

IZ TEORIJE V PRAKSO

9. KONGRES DELOVNIH TERAPEVTOV SLOVENIJE

ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJO

Urednica: Katarina Galof



Ljubljana; 25. in 26. oktober 2018

Zbornik prispevkov 9. KONGRESA DELOVNIH TERAPEVTOV SLOVENIJE z recenzijo

Naslov: IZ TEORIJE V PRAKSO

Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018

Urednica: Katarina Galof

Organizacijski odbor: Katarina Galof, Stanislava Kotnik, Denis Kamnar, Leonida Krajnc
Strokovni odbor, recenzenti: Julija Ocepek, Zdenka Pihlar, Andreja Švajger, Lea Šuc, Marija Tomšič, Barbara Harc, Katarina Galof

Angleška lektura: Tina Levec

Organizator kongresa: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje

Soorganizator kongresa: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča

Založila in izdala: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje

Tisk: UPRINT d.o.o., Limbuš

Leto izdaje: 2018

Naklada: 220 izvodov

Avtorji so odgovorni za navajanje strokovnih trditev, slovensko lekturo in za dovoljenje uporabe slikovnega gradiva.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

615.851.3(082)

KONGRES delovnih terapevtov Slovenije (9 ; 2018 ; Ljubljana)

Iz teorije v prakso : zbornik prispevkov z recenzijo / 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018 ; urednica Katarina Galof ; [organizatorja Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - Strokovno Združenje [in] Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča]. - Ljubljana : Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - Strokovno Združenje, 2018

ISBN 978-961-6606-04-2

1. Gl. stv. nasl. 2. Galof, Katarina 3. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije 4.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča

296650240

KAZALO

PREDAVANJA / LECTURES

Dejavnosti starejših Slovencev in vpliv selitve v dom za starejše na njihovo sodelovanje v vsakdanjem življenju

Tanja Križaj 1

Delovnoterapevtske kompetence diplomantov delovne terapije v Sloveniji

Katarina Galof..... 3

Mnenja mentorjev delovne terapije o klinični praksi

Natalija Kaker, Ana Pristavec, Veronika Šotl, Alenka Oven 12

Uporaba informacijsko komunikacijske tehnologije med delovnimi terapevti

Cecilija Lebar, Nevenka Gričar 22

Model Kawa v interdisciplinarnem programu obravnave pacientov s kronično ne-rakavo bolečino

Barbara Osolnik, Katja Perme Sušnik. 30

Uporaba PEOP modela (oseba-okolje-dejavnost-izvedba) v zaposlitveni rehabilitaciji

Ana Kapel 38

Ocenjevalno orodje za celostno oceno starostnikov

Monika Zadnikar..... 47

Occupational Therapy in Poland – A Paradigm Shift

Miłosz Kuśnierz, Rafał Bugaj..... 54

Doživljanje možganske kapi in soočanje s posledicami

Marija Tomšič 69

Funkcionalni dan na oddelku po možganski kapi v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča

Katarina Košir, Julija Ocepek..... 79

Prilagoditev aktivnosti prostega časa pri osebi po preboleli možganski kapi - prikaz primera

Tina Tinkara Jeras, Slavi Kotnik. 84

Biti ali ne biti samostojen v vsakodnevnem življenju po kirurškem zdravljenju epilepsije

Katja Angleitner Narobe, Bogdan Lorber..... 90

Vloga delovnega terapevta pri bolnikih z amiotrofično lateralno sklerozo

Marta Vidmar, Alma Hukić, Polona Rogelj 95

Pozitivni vplivi terapije s pomočjo živali na življenje posameznika

Sara Rupnik Mihelčič, Tonja Robida..... 105

Iz prakse v teorijo	
Jožica Petek.....	110
Pomen ocenjevalnih metod pri obravnavi pacientke s paranoidno shizofrenijo	
Mateja Kavčič.....	118
Gospodinjske delavnice v Psihiatrični bolnišnici Vojnik	
Petra Lajlar, Urška Pocajt Sumrak.....	127
Zakaj je prosti čas pomemben za delovnoterapevtsko obravnavo oseb z zmanjšano zmožnostjo?	
Alenka Plemelj.....	130
Vključevanje ljudi z motnjo v duševnem razvoju v običajno delovno okolje	
Irena Ceglar, Mateja Klančar Golob.....	141
Ne slišim, ne vidim, kako naj razumem – prikaz primera	
Darja Pajk.....	150
Model organizacije delovne terapije v vzgojno - izobraževalnem procesu za kakovostno vključevanje otrok s posebnimi potrebami v večinske osnovne šole	
Lea Šuc.....	156
Delovna terapija in Parkinsonova bolezen v domačem okolju – prikaz primera	
Lucija Odar, Gregor Cundrič, Marija Tomšič.....	159
Vpliv dvoročne vadbe s sistemom Bimeo na motorične funkcije zgornjih okončin pri bolnikih po možganski kapi	
Metka Javh, Nika Goljar, Matjaž Mihelj.....	168
Uporaba navidezne resničnosti v delovni terapiji	
Neža Škerlj, Andreja Belec, Špela Ferfolja, Cecilija Lebar.....	176
Enabling a person with spina bifida to engage in professional archery by means of a special hand splint	
Başar ÖZTÜRK.....	183
Uporabnost sedlastega stola pri gospodinjskih aktivnostih	
Polonca Rogelj, Dejana Zajc, Irena Dolinšek.....	193
Vpliv vozička na ročni pogon na biomehaniko poganjanja in okvaro zgornjih udov pri osebah z okvaro hrbtenjače	
Petra Grabner, Urša Miklič, Nataša Puzić Ravnjak.....	200
Doživljanje sprememb vsakodnevnih okupacij pri osebah z revmatoidnim artritisom	
Alenka Vovko, Ema Zgonc, Vitoslava Marušič.....	211
Razvoj slovenskega vprašalnika za ocenjevanje otrokove predelave senzornih prilivov	
Nevenka Gričar.....	220

Terapija senzorne integracije v kombinaciji z metodo učenja plavanja po konceptu Halliwick – prikaz primera	
Anka Gerbec	228
Spremljanje motoričnih in procesnih spretnosti pri otrocih z motnjami avtističnega spektra, primer delovnoterapevtskih obravnav s pomočjo konja	
Nika Gombač, Ajda Bergant, Evita Drvarič, Lea Šuc, Jaka Žgajnar.....	237
Pomen telesnega položaja za uspešno in varno hranjenje oseb s cerebralno paralizo	
Maja Kavčič, Lea Šuc	246
Spremljanje mladostnika z Downovim sindromom pri izvajanju hišnih opravil	
Matejka Moderc, Aleksandra Poniž Rupnik	256
Uporaba ocenjevalnih inštrumentov pri delovnoterapevtski obravnavi na področju gerontologije	
Amela Zahirović, Veronika Lah, Katarina Galof.	264
Validacija kot oblika delovnoterapevtske obravnave	
Elvisa Čatak, Alenka Oven	278
Metoda montessori za starejše in osebe z demenco kot primer prakse usmerjene na uporabnika	
Sara Črepinšek	288
Factors affecting activity performance and satisfaction of the elderly residents of Darülaceze	
Remziye Akarsu, Başar Öztürk, Yusuf Çelik	298
Zadovoljstvo uporabnikov delovne terapije v institucionalnem varstvu starejših	
Anja Kopušar, Katarina Galof.	309
Correlation of leisure and body posture in older elementary school children	
Diana Laštro, Olivera Spasojević Pilipović, Lidija Slunjski Tišma	319
 DELAVNICE / WORKSHOPS	
Mednarodna klasifikacija funkcioniranja (MKF) – biopsihosocialni model obravnave	
Zdenka Pihlar	324
Biblioterapija	
Breda Dolničar	325
So »to« težave senzornega procesiranja ali vedenja?	
Marijana Markovič, Mojca Strle, Anka Gerbec	327
Kako delovni terapevt lahko pomaga pri srčnem zastoju	
Alenka Oven.....	328

Stres znotraj delovnoterapevtskega procesa – Soočanje delovnega terapevta s pričakovanji in zahtevami posameznikov, ki se vključujejo v delovno terapijo in z njihovimi svojci

Silva Bajde, Tanja Beznik..... 329

Pomen pravilnega in varnega nošenja šolske torbe

Zorana Sicherl, Špela Mihevc. 331

Vaje za male sklepe rok in nog

Sergeja Harapin Kostevc, Nataša Močnik 332

Nameščanje osebe po možganski kapi in uporaba podporne tehnologije v vsakdanjem življenju

Julija Ocepek, Slavi Kotnik. 333

PLAKATI / POSTERS

Vključitev delovnega terapevta v skupnostno obravnavo

Renata Petrena. 334

Delovna terapija pri gibalno oviranem učencu pri pouku Tehnike in tehnologije

Tamara Svete, Maja Poljanšek 336

Obravnava oseb s kompleksnim regionalnim bolečinskim sindromom v delovni terapiji

Jerneja Debevc..... 338

Težave pri opravljanju dnevnih aktivnosti po poškodbi brahialnega pleteža

Nuša Koban Čugura. 340

Uporaba Lestvice funkcijske neodvisnosti - FIM v delovni terapiji

Alma Hukić, Dejana Zajc, Klemen Grabljevec..... 342

Hortikultura terapija s pacienti po okvari hrbtenjače

Tanja Štefančič Smisl. 344

S knjigo rastem

Alijana Miklič..... 346

Uporaba drobnih ortotskih pripomočkov za večjo samostojnost pri kombinirani okvari zgornjih udov – prikaz primera

Slavi Kotnik, Agata križnar.....356

Uporabnost ocenjevalnega instrumenta GAS v delovni terapiji

Anita Merhar..... 349

Uporaba Kawa modela pri osebi z zmerno motnjo v duševnem razvoju

Asja - Niča Peterkovič, Mateja Klančar Golob..... 351

Odziv bolnikov na funkcijsko usposabljanje z glasbo - FUNB

Gabriela Česarek Vučko, Dejana Zajc, Alma Hukić, Polonca Rogelj, Marta Vidmar. ... 353

Metoda funkcijskega usposabljanja s pomočjo glasbe (FUNB) v podaljšani zdravstveni rehabilitaciji

Klavdija Novak, Mateja Sok. 355

Vloga delovnega terapevta pri ozaveščanju oseb z okvaro hrbtenjače o zaščiti kože pri sedenju v vozičku

Anja Vesenjaj, Anita Matjaž Bevk, Nataša Puzić Ravnjak..... 356

Pregled izvajanja delovne terapije s pomočjo konja v Sloveniji

Ajda Bergant, Evita Drvarič, Nika Gombač, Lea Šuc, Jaka Žgajnar..... 358

Življenjski slog delovnih terapevtov v Sloveniji

Katarina Črv. 359

Pot za aktivne

Jožica Kralj. 360

Oblačenje bolnišnične pižame pri osebah z revmatičnimi obolenji

Aljaž Oven, Tjaša Popošek, Vitoslava Marušič 361

Pomen telesne aktivnosti pri osebah odvisnih od alkohola: vidik delovnega terapevta

Saša Pisk. 363

Uporaba modela Kawa v rehabilitaciji

Barbara Osolnik. 365

Lahko branje v delovnoterapevtski obravnavi

Janja Blatnik, Urška Brglez, Alenka Plemelj..... 367

Ocenjevanje učinkovitosti učenja vsakodnevnih aktivnosti pri kronično bolnih otrocih s pomočjo lestvice doseganja ciljev

Anja Snedic, Simona Korelc, Darinka Brezovar, Jana Brodnik, Benjamin Trontelj, Katja Groleger Sršen 368

Integracija modela socio – kulturnih aktivnosti v delovno terapijo - primer dobre prakse

Evalda Bizjak 369

Vloga delovnega terapevta pri zmanjševanju sedentarnih aktivnosti

Alenka Plemelj, Nastja Gradišar, Suzana Oprešnik..... 371

Kako naj, ko pa me vse moti

Mojca Sterle, Marijana Marković..... 372

Zmorem - Vpliv podporne in informacijske tehnologije na sodelovanje oseb z motnjami v duševnem razvoju

Silva Bajde, Andreja Škorjanc Marinč 373

DEJAVNOSTI STAREJŠIH SLOVENCEV IN VPLIV SELITVE V DOM ZA STAREJŠE NA NJIHOVO SODELOVANJE V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU

SLOVENIAN OLDER PEOPLE'S OCCUPATIONS AND THE INFLUENCE OF TRANSITION INTO A CARE HOME ON THEIR OCCUPATIONAL ENGAGEMENT

dr. Tanja Križaj¹

¹University of Plymouth, Faculty of Health and Human Sciences

IZVLEČEK

Izhodišča: Prispevek temelji na znanstveno-raziskovalnem delu, katerega namen je bil raziskati dejavnosti starejših Slovencev in kako selitev v dom za starejše vpliva na njihovo sodelovanje v vsakdanjem življenju. Raziskava je zajemala tri faze. Prva faza je raziskovala, kako starejši Slovenci radi preživljajo svoj čas in katere dejavnosti so jim najbolj smiselne. Namen druge faze je bil poglobiti razumevanje vpliva selitve v dom za starejše na smiselne dejavnosti starejših Slovencev. Tretja faza pa je prispevala vpogled v vsakodnevne dejavnosti starejših v enem od slovenskih domov. **Metode:** Prvi dve fazi sta se osredotočili na individualne izkušnje starejših Slovencev, kar je narekovalo uporabo fenomenološkega pristopa. V prvi fazi so bili izvedeni intervjuji z desetimi starostniki, medtem ko je druga faza vključevala šest starostnikov, s katerimi so bili intervjuji izvedeni trikrat: pred selitvijo v dom, 1 mesec po selitvi in 6 mesecev po selitvi v dom za starejše. Interpretativna fenomenološka analiza (IFA) je bila uporabljena za analizo pridobljenih podatkov. Zadnja (tretja) faza je bila etnografska, z namenom raziskati dejavnosti starejših v enem od slovenskih domov. Podatki so bili zbrani z uporabo opazovanj in zapiski analizirani s tematsko analizo. **Ugotovitve:** Izsledki v vseh treh fazah so pokazali izjemno pomembnost dejavnosti in rutin v vsakdanjem življenju starejših Slovencev, kar je predstavljalo pomemben del njihove identitete. Kontinuirana prisotnost smiselnih dejavnosti se je izkazala za zelo pomembno, tako preko različnih življenjskih obdobij, kot tudi tekom selitve v dom za starejše. Nekatere od teh dejavnosti so bile močno vezane na slovenski socio-kulturni, zgodovinski in geografski kontekst. Udeleženci so se radi vključevali v produktivne dejavnosti (npr. vrtnarjenje), dejavnosti vezane na družino (npr. skrb za in prenašanje znanja na mlajše generacije) in dejavnosti, vezane na določene kraje (npr. preživljanje časa v okolici doma in počitniških hiš, sprehodi po poznanih poteh in hribolazenje v slovenskih gorah). Udeleženci so se namerno vključevali v dejavnosti z namenom vzdrževanja oz. promocije zdravja, kar je posledično vplivalo na njihovo sodelovanje v vsakdanjem življenju. Glede na to, da so bile njihove vsakodnevne rutine vezane na določene kraje, sta zadnji dve fazi pokazali da so bile nekatere od teh v domu za starejše zmanjšane ali prekinjene. Stanovalci so poskušali obvladovati nastale razmere z vključevanjem v tiste dejavnosti, ki so jim predstavljale največje zadovoljstvo in smisel. **Zaključki:** Raziskovalno delo je temeljno za slovenski kontekst, čeprav so nekateri izsledki prenosljivi tudi na posameznike in kontekste zunaj Slovenije. Izsledki tega raziskovalnega dela prispevajo originalno znanje na področju okupacijske znanosti o vplivu življenjskih okolij na vključevanje starostnikov v vsakodnevne dejavnosti. Poleg tega nakazujejo potrebo po razvoju terapevtskih programov in storitev za starostnike v procesu selitve v dom za starejše.

ABSTRACT

Introduction: This research explored older Slovenians' occupations, including the ways in which the transition into a care home influenced their occupational engagement. The research encompassed three stages. Stage 1 investigated Slovenian older people's individual

experiences of occupational engagement, with a particular emphasis on their personally meaningful occupations. Stage 2 aimed to enhance understanding of the impact of transition into a care home on older Slovenians' meaningful occupations. Finally, Stage 3 sought to provide an insight into older people's occupational engagement in one Slovenian care home.

Methods: The first two stages of this research took a phenomenological approach; focusing on the participants' individual experiences of occupational engagement; using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) to approach and analyse the data. Ten older adults were interviewed in Stage 1 and six older adults were interviewed in Stage 2 at three time points: before the relocation into a care home, one month after and six months after the relocation. The final stage was ethnographic in nature; exploring occupational engagement among Slovenian care home residents as a culture-sharing group; using observations for collecting the data and analysing the resulting field notes using Thematic Analysis. **Findings:** The findings consistently highlighted the significance of occupations and routines in participants' everyday lives as important parts of their identities. The first two stages highlighted the importance of a continuous experience of meaning in occupation, across participants' lives and throughout their transition into a care home. Some of these meanings were specific to Slovenian socio-cultural, historic and geographical context. The participants especially valued productive occupations such as gardening, family-related occupations such as looking after and passing knowledge to younger generations and occupations related to particular places, such as spending time at their weekend cottages and home surroundings, walking familiar pathways or hiking Slovenian mountains. These Slovenian older adults purposefully engaged in health-promoting occupations in order to maintain their health, in turn influencing their occupational engagement. Since their everyday routines were related to particular places, Stages 2 and 3 highlighted that some of these occupations were disrupted by their new living environment. The care home residents managed this situation by trying to maintain their engagement in occupations that they perceived personally meaningful and enjoyable. **Conclusion:** This research is foundational in the Slovenian context, with the findings also being transferrable to individuals and contexts outside Slovenia. From exploring the impact of older people's living environments on their meaningful occupational engagement, the findings contribute original knowledge to occupational science regarding the link between occupation, place, identity and the transactional perspective of occupation. This indicates the need to develop further therapeutic programmes and services for older people making the transition to care home living.

DELOVNOTERAPEVTSKE KOMPETENCE DIPLOMANTOV DELOVNE TERAPIJE V SLOVENIJI

COMPETENCIES OF OCCUPATIONAL THERAPY GRADUATES IN SLOVENIA

asist. Katarina Galof¹, univ.dipl.org., dipl.del.ter.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Razvoj in doseganje standardov stroke sta zelo pomembna za njena obstoj in razvoj. Doseganje minimalnih standardov na posameznem področju opredeljuje kandidatovo strokovno usposobljenost za zaposlovanje in opravljanje konkretnega strokovnega dela. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kaj diplomanti delovne terapije v Sloveniji menijo o doseganju delovnoterapevtskih kompetenc (sposobnosti, spretnosti, strokovno znanje) po končanem študiju, ki sta jih pripravili Evropsko združenje učiteljev delovne terapije in Evropsko združenje delovnih terapevtov, katerih člani smo slovenski delovni terapevti. **Metode:** V vzorec raziskave smo vključili diplomante zadnjih petih let, ki so končali študijski program delovne terapije na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani in so pridobili naziv diplomirani/-a delovni/-a terapevt/-ka. Za kvantitativno raziskovanje smo izvedli anonimno spletno anketo. Anketa je vsebovala 35 trditev, ki so opredeljevale 6 glavnih strokovnih kompetenc, katerih doseganje pomeni minimalni standard usposobljenosti diplomantov za delo. **Rezultati:** Dobljeni rezultati odražajo in nas seznanjajo z uvidom diplomantov v lastno strokovno usposobljenost in pripravljenost za strokovno delo. **Sklep:** Rezultati bodo vodilo pri pripravi in izvedbi ter posodobitvi dodiplomskih in podiplomskih vsebin izobraževanja za obstoj in razvoj stroke delovne terapije v Sloveniji.

Ključne besede: kompetence, delovni terapevt, usposobljenost, strokovno delo.

ABSTRACT

Introduction: The development and achievement of standards is of utmost importance for the existence and the development of the profession. Achieving minimum standards in a particular field defines the candidate's professional qualifications for employment and performance of specific professional work. The aim of the study was to elicit the Slovenian occupational therapy graduates' views on the acquired occupational therapy competences (abilities, skills, professional knowledge). The study programme was developed by the European Association of Occupational Therapy Teachers and the European Association of Occupational Therapists, the members of which are also Slovenian occupational therapists. **Methods:** The research sample consisted of occupational therapists who had completed their studies at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana in the last five years. For the purposes of a quantitative research, an anonymous online survey was conducted. The questionnaire was composed of 35 statements defining 6 main professional competences, the achievement of which represents the minimum standard of qualification of graduates for work. **Results:** The results obtained present the graduates' insight into their own professional competence and readiness for professional work. **Conclusion:** The results may guide further development, implementation and modernization of undergraduate and postgraduate courses necessary in the development and maintenance of autonomy of occupational therapy in Slovenia.

Key words: competence, occupational therapist, qualification, professional work.

IZHODIŠČA

Delovna terapija je zdravstvena stroka in diplomirani delovni terapevt je zdravstveni delavec. Stroka delovna terapija se je in se v različnih državah razvija v skladu z zakonodajo in

posameznimi predpisi ob upoštevanju dejavnikov okolja posamezne države. Težko primerjamo posamezne državne aparate in možnosti razvoja stoke, če ima vsaka država in v njej delovna terapija drugačno temeljno politično izhodišče, pri čemer ločeno skrbijo za razvoj in nadzor tako na političnem (standardi, licence) (HCPC – v Angliji, ACOTRO – v Kanadi) kot strokovnem področju (razvoj stroke) (BAOT/COT – v Angliji, CAOT – v Kanadi).

V Sloveniji spada stroka delovne terapije pod resor zdravstvenega ministrstva ne glede na to, na katerem področju delovni terapevt opravlja strokovno delo. To nam na eni strani po navajanju ministrov onemogoča zaposlovanje in prehajanje na druga področja oziroma v resorje drugih ministrstev, kot so na primer šolstvo, s čimer druge države nimajo težav in je zaposlovanje delovnih terapevtov v šolskem sistemu povsem ustaljena praksa. Ena od posebnosti oziroma edinstvenost razvoja stroke delovne terapije na Slovenskem je tudi, da se izobraževanje izvaja samo na eni univerzi, kar pomeni, da imamo v Sloveniji samo en akreditiran študijski program tovrstnega izobraževanja. V Sloveniji prav tako nimamo političnega nadzornega organa, ki bi nadziral strokovnost opravljenega dela v praksi in podeljeval ter podaljševal licence za opravljanje dela delovnim terapevtom. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - Strokovno združenje je stanovski organ, ki je vključen v evropsko in svetovno združenje delovnih terapevtov. S tega vidika smo primerljivi z drugimi državami oziroma ureditvijo v drugih državah na ravni nacionalnih združenj.

Študijski program delovna terapija 1. stopnja je na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani v veljavi od leta 2009 (Lebar in sod., 2011). Izobraževalni program in njegove vsebine so se zaradi razvoja stroke večkrat spreminjali in prenavljali. Temeljna izhodišča zadnje prenove študijskega programa so bila med drugim tudi uvajanje sodobnih izobraževalnih metod in usklajevanje študijskega programa delovne terapije s standardi izobraževanja delovnih terapevtov Svetovnega združenja delovnih terapevtov (v nadaljevanju WFOT) iz leta 2002 in s smernicami razvoja študijskih programov Evropskega združenja učiteljev delovne terapije (v nadaljevanju ENOTHE) iz leta 2000 (Tomšič, 2014).

Skladno s cilji bolonjskega procesa pomeni prenova visokošolskega strokovnega študijskega programa njegovo posodobitev, uvajanje novih učnih metod in posledično bolj kompetentne diplomante na trgu delovne sile po končanih študijskih obveznostih triletnega programa (šest semestrov) v obsegu 180 kreditnih točk, ko pridobijo strokovni naziv diplomirani delovni terapevt (Lebar in sod., 2011), in po opravljenem šestmesečnem pripravništvu ter strokovnem izpitu na Ministrstvu za zdravje.

Na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani se izvaja poglobljena samoevalvacija študijskih programov, ki se ponavlja v daljših časovnih obdobjih in vsebuje številne kvalitativne instrumente. Med desetimi poglavji Meril za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov se v petem poglavju, ki je namenjeno študentom, med drugim preverja tudi doseganje kompetenc diplomantov (Rugelj in Trebše, 2016). Študijski program je sestavljen iz posameznih predmetov, katerih temelj je akreditiran učni načrt za izvedbo predmeta, ki poleg načina izvedbe, vsebine in literature predpisuje tudi posamezne predmetno specifične kompetence, ki jih mora študent usvojiti oziroma pridobiti med izvedbo predmeta.

Razumevanje besede kompetenca v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) najdemo pod naslednjimi besedami in besednimi zvezami: pristojnost, mera, mera odločanja oziroma področje dejavnosti. Kompetentnost je lastnost, značilnost kompetentnega. V tuji literaturi najdemo tudi izraze, kot so pristojnost (angl. competencies), usposobljenost (angl. competency), značilnosti kompetenc (angl. competency characteristic), pristojen (angl. competent), razvijanje kompetenc (angl. continuing competence) in profesionalni razvoj (angl. professional development) (Moyers in Hinojosa, 2003).

Pojem kompetenca je pogosto uporabljen kot sopomenka za sposobnost, vendar ga uporabljamo veliko širše (Socialni inovatorji prihodnosti, 2018). Kadar govorimo o kompetentnosti v delovni terapiji, imamo v mislih strokovno znanje in sposobnosti, da delo delovnega terapevta opravljamo, ter izkušnje, ki smo si jih na tem področju že pridobili, ko smo se med študijskim procesom praktično usposabljali pri laboratorijskih vajah, na kliničnih vajah in klinični praksi.

Namen raziskave je bil proučiti mnenje diplomantov študijskega programa delovna terapija v zadnjih petih letih in pridobiti vpogled v njihovo videnje oziroma doseganje kompetenc za opravljanje delovnoterapevtskega dela. Študija je temeljila na raziskovalnem vprašanju: »Kako ocenjujete svoje doseganje posamezne kompetence po koncu študija?« Ker so delovni terapevti zaposleni na različnih področjih ali so v fazi iskanja zaposlitve, predvidevamo, da imajo različen pogled na svojo strokovno usposobljenost.

METODE DELA

Kvantitativna raziskava je bila izvedena na podlagi namenskega vzorčenja ekspertov – diplomiranih delovnih terapevtov. Udeleženci raziskave so bili diplomanti študijskega programa delovna terapija prve stopnje, ki so diplomirali v času od 1. januarja 2013 do 31. decembra 2017. Spletni anketni vprašalnik z nagovorom smo oblikovali s spletnim orodjem Google Drive. Po elektronski pošti smo ga poslali 243 diplomantom. Naslove smo dobili iz baze podatkov diplomantov na Zdravstveni fakulteti. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom Excel 2010.

V raziskavi je sodelovalo 52 (21,40 odstotna odzivnost) diplomiranih delovnih terapevtov, med katerimi je bilo 47 (90,4 %) terapevtov ženskega spola in 5 (9,6 %) terapevtov moškega spola. 19 (36,5 %) terapevtov je zaposlenih do dve leti, deset (19,2 %) do tri leta in devet (17,3 %) do pet let. Sedem (13,5 %) jih je zaposlenih manj kot leto dni, kar pomeni, da so pravkar končali pripravništvo. Šest (11,5 %) jih delo delovnega terapevta opravlja manj kot štiri leta in en terapevt (1,9 %) je delovni terapevt že več kot pet let. Med njimi jih 34 (65,4 %) opravlja delo delovnega terapevta, osem (15,4 %) jih je trenutno brezposelnih, pet (9,6 %) jih ni zaposlenih v stroki, štirje (7,7 %) opravljajo pripravništvo in eden (1,9 %) je vpisan na podiplomsko izobraževanje na magistrski študij.

Poleg demografskih podatkov (spol, trenutni status in čas od diplomiranja) smo v raziskavi zbirali podatke o lastnem mnenju glede doseganja šestih strokovnih kompetenc diplomantov na petstopenjski lestvici (1 – sploh ne velja zame, 2 – velja zame ob približno polovici primerov, 3 – velja zame, 4 – večinoma velja zame, 5 – povsem velja zame), pri čemer višji rezultati pomenijo višjo stopnjo doseganja posamezne kompetence. Vprašanja o posameznih kompetencah smo oblikovali na podlagi standardov izobraževanja delovnih terapevtov WFOT in smernic razvoja študijskih programov ENOTHE.

REZULTATI

Rezultati predstavljajo doseganje glavnih šestih kompetenc, ki posamezno kompetenco definirajo z dodatnimi trditvami, ki omogočajo njeno jasnejše razumevanje. Glavne kompetence se nanašajo na pridobljeno znanje o delovni terapiji (tabela 1), izvedbo delovnoterapevtskega procesa z vključevanjem strokovnega mišljenja (tabela 2), obvladovanje profesionalnega odnosa in partnerstva z uporabniki (tabela 3), avtonomnost v strokovnem delu (tabela 4), izvajanje delovnoterapevtskih raziskav in razvijanje stroke (tabela 5) ter uvajanje menedžmenta sprememb s poudarkom na promociji delovnoterapevtske stroke (tabela 6).

V tabeli 1 kompetenco znanje o delovni terapiji podrobneje določa pet trditev. Pri vseh naštetih trditvah je največji delež diplomantov izbral oceno 4, kar pomeni, da po njihovem mnenju kompetenco znanje o delovni terapiji večinoma dosegajo.

Tabela 1: Struktura odgovorov kompetence 1

Kompetenca 1: znanje o delovni terapiji	Doseganje kompetence Frekvenca /odstotek				
	Sploh ne velja zame.	Zame velja v približno polovici primerov.	Velja zame.	Večinoma velja zame.	Povsem velja zame.
Kot delovni terapevt znam razložiti uporabo teoretičnih konceptov, na katerih temelji delovnoterapevtska obravnava z vidika človekovega delovanja in njegove izvedbe dejavnosti.	0 0 %	2 3,8 %	18 34,6 %	24 46,2 %	8 15,4 %
Kot delovni terapevt razumem in znam razložiti odnos med uporabnikovo izvedbo dejavnosti, zdravjem in dobrim počutjem.	0 0 %	2 3,8 %	11 21,2 %	28 53,8 %	11 21,2 %
Kot delovni terapevt sem sposoben sintetizirati in uporabljati ustrezna znanja iz drugih znanstvenih ved ter jih povezati s teorijami okupacijske znanosti in sodelovanja.	1 1,9 %	5 9,6 %	18 34,6 %	18 34,6 %	10 19,2 %
Kot delovni terapevt sem sposoben analizirati na dokazih temelječo prakso in jo umestiti v strokovno delo.	2 3,8 %	3 5,8 %	16 30,8 %	23 44,2 %	8 15,4 %
Kot delovni terapevt sem sposoben sodelovati v razpravah in kritično presoati o informacijah, povezanih z dejavnostmi uporabnikov v delovni terapiji.	4 7,7 %	3 5,8 %	15 28,8 %	20 38,5 %	10 19,2 %

Največji delež med posameznimi trditvami pri kompetenci znanje o delovni terapiji, in sicer 53,8 odstotka, je dobila druga trditev: »Kot delovni terapevt razumem in znam razložiti odnos med uporabnikovo izvedbo dejavnosti, zdravjem in dobrim počutjem.« Pri treh trditvah so diplomanti presodili, da posameznih veščin kompetence znanje o delovni terapiji (sinteza znanj iz drugih zdravstvenih ved in njihova aplikacija v delovni terapiji, analiza na dokazih temelječe prakse, razpravljanje in kritično presojanje) sploh niso usvojili (ocena 1).

V tabeli 2 kompetenco delovnoterapevtski proces podrobneje določa devet trditev. Pri vsaki izmed naštetih trditev je največji delež diplomantov izbral oceno 4 (Večinoma velja zame.) ali oceno 5 (Povsem velja zame.). Oceno 4 so izbrali pri štirih trditvah, oceno 5 pa pri petih trditvah. Največji delež med trditvami, pri katerih so mnenja, da so kompetenco delovnoterapevtski proces usvojili v celoti, ima tretja trditev: »Kot delovni terapevt sem pri delovnoterapevtskem procesu sposoben kritičnega mišljenja in upoštevanja načel Kodeksa etike.« Pri šestih trditvah kompetence delovnoterapevtski proces so diplomanti mnenja, da jih sploh niso usvojili (samostojno ali timsko delo, izbor teoretičnih modelov, uporaba terapevtske vrednosti okupacije, izvedba dejavnosti na vseh področjih delovanja uporabnika, pridobivanje in kritično presojanje informacij, kritično ovrednotenje izvedbe procesa).

Tabela 2: Struktura odgovorov kompetence 2

Kompetenca 2: delovnoterapevtski proces	Doseganje kompetence Frekvenca/odstotek				
	Sploh ne velja zame.	Zame velja v približno polovici primerov.	Velja zame.	V večini velja zame.	Povsem velja zame.
Kot delovni terapevt sem sposoben samostojnega ali timskega dela s posamezniki in skupinami, ki uporabniku omogočajo vključenost v dejavnosti za ohranjanje zdravja in dobrega počutja, spodbujanje preventive in promocije zdravja, rehabilitacije ter zdravljenja.	1 1,9 %	1 1,9 %	10 19,2 %	16 30,8 %	24 46,2 %
Kot delovni terapevt sem sposoben izbrati in uporabiti ustrezne teoretične modele, pristope in strategije za izvajanje delovnoterapevtskega procesa z uporabniki.	1 1,9 %	7 13,5 %	15 28,8 %	16 30,8 %	13 25 %
Kot delovni terapevt sem pri delovnoterapevtskem procesu sposoben kritičnega mišljenja in upoštevanja načel Kodeksa etike.	0 0 %	2 3,8 %	7 13,5 %	14 26,9 %	29 55,8 %
Kot delovni terapevt sem sposoben izkoristiti terapevtsko vrednost okupacije in jo uporabiti v terapevtske namene pri uporabnikih.	1 1,9 %	1 1,9 %	11 21,2 %	15 28,8 %	24 46,2 %
Kot delovni terapevt sem sposoben prilagoditi delovnoterapevtski proces posamezniku in delovati po načelih na klienta usmerjene prakse.	0 0 %	3 5,8 %	3 5,8 %	19 36,5 %	27 51,9 %
Kot delovni terapevt sem sposoben analizirati in načrtovati ustrezne prilagoditve okolja ter zagovarjati pravice o dostopnosti okolja za vse.	0 0 %	4 7,7 %	7 13,5 %	15 28,8 %	26 50 %
Kot delovni terapevt sem sposoben izvedbe dejavnosti na vseh področjih človekovega delovanja z namenom promovirati zdravje in dobro počutje posameznikov v različnih skupnostih.	1 1,9 %	1 1,9 %	8 15,4 %	28 53,8 %	14 26,9 %
Kot delovni terapevt sem sposoben pridobiti, upravljati in kritično presojati informacije, pomembne za uporabnika.	1 1,9 %	1 1,9 %	12 23,1 %	20 38,5 %	18 34,6 %
Kot delovni terapevt sem sposoben kritično ovrednotiti izvedbo in izid delovnoterapevtske obravnave.	2 3,8 %	4 7,7 %	8 15,4 %	22 42,3 %	16 30,8 %

Kompetenca profesionalen odnos in partnerstvo je določena s petimi trditvami. Diplomanti so presodili, da vsako posamezno trditev dosegajo z največjim deležem ocene 5 (Povsem velja zame) (tabela 3). Največji je bil delež odgovorov pri prvi trditvi, pri kateri se 84,6 % diplomantov zaveda, da je uporabnik središče delovnoterapevtske obravnave.

Pri doseganju kompetence strokovna avtonomija in odgovornost diplomanti menijo, da imajo najmanj znanja oziroma so najslabše izobraženi o različnih vrstah standardov in predpisov tako s strani delodajalca kot na lokalni oziroma državni ravni (tabela 4).

Kompetenca o raziskovanju okupacijske znanosti (tabela 5) je po mnenju diplomantov na podlagi deleža doseganja posamezne trditve kompetenca, pri kateri največji delež diplomantov meni, da je ne dosega v celoti oziroma so se ocenili z nižjimi ocenami. Diplomanti menijo, da v največjem deležu dosegajo le dve trditvi izmed šestih (pomembnost na dokazih temelječe prakse in upoštevanje načel Kodeksa etike delovnih terapevtov Slovenije).

Tabela 3: Struktura odgovorov kompetence 3

Kompetenca 3: profesionalen odnos in partnerstvo	Doseganje kompetence Frekvenca/odstotek				
	Sploh ne velja zame.	Zame velja v približno polovici primerov.	Velja zame.	Večinoma velja zame.	Povsem velja zame.
Kot delovni terapevt se zavedam, da je uporabnik središče delovnoterapevtske obravnave.	0 0 %	0 0 %	0 0 %	8 15,4 %	44 84,6 %
Kot delovni terapevt sem sposoben vzpostaviti profesionalni odnos z uporabnikom.	0 0 %	0 0 %	2 3,8 %	12 23,1 %	38 73,1 %
Kot delovni terapevt sem sposoben timskega dela in medpoklicnega sodelovanja, pri čemer želim omogočiti sodelovanje in vključenost vsem deležnikom.	0 0 %	1 1,9 %	5 9,6 %	8 15,4 %	38 73,1 %
Kot delovni terapevt se zavedam pomena poklicne identitete.	2 3,8 %	0 0 %	6 11,5 %	10 19,2 %	34 65,4 %
Kot delovni terapevt sem sposoben oceniti in upoštevati vpliv različnih kontekstualnih dejavnikov na uporabnikovo delovanje in za uporabnikovo sodelovanje.	1 1,9 %	2 3,8 %	8 15,4 %	15 28,8 %	26 50 %

Tabela 4: Struktura odgovorov kompetence 4

Kompetenca 4: strokovna avtonomija in odgovornost	Doseganje kompetence Frekvenca/odstotek				
	Sploh ne velja zame.	Zame velja v približno polovici primerov.	Velja zame.	Večinoma velja zame.	Povsem velja zame.
Kot delovni terapevt sem sposoben pripraviti, pregledati in arhivirati strokovno dokumentacijo.	0 0 %	5 9,6 %	9 17,3 %	16 30,8 %	22 42,3 %
Kot delovni terapevt sem seznanjen z zavezo o upoštevanju lokalnih, regionalnih, nacionalnih oziroma evropskih predpisov in postopkov, strokovnih standardov in predpisov delodajalca.	4 7,7 %	10 19,2 %	9 17,3 %	18 34,6 %	11 21,2 %
Kot delovni terapevt se zavedam pomena in odgovornosti za svoje vseživljenjsko strokovno učenje in izpopolnjevanje.	0 0 %	1 1,9 %	2 3,8 %	14 26,9 %	35 67,3 %
Kot delovni terapevt sem sposoben vzpostaviti profesionalen odnos z uporabnikom in delovati po načelih Kodeksa etike.	0 0 %	0 0 %	1 1,9 %	11 21,2 %	40 76,9 %
Kot delovni terapevt sem se sposoben vključiti v procese organizacije in menedžmenta, pri čemer se zavedam svojih omejitev glede lastnega znanja na tem področju.	0 0 %	2 3,8 %	13 25 %	17 32,7 %	20 38,5 %

Tabela 5: Struktura odgovorov kompetence 5

Kompetenca 5: raziskovanje in razvoj na področju delovne terapije/okupacijske znanosti	Doseganje kompetence Frekvenca/odstotek				
	Sploh ne velja zame.	Zame velja v približno polovici primerov.	Velja zame.	Včinoma velja zame.	Povsem velja zame.
Kot delovni terapevt sem sposoben zaznati potrebo po raziskovalnem delu z vidika delovne terapije oziroma okupacijske znanosti in oblikovati ustrezna raziskovalna vprašanja.	1 1,9 %	4 7,7 %	21 40,4 %	19 36,5 %	7 13,5 %
Kot delovni terapevt se zavedam pomena na dokazih temelječe prakse, neodvisnega raziskovanja, kritičnega pregleda in vključevanja znanstvene literature ter drugih ustreznih informacijskih virov v raziskovalno delo.	1 1,9 %	4 7,7 %	13 25 %	16 30,8 %	18 34,6 %
Kot delovni terapevt sem sposoben razumeti in pri svojem delu upoštevati Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije.	1 1,9 %	3 5,8 %	6 11,5 %	11 21,2 %	31 59,6 %
Kot delovni terapevt sem sposoben interpretirati, analizirati, sintetizirati in kritizirati rezultate raziskav.	3 5,8 %	2 3,8 %	17 32,7 %	16 30,8 %	14 26,9 %
Kot delovni terapevt sem sposoben prispevati k razvoju stroke in okupacijske znanosti.	2 3,8 %	5 9,6 %	11 21,2 %	20 38,5 %	14 26,9 %
Kot delovni terapevt sem sposoben predstaviti rezultate raziskav ustreznim deležnikom.	2 3,8 %	6 11,5 %	13 25 %	19 36,5 %	12 23,1 %

Tabela 6: Struktura odgovorov kompetence 6

Kompetenca 6: menedžment in promocija stroke	Doseganje kompetence Frekvenca/odstotek				
	Sploh ne velja zame.	Zame velja v približno polovici primerov.	Velja zame.	Včinoma velja zame.	Povsem velja zame.
Kot delovni terapevt sem sposoben določiti in izbrati primerno delovnoterapevtsko storitev.	0 0 %	2 3,8 %	10 19,2 %	21 40,4 %	19 36,5 %
Kot delovni terapevt sem sposoben razumeti in uporabljati načela stroškovne učinkovitosti pri ravnanju z opremo in viri ter pri vzpostavitvi poklicnih protokolov dela.	2 3,8 %	4 7,7 %	16 30,8 %	13 25 %	17 32,7 %
Kot delovni terapevt sem sposoben sodelovati v kontinuiranem procesu ocenjevanja in izboljševanja kakovosti izvajanja storitev ter, če je treba, v proces preverjanja kakovosti storitev vključiti uporabnike in poročati o doseženih rezultatih deležnikom, ki jih to zanima.	1 1,9 %	3 5,8 %	17 32,7 %	18 34,6 %	13 25 %
Kot delovni terapevt sem sposoben proaktivno sodelovati pri razvoju stroke, vpeljevanju novosti in promociji stroke.	2 3,8 %	4 7,7 %	17 32,7 %	14 26,9 %	15 28,8 %
Kot delovni terapevt sem sposoben razmišljati o družbenih vidik zdravja ter zakonodaji na mednarodni, nacionalni in lokalni ravni, katerih učinek se odraža na delovnoterapevtskih storitvah.	3 5,8 %	5 9,6 %	17 32,7 %	17 32,7 %	10 19,2 %
Kot delovni terapevt sem sposoben določiti in izbrati primerno delovnoterapevtsko storitev.	0 0 %	2 3,8 %	10 19,2 %	21 40,4 %	19 36,5 %

Tudi pri zadnji, šesti, kompetenci o menedžmentu in promociji stroke diplomanti menijo, da vsebin posameznih petih trditev niso usvojili v celoti (tabela 6). Menijo, da imajo največji primanjkljaj oziroma največ težav s suverenostjo pri razvoju stroke ter pri povezovanju zakonodaje s storitvenim sistemom. Največjo suverenost so z deležem odgovorov *Povsem velja zame* izbrali pri stroškovno učinkovitem ravnanju z opremo, ki jo uporabljajo pri delovnoterapevtskem delu.

RAZPRAVA

Ko študent konča dodiplomsko izobraževanje in dobi naziv diplomirani delovni terapevt, se od njega pričakuje, da je pristojen za reševanje kompleksnih odgovornosti. Pristojnost (angl. competence) odraža diplomantovo usposobljenost (angl. competency) za opravljanje strokovnih obveznosti, usposobljenost pa je odraz diplomantove dejanske uspešnosti v neki situaciji (Moyes in Hinejosa, 2003). Za opravljanje delovnoterapevtskega dela vsak delovni terapevt potrebuje oziroma ima individualne zmogljivosti, ki jih odraža skozi svoje pristojnosti. Pristojnost in usposobljenost sta nujni za uspešno izvedbo delovnoterapevtskega procesa. Vključevanje delovnega terapevta v spreminjajoče se sisteme zdravstva, šolstva in socialnega varstva zahteva od delovnega terapevta neprestano prilagajanje spremenjenim pravilom in obveznostim. Delovni terapevt se pri opravljanju strokovnega dela poistoveti z različnimi poklicnimi vlogami, pri čemer je v nekem trenutku razpet med delom terapevta in menedžerja, v drugem med delom uslužbenca in podjetnika in spet v tretjem med delom raziskovalca in študenta.

Doseganje posameznih kompetenc je po mnenju diplomantov ob pregledu deležev dobljenih rezultatov sprejemljivo. Menimo, da so nekatere kompetence, kot so kompetence o pridobljenem teoretičnem delovnoterapevtskem znanju, izvedbi delovnoterapevtskega procesa in o profesionalnem odnosu, tiste, ki se razvijajo med študijem in bi jih morali diplomanti usvojiti v celoti. To pomeni, da bi pri ocenjevanju izbrali oceno pet (*Povsem velja zame.*), vendar žal ni bilo tako. Kje so razlogi za nedoseganje kompetenc v celoti, bo treba razmisliti ob naslednjem evalviranju študijskega programa. V poročilu poglobljene samoevalvacije (Rugelj in Trebše, 2016) so diplomanti kot primanjkljaj oziroma manj pridobljene kompetence izpostavili sposobnost samostojnega dela, sposobnost reševanja problemov in odločanja, prilagodljivost novim razmeram in timsko delo.

Preostale tri kompetence, ki se navezujejo na avtonomnost in odgovornost delovnega terapevta, raziskovanje ter menedžment in promocijo, so po našem mnenju del procesa pridobivanja izkušenj na delovnem mestu v posameznih institucijah.

Raven pomembnosti doseganja posameznih kompetenc med skupinama študentov delovne terapije in kliničnimi mentorji ter razlike med skupinama sodelujočih so se izkazale kot statistično pomembne razlike v pomembnosti doseganja posameznih kompetenc, čeprav sta obe skupini sodelujočih v raziskavi kot pomembne kompetence izpostavili kompetence komunikacije, postavljanja in doseganja ciljev, pridobljenega teoretičnega znanja, izvedbe delovnoterapevtskega procesa in organizacije dela (Wallingford et al., 2016), kar vsebinsko opisujejo tudi prve tri kompetence naše raziskave.

Kdaj in zakaj se lotiti prenove kompetenc delovnih terapevtov, je eno izmed pomembnejših vprašanj za Slovenijo, kjer do zdaj razen v študijskem programu posamezne kompetence niso bile zapisane ali predstavljene kot dokument. Lani je Zbornica delovnih terapevtov Slovenije pripravila Standarde prakse v delovni terapiji kot splošen dokument, v katerem so predstavljeni minimalni standardi kot vodilo in priporočilo delovnemu terapevtu pri delu z uporabniki, ne glede na specifiko dela, področje delovanja in starostno obdobje uporabnika, vključenega v delovnoterapevtsko obravnavo. Standardi prakse v delovni terapiji so dopolnilo kodeksa etike,

ki je skupek etičnih standardov, načel in pravil, ki so v standardih podrobneje opredeljena (ZDTS, 2017).

SKLEP

Delovni terapevti se moramo zavedati, da je pridobivanje pristojnosti dinamičen in večdimenzionalen proces, v katerem številni dejavniki vplivajo na individualni razvoj terapevta. Med dejavniki ob koncu še enkrat izpostavljamo posamezne delovnoterapevtske pristojnosti, ki so tesno povezane z odgovornostjo delovnega terapevta za opravljanje dela in se odražajo v šestih glavnih kompetencah, ki so strokovno znanje, procesna metoda dela, profesionalnost, avtonomnost, raziskovanje in menedžment.

Želimo si, da bi bila izvedena raziskava ena izmed spodbud za razmislek in pripravo uradnega dokumenta o kompetencah diplomiranega delovnega terapevta za opravljanje strokovnega dela, kot zgled ali druga spodbuda pa tretja prenovljena in dopolnjena izdaja Kanadskega združenja delovnih terapevtov na politični ravni (2011), ki je nastala zaradi potreb po uskladitvi kompetenc s standardi in ob upoštevanju ter vključevanju potrebe poenotenja najboljših praks dela in dokumentiranja ter sledenja razvoju stroke, pri čemer so upoštevali javnost, zdravstveno okolje, delovnoterapevtsko prakso in študijski program.

LITERATURA

- ACOTRO – Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organization. <https://www.acotro-acore.org/>. <15. 5. 2018>.
- ACOTRO – Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organization (2011). Essential Competencies of practice for occupational Therapist in Canada. th ed. https://www.acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/essentialcompetencies3rded_webversion.pdf. <15. 5. 2018>.
- BAOT/COT – British Association and College of Occupational Therapists. <https://www.rcot.co.uk/>. <15. 5. 2018>.
- CAOT – Canadian Association of Occupational Therapists. <https://www.caot.ca/>. <15. 5. 2018>.
- ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education, COTEC – Council of Occupational Therapists for the European Countries (2000). Reference Points for the Delivery of Degree Programmes of Occupational Therapy. http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL_THERAPY_FOR_WEBSITE.pdf. <22. 1. 2018>.
- ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education, COTEC – Council of Occupational Therapists for the European Countries (2006). Occupational Therapy Competencies. http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/SAG_OccTherapy.pdf. <22. 1. 2018>.
- HCPC – Health and Care Professions Council. <http://www.hcpc-uk.org/>. <12. 6. 2018>.
- Lebar C, Marušič M, Oven A (2011). Delovna terapija visokošolski strokovni študijski program prve stopnje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Moyers PA, Hinojosa J (2003). Continuing Competency. V: AOTA Staff. The Occupational Therapy Manager. NY: Albany, 463–89.
- Rugelj D, Trebše P (2016). Poglobljena samoevalvacija študijskega programa Delovna terapija 1. stopnje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Socialni inovatorji prihodnosti. Kompetenca. <http://www.socialni-inovatorji.si/knjiga/socialno-podjetnistvo/101-kompetenca>. <1. 6. 2018>.
- SSKJ – Slovar slovenskega knjižnega jezika. <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>. <20. 5. 2018>.
- Tomšič M (2014). Razvoj izobraževanja skozi 50 let. V: Zrela leta slovenske delovne terapije, Zbornik z recenzijo, Ljubljana, 28. maj 2014. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 1–12.
- Wallingford M, Knecht-Sabres LJ, Lee MM, St. Amand LaVonne E (2016). OT Practitioners' and OT Students' Perceptions of Entry-Level Competency for Occupational Therapy Practice. The Open Journal of Occupational Therapy 4 (4):1–13.
- WFOT – World Federation of Occupational Therapists (2002). Minimum standards for the Education of Occupational Therapists. Revised 2016. <https://www.mailmens.nl/files/21072349/copyrighted+world+federation+of+occupational+therapists+minimum+standards+for+the+education+of+occupational+therapists+2016a.pdf>. <15. 5. 2018>.
- ZDTS – Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2017). Standardi prakse v delovni terapiji. <http://www.zdts.si/>. <15. 5. 2018>.

MNENJA MENTORJEV DELOVNE TERAPIJE O KLINIČNI PRAKSI

THE VIEWS AND OPINIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY CLINICAL MENTORS CONCERNING CLINICAL PRACTICE

Natalija Kaker, dipl.del.ter., Ana Pristavec, dip.del.ter., Veronika Šotl, dipl. del. ter.,
dr. Alenka Oven¹, univ. dipl.org., dipl. del. ter., pred.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Študentje klinično usposabljanje opravljajo pod vodstvom mentorja, ki jih usmerja, vodi, omogoča razvijanje strokovnih kompetenc in samozvesti, da postajajo vedno bolj samostojni. Ugotavljali smo, kaj mentorji delovne terapije menijo o klinični praksi in mentorstvu, katere so lastnosti in kompetence dobrega mentorja ter kaj jih pri izvajanju mentorstva motivira in kaj ovira. **Metode dela:** V kvantitativni raziskavi je spletni anketni vprašalnik izpolnilo 81 delovnih terapevtov. **Rezultati:** Mentorji so zadovoljni z odnosom študentov na klinični praksi, manj z njihovim strokovnim znanjem. Menijo, da mentorstvo spodbuja njihov profesionalni razvoj in da za trud ter dodatno obremenitev niso dovolj nagradjeni. Najbolj pomembna kompetenca za dobrega mentorja je strokovnost, največjo oviro pri mentorstvu jim predstavlja pomanjkanje časa. **Razprava:** Zavedanje, da so pripomogli k profesionalnemu razvoju študentov, prinaša mentorjem občutek uspeha, zadovoljstva in spoštovanja ter jih motivira za nadaljnje delo. **Sklep:** Najuspešnejši mentor je tisti, ki se dodatno izobražuje, posveča svoji vlogi, hkrati pa v študentu vidi potencial ter bodočega sodelavca in ga v tej smeri tudi usposablja.

Ključne besede: klinični mentor, klinično usposabljanje, študent delovne terapije

ABSTRACT

Background: Students perform clinical practice under the guidance of a clinical mentor, whose role is to direct, lead, provide support, and enable them to develop professional competences and self-confidence in order to become more autonomous in their work. The study focused on occupational therapy practice mentors' views on clinical practice, qualities and competencies of a good mentor, motivation and obstacles that may demotivate the mentoring process. **Methods:** The data were collected by using an online survey questionnaire, which was completed by 81 occupational therapists. **Results:** Clinical practice mentors are satisfied with the student's attitude in clinical practice, less with their professional knowledge. They believe that mentoring promotes their own professional development, but they also feel that their effort and additional workload should be adequately rewarded. The respondents consider professionalism to be the most important mentor's skill while the biggest obstacle in mentoring is lack of time. **Discussion:** The awareness that mentors help their students on the road of professional development gives them a feeling of success, satisfaction and respect, which motivates them to continue their work in the future. **Conclusion:** Mentors are most successful when they accept their mentoring role, when they realise the necessity of sustainable professional development, when they acknowledge the students' potential and perceive them as future colleagues.

Key words: clinical mentor, fieldwork education, occupational therapy student

IZHODIŠČA

Klinična praksa (KP) je sestavni del izobraževanja bodočih delovnih terapevtov (DTh) in je ključnega pomena pri pripravi na opravljanje poklica (Bossers et al. 2007; Perram et al., 2016), saj študentom omogoča, da teoretično znanje, spretnosti in vrednote prenesejo v prakso

(Mulholland in Derdall, 2007). Študentom nudi možnosti in priložnosti nabiranja izkušenj, sposobnosti, omogoča učenje in nadgradnjo znanja, pridobivanje in razvijanje kompetenc ter predstavlja realno okolje bodočega poklica (Bonello, 2001; Mulholland et al., 2006) ter vpliva na izbiro zaposlitve (Francis et al., 2016).

Da bi študent pridobil strokovne kompetence, potrebuje vodenje usposobljenega DTh – mentorja z ustreznim znanjem, izkušnjami, spretnostmi, kliničnim mišljenjem, vrednotami, osebnostnimi lastnostmi in kompetencami (Bossers et al., 2007; Hodges, 2009). Navedeno je pripravljen deliti s študentom, mu svetovati in spodbujati/podpirati/usmerjati njegov strokovni in osebni razvoj (Zellers et al., 2008; Boswell et al., 2017). Adam s sodelavci (2013a) poudarja, da je nadzor in vodenje študenta skozi proces obravnave, ki ga študentje na KP podrobneje spoznavajo in utrjujejo, pomembna naloga mentorja.

Kot najpomembnejše lastnosti/kompetence dobrega mentorja različni avtorji (Morton-Cooper in Palmer, 2000; Bonello, 2001; Mulholland et al., 2006; Kirke et al., 2007; Rodger et al., 2011; Francis et al., 2016; Perram et al., 2016) navajajo: strokovnost, dobre komunikacijske sposobnosti, sposobnost učenja, empatičnost, odgovornost, vodenje, dajanje konstruktivnih povratnih informacij, pomoč pri reševanju problemov, prijaznost ter biti vzgled študentom, s katerimi vzpostavi odprt, pošten odnos in si zanje vzame čas. Poleg komunikacije, ki velja za eno najpomembnejših spretnosti za uspešno prakso bodočih DTh, je zelo pomembna tudi strokovna usposobljenost mentorja (Adam et al., 2013a; Straus et al., 2013).

Pri mentorstvu se vzpostavi odnos med mentorjem in študentom, ki je bistven za uspešno KP (Rodger et al., 2011; Francis et al., 2016; Perram et al., 2016) in lahko vpliva na sprejemanje poklicne identitete bodočega DTh. Uspešnost odnosa je odvisna od obeh. Pomembno je, da si medsebojno zaupata, se spoštujeta, imata skupne vrednote in cilje (Straus et al., 2013). Dober odnos obema prinese številne koristi. Na profesionalni ravni razvija/spodbuja strokovna znanja in razvoj, hkrati pa omogoča/spodbuja osebno rast in razvoj (Scheerer, 2007), povratne informacije (Fountain in Newcomer, 2016), povečuje motivacijo, samozavest in samopodobo (Lechuga, 2011) ter kolegialnost med njima (Borders et al., 2011). Študentu pomaga h kakovostnejšemu učenju, pridobivanju praktičnih znanj in spretnosti ter ga vodi do tolikšne samozavesti, da postaja pri svojem delu vedno bolj samostojen (Rosser et al., 2004).

Rosser in sodelavci (2004) navajajo, da mentorji od študentov prejemajo nove ideje in znanje, mladostno energijo in spodbudo za delo. Spodbujanje razvoja in rasti študentov, s katerimi delijo izkušnje ter na katere prenašajo svoje znanje, jim daje občutek uspeha, zadovoljstva in omogoča priznanje sodelavcev in nadrejenih. Podobno menita Milner in Bossers (2005) in dodajata, da je mentorstvo dragocena in pozitivna izkušnja, ki pomembno vpliva na njihov profesionalni razvoj, kar poudarja tudi Scheerer (2007).

Težave oziroma ovire se lahko pojavijo zaradi slabo načrtovanega dela, neustrezne organizacije časa, pomanjkanja sposobnosti, ki jih zahteva mentorstvo, timskega dela in prevzemanja vodstvenih vlog ali pa, ker mentor in študent ne najdeta skupnega jezika (Rosser et al., 2004). Kot najpogostejšo oviro avtorji navajajo pomanjkanje časa mentorja (Ehrich et al., 2004; Adam et al., 2013b; Yap et al., 2017), premajhno zavzetost študentov, težave z ocenjevanjem študentovega dela, nejasna pričakovanja in težave v odnosu s študentom (Milner in Bossers, 2005; Straus et al., 2013).

Na področju DT je v širšem prostoru malo literature o mentorstvu KP (Scheerer, 2007), v Sloveniji je raziskavo na temo mentorstva kliničnih vaj leta 2013 izvedla Korelc. Ugotovila je, da anketirani (N = 27) menijo, da vlogo mentorja dobro opravljajo, da ima mentorstvo pozitiven vpliv na njihov strokovni razvoj, jim omogoča seznanjanje z novostmi v stroki, da

si željo dodatnih izobraževanj in da so študentje na klinične vaje v povprečju dobro pripravljeni. Kot največji oviri so navedli preobremenitev in nemotiviranost študentov.

Zaradi pomembnosti mentorstva KP je raziskovanje tega področja potrebno in smiselno. Ugotavljali smo, kaj mentorji DT menijo o opravljanju mentorstva in njegovem vplivu naje ter o različnih vidikih pripravljenosti študentov na KP. Zanimalo nas je predvsem, ali menijo, da imajo študentje dovolj znanja in so pod njihovim vodstvom sposobni izvesti DT proces. Ugotavljali smo, katere so tiste lastnosti in kompetence, ki so po njihovem mnenju pomembne za dobrega mentorja ter ali strokovnost in komunikativnost ocenjujejo kot eni izmed najpomembnejših. Želeli smo izvedeti, ali si želijo dodatnih izobraževanj na področju mentorstva. Zanimalo nas je tudi, ali pomanjkanje časa ocenjujejo kot tisto, kar jih pri mentorstvu najbolj ovira ter katere so še ovire, s katerimi se pri mentorstvu srečujejo.

METODE DELA

Pri opisu teoretičnih izhodišč smo se naslanjali na pregled obstoječe znanstvene in strokovne literature na proučevano temo, ki smo jo iskali v spletnih podatkovnih bazah, kot so DiKUL, PubMed, Cobiss, Google učenjak, dLib, MedNar.

Kvantitativno raziskavo smo izvedli med DTh v Sloveniji, ki so mentorji KP. Podatke smo od 11. 9. do 20. 11. 2017 zbirali s spletnim anketnim vprašalnikom, oblikovanim preko odprtokodne aplikacije 1KA, ki ga je v celoti izpolnilo 81 mentorjev DT. Pred izvedbo anketiranja smo izvedli pilotni preizkus s šestimi naključno izbranimi mentorji, ki na vprašalnik niso imeli bistvenih pripomb, zato ga nismo spreminjali.

Vprašalnik smo oblikovali na podlagi študija literature, delno smo ga priredili po Korelc (2013). Sestavljajo ga demografska vprašanja in štirje sklopi trditev: o pripravljenosti študentov na KP, o mentorstvu na KP, o lastnostih in kompetencah, pomembnih za dobrega mentorja, ter o ovirah pri opravljanju mentorstva. Posamezno trditev so anketiranci ocenili na Likertovi lestvici z ocenami od 1 do 5 (1 – sploh se ne strinjam, lastnost oz. kompetenca sploh ni pomembna, me sploh ne ovira; 2 – se ne strinjam, lastnost oz. kompetenca ni pomembna, me ne ovira; 3 – delno se ne strinjam, delno se strinjam, lastnost oz. kompetenca je delno nepomembna; delno pomembna, me delno ne ovira in delno ovira; 4 – se strinjam, lastnost oz. kompetenca je pomembna, me ovira; 5 – popolnoma se strinjam, lastnost oz. kompetenca je zelo pomembna, me zelo ovira).

Na osnovi študije literature smo opredelili naslednje hipoteze:

H1: Mentorji se bolj strinjajo s trditvijo, da so študentje pod nadzorom mentorja sposobni izvesti DT proces, kot s trditvijo, da imajo študentje dovolj strokovnega znanja.

H2: Mentorji se strinjajo/popolnoma strinjajo (ocena 4), da opravljanje mentorstva vpliva na njihov profesionalni razvoj.

H3: DTh, ki so mentorji manj kot 10 let, imajo večjo željo po dodatnih izobraževanjih s področja mentorstva od tistih, ki so mentorji več ali enako kot 10 let.

H4: Mentorji kot enako pomembni kompetenci dobrega mentorja ocenjujejo strokovnost in dobre komunikacijske sposobnosti.

H5: Mentorji ocenjujejo, da jih pomanjkanje časa ovira/zelo ovira (ocena 4) pri opravljanju mentorstva.

Za statistično obdelavo, analizo in prikaz podatkov smo uporabili programa IBM SPSS Statistics 22. 0. 0. (SPSS Inc., Chicago, ZDA) in Microsoft Excel 2010 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA). Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom zanesljivosti (α), hipoteze pa s t-testom na enem vzorcu, t-testom za neodvisne vzorce in χ^2 testom za preverjanje enake verjetnosti. Kot stopnjo tveganja smo izbrali $p < 0.05$.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 81 DTh – mentorjev KP, od tega 74 (97 %) žensk in 2 (3 %) moška. 5 (6 %) mentorjev na vprašanje o spolu ni odgovorilo.

Cronbachov koeficient zanesljivosti (α) je pri prvem sklopu vprašanj znašal $\alpha = 0,925$, pri tretjem sklopu $\alpha = 0,953$, kar pomeni odlično stopnjo zanesljivosti. Pri drugem sklopu vprašanj je znašal $\alpha = 0,827$ in pri četrtem $\alpha = 0,820$, kar pomeni, da je stopnja zanesljivosti dobra. Stopnja zanesljivosti celotnega vprašalnika je precej visoka (Ferligoj in sod., 1995).

Tabela 1: Ocene strinjanja s trditvami v zvezi s pripravljenostjo študentov na KP

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Študentje imajo dovolj strokovnega znanja.	4 %	12 %	47 %	31 %	6 %	81	3,2	0,88
Pod nadzorom mentorja so sposobni izvesti DT proces (obravnavo).	0 %	8 %	26 %	50 %	16 %	80	3,8	0,82
Znajo vzpostaviti dober odnos z uporabniki.	0 %	1 %	26 %	50 %	23 %	78	3,9	0,74
Vzpostavijo dober odnos z mentorjem.	0 %	0 %	9 %	59 %	33 %	80	4,2	0,60
Znajo ustrezno komunicirati z uporabniki.	0 %	1 %	34 %	51 %	14 %	80	3,8	0,69
So empatični.	0 %	1 %	24 %	56 %	19 %	80	3,9	0,69
Upoštevajo kodeks etike.	0 %	1 %	13 %	58 %	29 %	80	4,1	0,67
Povezujejo se z ostalimi člani tima.	0 %	3 %	41 %	41 %	15 %	80	3,7	0,76
Imajo dober odnos z ostalimi člani tima.	0 %	0 %	24 %	53 %	24 %	80	4,0	0,69
So pripravljeni na delo.	0 %	4 %	29 %	52 %	15 %	79	3,8	0,75
Do dela imajo ustrezen odnos.	0 %	0 %	24 %	58 %	19 %	80	4,0	0,65
So samoiniciativni.	0 %	9 %	46 %	38 %	8 %	80	3,4	0,76
So urejeni (pričeska, nohti, uniforma).	0 %	0 %	10 %	54 %	36 %	80	4,3	0,63
Upoštevajo bonton.	0 %	0 %	11 %	55 %	34 %	80	4,2	0,64

Legenda: posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih, s. o. = standardni odklon.

V povprečju se anketirani mentorji najbolj strinjajo s trditvami, da študentje na KP prihajajo urejeni ($M = 4,3$), da vzpostavijo dober odnos z mentorjem in da upoštevajo bonton (obe $M = 4,2$). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da imajo dovolj strokovnega znanja ($M = 3,2$) (Tabela 1).

Mentorji se v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da so študentje pod nadzorom mentorja sposobni izvesti DT proces ($M = 3,73$), kot s trditvijo, da imajo dovolj strokovnega znanja ($M = 3,23$). Izračun t-testa na enem vzorcu je pokazal, da je med trditvama statistično pomembna razlika ($t = -5,678$, $p = 0,000$), zato prvo hipotezo (H_1) potrdimo.

Anketirani mentorji se najbolj strinjajo s trditvami, da opravljanje mentorstva pozitivno vpliva na njihov profesionalni razvoj, da s študenti dobro sodelujejo, ter da občutijo zadovoljstvo, kadar jih študentje pohvalijo (vse $M = 4,3$). Najmanj se strinjajo s trditvama, da so za svoj trud in dodatno obremenitev zaradi mentorstva dovolj nagrajeni ($M = 2,3$), ter da so zaradi dela s študenti razbremenjeni (nekaterih) delovnih obveznosti ($M = 2,0$) (Tabela 2).

Mentorji se strinjajo oz. popolnoma strinjajo s trditvijo, da opravljanje mentorstva vpliva na njihov profesionalni razvoj ($M = 4,31$). Drugo hipotezo (H_2) potrdimo, saj je izračun t-testa na enem vzorcu ($t = 4,442$, $p = 0,000$) pokazal statistično pomembno razliko od testne vrednosti (4).

Tabela 2: Ocene strinjanja s trditvami o mentorstvu KP

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Opravljanje mentorstva pozitivno vpliva na moj profesionalni razvoj (ga spodbuja).	0 %	0 %	9 %	52 %	40 %	81	4,3	0,63
Za izvajanje mentorstva imam dovolj izkušenj.	0 %	0 %	19 %	51 %	31 %	81	4,1	0,70
Vlogo mentorja opravljam dobro.	0 %	0 %	15 %	69 %	16 %	81	4,0	0,56
Študentom se lahko popolnoma posvetim.	1 %	5 %	51 %	35 %	9 %	81	3,4	0,77
S študenti dobro sodelujem.	0 %	0 %	8 %	59 %	34 %	80	4,3	0,59
Zaradi dela s študenti sem razbremenjen/-a (nekaterih) delovnih obveznosti.	35 %	40 %	23 %	1 %	1 %	81	2,0	0,86
Kadar me študentje pohvalijo, občutim zadovoljstvo.	0 %	0 %	9 %	54 %	37 %	81	4,3	0,62
Zaradi izvajanja mentorstva imam večji ugled v delovni organizaciji.	5 %	38 %	41 %	13 %	4 %	80	2,7	0,62
Zaradi izvajanja mentorstva sem cenjen/-a s strani delovne organizacije.	5 %	37 %	36 %	19 %	4 %	81	2,8	0,93
Inštitucija je naklonjena sprejemu študentov na klinično prakso.	1 %	0 %	21 %	53 %	25 %	80	4,0	0,76
Zaradi izvajanja mentorstva sem cenjen/-a s strani fakultete.	1 %	18 %	36 %	35 %	10 %	80	3,4	0,93
S strani fakultete dobim ustrezna navodila glede opravljanja/izvajanja mentorstva.	1 %	6 %	28 %	46 %	19 %	81	3,7	0,88
Za mentorstvo sem motiviran/-a, saj se od študentov lahko veliko naučim.	0 %	5 %	23 %	46 %	26 %	80	3,9	0,83
Za svoj trud in dodatno obremenitev zaradi mentorstva sem dovolj nagrajen/-a.	21 %	39 %	29 %	9 %	3 %	80	2,3	0,99
Denarna nagrada za mentorstvo (bi) mi veliko pomeni(la).	3 %	19 %	39 %	28 %	13 %	80	3,3	1,00
Mentorstvo mi zaradi stikov s študenti omogoča sledenje novostim v stroki.	0 %	2 %	17 %	41 %	40 %	81	4,2	0,80
Na področju mentorstva bi se (še) dodatno izobraževal/-a.	0 %	3 %	11 %	50 %	36 %	80	4,2	0,74

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih, s. o. = standardni odklon.

Z neodvisnim t-testom smo preverili, ali imajo DTh, ki so mentorji manj kot 10 let, večjo željo po dodatnem izobraževanju s področja mentorstva ($M = 4,36$), od tistih, ki so mentorji več ali enako kot 10 let ($M = 4,07$). Ker izračun med trditvama ni pokazal statistično pomembne razlike ($t = -1,544$; $p = 0,127$), tretje hipoteze ($H3$) ne potrdimo.

Po mnenju anketiranih DTh so vse navedene lastnosti in kompetence pomembne oziroma zelo pomembne za dobrega mentorja, saj so vse ocenili s povprečno oceno najmanj 4,5 (Tabela 3). Med najpomembnejše anketiranci uvrščajo strokovnost ($M = 4,9$) in sposobnost predajanja znanja študentom ter odgovornost (obe $M = 4,8$). Najnižje ocenjene lastnosti oziroma kompetence so prijaznost, odkritost, samozavest in ustvarjalnost (vse $M = 4,5$).

Ugotavljamo, da mentorji DT na KP v povprečju strokovnost ($M = 4,86$) ocenjujejo kot malenkost pomembnejšo kompetenco za dobrega mentorja od dobrih komunikacijskih sposobnosti ($M = 4,71$). Iz deskriptivnih podatkov je razvidno, da je dobre komunikacijske sposobnosti kot zelo pomembne ocenilo 71 %, strokovnost pa 86 % anketiranih. Izračun χ^2 testa za preverjanje enake verjetnosti je pokazal statistično pomembno razliko ($\chi^2 = 8,407$; $p = 0,004$) pri ocenjevanju obeh kompetenc, zato četrto hipotezo ($H4$) potrdimo.

Tabela 3: Pomembnost lastnosti in kompetenc za dobrega mentorja

Lastnost oz. kompetenca	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Zanesljivost	0 %	0 %	1 %	32 %	67 %	78	4,7	0,51
Vzpostavljanje dobrih medseb. odnosov	0 %	0 %	0 %	31 %	69 %	78	4,7	0,46
Samoiniciativnost	0 %	0 %	1 %	33 %	65 %	78	4,6	0,51
Dobre komunikacijske sposobnosti.	0 %	0 %	0 %	29 %	71 %	78	4,7	0,46
Sposobnost empatije	0 %	0 %	0 %	32 %	68 %	78	4,7	0,47
Strokovnost	0 %	0 %	0 %	14 %	86 %	78	4,9	0,35
Sposobnost predajanja znanja študentu	0 %	0 %	0 %	21 %	79 %	78	4,8	0,41
Zaupljivost	0 %	0 %	6 %	32 %	62 %	78	4,6	0,62
Prijaznost	0 %	0 %	3 %	42 %	55 %	78	4,5	0,55
Si vzame čas za študenta	0 %	0 %	0 %	33 %	67 %	78	4,7	0,47
Študenta vodi skozi klinično prakso	0 %	0 %	3 %	29 %	68 %	78	4,7	0,53
Odkritost	0 %	0 %	5 %	38 %	56 %	78	4,5	0,60
Samozavest	0 %	0 %	1 %	46 %	53 %	78	4,5	0,53
Predanost delu	0 %	0 %	0 %	37 %	63 %	78	4,6	0,49
Dobro sodelovanje z drugimi člani tima	0 %	0 %	0 %	36 %	64 %	78	4,6	0,48
Sposobnost upravljanja s stresom	0 %	0 %	3 %	40 %	58 %	78	4,6	0,55
Vzor študentu	0 %	0 %	1 %	31 %	68 %	78	4,7	0,50
Sposobnost svetovanja študentu	0 %	0 %	0 %	31 %	69 %	78	4,7	0,46
Nudjenje moralne podpore študentu	0 %	0 %	0 %	44 %	56 %	78	4,6	0,50
Vztrajnost	0 %	0 %	0 %	41 %	59 %	78	4,6	0,50
Odgovornost	0 %	0 %	0 %	21 %	79 %	78	4,8	0,41
Natančnost	0 %	0 %	1 %	37 %	62 %	78	4,6	0,52
Čustvena stabilnost	0 %	0 %	3 %	28 %	69 %	78	4,7	0,53
Ustvarjalnost	0 %	0 %	4 %	46 %	50 %	78	4,5	0,57
Iskrenost	0 %	0 %	1 %	33 %	65 %	78	4,6	0,51

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh ni pomembna do 5 = je zelo pomembna, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih, s. o.= standardni odklon

Tabela 4: Možne ovire pri opravljanju mentorstva

Ovira	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Pomanjkanje časa	1 %	6 %	38 %	38 %	17 %	77	3,6	0,89
Pomanjkanje znanja o mentorstvu	12 %	28 %	49 %	12 %	0 %	76	2,6	0,85
Premalo strokovnega znanja	16 %	39 %	36 %	8 %	1 %	76	2,4	0,90
Prevelika lastna pričakovanja	13 %	30 %	30 %	25 %	1 %	76	2,7	1,03
Ovire s strani organizacije (vodstvo/vodja)	14 %	38 %	32 %	13 %	3 %	77	2,5	0,98
Neustrezen odnos študenta/-ov do mentorja	23 %	22 %	31 %	18 %	5 %	77	2,6	1,18
Nemotiviranost študenta/-ov	8 %	22 %	27 %	19 %	23 %	77	3,3	1,27
Preobremenjenost	4 %	8 %	47 %	31 %	10 %	77	3,4	0,92
Prevelika pričakovanja s strani fakultete	17 %	39 %	36 %	8 %	0 %	77	2,4	0,85
Prevelika pričakovanja s strani študenta/-ov	14 %	43 %	38 %	6 %	0 %	77	2,4	0,80
Ocenjevanje dela študenta/-ov	18 %	42 %	32 %	8 %	0 %	77	2,3	0,86
Plačilo mentorstva	13 %	25 %	45 %	14 %	3 %	77	2,7	0,96

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = me sploh ne ovira do 5 = me zelo ovira, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih, s. o. = standardni odklon.

Mentorji ocenjujejo, da jih pri opravljanju mentorstva najbolj ovirajo: pomanjkanje časa (M = 3,6), preobremenjenost (M = 3,4) ter nemotiviranost študentov (M = 3,3), najmanj pa ocenjevanje dela študentov (M = 2,3), premalo strokovnega znanja, prevelika pričakovanja s strani fakultete ter študentov (vse M = 2,4) (Tabela 4).

Anketirani se strinjajo (M = 3,62), da jih pomanjkanje časa ovira pri opravljanju mentorstva. Povprečna ocena je nižja od testne vrednosti (4), se pa k njej bolj nagiba kot k oceni 3. S pomočjo t-testa na enem vzorcu ($t = -3,717$, $p = 0,000$) smo ugotovili, da ni statistično pomembne razlike od testne vrednosti (4), iz česar sledi, da pete hipoteze (H5) ne potrdimo.

RAZPRAVA

Študentje tekom študija na fakulteti pridobivajo širok nabor znanj tako iz področja DT kot z drugih področij, ki jih morajo tekom KP prenesti v prakso. Rezultati so pokazali, da se mentorji DT glede pripravljenosti študentov na KP v povprečju najbolj strinjajo, da študentje upoštevajo kodeks etike in bonton, vzpostavijo dober odnos z mentorjem, so empatični, urejeni ter imajo do dela ustrezen odnos. Nekoliko manj se strinjajo, da imajo študentje dovolj strokovnega znanja, so samoiniciativni ter se povezujejo z ostalimi člani tima. Podobno so ugotovili Chipchase in sodelavci (2012). Dodajajo, da morajo študentje imeti željo po novih izkušnjah in na KP priti pripravljeni, s čimer se strinjajo tudi anketirani DTh. Govekar - Okoliš (2009) je ugotovila, da je pripravljenost študenta na KP odvisna tudi od njegovega interesa in kakovosti dela mentorja. Naidoo in Van Wyk (2016) pa navajata, da po mnenju mentorjev študentje za uspešno KP potrebujejo jasne smernice.

