem položaju ji je uspelo v nekaj poizkusih ustrezno namestiti nogo in je kratek čas zadržala stabilizacijo trupa. Težo je prenesla na eno roko in z drugo poizkušala seči po igrači, a se je kmalu vrnila nazaj v polsedeči položaj. Za dokončanje aktivnosti je potrebovala manj časa in ponovitev gibov (tabela 4, druga ocena s kompresijskim oblačilom).

Po šestih tednih obravnave in nošenja kompresijskega oblačila je bila izvedena tretja analiza aktivnosti po spretnostih brez kompresijskega oblačila. Med interakcijo z igračo je uspešno stabilizirala trup. Ohranjala je pokončno sedečo držo (stoječe ni imela), štirinožni položaj in klečeči položaj z oporo ene roke. Med sedenjem je bil ekstenzijski vzorec še vedno prisoten, vendar je položaj nog namestila na verbalno spodbudo. Glede na položaj igrače se je morala obrniti za 180°, kar je storila brez težav in se koordinirano, nekoliko upočasnjeno, odplazila do igrače. Med plazenjem se ni ustavljala. Po igrači je uspešno segla in jo dosegla. Aktivnost je izvedla hitreje, brez ustavljanja in brez prisotne utrujenosti (tabela 4 – tretja ocena brez kompresijskega oblačila). Ponovna ocena z nošenjem kompresijskega oblačila ni bila izvedena. Deklica ga je še vedno nosila doma, vendar ga na dogovorjeno obravnavo niso imeli s seboj.

Tabela 4: Analiza aktivnosti po spretnostih

MOTORIČNE SPRETNOSTI	1. OCENA BREZ KO	2. OCENA S KO	3. OCENA BREZ KO
stabilizira	3	3	2
poravnava	3	3	2
se namešča	4	4/3	2
hodi/se plazi	4	4	3
sega	3	3/2	2
se pripogiba in obrača	2	2/1	1
uravnava	4	4/3	2
vzdrži	2	2/1	1
ohranja ritem	3	3	3

Legenda: 0 (ni težave), 1 (zmerna težava), 2 (srednja težava), 3 (resna težava), 4 (popolna okvara)

RAZPRAVA

Namen raziskave je bil pregledati literaturo in ugotoviti, kakšna je njena povezava z uporabo kompresijskih oblačil v Sloveniji, oziroma vpliv kompresijskega oblačila na otrokovo participacijo v vsakodnevni aktivnostih. Študije (Elliot et al., 2011; Knox, 2003; Nicholson et al., 2001; Rennie et al., 2000) so pokazale, da ima nošenje kompresijskih oblačil pozitivne vplive na gibanje otrok. Napredek je bil viden predvsem v proksimalni stabilnosti trupa, v distalni pa ni bil vedno prisoten. Corn et al. (2003) navajajo, da je uporaba kompresijskih oblačil individualno naravnana in zaradi močnih razlikovanj med diagnozami rezultatov ne moremo posploševati. Študija primera v naši raziskavi kaže na pozitiven vpliv nošenja kompresijskega oblačila. Deklici je bilo oblačilo predpisano med razvojnonevrološko obravnavo, da bi se ugotovilo, ali prispeva k RNO-obravnavi. Pri dekllici se je po šestih tednih pokazal viden napredek, ki ga razberemo iz višjih ocen pri zadnji analizi aktivnosti po spretnostih. Že v drugi izvedbi aktivnosti je bila dekllica bolj suverena zaradi boljše stabilizacije trupa, prav tako je bila zaradi izboljšanja koordinacije ter drugih spretnosti sposobna ohraniti štirinožni položaj in bila v manjši meri mobilna v prostoru. Podobni rezultati so predstavljeni v študiji Matthews et al. (2009), pozitivne spremembe so opazili pri ocenjevanju izvedbe aktivnosti in oceni mobilnosti.

Študije so za merjenje napredka pri otrocih uporabile različne ocenjevalne inštrumente, med katerimi se največkrat pojavi vprašalnik PEDI. PEDI je v študijah (Nicholson et al., 2001; Rennie et al., 2000) pokazal napredek pri vsaj eni postavki v obdobju šestih tednov. V naši študiji primera so bili rezultati vprašalnika PEDI podobni, saj prav tako nakazujejo na izboljšanje motorike. Napredek je precejšen (+13 točk), kar je lahko tudi posledica subjektivne ocene starša. Kljub temu napredka ne moremo zanikati, kar v nadaljevanju potrjujejo tudi rezultati analiz aktivnosti po spretnostih. Vsaka spretnost, zahtevana za izvedbo aktivnosti, se je izboljšala za vsaj eno oceno. Deklica pred začetkom raziskave ni zmogla koordiniranega plazenja, ki ga je dosegla po šestih tednih nošenja kompresijskega oblačila in razvojnonevrološke obravnave. V izvedeni raziskavi so rezultati pokazali, da ima kompresijsko oblačilo pozitiven vpliv na otrokovo stabilnost trupa in s tem njegovo participacijo v aktivnostih (tabela 1; $p < 0,05$). Dodatno je bilo ugotovljeno, da imajo

otroci, ki nosijo kompresijsko oblačilo več kot petkrat na teden ($p = 0,007$) in več kot dvakrat na dan ($p = 0,035$), boljšo stabilnost trupa kot tisti, ki ga nosijo manjkraj. V pregledani literaturi to razmerje ni posebej raziskano, vendar pa so v študiji Elliot et al. (2011), v kateri so otroci nosili kompresijsko oblačilo petkrat na teden po šest ur na dan, dosegli pozitivne rezultate na področju gibanja pri 15 otrocih od 16 sodelujočih. Starši in terapevti so splošno opazili izboljšanje izvajanja aktivnosti med nošenjem kompresijskega oblačila. Specifično so starši opazili napredek pri izvajanju zahtevnejših in novih aktivnosti, pri terapevtih se je pokazala statistično pomembna razlika le pri postavki izvajanja novih aktivnosti, ki jih pred tem starši niso opazili oziroma jih otrok ni izvajal. Ko so se otrokovi gibalni vzorci približali normalnim, sta se razvojnonevrološka obravnava in kompresijsko oblačilo ukinila.

V izvedeni študiji smo se dotaknili tudi problematike nelagodja pri uporabi kompresijskega oblačila, saj so v literaturi večkrat izpostavili napor pri slačenju oziroma oblačenju in uporabi stranišča, težave s potenjem in neudobje (Nicholson et al., 2001; Rennie et al., 2000). V študiji Knox (2003) je zato polovica udeležencev prekinila sodelovanje v raziskavi. Rezultati anket staršev in terapevtov ter naše študije primera (rešena anketa) pa so pokazali, da nošenje kompresijskih oblačil nima negativnega učinka na kožo otroka. Med postavkami nelagodja najbolj izstopa potenje, ki pa samo po sebi v nobenem primeru ni bilo razlog za prenehanje uporabe kompresijskega oblačila. Prav tako tudi srbenje, pikanje, rdečina, izpuščaji ali ranice in oblačenje oziroma slačenje niso predstavljali večjih težav.

ZAKLJUČEK

Pregled literature in izvedena raziskava sta pokazala, da je učinek nošenja kompresijskih oblačil največji pri vzporednem obiskovanju delovnoterapevtskih in fizioterapevtskih obravnav. Otroci z rizično nevrolško simptomatiko imajo ob nošenju kompresijskih oblačil boljšo stabilnost trupa, kar omogoča lažje in boljše vključevanje v vsakodnevne aktivnosti, kot so plazenje, oblačenje, igranje s kockami, pritiskanje na tipke idr.. Uporaba kompresijskih oblačil v Sloveniji ni pogosta. Rezultatov študije ne moremo posploševati zaradi majhnega vzorca. Prav tako moramo upoštevati individualnost rizične nevrolške simptomatike, ki se pri vsakem izmed otrok izraža drugače, kar zahteva individualno prilagojeno terapijo. Z raziskavo smo želeli prispevati k ozaveščenosti zdravnikov in terapevtov o smiselnosti uporabe oziroma učinkovitosti kompresijskih oblačil. Za večje ozaveščanje ali seznanitev bi bilo treba izvesti obširnejšo raziskavo, s katero bi pridobili točnejše in verodostojnejše podatke. Tako bi dobili boljši vpogled v vpliv nošenja kompresijskih oblačil pri otrocih z rizično nevrolško simptomatiko.

LITERATURA

OTA - American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. 3rd ed. Am J Occup Ther 68 (suppl 1): 1–48.

Bahramizadeh M, Rassafiani M, Aminian G, Rashedi V, Farmani F, Sadat Mirbagheri SS (2015). Effect of dynamic elastomeric fabric orthoses on postural control in children with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther* 27 (4): 349–54.

Bailes FA, Greve K, Burch KC, Reder R, Lin L, Hunt MM (2011). The Effect of Suit

Wear During an Intensive Therapy Program in Children With Cerebral Palsy. *Pediatr Phys Ther* 23 (2): 136–42.

Brenneman SK and Tecklin JS (2008). Assessment and testing of infant and child development. V: Tecklin JS. *Pediatric Physical therapy*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 67–98.

Corn K, Imms C, Timewell G, et al. (2003). Impact of Second Skin Lycra Splinting on the Quality of Upper Limb Movement in Children. *Br J Occup Ther* 66 (10): 464–72.

Elliott MC, Reid LS, Alderson AJ, Elliot CB (2011). Lycra arm splints in conjunction with goal-directed training can improve movement in children with cerebral palsy. *NeuroRehabilitation* 28 (1): 47–54.

Flanagan A, Krzak J, Peer M, Johnson P, Urban M (2009). Evaluation of Short-Term Intensive Orthotic Garment Use in Children Who Have Cerebral Palsy. *Pediatr Phys Ther* 21 (2): 201–4.

Groleger SK (2014). Klinične smernice za diagnostiko in spremljanje otrok s cerebralno paralizo v rehabilitaciji. *Rehabilitacija* 13 (1): 84–96.

Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Haltiwanger JT, Andrellos PJ (2011). Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Dev Med Child Neurol* 1100–6. <http://www.bu.edu/kidsincontext/files/2009/09/Accuracy-and-precision-of-the-Pediatric-Evaluation-of-Disability-Inventory-computer-adaptive-tests-PEDI-CAT.pdf> <5. 11. 2016>.

Haley SM, Coster WJ, Kao YC, Dumas HM, Fragala – Pinkham MA, Kramer JM, Ludlow LH, Moed R (2013). Lessons from Use of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Where Do We Go From Here?. *Pediatr Phys Ther* 22 (1): 69–75.

Knox V (2003). The use of Lycra garments in children with cerebral palsy: a report of a descriptive clinical trial. *Br J Occup Ther* 66: 71–7.

Kobal Petrišič M (2005a). Kompresijska oblačila kot preventiva brazgotin. V: Zbornik predavanj slovenskega društva za rehabilitacijo roke: interdisciplinarno strokovno srečanje in učna delavnica – obravnava brazgotin na roki, Maribor, 25. oktober 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 31–7.

Kobal Petrišič M (2005b). Delavnica izdelava kompresijskih rokavic in skrb za brazgotine. V: Zbornik predavanj slovenskega društva za rehabilitacijo roke: interdisciplinarno strokovno srečanje in učna delavnica – obravnava brazgotin na roki, Maribor, 25. oktober 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 63–6.

Matthews JM, Watson M, Richardson B (2009). Effects of dynamic elastomeric fabric orthoses on children with cerebral palsy. *Prosthet Orthot Int* 33 (4): 339–47.

Nichols D, Case – Smith J (1996). Reliability and validity of the Pediatric evaluation of

disability inventory. file:///C:/Users/Lisa/Downloads/Reliability_and_Validity_of_the_Pediatric.4.pdf <6. 11. 2016>.

Nicholson JH, Morton RE, Attfield S, Rennie D (2001). Assessment of upper-limb function and movement in children with cerebral palsy wearing lycra garments. *Dev Med Child Neurol* 43: 384–91.