Pomembna naloga mentorja, kot meni Adam s sodelavci (2013a), je nadzor in vodenje študenta, da izpelje proces DT obravnave. Tega študentje na KP podrobneje spoznavajo, zato je vodenje mentorja, predvsem pri zgodnejši KP, zelo pomembno. Razaee s sodelavci (2014) pa poudarjajo, da morajo biti študentje na izzive KP ustrezno pripravljeni in imeti dovolj strokovnega znanja. Ugotavljamo, da se anketirani DTh statistično pomembno bolj strinjajo s trditvijo, da so študentje pod nadzorom mentorja sposobni izvesti DT-proces, kot s trditvijo, da imajo študentje dovolj strokovnega znanja. Menimo, da bi bilo pripravljenosti študentov potrebno nameniti več pozornosti s strani fakultete, predvsem pa bi bilo smiselno raziskati, kje konkretno zaznavajo pomanjkanje strokovnega znanja študentov tako mentorji kot tudi sami študentje. Zanimivo bi bilo ugotoviti, ali gre dejansko za premalo strokovnega znanja ali le za težave študentov pri prenosu teoretičnega znanja, pridobljenega na fakulteti, v prakso. Pomoč pri tem je ena od bistvenih nalog mentorja, kar poudarjata tudi Mulholland in Derdall (2007). Za dobro opravljanje te naloge pa mora mentor imeti dovolj znanja.

Rezultati so pokazali, da se anketirani DTh strinjajo oz. popolnoma strinjajo s trditvijo, da opravljanje mentorstva vpliva na njihov profesionalni razvoj. Menimo, da je to pomemben motivacijski dejavnik za opravljanje vloge mentorja in tudi za zadovoljstvo pri delu ter osebo zadovoljstvo, ki bi ga bilo potrebno podrobneje proučiti in ga upoštevati. Na profesionalni razvoj mentorja vpliva tudi učenje (novosti) v stroki in nadgrajevanje znanja, ki ga mentorju predstavi študent ali ga mentor pridobi z dodatnim izobraževanjem. Tudi Yap in sodelavci (2017), Fountain in Newcomer, (2016) in Mason in Bull (2006) ugotavljajo, da mentorji DT z delom nadgrajujejo znanje, ostajajo v stiku z novostmi v stroki, povečujejo profesionalnost in poklicno pripadnost ter izboljšujejo razumevanje teorije. Mentorstvo omogoča tudi motivacijo, samozavest, občutek izpolnitve in zadovoljstva. Z navedenim se, glede na rezultate, strinjajo tudi anketirani DTh.

Večina anketirani DTh meni, da s študenti dobro sodeluje, kar je razveseljujoče, glede na to, da James in Musselman (2005) poudarjata, da kakovost odnosa med študentom DT in mentorjem močno vpliva na učenje in uspešnost študenta ter posledično uspešnost KP.

Dodatno izobraževanje s področja mentorstva je pomembno tako za DTh, ki so mentorji manj kot 10 let, kot za tiste, ki so mentorji 10 ali več let. Med skupinama ni statistično pomembne razlike. Z rezultatom smo zadovoljni, saj pomeni, da se mentorji zavedajo pomembnosti dodatnega izobraževanja za dobro opravljanje vloge mentorja. Menimo, da bi bilo smiselno zagotoviti dodatna, kontinuirana izobraževanja za vse mentorje tako s strokovnega področja, kot iz področja samega mentorstva in pedagoških vsebin, kar priporoča O'Connor s sodelavci (2012). Glede dodatnih izobraževanj Rodger in sodelavci (2011) navajajo, da imajo mentorji od usposabljanj koristi, saj je bolj izkušen in usposobljen mentor učinkovitejši pri delu s študenta. Carr (2008) meni, da je učenje očitna prednost mentorstva, s čimer se strinjajo anketirani DTh.

Različni avtorji (Bonello, 2001; Kirke et al., 2007; Adam et al., 2013a; Strauss et al., 2013) so ugotovili, da je komunikacija spretnost, ki poleg strokovnosti velja za eno najpomembnejših za uspešno KP v DT. Mentorji bi morali biti pri komunikaciji s študenti prijazni, odprti, iskreni, jih sposobni aktivno poslušati in razumeti njihove probleme (Williams et al., 2004; Straus et al., 2009). V raziskavi so mentorji DT strokovnost, dobre komunikacijske sposobnosti, vzpostavljanje dobrih medsebojnih odnosov, zanesljivost v povprečju ocenili kot zelo pomembne. Strokovnost so anketiranci ocenili kot statistično pomembnejšo kompetenco za dobrega mentorja od dobrih komunikacijskih sposobnosti. Ugotovitev je razveseljujoča in kaže na zavedanje anketirancev o pomembnosti nekaterih kompetenc. Adam et al., (2013a) in Strauss sodelavci (2013) strokovnost in komunikacijske sposobnosti navajajo kot najpomembnejše za uspešno mentorstvo v DT. Strokovne izkušnje so visoko cenjene tudi v raziskavi, ki jo je izvedla Francis s sodelavci (2016).

Dobra komunikacija pomaga razviti pozitiven in zaupen odnos med mentorjem in študentom (Mulholland et al., 2006; Abedin et al., 2012). Mentorji so pogosto zgled študentom in igrajo pomembno formalno in neformalno vlogo v kreiranju identitete (Vinales, 2015). Tudi DTh, ki so sodelovali v naši raziskavi, so to, da so vzor študentu, ocenili kot zelo pomembno. Poleg strokovnosti in komunikacijskih sposobnosti so za najbolj pomembne lastnosti oz. kompetence mentorja izpostavili še sposobnost predajanja znanja študentu, odgovornost in sposobnost svetovanja študentu. Visoko so ocenili tudi ostale lastnosti oz. kompetence.

Ovire za mentorstvo so lahko povezane z osebnimi dejavniki, težavami v odnosih in strukturnimi/institucionalnimi ovirami (Sambunjak et al., 2009), z njihovimi spretnostmi in lastnostmi ter pomanjkanju zaupanja v svoje sposobnosti (Waters et al., 2003; Hurley in Snowden, 2008). Najpogostejše omenjen problem je pomanjkanje časa zaradi drugih obremenitev (Ehrich et al., 2004; Hurley in Snowden, 2008; Adam et al., 2013b; Francis et al., 2016).

Tudi mi smo ugotovili, da anketirani DTh ocenjujejo, da jih pomanjkanje časa ovira pri opravljanju mentorstva, a statistično pomembne razlike od testne vrednosti (4) nismo zaznali. Pomanjkanje časa jih, kljub temu, da so ta dejavnik ocenili z najvišjo povprečno oceno, pri popravljanju mentorstva ne ovira zelo. Kljub temu pa je te in ostale dejavnike, katere so mentorji ocenili s povprečno oceno 3 ali več, potrebno proučiti in jih poskušati odpraviti ali vsaj omiliti njihov vpliv z npr. drugačno organizacijo dela oziroma razbremenitvijo nekaterih obveznosti v času poteka KP. Podobno Lakasing in Francis (2005) trdita, da je treba mentorjem zagotoviti čas in dodatno plačilo, da bi jim omogočili učinkovitejšo izvajanje svoje vloge. Z navedenim se strinjajo tudi anketiranci v naši raziskavi, ki ocenjujejo, da za svoj trud in dodatno obremenitev zaradi mentorstva niso dovolj nagrajeni.

Poleg pomanjkanja časa mentorjem DT na KP veliko oviro predstavlja preobremenjenost. Tudi Hurley in Snowden (2008), Adam in sodelavci (2013b) in Kulaš (2013) ugotavljajo, da so mentorji preobremenjeni z rednim delom in se zato ne morejo posvetiti vlogi mentorja, vzpostaviti najboljšega odnosa in nuditi študentu optimalne podpore, pomoči in vodenja, kar vpliva na uspešnost študenta. Pomanjkanje časa, ki je velikokrat posledica preobremenjenosti, se je izkazal kot pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost odnosa mentorjev do študentov.

SKLEP

Za študente DT je pri pripravi na opravljanje bodočega poklica KP ključnega pomena, pri čemer imajo dobri mentorji zelo pomembno vlogo. Najuspešnejši mentorji so tisti, ki študenta vodijo tako, da spozna svoje zmožnosti in omejitve, uspešno prenaša znanje iz teorije v prakso, pridobiva strokovne izkušnje in ob tem strokovno in osebnostno raste.

Za uspešno KP, ki prinaša zadovoljstvo tako študentom kot mentorjem, morajo biti zagotovljeni ustrezni pogoji. Pomembno je, da so študentje dobro pripravljeni in motivirani za opravljanje KP, se znajo soočiti z ovirami in dobro sodelovati z mentorjem. Zelo pomemben je odnos med mentorjem in študentom. Uspeh pa je odvisen tudi od pripravljenosti mentorjev za sodelovanje in na vlogo mentorja, od njihovih lastnosti, kompetenc in strokovne usposobljenosti. Navedenemu bi bilo v bodoče smiselno nameniti več pozornosti. Mentorstvo je vseživljenjski proces, zato bi bilo za dobro opravljanje vloge mentorstva potrebno organizirati kontinuirano izobraževanje in usposabljanje mentorjev. Prav tako je potrebno nadaljnje, poglobljeno raziskovanje na področju mentorstva.

LITERATURA

- Abedin Z, Biskup E, Silet K et al. (2012). Deriving competencies for mentors of clinical and translational scholars. *Clin Transl Sci* 5 (3): 273–80.
- Adam K, Peters S, Chipchase L (2013a). Knowledge, skills, and professional behaviors required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related practice: a systematic review. *Aust Occup Ther J* 60 (2): 76–84.
- Adam K, Strong J, Chipchase L (2013b). Preparing occupational therapy and physiotherapy students for work-related practice: a clinical education initiative at one australian university. *The internet journal of allied health sciences and practice* 11(1): 1–9.
- Bonello M (2001). Fieldwork within the context of higher education: a literature review. *Br J Occup Ther* 64 (2): 93–9.
- Borders LD, Young JS, Wester KL, et al. (2011). Mentoring promotion/tenure-seeking faculty: principles of good practice within a counselor education program. *Couns Educ Superv* 50 (3): 171–88.
- Bossers A, Miller LT, Polatajko HJ, Hartley M (2007). *Competency Based Fieldwork Evaluation for Occupational Therapists CBEF-OT*. Toronto, ON: Nelson Education.
- Boswell J, Stark MD, Wilson AD, Onwuegbuzie AJ (2017). The impact of dual roles in mentoring relationships: a mixed research study. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision* 9 (2): 1–27.
- Carr J (2008). Mentoring student nurses in the practice. *Practice Nursing* 19 (9): 465–7.
- Chipchase LS, Buttrum JB, Dunwoodie R, Hill AE, Mandrusiak A, Moran M (2012). Characteristics of student preparedness for clinical learning: clinical educator perspectives using the Delphi approach. *BMC Medical Education* 12: 112.
- Ehrich LC, Hansford B, Tennent L (2004). Formal mentoring program in education and other professions: a review of the literature. *Educ Adm Q* 40 (4): 518–40.
- Ferligoj A, Leskošek K, Kogovšek T (1995). *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fountain J, Newcomer KE (2016). Developing and sustaining effective faculty mentoring programs. *Journal of Public Affairs Education* 22 (4): 483–506.
- Francis A, Hills C, MacDonald-Wicks L et al. (2016). Characteristics of an ideal practice educator: Perspectives from practice educators in diagnostic radiography, nuclear medicine, nutrition and dietetics, occupational therapy and physiotherapy and radiation therapy. *Radiography* 22 (4): 287–94.
- Govekar-Okoliš M (2009). Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov v različnih delovnih organizacijah. *Andrag spoznan* 15 (1): 77–89.
- Hodges B (2009). Factors that can influence mentorship relationships. *Paediatr Nurs* 21 (6): 32–5.
- Hurley C, Snowden S (2008). Mentoring in times of change. *Nurs Crit Care* 13 (5): 269–75.

- James K, Musselman L (2005). Commonalities in level II fieldwork failure. *Occup Ther Health Care* 19 (4): 67–81.
- Kirke P, Layton N, Sim J (2007). Informing fieldwork design: Key elements to quality in fieldwork education for undergraduate occupational therapy students. *Aust Occup Ther J* 54 (s1): S13–S22.
- Korelc Š (2013). *Mentorstvo kliničnih vaj v delovni terapiji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Kulaš F (2013). *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov*. Magistrska naloga. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Lakasing E, Francis H (2005). The crisis in student mentorship. *J Prim Health Care* 15 (4): 40–1.
- Lechuga VM (2011). Faculty-graduate student mentoring relationships: mentors' perceived roles and responsibilities. *High Educ* 62 (6): 757–71.
- Mason LR, Bull BJ (2006). Practice placement education in mental health: the educator's experience. *Br J Occup Ther* 69 (1): 22–30.
- Milner T, Bossers A (2005). Evaluation of an occupational therapy mentorship program. *Can J Occup Ther* 72 (4): 205–11.
- Morton-Cooper A, Palmer A (2000). *Mentoring, preceptorship and clinical supervision: a guide to professional roles in clinical practice*. 2nd edn. Oxford: Blackwell Science.
- Mulholland S, Derald M, Roy B (2006). The student's perspective on what makes an exceptional practice placement educator. *Br J Occup Ther* 69 (12): 567–71.
- Mulholland S, Derald M (2007). An early fieldwork experience: student and preceptor perspectives. *Can J Occup Ther* 74 (3): 161–71.
- Naidoo D, Van Wyk J (2016). Fieldwork practice for learning: lessons from occupational therapy students and their supervisors. *Afr J Health Prof Educ* 8 (1): 37–40.
- O'Connor A, Cahill M, McKay EA (2012). Revisiting 1:1 and 2:1 clinical placement models: student and clinical educator perspectives. *Aust Occup Ther J* 59 (4): 276–83.
- Paton BI (2010). The professional practice knowledge of nurse preceptors. *J Nurs Educ* 49 (3): 143–9.
- Perram A, Hills C, Johnston C et al. (2016). Characteristics of an ideal practice educator: perspectives from undergraduate students in diagnostic radiography, nuclear medicine, nutrition and dietetics, occupational therapy, physiotherapy and radiation therapy. *Radiography* 22 (4): 295–305.
- Rezaee M, Rassafiani M, Khankeh H, Hosseini M (2014). Experiences of occupational therapy students in the first field-work education: a qualitative study. *Med J Islam Repub Iran* 28 (110): 1–12.
- Rodger S, Fitzgerald C, Davila W, Millar F, Allison H (2011). What makes a quality occupational therapy practice placement? Students and practice educator's perspectives. *Aust Occup Ther J* 58 (3): 195–202.
- Rosser M, Rice AM, Campbell H, Jack C (2004). Evaluation of a mentorship programme for specialist practitioners. *Nurse Educ Today* 24 (8): 596–604.
- Sambunjak D, Sharon E, Straus SE, Marusic A (2009). A Systematic review of qualitative research on the meaning and characteristics of mentoring in academic medicine. *J Gen Intern Med* 25 (1): 72–8.
- Scheerer CR (2007). Mentoring in occupational therapy: one state's status. *Occup Ther Health Care* 21 (3): 17–33.
- Straus SE, Chatur F, Taylor M (2009). Issues in the mentor-mentee relationship in academic medicine: qualitative study. *Acad Med* 84 (1): 135–9.
- Straus SE, Johnson MO, Marquez C, Feldman MD (2013). Characteristic of successful and failed mentoring relationship: a qualitative study across two academic health centers. *Acad Med* 88 (1): 82–9.
- Vinales JJ (2015). The mentor as a role model and the importance of belongingness. *Br J Nurs* 24 (10): 532–5.
- Waters D, Clarke M, Ingall A, Dean-Jones M (2003). Evaluation of a pilot mentoring programme for nurse managers. *J Adv Nurs* 42 (5): 516–26.
- Williams LL, Levine JB, Malhotra S, Holtzheimer P (2004). The good-enough mentoring relationship. *Acad Psychiatry* 28 (2): 111–5.
- Yap HW, Chua J, Toh YP et al. (2017). Thematic review of mentoring in occupational therapy and physiotherapy between 2000 in 2015, sitting occupational therapy and physiotherapy in a holistic palliative medicine multidisciplinary mentoring program. *J Palliat Care Pain Manag* 2 (1): 46–55.
- Zellers DF, Howard VM, Barcic MA (2008). Faculty mentoring programs: reenvisioning rather than reinventing the wheel. *Rev Educ Res* 78 (3): 552–88.

UPORABA INFORMACIJSKO KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE MED DELOVNIMI TERAPEVTI

THE USE OF INFORMATION-COMMUNICATION TECHNOLOGY AMONG OCCUPATIONAL THERAPISTS

mag. Cecilija Lebar¹, dipl.del.ter., univ.dipl.org., mag. Nevenka Gričar¹, dipl.del.ter.,
prof.def.,

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Informacijsko komunikacijska tehnologija je prisotna na večini področij človekovega delovanja. V raziskavi je sodelovalo 77 delovnih terapevtov iz vse Slovenije. Zanimalo nas je kakšni uporabniki te tehnologije so delovni terapevti in kakšna je njihova pripravljenost za uporabo le-te v procesu dela. **Metode dela:** Izvedena je bila spletna anketa o uporabi informacijsko komunikacijske tehnologije, z večino vprašanj nominalnega tipa, z več možnimi odgovori in 4 stopenjsko lestvico za ugotavljanje pripravljenosti za uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije pri delu. Stopnja pripravljenosti je bila testirana s t-testom za en vzorec. **Rezultati:** Delovni terapevti v vsakodnevem življenju uporabljajo različne naprave in so varni uporabniki interneta. Pripravljeni so za uvajanje informacijsko komunikacijske tehnologije na večino področij dela, nekoliko slabša pripravljenost je za izvajanje terapevtskega procesa neposredno z uporabniki in sicer, za svetovanje posameznikom/skupinam ter izvajanje obravnave. **Razprava in sklep:** Glede na široko uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije in pripravljenost uporabe le-te v delovnoterapevtski praksi je v prihodnosti potrebno razviti konkretne načine za njeno vključitev v obravnavo.

Ključne besede: sodobna tehnologija, delovna terapija, varna raba interneta

ABSTRACT

Introduction: Information-communication technology (ICT) has been increasingly used in most areas of human occupation. The sample of the current study consisted of occupational therapists (n = 77) from all over Slovenia. The study aimed to identify the typology of ICT users among occupational therapists and their readiness to use it in the work process. **Methods:** An online survey regarding the use of ICT technology was conducted. It included mainly the nominal type of questions with multiple-choice answers and a 4-point scale for determining the participants' readiness to use ICT in occupational therapy. The level of readiness was tested with the one sample t-test. **Results:** Occupational therapists use different devices in everyday life and are safe internet users. They are willing to introduce the ICT into most areas of their work. They are, however, slightly less willing to carry out the therapeutic process directly with the users, such as counselling to individuals or groups and conducting a therapy. **Discussion and conclusions:** According to the established wide use of ICT among the occupational therapists and their readiness to use it in practice, it will be necessary to develop more precise programmes for its introduction into the treatment process.

Key words: modern technology, occupational therapy, safe use of the internet

IZHODIŠČA

Če si pobliže pogledamo okolje, v katerem živimo danes, vidimo, da je informacijsko komunikacijska tehnologija (IKT) v kombinaciji z internetno infrastrukturo omogočila obsežne spremembe na vseh področjih našega življenja in dela (Gere, 2002). Danes si večina državljanov razvitih držav IKT lahko privošči ali pa ima vsaj dostop do nje (Uzelac, 2008). Dostikrat IKT uporabljamo tako, da je niti opazimo ne, je pa prisotna v vseh poslovnih segmentih, ki podpirajo naše finančne transakcije ipd. (Gere, 2002). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) je v letu 2017, med populacijo 16–74 let, 79 % rednih uporabnikov interneta. V letu 2017 je internet uporabljalo vsak dan ali skoraj vsak dan 68 % posameznikov. Odstotek uporabnikov interneta je še vedno najnižji med starejšo populacijo, ki pa se povečuje, med 45–54-letniki je bilo rednih uporabnikov interneta 83 % (v 2016: 78 %), med 55–64-letniki jih je bilo 56 % (v 2016: 52 %) in med 65–74-letniki 39 % (v 2016: 29 %) (SURS, 2016).

Uporaba IKT je vse bolj prisotna tudi v zdravstvu. Leta 2013 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) definirala E-zdravje, in sicer kot uporabo IKT za nudenje zdravstvenih storitev. Pravi, da E-zdravje ponuja možnost za izboljšanje učinkovitosti in kakovosti izvedbe storitev, še posebej tam, kjer je pomanjkanje zdravstvenih delavcev (WHO - World Health Organization, 2013). V literaturi zasledimo, da različni avtorji oziroma organizacije uporabo IKT v zdravstvu poimenujejo z različnimi pojmi, kot so »E - health«, »telehealth«, »telecare«, »health On-line« »telemedicine« (WFOT - World Federation of Occupational Therapists, 2014, AOTA - American Occupational therapy Association, 2014; Guise, Wiig, 2017; Gagnon et al., 2003). V tem prispevku bomo uporabljali pojem E – health oziroma E – zdravje.

Prisotnosti in potencialov IKT se zaveda tudi Svetovno združenje delovnih terapevtov (WFOT), ki je leta 2014 v mednarodni reviji za telerehabilitacijo, objavilo svoje stališče do uporabe IKT v delovni terapiji. Navedeno je, da je E-zdravje primeren način nudenja delovnoterapevtskih storitev, v primerih, če obravnave ni mogoče izvesti osebno, če je to najbolj optimalen način in če s tem soglašata tako uporabnik kot terapevt (WFOT, 2014).

Obstaja kar nekaj prepričljivih raziskav glede uporabnosti IKT v delovni terapiji, in sicer pri: predpisovanju invalidskih vozičkov, nevrološkem ocenjevanju, predpisovanju ortotskih pripomočkov, pri prilagajanju okolja, zgodnji obravnavi, obravnavi v šolskem okolju, programih promocije zdravja, obravnavi ljudi po kapi in drugih nevroloških stanj ter obravnavi politravm (AOTA, 2013; Kairy et al., 2009; Steel, Cox in Garry, 2011). Na področju predpisovanja invalidskih vozičkov je narejeno tudi nekaj primerjalnih raziskav, ki so pokazale, da ni statistično pomembnih razlik v učinku nudenja storitev na daljavo ali osebno (Barlow et al., 2009; Schein et al., 2011). Nekaj raziskav pa celo kaže na to, da je obravnava na nekaterih področjih s pomočjo IKT bolj učinkovita kot klasična obravnava (Taber Doughty et al., 2010; Kinley et al., 2012). Tak primer je na področju odvajanja od kajenja (Kinley et al., 2012). Seveda pa v delovni terapiji obstaja še veliko področij, kjer E- zdravje ni najboljša izbira, to so tako imenovane »hands on« obravnave, kot je nevro-razvojna obravnava, aplikacije različnih ortoz, kompresijskih oblačil, protez ipd. (Jacobs et al., 2012). Forducey in sodelavci (2003) pa uporabnost IKT – vidijo tudi pri prenosu znanja z ekspertov na ne izkušene terapevte, lahko tudi kot podpora pri »hands on« obravnavah. Vendar bo potrebno narediti še kar nekaj raziskav, ki bodo proučevale možnosti izpeljave in učinkovitost delovnoterapevtskih metod/procedur/tehnika v E-zdravju. Na potrebe po znanstveno utemeljenih raziskavah opozarjata tudi Cason in Cohn (2014).

Implementacija E-zdravja pomeni spremembe v organizaciji in nudenju storitev, kar za zdravstvene delavce pomeni nov način dela. Malinowsky in sodelavci (2014) pravijo, da so

za spremembe klinične prakse potrebni motivirani in ustrezno usposobljeni terapevti, ki so tudi sposobni premagovanja različnih ovir. Nygard in Rosenberg (2016) sta v raziskavi izvedeni med delovnimi terapevti, ugotovili, da jim uporaba IKT v procesu obravnave pomeni izziv in priložnost, da so v koraku s časom. Zato je za možnosti vključevanja IKT v slovenski delovnoterapevtski prostor pomembno najprej raziskati kakšen uporabnik IKT je povprečen/na delovni/na terapevt/ka in kakšna je njihova pripravljenost za uporabo IKT pri nujenju delovnoterapevtskih storitev ter proučiti možnosti za vključitev E-zdravja v delovno terapijo.

METODE

Raziskovalni vzorec, katerega rezultati bodo predstavljeni v prispevku, je obsegal 77 delovnih terapevtov praktikov (v nadaljevanju Dth). Povprečna starost udeležencev je bila 37,49 let. Večina oseb (96,1%) je bilo ženskega spola.

V tem prispevku je predstavljen le del rezultatov, pridobljenih z anketo, izvedeno med Dth praktiki in študenti DT. Uporabljen je bil anketni vprašalnik "Uporaba IKT v gospodinjstvih in pri posameznikih 2016" (SURS, 2016), za uporabo vprašalnika je bilo pridobljeno dovoljenje SURS-a. Za namen te raziskave je bil vprašalnik nekoliko skrajšan. Vprašanja so anketirance spraševala po pogostosti in načinu dostopa do interneta, vrsti internetnih dejavnosti, navadah glede uporabe internetnih storitev, upoštevanju varnostnih ukrepov pri uporabi interneta in pripravljenosti za uporabo IKT znotraj DT. Na koncu je bilo še nekaj demografskih vprašanj. Večino vprašanj je bilo nominalnega tipa, kjer je bilo možnih več odgovorov. Dve vprašanji, ki sta spraševali po pripravljenosti uporabe IKT v DT sta vsebovali 4 stopenjsko lestvico (1 – zelo velika pripravljenost do 4 – sploh niste pripravljeni). Raziskava je potekala v času od 25.11.2016 do 31.12.2016. K sodelovanju v raziskavi so bili povabljeni praktiki in študenti DT, in sicer po e-pošti ali preko družabnega omrežja Facebook. Povabljeni so prejeli povezavo na spletno anketo, ki je bila oblikovana preko odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje 1KA.

S Cronbach Alfa testom je bila preverjena zanesljivost dela anketnega vprašalnika, ki se je nanašal na pripravljenost uvajanja IKT v DT. Zanesljivost je 0,93, kar pomeni odlično zanesljivost (Gliem in Gliem, 2003).

Statistična obdelava (deskriptivna in inferenčna statistika) je bila narejena z računalniškim programom Microsoft Excel 2010 in SPSS za Windows 24. Za preverjanje pripravljenosti za uvajanje IKT v svoje delo smo uporabili t-test na enem vzorcu. Kot stopnjo tveganja smo izbrali $p < 0,05$.

REZULTATI

Povprečna starost vključenih v raziskavo je bila 37,5 let. Večina vključenih ima visokošolsko strokovno izobrazbo (70 %), 13 % ima visokošolsko univerzitetno izobrazbo, 7.8 % magisterij ali višje, le 8 % ima višjo strokovno izobrazbo.

97,4 % Dth je v zadnjih 3 mesecih uporabljalo internet dnevno. Do njega so dostopali v večji meri preko mobilnega telefona, namiznega in prenosnega računalnika.

Z mobilnim telefonom je zunaj doma ali delovnega mesta do interneta dostopalo 93,5 % Dth, medtem ko je s prenosnim ali tabličnim računalnikom dostopalo 41% Dth.

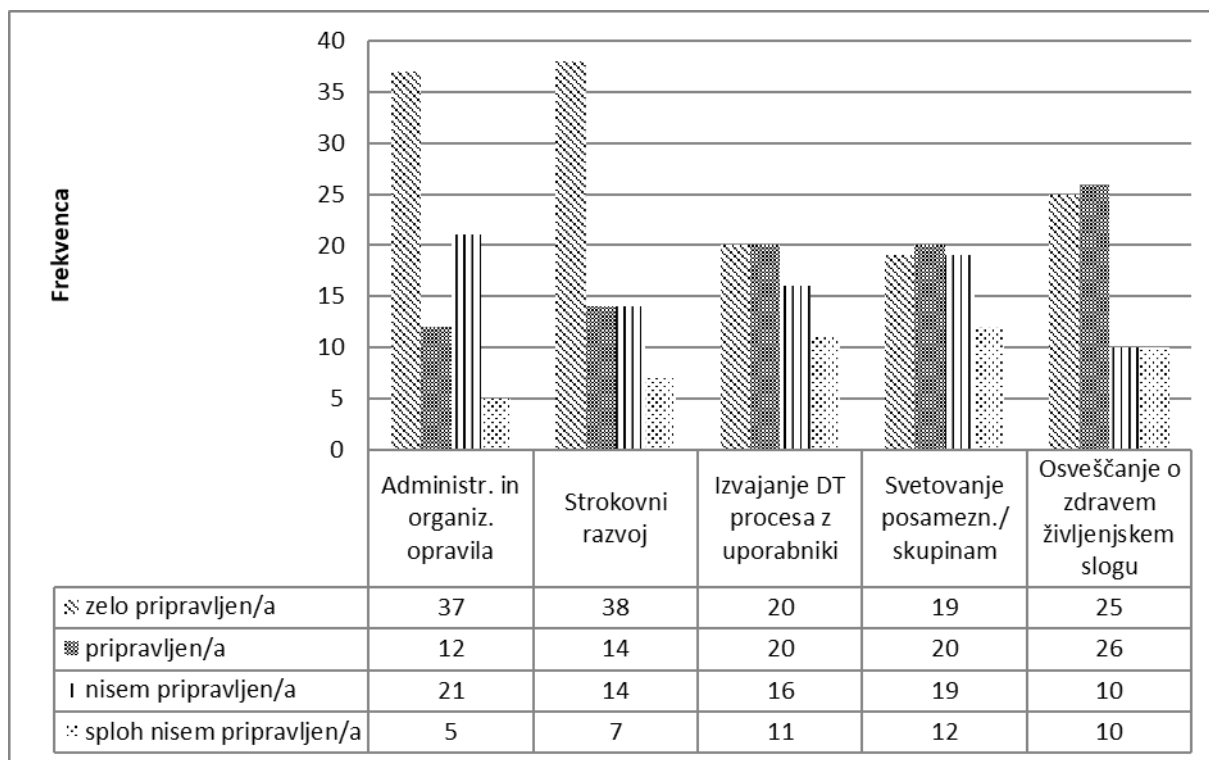
Tabela 1: Načini dostopa do interneta

Uporaba interneta preko	Odstotek praktikov (%)
...namizni računalnik	79,2
...prenosni računalnik	66,2
...tablični računalnik	31,2
...mobilni telefon	87
...druge mobilne naprave	3,9

Opomba: Pri vprašanju je bilo možnih več odgovorov

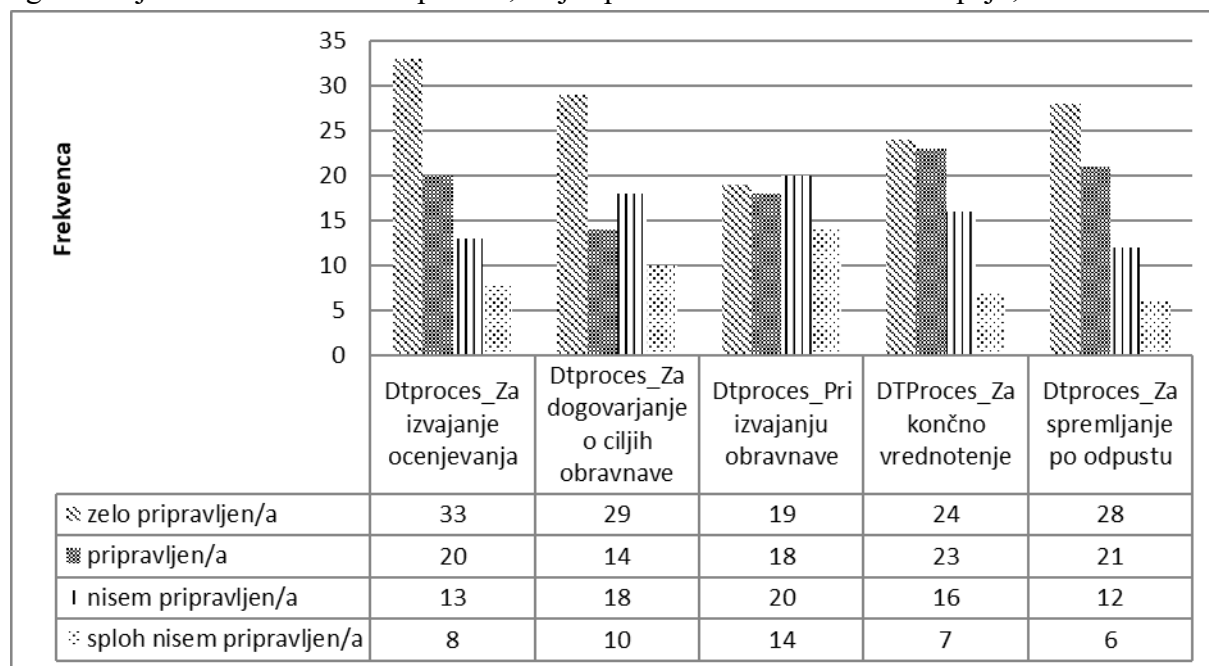
Tabela 2: Kako Dth skrbijo za varnost pri uporabi interneta

Skrb za varnost pri uporabi interneta; Ali ste...	Odstotki
...prebrali izjavo o varovanju podatkov pred posredovanjem osebnih podatkov na spletne strani.	49,4
...omejili dostop do svoje geografske lokacije.	32,5
...omejili dostop do svojega profila ali vsebin na spletnih družabnih omrežjih.	44,2
...zavrnili, da se vaši osebni podatki uporabljajo za namene oglaševanja.	44,2
...preverili, ali je spletna stran, kjer ste morali navesti osebne podatke, zaščiten, npr. ali gre za varno spletno stran (https), ali ima spletna stran varnostni logotip ali certifikat.	26
...na spletnih straneh ali internetnih brskalnikih (npr. Google.si) poiskali podatke o sebi in nato zaprosili njihove upravljavce, da se te posodobijo ali izbrišejo.	3,9
...izvedli niste nobene aktivnosti za varovanje osebnih podatkov.	19,5



Graf 1: Pripravljenost DTh za uporabo IKT pri svojem delu

Pri vseh trditvah glede varnosti je manj kot 50 % Dth izjavilo, da upošteva varnostne vidike. Največji delež Dth prebere izjavo o varovanju podatkov pred posredovanjem osebnih podatkov, omeji dostop na družabnih omrežjih in prepove uporabo osebnih podatkov za oglaševanje. Samo četrtina Dth preveri, če je spletna stran do katere dostopajo, varna.



Graf 2: Pripravljenost Dth za uporabo IKT v posameznih fazah DT procesa

Iz tabele 3 lahko vidimo, da se je pri uvajanju IKT v izvajanje obravnave oz. DT procesa z uporabniki in pri svetovanju posameznikom/skupinam pokazala statistično pomembna razlika od testne vrednosti. Aritmetična sredina pri teh postavkah je sicer višja od 2, vendar je še vedno nižja od 2,5, kar pomeni, da pri anketiranih Dth ni zaznati »nisem pripravljen/a« za uporabo IKT. Na področju ocenjevanja, dogovarjanja o ciljih obravnave, za končno vrednotenje, spremljanje po odpustu, pri administrativnih opravilih, strokovnem razvoju in osveščanju o zdravem življenjskem slogu pa so Dth pripravljeni uvajati IKT.

Tabela 3: Izračun *t* – testa za stopnjo pripravljenosti za uporabo IKT v DT

Spremenljivke	M	Me	p
Dtproces_Za izvajanje ocenjevanja	1,95	2	0,654
Dtproces_Za dogovarjanje o ciljih obravnave	2,13	2	0,338
Dtproces_Pri izvajanju obravnave	2,41	2	0,002
DTProces_Za končno vrednotenje	2,09	2	0,471
Dtproces_Za spremljanje po odpustu	1,94	2	0,621
IKT_DELUAdministrativna in organizacijska opravila	1,92	2	0,501
IKT_DELUStrokovni razvoj (študij, raziskovanje, iskanje dokazov za prakso ipd.)	1,86	1	0,266
IKT_DELUIzvajanje DT procesa z uporabniki	2,27	2	0,043
IKT_DELUSvetovanje posameznikom/skupinam	2,34	2	0,009
IKT_DELUOsveščanje o zdravem življenjskem slogu z vidika DT	2,07	2	0,567

Opomba: Testna vrednost = 2 (pripravljen)

RAZPRAVA

Ugotavljamo, da je večina Dth v zadnjih treh mesecih uporabljalo internet dnevno, najbolj pogosto preko mobilnega telefona, namiznega in prenosnega računalnika. V primerjavi z ugotovitvami raziskave SURS-a (2017), ki je bila izvedena na splošni populaciji oseb starih od 16–74 let, so delovni terapevti bolj pogosti uporabniki sodobne tehnologije, saj jih je 97,4 % v zadnjih treh mesecih uporabljalo internet dnevno, v SURS-ovi raziskavi pa v starostni skupini 35 do 44 let samo 83,1 %. Te razlike mogoče lahko pripišemo ravni izobrazbe, saj imajo Dth v večini z visokošolsko izobrazbo in več ali pa je to posledica velikosti vzorca. Dth največkrat dostopajo do interneta preko mobilnega telefona, enake so ugotovitve SURS-a (2016) za osebe v starostni skupini od 35 do 44 let.

Pri uporabi interneta je pomembno tudi upoštevanje varnostnih ukrepov. Pri vseh trditvah glede varnosti je manj kot 50 % Dth izjavilo, da upošteva varnostne vidike glede lastnih podatkov. Ob tem se pojavi dilema o ozaveščenosti pomena varnosti pri uporabi IKT bodisi za zasebne ali poklicne namene. Potreba po varovanju podatkov, zlasti v tehnološko hitro razvijajoči družbi, je v zdravstvu še posebno pomembna, česar se morajo zavedati vsi, ki so vključeni v zdravstveni proces. Evropska in slovenska zakonodaja zagotavljata podlage za varno delovanje zdravstveno-informacijskih sistemov, izvajalci zdravstvenih storitev pa morajo v skladu z upoštevanjem etičnih standardov to prenesti v svoje delo tako, da uporabniki zdravstvenih storitev ne izgubijo zaupanja vanje (Hrgarek in sod., 2018). Hrgarek in sodelavci (2018) opozarjajo, da v marsikateri zdravstveni ustanovi razpolagajo še z zastarelo opremo. Glede na rezultate, povezane z upoštevanjem varnosti se odpira potreba po ugotavljanju, koliko so Dth osveščeni o varovanju e-podatkov, o pravilnem posredovanju dokumentov in informacij o uporabniku ipd ter seveda v kakšni meri to upoštevajo.

Rezultati glede uvajanja IKT tehnologije v DT prakso so vzpodbudni, saj bi bila pri vseh navedenih opravilih/storitvah več kot polovica Dth pripravljena uporabiti IKT. Raziskava izvedena v Bangladešu je pokazala, da zdravstveni delavci in uporabniki vidijo prednost uporabe IKT pri dokumentiranju obravnav in večji transparentnosti (Shafiqul Islam, 2015). Iacono et al., (2016) so v avstralski raziskavi, izvedeni med različnimi zdravstvenimi delavci, ugotovili, da zaenkrat večina delovnih terapevtov uporablja IKT za management njihovega dela in za strokovni razvoj, bi pa IKT bili pripravljeni uporabiti tudi za druga opravila.

Dve tretjini vprašanih vidi uporabnost IKT v večini faz DT procesa, kar nas je pozitivno presenetilo. Po pričakovanjih pa se je najmanj pripravljenosti pokazalo pri neposredni obravnavi. Schaper in Pervan (2007) sta v raziskavi izvedeni v Avstraliji, ugotovila, da je kar 84 % delovnih terapevtov mnenja, da uporaba IKT da pozitiven doprinos k njihovem delu. Kot je bilo povedano v uvodu, je AOTA (2013) predstavila kar nekaj raziskav uspešne uporabe IKT v fazi obravnave, zato bi bilo smiselno in potrebno, da slovenskim delovnim terapevtom in študentom predstavimo primere dobre prakse ter dokaze o učinkovitosti uporabe IKT. Kar nekaj raziskav ugotavlja, da je DT lahko učinkovita tudi v primeru, če uporabnik ni bil najprej v osebnem stiku z Dth. (AOTA, 2013; Jacobs et al., 2012). Nygard in Rosenberg (2016) sta s pomočjo fokusnih skupin ugotovila, da sodelujoči v povezavi s sodobno tehnologijo prepoznajo nove vloge delovnega terapevta (preventiva, snovanje javne politike glede uporabe tehnologije ipd.). Zaradi neustreznega vrednotenja njihovega dela (če delajo na daljavo), imajo lahko nekateri Dth odklonilen odnos do uporabe IKT.

Za boljšo vpeljavo IKT v DT prakso bo potrebno posvetiti več pozornosti tudi posodabljanju vsebin študijskega programa DT, ki bodo konkretno predstavljale povezavo IKT in DT proces. V Ameriških DT šolah poudarjajo pridobivanje kompetenc za uporabo sodobne tehnologije v DT praksi. Njihovi študenti morajo biti sposobni prikaza in razumevanja uporabe tehnologije

kot podpore pri izvedbi aktivnosti, uporabniki vključenosti, zdravju in dobrem počutju (Cason, 2014).

Za boljšo sliko o pripravljenosti delovnih terapevtov za uporabo IKT v praksi, bi morali imeti večji raziskovalni vzorec in različico anketnega vprašalnika v papirni obliki, saj so se na spletno anketo verjetno odzivali Dth, ki so bolj računalniško/tehnološko pismeni. Za večjo vključenost IKT v DT prakso pa bi v bodoče bilo potrebno izpeljati še kakšno akcijsko raziskavo, s katero bi proučili vpeljavo IKT v konkretne procese, postopke dela.

ZAKLJUČEK

Ugotavljamo, da so slovenski Dth v povprečju dobro računalniško pismeni in pripravljeni uporabljati IKT pri svojem delu. Ugotovitve te raziskave lahko služijo kot izhodišče za pripravo izobraževalnih in promocijskih akcij za povečanje uporabe IKT v slovenski DT. Narava in filozofija DT pa je taka, da je in bo zagotovo še dolgo najpomembnejši osebni kontakt med DT in uporabnikom. Uporaba IKT bi lahko bila odlična dopolnitev, včasih pa tudi nadomestitev posamezne DT storitve, še posebej na področju obravnave ljudi v domačem okolju oziroma izvedba nekaterih faz procesa na daljavo. Vendar je možnosti in pripravljenost uporabe IKT potrebno dobro raziskati in jo uvajati z občutkom, da ne bi pri tem zanemarili na uporabnika usmerjen pristop in pripravljenost posameznih Dth na uporabo IKT.

LITERATURA

- AOTA, 2013. Telehealth. American Journal of Occupational Therapy, 67. Available at: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.67S69-S69-S90>.
- Barlow IG, Liu L, Sekulic A (2009). Wheelchair seating assessment and intervention: A comparison between telerehabilitation and face-to-face service. International Journal of Telerehabilitation, 1(1), 17-28. Available through: <<http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/view/868>> [Accessed 23 December 2016].
- Cason J, Cohn ER (2014). Telepractice: An overview and best practices. ASHA Perspectives, 23(1), 4-17. Available through: <<http://sig12perspectives.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=1867323>> [Accessed 23 December 2016].
- Fordeucey PG., Ruwe WD, Dawson SJ et al. (2003). Using telerehabilitation to promote TBI recovery and transfer of knowledge. NeuroRehabilitation, 18(2), 103-11.
- Gagnon MP, Godin G, Gagne et al. (2003). An adaptation of the theory of interpersonal behaviour to the study of telemedicine adoption by physicians. Int J Med Inform 71 (2-3): 103-15.
- Gere C (2002). Digital Culture. [e-book] London: Reaktion Books. Available at: <<http://pl02.donau-uni.ac.at/jspui/bitstream/10002/597/1/digital-culture.pdf>> [25.12.2016].
- Gliem JA, Gliem RR (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. Available through: <<https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/gliem+&+gliem.pdf?sequence=1>> [Accessed 10 January 2017].
- Guisse V, Wiig S (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. BMC Health Serv Res. 164 (17): 1-10.
- Hrgarek L, Bošnjak L, Welzer T et al. (2018). Zakonodajni in tehnični vidiki varovanja osebnih podatkov v slovenskih zdravstveno-informacijskih sistemih. Uporabna informatika XVII (1): 21-27.
- Jacobs K, Blanchard B, Baker N (2012). Telehealth and ergonomics: A pilot study. Technology and Health Care 20 (5), 445-58.
- Iacono T, Stagg K, Pearce N, Hulme Chambers A (2016). A scoping review of Australian allied health research in ehealth. BMC Health Services Research, (16): 1-8.
- Kairy D, Lehoux P, Vincent C et al. (2009). A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. Disabil Rehabil, 31(6):427-47.
- Kinley A, Zibrik L, Cordeiro J, et al. (2012). Telehealth for mental health and substance use: Literature review. BC Ministry of Health, Mental Health, and Substance Use (MUSU) Branch Available Through: <<http://ehealth.med.ubc.ca/files/2013/04/TeleMental-Health-Literature-Review-FINAL.pdf>> [Accessed 26 December 2016]

- Malinowsky C, Rosenberg L, Nygård L. (2014). An approach to facilitate healthcare professionals' readiness to support technology use in everyday life for persons with dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 199–209.
- Nygard L, Rosenberg L (2016). How attention to everyday technology could contribute to modern occupational therapy: A focus group study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(8), 467–474.
- Schaper LK in Pervan GP (2007). ICT and OTs: a model of information and communication technology acceptance and utilisation by occupational therapists. *Int J Med Inform* 76 (Suppl 1), 212–21.
- Schein RM, Schmeler MR, Holm MB et al. (2011). Telerehabilitation assessment using the Functioning everyday with a Wheelchair-Capacity instrument. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 48, 115–124.
- Shafiqul Islam M (2005). Introducing modern technology to promote transparency in health services. *International Journal of HealthCare Quality Assurance*, 28(6), 611–620.
- Steel K, Cox D, Garry H (2011). Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 17, 109–117.
- SURS, 2017. Uporaba IKT v gospodinjstvih in pri posameznikih 2017. Dostopno na: http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=2974201S&ti=&path=../Database/Ekonomsko/23_29_informacijska_druzba/11_IKT_posamezniki/04_29742_uporaba_inter/&lang=2 [Dostop 5 Maj 2018].
- SURS, 2016. Uporaba IKT v gospodinjstvih in pri posameznikih 2016. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5509&idp=10&headerbar=8> [Dostop 10 Januar 2017].
- Taber-Doughty T, Shurr J, Brewer J et al. (2010). Standard care and telecare services: Comparing the effectiveness of two service systems with consumers with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 54, 843–859.
- Uzelac A (2008). How to understand digital culture: Digital culture - a resource for a knowledge society? In: A. Uzelac, B. Cvjetičanin, ed. 2008. *Digital Culture: The Changing Dynamics*. Zagreb: Institute for International Relations. 7–21.
- WFOT (2014). World Federation of Occupational Therapists' Position Statement on Telehealth. *International Journal of Telerehabilitation*, 6 (1), 1–5.
- WHO (2013). Ehealth. Available through: <http://www.who.int/topics/ehealth/en/> [Accessed 10 January 2017].

MODEL KAWA V INTERDISCIPLINARNEM PROGRAMU OBRAVNAVE PACIENTOV S KRONIČNO NE-RAKAVO BOLEČINO

THE USE OF KAWA MODEL IN INTERDISCIPLINARY TREATMENT PROGRAMME FOR PATIENTS WITH CHRONIC NON-CANCER PAIN

Barbara Osolnik¹, dipl. del. ter., Katja Perme Sušnik¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Pri skupinski obravnavi pacientov s kronično nerakavo bolečino smo v decembru 2016 vpeljali risanje reke življenja po modelu Kawa. V reki, ki jo pacienti narišejo pod terapevtovim vodstvom, skale predstavljajo težave v njihovem življenju. Skale v rekah pacientov smo nato želeli primerjati z izpostavljenimi aktivnostmi pacientov na polstrukturiranem intervjuju COPM, pri katerih imajo pacienti težave in ga terapevt s pacienti izvede na začetku ter na koncu programa. **Metode:** Raziskava je retrospektivna kvalitativna primerjava aktivnosti izpostavljenih na COPMu z narisanimi skalami v rekah pacientov. V analizo smo vključili 36 pacientov, ki so od decembra 2016 do decembra 2017 sodelovali v interdisciplinarnem programu funkcionalne obnove (IPFO). Aktivnosti COPMa smo analizirali po treh področjih človekovega delovanja, skale v rekah pacientov pa smo razdelili v kategorije: prosti čas, produktivnost, zdravje, psihološki dejavniki in ostalo. **Rezultati in sklep:** V rezultatih smo ugotovili, da se nekatere kategorije težav pacientov izpostavljenih pri intervjuju COPM prekrivajo z narisanimi skalami po modelu Kawa, nekaj kategorij je takih, ki se pojavijo zgolj pri intervjuju COPM in nekaj kategorij se pojavi zgolj pri modelu Kawa. **Ključne besede:** delovna terapija, področja človekovega delovanja, COPM, Kawa model reke

ABSTRACT

Introduction: In December 2016, the Kawa model was introduced in group treatment of patients with chronic non-cancer pain. This model, named after the Japanese word for 'river', uses the natural metaphor of a river to represent one's life journey by drawing. During the treatment, the therapist leads the patients in drawing their rivers, in which the rocks represent difficulties in their life. **Methods:** The paper presents a retrospective qualitative study in which the rocks were compared to the patients' difficulties in particular activities, identified through a half-structured interview COPM. The COPM was administered to patients at the beginning and at the end of the group programme. The sample consisted of thirty-six patients, who participated in the interdisciplinary programme of functional restoration (IPFR) between December 2016 and December 2017. The activities in COPM were analysed in the three fields of human performance. The rocks in the rivers were divided into 5 categories: leisure, productivity, health, psychological factors and other. **Results and conclusion:** Results of the study show that patients exposed some categories both in COPM and Kawa model, but some categories were identified only in COPM or only in the Kawa river model.

Key words: occupational therapy, areas of human occupation, COPM, Kawa river model

UVOD

Model Kawa je terapevtska metoda, ki so jo razvili japonski delovni terapevti. Beseda »Kawa« v japonščini pomeni reka, in reka je metafora, ki prikazuje življenje posameznika (www.kawamodel.com). V reki se nahajajo različne strukture, ki vplivajo na tok reke, le-ta pa simbolizira tok posameznikovega življenja (Iwama et al., 2009). Skale v rečni strugi

predstavljajo življenjske okoliščine posameznika (težave). Naplavine predstavljajo posameznikove lastnosti (The OT process, 2013), ki so lahko pozitivne ali negativne. Rečno dno in brežine predstavljajo posameznikovo okolje, tako fizično kot socialno. Strukture v reki so neločljive in so med seboj povezane, saj reki določijo mejo, obliko, njen tok in kvaliteto toka reke nasploh (Iwama et al., 2009). Model Kawa se lahko uporablja v delovnoterapevtski praksi kot konceptualni model prakse, referenčni okvir, ocenjevalno orodje ali kot modaliteta terapije (www.kawamodel.com). V našem primeru smo model Kawa uporabili kot ocenjevalno orodje. Želeli smo primerjati skale v rekah pacientov z aktivnostmi, ki jih pacienti izpostavijo pri polstrukturiranem intervjuju Canadian Occupational Performance Measure (v nadaljevanju COPM) in ga terapevt s pacienti izvede na začetku in ob koncu obravnave. V raziskavo je bilo vključenih 36 pacientov ($n=36$; ženske: 72,2%), ki so bili od decembra 2016 do decembra 2017 vključeni v interdisciplinarni program funkcionalne obnove (v nadaljevanju IPFO) na oddelku za obravnavo kronične ne-rakave bolečine, v sklopu ambulantno rehabilitacijske službe URI - Soča. Aktivnosti, ki so jih pacienti izpostavili pri polstrukturiranem intervjuju COPM smo razvrstili in jih analizirali po treh področjih človekovega delovanja (skrb zase, produktivnost in prosti čas). Skale v rekah pacientov pa smo na osnovi prevladujočih odgovorov razdelili v naslednje kategorije: prosti čas, produktivnost, zdravje, psihološki dejavniki in ostalo.

METODE DELA

Pacienti vključeni v 5-tedensko IPFO skupino so risali reko življenja v skupini pod vodstvom delovnega terapevta v prvem tednu programa. Delovni terapevt paciente vodi pri postopnem risanju preseka njihove trenutne reke, tako da najprej narišejo breg reke in rečno dno, kar predstavlja njihovo fizično in socialno okolje. Nato pacienti v reko vrišejo skale, ki predstavljajo trenutne težave v njihovem življenju. Terapevt jih vodi tako, da narišejo skalo večjih težav veliko, in manjših težav majhno. V skalo nato vpišejo, kaj le-ta predstavlja. Nato pacienti v svojo reko narišejo naplavine (hlode), ki predstavljajo njihove pozitivne ali negativne osebnostne lastnosti ter jih poskušajo narisati h skali, s katero se te naplavine najtesneje povezujejo. Kot zadnjo strukturo v reko narišejo ribe, ki predstavljajo pozitivne stvari v njihovem življenju.

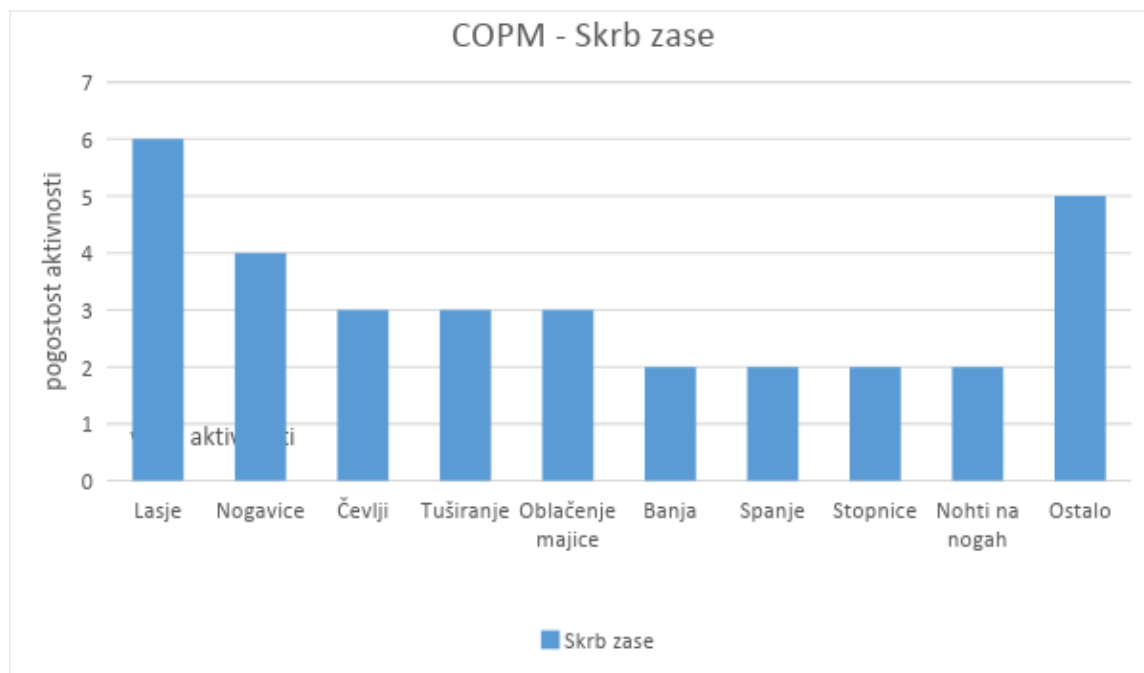
Delovni terapevt na prvi dan programa IPFO z vsakim od pacientov izvede polstrukturiran standardiziran intervju COPM, kjer pacienti izpostavijo aktivnosti na treh področjih človekovega delovanja, pri katerih imajo težave. Pacient oceni pomembnost izpostavljene aktivnosti, izvedbo aktivnosti ter zadovoljstvo z izvedbo te aktivnosti na lestvici od 1 do 10.

Aktivnosti izpostavljene na intervjuju COPM smo prikazali v treh kategorijah – skrb zase, produktivnost in prosti čas – označili smo frekventnost njihovega pojavljanja, ter jih glede na pogostost odgovorov razvrstili od najbolj pogostih do najmanj pogostih odgovorov v vsaki izmed kategorij.

Pri obdelavi podatkov pri rekah smo izpisali vsako poimenovano skalo, ki so jo pacienti vrisali v reko ter jo poimenovali. Ko se je skala npr. »bolečina« ponovila pri drugem pacientu, smo jo ravno tako zabeležili, kot tudi vsak naslednji pojav skale z istim opisom. Ko so bile izpisane in zabeležene (preštete) vse skale, smo izmed vseh oblikovali naslednje kategorije: prosti čas, produktivnost, zdravje, psihološki dejavniki in ostalo. Poimenovane skale smo nato razvrstili od najbolj pogostih do najmanj pogostih v posamezni kategoriji.

REZULTATI

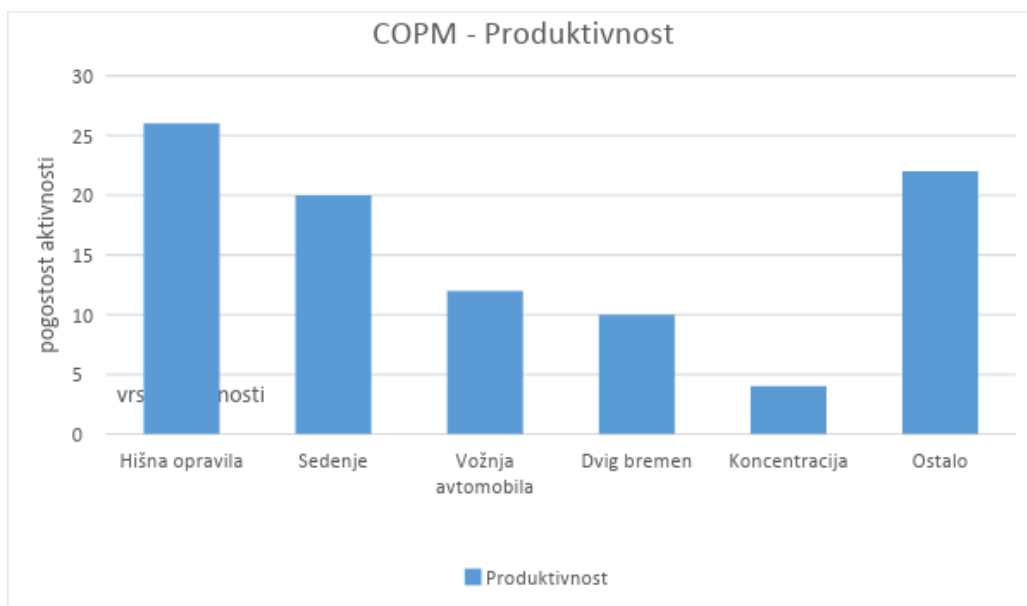
Pri analizi rezultatov izpostavljenih aktivnosti pri COPMu so pacienti v povprečju izpostavili 4,9 aktivnosti (od 2 do 9). V kategoriji »Skrb zase« so navedli 14 različnih aktivnosti (n=32), od katerih je bila najpogostejše (n=6) omenjena higiena las (umivanje, sušenje in/ali barvanje), temu sledi obuvanje nogavic (n=4), obuvanje čevljev (n=3), tuširanje (n=3) ter oblačenje majice (n=3). Po dvakrat (n=2) se ponovijo naslednje aktivnosti pacientov: transfer v in iz banje, spanje, premagovanje stopnic ter striženje nohtov na nogah. V »ostalo« (n=5) smo, s po enim odgovorom (n=1), uvrstili naslednje aktivnosti: britje, umivanje zob, zapenjanje modrčka, vstajanje s stola ter pobiranje drobiža.



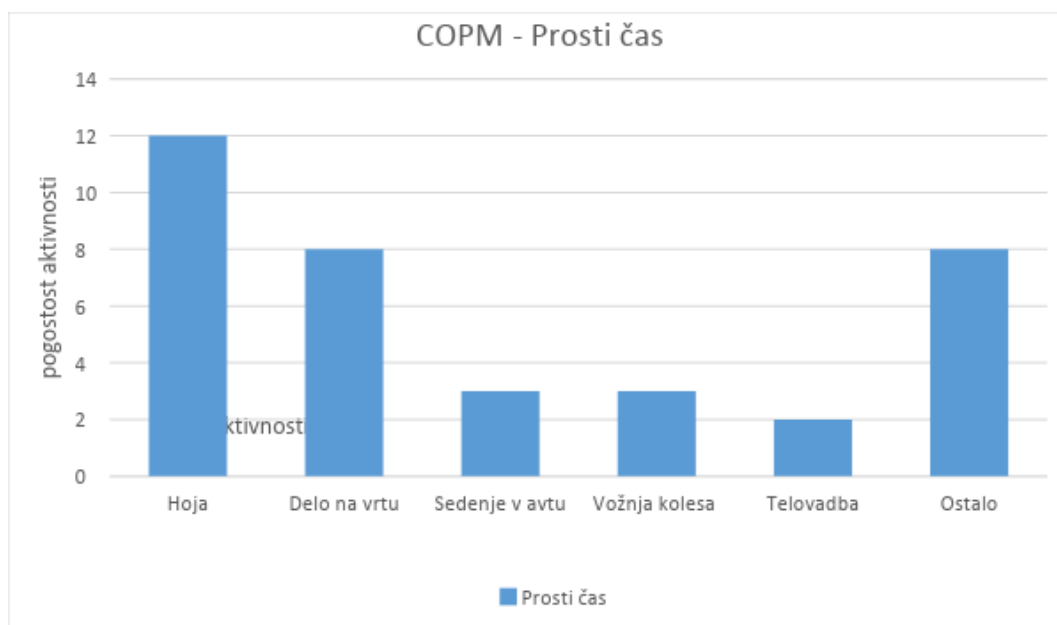
Graf 1: Prikaz pogostosti izpostavljenih aktivnosti pri COPMu – skrb zase

V kategoriji »Produktivnost« so pacienti izpostavili 21 aktivnosti (n=109) pri katerih imajo težave, in sicer hišna opravila (n=26), sedenje (n=20), stoja na mestu (n=15), vožnja avtomobila (n=12), dvigovanje bremen (n=10), koncentracija (n=4). »Ostalo« zajema 15 različnih aktivnosti, in sicer: doseganje predmetov z višine (n=3), obešanje perila (n=3), prenašanje bremen (n=2), pometanje (n=2) in pisanje (n=2). S pogostostjo odgovora ena (n=1) so pacienti izpostavili naslednje aktivnosti: opravljanje dela v službi, peka piškotov, uporaba miške, študij, spenjanje listov, rokovanje, iskanje predmetov v torbici, obračanje na mestu, ponavljajoči gibi ter pazenje vnukov. Te aktivnosti se skupaj pojavljajo dvaindvajset-krat (n=22).

V kategoriji »Prosti čas« so pacienti izpostavili 13 aktivnosti (n=36) pri katerih imajo težave, in sicer hoja (n=12), delo na vrtu (n=8), sedenje v avtu (n=3), vožnja kolesa (n=3), telovadba (n=2). V »ostalo« smo združili 8 aktivnosti, in sicer: ples, rekreacija, sedenje v kinu, druženje, jahanje, transfer v avto, smučanje ter lahkoten tek, ki se kot odgovor pojavijo vsaka samo enkrat (n=1).

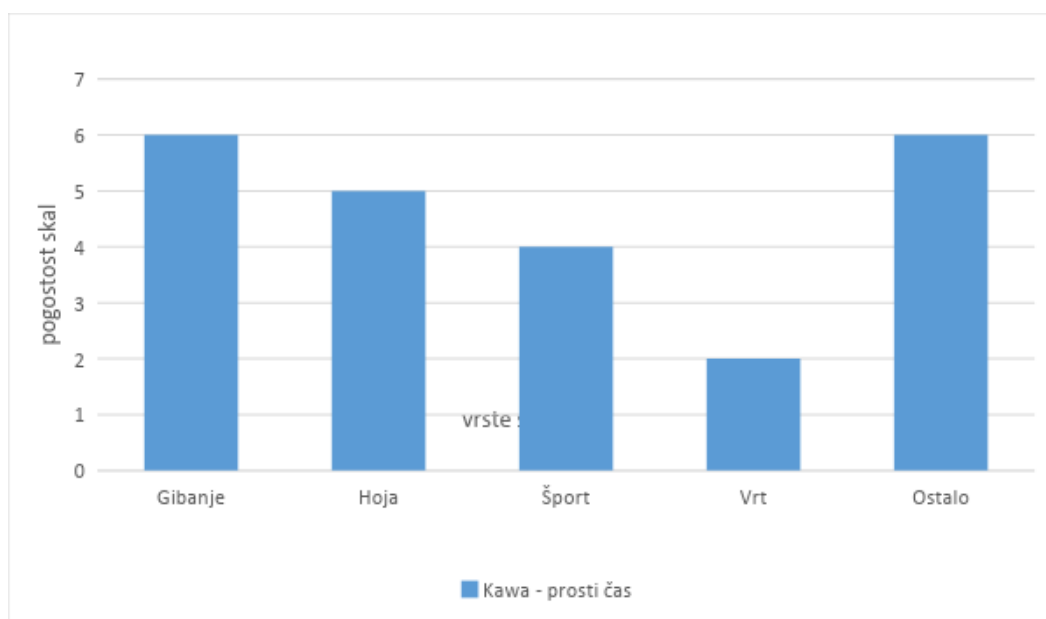


Graf 2: Prikaz pogostosti izpostavljenih aktivnosti pri COPMu – produktivnost



Graf 3: Prikaz pogostosti izpostavljenih aktivnosti pri COPMu – prosti čas

Pri analizi skal v rekah so pacienti v povprečju narisali 5,2 skale (od 2 do 11), ki so bile vsebinsko razvrščene v 5 kategorij. V kategorijo »Prosti čas« smo uvrstili naslednje aktivnosti, ki so jih navedli pacienti: gibanje (n=6), hoja (n=5), šport (n=4), vrt (n=2). Pod »ostalo« je uvrščenih 6 različnih aktivnosti, in sicer: čas zase, igranje harmonike, potovanja, jahanje, smučanje in gasilci, od katerih se vsaka pojavlja samo enkrat (n=1).



Graf 4: Prikaz pogostosti skal v reki Kawa v kategoriji prosti čas

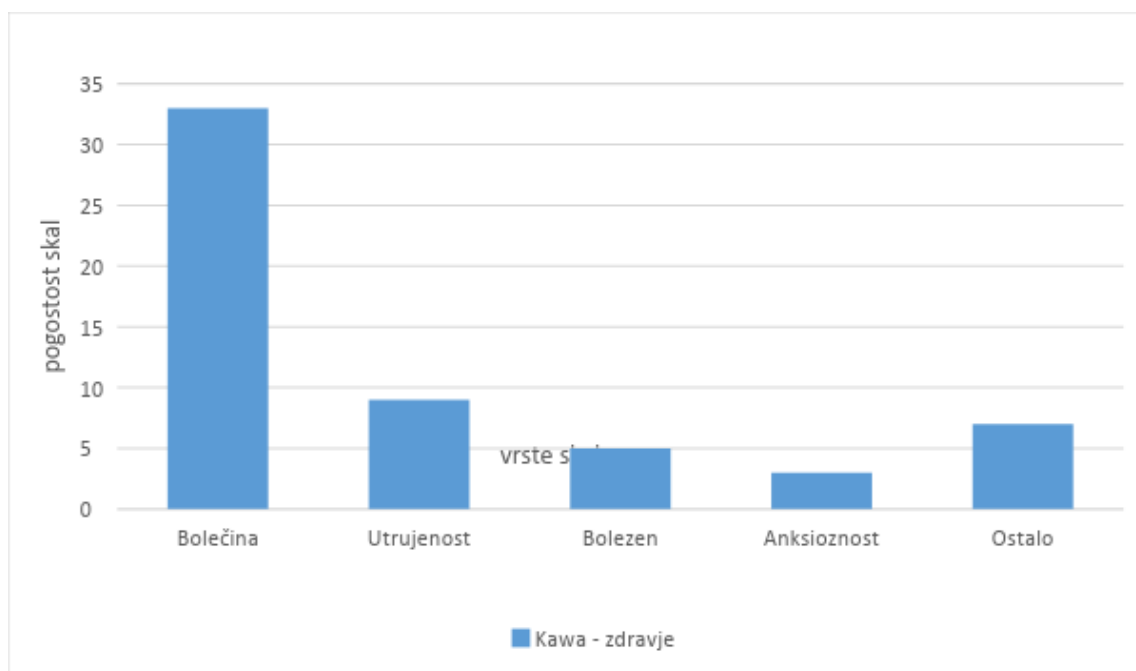
Sedeminpetdeset (n=57) skal, ki so jih pacienti narisali v svoje reke, smo uvrstili v kategorijo »Produktivnost«, kjer smo nato ločili 9 podkategorij, in sicer služba (n=19), pri čemer so zajete skale, kjer pacientom 8-urni delavnik predstavlja preveliko obremenitev in tudi tiste skale, ki opisujejo, da so pacienti brezposelni. Omejena fizična gibljivost (n=15) je po pogostosti naslednja podkategorija skal, sledijo ji še hišna opravila (n=6), koncentracija (n=5), vožnja avtomobila (n=5), nedoseganje standarda dela (n=3), sedenje (n=2) ter »ostalo« (n=2) z dvema aktivnostma – pripogibanje in pazenje vnukov.



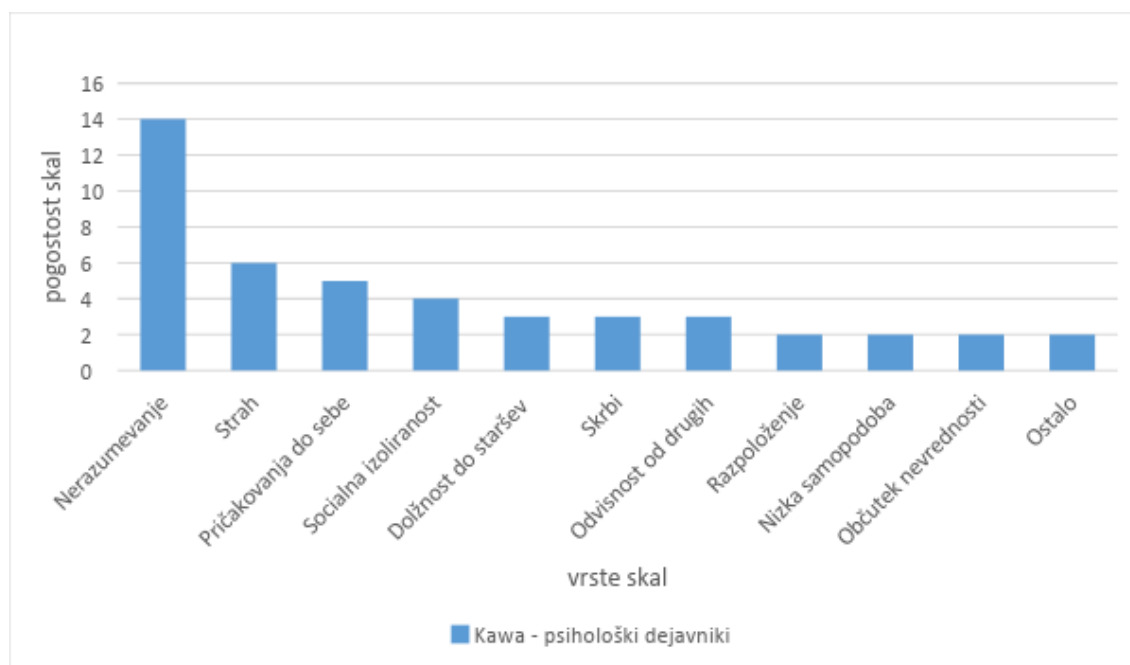
Graf 5: Prikaz pogostosti skal v reki Kawa v kategoriji produktivnost

Naslednjo kategorijo smo poimenovali »Zdravje«, kjer smo zajeli tudi skale, ki opisujejo različna bolezenska stanja oziroma simptome. V to kategorijo smo uvrstili sedeminpetdeset

skal, ki smo jih razvrstili v 11 podkategorij. Največja podkategorija je bila skala poimenovana bolečina (n=33), nato utrujenost (n=9), bolezen (n=5), anksioznost (n=3) ter »ostalo« (n=7) s sedmimi različnimi zdravstvenimi težavami, in sicer: alergije, krči, občutki v nogah, slabšanje vida, čustvene bolečine, spanje ter preobčutljivost na hrup.



Graf 6: Prikaz pogostosti skal v reki Kawa v kategoriji zdravje



Graf 7: Prikaz pogostosti skal v reki Kawa v kategoriji psihološki dejavniki

Kot četrta kategorija skal v reki Kawa je kategorija »Psihološki dejavniki«. V to kategorijo smo uvrstili 46 skal. Največ pacientov (n=14) je izpostavilo nerazumevanje s strani družine oz. službe. Sledijo dejavniki strahu (n=6), pričakovanj do sebe (n=5), dolžnosti do staršev

(n=3), skrbi (n=3), odvisnost od drugih (n=3), razpoloženje (n=2), nizka samopodoba (n=2), občutek nevrednosti (n=2) in kategorija »ostalo« (n=2) z dvema aktivnostma, in sicer ugajanje ter negotovost.

V zadnjo kategorijo »Nerazvrščeno« smo uvrstili 4 podkategorije, in sicer ovire (n=1), izzivi (n=1), zdravstvena ustanova (n=1) ter vzponi in padci (n=1).

RAZPRAVA

Model Kawa ima nekoliko nenavadno strukturo, saj se razlikuje od ustaljenih znanstvenih in racionalnih okvirjev, ker za svojo obliko uporablja pogosto metaforo iz narave (Iwama et al., 2009), ki jo simbolizira reka. Če želimo upoštevati pristop usmerjen na posameznika in hkrati upoštevati raznolikost posameznikov, potem pacientovih pogledov na njihovo vsakdanje življenje in okoliščine ne moremo umestiti v rigidne okvirje konceptov in principov nekoga drugega (Iwama et al., 2009), menijo avtorji modela Kawa. Od tu tudi ideja za vpeljavo risanja reke življenja v program IPFO, kjer člani interdisciplinarnega tima delujejo po bio-psiho-socialnem modelu obravnave.

Delovni terapevti za oceno sprememb v programu kronične ne-rakave bolečine uporabljamo standardiziran Kanadski test ocenjevanja problemov okupacije COPM. Izpeljemo ga prvi dan programa ter ob zaključku programa v zadnjem tednu, ko izvedemo ponovno evalvacijo izpostavljenih aktivnosti. V razpravi se bomo osredotočili na izpostavljene aktivnosti znotraj kategorij in ne na spremembe ocen pri aktivnostih v začetnem in končnem ocenjevanju COPM.

COPM je zasnovan tako, da loči izpostavljene aktivnosti na tri področja človekovega delovanja: skrb zase, produktivnost in prosti čas. Tako smo jih razvrstili tudi pri naši kategorizaciji. Pri modelu Kawa pa smo pri razvrščanju skal v rekah pacientov izoblikovali 5 različnih kategorij: zdravje, produktivnost, prosti čas, psihološki dejavniki ter drugo.

Pri COPMu so pacienti skupaj navedli 176 aktivnosti (4,9 na pacienta), od tega so navedli 109-krat aktivnosti s področja produktivnosti, 36-krat aktivnosti s področja prostega časa ter 32-krat aktivnosti skrbi zase. Pri risanju skal so pacienti narisali 187 skal (5,2 na pacienta), kjer je bilo 57 skal povezanih s produktivnostjo in 23 skal se je navezovalo na vsebine prostega časa. V kategorijo skrbi zase nismo uvrstili nobene skale, smo pa dobili dve drugi kategoriji, ki ju pri COPMu ni. To so psihološki dejavniki (n=46) ter zdravje (n=57), ki zajemata 24,6% oziroma 30,5% odgovorov. Posameznikov jaz in okolica sta tako zelo povezana, da ju ni moč ločiti, kar posledično pomeni, da sprememba pri enem ali več dejavnikih vpliva na spremembe večje celote (Iwama et al., 2009). Psihološki dejavniki so zelo dobrodošla informacija za člane interdisciplinarnega tima. Pacient na individualnem srečanju s terapevtom ali s psihologom morda ne izpostavi določene informacije oz. težave, jo pa navede kot skalo v reki življenja.

Tako pri COPM kot pri risanju skal imamo oz. smo dobili kategoriji »Produktivnost« in »Prosti čas«. Pri risanju reke po modelu Kawa smo dobili še kategorije »Zdravje«, »Psihološki dejavniki« ter nekaj nerazvrščenih kategorij, kar kaže na večjo širino dobljenih odgovorov pri modelu Kawa kot pri COPMu. To kaže na večjo občutljivost modela Kawa znotraj različnih pacientovih okoliščin (Iwama, 2006). Ker je eden od vključitvenih kriterijev pacientov z ne-rakavo bolečino v program IPFO odsotnost težav na področju telesnih funkcij in struktur, kar preverjamo z Bergovim testom ravnotežja in 6-minutnim testom hoje, sklepamo, da vključeni

pacienti niso močno ovirani pri skrbi zase. Zato to področje človekovega delovanja v sami uporabi Kawa modela ne pride do izraza oziroma je to razlog, zakaj med kategorijami nismo našli skal, ki bi simbolizirale aktivnosti s področja skrbi zase. Vzrok, da so pri intervjuju COPM navedene aktivnosti v kategoriji skrb zase je morda v tem, da terapevt pacienta vodi po vseh treh področjih človekovega delovanja in sprašuje po dejanskih aktivnostih. Zato morda izbrani pacienti, ki v osnovi nimajo težav na področju skrbi zase niso najbolj primerni za tovrstno primerjavo.