Neubauer D (2012). Razvoj malčka gre včasih po nepričakovani poti. *Dnevnik* <https://www.dnevnik.si/332197> <9. 5. 2017>.

Radomski MV, Trombly Latham CA (2008). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Lippincott Williams & Wilkins.

Rennie DJ, Attfi SF, Morton RE, Polak FJ, Nicholson J (2000). An evaluation of lycra garments in the lower limb using 3-D gait analysis and functional assessment (PEDI). *Gait Posture* 12: 1–6.

Sužnik Z, Orož KA, Špes M (2010). Pomen delovne terapije v celostni medicinski rehabilitaciji. V: *Zbornik strokovnih prispevkov ob 50 letnici Inštituta za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor: Fizikalna in rehabilitacijska medicina nekoč, danes in jutri*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, 95–109.

Tecklin J S (2008). *Pediatric physical therapy*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 179–84.

Teles MF, Resegue R, Puccini Fiorini E (2016). Care needs of children with disabilities - use of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Rev Paul Pediatr* 34 (4): 447–53.

Venkatraman P, Tyler D (2016). Applications of compression sportswear. In: Hayes GS, Venkatraman P, eds. *Materials and technology for sportswear and performance apparel*. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 171–203.

PRILOGA: Tabela 5: Pregled literature

Bratůž in sod.: Učinek kompresijskih oblačil na motorični razvoj otroka

ŠTUDIJA	VRSTA ŠTUDIJE	ŠT. OTROK	STAROST	DIAGNOZA	NOŠENJE KO/DAN	ŠT. TEDNOV NOŠENJA	OCENJEVALNI INSTRUMENTI	IZSLEDKI
Nicholson et al., 2001 LYCRA	Študija posameznih primerov	12 (5 Ž, 7 M)	2–7 let	Cerebralna paraliza	Min. 6 h/dan	6 tednov	The Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)	Skrbniki oziroma starši so opazili manjše napredke pri udeležencih. Pri šestih otrocih je napredek v najmanj eni stopnji, dva sta pokazala izgubo, zaradi težav pri slačenju za toaletne potrebe, štirje brez sprememb.
Knox, 2003 LYCRA	Študija posameznih primerov	8 (4 Ž, 4 M)	3,5–13 let	Cerebralna paraliza	Min. 4 h/dan	4 tedne	Gross Motor Function Measure (GMFM) Quality of Upper Extremity skills test (QUEST)	Štirje udeleženci so predčasno zaključili raziskavo (problematika oblačenja, slačenja kompresijskega oblačila in uporaba stranišča), preostali štirje so ob koncu pokazali izboljšanje v GMFM in QUEST. Pokazal se je napredek v funkciji med nošenjem kompresijskega oblačila (7/8 pokaže izboljšavo).
Rennie et al., 2000 LYCRA	Študija posameznih primerov	8 (3 Ž, 5 M)	5–11 let	Cerebralna paraliza (7 otrok) Duchennova distrofija (1 otrok)	Min. 6/dan	6 tednov	Vprašalnik PEDI za starše Ocenjevanje gibanja/hoje s kamerami pred intervencijo in po njej	Pri petih otrocih izboljšava pri vsaj enem področju PEDI. Otroci, ki so pokazali napredek v proksimalni stabilnosti, niso vedno pokazali napredka v distalni stabilnosti. Zaradi majhnega in heterogenega vzorca ni statistične pomembne razlike pri vprašalniku PEDI. Vprašalnik staršev – problem pri uporabi stranišča in oblačenju oz. slačenju, pretopla oblačila povzročajo dehidracijo, večje potenje, neudobnost.
Corn et al., 2003 LYCRA	Študija posameznih primerov	4 (2 Ž, 2 M)	8–16 let	Cerebralna paraliza (2 otroka) Pridobljena možganska poškodba (2 otroka)	6,5 h/dan	12 mesecev	Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function	Dolgotrajno nošenje kompresijskega oblačila pri otrocih s cerebralno paralizo ni imelo pozitivnega vpliva na gibanje. Pri enem otroku s pridobljeno poškodbo možganov je bil zaznan velik napredek v začetku, ki se pozneje ni ohranil. Preostala dva primera sta pokazala izboljšanje. Rezultati se močno razlikujejo med posamezniki – uporaba individualno naravnana in rezultatov ne moremo posploševati.
Matthews et al., 2009 LYCRA	Študija posameznih primerov	8 (4 Ž, 4 M)	10–13 let	Spastična, diplegična cerebralna paraliza	8 h/dan	18 tednov	Replicated single case experimental design (SCED) Ten Metre Walking Test (10MWT) Visual Analogue Scale (VAS) Physiological Cost Index (PIC) Patient Specific Functional Scale (PSFS)	Pri testu 10MWT pet udeležencev kaže statistično pomembno razliko ($p < 0,05$) pri času hoje med fazo A1 in B-fazo. Pozitivne spremembe so opazili pri ocenjevanju izvedbe aktivnosti in oceni mobilnosti.
Elliot et al., 2011 LYCRA	Študija posameznih primerov	16 (8 Ž, 8 M)	9–14 let	Cerebralna paraliza (hipertonija)	6 h/dan	3 mesece (5 dni/teden)	Goal Attainment Scaling (GAS) Merjenje 3D gibanje s kamerami	15 otrok od 16 je doseglo svoje osebne cilje gibanja. Izboljšali so se gibi antefleksije, pronacije in supinacije. 3D analiza gibanja je pokazala napredek pri izvedbi pronacije, abdukcije ramenskega sklepa in antefleksije po treh mesecih nošenja lajkre. Udeleženci so postali stabilnejši v trupu in izvajali aktivnosti s pripogibom naprej.

UPORABA LESTVICE DOSEGANJA CILJEV GAS V REHABILITACIJI OTROK S CEREBRALNO PARALIZO: PREDSTAVITEV PRIMERA

GOAL ATTAINMENT SCALE USE IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY: CASE REPORT

Anja Snedic¹, dipl. del. ter., Anita Merhar¹, dipl. ter., dr. Lea Šuc¹, dipl. del. ter., doc. dr. Katja Groleger Sršen^{1, 2}, dr. med., spec. fiz in reh. med.

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

²Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, Ljubljana, Slovenija;

Korespondenca/Correspondence: anja.snedic@ir-rs.si, anita.merhar@ir-rs.si

Prispelo: 5. 11. 2018

Sprejeto: 20. 11. 2018

IZVLEČEK

Uvod: Postavljanje ciljev v rehabilitaciji in spremljanje otrokovega napredka ter uspešnosti terapevtske obravnave je za terapevte poseben izziv. **Metode:** V prispevku je predstavljen primer 5,5-letne deklice s cerebralno paralizo. Za ocenjevanje napredka smo za deklico uporabili standardiziran vprašalnik za ocenjevanje funkcijskih zmožnosti otrok (angl. PEDI), kanadski test izvajanja dejavnosti (angl. COPM) in lestvico doseganja ciljev (angl. GAS). **Rezultati:** Skupaj z deklico smo postavili tri cilje s področja skrbi zase: oblačenje majice, oblačenje jopice in zapenjanje zadrge. S testom COPM je svoje zmožnosti ob začetku programa rehabilitacije ocenila s povprečno oceno 2,3, ob koncu pa z oceno 7. Pri vseh aktivnostih je poročala tudi o nizki stopnji zadovoljstva (začetna povprečna ocena 3,3 in zaključna 4,6). Napredovala je tudi pri izvedbi izbranih treh veščin: zapenjanje zadrge od -2 do +1; oblačenje majice od -2 do +2; oblačenje jopice od -2 do 0. Sklep: Lestvica doseganja ciljev GAS se je izkazala kot učinkovit in uporaben ocenjevalni instrument. Rezultati ocene so pokazali spremembe, ki bi sicer ostale spregledane, a so potencialno klinično pomembne. Terapevtom je oblikovana lestvica pripomogla pri strukturiranju terapevtskega programa, dekličin napredek pa je bilo ob koncu terapij mogoče tudi objektivno ovrednotiti in ob ponovnem sprejemu ponovno preveriti dekličino izvedbo aktivnosti.

Ključne besede: lestvica doseganja ciljev, ocenjevanje, otrok, cerebralna paraliza.

ABSTRACT

Background: Setting goals in rehabilitation, monitoring of child's progress and the efficiency of therapeutic treatment becoming challenges rehabilitation therapists. **Methods:** The article presents an example of a 5.5-year-old girl with cerebral palsy, who was included in the therapeutic program. To assess progress, a standardized Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), a Canadian Occupational Performance Measure (COPM), and Goal Assessment Scaling (GAS) were used. Results: In cooperation with

the girl and her mother, we set three goals in the domain of self-care: dressing a t-shirt, dressing a sweatshirt and fastening a zipper. She assessed her capabilities with COPM at the beginning of the rehabilitation program with an average score of 2.3, and at the end with score of 7 points. In all activities, a low level of satisfaction was also reported (initial average score 3.3 and final 4.6 points). She also improved the performance of three selected skills: fastening the zipper from -2 to +1; dressing shirts from -2 to +2; dressing jacket from -2 to 0. Conclusion: The GAS has proved to be an effective and useful evaluation instrument. The results of the evaluation showed changes that would otherwise be overlooked even though potentially being clinically relevant. The initial assessment helped us to structure the therapeutic program. The progress of the girl could be objectively evaluated at the end of the therapy, and at the time of re-admission.

Key words:

Goal attainment scale, evaluation, child, cerebral palsy.

UVOD

Cerebralna paraliza je posledica nenapredujoče okvare ali poškodbe razvijajočih se možganov v času pred porodom, med njim ali v zgodnjem poporodnem obdobju. Okvara lahko vpliva na delovanje enega ali več področij možganov, odvisno od tega, kateri del je okvarjen. Motnje gibanja in nadzora drže lahko spremljajo še drugi pridruženi simptomi, kot so motnje občutenja in zaznavanja, motnje spoznavnih funkcij, sporazumevanja, govora, hranjenja, motnje vedenja in epilepsija (Carr et al., 2005).

Poznamo več možnosti za razvrščanje otrok s cerebralno paralizo, ki to opredeljujejo glede na patofiziologijo, spremembo mišičnega tonusa in porazdelitev funkcijskih motenj glede na anatomsko razporeditev po telesu. Patofiziološko ločimo spastično, diskinetično, ataksično in kombinirano obliko cerebralne paralize. Glede na spremembo mišičnega tonusa poznamo hipertonijo, hipotonijo in rigidnost. Glede na anatomsko razporeditev funkcijskih motenj ločimo monoplegijo – monoparezo, hemiplegijo – hemiparezo, diplegijo – diparezo, triplegijo – triparezo, kvadriplegijo – kvadriparezo (Bax et al., 2005). Spastična oblika cerebralne paralize je najpogostejša, pojavi se pri približno 70 do 80 odstotkih otrok s cerebralno paralizo (Cans, 2005).

Delovni terapevti med delovnoterapevtskimi obravnavami ocenjujemo funkcijske zmožnosti otrok, njihovo izvedbo aktivnosti in sodelovanje v različnih, za starost primernih dejavnostih. Skupaj z otroki in/ali njihovimi starši glede na ugotovljene težave postavljamo terapevtske cilje. Dobro postavljeni terapevtski cilji so nato vodilo za strukturiranje terapevtske obravnave, ob zaključku obravnave pa pomenijo možnost, da preverimo doseganje postavljenih ciljev ter ocenimo uspešnost terapevtske obravnave.

Z natančno začetno oceno funkcioniranja otroka v programu rehabilitacije izdelamo izhodišča za pripravo programa. V izbor in oblikovanje ciljev so vključeni otrok, njegovi starši in terapevtski tim, ki mu pomaga k okrevanju in izboljšanju funkcioniranja ter vključevanja v ožje in širše socialno okolje. Ocenjevanje funkcijskih sposobnosti in napredka otroka v programu rehabilitacije kljub številnim ocenjevalnim instrumentom, ki so na voljo v sodobnem času, še vedno ostaja izziv. Veliko vemo o tem, kako izbrati

ustrezen ocenjevalni instrument, preveriti njegove psihometrične lastnosti in upoštevati klinično pomembno spremembo rezultata. Tudi v redni klinični praksi nam kljub časovnim omejitvam prej ali slej postane jasno, da je dober ocenjevalni instrument zelo pomemben del celostne in kakovostne obravnave otroka. Omogoča nam, da se z otrokom in/ali njegovimi starši natančno pogovorimo o njegovih zmožnostih, ovrednotimo njegov napredek ter otroku in/ali njegovim staršem pomagamo pri razumevanju lastnih zmožnosti in omejitvah rehabilitacije (Groleger Sršen, 2018).

Napredek je pri otrocih v času (re)habilitacije lahko majhen, toda kljub vsemu klinično pomemben. Izbira ocenjevalnega instrumenta, ki je dovolj občutljiv na spremembe v funkcioniranju otroka s cerebralno paralizo, kljub velikemu številu ocenjevalnih instrumentov še vedno ostaja izziv. Ena izmed možnosti za učinkovito ocenjevanje različnih izbranih ciljev je lestvica doseganja ciljev (angl. Goal Attainment Scaling, GAS). To je metoda merjenja in spremljanja napredka skozi individualno postavljene cilje (Kiresuk & Sherman, 1968; Kleinrahm et al., 2013; Steenbeek et al., 2005; Zaza et al., 1999; Steenbeek et al., 2007; Mailoux et al., 2007; McDougall & King, 2007; McLaren & Rodger, 2003; Lynne, 2009).

S študijo primera smo želeli prikazati uporabnost lestvice GAS na ravni aktivnosti in sodelovanja za načrtovanje in oceno učinkovitosti delovnoterapevtske obravnave.

OPIS PRIMERA

Preiskovanec

Pri deklici, ki jo predstavljamo, je navzoča spastična oblika dipareze. Po sistemu za razvrščanje otrok s cerebralno paralizo glede na funkcijo grobega gibanja (GMFCS) (Palisano et al., 2008; Groleger & Vidmar, 2003) je razvrščena v stopnjo III. Mišični tonus je spastično povišan, bolj pri spodnjih udih, manj pri zgornjih, pri katerih so bile vidne predvsem težave pri izvedbi drobnih gibalnih spretnosti.

Spomladi 2017 je bila v starosti pet let in pol za dva tedna sprejeta v strnjeno terapevtsko obravnavo na otroški oddelek URI - Soča. Na področju gibanja je deklica zmogla obračanje po vzdolžni osi, prehod v sedenje ter stojo in stopanje po prostoru ob dodatni podpori. Za učinkovito izvedbo aktivnosti je potrebovala dobro podprto sedenje. Pri samostojnem sedenju ni bila dovolj zanesljiva. Med izvedbo aktivnosti v sedečem položaju se je nagibala v levo, nogi sta uhajali iz opore. Pri izvedbi vsakodnevnih aktivnosti, kot so oblačenje, slačenje in nega telesa, ni bila samostojna, vendar je sodelovala pri izvedbi, samostojno se je hranila s pripravljeno hrano ter zmogla uporabiti žlico in vilice. Z nožem še ni bila spretna.

Ocenjevalni instrumenti

PEDI

Vprašalnik za oceno funkcijskih zmožnosti otrok (angl. Pediatric evaluation of disability inventory, v nadaljevanju PEDI) (Haley et al., 1992) je standardiziran ocenjevalni instrument, ki ga uporabljamo za oceno funkcijskih zmožnosti otrok, starih od šest mesecev do sedem let in pol. Gre za strukturiran intervju, ki je namenjen oceni funkcijskih sposobnosti otrok z različnimi vrstami prirojenih in pridobljenih motenj. Sestavljajo ga

trije deli. Prvi del obsega oceno otrokovih funkcijskih sposobnosti na treh področjih – pri skrbi zase, gibanju in socialnih veščinah. Drugi del ocenjevalnega instrumenta je namenjen oceni stopnje pomoči staršev ali skrbnika na teh istih področjih. Tretji del vprašalnika se navezuje na prilagoditve, ki jih otrok uporablja ali potrebuje pri skrbi zase, gibanju in socialnih veščinah (Haley et al., 1992). Vprašalnik je standardiziran (Haley et al., 1992) in zanesljiv instrument (Nichols & Case-Smith, 1996); te psihometrične lastnosti je ohranil tudi po prevodu v slovenski jezik (Groleger Sršen in sod., 2005; Lenhart in sod., 2010).

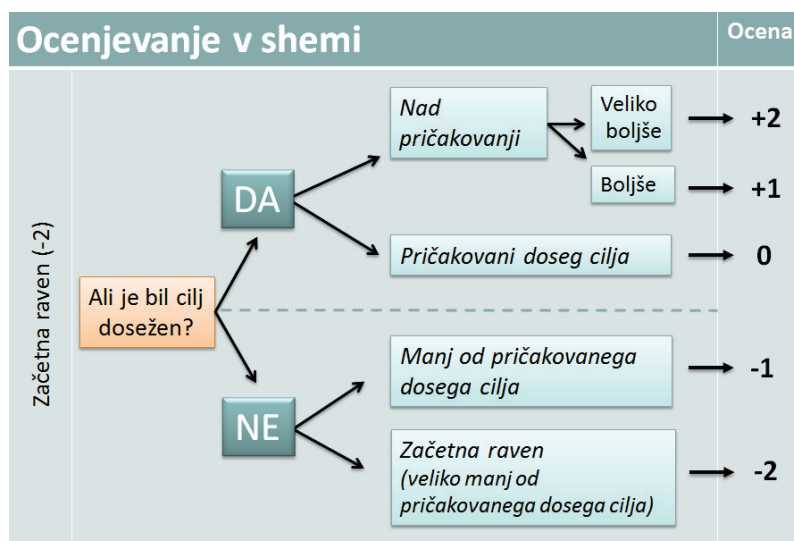
COPM

Kanadski test izvajanja dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure, v nadaljevanju COPM) je standardiziran ocenjevalni instrument test (Law et al., 1994), pri katerem bolnik v obliki polstrukturiranega intervjuja, ki ga vodi terapevt, ovrednoti težave pri izvajanju namenskih aktivnosti s področja skrbi zase, produktivnosti oziroma dela in prostega časa. Pri ocenjevanju bolnik ovrednoti izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo posamezne aktivnosti, pri tem pa uporabi analogno lestvico od 0 do 10. COPM je zanesljiv in veljaven instrument (Bosch, 1995) tudi po prevodu v slovenski jezik (Šuc & Švajger, 2018). Ob koncu obravnave ali po določenem časovnem intervalu oceno s testom COPM ponovimo in tako ocenimo bolnikov napredek v izvedbi ter njegovo zadovoljstvo (Law et al., 1994).

Lestvica doseganja ciljev

Lestvica doseganja ciljev GAS je prilagodljiva, v uporabnika usmerjena in individualno prilagojena, cilji pa so vidni in merljivi. Učinkovitost uporabe lestvice doseganja ciljev GAS so potrdili s številnimi raziskavami (Kiresuk & Sherman, 1968; Kleinrahm et al., 2013; Steenbeek et al., 2005; Zaza et al., 1999; Steenbeek et al., 2007; Mailoux et al., 2007; McDougall & King, 2007; McLaren & Rodger, 2003; Lynne, 2009; Williams & Steig, 1986). Oblikovani cilji terapevtu služijo kot izhodišče oziroma smernice pri oblikovanju terapevtskega programa. Prednosti, ki ju lestvica doseganja ciljev GAS omogoča, sta vključevanje bolnika in svojcev pri oblikovanju ciljev ter spodbujanje sodelovanja znotraj tima, ki bolnika obravnava. Bolnikova neposredna vključenost pri oblikovanju ciljev spodbuja njegovo motivacijo pri vadbi za doseganje ciljev (Lynne, 2009).

Shema 1: Prikaz ocenjevanja aktivnosti po lestvici doseganja ciljev GAS



V osnovi gre za petstopenjsko lestvico z razponom od –2 do +2, pri čemer predpostavljamo, da pri bolniku pričakujemo izboljšanje funkcijskega stanja. Za lažje predstavljanje je v shemi 1 predstavljeno ocenjevanje aktivnosti glede na dosežen napredek. Pri postavitvi stopenj lestvice sta pomembna določitev časovnega okvira za doseg ciljev, torej določeno časovno obdobje terapijskega programa ali število vadbenih enot, ter oblikovanje smiselnih in dosegljivih ciljev znotraj posameznih stopenj lestvice. Izberemo si le eno spremenljivko, ki jo spreminjamo med posameznimi stopnjami. Razlike med posameznimi stopnjami morajo biti podobne in klinično pomembne (McDougall & King, 2007).

Potek terapijske obravnave

Deklica je bila v delovno terapijo napotena, da bi se naučila samostojno izvajati vsakodnevne aktivnosti. Pred začetkom rehabilitacije je dekličina mama izpolnila vprašalnik PEDI.

Tabela 1: Primer lestvice GAS za aktivnost: zapne in odpne zadrge, zna jo ločiti in združiti

AKTIVNOST:	Datum:	Izhodiščni položaj:	Zaključno ocenjevanje – dosežen cilj
Zapne in odpne zadrge, zna jo ločiti in združiti.	10.4.2018	Sede na stolu primerne višine (stopala so podprta na tleh), z naslonjalom zadaj, z oblečeno jopico na zadrge.	
Cilji po GAS lestvici:	-2	samostojno si zapne že sestavljeno in do 1/3 zapeto zadrge	
	-1	z vodenjem preko dekličinih rok, skupaj sestavimo zadrge, jo zapnemo do 1/3, nato jo samostojno zapne do vrha	
	0	z vodenjem preko dekličinih rok skupaj sestavimo zadrge, nato jo samostojno zapne do vrha	20.4.2018
	+1	levi del zadrge deklici pridržimo, nato sama sestavi in zapne zadrge do vrha	8.8.2018
	+2	deklica samostojno zapne zadrge	

Tabela 2: Primer lestvice GAS za aktivnost: obleče si majico, obleko ali pulover

AKTIVNOST:	Datum:	Izhodiščni položaj:	Zaključno ocenjevanje – dosežen cilj
Obleče si majico, obleko ali pulover		Sede na stolu primerne višine (stopala so podprta na tleh), z naslonjalom zadaj, majico ima pripravljeno na kolenih.	
Cilji po GAS lestvici:	-2	deklica potrebuje fizično pomoč pri potisku leve in desne roke v rokav in pri potegu majice preko hrbta	
	-1	deklica potrebuje fizično pomoč pri potisku leve roke v rokav in potegu majice preko hrbta	
	0	deklica potrebuje fizično pomoč pri potisku leve roke v rokav	
	+1	deklica potrebuje pomoč v obliki verbalnih navodil, kadar pri katerem od korakov oblačenja majice pride do težav	20.4.2018
	+2	deklica samostojno obleče majico	8.8.2018

Za delovne terapije je bil pomemben predvsem sklop vprašanj s področja skrbi zase, ki vključuje hranjenje, osebno higieno, kopanje, oblačenje in uporabo stranišča. Ugotovili smo, da deklica na tem področju zmora manj kot njeni vrstniki (skupni rezultat področja skrbi zase 53 in percentilni rezultat 28,3).

Z deklico in njeno mamo smo nato s pomočjo polstrukturiranega intervjuja COPM izbrali tri kratkoročne cilje s področja skrbi zase: zapenjanje zadrge (veščina v PEDI št. 48: zapne in odpne zadrgo, zna jo ločiti in združiti), oblačenje majice (veščina v PEDI št. 41: obleče si majico, obleko ali pulover) ter oblačenje jopice (veščina v PEDI št. 42: obleče si srajco/jopico). Deklica je ocenila svojo izvedbo in zadovoljstvo za izbrane aktivnosti. Glede na dekličino dejansko izvedbo aktivnosti smo oblikovali stopnje treh lestvic doseganja ciljev (tabele 1, 2 in 3).