Časovni normativ za izvedbo polstrukturiranega intervjuja COPM, ki ga terapevt izvede individualno s pacientom, je 30 minut. Terapevt za izpeljavo 36-ih intervjujev potrebuje 1080 minut časa. Risanje reke življenja pa je terapevt v programu IPFO izpeljal na uri individualno vodene aktivnosti (v nadaljevanju IVA) v prvem tednu programa, ki časovno traja od 45 do 60 minut. Šestintrideset pacientov je sodelovalo v šestih skupinah, tako je terapevt s pacienti za risanje reke porabil od 270 do 360 minut. To je 720 minut manj kot za izvedbo intervjujev po COPMu, torej na ta način terapevt porabi 25% - 33% časa porabljenega za individualne intervjuje COPM za 36 pacientov.

SKLEP

Risanje reke življenja po modelu Kawa se je v programu rehabilitacije pacientov s kronično ne-rakavo bolečino izkazalo za primerno. Reko življenja pacienti narišejo v relativno kratkem času, v katerem podajo veliko število informacij in je glede tega model reke popolnoma primerljiv z intervjujem COPM. Sicer pri risanju reke nismo dobili informacij glede težav posameznikov pri skrbi zase, vendar jih pri pacientih zaradi vključitvenih kriterijev v program tudi ne pričakujemo. Smo pa pri modelu Kawa dobili dve drugi veliki in pomembni kategoriji podatkov, ki so pomemben vir informacij ne samo za delovnega terapevta temveč za celoten interdisciplinaren tim, tako da bomo z risanjem reke življenja v timu za obravnavo kronične ne-rakave bolečine nadaljevali tudi v bodoče.

LITERATURA

- New to Kawa? <http://www.kawamodel.com/v1/index.php/about/> <23.5.2018>
 Iwama MK, Thomson NA, Macdonald RM (2009). The power of culturally responsive occupational therapy, *Disabil Rehabil*;31(14):1125-35
 The OT process <https://theotprocess.wordpress.com/2013/07/08/the-kawa-river-model-of-occupational-therapy/> <25.4.2018>
 Iwama MK et al.(2006). The Kawa model. 1st ed. Churchill Livingstone
www.vula.ud.ac.za <11.4.2018>

UPORABA PEOP MODELA (OSEBA-OKOLJE-DEJAVNOST-IZVEDBA) V ZAPOSLOTITVENI REHABILITACIJI

APPLYING THE PEOP MODEL (PERSON-ENVIRONMENT-OCCUPATION- PERFORMANCE) IN VOCATIONAL REHABILITATION

Ana Kapel¹, dipl. del. ter., univ. dipl. sociologinja

¹Centerkontura d. o. o.

IZVLEČEK

Izhodišča: V zaposlitveni rehabilitaciji se je uveljavila terminologija, opredeljena v Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF). MKF opredeljuje področja telesne funkcije, telesne zgradbe, dejavnosti in sodelovanja ter okoljskih dejavnikov. Delovni terapevti, kot člani tima zaposlitvene rehabilitacije, svoje ocenjevanje in obravnavo usmerjajo v funkcioniranje posameznikov na ravni izvajanja aktivnosti in sodelovanja v okolju. Pri tem je potrebno, da delovni terapevti uporabljajo ustrezen model, ki jim bo pomagal organizirati znanje in jih vodil skozi proces zaposlitvene rehabilitacije. Namen prispevka je predstaviti PEOP model in uporabnost modela v klinični praksi na splošno in v zaposlitveni rehabilitaciji. **Vsebina:** V prispevku je predstavljen PEOP model, njegove glavne komponente, predlagani ocenjevalni instrumenti, proces in izhodi. Ob teoretičnih izhodiščih so predstavljeni praktični primeri uporabe modela s poudarkom na delu in delovnem okolju. **Zaključek:** Uporaba PEOP modela v zaposlitveni rehabilitaciji lahko pripomore k obravnavi, ki je usmerjena na uporabnika in dejavnost, upošteva uporabnikovo okolje in je osnovana na obstoječih dokazih.

Ključne besede: delovna terapija, invalidi, delo, okolje, MKF.

ABSTRACT

Introduction: In vocational rehabilitation, the terminology defined in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has been standardised. The ICF defines the areas of body functions, body structure, activity, participation and environmental factors. Occupational therapists, as members of the vocational rehabilitation team, have been increasingly focusing their assessment and intervention on the clients' activity performance and participation in the environment. This approach requires an occupational-focused model to organize their knowledge and to guide intervention. The purpose of this paper is to present the PEOP model and its applicability in general clinical practice and vocational rehabilitation. **Contents:** The paper presents the PEOP model, its main components, proposed assessment instruments, process and outputs. Along with theoretical basis, practical examples of using the model are presented, focusing on work and working environment. **Conclusions:** The use of the PEOP model in vocational rehabilitation can provide client-centred and occupation-based practice, taking into account the client's environment. The model is thus a good example of evidence-based practice, which is central to occupational therapy.

Key words: occupational therapy, disabled, work, environment, ICF.

UVOD

Z MKF klasifikacijo, zaposlitvena rehabilitacija stremi k boljšemu razumevanju funkcij, sodelovanja in dejavnosti. Delovni terapevti lahko temu sledimo preko uporabe teorij, ki so usmerjene na dejavnost in vodijo našo prakso. V pregledih literature avtorji najpogosteje navajajo tri teoretične modele, ki so usmerjeni na dejavnost: Kanadski model izvajanja dejavnosti (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement oz. CMOP-E), Model človekovega delovanja (Model of Human Occupation oz. MOHO) in Person –

Environment – Occupational – Performance Model oz. PEOP model (Wong in Fisher, 2015; Déstiron et al, 2013). V slovenskem prostoru sta modela CMOP-E in MOHO poznana in uporabljana v delovnoterapevtski praksi. Model PEOP je slovenskim delovnim terapevtom manj poznan. V prispevku predstavljamo PEOP model, njegove glavne komponente, proces in izide.

PEOP model se je pričel razvijati v Ameriki v 80 - letih prejšnjega stoletja. Prvič je bil objavljen leta 1991, druga izdaja je bila 1997, tretja izdaja 2005 in četrta 2015. Avtorji modela so Charles H. Christiansen, Carolyn M. Baum in Julie D. Bass. Cilj avtorjev je bil razviti model izvedbe dejavnosti, ki bi bil ustrezen za različna okolja, v katerih delujejo delovni terapevti, ne glede na stopnjo zdravljenja, starost uporabnikov ali njihovo diagnozo (Christiansen et al, 2015, p.40).

Model PEOP je osredotočen na izvedbo dejavnosti (occupational performance). Izvedba dejavnosti je "DOING" (delanje, početje, opravljanje, izvajanje) smiselnih aktivnosti, nalog in vlog skozi kompleksno interakcijo med osebo in okoljem (Christiansen et al, 2015, p.40, 52).

Glavni elementi modela so: oseba, okolje in dejavnost. PEOP model nam ponuja razumevanje, kako osebni dejavniki in okoljski dejavniki medsebojno delujejo in s tem vplivajo na izvedbo vsakodnevnih dejavnosti (Christiansen et al, 2015). PEOP Model lahko razumemo kot ekološko-transakcijsko-sistemski model. To pomeni, da model vključuje značilnosti osebe in njenega življenjskega okolja. S podporo okolja oseba izvaja aktivnosti, naloge in vloge vsakdanjega življenja. Vsaka komponenta modela lahko vpliva na drugo in funkcioniranje sistema kot celote. Razumevanje kako značilnosti osebe in okolje med sabo delujejo in vplivajo na izvedbo vsakodnevnih dejavnosti je bistveno za razumevanje delovnoterapevtske prakse in sestavlja okvir PEOP modela. (Christiansen et al, 2015, p.50). Model lahko uporabljamo tako za posameznike, kot za organizacije in tudi populacije.

GLAVNE ZNAČILNOSTI PEOP MODELA

V nadaljevanju so predstavljene glavne značilnosti modela. Dejavnost in izvedba dejavnosti so »očala« delovnim terapevtom, skozi katera razumemo uporabnikovo zgodbo, povzemamo rezultate ocenjevanja in vrednotenja, izbiramo intervencijski pristop in analiziramo izide. Proces mora biti osnovan glede na problem izvedbe dejavnosti, ki ga predstavi uporabnik (Christiansen et al., 2015, p.60). Model vključuje pristop »od zgoraj – navzdol«, skozi osebno zgodbo se najprej osredotoča na situacijo uporabnika. Delovni terapevt je spodbujen, da uporablja na uporabnika usmerjen pristop. Pristop usmerjen na uporabnika je bistven v delovnoterapevtskem procesu in zahteva (1) od terapevta, da vključuje uporabnika v reševanje problema in doseganje cilja in (2) od uporabnika, da sodeluje kot sodelavec v procesu. Samoučinkovitost je bistvo na uporabnika usmerjene prakse (Christiansen et al., 2015). Model poudarja pomen sodelovanja z uporabnikom in ostalimi strokovnjaki in poudarja z dokazi podprto prakso. Dokazi, ki so objavljeni v publikacijah so podlaga, na osnovi katere delovni terapevt sprejema odločitve, katere ocenjevalne inštrumente bo vključil in kateri pristop obravnave bo izbral.

GLAVNE KOMPONENTE PEOP MODELA

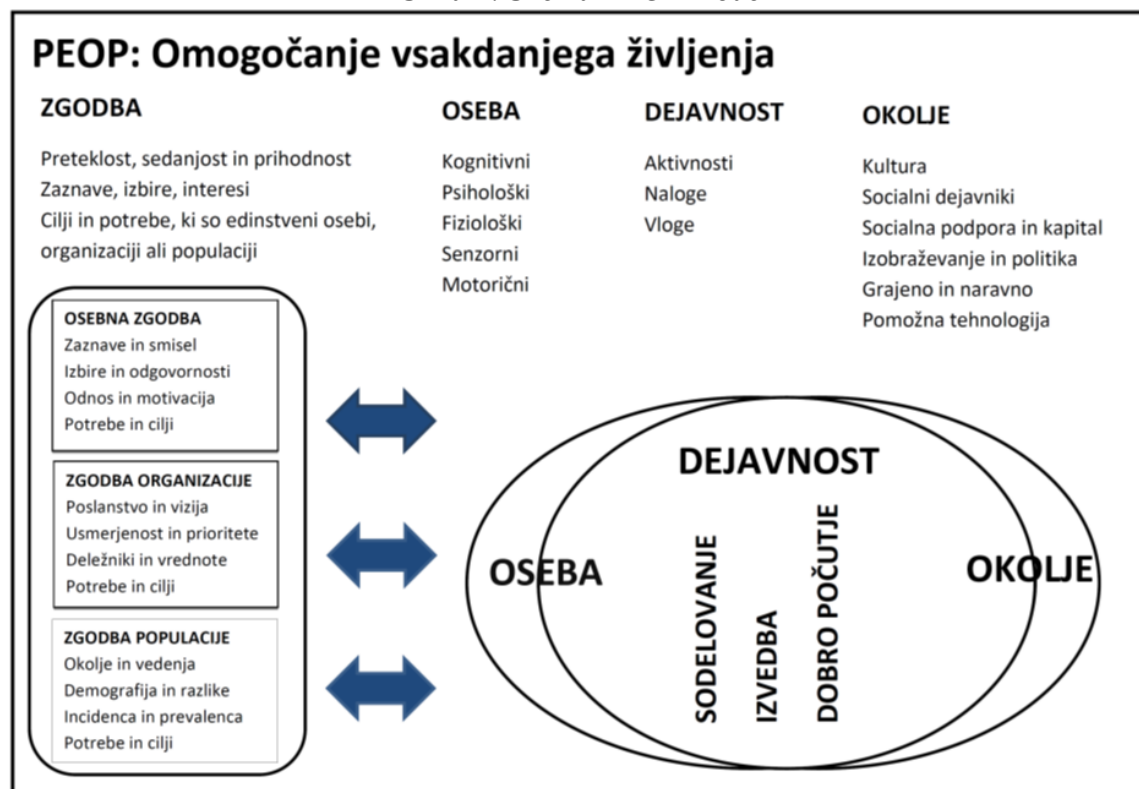
PEOP model je kot most med biomedicinskimi in socialno-kulturnimi modeli. Pokriva tri področja znanja, ki so potrebna v delovnoterapevtski praksi: osebne dejavnike, okoljske dejavnike in dejavnost (Christiansen et al., 2015).

Osebni dejavniki

PEOP model predstavlja okvir petih dimenzij osebe in sicer vključuje kognitivne, psihološke, fiziološke, senzorne, motorične in duhovne dejavnike v kontekstu izvedbe dejavnosti in

sodelovanja. Preko analize teh dejavnikov lahko delovni terapevt opredeli sposobnosti in omejitve uporabnika preko vseh petih dimenzij (Christiansen et al., 2015).

Slika 1: Shema PEOP model



Psihološki dejavniki vključujejo motivacijo, samopodobo, osebno identiteto, samoučinkovitost, metakognicijo in samozavedanje. Pomemben psihološki dejavnik je tudi čustveno stanje uporabnika. Drug pomemben psihološki dejavnik pa je uporabnikova življenjska zgodba. Zgodba predstavlja kontekst, kako posameznik doživlja smisel in občutek skladnosti – kako razume in interpretira svet. Duhovna ali transcendentalna prepričanja so pogosto pomemben dejavnik za celostno razumevanje uporabnika. Drug osebni dejavnik, ki je opredeljen v PEOP modelu in je bistven za izvedbo dejavnosti je fiziološki status in vključuje moč, vzdržljivost, neaktivnost in stres; kot tudi spalne navade, prehranjevanje in splošno zdravje. Posebnega pomena so dejavniki, ki so povezani s kognitivnimi procesi, kot so spomin, pozornost, zavedanje, organiziranje, sprejemanje odločitev, logično sklepanje in sposobnost doseganja ciljev. Drug pomemben osebni dejavnik za izvedbo dejavnosti/okupacije je nevro-vedenjski podsistem, ki vključuje zaznavanje sebe in okolja preko somato-senzornih, taktilnih, olfaktornih, gustatornih, vizualnih, auditornih in proprioceptivnih čutil. Uporaba gibalnega podsistema nam omogoča premikanje v okolju. Podsistem vključuje motorično kontrolo, motorično planiranje (praxis) in kontrolo drže (Christiansen et al., 2015, p.53-54).

Okoljski dejavniki

Peop model definira okoljske dejavnike kot »dejavnike, ki ovirajo ali podpirajo izvedbo«. Dejavniki okolja, ki so centralni v PEOP modelu vključujejo socialno podporo, instrumentalno podporo in informacijsko podporo. Vse podpore temeljijo na odnosih, mrežah in pripadnosti skupini. Socialne skupine imajo značilnosti, ki lahko vplivajo na izvedbo in sodelovanje, ali pa imajo lahko vpliv na zakonodajo in politiko. Kulturno okolje vključuje vrednote, običaje, rituale in uporabo časa. Vsi navedeni dejavniki lahko vplivajo na izvedbo. Politično okolje ureja dostopnost in razpoložljivost socialnih resursov. Fizične značilnosti okolja vključujejo grajeno okolje, njegovo dostopnost in uporabnost. Naravno okolje vključuje geografijo, teren,

klimatske razmere in kvaliteto zraka. Ter orodje in pomožna tehnologija (Christiansen et al., 2015, p.54).

Dejavnost

V modelu je dejavnost definirana kot »kar ljudje želijo in morajo narediti v vsakdanjem življenju« (Christiansen et al., 2015). Izvedba dejavnosti je opravljanje smiselnih aktivnosti, nalog in vlog skozi kompleksno interakcijo med osebo in okoljem (Christiansen et al., 2015). Dejavnosti model deli na dnevne aktivnosti, širše dnevne aktivnosti, počitek/spanje, izobraževanje, delo, prosti čas/igra in socialne aktivnosti.

DELOVNOTERAPEVTSKI PROCES PO PEOP MODELU

Delovnoterapevtski proces po PEOP modelu gradi na sposobnostih osebe in virih okolja, ki podpirajo uporabnika pri izvajanju dejavnosti, ki jih želi početi (Christiansen et al., 2015, p.58). Proces je sestavljen iz 4 komponent: zgodba, ocenjevanje in vrednotenje, obravnava in izidi.

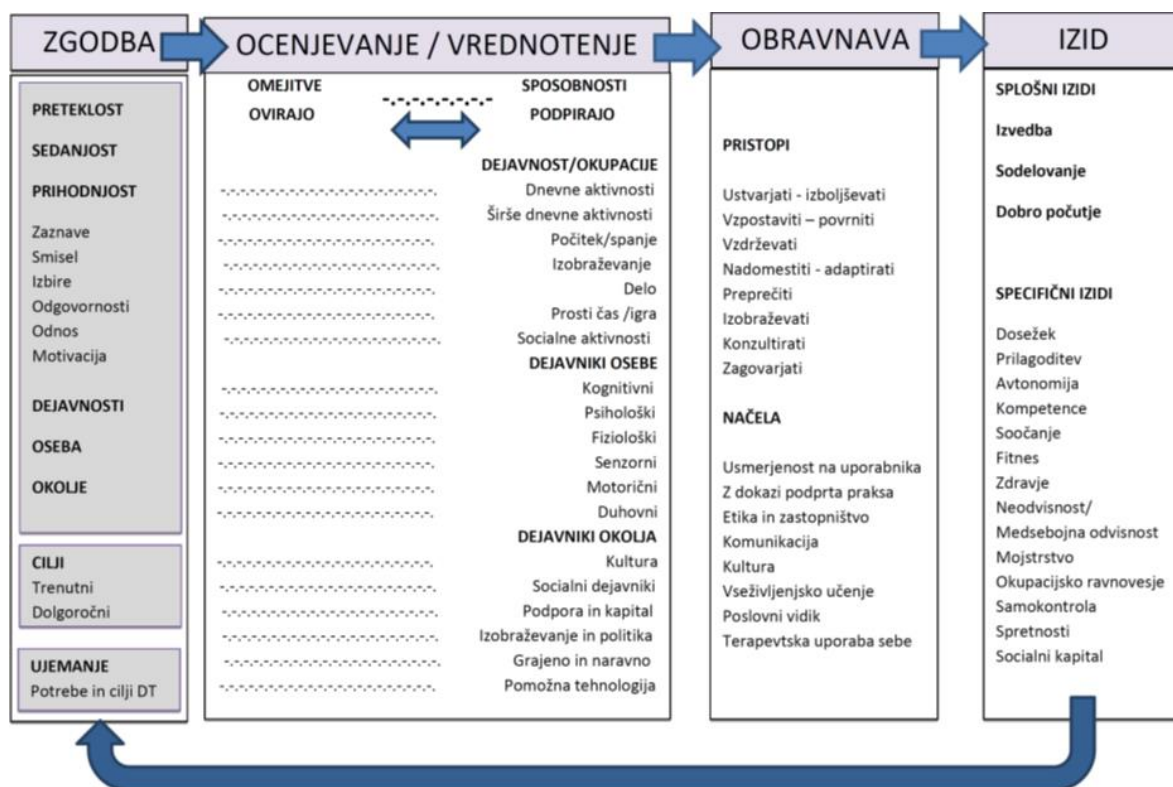
ZGODBA

Delovnoterapevtski proces se po PEOP modelu prične z osebno zgodbo uporabnika. Zgodba vključuje vidik osebe, dejavnosti in okolja v preteklosti, sedanjosti in prihodnosti. Okupacijska zgodovina posameznika vključuje opis prostočasnih in socialnih aktivnosti ter jasno sliko o odgovornostih, ki jih ima uporabnik pri delu, skrbi zase in v gospodinjstvu. Podatke lahko pridobimo preko intervjuja ali ocenjevalnih inštrumentov, kot sta Activity Card Sort (Baum et al., 2008 v Christiansen et al., 2015) in Interest Checklist (Matsutsuyu, 1969 v Christiansen et al., 2015). Drug ključni dejavnik zgodbe je posameznikova zaznava situacije. Zgodba nam omogoča, da bolje razumemo uporabnikove probleme in njihov pomen v širšem kontekstu posameznikovega življenja. Pomembno je tudi, da razumemo posameznikove upe za prihodnost. Role Checklist (Oakley et al., 1986 v Christiansen et al., 2015) nam omogoča, da določimo posameznikove življenjske vloge v preteklosti, sedanjosti in prihodnosti. Posebej je pomembno, da razumemo uporabnikove vloge in odgovornosti, ki jih mora vzdrževati v obdobju, ko poteka obravnava. Okupacijski profil naj vsebuje tudi opis življenjskega sloga in rutin, ki omogočajo dnevne dejavnosti.

Zgodba vključuje tudi razmislek o trenutnih in dolgoročnih ciljih. Uporabnik lažje oblikuje dolgoročne cilje kot trenutne cilje, ki mu bodo omogočali doseči dolgoročne cilje. Z razumevanjem posameznikovih interesov, sposobnosti, vlog, kulturnih prepričanj in vrednot, lahko uporabniku pomagamo oblikovati trenutne cilje, ki ne bodo samo dosegljivi, ampak zanj tudi smiselni. Kanadski test izvajanja dejavnosti oz. COPM (Law et al., 2005) je odlično orodje, ki nam lahko pomaga pri oblikovanju ciljev. V zadnjem delu zgodbe se uporabnik in delovni terapevt skupaj odločita, ali obstaja ujemanje med cilji uporabnika in obravnavo, ki jo lahko ponudi delovni terapevt. V kolikor ujemanja ni, delovni terapevt uporabnika napoti drugim strokovnjakom. V naslednjem koraku delovni terapevt določi posameznikove sposobnosti in dejavnike v okolju, ki ga podpirajo, ter posameznikove omejitve in dejavnike v okolju, ki ga ovirajo in jih bo moral premagati. (Christiansen et al., 2015, p.65-66).

V zaposlitveni rehabilitaciji lahko delovni terapevti uporabljamo ocenjevalni inštrument Intervju o delovni vlogi oz. WRI (Veloze et al., 1998 v Christiansen et al., 2005, p.353), ki nam poda informacije o vrednotah, interesih, vlogah, navadah in okolju uporabnika.

Slika 2: Delovno terapevtski proces po PEOP modelu



OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

Zgodbi sledi ocenjevanje osebnih dejavnikov, dejavnikov okolja in dejavnosti. Tovrstno ocenjevanje omogoča delovnemu terapevtu razumevanje in dokumentiranje omejitev in sposobnosti ter dejavnikov okolja, ki uporabnika ovirajo oz. podpirajo na premici (glej slika 2). Model PEOP ponuja smernice pri izbiri ocenjevalnih inštrumentov, vendar sam model ni razvil nobenih specifičnih. Avtorji modela spodbujajo delovne terapevte, da uporabljajo druga dostopna ocenjevalna orodja (Christiansen et al., 2015).

V literaturi so navedena naslednja ocenjevalna orodja, ki so namenjena rehabilitaciji povezani z delom in podpirajo PEOP model: Spinal Functional Sort (Matheson in Matheson, 1989, v Christiansen et al., 2005, p.353), Valpar Component Work Samples oz. VCWS (VALPAR International Corporation v Christiansen et al., 2005, p.353), Lestvica vpliva delovnega okolja oz. WEIS (Kielhofner et al, 1999 v Christiansen et al., 2015), Work Experience Survey (Roessler et al., 1994 v Christiansen et al., 2015) in Workplace Technology Predisposition Assessment (Christiansen et al., 2015, p. 450).

OBRAVNAVA (PRISTOPI IN NAČELA)

Načrt obravnave delovni terapevt pripravi na podlagi informaciji, ki jih je dobil preko zgodbe in ocenjevanja/vrednotenja. V sodelovanju z uporabnikom delovni terapevt izbere pristop, ki bo pomagal uporabniku doseči trenutne in dolgoročne cilje ter želene izide. V obravnavi lahko uporabi zelo raznolike pristope (glej tabelo 1). Pri izbiri ustreznega pristopa mora biti delovni terapevt pozoren, da je izbrani pristop usmerjen na dejavnost, da je usmerjen na uporabnika in da je z dokazi podprt (Christiansen et al., 2015, p.62). Delovne terapevte pri načrtovanju in implementaciji obravnave usmerjajo načela. Načela lahko razumemo kot vodila, ki so pomembna pri uporabi različnih pristopov (glej tabelo 2).

Tabela 1: Pristopi obravnave v PEO modelu (povzeto po Christiansen et al., 2015, p.64) in primeri iz zaposlitvene rehabilitacije

PRISTOP	OPIS IN PRIMERI
Ustvarjati, izboljševati (promocija zdravja)	omogočanje dobrega počutja ali kvalitete življenja; omogočanje vključevanja v dejavnosti, sodelovanje v vsakdanjem življenju in promocija ravnovesja življenjskih vlog; ne vključuje prisotnosti invalidnosti; Primer: Vzpodbujati ergonomske rešitve za vse zaposlene pisarniške delavce v podjetju.
Vzpostaviti, povrniti	usmerjenost v fiziološke, nevro-vedenjske, kognitivne in psihološke spretnosti ali sposobnosti; povrniti: obnoviti spretnosti, ki so bile okvarjene (po poškodbi ali bolezni); vzpostavitev: razvijanje novih spretnosti; Primer: Razvijanje novih socialnih spretnosti preko igre vlog za zaposlitveni razgovor. Vzpostaviti jutranje rutine, ki so potrebne za pravočasen prihod v službo.
Vzdrževati	vzdrževanje trenutne ravni izvedbe in sodelovanja; pristop je pomemben v situacijah, kjer se pričakuje poslabšanje zmogljivosti oz. večje ovire v okolju; Primer: Program socialne vključenosti, ki vključujejo delovne in socialne vsebine za nezaposljive osebe.
Prilagoditi (nadomestiti, adaptirati)	zmanjšanje omejitev ali odstranitev ovir v okolju; adaptirati: uporaba podpore v okolju z namenom preprečevanja problemov izvedbe dejavnosti (pomožna tehnologija); nadomestiti: zmanjšanje okoljskih ovir v fizičnem okolju, socialni podporni sistem, socialna politika in odnosi, kulturne norme in vrednote Primer: Uporaba prilagojene tipkovnice pri osebi s fibromialgijo. Zmanjšanje ovir v fizičnem okolju s klančino za gibalno ovirano osebo. Zmanjševanje socialne stigme z izobraževanjem sodelavcev in nadrejenih v delovnem okolju za uporabnika, ki ima težave na področju duševnega zdravja. Izključitev določenih delovnih nalog, ki vključujejo dvigovanje bremen. Prilagoditev okolja z možnostjo umika v miren kotiček pri osebah z avtizmom.
Preprečiti	omejevanje vpliva pričakovanih problemov (obstaja tveganje za problem pri izvajanju dejavnosti); Primer: Preprečiti bolečinsko simptomatiko v zapestju z izvajanje preventivnih vaj. Preprečiti poškodbo hrbtenice s poučevanjem o pravilnih tehnikah dvigovanja bremen.
Izobraževati	podajanje znanja in učenje novih spretnosti glede na uporabnikove potrebe in prioritete. Primer: Učenje pisanja vloge za zaposlitev pri prvih iskalcih zaposlitve.

Konzultirati	sodelovanje z uporabnikom – skupaj definirata problem, iščeta rešitve, razvijata strategije; omogoča uporabniku, da reši svoj problem; Primer: Spremljanje in podpora uporabniku ob vstopu v novo delovno okolje. Podpora ob odprtju s.p.
Zagovarjati	sodelovanje z uporabnikom, da vpliva na spremembe v politiki, v postopkih in praksi; Primer: Pomoč uporabniku pri urejanju postopkov na CSD glede aktivacijskega dodatka. Pomoč delodajalcu pri uveljavljanju državnih pomoči.
Ujemati (Christiansen et al, 2005, p. 401)	najboljše ujemanje med osebo in okoljem; ni spremembe v okolju, osebi ali nalogi; Primer: Analiza delovnega mesta (ujemanje zahtev delovnega mesta (naloge/okolje) z interesi/spretnosti/omejitvami uporabnika).

Uporaba PEOP modela v praksi je odvisna od sposobnosti delovnega terapevta, da (1) oblikuje sodelovalni odnos z uporabnikom in spodbuja motivacijo uporabnika (pri pripovedovanju zgodbe) s postavljanjem pravih vprašanj in (2) da uporabi te informacije za boljše razumevanje problemov in možnosti, ki so predstavljene preko uporabnikovih potreb in ciljev (Christiansen et al., 2015, p. 53).

Tabela 2: Načela, ki nas vodijo pri obravnavi po PEOP modelu (povzeto po Christiansen et al., 2015, p. 65)

NAČELA	OPIS
Usmerjenost na uporabnika	Vključuje uporabnikove cilje, perspektive in vrednote glede na njegove okupacijske potrebe.
Z dokazi podprta praksa	Sistematičen proces iskanja, vrednotenja in uporabe raziskovalnih ugotovitev v praksi; spremljanje obstoječe literature: www.guidelines.gov , www.cochrane.org .
Etika in zagovornišvo	Poudarek je na etiki in družbeni odgovornosti; zagovorniki za dostopnost in pravično politiko (etični kodeks DT, etični kodeks strokovnih delavcev v ZR).
Komunikacija	Pomen komunikacije znotraj strokovnega tima in z ostalimi deležniki, ki so vključeni v proces. Terminologija naj bo razumljiva širši javnosti.
Kultura	Upoštevanje kulturnih razlik glede odnosa do zdravja in navad uporabnika.
Vseživljenjsko učenje	Pomen stalnega izobraževanja, spremljanje obstoječe literature.
Poslovni vidik	Razvijanje inovativnih in na dokazih podprtih programov, ki so skladni z vizijo in poslovnim planom organizacije.
Terapevtska uporaba »sebe«	Stremi k namerni in načrtovani uporabi osebnih vedenj, vpogledov, zaznav, sodb, sposobnosti in znanj z namenom, da optimiziramo delovno zaveznitvo z uporabnikom in omogočimo spremembo.

IZIDI

Da uporabniku prikažemo napredek in dokažemo učinkovitost obravnave plačniku in javnosti, naj bodo izidi delovnoterapevtske obravnave merljivi. Celoten proces PEOP modela je zasnovan za doseganje ciljev, ki si jih je postavil uporabnik, omogočanje življenjskih vlog, odgovornosti in interesov (Christiansen et al., 2015, p. 67). Uporabnik sam določi, kateri izid je pomemben in nujen zanj (Christiansen et al., 2015, p.51). Izide delimo na splošne in specifične. Med splošnimi izidi so v modelu opredeljeni izvedba, sodelovanje in dobro počutje. PEOP model razlaga, da izvedba dejavnosti podpira sodelovanje (aktivna vključenost v vsakodnevno življenje) in dobro počutje (zadovoljstvo in kvaliteta življenja) (Christiansen et al., 2015).

Specifični cilji so lahko zelo raznoliki glede na različna okolja, kjer delujemo delovni terapevti (glej tabelo 1). V zaposlitveni med izide obravnave najpogosteje štejemo: vključitev v delovno okolje, prilagoditev delovnega mesta, doseganje kompetenc za iskanje zaposlitve, okupacijsko ravnovesje, mojstrstvo, ind.

RAZPRAVA

PEOP model je v strokovni literaturi naveden kot eden izmed treh najpogosteje uporabljenih konceptualnih modelov v delovni terapiji. Ashby in Chandler (2010 v Wong in Fisher, 2015) sta ugotovila, da so najpogosteje v kurikulumu fakultet v Ameriki, Kanadi, Avstraliji in Združenem kraljestvu vključeni modeli CMOP-E, MOHO in PEOP model. Lee (2010) navaja najpogosteje uporabljene modele v Ameriki: Ecology of human performance (EHP), MOHO, Occupational adaptation (OA) in PEOP model (anketa NBCOT, 2004).

V literaturi so predstavljeni raznoliki primeri uporabe modela PEOP. Lee (2010) v pregledu literature izpostavlja tri raziskovalne članke, ki so odkrivali učinkovitost obravnave po smernicah PEOP modela za odrasle po kapi (Hartman-Maeir et. al, 2007) in otroke z razvojno motnjo koordinacije (Taylor et al, 2007 v Lee, 2010). Hammarlund (2015) je uporabil PEOP model za ocenjevanje potrebe po delovno terapevtski obravnavi v organizaciji Nehemiah Autism Center v Addis Ababa v Etiopiji. Smith in Hudson (2012) sta uporabila PEOP model kot okvir za analizo pismenosti v zdravstvu z namenom izboljšanja pismenosti, izboljšanja zdravja in zmanjšanja razlik v zdravstvu.

Na temo uporabe PEOP modela v rehabilitaciji povezani z delom in delovnim okoljem so Désiron et al (2013) iskali ustrezen delovnoterapevtski model, ki bi omogočal vračanje na delo klientom po zdravljenju raka na dojki. Glede na kriterije ustreznosti (konceptualni DT model, multidisciplinarnost, MKF, vračanje na delo in rak na dojki) so izbrali tri modele: CMOP-E, MOHO in PEOP model. V članku so prišli do ugotovitve, da je najbolj ustrezen model MOHO z določenimi prilagoditvami. V obeh izdajah knjige Occupational therapy, Performance, Participation and Well-being (Christiansen et al., 2015, Christiansen et al., 2005) so navedeni primeri uporabe PEOP modela na področju rehabilitacije, ki je vezana na delo.

V literaturi so opredeljene določene pomanjkljivosti PEOP modela. Avtorji modela niso razvili ocenjevalnih orodji, ki bi neposredno omogočala merjenje izidov. Avtorji modela vzpodbujajo delovne terapevte, da uporabljajo različne ocenjevalne instrumente, ki so na voljo. Prepuščanje izbire uporabe ocenjevalnih orodji omogoča delovnemu terapevtu fleksibilnost, vendar je lahko to prevelik izziv za delovne terapevte brez praktičnih izkušenj pri izbiri primernih ocenjevalnih instrumentov, ki odražajo smernice PEOP modela (Wong in Fisher, 2015).

Ni veliko člankov in literature, ki bi podpirale dokaze za PEOP model. Lee (2010) je v pregledu literature odkril razlike glede števila raziskav med modeli, ki so usmerjeni v dejavnost. Med pregledanimi strokovnimi članki se je na MOHO model nanašalo 433 člankov, na PEOP model pa 27 strokovnih člankov.

Duncan in Hagedorn (2011, v <https://lifelonglearningwithhot.wordpress.com>) kot pomanjkljivost modela izpostavljata izziv ocenjevanja »s tehtanjem« različnih dejavnikov, saj model sam tega ne naredi dovolj jasno.

Model je ustrežnejši za okolja, kjer delovni terapevt lahko dalj časa sodeluje z uporabnikom pri doseganju dolgoročnih ciljev in je manj ustrezen pri obravnavah, ki so kratkoročne.

SKLEP

V prispevku je bil PEOP model predstavljen z namenom seznanitve z modelom, ki v slovenskem prostoru še ni uveljavljen. Wong in Fisher (2015) poudarjata pomembnost poznavanja in kritične analize dostopnih delovno terapevtskih modelov glede njihovih glavnih konceptov, raziskovalnih dokazov in praktične uporabe.

Prednosti PEOP modela so, da lahko pripomore k obravnavi, ki je usmerjena na uporabnika. Uporablja se lahko za posameznike, skupine ali populacije. Model je usmerjen na pristop »od zgoraj – navzdol«, skozi osebno zgodbo se najprej osredotoča na situacijo uporabnika. Delovni terapevt skupaj z uporabnikom določi cilje. Model poudarja sodelovanje z uporabnikom in ostalimi člani tima in deležniki. Poudarek je na interakciji med osebo in okoljem in kako le-ta vpliva na dejavnost. Izčrpen seznam dejavnikov je lahko v pomoč novim delovnim terapevtom pri razumevanju različnih dejavnikov, ki vplivajo na izvedbo dejavnosti. Model izpostavlja prakso, ki temelji na dokazih, kar pomeni, da zahteva od delovnega terapevta da svoje strokovne odločitve preverja glede na obstoječe dokaze.

PEOP model delovnim terapevtom, ki delujejo na področju zaposlitvene rehabilitacije, nudi okvir, kjer lahko svoje znanje ustrezno organizirajo in proces, ki je skladen s procesi, storitvami in izidi v zaposlitveni rehabilitaciji ter terminologijo MKF.

LITERATURA

- Christiansen CH, Baum CM, Bass JD (2015). Occupational therapy: Performance, Participation, and Well – Being. 4th ed. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J (2005). Occupational therapy: Performance, Participation, and Well – Being. 3th ed. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Desiron HAM, Donceel P, de Rijk A, Von Hoof E (2013). A Conceptual- Practice Model for Occupational Therapy to Facilitate Return to Work in Breast Cancer Patients. J Occup Rehabil 23: 561-526
- Hammarlund SO (2015). An Occupational Therapy Need Assessment for an organization attending to children with autism spectrum disorder in Addis Ababa, Ethiopia. Bachelor of Science in occupational Therapy School of Health Sciences Jönköping University.
- Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avani N, Katz N (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. Disability and rehabilitation 29(7):559-566.
- Lee J (2007). Achiving Best Practice: A Review of Evidence Linked to Occupational – Focused Practice Models. Occupational Therapy in Health Care 24(3): 206-221.
- Smith D, Hudson S (2012). Using the Person-Environment-Occupational Performance conceptual model as an analyzing framework for Health literacy. Journal of communication in Healthcare 5(1).
- Wong SR, Fisher G (2015). Comparing and Using Occupational-Focused Models. Occupational Therapy In Health Care 29 (3): 297-315.
- <https://lifelonglearningwithhot.wordpress.com/2015/10/23/occupational-models-peop-person-environment-occupational-performance>. <24. 5. 2018>
- <https://musculoskeletalkey.com/the-person-environment-occupational-performance-peop-model>. <24. 5. 2018>
- <https://handtherapycanbefun.weebly.com/peop-model.html> <27. 6. 2018>

OCENJEVALNO ORODJE ZA CELOSTNO OCENO STAROSTNIKOV

ASSESSMENT TOOL FOR THE COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE ELDERLY

dr. Monika Zadnikar¹, dipl.fiziot., spec.nevrofizioterapije

¹Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice

IZVLEČEK

Izhodišča: Namen članka je predstaviti ocenjevalno orodje, ki predstavlja celostno oceno starostnika in njegovih sposobnosti ter pomanjkljivosti. Starostnike se ocenjuje na veliko področjih delovanja kot tudi v zdravstvu in socialnem varstvu. **Metoda:** Pregled literature v COBISS - ovi zbirki podatkov in analiza ocenjevanja starostnikov, ki poteka v Sloveniji, je posnetek trenutnega stanja. Podrobno pregledano ocenjevalno orodje v nemškem konceptu dolgotrajne oskrbe je osnova preglednega članka. **Rezultati:** Analiza ocenjevanja v Sloveniji in ocenjevalnega orodja v Nemčiji ter pregled priporočil evropske unije kaže, da bo ocenjevalno orodje doprineslo k celostni oceni stanja starostnika, ekonomičnemu, primerljivemu, dostopnemu ocenjevalnemu sistemu. Prikazal bo starostnikove sposobnosti oz. pomanjkljivosti v enem ocenjevanju. **Razprava in sklep:** Ocenjevanje različnih strokovnih delavcev v zdravstvu in v socialnem varstvu povzroča različen sistem ocenjevanja tako v metodološkem smislu kot v smislu rezultatov in interpretacije le teh. Ocenjevalno orodje ponuja informacijo z vseh področij življenja starostnika na enem mestu, kar omogoča tudi skupni imenovalac za znanstveno raziskovanje.

Ključne besede: starostniki, ocenjevanje, celostnost, medresorsko povezovanje.

ABSTRACT

Introduction: The aim of the article is to present an assessment tool used in comprehensive assessment of the elderly persons' health impairments of autonomous living, including physical limitations and cognitive as well as psychological impairments. The elderly are assessed by different health and social care professionals. **Method:** A literature review in the COBISS database and the analysis of the geriatric assessment results in Slovenia presents a record of the current situation. This review article focuses primarily on the analysis of the German long-term care assessment instrument. **Results:** The analysis of the geriatric assessment in Slovenia, the analysis of the German assessment tool and the review of the recommendations of the European Union show that the German long-term assessment tool is an economical, comparable and accessible system which will contribute to the comprehensive assessment of the elderly person's degree of independence in different areas. **Discussion and conclusion:** The assessment of various health and social care professionals using different methodologies may yield different results and interpretations. The newly designed assessment instrument provides comprehensive information from all areas of the elders' life, and also a common denominator for scientific research.

Key words: elderly, assessment, integrity, cooperation of various professional fields.

IZHODIŠČA

Starostna struktura prebivalstva in demografske spremembe se zelo hitro spreminjata tako v Evropi kot v Sloveniji. Družba postaja dolgoživa, pričakovano trajanje življenja se podaljšuje, delež starejših od 65 hitro narašča (UMAR, 2017). Povečanje številčnosti populacije starostnikov in njihovih potreb ter potreb po oskrbi, je povzročilo v razvitih Evropskih državah nacionalni interes o temi, problematiki in hkrati skrbi za starostnike (Jakovljevič, et al., 2012; European Pillar of Social Right, 2017). Starostniki so postali zanimivi na trgu prav zaradi

njihovih potreb, prepočasnega kolesja državnih ustanov in prezaposlenosti njihovih svojcev in sorodnikov, kar ugotavljajo tudi na ravni Evropske Unije (v nadaljevanju EU). Članice EU ugotavljajo, da področje dolgotrajne oskrbe ni enotno urejeno, zato se uveljavljajo različni sistemi podpore starostnikom. Zaradi izgube ali odsotnosti telesnih, duševnih ali intelektualnih sposobnosti oz. samostojnosti potrebujejo različne oblike pomoči pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih in življenjskih aktivnostih. Le te bi morale temeljiti na splošni dostopnosti, visoki kakovosti in dolgoročni finančni vzdržnosti financiranja iz javnih sredstev (De la Maissonneuve & Oliveira Martins, 2013; European Pillar of Social Right, 2017). Prav zaradi tega, podatki nakazujejo potrebo po oceni stanja funkcijskih in drugih sposobnosti ter zmogljivosti starostnikov tudi v Sloveniji.

Kakšno je funkcijsko stanje starostnikov pokažejo rezultati raziskav (Pozvek, 2012; Gabrovec, 2017) iz katerih je razvidno, da ima 40% starostnikov starih 70 let in več, omejitve pri običajnih aktivnostih; da ima 16% starostnikov starih 65 let in več, težave pri osnovnih aktivnostih gibanja (npr. hoja na kratke razdalje) in 12% jih ima težave pri osnovnih aktivnostih samooskrbe. Pri tistih, ki živijo v domačem okolju je kar 5-8% oseb starih nad 65 let, ki potrebujejo pomoč pri eni od dnevnih aktivnosti. Nezmožljivost in nezmožnost se povezuje s slabo kakovostjo življenja, z odvisnostjo od izvajalcev formalne kot tudi neformalne oskrbe in s tem povezanih stroškov zdravstvenih, negovalnih in socialnih storitev. Krhkost v starosti, ki se omenja v zadnjem času, še dodatno povečuje tveganje za razvoj škodljivih vplivov in izidov na upad telesnih in duševnih funkcij, akutnih bolezni in poškodb, padcev, ponavljajočih hospitalizacij in zvišane stopnje umrljivosti.

Ocenjevanje stanja starostnikov je ključna pri določitvi upravičenosti in kategorije za prejemek finančne pomoči. Polemika vseh strokovnih delavcev, ki se bolj ali manj vključujejo v delo ali v oskrbo, kako oceniti, kaj oceniti in kje oceniti njihovo stanje. Glede na zgoraj omenjene težave, ki pestijo starostnike je tudi vprašanje kaj vse oceniti in ali ima posamezni strokovni delavec kompetence za ocenjevanje širšega okvira. Prav zaradi širokega obsega težav se strokovni delavci držijo le svojega dela ocenjevanja, kar vodi v razdrobljenost informacije o starostniku, njegovih sposobnostih in spretnostih ter njegovih pomanjkljivostih in obolenjih. Izkušnje kažejo, da se zaradi strokovno zelo dobrega in poglobljenega ocenjevanja izgubi celoten pogled oz. slika, kako starostnik funkcionira in kaj potrebuje. Ali je samostojen v osnovnih dnevnih opravilih (Colombo et al, 2011)? Ali lahko opravi tudi podporna dnevna opravila (Colombo et al, 2011)? Ali so osnovna dnevna opravila vezana na storitve oskrbe ali na storitve zdravstvene nege, preventive ali rehabilitacije? Prav tako se veže pomoč na podporna dnevna opravila predvsem s pomočjo v gospodinjstvu. Kakšnega starostnika strokovni delavci dobijo v obravnavo se pogosto ne ve, ker je preveč dokumentacije ali pa je sploh nima, zato je namen prispevka analizirati obstoječe ocenjevanje starostnikov v Sloveniji in predstaviti celostno ocenjevalno orodje, ki ga že 20 let uporabljajo v Nemčiji (MDS, 2016).

METODE

Za pregled in analizo obstoječega ocenjevanja v Sloveniji se je opravil pregled pisnih elektronskih virov. Uporabljena je bila baza podatkov COBISS in spletne strani združenj oz. zbornic v Sloveniji, ker gre za pregled ocenjevanja starostnikov v slovenskem prostoru z javno dostopnimi podatki o ocenjevalnih orodjih. Ključne besede, ki so se pri iskanju uporabljale so bile ocena starostnika - 155, socialna ocena starostnikov - 23 in ocenjevanje starostnikov - 72. Pri analizi podatkov so bili izločeni dvojniki. Zajeti so bili vsi članki ali povzetki, ki v praksi podpirajo splošno oceno stanja starostnika, kakršnokoli ocenjevanje starostnikov, ki se je izvajalo le v Sloveniji, kar je štel kot vključitveni kriteriji.

V nemških smernicah (MDS, 2016) je bil narejen pregled ocenjevalnega orodja, ki so ga posodobili leta 2016. Pred tem so ga spreminjali, preoblikovali in dopolnjevali skoraj dvajset let.

REZULTATI

Vsi zadetki so prikazani v tabeli 1 in nato izbor le tistih, ki so bili primerni za obdelovanje in so ustrezali vključitvenim kriterijem. Izločeni so bili vsi članki ali povzetki, ki so se podvajali.

Tabela 1: Povzetek zadetkov in izbor člankov ali povzetkov



Po pregledu elektronsko dostopne literature je bilo ugotovljeno, da v Sloveniji ne obstaja celostno ocenjevalno orodje za ocenjevanje starostnikov, ki se ga redno uporablja. V nekaj diplomskih nalogah je predstavljena celostna ocena starostnikov, ki pa se v praksi ne uporablja.

Ocenjevanje po posameznih vsebinskih sklopih je prikazano v tabeli 2, ki jih ocenjujejo strokovni delavci. Iz tabele je razvidno, da strokovni delavci uporabnike oz. starostnike ocenjujejo le v posameznih segmentih. Zaskrbljujoča je ugotovitev, da je v kar nekaj diplomskih in magistrskih nalogah predlagan integriran koncept ocenjevanja, tako zdravstveni kot socialni, ki pa žal ostaja le v nalogah. V tabeli 2 je zaradi boljše preglednosti delitev ocenjevalnih vsebin deljena na enake sklope kot v nemškem modelu.

Tabela 2: Ocenjevanje starostnikov v slovenskem prostoru

NASLOV	VSEBINA	KDO OCENJUJE?
GIBANJE	Ocena premičnosti (1), telesna pripravljenost (4), aerobna zmogljivost (2), mišična zmogljivost (3), gibljivost (3), ocena tveganja za padce (6), ravnotežje (4), pripomočki za hojo in ravnotežje (1), prijem roke (1), vzdržljivost (3), koordinacijo (3)	fizioterapevti kineziologi zdravniki
KOGNITIVNE IN KOMUNIKACIJSKE SPOSOBNOSTI	Klinično psihološki pregled (1), komunikacija in kakovost odnosov (1), senzorična integracija (1)	klinični psiholog zdravstvena nega delovni terapevt
VEDENJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE	Ocena dementnosti (1), osebne lastnosti povezane s čustvenostjo (1), žalost (1), ocena realne moči (3), alkohol med starostniki (1)	klinični psiholog farmacevti zdravstvena nega socialni delavec
SAMOOSKRBA	Prehrana (7), funkcionalna zmogljivost (3), motnje požiranja (1), tekočinsko ravnoesje (1)	Zdravniki zdravstvena nega fizioterapevti farmacevt
BOLEZEN, POŠKODBA ALI PO OPERACIJAH	Po zlomu kolka (3), bolečine (4), po zlomu zapestja (1), po kapi (4), bolečina v trebuhu (1), zdravje (9), kronične rane (1)	zdravniki zdravstvena nega fizioterapevti delovni terapevti
VSAKDANJE ŽIVLJENJE IN SOCIALNI STIKI	Ocena življenjskih aktivnosti (1), upad delazmožnosti (1), varnost (2), prilagoditev notranje opreme (1),	delovni terapevti pravnik
AKTIVNOSTI IZVEN DOMAČEGA OKOLJA	Neodvisnost (1)	zdravstvena nega
GOSPODINJSKA OPRAVILA	/	/

V tabeli 3 so prikazani moduli in vsebine, ki se ocenjujejo po posameznih modulih v Nemškem konceptu ocenjevalnega orodja (MDS, 2016).

Tabela 3: Nemški koncept ocenjevalnega orodja

MODUL	NASLOV	VSEBINA OCENJEVANJA
1.	GIBANJE	Položaj v postelji, sedeč položaj, presedanje, gibanje po prostoru in po stopnicah
2.	KOGNITIVNE IN KOMUNIKACIJSKE SPOSOBNOSTI	Prepoznavanje bližnjih, orientacija v prostoru in času, spomin, izvajanje vsakodnevnih opravil, sprejemanje odločitev, razumevanje informacij in navodil, prepoznavanje nevarnosti, izražanje osnovnih potreb in sodelovanje v pogovoru
3.	VEDENJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE	Motorične motnje, nočni nemir, samopoškodovanje, agresivno vedenje do oseb in predmetov, besedna agresija in druge glasovne posebnosti, zavračanje pomoči, prividi, blodnje in strahovi, pomanjkanje motivacije zaradi depresije in družbeno nesprejemljivo vedenje
4.	SAMOOSKRBA	Umivanje telesa, tuširanje, kopanje, oblačenje in slačenje, priprava enostavnih obrokov in pijače ter hranjenje in pitje, uporaba stranišča ali toaletnega stola, obvladovanje inkontinence urina in blata oz. oskrba stome ter hranjenje parenteralno ali po sondi
5.	SPOSOBNOST SPOPRIJEMANJA Z BOLEZNIJO IN Z ZDRAVLJENJEM POVEZANIH ZAHTEV IN OBREMENITEV	Jemanje zdravil, dajanje injekcij, oskrba žilnih katetrov, aspiracije in terapija s kisikom, hladno – tople obloge, merjenje telesnih parametrov in razumevanje le teh, uporaba drobnih telesnih pripomočkov (slušni aparat, očala,...), oskrba rane, stome, redna katetrizacija in drugi predpisani terapevtski ukrepi v domačem okolju, obiski zdravnikov in zdravstvenih ustanov, upoštevanje diet, navodil in terapevtskih ukrepov
6.	VSAKDANJE ŽIVLJENJE IN SOCIALNI STIKI	Potek dneva in prilagajanje spremembam, počitek in spanje, samozaposlitev, načrtovanje prihodnosti, neposredni stiki z ljudmi v ožji in širši okolici
7.	AKTIVNOSTI IZVEN DOMAČEGA OKOLJA	Odhod iz stanovanja, gibanje zunaj doma, uporaba javnih prevoznih sredstev, prevoz v osebni avtomobilu, udeležba na prireditvah, sodelovanje v drugih dejavnostih in z drugimi ljudmi
8.	GOSPODINJSKA OPRAVILA	Nakupovanje, priprava preprostih obrokov, lažja in zahtevnejša opravila pri pospravljanju in čiščenju, ravnanje s perilom, organizacija življenja in uporaba različnih storitev (telefon, IKT), ravnanje in urejanje finančnih sredstev in urejanje uradnih zadev

RAZPRAVA

Ocenjevanje stanja v starosti (fizičnega, psihičnega, idr.) je zelo občutljiva tema in hkrati zelo zahtevna. Za dobro ocenjevanje starostnika je potrebno poznavanje delovanja starostnika na več področjih življenja, opravljanje osnovnih in podpornih dnevnih opravil, psihometričnih pojmov (zbiranje podatkov, ocenjevanje, merjenje, zmogljivost, vrednotenje), ki podajajo razumevanje in uporabo ocenjevanja. Ocenjevanje mora biti dovolj občutljivo, zanesljivo in veljavno (Vidmar in Jakovljevič, 2016) ter kakovostno (Puh in sod., 2015). Posamezne

zdravstveno strokovne službe v Sloveniji ponujajo, zbirajo in posodablajo ocenjevalne metode in opozarjajo na nujnost, da se uporabljajo standardizirana merilna orodja (Zupančič in Horvat, 2009; Pihlar, 2013; Klemenčič, 2016; Oberč in Mravinec Sinur, 2016; Petkovšek-Gregorin in sod. 2016; Puh in sod., 2016; Švajger in sod., 2016). Standardizirana merilna – ocenjevalna orodja zagotavljajo občutljivost, transparentnost in možnost, da se na podlagi ocenjevalnega orodja izvedejo strokovne raziskave kot tudi znanstvene raziskave z možnostjo metodološke primerljivosti. Vsak strokovni delavec zagovarja, da mora biti ocenjevanje podrobno, natančno, temeljito kar privede do večjega števila daljših poročil o stanju uporabnika. Da prav razumemo, je tako ocenjevanje nujno in potrebno, kadar v to vodi bolezen ali drugo poglobljeno stanje uporabnika. Ta ugotovitev se potrjuje z rezultati pregleda ocenjevalnih orodij v slovenskem prostoru. Premalokrat se zavedamo, da bo poročilo bral nekdo, ki potrebuje celostni pogled na človeka, ne le pregled nad posameznimi sistemi oziroma funkcijami kot so gibljivost, psihično stanje ali spomin. Ocenjevalec mora biti osredotočen na celostni pregled oziroma pogled na človeka, ne le pogled na človeka z vidika uporabe oziroma izvedbe ocenjevanja.

Na dobljene rezultate ocenjevanj oziroma njihovo interpretacijo so starostniki veliko bolj občutljivi. Njihovo stanje zajema ocenjevanje na zdravstvenem področju, duševnem področju, kognitivnih sposobnostih, samostojnosti in socialni mreži v ožji in širši okolici. Rezultati kažejo, da je veliko različnih in dobrih ocenjevanj stanja starostnikov, vendar redko katero ocenjevanje zajema celostni pogled. Da bi se na področju ocenjevanja starostnikov morali združiti opozarja tako Šabovič (2004) v celovitem geriatričnem pregledu kot Klemenčič (2016) v socialnem delu s starostniki.

Nemško ocenjevalno orodje ponuja celostno oceno starostnika in kompleksno možnost vpogleda v vsa področja življenja. Vključuje področje gibanje, kognitivnih in komunikacijskih sposobnosti, duševno zdravje, skrb za samega sebe, bolezni, ki jih ima in kako se z njimi spoprijema, preživljanje vsakdanjosti, socialno mrežo, aktivnosti izven doma in vsakodnevna gospodinjska opravila. S tako širokim pogledom na starostnika in njegove sposobnosti bodo vsi, ki se vključujejo v delo z njim dobili primeren vpogled in širino, ki je potrebna pri ocenjevanju, prilagajanju ali rokovanju z njim.

SKLEP

Želja vseh je, da bi imeli dolgo življenje, bili v starosti zdravi, aktivni in sposobni skrbeti sami zase in po možnosti še za druge (Pozvek, 2012). Toda starost prinaša tako veselje in radost, kot skrbi in tegobe, ki pestijo mnoge starostnike. Kako najbolje poskrbeti za starostnike daje uvid, da je potrebno natančno in temeljito ocenjevanje na vseh področjih življenja. Kompleksno, celostno in strokovno, združeno, ocenjevanje na enem mestu daje poglobljen vpogled tako na stanje kot na potrebe starostnika, ki jih je prav zaradi ocenjevalnega orodja moč uvideti, zagotoviti in poskrbeti.

Omejitve preglednega članka so, da nemško orodje ocenjevanja še ni bilo preizkušeno na širši populaciji starostnikov v Sloveniji. Priporočilo tega članka je, da bi v prihodnosti bilo potrebno nemško ocenjevalno orodje testirati pri starostnikih, pripraviti analizo ocenjevanja starostnikov, analizo celostnega pogleda na različna področja življenja in zadovoljstvo strokovnih delavcev kot starostnikov s celostno oceno.

Ocenjevalno orodje mora povezati strokovne delavce in doseči preseganje stereotipov pomembnosti posameznih strokovnjakov. S tem bodo odprte nove možnosti za kakovostno življenje v tretjem življenjskem obdobju, strokovnega doprinosa k povezovanju in znanstvenega raziskovanja. Največja prednost celostnega ocenjevalnega orodja pa je ta, da prinaša povezanost ocenjevanja z različnih področij življenja starostnika in pričakuje se, da

bodo tudi medresorska nesodelovanja postala sodelovanja v praksi, kjer že sedaj mnogo strokovnih delavcev sodeluje med seboj za dobrobit starostnikov.

LITERATURA

- Colombo F, Liena-Nozal A, Mercier J, Tjades, F (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- De la Maisonneuve C, Oliveira Martins, J (2013). “A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures”. Paris: OECD, Economics Department Working Papers.
- Tajani A, Ratas J, Juncker JC (2017). *European Pillar of Social Rights*. Bruselj: European Parliament.
- Gabrovec B (2017). Projekt skupnega ukrepanja preprečevanja krhkosti – Joint Action ADVANTAGE. *Perspektive Javno zdravje*, I(I), pp. 92-123.
- Jakovljevič M, Rugelj D, Hlebš S, Kacin A, Sevšek F, Dremelj K, Špoljar J, Leskošek B (2006). Skupina testov za ocenjevanje telesne pripravljenosti starostnikov. In: D. Rugelj, ed. *Zbornik predavanj: Celostna obravnava starostnikov*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, pp. 49-58.
- Klemenčič S (2016). Socialno delo s starostniki v SB Novo mesto. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 197-204.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes bund der Krankenkassen / Smernice nemškega krovnega združenja za zdravstveno zavarovanje za ugotavljanje potreb po oskrbi [interno gradivo], 2016. Ljubljana: Prevod Ministrstvo za zdravje, pp. 68-85.
- Oberč A, Mravinec Sinur K (2016). Starostnik s kronično rano. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 297-304.
- Petkovšek-Gregorin R, Mali B, Hočevlar Posavec B (2016). Ocenjevanje funkcioniranja oseb v zdravstveni negi. *Rehabilitacija*, XV(I), pp. 12-20.
- Pihlar Z (2013). Nove metode v delovni terapiji. *Rehabilitacija*, XII(I), pp. 121-128.
- Pozvek M (2012). *Samostojnost in odvisnost v življenju starostnika*. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo Jesenice.
- Puh U, Kacin A, Rugelj D, Hlebš S, Jakovljevič M (2016). Ocenjevanje v fizioterapiji. *Rehabilitacija*, letnik XV(I), pp. 21-32.
- Puh U, Zupanc A, Hlebš S (2015). Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso – merila pričakovane kakovosti. *Rehabilitacija* XIV(I), pp. 25-32.
- Šabovič M (2004). Celovit geriatrični pregled – nov sistematični pristop v obravnavanju geriatričnih bolnikov. *Medicinski razgledi*, 43, pp. 255-260.
- Švajger A, Pihlar Z, Šuc L (2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija* XV(I), pp. 33-43.
- UMAR – Urad RS za makroekonomske analize in razvoj (2017). *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
- Vidmar G, Jakovljevič M (2016). Psihometrične lastnosti ocenjevalnih instrumentov. *Rehabilitacija* XV(I), pp. 7-15.
- Zupančič M, Horvat M (2009). Profil velikih petih osebnostnih potez pri starostnikih: predstave o starejših osebah in njihove opažene značilnosti. *Anthropos*, 3-4(216-216), pp. 11-29.

OCCUPATIONAL THERAPY IN POLAND – A PARADIGM SHIFT

DELOVNA TERAPIJA NA POLJSKEM

Miłosz Kuśnierz¹, Rafał Bugaj¹

¹Institute of Occupational Therapy, Department of Physiotherapy, University School of Physical Education in Wrocław (AWF Wrocław)/Polish Association of Occupational Therapy

INTRODUCTION

Poland is facing huge demographic changes, including population aging and an increase in the number of people with disabilities. In Poland, social and health care services are generally connected with institutionalization. Until 2012 all occupational therapists (OTs) were schooled in the vocational system in post-secondary schools. OTs were trained to be more focused on doing than on actual rehabilitation goals. Core values of the OT practice were related to working within institutional care rather than in a community. The OT curriculum in higher education was introduced in Poland in 2012 and is based on the ENOTHE competences and WFOT minimal standards. Since the beginning, OT students have, in line with the curriculum, had contact with Client Centered Practice (CCP) and tools or models such as Canadian Occupational Performance Measure (COPM), KAWA Model of Prof. Michael Iwama and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Methods:** The following methods have been used in the article: Authorial interview questionnaire consisting of 24 questions. Questionnaires have been gathered from 11 centres in Wrocław, where occupational therapists are employed. The basic aims were to learn the context of occupational therapy practice in Wrocław and establish the frames of collaboration for students' internships. 2. Quantitative and qualitative analysis of COPM as an occupational therapy tool in the context of OT studies. COPM is included in the curriculum in all the semesters of OT studies in Wrocław totalling 180 ECTS. 3. Analysis and sociological explanation of demographic data on Poland. The aim was to indicate the links between social issues and occupational therapy practice in Poland. This method was mostly used in the background section. **Results:** 1. The questions of authorial questionnaire related to the following: The objectives of occupational therapy; use of therapeutic methods; diagnosis of clients' needs; method of qualification of specific therapeutic interventions; planning and conducting therapeutic activities and their evaluation. The outcomes have shown that the clients' perspective and their needs were not taken into consideration at all. Only one institution was developing clients' interests. In addition, occupational therapy centers often do not recognize specific goals in interventions. 2. COPM is a useful Client-Centred tool for OT students. Students can use COPM without making major mistakes. Sometimes they choose a more simple way and opt for a semi-structured interview is used as a questionnaire. 3. Demographic changes whose scale and speed are not yet known will be a major challenge for the rehabilitation system and occupational therapists as professionals. They will also put pressure on other professions to organize more inter/multidisciplinary work, because a lower number of professionals will work with an increased number of the elderly and people with disabilities. **Discussion:** The aim of occupational therapy in Poland is to base itself in theory. In practice, occupational therapy often focusses on craft activities. Polish occupational therapy would benefit from having closer links with the wider occupational therapy community in education and practice. Polish occupational therapists do not use occupational therapy specific tools. Research shows that COPM is a useful tool in various cultural contexts. Polish demographic situation has had an impact on the current occupational therapy service and will continue to impact it in the future. **Conclusion:** Demographic changes in Poland are a challenge for rehabilitation and rehabilitation professions. This also applies to occupational therapy. This is even more so

because the traditional service is not a goal-oriented client-centered practice. Therefore, it is necessary to change the way in which rehabilitation professions are taught in Poland. The use of client-centered models (as CMOP-E or KAWA) and tools (as COPM) in rehabilitation curricula should contribute to building a more effective service therefore making rehabilitation work more personalized.

Key words: Occupational Therapy, Client Centered Practice, COPM (Canadian Occupational Performance Measure), KAWA Model, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

INTRODUCTION

During the Cold War Poland was isolated from any influences of Western occupational therapy. We faced a specific reductionistic paradigm different from the paradigms described by Kielhofner (Kielhofner 1977, 2006, 2009) and Polish occupational therapy was mainly reduced to craft activities (Pietrzak, Loska 2012). Now we have found ourselves in the transition period of occupational therapy that can be seen as a paradigm shift (Scaffa, Reitz 2014).

Poland is one of the Central European countries that changed their political system in 1989. That also had an effect on the demographics and caused major population changes, including aging and an increase in the number of people with disabilities.

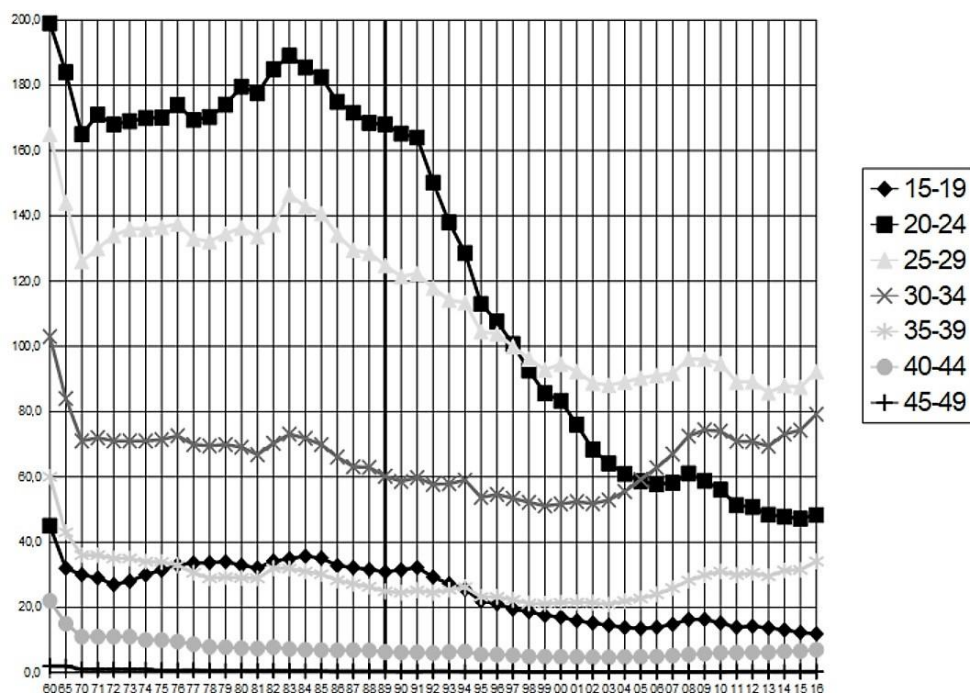
After 1989 there have been dramatic changes in the lifestyle, which has had an effect on fertility and fertility rates.

Fertility rates in Poland are presented in Graph 1. Young women have decided to 'stop' having children. In the category of women aged 20-24 years old the number of children born decreased by about 71% from 168 per 1000 in 1989 to 48.3 per 1000 in 2016. In the category of women aged 25-29 the number of children decreased by about 26% from 124.8 per 1000 in 1989 to 92.2 in 2016. The number of born children in the category of women aged 30-34 increased by about 32% from 60.2 per 1000 in 1989 to 79.2 per 1000 in 2008.

These 3 categories of women are highly significant for fertility. By the middle 1980s trends referring to the number of children were stable. Then, the situation changed rapidly in 1983 during the State of War in Poland and the economic crisis. After the political system has changed, the effects on fertility showed very quickly. In nearly three decades women aged 20-24 became the 3rd category of fertility. Those aged 25-29 had the most children. Women aged 30-34 are in the second place, which means that Polish women went through dramatic changes and the women of today have completely different lifestyles and histories than their mothers and grandmothers.

Postponing the birth of the first child may impact disabilities in children. A decrease in the number of children has also caused an increase in the number of old people. Those changes are presented in Graphs 2-8 and Tables 1-3.

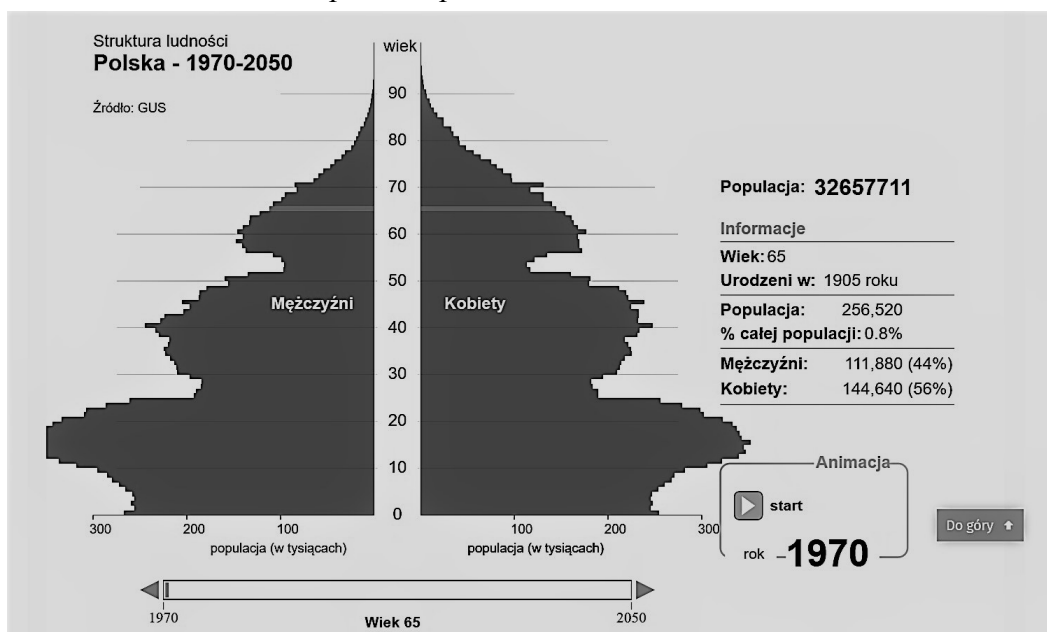
Chart 1. Children per 1000 women in Poland 1960-2016



Source: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html>, Zbiór tablic, Dzietność kobiet w latach 1960-2018

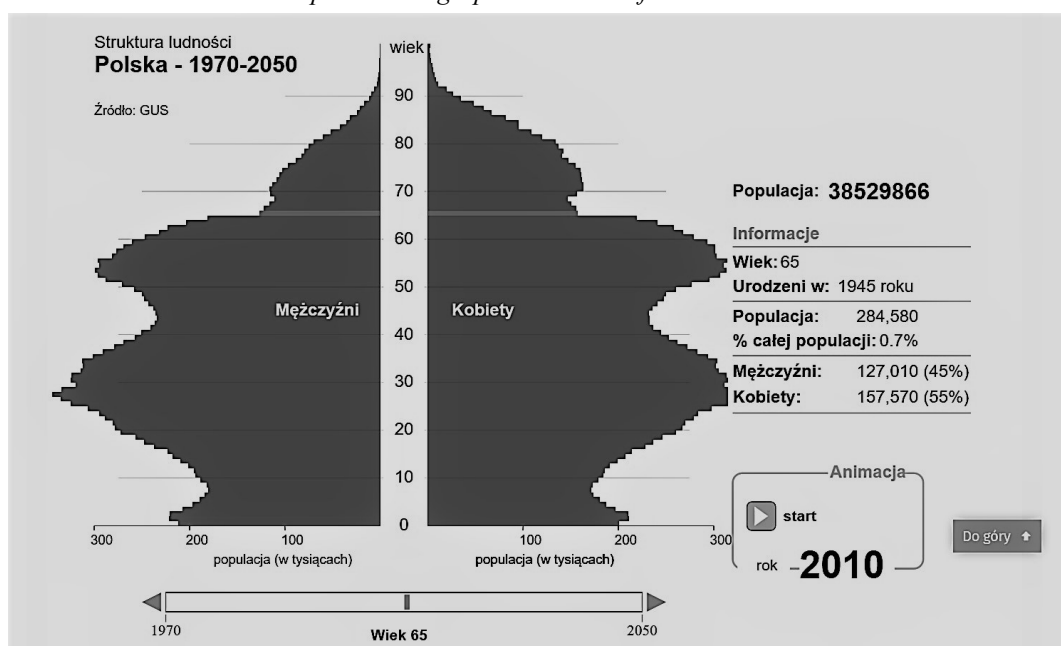
The aging of the Polish society can be noticed in the increased number of people who are 65 years old. For instance: in 1970 there were 256'520 of 65 years old people in Poland, which represented 0.8% of population. In 2010 there were 284'580 such people, which was 0.7% of population, but in 2018 there were 522'730 people of this age, which represents 1.4% of the Polish population. Predictions for 2049 are that there will be 589'260 of such people, representing 1.7% of population (stat.gov.pl 2018).