Tabela 3: Primer lestvice GAS za aktivnost: obleče si srajco/jopico

AKTIVNOST:	Datum:	izhodišni položaj:	Zaključno ocenjevanje – dosežen cilj
<i>Obleče si srajco/jopico</i>	10.4.2018	Sede na stolu primerne višine (stopala so podprta na tleh) z naslonjalom zadaj, jopico ima pripravljeno na kolenih.	
Cilji po GAS lestvici:	-2	fizično pomoč potrebuje pri potisku leve roke v rokav, potegu jopice preko hrbta in potisku desne roke v rokav	
	-1	fizično pomoč potrebuje pri potegu jopice preko hrbta in potisku desne roke v rokav	
	0	fizično pomoč potrebuje pri potegu jopice preko hrbta in verbalna navodila za potisk leve in desne roke v rokav	20.4.2018 8.8.2018
	+1	fizično pomoč potrebuje pri potegu jopice preko hrbta in verbalna navodila za potisk desne roke v rokav	
	+2	verbalna navodila in občasno fizično pomoč deklica potrebuje pri potegu jopice preko hrbta	

Lestvico doseganja ciljev GAS in njen namen smo predstavili tudi dekličini mami, tako da smo deklico k učenju izbranih veščin vsi lahko spodbujali na enak način. Aktivnosti smo med terapevtskim programom vadili vsak dan v enakem izhodiščnem položaju, z enakimi navodili. Ob koncu terapevtskega programa smo izvedbo izbranih veščin pri deklici ponovno ocenili. Mama je izpolnila vprašalnik PEDI, deklica je svoje videnje izvedbe aktivnosti in zadovoljstva ob tem ocenila s pomočjo ocenjevalnega instrumenta COPM, terapevti pa smo jo ocenili s pomočjo lestvice doseganja ciljev GAS.

Deklica je bila po treh mesecih ponovno sprejeta v rehabilitacijo na URI - Soča in takrat smo ponovili ocenjevanje izbranih aktivnosti s pomočjo lestvice doseganja ciljev GAS in vprašalnika PEDI. Mama in deklica sta vse tri lestvice doseganja ciljev dobili tudi za delo v domačem okolju. Želeli smo spodbuditi nadaljevanje vadbe v domačem okolju oziroma ohranjanje že pridobljenih spretnosti.

REZULTATI

Skupaj z deklico in njeno mamo smo na začetku rehabilitacije postavili tri cilje s področja skrbi zase: oblačenje majice, oblačenje jopice in zapenjanje zadrge.

Na začetku je svojo zmožnost izvedbe po COPM-u deklica ocenila s povprečno oceno 2,3. Pri vseh aktivnostih je poročala tudi o nizki stopnji zadovoljstva, ki jo je ocenila s povprečno oceno 3,3.

V programu rehabilitacije je prišlo do izboljšanja, saj je deklica ob zaključnem ocenjevanju tako izvedbo kot zadovoljstvo pri vseh izbranih aktivnostih ocenila z višjimi ocenami. Zmožnost izvedbe je ocenila s povprečno oceno 7 in stopnjo zadovoljstva s povprečno oceno 4,6, torej se je po dekličinih ocenah njena izvedba izbranih aktivnosti zvišala za 4,7

točke in zadovoljstva za 1,3 točke.

S pomočjo lestvice doseganja ciljev GAS smo ponovno ocenili dekličino izvedbo izbranih aktivnosti.

Zapenjanje zadrge: ob začetku rehabilitacije je deklica dosegla oceno -2, kar pomeni, da je zmogla samostojno zapeti zadrgo do $\frac{1}{3}$. Ob koncu terapijskega programa pa je dosegla oceno 0, kar pomeni, da z vodenjem prek dekličinih rok skupaj sestavimo zadrgo, nato jo samostojno zapne do vrha. Deklica je napredovala. Ob ponovnem sprejemu čez tri mesece je dosegla oceno +1, kar pomeni, da levi del zadrge deklici pridržimo, nato sama sestavi in zapne zadrgo do vrha.

Oblačenje majice: ob začetku rehabilitacije je deklica dosegla oceno -2, kar pomeni, da je potrebovala fizično pomoč pri potisku leve in desne roke v rokav in pri potegu majice čez hrbet. Ob koncu terapijskega programa pa je dosegla oceno +1, kar pomeni, da je potrebovala pomoč v obliki verbalnih navodil, kadar je pri katerem izmed korakov oblačenja majice prišlo do težav. Ob ponovnem sprejemu čez tri mesece je dosegla oceno +2, kar pomeni, da je samostojno oblekla majico.

Oblačenje jopice: ob začetku rehabilitacije je deklica dosegla oceno -2, kar pomeni, da je fizično pomoč potrebovala pri potisku leve roke v rokav, pri potegu jopice čez hrbet in pri potisku desne roke v rokav. Ob koncu terapijskega programa je dosegla oceno 0, kar pomeni, da je fizično pomoč potrebovala pri potegu jopice čez hrbet in ustna navodila za potisk leve in desne roke v rokav. Ob ponovnem sprejemu je prav tako dosegla oceno 0, kar pomeni, da pri tej aktivnosti v domačem okolju ni napredovala.

Dekličina mama je ob začetku in koncu ter ob ponovnem sprejemu na otroški oddelek URI - Soča izpolnila vprašalnik PEDI. Med začetkom in koncem rehabilitacije vprašalnik ni pokazal sprememb, torej ni zaznal napredka. Ob ponovnem sprejemu je deklica dosegla 5 točk več.

RAZPRAVA

Glede na dobljene rezultate smo ugotovili, da test PEDI, ki ga navadno uporabljamo za spremljanje otrokovega napredka, ni dovolj občutljiv za manjše spremembe v času rehabilitacije, ki traja dva tedna. Ocenjevanje z lestvico doseganja ciljev GAS nam je omogočilo, da smo v tudi v času dveh tednov že lahko pokazali napredek deklice s cerebralno paralizo pri izvedbi izbranih aktivnosti. Podobno so ugotovile že avtorice raziskave, pri kateri se je pokazalo, da so rezultati GAS zmerno pozitivno povezani z rezultati vprašalnika PEDI, pri čemer je lestvica doseganja ciljev GAS pokazala manjše spremembe kot rezultati ocene z vprašalnikom PEDI in je bila torej bolj občutljiva (Merhar in sod., 2016).

V povezavi s postavljanjem ciljev se je od omenjenih ocenjevalnih instrumentov uveljavil še COPM. Tuja literatura pri postavljanju ciljev v delovni terapiji in na področju nevrologije priporoča hkratno uporabo testa COPM in lestvice doseganja ciljev GAS. Slednja je bil v Sloveniji že prepoznana kot uporaben ocenjevalni instrument, vendar se za zdaj uporablja le občasno, medtem ko je COPM že dobro uveljavljen (Šuc & Švajger, 2018). Tudi rezultati ocenjevanja s testom COPM so pri predstavljeni deklici pokazali napredek v kratkem času rehabilitacije.

Če torej želimo pravilno ovrednotiti program rehabilitacije in otrokov napredek, moramo izbrati ustrezne merilne inštrumente. Študija primera nam jasno pokaže, da je hkratna uporaba PEDI-ja, COPM-a in GAS-a smiselna. Terapevt prek vprašalnika PEDI, ki ga izpolni eden izmed otrokovih staršev, dobi vpogled v otrokove veščine, ki naj bi jih usvojil v posameznem razvojnem obdobju. COPM nam pomaga pri spremljanju otrokovega napredka in učinkovitosti terapevtskega programa skozi videnje in razumevanje otroka. Test je namenjen spremljanju posameznega otroka in ne primerjavi z vrstniki. Lestvica doseganja ciljev GAS nam omogoči zapisati natančne stopnje posamezne veščine po korakih, kar nam pomaga tudi pri oblikovanju navodil, kako z otrokom vadimo določeno izbrano veščino. Hkrati je prav zato GAS dovolj občutljiva, da zazna že majhne spremembe.

ZAKLJUČEK

Z ocenjevalnimi instrumenti v rehabilitaciji pridobimo podatke o otrokovih zmogljivostih, ki so bistveni za njihovo vsakodnevno funkcioniranje. Lestvica doseganja ciljev GAS se je izkazala za učinkovit in občutljiv pripomoček pri spremljanju otrokovega napredka v času rehabilitacije in pozneje pri ohranjanju pridobljenih spretnosti v domačem okolju. Ocena z lestvico GAS je potrdila napredek deklice v programu rehabilitacije, z oceno z vprašalnikom PEDI pa tega nismo mogli pokazati. Kljub temu menimo, da je uporaba vprašalnika PEDI pomembna in potrebna, saj smo s pomočjo vprašalnika PEDI lažje izbrali primerne cilje, s testom COPM pa smo lahko ocenili izvedbo in stopnjo zadovoljstva deklice. Glede na rezultate ocenjevanja predstavljenega primera menimo, da bi ocenjevanje z lestvico doseganja ciljev moralo postati del redne klinične prakse v kombinaciji z vprašalnikom PEDI in testom COPM.

LITERATURA

- Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol* 47: 571–6.
- Bosch J (1995). The reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure. Master's Thesis. McMaster University, Hamilton, ON, Canada.
- Cans C (2005). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Dev Med Child Neurol* 47: 571–6.
- Carr LJ, Reddy SK et al. (2005). Definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 47 (8): 508–10.
- Grolegger K, Vidmar G (2003). Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy: reliability of parents' classification of their children. *Dev Med & Child Neurol* 97: 43.
- Grolegger Sršen K (2018). Določanje ciljev in lestvica doseganja ciljev, Goal setting and goal attainment Scaling. *Rehabilitacija* 17 (1): 38–43.

Groleger Sršen K, Vidmar G, Zupan A (2005). Applicability of the pediatric evaluation of disability inventory in Slovenia. *J Child Neurol* 20: 411–6.

Haley SM, Coster WJ, Faas RM (1992). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): development, standardization and administration manual version 1.0*. Boston: New England Medical Center Hospitals.

Kiresuk T, Sherman R (1968). Goal Attainment Scaling: a general method for evaluating community mental health programs. *Community Ment Health J* 4: 443–53.

Kleinrahm K, Keller K, Lutz K, Kölch M, Fegert JM (2013). Assessing change in the behavior of children and adolescents in youth welfare institutions using goal attainment scaling. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.

Law M, Polatajko H, Pollock N, et al. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. *Can J Occup Ther* 61: 191–7.

Lenhart L in sod. (2010). Vprašalnik za oceno funkcijskih sposobnosti otrok (PEDI): zanesljivost med ocenjevalci. *Rehabilitacija* 9 (2): 36–41.

Lynne TS (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clin Rehabil* 23: 362–70.

Mailoux Z et al. (2007). Goal Attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *Am J Occup Ther* 61 (2): 245–59.

McDougall J, King G (2007). *Goal attainment scaling: description, utility and application in pediatric therapy services*. London: Thames Valley Children's Centre.

McLaren C, Rodger S (2003). Goal attainment scaling: Clinical implications for pediatric occupational therapy practice. *Aust Occup Ther J* 50 (4): 216–24.

Merhar A et al. (2016). Lestvica doseganja ciljev za vrednotenje napredka v obravnavi otrok s posebnimi potrebami. *Rehabilitacija* 15 (2): 36–42.

Nichols DS, Case-Smith J (1996). Reliability and Validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Pediatric Physical Therapy* 8: 15–24.

Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol* 50: 744–50.

Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW (2007). Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: a critical review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 49: 550–6.

Steenbeek D, Meester-Delver A, Becher JG, Lankhorst GJ (2005). The effect of botulinum

toxin type A treatment of the lower extremity on the level of functional abilities in children with cerebral palsy: evaluation with goal attainment scaling. *Clin Rehabil* 19: 274–82.

Šuc L, Švajger A (2018). Postavljanje ciljev v delovni terapiji in uporaba kanadske metode za ocenjevanje izvajanja dejavnosti: razlike med začetniki in izkušenimi terapevti. *Rehabilitacija* 17 (1): 44–53.

Williams RC, Steig RL (1986). Validity and therapeutic efficiency of individual goal attainment procedures in a chronic pain treatment centre. *Clin J Pain* 2(4): 219–28.

Zaza C, Stolee P, Prkachin K (1999). The application of Goal Attainment Scaling in chronic pain settings. *J Pain Symptom Manage* 17: 55–64.

**UPORABA MODELA KAWA V AMBULANTNI DELOVNOTERAPEVTSKI
OBRAVNAVI PACIENTKE Z OTROŠKO PARALIZO – KLINIČNA ŠTUDIJA
PRIMERA**

**USE OF KAWA MODEL IN TREATMENT OF PATIENT WITH POLIO IN
OUTPATIENT OCCUPATIONAL THERAPY DEPARTMENT – CLINICAL CASE
REPORT**

Barbara Osolnik¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova ulica 51, Ljubljana

Korespondenca/Correspondence: barbara.osolnik@ir-rs.si

Prispelo: 20. 11. 2018

Sprejeto: 29. 11. 2018

IZVLEČEK

Uvod: V ambulanti delovne terapije v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu - Soča (URI - Soča) obravnavamo paciente z različnimi poškodbami rok in paciente z zmanjšano funkcijo zgornje okončine, ki so posledice preteklih bolezenskih stanj. Obravnava pacientov je usmerjena na optimizacijo funkcije roke in temelji na biomedicinskem modelu. Napredek delovnoterapevtske obravnave merimo s kratkim vprašalnikom Funkcionalnost zgornje okončine, ramena in roke (QuickDASH), z dinamometrom idr. **Metoda:** S to študijo želimo predstaviti primer dobre prakse obravnave pacientke po preboleli otroški paralizi, ki je bila v ambulantno delovno terapijo napotena, da bi izboljšala motorične spretnosti zgornjih okončin. Delovni terapevt se je odločil, da bo za načrtovanje in vodenje obravnave uporabil model Kawa. Pacientka je pod vodstvom terapevta narisala svojo reko. Potek delovnoterapevtske obravnave se je glede na vsebino reke v času rehabilitacije nadgrajeval in dopolnjeval. Dopolnjevanje reke je obogatilo in nadgradilo delovnoterapevtsko obravnavo, ji dalo dodatno vrednost in pripomoglo k zadovoljivemu izidu obravnave. **Rezultati:** Pacientka je v času trajanja terapije v domačem okolju z metodo načrtovanja postopno in sistematično uredila dokumente. S strategijami adaptacije izvedbe aktivnosti in s stopnjevanjem je postopno očistila kuhinjske omarice in tla. Z našo podporo se je udeležila skupine za odvajanje od kajenja, včlanila se je v društvo paralizikov, pridobila je parkirno kartico za invalide in večdnevno rehabilitacijo v zdravilišču. **Sklep:** Uporaba modela Kawa v delovnoterapevtski obravnavi je bilo vodilo pri pridobivanju informacij in vključevanju pacientke na vsa področja človekovega delovanja. Tvrstna obravnava je bila zelo kreativna in konstruktivna, tako za pacientko kot za terapevta. Pacientka je uporabo izbranega modela Kawa v delovnoterapevtski obravnavi ocenila kot motivacijski dejavnik, ki je pripomogel k uspešnemu in zadovoljivemu izidu obravnave.

Ključne besede: otroška paraliza, ambulantna delovna terapija, model Kawa, obravnava, usmerjena na posameznika.

ABSTRACT

Background: In the outpatient occupational therapy department at the University Rehabilitation Institute – Soča (URI - Soča), we treat patients after different injuries of upper limbs as well as patients who have reduced upper limb function due to different conditions. The goal of treatment in occupational therapy is usually to optimize upper limb function based on biomedical approach. Progress of therapeutic intervention is measured with QuickDASH and with dynamometer. **Method:** The aim of this clinical case report is to demonstrate good clinical practice in the outpatient occupational therapy department. The patient was referred to the outpatient occupational therapy department for improvement of fine motor skills due to her polio. The occupational therapist decided to use Kawa model to plan the interventions. The patient drew her river under the guidance of the occupational therapist. The occupational therapy process evolved depending on the contents of her river. Some contents of the river were added in time also with evolving rapport in the therapy setting. These were thought of as added bonus to the therapy process. **Results:** While attending occupational therapy sessions she was encouraged to plan and gradually organize her documentation. With activity adaptation and pacing she cleaned kitchen shelves and cleaned the floor. Through our intervention the patient started attending smoking cessation group, she joined paralytic association, she obtained a disability parking disk and several days of rehabilitation in the health spa. **Conclusions:** The use of Kawa model in the outpatient occupational therapy department assisted in information gathering and including patient in all fields of participation. The occupational therapy intervention in this clinical case was very creative and constructive for both the patient and therapist. The patient found this model very motivational and we feel it offered successful rehabilitation outcome.

Key words: polio, outpatient occupational therapy, Kawa model, client-centered practice.

UVOD

Otroška paraliza je zelo nalezljiva bolezen, ki jo povzroča virus otroške paralize (poliovirus) in se s stikom med ljudmi zlahka prenaša (Slovenski medicinski slovar, 2012–2018). Bolezen se prenaša predvsem po fekalno-oralni poti, z zaužitjem okužene vode ali hrane (Kew in sod., 2005). Virus lahko pri okuženem človeku napade možgane in hrbtenjačo ter povzroči paralizo (vir: <https://www.cdc.gov/polio/about/>). V 20. stoletju je bila otroška paraliza ena najbolj zastrašujočih otroških bolezni in je povzročila številne smrti in primere ohromelosti. Epidemije otroške paralize, ki so povzročile tisoče ohromitev otrok in odraslih, so strokovnjake spodbudile, da so začeli iskati učinkovito cepivo, ki so ga razvili v 50. letih. Cepljenje je povzročilo upad obolevnosti z več sto tisoč na okoli tisoč primerov na leto (Aylward, 2006). Na Slovenskem se je otroška paraliza prvič pojavila leta 1946. Leta 1957 je bilo v Sloveniji uvedeno cepljenje proti otroški paralizi in leta 1964 postalo del obveznega programa cepljenja (Kraigher in sod., 2011). Specifičnega zdravljenja za otroško paralizo ne poznamo. Potrebna je dobra fizioterapevtska obravnava, včasih uporaba opornic ali celo ortopedska operacija (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018).

Invalidne osebe z okvaro perifernega motoričnega nevrona (diagnosticirana paraliza) se imenujejo tudi paralitiki. Klinično se ta okvara kaže kot flakcidna paraliza enega ali več udov oz. trupa, odsotnost spastičnosti, ohranjeni sta senzibiliteta in kontrola sfinktrov. Sistemske prizadetosti ni, njihovo stanje pa je dokončno. Zaradi posledic navedene

okvare je lahko oseba trajno vezana na invalidski voziček. Pri premikanju in hoji na krajše razdalje uporablja oporne palice oz. druge ortopedske pripomočke za premagovanje daljših razdalj (Društvo paralizikov, 2018). Paraliziki imajo možnost obravnave pri fiziatru, ki jim na podlagi njihove klinične slike in težav v vsakodnevnom funkcioniranju predpiše obnovitveno delovno terapijo in fizioterapijo v URI - Soča. Do tovrstne obravnave so upravičeni vsaki dve leti.

Delovni terapevti pri obravnavi pacientov v ambulanti še vedno uporabljamo biomedicinski model obravnave in smo usmerjeni v funkcijo ter dejavnosti. Z uporabo modela Kawa v tej klinični študije primera pacientke z otroško paralizo smo prešli z biomedicinskega modela obravnave na biopsihosocialni model obravnave. Znotraj pristopa, usmerjenega na pacientko, smo upoštevali pacientkine potrebe, želje, navade in značilnosti okolja, iz katerega prihaja (Ocepek in sod., 2017). Ljudje, njihovo okolje in njihove interakcije v vsakodnevnom življenju so edinstvene in zelo kompleksne, zato se mora delovnoterapevtski proces začeti in potekati okrog zgodb vsakdana ljudi (Teoh in Iwama, 2015).

Namen študije primera je prikazati delovnoterapevtski proces obravnave pacientke, napotene v ambulantno delovno terapijo, da bi izboljšala motorične spretnosti zgornjih okončin. Prikazati želimo uporabo modela Kawa skozi celoten delovnoterapevtski proces obravnave od seznanitve z uporabnico, ocenjevanja, uporabe terapevtskih tehnik in strategij, izvedbe aktivnosti, rabe pripomočkov, prilagajanja okolja in delovanja ter vključevanja pacientke na vsa področja človekovega delovanja.

ŠTUDIJA PRIMERA

68-letna pacientka, napotena na ambulantno obravnavo v delovni terapiji, je leta 1956, v starosti 8 let, prebolela otroško paralizo (paraliza vseh razen dihalnih mišic). Bila je tudi hospitalizirana. Njeno zdravstveno stanje se je nato izboljšalo. Imela je le minimalne težave. Hodila je brez vseh pripomočkov. Pri izvedbi vsakodnevni aktivnosti je bila povsem samostojna, opravljala je delo medicinske sestre. Zadnja leta je opažala hitro slabšanje svojega stanja, zato je pri hoji zunaj bivalnega okolja uporabljala eno berglo. Velike težave je navajala pri hoji po stopnicah, saj živi v stanovanju v petem nadstropju. Zaradi težav s hojo je v preteklem obdobju tudi padla, vendar se ni močneje poškodovala. V delovno terapijo je bila napotena, da bi izboljšala motorične spretnosti zgornjih okončin.

Obravnavava

Začetno ocenjevanje

Na začetku obravnave smo pri pacientki izvedli test grobe mišične moči z dinamometrom. Njeni rezultati so pokazali občutno višjo mišično moč tako desne kot leve roke glede na normo (zdrave ženske njenih let), in sicer je imela na desni strani stisk 35,3 kg, normativ za njeno starost pa je 22,5 kg, ter na levi 38,0 kg, normativ za njeno starost pa je 18,6 kg. Oba rezultata sta bila občutno boljša kot pri zdravi populaciji njene starosti. Na desni strani je bila groba mišična moč boljša za dobrih 56 odstotkov, na levi strani pa za skoraj 105 odstotkov. To je bil izjemen rezultat, kar je verjetno posledica uporabe bergel v zadnjih letih in dejstva, da se je skozi življenje navadila več uporabljati svoje zgornje okončine, s čimer je kompenzirala slabšanje stanja spodnjih okončin.

Pacientka je na začetku obravnave izpolnila kratek vprašalnik Funkcionalnost zgornje okončine, ramena in roke (QuickDASH) (vir: Institute for Work & Health 2006-2013), pri katerem je dosegla 2,5 točke od 100 točk. Rezultat z oceno 0 nakazuje najmanjšo oviranost pri aktivnostih. Glede na rezultat je razvidno, da pacientke težave s fino motoriko ne ovirajo pri aktivnostih, vključenih v vprašalniku QuickDASH.

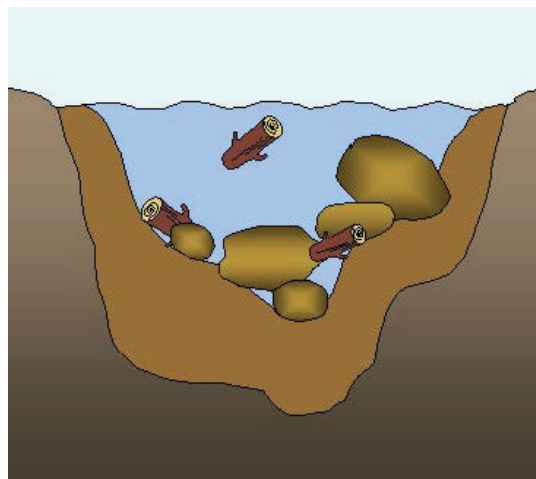
Glede na cilj obravnave – izboljšanje motoričnih spretnosti zgornjih okončin – smo za pacientko izbrali pripravljalne in namenske aktivnosti pobiranja žebličkov, šivanja z vezalko in podobno, da bi se njene motorične spretnosti izboljšale za čim bolj neodvisno funkcioniranje v vsakodnevnih aktivnostih.