Graph 2: Population in Poland in 1970



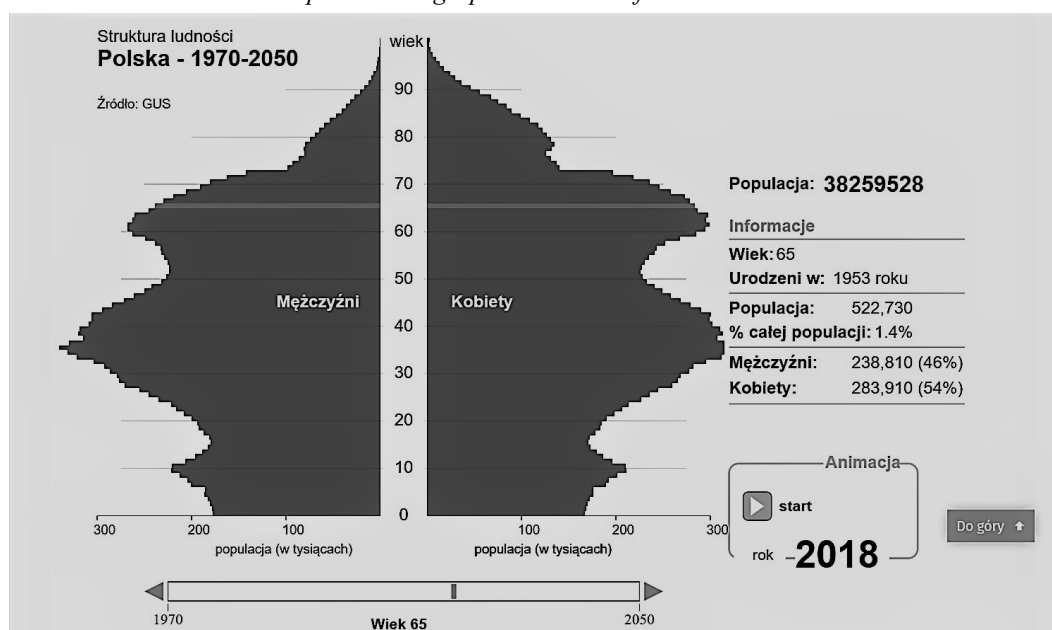
Source: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/>

Graph 3: Demographic situation of Poland in 2010



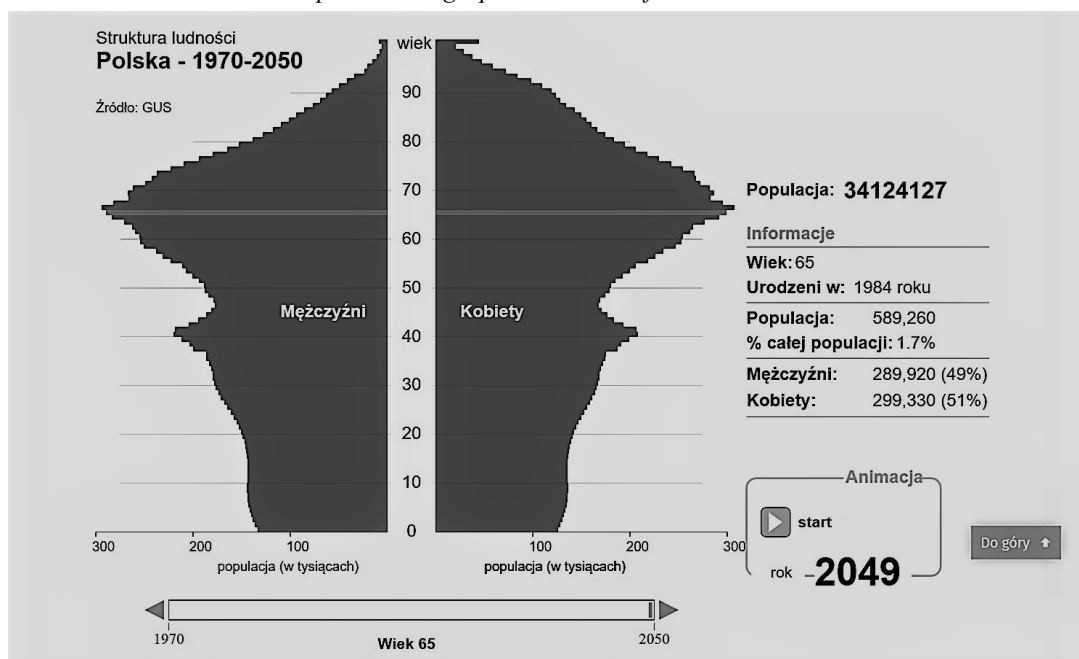
Source: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/>

Graph 4: Demographic situation of Poland in 2018



Source: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/>

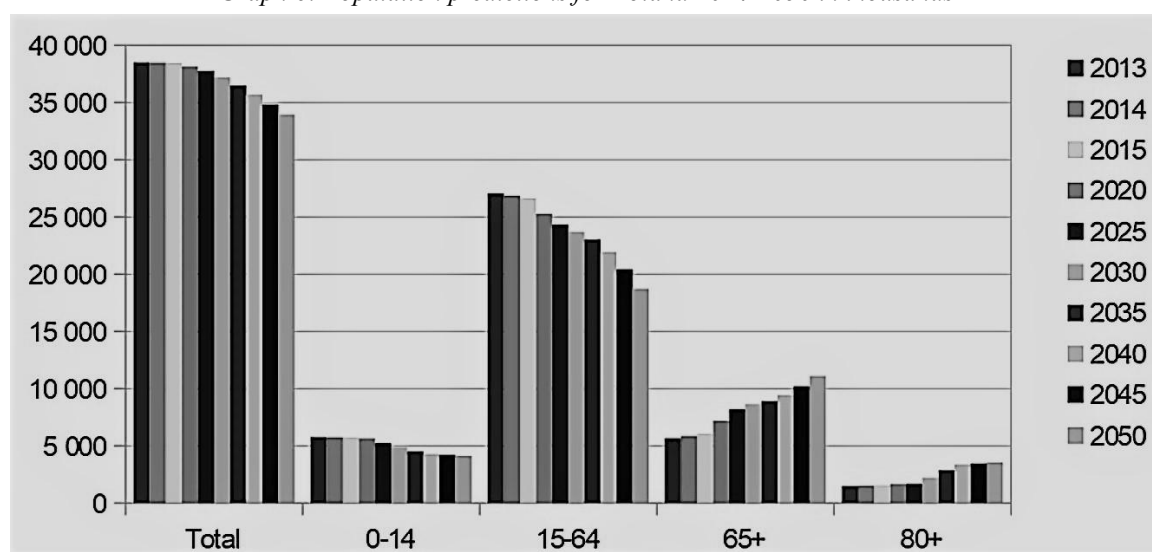
Graph 5: Demographic situation of Poland in 2049



Source: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/>

According to current population predictions (see Table 1 and Graph 6) population of children (0-14 y.o) will decrease by about 29% (from 5'771'000 in 2013 to 4'120'000 in 2050). In the same period the population of people between 15 and 64 y.o will decrease by about 31% (from 27'052'000 to 18'733'000). The number of people over 65 y.o will increase by about 96% (from 5'673'000 to 11'097'000). Also, the number of people older than 80 y.o will increase by about 139% (from 1'483'000 to 3'537'000). At the same time, the total population of Poland will decrease by about 13% (from 38'996'000 to 33'951'000)

Graph 6: Population predictions for Poland 2014-2050 in thousands



Source: Główny Urząd Statystyczny *Progniza ludności 2014-2050*, Warszawa 2014/ Central Statistical Office *Population Prognosis 2014-2050*, Warsaw 2014

Table 1: Population predictions for Poland 2014-2050 in thousands

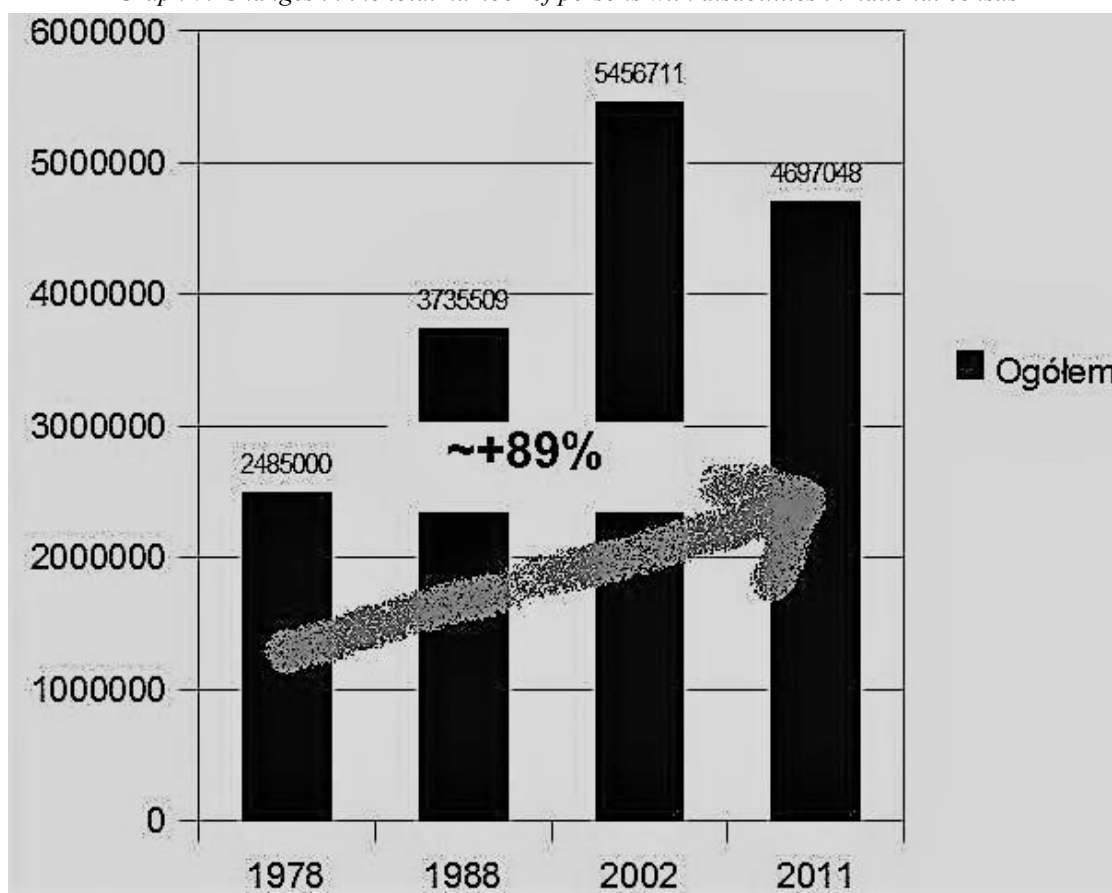
Age	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Total	38 496	38 462	38 419	38 138	37 741	37 185	36 477	35 668	34 817	33 951
0-14	5 771	5 751	5 728	5 659	5 227	4 856	4 536	4 302	4 198	4 120
15-64	27 052	26 845	26 620	25 285	24 325	23 683	23 024	21 937	20 418	18 733
65+	5 673	5 865	6 071	7 194	8 189	8 646	8 917	9 429	10 201	11 097
80+	1 483	1 522	1 560	1 684	1 680	2 206	2 869	3 373	3 473	3 537

Source: Główny Urząd Statystyczny *Prognoza ludności 2014-2050*, Warszawa 2014/ Central Statistical Office *Population Prognosis 2014-2050*, Warsaw 2014

Demographic changes whose scale and speed are not yet known will be a major challenge for the rehabilitation system and occupational therapists as professionals. They will also put pressure on other professions to organize more inter/multidisciplinary work, because a lower number of professionals will work with an increased number of the elderly and people with disabilities.

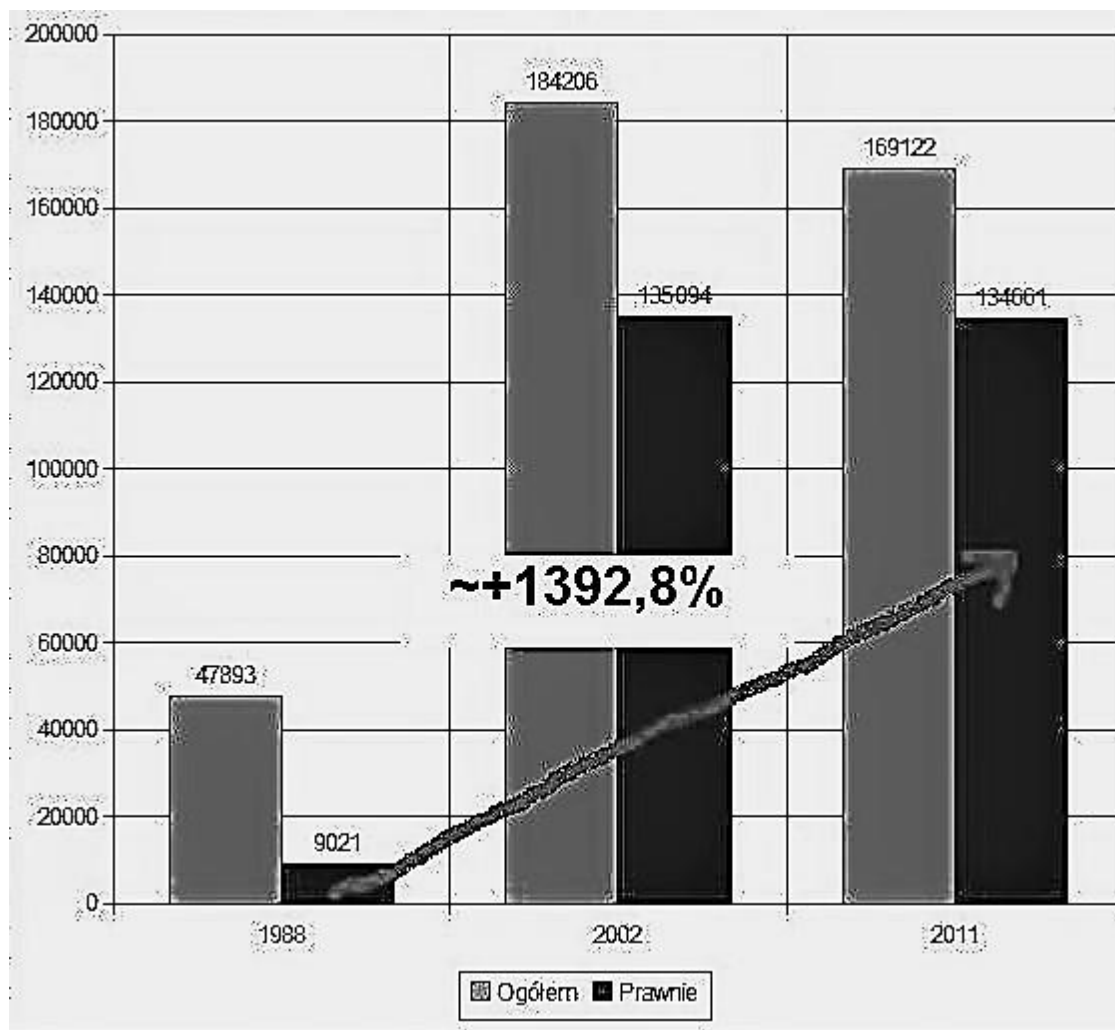
Poland is also facing a huge increase in the number of people with disabilities (see Graph 7). There was an increase of about 89% (from 2'485'000 to 4'697'048) between 1978 and 2011 in the census. In addition, the number of children - persons with disabilities had increased (see Graph 8). The number of those with a legal level of disability increased by about 1'393% (from 9'021 to 134'661). There has also been an increase of the total number of children- persons with disabilities, by about 253% (from 47'893 to 169'122)

Graph 7: Changes in the total number of persons with disabilities in national census



Source: Główny Urząd Statystyczny *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2011, pp51-84 and p.148 also Główny Urząd Statystyczny *Osoby niepełnosprawne i ich gospodarstwa domowe. Część I. Osoby niepełnosprawne*, Warszawa 2003, p.23,24,36 and pp.52-61

Graph 8: Changes in the number of persons with disabilities- children with a legal level of disability in national census



Source: Główny Urząd Statystyczny *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2011, pp.51-84 and p.148 also Główny Urząd Statystyczny *Osoby niepełnosprawne i ich gospodarstwa domowe. Część I. Osoby niepełnosprawne*, Warszawa 2003, p.23,24,36 and pp.52-61

In the Polish context, social care and health services are mostly connected with institutionalization. The argument for deinstitutionalisation is broadly discussed in English literature, for example, regarding people with intellectual disabilities (Goodman et al. 2008, Mansell and Ericsson 1996, Mansell 2005, Mansell 2006, Tossebro 2004, Tossebro et al. 1996 etc.). However, Polish literature is not so extensive. Deinstitutionalization literature gives more emphasis on policies and management for health care and home based services in the community. (Goodman et al. 2008, p. 30,33)

Bradley and Knoll (1995) identify four major attributes of this new paradigm: primacy of community, emphasis on relationships, person-centred support, and choice and control. (Bradley 1996, p.8-9).

Valerie Bradley argues that “these revised priorities have a profound impact on how services are provided:

The primacy of the community - The new paradigm rests on the fundamental belief that people with disabilities can and should live in communities as fully participating members. The role

of service providers is to identify and remove barriers to full community participation (Bradley 1996, p.9).

Emphasis on relationships - People with disabilities have the same needs for social connectedness as do any other persons living in communities. A fundamental task of service providers is to ensure that people make social connections and become fully integrated into the life of the community. These social relationships make it possible for people with disabilities to make use of natural supports in their communities (Bradley 1996, p.9).

Person-centred supports - This view of services for people with disabilities eschews the notion of fitting people into available program 'slots'. Rather supports must be designed to respond to the unique situation of each individual in his or her community. People with disabilities should live in homes, not in programs and they should work in jobs, not in workshops. Program planning must include a full array of family members, friends, service providers, advocates and, most importantly, the consumer (Bradley 1996, p.9).

Choice and control - The new paradigm rejects the notion that 'the professionals know best'. Instead, it recognises the right of consumers to make choices about where and with whom they live, how they spend their time and how they want their supports configured. The task for community support workers is to assist consumers in making informed choices and to ensure that meaningful choices are available (Bradley 1996, p.9).

So, that is why deinstitutionalisation corresponds to the client-centered practice.

According to Thelma Sumsion: "Client-centered practice is a partnership between the client and the therapist that empowers the client to engage in functional performance and fulfil his or her roles in a variety of environments. The client participates actively in negotiating goals, which are given priority and are at the centre of assessment, intervention and evaluation. Throughout the process the therapist listens to and respects the client's values, adapts the interventions to meet the client's needs and enables the client to make informed decisions" (Sumsion, 2000, p.308).

A similar definition was proposed by the Canadian the Association of Occupational Therapists: "Collaborative and partnership approaches used in enabling occupation with clients who may be individuals, groups, agencies, governments, corporations or others; client-centred occupational therapists demonstrate respect for clients, involve clients in decision making, advocate with and for clients' needs, and otherwise recognize clients' experience and knowledge" (Townsend et al. 2002, p.180).

The idea of such practice was developed by Carl Rogers. Rogers is one of the most important representatives of humanistic psychology and creator of client-centered psychotherapy. Carl Rogers used a few important terms on his therapeutic relationship: Client-Centered Practice (CCP), Person-Centered Approach or Patient-Centered Practice (Rogers 1951, Rogers 1954).

The CCP concept is being developed both in psychotherapy (psychology) as well as in other sciences and practical areas. Occupational therapy is a good example of the implementation of Rogers' ideas beyond the psychological area. It appeared that the occupational perspective is very close to Rogers' ideas on psychotherapy with engaging and enabling.

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) is literally a model (Polatajko, Townsend, Craik, 2007), but in fact it is more a holistic conception than just a model. It is identified in the main book promoting Canadian perspective - *Enabling*

occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well Being & Justice Through Occupation (Townsend, Polatajko, eds. 2007).

CMOP-E organizes the way of looking at the client and justifies the occupational perspective. Within the Canadian concept there are more elements: the Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE), Canadian Practice Process Framework (CPPF) and Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

CMCE recognizes potential professional roles of occupational therapist within Client-Centred Practice (Townsend, Polatajko, Craik, Davis, 2007). CPPF builds the frames of the Canadian Model in practice settings. It contains four basic elements: societal context, practice context, frames of reference and eight action points (Polatajko, Craik, Davis, Townsend, 2007).

COPM is a client-centred semistructured interview used as the initial or outcome measure tool. It is one of the best known occupational tools in the world (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby, Letts, 1997).

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) is a highly useful tool in rehabilitation, both OT and PT. It was validated in many fields, for example: tendon injury and Dupuytren disease (van de Ven-Stevens et al. 2015), psychiatric disorders (Pan et al. 2003), chronic pain (Nieuwenhuizen et al. 2014), parents of children with disabilities (Verkerk et al. 2006) in many countries.

The KAWA model of Prof. Michael Iwama (Iwama 2006; Iwama et al. 2009) gives more of a broad context view on the situation of the client. It also gives an opportunity to re-examine the power and disability of people with different cultural backgrounds, because as Michael Iwama argues:

In this post-modern era of recognising cultural relativity, variations in world-views and interpretations of life, the notion of one rigid explanation of function and well-being for everyone will be increasingly difficult to tend. The same difficulty applies to occupational therapists and the meanings of their concept of occupation in a broader sense as it relates to meaningful activity in daily life. (...) Occupational therapy and rehabilitation, in an ideal sense, should be as unique, flexible and diverse in approaches as its clientele changing its forms and approaches according to the clients' diverse circumstances and experiences of well-being. (Iwama et al. 2009, p.1135).

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO 2001, Polish Edition WHO 2009) gives a new and broader perspective to the field of rehabilitation by changing the point of view from injury/disease/disability to functioning and participation in societal life of clients.

However, Michael Iwama argues that:

“The cultural features of Western-centric rehabilitation frameworks can also extend beyond the structure and content of a particular model, to its application forms. An examination of how concepts of a model are applied in practice can reveal how power and inequities are exercised. Embedded in universal frameworks, be it the International Classification of Function (ICF) [WHO 2001] or other known rehabilitation models such as The MOHO [Kielhofner 2002] or The CMOP [CAOT 2003], is a tacit belief that a theory/model (assembled by well-meaning experts) should fit and benefit everyone. What appears to elude critical understanding is the top-down power dynamic whereby a limited set of (universal) concepts or categories of enquiry are established, through which client narratives are translated and

vetted. It is often assumed by the professionals using a model that the concepts are adequate to capture and explain the diverse client's health and disability issues and needs adequately. Problems become evident when clients and rehabilitation professionals who do not abide in the patterns, forms and meanings of everyday life experience embedded in a model are subjected to its use. Not all clients will necessarily regard autonomy, individualism and participation, for example, to represent their quintessential goals" (Iwama et al. 2009 p.1127, Turpin & Iwama 2010).

The aim of the study is to show how the learning process of OT students from Poland refers to the use of the client centred practice and client centred models and tools since 2012 in Polish rehabilitation, and how building inter/multidisciplinary teams can be improved in the future.

There are three departments at our university: Physiotherapy, Physical Education and Sports. Within the Department of Physiotherapy there are three fields of study: Physiotherapy (PT), Occupational Therapy (OT) and Cosmetology. The Department of Physiotherapy was established in 1995 from the Physical Rehabilitation field of study. Cosmetology was established in 2011. Occupational Therapy has been researched since 2012.

Starting in 2013 new curriculum of PT was established. Within the new curriculum a new subject called *Sociology of Disability and Rehabilitation* was established. Within this subject the PT students have three projects with KAWA and ICF. The first project is group PBL work, with a virtual client. The second one is a group project with a real client. The third one is an individual exam project with a real client.

METHODS

At the beginning of occupational therapy curriculum in Wroclaw in 2013, we prepared a pilot study on the way of providing occupational therapy services in Lower Silesia. We wanted to find out/understand if the perspective of working occupational therapists is convergent with the perspective of our curriculum. We found it useful also for preparing student internships.

Therefore, we used the Author's Interview Questionnaire consisting of 24 questions. The basic aims were to learn about the context of occupational therapy practice in Wroclaw and establish the frames of collaboration for students' internships. The tool was simple and the questions related to: the objectives of occupational therapy; using therapeutic methods; diagnosis of clients' needs; method of qualification to specific therapeutic interventions; planning and conducting therapeutic activities and their evaluation.

First, it was recognized that the only occupational therapy service available was provided by institutions. Eventually, we wanted to gather questionnaires from 50 centers providing occupational therapy in Lower Silesia, but during the pilot study we collected information from 11 centers. We gathered occupational therapists from a specific centre and discussed issues from the questionnaire – all occupational therapists could debate on the questions before they gave answers. In this way we talked to 35 people who worked as occupational therapists in Wroclaw.

Below the most interesting questions related to our topic are presented.

Q. 7 What are the basic goals of occupational therapy in your institution?

It was an open question.

In 6 institutions (54.54%), methods/techniques were given instead of goals or objectives.

In 5 centers (45.46%) occupational goals were declared.

Q. 13 Are the participants of occupational therapy involved in the choice/selection of therapeutic methods?	Yes	No
	10 institutions	1 institution
Q. 15 Are the beneficiaries of occupational therapy involved in diagnosing their needs?	Yes	No
	7 institutions	4 institutions
Q. 17 Do methods used in your institution involve users - from selection, diagnosis, through intervention, to evaluation?	Yes	No
	7 institutions	4 institutions

Here is the same distribution of responses as in Q15.

Q. 19 Do the proposed forms/methods of occupational therapy refer to the daily life of your clients?	Yes	No
	11 institutions	0
Q. 21 Are there sessions of activities of daily living in your center?	Yes	No
	11 institutions	0
Q. 22 How are the activities for ADL sessions selected?	Yes	
observations	11	
patient/client card	5	
staff consultations	3	
rotation system for each client	2	
subscriptions for classes proposed in the facility	1	
developing interests	1	

As it was an open question, the respondents did not have a list of answers - they could recognize what was most important by themselves. The clients' perspective and their needs were generally not taken into consideration. The issue of developing clients' interests appeared only at one institution.

In conclusion to the pilot study: It appeared that researched occupational therapy service is strongly institution based. In addition, occupational therapy centers often do not recognize the goals of interventions, but occupational therapists are much more focused on the "doing" than achieving occupational goals. Some centers state that they conduct client-centered practice, but it is difficult to see such work in real practice.

Our occupational therapy curriculum was based on the assumptions that client-centered practice and deinstitutionalization is the key to changing the way of providing rehabilitation service in Poland. This problem is noticeable in comparing occupational therapy and physiotherapy. In our opinion, it is also the main difference between the curriculum of physiotherapy and occupational therapy.

RESULTS

In Table 2 we can see how many contacts with Client Centered (CC) models and tools in curriculum students have had since 2012. COPM (Canadian Occupational Performance Measure) is not present in the PT curriculum, but it is planned that it will be incorporated in 2019-2020 when students of new 5 year master studies in PT will have a renewed version of subject *Sociology of Disability and Rehabilitation*.

A cohort of PT students is a total 905 persons. In year 1 of OT 199 students came into contact with the Client Centered curriculum. In year 2 of OT there were 121 students with the CC curriculum. In year 3, 82 students had contact with the CC curriculum. There is therefore, a

major drop-off of the OT students. It shows how intensive and difficult OT curriculum is for students who have mainly just graduated from high school.

Table 2: Number of contact with Client Centered models and tools in curriculum of students of AWF Wroclaw

	2012-2013			2013-2014			2014-2015			2015-2016			2016-2017			2017-2018			
	COPM	KAWA	ICF	COPM	KAWA	ICF	COPM	KAWA	ICF	COPM	KAWA	ICF	COPM	KAWA	ICF	COPM	KAWA	ICF	
2 MS PT Full-time					122	122		130	130		114	114		109	109		116	116	1182
2 MS PT Evening					31	31													62
2 MS PT Extramural					29	29		85	85		74	74		51	51		44	44	566
1 BA OT	28	28	28	39	39	39	30	30	30	31	31	31	38	38	38	33	33	33	597
2 BA OT				28	28	28	34	34	34	18	18	18	15	15	15	26	26	26	363
3 BA OT							17	17	17	32	32	32	19	19	19	14	14	14	246
TOTAL:	28	28	28	67	249	249	81	296	296	81	269	269	72	232	232	73	233	233	3016
TOTAL PT:	1810																		
TOTAL OT:	1206																		

COPM is one of the example tools often used in occupational therapy curriculum in Wroclaw (see Table 3). Table 4 shows use of COPM term by term in connection with ICF

Table 3: COPM during OT curriculum

Study year	Client	COPM used as	People with disabilities
I	virtual/real	Initial assessment	Physical or intellectual
II	virtual/real	Initial and outcome measure	Physical or/and intellectual
III	real	Initial and outcome measure	Physical, intellectual, physical, multiple disabilities

Table 4: COPM and ICF term by term in OT curriculum in Wroclaw

Term	Client		COPM used as		Disability			Day schedule	ICF
	virtual	real	initial	outcome	physical	intellectual	psychical		
1	+	+	+		+			+	+
2	+	+	+	+/-	+	+		+	+
3	+	+	+	+	+	+		+	+
4	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6		+	+	+	+	+	+	+	+

COPM was found as a useful Client-Centred tool for OT students. During the discussion after COPM projects students declared that they want to use this tool and it is not difficult to use it.

We also conducted qualitative research on how students use COPM. We observed how students conducted the interview. Students also did peer review with the COPM check list.

In the qualitative part of the research we found that students were using COPM without major mistakes. We observed the simplistic use of Canadian Occupational Performance Measure. OT Students tended to use COMP as a questionnaire to complete. Even in year 3 of BA OT studies this can be noticed. COPM is not a questionnaire, but a tool to help with designing a semi-structured interview. Conducting COPM in a "questionnaire to complete" way, students tend to simplify the therapeutic relationship and start to work less in a Client Centered way. Students also do not organize information about clients' daily activities, but only collect dry facts.

DISCUSSION

Occupational therapy in Poland aims to base itself in theory. In practice, occupational therapy often focusses on craft activities. Polish occupational therapy would benefit from closer links

with the wider occupational therapy community in education and practice (Pietrzak, Loska 2012).

Polish occupational therapists do not use occupational therapy specific tools.

Research has shown that COPM is a useful tool in various cultural contexts (Van de Ven-Stevens et al. 2015, and Verkerk et al. 2006). However, we did not find any research on using COPM in Poland.

Polish demographics, as in many countries, has an impact on the current and future occupational therapy service. (Atwal, McIntyre 2013). It influences cognitive functioning of citizens and changes social structure (Abeles, Riley 1987, Atchley 2000). Those changes make pressure on health and social services including occupational therapy services (Ardia et al. 2018).

CONCLUSION

Demographic changes in Poland are challenging for the rehabilitation and rehabilitation professions. This also applies to occupational therapy. This is even more so because the traditional service is not a goal oriented client centered practice. Therefore, it is necessary to change the way in which rehabilitation professions are trained in Poland. The use of client-centered models (as CMOP-E or KAWA) and tools (as COPM) in rehabilitation curricula should contribute to building a more effective service and more personalized rehabilitation.

It is quite clear from the research that COPM in a Client-Centered curriculum works. However, it is highly recommended to promote joint student projects for OTs and PTs. Because we need to promote Client-Centered models and tools, new projects should be based on ICF, KAWA and COPM.

As a future recommendation we propose incorporating COPM (Canadian Occupational Performance Measure) into the new 5 year Master of PT studies. We also proposed to organize *multidisciplinary week* at the end of semester. It will be a 1 ECTS project at the end of semester 5 and 6 for students of PT and OT with COPM/KAWA/ICF.

REFERENCES

- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/>
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html>
 Abeles R., Riley M.W., (1987) *Longevity, Social Structure and Cognitive Aging* [w:] Schooler C., Schaie K.W., (eds.): *Cognitive Functioning and Social Structure Over Lifecourse*, Ablex, Norwood, NJ, 1987, 61-175
 Ardia M., Bertholom Y., Caiata-Olgia G., Pozzi Ch., Hammond H.L., (2018) *The Contribution of Occupational Therapy: A Profession in Support of The Elderly*, (in:) Masiero S., Carraro U., (eds.) *Rehabilitation Medicine for Elderly Patients*, series *Practical Issues in Geriatrics*, Springer, Cham
 Atchley R.C., (2000) *Social Forces and Aging: An Introduction to Social Gerontology* (9th ed.), Wadsworth, Belmont, CA.
 Atwal A., McIntyre A., (eds.) (2013) *Occupational Therapy and Older People*, 2nd ed., Blackwell Publishing
 Bradley, V.J., Knoll, J.A. (1995) *Shifting paradigms in services for people with developmental disabilities*, in *The Community Revolution in Rehabilitation Services*, (eds O.C.Karan and S. Greenspan), Andover Press, Andover, MA.
 Bradley V.J., (1996) *Foreword*, in: Mansell, J., Ericsson, K. (Eds.). (1996). *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*, London: Chapman and Hall
 Canadian Association of Occupational Therapists (2003) *Enabling Occupation: an Occupational Therapy Perspective*, 2nd ed. Toronto: CAOT Publications
 Główny Urząd Statystyczny *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno- ekonomiczna. Część I. Ludność. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2011,
 Główny Urząd Statystyczny *Osoby niepełnosprawne i ich gospodarstwa domowe. Część I. Osoby niepełnosprawne*, Warszawa 2003,
 Główny Urząd Statystyczny *Prognoza ludności 2014-2050*, Warszawa 2014/ Central Statistical Office *Population Prognosis 2014-2050*, Warsaw 2014

- Goodman J., Hurst J., Locke Ch., (2008) *Occupational Therapy for People with Learning Disabilities. A Practical Guide*. 1st Edition, Churchill Livingstone Elsevier
- Iwama M.K., (2006) *The Kawa Model. Culturally Relevant Occupational Therapy*, [1st ed.], Churchill Livingstone Elsevier
- Iwama M.K., Thomson N.A., MacDonald R.M., (2009) *The Kawa Model. The Power of Culturally Responsive Occupational Therapy*, Disability and Rehabilitation, 2009, 31(14): 1125-1135
- Kielhofner G.A., (2009) *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, 4th ed. F.A. Davis Company, Philadelphia
- Kielhofner G.A., (2002) *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kielhofner G.A., Burke J.P., (1977) *Occupational Therapy After 60 Years: An Account of Changing Identity and Knowledge*, AJOT, vol. 31, no. 10, pp.675-689
- Kielhofner G.A., (2006) *Research in Occupational Therapy. Methods of Inquiry for Enhancing Practice*, F.A. Davis Company, Philadelphia
- Law M.L., Cooper B.A., Strong S., Stewart D., Rigby P., Letts L. (1997). *Theoretical contexts for practice of occupational therapy*. In C.H Christiansen, C.M. Baum (eds.). *Occupational Therapy: Enabling function and well-being* (2nd Ed), SLACK, New Jersey.
- Mansell, J. (2005). *Deinstitutionalisation and community living: An international perspective*. Learning Disability Review, 10 (1), 22-29
- Mansell, J. (2006) *Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities*. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 31(2), 65-76.
- Mansell, J., Ericsson, K. (Eds.). (1996). *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*, London: Chapman and Hall.
- Nieuwenhuizen M.G., de Groot S., Janssen T.W.J., van der Maas L.C.C., Beckerman H., (2014) *Canadian Occupational Performance Measure performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain*. Journal of Rehabilitation Research and Development, 2014; 51(5):727-746
- Polatajko H.J., Townsend E.A. Craik J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In E.A. Townsend and H.J. Polatajko (eds.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications ACE. Ottawa, p. 22-36.
- Polatajko, H.J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E.A. (2007). *Canadian Practice Process Framework*. In E.A. Townsend and H.J. Polatajko, (eds.) *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications ACE. Ottawa, p. 233.
- Pan A-W., Chung L., Hsin-Hwei G., (2003) *Reliability and validity of Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan*, Occupational Therapy International, 10(4), 269-277
- Pietrzak A., Loska M. (2012) *Developing occupational therapy theory in Poland* (in:) Boniface G., Seymour A., *Using Occupational Therapy Theory in Practice*, Blackwell Publishing.
- Pollock N., McColl M.A., Carswell A. (1999). *The Canadian Occupational Performance Measure*. In T. Sumison (eds.). *Client centred practice in occupational therapy*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Rogers C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers C.R., Dymond R.F. (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. University of Chicago Press.
- Scaffa M.E., Reitz S.M., (2014) *Occupational Therapy in Community- Based Practice Settings*, 2nd ed. F.A. Davis Company, Philadelphia
- Sumsion T. (2000). *A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice*. British Journal of Occupational Therapy, 63 (7), 308.
- Thomas R.K., (2018) *Concepts, Methods and Practical Applications in Applied Demography. An Introductory Textbook*, Springer, Cham
- Tossebro, J. (2004). *Policy evaluation and national surveys of the living conditions of people with intellectual disabilities in Norway*. Journal of Intellectual Disability Research, 48 (4-5), 486-507.
- Tossebro, J., Gustavsson, A., & Dyrendahl, G. (Eds.). (1996). *Intellectual Disabilities in the Nordic Welfare States: Policies and Everyday Life*. Kristiansand S, Norway: HoyskoleForlaget - Norwegian Academic Press.
- Townsend E (Ed.) (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (rev. ed.). Ottawa: CAOT Publications, p.180.
- Townsend E.A., Polatajko H. J., Craik J., & Davis J. (2007). *Canadian Model of Client-Centred Enablement*. In E.A. Townsend and H.J. Polatajko (eds.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications ACE. Ottawa, p. 109.
- Townsend E.A., Polatajko H.J., (eds.) (2007). *Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well Being & Justice Through Occupation*, CAOT Publications ACE. Ottawa.
- Turpin M., Iwama M.K., (2010) *Using Occupational Therapy Models in Practice. A Fieldguide*, 1st Edition, Churchill Livingstone Elsevier
- Van de Ven- Stevens L.A.W., Graff M.J.L., Peters M.A.M., van der Linde H., Geurts A.C.H., (2015) *Construct Validity of Canadian Occupational Performance Measure in Participants With Tendon Injury and Dupuytren Disease*, Physical Therapy, vol. 95, nr 5, pp.750-757.

Verkerk G.J.Q., Wolf J.M.A.G., Louwers A.M., Meester-Delver A., Nollet F., (2006) *The reproducibility and validity of Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disability*. Clinical Rehabilitation 2006; 20: 980-988.

WHO (2001), *ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva

WHO (2009), *ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, Genewa, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

DOŽIVLJANJE MOŽGANSKE KAPI IN SOOČANJE S POSLEDICAMI

THE EXPERIENCE OF STROKE AND DEALING WITH THE CONSEQUENCES

dr. Marija Tomšič¹, viš.del.ter., univ.dipl.org., pred.,

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Možganska kap vsako leto prizadene vsaj 0,2 % populacije in več kot 1 % ljudi, starejših od 65 let. Namen študije je bil proučiti, kako starostniki doživljajo posledice možganske kapi v visoki starosti in kako možganska kap vpliva na vsakodnevno življenje.

Metoda: Opravljena je bila kvalitativna študija. Izvedeno je bilo 6 poglobljenih intervjujev s starostniki (81 let), ki so doživeli možgansko kap. Raziskani učinek je bil interpretiran z uporabo identifikacije in razlaganja razmerij med ključnimi ali izbranimi kategorijami in nato oblikovan v 'grounded theory'. **Rezultati:** Intervjuvanci občutijo posledice možganske kapi na telesnem, na kognitivnem področju in v splošnem počutju. Oteženo je opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Vsi intervjuvanci so strukturirali dnevne dejavnosti tako, da so postale predvidljive, rutinske. Tako ohranjajo občutek nadzora nad življenjem. **Razprava:** Možganska kap vpliva na splošno počutje, le-to kaže doživljanje brezizhodnosti, obupanosti, ki je posledica neučinkovitosti izvajanja vsakodnevnih aktivnosti zaradi fizične oviranosti. S posledicami se starostniki sprijaznijo, saj prilagodijo življenje glede na svoje preostale sposobnosti. Vsakodnevno življenje najmočneje korelira s socialno mrežo, uporabo pripomočkov/tehnologij, asistenco sorodnikov in strokovnega osebja pa tudi upanjem. **Sklep:** Razumevanje doživljanja posledic možganske kapi je lahko kamenček v mozaiku delovnoterapevtske obravnave.

Ključne besede: kvalitativna študija, vsakodnevne aktivnosti, struktura dneva.

ABSTRACT

Introduction: A stroke affects at least 0.2% of the population every year and more than 1% of the people over 65 years of age. The aim of the study was to examine how the elderly experience the consequences of a stroke at an old age and how it affects their everyday life.

Method: A qualitative study was performed for the purpose of our research. Six in-depth interviews were conducted with the elderly stroke patients (average age was 81). The investigated effect was interpreted using the identification and explanation of the relationships between the key categories or the selected categories and then the extracted data were conceptualized into the 'grounded theory'. **Results:** The interviewees self-assessed physical, emotional, and cognitive impact of a stroke, and their general well-being. They reported the difficulties to perform activities of daily living. All interviewees adjusted their everyday activities in order to be predictable and routine, thus maintaining a perceived control over their lives. **Discussion:** A stroke affects the individual's general well-being, reflected in the sense of hopelessness and despair. These negative views and emotions are the result of the inability to perform activities of daily living due to physical impairment. The elderly learn to accept the consequences since they are able to adjust their lives to their remaining abilities. The highest correlation exists between daily life and social network, the use of devices/technologies, the assistance of relatives and professional staff, as well as hope. **Conclusion:** The awareness of the stroke impact presents a small but significant part of the efficacy of occupational therapy intervention.

Keywords: qualitative study, activities of daily living, structure of the day.

IZHODIŠČA

Cerebrovaskularne bolezni prizadenejo vsako leto 15 milijonov ljudi po vsem svetu in so vodilni vzrok telesne oviranosti pri ljudeh, starejših od 60 let. V Sloveniji vsako leto možganska kap prizadene 4400 ljudi, od tega jih 2100 umre (Žvan in Zupan, 2012). Osebe po kapi pogosto potrebujejo socialno in zdravstveno pomoč oziroma rehabilitacijo. Nenaden pojav invalidnosti, ki se pogosto povezuje z odnosi, ki vključujejo starost, ustvarja številne primere stigmatizacije in zahteva kombinacijo pristopov zdravljenja, ki bi preživelim pomagali reševati spremenjeno resničnost njihovega življenja (Bird in sod., 2016).

V sociološki literaturi je diskurz možganske kapi opredeljen kot "uničeno življenje" zaradi kronične bolezni, kar možganska kap je. Diskurz možganske kapi je najbolj prisoten v teoriji "biografskih motenj" (Bury, 1982). Bury (1991) je opredelil biografsko motnjo kot kritično stanje v življenju posameznika, ki ga je prizadela kronična bolezen. Kritično stanje (situacija) spremeni vsakdanje življenje. Oseba je delno ali v celoti ovirana v izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Nenaden pojav kronične bolezni močno ovira in hkrati obvladuje življenje osebe. Bolezen povzroča negotovost, ki vodi v slabše počutje, vpliva na identiteto in vnaša dvome v lastne sposobnosti in odnos do sveta. Posameznikova pozornost se iz socialne participacije preusmeri v lastno telesno stanje. Zaradi tega oseba revidira svojo biografijo in samopodobo in posledično (pogosto) želi za vsako ceno odpraviti težave, ki jih povzroča bolezen.

Pomene, ki jih posameznik pripisuje obolenju ali nizu simptomov, bio-medicinski model ne upošteva, niti tega, kako se posameznik z njimi spoprijema. Subjektivna izkušnja obolenja ali bolezni (angl. illness) se tako spregleda. V okviru bio-medicinskega modela je bilo zdravje tradicionalno razumljeno kot odsotnost obolenja. S sociološkega vidika se bio-medicinski model bolezni nanaša zgolj na omejen razpon akutnih obolenj (Payne, Mesner in Walker, 2002).

Za medicino je telo biološka kompozicija (telo – stroj). To pomeni, da človeško telo pojmuje kot delujoč (biološki) stroj. S tega gledišča stroj deluje dobro ali pa slabo, telo pa je zdravo ali pa bolno. Naloga medicine je vzdrževati ta stroj v najboljšem možnem stanju. Če kaj ne deluje dobro, intervenira s posegi, ki se imenujejo zdravljenje ali terapija. Med največjimi težavami človeštva so danes kronična obolenja (kot so bolezni srca in ožilja, bolezni dihal). Da bo posameznik zbolel za boleznijo, ki bo zahtevala dolgotrajno zdravljenje in nego, je zelo verjetno. Bolezen bo potencialno pustila resne posledice na funkcionalnih sposobnostih in posledično kakovosti življenja. V zahodnih družbah je (bil) preteklo stoletje prav medicinski model najpomembnejši model zdravja in bolezni, ki se osredotoči na vzorce organske patologije, kar imenujemo obolenje (Foucault, 2006; Vrtačič, 2012).

V starosti po 65. letu se nekatere bolezni (predvsem kronične) pojavljajo pogostejše kot v prejšnjih življenjskih obdobjih. Med pogostejšimi boleznimi je možganska kap. Osebe, ki utrpijo možgansko kap, se tako spoprijemajo s telesno in kognitivno oviranostjo. Če so prizadeti tisti deli možganov, ki nadzirajo gibanje, tj. motorični predeli možganov, bo imela oseba mišično oslabelost oziroma delno ohromelost, kar imenujemo pareza (če lahko vsaj malo giblje z roko in nogo) ali popolno odsotnost gibanja, kar je plegija (Tomšič, 2015). Kognitivna prizadetost pa se kaže kot težava s pozornostjo, orientacijo, koncentracijo, pomnjenjem, načrtovanjem, reševanjem težav, napačno zapomnjenjem (Goljar in Ivanovski, 2012). Starostniki po možganski kapi so prav zaradi starizma in hendikepiranosti/invalidnosti še bolj stigmatizirani. Besedna zveza "žrtev kapi" kaže, da družba doživlja starostnike po možganski kapi kot pasivne, vredne usmiljenja na eni strani, medtem ko na drugi strani možganska kap pomeni "breme in dolgotrajno oskrbo" za zdravstveni sistem, sorodnike in institucije, ki jih oskrbujejo, negujejo. Možganska kap v družbeni predstavi opustoši življenje ljudi, starostnik

postane neaktivna žrtev bolezni, pozneje pa pasivni prejemnik skrbi institucije ali sorodnikov (Pound, Gompertz, Ebrahim, 1998).

Omejitve v gibanju, ki jih zaradi telesne okvare povzroči možganska kap, starostniki nadomestijo z različnimi pripomočki in tehnologijami. Starostniki imajo po možganski kapi od zdravstvenega zavarovanja pravico do različnih tehničnih pripomočkov. To so pripomočki za gibanje (berгла, hodulja, ortopedski čevlji, opornice za nogo in invalidski voziček), za nego (bolniška postelja, trapez, blazine proti preležaninam), elektro stimulatorji za spodbujanje prizadetih mišic, pripomočki za izboljšanje vida in sanitarni pripomočki (povišica za straniščno školjko, sedež za kopalno kad ali za v tuš kabino, dvigalo za kopalno kad in sobno stranišče). Zelo malo je člankov, ki bi opisovali, kako starostniki po možganski kapi sprejemajo pripomočke/tehnologije. Tako nimamo uvida, kakšne so njihove predstave, prepričanja, zaskrbljenosti v zvezi z rabo pripomočkov/tehnologij. Po podatkih Zdravstvenega zavarovanja Slovenije več kot polovico (52 %) vseh predpisanih tehničnih pripomočkov predpišejo zdravniki starostnikom od 65 let (Tomšič, 2016).

Preiskovanci/ intervjuvanci

Za štiri sodelujoče v raziskavi smo uporabili metodo namenskega vzorčenja, za dva pa metodo snežne kepe. Pri obeh metodah vzorčenja smo uporabili kriterije izbora: (1) starost med 75 in 85 let, (2) izkušnja možganske kapi, (3) sposobnost komunikacije ter (4) vsakodnevna uporaba pripomočkov in tehnologij. Zato smo v raziskavi izbrali homogene primere – izbrani so bili posamezniki s podobnimi lastnostmi glede na proučevan problem (Punch, 2009). Končni vzorec je sestavljalo šest oseb, ki je bil sorazmerno homogen (vsi intervjuvanci so bili stari, utrpeli so možgansko kap in so uporabljali pripomočke) in omogočil poglobljeno raziskovanje naših raziskovalnih vprašanj (Punch, 2009). Menili smo, da je po šestih intervjujih prišlo do teoretičnega nasičenja, ko se zdi, da iz podatkov ni mogoče pridobiti novih ali pomembnih tem, konceptov, problemov ali vpogledov (Bryman 2001). Zavedamo pa se, da verjetno nikoli ne dosežemo popolne teoretične zasičenosti (Corbin in Strauss 2008). Odločili smo se za smernico, ki je določila raven nasičenosti, ki je bila sprejemljiva, zadovoljiva in nam je omogočila, da odgovorimo na raziskovalna vprašanja.

Tabela 1: Intervjuvanci po starosti, spolu, obdobju od možganske kapi in vrste gibalne oviranosti po možganski kapi

INTERVJUVALEC	STAROST	SPOL	LETA OD KAPI	POSLEDICA KAPI
INT 1	79	M	14	d- hemiplegija
INT 2	81	Ž	8	d-hemiplegija
INT 3	78	M	6	d-hemiplegija
INT 4	79	Ž	1	l-hemipareza
INT 5	83	Ž	5	l-hemipareza
INT 6	86	Ž	6	d-hemipareza

Osnovni namen raziskave je pridobiti vpogled v doživljanje možganske kapi tistih, ki so možgansko kap doživeli in ugotoviti njihove spoprijemalne strategije za vsakodnevno življenje.

Oblikovali smo dve raziskovalni vprašanji:

Kako starostniki po možganski kapi doživljajo posledice možganske kapi?

Kako prizadetosti po možganski kapi vplivajo na opravljanje vsakodnevnih dejavnosti in posledično na vsakodnevno življenje?

METODA

Raziskovalni pristop je zajemal analizo kvalitativnih podatkov, tj. poglobljenih intervjujev. Za izvedbo kvalitativne metodologije, smo uporabili na Shankovo (2002) opredelitev kvalitativnega raziskovanja, ki ga označi kot »obliko sistematičnega empiričnega poizvedovanja o pomenu« in to sistematičnost raziskave razume kot »(1) načrtovano, (2) urejeno in (3) javno oziroma odprto« zbiranje in analiziranje izkustvenega gradiva. V raziskavi smo poskušali poudariti načelo odprtosti in jasnosti raziskovalnega procesa. Zagotavljali smo jasnost poti nastajanja oziroma zbiranja in analiziranja empiričnega gradiva, ki so vodile v interpretacijo oziroma »grounded theory« (v nad. GT) na eni strani in po drugi strani skrbeli za dostopnost izsledkov proučevanega pojava s skrbnim dokumentiranjem le-teh. Študija je potekala v domačem okolju, ki veljala za naravno okolje intervjuvancev, v katerem so izvajali vsakodnevne aktivnosti.

Za zbiranje podatkov so bili uporabljeni poglobljeni, pol-strukturirani intervjuji (Kvale, 1996). Intervjuji so potekali med decembrom 2011 in marcem 2012, na domovih intervjuvancev, kar je omogočalo varno in zaupno vzdušje ter spodbujalo intervjuvance, da delijo z nami "svojo zgodbo" (Kvale, 1996). V naprej je bil pripravljen načrt intervjuja, vendar so intervjuji bolj podobni tekočemu pogovoru. Vprašanja iz načrta za intervjuje so bila prilagojena, kot se je zdelo primerno (Hermanns, 2004). Želeli smo pridobiti celovito razumevanje izkušenj starostnikov o rabi pripomočkov in tehnologij, zato smo se osredotočili na različne vidike njihovega življenja. Intervjuji so trajali od 90 do 180 minut in so bili zvočno posneti in dobesedno prepisani.

Namen kvalitativne analize je bil raziskati obravnavani fenomen z razlago razmerja med ključnimi kategorijami in razvijanjem GT. V GT interpretacijo podatkov sestavljajo trije osnovni elementi: pojmi, kategorije in predispozicije ali teme (Mesec, 1998). V procesu analize kvalitativnih podatkov smo zbrano empirično gradivo analizirali v zaporedju šestih korakov (po Mesecu, 1998), in sicer (1) urejanje gradiva, (2) določanje zgoščenih pomenskih enot in enot kodiranja, (3) odprto kodiranje (znotraj njega: (3a) pripisovanje pojmov empiričnemu gradivu, (3b) aglomeracija sorodnih pojmov v kategorije in (3c) aksialno/osno kodiranje ter analiza značilnosti pojmov in kategorij), (4) izbor in definiranje relevantnih pojmov in kategorij, (5) odnosno kodiranje oziroma oblikovanje paradigmatskega modela in (6) oblikovanje interpretacije oziroma končna teoretična formulacija. Razlaga zbranega gradiva in teoretična konceptualizacija sta bili povezani s specifičnim kontekstom študije. GT prikazuje izkušnje starostnikov po možganski kapi, ki uporabljajo P/T za aktivnosti vsakdanjega življenja.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Doživljanje posledic možganske kapi

Starostniki občutijo posledice možganske kapi na telesnem, na kognitivnem področju in v splošnem počutju (glej Sliko 1). Vsi intervjuvanci glede posledic možganske kapi na telesnem področju izpostavljajo težave z (ne)mobilnostjo zaradi okrnjenega delovanja okončin na prizadeti strani ali prisotnosti bolečin (prstov na prizadeti roki ali nogi). Prav tako opozarjajo na oteženo opravljanje temeljnih vsakodnevnih dejavnosti (kot so pisanje, oblačenje, osebna higiena, uporaba sanitarij, spolna aktivnost, hoja). Pri tem je treba upoštevati, da so vsi intervjuvanci doživeli možgansko kap pred več kot petimi leti, le ena intervjuvanka pred enim letom, in zato vsi, ne glede na to ali so bili vključeni v rehabilitacijske institucije, govorijo o postopnem fizičnem izboljšanju. Le pri enem intervjuvancu je bilo mogoče zaznati prekomerno motivacijo za izboljšanje telesne mobilnosti, ki se izkazuje skozi dodatno samoplačevanje strokovne pomoči v obliki fizioterapije, elektrostimulacije, različnih masaž za vzbujanje hipofize in tudi skozi prepričanje o pozitivnih učinkih omejitve hrane.



Slika 1: Doživljanje možganske kapi pri starostnikih po možganski kapi

Občutenje posledic možganske kapi na kognitivnem področju intervjuvanci interpretirajo (tudi) v povezavi s telesno oviranostjo, in to v smislu izgube kontrole nad gibanjem okončin na prizadeti strani (predvsem roke) ter kognitivnega nezavedanja prizadete roke. Izhajajoč iz tega se spremembe kognitivnih funkcij pri intervjuvancih kažejo tudi v oteženem pisanju. Prav tako intervjuvanci zaznavajo spremembe kognitivnih funkcij na področju govornih spretnosti, imajo težave s koncentracijo in spominom. Po drugi strani pa se pri treh intervjuvancih pojavlja kognitivna intaktnost, ki smo jo pri njih prepoznali skozi samostojno rabo računalniških programov za iskanje informacij (npr. zdravljenje z izvornimi matičnimi celicami) ali samostojno uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije za ohranjanje socialnih stikov ali kot branje (strokovnih) knjig bodisi z namenom samozdravljenja (sladkorna bolezen) bodisi za iskanje pomoči pri (alternativnih) zdravilcih (npr. masaža za spodbujanje hipofize).

Skupek posledic možganske kapi na telesnih in kognitivnih področjih pa vpliva na splošno počutje intervjuvancev. Kot se pojavlja hkratnost pri zaznavanju telesne oviranosti (nemobilnost – postopno izboljšanje) in spremembe kognitivnih funkcij (kognitivna intaktnost – kognitivna oviranost), tako tudi ugotavljamo bipolarnost pri splošnem počutju intervjuvancev po možganski kapi.

Intervjuvanci, ki se soočajo (ali so se soočali) z nemobilnostjo, načeloma pesimistično ocenjujejo splošno počutje in ga opišejo kot brezizhodno oziroma v smislu predaje. Povsem drugače pa intervjuvanci s kognitivno intaktnostjo opišejo svoje splošno počutje. V njihovem opisu je prisotna predvsem (pozitivna) sprijaznjenost oziroma sprejemanje posledic možganske kapi, prisotni so upanje, zadovoljstvo in hrepenenje. Hrepenenje se nanaša na nezmožnost opravljanja dejavnosti, ki so jih intervjuvanci izvajali pred možgansko kapjo (npr. ples, različne oblike športa), in danes z veseljem opazujejo druge pri teh dejavnostih, ali na upanje, da so posledice možganske kapi le začasne.

Intervjuvanci posledice možganske kapi na telesnem in kognitivnem področju opisujejo:

INT 1: M, 79 LET: ... sploh ne hodim ... prsti me bolijo, boli me ... ta noga (desna) je paralizirana ... Ne morem pisati ... ne morem kontrolirati prstov ...

INT 2: Ž, 81 LET: Nisem mogla nič (ob kapi), samo pol ure sem sedela, bolela me je roka, hrbet in rit. Največje težave so z ravnotežjem, noga je slaba, roka pa ni nič ... jaz druge roke nimam ... (se ne-zaveda roke)

INT. 3: M, 78 LET: Problem je gibljivost rok in nog, ker mene je zgleda močno kap. Drugače pa mal treniram na silo, sama ne gre, da bi pa kaj delal z njo (roko), pa ne gre ... ne morem stati ... Povejte, kaj naredim, da bom desno nogo dvigal? Da bi sam dvigal nogo, da bi se sam oblekel? ... kap me je sicer onespobila in tako je to ... Slabše govorim, jaz težko govorim, vsakemu rečem jaz težko govorim. Kdor me ne pozna, misli, da se pačim. Občasno mi v glav šumi in me špona (zateguje) iz vratu v glavo in pol še težje govorim.

INT. 4: Ž, 79 LET: Problem poiskati naslove ... Mora biti poseben dan. Moram imet poseben čas. Prej sem lepo vodila finance. Sedaj se ne morem tako koncentrirat. Sama sebi

dopovedujem, da to ni nič posebnega. Če pomislim, kakšna sem bila, da nisem mogla ne jest ne migniti ... obupno, mene je bolelo, obupno bolelo od vratu do ušesa. Tako kot boli zelo hudo vnetje srednjega ušesa.

INT. 5: Ž, 83 LET: Jest sem bila taka. Roka je bila kar taka (pokaže mlahavost), nisem nič mogla. Roka me ni ubogala, usta so se povasila, se mi še mal pozna. Noga je bila pa dobra. Je bilo tako zelo hudo, k se nisem mogla umiti, pa na stranišče. So se bal, da bi me kaj zaneslo ... Kasneje sem že palec premaknila k prstom, k enemu pa k drugemu. Kako sem s tem prstom (palec), s tem prstom se je res začel, cele ure, cele ure, kdaj bo šel prst gor ... Bolj težko, ampak se še zdaj pozna, nimam moči, se pa pomatram ... Sem se matrala, da sem jedla z desnico. Sem se tako matrala.

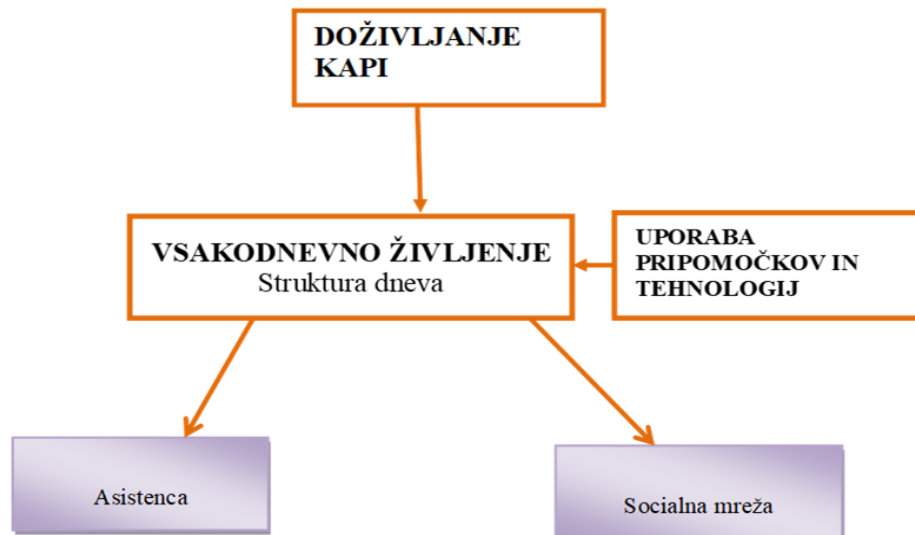
INT. 6: Ž, 86 LET: Roka mi ne služi (desna), težko govorim, hitro se utrudim, pri hoji me zanaša, rabim oporo...

Presenetljiva je ugotovitev, da intervjuvanci, ki so v visoki starosti, vse težave, bodisi telesne bodisi kognitivne, pripisujejo zgolj možganski kapi in ne starostnim spremembam. Zdi se, kot da se intervjuvanci starostnih sprememb sploh ne zavedajo. K takšnemu sklepu nas vodi tudi misel enega od intervjuvancev, ko pove, da:

INT. 3: M, 78 LET: Starosti jaz ne občutim. Sem tako mlad kot pri dvajsetih letih. Duša je mlada.

Vsakodnevno življenje starostnikov po možganski kapi

Kot navajajo intervjuvanci, lahko možganska kap prizadene posameznika na več načinov. Vse prizadetosti vplivajo na opravljanje vsakodnevnih dejavnosti in posledično na vsakodnevno življenje. Narejenih je bilo zelo veliko raziskav o preprečevanju in zdravljenju možganske kapi. Razmeroma malo raziskav pa je bilo opravljenih o tem, kako se je ljudem po možganski kapi spremenilo vsakdanje življenje oziroma kako posledice možganske kapi vplivajo na vsakodnevne dejavnosti (glej Sliko 2).



Slika 2: Vsakodnevno življenje starostnikov po možganski kapi

Vsi intervjuvanci med posledice možganske kapi vključujejo tudi spremembo v vsakodnevnom življenju, ki jo opisujejo kot nov način življenja v smislu umiritve. To se navezuje tudi na ugotovitev, da so si vsi intervjuvanci (nezavedno) po možganski kapi strukturirali dnevne dejavnosti, ki so s tem postale (za njih in njihove najbližje sorodnike) zelo predvidljive oziroma rutinske, kar pa nam nakazuje, da s tovrstnim načrtovanjem dneva poskušajo ohranjati občutek nadzora nad življenjem. Navadno so dnevi intervjuvancev deljeni na jutranja opravila (osebna higiena, oblačenje, zajtrk ...), pri katerih potrebujejo asistenco

bodisi sorodnika bodisi socialne oskrbovalke na domu, sledi prosti čas, ki ga izkoristijo za sprehod (na invalidskem vozičku ali s hoduljo), gledanje televizije, uporabo računalnika, branje knjig, občudovanje narave in skrb za rastline ter gospodinjenje. Po kosilu običajno počivajo in temu sledi druženje oziroma ohranjanje socialne mreže z neposredno interakcijo (obisk gostinskega lokala, druženje v parku, nakupovanje) ali s pomočjo sodobnih sredstev informacijsko-komunikacijske tehnologije (pogovor s sorodniki preko skypa, e-pošte ali mobilnega telefona). Pri večernih dejavnostih večina intervjuvancev spet potrebuje pomoč bodisi sorodnikov bodisi socialne oskrbovalke na domu. Gre za dejavnosti vezane na osebno higieno (kontinenco).

Analizirano empirično gradivo nam nakazuje, da je vsakodnevno življenje intervjuvancev po možganski kapi prepleteno (vsaj) s tremi ključnimi elementi: (1) nujnostjo asistenc sorodnikov ali/in strokovnih delavcev, (2) ohranjanjem socialne mreže ter (3) uporabo pripomočkov in tehnologij.

Kot že omenjeno, skoraj vsi intervjuvanci potrebujejo vsakodnevno asistenco sorodnika ali strokovnega delavca za dnevna opravila. Večina intervjuvancev ocenjuje, da jim je strokovna pomoč omogočila postopno izboljšanje telesnega stanja oziroma zmanjšanje telesnih oviranosti. Pri tem en intervjuvanec navaja nasprotno, da so: »*INT. 3: M, 78 LET: v Soči obupali nad mano ...*« in zato se je samoiniciativno odločil za iskanje in izrabo strokovne (alternativne) pomoči, s katero je (med izvedbo intervjuja) dosegel telesno spremembo iz popolne nemobilnosti v gibanje s pomočjo bergle in oprijemanja pohištva in/ali ročajev v lastnem domu. Učinki strokovne pomoči so vidni tudi pri intervjuvanki 2, ki je po možganski kapi svoje telesno stanje opisala kot »*kup nesreče*«, s čimer je želela poudariti, da je bila popolnoma odvisna od asistenc sorodstva in strokovnega osebja. Med intervjujem pa je intervjuvanka 2 navajala, da s pomočjo (prilagoditev v lastnem domu) strokovnega osebja in uporabe pripomočkov oziroma tehnologij sodeluje pri: premeščanju s postelje na invalidski voziček ali obratno, premeščanju z invalidskega vozička na sanitarije, oblačenju, pripravi preprostih obrokov in hoji. Presenetljiv pa je podatek, da en intervjuvanec zaznava pomoč strokovnega osebja na eni strani kot dobrodošlo in nujno (tako kot INT. 2), na drugi strani pa kot potuho. To pojasni:

INT. 3: M, 78 LET: ... vsa ta pomoč od ZOD-a [Zavod za oskrbo na domu] je tako: je na eni strani dobra, blazna podpora, na drugi strani pa potuha. Kar se tega tiče (kuhanja) se pustim streč, pedenat.

Pozitivne uspehe strokovne asistenc po možganski kapi v rehabilitacijskih centrih pa navajata dve intervjuvanki. Pri njiju se je telesna oviranost med hospitalizacijo zmanjšala do te mere, da sta bili pred odpustom v domačo oskrbo popolnoma samostojni v temeljnih dejavnostih.

INT 2: Ž, 81 LET: S terapijo se je pripomoglo, da se zdaj dobro počutim. Rabim pomoč, da grem iz postelje na voziček, se me pelje v kuhinjo na zajtrk, se me pelje v kopalnico, da se uredim, me peljejo v kuhinjo, da berem.

INT. 3: M, 78 LET: Zdaj hodim v masažni salon, kjer vzbujajo hipofizo, ki lahko sproži spet normalne funkcije, sem bil že 5x in mislim, da je že mal bolj. Zdajle imam na roki elektrostimulacijo za odpirat dlan. Trikrat na teden imam fizioterapijo. Hodim od stola pa nazaj po petkrat ...

INT. 5: Ž, 83 LET: Sem bila zelo zadovoljna (v zdravilišču). Sem imela velik terapije. Sem imela masaže, da so mišice ratale bolj čvrste.

Intervjuvanci asistenco sorodstva ali strokovnega osebja na lastnem domu uporabljajo pri temeljnih dejavnostih, kot so: uporaba sanitarij, osebna higiena, oblačenje, gibanje v lastnem domu in zunaj njega (park, trgovina) ter gospodinjstvo.

Drugi sestavni del vsakodnevnega življenja intervjuvancev po možganski kapi je ohranjanje socialnih stikov. Glede na analizirano empirično gradivo je socialna mreža ključnega pomena za intervjuvance, saj vpliva na njihovo stališče do smrti (glej poglavje 9.4) in tudi na obliko

sprejemanja uporabe pripomočkov oziroma tehnologij (glej poglavje 9.3). Vsi intervjuvanci doživljajo socialno mrežo kot ugodje, saj jim praznovanje različnih družinskih dogodkov in/ali (vsakodnevno/tedensko) druženje s sorodniki in prijatelji pomeni izvor optimizma. Izjema je bila ena intervjuvanka, ki živi v skupnem gospodinjstvu z možem. Njuna ožja socialna mreža (sorodstvo) jima ne nudi toliko opore, da bi lahko z možem prejela asistenco sorodnikov na lastnem domu. Ker se tega zavedata, v prihodnosti oziroma v primeru moževega poslabšanja zdravstvenega stanja načrtujeta selitev v socialni zavod. Na drugi strani pa socialni stiki (naključnih drugih) povzročajo nekaterim intervjuvancem stigo in/ali frustracije. Frustracije se nanašajo na pretirano empatijo bodisi znancev bodisi ljudi, ki jih intervjuvanci naključno srečujejo zunaj lastnega doma (mimoidoči, gostje v lokalu, kupci v trgovini). To pretirano empatijo intervjuvanca opišeta:

INT 2: Ž, 81 LET: ... gledali so me, sem se jim smilila ...

INT. 3: M, 78 LET:... kdor me ne pozna, misli, da se pačim. Vsakemu povem, več jaz težko govorim.

Sodbe o kakovosti življenja starostnikov po možganski kapi ni mogoče konceptualizirati enodimenzionalno. Po eni strani starostniki po možganski kapi živijo v zelenem in njim poznanem domačem okolju. To okolje jim omogoča ohranjanje rutin in navad iz obdobja pred možgansko kapjo, kar v institucionalni oskrbi ne bi bilo mogoče. Prav tako jim bivanje v poznanem okolju omogoča samostojno določanje strukture dneva ter jim na ta način ohranja občutek kontrole nad življenjem (Birren idr., 2014). Če sprejmemo teoretično opredelitev občutka sreče kot subjektivno vrednoto in percepcijo (Brown in Brown, 2004) o tem, kako so posamezniki zadovoljni s svojimi osebnimi in socialnimi odnosi, ugotovimo, da k blaginji življenja pripomore tudi negovanje socialne mreže, ki starostnike ohranja kognitivno intaktne in vpete v družbeno dogajanje.

Kakovost življenja starostnikov pa se najbolj odraža v ponovni pridobitvi samostojnosti pri izvajanju ali obvladovanju določenih (vsakodnevni!) aktivnosti (Kirchengast in Haslinger, 2015). Zdi se, da je večina kognitivnih in fizičnih aktivnosti starostnikov po možganski kapi motivirana ravno z željo po krepitvi lastne samostojnosti.

Starostniki po možganski kapi dolgotrajne in (za njih) moteče posledice premagujejo z aktivacijo različnih obrambnih mehanizmov (Lunaček, 1998; Freud, 1983; Bele, 2014). Najbolj eksplicitni obrambni mehanizmi so: (1) projekcija, pri čemer starostniki posledice možganske kapi doživljajo kot začasen pojav, ki bo odpravljen z intervencijo strokovne pomoči, uporabe pripomočkov/tehnologij in lastne samoiniciativnosti (zdrava prehrana, post, redna telesna aktivnost). Pri tem starostniki svoja anksiozna stanja (strah, tesnoba, predsodki, občutki krivde, negotovost ipd.) pripisujejo zgolj posledicam možganske kapi, te pa tudi posledicam starosti per se; (2) racionalizacija, pri čemer se starostniki ne želijo soočiti s posledicami starosti in možganske kapi in se temu izogibajo z omejevanjem uživanja hrane, dnevno hojo, z namenom krepitve/ohranjanja fizične vitalnosti in (po njihovi oceni) prijetnega videza oziroma z miselnim izkrivljanjem neprijetnih ali bolečih situacij ob uporabi izgovorov; (3) intelektualizacija, pri čemer se posamezniki izogibajo neprijetnih občutkov s pretiranim teoretičnim obravnavanjem situacije in (4) sublimacija, ki nakazuje, da starostniki po možganski kapi kljub določeni meri hendikepiranosti svojo libidinalno energijo ob uporabi pripomočkov/tehnologij usmerjajo v kakovostno in zadovoljno percepcijo lastnega življenja. Sočasno, ob prisotnosti obrambnih mehanizmov pristopajo k ohranitvi občutka zadovoljstva z življenjem z uporabo pripomočkov/tehnologij. Z njihovo uporabo namreč popolnoma odpravljajo/zmanjšujejo posledice možganske kapi, predvsem vezane na telesno prizadetost. Vezanost na intenziteto uporabe pripomočkov/tehnologij pritrjujemo izvorni ideji teorije tehnološkega determinizma, ki predpostavlja, da tehnologija bistveno pripomore h kakovosti življenja (Oblak, Luthar, Hardt, Stanković, 2009). S pojavom personifikacije oziroma obrambnim mehanizmom sublimacije se navezujemo tudi na teorijo dispozitiva (Dolar, 2010;

Zajc, 2000), oziroma njeno drugo in tretjo tezo. Izpostavlja se, da tehnologija ni nevtralna in se ne razvija ločeno od družbe, temveč da uporaba tehnologije spreminja posameznika, ki je v določenim momentih tehnologiji podložen in hkrati avtonomen. Stično točko v teoretičnih izhodiščih smo prepoznali tudi v konceptu domestifikacije (Oblak, Luthar, Hardt, Stanković, 2009), saj se z vpetostjo tehnologije v vsakodnevno življenje posameznika povečuje njegova učinkovitost oziroma instrumentalnost. Proučevani načini uporabe pripomočkov/tehnologij med starostniki po možganski kapi pa se umeščajo v koncept protetične materialnosti, ki v prvi vrsti izpostavlja namen tehnologije, da nadomešča ali dopolnjuje fiziološke sposobnosti telesa (Freud, 2001; Luthar in Oblak Črnič, 2010). Konglomerat obstoječih dejavnikov (bivalne razmere, socialna mreža, obrambni mehanizmi, način uporabe pripomočkov/tehnologij) nam dopušča potrditev pozitivne korelacije med uporabo tehnologije/pripomočkov in kakovostjo življenja starostnikov po možganski kapi.

SKLEP

Družba je odgovorna, da z mehanizmi dolgotrajne oskrbe poskrbi za kakovost življenja tudi v starosti.

Za zaključek pritrdimo Glaserju in Straussu (2012): »objavljena beseda ni nikoli zadnja, je zgolj premor v neprekinjenem procesu generiranja teorije.«

LITERATURA

- Bele S (2014). Narcisizem in obrambni mehanizmi pri ženskah, Psihološka Obzorja, 23, 11-2
- Bird M, Tyson A, Cannell J, in sod (2016). "FIND Technology": investigating the feasibility, efficacy and safety of controller-free interactive digital rehabilitation technology in an inpatient stroke population: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 17(1):203–208.
- Brown I, Brown RI (2003). *Quality of life and disability: an approach for community practitioners*. London, Jessica Kingsley.
- Bryman A (2011). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bury M (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*. 4 (2): 167-182.
- Bury M (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*. 13 (4): 451-468.
- Corbin J, Strauss A (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Conrad P (2005). *The sociology of health & illness: critical perspectives*. Worth Publishers, New York.
- Dolar M (2010) *Kralju odsekati glavo: Foucaultova dediščina*. Ljubljana, Krtina, Formatisk.
- Foucault M (2006). *Nadzorovanje in kaznovanje Foucault*. Založba Krtina. Ljubljana.
- Freud S (1983). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, The Pelican Freud Library, 10, 285–286.
- Freud S (2001): *Nelagodje v kulturi*. Ljubljana: Gyrus.
- Glaser BG, Strauss AL (2012). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick, N.J.: Aldine Transaction.
- Goljar N, Ivanovski M (2012). Motnje občutljivosti, zaznavnih in spoznavnih sposobnosti in izid rehabilitacije po možganski kapi. *Rehabilitacija*. XI, supl.1.88-94.
- Hermanns H (2004). Interviewing as an activity. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. *A Companion to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Kamp A, Hvid H (2012). *Elderly Care in Transition: Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective*. Copenhagen Business School Press.
- Kirchengast S, Haslinger B (2015). Intergenerational contacts influence health related quality of life (HRQL) and subjective well being among Austrian elderly. *Coll Antropol*. 39(3):551–556.
- Kissela BM in sod (2012). Age at stroke. Temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology*. 79(17). DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318270401d>.
- Kvale S (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lunaček M (1998). *Psychological dimensions of ageing*, v: Pavlovič, M., ur., Šport - Zdravje – Starost. Ljubljana: Slovenska olimpijska akademija.
- Luthar B, Oblak Črnič T (2010). Mobilni telefon, kulturna konstrukcija tehnologij in transformacija vsakdana. In: Luthar B, Oblak Črnič T. ur. *Mobilni telefon in transformacija vsakdana*. Ljubljana. Faculty of social sciences; 18–29.
- Manokha I (2000). Foucault's Concept of Power and the Global Discourse of Human Rights. *Global Society*, 23(4) 429-452. dostopno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13600820903198792>, 27.3.2018.

- Mesec B (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Oblak T, Luthar B, Hardt H, Stanković P (2009). Mobilni telefon in transformacija vsakdana. Ljubljana : Fakulteta za družbene vede.
- Payne S, Mesner N, Walker J (2002). Psihologija v zdravstveni negi: [humanistična znanost v zdravstveni negi]. Ljubljana, Educy.
- Pound P, Gompertz P, Ebrahim S (1998). Illness in the context of older age: The case of stroke. *Sociology of Health and Illness*, 20(4), 489–506.
- Punch KF (2008). *Developing Effective Research Proposals*. London: Sage Publications.
- Shank G (2002). *Qualitative Research. A Personal Skills Aproach..* Upper Saddle River, NJ: Merril Prentice Hall.
- Tomšič M (2015). Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo. 1. ponatis. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Tomšič M (2016). Tehnologije v starosti - možnost višje kvalitete življenja. AMEU. ISH. Doktorska disertacija.
- Thórarinsdóttir K, Kristjánsson K (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: a framework analysis. *Nurs Ethics* 21 (2):129-47. doi:10.1177/0969733013490593.
- Vrtačič E (2012). V imenu ljubezni. *Filozofski vestnik*. XXXIII(3).147–162. dostopno na: <https://ojs.zrc-sazu.si/filozofski-vestnik/issue/view/368>. 12.2.2018.
- Zajc M (2000) Tehnologije in družbe. Ljubljana, ISH Fakulteta za podiplomski humanistični študij.
- Žvan B, Zupan M (2012). Možganska kap in novosti pri zdravljenju. In: Dolenc P, ed. *Zbornik/ XXI. strokovni sestanek sekcije za hipertenzijo*. Ljubljana: Medicinska zbornica; 2012:47–84.

FUNKCIONALNI DAN NA ODDELKU PO MOŽGANSKI KAPI V UNIVERZITETNEM REHABILITACIJSKEM INŠTITUTU REPUBLIKE SLOVENIJE - SOČA

FUNCTIONAL DAY AT THE STROKE UNIT IN THE UNIVERSITY REHABILITATION INSTITUTE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA - SOČA

Katarina Košir¹, dipl. del. ter., Julija Ocepek¹, dipl. del. ter. MSc OT, pred.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Možganska kap je obolenje, ki ima svetovne razsežnosti in je vodilni vzrok za zmanjšane zmožnosti odraslih. Pogosta posledica možganske kapi je zmanjšana funkcija polovice telesa, ki posledično vpliva na izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Zato je zelo pomembno, da v procesu rehabilitacije uporabljamo različne terapevtske metode, ki spodbujajo bolnikovo vključevanje v življenjske situacije in okolja. **Metoda:** V Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu - Soča (URI - Soča), na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi, je multidisciplinarni tim pred dvema letoma oblikoval v funkcijo usmerjeno skupinsko terapijo, tako imenovani funkcionalni dan. Terapevti bolnike razvrstijo po stopnji samostojnosti in motorični sposobnosti v štiri skupine. Zahtevnost posamezne skupine pa se prilagodi glede na posameznikove sposobnosti, želje in cilje. Namenske aktivnosti vključujejo vadbo točno določenih motoričnih, procesnih in komunikacijskih spretnosti. **Zaključek:** Na podlagi izvedene ankete se je funkcionalni dan izkazal kot učinkovit doprinos k rehabilitaciji oseb po možganski kapi.

Ključne besede: možganska kap, delovna terapija, namenska aktivnost, funkcionalni dan.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a medical condition of global dimensions and is a leading cause of reduced abilities in the adult population. The reduced function of one half of one's body and its impact on everyday activities are common consequences of a stroke. It is crucial to implement different therapeutic methods in the rehabilitation process, enhancing the patients' integration in different life situations and environments. **Method:** Two years ago, a multidisciplinary team at the stroke unit in the University rehabilitation institute - Soča (URI – Soča) designed a group therapy focused on the patients' functioning, the so-called functional day. Therapists divide patients into four groups based on their level of independence and motor abilities. Difficulty levels of each group are adjusted to the individuals' capabilities, wishes and goals. Purposeful activities include strengthening of specific motor, process and cognitive skills. **Conclusion:** According to the evidence obtained, a Functional day may be an effective contribution to the rehabilitation of stroke patients.

Key words: stroke, occupational therapy, purposeful activity, functional day.

UVOD

Možganska kap je opredeljena kot klinični sindrom, kot posledica žariščne poškodbe centralnega živčevja zaradi žilnega vzroka in vključuje možganski infarkt, znotrajmožgansko krvavitev ter subarahnoidno krvavitev (Sacco in sod., 2013). V svetovnem merilu utrpi možgansko kap 17 milijonov ljudi na leto (Mikulik in Wahlgren, 2015). O tega jih ima 5 milijonov kot posledico bolezni dolgotrajno zmanjšano funkcijo in sodelovanje, enako število pa jih vsako leto umre (Lozano R in sod., 2012). V svetu je možganska kap za ishemično boleznijo srca drugi najpogostejši vzrok smrti in prvi najpogostejši vzrok težje telesne prizadetosti (Donnan in sod., 2008).

V Sloveniji za možgansko kapjo zbolijo okoli 4.400 ljudi letno, kar pomeni vsaki 2 uri nov bolnik z možgansko kapjo. Kot drugje v Evropi je možganska kap tretji najpogostejši vzrok umrljivosti in prvi vzrok za zmanjšano funkcijo in sodelovanje (statistični urad). Možganska kap je tako težava svetovne razsežnosti in je vodilni vzrok za zmanjšano dejavnost in sodelovanje v družbi. Te se za skoraj polovico bolnikov, ki so utrpeli možgansko kap, kažejo kot nesamostojnost v dnevnih aktivnostih. Kar 25 od 74 odstotkov bolnikov po možganski kapi v nadaljnjem življenju potrebuje delno ali popolno pomoč v dnevnih aktivnostih. Vse to vodi do fizičnih, čustvenih, socialnih in finančnih posledic tako za bolnika kot tudi za njegove svojce (Clarke in Forster, 2015).

Okrevanje po možganski kapi je dolgotrajno in odvisno od obsežnosti in mesta možganske okvare ter stopnje okrevanja centralnega živčevja (Goljar in sod., 2016). Okrevanje pomeni postopno vračanje specifične funkcije po izpadu, nastalem zaradi okvare centralnega živčnega sistema (Held, 2000).

Rehabilitacijska obravnava tako lahko pomembno vpliva k izboljšanju funkcijskega okrevanja bolnikov po možganski kapi. Pri tem je pomembno, da je proces okrevanja večplasten, za kar je nujno potrebna timska obravnava (Langhorne in sod., 2011).

Delovni terapevti kot člani rehabilitacijskega tima skupaj z bolnikom določamo terapevtske cilje, izbiramo terapevtske pristope, metode in tehnike ter preverjamo doseganje terapevtskih ciljev. Pri obravnavi bolnika po možganski kapi uporabljamo celostni pristop oziroma pristop usmerjen na posameznika, v okviru katerega upoštevamo bolnikove potrebe, želje, navade in značilnosti okolja iz katerega prihaja (Ocepek in sod., 2017). Ena izmed metod pri obravnavi bolnika po možganski kapi je tudi motorično učenje.

Teorije motoričnega učenja predlagajo, da so aktivna udeležba, vadba in smiselni cilji ključni za učenje (Winstein in sod., 1997). Pri tej metodi bolnika spodbujamo k učenju funkcij roke, ki jih je po možganski kapi izgubil (Levine, 2008). Poudarek je na intenzivnem ponavljanju določenih funkcijskih aktivnostih, zahtevnost nalog pa se postopoma zvišuje (Kantak in Winstein, 2012). Izvajanje v funkcijo usmerjene vadbe je osnova motoričnega učenja, ki predlaga vadbo tistih aktivnosti, ki ustrezajo bolnikovim ciljem in potrebam (Langhorne in sod., 2011).

Namen prispevka je predstaviti funkcionalni dan kot novo metodo dela v procesu rehabilitacije na oddelku po možganski kapi URI – Soča. Z anketnim vprašalnikom pa smo želeli pridobiti tudi mnenje bolnikov, ki so bili vključeni v funkcionalni dan.

VSEBINA

Timska obravnava multidisciplinarnega tima je na oddelku po možganski kapi v URI-Soča že utečena, želelo pa se je jo nadgraditi še z drugačno obliko v funkcijo usmerjene vadbe. Zato se na oddelku po možganski kapi, od marca 2016 izvaja program tako imenovani funkcionalni dan, ki poteka vsako drugo sredo. Priprava in organizacija funkcionalnega dne se začne že nekaj dni prej, ko se na organizacijskih sestankih bolnike razvrsti v štiri skupine, glede na njihovo stopnjo samostojnosti pri izvajanju rehabilitacijskih programov. V prvo skupino so razvrščeni bolniki, ki potrebujejo popolno pomoč in vodenje pri vseh aktivnostih, v drugo tisti, kjer je potrebna delna pomoč in vodenje, v tretji skupini so bolniki, ki potrebujejo le nadzor, v četrti skupini pa so bolniki, ki so samostojni v ožjih dnevnih aktivnostih in je njihov cilj čim bolj samostojna izvedba in vključevanje v širše dnevne aktivnosti. Tisti bolniki, ki imajo težave na govorno jezikovnem področju ali psihosocialnem področju, so poleg prej omenjenih skupin razvrščeni še v logopedsko ali pa v psihosocialno skupino. V vsaki skupini je od dva

do šest bolnikov in od dva do šest terapevtov iz različnih poklicnih skupin. Tako v skupini skupaj sodelujejo delovni terapevti, fizioterapevti, medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, logopedi, psihologi, socialna delavka ter pripravniki in študentje iz vseh poklicnih skupin. Terapija v posamezni skupini poteka uro in pol in se izvaja v notranjih prostorih (v prostorih delovne terapije, fizioterapije, bolniških sobah, kopalnici, delovnoterapevtski kuhinji, avli, jedilnici, hodnikih, telovadnici) in v zunanjem okolju (okolica URI – Soče, bližnje trgovine in pošte, vrtički, lekarna). Dejavnosti in stopnja zahtevnosti namenskih aktivnosti vsake posamezne skupine so prilagojene glede na posameznikove sposobnosti, potrebe in cilje.

Dejavnosti in namenske aktivnosti so po zahtevnosti razdeljene v tri skupine:

- *manj zahtevne*, ki potekajo v bolnikovi sobi, v prostorih delovne terapije, fizioterapije: trening spreminjanja položajev v postelji, oblačenje/slačenje, obuvanje/sezuvanje čevljev/opornice, premeščanja iz IV na posteljo in obratno, premeščanja na WC in kopalno kad, premeščanja na različne podlage- bobath miza, stol, klop, umivanje rok/obraza, česanje, britje, odpiranje/zapiranje različne embalaže, vožnja z IV v notranjem okolju,...
- *srednje zahtevne*: vožnja IV med ovirami, priprava manj zahtevnih obrokov, lupljenje sadja/zelenjave, odpiranje/zapiranje različne embalaže, oblačenje/slačenje, umivanje rok/obraza, česanje, britje obuvanje/sezuvanje čevljev/nogavic, trening rokovanja s predmeti, priprava in zlaganje perila, obešanje perila, likanje, prenašanje predmetov,
- *zahtevnejše*, ki potekajo v zunanjem okolju in širšem notranjem okolju: pometanje, presajanje rož, obešanje perila, preoblačenje postelje, prenašanje predmetov, priprava mize, priprava obroka, zlaganje perila, likanje perila, načrtovanje nakupovalnega seznama in nakupovanje v trgovini, obisk pošte/knjižnice, urejanje vrta, itd.

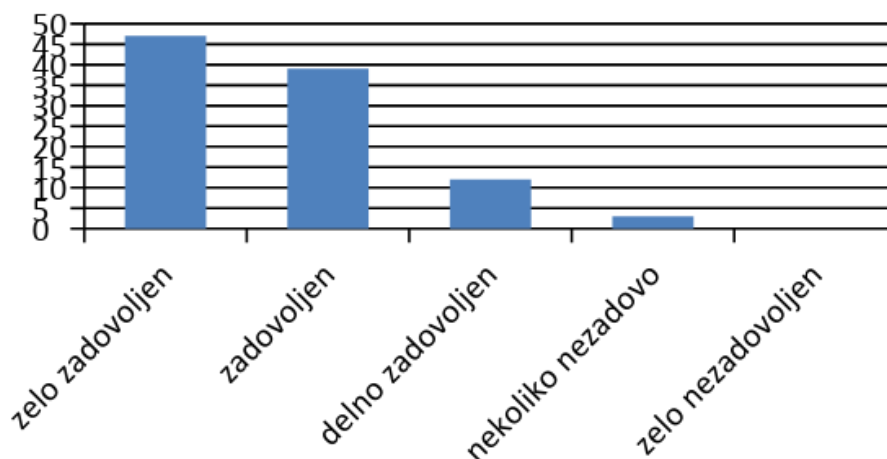
Z namenom pridobiti povratne informacije o zadovoljstvu bolnikov s funkcionalnim dnem in organizacijo le tega, je bila v letu 2016 izvedena anketa. Anketni vprašalnik o funkcionalnem dnevu je bil izdelan namensko za to raziskavo in je sestavljen iz petih vprašanj. Dve vprašanji sta bili zaprtega tipa, kjer so sodelujoči izbirali med napisanimi odgovori oziroma trditvami in so lahko izbrali samo en odgovor. Tri vprašanja pa so bila odprtega tipa in so anketiranci sami napisali odgovor oziroma mnenje.

Anketa je bila anonimna, zato so jo izpolnili samo tisti bolniki, ki niso imeli težav na kognitivnem in govorno jezikovnem področju.

REZULTATI

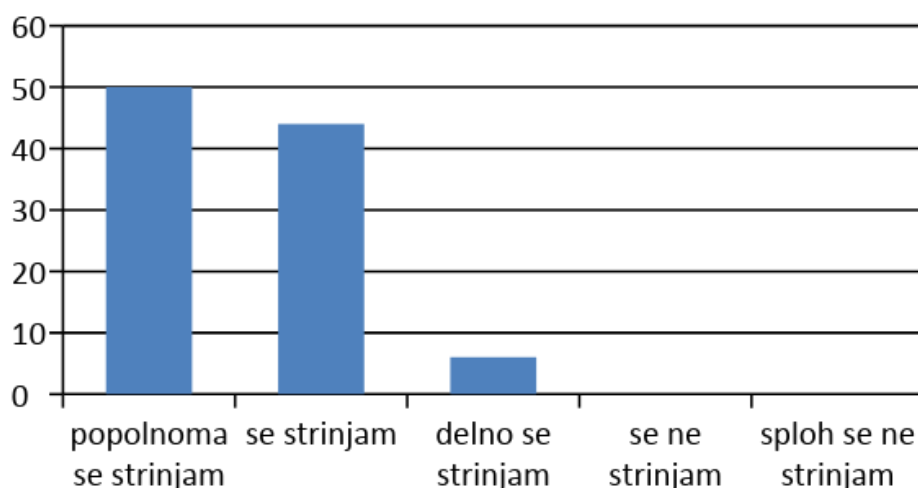
Prejeli smo 32 pravilno izpolnjenih vprašalnikov. Na vprašanje »Kako ste zadovoljni s funkcionalnim dnem?« je malo manj kot polovica sodelujočih zelo zadovoljna (47%), zadovoljnih je bilo 38%, delno zadovoljnih je bilo 12% in samo 3% je bilo nekoliko nezadovoljnih. Nihče pa ni bil zelo nezadovoljen. Rezultati so razvidni v spodnji sliki.

Slika 1: Zadovoljstvo s funkcionalnim dnem (%)



S trditvijo »Organizacija funkcionalnega dne se mi zdi primerna« se je popolnoma strinjalo 50% sodelujočih, 44% se je strinjalo, 6% se jih je delno strinjalo. Odgovori so prikazani v sliki 2.

Slika 2: Organizacija funkcionalnega dne se mi zdi primerna (%)



Na vprašanje »Kaj ste se novega naučili, preizkusili?« so odgovorili:

- prilagajanje skupini, zanimivo skupno sodelovanje,
- metanje na koš, hoja okoli ovir, hoja s palicami, aktivnosti na blazinah, plezalna stena,
- ribanje jabolk,
- prvič po bolezni sem poizkusil kuhati,
- likanje, pomivanje.

Na vprašanje »Ste kaj pogrešali, vas je kaj zmotilo?« so odgovorili:

- mogoče bi lahko vmes bila krajša pavza,
- čakanje na začetek druženja in treninga.

Zadnje vprašanje je bilo povsem prostega tipa in so bolniki imeli možnost izraziti oziroma napisati svoje komentarje, vtise in priporočila. Tako so med drugim napisali:

- »super«, »vse uredi«, »zadovoljen«, »pohvale«,
- »vredno je, da je kakšen dan drugačen od drugih, da ni vsak dan isto«,

- »hvala vsem terapevtom za dobro delo«,
- »pohvala za vso ekipo«,
- »ni bistvene razlike od drugih dni, delam zase, vse je dobro kar delam, komanda pa mora biti«,
- »potrebno pred odhodom domov«,
- »skupinsko delo, druženje, deluje sproščujoče, dobro vzdušje pri izvajanju vaj«,
- »menjava prostora za vaje je dobrodošla, druženje sprošča«,
- »funkcionalna vadba je bolj sproščena, manj naporna«.

ZAKLJUČEK

Rehabilitacija bolnika po možganski kapi je dolgotrajen in večplasten proces, ki se glede na potrebe, želje in cilje posameznika dopolnjuje oziroma spreminja. Zato je pomembno, da se vsi člani rehabilitacijskega tima aktivno vključujejo v proces rehabilitacije ter medsebojno sodelujejo. Funkcionalni dan na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi na URI – Soča je oblika vadbe, kjer se strokovno znanje in izkušnje različnih poklicnih skupin dopolnjujejo in povezujejo. Tako kot v različnih evropskih državah (Van de Port in sod. 2012), se je tudi na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi funkcionalni dan izkazal kot učinkovit doprinos k rehabilitaciji.

Anketni vprašalnik o funkcionalnem dnevu, ki so ga izpolnili udeleženci, je podal osnovne informacije o njihovem zadovoljstvu s tako obliko terapevtske obravnave. Komentarji bolnikov, ki so jih zapisali v anketnem vprašalniku, so bili upoštevani pri nadaljnji organizaciji in dopolnitvi vsebin oziroma aktivnosti funkcionalnega dne.

LITERATURA

- Clark DJ, Forster A (2015). Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. *J Multidiscip Healthc* 8: 433-42.
- Donnan GA, Fisher M, Macleod M in sod (2008). Stroke. *Lancet* 371: 1612-23.
- Gillen G (2016) Leisure participation after stroke. In: Gillen G, ed. *Stroke rehabilitation: A function- Based Approach* 4 th ed. Missouri: elsevier, 296-308.
- Goljar N, Javh M, Rudolf M, Bizovičar N, Rudl D in sod. (2016). Storitve telerehabilitacije na domu za osebe po preboleli možganski kapi. *Rehabilitacija* 15 (3): 63-9
- Held JM (2000). Recovery of function after brain damage: teoretical and practical implications for therapeutic intervention. IN: Carr J, Shepherd R, eds. *Movement science: foundations physical therapy in rehabilitation*. 2ed ed. Gaithersburg: Aspen Publisher 189-211.
- Kantak SS, Winstein CJ (2012). Learning-performance distinction and memory processes for motor skills; A focused review and perspective. *Behavioral Brain Research* 228: 219-231
- Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet* 377 (9778):1693-702
- Levine P (2008) Motor relearning: Hardwiring Recovery. *Advance Healthcare Network*. Vol.19, issue 26, p.31.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, in sod. (2012). Global and region mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 2095.
- Mikulik R in Wahlgren N (2015). Treatment of acute stroke: an update. *J intern Med* 278: 145-65.
- Ocepek J, Javh M, Kotnik S, Košir K, Jeras T, Goljar N (2017). Izbira ocenjevalnih instrumentov za načrtovanje in evalviranje delovnoterapevtske obravnave pri bolniku po možganski kapi- prikaz primera. *Slovenska revija za delovno terapijo*; 1;1; 23-34
- Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP sod. (2013). An update definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 44:2064-89.
- Statistični urad Republike Slovenije. Dosegljivo na: <http://www.stat.si>
- Van de Port IG, Wevers LE, Lindeman E, Kwakkel G (2012). Effects of circuit training as alternative to usual physiotherapy after stroke: randomised controlled trial. *BMJ* 344:e2672.
- Weinstein CJ, Merians A, Sullivan K (1997). Motor learning after unilateral brain damage. *Neuropsychologia* 37:975-87.

PRILAGODITEV AKTIVNOSTI PROSTEGA ČASA PRI OSEBI PO PREBOLELI MOŽGANSKI KAPI - PRIKAZ PRIMERA

LEISURE ACTIVITY ADAPTATION FOR A STROKE PATIENT – A CASE STUDY

Tina Tinkara Jeras¹, dipl.del.ter., Slavi Kotnik¹, dipl.del.ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Možganska kap je najpogostejša nevrološka bolezen, ki lahko doleti tudi mlajšo, še delovno aktivno populacijo. Zaradi posledic obolenja se jim popolnoma spremeni način življenja, kar pomembno vpliva tudi na ponovno vključenost v aktivnosti prostega časa. Delovni terapevt s prilagoditvijo aktivnosti in uporabo različnih pripomočkov pripomore k ponovni in samostojnejši izvedbi želene aktivnosti prostega časa. **Vsebina:** Predstavljen je primer 40-letne bolnice, ki je utrpela znotraj možgansko krvavitev s posledično desnostransko hemiplegijo. V Kanadskem testu izvajanja dejavnosti (COPM) je na področju prostega časa izpostavila željo po izvajanju različnih ročnih del, med njimi tudi šivanje gobelina. Zaradi odsotne funkcije okvarjenega zgornjega uda, smo v delovni terapiji izbrano aktivnost uspešno prilagodili do te mere, da jo bolnica učinkovito in samostojno izvaja. **Zaključek:** Ponovna vključenost v aktivnosti prostega časa je zelo pomembna za izboljšanje motivacije, samozadovoljstva in s tem kakovosti življenja po možganski kapi.

Ključne besede: možganska kap, delovna terapija, prosti čas.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is the most common neurological condition, which can affect also younger working population. The effects of stroke may completely change the patients' life, affecting also their participation in leisure activities. By modifying leisure activities and with the use of aids or adaptive equipment, occupational therapists help the stroke patients to resume the selected leisure activities. **Contents:** A case study of a 40-year-old female patient after intracranial bleeding with a right-sided hemiplegia is presented. In the leisure part of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), the patient stated that she would like to perform different handicrafts, including tapestry weaving. Due to the non-functional upper limb, the occupational therapist adapted this activity so that the patient was able to carry it out effectively and independently. **Conclusion:** Patient re-integration in leisure activities is very important for motivation improvement, satisfaction and consequently better quality of life after stroke.

Key words: stroke, occupational therapy, leisure activity.

IZHODIŠČA

Možganska kap je najpogostejša nevrološka bolezen, ki predstavlja vodilni vzrok kronične invalidnosti v razvitem svetu (Hatem in sod., 2016). Število obolelih narašča, tudi pri mlajših odraslih in odraslih srednjih let. Ti so vpeti med delo in skrb za družino, kar predstavlja še posebej močno preusmeritev od načrtovane življenjske poti (Kuluski in sod., 2014). Možgansko kap pogosto spremljajo številni zapleti, ki se kažejo kot: prizadetost motorične funkcije, senzorične in perceptivne motnje, razpoloženske in kognitivnih spremembe (Pollock in sod., 2013), motnje govora ter vida (Park in Park, 2015).

Med najpogostejšimi posledicami možganske kapi je motorična prizadetost zgornjega uda (Hatem in sod., 2016). To posledično vpliva na izvajanje vsakdanjih življenjskih opravil, še posebej tistih za katere potrebujemo koordinacijo med obema zgornjima udoma ali

finomotorične gibe s prsti. Omejitve so še posebej izražene pri osnovnih dnevnih aktivnostih (hranjenje, oblačenje, nega), kar prispeva k slabši kakovosti življenja in subjektivnemu počutju (Pollock in sod., 2013).

Delovni terapevt pomembno prispeva k rehabilitaciji bolnikov po možganski kapi. V terapijo vključuje uporabo pripravljalnih in namenskih dejavnosti (Legg in sod., 2007), ter si prizadeva olajšati izvedbo nalog z izboljšanjem bolnikove spretnosti. V kolikor so spretnosti izgubljene, bolnika uči kompenzatornih strategij (Steultjens in sod. 2003) s ciljem vzdrževati ali ponovno vzpostaviti najvišjo možno stopnjo samostojnosti (Legg in sod., 2007). Delovni terapevti smo pri obravnavi usmerjeni v posameznika in ga v proces delovne terapije vključujemo kot aktivnega in ključnega člana (Legg in sod., 2007). Najpogostejše izbrane dejavnosti pri bolnikih po kapi so: učenje osnovnih dnevnih aktivnosti, izvajanje aktivnosti prostega časa, svetovanje in učenje uporabe pripomočkov. Pomemben del procesa delovne terapije je tudi izobraževanje in informiranje svojcev ter drugih za bolnika pomembnih oseb, o bolnikovih zmožnostih in o tem kako zagotoviti ustrezno pomoč (Steultjens in sod., 2003).

Rehabilitacija po kapi zajema tudi vključevanje bolnikovih aktivnosti prostega časa v terapijo. Prosti čas je aktivnost, ki ni zapolnjena z vsakodnevnimi obveznostmi, kamor sodijo skrb zase, družino, delo in dom (Gillen, 2016). Je aktivnost, ki nam daje možnost doseganja notranjega zadovoljstva, pridobiti nove izkušnje, izražati ustvarjalnost, spoznavati nove ljudi, biti del skupnosti, premagovati osamljenost ali stres ter ohranjati življenje zanimivo (O'Sullivan in Chard, 2010). Delovni terapevt lahko vključi aktivnost prostega časa v proces rehabilitacije na dva načina, kot smiselno aktivnost in kot namensko aktivnost (Gillen, 2016):

smiselna aktivnost se nanaša na aktivnosti, ki jih bolnik sam izpostavi kot njemu pomembne, smiselne in si jih želi izvajati ter jih izpostavi v procesu ocenjevanja na začetku rehabilitacije. Delovni terapevt skupaj z njim skuša doseči zastavljen cilj. Pri tem načinu se ne uporablja aktivnosti prostega časa za dosego sprememb na nivoju okvare (čeprav do tega vseeno lahko pride), ampak za uspešno izvedbo željene aktivnosti;

namenska aktivnost, kjer se uporablja aktivnost prostega časa kot terapijo za izboljšanje okvare na nivoju telesnih funkcij. Aktivnost se uporablja za vadbo točno določenih motoričnih ciljev.

Velika večina oseb po možganski kapi poroča o znatno zmanjšani vključenosti v aktivnosti prostega časa. Kot pomemben dejavnik izpostavijo njihove težave na motoričnem področju (npr. slabša mobilnost, izguba funkcije udov) ter utrujenost (O'Sullivan in Chard, 2010).

Namen članka je prikazati primer prilagoditve prostočasne aktivnosti pri mlajši osebi, ki je utrpela znotraj možgansko krvavitev, s posledično desnostransko hemiplegijo. Kljub odsotni funkciji okvarjenega zgornjega uda, smo željeno prostočasno aktivnost v delovni terapiji prilagodili do te mere, da jo bolnica učinkovito in samostojno izvaja tudi v domačem okolju.

PREDSTAVITEV PRIMERA

40 letna bolnica je v oktobru 2017 utrpela znotraj možgansko krvavitev, s posledično desnostransko hemiplegijo in prisotno motorično disfazijo. V program kompleksne rehabilitacije na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitut - Soča, je bila premeščena neposredno iz akutne bolnišnice, dva meseca po znotraj možganski krvavitvi.

Funkcijsko stanje ob sprejemu:

V osnovnih dnevnih aktivnostih (DA) je bila delno samostojna. Pomoč je še potrebovala pri pripravi oblačil in pri kompleksnejših DA (zapevjanju modrcčka, zavezovanju vezalk in urejanju frizure) ter tuširanju. Premikala se je s pomočjo invalidskega vozička. Transferje je izvajala samostojno ob nadzoru. Z okvarjenim desnim (dominantnim) zg. udom aktivno

selektivnih gibov ne prikaže. Gibi v okvarjeni rami so bili le nakazani, pri čemer si je pomagala s kompenzatornimi gibi trupa. Z desnim spodnjim udom je delno izvedla fleksijo v kolku in kolenu, gibov v stopalu ni izvedla. Zmogla je samostojno vstati iz invalidskega vozička ter ob opori napraviti nekaj korakov, vendar vzorec hoje še ni bil pravilen. Procesne spretnosti: čustvena občutljivost in zaskrbljenost nad stanjem, miselno upočasnjena. Komunikacijske in interakcijske spretnosti: prisotna je bila motorična disfazija, pri čemer je bilo razumevanje ohranjeno. Govor je bil počasen in zatikajoč s spremenjenim glasom. Sporazumevala se je z enostavnimi povedmi. Vsebinsko in pomensko je bil govor ohranjen.

Potek delovnoterapevtske obravnave:

Pri bolnici smo na začetku obravnave opravili uvodno testiranje in jo ocenili s standardiziranim ocenjevalnim inštrumentom, in sicer s Kanadskim testom izvajanja dejavnosti (COPM) (Law in sod. 2005). Z opredelitvijo njej najpomembnejših dejavnosti in težav v izvajanju le teh, smo iz rezultatov testa načrtovali terapevtski program. Cilji obravnave so bili določeni glede na to, katerim aktivnostim je bolnica dala prednost.

Izpostavila je naslednje težave: rezanje hrane, urejanje frizure, hoja po stopnicah, kuhanje in šivanje gobelina, kar je razvidno v tabeli 1.

PROBLEM IZVAJANJA DEJAVNOSTI	POMEMBNOST	IZVEDBA	ZADOVOLJSTVO
rezanje hrane	10	1	1
urejanje frizure	10	3	1
hoja po stopnicah	10	6	7
kuhanje	6	1	1
šivanje gobelina	4	1	1

Tabela 1: Začetno ocenjevanje COPM

V individualno delovnoterapevtsko obravnavo, je bila bolnica vključena petkrat na teden po 60 minut. Glede na izbrane aktivnosti se je obravnava izvajala v prostorih delovne terapije, na oddelku v sobi bolnice in v prilagojeni kuhinji za izvajanje gospodinjskih aktivnosti.

Za samostojno in varno gibanje smo bolnico v začetni fazi opremili z ustreznim invalidskim vozičkom, ki ga je v nadaljevanju rehabilitacije sčasoma nadomestila sprehajalna palica. V terapiji smo se usmerili v izvajanje pripravljanih aktivnosti, z namenom vplivanja na izboljšanje tako motoričnih kot procesnih spretnosti. Nadaljevali smo z namenskimi aktivnostmi (npr. lupljenje zelenjave), ki so temeljile na težavah izpostavljenih v COPM-u. Funkcija zgornjega uda se je povrnila le delno (proksimalno v ramenskem sklepu). Zato smo v delovni terapiji s svetovanjem, s prilagoditvijo in uporabo različnih pripomočkov (npr. prilagojena deska za rezanje, prilagojene vezalke), omogočili ponovno in samostojnejšo izvedbo zelenih aktivnosti. Bolnica se je na ta način lahko uspešno začela vključevati tudi v razširjene dnevne aktivnosti v domačem okolju.

Z doseženo samostojnostjo v osnovnih DA in večjo mobilnostjo, se je proti koncu rehabilitacije pri bolnici vzpostavila želja po vključevanju v prostočasne aktivnosti.

Bolnica je v COPM-u pod aktivnosti prostega časa izpostavila različna ročna dela, med njimi šivanje gobelina. Za učinkovito izvajanje aktivnosti smo v prvi vrsti ustrezno pripravili okolje v katerem se je izvajala aktivnost. Omogočili smo ji aktiven sedeč položaj z ustrezno nastavljen višino mize in potreben material za izvedbo, na dosego rok. Uporabili smo lesen okvir, kamor smo pritrdili mrežasto platno z natisnjenim motivom (gobelin). Da okvirja ni bilo potrebno držati, smo uporabili višjo oporo (škaflo), kamor smo naslonili okvir in na ta način omogočili prosto funkcionalno roko. Bolnica je nato s potegom igle skozi prazne luknjice mrežastega platna poskušala zapolniti prazne prostorčke z izbrano barvno nitjo.

Med samo izvedbo so se pojavljale različne težave. Težave ji je povzročalo samo vodenje igle skozi prazne prostorčke, zato je igla pri vstavljanju še preden je preprijela iz prednje strani, izpadla iz prostorčka, zato je morala posamezne korake večkrat ponavljati. Pomagala si je tako, da je okvir naslonila nase in na ta način večkrat preverjala situacijo na zadnji strani ali pa z nagibanjem telesa v stran, kar je posledično povzročalo nepravilne vzorce gibanja. Okvir je bil na oporo le naslonjen, kar ji je omogočalo lažje prilagajanje in nameščanje okvirja glede na dano situacijo. Vendar se je zaradi tega ves čas premikal in oteževal samo delo, kar ji je vzelo kar nekaj časa in energije. Velike težave ji je predstavljalo tudi šivanje motiva na sredi in v oddaljenih zgornjih kotih. Pomoč je potrebovala tudi pri vdevanju niti v šivankino uho. Zaradi osredotočenosti na samo izvedbo je bila slabša pozornost tudi na okvarjeni zgornji ud. Pogosto ji je roka zdrsela z mize oz. z vidnega polja ali pa je bila v neustreznem položaju, kar bi ji dolgoročno lahko povzročalo dodatne bolečine in otekanje okvarjenega desnega zg. uda.

Težave, s katerimi se je bolnica srečevala med izvedbo, smo v delovni terapiji poskušali reševati z iskanjem različnih prilagoditev okolja in prilagoditvami aktivnosti. Poleg tega smo se posluževali različnih spletnih strani (npr. socialno omrežje Pinterest) z namenom iskanja najbolj ustreznih rešitev. Tu smo našli prilagojeno leseno stojalo za izdelovanje različnih ročnih del. V samo izdelavo omenjenega pripomočka so se bili pripravljeni vključiti bolničniki svojci, katerim smo predlagali na kaj naj bodo pozorni pri izdelavi pripomočka.

Izdelano stojalo je bilo enostavno za prenašanje, kar je bolnici omogočalo samostojno izbiro okolja za izvajanje aktivnosti. Nastavljivo je bilo po višini, s čimer se je dosegla ustrezna poravnava telesa in aktivno sedenje, kar je vplivalo na pravilnejše gibalne vzorce in varčevanje z energijo. Zaradi same funkcije vrtljivosti okvirja in nastavljivosti kotov je to bolnici omogočilo vpogled šivov tudi z zadnje strani, telesne drže pa tako ni bilo potrebno stalno spreminjati. Vdevanje niti v šivankino uho smo prilagodili z blazinico, kamor je vbodla šivanko to pa je šivanki dalo stabilnost in na ta način je bolnica lažje vdela nit. Preostale barvne niti in potreben pribor je imela zbrano v prenosni torbici, da so bile vedno pri roki.

Začetne težave so ji predstavljale izziv in motivacijo saj je z vključitvijo v to aktivnost dokazala sebi, da se kljub odsotni funkciji desnice zmore ponovno vključiti v prostočasne aktivnosti, ki jih je izvajala že pred boleznijo.

Cilj bolnice in delovnega terapevta je bil dosežen, saj je pridobljene spretnosti uspešno prenesla tudi v domače okolje. To potrjujejo tudi rezultati COPM testa ob zaključku rehabilitacije v URI-Soča, ki so prikazani v tabeli 2.

PROBLEM IZVAJANJA DEJAVNOSTI	ZAČETNO OCENJEVANJE		KONČNO OCENJEVANJE	
	IZVEDBA	ZADOVOLJSTVO	IZVEDBA	ZADOVOLJSTVO
rezanje hrane	1	1	1	1
urejanje frizure	3	1	6	8
hoja po stopnicah	6	7	8	5
kuhanje	1	1	7	10
šivanje gobelina	1	1	5	8

Tabela 2: Začetno in končno ocenjevanje COPM

RAZPRAVA

V delovni terapiji uporabljamo več modelov, med njimi tudi Kanadski model izvajanja dejavnosti (ang. Canadian Model of Occupational Performance) (CMOP) (Towsend in

Polatajko 2007), kjer gre za pristop usmerjen na posameznika. Proces delovnoterapevtske obravnave predstavljenega primera je temeljil na tem pristopu. Del tega modela je tudi ocenjevalni inštrument COPM (Law in sod., 2005), s katerim smo skupaj z bolnico opredelili najpomembnejše dejavnosti na vseh treh področjih funkcioniranja: skrb zase, produktivnost oziroma delo in prosti čas.

Bolnica je na začetku pričakovano zaznavala največ težav s področja skrbi zase (npr. urejanje frizure, hoja po stopnicah in rezanju hrane), sledile so širše dnevne aktivnosti (npr. kuhanje), ki so pogosto kompleksnejše in za učinkovito izvedbo potrebujejo več napora in spretnosti. Legg in sod. (2017) ugotavljajo, da s strategijami, ki vključujejo prilagoditve aktivnosti, izbiro prilagojenih pripomočkov in prilagoditev okolja prispevamo k izboljšanju samostojne in neodvisne izvedbe aktivnosti tudi v domačem okolju. Tako smo z dosego določene stopnje samostojnosti na področju osnovnih in širših dnevnih dejavnosti pri bolnici vzpodbudili željo po vključevanju v aktivnosti prostega časa. Te sicer ne predstavljajo osnove za preživetje, so pa ključnega pomena za dvig kakovosti življenja po možganski kapi (Gillen, 2016).

O'Sullivan in Chard (2010) navajata, da je ključnega pomena ohraniti edinstvene posameznikove pretekle, sedanje in prihodnje aktivnosti prostega časa. Delovni terapevti v praksi pogosto pozabimo na priložnost uporabe aktivnosti prostega časa kot pomembne namenske in smiselne aktivnosti že zgodaj v procesu rehabilitacije. Z njimi lahko dosežemo terapevtske cilje, ki smo si jih zastavili tekom terapije in jih bolnik lahko izvaja tudi v domačem okolju (O'Sullivan in Chard, 2010).

V kolikor bolnik nima spretnosti potrebnih za izvedbo aktivnosti prostega časa, se želimo aktivnost prilagoditi ali predlaga pripomoček, oziroma uporabi preostale zmožnosti, ki mu omogoča lažjo in samostojnejšo izvedbo (O'Sullivan in Chard, 2010). Tudi v našem primeru je bilo tako, kajti bolnica zaradi odsotne motorične funkcije zg. uda, ni zmogla več izvajati šivanja gobelina. Na kar kaže tudi njen stavek: B: *»Nisem si predstavljala, da lahko delam ročna dela. Vedno sem jih delala z obema rokama«*.

Vključenost v socialno mrežo in prostočasne aktivnosti je ključnega pomena za zdravje in dobro počutje, čemur ponovno potrjuje citat naše bolnice: B: *»Sem fokusirana na delo, ni mi treba več misliti, se ne matram, se spočijem. Razmišljam samo o gobelinu, o barvah s katero bom začela potem naprej«*.

Možnosti izbire tistih aktivnosti, ki so posamezniku pomembne, smiselne in pomenijo prioriteto v življenju, dokazano prispevajo k večji motivaciji, zadovoljstvu z izvedbo in sodelovanjem (Phipps in Richardson, 2007). B: *»Gobelin mi je naredil zadovoljstvo. Takrat pozabim na bolezen. Takrat se umirim«*.

ZAKLJUČEK

Možganska kap prizadene več področji človekovega delovanja in korenito spremeni življenje posameznika in njegovih bližnjih. Delovni terapevti v procesu rehabilitacije strmimo k celostnemu in na posameznika usmerjenemu pristopu, z uporabo smiselnih in namenskih aktivnosti. Izgubljena funkcija ni ovira za ponovno vključenost v aktivnosti prostega časa, saj lahko s prilagoditvijo aktivnosti in pripomočki omogočimo ponovno izvedbo in prenos aktivnosti v domačo okolje.

LITERATURA

- Gillen G (2016). Leisure Participation after Stroke. In: Gillen G, ed. Stroke rehabilitation: A Function-Based Approach, 4th ed. Missouri: Elsevier, 296-308.
- Hatem SM, Saussez G, Della Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D, Bleyenheuft Y (2016). Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Front Hum Neurosci* 10: 442.
- Kuluski K, Dow C, Locock L, Lyons RF, Lasserson D (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *Int J Qual Stud Health Well-being* 9: 22252.
- Law M, Baptiste S, Carsweel A, Mc Coll MA, Polatajko H, Pollock N (2005). The Canadian Occupational Performance Measure. 4th ed. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, Gladman JR, Corr S, Donkervoort M, Edmans J, Gilbertson L, Jongbloed L, Logan P, Sackley C, Walker M, Langhorne P (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ* 335: 922-9.
- 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.
- O'Sullivan C in Chard G (2010). An exploration of participation in leisure activities post-stroke. *Aust Occup Ther J* 57: 159-66.
- Park S, Park JY (2016). Grip strength in post-stroke hemiplegia. *J Phys Ther Sci* 28 (2): 677-9.
- Phipps S in Richardson P (2007). Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *Am J Occup Ther* 61: 328-34.
- Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F (2014). Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD010820.
- Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JC, Cup EH, van den Ende CH (2003). Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke* 34 (3): 676-87.
- Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007

BITI ALI NE BITI SAMOSTOJEN V VSAKODNEVNEM ŽIVLJENJU PO KIRURŠKEM ZDRAVLJENJU EPILEPSIJE

TO BE OR NOT TO BE INDEPENDENT IN EVERYDAY LIFE AFTER EPILEPSY SURGERY

Katja Angleitner Narobe¹, dipl.del.ter., MSc, asist.mag.Bogdan Lorber¹, dr.med.

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika

IZVLEČEK

Izhodišča: Namen raziskave je bil ugotoviti stopnjo samostojnosti v vsakodnevem življenju po kirurškem zdravljenju. **Metode dela:** V raziskavi je sodelovalo 45 oseb (22 žensk, 23 moških), ki so bile operirane med letoma 2002 in 2012. Uporabljen je bil vprašalnik, ki je bil sestavljen namensko za to študijo. Vseboval je teme kot so partnerski stan, družinske razmere, zaposlitev, vozniško dovoljenje in samostojno življenje. Osebe so primerjale stanje pred in po kirurškem zdravljenju. Rezultati so bili analizirani s SPSS z uporabo Wilcoxon Signed Rank Test. **Rezultati:** Rezultati so pokazali, da je bilo 86,7% oseb brez napadov po kirurškem zdravljenju ($p=0,000$), 77,8% je bilo samostojnih v vsakodnevem življenju ($p=0,000$), 84,8% je živelo v partnerski zvezi, 57,8% je imelo otroke ($p=0,366$). Manj oseb (62,2%) je bilo zaposlenih po kirurškem zdravljenju kot prej. Na splošno je bilo 77,8% oseb bolj zadovoljnih z življenjem kot prej. **Razprava:** Kirurško zdravljenje epilepsije daje upanje osebam z epilepsijo in njihovim svojcem. Raziskava je pokazala, da je večina teh oseb postala bolj samostojnih in bolj zadovoljnih z vsakodnevnim življenjem.

Ključne besede: kakovost življenja, vozniško dovoljenje, zaposlitev, družina.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to explore the patients' level of independence in the daily living activities after epilepsy surgery. **Methods:** The study sample consisted of 45 patients (22F, 23M) who underwent epilepsy surgery between 2002 and 2012. To assess the performance of daily living activities, a structured questionnaire was developed by the authors. The questionnaire enquired about the respondents' marital status, children, employment, driving licence, independent living, etc. The respondents assessed their abilities to perform daily living activities before and after the epilepsy surgery. The data obtained were analysed with SPSS for Windows by using Wilcoxon Signed Rank Test. **Results:** Results of the study show that 86.7% of the patients were seizure-free after the surgery ($p=0,000$), 77.8% were independent in everyday life ($p=0.000$), 66.7% were allowed to drive ($p=0.001$), 84.4 % lived in a partnership, 15.5% were single or divorced, 57.8 % had children ($p=0.366$). Fewer persons (62.2%) were employed after the surgery than before. In general, 77.8 % of the patients were more satisfied with their life after the surgery. **Discussion and conclusion:** Epilepsy surgery raised expectations in patients and their relatives. The study results indicate that the patients with medically intractable epilepsy can benefit from epilepsy surgery. Most of the patients have become more independent and the quality of their life has improved.

Key words: quality of life, driving licence, employment, family.

IZHODIŠČA

Epilepsija je pogosta kronična bolezen, ki prizadene 1% ljudi vseh starosti, ras (WHO, 2018) in ekonomskih razmer (Baker in sod., 1999).

Negotova in nepredvidljiva narava bolezni povzroča stigmo, nižjo samozavest, lahko tudi depresijo (Shackelton et al., 2003). Predstavlja breme družini in sami osebi (Osborne Shafer, Dilorio, 2004). Vpliva na zaposlitev, socialno življenje in občutek dobrega počutja. O'Donoghue in sod. (1998) pa omenjajo, da predstavlja kontrola napadov velik problem.

Epilepsija se lahko zdravi z zdravili. V kolikor je bolezen rezistentna na zdravila, pa je mogoča operacija. Kirurško zdravljenje se je začelo v začetku prejšnjega stoletja. V 80. in 90. letih prejšnjega stoletja pa je doživelo velik vzpon (Weiner, Sirven, 2013). Kakorkoli, kirurško zdravljenje lahko odpravi napade, to pa še ne pomeni, da se dvigne kakovost življenja. Možni so tudi zapleti kot so izguba spomina, nezmožnost govora, možganska kap. Zaradi takšnih ali hujših zapletov, niso vse osebe z epilepsijo primerne za kirurško zdravljenje (Baxendale in Thompson, 1996; Langfitt in Wiebe, 2008).

Veliko raziskav je bilo narejenih na temo kakovosti življenja pri osebah z epilepsijo (Baker in sod. 1999; O'Donoghue in sod., 1998; Taylor in sod., 2001) pred in po kirurškem zdravljenju (Selai in sod., 2000; Wilson in sod., 1999;). Avtorji navajajo kako pomembna so pričakovanja pred operacijo (Wheelock in sod., 1998; Wilson in sod., 1999; Taylor in sod., 2001; Barioni Salgado in sod., 2008). Ta po navadi izražajo življenje brez napadov, možnost zaposlitve, vožnje avtomobila in lažje vključevanje v družbo (Baxendale in Thompson, 1996; Wilson in sod., 1999). Nekateri avtorji tudi navajajo, da imajo družinski člani pogosto večja pričakovanja kot same osebe z epilepsijo (Angleitner in Lorber, 2008; Wilson in sod., 2001).

V Sloveniji obstaja program kirurškega zdravljenja na zdravila neodzivne epilepsije od leta 2002. Do 1. junija 2018 je bilo operiranih 87 oseb z epilepsijo. Operacije se izvajajo v tujih centrih za epilepsijo (dokumentacija UKCLJ, Nevrološka klinika, Bogdan Lorber dr.med.). Študija je bila odobrena s stani Etične komisije za medicinsko etiko.

METODE DELA

Med leti 2002 in 2012 je bilo operiranih 55 oseb z epilepsijo. Za namen študije so bili vabljeni na kontrolni pregled k nevrologu, na nevropsihološko testiranje in delovnoterapevtsko obravnavo. Na delovno terapijo se je odzvalo 45 oseb (22 Ž, 23M). Stari so bili med 25 - 62 let (M 40,29, SD 7,968). Ocenjeni so bili od 1,5 leta do 12 let po operaciji (M 5,32 let; SD 3,0029)

Uporabljen je bil vprašalnik, ki je bil sestavljen posebej za to študijo. Dosegljivi vprašalniki na temo kakovosti življenja pri osebah z epilepsijo (QOLIE -10, -31, -89) niso bili uporabni, ker niso vsebovali informacij relevantnih za to študijo.

Vprašalnik je bil razdeljen na 3 sklope: 1. splošni del (demografski podatki), 2. volja/interesi (odprta vprašanja), 3. psihosocialni vidik. V prvem sklopu so primerjali situacijo pred in po operaciji (partnerski stan, zaposlitev, voziško dovoljenje, odvisnost od drugih, interesi, ...). Sklopi so bili določeni glede na izkušnje iz preteklih obravnav oseb z epilepsijo.

Rezultati so bili analizirani s SPSS z uporabo Wilcoxon Signed Rank Test.

REZULTATI

Rezultati zajemajo analizo delovnoterapevtskega vprašalnika.

Analiza je pokazala kakšne so bile razlike pred in po operaciji. Samostojnih je bilo 64, 5% več oseb, voziško dovoljenje je pridobilo 26,7%, zaposlenih pa je bilo 4,1% manj oseb (izguba službe, upokojitev) (Tabela 1.).

	Pred operacijo	Št.	Po operaciji	Št.
Samostojnost	13,3%	6	77,8%	35
Vozniško dovoljenje	40%	18	66,7%	30
zaposlitev	66,7%	30	62,6%	28

Tabela 1: Razlike v samostojnosti pred in po operaciji.

43 oseb je izpostavilo motive za kirurško zdravljenje, 2 osebi pa sta bili brez. Največ jih je izpostavilo življenje brez napadov, sledila je zaposlitev, voziško dovoljenje in višja kakovost življenja (Tabela 2.). Posamezniki so tudi izpostavili družino, družbo, nove hobije in samozavest.

Motivi za operacijo	Število oseb (%)
Brez napadov	17 (37%)
Zaposlitev	9 (20%)
Vozniški izpit	7 (15,5%)
Višja kakovost življenja	7 (15,5%)

Tabela 2: Motivi za operacijo.

Po operaciji je bilo 86,7% (N 39) oseb brez napadov ($p=0,000$). 77,8% jih je izrazilo večje zadovoljstvo v vsakodnevnem življenju ($p=0,000$). 66,7% oseb je doseglo pričakovanja, zastavljenja pred operacijo (Tabela 3.). Tri osebe (6,7%) niso izpostavile doseženih ciljev.

Doseženi cilji po operaciji	Število oseb (%)
Vozniško dovoljenje	12 (26,7%)
Večje zadovoljstvo	8 (17,8%)
Večja samozavest	5 (11,1%)
Služba	5 (11,1%)
Izobraževanje (dokončati šolanje)	5 (11,1%)
Družina	3 (6,7%)

Tabela 3: Doseženi cilji po operaciji.

Operacija je vplivala tudi na partnerske odnose in ustvarjanje družine. Več oseb (84,4%) je bilo poročenih oz. v partnerskem odnosu, kakor tudi več si jih je ustvarilo družino (57,8) (Tabela 4.)

	Pred operacijo		N	Po operaciji	N
Zakonski stan	Poročen/partner	77,8%	35	84,4%	38
	Ločen/samski	22,2%	10	15,5%	7
Otroci		48,9%	22	57,8%	26

Tabela 4: Partnerski odnosi in ustvarjanje družine.

Osebe so tudi poročale o večji komunikativnosti (66,7%), o lažjem sklepanju prijateljstev (57,8%) in o tem, da imajo več energije (82,2%). Petindvajset oseb (55,6%) je izpostavilo nove hobije s katerimi so se začeli ukvarjati: športne aktivnosti (telovadba, sprehod, tenis, namizni tenis, smučanje,...), kreativne tehnike (kvačkanje, risanje na steklo, igranje instrumentov) in socialne interakcije (obisk koncertov, učenje tujih jezikov,...).

RAZPRAVA

Študija je pokazala, da operacija pripomore k samostojnosti v vsakodnevnem življenju. Večina je dosegla cilje zastavljenja pred operacijo.

Obremenjenost oseb z epilepsijo in njihovih svojcev vpliva na njihov vsakdan. Občutek odvisnosti od tuje osebe vpliva na njihovo razpoloženje. Tako tuji kot slovenski avtorji navajajo odvisnost oseb z epilepsijo pri prevozi, omejene so pri sami izbira poklica in kasnejše zaposlitve oz. potrebujejo stalno spremstvo kamorkoli gredo. (Osborne Shafer in Dilorio, 2004, Shackleton in sod., 2003; Vrba, 2000; Fatur-Videtič, 2000, Molan, 2000).

Pomemben faktor v samostojnosti v vsakodnevnom življenju oseb z epilepsijo predstavlja vožnja avtomobila. Hamiwka in sod. (2011) navajajo, da sposobnost opravljanja motornega vozila ima pomemben vpliv na zaposlitev in socializacijo. Ta vidik je se pokazal kot eden izmed pomembnih ciljev za nivo samostojnosti tudi v naši študiji.

Kot že navedeno, operacija pozitivno vpliva na osebe z epilepsijo in njihove svojce. Barioni Salgado in sod. (2008) navajajo kako pomembna je motivacija za operacijo in zastavljeni cilji, ki jih osebe želijo doseči po operaciji. Taylor in sod. (2001) so se v svoji študiji spraševali kaj si osebe z epilepsijo resnično želijo, ko bodo brez napadov ali so to njihove želje ali sugestije svojcev. Poleg tega pa je pomembno dolgoročno spremljati osebe z epilepsijo po operaciji ali so dosegli svoje cilje ali ne (Barioni Salgado in sod., 2008).

Začetno obdobje po operaciji oz. navajanje operiranih in njihovih svojcev na novonastalo situacijo lahko privede do trenj v družini (Langfitt in sod., 1999; Wilson in sod., 2011). Wilson in sod. (2011) v svoji študiji poročajo, da imajo v obdobju enega leta po operaciji operirani težave na prilagajanje življenju brez napadov, spremeni se družinska dinamika in pojavljajo se težave pri socializaciji. Kot poroča Tanriverdi s sod. (2008) je zaradi tega potreben čas, da se oseba po operaciji vedno bolj začne zavedati novih pričakovanj in potreb, kar vpliva tudi na samo vedenje. Wilson in sod. (2001) tudi poročajo, da se lažje prilagodijo tiste osebe, ki so bile pred operacijo manj prizadete. Za dejansko zaznavo sprememb po operaciji glede na raziskave (Selai in sod., 2000; Baxendale, 2008; Hawinka in sod., 2011) sta potrebni vsaj 2 leti. Biti brez napadov po operaciji najverjetneje predstavlja spodbudo osebi, da se nauči biti zdrava (Wilson in sod., 2001), to po meni, da ne pričakuje epileptičnih napadov.

Baxendale in sod. (2008) navajajo, da osebe z manj napadi po operaciji ostajajo stigmatizirane, ker so še vedno nezmožne vožnje avtomobila in posledično nesamostojne.

V bodoče bi bilo dobro dolgoročno spremljati osebe z epilepsijo pred in po operaciji, da se zazna dejanska sprememba prilagajanja na novo stanje (biti brez napadov, z manj napadi, nespremenjeno stanje ali pa se stanje poslabša).

SKLEP

Kirurško zdravljenje epilepsije pripomore k večji kakovosti življenja. Rezultati tujih in slovenske študije so pokazali, da je večina oseb z epilepsijo bila brez napadov. Postali so samostojni v vsakodnevnom življenju, poiskali nove aktivnosti in se lažje vključili v družbo.

LITERATURA

- Angleitner K, Lorber, B. (2008). Psychosocial outcome after epilepsy surgery. 4th Epilepsy Colloquium Erlangen. Therapeutic Strategies: New Treatment Approaches Monitoring and Study Designs, Erlangen, Germany.
- Baker, GA; Brooks, J; Buck, D; Jacoby, A. (1999). The Stigma of Epilepsy: A European Perspective. *Epilepsia* 41(1): 98-104.
- Barioni Salgado PC, Fernandes PT, Cendes F. (2008). Pre-surgery expectations and post-surgery life-changing validation process. *Epileptic Disord.* 10(4): 290-296.
- Baxendale SA; Thompson PJ. (1996). "If I Didn't Have Epilepsy...": Patient Expectations of Epilepsy Surgery. *J.Epilepsy* 9(4): 274-281.
- Baxendale S. (2008). The impact of epilepsy surgery on cognition and behavior. *Epilepsy & Behavior* 12(4): 592-599.

- Fatur-Videtič, A. (2000). Poklicna rehabilitacija ljudi z epilepsijo. *Med razgl.* 39(s. 10): 83-87.
- Hamiwka L; Macrodimitis S; Tellez-Zenteno JF; Metcalfe A; et al. (2011). Social outcome after temporal or extratemporal epilepsy surgery: A systematic review. *Epilepsia* 52(5): 870-879.
- Langfitt JT; Wood BL; Brand KL; Brand J; Erba G. (1999). Family Interactions as Targets for Intervention to Improve Social Adjustment After Epilepsy Surgery. *Epilepsia* 40(6): 735-744.
- Langfitt JT; Wiebe S. (2008). Early surgical treatment for epilepsy. *Curr.Opin.Neurol.* 21(2): 179-83.
- Molan M.(2000). Možnost zaposlovanja v modernih delovnih okoljih (*Employment Opportunities in Modern Working Environments*). *Med razgl.* 39(s. 10):77-81.
- O'Donoghue, MF; Duncan, JS; Sander, JWAS. (1998). The subjective handicap of epilepsy. A new approach to measuring treatment outcome. *Brain* 121: 317-343.
- Osborne Shafer, P., Dilorio, C. (2004). Managing Life Issues in Epilepsy. *Epilepsia* 10(4): 138-156.
- Selai, CE; Elstner, K; Trimble, MR. (2000). Quality of life pre and post epilepsy surgery. *Epilepsy Research* 38: 67-74.
- Shackleton, DP; Kasteleijn-Nolst Trenite, DGA; de Craen, AJM; Vanderbroucke, JP; et al. (2003). Living with epilepsy. Long-term prognosis and psychosocial outcomes. *Neurology* 61(1 of 2): 64-70.
- Tanriverdi T; Poulin N; Olivier A.(2008). Psychosocial Status before and after Temporal Lobe Epilepsy Surgery: A Prospective Clinical Study. *Neurosurgery* 62(5): 1071-1079.
- Taylor, DC; McMackin, D; Staunton, H; Delanty, N; Phillips, J. (2001). Patients' Aims for Epilepsy Surgery: Desires Beyond Seizure Freedom. *Epilepsia* 42(5): 629-633.
- Vrba, L. (2000). Najpogostejše psihosocialne težave. *Pet* 53(11): 25-27.
- Weiner HL. Sirven JI. (2013). *Surgery*. URL: <https://www.epilepsy.com/learn/treating-seizures-and-epilepsy/surgery>. (Citirano 6.6.2018).
- Wheelock I, Peterson C, Buchtel HA. (1998). Presurgery Expectations, Postsurgery Satisfaction, and Psychosocial Adjustment After Epilepsy Surgery. *Epilepsia* 39(5): 487-494.
- WHO (2018). URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>. (Citirano 6.6.2018).
- Wilson, SJ; Saling, MM; Kincade, P; Bladin, PF. (1998). Patient Expectations of Temporal Lobe Surgery. *Epilepsia* 39(2): 167-174.
- Wilson, S; Bladin, P; Saling, M. (2001). The "burden of normality": concepts of adjustment after surgery for seizures. *JNNP* 70: 649-656.
- Wilson SJ; Bladin PF; Saling MM; McIntosh AM; Lawrence JA. (2001) The longitudinal course of adjustment after seizure surgery. *Seizure* 10(3): 165-172.
- Wilson, SJ; Bladin, PF; Saling, MM. (2007). The burden of normality: A framework for rehabilitation after epilepsy surgery. *Epilepsia* 48(suppl.9): 13-16.
- Wilson SJ; Wrench JM; McIntosh AM; Bladin PF, Berkovic SF. (2010) Profiles of psychosocial outcome after epilepsy surgery: The role of personality. *Epilepsia* 51(7): 1133-1138.

VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA PRI BOLNIKI Z AMIOTROFIČNO LATERALNO SKLEROZO

THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN PATIENTS WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS

Marta Vidmar¹, dipl. del. ter., Alma Hukić¹, dipl. del. ter., Polona Rogelj¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Amiotrofična lateralna skleroza (ALS) je neozdravljiva, hitro napredujoča nevrodegenerativna bolezen s prevladujočo okvaro motoričnih nevronov. Kaže se s progresivno šibkostjo mišic. Bolnik hitro postane odvisen od pomoči druge osebe. S pregledom medicinske dokumentacije nas je zanimalo, koliko obolelih sprejmemo na Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, multiplo skleroza in drugimi nevrološki obolenji na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Slovenije - Soča (URI - Soča), obolevnost po spolu in starosti in kateri medicinski pripomočki (MP), ki jih predpisujemo v delovni terapiji so najbolj aktualni. Prispevek želi izpostaviti tudi najbolj pogoste težave s katerimi se srečujemo delovni terapevti pri obravnavi bolnikov z ALS. **Metoda dela:** Prispevek prikazuje pregled podatkov bolnikov z ALS v obdobju treh let od 2014 do 2017. V tem času je bilo na kompleksno rehabilitacijo sprejetih 31 bolnikov z ALS, s povprečno starostjo 61 let, od tega 17 moških in 14 žensk. Uporabljeni so bili ocenjevalni inštrumenti: Kanadski test izvajanja dejavnosti (COPM), dinamometrija, pri nekaterih tudi Test devetih zatičev (ang. Nine hole peg test- NHT). **Rezultat:** Analiza dinamometrije in NHT je pokazala, da bolniki na rehabilitacijo prihajajo v različnih fazah bolezni. Delovnoterapevtska obravnava je bila individualna, usmerjena na posameznika. Pri testu COPM se je pokazala želja bolnika in svojcev po ohranjanju samostojnosti ali po predpisu medicinskih pripomočkov (MP), ki bi zagotavljali višjo kakovost pri vsakodnevnih aktivnostih bolnikov z ALS. Bolniki so glede na stadij bolezni potrebovali različne pripomočke. **Sklep:** Ustrezni pripomočki ob pravem času izboljšajo kakovost življenja bolnikov z ALS. Pri predpisovanju pripomočkov se pojavljajo ovire glede dostopnosti in upravičenosti s strani zavarovalnice, izbira MP je odvisna tudi od tega, kako bolnik in svojci sprejemajo bolezen. **Ključne besede:** ALS, delovna terapija, medicinski pripomočki, kakovost življenja, dnevne aktivnosti

ABSTRACT

Introduction: Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) is an incurable, rapidly progressive neurodegenerative disease with a predominant impairment of motor neurons. The main symptom of the disease is a progressive muscle weakness. The patients quickly become dependent on other persons' help. Medical documentation was reviewed in order to determine the number, age and gender of the patients admitted to the Department for Rehabilitation for Patients After Traumatic Brain Injury, Multiple Sclerosis and Other Neurological Disorders at the University Rehabilitation Institute of Slovenia - Soča (URI - SOČA). The aim of the study was to show which adaptive equipment is prescribed by occupational therapists and to highlight the most common problems during treatment of ALS patients. **Methods:** The article presents a data overview of patients with ALS over a period of three years, from 2014 to 2017. During this time, 17 male and 14 female ALS patients (n= 31) were admitted to a complex rehabilitation programme. The average age of patients was 61 years. The assessment tools included the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Dynamometry, and, in some cases, the Nine Hole Peg Test (NHT). **Results:** Analysis of Dynamometry and NHT showed different initial functional states of the patients. The individualised occupational

therapy was tailored to the patient's needs. According to the COPM results, the patients and their families wish to maintain the patient's independence in the activities of daily living or to obtain a prescription for adaptive equipment to preserve the quality of life. Depending on the stage of their disease, the patients needed various kinds of aids. **Conclusion:** Appropriate devices at the right time improve the quality of life of ALS patients. Oftentimes, there are problems with accessibility and eligibility for reimbursement for the prescribed adaptive equipment. The choice of the medical devices depends also on the patient's and their family's acceptance of the disease.

Key words: ALS, adaptive equipment, quality of life, occupational therapy, activity of daily living

IZHODIŠČA

ALS spada med živčno-mišične bolezni (ŽMB). Prvi jo je opisal francoski nevrolog Jean Martin Charcot že leta 1874. Je najtežje potekajoča med ŽMB. Zanj je značilna izguba motoričnih nevronov v možganski skorji, možganskem deblu in hrbtenjači (Zupan, 2010). Bolezen se praviloma pojavlja med 50. in 60. letom starosti z značilnimi simptomi, kot so mišična šibkost, atrofija in mišična paraliza (Vrabec in Ravnik- Glavač, 2015). Smrt nastopi zaradi respiratorne insuficience.

Natančni vzroki za nastanek bolezni niso povsem raziskani, možni vzroki so lahko oksidativni stres, okoljski dejavniki (Bučuk in sod., 2014), hereditarnost, spol, kajenje, izpostavljenost svincu. Zadnje študije kažejo, da je eden od razlogov za nastanek tudi služba vojaka (Bansal in sod., 2015). Pri približno polovici bolnikov z ALS nastopi smrt v treh do štirih letih po začetku simptomov in znakov, 10 do 15 % preživi več kot 10 let (t.i. benigna oblika ALS) (Jedlička in Pražnikar, 2016).

Od pojava prvih simptomov bolezni pa do postavitve diagnoze najpogosteje mine eno leto (Phukan in sod., 2009). Prvotni znaki in simptomi, se kažejo kot mišična oslabeleost ene noge, roke ali jezika. Oslabeleost se počasi širi na obe roki in nogi. Zgodnji znaki, ki se še pojavljajo so mišične fascikulacije. Kasneje, ko bolezen napreduje se pojavijo tudi dizartrijska, disfagija, težave z dihanjem, spastičnost, kontrakture, bolečine (Jenkins in sod., 2014). V zgodnjih stadijih bolezni se lahko pojavi tudi ohromelost ekstenzorjev vratu oz. dropped head syndrom. Bolnik v tem primeru ne zmore poravnave glave, zaradi tega se pojavijo motnje hranjenja in požiranja, poleg tega bolniki razvijejo občutek sramu in posledično socialno izoliranost (Gouri –Devi in sod., 2003). Bolniki praviloma nimajo težav s senzoriko, redko se pojavljajo težave na področju kognicije. Kljub vsej mišični oslabeleosti zmorejo nadzorovati motoriko oči in imajo kontrolo pri zadrževanju blata in urina (Bansal in sod., 2015). Bolniki prejemajo zdravilo Riluzol (Rilutek), ki bolezen upočasni, ne zavre pa njenega napredka.

Rehabilitacija bolnikov z ALS je proces usmerjen v optimizacijo funkcije in izboljšanje kakovosti življenja. Čeprav je ALS neozdravljiva bolezen, lahko rehabilitacija pripomore, da oseba še naprej vzdržuje funkcionalno stanje, omili simptome in živi polno življenje kljub zavedanju, da gre za težko bolezen za katero ni zdravila (Majmudar in sod., 2014)

Več študij omenja pomembnost multidisciplinarnega tima. Bolniki z ALS, ki so vključeni v multidisciplinarno oskrbo, živijo dlje in bolj kakovostno (Jedlička in Pražnikar, 2016). Na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, multiplo sklerozi in drugimi nevrološkimi obolenji URI – Soča poteka kompleksna rehabilitacija bolnikov z ALS, ki poleg delovne terapije vključuje še obravnavo v fizioterapiji, respiratorni fizioterapiji, logopediji. Vključujeta se tudi socialni delavec in psiholog. Na oddelku zanj skrbijo zdravstveni tehniki in diplomirana medicinska sestra.

Lewis in sod. (2007) navajajo pomembnost delovne terapije v procesu rehabilitacije bolnikov z ALS. Delovni terapevti z oceno funkcijskega stanja in kasnejšo obravnavo pomembno pripomorejo h kakovosti življenja z ustreznimi pripomočki za gibanje, adaptacijo aktivnosti, prilagoditvami domačega okolja in nenazadnje tudi z edukacijo bolnika in svojcev o primernih vajah (Lewis in sod. 2007), ki vplivajo na mišično-skeletne komponente in s tem preprečujejo nastanek komplikacij.

Ustrezni ocenjevalni inštrumenti na ravni aktivnosti in na ravni dejavnosti nam dajo vpogled v bolnikove zmožnosti, da dobimo smernice za postavitev ciljev v delovnoterapevtski obravnavi. Glavni cilj je vzdrževanje čim večje samostojnosti in funkcionalne mobilnosti (Lewis in sod. 2007). Oprema z ustreznimi pripomočki za lažje in varnejše opravljanje dnevnih aktivnostih v začetnih fazah bolezni do neke mere bolniku zagotavlja samostojnost, kasneje, ko bolezen napreduje pa omogočajo svojcem in negovalnemu osebju lažjo skrb za onemoglega bolnika. Izbira pripomočka je poleg funkcijskega stanja zelo odvisna tudi od arhitektonskih dejavnikov v domačem okolju, socialnega statusa in morda najpomembnejšega faktorja: bolnikovega spoprijemanja z boleznijo.

Pripomočki so se izkazali za zelo učinkovite pri varčevanju z energijo pri bolnikih z ALS, obenem pa jim zagotavljajo določeno stopnjo samostojnosti (Lewis in sod., 2007). Vrste pripomočkov bi lahko razdelili na posamezna področja glede na to za kakšen namen se uporabljajo. V tabeli 1 so naštetih pripomočki, ki so testirani s strani delovnih terapevtov. Ostali pripomočki, ki so za bolnike tudi pomembni, testirajo drugi strokovnjaki (logopedi, respiratorni fizioterapevti).

Pri predpisovanju pripomočkov vedno izhajamo iz trenutnega funkcijskega stanja bolnika. Pri tem se srečujemo s številnimi težavami kot so dolgotrajni postopki pridobitve nekaterih pripomočkov, cenovna dostopnost, pomanjkanje prostora domačem okolju, zanikanje bolezni, omejen čas trajanja rehabilitacije. Jedlička in Pražnikar (2016) ugotavljata, da bolniki z ALS nekatere pripomočke ocenjujejo bolje in jim prinašajo več zadovoljstva. Med zelo pomembne se štejejo kopalniški pripomočki, deske za presedanje in vozički na elektromotorni pogon. V napredovalnih fazah je zelo pomembno nameščanje bolnika v vozičku in postelji. Ustrezna podpora telesa pri sedenju vozičku zmanjšuje porabo energije za vzravnavo in vzdrževanje pokončnega položaja telesa, omogoča uporabo rok, lažje dihanje, hranjenje, preprečuje bolečino v hrbtnem delu in druge deformacije, omogoča interakcijo z okoljem. Po potrebi voziček z različnimi nakloni zagotavlja počitek in zmanjšuje spastičnost. Za preprečevanje kontraktur prstov in zapestja se lahko izdelajo individualne opornice običajno iz termoplastičnih materialov. Pri oslabljenih mišicah iztegovalk vratu so na voljo različne vratne opornice, ki vzdržujejo glavo v pokončnem položaju.

Bolniki v delovni terapiji kot pomembno izpostavljajo ohranjanje spretnosti in moči v zgornjih ekstremitetah. Veliko se jih je pred diagnozo v prostem času ukvarjalo s športom, zato so jim tovrstne aktivnosti zelo pomembne. Mnenja ali so aktivnosti za ohranjanje ali morda celo izboljšanje finomotoričnih spretnosti, koordinacije in moči učinkovite, so deljena. Po drugi strani nekatere študije navajajo, da zmerna telesna aktivnost bolezen upočasni in podaljša preživetje (Majmudar in sod., 2015).

Ker smo v nekem obdobju zasledil trend naraščanja sprejetih bolnikov z ALS na naš oddelek, smo si zastavili več vprašanj: Koliko bolnikov z ALS obravnavamo na oddelku? Ali moški zbolevajo pogosteje kot ženske? Za katere MP v delovni terapiji se bolniki najpogosteje odločajo? Namen prispevka je odgovoriti na zgoraj zastavljena vprašanja ter izpostaviti najbolj pogoste težave, s katerimi se srečujemo delovni terapevti pri obravnavi bolnikov z ALS.

Tabela 1: Primeri pripomočkov, ki jih testira delovni terapevt

Namen:	Primer
Pripomočki za oblačenje in obuvanje	pripomoček za obuvanje nogavic, pripomoček za zapenjanje gumbov, zapenjanje z velcro trakovi, žlica za obuvanje z dolgim ročajem
Pripomočki za pripravljanje obrokov in hranjenje:	deske za rezanje, prilagojeni noži, žlice s prilagojenim ročajem, neдрseča podlaga, krožnik z visokim robom, skodelice s posebnim ustnikom in pokrovom ki preprečuje polivanje, uporaba slamice pri pitju, uporaba lažjega pribora
Pripomočki za osebno nego in higieno:	električne zobne ščetke, električni birvniki, krtače in glavniki s podaljšanim ročajem, individualno izdelani nastavki za lažji prijem
Pripomočki za transfer:	deske za premeščaje, sobno dvigalo, stropno dvigalo
Pripomočki za mobilnost:	vozički na ročni pogon, električni skuterji, vozički na elektromotorni pogon, počivalnik, stopniščni vzpenjalci, dvigala, klančine
Pripomočki za nameščanje in počitek:	bolniška postelja, sedežne blazine, posteljne blazine za preprečevanje preležanin
Sanitarni pripomočki:	nastavek za toaletno školjko, toaletni stol, sedež za tuš kabino, sedež za kopalno kad, kopalniško dvigalo, različna držala, ki se namestijo na steno
Branje in pisanje:	stojala, mize z nagibom, pripomoček za obračanje strani, nastavki z pisanje, individualno izdelani pripomočki za pisanje, uporaba računalnika in posebnih računalniških pripomočkov in programov.
Opornice za roko in vrat:	položajne, opornice ki preprečujejo hiperekstenzijo MCP sklepov (anticlaw) volarne, oponens oporornica, ki drži palec v abdukciji in opoziciji

METODE

Raziskava je zajemala pregled in analizo interne medicinske dokumentacije od januarja 2014 do vključno junija leta 2017. Pri večini bolnikov so bili na začetku obravnave uporabljeni standardizirani ocenjevalni inštrumenti, s katerimi smo želeli oceniti funkcionalno stanje bolnika in izvedeti, kateri MP bodo bolniku zagotovili največjo kakovost življenja v domačem okolju.

Uporabljeni ocenjevalni inštrumenti:

- Dinamometrija izmeri moč stiska roke. Testiranec prime dinamometer v roko in stisne kolikor zmore. Izmeri se trikrat, upošteva se povprečna vrednost treh meritev. Test je standardiziran. Izdelani so normativi po starosti za zdravo žensko in moško populacijo (Mathiowetz in sod., 1985).
- Test devetih zatičev NHT (ang. Nine Hole Peg test) ocenjuje finomotorične spretnosti. Je relativno enostaven za izvedbo. Obsega ploščo, kjer je na eni strani prostor za shranjevanje valjastih paličic, na drugi strani je 9 lukenj. Naloga testiranca je, da kar najhitreje 9 paličic razvrsti v devet lukenj. Najprej se ocenjuje dominantna roka. Test je standardiziran, izdelani so normativi po starosti za zdravo žensko in moško populacijo (Mathiowetz in sod., 1985).
- Kanadski test izvajanja dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure, COPM) je standardiziran test v obliki polstrukturiranega intervjuja s katerim delovni terapevt skupaj s pacientom opredeli dejavnosti, ki so zanj pomembne. Dejavnosti so razdeljene na področje skrbi zase, produktivnosti in prostega časa. Pomembnost oceni s številčno lestvico 0-10 (0 najmanj pomembna, 10 zelo pomembna). V naslednjem koraku ocenjuje izvedbo aktivnosti prav tako z lestvico 0-10 (0 ne more izvesti, 10 izvede zelo dobro), nazadnje bolnik

oceni svoje zadovoljstvo z izvedbo aktivnosti z ocenami 0-10 (0- nezadovoljen, 10 zelo zadovoljen). Rezultati testa so zelo pogosto odvisni od bolnika samega, kognitivnih sposobnosti, njegovega razumevanja in sprejemanja bolezni (Ocepek in sod, 2017).

Obravnava

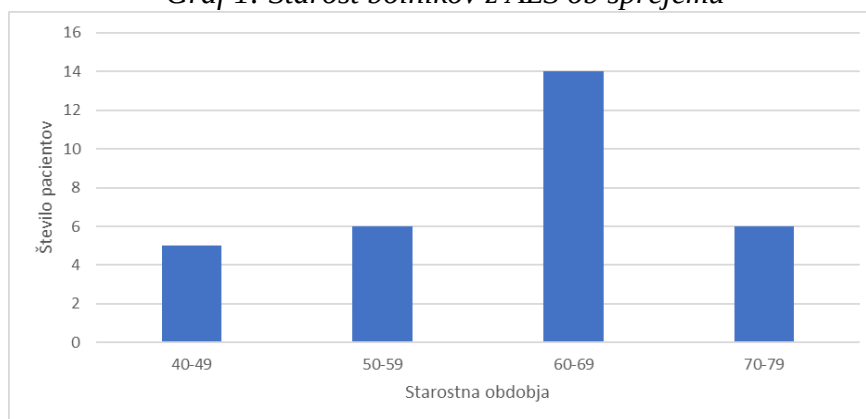
Bolniki so bili sprejeti na tritedensko kompleksno rehabilitacijo. Individualno, je bila rehabilitacija podaljšana ali skrajšana. Obravnavani so bili multidisciplinarno, tim so poleg delovnih terapevtov sestavljali fizioterapevt, respiratorni fizioterapevt, logoped, psiholog, socialni delavec, zdravstveni tehniki, medicinska sestra in zdravnik. Obravnava v delovni terapiji je potekala petkrat tedensko 45 min. Kadar so bili bolniki močno utrujeni, je bila terapija zaključena predčasno. Individualno je pri nekaterih potekal trening dnevnih aktivnosti (npr. transfer, oblačenje zgornjega dela, obuvanje čevljev in nogavic...), tisti, ki so zmogli, so izvajali pripravljene aktivnosti za izboljšanje finomotoričnih spretnosti, koordinacije in splošne kondicije z navodilom, da ko začutijo utrujenost, z aktivnostjo prenehajo in si vzamejo nekaj minut za počitek. Pri nekaterih je bolezen že tako napredovala, da sami niso mogli izvajati aktivnosti. Pri teh je bila delovnoterapevtska obravnava usmerjena v pravilno nameščanje na vozičku in vzdrževanje sklepne in mišične gibljivosti.

REZULTATI

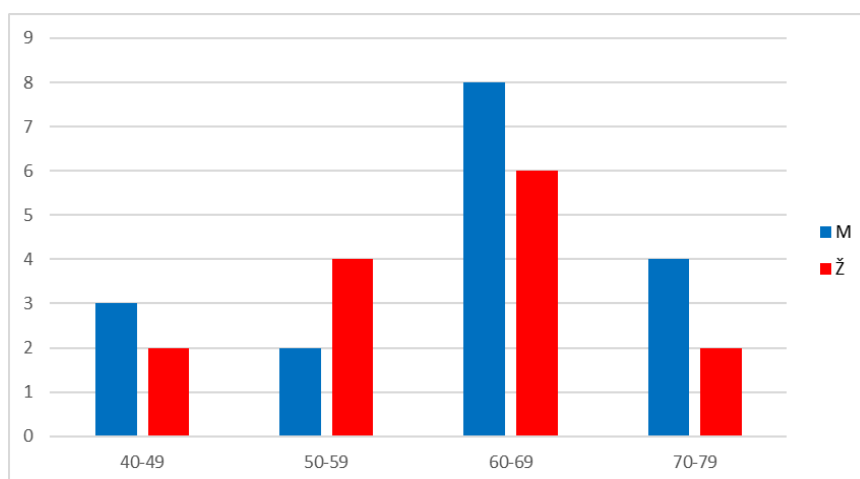
V letih od januarja 2014 do junija 2017 je bilo na Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji, URI - Soča sprejetih 31 bolnikov z ALS, v različnih stadijih bolezni. Bolniki so bili stari od 40 do 79 let, povprečna starost je bila 61 let. Največ bolnikov je bilo v starostnem obdobju 60-69 let, kar je razvidno v grafu 1. Moških je bilo 17, žensk pa 14.

Z dinamometrijo in NHT testom smo želeli oceniti funkcionalno zmožnost bolnikov z ALS. Moč prijema nam lahko pove, ali je nekdo sposoben sodelovanja v vsakodnevni opravi v domačem okolju. Dinamometrija je pri večini pokazala zmanjšano mišično moč. Povprečna vrednost stiska ob sprejemu v desni roki je bila 11,38kg, v levi roki 10,67kg. Ob odpustu je bila povprečna vrednost v desni roki 11,77kg in v levi roki 11,16 kg. Pri tistih bolnikih, ki so bili sposobni izvesti NHT, so se pokazale slabe finomotorične spretnosti oz. odsotnost le teh. Ena stran telesa je bila običajno manj spretna kot druga.

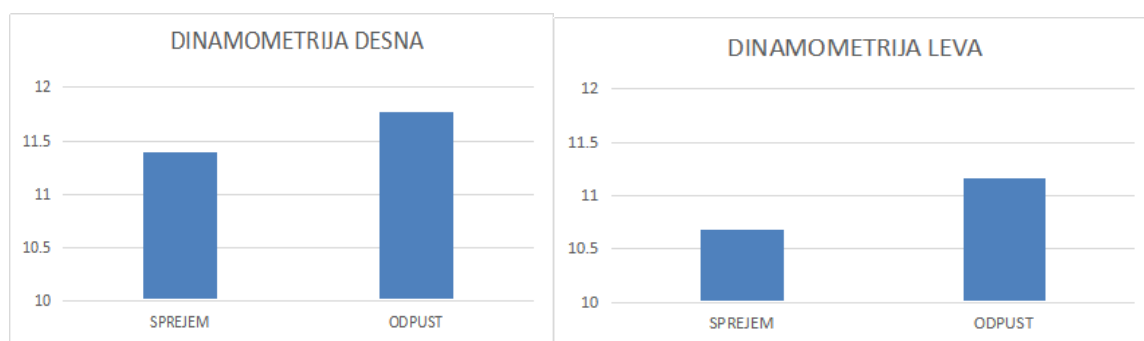
Graf 1: Starost bolnikov z ALS ob sprejemu



Graf 2: Število moških (prvi stolpec) v primerjavi s številom žensk (drugi stolpec) v različnih starostnih obdobjih

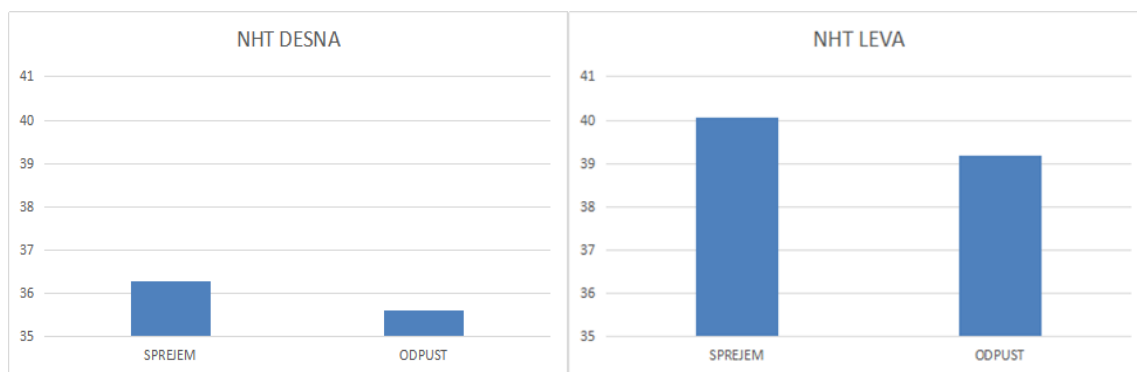


Graf 3: primerjava povprečne vrednosti dinamometrije ob sprejemu in odpustu za desno in levo roko

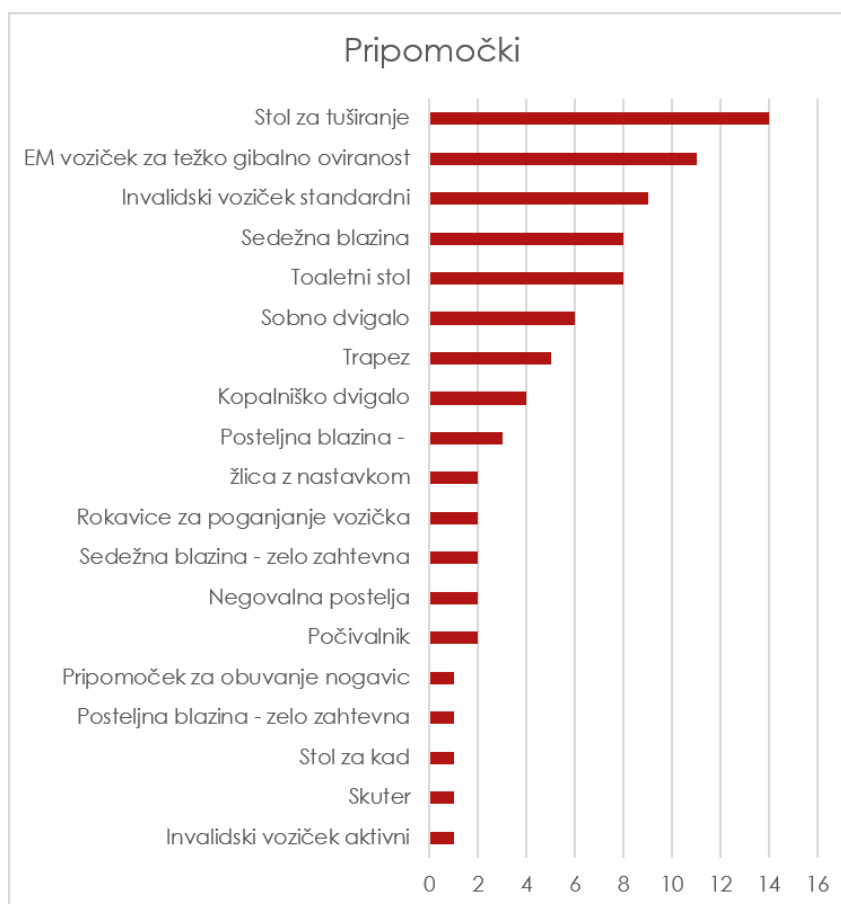


Bolniki so test izvajali upočasnjeno. Povprečje merjenega časa je bilo ob sprejemu z desno roko 36,27s, z levo roko pa 35,61s. Funkcionalna testa sta bila ponovljena ob odpustu. Povprečje merjenega časa pri NHT je bilo ob odpustu z desnico 35,61 in z levico 39,18s. Primerjava vrednosti dinamometrije in NHT ob sprejemu in odpustu za levo in desno roko je prikazana v spodnjih grafih. Večinoma so bili rezultati obeh testov malenkostno boljši, kljub temu pa zaradi same narave bolezni niso zadostovali za samostojnost pri dnevnih aktivnostih. Bolniki so pri COPM-u večinoma izpostavili težave s funkcionalno mobilnostjo (premagovanje razdalj, premagovanje stopnic, transfer) ter težave pri opravljanju ožjih dnevnih aktivnosti, predvsem na področju osebne higiene (tuširanje, umivanje zob) ter težave s sporazumevanjem. Omenjali so tudi težave pri hranjenju in pitju zaradi oteženega prijema in prinosu hrane do ust. Glede na izpostavljene težave so bili svetovani in predpisani določeni pripomočki, do katerih so upravičeni s strani zdravstvenega zavarovanja, naštetih so v grafu 5. Predstavljeni pa so jim bili tudi pripomočki, ki so si jih morali po želji kupiti sami.