Med prvo terapijo je pacientka v pogovoru s terapevtom omenila nezadovoljstvo s svojim življenjem. Glede na rezultate grobe mišične moči, ki niso utemeljevali dodatne krepitve zgornjih okončin, se je terapevt odločil, da ji predstavi model Kawa kot možen način obravnave v delovni terapiji. Pacientko tovrsten pristop zanimal.

Trenutni konceptualni modeli so bili identificirani kot kulturno neobčutljivi (Fisher, 2005; Gray and McPherson, 2005). Če v delvnoterapevski praksi ne upoštevamo kulturnega konteksta posameznika, lahko naša obravnava postane zatiralska in kontraproduktivna (Carmody in sod., 2007). Tako bi delvnoterapevsko obravnavo osiromašili (Iwama, 2003; Iwama, 2004a). Namen delvnoterapevske obravnave je osredotočenost na uporabnika in skupno postavljanje ciljev obravnave, ki vključujejo njemu smiselne vsakodnevne aktivnosti in vrednote (Chiang in Carlson, 2003), zato enotna uporaba modelov v praksi ne spada v filozofijo delovne terapije (Iwama, 2004b).

Model Kawa je terapevtska metoda, ki so jo razvili japonski delovni terapevti. Z njim so avtorji želeli zapolniti vrzel v stroki, ki bi imela v svoji sredi model, ki je kulturno pomemben (Carmody, 2007). Beseda kawa v japonščini pomeni reka (Teoh in Iwama, 2015). Model Kawa uporabi reko kot metaforo za življenje, pacient pod vodstvom in ob navodilih terapevta nariše presek svoje reke življenja. Ta presek je lahko pretekla reka, sedanja oziroma trenutna ali prihodnja reka. Ker smo v tem primeru model Kawa uporabili kot modaliteto terapije (Teoh in Iwama, 2015), smo s pacientko narisali njeno sedanjo oziroma trenutno reko, saj smo želeli definirati njene trenutne težave in videti, kje so možnosti za delvnoterapevsko intervencijo. Pri modelu Kawa je oseba del okolja, v katerem prebiva (fizično, socialno, kulturno, vrednote, narava itn.), in nanjo ne gledamo kot na posameznika, izvezetega iz njegovega okolja.

Slika 1: Model Kawa – shema modela reke



Risanje reke

Delovni terapevt pacientko vodi pri postopnem risanju preseka njene trenutne reke (slika 1), tako da najprej nariše *breg reke in rečno dno*, kar predstavlja njeno fizično in socialno okolje. Nato pacientka v reko vriše *skale*, ki predstavljajo trenutne težave v njenem življenju. Terapevt jo vodi tako, da nariše skalo večjih težav veliko, manjših težav pa majhno. V skalo nato vpiše, kaj ta predstavlja. Nato pacientka v svojo reko nariše *naplavine* (hlode), ki predstavljajo njene pozitivne ali negativne osebnostne lastnosti, ter jih poskuša narisati k skali, s katero se te naplavine najtesneje povezujejo. Kot zadnjo strukturo v reko pacientka nariše *ribe*, ki predstavljajo pozitivne elemente v njenem življenju (Osolnik in Perme Sušnik, 2018).

Pogovor o narisani reki

Terapevt se s pacientko pogovori o njeni reki in potencialnih možnostih za delovnoterapevtsko intervencijo. Zgodba o pacientki je bila podprta in se je nadgrajevala ter dopolnjevala tudi z neformalnimi pogovori med pacientko in terapevtom v času izvajanja pripravljanih in namenskih aktivnosti v prostorih delovne terapije. S količino časa, ki ga je pacientka preživela v terapevtskih prostorih, so na dan prihajale vedno nove težave. Krepil se je pozitiven terapevtski odnos med pacientko in terapevtko, kar je pripomoglo k uspešnemu poteku obravnave. Pogovor s pacientko o njeni reki je izpostavil nekatere spodaj omenjene podrobnosti pri posameznih sestavnih delih reke.

Rečno dno in rečne brežine – socialno in fizično okolje

V pacientkini reki so rečno dno in rečno brežino predstavljale klančine, po katerih težko hodi in ji predstavljajo veliko fizično in socialno oviro v okolju, zato se jim namerno izogiba. Posledično za pacientko to pomeni zmanjševanje socialne mreže in socialno izključenost, če je do vstopa treba premagati razdaljo po klančini.

»Nič prijateljev« je naslednji zapis, ob katerem pacientka pove, da ima samo eno prijateljico, ki živi v istem bloku, a veliko govori. Sama nikoli ne pride do besede in zato s sosedo ne more deliti svojih težav. To pacientko zelo bremeni in jo občasno tudi jezi.

»Zobje« v tem fizičnem in socialnem okolju pacientko povezujejo s težavami z zobno protezo ter parodontozo, ki ji bo sledila izdelava nove zobne proteze. To je pomenilo, da veliko svojega časa porabi na poti do zobozdravnika ter v ordinaciji in da je to pomemben del njenega socialnega in fizičnega okolja.

V ta predel reke je pacientka pozneje dopisala »bife«, v katerem je vsak dan pila kavo in se z drugimi gosti lokala le površinsko pogovarjala, če so oni začeli pogovor z njo. Kot bomo videli pozneje, se je to lepo povezovalo z njeno naplavino v reki.

Skale – ovire oziroma trenutne težave v življenju

Pacientka je kot skale v svoji reki narisala »polio« – otroško paralizo, ki je vzrok za njene težave z mobilnostjo in spretnostjo zgornjih okončin. Predvidevamo, da je otroška

paraliza vplivala tudi na njeno osebnostno lastnost, ki jo je narisala kot naplavino. »Stanovanje« je naslednja skala v njeni reki. Po njenih besedah je neurejeno, zanemarjeno, potrebno čiščenja, urejanja in beljenja. Ta skala jo je zelo bremenila in se je sramovala, kar je skozi delovnoterapevtski proces tudi verbalizirala.

Naslednja skala je »kajenje«, ki predstavlja njeno razvado, ki se je želi znebiti. Meni, da je to eden izmed vzrokov za neurejeno stanovanje.

Naslednja skala, »zobje«, se je zelo povezovala z dejstvom iz njenega socialnega okolja, kjer je navedla, da nima prijateljev. Ta skala se lepo povezuje tudi z njeno naplavino oziroma hlodom.

Pacientka je v reko vrisala še eno skalo, in sicer jo je poimenovala »denar«. Bila je v finančni stiski tudi zaradi urejanja nove zobne proteze.

Naplavine/hlodi – osebne lastnosti, vrednote

»Nesamozavest« (slaba samopodoba) je poimenovala naplavino v reki, ki jo spremlja že skozi vse življenje. Zaradi trenutnega stanja njenega zobovja je bila njena nesamozavest še na dodatni preizkušnji in je vodila v socialno izključenost. Pove tudi, da si poklica medicinske sestre zaradi svoje slabe samopodobe in malo samozavesti ni izbrala sama, temveč so ji ga predlagali drugi. Njo je veselila metalurgija, ki se ji ni nikoli posvetila.

Ribe

Kot ribo v reki pacientka nariše svojo hčer in vnuka, ki sta po njenem pripovedovanju največja socialna mreža in stik z okoljem. Pacientka hčerke, s katero se družita enkrat na štirinajst dni, ne želi obremenjevati s svojimi težavami. Z vnukom je preživela velik del njegovih poletnih počitnic in je zdaj zadolžena, da ga dvakrat na teden pelje na popoldansko dejavnost.

Delovnoterapevtske intervencije

Kajenje

V pogovoru izrazi željo, da bi nehala kaditi. Meni, da ji je kajenje v veliko breme, vendar ni prepričana, ali bo zmogla sama nehati kaditi. Pove, da je v preteklosti kajenje že poskušala opustiti, vendar ji ni uspelo in zdaj spet kadi.

Delovni terapevt je pacientki pridobil podatke o lokalni skupini za odvajanje od kajenja. Spodbudili smo jo, da sama vzpostavi stik s skupino. Pri naslednjih terapijah je poročala, da je z lokalno skupino vzpostavila telefonski stik in se dogovorila za prvo srečanje. Srečanja skupine so enkrat na teden po uro in pol, vodi jih je medicinska sestra in trajajo šest tednov. Pacientka je po srečanju povedala, da ji način zmanjšanja kajenja ne ustreza in da bo raje poskusila kajenje popolnoma prenehati.

Po njenem zadnjem srečanju s skupino za odvajanje od kajenja je poročala, da na dan pokadi od pet do šest cigaret, kar je občutno zmanjšanje, saj je pred tem pokadila

približno 25 cigaret na dan. Po preteku šestih mesecev od zadnjega srečanja s skupino jo bo poklicala medicinska sestra ter preverila, kako ji gre, koliko pokadi ter če še potrebuje podporo skupine. Pacientka poroča, da se trenutno zaradi konkretnega zmanjšanja števila pokajenih cigaret počuti izgubljeno. Ugotovila je, da ji cigareti veliko pomenijo.

Neurejeno stanovanje

Pacientka opiše svoje stanovanje kot neurejeno. Meni, da so omarice potrebne generalnega čiščenja, vendar je v njih veliko dokumentov, papirjev in stvari, ki jih verjetno ne potrebuje več, in bi bilo treba najprej urediti papirje. Delovni terapevt ji predlaga, da se pospravljanja omaric in predalov loti postopno in stopnjevano. Pacientka sama določi, da bo eno dopoldne v tednu namenila urejanju dokumentacije.

Pacientka si prav tako želi očistiti kuhinjske omarice. Terapevt jo k temu spodbudi, vendar opozori, da naj tudi pri tem ne pretirava in naj to dejavnost v primernem času zaključi (na primer: čiščenje ene omarice na dan). Prav tako terapevt pacientko opozori na zagotavljanje varnosti pri sklanjanju, čepenju in vstajanju pri čiščenju omaric, za kar bo verjetno uporabila čistila. Dejavniki tveganja za padeč je, da čistilo pade na tla in povzroči padeč ali zdrs in morebitno poškodbo. Pacientka skupaj s terapevtom pregleda dejavnike tveganja za padeč, naredi načrt adaptirane izvedbe aktivnosti in terminski plan izvedbe aktivnosti. To je njena spodbuda za delo in preventivna strategija preprečevanja padcev.

Pacientka je ob poznejših prihodih na terapijo poročala, da je med urejanjem dokumentov uživala, da je našla veliko stvari, ki so jo spominjale na različne osebe in dogodke, kot na primer njen kolesarski izpit iz leta 1962, besedili dveh pesmi itn. V času obravnave je aktivnost urejanja papirjev uspešno končala.

S pacientko se pogovorimo tudi o rednem izvajanju hišnih opravil, kot sta pomivanje tal in sesanje, kar občuti kot breme. Pove, da jo zelo motijo ostanki krpe za pomivanje, ki po pomivanju ostanejo na tleh. Terapevt predlaga adaptirano izvedbo aktivnosti čiščenja tal, in sicer, da najprej pomije in nato poseša ter se tako izogne ostankom krpe na tleh. V nadaljevalnih obravnavah je pacientka poročala, da ji je tak način čiščenja tal všeč in da deluje.

Zmanjšana mobilnost

Med delovnoterapevtsko obravnavo je pacientka povedala, da ima večkrat težave pri vstopanju in izstopanju iz avtomobila. Zaradi svoje zmanjšane mobilnosti izvede transfer v avto tako, da vrata avtomobila popolnoma odpre, se usede na sedež ter nato dvigne obe nogi in jih prestavi v avto. Zaradi avtomobilov, ki so na parkirnih mestih parkirani zelo blizu njenega avtomobila, ima pri tej samostojni in uspešni ter varni izvedbi aktivnosti veliko težav. Terapevt iz pogovora povzame, da pacientka nima kartice za parkiranje na mestih za invalide.