Graf 4: Primerjava povprečnih vrednosti NHT ob sprejemu in odpustu za desno in levo roko



Graf 5: Število največkrat predpisanih medicinskih pripomočkov



RAZPRAVA

ALS je neozdravljiva, nevrodegenerativna, hitro napredujoča bolezen, za katero ne poznamo zdravila. Bolezen prizadane motorične nevrone in bolnik v relativno kratkem času postane odvisen od pomoči druge osebe.

Kot pri vseh boleznih je tudi pri tej pomembna zgodnja obravnava. Nekateri so vodeni ambulantno ali so bili še preden so bili sprejeti na Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, multiplo sklerozo in drugimi nevrološskimi obolenji, na rehabilitaciji v domu Dva topola, ki je namenjena bolnikom z ŽMB.

Na naš oddelek so bolniki sprejeti v različnih stadijih bolezni. Obravnava jih multidisciplinarni tim, ki ga poleg delovnega terapevta sestavljajo zdravnik, fizioterapevt, respiratorni fizioterapevt, logoped, socialni delavec, psiholog, zdravstveni tehnik in medicinska sestra. Več virov navaja, da bolniki, ki so obravnavani s strani multidisciplinarnega tima živijo bolj kakovostno in dlje. Zgodi se, da bolniki v začetnem stadiju zanikajo svoje stanje. Takrat smo delovni terapevti postavljeni pred težko nalogo, kako bolniku predstaviti pripomočke in strategije za obvladovanje utrujenosti. Pomembno je tudi, kako bolezen sprejemajo bolnikovi svojci. Poleg tega srečujemo tudi bolnike, ki poznajo samo ime diagnoze, nihče pa jim ni razložil resnosti njihovega stanja.

Viri (Majmudar in sod, 2014) navajajo pomembnost telesne aktivnosti pri bolnikih z ALS, vendar le-ta ne sme biti intenzivna. V začetnih stadijih je bolnikom telesna aktivnost zelo pomembna, saj so se pred diagnozo v prostem času redno ukvarjali s kakšnim športom ali konjičkom, ki je zahteval več telesne aktivnosti. Lewis in Rushanan (2007) navajata kot primerno aktivnost plavanje in jogo. Plavanje zato ker voda s svojimi lastnostmi vpliva na lažje gibanje, jogo ker obsega raztezanje, ki ohranja gibljivost sklepov.

Ko bolezen napreduje, se zmerna vadba priporoča še naprej, čeprav ni dokazov, da pomembno vpliva na izboljšanje stanja. Ko bolnik postaja vedno bolj odvisen od drugih pa je pomembno vsakodnevno pasivno raztezanje, ki skrbi za dobro gibljivost sklepov in preprečuje kontrakture in bolečine.

Ali so pripravljalne aktivnosti za izboljšanje finomotoričnih spretnosti in grobe mišične moči smiselne? Test NHT in dinamometrija so pri tistih, ki so zmogli testiranje ob koncu prikazali majhen napredek. Pri nekaterih bistvenih sprememb ni bilo. Izboljšanje je bilo na račun še močnih mišic, kar pa ne pomeni, da so bili bolniki zaradi tega sposobni sodelovati v vsakodnevnih opravilih. Tisti, ki so potrebovali pomoč, so bili odvisni od nje še naprej. Vseeno pa so tovrstne aktivnosti prinesle v bolnikovo življenje zadovoljstvo, občutek, da nekaj še zmorejo narediti.

Pri bolnikih z zelo napredovalo fazo se terapevti znajdemo pred veliko dilemo, kakšno terapijo lahko ponudimo. Kot zelo pomembno, se je pri teh bolnikih izkazalo nameščanje in sedenje v vozičku. Vedeti moramo, da so ti bolniki zelo občutljivi. Prisotni so krči in bolečine, predvsem v spodnjem delu hrbta, nogah, tudi zgornjih udih. Na žalost si sami ne zmorejo zagotoviti položaja v katerem bi jim bilo čimbolj udobno, pogosto bolniki ne želijo obremenjevati osebja na oddelku ali pa je to preveč zaposleno s še drugimi delovnimi obveznostmi. Potreba po menjavi položaja je zelo pogosta. Večkrat na uro. Če je bolnik dobro nameščen v primeren voziček, je bolečin, krčev in posledično tudi zahtev po menjavi položaja manj.

Zaradi poslabšanja stanja, bolnik potrebuje vse več MP, glavni namen je ohranjanje energije, varnost izvedbe, v začetni fazi bolezni lahko tudi samostojno izvedbo nekaterih aktivnosti. Kasneje so MP v pomoč svojcem za lažjo nego. Pripomočkov je več vrst (glej tabelo 1). Pridobitev nekaterih do določene stopnje krije zdravstveno zavarovanje vendar je tudi pri teh potrebno doplačilo, druge si mora bolnik kupiti sam in so na voljo v specializiranih trgovinah. Težave, ki jih bolnik izpostavi v testu COPM vplivajo na svetovanje in izbiro MP za dnevne aktivnosti. Bolniki so največkrat izpostavili težave na področju skrbi zase (osebna higiena) ter na področju funkcionalne gibljivosti.

Ker bolezen napreduje zelo hitro, se zgodi, da MP, ki je bil predpisan pred enim letom, danes ni več ustrezen. Na težavo naletimo, ker so bolniki do novega MP upravičeni šele po določenem času. Upravičenost do novega vozička je šele po petih letih, do sanitarnih pripomočkov pa po 10 letih. Preživetje po postavljeni diagnozi pa je od 3-5 let, pri bulbarni obliki celo 2-3 leta (Bučuk in sod., 2014). Poleg tega je pri nekaterih MP zaradi postopka samega, čakalna doba nekaj mesecev, preden bolnik MP prevzame, njegovo zdravstveno stanje pa se je spremenilo do te mere, da MP ni več ustrezen. Menimo, da bi bil sam sistem lahko drugače urejen in bi bolniki do MP dostopali hitreje.

Pogosto so MP, ki so za bolnika ustrežnejši tudi dražji in zato v veliko primerih cenovno nedostopni. Na izbiro MP vpliva tudi bolnikovo domače okolje. Pri svetovanju se srečujemo z bolniki, ki doma nimajo prostora za vse pripomočke. Takšni se lahko odločijo za bivanje v instituciji. Nenazadnje morda tudi najpomembnejše: bolnikovo sprejemanje in poznavanje bolezni vpliva na izbiro pripomočka. Tako so nekateri dobro poučeni in takoj izpostavijo vse aktivnosti, ki jim povzročajo težave. Izhajajo iz trenutnega stanja in si, če je možno MP zagotovijo v čim krajšem času. Tisti, ki se z boleznijo slabše soočajo in še upajo, na ozdravitev ali vsaj izboljšanje stanja oz. so prepričani da jim je bila postavljena napačna diagnoza, pri teh običajno povemo, da glede na trenutno stanje potrebujejo določene pripomočke, ker jim bo lažje, na bolnikih pa je, ali se bodo za MP odločili. Vsem bolnikom in njihovim svojcem z ALS na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, multiplo sklerozi in drugimi nevrološkimi obolenji svetujemo obravnavo v pametnem stanovanju IRIS (Zupan in sod, 2007), kjer je na enem mestu zbranih več zelo zahtevnih in tehnološko bolj dovršenih MP in prostorskih ureditev za stanovanje. Z ogledom dobijo predstavo, kako si čimbolj funkcionalno urediti domače okolje.

SKLEP

Delovni terapevti smo pri obravnavi bolnikov z ALS postavljeni pred svojevrsten izziv. Bolezen včasih napreduje tako hitro, da se iz tedna v teden opaža upad funkcionalnih sposobnosti. Vsakega bolnika moramo obravnavati povsem individualno in glede na njegovo stanje zagotoviti kar najboljšo obravnavo. Kot najpomembnejše se je v delovnoterapevtski obravnavi izkazala oprema z MP, ki bolnikom zagotavljajo kakovost življenja kljub vedno večji odvisnosti od drugih. Poseben izziv predstavljajo bolniki z zelo napredovalo fazo bolezni in bolniki, ki svoje bolezni ne sprejemajo.

LITERATURA

- Bansal M, Singhvi I, Rajpurohit R (2015). Amyotrophic lateral sclerosis: a review. *International Journal of Medicine& Health Research*, 1 (1): 1-5.
- Bryne S, Walsh C, Lynch C, Bede P, Elamin M, Kenna K, McLaughlin R, Hardimnan O (2011). Rate of familial Amyotrophic Lateral Sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 82 (6): 623-7.
- Bučuk M, Dijan K, Tomić Z, Sonnenschein I (2014). Amiotrofična lateralna skleroza. *Medicina fluminesis* 50 (1): 7-20.
- Gourie-Devi M, Nalini A, Sandhya S (2003). Early or late appearance of dropped head syndrome in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74: 683-686.
- Jedlička Ž, Pražnikar A (2016). Primerjava dostopa do rehabilitacije za bolnike z amiotrofično lateralno sklerozi v različnih državah. *Rehabilitacija XV* (1): 40-48.
- Jenkins TM, Hollinger H, McDermott CJ (2014). The evidence for symptomatic treatments in amyotrophic lateral sclerosis, *Curr Opin Neurol*. 27 (5): 524-531.
- Lewis M, Rushanan S (2007). The role of physical therapy and occupational therapy in the treatment of Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Neurorehabilitation* 22: 451- 461.
- Majmudar S, WU J, Paganoni S (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: Why it matters. *Muscle Nerve* 50 (1): 1-21.

- Mathiowetz V, Kashman N, Volland G, Weber K, Dowe M, Rogers S (1985). Grip and pinch strenght: normative data for adults. *Arch Phys Med Rehabil.* Feb 66 (2): 69-74.
- Mathiowetz V, Weber K, Kashman N, Volland G (1985). Adult norms for the nine- hole PEG test of finger dexterity. *Occupational Therapy Journal of Research* 5 (1): 25-37.
- Ocepek J, Javh M, Kotnik S, Košir K, Jeras T, Goljar N (2017). Izbira ocenjevalnih inštrumentov za načrtovanje in evalviranje delovnoterapevtske obravnave pri bolniku po možganski kapi- prikaz primera. *Slovenska revija za delovno terapijo* 1 (1): 23- 34.
- Morris M, Perry A, Bilney B, Curran A, Dodd K, Wittwer J, Dalton G (2006). Outcomes of Physical Therapy, Speech Pathology, and Occupational Therapy for People with Motor Neuron Disease: A Systematic Review. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 20 (3):424- 434.
- Phukan J, Hardiman O (2009). The management of Amyotrophic Lateral Sclerosis. *J Neurol*; 256: 176-186.
- Vrabec K, Ravnik- Glavač M (2015). Genetski dejavniki v povezavi z amiotrofično lateralno sklerozo. *Zdrav Vestn* 84: 617-27.
- Zupan A, Cugelj R, Hočevar F (2007). Dom IRIS (Inteligentne rešitve in inovacije za samostojno življenje). *Rehabilitacija VI (Supl 1):* 101- 104.
- Zupan A (2010). Rehabilitacija bolnikov z živčno- mišičnimi boleznimi. *Rehabilitacija IX (Supl 1):* 128-137.

POZITIVNI VPLIVI TERAPIJE S POMOČJO ŽIVALI NA ŽIVLJENJE POSAMEZNIKA

POSITIVE EFFECTS OF ANIMAL-ASSISTED THERAPY ON INDIVIDUAL'S QUALITY OF LIFE

Sara Rupnik Mihelčič¹, dipl. del. ter., Tonja Robida¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišče: V okviru celovite delovnoterapevtske obravnave na oddelku za rehabilitacijo pacientov po amputaciji na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča (URI – Soča) se izvaja terapija s pomočjo psa in predstavlja nadgradnjo dopoldanske delovne terapije. Terapija s pomočjo psa je v naprej načrtovan proces, ki sledi določenim ciljem v rehabilitaciji. Namen raziskave je predstavitev pozitivnih vplivov terapije s pomočjo psa na življenje posameznika. **Metode:** Raziskava je bila izvedena z prilagojenim Delta testom. Vzorec zajema 122 oseb po amputaciji, povprečne starosti 67,33 let. 83 pacientov smo testirali dvakrat (v dopoldanski delovni terapiji in po končani terapiji s pomočjo psa), 39 pa še po vsaki nadaljnji terapiji s pomočjo psa. **Rezultati:** Izsledki raziskave so pokazali izboljšanje povprečne ocene s prilagojenim Delta testom, in sicer: povprečno oceno v delovni terapiji 51,84, po končani terapiji s pomočjo psa pa 64,11. Ocena po dvakratni ali večkratni udeležbi pa je 70,15. **Sklep:** Terapija s pomočjo psa predstavlja učinkovito metodo v rehabilitacijskem programu in pozitivno vpliva na kakovost posameznikovega življenja.

Ključne besede: delovnoterapevtska obravnava, terapija s pomočjo psa, prilagojen Delta test, amputacija.

ABSTRACT

Introduction: Animal-assisted therapy (AAT) is an additional therapy for the patients at the amputation ward at the University Rehabilitation Institute – Soča (URI – Soča). AAT is a planned process, which follows particular rehabilitation goals. The aim of this research was to highlight the positive effects of AAT on individual's life. **Methods:** Adapted Delta test was used for the purpose of this research. The sample consisted of 122 patients after amputation, average age of which was 67.33 years. Eighty-three (83) patients were tested twice – initially during morning occupational therapy session and secondly after completed AAT, and thirty-nine (39) patients were additionally tested after each AAT. **Results:** The results of adapted Delta test show the improvement of the average score. The score of adapted Delta test after morning occupational therapy session was 51.84; the score after one AAT session was 64.11, and after two or more AAT sessions, it amounted to 70.15.

Conclusion: AAT is proved to be an effective therapy in our rehabilitation programme and has positive effects on individual's quality of life.

Key words: occupational therapy session, animal-assisted therapy, adapted Delta test, amputation.

IZHODIŠČE

V današnji družbi živali zavzemajo pomembnejšo vlogo v človekovem življenju. Posledično prisotnost hišnega ljubljénčka vpliva na vse člane družine ali skupnosti vse do te mere, da nekateri poročajo o lastni živali kot o članu družine (Holley in sod., 2011).

Nobena druga žival pa ni človeku tako blizu kot pes in to ne le v praktičnem, temveč tudi duševnem in čustvenem pogledu (Falappi, 2002). Pes je človekov spremljevalec ter družabnik, vodnik slepih, pomočnik invalidom. Vključujemo ga v izvajanje različnih aktivnosti, v različnih ustanovah, pri osebah z različnimi diagnozami (Altschiller, 2011; Marinšek, 2012; Wells, 2007).

Terapija s pomočjo živali je v tujini uveljavljena in stalna praksa. Mnogi terapevti si dela brez pomoči živali ne predstavljajo več. Živali imajo očitno nekaj, kar daje človeku občutek varnosti, ugodja in veselja.

Zaradi tega je bistvenega pomena jasno definirati, kaj terapija s pomočjo živali (angl. animal – assisted therapy, v nad. AAT) je. Terapijo s pomočjo živali definiramo kot ciljno usmerjeno dejavnost, kjer je žival, ki ustreza določenim kriterijem, enakovreden udeleženec procesa zdravljenja (Marinšek in Tušak, 2007). Terapijo vodi usposobljen strokovni delavec v okviru svoje stroke in usposobljen vodnik psa. Terapija se izvaja v različnih okoljih, individualno ali skupinsko, v vnaprej dogovorjenih terminih. Terapevtski program je predhodno definiran in se ga je potrebno držati, da dosežemo zastavljene cilje. Ob zaključeni terapiji se celoten proces dokumentira in evalvira (Morrison, 2007, Urichuk in Anderson 2003, Kruger in Serpell, 2006; Ogrin Jurjevič, 2010; Walsh, 2009).

Vedno več raziskav podpira idejo o pozitivnih učinkih terapije s pomočjo živali (Nime in Lundahl, 2007; Wells, 2007), ki vpliva na različna področja človekovega delovanje in zdravja (Holley in sod., 2011; Halm, 2008; Walsh, 2009; Wells, 2007).

Raziskovalci ugotavljajo, da so pacienti ob prisotnosti psov bolj veseli, dejavni, komunikativni ter se bolje odzivajo (Kovačič, 2008). Ob prisotnosti živali je torej več socialne interakcije (Wells, 2007). V procesu terapije s pomočjo živali se jim izboljša samopodoba, zniža se stres, stimulirajo se nezavestni bolniki, izboljša se čustvovanje, zniža se depresivno stanje, pacienti in njihovi svojci se počutijo bolj udobno in bolniško okolje postane bolj domače (Wells, 2007 Kovačič, 2008). Miller in Ingram (2000) ugotavljata, da je terapija s pomočjo živali pomembna tudi za zdravstveno osebje, ker se ob prisotnosti živali zniža stres.

Ob prisotnosti živali je tudi boljša sprejetost družbe zagotovljena, kar je koristno za pacienta, saj se zmanjšuje stigma do bolezni (Walsh, 2009), s tem se izboljša posameznikova samopodoba (Altschiller 2011).

M. Marinšek in Tušak (2007) zapišeta, da je terapija s pomočjo živali uspešna, ker žival služi kot medij za terapevtski kontakt. Menita, da žival pomaga ustvariti skladen in harmoničen, zaprt sočuten odnos. Tak odnos naj bi terapevtu in pacientu nudil medsebojno zaupanje in naklonjenost, kar je temelj za uspešno terapijo. Prisotnost živali predstavlja dober začetek pogovora (Fine 2010).

Namen raziskave je predstavitev pozitivnih vplivov terapije s pomočjo psa na življenje posameznika.

METODE

Preiskovanci: Vzorec zajema 122 oseb po amputaciji, ki so bili sprejeti na rehabilitacijo na oddelek za rehabilitacijo pacientov po amputaciji Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije (URI – Soča) v obdobju od aprila 2014 do junija 2017. Vsi

pacienti so obiskovali dopoldanski delovnoterapevtski program in se enkrat ali večkrat udeležili terapije s pomočjo psa. Vključitveni kriteriji: izrazijo željo po udeležbi, imajo radi živali, potrebujejo dodatno aktivnost, potrebujejo pozitivno čustveno in socialno spodbudo, so potrti, depresivni, anksiozni, napeti. Izključitveni kriteriji: dodatni zdravstveni zapleti in bolnišnična okužba.

Merilna metoda: Za spremljanje učinkovitosti terapije se uporablja interni test, povzet po Delta testu (Ogrin Jurjevič, 2012). S testom smo ocenjevali kognitivne sposobnosti in socialno - čustveno področje. Spretnosti, sposobnosti in uspešnost posameznega področja ocenjujemo z oceno od 1 (zelo slabo) do 5 (zelo dobro). Najvišja možna skupna ocena prilagojenega Delta testa (Priloga 1) je 85 (kognitivne sposobnosti 35 in socialno – čustveno področje 50).

Terapevtski postopki: Terapevtski program je bil prehodno definiran in sledi točno določenemu cilju v rehabilitaciji. Program je potekal v prostorih delovne terapije na oddelku ali v parku URI – Soča, enkrat tedensko, posamezno srečanje je trajalo eno uro. Delo je največkrat potekalo v skupinah, sestava skupin se je tedensko spreminjala. Psi in njihovi vodniki so po navodilih terapevta skupaj s pacienti izvajali različne naloge in aktivnosti. Testiranje s prilagojenim Delta testom je bilo izvedeno najprej po obravnavi v delovni terapiji in nato še po vsaki končani terapiji s pomočjo psa.

Statistična metoda: Za analizo podatkov smo uporabili statistično metodo standardnega odstotka. Raziskavo je odobrila Etična komisija Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča (URI – Soča).

REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 80 moških in 42 žensk, starih med 35 in 90 let, s povprečno starostjo 67,33let (SD 11,74 let). 121 pacientov je imelo amputacijo spodnjega uda, en pacient amputacijo zgornjega uda.

122 bolnikov je imelo skupaj 185 ur AAT, 83 pacientov se je udeležilo terapije enkrat, 39 dvakrat in več.

Tabela 1: Rezultati prilagojenega Delta testa po obravnavi v delovni terapiji in po prvi končani AAT

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	mini	max
Obravnava v delovni terapiji	51,84	10,18	29	77
AAT prva	64,11	9,42	38	82

Tabela 2: Rezultati prilagojenega Delta testa po prvi in končni AAT

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	mini	max
AAT prva	64,11	9,42	38	82
AAT zadnja	70,15	7,40	53	85

Pacienti so bili tekom AAT aktivni in motivirani za izvajanje nalog in aktivnosti ter pokazali veliko zanimanje za psa. Njihovo razpoloženje je bilo opazno višje kot pri obravnavi v delovni terapiji. Ocena prilagojenega Delta testa po končani AAT je za 14,43% boljša kot po obravnavi v delovni terapiji. Po zadnji AAT pa za kar 21,53%.

Tabela 3: Rezultati prilagojenega Delta testa za kognitivno in socialno čustveno področje po obravnavi v delovni terapiji ter po prvi in končni obravnavi v AAT

	Prilagojen Delta test – področja	Povprečna vrednost	%	Standardna deviacija	mini	max
Obravnava v delovni terapiji	Kognitivno	22,59	64,54	4,72	13	35
	Socialno / čustveno	29,25	29,25	6,34	16	45
AAT prva	Kognitivno	26,61	76,03	4,88	16	35
	Socialno / čustveno	37,5	37,5	5,56	20	49
AAT zadnja	Kognitivno	28,54	81,54	4,04	21	35
	Socialno / čustveno	41,62	41,62	4,11	31	50

Največja razlika se je pokazal pri oceni socialno čustvenega področja in sicer 24,74% med obravnavo v delovni terapiji in zadnjo udeležbo AAT. Najmanjša pa pri oceni kognitivnega področja med prvo in zadnjo udeležbo AAT, ocena je bila le 5,51% boljša. Na splošno so bile razlike ocen za kognitivno področje manjše, kot ocene za socialno čustvenega področja.

RAZPRAVA

V celoti je bil učinek ATP na paciente v našem programu zelo dober, kar lahko potrdimo tudi s pridobljenimi rezultati prilagojenega Delta testa (Tabela 1 in Tabela 2).

Zavedamo se, da z obiskom psa in izvajanjem terapije s pomočjo živali lahko prinesemo v institucionalno okolje stik z naravo, ki je za ljudi še kako pomemben. Pes deluje kot motivacijski dejavnik, da pacient raje sodeluje pri rehabilitaciji, izboljša se psihofizično in zdravstveno stanje. Kot Kovačič (2008) smo prišli do podobnih ugotovitev, da so pacienti reagirali čustveno pozitivno, s povečano pozornostjo, se spontano gibali, se dotikali psov, jih negovali, uporabljali ukaze in izvajali razne naloge in aktivnosti ter pri tem izražali zadovoljstvo, dogajanja pa so se še dolgo spominjali. Raziskava nudi dodaten dokaz o prednostih tovrstne terapije ter vpliv na boljšo motivacijo, notranji mir, manjše zaznavanje bolečine in stresa ter večje veselje, zadovoljstvo, večjo sproščenost (Halm, 2008).

Pregled strokovne in znanstvene literature, iz katere je podprta naša raziskava kaže, da je AAT kot dodatna obravnava pozitivni del rehabilitacijskega programa. Seveda pa je napredek odvisen od celotne rehabilitacije.

V nadaljevanju razvoja programa AAT na oddelku po amputacijah smo prišli do ugotovitev, da je smiselno dati večji poudarek individualni terapiji, ki nam omogoča specifično definiranje posameznikovih ciljev in nadgradnjo dopoldanske delovnoterapevtske obravnave. Na področju ocenjevanja pa bo potreben razvoj še ustrežnejšega testa.

Predstavljena raziskava ima kar nekaj metodoloških pomanjkljivosti in ne zadovoljuje zahtevam kvantitativne študije, kar pri svojih raziskavah ugotavljajo tudi ostali raziskovalci, ki zagovarjajo in verjamejo v pozitiven doprinos kakovostne interakcije z živalmi (Nimer in Lundahl 2007; Marino, 2012).

SKLEP

Podobno kot druge študije smo ugotovil, da terapija s pomočjo psa predstavlja učinkovito metodo v rehabilitacijskem programu, pomaga izboljšati kakovost uporabnikovega dne in pozitivno vpliva na posameznikovo življenje.

LITERETURA

- Animal-Assisted Activities. [http:// www.petpartners.org/](http://www.petpartners.org/). <12.12.2018>
- Altschiller D. (2011). Animal-assisted therapy. Santa Barbara, Denver, Oxford: Greenwood.
- Falappi. R (2002). Psi. Ljubljana. Mladinska knjiga.
- Fine A. (2006) Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice- San Diego, Calif: Academic Press.
- Fine, A. H. (2010). Incorporating animal-assisted therapy into psychotherapy: guidelines and suggestions for therapists. V: Fine A.H. (ur.). Handbook on Animal – Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. San Diego: Elsevier: 169–92.
- Fine, A. H. in Beck, A. (2010). Understanding our kinship with animals: input for health care professionals interested in the human/animal bond. V: Fine A.H. (ur.). Handbook on Animal – Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. San Diego: Elsevier: 3–16.
- Halm, M.A. (2008). The healing power of the human – animal connection. American Journal of Critical Care, 17 (4), 373 – 76.
- Holley, L.C, Kodeine, S., Risley – Curtiss, C. (2011). ‘‘They’re here for you’’: Men’s relationship with companion animals. Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 92 (4), 412 –18.
- Horvat K.V., Debevc M., Mitrič N., Ogrini J. N. (2016). Posredovanje s pomočjo psa. Izobraževanje za strokovne delavce (skripta) Ljubljana.
- Kovačič, D. (2008). Poskusni program rehabilitacije s pomočjo psov. Rehabilitacija, 7 (2); 23 – 9.
- Kruger, K.A., Serpell, J.A. (2006). Animal – Assisted interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. Handbook on animal – ssisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice San Diego: Academic Press.deine, Risley – Curtiss, 2011: 21 – 28.
- Marino , L. (2012). Construct validity of Animal-assisted therapy and activities: How important is the animal in AAT? Anthrozoos: A multidisciplinary journal of the interactions of people & animal, 25 (Suplement 1): 139-51.
- Marinšek, M. (2012). Uporabnost psa. Živali in psihologija. Zbornik strokovnih prispevkov. Poletna Psihošola 2012: 7 – 14.
- Marinšek, M. in Tušak, M. (2007). Človek-žival: zdrava naveza. Maribor: Založba Pivec.
- Miller, J. & Ingram, L. (2000). Perioperative nursing and animal-assisted therapy. Association of Operating Room Nurses Journal, 72: 477–83
- Morrison, M.L. (2007). Health benefits of animal – assisted interventions. Complementary Health Practice Review, 12 (1): 51-62.
- Nimer, J., Lundahl, B. (2007). Animal – assisted therapy: a meta - analysis. Anthrozoös, 20 (3): 225 – 38.
- Ogrin Jurjevič N. (2012). Priprava, izvedba in ocenjevanje terapije s pomočjo psa. Učna delavnica: Pridobivanje osnovnega znanja s terapevtskim parom. (skripta). Koper.
- Urichuk, L.J. in Anderson, D. (2003). Improving mental health through animal-assisted therapy. http://www.angelfire.com/mh/chimo/pdf/manual_in_single_doc-Nov03.pdf. <5.5.2018>
- Walsh, F. (2009). Human – animal bonds: the relational significance of companion animals. Family Process, 48 (4): 462–80.
- Wells, D.L. (2007). Domestic dog and human health: an overview. British Journal of Health Psychology, 12: 145–56.

IZ PRAKSE V TEORIJU

FROM PRACTICE TO THEORY

mag. Jožica Petek¹, višja del. ter., dipl. pedagoginja, psihoterapevtka

¹Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljeno uveljavljanje poklica *delovni terapevt na področju duševnega zdravja* in povezovanje prakse s teorijo preko 40 letne osebne izkušnje in borbe za promocijo poklica, mag. Jožice Petek, delujoče na področju duševnega zdravja. Svojo poklicno pot je začela kot višja delovna terapevtka na akutnem sprejemnem oddelku Psihiatrične bolnišnice Ljubljana, danes Univerzitetne Psihiatrične Klinike Ljubljana in ga nadaljevala na različnih odprtih oddelkih z različnimi diagnostičnimi skupinami bolnikov.

ABSTRACT

The article describes the development of the profession *of occupational therapy in the field of mental health* over the time span of 40 years as experienced by Ms Jožica Petek, Msc in her efforts to achieve the recognition that the profession deserves.

The author started working as a senior occupational therapist at the acute psychiatric ward of the University Psychiatric Hospital Ljubljana and continued her work at various open wards treating patients with a variety of psychiatric disorders.

IZHODIŠČA

Kratek pogled zgodovine delovne terapije na področju duševnega zdravja nam pokaže, da je bila delovna terapija v obliki zaposlovanja oseb, že od samega začetka zdravljenje duševnih motenj.

Bolniki so opravljali preprosta dela iz vsakdanjega življenja in skrbi zase, prav tako vsakodnevne dejavnosti v svojem ožjem bivalnem okolju (napr. različna gospodinjstva dela, vrtnarjenje, ročna dela...), se učili različnih spretnosti umetnostne obrti (mizarstvo, šiviljstvo, vrtnarstvo...) , s čemer so ohranjali svojo samostojnost kljub duševni bolezni.

V novejši zgodovini delovne terapije (60, 70 leta prejšnjega stoletja), v okviru katere so se odpirale šole za delovno terapijo, ni bilo veliko literature in raziskav, obstajalo je sicer že nekaj tujejezične literature, vendar je bila slovenskim delovnim terapevtom težko dostopna.

Novozaposleni višji delovni terapevti so se še najbolj opirali na izkušnje starejših sodelavcev in instruktorjev v delovni terapiji, postopoma pa gradili poklicno identiteto na lastni praksi.

V tistem času je bilo opravljenih malo raziskav, ki bi podprle kakovost in verodostojnost praktičnega dela.

V današnjem času pa je ravno obratno – kot da brez »Z dokazi podprte prakse« (»Evidence Based«) sploh ni več možno kakovostno delati ((2017).

Avtorica tega članka, J. Petek je iz lastne izkušnje prepričana in se že nekaj let bori tako, da poskuša ohraniti dragocenost dobre prakse in filozofijo preprostosti poklica, pri čemer išče somišljenike širom svetovne in sodobne prakse in teorije delovne terapije.

VSEBINA

V članku želimo izpostaviti pomembnost prenosa teorije v prakso ne samo na svetovnem temveč tudi na slovenskem prostoru znotraj razvoja stroke delovne terapije.

Na podlagi pregleda literature na temo dileme vzajemnega soodnosa med prakso in teorijo v stroki delovne terapije želimo izpostaviti posamezne tuje avtorje.

Mosey (1996) piše o razdoru med teorijo in prakso v delovni terapiji iz česar razvije konceptualno praktični model za vodenje vsakodnevne prakse »*Na okupacijo orientiran teoretični model*« ("Occupation Focused Practice Model").

Fisher (1998) poskuša v članku »*Uniting Practice and Theory in in Occupational Framework*«, združiti prakso in teorijo in razložiti njuno soodvisnost.

Jarvis (1999) povezuje prakso in teorijo in pravi, da je le preko prakse možen razvoj katerekoli teorije. Prakso razdeli na naravo prakse, reflektivno prakso in praktično znanost. Preko svojih razmišljanj in raziskav opiše proces od prakse do teorije in obratno, obenem pa ugotavlja da praktična raziskava na nek način utemeljuje teorijo in vzpodbuja zmeraj nova vprašanja za nadaljevalno poglobljeno raziskovanje.

Za kakovostno raziskovanje delovne terapije kot poklica, predlaga partnerstvo med visoko izobraženimi zaposlenimi delovnimi terapevti, ki delajo na različnih področjih in z različnimi uporabniki.

Towsend E. A. in Polatajko H. J. (2007) pišeta v knjigi – *Enabling Occupation II*, o novih praktičnih okvirih za delovno terapijo in v 25 primerih povezujeta in utemeljujeta povezavo prakse s teorijo.

Kielhofner G. (2009) v knjigi: *Research in occupational Therapy, Methods of Inquiry for Enhancing Practice*, poveže teorijo s prakso, s poudarkom na logiki raziskave in razvoju praktičnega pristopa, kjer utemelji t.i. »z dokazi podprto prakso«.

Zgodovinsko in strokovno gledano delovni terapevti, ki delajo na področju duševnega zdravja v Sloveniji, uspešno promovirajo svoj poklic in svojo poklicno identiteto. Včasih je imela delovna terapija svoje prostore, kjer so izvajali t.i. »zaposlitveno terapijo« in kjer je bilo bistvo to, da bolnika/uporabnika zaposlijo - aktivirajo, danes pa je diplomirani delovni terapevt enakovreden član tima, ki s svojo poklicno specifično procesnega individualnega pristopa (ocena-obravnavna in zaključek z nadaljevanjem v skupnosti), pomembno prispeva k zdravljenju duševnih motenj.

Enega prvih poskusov utemeljevanja prakse v teorijo v okviru slovenskega prostora na področju duševnega zdravja, je naredilo 10. diplomiranih delovnih terapevtk iz UPKL (Univerzitetne psihiatrične Klinike Ljubljana): Breda Dolničar, Vida Lovše, Elizabeta Štrubelj, Veronika Sušnik, Barbara Hanc, Damjana Žagar, Jana von Pilpach, Andreja Grom in Helena Sečko v sodelovanju s kolegico iz UKC Maribor, oddelka za Psihatrijo: Leonido Krajnc, tako da so izdali knjigo :«*Delovna terapija na področju duševnega zdravja*».

Vsebina knjige sledi konceptu CMOP, kanadskega procesa delovne terapije, avtorice Mary Law, ki temelji na primerih dobre delovnoterapevtske obravnave duševnih motenj. Avtorji so se poleg praktičnih primerov procesne delovnoterapevtske obravnave z različnimi

simptomi motenj na področju duševnega zdravja, posebej dotaknili promocije in preventive duševnega zdravja ter individualne in skupinske obravnave uporabnikov.

V okviru te publikacije (2013) je predstavljen tudi inovativni Slovenski Integrativni Model Delovne Terapije na področju Duševnega Zdravja - SIM DT DZ, ki so ga prevedli tudi v angleščino in predstavili na 2 svetovnih kongresih delovne terapije in sicer v Santiagu, Chile (2010) in v Yokohami na Japonskem (2014) SIM OT MH (Slovenian Integrative Model of Occupational Therapy – Mental Health). Do sedaj so model podprli z eno raziskavo, vendar bi bilo potrebno število raziskav v bodoče povečati, s ciljem bolj sistematičnega pristopa k implementaciji modela..

In kaj je bistvo tega modela? Kot prvo - integrativnost - združuje različne že znane znanstveno utemeljene modele in pristope in upošteva različnost tako uporabnikov kot delovnih terapevtov. Druga pomembna značilnost je ta da vključuje preventivo, kurativo in skupnostno skrb, ki postane istočasno spet preventiva, vendar na višjem nivoju.

Princip modela SIM DT DZ opozarja na preprostost in lepoto poklica delovni terapevt in na to da je treba upoštevati poleg uporabnika tudi samega delovnega terapevta, njegove sposobnosti in orientacijo, kajti le na ta način bosta skupaj z uporabnikom našla boljše pot spopadanja s posledicami bolezni in kakovostnejše, kljub bolezni, človeka vredno življenje.

Posebej bi navedli nekaj posebnosti poklica delovni terapevt in prepričanj, ki podpirajo model:

Delovni terapevt s pozitivno motivacijo posega na vsa področja človekovega delovanja, vendar ne išče bolezni, ampak preostale zdrave sposobnosti, s katerimi širi tudi tisti »zdravi del osebnosti«, tako da ta, ki ga obravnavamo v okviru delovnoterapevtskih storitev, poskuša v partnerskem odnosu, skupaj s terapevtom, ohranjati kakovost življenja in kar je izredno pomembno - delovni terapevt vzpodbuja uporabnikovo lastno aktivnost. Delovni terapevt naj bo socialen, komunikativen, čuteč in čuječ. Izvajanje delovne terapije zahteva celotno osebnost delovnega terapevta, tudi njegova čustva in njegovo ustvarjalnost. Pristop se nenehno spreminja, odvisno tako od uporabnika, kot delovnega terapevta

Delovna terapija bazira na pozitivni motivaciji, klientu pomaga, ga vzpodbuja, uči, podpira v spopadanju s samostojnostjo, išče pozitivne plati in ga tako kljub bolezni, okvari, motnji usmerja v človeka vredno življenje, ki ga lahko spoštujemo. Od delovnega terapevta zahteva širok spekter znanj in spretnosti, s čemer vzpodbuja njegovo nenehno rast.

Uveljavljanje delovne terapije na področju duševnega zdravja v Sloveniji preko OSEBNE IZKUŠNJE IN POKLICNE POTI Jožice Petek

Najprej bi ponovila dilemo, ki me spremlja na moji poklicni poti, poti delovnega terapevta. Mnogokrat se mi je zazdelo da pretiravamo, da cel svet pretirava – kot da ne vemo kje je bistvo poklica delovne terapije.

Kot da se s številnimi teorijami, modeli, pristopi, raziskavami oddaljujemo od bistva, od človeka, od tistega zaradi katerega ta poklic sploh obstaja.

Dilema vzajemnega soodnosa kako iz prakse v teorijo in obratno, je bila izhodišče za razmišljanja in prikaz osebne izkušnje:

- praktičnega dela delovne terapevte in delovnoterapevtskega procesa na področju duševnega zdravja,

- stalnega sledenja novim teorijam delovne terapije in teoretičnega utemeljevanje klinične prakse na področju duševnega zdravja,
- izkušnje sodelovanja z Višjo šolo za zdravstvene delavce (od leta 1978), sedaj Zdravstveno fakulteto, oddelkom za delovno terapijo – klinične vaje in klinična praksa,
- aktivnega sodelovanja na kongresih in strokovnih srečanjih delovnih terapevtov, tako v Sloveniji, kot po svetu.

Moja prva zaposlitev po diplomi s pridobljenim nazivom »Višja delovna terapevtka« v psihiatrični bolnišnici Ljubljana

Vinjeta 1: Prvi dan zaposlitve

Prvi dan službe me je nevropsihiater dr. Miklavž Kušej pozdravil in odpeljal na Sprejemni oddelek takratne Psihiatrične bolnišnice Ljubljana, brez da bi me pripravil ali mi razložil naravo dela in kakršnokoli informacijo o oddelku.. Delovna terapevtka ki je delala pred mano, je ravno odšla na porodniški dopust. Vstopila sem na oddelek z zaklenjenimi vrati, on pa je zaklenil za mano in odšel drugam.

Noro – naenkrat sem stala med 25 akutnimi psihiatričnimi bolnicami, on pa je zaprl vrata za mano. Z bolnicami smo se samo pogledovale, zase vem da sem plitko dihala. Čez čas je nekaj bolnic prišlo bliže, pozdravile so me in vprašale kdo sem. Ko sem povedala, je bilo že lažje. Odkrito sem povedala da je to prvi dan moje službe. Začuda so me razumele in mi začele pomagati, mi razlagati, kakšen oddelek je to in kakšna so pravila. Kot da ne bi bila v »norišnici«.

K meni je pristopila medicinska sestra in zahtevala, da grem umit bolnico, ki leži v postelji. Nisem imela poguma, da ji razložim, da se tega pri študiju delovne terapije nisem naučila in da mislim, da to ni moje delo. Ko sem v zadregi obstala, so se zganile 3 bolnice in mi ponudile pomoč. S skupnimi močmi smo umile ležečo bolnico.

Nikoli več ni nobena sestra zahtevala česa takega, na oddelčnih sestankih pa sem postopoma razložila, da rada pomagam pri katerikoli vsakodnevni aktivnosti, saj je to prilika, da vzpodbujam aktivnosti s področja skrbi zase in kljub bolezni ohranjam posameznikovo samostojnost

Ob svežih vtisih iz svetovnega kongresa delovnih terapevtov v Cape Townu v Južni Afriki, maja letos, se še zmeraj lahko vprašam, kot sem se pred 40 leti:

Kdo je delovni terapevt/vtka?

Kako naj razložim nekemu laiku kakšen poklic je to?

Kaj je bistvo poklica diplomirani delovni terapevt/tka?

V poplavi teorij in raziskav, ki poskušajo podpreti prakso, se vprašam ali nam je to res potrebno? Človek bi se kar ustrašil, morda je to zame preveč?

Vsa ta leta se moje prepričanje, da je delovna terapija eden najlepših poklicev kar jih poznam ni spremenilo. Zakaj?

Ker je polno osebnih in strokovnih izzivov, ki me nenehno izpolnjujejo. To je poklic, ki zahteva od mene nenehno rast, ker je tako vsestranski, istočasno pa tako osebno intimen.

Čeprav že 40 let delam na področju duševnega zdravja kot delovna terapevtka, radovednost in poklicni izzivi ostajajo.

Delo z ljudmi je zmeraj drugačno, saj je vsak človek, vsak posameznik edinstven in zmeraj drugačen, iz česar trdim, da mora biti delovni terapevt zelo fleksibilen in odprt za drugačnost.

Delovnoterapevtska obravnava je osredotočena na osebo, njegove posebnosti, pozitivne strani kot slabosti...

Meni je bil zmeraj blizu »Na uporabnika orientiran pristop«, brez tega na področju duševnega zdravja sploh ne moreš delati, tako da sem se čudila, ko je postal »moderen, sodoben«, meni pa tako »domač«.

Naš poklic zahteva nenehno spremljanje sodobnejših pristopov, teorij, ki jih umeščamo v prakso.

Ne dolgo nazaj sem se ponovno soočila z razumevanja novejših tujih strokovnih izrazov – kot je na primer izraz »clinical reasoning« avtorja Babissa (2009).

Spet sem prišla do spoznanja, da vse to pravzaprav že vem in že uporabljam v praksi, samo pravilno posodobljeno je treba poimenovati.

Izkušnje, ki jih pridobiš s časom so najbolj pomembne za pravilno odločitev – kljub številnim standardiziranim in nestandardiziranim ocenjevanjem včasih ne moreš vedeti, v katero smer voditi terapijo. Klinični razlogi (klinične izkušnje) so tisti, ki pomagajo pri teh dilemah.

Pri opravljanju dela delovne terapevte sem kmalu ugotovila, da imam premalo znanja s sorodnih poklicnih področij. Ugotavljala sem da za opravljanje delovnoterapevtskega poklica potrebujem svoje znanje razširiti.

Hotela sem postati dovolj dober delovni terapevt? Ta ki so njegova dodatna znanja čim širša. Poleg znanj samega poklica se pričakuje široka razgledanost v intelektualnem smislu, dobrodošla so znanja s področja vzdrževanja telesne kondicije, pa tudi različnih metod kreativne terapije (likovna, glasbena, dramska, gibalna terapija...) – uporabniki so ponavadi tako različni, da je potrebno do vsakega pristopiti na njemu primeren način in ponuditi njemu primerne aktivnosti.

Večina delovnoterapevtskih problemov, s katerimi sem se ukvarjala v začetku, so bili s področja skrbi zase in področja pritožb pri aktivnosti, vse bolj pa so se odpirala tudi druga področja, področja produktivnosti, socialne vključenosti, področje komunikacije, celo področje duhovnosti.

Odločila sem, se da bom nadaljevala svoje izobraževanje, najprej na področju pedagogike, kar me je peljalo na področje psihologije in naprej na področje psihoterapije.

V 80tih nismo poznali nobenih standardiziranih ocenjevalnih metod s področja delovne terapije. Vendar sem se znašla in sama naredila nestandardiziran ocenjevalni test – povabila sem oddelčno psihologinjo, da mi pomaga. Izdelali sva zelo natančen test, z današnje perspektive nekakšna mešanica med testom COPM, kanadskega CMOP-E modela (2013) in listom interesnih dejavnosti, ki sem ga aplicirala pri vsaki bolnici. Istočasno sem sestavila svoj list delovne terapije za vsako bolnico, kjer sem vpisala podatke o njej, rezultate testa. Postavila sem si cilje in sproti preverjala aktivnosti, ki jih izvaja.

Vse to je bila le osnova mnogoletne borbe za enakopravno vključitev poklica delovni terapevt v oddelčni psihiatrični team in iskanje smisla samega poklica na področju mentalnega zdravja – iskala sem odgovore - kaj je bistvo poklica – delovni terapevt, kje so cilji delovnoterapevtske obravnave.

Razlog, zakaj prispevek na prvo mesto postavlja prakso, ki jo vodimo v teorijo in ne teorijo iz katere izhaja praksa, je mogoče že zaslutiti v tem pisanju.

V 80tih nismo imeli ne interneta, ne facebooka, ne instagrama, ne pametnega telefona ... in nismo vedeli kako priti do informacij o sodobnejših metodah delovne terapije, o katerih se je slišalo po ustnem izročilu, da obstajajo v naprednejših državah po svetu (npr. Anglija, Švedska, Amerika, Kanada, Avstralija...)

Vinjeta2:

Prva knjiga o delovni terapiji

Po približno 10 letih dela, borbe za poklic in iz lastnih izkušenj postavljanja nekaterih osnovnih konceptov dela delovnega terapevta na področju psihiatrije sem obiskala sejmo »Frankfurt po Frankfurtu« na katerem so bile razstavljene najnovejše knjige, izdane v zadnjem letu. Omeniti tudi moram da sem se zadnja leta vztrajno učila angleščine (moj osnovni tuji jezik je nemščina), ker sem se vključila v študij skupinske analize, londonskega instituta za skupinsko analizo.

Ko sem pogledala na polico medicine in med novejše knjige, sem zagledala knjigo z naslovom OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE IN PSYCHIATRY, avtorice Linde Finlay - nisem mogla verjeti svojim očem. Takoj sem si jo rezervirala in jo hodila vsak dan sejma gledat, če je še tam, čakajoč da dobim ravno ta izvod.

Kar na sejmu sem jo začela prebirati, pri čemer sem ugotavljala, da Linda piše ravno to, do česar sem sama z trdim delom in vztrajnostjo prišla – neverjetno – vse to je že napisano in neverjetno, kot da bi se midve poznali že dolgo ali vsaj izmenjali osebne izkušnje in misli o delovni terapiji, sestavili koncepte – kakšno olajšanje. Knjiga je postala moja »biblija«
Čez 2 leti sem šla na moj prvi mednarodni kongres svetovnega združenja delovnih terapevtov (WFOT) v London. Na oglasno tablo sem napisala, da bi se želela srečati z go. Lindo Finlay in, ne boste verjeli – res sem se. Dolgo sva klepetali kar v preddverju centra, v katerem je potekal kongres.

Seveda so potem postopoma prihajale tudi druge knjige, druge »biblije«, na primer knjige Jenifer Creek (2002), Garya Kielhofnerja (2009)) ,svetovno združenje se nam je približalo, včlanili smo se vanj in začeli sodelovati, slediti mnogim teoretikom in filozofom delovne terapije.

V vseh teh letih sem aktivno sodelovala na mnogih domačih srečanjih delovnih terapevtov, v organizaciji Zbornice delovnih terapevtov Slovenije - ZDTS, strokovnega združenja in ki smo jih na mojo idejo imenovali POSVET, pozneje posodobili v KONGRES .

Po Londonskem kongresu svetovnega združenja delovnih terapevtov - WFOT, ki je bil omenjen v 2. Vinjeti (1994) smo s kolegicami prav tako aktivno sodelovala še na 6 svetovnih kongresih (v Montrealu (1998), Stockholmu (2002), Sydneyu (2006), Santiagu (2010), Yokohami (2014) in letos v Cape Townu (2018) ter 2 kongresih evropskega združenja – ECARTE - v Parizu (2001) in Atenah (2004).

Sodelovali smo z referati, plakati in izvedli celo ene predkongresne delavnice (v Stockholmu).

Na vseh teh srečanjih sem primerjala delo delovnega terapevta pri nas in v drugih državah, kulturah in ugotavljala, da smo in postajamo enakovredni poklicni mojstri, celo marsičesa lahko mi naučimo kolega iz drugih okolij.

Verjetno mi je iz istih razlogov bliže KAWA model v Ameriki živečega, po rodu Japonca Michela Iwame (2010), ki govori o delovni terapiji kot reki, ki teče naprej, manjši potočki se ji pridružijo, vendar se reka nenehno spreminja, ima tudi tolmane, kamne, s sabo nosi različne naplavine, spreminja tok struge...nekako mi je ta filozofija blizu, na ta način je lažje razumeti delovno terapijo kot poklic, pri katerem delamo z ljudmi, takimi kot so, kot jih srečamo v njihovih domačih okoljih in okoliščinah.

Raziskujoč Kawa model smo napisale s poklicnima kolegicama, dipl. delovnima terapevtkama Andrejo Grom in Leonida Krajnc, članek in predstavile prispevek na WFOT kongresu v Yokohami, z naslovom: Simple can be effective«, ki je bil zelo dobro sprejet, posebej s strani japonskih poklicnih kolegov.

V okviru sodelovanja z Višjo šolo za Zdravstvene delavce, pozneje z Zdravstveno Fakulteto smo v teh 40 letih izvedli mnogo mentorskega dela. Lahko se pohvalimo, da smo, še preden je obveljal princip »bolonjskega študija«, ki zahteva več prakse, pod mojim mentorstvom izvajali 14 tedenske vaje – delovna terapija na področju psihiatrije, na katerih so študenti izkusili procesno delo delovnega terapevta z osebami, ki imajo probleme na področju duševnega zdravja in uspešno prenašali teorijo v prakso.

S študenti smo sodelovali pri borbi za mehkejši in voden prehod iz institucije v skupnost, kot nadaljevanje obravnave. Tako smo izpeljali raziskavo, pri kateri je pomagala/sodelovala prof. Vita Marušič iz Zdravstvene Fakultete - *Izboljšanje vpliva neprekinjene DT obravnave in izboljšanje delovanja v domačem okolju*. Sledili smo kanadskemu CMOP modelu upoštevajoč tudi elemente avstralskega PEO modela in Kielhofnerjevega MOHO modela.

Kot ocenjevalni test pa smo uporabili test COPM (iz CMOPa) in analizo aktivnosti.

Tudi mnogi pripravniki iz celotne Slovenije so zaokrožili svoj obvezni praktični del pripravništva znotraj naše institucije, sama pa sem jih preverjala kot zunanja sodelavka Ministrstva za Zdravje in izpraševala pri strokovnih izpitih.

RAZPRAVA

Danes so delovni terapevti tudi na področju duševnega zdravja samozavestni in enakopravni člani terapevtskih timov in delajo tako v institucijah kot v domačem in delovnem okolju.

Delovnoterapevtski pristopi na področju duševnega zdravja temeljijo na individualni obravnavi, ki se nadaljuje v različnih oblikah skupinske obravnave. Doktrino timskega dela sestavljajo sestavljajo različni poklici – psihiater, medicinska sestra, psiholog, socialni delavec, po potrebi tudi zunanji sodelavci kot so umetnostni terapevt (likovni, glasbeni, dramski, gibalni), kinezioterapevt, pedagog in psihoterapevt...

Za vsakega uporabnika/bolnika delovni terapevt/vtka vodi poklicno dokumentacijo in sledi delovnoterapevtskemu procesu obravnave z zaključkom in usmeritvijo v skupnost.

Na ta način delovni terapevti dosegajo dobre cilje in so deležni hvaležnosti tistih, ki so obravnavani.

Zelo velikega pomena je tudi poklicna supervizija, ki se na področju duševnega zdravja dokaj uspešno uporablja.

Iz navedene osebne izkušnje je razvidna nenehna rast in napredek poklica delovni terapevt, vendar je težko izbrati, katere so bile ključne prekretnice razvoja in posodobitve delovne terapije na področju duševnega zdravja.

Vsekakor pa je bil to šarm lepote in zanimivosti poklica in nenehna radovednost ter motivacija za kakovostne obravnave vseh, ki delajo na tem področju.

Osebna misel avtorice:

Prihodnost DELOVNE TERAPIJE kot poklica je v preprosti, vendar z dokazi podprti praksi, utemeljeni s sodobno teorijo in v preprostem, človeškem, spoštljivem in enakovrednem odnosu do uporabnikov.

LITERATURA

- Babiss, F.(2009). *Clinical Reasoning*, Hinojosa V, Blount M L, (Eds), The texture of Life: Purposeful Activities in the Context of SOccupation (p. 191-228), 3rd edition, Bethesda: AOTAn
- Creek J (2002) , *Occupational Therapy and mental Health*, third ed. Churchill Livingstone, New York
- Fisher A, (1998), *Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework*, American Journal of Occupational Therapy, 1998, Vol. 52, 509-521, NY
- Iwama M.K. (2010), *The Kawa Model*, Kultural Relevant Occupational Therapy, Churchill Livingstone, Toronto
- Jarvis P, (1999), *Developing theora from Practice*, Josey-Basss, Wiley, San Francisko
- Kielhofner G. (2009) *Research in OT*, in Methods of Inquiry for Enhancing practice, 4. Edition, F. A. Davis Company, Philadelphia
- Law M., (1990) The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy, Canadian Journal of Occupational Therapy 57(2):82-7, London
- Long C., Cronin Davis J. C. , Cotterill D.(2017), *Occupational Therapy Evidence in Practice for Mental health*, 2nd. Edition, Eiley Blackwell, London
- Mosey, A. C. (1968). *Occupational Therapy*, Theory and Practice, Raven Press, New York
- Moses N. I.(2010), *Analysing and Critique*, occupational Therapy Practice Model Using Mosey's Extrapolation Metod , OT department, published online, University of South Dacota,
- Petek J.(2004), *Delovna terapija v klientovem življenjskem okolju*, Psihosocialna rehabilitacija, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana, str. 54 60.
- Petek J in sodelavci, (2013), *Delovna terapija na področju duševnega zdravja*, Psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana
- Townsend W A, Polatajko J., (2013), *Enabling Occupational Therapy*, Vision for health, Well being and Justice through Occuaption, 2 . edition, CAOT Publishers ACE, Ottawa

POMEN OCENJEVALNIH METOD PRI OBRAVNAVI PACIENTKE S PARANOIDNO SHIZOFRENIJO

THE SIGNIFICANCE OF ASSESSMENT METHODS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Mateja Kavčič¹, dipl. del. ter.

¹Psihiatrična bolnišnica Idrija

IZVLEČEK

Proces izvajanja programa delovne terapije se začne z ocenjevanjem. Ocenjevanje je vodilo obravnavi, upoštevanju individualnosti posameznika in promociji odgovornega programa za izražanje interesov posameznega pacienta. Obravnava pacienta s paranoidno shizofrenijo mora biti usmerjena v preprečevanje ponovnega izbruha bolezni, ki bi omogočal čim višjo samostojnost pacienta v vsakodnevnem funkcioniranju. Individualna ali skupinska obravnava posameznika mora vključevati prioritete potrebe na področjih dela, prostega časa in dnevnih aktivnosti in upoštevati nivo pacientovega funkcioniranja. V prispevku je predstavljen primer dobre prakse z aktivnim sodelovanjem pacientke in svojcev v delovnoterapevtski obravnavi. Uporabljene so bile naslednje ocenjevalne metode: COPM, ček lista pristočasnih aktivnosti, ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti (AMPS), ocena bolnikovega zavedanja svojih sposobnosti (A3), ček lista vlog, struktura dneva in vprašalnik o volji. V prispevku je bil uporabljen integrativni pristop ocenjevanja, ki bazira na humanističnem pogledu človeka. Gospa je v končnem ocenjevanju prepoznala svoj napredek in dosegla cilje, ki so bili skupaj zastavljeni.

Ključne besede: ocenjevanje, delovna terapija, psihoza.

ABSTRACT

The occupational therapy program begins with an evaluation. Evaluation is the foundation of every treatment and consideration of an individual's special characteristics, as well as of the design of a suitable program that will reflect the interests of each patient. Treatment of a patient with paranoid schizophrenia should be directed at preventing a new outbreak of the disease, which would allow the patient to become as autonomous as possible in day-to-day functioning. Individual or group treatment of an individual should include priority needs in the areas of work, leisure and daily activities and take into account the level of patient's functioning. The article presents an example of good practice with active participation of a patient and her relatives under consideration. The following evaluation methods were used in occupational therapy treatment: COPM, interest checklist, assessment of motor and process skills (AMPS), assessment of awareness of ability (A3), role checklist, occupational questionnaire and volitional questionnaire. An integrated evaluation approach, which is based on a humanistic view of man, was used. In the final evaluation, the patient could see her progress and achieved the set goals.

Keywords: assessment, occupational therapy, psychosis.

UVOD

Ocenjevanje je sestavni in začetni del procesa obravnave v delovni terapiji. Poteka v vseh fazah obravnave: začetno, nadaljevalno in končno ocenjevanje. Namenjeno je

razčiščevanju problemov bolnikovega funkcioniranja v ožjem in širšem življenjskem okolju, iskanju in prepoznavanju virov moči in volje ter pozitivnih naravnosti na katerih gradimo terapevtski proces (Marušič, 1996).

Ocenjevanje v smislu vrednotenja poteka ves čas in omogoča prepoznavanje ključnih informacij, ki usmerjajo potek obravnave. Vedno bolj se poudarja pomen uporabe merskih instrumentov, ki omogočajo ocenjevanje na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja, ki jih opredeljuje mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (Švajger, 2016). Potrebno se je zavedati, da ocenjevanje ni nekaj kar se naredi samo za pacienta, temveč mora biti pacient aktivno vključen v sam proces (Creek, 1997).

VSEBINA

Predstavitev primera dobre prakse. Motnje v duševnem zdravju prizadenejo tako psihično kot fizično počutje posameznika. Oseba nima zanimanja za dejavnosti, ki so jo včasih veselile, se hitro utruji, vsakdanja opravila potekajo počasneje, v najhujšem primeru razmišlja, da je življenje prazno in ji ni več vredno živeti. Pacient s paranoidno shizofrenijo lahko dajejo dolgo videz vsaj relativne urejenosti ter čustvene in osebnostne ohranjenosti, nemalokrat pa so sposobni svojo psihotično simptomatiko prikrivati. Bolezenski simptomi, ki pri pacientu zahtevajo vključitev v delovno terapijo so predvsem umikanje družbi, zapiranje v lastni svet, čustvena osiromašenost in posledično brezbržnost za svoje potrebe in potrebe okolice ter zadovoljevanje le-teh. Zanemarjati začnejo svoj videz in osebno higieno, opuščajo aktivnosti, ki so jih pred tem radi počeli ter prihajajo pogosto v konflikte.

Delovnoterapevtski proces po AOTA

1. Okupacijski profil

Gospa je stara 66 let. Je poročena, živi z možem na obali. Ima dva odrasla sinova. V isti hiši v ločenem gospodinjstvu živi en sin, ki je še samski, v prizidku pa živi drugi sin z družino. Že več kot 20 let je invalidsko upokojena zaradi psihičnih težav. Končala je OŠ. Zaposlena je bila kot prodajalka in natakara. Njen mož je njen skrbnik za poseben primer (razporejanje s financami). Avtomobila ne vozi, zato gresta po nakupih in opravih skupaj z možem. Glede jemanja zdravil ima pomembno vlogo njen mož, saj ji dnevno pripravlja zdravila in jo ob določeni uri tudi spomni na to. Gospodinjske aktivnosti gospa sicer samostojno izvaja, a jih zadnje čase ni več zmogla. Tudi aktivnosti na področju skrbi zase opušta, potrebuje ogromno močeve vzpodbude, da poskrbi za osebno higieno.

Velikokrat pazi na vnuka, vendar je v zadnjih 14 dneh to postalo težavno, ker se ni več počutila sposobno. Bilo jo je strah, da se bo vnuku kaj zgodilo.

Interesne aktivnosti: V prostem času rada bere, gleda TV, dela na vrtu (pridelajo nekaj zelenjave za doma), hodi na sprehode z možem in skrbi za rože, a v zadnjem času tega ni več zmogla. Mož je povedal, da jo doma nič ne zanima in da veliko poležuje. Ven zadnje čase sploh ni več hodila. Odklanjala je tudi odhode na obiske k sorodnikom. Sama pove, da ni imela volje in energije.

Gospa je bila nazadnje hospitalizirana pred 3 leti. Tokrat prihaja v bolnišnico zaradi bolečin v trebuhu (halucinacije telesnih občutkov), prepričana, da jo sosede zastrupljajo. Bila je nespeča, počutila se je ogroženo. Izražene so nanašalne ideje na moža, zadnji dan sta prišla tudi v konflikt. Izražala je tudi suicidalne misli (zaradi bolečin v trebuhu bi kar skočila skozi okno) in strah.

2. Izvedena ocenjevanja

COPM - Izpostavljeni problemi na nivoju okupacije

Osebna higiena: Izvedba: 5. Zadovoljstvo: 2. Pomembnost: 10.

Kuhanje: Izvedba: 5. Zadovoljstvo: 2. Pomembnost: 9

Pranje / likanje: Izvedba: 5. Zadovoljstvo: 2. Pomembnost: 9
Delo na vrtu: Izvedba: 2. Zadovoljstvo: 2. Pomembnost: 9.
Nakupovanje: Izvedba: 2. Zadovoljstvo: 1. Pomembnost: 9.

Ček lista prostočasnih aktivnosti:

Aktivnosti, s katerimi se je ukvarjala v preteklosti in jih je sedaj postopno opuščala:
Vrtnarjenje, skrb za živali, poslušanje glasbe, obiskovanje sorodnikov, čiščenje stanovanja, kuhanje, peka, pranje, likanje, nakupovanje, šivanje, kartanje, poslušanje radia, sprehodi.
-Aktivnosti, s katerimi bi se želela ukvarjati v prihodnje:
Vrtnarjenje, šivanje, kartanje, poslušanje radia, sprehodi, poslušanje glasbe, sestavljanje sestavljanek z vnukom, obiskovanje sorodnikov, branje, ročna dela, gledanje TV, čiščenje stanovanja, pranje, likanje, kuhanje, peka, nakupovanje.

Ček lista vlog (izpolnjevala s pomočjo delovne terapevtke):

V preteklosti: mama, delavka, varuška, vzdrževalka doma, vernica, prijateljica.
Zelo pomembna: mama.
Delno pomembna: vzdrževalec doma, prijateljica, varuška vnuka.
Trenutne vloge: mama, nona, žena, sestra, varuška (pazi na vnuka večkrat tedensko).

Struktura dneva:

Gospa vstaja ob 7.30 uri. Najprej poskrbi za osebno higieno, se obleče in uredi, nato z možem zajtrkujeta. Tekom dopoldneva pripravlja kosilo (včasih ji mož kaj pomaga, sicer sama). Do kosila še kaj opere, zlika in pospravi (sedaj tega ni zmogla). Po kosilu pospravi, nato oba z možem počivata kakšno urico. Popoldan, če je lepo vreme gresta z možem na kakšen sprehod ali na vrt, sicer pa kaj prebere, gleda TV (vse te aktivnosti sedaj ni zmogla izvajati). Po večerji gleda TV, nato pa leže k počitku.

Vprašalnik o volji (izveden je bil na kreativni skupini in skupini terapevtske skupnosti)

Gospa je bila ob prvem ocenjevanju slabšega psihičnega počutja, kar se je kazalo v njeni pasivnosti. Bila je brezvoljna, upočasnjena, prisotne so bile motnje koncentracije in pozornosti. Aktivnosti na kreativni skupini ni zmogla izvajati od začetka do konca, dodatnih zadolžitev na oddelku ni zmogla sprejemati (kot npr. dežurna, vodja telovadbe,...). Oklevajoča je bila v poskušanju novih stvari in izražanju tega, kar ji je ljubše. Pasivna je bila v izkazovanju radovednosti, izražanju ponosa, reševanju težav, vlaganju dodatne energije in postavljanju ciljev.

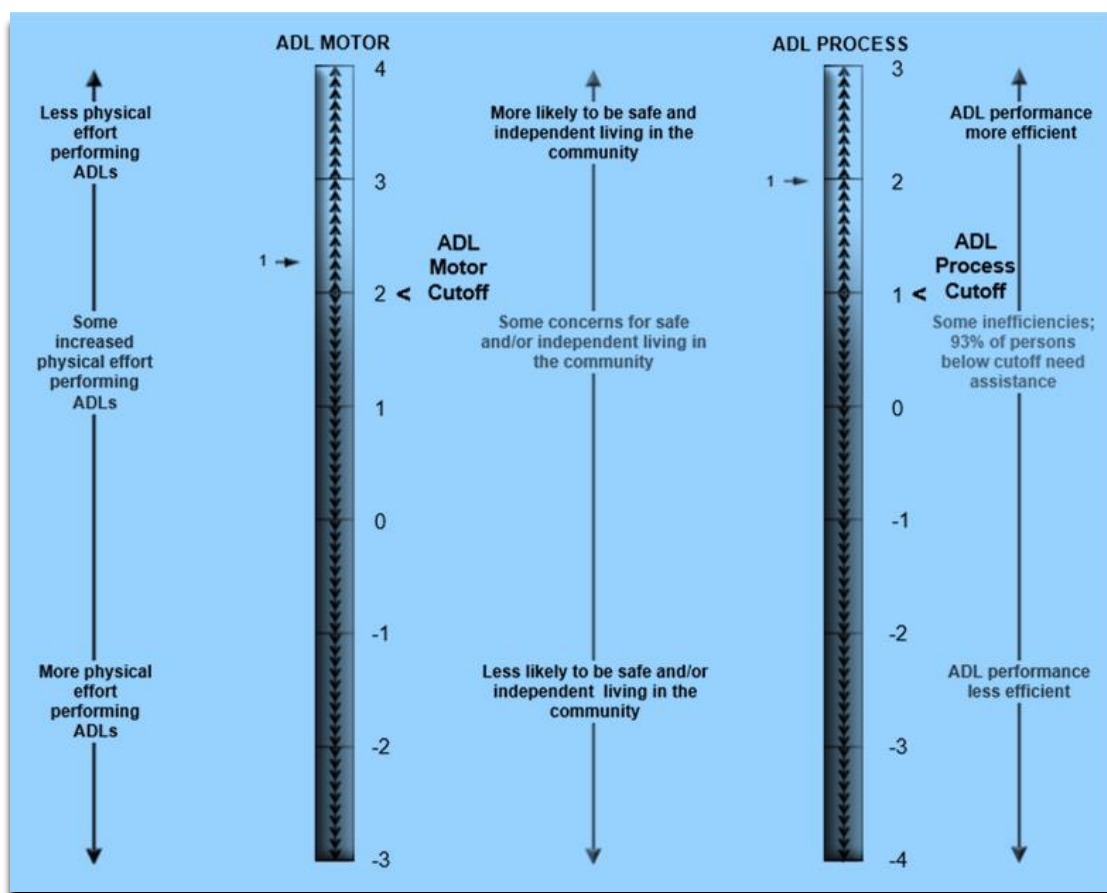
Analiza aktivnosti po spretnosti

Ocena motoričnih in procesnih spretnosti (AMPS)

Gospa je med 5 aktivnostmi izbrala sledeči aktivnosti:
Likanje srajce (povprečna aktivnost) in
Priprava sveže sadne solate (težja aktivnost od povprečne).

Kvaliteta izvedbe aktivnosti: gospa je bila med izvedbo aktivnosti varna, asistence ni potrebovala, napora ni bilo opaziti, hitrost izvajanja aktivnosti je bila ustrezna. Učinkovitost izvedbe obeh aktivnosti je bila ustrezna. Na motorični skali je dosegla 2.30 točk nad standardizirano mejo zadovoljive izvedbe, na procesni skali pa 2.06 točk nad standardizirano mejo zadovoljive izvedbe, kar govori o ustreznosti motoričnih in procesnih spretnosti.

Slika 1: Prikaz ocene AMPS-a



Gospa je bila med izvedbo obeh aktivnosti samostojna. Na motoričnem področju so se pojavile malenkostne težave pri koordiniranju (malce težje zapenjala gumbe), pri drugi aktivnosti pa na področju stabiliziranja (malenkostno se je oprla na pult), opažen je bil rahel tremor rok.

Na procesnem področju je bilo vprašljivo povpraševanje (vprašala za informacijo, ki jo je dobila na začetku naloge), iskanja (iskala je nož, skodelice), zbiranja (si vnaprej pripravlja stvari, pripomočke) in opažanja (omaro pušča odprto).

Ocena zavedanja sposobnosti (A3): po opravljeni oceni bolnikovega zavedanja svojih sposobnosti je bilo ugotovljeno, da se gospa zaveda, da je sposobna samostojne izvedbe aktivnosti na vseh treh področjih človekovega delovanja. Sama je prepoznala nekaj težav, ki so se ji pojavile med izvedbo aktivnosti (kot npr. da je malce težje zapenjala gumbe), prav tako je prepoznala nekaj procesnih težav (iskanja stvari, pripomočkov in puščanje odprtih omar).

3. Analiza izvedbe okupacije

Področja izvajanja	DA: opustila je redno izvajanje osebne higiene ŠDA: skrb za vnuka: zadnje čase ni zmogla več skrbeti za vnuka; urejanje doma: ni imela volje za pospravljanje; kuhanje, pranje, likanje: zadnje čase ni imela več volje za te aktivnosti; nakupovanje: z možem zadnje čase ni več hodila v trgovino, ker jo je bilo strah. sodelovanje v družbi: ne navezuje socialnih stikov. prosti čas: prostočasne aktivnosti je opustila, večino časa je preležala.
Klientovi dejavniki	<u>Vrednote in prepričanja</u>: veliko ji pomeni družina. Prepričana je, da so jo zastrupili, da je vsega kriv mož. O svojih sposobnostih ima nizko prepričanje. <u>Kategorije telesnih funkcij</u> Duševne funkcije (slabša pozornost, motnje spomina, upočasnjene psihomotorične in miselne funkcije, pomanjkanje energije in volje za vse akt. čl. delovanja). Funkcije živčevja, mišičja in okostja ter z gibanjem povezane funkcije (slabša mišična moč, upočasnjene gibalne funkcije)
Spretnosti izvajanja	<u>Motorične spretnosti</u> - koordiniranje (malce težje zapenjala gumbe med nalogo), - stabiliziranje (malenkostno opiranje na pult), - rahel tremor rok. <u>Procesne spretnosti</u> - Spretnost povpraševanja (vprašala za informacijo, ki jo je dobila na začetku naloge), - iskanje (med izvajanjem naloge iskala nož, skodelice), - zbiranje (si vnaprej pripravi stvari, pripomočke) in - opažanje (med nalogo pušča omare odprte). <u>Komunikacijske in interakcijske spretnosti</u> - Ne vzpostavlja socialnih interakcij, zadržuje se zase.
Vzorci izvajanja	<u>Navade</u>: osebna higiena zjutraj (trenutno osiromašena), priprava kosila (v zadnjem času opustila), poležavanje. <u>Vloge</u>: mama, žena, varuška vnuka, prijateljica (nezmožnost v zadnjem času). <u>Rutine</u>: jutranje vstajanje, počitek, sprehodi (sedaj jih je opustila), priprava kosila (v zadnjem času ne).
Okolje	<u>Kulturno</u>: spremljanje glasbenih in kulturnih oddaj na TV <u>Osebno</u>: ženska, mama, nona. <u>Fizično</u>: hiša z vrtom, do trgovine z avtom z možem (sama ne vozi avta). <u>Socialno</u>: v stikih le z domačimi, na obiske ni hodila.

Tabela 1: Analiza izvedbe okupacije

4. Načrt obravnave

Delovnoterapevtski model in pristopi: skozi obravnavo je kot krovni model izbran MOHO model, ker delovnemu terapevtu omogoča razviti način razmišljanja o okupacijskem vedenju ljudi in o omejitvah pri izvajanju okupacije, ki so lahko posledica bolezni, telesne poškodbe, stresa in drugih dejavnikov. Zagotavlja nam tudi ogrodje za pridobivanje delovnoterapevtskih podatkov o pacientu, o okolju, ki ga obdaja ter pomaga pri izbiri in načrtovanju poteka delovnoterapevtske obravnave. Človeka obravnava kot odprt sistem, v katerem se prepletajo trije med seboj enakovredni podsistemi: volja, navade in zmogljivost

za izvajanje. Volja se nanaša na motivacijo za okupacijo. Navade se nanašajo na proces, v katerem se okupacije razvijajo v določene vzorce ali rutine. Zmogljivost za izvajanje pa se nanaša na fizične in duševne sposobnosti za izvedbo. Pri vsem tem pa ima pomembno vlogo seveda okolje s katerim si človek ves čas izmenjava informacije. Model MOHO je bil pri gospe uporabljen zaradi prepletanja vseh podsistemov, ključna je bila brezvoljnost ter navade, ki so bile pri njej utečene.

Uporabljeni pristopi v obravnavi so bili: na pacienta usmerjen, kognitivni ter interakcijski, ki temelji na vključevanju posameznika v skupine z namenom razvoja in učenja socialnih spretnosti in vlog ter vzpostavitve socialnih stikov z drugimi.

Procesni model obravnave je bil izpeljan po Ameriškem okviru prakse (AOTA).

Identifikacija ciljev po ABCD metodi:

A: cilje želimo doseči pri pacientki in svojcih.

B: redno jemanje zdravil, redne kontrole pri psihiatru, kritičnost do bolezni, zmanjšanje patoloških doživljanj (bolečine v želodcu, nanašalnost na moža), izboljšanje psihofizične kondicije, samostojnost v aktivnostih vsakodnevnega življenja (likanje, kuhanje), vključevanje v širšo družbo, urejena struktura dneva.

C: vzpodbuda multidisciplinarnega tima k vključevanju v aktivnosti; vzpodbuda moža in družine.

D: pacientka se bo pričela v tednu dni vključevati v aktivnosti delovne terapije (jutranja telovadba, gibalna terapija) in bo nanje prihajala pravočasno ter jih izvajala predviden čas.

V izvajanju ne bo potrebovala pomoči, sprva pa samo vzpodbudo. V aktivnostih bo aktivno sodelovala. Vključevala se bo v neformalne pogovore z ostalimi pacienti, pred odpustom bomo pacientko vključili v skupnostno obravnavo. V skupinah, ki bodo potekale po urniku bo aktivno sodelovala, izražala bo svoje mnenje, prevzemala zadolžitve, jih izvajala samostojno do konca in vzpostavljala socialne interakcije z drugimi. Pridobila bo občutek podpore, pripadnosti ter možnost izmenjavanja izkušenj z ostalimi udeleženci skupin. Struktura dneva bo vzpostavljena z redno udeležbo na aktivnostih po urniku.