Pacientko spodbudimo in ji damo prijavnico, da se včlani v društvo paralizikov Slovenije Paras, ker bi lahko z njihovo pomočjo in ponovno oceno invalidnosti prišla do parkirne

kartice za invalide. Napotimo jo do fiziatra, ki oceni stopnjo njene invalidnosti. Rezultat obiska fiziatra je pridobitev parkirne kartice za parkiranje na mestu za invalide. To ji je zelo olajšalo premik iz avta in vanj ter tudi skrajšalo pot pri premagovanju marsikatere razdalje.

Naslednja težava, ki jo je pacientka navedla, je povezana z uporabo stranišča v domačem okolju. Uporaba straniščne školjke ji zaradi neprimerne višine povzroča težave – školjka je namreč zanjo prenizka. Delovni terapevt ji predstavi možne nastavke za straniščno školjko in zdravnik tudi predpiše naročilnico za izdajo medicinskega pripomočka. Pacientka si je pripomoček nastavek za wc školjko namestila. Poroča, da je z uporabo pripomočka premik lažje izvedljiv.

Socialna izključenost

Z vključitvijo v društvo Paras je pacientka razširila svojo socialno mrežo in si je zapolnila dan. Kot članica društva je bila upravičena do 12-dnevne rehabilitacije v zdravilišču. Tega je bila zelo vesela in lahko bi rekli, da je bil to tako rekoč »dodatni produkt« obravnave, ki je bil zelo koristen tako zaradi izboljšanja fizične moči za pacientko kot zaradi širjenja socialne mreže in vključevanja v širšo okolico.

Pacientka je proti koncu obravnave povedala, da je njena edina prijateljica padla in se tako hudo poškodovala, da je bila potrebna hospitalizacija. Zaradi tega dogodka je bila vidno pretresena in šokirana. Pozneje je povedala, da je prijateljica umrla in da se sama pri sebi počuti slabo, ker je ni pred smrtjo obiskala. Bila je potrta in nerazpoložena, kar je zaznala tudi sama. Terapevt ji je svetoval pogovor z njenim osebnim zdravnikom.

Prilagajanje aktivnosti

Zaradi zmanjšanih motoričnih spretnosti rok in težav s prijemom pri uporabi pincete in ščipalca za nohte je terapevt svetoval, da pacientka te predmete prinese na terapijo. Prinesene predmete je terapevt prilagodil z vidika funkcionalnosti uporabe in glede na ohranjeno fino motoriko z namenom lažje uporabe pri izvajanju aktivnosti. Pinceto smo prilagodili z uporabo fimo mase, ki smo jo namestili na oba kraka pincete. Na ščipalec smo namestili tubularno peno, s čimer smo povečali debelino prijema oziroma manj drsečo površino (pena omogoča več trenja kot gladek ščipalec) in tako pacientki omogočili uporabo ščipalca. Po prilagoditvi je oba predmeta lažje uporabljala za samostojno izvajanje vsakodnevnih aktivnosti.

Risanje reke prihodnosti

Pred zaključkom delovnoterapevtskih obravnave smo s pacientko narisali tudi njeno prihodnjo reko. Želeli smo ugotoviti, kakšno življenje si želi v prihodnje oziroma v katerih aktivnostih vidi smisel. V tej reki je navedla risanje kot hlod oziroma naplavino, kar pomeni, da je to izbrala kot del njene lastnosti. Med pogovorom smo ugotovili, da je včasih rada risala oziroma slikala na platno z oljno tehniko. Njeno smiselno aktivnost risanje je opustila, ker je bila s finančnega vidika zanjo neizvedljiva. Kot alternativno aktivnost je v terapiji nato izbrala barvanje ulitkov iz mavca. Med aktivnostmi s področja

kreativnih tehnik se je naučila izdelovati tudi zapestnice in ogrlice z nizanem kroglic. Za izvedbo tovrstnih kreativnih tehnik je bila izjemno motivirana. Tovrstne prostočasovne tehnike so imele tudi namen krepitve funkcije malih sklepov rok.

Zaključno ocenjevanje

Pacientka je ob koncu obravnave v delovni terapiji pri testiranju grobe mišične moči z dinamometrom dosegla naslednje rezultate: desno 30 kg (norma 22,5 kg), levo 38 kg (norma 18,6 kg). Na desni strani je bil stisk za 5 kg manjši, na levi pa ni prišlo do sprememb. Zaradi nizke ocene pri začetnem vprašalniku QuickDASH, ki nakazuje na najmanjšo oviranost pri izvajanju aktivnosti, navedenih na vprašalniku, zaključnega ocenjevanja ne izvedemo.

RAZPRAVA

Delovnoterapevtska obravnava, predstavljena v klinični študiji primera, je v biomedicinskem okolju obravnave potekala precej drugače, saj smo z uporabo modela Kawa in risanjem reke trenutne življenjske situacije pacientke prišli do širokega nabora aktivnosti in situacij, pri katerih ima pacientka težave (Iwama, 2004b). Da bi rešili njene v reki izpostavljene težave oziroma omogočili samostojne izvedbo aktivnosti (transfer v avto), smo ji predlagali včlanjenje v društvo paralizikov Slovenije. Pacientka je s pomočjo društva pridobila parkirno kartico za parkiranje na prostoru za invalide in večdnevno rehabilitacijo v zdravilišču. Posledično je prišlo do izboljšanja njenega socialnega življenja, kar je bila sicer trenutna izboljšava, vendar ji je veliko pomenila. Med obravnavo smo od pacientke dobili veliko pozitivnih komentarjev tako glede poteka terapije kot tudi izraženega zadovoljstva z njenim prilagojenim izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti v domačem bivalnem okolju, s čimer smo prispevali k izboljšanju samostojne in neodvisne izvedbe aktivnosti, kar lahko primerjamo tudi z dosežki pri uporabi drugih modelov v delovnoterapevtski obravnavi (Legg et al., 2017). Kot povzetek doseženih rezultatov naj izpostavimo samo pacientkin komentar po prilagoditvi izvedbe aktivnosti čiščenja tal: »Drugačen način [čiščenja] deluje«. Pri aktivnosti organiziranje in urejanje dokumentacije iz predalov v fascikle je pacientka našla veliko predmetov, ki so v njej vzbudili prijetne spomine, kar je izrazila kot: »Obujala [sem] spomine. Uživala sem ob tem«. Tudi s komentarjem »Dokumenti so urejeni. Zdaj je več prostora [v predalih]« je izrazila pozitiven vpliv izvedbe aktivnosti na njeno počutje.

Z risanjem prihodnje reke uporaba modela Kawa terapevtu omogoči nova spoznanja (Iwama, 2004a). Terapevtovo spoznanje v omenjenem primeru je bilo, da je pacientka v preteklosti rada risala in da si to želi tudi v prihodnosti. Skupaj smo poiskali alternativo v aktivnosti barvanja mavčnih odlitkov s tempera barvami, kar je z navdušenjem sprejela. Hkrati smo aktivnost uporabili tudi kot namensko aktivnost za krepitev njene fine motorike, kar je bil tudi cilj njene napotitve v delovno terapijo.

SKLEP

Celovitejša in večplastna delovnoterapevtska obravnava je pacientki povečala tok življenja. Vseh njenih ovir v življenju seveda nismo mogli odstraniti ali jih vsaj omiliti. Ovira, ki je ostala v življenjskem okolju, so na primer stopnice do stanovanja. Veliko narisanih

struktur v reki smo odstranili oziroma smo njihov obseg zmanjšali, kar je prispevalo k večji pretočnosti reke njenega življenja. Kot v življenju večine ljudi nekatere bitke in izzivi ostajajo in so kot taki del večine naših življenj. Predstavljen primer ambulantne obravnave v delovni terapiji prikazuje možnost celostne obravnave po modelu Kawa, ki vpliva na različna področja človekovega delovanja in poleg izbire predstavljenega modela terapevtu omogoča uporabo drugih tehnik in pristopov za zmanjševanje ovir v reki.

LITERATURA

Aylward R (2006). Eradicating polio: today's challenges and tomorrow's legacy. *Ann Trop Med Parasitol* 100 (5–6): 401–13.

Carmody S, Nolan R, Ni Chonchuir N, Curry M, Halligan C, Robinson K (2007) *Occup. Ther. Int.* 14 (4): 221–36. Published online 9 November 2007 (www.interscience.wiley.com).

Centers for disease control and prevention; <https://www.cdc.gov/polio/about/> <14. 11. 2018>.

Chiamg M, Carlson G (2003). Occupational therapy in multicultural contexts: issues and strategies. *British Journal of Occupational Therapy* 66: 559–65.

Društvo paralitikov <http://www.drustvo-paralitikov.si/drustvo/o-drustvu/> <14. 11. 2018>

Fisher S (2005). The Canadian occupational performance measure: does it address the cultural occupations for ethnic minorities? *British Journal of Occupational Therapy* 68: 225–35.

Grey M, McPherson K (2005). Cultural safety and professional practice in occupational therapy: a New Zealand perspective. *Australian Occupational Therapy Journal* 52: 34–42

Institute for Work & Health 2006-2013; University Avenue, Toronto, ON, Canada <http://www.dash.iwh.on.ca/> <16. 11. 2018>.

Iwama M (2003). The issue is ... Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 57: 582–8.

Iwama M (2004a). Meaning and inclusion: revisiting culture in occupational meaning. *Australian Occupational Therapy Journal* 51: 1–2.

Iwama M (2004b). Situated meaning: an issue of culture, inclusion, and occupational therapy. In F Kronenberg, SA Algado, M Pollard (Eds.) *Occupational Therapy Without Borders – Learning from the Spirit of Survivors*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 127–39.

Kew O; Sutter R; de Gourville E; Dowdle W; Pallansch M (2005). Vaccine-derived polioviruses and the endgame strategy for global polio eradication. *Annu Rev Microbiol* 59: 587–635.

Kraigher A, Ihan A, Avčin T (2011). Cepljenje in cepiva, SZD, Inštitut za varovanje zdravja.

Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD003585.

Nacionalni inštitut za javno zdravje <http://www.nijz.si/sl/otroska-paraliza-poliomielitis> <15. 11. 2018>.

Ocepek J, Javh M, Kotnik S, Košir K, Jeras TT, Goljar N (2017). Izbira ocenjevalnih instrumentov za načrtovanje in evalviranje delovnoterapevtske obravnave pri bolniku po možganski kapi – prikaz primera. *Slovenska revija za delovno terapijo*. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje.

Osolnik B, Prosič Z, Barič M, Vidmar G, Bajuk S, Naglič N, Pihlar Z (2017). Uporabnost vprašalnika »Funkcionalnost zgornje okončine, ramena in roke« za ocenjevanje napredka v ambulantno-rehabilitacijski obravnavi. *Rehabilitacija – letn. XVI*, št. 1.

Osolnik B, Perme Sušnik K (2018). Model Kawa v interdisciplinarnem programu obravnave pacientov s kronično ne-rakavo bolečino. *Zbornik prispevkov 9. kongresa delovnih terapevtov Slovenije z recenzijo*.

Slovenski medicinski slovar 2012–2018 Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta <https://www.termania.net/slovarji/slovenski-medicinski-slovar/5533642/polio?query=polio&SearchIn=All> <14. 11. 2018>.

Teoh JY, Iwama M (2015). *The Kawa Model Made Easy: a guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice* (2nd edition). Retrieved from: www.kawamodel.com <19. 11. 2018>.

POROČILO 9. KONGRESA DELOVNIH TERAPEVTOV SLOVENIJE

9. kongres delovnih terapevtov Slovenije pod geslom IZ TEORIJE V PRAKSO je potekal 25. in 26. oktobra 2018 v Avstrija Trend Hotelu v Ljubljani.

Kongresa se je v obeh dneh skupaj udeležilo 190 delovnih terapevtov iz Slovenije, Bosne in Hercegovine (Dijana Laštro in predsednica Združenja delovnih terapevtov Bosne in Hercegovine Lidija Slunjski Tišma), Poljske (Miłosz Kuśnierz in Rafał Bugaj) in Turčije (Remziye Akarsu in Başar Öztürk).