Postavitev ciljev v procesu obravnave skupaj z uporabnikom na področjih:

Skrb za sebe: pridobiti spretnosti za neodvisno življenje (samostojna in učinkovita izvedba aktivnosti osebne higiene).

Produktivnost: izboljšanje spretnosti (koordiniranje in stabiliziranje) in motivacija za pripravo obrokov, kuhanje, likanje,...

Prosti čas: poiskati možnosti za izražanje interesov, poiskati možnosti za izvajanje izbranih rekreativnih aktivnosti.

Kognitivno področje: povečati sposobnosti reševanja problemov, povečati neodvisnost pri postavljanju odločitev in samoiniciativno bo izražala svoje mnenje.

Psihosocialno področje: vključevanje v različne skupinske dejavnosti in redno vključevanje v psihodramsko skupino.

Za dosego teh ciljev smo si zastavili časovno opredelitev 3 - 4 tedne.

5. Izvedba obravnave

Gospa je bila vključena v individualno in skupinsko delovnoterapevtsko obravnavo z namenom doseči zastavljene cilje. Potekala je od ponedeljka do petka (skupaj po 3-4 ure dnevno) en mesec, med vikendom je izvajala načrtovane aktivnosti.

Individualno delo je obsegalo predstavitev in usklajevanje aktivnosti njenim željam in potrebam, pogovor v smeri o pomembnosti osebne urejenosti. Pri slednjem je bila pogosto uporabljena tehnika terapevtska uporaba sebe (terapevta), pri kateri delujemo z vzgledom.

Gospa je bila vključena v različne skupinske aktivnosti:

- kreativna skupina (1 x tedensko – izražanje preko medija – materiala),
- glasbena skupina (1x tedensko),
- jutranja telovadba in sprehodi (vsakodnevno), gibalna terapija (2x tedensko),
- sestanek terapevtske skupnosti (1x tedensko, prevzemanje zadolžitev),
- kognitivna skupina (s ciljem izboljšanja kognitivnih sposobnosti),
- biblioterapija (1 x tedensko),
- psihodrama (1x tedensko).

Preko skupinskih aktivnosti se je učila zaznavati probleme, jih reševati, prepoznavala svoja negativna vedenja, se učila vzdrževati koncentracijo, vključenost v skupino. Preko kontinuiranega vključevanja v aktivnosti je vzpostavljala rutino, izboljševala komunikacijo in interakcijo z okoljem, ohranjala fizično kondicijo in izboljševala strukturo dneva. V individualnih aktivnostih je pokazala interes za drobne ter. tehnike (šivanje), aktivnosti kuhanja in likanja ter aktivnosti nakupovanja.

Obravnava glede na problem:

- *socialna izoliranost*

Pripravljalna metoda: pogovor z gospo, sprehod skupaj z drugimi pacientkami.

Namenska aktivnost: aktivno sodelovanje v skupinah (kreativna skupina, glasbena,...).

Aktivnost, ki temelji na okupaciji: ponovno vzpostavljanje stikov s svojci, prijatelji.

- *pomanjkljiva osebna higiena in neredno izvajanje*

Pripravljalna metoda: priprava pripomočkov in oblačil za izvajanje osebne higiene v bolnišnici.

Namenska aktivnost: redno izvajanje osebne higiene ob vzpodbudi delovnega terapevta.

Aktivnost, ki temelji na okupaciji: samostojno, redno izvajanje osebne higiene brez vzpodbude.

- *slabša struktura dneva*

Pripravljalna metoda: skupaj z gospo se dogovoriti in jo obvestiti o dnevnem redu v bolnišnici.

Namenska aktivnost: narediti načrt aktivnosti tudi v popoldanskem času in čez vikende.

Aktivnost, ki temelji na okupaciji: izvajanje planiranih aktivnosti in samostojno vzdrževanje strukture dneva tako v bolnišnici kot doma.

- *opuščanje pristočasnih aktivnosti*

Pripravljalna metoda: skupaj z gospo se dogovoriti za aktivnosti prostega časa (šivanje, gledanje TV, sestavljanje sestavljank z vnukom,...)

Namenska aktivnost: redno izvajanje pristočasnih aktivnosti ob vzpodbudi (šivanje, ...)

Aktivnost, ki temelji na okupaciji: samostojno izvajanje pristočasnih aktivnosti.

- *neredno izvajanje gospodinjskih aktivnosti*

Pripravljalna metoda: vzpostavljanje pogojev za izvajanje kuhanja in likanja ter motivacija gospe.

Namenska aktivnost: ob vzpodbudi in usmerjanju izvajanje gospodinjskih aktivnosti.

Aktivnost, ki temelji na okupaciji: samostojno izvajanje gospodinjskih aktivnosti.

6. Pregled obravnave (glede na postavljene cilje)

-*planiranje strukture dneva ob vzpodbudi del. terapevta*

Gospa je sprva vedno potrebovala vzpodbudo, da se je pričela vključevati v aktivnosti delovne terapije, kasneje pa je na aktivnosti prihajala samostojno. Ob odhodu na vikend sva naredili načrt aktivnosti in jih ob vrnitvi nazaj v bolnišnico pregledali.

- socialna izoliranost

Gospa v bolnišnici prve dneve ni navezovala stikov s sopacientkami. Na vprašanja je odgovarjala na kratko. Za vključevanje v skupine je v začetku potrebovala vzpodbudo, kasneje pa je na skupine prihajala samoiniciativno. Po dveh tednih se je skupin redno udeleževala, vzpodbudo potrebuje le pri izražanju mnenj. Vključila se je v aktivnosti v terapevtskih delavnicah, kjer se je dobro počutila. Lažje je navezovala stike in izražala mnenja.

- pomanjkljiva osebna higiena

Prve tri dni je potrebovala vzpodbudo in verbalna navodila, da je redno izvajala osebno higieno. Po treh dneh se je preoblekla v svojo obleko in izrazila zadovoljstvo ob tem. Po tednu dni je potrebovala le še vzpodbudo, nato pa je te aktivnosti izvajala samostojno brez vzpodbude.

- opuščanje prostočasnih aktivnosti

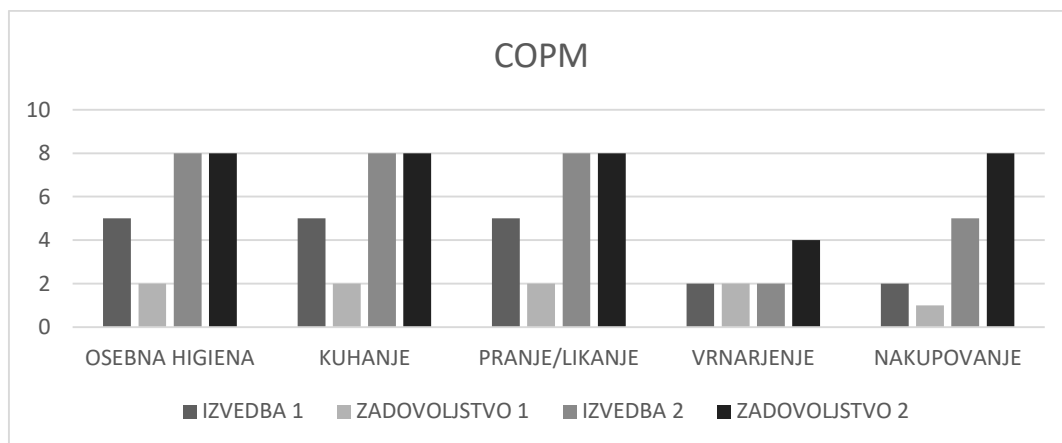
Z gospo sva naredili načrt, katere aktivnosti bi lahko izvajala. V prvem tednu je potrebovala več vzpodbude, kasneje pa le še pohvalo. Največkrat je individualno izvajala aktivnost šivanja.

- neredno izvajanje gospodinjskih aktivnosti

Gospa je tekom obravnave izražala željo po treningu gospodinjskih aktivnosti, zato je bila vključena v skupinsko peko peciva. V izvajanju je bila samostojna, na koncu pa z izvedbo zadovoljna.

7. Izid delovnoterapevtske obravnave

Ocenjevalne metode, ki smo jih izvedli nekaj dni pred odpustom so bile: COPM, struktura dneva in vprašalnik o volji.



Slika 2: Primerjava COPM-a pred in po obravnavi

Vprašalnik o volji (izveden na kreativni skupini in skupini terapevtske skupnosti)

Gospa se je aktivno vključevala v proces zdravljenja. Imela je voljo do izvajanja aktivnosti, pokazala je samoiniciativno. Aktivnosti je izvajala predviden čas, na oddelku je prevzemala dodatne zadolžitve. Lažje je navezovala stike z drugimi in izražala čustva.

Cilji, ki jih je gospa dosegla:

- ob opori je zmogla vzdrževati strukturo dneva,
- samostojno in redno je izvajala aktivnosti osebne higiene,

- konstruktivno je (skupaj z možem) znala zapolniti prosti čas,
- motivirana je bila za izvajanje gospodinjskih aktivnosti (kuhanje, likanje, pranje z minimalno moževo pomočjo),
- zmogla se je socialno vključevati (skupaj z možem sta odhajala na sprehod, obiske, v trgovino, rada se je igrala igre z vnukom),
- gospa je privolila v skupnostno obravnavo na domu po odpustu iz bolnišnice.

Ob zaključku delovnoterapevtske obravnave je bila gospa samostojna pri izvajanju osebne higiene. Pri strukturi dneva ji je pomagal mož, prav tako ji je malce pomagal pri gospodinjskih aktivnostih. Z navezovanjem stikov je napredovala, lažje je vzpostavljala in začejala pogovor. Z doseženim je gospa bila zadovoljna, prav tako pa je bila zadovoljna z vključitvijo v psihiatrično zdravljenje v skupnosti.

ZAKLJUČEK

Rezultati delovnoterapevtske obravnave so večdimenzionalni in se lahko odražajo na več različnih področjih, kjer so bile izpostavljene težave. Izboljšanje pacientove izvedbe okupacije, učinkovitost izvedbe okupacije in ponovno zaupanje v življenje ter lastne sposobnosti so na področju mentalnega zdravja zelo pomemben izid. Ocenjevanje omogoča pacientom, da tudi sami opazijo spremembe, ki so se zgodile tekom obravnave, delovnemu terapevtu pa daje možnost ocene učinkovitosti same obravnave.

Glavni cilj psihiatrične rehabilitacije je pacientovo zadovoljstvo. Na zadovoljstvo pa vplivajo zmožnost samostojnega delovanja, biti slišan, opažen ter biti sposoben odgovorno prevzemati svoje vloge. Za dosego omenjenega je vloga delovnega terapevta najti in ponuditi ustrezne aktivnosti, preko katerih bo pacient pridobil spretnosti in znanja za lažje samostojno opravljanje aktivnosti vsakdana.

LITERATURA

- American occupational therapy association.(2002). Occupational therapy practice framework: domain and process. American journal of occupational therapy, 56, 609-639.
- Creek J.. (1997). Occupational therapy and mental health. Second edition. New York: Churchill Livingstone.
- Fischer A.G., Pan A.W. (2018). The assessment of motor and process skills of persons with psychiatric disorder. The American journal of occupational therapy: 775-780. https://www.researchgate.net/publication/15220861_The_Assessment_of_Motor_and_Process_Skills_of_Persons_With_Psychiatric_Disorders. < 3.01.2016 >.
- Hemphill – Pearson B.J. (2008). Assessments in occupational therapy mental health. An integrative approach. Second edition. New York: Slack incorporated.
- Kielhofner G. (2008). Model of human occupation: theory and application. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Krajnc L., Lebar C. (2004). Pomen delovne terapije pri mlajših odraslih bolnikih s shizofrenijo. 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije: 126-136.
- Marušič V. (1996). Ocenjevanje v procesu delovne terapije pri psihiatričnem bolniku. Delovna terapija včeraj – danes – jutri. 30 let izobraževanja delovnih terapevtov v Sloveniji: 101-113.
- Švajger A., Pihlar Z.(2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. Rehabilitacija. Rehabilitacija-letn.XV,supl.1.: 33-43. http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2016_S1_p033-043.pdf < 3.01.2016 >.
- Delovna terapija na področju duševnega zdravja. (2013). Psihiatrična klinika Ljubljana. Ljubljana: 76-104, 110-125, 173-186, 188-194.

GOSPODINJSKE DELAVNICE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI VOJNIK

HOUSEKEEPING GROUPS IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL VOJNIK

Petra Lajlar¹, dipl.del.ter., Urška Pocajt Sumrak¹, dipl.del.ter.

¹Psihiatrična bolnišnica Vojnik

IZVLEČEK

Uvod: Delovni terapevti v Psihiatrični bolnišnici Vojnik pri svojem delu opažajo potrebo po vključevanju pacientov v aktivnosti, ki le tem pomagajo pri obvladovanju gospodinjstva. Zato so začeli z izvajanjem nove aktivnosti, gospodinjski modul. V to aktivnost vključujejo paciente, ki so hospitalizirani na odprtih oddelkih bolnišnice. Delovni terapevt, ki je aktivni član tima na oddelku pri delovnoterapevtskem intervjuju prepozna težave na tem področju in po pogovoru z oddelčnim zdravnikom sprejme odločitev, ter vključi paciente v aktivnost. **Vsebina:** Pričeli so se gospodinjski moduli, v katere se vključujejo pacienti, ki so hospitalizirani na odprtih oddelkih bolnišnice. Namen aktivnosti je učenje obvladovanja gospodinjstva, nakup živil, razporejanje denarja, branje in razumevanje kuharskih receptov, kuhanje po receptih in po smernicah zdrave prehrane. Delavnice so sestavljene iz petih modulov. Prvi modul je teoretične narave, sestavljen iz uvodnega pogovora, kjer imajo pacienti možnost predstavitve. Pogovorimo se o njihovih vlogah, načinu življenja, mesečnih prihodkih, obvladovanju denarja, znanju in samostojnosti pri pripravi obrokov, ter naredimo načrt za nadaljnje štiri module. V nadaljnjih modulih se prepleta teorija in praksa. **Zaključek:** Anketa ob zaključku modulov je pokazala, da so pacienti bili zadovoljni, naučili so se osnove kuharskih veščin, iskati in brati kuharske recepte, kuhati po smernicah zdrave prehrane, razporediti prihodek čez cel mesec, kar bi bistveno pripomoglo k večji samostojnosti.

Ključne besede: delovna terapija, psihiatrija, obvladovanje gospodinjstva

ABSTRACT

Introduction: The occupational therapists in the Psychiatric Hospital Vojnik observe the need to include patients in the activities which enhance their independence in housekeeping tasks. For that reason, they introduced a new activity in the form of housekeeping modules. Participating in this activity are the patients who are hospitalized in the open hospital units. As active members of the healthcare team, the occupational therapists have a possibility to identify the patients' problems in this area while conducting a therapeutic interview. The inclusion of patients in this activity should be agreed by the unit psychiatrist. **Content:** The purpose of this activity is to enable the participants for independent managing of their households (shopping for food, handling money), to read and understand cooking recipes, to follow recipes and to adhere to healthy eating guidelines. Housekeeping workshops are composed of five modules. The first module includes the theory of housekeeping and takes place in a group. During the introductory conversation, the patients can introduce themselves to other members of the group. They discuss their roles, their way of life, the monthly income, the management of money, knowledge and independence in the preparation of meals. The purpose of the first module is to familiarise the participants with each other and the content of the following four modules. In the following modules, the theory and practice are intertwined. **Conclusion:** The questionnaire completed at the end of modules shows that the patients were satisfied with the workshop, they learned basic cooking skills, and felt confident in searching and reading cooking recipes. They also

realised the importance to follow the guidelines for healthy eating patterns and to handle the monthly income.

Key words: occupational therapy, psychiatry, housekeeping group

IZHODIŠČA

Delovnoterapevtska obravnava velikokrat pokaže težave na področju obvladovanja gospodinjstva. Za gospodinjstvo pogosto skrbijo starši ali skrbniki, pacienti sami so pasivni. Velikokrat jim domači zaradi simptomov bolezni in nerazumevanja ne omogočijo sodelovanja pri pripravi obrokov, svojih prihodkov ne razporejajo samostojno, struktura dneva je velikokrat neučinkovita. Pacienti povedo, da bi si želeli naučiti načrtovanja in priprave obrokov, vendar nimajo podpore doma. Iz dobljenih informacij smo izhajali pri načrtovanju nove aktivnosti. Osredotočili smo se na mlajšo populacijo pacientov, ki so nesamostojni v obvladovanju gospodinjstvih aktivnosti in so si želeli skozi učenje pridobiti nova znanja in razviti potrebne spretnosti. Vključevali pa smo tudi starejše paciente, ki so se jim življenjske okoliščine spremenile in so morali ponovno samostojno obvladovati gospodinjstvo.

METODE

Gospodinjstvene delavnice potekajo v petih zaporednih modulih. Posamezni modul traja tri do štiri ure z vmesnimi odmori. Delavnice izvajata dve delovni terapevtki, vključenih je osem pacientov.

Prvi modul je teoretične narave in poteka v skupini. Sestavljen je iz uvodnega pogovora, kjer imajo pacienti možnost predstavitve samega sebe in načina funkcioniranja v gospodinjstvih aktivnostih. Skupaj se pogovorimo o njihovih vlogah, načinu življenja, mesečnih prihodkih, obvladovanju denarja, znanju in samostojnosti pri pripravi obrokov. Namen prvega modula je, da se skupina poveže in skupaj naredi načrt za nadaljnje štiri module. V nadaljnjih modulih se prepleta teorija in praksa.

Teoretični del je zajemal:

edukacija o smernicah zdrave prehrane,
razporejanje denarja za gospodinjstvo,
nakupovanje živil,
bonton pri jedi,
pogrinjki,
shranjevanje živil.

Praktični del je zajemal:

kuhanje po naprej pripravljenih receptih,
iskanje receptov s pomočjo računalnika,
spoznavanje različnih tehnik kuhanja.

Ob koncu vsakega modula smo spodbujali paciente, da recepte katere smo kuhali v delavnici poskusijo skuhati med terapevtskim vikend izhodom. O uspešnosti so poročali na naslednji delavnici.

REZULTATI

Delavnice so se začele izvajati v letu 2017. Izvedenih je bilo pet delavnic po pet modulov, v katere je bilo vključenih 40 pacientov. Ob koncu delavnic smo izvedli vprašalnik o zadovoljstvu. Analiza vprašalnika je pokazala, da so pacienti splošno zadovoljni z izvedbo

delavnic. Navajajo, da so se dobro počutili, naučili so se novih osnovnih kuharskih veščin, branja receptov in razporejanja denarja. Poudarjajo, da so sedaj bolj samozavestni v kuhinji. Pacienti so pripravljali osvojene recepte v času vikend izhodov. Pripravljeno hrano so fotografirali in poročali o mnenju svojcev. Povedo, da so na ta način imeli možnost kuhati obrok, saj so jim svojci bolj zaupali in jim dali priložnost samostojne priprave obroka, ki je prej niso imeli. Skozi aktivnost so se lahko uveljavljali v novih vlogah, kot je na primer vzdrževalec/ka doma. S samo pripravo obroka so pacienti krepili motorične in procesne spretnosti.

Z izvedbo delavnic so bili zadovoljni tudi oddelčni zdravniki, saj takšne aktivnosti omogočajo pacientom večjo samostojnost in učinkovitejšo strukturo dneva, tako v času terapevtskega vikend izhoda, kot tudi po odpustu iz bolnišnice.

Edina pomanjkljivost, ki jo navajajo pacienti je ta, da je bilo v delavnice vključenih preveč pacientov, s tem so imeli manj možnosti individualne obravnave. Navajajo, da bi bila optimalna številka 4-5 pacientov.

RAZPRAVA

Opažamo, da je splošna populacija mladih slabše opremljena z znanjem obvladovanja gospodinjstva. Veliko jih živi doma, kjer za njih skrbijo starši. Pri psihiatričnih uporabnikih, pa je ta nesamostojnost še bolj izrazita, saj so zaradi terapije velikokrat upočasneni, slabše motorično spretni. Starši, skrbniki prevzemajo skrb za gospodinjске aktivnosti velikokrat jim ne omogočijo, da bi se naučili osnov kuhanja in hkrati samostojnosti pri obvladovanju gospodinjstva. V tem primeru je vloga pacienta pri gospodinjških aktivnostih izrazito minimalistična oz. je skoraj ni. Starši oz. skrbniki prevzemajo to vlogo in pacientom ne omogočajo, da bi prevzeli to vlogo v celoti ali samo en del.

Ker v celoti prevzemajo to vlogo se sprašujemo, kaj se bo zgodilo z našimi uporabniki v prihodnosti, ko starši ne bodo več zmogli obvladovati gospodinjstva oz jih ne bo več.

SKLEP

Pri uvajanju nove aktivnosti se je izhajalo iz potreb pacientov. Želela se je poudariti pomembnost samostojnosti pri obvladovanju gospodinjstva. S sodelovanjem v gospodinjstvu, pacienti poleg samozvesti in občutka koristnosti, pridobijo tudi učinkovitejšo strukturo dneva. V Psihiatrični bolnišnici Vojnik bomo v bodoče nadaljevali z izvajanjem te aktivnosti, saj menimo, da so smiselne in namenske.

LITERATURA

Marušič, V. Aktivnosti delovne terapije. Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo, oddelke za delovno terapijo. Gradivo za študente, 2008

Ferjančič, R.S. Osnove živilstva in osnove varne hrane in prehrane. Višja strokovna šola za gostinstvo, velnes in turizem Bled. Izvlečki iz predavanj 2016/2017.

ZAKAJ JE PROSTI ČAS POMEMBEN ZA DELOVNOTERAPEVTSKO OBRAVNAVO OSEB Z ZMANJŠANO ZMOŽNOSTJO?

WHY IS LEISURE IMPORTANT FOR PEOPLE WITH DISABILITY IN OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE?

mag. Alenka Plemelj¹, prof. def., dipl. del.ter., pred.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Prosti čas je kompleksna človekova potreba, je čas svobodne izbire aktivnosti. Delovna terapija predstavlja prosti čas kot temeljno dejavnost za ravnovesje človekovega delovanja. Namen pregleda literature je predstaviti pomen prostega časa pri osebah z zmanjšano zmožnostjo, ovire in podpore izvedbe aktivnosti. Zanimalo nas je zakaj je prosti čas pomemben za delovnoterapevtsko obravnavo. **Metode:** Pregled znanstvene literature je zajemal angleške in slovenske znanstvene članke iz baz COBIS:SI in PubMed v obdobju 2008 do 2018. Uporabljene so bile naslednje ključne besede: prosti čas, invalidnost, delovna terapija. **Rezultati:** Devetnajst člankov od 36 pridobljenih je bilo vključenih v nadaljnjo vsebinsko analizo. Prosti čas pri osebah z zmanjšano zmožnostjo omogoča socialno vključenost, ohranjanja zdravje in je del zadovoljstva z življenjem. **Sklep:** Za delovnoterapevtsko obravnavo je prosti čas pomemben, ker posamezniku omogoča krepitev notranje moči, oblikovanje identitete in vzdržuje spretnosti za vsakdanje življenje. Delovni terapevt oblikuje podpore in prilagodi izvedbo prostočasnih aktivnosti.

Ključne besede: prostočasne aktivnosti, invalidnost, ovire, podpore.

ABSTRACT

Introduction: Leisure is a complex human need, defined as the time when one is free and independent in their choice of activities. Occupational therapy holistic principles assert that leisure time activities are basic for a balanced functioning. The purpose of the literature review was to establish how people with disabilities experience leisure, leisure barriers and support in performing these activities.. The study focused on the question why leisure time is important for occupational therapy practice. **Methods:** Literature review was conducted using the data bases COBIB.SI and PubMed. The research strategy was based on four key elements: (a) leisure, (b) people with disability (c) occupational therapy (d) scientific and professional literature in the English and Slovene languages, published from 2008 to 2018. **Results:** 19 out of 36 original papers were included in the further content analysis. Leisure offers opportunities for social inclusion, maintenance of health and life satisfaction of people with special needs. **Conclusion:** In occupational therapy practice, leisure plays an important role in developing one's inner power strength, identity formation, self efficacy and maintenance of skills for everyday life. Occupational therapists provide support and adapt the leisure activities.

Key words: leisure activities, disability barriers, support.

IZHODIŠČA

Prosti čas se nanaša na svobodno izbrane aktivnosti, ob katerih oseba doživlja pozitivna čustva (občutek sreče, zadovoljstvo, navdušenje) in izkušnje, ki ji lahko obogatijo življenje in dajo pomen (Iwasaki et al., 2014). Brez možnosti sodelovanja v prostočasnih aktivnostih "ljudje ne morejo raziskati svojih socialnih, intelektualnih, čustvenih, komunikativnih in telesnih potencialov in se ne zmorejo razviti, uresničiti kot edinstveni posamezniki (King

et al., 2003, cit. po Built et al., 2011). Specht et al. (2002) ter Kerr et al. (2012) menijo, da je zaradi srečevanja z omejitvami in ovirami v vsakdanjem življenju prosti čas posebej pomemben za osebe z zmanjšano zmožnostjo; omogoča pridobivanje zaupanja v lastne sposobnosti in preseganje ovir, razvijanje spretnosti, krepitev telesa, druženje s prijatelji in socialno vključenost. Pravica oseb z invalidnostjo do pristočnih aktivnosti (v nadaljevanju PČA) je pogosto spregledana zaradi njihovih posebnih potreb (Coyne in Chung, 2015).

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) poroča, da 10% celotne svetovne populacije živi z zmanjšano zmožnostjo oziroma invalidnostjo (WHO, 2017). Mednarodna klasifikacija funkcioniranja in zdravja (v nadaljevanju MKF) (2006) pod pojmom zmanjšana zmožnost (invalidnost) zajema okvare, omejitve, ki jih ima oseba v dejavnostih, ter omejitve sodelovanja. Osebe z zmanjšano zmožnostjo so po klasifikaciji opredeljene na podlagi senzornih, fizičnih, duševnih in intelektualnih oslabitev« (WHO, 2011). Obstaja več vrst in klasifikacij invalidnosti/zmanjšane zmožnosti in več vrst oseb z zmanjšano zmožnostjo (gibalna in senzorna oviranost, oviranost zaradi motenj v duševnem zdravju), (Physical Disability Council of NSW, 2009). Coyne in Chung (2015) kot glavne ovire oseb z invalidnostjo pri vključevanju v prosti čas navajata socialno izključenost, manjši nabor aktivnosti, negativen socialen in kulturni odnos, nedostopnost PČA ter prevoz.

Suto (1998) in Specht et al. (2002) opozarjajo, da se v delovni terapiji kljub prepoznavanju pomena prostega časa le-temu posveča premalo pozornosti. Večji del obravnave je usmerjen na področje dela in skrbi zase. Številne raziskave izkazujejo preprečljiv doprinos DT obravnave na področju prostega časa za delo in sodelovanje v družbi ter ohranjanje potrebnih spretnosti za vsakdanje življenje (Ashby et al., 2012; SAOT, 2016).

Namen prispevka je predstaviti prosti čas pri osebah z zmanjšano zmožnostjo, njegov pomen, značilnosti, ovire in podpore za vključevanje v PČA. Postavljeno je bilo raziskovalno vprašanje: zakaj je prosti čas pomemben za delovnoterapevtsko obravnavo oseb z zmanjšano zmožnostjo?

METODE

Izbran je bil sistematični pregled znanstvene in strokovne literature v angleščini in slovenščini, v časovnem obdobju 2008–2018. Iskanje literature je potekalo v mesecu februarju in marcu 2018. Izbrane so bile vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov Virtualne knjižnice Slovenije COBIS.SI, PubMed in info Dikul. Uporabljen je bil iskalni niz ključnih besed v angleškem jeziku: *leisure, leisure activities, disability, occupational therapy*. Podatki so bili po izboru obdelani s kvalitativno vsebinsko analizo, na podlagi vključitvenih in izključitvenih faktorjev. Vključitveni kriteriji so bili: pristočne aktivnosti, starost udeležencev od 16 do 65 let, osebe z zmanjšano zmožnostjo/invalidnostjo (gibalno ovirani, osebe s senzornimi okvarami, osebe z motnjo v duševnem zdravju), objavljeni in v celoti dostopni izvirni znanstveni in pregledni članki. Izključitveni kriteriji so bili: članki, starejši 11 let in več, neobjavljeni članki, članki ki so vključevali le osebe brez zmanjšane zmožnosti.

Opis poteka raziskave: Različne kombinacije ključnih besed so podale nabor ustrezne literature, in sicer 5 zadetkov v slovenščini in 31 zadetkov v angleščini. Prebiranje vseh člankov je število zadetkov omejilo na 24 enot. Po pregledu glede na natančnost vključitvenih kriterijev v je bilo v nadaljnjo vsebinsko kvalitativno analizo in sintezo vključenih 19 enot.

Opis vzorca: Vzorec je vseboval 19 raziskav, od tega 8 kvalitativnih, 8 kvantitativnih in 3 kombinirane raziskave. Rezultati pregleda so potekali z metodo PRISMA (Mohar, 2009) s sledečimi zaporednimi koraki: identifikacija, preverjanje, ustreznost, vključitev.

REZULTATI

Avtorji	Metodologija	Vzorec	Ugotovitve
Ashby S, Fitzgerald M, Raine S (2012). The impact of cronic low back pain on leisure participation: implications for occupational therapy.	Etnografska študija z opazovanjem in intervjuji.	11 moških v procesu zaposlitvene rehabilitacije	Kronična bolečina ledvene hrbtenice vpliva na vključevanje v prostočasne aktivnosti, prinaša nižjo socialno vključenost in finančne težave. Vključitev v PČA zmanjša kineziobijo, prinese samoučinkovitost.
Chick G, Hsu Y-C, Yeh C-K, Hseih C-M (2015). Leisure constraints, leisure satisfaction, Life satisfaction, and self-rated health in six cities in Taiwan.	Kvantitativna raziskava.	182 naključno izbranih udeležencev v tajvanski raziskavi.	Zadovoljstvo v prostem času je močan napovednik zadovoljstva z življenjem. Povezano je tudi s samooceno zdravja udeležencev.
Cook L H (2011). Disability, Leisure, and Work-Life Balance. Dissertation: College of the University of Illinois at Urbana-Champaign.	Kvalitativna raziskava, poglobljeni intervjuji	Poglobljeni intervjuji, 8 odraslih polno zaposlenih oseb z gibalno oviranostjo.	Prosti čas oseb z zmanjšano zmožnostjo predstavlja signifikantno vlogo pri ohranjanju telesnega zdravja, spoprijemanju z zahtevami dela in možnost identitete posameznika, ki se ne navezuje na invalidnost.
Copestake P, Sheikh S, Johnston S in Bollen A (2014). Removing barriers, raising disabled people's living standards. United Kingdom: Office for Public Management, Ipsos Mori.	Kombinirana raziskava vključuje kvalitativen (fokusne skupine, intervjuji) in kvantitativen raziskovalni pristop (vprašalnik).	Kvalitativni del vključuje 10 fokusnih skupin in 30 osebnih intervjujev. Kvantitativni del vključuje izvedbo vprašalnika pri 1,674 osebah brez in pri 371 osebah z različno invalidnostjo.	Osebe z zmanjšano zmožnostjo so manj zadovoljne z življenjem. Imajo manjšo izbiro, slabši nadzor, njihove potrebe niso slišane, prisotna je stigmatizacija in diskriminacija ter slabša socialna vključenost.
Fellinghauer, Reinhardt, Stucki and Bickenbach (2012). Explaining the disability paradox: a cross-sectional analysis of the Swiss general population ,	Kvantitativna raziskava, z izvedbo vprašalnika. »Swiss Health Survey«	18,760 udeležencev študije, iz celotne populacije v Švici.	Osebe s hudimi okvarami poročajo o visoki kakovosti življenja, vključno z zaznamim zdravjem. Avtorji predstavljajo tako imenovan "paradoks invalidnosti". Proučujejo vlogo kontekstualnih dejavnikov, ki so ključni za zaznavanje kakovosti življenja.
Gvozden, Podobnik, Plemelj (2018). Pomen prostega časa pri osebah z dolgotrajno motnjo v duševnem zdravju.	Kvalitativna študija, poglobljeni intervjuji	6 oseb z dolgotrajno motnjo v duševnem zdravju.	Dnevni center je ključna socialna opora in podpora pri izvajanju prostočasnih aktivnosti. Uporabniki pripisujejo največji pomen psihološki kategoriji: skupinam za osebnostno rast. Izvajajo preproste in malo raznovrstne prostočasne aktivnosti.

Fakolade A, Lamarre J, A Latimer-Cheung A, Parsons T, A. Morrow S, Finlayson M, Dean V (2017). Understanding leisure- time physical activity: Voices of people with MS who have moderate- to- severe disability and their family caregiver.	Kvalitativna raziskava.	Vključenih je bilo 6 fokusnih skupin s 23 osebami z zmerno do hudo obliko multiple skleroze in 12 družinskih članov.	Osebe so kot težave pri vključevanju v prostočasne aktivnosti navajale pomanjkanje podpornih virov v gospodinjstvu in skupnosti ter negativne povratne informacije drugih. To je prispevalo k njihovi odločitvi, da ne sodelujejo v izvajanju gibalnih aktivnosti.
Hutchinson L S, Brooks E (2011). Physical Activity, recreation, leisure and sport: Essential pieces of the mental health and well-being puzzle.	Selektivni pregled literature v obdobju 1995 do 2011 v treh akademskih bazah:: PsycINFO, Cinahl in Sport Discus.		Gibalne in socialne aktivnosti se izkazujejo kot napovedniki duševnega zdravja v odrasli dobi. Prosti čas velja kot »terapevtsko sredstvo«, saj prinaša pozitivne učinke na zdravje. Je vir za spoprijemanje s stresom.
Hwang EJ, Groves MD, Sanchez JN, Hudson CE, Jao RG, Kroll ME (2016). Barriers to Leisure-Time Physical Activities in Individuals with Spinal Cord Injury.	Kvantitativna študija proučuje osebne, okoljske ovire in zahteve aktivnosti pri osebah po poškodbi hrbtenjače.	85 oseb s poškodbo hrbtenjače	Dostopnost grajenega okolja, dostopnost specializiranih programov in strokovnih storitev je nizka. Omejitve v izvajanju dejavnosti vključujejo dostopnost pripomočkov, možnosti usposabljanja. Ovire se negativno povezujejo z zadovoljstvom pri izbranih gibalnih aktivnostih.
Łabudzki J in Tasiemski T (2013). Physical activity and life satisfaction in blind and visually impaired individuals.	Kvantitativna študija z uporabo International Physical Activity Questionnaire in Life Satisfaction Questionnaire.	82 slepih in slabovidnih (39 moških in 43 žensk), povprečna starost 43 let.	Več kot 50 % anketirancev je bilo ocenjenih kot zelo aktivnih. Raven gibalnih aktivnosti je bila v veliki meri pozitivno povezana s stopnjo zadovoljstva z življenjem.
Iwasaki Y, Coyle C, Shank J, Messina E, Porter H (2013). Leisure-generated meanings and active living for persons with mental illness.	Kvalitativna raziskava: 35 intervjujev v Philadelphii.	101 oseb z motnjo v duševnem zdravju: (bipolarna motnja, $n = 32$; depresija, $n = 23$; shizofrenija, $n = 22$).	Pomen prostega časa se izkazuje kot pomemben pri okrevanju od duševne bolezni, soočanju s stresom, zadovoljstvom v prostem času, aktivnim življenjskim slogom in zmanjševanjem dolgočasje.
Jaarsma EA, Dekker R, Koopmans SA, Dijkstra PU in Geertzen JH (2014). Barriers to and facilitators of sports participation in people with visual impairments.	Kvantitativna raziskava z uporabo vprašalnika prek telefonske in spletne izvedbe.	648 udeležencev	Finance, pomanjkanje vrstnikov / prijateljev, odvisnost od drugih in slabovidnost so bili negativno povezani s športno aktivnostjo. Podpora družine je bila omenjena kot najpomembnejša.

Kubińska Z, Bergier B in Bergier J (2013). Usage of leisure time by disabled males and females from the Lublin Region.	Prek izvedbe intervjujev je bil izpolnjen vprašalnik.	Skupno 360 oseb z zmanjšano zmožnostjo je sestavljalo 187 žensk in 173 moških, z gibalno, duševno in senzorno motnjo.	Rezultati študij kažejo majhne razlike z vidika preživljanja prostega časa glede na spol. Moški in ženske najpogosteje gledajo televizijo, poslušajo radio, berejo knjige in hodijo na sprehode. Pričakujejo pomoč za organizacijo prostega časa od družinskih članov in specializiranih ustanov.
Pagán R (2014). How do leisure activities impact on life satisfaction? Evidence for German people with disabilities.	Longitudinalna študija nemško socio-ekonomske institucije		Vključenost v prostočasne aktivnosti kot so počitnice, obiski kulturnih, verskih dogodkov imajo pozitiven učinek na zadovoljstvo z življenjem oseb z zmanjšano zmožnostjo.
Pagán-R(2014). How do disabled individuals spend their leisure time?	Kvantitativna študija	33,081 oseb z zmanjšano zmožnostjo, starejših od 16 let do 65 let	Udeleženci, ki so omenjeni pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, svoj prosti čas preživljajo bolj pasivno. Manj časa namenijo druženju. Pomembna razlika se izkazuje v količini prostega časa po spolu, starosti, zakonskem stanu in številu otrok.
Plemelj A (2017). Pomen prostega časa pri osebah z zmanjšano zmožnostjo.	Kvantitativna in kvalitativna raziskava z uporabo vprašalnikov in intervjujev.	505 oseb brez in 303 osebe z zmanjšano zmožnostjo. 4 intervjuji.	Zadovoljstvo v prostem času je pri osebah z zmanjšano zmožnostjo večji napovednik zadovoljstva z življenjem kot pri zdravih. Izkazan paradoks invalidnosti.
Shikako-Thomas, K., Shevell, M., Schmitz, N., Lach, L., Law, M., Poulin, C. Majnemer, A. (2013). Determinants of participation in leisure activities among adolescents with cerebral palsy	Kvantitativna raziskava	178 mladostnikov s cerebralno paralizo	Močan napovednik participacije v PČA so bili naklonjenost za določeno aktivnost, motivacija je z vključenostjo v aktivnosti manj povezana. Telesna okvara je ovira za izvajanje gibalnih aktivnosti.
Tonack M, Hitzig SL, Craven BC, Campbell KA, Boschen KA, McGillivray CF (2008). Predicting life satisfaction after spinal cord injury in a Canadian sample.	Kvantitativna raziskava s strukturiranimi i telefonskimi intervjuji.		Demografske značilnosti, objektivna in subjektivno ocena zdravja, sodelovanje v skupnosti pojasnjuje 35,3 % variance zadovoljstva z življenjem v izbranem modelu.
Wadey, R., Day, M. (2017). A longitudinal examination of leisure time physical activity following amputation in England.	Kvalitativni pristop. Multi-modalna longitudinalna študija; s fokusnimi skupinami, opazovanjem na terenu.	Izvedenih je bilo 44 intervjujev (22 udeležencev, 14 žensk, 8 moških)	Izpostavili so 10 tem, ki so se najpogosteje pojavljale: osebno, socialno in fizično blagostanje (well-being), navdih, samopredstavitve, izkušnja prostočasne gibalne aktivnosti, okolje, delovanje v organizaciji ter razno.

Tabela 1: Končni nabor člankov na podlagi vključitvenih kriterijev.

Kvalitativna sinteza dobljenih podatkov, glede na namen, je podala temeljne vsebinske kategorije: pomen prostega časa za ohranjanje zdravja, (prosti čas povečuje socialno vključenost in zmanjšuje stres); »disability paradoks«; zmanjšana zmožnost zviša kakovost življenja; ovire in podpore za izvedbo pristočasnih aktivnosti, zadovoljstvo v prostem času je pomembno za zadovoljstvo z življenjem. Glavne kategorije so prikazane v tabeli 2.

Kategorija	Opis	Avtorji
Prosti čas kot orodje za ohranjanje zdravja	Vključenost in izvedba PČA omogoča doživljanje samoučinkovitosti in krepí notranjo moč. Prosti čas je pomemben pri okrevanju oseb z motnjo v duševnem zdravju. Aktivna vključenost v PČA in socialna pripadnost bistveno prispevajo k ohranjanju duševnega zdravja, prinašajo pozitivne občutke, doživljanje sebe kot osebe brez bolezni. Prosti čas je pomemben pri soočanju s stresom. Izvajanje telesnih PČA prinaša well being.	Ashby et al., (2012). Cook L H (2011). Gvozden s sod., (2018). Hutchinson et al., (2011). Iwasaki et al., (2013). Wadey and Day, (2017).
Ovire za izvedbo PČA	Osebe na IV imajo več ovir pri preživljanju prostega časa kot osebe brez invalidnosti. Imajo manj izbire, doživljajo stigmatizacijo. Premalo podpore pri izvajanju hišnih opravil prispeva k odločitvi oseb z multiplo sklerozo, da se ne vključijo v rekreacijske in športne programe. Slabša dostopnost grajenega okolja predstavlja oviro osebam po poškodbi hrbtenjače in se povezuje z nižjim zadovoljstvom v prostem času. Finance, odvisnost od drugih, pomanjkanje prijateljev so največje ovire za vključevanje v PČA. Težave pri izvajanju skrbi zase omejujejo vključevanje v PČA. Ovira za izvedbo PČA so predragi pripomočki.	Cook L H (2011). Copestake et al., (2014). Fakolade et al., (2017). Hwang et al., (2016). Jaarsma et al., (2014). Pagán-R (2014). Plemelj (2017).
Podpore za izvedbo PČA	Družina je najpomembnejša opora za izvedbo PČA, pomembna opora so prijatelji in društva. Dostopnost strokovnih programov in število njihovih izvajalcev omogoča vključevanje v prilagojene gibalne aktivnosti. Osebe z zmanjšano zmožnostjo pričakujejo pomoč družine in specialnih ustanov pri izvajanju PČA. Naklonjenost, interes prispeva k višji stopnji vključenosti v PČA	Jaarsma et al., (2014). Fakoleet al., (2014). Kubińska et al., (2013). Plemelj (2017). Shikako-Thomas et al., (2013).
Paradoks zmanjšane zmožnosti	Osebe s hudo okvaro se zaradi dobrih kontekstualnih dejavnikov zaznavajo kot zdrave. Osebe z motnjo v duševnem zdravju trdijo, da zaradi bolezni živijo bolj kakovostno. »Če ne bi imel poškodbe hrbtenjače, nikoli ne bi videl toliko sveta in izvajal toliko PČA.« Poškodba je prispevala k višji kakovosti življenja.	Fellinghauer et al., (2012). Gvozden s sod., (2018). Plemelj (2017).
Zadovoljstvo v PČA je napovednik splošnega zadovoljstva z življenjem	Zadovoljstvo v PČA je napovednik splošnega zadovoljstva z življenjem. Osebe z zmanjšano zmožnostjo so manj zadovoljne z življenjem. Raven telesne aktivnosti slepih in slabovidnih se povezuje z zadovoljstvom v življenju. Vključenost v PČA ima pozitiven učinek na zadovoljstvo z življenjem.	Chick et al., (2015). Copestake et al., (2014). Łabudzki and Tasiemski (2013). Pagán (2014). Plemelj (2017).

Tabela 2: Pridobljene kategorije vsebinske in kvalitativne analize

RAZPRAVA

V nadaljevanju so vsebinsko predstavljene kategorije s smernicami za delovnoterapevtsko prakso na osnovi standardov DT na področju prostega časa.

Pomen prostega časa za ohranjanje zdravja

Caldwell (2005) je opredelil prosti čas kot "terapevtski", saj prinaša koristi za duševno zdravje kadar imajo osebe možnost doživljanja: socialne opore, prijateljstva in družbenega sprejemanja; občutek za zmožnosti in samoučinkovitost lastnega delovanja v prostem času; biti samoodločajoč in imeti nadzor v prostočasnih aktivnostih; občutek sproščenosti in odsotnosti stresa in občutek normalnosti kljub življenjskim spremembam, povezanih z boleznijo, izgubo ali invalidnostjo.

Prosti čas je za osebe z mobilno oviranostjo ključni element dobrega socialnega počutja in ohranjanja telesnega zdravja (Plemelj, 2017; Wadey and Day, 2017). Invalidnost oblikuje identiteto posameznika, še posebno na delovnem mestu, v povezanosti z nižjimi pričakovanji. Prosti čas omogoča osebi izraziti kdo v resnici je in aktualizirati tisti del osebnosti, ki ni vezan na invalidnost/oviranost (Cook, 2011). V raziskavi, ki so jo naredili Ashby in sodelavci (2012), uporabnik pripoveduje svojo zgodbo. Zaradi bolečine v hrbtenici ni več hodil v službo, znižal se mu je ekonomski status, izgubil je socialne stike, prenehal je izvajati prostočasne aktivnosti, kar je pomenilo znižanje kakovosti življenja. Zaradi bolečine je posledično opustil gibanje. Delovni terapevt je skozi aktivnosti prostega časa zmanjševal strah pred bolečino in bolečino samo, z izbiro realno izvedljivih aktivnosti omogočal izvedbo. Krepil je občutek samoučinkovitosti, nadzora in notranje moči, kar je posledično omogočalo ponovno vračanje na delovno mesto. Delovanje na področju prostega časa je imelo pomembno vlogo pri ohranjanju zaposlitve in zagotavljanju socialno ekonomskega statusa. O tem poroča tudi Cook (2015).

Pomen prostega časa pri spoprijemanju s stresom

Veliko raziskav na področju prostega časa prča, da je vloga prostega časa pri spopadanju s stresom ključna (Coleman and Iso-Ahola, 1993; Iwasaki and Mannell, 2000; Iwasaki and Schneider, 2003, cit. po Cook, 2011). Vsakodnevno življenje oseb z zmanjšano zmožnostjo je v primerjavi z »zdravimi« bolj stresno (Henderson and Bryan, 2004, cit. po Cook, 2011). Iwasaki (2003 cit. po Hutchinson in Brooks, 2011) ugotavlja, da prosti čas ublaži učinke nizke ali visoke ravni stresnih situacij na duševno in telesno zdravje z zagotovljenimi omrežji socialne opore. Gibalne, psihološke in intelektualne aktivnosti vključujejo visoko verjetnost pozitivne okrepitve prek doseganja lastnih ciljev in pridobitvijo priznanja od drugih. Omogočajo povečanje zaznane samoučinkovitosti in kompetentnosti obvladovanja stresnih situacij (Hutchinson and Brooks, 2011).

Pomen prostega časa za socialno vključenost

Invalidnost oblikuje identiteto posameznika, še posebej na delovnem mestu v povezavi z nižjimi pričakovanji. Prosti čas omogoča osebi izraziti kdo v resnici je, omogoča aktualizacijo tistega dela osebnosti, ki ni vezan na invalidnost/oviranost (Cook, 2011). Vključitev v PČA predstavlja socialno vključenost (Caldwell, 2005; Gvozden in sod., 2018; Iwasaki et al., 2013).

Delovni terapevt z obravnavo posameznika na področju prostega časa prispeva k ohranjanju motoričnih spretnosti, duševnega zdravja, ravnovesja med področji delovanja. V PČA se oblikuje samoučinkovitost, nadzor in notranja moč, kar je pomembno za ohranjanje zaposlitve in spopadanje s stresom v vsakodnevnih aktivnostih. V procesu

obravnavne mora zagotavljati socialno vključenost, največkrat prek organizacije socialne mreže in različnih vrst socialne opore: čustvene, instrumentalne in informacijske. (Coyne and Chung, 2015).

Ovire za izvedbo aktivnosti

Cope in sod. (2014) so v intervjujih in fokusnih skupinah oseb z različno invalidnostjo prepoznali manjšo možnost izbire PČA, težave pri dostopu v grajene objekte, njihove potrebe niso bile slišane, stigmatizacijo in diskriminacijo. Dostopnost objektov in javnega prevoza se izkazuje najpogostejša ovira za vključitev v PČA (Hvang et al, 2016; Plemelj, 2017). Fakole et al., (2017) pri osebah z multiplo sklerozo ugotavljajo premajhno socialno oporo in negativen odziv drugih. Pri osebah z motnjo v duševnem zdravju je majhna socialna mreža in pomanjkanje prijateljev izven dnevnega centra, največja ovira pri zmanjševanju osamljenosti (Gvozden in sod., 2018). Zmotna prepričanja o tem, da bi vključevanje v gibalne aktivnosti lahko poslabšalo proces bolezni, povzročalo utrujenost, osebe z multiplo sklerozo navajajo kot razlog za opuščanje aktivnosti (Fakulade et al., 2012). Negativna prepričanja o sebi, nizka stopnja samoučinkovitosti onemogočajo vključevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju v raznovrstnejše PČA (Gvozden in sod., 2018).

Podpore za izvedbo aktivnosti

Plemelj (2017), Čepar in sod. (2016) ugotavljajo da se podpore pozitivno povezujejo z zadovoljstvom v prostem času pri osebah z in brez zmanjšane zmožnosti. Zanimivo je, da je stopnja povezanosti podpor z zadovoljstvom v prostem času močnejša kot stopnja povezanosti ovir. Dejavniki na ravni osebe, ki spodbujajo vključevanje v PČA so: reintegracija posameznikovega odnosa jaz-telo; večje sočutje in sprejemanje telesa (proteza npr. postane del telesa), razvijanje stika s telesom in dobro zaznavanje telesa (Wadey in Day, 2017). Interes posameznika (Shikao - Thomasat et al., 2013), osebni cilji, notranja motivacija prispevajo k višji stopnji vključenosti v PČA (Plemelj, 2017). V velikem številu raziskav se družina in prijatelji izkazujejo kot najpomembnejša podpora, ne glede na vrsto zmanjšane zmožnosti (Fellinghauer et al., 2012; Jaarsma et al., 2014; Kubinska et al., 2013; Plemelj, 2017). Ključno vlogo za aktivno preživljanje prostega časa imajo organizirane socialne mreže, razna društva (Tonack et al., 2008; Fellinghauer et al., 2012; Plemelj, 2017) in strokovni programi v dnevnih centrih (Gvozden in sod., 2018).

Ključna naloga delovnega terapevta je organizacija mreže socialne in strokovne podpore, da se stopnja vključenosti v PČA lahko zviša. Delovni terapevti zahteve aktivnosti in okolja prilagodijo uporabnikovim sposobnostim, s čimer zmanjšujejo ovire in dosežejo večjo vključenost (SAOT, 2016). V DT obravnavo vključijo pripomočke, informirajo in poučijo osebo in njegovo družino o možnih prilagoditvah izvedbe aktivnosti (Čepar in sod., 2016; Coyne and Chung, 2015).

Fenomen »Pridobljena zmanjšana zmožnost zvišuje kakovost življenja«

Dejavniki okolja prispevajo k doživljanju invalidnosti kot oviranosti na ravni osebe. Zdi se, da se »paradoks invalidnosti« izniči z izboljšanjem kontekstualni dejavnikov. Osebe s hudimi okvarami telesnih funkcij in struktur v raziskavi v Švici, poročajo o visoki kakovosti življenja in zaznavanju dobrega zdravstvenega stanja. Oseba Tim, uporabnik invalidskega vozička, poroča o visoki kakovosti življenja in navaja visoko stopnjo podpore s strani partnerice in pomožne tehnologija. Bob nasprotno poroča o socialni izolaciji, ker zaradi svoje starosti ne najde zaposlitve in je oviran pri izvajanju številnih zanj pomembnih aktivnosti. (Fellinger et al. 2012). Študija zaključuje, da okvara sama nujno ne vodi v

zaznano stopnjo oviranosti, če se je mogoče izogniti nizkemu nivoju vključenosti v aktivnosti in sodelovanja. Število oseb z telesnimi okvarami, ki se zaznavajo kot »zdrave«, se lahko poveča z zagotavljanjem ustreznih kontekstualnih dejavnikov (Fellinger et al., 2012).

Rezultati kvalitativne analize (Gvozden in sod., 2018) presenečajo s paradoksom kakovostnejšega življenja zaradi bolezni oseb z dolgotrajno motnjo v duševnem zdravju. Vsi udeleženci so poudarili, da se je njihova kakovost življenja bistveno izboljšala, odkar se spopadajo z boleznijo: »Moje življenje je bolj kakovostno,« (B), in: »Nekaj se je popravilo, aktivnosti imam vedno več« (A). Podobno ugotavljajo Galvez et al., (2011); motnja v duševnem zdravju je doprinesla k pozitivnim spremembam na področjih kreativnosti, duhovnosti, empatiji, socialne vključenosti in okrepila stik z realnostjo. Passmore (2003) ugotavlja da na duševno zdravje pozitivno vplivajo PCA, prek sodelovanja in doseganja ciljev.

Zadovoljstvo v prostem času in zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo v prostem času sestavljajo različne kategorije PČA: sprostitvene, gibalne, psihološke, socialne, estetske (Burlingame and Blaschko, 2002) in psiho-edukacijske (Choi in Yoo, 2016). Vključenost v PČA in zadovoljstvo v prostem času se povezuje z zadovoljstvom v življenju (Agyar, 2013; Lloyd and Auld, 2002; Mannell and Dupuis, 2006, cit. po Chick, et al., 2015). Raziskave (Kinney in Coyle, 1992; Lloyd in Auld, 2002; cit. po Chick et al., 2015; Łabudzki in Tasiemski, 2013; Pagan, 2014) poudarjajo, da je zadovoljstvo v prostem času eden najboljših napovednikov zadovoljstva v življenju. To potrjuje tudi slovenska raziskava (Čepar in sod, 2016; Plemelj, 2017), ki poroča, da je zadovoljstvo v prostem času oseb z zmanjšano zmožnostjo še enkrat večji napovednik zadovoljstva z življenjem kot pri osebah brez zmanjšane zmožnosti. Zadovoljstvo je temeljni koncept v filozofiji delovne terapije. Delovni terapevt mora z vključevanjem in izvedbo PČA prispevati k doseganju zadovoljstva oseb, le to mora pred in po obravnavi tudi oceniti (Coyne and Chung, 2015).

Raziskava je splošno predstavila pomen prostega časa pri osebah z zmanjšanimi zmožnostmi. V nadaljevanju proučevanja se je potrebno osredotočiti na specifičnost posamezne zmanjšane zmožnosti.

SLEP

Sodelovanje v PČA osebam z zmanjšano zmožnostjo ohranja zdravje, socialno vključenost in prek zadovoljstva v prostem času prinaša splošno zadovoljstvo z življenjem. Prosti čas omogoča krepitev notranje moči (samoučinkovitosti, nadzora), sprostitve, doživljanje pozitivnih občutij, zmanjševanje stresa in ohranja zmožnosti za opravljanje zaposlitve. Zadovoljstvo v prostem času zmanjšuje bolniško odsotnost. Delovni terapevt v okolju zmanjšuje ovire, prilagaja aktivnosti, aplicira pripomočke in išče podpore. V delovnoterapevtski praksi naj se izkaže večja usmerjenost obravnave na področje prostega časa, potrjena z evalvacijo z ustreznimi ocenjevalni instrumenti.

LITERATURA

- Ashby S, Fitzgerald M, Raine S (2012). The impact of cronic low back pain on leisure participation: implications for occupational therapy. BJOT 75(11): 503–8.
Burlingame J in Blaschko TM (2002). Assessment tools for recreational therapy and related fields. Washington, Ravensdale: Idyll Arbor, cop.

- Bult M K, Verschuren O, Jongmans M J, Lindeman E, Ketelaar M (2011). What influences participation in leisure activities of children and youth with physical disabilities? A systematic review. *University Medical Center Utrecht, Netherlands. Research in Developmental Disabilities*. 32: 1521-9.
- Caldwell L (2005). Leisure and Health: Why Is Leisure Therapeutic? *British Journal of Guidance and Counselling*, 33(1): 7-26
- Chick G, Hsu Y-C, Yeh C-K, Hsieh C-M (2015). Leisure constraints, leisure satisfaction, Life satisfaction, and self-rated health in six cities in Taiwan. *Leisure Sciences*, 37(3): 232-51
- Coyne D, Chung A (2015). Play and leisure. Practice guide for occupational therapists who support people with disability. NSW government. <https://goo.gl/JpQfsR> <09. 01. 2017
- Cook L H (2011). Disability, Leisure, and Work-Life Balance. Dissertation: Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Recreation, Sport and Tourism in the Graduate College of the University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Copestake P, Sheikh S, Johnston S in Bollen A (2014). Removing barriers, raising disabled people's living standards. United Kingdom: Office for Public Management, Ipsos Mori.
- Čepar N, Klemenc K, Palčnik AM (2016). Prosti čas in zadovoljstvo z življenjem pri osebah brez in z zmanjšano zmožnostjo: diplomsko delo. Študentska Prešernova nagrada. Univerza. v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta., Katedra za delovno terapijo. Ljubljana.
- Fakolade A, Lamarre J, A Latimer-Cheung A, Parsons T, A. Morrow S, Finlayson M, Dean V (2017). Understanding leisure- time physical activity: Voices of people with MS who have moderate- to- severe disability and their family caregiver. *Health Expectations*. 2018(21): 181–191.
- Fellinghauer SB, Reinhardt JD, Stucki G and Bickenbach J (2012). Explaining the disability paradox: a cross-sectional analysis of the Swiss general population. *12 BMC Pub. Health*.
- Galvez JF, Thommi S, Ghaemi SN, (2011). Positive aspects of mental illness: a review in bipolar disorder. *J Affect Disord* 128 (3):185–90.
- Gvozden L, Podobnik P, Plemelj A. (2018). Pomen prostega časa pri osebah z dolgotrajno motnjo v duševnem zdravju. Zbornik. 10. Mednarodna študentska konferenca. Ljubljana, Zdravstvena fakulteta..
- Hwang EJ, Groves MD, Sanchez JN, Hudson CE, Jao RG, Kroll ME (2016). Barriers to Leisure-Time Physical Activities in Individuals with Spinal Cord Injury. *Occup Ther Health Care*, 1- 16.
- Hutchinson L S, Brooks E (2011). Physical Activity, recreation, leisure and sport: Essential pieces of the mental health and well-being puzzle. The Nova Scotia Mental Health Strategy Consultation. <https://goo.gl/hfXDih> <22. 5 .2017.
- Iwasaki Y, Coyle C, Shank J, Messina E, Porter H (2013). Leisure-generated meanings and active living for persons with mental illness. *Rehabil Couns Bull* 57 (1): 56–46. DOI: 10.1177/0034355213486359.
- Jaarsma EA, Dekker R, Koopmans SA, Dijkstra PU in Geertzen JH (2014). Barriers to and facilitators of sports participation in people with visual impairments. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 31 (3): 240 - 64.
- Kerr JL, Dattilo J in O'Sullivan D (2012). Use of recreation activities as positive coping with chronic stress and mental health outcomes associated with unemployment of people with disabilities. *Work*, 43 (3): 279 – 292
- Kubińska Z, Bergier B in Bergier J (2013). Usage of leisure time by disabled males and females from the Lublin Region. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20 (2): 341 - 345.
- Łabudzki J in Tasiemski T (2013). Physical activity and life satisfaction in blind and visually impaired individuals. *Human movement*, 14 (3): 210 – 216
- Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja: MKF. (2006). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS): Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSRS).
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. G. in Prisma group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The Prisma statement. *Annals of internal medicine*, 151 (4): 264-269. Pridobljeno s <http://annals.org/aim/fullarticle/744664/preferred-reporting-items-systematic-reviewsmeta-analyses-prisma-statement>.
- Pagán R (2014). How do leisure activities impact on life satisfaction? Evidence for German people with disabilities. *Applied Research Quality life*, 10 (4).
- Pagán-R (2014). How do disabled individuals spend their leisure time? 7(2): 196–205.
- Passmore A. French D (2000). A model of leisure and mental health in Australian adolescents. *Behav Change* 17 (3): 208–20.
- Plemelj A (2017). Pomen prostega časa pri osebah z zmanjšano zmožnostjo. *JHS* 4 (1): 46–56
- Physical Disability Council of NSW. (2009). What is Physical Disability?. Pridobljeno 22.03. 2016, s http://www.pdcnsw.org.au/index.php?option=com_content&id=49:what-is-physical-disability&Itemid=118.
- Shikako-Thomas, K., Shevell, M., Schmitz, N., Lach, L., Law, M., Poulin, C. Majnemer, A. (2013). Determinants of participation in leisure activities among adolescents with cerebral palsy, v *Research in Developmental Disabilities* 34, 2621-2643.

- Society of Alberta Occupational Therapists (SAOT) (2016). The Role of Occupational Therapy in Mental Health. <https://goo.gl/ezYPrA> <26. 12. 2017>
- Suto M (1998). Leisure in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65 (5): 271–278.
- Specht J, King G, Brown E in Foris C (2002). The importance of leisure in the lives of persons with congenital physical disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 56 (4): 436 – 445.
- Tonack M, Hitzig SL, Craven BC, Campbell KA, Boschen KA, McGillivray CF (2008). Predicting life satisfaction after spinal cord injury in a Canadian
- Wadey, R., Day, M. (2017). A longitudinal examination of leisure time physical activity following amputation in England, v *Psychology of Sport & Exercise*.33, b.p.
- WHO (2017). Mental disorders. <https://goo.gl/WugkC1> <30. 5. 2017>

VKLJUČEVANJE LJUDI Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU V OBIČAJNO DELOVNO OKOLJE

INTEGRATING PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES INTO THE REGULAR WORKPLACE

dr. Irena Ceglar¹, dipl. del. ter., spec. soc. dela, Mateja Klančar Golob¹, dipl. del. ter.

¹Varstveno delovni center Tončke Hočevar, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Prepoznano je, da je delo pomembno za odrasle ljudi z motnjo v duševnem razvoju, tako z vidika njihovega dobrega počutja kot z vidika njihove vključenosti in sprejetosti v skupnosti. Ena od oblik vključevanja v običajna delovna okolja je tudi tako imenovana integrirana zaposlitev, ki se v Sloveniji za ljudi z zmerno motnjo v duševnem razvoju izvaja v okviru varstveno delovnih centrov. Raziskava se ukvarja z njihovo izkušnjo pri delu v običajnem delovnem okolju. **Metode:** Štirje uporabniki varstveno delovnega centra, ki delajo v integrirani obliki zaposlitve. Vsi so vključeni v to obliko dela na istem delovnem mestu že trinajst let. Uporabljena je bila kvalitativna metodologija. Izvedeni so bili večkratni polstrukturirani intervjuji. Opravljena je bila analiza vsebine. **Rezultati in ugotovitve:** Udeleženci ocenjujejo, da so z vključitvijo v integrirano zaposlitev pridobili na različnih področjih svojega življenja, da pa se je izven delovnega okolja vzpostavilo malo socialnih stikov s sodelavci. Izsledki kvalitativne raziskave kažejo na to, da se ljudje z motnjo v duševnem razvoju lahko uspešno vključujejo v delo v običajnih delovnih okoljih, če imajo zato na voljo ustrezno podporo.

Ključne besede: delo, motnja v duševnem razvoju, običajno delovno okolje

ABSTRACT

Introduction: Work is a significant part of life of people with intellectual disabilities from the viewpoint of their well-being and integration into society. One of the integration possibilities is also an integration into a typical workplace setting where the majority of persons employed are not persons with disabilities. In Slovenia, this integrated employment is implemented within the framework of day care and work centres. The research addresses their experiences with integrated employment in a regular workplace setting. **Method:** Four individuals enrolled in day care and work centre with 13-year experience of integrated employment participated in the study. For the purposes of the study, a qualitative methodology was used. Multiple semi-structured interviews were conducted, followed by a content analysis of the data obtained. **Results and conclusion:** The participants believe that integrated employment helped them advance in various aspects of their life, but they still miss the necessary social contact with their co-workers outside their workplace. These findings have important implications for people with intellectual disability who can participate in regular paid employment if provided with necessary support of co-workers and employers.

Key words: work, intellectual disability, regular workplace

IZHODIŠČA

Delo je pomemben del življenja odraslih ljudi, vpliva na dobro počutje človeka in na njegov položaj v skupnosti. V današnjem času je prepoznano, da je delo pomembno tudi za odrasle ljudi z motnjo v duševnem razvoju, tako z vidika njihovega dobrega počutja kot z vidika njihove vključenosti in sprejetosti v skupnosti. Ena od oblik vključevanja v običajna

delovna okolja je tudi tako imenovana integrirana zaposlitev, ki se v Sloveniji za ljudi z zmerno motnjo v duševnem razvoju izvaja v okviru varstveno delovnih centrov (v nadaljevanju VDC).

Odrasli ljudje z motnjo v duševnem razvoju so v Sloveniji doma ali pa so vključeni v socialno varstvene institucije, večina v VDC-je. VDC-ji opravljajo socialno varstvene storitve. Podrobneje določa dejavnost VDC-jev Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev v 8. členu: »Vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji so postopki in opravila, namenjeni ohranjanju pridobljenih znanj in delovnih spretnosti, razvoju novih sposobnosti, pridobivanju socialnih in delovnih navad, razvijanju individualnosti ter vključevanju v skupnost in okolje. Storitve lahko obsega tudi posebne oblike priprav na zaposlitev, ki se izvajajo po predpisih s področja zaposlovanja« (Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev, UL RS 45/2010). Isti pravilnik v 10. členu opredeljuje upravičence: »Odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju so osebe, ki imajo prirojeno znižano raven inteligentnosti, nižje sposobnosti na kognitivnem, govornem, motoričnem in socialnem področju ter pomanjkanje veščin, kar se odraža v neskladju med njihovo mentalno in kronološko starostjo ali osebe, pri katerih je takšno stanje posledica bolezni ali poškodbe.«

VDC-ji izvajajo in uvajajo različne aktivnosti, dejavnosti s katerimi vzpodbujajo vključevanje svojih uporabnikov v skupnost in družbo nasploh. Eden od načinov je tudi vključevanje uporabnikov v delo v običajnih delovnih okoljih in ne le v prostorih VDC-jev. Pri tem ne gre za zaposlitev v pravem pomenu besede, ampak za socialno varstveno storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji, katero so v VDC-jih v Sloveniji poimenovali tako imenovana integrirana zaposlitev. Ljudje z motnjo v duševnem razvoju so tako še naprej uporabniki VDC-ja, čeprav se vključujejo v običajna delovna okolja. Tovrstno izvajanje storitve je osnovano na konceptu in metodi podporne zaposlitve.

Ljudje z motnjo v duševnem razvoju želijo delati (Jahoda et al., 2009). Koncept podporne zaposlitve v svoji izvorni obliki predstavlja novo paradigmo, kjer je storitev organizirana kot individualna podpora, katere cilj je prisotnost ljudi z ovirami v skupnosti in njihova finančna neodvisnost (Wehman, 2012). Programi se oddaljujejo od tradicionalnih, segregiranih programov, proti storitvam, katere so organizirane okrog posameznikovih potreb, ki v resnici pomagajo ljudem, da postanejo aktivni člani svojih skupnosti (Wilson, 2003). Delovni mentor nudi osebi z oviro, ki opravlja običajno delo, dobro strukturirano podporo, ki zajema; vadbo na delovnem mestu, trening socialnih veščin, pomoč pri poti na delo ter vse ostale podpore namenjene delavcu in delodajalcu (Kamp in Lynch, 2007). Glavna razlika tradicionalnim modelom usposabljanja je v tem, da je delovni mentor prisoten v delovnem okolju, da daje podporo pri prilagoditvi, usposabljanju in izobraževanju. Ko je stabilnost vzpostavljena in so osvojene osnovne spretnosti se delovni mentor postopoma umika in dopušča, da se vzpostavijo naravne podpore preko sodelavk in sodelavcev (Kamp in Lynch, 2007).

Izkušnje iz tujine kažejo, da ima vključitev v podporno zaposlitev veliko pozitivnih učinkov za ljudi z motnjo v duševnem razvoju: povečan dohodek, z ostalimi si delijo običajne prostore, izvajajo samostojne odločitve, obravnavani so s spoštovanjem in imajo družbeno vrednoteno vlogo, več imajo odnosov z drugimi ljudmi, povečuje se jim ekonomska neodvisnost, povečuje se jim samospoštovanje (Kamp in Lynch, 2007).

Opis stanja in namen raziskave

V VDC-ju Tončke Hočevar se izvaja integrirana oblika zaposlitve v trgovski hiši Bauhaus od leta 2005. Takrat se je v integrirano zaposlitev vključilo 5 uporabnikov, ki so do tedaj obiskovali različne enote VDC-ja. 4 od njih so danes še vedno vključeni v Bauhaus, imajo torej 13 let izkušenj v istem delovnem okolju. Integrirana zaposlitev poteka 6 ur dnevno, na različnih oddelkih trgovine, imajo prilagojena delovna mesta, delovni čas in podporo s strani mentorice, ki je zaposlena v VDC Tončke Hočevar. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšen je njihov pogled na tovrstno obliko izvajanja storitve vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji. Raziskava se je osredotočila na njihovo izkušnjo pri delu v običajnem delovnem okolju.

METODE

V raziskavi je bil uporabljen interpretativni, kvalitativni raziskovalni pristop. Ena od značilnosti kvalitativne metode je, da so vse perspektive enakovredne in vredne raziskovanja, zato je pogosto uporabljena zato, da daje glas tistim skupinam ljudi, katerih glasovi so običajno preslišani (Roberts, 2002). Kvalitativne metode imajo čedalje bolj pomembno vlogo pri raziskovanju in informiranju o izkušnjah in življenjih ljudi z motnjo v duševnem razvoju (Beail in Wiliams, 2014).

Preiskovanci: Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje – gre za namenski izbor enot, ki naj na podlagi že pridobljenega znanja ali v toku analiz pridobljenih ugotovitev pripomogel k nadaljnemu razvoju teorije (Kavčič, 2012). V raziskavo so bili vključeni uporabniki VDC Tončke Hočevar, ki so vključeni v integrirano zaposlitev v trgovsko hišo Bauhaus.

Merilne metode: V raziskavi je bil uporabljen delno strukturiran intervju za pridobivanje podatkov. Pripravljene so bile okvirne teme kot iztočnice za pogovor. Dodatna vprašanja so po potrebi služila kot pomagala za konkretizacijo tem. V prvem sklopu so bili naprošeni, da povedo kaj o sebi, drugi sklop se je nanašal na obdobje pred vključitvijo v integrirano zaposlitev, v tretjem sklopu so bila vprašanja povezana z integrirano zaposlitvijo v Bauhausu, v četrtem sklopu so bila vprašanja povezana s spremembami v njihovih življenjih.

Opis postopkov: Pred opravljanjem intervjujev so bila pridobljena informirana soglasja za sodelovanje v raziskavi. Udeležencem je bilo večkrat razloženo o namenu in poteku raziskave z enostavnimi, razumljivimi besedami. Pridobivanje soglasja je nenehen proces (Coons in Watson, 2013). Pri dveh udeležencih je bilo tudi pridobljeno soglasje njunih zakonitih zastopnikov. Pri enem imajo starši podaljšane roditeljske pravice, pri drugem pa gre za odvzeto poslovno sposobnost.

Intervjuji so potekali v VDC Tončke Hočevar, izvedenih je bilo 6 intervjujev s 4 udeleženci v mesecu marcu in aprilu 2018. Intervjuje je izvajala njihova neposredna mentorica. Intervjuji so bili posneti in prepisani.

Podatki so bili analizirani s pomočjo kvalitativne analize vsebine (Neuendorf, 2002; Hsieh in Shannon, 2004; Elo in Kyngas, 2008), katero so opravile obe avtorici prispevka. Intervjuji so bili večkrat prebrani, z namenom seznanjanja z gradivom, z namenom, da se je pridobil občutek za smisel v podatkih in za razumevanje celote (Mesec, 1998). Ob prebiranju gradiva je bila pozornost usmerjena na vprašanja, kot so: kdo pripoveduje, kje se to dogaja, kdaj se je to dogajalo, kaj se je dogajalo, zakaj se je dogajalo. Gre za analizo prepisov intervjujev. Sledila je faza organiziranja gradiva z odprtim kodiranjem,

ustvarjanjem kategorij in z abstrakcijo. Pri odprtem kodiranju se je pripisovalo kode besedilu. Sledilo je formuliranje splošnih opisov raziskovane teme skozi generacijo kategorij.

Predstavitev udeležencev raziskave: Andrej je 44-letni gospod, ki je prišel v VDC Tončke Hočevnar takoj po zaključenem šolanju. Živi na kmetiji skupaj s stricem in mamo. Zanj skrbi stric, čeprav je Andrej precej samostojen. Doma namreč opravlja vsa potrebna kmečka opravila, tudi tista zahtevnejša, spreten pa je tudi v kuhinji, saj zna pripraviti enostavnejše jedi. V domačem okolju je aktiven član prostovoljnega gasilnega društva, sicer pa se redno udeležuje različnih aktivnosti organiziranih v okviru varstveno delovnega centra (npr. atletski treningi, tekmovanja, zimovanja,...). V delovnem okolju je zaradi svoje delavnosti in prijaznosti zelo priljubljen.

Mojca je 34-letna gospa, ki je v VDC Tončke Hočevnar prišla pred 15-timi leti. Najprej je bila vključena le v program varstva, vodenja in zaposlitve, kmalu za tem pa se je zaradi neurejenih družinskih razmer vključila tudi v institucionalno varstvo v stanovanjsko skupino. Neurejene družinske razmere jo sicer še vedno spremljajo, a zaradi redkejših stikov in ustrezne strokovne podpore, ne predstavljajo več resnejše ovire v njenem vsakodnevem življenju. Mojca je odprta, čustvena in komunikativna zaradi česar je na delovnem mestu še posebej priljubljena. Že dlje časa ima tudi partnerja, s katerim si delita tudi sobo.

Filip je star 39 let in je v VDC vključen že 21 let. Živi skupaj s starši, ki mu nudijo toplo in spodbudno okolje. Spodbudo in oporo mu nudi tudi njegova sestra, ki si je že ustvarila svojo družino. V prostem času je zelo aktiven saj obiskuje različne dejavnosti (šport, tekmovanja, družabni dogodki, klubska dejavnost) tako znotraj kot tudi zunaj zavoda. Je družaben in ima veliko prijateljev. Rad dela, pri delu je vesten, natančen in odgovoren.

Jana bo kmalu dopolnila 45 let. Pred vključitvijo v integrirano zaposlitev je, tako, kot ostali trije uporabniki, delala v eni od dislociranih enot VDC Tončke Hočevnar. Pri delu je bila natančna in spretna zaradi česar se je želela vključiti v integrirano zaposlitev. Je poročena in nima otrok. Trenutno z možem zaradi finančnih težav živita ločeno. Rada je samostojna in stoji za svojimi odločitvami. Ker nima več staršev in ker z možem živita ločeno, se večkrat počuti osamljeno. Po naravi ni družabna zato tudi nima veliko prijateljev. Zelo rada dela v Bauhausu, saj se tam počuti koristno in pomembno, veliko spodbudo pa ji predstavlja tudi višina nagrade, ki je višja kot v zavodu.

REZULTATI

Napor, ki ga vlagajo v vključevanje

Vsi navajajo kot problemsko področje delo s strankami. Je najbolj nepredvidljivo, ker so si stranke med seboj različne in imajo različne zahteve. Večinoma imajo s strankami dobre izkušnje, vsi pa navajo, da so imeli občasno slabe izkušnje, ko so stranke odreagirale nestrpno, žaljivo ali napadalno. Mojca pripoveduje o enem takšnih dogodkov: »Ja, mene je hotela tudi še na beležko napisat. Me bo prijavil, pa take. Že hotela na beležko kako je pa tebi ime. Jaz pa nisem hotela povedat. Ona je vzela beležko, je hotela že. Pa nadržla me je tudi ena. Sem šla hotela delavcem to povedat. Pravijo saj mene so pa tudi«. V tem primeru je Mojca s strani sodelavcev prejela tudi podporo v smislu, da se podobno tudi njim dogaja.

Drugo področje so spremenjene zahteve s strani delovnega okolja, gre za strukturo delavnika, pravila, ki veljajo v trgovski hiši, zahteve delovnega mesta in podobno. Vse to

je v običajnih delovnih okoljih drugačno, kot je bilo v okolju VDC-ja, katerega so navajeni. Vsi poročajo o tem, da se zavedajo spremenjenih zahtev, da se jih držijo in da ob tem občasno potrebujejo podporo. Hkrati pa tudi opažajo, da ni resnih posledic, kadar gre za lažje kršitve. Na vprašanje, ali gre lahko domov kadarkoli se za to odloči, je Mojca odgovorila: »Ne smeš. To je delovna služba, to ni VDC. To je čisto eno drugo. To ni isto. Če si v VDC-ju je drugače, tukaj je pa delo pa take. Ne smeš kar tako hodit domov«.

Sposobnost za novo službo, primerjava z redno zaposlenimi

Vsi udeleženci raziskave se počutijo, da so pri svojem delu uspešni, da so med sodelavci sprejeti in da se ne želijo vrniti v VDC. Opažajo pa razlike med svojim položajem in med položajem ljudi, ki so v Bauhausu redno zaposleni. Na vprašanje, ali se v Bauhausu počuti kot zaposlena ali kot uporabnica, je Jana odgovorila: »Kot, da pomagam«. Na vprašanje, zakaj ni zaposlena, je odgovorila: »Ker imam tisto odločbo«. Udeležence tudi skrbi za prihodnost, ne verjamejo, da si lahko poiščejo novo službo. Kljub temu, da že trinajst let redno hodijo na delo v trgovsko hišo, ne verjamejo, da imajo možnosti za pridobiti drugo delo, v primeru, da bi delo v Bauhausu izgubili.