Na kongresu se je zvrstilo:

- 2 plenarni predavanji,
- 36 predavanj,
- 8 delavnic,
- 26 predstavitev plakatov.

Slovesno odprtje se je začelo z uvodnimi besedami vabljenih gostov. Ti so bili generalni direktor URI - Soča mag. Robert Cugelj, predsednica Zdravniške zbornice dr. Zdenka Čebašek Travnik, podpredsednik Društva fizioterapevtov – strokovnega združenja Janez Špoljar, izvršna direktorica Zdravstvene in babiške nege Slovenije Anita Prelec, generalni direktor ZZZS Marjan Sušelj, direktor Združenja izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije Karel Destovnik, vodja fizioterapevtov in delovnih terapevtov Inštituta za medicinsko rehabilitacijo UKC Ljubljana Milena Klopčič, vodja študijskega programa delovna terapija na Zdravstveni fakulteti dr. Alenka Oven, direktorica Inštituta za dolgotrajno oskrbo dr. Alenka Oven, predstavnik Vzajemne zdravstvene zavarovalnice Matjaž Trontelj in mag. Katja Pečlin.

Za prijetno vzdušje so poskrbeli uporabniki Varstveno-delovnega centra Dolfke Boštjančič iz enote Kurirček pod umetniškim vodstvom Žige Bižala.

Kongres se je začel z zelo strokovnim in nazornim predavanjem vabljene predavateljice dr. Tanje Križaj iz Plymoutha, ki je predstavila svojo doktorsko disertacijo z naslovom Dejavnosti starejših Slovencev in vpliv selitve v dom za starejše na njihovo sodelovanje v vsakdanjem življenju. Drugi dan kongresa je dr. Lea Šuc v plenarnem predavanju predstavila svojo doktorsko disertacijo z naslovom Model organizacije delovne terapije v vzgojno-izobraževalnem procesu za kakovostno vključevanje otrok s posebnimi potrebami v večinske osnovne šole.

Po izboru udeležencev je bil za najboljši plakat izbran plakat z naslovom Oblačenje bolnišnične pižame pri osebah z revmatskimi obolenji, ki so ga pripravili Aljaž Oven, Tjaša Popošek in Vitoslava Marušič.

Predstavljene vsebine v obliki predavanj, plakatov in delavnic so udeležencem podale številne primerne dobre prakse in predvsem prikazale povezave teorije s prakso. Prav tako so pokazale obsežnost in pomembnost poklica delovnega terapevta ter posredovale novo znanje, ki ga bomo delovni terapevti uporabili v svojem delovnem okolju.

Prvi dan kongresa se je uspešno končal s slovesnim programom in večerjo, s katero smo zaznamovali tudi svetovni dan delovne terapije.

Tako kot pretekla leta sta tudi to leto strokovni in organizacijski odbor opravila veliko dela za promocijo delovne terapije. Predsednica Katarina Galof je bila gostja v oddaji Dobro jutro na TV SLO 1 in v radijskem intervjuju na Radiu Slovenija. Na Kanalu A je bila gostja dr. Marija Tomšič, predvajan je bil tudi prispevek o delovni terapiji, ki je bil posnet na URI - Soča. V časopisu Delo je bil objavljen intervju z dr. Tanjo Križaj o delovni terapiji v Sloveniji, v Slovenskih novicah je bil objavljen krajši prispevek o delovni terapiji v povezavi z dolgotrajno oskrbo.

Udeleženci kongresa so poleg promocijskega gradiva donatorjev in sponzorjev ter kongresnega zbornika prispevkov prejeli tudi predstavitevno zloženko o delovni terapiji, ki je namenjena delitvi splošnih informacij o stroki za promocijske namene.

Kongres smo zaključili z naslednjimi ugotovitvami:

- promocija delovne terapije postopoma postaja del našega vsakdana;
- vključevanje delovnih terapevtov v raznolika okolja, prehod med okolji je vse bolj prepoznana potreba,
- uporabljajo se interdisciplinarni pristopi pri obravnavi in predstavitvi primerov dobre prakse,
- zmanjšal se je razkorak med teorijo in prakso,
- raznolikost primerov predstavitev dobre prakse in raziskav so izhodišča za širitev in nadgradnjo našega dela,
- raven znanja delovnih terapevtov se kaže v uporabi različnih metod in pristopov,
- vabljeni gostje prepoznajo vrednost stroke in spodbujajo k novim izzivom,
- prepoznana je potreba po mentorstvu terapevtom v praksi z vidika strokovnega opismenjevanja,
- potrebna je aktivnejša vloga posameznih sekcij pri pripravi in realizaciji plana izobraževanj,
- potreba po ustanovitvi skupine za strokovno terminologijo v slovenskem jeziku se bo realizirala z njeno ustanovitvijo v prihodnjem koledarskem letu.

Na kongresu smo se večkrat soočili z izzivom, kakšna bo naša prihodnost oziroma prihodnost delovne terapije v Sloveniji. Tako imamo pred seboj nov izziv.

Izziv: prihodnost v delovni terapiji.

Analiza evalvacijskega vprašalnika

1. Kako ocenjujete nabor vsebin kongresa?

Vsebina kongresa:	Neustrezna	Komaj ustrezna	Dobra	Zelo dobra	Odlična	Brez odgovora
N = 93	/	/	14	40	12	27

2. Kako ocenjujete predavatelje in njihovo podajanje znanja v posameznih sklopih?

Predavatelji in njihovo podajanje znanja po posameznih sklopih je bilo:		Popolnoma neprimerno	Neprimerno	Primerno	Zelo primerno	Odlično	Nisem se udeležil
Sklop 1	Četrtek dopoldan			9	36	37	11
Sklop 2	Četrtek popoldan – mod. Julija		1	5	37	28	22
	Četrtek popoldan – mod. Alenka			7	35	24	27
Delavnice	Klasifikacija				5	5	83
	Biblioterapija			3	5	8	77
	Senzorno procesiranje in vedenje			7	8	11	67
	PP pri srčnem zastoju				4	12	77
Sklop 3	Petek dopoldan – mod. Marija			5	41	30	17
Sklop 4	Petek popoldan – mod. Lea			6	29	36	22
	Petek popoldan – mod. Denis			6	25	29	33
Delavnice	Stres v DT-procesu				5	4	82
	Nošenje šolske torbe			1	6	10	76
	Vaje za male sklepe rok in nog				14	11	68
	Nameščanje osebe po CVI				7	9	77

3. Kako pogosto menite, da boste svoje znanje uporabili pri strokovnem delu?

Uporaba pridobljenega znanja pri delu	Nikoli	Zelo redko	Redko	Pogosto	Zelo pogosto	Brez odgovora
N = 93	/	1	12	71	5	4

4. Ocenite organizacijo kongresa!

Organizacija kongresa je	Neprimerna	Komaj primerna	Dobra	Zelo dobra	Odlična	Brez odgovora
N = 93	/	2	25	44	19	3

5. Kaj menite, da ste pridobili z udeležbo na kongresu (več možnih odgovorov)?

Trditev	N = 93
A – Potrditev nekaterih mojih mnenj in prepričanj	75
B – Predstavitev novih pristopov in idej	57
C – Nova znanja in spretnosti, ki jih bom lahko uporabil/-a pri delu	70
D – Ničesar	0
0 – Brez odgovora	3
Drugo: – sinhronizacija z drugimi poklicnimi skupinami, – spoznavanje novih kolegov z različnih področij in izmenjava znanja, – ideje o raziskovanju; aplikacija raziskanega v praksi, – idejna zasnova za prihodnje prispevke, – potrditev dobrega dosedanjega dela, – nove ideje za uporabo ocenjevalnih orodij.	

6. Ocenite gradivo kongresa.

Gradivo je	Neustrezno	Komaj ustrezno	Solidno	Nadpovprečno	Izjemno	Brez odgovora
N = 93	/		32	40	19	2

7. Ocenite svoje zadovoljstvo s kongresom na splošno.

Gledano v celoti sem s kongresom	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Srednje zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen	Brez odgovora
N = 93	/	2	10	57	22	2

8. Kaj ste na tem kongresu pogrešali?**Predlogi in pobude posameznikov:**

- Točnost začetka predavanj.
- Pogrešala sem več prakse. Preprosto si želim več praktičnega dela, kajti to je tisto, kar nas lahko obogati in kar lahko pridobimo na takih srečanjih.
- Prehajanje med predavanji ni bilo mogoče, vse skupaj je bilo preveč natrpano. Med

- enim in drugim predavanjem bi bilo treba imeti vsaj pet minut premora.
- Več pozitivizma pri vodstvu zbornice, usmerjenost tudi v prakso, ne le v znanstvene prezentacije ali predstavitve diplomskih del.
 - Več primerov, pri katerih je teorija v resnici prešla v prakso.
 - Uravnoteženost prispevkov z različnih področij, mogoče bi lahko bil kakšen plakat s področja, ki ni URI - Soča, sprejet v ustno predstavitev. Več aktivne udeležbe kolegic s področij psihiatrije in gerontologije.
 - Več idej oziroma aktivnosti, ki bi jih lahko uporabila pri delu.
 - Več raznolikih predavanj s področij onkologije, ortopedije in travme (delovna terapija v procesu akutne rehabilitacije), s področja vračanja nazaj na delo po dolgotrajni bolezni.
 - Želela bi slišati več o možnostih vključevanja delovne terapije na področja zunaj zdravstvenih institucij ter o protokolih in postopkih vključevanja novih storitev delovne terapije.
 - Pogrešala sem izročke oziroma gradivo na delavnicah.
 - Delavnica o testiranju invalidskih vozičkov.
 - Več možnosti za druženje.
 - V primeru večerje oziroma druženja na drugi lokaciji – organiziran prevoz.
 - V primeru večjega števila predavanj kongres tri dni ali več plakatov.
 - Predlagam drugačen termin naslednjega kongresa (pred poletjem), da lahko imamo aktivni udeleženci poleti zaslužen dopust.
 - Na kongresu je bilo občasno občutiti naelektreno ozračje med nekaterimi člani zbornice in predstavnicami ZF. Sodelovanje teh dveh polov strokovnjakov je bistveno za razvoj stroke, zato predlagam več sodelovanja med njimi, tako spoštovanje teoretičnih znanj kot uporabnost oz. neuporabnost v praksi. Prisluhni je treba obema smerema in najti kompromis.
 - Lokacija kongresa po vsej Sloveniji, kar bi tudi zmanjšalo ceno udeležbe, ki je kar velika težava.
 - Povzetek oziroma slike plakatov tudi v zborniku.
 - Premalo časa za ogled vseh plakatov in tkanje novih poznanstev s kolegicami.
 - Strokovni odbor naj sestavljajo člani različnih sekcij. To, da so bili zdaj le iz URI - Soča, ni dobro.
 - Daljši čas predstavitev.
 - Slovesna večerja naj se organizira na kraju dogodka.
 - Več navodil pri izdelavi plakata in PPT-predstavitvah.
 - Smiselno bi bilo narediti podteme pri sklopih, omogočiti več predstavitev, nekatera področja sploh niso bila predstavljena.
 - Študentska diplomska dela naj temeljijo bolj na plakatni predstavitvi, v ospredje naj se postavi delovna terapija v praksi.
 - Predlagam izvedbo kongresa v cenejših okvirih, posledično bi več ljudem omogočili udeležbo.

Pohvale posameznikov:

- Bravo, organizatorji! Upam da vas ustrezno nagradijo. Želim si, da bi bili še naprej dobre volje in motivirani. Hvala!
- Odlična organizacija – pohvale!
- Zelo mi je všeč, da se je upošteval moj lanski komentar glede vprašanj. Super! Pohvale organizatorjem.
- Pohvale vsem organizatorjem za vso potrpežljivost in prilagodljivost.
- Super organizacija, najbolj mi je bil všeč slovenski večer, lep zaključek dneva.
- Vse pohvale, živahnost raziskovanja je vidna že po debelini zbornika.
- Čestitke vsem za veliko truda in pripravljenost prilagajanja. Hvala!

Poročilo so pripravili člani organizacijskega in strokovnega odbora.