Finančno izboljšanje

Udeleženci raziskave imajo vsi urejen status po Zakonu od družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih oseb (Zakon o družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih oseb, 1983) in prejema nadomestilo za invalidnost. V okviru VDC-ja jim za opravljeno delo pripada nagrada. Višina te nagrade je občutno višja, kot je bila tista, katero so prejeli za svoje delo v okviru VDC-ja. Vsi udeleženci poudarjajo, da jim je višina nagrade pomembna, da se bolje počutijo, ker je višja, da si lahko več privoščijo, ker imajo na razpolago več sredstev in da je višina nagrade tudi eden od razlogov, zakaj se ne bi vrnili v VDC. Na vprašanje, zakaj je pomembna višja nagrada, je Jana odgovorila: »Da lahko prišparam, pa da si lahko kaj za oblečt kupim«.

Podpora s strani mentorice in podpora s strani sodelavcev

Vsi udeleženci raziskave so v prvi vrsti izpostavljali podporo s strani sodelavcev, vodij in ostalih, ki so povezani s trgovsko hišo. Na podporo s strani mentorice so se spomnili kasneje. To podporo so povezovali z razreševanjem težav in nepredvidenih situacij, kadar podpora s strani sodelavcev ni zadosotvala. Podporo s strani sodelavcev so povezovali z učenjem delovnih opravil, podporo pri samem delu, podporo pri delu s strankami in podobno. Na vprašanje, zakaj potrebuje mentorico, je Filip odgovoril: »Če je kaj narobe. Če kaj narobe naredim. Recimo takrat«. Zdi se, da je udeležencem raziskave bolj sprejemljivo obračati se na sodelavce za vse, kar se tiče njihove vloge delavca v Bauhausu, medtem, ko se na mentorico iz VDC-ja obračajo takrat, kadar potrebujejo bolj zaupno podporo in pomoč pri razreševanju težav.

Zadovoljstvo z delovnim okoljem

Vsi udeleženci želijo ostati v Bauhausu. Nihče se ne želi vrniti v VDC. Filip na vprašanje, zakaj se ne vrne v VDC, pove: »Zato, ker mi ni več všeč. Zadovoljen sem v Bauhausu, pa bi rad tukaj ostal. Do konca«. Na vprašanje, kaj pa je tisto, kar mu ni všeč v VDC-ju, pa odgovori: »Drugačni ljudje so«. Vsi udeleženci bi tudi priporočili vključitev v integrirano obliko zaposlitve ostalim uporabnikom VDC-ja. Jana pravi: »Če bi kakšen probal v Bauhausu delat. Da naj kar proba«. Andrej bi jim rekel, da je vredno poskusit. Odzivi udeležencev kažejo na to, da ocenjujejo izkušnjo dela v Bauhausu kot pozitivno in da je v primerjavi z delom v VDC-ju za njih boljša. V VDC se ne želijo vrniti, kljub temu, da so zahteve pri delu višje.

Stiki s sodelavci

Vsi udeleženci navajajo pozitivne izkušnje s sodelavci, odnose opisujejo kot dobre. Na sodelavce se obračajo kadar potrebujejo pomoč pri delu, kadar naletijo na težave s strankami. Na vodje v trgovski hiši se obračajo takrat, ko imajo težave ali nesporazume s sodelavci ali študenti. V nadaljevanju je naveden izsek iz intervjuja s Filipom.

Filip: »Mene imajo zelo radi.«

Mateja: »Se kdaj počutiš, da si drugačen od njih?«

Filip: »Ne.«

Mateja: »Se kdaj počutiš, da te ponižujejo?«

Filip: »Ne. Mene nikdar. Sem pa tja me včasih.«

Mateja: »To so sodelavci, ki so tam že dolgo ali sodelavci, ki so bolj na novo?«

Filip: »Včasih tudi študentje.«

Mateja: »Kateri so tisti, ki so nesramni?«

Filip: »Študenti.«

S študenti, ki so na delu v trgovski hiši, so imeli udeleženci negativne izkušnje, katere pa so reševali s pomočjo vodij. Udeleženci navajajo, da se s sodelavci družijo na malici, da poklepetajo ob kavici, da so občasno vabljeni zraven, ko kakšen od sodelavcev prinese k malici priboljške ob osebnem prazniku. Nihče pa ne navaja popoldanskega druženja s sodelavci ali popoldanskih telefonskih pogovorov. Edini takšni stiki so se spletli s sodelavko, ki je v prvih letih veliko sodelovala z njimi, kasneje pa se je upokojila in z njimi ohranila stike. V nadaljevanju je naveden izsek iz intervjuja z Mojco.

Mateja: »Pri malici tudi poklepetas s kakšno sodelavko?«

Mojca: »Tudi, tudi, ja.«

Mateja: »Sedeta skupaj?«

Mojca: »Tudi, tudi.«

Mateja: »Kaj pa popoldan?«

Mojca: »Ne, nobena.«

Socialni stiki, ki so se razvili na delovnem mestu, so ostali omejeni na delovno okolje.

Pripadnost, identiteta

Udeleženci izražajo zadovoljstvo s tem, da so povezani s trgovsko hišo. Na vprašanje, kdo so ali kaj delajo, so se vsi naprej predstavili v vlogi delavca trgovske hiše. Nihče od njih ni v prvi vrsti izpostavil vloge uporabnika VDC-ja. Na delo, ki ga opravljajo in na delovno okolje, v katerem delajo, so ponosni. Jana na vprašanje, kako bi se predstavila, odgovori: »V Bauhausu prah brišem«. Na vprašanje, ali je ponosna na to, da dela v Bauhausu, pa odgovori: »Tako je. Ne bi šla nikamor.«. Udeleženci so ocenili, da je vloga delavca v trgovski hiši bolj cenjena kot pa vloga uporabnika socialno varstvene institucije.

RAZPRAVA

V sodobni družbi se ljudje definirajo in obratno, so družbeno definirani po vrsti dela, katerega opravljajo v javnem okolju. »Delo, katero je družbeno definirano in običajno plačano v denarni obliki oziroma mesečnemu dohodku, je primaren dejavnik socializacije, socialne kohezije in formacije osebne identitete v modernih družbah« (Casey, 1995, str. 28). Za ljudi v starostni skupini za katero je običajna zaposlitev, zaposlitev ni le zgolj glavna determinanta življenjskega standarda, ampak je tudi vir osebne identitete, socialnih kontaktov, samospoštovanja in strukture časa (Jahoda, 1982 v Barnes, 2000). V raziskavi

se je izkazalo, da so udeleženci integrirani zaposlitvi pripisovali velik pomen. Integrirana zaposlitev, v katero so vključeni, je osnovana na konceptu podporne zaposlitve. Z osredotočanjem na sposobnosti in ne na nesposobnosti, z zagotavljanjem podpore posamezniku, odvisno od njegovih individualnih potreb, in z zagotavljanjem nasvetov delodajalcu, se je podpora zaposlitev izkazala kot učinkovit način, da ljudje z motnjo v duševnem razvoju dobijo in obdržijo delo v običajnih delovnih okoljih (Kamp in Lynch, 2007). Udeleženci v raziskavi so v integrirano zaposlitev v trgovski hiši vključeni 13 let. Po vedenju avtoric prispevka gre za izredno redek primer, če ne celo edini primer v Sloveniji.

Udeleženci v raziskavi imajo mentorico, ki je zaposlena v VDC-ju. Za njihovo uspešno vključevanje v običajno delovno okolje je zelo pomembna. Osnoven dejavnik, ki prispeva k uspehu procesa integracije je, da delovni mentor spremlja delavca na integrirano delovno mesto (Vila et al., 2007). Ritem in intenziteta podpore ne sme biti pogojena s tipom ovire oziroma primanjkljaja delavca, ampak glede na njegove individualne potrebe in glede na partikularne zahteve delovnega mesta (Vila et al., 2007). Poleg prisotnosti mentorice so udeleženci raziskave velik pomen pripisovali podpori, ki jo prejema s strani sodelavcev. Gre za tako imenovane naravne podpore. Naravne podpore na delu so definirane kot strategije, viri, odnosi ali interakcije, ki prihajajo od človeka, procedur, pripomočkov ali opreme, ki je običajno na voljo na običajnem delovnem mestu, ki pospeši doseganje pozitivnih rezultatov na delu in ki povečuje kakovost posameznikovega življenja (Jordan de Urries & Verdugo 2001, cit. po Verdugo et al., 2006). Udeleženci v raziskavi so podporo, katero prejema s strani sodelavcev postavili na prvo mesto. Za težave katere ne morejo rešiti s sodelavci, pa se obračajo na mentorico.

Udeleženci v raziskavi so velik pomen pripisovali stikom, ki so jih vzpostavili s sodelavci. Opisovali so pozitivne izkušnje. Spoznali in vzpostavili so stike z ljudmi, ki jih prej niso poznali. Delo lahko pomaga ohranjati oziroma povečati socialno mrežo in zagotavlja dobro priložnost za ljudi z motnjo v duševnem razvoju, da se srečujejo z ljudmi, ki niso povezani z motnjo v duševnem razvoju (Forrester-Jones et al., 2004). Imeti delo zagotavlja ljudem z motnjo v duševnem razvoju priložnosti za nove socialne interakcije, ki jih ne bi imeli oziroma jih ne bi izkusili v segregiranih ali zaščitene delovnih prostorih (Forrester-Jones et al., 2004). Cramm in drugi (2009) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je socialna integracija pomemben element z vidika vključenosti v delo. Udeleženci poročajo, da so stiki omejeni na delovno okolje, le izjemoma se prenesejo izven delovnega okolja. Angleška raziskava o vplivu podporne zaposlitve na socialno emocionalno dobrobit ljudi z motnjo v duševnem razvoju, podobno ugotavlja, da se odnosi in prijateljstva le redko prenesejo izven delovnega mesta (Jahoda et al., 2008).

Udeleženci raziskave poročajo o tem, da pri svojem delu občutijo uspehe, da opravljajo svoje delovne naloge in da se na delovnem mestu počutijo sprejete. Podobne so ugotovitve angleške raziskave, in sicer, da je podpora zaposlitev prinesla veliko izboljšav h kakovosti življenja moških in žensk z motnjo v duševnem razvoju, s tem, da jim je omogočila, da postanejo aktivni udeleženci v družbi (Kamp in Lynch, 2007). Omogoča jim, da zaslužijo svoj prihodek, da razvijejo svoje spretnosti in prepoznajo svoje sposobnosti, občutijo več dostojanstva in samospoštovanja, več samozavesti na svojih delovnih mestih, gradijo nove odnose, bolj aktivno participirajo v skupnosti, sprejemajo lastne odločitve, načrtujejo svojo prihodnost in širijo priložnosti v svojih življenjih (Kamp in Lynch, 2007).

Udeleženci raziskave se identificirajo bolj z vlogo delavca v trgovski hiši, kot pa z vlogo uporabnika VDC-ja. V zvezi s to vlogo občutijo ponos. Ne želijo povratka v VDC, drugim uporabnikom VDC-ja bi priporočili, da se tudi sami vključijo v integrirano zaposlitev. Integrirano zaposlitev ocenjujejo kot izboljšanje svoje delovne situacije, opažajo veliko pozitivnih posledic in sprememb na bolje. Grant (2008) ugotavlja, da je kakovost življenja višja, zaradi sodelovanja in vključenosti v skupnosti skozi družbeno vlogo delavca oziroma zaposlenega. Kober in Eggleton (2005) v izsledkih svoje študije pišeta o tem, da ljudje z motnjo v duševnem razvoju, ki so vključeni v delo v običajnih delovnih okoljih, poročajo o višji kakovosti življenja v primerjavi z zaščiteno, segregirano obliko zaposlitve. Tudi Kamp in Lynch (2007) ugotavljata, da je podpora zaposlitev prinesla veliko izboljšav h kakovosti življenja ljudi z motnjo v duševnem razvoju, s tem, da jim je omogočila, da postanejo aktivni udeleženci v družbi.

SKLEP

Udeleženci raziskave imajo izjemno dragocene izkušnje z delom v običajnih delovnih okoljih, saj so v integrirano zaposlitev vključeni že 13 let. Dejstev, ki jih v zvezi s svojim delom navajajo, ni za spregledati. Vsi navajajo prevladujočo pozitivno izkušnjo, ob tem pa ne zanikajo truda in npora, ki so ga v tovrstno vključevanje vložili. Pomembno je, da se v slovenskem prostoru še naprej razvija podpora ljudem z motnjo v duševnem razvoju pri delu v običajnih delovnih okoljih. Avtorici sta skozi različna obdobja spremljali in izvajali podporo udeležencem te raziskave pri njihovem delu. Izsledki raziskave so obetavni z vidika pozitivnih vplivov na udeležence, hkrati pa je zaskrbljujoče dejstvo, da se tovrstna podpora ljudem z motnjo v duševnem razvoju pri delu v običajnih delovnih okoljih v Sloveniji razvija relativno počasi.

LITERATURA

- Barnes H. (2000). *Working for a living*. Bristol: The Policy press.
- Beail N. in Williams K. (2014): Using Qualitative Methods in Research with People Who Have Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 27: 85 – 96.
- Casey C. (1995): *Work, Self, and Society: After Industrialism*. London: Routledge.
- Coons K. D. in Watson S. L. (2013): Conducting Research With Individuals Who Have Intellectual Disabilities: Ethical and Practical Implications for Qualitative Research. *J Intellect Disabil Res* 19 (2): 14 – 24.
- Cramm J. M., Finkenflugel H., Kuijsten R. in van Exel N. J. A. (2009): How employment support and social integration programmes are viewed by the intellectually disabled. *J Intellect Disabil Res* 53 (6): 512 – 520.
- Elo S. in Kyngas H. (2008): The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 62 (1): 107 – 115.
- Flores N., Jenaro C., Begona Orgaz M. in Victori Martin M. (2011): Understanding Quality of Working Life of Workers with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 24: 133 – 141.
- Forrester-Jones R., Jones S., Heason S. in DiTerlizzi M. (2004): Supported Employment: a Route to Social Networks. *J Appl Res Intellect Disabil* 17: 199 – 208.
- Grant J. (2008): Paid work – A valued social role that is empowering more people with an intellectual disability and providing employers with dedicated employees! *J INTELLECT DEV DIS* 33 (1): 95 - 97.
- Hsieh H. F. in Shannon E. S. (2005): Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res* 15 (9): 1277 – 1288.
- Jahoda A., Banks P., Dagnan D., Kemp J., Ken W. in Williams V. (2009): Starting a New Job: The Social and Emotional Experience of People with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 22: 421 – 425.
- Jahoda A., Kemp J., Riddell S. in Banks P. (2008): Feelings About Work: A Review of the Socio – emotional Impact of Supported Employment on People with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 21: 1 – 18.
- Kamp M., Lynch C. (2007). *Handbook Supported Employment*. Cornell: Cornell University ILR School.
- Kavčič M. (2012): Utemeljena teorija: kratek vpogled v epistemološka izhodišča in predstavitev t. i. Grounded Theory. V: Adam F., Hlebec V., Kavčič M., Lamut U., Mrzel M., Podmenik D., Poplas Sušič T., Rotar Pavlič D. in Švab I. (ur.): *Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize, 163 – 176.

- Kober R. in Eggleton I.R.C. (2005): The effect of different types of employment on quality of life. *J Intellect Disabil Res* 49 (10): 756 – 760.
- Mesec B. (1998): Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Neuendorf K. A. (2002): *The Content Analysis Guidebook*. London: Sage Publications.
- Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (2010), Ur. List RS 45
- Roberts B. (2002): Introduction: biographical research. V: Brian Roberts (ur.): *Biographical Research*. Buckingham: Open University Press, 1 – 17.
- Wehman P. (2012): Supported Employment: What is it? *J Vocat Rehabil* 37: 139 – 142.
- Verdugo M.A., Jordan de Urries F.B., Jenaro C., Caballo C. in Crespo M. (2006): Quality of Life of Workers with an Intellectual Disability in Supported Employment. *J Appl Res Intellect Disabil* 19: 309 – 316.
- Vila M., Pallisera M. in Fullana J. (2007): Work integration of people with disabilities in the regular labour market: What can we do to improve these processes? *J INTELLECT DEV DIS* 32 (1): 10 - 18.
- Wilson A. (2003): »Real Jobs«, Learning Difficulties and Supported Employment. *Disabil Soc* 18: 99 – 115.
- Zakon o družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih oseb (1983). Ur. List RS 41 (83).

NE SLIŠIM, NE VIDIM, KAKO NAJ RAZUMEM – PRIKAZ PRIMERA

I CAN'T HEAR, I CAN'T SEE, HOW CAN I UNDERSTAND – A CASE STUDY

Darja Pajk¹, dipl. der. ter.

¹Varstveno delovni center Tončke Hočevar, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Izboljšanje zdravstvenega sistema, ozaveščanje o človekovih pravicah, sprejemanje raznolikosti, na posameznika usmerjeni modeli obravnave in prilagajanje okolja vodi do daljše življenjske dobe. Vendar pa ob podaljšanju življenjske dobe ne moremo vedno govoriti tudi o kakovosti življenja posameznika, saj narašča tudi število populacije s senzornimi okvarami. Še posebej so izpostavljene starejše osebe z motnjo v duševnem razvoju (MDR). **Vsebina:** Predstavljen je prikaz primera 53 letne osebe z MDR, ki je vključena v institucionalno varstvo. Predstavljena je delovnoterapevtska obravnava od ugotovitve izgube sluha, zdravstvene obravnave, učenja uporabe in skrbi za tehnični pripomoček ter tudi način ozaveščanja okolja, v katerem oseba v pretežni meri biva. **Zaključek:** Pomen in načini prepoznavanja senzornih okvar pri osebah z MDR, še posebej pri starajoči se populaciji, je zelo pomemben zaradi zgodnje obravnave in edukacije oseb/strokovnih delavcev, ki živijo ali delajo s starostniki z MDR.

Ključne besede: starost, oseba z motnjo v duševnem razvoju, sluh, senzorna težava

ABSTRACT

Introduction: Improving the health system, raising the awareness of human rights, accepting diversity, adopting of patient-centred treatment models and adapting of the environment are the factors that promote longevity. With the increase of life expectancy, there is also an increase in the prevalence of disability, especially sensory impairments, which affect the quality of life. Older people with intellectual disability are especially susceptible to sensory disorders. **Content:** A case of a 53-year-old woman with intellectual disability in institutional care is presented. The paper describes the occupational therapy interventions since her hearing loss was identified, the medical treatment, the information on use and care of a technical device, and the necessity of awareness of the problem by one's social environment. **Conclusion:** The importance and ways of identifying sensory impairments in people with intellectual disability, especially in the ageing population, is crucial for the timely treatment and health education of people who live or work with the elderly with intellectual disability.

Key words: ageing, intellectual disability, hearing, sensory disorder

UVOD

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije število starejših oseb narašča (WHO, 2018). Prav tako narašča število oseb, ki se soočajo z različnimi oviranostmi (SURS, 2018), ki otežujejo ali onemogočajo samostojno življenje. V preteklih dvajsetih letih je na področju skrbi za starejše in invalide prišlo do bistvenih premikov pri enakopravnem vključevanju na vsa področja življenja. V odnosu do starejših so določila povzeta v Globalni strategiji in akcijskem načrtu za zdravo staranje (WHO-GSAP, 2017), v odnosu do invalidov pa to podrobno določa Mednarodna konvencija o pravicah invalidov (MDDSZ, 2018). Vzroki in posledice invalidnosti seveda nihajo in so posledica različnih družbeno-ekonomskih razmer in različnih ukrepov, ki jih države sprejemajo za izboljšanje pogojev življenja svojih državljanov.

Staranje je del življenja ter neizogiben proces telesnega in duševnega spreminjanja posameznika. Začne se z rojstvom in poteka skozi vse življenjsko obdobje. Človekove zmožnosti in potrebe v starosti se razlikujejo glede na zdravstveno stanje, psiho-fizično kondicijo, socialni, kulturni in ekonomski status (Ramovš, 2003). Poleg motoričnih težav se kažejo s staranjem tudi senzorne težave, pa vendar smo pogosto do njih manj pozorni, in vpliv le teh na kakovost življenja zanemarimo. Skrb za zdravo življenje v mlajših in zrelih letih lahko bistveno vpliva na celotno zdravstveno stanje posameznika v starosti, toda kljub zavedanju smo do tega preveč brezbrizni. Pri odraslih osebah z motnjo v duševnem razvoju (OMDR), pa je skrb za zdravo življenje še težje izvedljiva, saj je razumevanje le tega slabše. Osebe z motnjo v duševnem razvoju v vsakdanjem življenju potrebujejo različne oblike pomoči v smislu celostne skrbi za svoje življenje, odvisno od stopnje svoje oviranosti. Ena od definicij opisuje osebo z MDR kot tisto »osebo, ki pri testiranju doseže rezultat, ki bistveno odstopa v pod povprečje na vsaj dveh od naslednjih področij adaptivnega vedenja: komunikacija, skrb za samega sebe, domača opravila, znajde-nje v okolju, funkcionalno akademsko znanje, samo-usmerjanje, zdravje in varnost, prosti čas, delo in zaposlitev, socialno interpersonalna sposobnost« (Lačen, 2001). Kaj pomenita pri OMDR pešanje vida ali sluha, ki sta kljub temu, da sta najpogostejši senzorni okvari težko opazni? Težave z vidom posameznik navadno zazna sam in tudi prej ustrezno ukrepa v nasprotju z težavami s sluhom, ki jih pogosto prej zazna okolica, saj nastopijo težave v komunikaciji. Interval od prvega zaznavanja izgube do ukrepanja je navadno dolgotrajen. Sluh je pravzaprav le sposobnost zaznavanja zvoka in po navedbah Interantional Listening Association (1995) je dejansko poslušanje tisti proces sprejemanja besednih in nebesednih sporočil, ki izoblikuje tako pomen kot tudi odziv na sprejeta sporočila. Torej ima bistveno vlogo pri sprejemanju informacij poslušanje in razumevanje sprejetega sporočila.

Prav tako kot je pri sluhu pomembno poslušanje, je pri vidu pomembno gledanje. Vid lahko opišemo kot čut za zaznavanje svetlobe (oko) in njeno interpretacijo, ki se odvija v možganih.

Tako izguba sluha kot vida sta lahko prirojeni ali pa nastaneta zaradi različnih fizioloških ali nevroloških dejavnikov po rojstvu v otroški ali odrasli dobi.

Pomembna je razlika v katerem obdobju življenja izguba nastopi, saj so pomembne čutne izkušnje, ki jih posameznik pridobi tekom življenja. Osebe, pri katerih je bila okvara ugotovljena v otroški dobi so vključene v ustrezne obravnave ter se maksimalno prilagodijo na samostojno življenje. Če pa okvara nastopi v odrasli aktivni dobi posameznika ali še kasneje pa je obravnava navadno bistveno skromnejša ali pa je sploh ni.

Kaj pa če je staranju in pešanju vida in sluha pridružena še MDR? Znižana stopnja razumevanja dogajanja v okolju, ki se ji lahko pridruži kot posledica izgube sluha ali vida še občutek osamljenosti, anksioznosti, depresije, negotovosti, nižje samozvesti, različne težave pri gibanju ter strah.

Zgodnje prepoznavanje senzornih okvar ter ustrezne intervencije oz. oskrba z tehničnimi pripomočki ter učenje uporabe le teh pri odraslih osebah z motnjo v duševnem razvoju, ki so vključene v institucijo, je pravzaprav izziv, ki se pojavlja s staranjem OMDR. Kako lahko delovni terapevt sodeluje pri prepoznavanju nastajajočih težav ter pri reševanju le teh? Kako z ustrezno delovnoterapevtsko intervencijo prilagodi tako fizično okolje v katerem posameznik živi, kot tudi educira osebe ter sostanovalce s katerimi se OMDR z

okvaro vida, sluha ali obema okvarama hkrati dnevno srečuje. Delovnoterapevtske intervencije potekajo tako v smislu komunikacije, sodelovanja kot tudi skrbi za nove tehnične pripomočke.

Namen prispevka je preko prikaza primera odgovoriti na zgoraj zastavljena vprašanja.

VSEBINA

Prikaz primera delovnoterapevtske obravnave

53-letna V.M. je bila pred tridesetimi leti sprejeta v storitev vodenja, varstva ter zaposlitve pod posebnimi pogoji ter institucionalno varstvo v VDC Tončke Hočevnar. Takrat je bilo v procesu diagnosticiranja ugotovljena zmerna motnja v duševnem razvoju s potrebo po vodenju in usmerjanju tako na področju skrbi zase, produktivnosti in prostega časa.

Pri starosti štiridesetih let so se pričele opazati spremembe vedenja. Umikanje iz družbe vrstnikov, postajanje na mestih, kjer je opazna zaščita hrbta ter v bližini zaposlenih. Govor uporabnice je postajal tišji, slabše razumljiv, momljajoč, odzivnost na zvočne dražljaje iz okolja slabša. Ob pogovoru je uporabnica pogosto poiskala bližino sogovorca, pogled je usmerjala v usta le tega in pogosto ponovila povedano vsebino ter iskala potrditev razumevanja. V pogovoru je sodelovala slabše kot sicer, delovala je nekako odmaknjeno. Spremenjeno stanje se je sprva povezovalo z njeno psihiatrično diagnozo ter se temu ustrezno tudi usmerjalo.

Odzivanje uporabnice je asociiralo na ravnanje oseb, ki se soočajo z izgubo sluha v govornem območju, zato se je v okviru delovnoterapevtske obravnave pri uporabnici preverilo zaznavanje zvokov in prepoznavanje razumevanja govora, z v ta namen pripravljenim »internim testom« preverjanja sluha. Za uspešno izvedbo testa je nujno dobro poznavanje uporabnika ter dober stik med uporabnikom in terapevtom. Uporabnica je morala pri testu aktivno sodelovati. Test se je izvajal v mirnem, svetlem in poznanem okolju, tako da se je izključil faktor nelagodja in strahu, ki je sicer lahko prisoten pri preiskavah oseb z MDR. Test se je izvajal v obliki igre ob pomoči zvokov glasbil (boba, ksilofon, ropotulja) ter govora. Pri izvedbi testa sta sodelovali dve osebi, delovna terapevtka ter v oddelek vključena negovalka. Obe osebi sta bili uporabnici dobro poznani.

Delovna terapevtka, ki je test izvajala, je pri tem izhajala tudi iz lastnih izkušenj in ugotovitev zmožnosti slišanja na posameznem nivoju izgube sluha ter tako lažje ocenila okviren nivo izgube sluha ter nujnost po ustreznem specialističnem pregledu in nadaljnji obravnavi.

Pri uporabnici se je tekom testiranja opazovala odzivnost na različno glasne in visoke zvoke, ki so prihajali iz različnih smeri pri različni oddaljenosti med oddajnikom zvoka ter uporabnico. Poleg tega se je preverilo tudi slišanje govora prav tako iz različnih smeri, različnih jakosti ter oddaljenosti in tudi razumevanje govora. Testiranje razumevanja je potekalo z možnostjo ogledovanja oziroma branja iz ustnic in brez nje. Test prepoznavanja govora se je izvajal preko izvedbe različnih nalog. Naloge so bile skladne z kognitivnimi sposobnostmi. Ko je uporabnica npr. po navodilih pokazala na različne predmete je tudi pokazala ali besedo razume ali ne. Pred izvedbo testa se je z uporabnico preverilo ali prepozna predmete kot npr. luč, stol, okno, miza ali dele telesa kot npr. nos, oko in podobno. Na podlagi ugotovitev je bilo nato pripravljeno priporočilo z opisom stanja za usmeritev uporabnice na specialistični pregled. Informacije o sposobnosti sodelovanja, razumevanja ter zmožnostjo koncentracije uporabnice na izvedbo aktivnosti so bile posredovane specialistu. Uporabnici je bil postopek pregleda pri specialistu in potreba po sodelovanju

razložena na način, da je lahko razumela in je smiselno sodelovala na pregledu. Specialist je bil pred pregledom tako seznanjen z ugotovitvami delovne terapevte.

Pri uporabnici V.M. je bila po specialističnem pregledu ugotovljena srednje težka okvara sluha v govornem območju, ki onemogoča uspešno sodelovanje v vsakdanjem življenju brez uporabe ustreznega pripomočka, zato ji je bila izdana naročilnica za pridobitev tehničnega pripomočka oz. slušnega aparata (SA). Po pridobitvi slušnega aparata je sledila faza učenja in navajanja na slušni aparat tako uporabnice kot vrstnikov in osebja.

Glede na to, da je uporabnica že pred pridobitvijo slušnega aparata z iskanjem bližine sogovorcev skušala slišati in razumeti, je bilo očitno, da je njen interes za uporabo SA velik. V sklopu delovnoterapevtske obravnave se je uporabnico spodbujalo k poslušanju, ki mu je sledilo preverjanje razumevanja. Ker je uporabnica rada poslušala pravljice, je učenje in preverjanje razumevanja potekalo preko bralne aktivnosti. Učenje in ocenjevanje je potekalo preko igre z metodo opazovanja. Opaziti je bilo izboljšanje komunikacije in odzivnosti v skupini.

Uporabnica je SA nosila vsakodnevno od jutra do večera. Zaznala je, če aparat ni več deloval, če oliva ni bila ustrezno nameščena v uho in če aparat ni bil ustrezno nameščen za uho. Na težave je ustrezno opozorila. Kljub učenju nameščanja SA za in v uho uporabnica aktivnosti ni osvojila. Zavedala pa se je, da je SA naprava, ki zasluži posebno skrb in se je v primeru težav obrnila na zaposlene.

Težave so se pojavile pri shranjevanju SA. Uporabnica je v sobi bivala s sostanovalko, ki ni zmogla razumeti pomena SA in obstajala je možnost, da le ta aparat odtuji, zavrne ali drugače pokvari. Za shranjevanje SA se je nato izbral voziček z zdravili, ki je pod stalnim nadzorom zdravstvenega osebja, ki je uporabnici SA tudi nameščalo in odstranjevalo iz ušesa. Tako se je SA uporabnici namestil zjutraj ob jutranji terapiji zdravil, ob večerni terapiji pa so SA odstranili ter shranili na vozičku. Zdravstveno osebje je tako lahko poskrbelo tudi za ustrezno čiščenje in sušenje SA po celodnevni uporabi.

Uporabnike v skupinah v katerih se je zadrževala V.M. se je seznanilo z pomenom SA, razumevanje pa je bilo seveda odvisno od njihovih kognitivnih sposobnosti. Večina je razumela, da SA pomeni aparat s katerim V.M. sliši in se odziva.

Da bi specifično okvaro sluha in oteženo komunikacijo ter potrebo po skrbi za SA razumelo tudi osebje, je delovna terapevta izvedla izobraževalno predavanje s prikazom izgube sluha in prikazom težav v smislu nerazumevanja ter skrbjo za SA. Pa vendar je kljub temu prihajalo do težav predvsem z skrbjo ter nameščanjem slušnih aparatov, saj se zdravstveno osebje tekom edukacije ne srečuje s tem. Da bi se osebju olajšalo delo se je v sklopu ozaveščanja o izgubi sluha v okviru VDC Tončke Hočevar izdala interna brošurica, ki jo je pripravila delovna terapevta, kjer je preprosto razložena tako izguba sluha, način komuniciranja z uporabnikom, nameščanje in odstranjevanje ter tudi skrb za SA.

Poleg težav s sluhom se pri starejših uporabnikih z MDR pojavljajo tudi težave z vidom, zato je tudi za preverjanje vida delovni terapevt pripravil preprost test, s katerim se oceni eventualna potreba po pripomočku (očalih). Tudi preverjanje vida poteka v obliki igre. Za test se uporabijo predmeti in slike, ki jih uporabnik prepozna, jih zna poimenovati ali v zbirki večjih slik poiskati enako, če jih ne zmore poimenovati. Tudi test vida poteka v mirnem in svetlem okolju brez zunanjih motenj. Pred preizkusom uporabnik ustrezno

poimenuje vse predmete na slikah. Za test se uporabi 20 različnih črno belih slik v velikosti 10x10 cm, 5x5 cm in 3x3 cm, ki jih uporabnik prepozna iz različnih razdalj. Test se po potrebi prilagodi sposobnostim uporabnika.

Po obeh opravljenih testih se v formularju z osnovnimi podatki uporabnika opiše postopek testiranja ter ugotovitve glede sposobnosti videnja in slišanja. Oceno se poda opisno in procentualno. Procentualni opis se naredi na podlagi uspešnega prepoznavanja 20 besed ali 20 sličic na določenih razdaljah. Oba testa služita kot pomoč pri pripravi uporabnika na specialistični pregled.

Pri odraslih uporabnikih z MDR se začetek senzornih težav težko opazi saj v večini nimajo vedenja, kaj se jim dogaja in težav niti ne znajo opisati ter opozoriti nanje. Da uporabniku peša vid je pogosto zaznati iz potrebe, da sedi blizu TV ekrana, da ni več natančen pri izvedbi del, ki jih opravlja, da delo odklanja, da ob aktivnostih želi biti v neposredni bližini izvajalca ali pa v slikanicah ne prepozna več risb, predmetov ipd.

Tako okvara vida kot okvara sluha nista vidni navzven in prav zato je potrebno dobro opazovanje ter opisovanje spremenjenih vedenj s strani zaposlenega osebja, ki v večini primerov opozori na potrebo po preverjanju vida ali sluha. Le to pa je tudi znak, da je tekom predavanj, ki jih je izvedla delovna terapevtka za zaposlene v zavodu v preteklih štirih letih prišlo do zavedanja, da so spremembe vedenja uporabnika lahko posledica senzorne okvare ter da se s staranjem uporabnikov tudi pojavljata tako naglušnost kot slabovidnost. Z ustreznimi prilagoditvami prostorov, izobraževanjem osebja ter oskrbo z ustreznimi pripomočki in učenjem skrbi zanje, se lahko vedenjska odstopanja omilijo, uporabnikom pa se izboljša kakovost življenja. Nekateri od uporabnikov pripomočkov kot so očala ali slušni aparati ne zmorejo uporabljati, zato je pri njih posebnega pomena ustrezen pristop s strani osebja ter ustrezno pripravljeno okolje v katerem se počutijo varne, razumljene in sprejete.

ZAKLJUČEK

Zgodnje prepoznavanje okvare vida in okvare sluha je prav tako kot za vso starajočo populacijo tudi za OMDR izjemnega pomena. Dejstvo je, da OMDR bistveno redkeje opisujejo težave s katerimi se soočajo, saj enostavno ne vedo kako ubesediti nastalo situacijo ali pa se je niti ne zavedajo. Senzorne težave imajo poleg vpliva na komunikacijo vpliv tudi na vključevanje posameznika v življenje in lahko vplivajo tako na psihično kot tudi fizično stanje posameznika. Nujno je torej zavedanje, da se OMDR starajo drugače, da tudi pri njih nastopajo senzorne težave in da zgodnje ukrepanje, oskrba in navajanje na tehnične pripomočke ter prilagajanje fizičnega okolja in edukacija pomenijo kakovostnejše življenje za vse deležnike. Pojavijo se lahko težave pri samostojni uporabi SA ali očal, zato je potrebno veliko spodbud, navajanja in učenja, da se pripomoček sprejme in uporablja. Pri spremljanju starejših oseb z MDR je potrebno dobro timsko sodelovanje in beleženje odstopanj od siceršnjih stanj, saj OMDR pogosto ne zmorejo opisati sprememb, ki se jim dogajajo.

LITERATURA

Buntix H. E. W., Schalock, L. R. (2010) Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (4) : 283-294.

Glasser W (2007) Nova psihologija osebne svobode: teorija izbire. Ljubljana-Louisa

Kranjc A (2013). Psihosocialni vidik izgube sluha. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta

Antwi S (2015) Information needed to ensure effective use of the individual hearing aid within elderly service. Helsinki: Arcada

- Lačen M (2001) Odraslost. Osebe z motnjo v duševnem razvoju. Ljubljana: Zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije
- Ramovš J. (2003) Kakovostna starost - Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, SAZU
- Verri A., Cummins R. A., Pettito F. et al (1999) An Italian – Australian comparison of quality of life among people with intellectual disability living in the community. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (6): 513-522.
- Spletni viri:
- <http://www.who.int/ageing/en/> (15.5.2018)
- http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/konvencija_o_pravicah_inv_alidov.pdf (15.5.2018)
- <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1> (26.6.2018)
- <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/4916> (15.5.2018)
- <http://www.zveza-slepih.si/okvare-vida/> (15.5.2018)
- <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/> (15.5.2018)
- <https://www.listen.org/> (15.5.2018)
- http://www.zdus-zveza.si/docs/novice/Porocilo_o_projektu_Starejsi_za_starejse_2004-014.pdf (16.5.2018)
- <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/Coalition> (16.5.2018)
- <https://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/OlderPersonsIndex.aspx> (26.6.2018)

MODEL ORGANIZACIJE DELOVNE TERAPIJE V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNEM PROCESU ZA KAKOVOSTNO VKLJUČEVANJE OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI V VEČINSKE OSNOVNE ŠOLE

OCCUPATIONAL THERAPY MODEL OF PRACTICE IN THE SCHOOL ENVIRONMENT FOR THE INCLUSION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS IN MAINSTREAM PRIMARY SCHOOLS

dr. Lea Šuc¹, MSc OT., dipl. del. ter., pred.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Ker je v slovenske večinske šole vsako leto vključenih več otrok s posebnimi potrebami, je bil namen disertacije javnosti predstaviti stališča slovenskih učiteljev do vključevanja otrok s posebnimi potrebami ter oblikovati strategije, ki bi lahko podprle interprofesionalno sodelovanje pri izvajanju inkluzije. Poleg tega smo želeli proučiti sodelovanje delovnih terapevtov v šolskem sistemu in ugotoviti, ali (in kako) lahko delovni terapevt doprinese h kakovosti vključevanja otrok s posebnimi potrebami v večinske osnovne šole. Na osnovi rezultatov raziskave smo oblikovali model organizacije dela za uspešno vključevanje delovnega terapevta v vzgojno-izobraževalni proces. **Metode:** V empiričnem delu disertacije smo uporabili kvantitativne metode raziskovanja, ki so vključevale uporabo dveh lestvic, SACIE (angl. *Sentiments Attitudes and Concerns about Inclusive Education* – Občutki, odnos in skrbi glede inkluzivnega izobraževanja) in TEIP (angl. *Teacher Self-Efficacy for Inclusive Practices Scale* – Lestvica učiteljeve samoučinkovitosti pri inkluziji). Vključenih je bilo 346 osnovnošolskih učiteljev. Podatki so bili analizirani s pomočjo opisne statistike, korelacijske analize in faktorske analize. Temu je sledil kvalitativni del, ki je vključeval šest fokusnih skupin in dvanajst poglobljenih individualnih intervjujev z učitelji ter individualne intervjuje z delovnimi terapevti iz Razvojnih ambulant v Sloveniji ($N = 9$). Intervjuji so bili analizirani po metodi kvalitativne vsebinske analize. **Rezultati:** Analiza kvantitativnih podatkov je pokazala, da so pozitivna stališča do inkluzije povezana z boljšo učinkovitostjo pri vključevanju otrok s posebnimi potrebami. Pozitivna čustva do oseb s posebnimi potrebami so bila povezana z boljšo učinkovitostjo pri sodelovanju s starši in otroki; bolj pozitiven odnos do vključevanja otrok s posebnimi potrebami pa je bil povezan z boljšo učinkovitostjo pri sodelovanju. Iz analize izhaja, da so učitelji sicer pripravljeni sodelovati z drugimi strokovnjaki, v praksi pa jih dejansko sodeluje le ena tretjina. Pokazalo se je tudi, da se učitelji, ki že sodelujejo z drugimi strokovnjaki, počutijo bolj sposobne za tako sodelovanje. Strokovnjaki, s katerimi učitelji največ sodelujejo, so specialni in rehabilitacijski pedagogi, svetovalne službe in psihologi, manj pa je drugih profilov. Učitelje skrbi, da za poučevanje otrok s posebnimi potrebami ne bodo imeli dovolj znanja in spretnosti in da bodo preobremenjeni. Izsledki kvalitativne analize so pokazali, da se izkušnje učiteljev in delovnih terapevtov sicer razlikujejo, hkrati pa sta obe skupini izrazili nezadovoljstvo s sedanjo ureditvijo sistema in izmenjavo informacij, ki je omejena. Trenutno delovni terapevti pogosto naletijo na ovire pri dostopu do šolskega okolja in si svoje vključevanje želijo izboljšati. Analiza je pokazala, da so vloge nekaterih strokovnjakov v Sloveniji slabo prepoznane in da bo v prihodnosti potrebno več promocijskega dela. Formalne oblike sodelovanja niso bile vedno dobro vzpostavljene, zato pa so učitelji velikokrat bolj cenili neformalno sodelovanje. V intervjujih se je zelo izrazilo tudi sodelovanje s starši (pri delovnih terapevtih in učiteljih), ki je bilo osrednjega pomena za uspeh otroka v rednem programu šolanja in za vključevanje

drugih strokovnjakov. Rezultati raziskave kažejo, da slovenski šolski sistem še ni izvedel popolne tranzicije v inkluzivni model izobraževanja. Izobraževanje in usposabljanje učiteljev za inkluzijo nista vedno zadovoljiva, prav tako pa tudi interprofesionalno sodelovanje še ni rutinsko vzpostavljeno, kar (negativno) vpliva na vključevanje otrok s posebnimi potrebami. Glede na izsledke raziskave predlagamo nov model organizacije dela, ki bi vključeval delovnega terapevta kot aktivnega člana tima in bi temeljil na timskem delu in stalni izmenjavi informacij. Trenutno delovni terapevt vstopa v šolo predvsem preko staršev. Naš predlog pa predvideva, da bi bila vstopna pot bolj neposredna: preko vodstva šole, svetovalne službe in učiteljev. V celoten proces bi bili vključeni tudi starši oziroma otrokova družina, vendar bi bila delovnoterapevtska intervencija mogoča tudi brez njihovega direktnega angažmaja, kar bi storitve delovne terapije naredilo bolj demokratične in dostopne vsem otrokom, ki jih potrebujejo. Proces bi vključeval uvodno predstavitev delovnega terapevta, postavljanje ciljev in evalvacijo dela. Pri tem bi bil delovni terapevt vzpodbujen, da uporabi tako neposredne metode dela, kot tudi posredne metode, kot na primer svetovanje in izobraževanje ostalih strokovnjakov vključenih v delo z otrokom s posebnimi potrebami. **Zaključki:** Uspešnost vključevanja otrok s posebnimi potrebami v večinske šole je pokazatelj kakovosti celotnega šolskega sistema in vpliva na vse otroke. Odraža pa tudi stanje družbe in njen vpliv na dobrobit vseh prebivalcev, ne samo tistih, ki so 'drugačni'. To je bila prva raziskava v Sloveniji, ki je proučila interprofesionalno sodelovanje znotraj principa inkluzije in izsledke povezala z dognanji mednarodnih raziskav. S pomočjo znanstvenega pristopa smo oblikovali nov model organizacije delovne terapije znotraj vzgojno-izobraževalnega procesa, ki ima poudarek na sodelovanju in izmenjavi informacij ter predstavlja smernice za vključevanje delovnih terapevtov. Obstajajo številni primeri dobre prakse sodelovanja med strokovnjaki, ki nam jih v disertaciji ni uspelo ustrezno predstaviti, vendar pa bi le-ti zahtevali dodatno pozornost in bi lahko pripomogli k razvoju bolj učinkovitega sodelovanja znotraj inkluzivnega razreda. **Ključne besede:** učitelji, interprofesionalno sodelovanje, inkluzija, otroci s posebnimi potrebami, delovna terapija.

ABSTRACT

Background: Due to the fact that an increasing number of children with special needs attend regular schools in Slovenia, it was our purpose to gain a better insight into the attitudes of Slovenian teachers towards inclusion and help develop strategies that could support interprofessional collaboration in this process. Moreover, we wanted to explore the work of occupational therapists within the Slovenian school system using a scientific approach, and determine if and how an occupational therapist could contribute to the inclusion process. Our main purpose was to use the results of our empirical study to develop a new occupational therapy model of practice in the school environment for the inclusion of children with special needs in mainstream schools in Slovenia. **Methods:** Quantitative research methodology was used to explore the attitudes of primary teachers towards the inclusion process. Three hundred and forty-six primary school teachers participated in this part of the study. Sentiments Attitudes and Concerns about Inclusive Education (SACIE) and Teacher Self-Efficacy for Inclusive Practices Scale (TEIP) were used to gather data. Data were analysed using descriptive statistics, correlation analysis and factor analysis. This was followed by a qualitative part that included six focus groups and twelve in-depth interviews with teacher, as well as interviews with occupational therapists employed in the Developmental Units of Primary Care Centres in Slovenia ($N=9$). Qualitative data were analysed using qualitative content analysis. **Results:** Quantitative results showed that positive attitudes towards inclusion were connected with better self-efficacy for inclusive practices. Furthermore, positive sentiments towards children with special needs improved

the efficacy of collaboration with parents and children, as well as collaboration with other professionals. Although quantitative analysis showed that most teachers were willing to collaborate, only one third of them actually collaborated in practice. Also, teachers who were already cooperating with other professionals felt more capable of such collaboration. Most often, they collaborated with special educators and rehabilitation pedagogues, counselling services and psychologists. Other professionals were included less often according to teacher reports. Teachers were mostly concerned about a perceived lack of skills regarding teaching children with special needs and becoming overburdened. The findings of qualitative analysis showed that the experiences of teachers and occupational therapists differed, however, both groups expressed dissatisfaction with the current organization of work and limited information exchange. Occupational therapists reported difficulty accessing the school environment and encountering various barriers to cooperation. The analysis also showed that the role of some professionals was not recognized, and more promotional work might be required to get everybody onboard. Collaboration with external professionals was often poorly established. Informal cooperation was often more valued among teachers than a formal exchange of information. Another theme that emerged from the analysis was cooperation with parents. For both, occupational therapists and teachers, cooperation with parents was crucial in determining a child's success, as well as it aided interprofessional work. The findings of our study indicate that the Slovenian school system has not yet transitioned fully into an inclusive model of schooling. Teacher education and training are not always sufficient. Furthermore, interprofessional collaboration is not routinely established, which affects the inclusion of children with special needs in a negative way. We propose a new model of work that would include an occupational therapist as an active member of the team and would be based on team work and information exchange. Currently, in most cases, occupational therapists enter the school via parents. Our solution proposes a more direct route of entry via the school and counselling services. The process would involve the child's family, however, occupational therapy services would not be limited to children whose parents are more active, but would become available to everyone who need them, making the process more democratic. The process would also involve occupational therapist's initial presentation, goal setting and work evaluation. Occupational therapists would also be encouraged to use both direct and indirect approaches, for instance, counselling and educating other team members. **Conclusions:** The success of inclusion of children with special needs into regular schools is a quality indicator of the school system as a whole. It affects all children. It also reflects the general ethos of society and its concern with all citizens, regardless of their disability. To the best of our knowledge, this was the first study that examined interprofessional collaboration within the concept of inclusion in Slovenia and juxtaposed the findings with previous results of international studies. Based on the findings of our study, we developed a new model of practice of occupational therapy in the school environment. This model focuses on interprofessional collaboration, information exchange and feedback. It represents a new direction for the inclusion of occupational therapists into the mainstream school system. We are aware that there are probably multiple examples of good practice which we did not manage to capture in this dissertation. Yet, they could be helpful in developing an efficient model of collaboration and should be given more scientific attention in the future.

Keywords: teachers, interprofessional collaboration, inclusion, children with special needs, occupational therapy.

DELOVNA TERAPIJA IN PARKINSONOVA BOLEZEN V DOMAČEM OKOLJU – PRIKAZ PRIMERA

OCCUPATIONAL THERAPY AND PARKINSON'S DISEASE IN HOME ENVIRONMENT – A CASE STUDY

Lucija Odar¹, dipl.del.ter., Gregor Cundrič², dipl.del.ter., dr. Marija Tomšič³, pred.

¹Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem

²Dom starejših občanov dr. Janka Benedika, Radovljica

³Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Parkinsonova bolezen je kronična nevrodegenerativna bolezen, ki prizadene zlasti motorične spretnosti. Povzroča jo propadanje dopaminskih nevronov. Klinična slika bolezni je akinetično-rigidni sindrom, katerega glavni znaki so tremor, rigidnost, bradikineza in motnje ravnotežja. V delovni terapiji s pomočjo smiselni in namenskih aktivnosti omogočamo osebam, da ohranijo in/ali izboljšajo samostojnost na vseh področjih delovanja, to so skrb zase, produktivnost in prosti čas. **Metode:** Uporabljena je bila študija primera. Gre za celovit opis posameznega primera skozi daljše časovno obdobje z namenom, da ocenimo uspešnost dela ali napredek v samem procesu. V študijo primera je bil vključen uporabnik s Parkinsonovo boleznijo, star 80 let. Za ocenjevanje izvedbe aktivnosti sta bila uporabljena standardiziran ocenjevalni instrument, ocena motoričnih in procesnih spretnosti (ang. Assessment of Motor and Process Skills; v nad. AMPS) in analiza aktivnosti (v nad. AA). Obravnavo sta pol leta izvajala študenta tretjega letnika delovne terapije na uporabnikovem domu. **Rezultati:** Ocena AMPS je glede na prve meritve pokazala napredek tako pri izvedbi motoričnih kot procesnih spretnostih. Motorične spretnosti so se izboljšale za 2,22 logita, procesne pa za 1,1 logita, kar je statistično pomemben napredek. Aktivnosti: 1. slačenje zgornjega dela oblačila in 2. česanje, sta bili aktivnosti, ki ju je uporabnik opravil brez vidnega navora, učinkovito in varno. Z izvedenimi obravnavami smo vplivali na funkcionalno stanje uporabnika in povečali stopnjo vključevanja v okolje. **Sklep:** Delovnoterapevtska obravnava v domačem okolju je bila učinkovita in je imela pozitiven vpliv na stopnjo participacije v vsakodnevem življenju. Iz stanja nepokretnega uporabnika je bila dosežena povrnitev funkcionalnosti v stanje od delne do popolne samostojnosti pri aktivnostih s področja skrbi zase. Veliko vlogo je pri tem odigralo domače okolje ter pomoč in podpora svojcev.

Ključne besede: razvojnonevrološka obravnava, domače okolje, AMPS

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease is a chronic neurodegenerative disease that primarily affects motor function. It is caused by the decay of dopamine neurons. The clinical picture of the disease is an akinetic-rigid syndrome whose main signs are tremor, rigidity, bradykinesia and balance disorders. Occupational therapists try to help people with meaningful and purposeful activities to preserve and/or improve their autonomy in all areas of everyday life, including self-care, productivity and leisure time. **Methods:** For the study purposes, the case study method was used. It is a comprehensive description of a particular case over a long period of time in order to evaluate the performance of the work or the progress in the process itself. The case study included a male patient with Parkinson's disease, aged 80 years. The activity performance was assessed by the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), a standardised instrument, and the Analysis of Activities (AA).

The study was conducted by two third-year occupational therapy students at the client's home during a period of six months. **Results:** The AMPS assessment showed good progress as compared to previous measurements. Motor skills improved by 2.22 logits, process skills for 1.1 logits, which is statistically significant improvement. The client performed the first two activities (Upper body dressing - garment within reach and Upper body grooming/bathing, respectively) without any visible effort, effectively and safely. The treatment improved the client's functional status and increased the level of his integration into the environment. **Conclusion:** Occupational therapy treatment in the home environment was successful and had a positive impact on the client's level of participation in everyday life. From the state of immobility, the patient succeeded to partially or completely restore his independence in the performance of self-care activities. The findings also suggest that contextual factors (home environment and support of relatives) have a significant impact on functional improvement.

Key words: neurodevelopmental treatment, home environment, AMPS

IZHODIŠČA

Parkinsonova bolezen je kronična nevrodegenerativna bolezen, ki prizadene zlasti motorične spretnosti ter kasneje tudi spoznavne funkcije, avtonomni in senzorični sistem (Avberšek in sod., 2003). Povzroča jo propadanje dopaminskih nevronov v črni substanci možganskega debla (Živin, 2001). Klinična slika bolezni je akinetično-rigidni sindrom, katerega glavni znaki so tremor (ritmično izmenično krčenje fleksorjev in ekstenzorjev), rigidnost (enakomerno zvišan tonus, ki ovira izvajanje gibov), bradikineza (upočasnenost gibov) in motnje ravnotežja (nestabilnost in padci) (Ocepek, 2001). Bolezen se lahko zdravi z nadomestnim zdravljenjem z dopaminom ali z nevrokirurškimi terapijami. Dopamin je živčni prenašalec, ki prenaša informacije iz ene celice v drugo. Če želimo povečati njegov učinek ali pospešiti sintezo, pa v telo vnašamo predstopnjo dopamina – levodopo (Voon in sod., 2009).

Kot navajajo Voon in sodelavci (2009), je levodopa najmočnejše zdravilo za zdravljenje Parkinsonove bolezni na trgu. Aplikira se s kombiniranimi zdravili, vendar po nekaj letih zdravljenja povzroča stranske učinke. Pride do motene sposobnosti gibanja (diskinezije) in do hitrega nihanja kliničnega stanja: hipokinezije in okorelosti. Pojavijo se tako imenovani »vklopi in izklopi«. »Vklop« je obdobje dobre gibljivosti in spretnosti, z manj ali nič tremorja. »Izklop« pa je obdobje močno povišanega mišičnega tonusa, tremorja, upočasnenosti in motnje ravnotežja.

S pripravljalnimi in namenskimi aktivnostmi delovni terapevti omogočamo uporabnikom s Parkinsonovo boleznijo, da ohranijo in izboljšajo samostojnost, učinkovitost in varnost pri njihovem izvajanju. Osredotočamo se na vsa področja delovanja, to so: skrb zase, produktivnost in prosti čas. Na ta način želimo zagotoviti čim višjo stopnjo sodelovanja in vključenost v uporabniku pomembne aktivnosti in obvladovanje ožjega in širšega okolja. Pomembno je, da so v procesu obravnave vključeni tudi svojci, ki so ves čas seznanjeni s programom (Krizmarič in Vidmar, 2011). Obravnava uporabnika je potekala po ameriškem modelu prakse (v nad. AOTA). Delovni terapevti pri svoji obravnavi uporabljajo dejavnosti in aktivnosti kot osnovne metode za dejavnost skozi obravnavo. Glavni namen je spodbujanje interakcije z okoljem in okupacijami, v katere se uporabnik vključuje. Proces sestavljajo trije glavni deli, to so: evalvacija, obravnava in izidi (AOTA, 2006). Vsi deli pa vsebujejo še podkategorije, med katere spadajo: ocenjevanje, določanje ciljev, načrt obravnave, izvedba ter končna analiza (AOTA, 2002).

Znotraj intervencije je bil uporabljen razvojnonevrološki pristop (v nad. RNO). RNO, ki po Bobathovem (1992) konceptu temelji na analizi normalnega gibanja in proučuje odstopanja zaradi poškodbe osrednjega živčevja. Osnovna načela koncepta so, da onemogoča nastanek patoloških refleksov z optimalnim položajem trupa in s tem omogoča učenje normalnih gibalnih vzorcev. Prav tako vzpodbuja čutno-gibalne izkušnje, delo prek sekvenc razvoja gibanja in uporabo obeh strani telesa ter okončin v vseh aktivnostih (Fawcus, 2000; cit. po Tomšič, 2015). Obravnava temelji na obnovi spretnosti za izvedbo aktivnosti – sposobnosti gibanja, občutenja, zaznavanja, spoznavanja socialnih veščin in komunikacije – s predpostavko, da obnova funkcijskih sposobnosti omogoča sama po sebi samostojno opravljanje ožjih in širših dnevnih aktivnosti. Uporabnika se spodbuja k izvedbi smiselnih in namenskih aktivnosti s ciljem vključenosti v življenjske situacije. Pomemben dejavnik, ki ima odločilno vlogo z vidika sodelovanja posameznika v življenjskih dejavnostih, je dejavnik okolja (Law in sod., 1997). Cilj študije primera je ugotoviti učinkovitost izvajanja delovnoterapevtske obravnave v domačem okolju pri osebi s Parkinsonovo boleznijo.

S pripravljalnimi aktivnostmi se uporabnik uči določene spretnosti, ki mu bo omogočala povratek v realno življenje (Pedretti, 1996). Delovnoterapevtska obravnava se je pričela s pravilnim rokovanjem (»handlingom«) v postelji. Z aktivacijo telesa terapevt uporabnika pripravi na izvajanje nadaljnjih aktivnosti. Pravilno rokovanje je usmerjeno na uravnavanje položaja trupa preko ključnih področij, s tem vplivamo na normalne položajne reakcije. Uporabnik po poškodbi osrednjega živčevja ali drugih bolezni, ki vplivajo na normalno gibanje, ponovno pridobi čutno-gibalno izkušnjo, ki jo vnese v aktivnost. Pri tem je potrebno preprečiti vse senzorične vnose, ki povzročajo nepravilno oziroma patološko gibanje (Bobath, 1992; cit. po Tomšič, 2015). Pravilno rokovanje z medenico in rameni, dvig medenice od podlage, rotacija zgornjega in spodnjega dela trupa, spodbujanje in ponavljanje pravilnejših vzorcev drže in gibanja, skozi vse našete pripravljalne aktivnosti se izvaja: prenos teže, prečkanje medialne linije, aktivacija propriocepcije, dotik, pritisk, povečanje budnosti in zmanjšanje rigidnosti. Pripravljalne aktivnosti so se nadaljevale s posedanjem preko roba postelje in aktivnostmi za krepitev mišic nog.

Kot navaja Pihlar (2011), ima izvajanje namenskih aktivnosti velik vpliv na posameznikovo vključenost v skupnost ter na njegovo zdravje in dobro počutje. Učinek izvedbe je odvisen od razmerja med osebo, okoljem in aktivnostjo.

METODE

Uporabljena je bila študija primera. Gre za celovit opis posameznega primera in njegove analize – to je opis značilnosti in dogajanja ter opis procesa njihovega odkrivanja. Metoda zahteva poglobljeno raziskovanje (Starman, 2013).

S študijo primera smo obravnavali uporabnika s Parkinsonovo boleznijo v domačem okolju. Obravnavo sta izvajala študenta tretjega letnika delovne terapije pod mentorstvom predavateljice v okviru praktičnega usposabljanja v sodelovanju z Zavodom za oskrbo na domu. Študija je potekala od novembra 2016 do maja 2017 dvakrat tedensko po eno uro.

Uporabnik v obravnavi je bil star 80 let in živi z ženo. Je dolgoletni bolnik s Parkinsonovo boleznijo. Junija 2016 je bil hospitaliziran na Nevrološki kliniki za ureditev terapije ter poskus uvajanja kontinuirane dopaminske terapije (dopaminska črpalka). Pred prihodom na kliniko je bil uporabnik pokreten, samostojen pri hoji in izvajanju ožjih ter širših dnevnih aktivnosti. V času hospitalizacije se je stanje poslabšalo, ker je pri vstavitvi črpalke prišlo

do zapletov. Stanje se je poslabšalo do te mere, da so črpalko odstranili. Med zdravljenjem je postal nepokreten. Opažala so se motorična nihanja, v »izklopih« je bil akinetičen, v »vkllopih« pa so bile prisotne diskinezije. Pri uporabniku je prišlo do napredujočega stadija demence, težav s spominom, dezorientiranosti in hitrega spreminjanja razpoloženja. Zaradi slabega sodelovanja pri hranjenju ter težav s požiranjem in močnim slinjenjem, je bil uporabniku vstavljen PEG (perkutana endoskopska gastrostoma). Po treh mesecih hospitalizacije je bil odpuščen v domačo oskrbo. Namesto dopaminske črpalke je bila uvedena medikamentozna terapija. Uporabnik po odpustu ni bil sposoben samostojne hoje, prav tako je bilo izgubljeno uravnavanje položaja trupa v sedečem položaju. Viden je bil tremor rok in nog, ki je bil najprej prisoten na eni strani telesa, nato še na drugi. Imel je težave pri začenjanju gibov, prisotna je bila mišična okorelost, zaradi katere je bil gibalno upočasnen. Na vozičku je sedel v sključeni drži z nagibom trupa v stran. Uporabnik je imel nenehno odprta usta, izrazito je bilo čezmerno izločanje sline. Imel je prilagojeno posteljo, ki ima mehanizme spuščanja in dviganja vzglavja in vznožja ter prilagoditev višine postelje. Nameščena je bila tudi ograjica z obeh strani. Dnevno se je s pomočjo presedel na voziček in vzdržal nekaj ur, sicer je počival v postelji. Sodelovanje je bilo odvisno od delovanja zdravil in posledično razpoloženja.

Pri uporabnikih s Parkinsonovo boleznijo upočasneni in zmanjšani mišični gibi na obrazu povzročijo izrazno togost, kar otežuje komunikacijo. Spremembe delovanja obraznih/grlnih mišic lahko vplivajo tudi na oblikovanje glasov in s tem na govor, ki je lahko tih, hripav, prenegel ali jecljav (WHO, 2003). Ker je uporabnik izgubil požiralni refleks so mu namestili PEG. Posledica namestitve PEG je zmanjšana potreba po požiranju. Ker količino proizvedene sline ne požira v normalnem razmerju, se ta nabira v grlu in pri stalno odprtih ustih iz njih izteka. To imenujemo slinjenje (Ocepek, 2001).

Uporabili smo dva ocenjevalna instrumenta. To sta analiza aktivnosti po spretnostih (v nad. AA) in analiza motoričnih in procesnih spretnosti (ang. *Assessment of Motor and Process Skills*; v nad. AMPS).

AA zahteva razumevanje kompleksne in dinamične interakcije med veščinami, kontekstom in okoljem. Potrebno je razumevanje uporabnikovih sposobnosti za izvajanje življenjskih aktivnosti na vseh področjih delovanja, tj. na področju ožjih in širših dnevnih aktivnosti. Analiza je osredotočena na opredelitev težav izvajanja dejavnosti in ocenjevanje dejavnikov, ki podpirajo ali ovirajo njihovo izvajanje. Terapevt spremlja in ocenjuje uporabnikove spretnosti med izvajanjem aktivnosti ter opazuje in oceni odstopanja (Moyers, 2007).

AMPS je standardiziran delovnoterapevtski test, ki delovnim terapevtom omogoča oceniti motorične in procesne spretnosti med izvajanjem vsakdanjih aktivnosti, ki jih uporabnik sam izbere, ker je takrat zanesljiv, veljaven in občutljiv že na manjše spremembe, zato nam poda kakovost izvedbe tistih dnevnih aktivnosti, ki so uporabniku pomembne (Janša in sod., 2003; cit. po Tomšič, 2015). Opazovali in ocenjevali smo uporabnikove spretnosti v gibanju in interakciji z nalogami, predmeti in okoljem. AMPS ocenjuje samostojnost, varnost, učinkovitost in napor med izvajanjem izbranih aktivnosti (Janša, 2002).

REZULTATI

AMPS se je izvajal pri naslednjih aktivnostih: slačenje zgornjega dela oblačila in česanje las. Ocenjevanje AMPS je izvedla neodvisna ocenjevalka. Po začetnem testu je bilo ugotovljeno, da sta obe izvedbi aktivnosti v negativnem stanju. To pomeni, da uporabnik pri izvajanju

aktivnosti doživlja povečan napor, je neučinkovit in ni varen. Iz tega lahko sklepamo, da ima zato lahko težave na različnih področjih izvajanja dnevnih aktivnosti. Pri izvedbi prihaja do upočasnenosti izvajanja naloge in povečane porabe energije.

Rezultat AMPS nam ne pokaže le, kaj oseba zmore učinkovito izvesti, temveč tudi, zakaj ima lahko težave pri izvedbi dnevnih aktivnosti. Vrednosti vnesemo v statistični program, ki nam poda oceno uporabnikovega stanja. Z vnosom dobimo prikazano doseženo oceno motoričnih in procesnih spretnosti. Obe lestvici imata razpon od +4 do -3. Osebe, ocenjene pod 2,0 logita na motoričnem delu, imajo motorične omejitve, ki se kažejo kot povečan napor. Osebe, ocenjene pod 1,0 logita na procesnem delu, imajo procesne omejitve, kar vpliva na njihovo samostojnost, učinkovitost in varnost (Fisher, 2001).

Tabela 1: Ocena motoričnih in procesnih spretnosti (AMPS) – slačenje zgornjega dela oblačila in česanje las – primerjava rezultatov (22. 11. 2016 in 11. 5. 2017)

Motorične spretnosti		Razlika	Procesne spretnosti		Razlika
ocena	● ocena		ocena	● ocena	
-0,98	1,24	2,22	-0,54	0,56	1,1

Izbrane aktivnosti so bile izvedljive, vendar še vedno dovolj težavne, da so se pokazala odstopanja pri izvedbi. Glede na prvo in končno oceno se določi, ali je bil prisoten napredek ali ne (Fisher in Jones, 2010).

Pri ponovnem ocenjevanju lahko primerjamo rezultate prve in druge izvedbe AMPS ter ocenimo napredek (glej tabelo 1). Pri izboljšanju za najmanj 0,5 logita med prvim in drugim ocenjevanjem na motoričnem ali procesnem delu lahko objektivno ugotovimo, da so se motorične ali procesne spretnosti pri dnevnih aktivnostih klinično in statistično pomembno spremenile (Fisher, 2001). Motorične spretnosti se izboljšajo za 2,22 logita, procesne pa za 1,1 logita. Glede na navedeni rezultat se je ocena izboljšala za več kot 0,5 logita.

Iz tega je razvidno, da je delovnoterapevtska obravnava v kombinaciji s terapijo levodope zelo učinkovita. Pomembno je dosledno načrtovanje in izvajanje obravnave v času »vklopa« uporabnika s Parkinsonovo boleznijo. S tem se bodo izboljšale sposobnosti izvajanja aktivnosti (Fisher in Jones, 2010).

Uporabnik je samostojen pri aktivnosti: slačenje zgornjega dela oblačila, še vedno pa so se pojavila odstopanja, vendar v manjši meri kot pri prvem ocenjevanju (glej tabelo 2). Aktivnost izvede varno in učinkovito, pri tem pa vzdržuje stalno hitrost. Je ves čas osredotočen, izvede jo brez vidne utrujenosti, vendar ne povsem učinkovito. Še vedno ima težave pri: se pripogiba/obrača, saj telesa ne obrne na najbolj učinkovit način in s tem porablja preveč energije. Odstopanje je tudi pri: giblje tekoče, kjer se med obvladovanjem oblačila ne opazi gladkih in tekočih gibov rok (oblačilo se zatakne, nima moči).

Tabela 2: Analiza aktivnosti po spretnostih (AA) – slačenje zgornjega dela oblačila – primerjava rezultatov (22. 11. 2016 in 11. 5. 2017)

Začetno ocenjevanje 22. 11. 2016			Ponovno ocenjevanje 11. 5. 2017		
Odstopanja	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti	
Zmerna težava (1)		upošteva, prilagaja/ustreže		pospravi, izvaja v zaporedju, konča, prilagodi izvedbo, upošteva, prilagaja/ustreže	
Srednja težava (2)		izvaja v zaporedju, konča, usmerja gibanje, prilagodi izvedbo	pomika, ohranja prijem	poravna, ritem,	usmerja gibanje, ohranja ritem, je pozoren/osredotočen, izvaja neprekinjeno, spremeni izvajanje, opazi/se odzove
Resna težava (3)	se pripogiba/obrača, pomika, giblje tekoče, poravnava, ohranja ritem, prijema	ohranja ritem, je pozoren/osredotočen, rokuje, izvaja neprekinjeno, spremeni izvajanje, opazi/se odzove	se pripogiba/obrača, giblje tekoče	rokuje	

RAZPRAVA

Ocena kakovosti izvedbe obeh aktivnosti v končnem (zadnjem) ocenjevanju je pokazala, da uporabnik obe aktivnosti izvede brez pomoči. Glede na starostno lestvico pa je ocena motoričnih spretnosti (1,24 logita) pod lestvico AMPS. Nalogo izvede s prevelikim naporom. Če oceno primerjamo z ocenami zdravih oseb njegove populacije (med 1,07 in 3,27 logita), lahko potrdimo, da je izvedba aktivnosti pri uporabniku pričakovana za njegovo starost. Ocena procesnih spretnosti (0,56 logita) se je pokazala drugače. Gre za statistično pomemben napredek, vendar se pri izvedbi opazi manjša varnost, neodvisnost in/ali učinkovitost, ko opravlja že znano aktivnost. Zdravi ljudje iste starosti kot uporabnik imajo med 0,59 in 2,55 logita, zato tukaj ne dosega pričakovanj za njegovo starost. Izvedba aktivnosti slačenje zgornjega dela oblačila in česanje, se je kljub manjšim odstopanjem izboljšala. K dobrim rezultatom je pripomogla tudi obravnava uporabnika na njegovem domu.

Ob zaključku obravnave smo ugotovili, da se je uporabnik ob pomoči enega terapevta lahko presedel na invalidski voziček ter se sam pomaknil do roba postelje in izvajal »vertikalizacijo« trupa (stoja ob postelji). Pri »vklopu« je uporabnik skupaj s terapevtoma izvajal korakanje na mestu in prestopanje ob opori (držanje za rob postelje) ter aktivnost s pručko – izmenično polaganje noge na pručko in nazaj, v sedečem in stoječem položaju (aktivacija kolenskega in kolčnega sklepa, vtis koraka, stopanje-sestopanje). Pri uporabniku je bila vidna in občutna velika rigidnost mišic. Gre za otrdelost oziroma okornost. Gibanje zahteva sodelovanje mišic, ki delujejo v dve smeri – ene popustijo, medtem ko se druge skrčijo. Propadanje teh mišic, ki delujejo v obratno smer, razumljivo omeji določeno gibanje (Pirtošek, 2001).

Uporabnik je izvajal različne aktivnosti z žogo, kot so: podajanje, lovljenje, stiskanje, vodenje in nošenje žoge. S tem smo vplivali na izboljšanje spretnosti izvedbe (prijema, poravnava, giblje tekoče, ohranja ritem). Razvijajo se sposobnosti koordinacije, preciznosti, moči in ravnotežja. Situacijska gibanja z žogo dodatno vplivajo na pozornost, hitrost odzivanja in orientacijo v prostoru. Prav tako je metal žogo v koš, kjer se izrazi učinkovit prijem, odziv, eksplozivnost in gibljivost zgornjega dela telesa. Aktivnost je uporabnik izvajal sede na vozičku. Uporabniku so aktivnosti z žogo predstavljale igro in veselje. Izboljšalo se je razpoloženje in sodelovanje, zmanjšala se je napetost. Pri

uporabniku ni bilo težav s fino in grobo motoriko, ni opaznih simptomov rigidnosti, pojavi se samo bradikineza.

Za vzpostavitev zapiranja ust je terapevt izvajal masažo obraznih in čeljustnih mišic. Pomembna je bila tudi aktivnost pihanja v slamico, uporabnik jo je sam prijel v roke in skozi njo pihal kot v flavto (prijel jo je z obema roka), kar ga je spodbudilo k izvedbi zapiranja ust. Podobna aktivnost je pihanje milnih mehurčkov. Z njeno izvedbo je aktiviral obrazne in čeljustne mišice. Uporabnik je izvajal tudi aktivnost žvižganja. Terapevt je spodbujal zavedanje položaja uporabnikovega dela telesa (ust) in poskušal s ponavljanjem in opozarjanjem vzbuditi občutek samostojnega zapiranja ust.

Uporabnikove prednosti so bile hoja na kratke razdalje, slačenje zgornjega dela oblačila, česanje ter izboljšanje spretnosti, kot so: usmerja gibanje, izvaja v zaporedju, pomika, poravnava, se pripogiba/obrača, giblje tekoče itd. S pripravljalnimi aktivnostmi smo vplivali na držo in gibanje. Motorične spretnosti so se izboljšale do te mere, da je uporabnik samostojno ali ob pomoči ter brez večje utrujenosti in odstopanj izvedel aktivnost. Kot namenske aktivnosti smo izvajali: hojo na kratke razdalje (2–6 m). Uporabnik je vstal ob pomoči enega terapevta; ob pomoči dveh, z enim na vsaki strani, pa je hodil. Pri tem je bilo potrebno podajanje navodil o korakanju, saj je večkrat pohodil desno nogo z levo ali hodil prehitro. Pri hoji uporabnikov s Parkinsonovo boleznijo moramo biti pozorni na ostrino vida, propriocepcijo spodnjih udov, reakcijski čas stopala, posturalno nihanje, težo telesa, povečanje bolečine, strah in vitalnost (Krizmarič in Vidmar, 2011). Česanje je uporabnik izvajal sede v kopalnici. Uporabnik je z izvedbo aktivnosti krepil spretnosti pri prijemanju in spuščanju ter gibanju posameznih prstov. Za izvajanje aktivnosti česanja je potreben nadzor trupa brez opore rok, saj vključuje seganje in prenos teže v različnih ravninah (Birge James, 2008). S sedečim položajem in ustrezno poravnavo trupa preprečujemo povišanje mišičnega tonusa, patološke reflekse in asociirane reakcije (Davis, 2001). Pri aktivnosti slačenja v sedečem položaju je uporabnik spodbujal obračanje, prenos teže, rotacije trupa in aktivni nadzor trupa. Terapevt je uporabnika učil prilagojenega načina izvedbe aktivnosti (Birge James, 2008).

Z izbranimi aktivnostmi smo prispevali k boljši gibljivosti trupa in vključevanju v različne aktivnosti. Pri vsakem transferju na invalidski voziček smo opozarjali na pokončno držo in poravnavo telesa. Vedno smo bili pozorni, da je uporabnik ob aktivnostih sede imel ustrezne kote v sklepih (90° v kolčnem in kolenskem sklepu ter gležnju) in bližje površino izvajanja aktivnosti. S pravilnim položajem smo preprečevali nepravilne vzorce gibanja.

Intenzivnost in vzdržljivost izvajanja aktivnosti je bila odvisna od uporabnikovega trenutnega stanja, ki je bilo od dneva do dneva različno. Uporabnik je bil večino časa obravnave aktiven, osredotočen in sodelujoč. Nastopili so tudi dnevi, ko je imel uporabnik težave, kot so utrujenost, pomanjkanje energije in bolečine v mišicah in sklepih. Večkrat je prišlo tudi do vmesnega »izklopa«, opazna je bila spremenjena hoja in drža (priklonjena drža ter hoja z majhnimi in podrsavajočimi koraki). Bolezen ima nepredvidljivo in nenadno spremembo uporabnikove sposobnosti gibanja (»vklop«) v stanje negibnosti (»izklop«) (WHO, 2003). Po kratkem počitku je bil uporabnik ponovno pozoren in pripravljen na izvajanje aktivnosti.

Pri delovnoterapevtski obravnavi uporabnika v domačem okolju moramo poudariti pomen prenosa teoretičnega znanja v praktično - neklinično okolje. Pri obravnavanem primeru se je bilo najtežje soočiti z dejstvom, da v domačem okolju ni na voljo drugih terapevtov,

strokovnjakov, pripomočkov in prostora, kot smo ga vajeni v bolnišničnem okolju. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) navaja, da so pomembne dobro razvite moralne vrednote terapevta. S tem se s situacijo lažje spopade. Samodisciplina, odgovornost, vztrajnost, sočutje, delo in pogum. Vse vrednote pridobivamo tekom življenja in izkušenj. Rešujejo nas na vseh področjih življenja. Nenehno se moramo odločati, kako bomo ravnali v dani situaciji, ugotoviti moramo, kaj je prav in kaj narobe. Vrednot in moralnih lastnosti ne moremo pridobiti naenkrat, delati in graditi je potrebno stalno. Posameznik lahko z branjem kakovostne literature in različnimi oblikami učenja in izobraževanja svoje vrednote dopolnjuje, izoblikuje, nadgrajuje.

SKLEP

Delovnoterapevtska obravnava v domačem okolju je bila uspešna in je imela pozitiven učinek na izboljšanje izvajanja dnevnih aktivnosti. Iz stanja nepokretnega uporabnika smo dosegli stanje, da je bil uporabnik samostojen pri presedanju iz postelje na voziček, sposoben daljšega sedenja na vozičku z nadzorom trupa in samostojen v hoji na kratke razdalje ob asistenci. Bil je sodelujoč in bolj aktiven tudi pri drugih ožjih aktivnosti, kot so osebna nega ter oblačenje in slačenje. Izboljšale so se spretnosti koordinacije in sodelovanje pri izvedbi. Uporabnik je vstajal s pomočjo palice in prav tako je lahko samostojno hodi s palico po stanovanju. Potreboval je vmesne počitke, včasih tudi voziček. Pripravljenost na sodelovanje je odvisna od delovanja terapije, ki je nihajoča.

Uporabnik ni bil obravnavan multidisciplinarno, zato se še toliko bolj izrazi pomen delovne terapije, ki je bila uspešna in je kljub napredovanju bolezni in poslabšanemu stanju uporabnika izboljšala kakovost življenja in samostojnost pri izvajanju aktivnosti.

LITERATURA

- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. Pennsylvania: AOTA press.
- American Occupational Therapy Association (2006). Occupational therapy practice guidelines for adults with neurodegenerative diseases. Maryland: AOTA press.
- Avberšek A, Rečnik G, Pirtošek Z, Očepek L. (2003). Kako izboljšati kakovost življenja osebam s parkinsonizmom? Ljubljana: Rehabilitacija 1(2): 65–70.
- Bobath B (1992). Adult hemiplegia: evaluation and treatment, 3rd ed. Oxford: Butterworth Heinemann
- Birge James A (2008). Restoring the role of independent person. V: Occupational Radomski V M, Latham T C, eds. Occupational therapy for physical dysfunction. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 774–816.
- Davis JZ (2001). Neurodevelopmental treatment: the Bobath approach. V: Pederetti LW, Early MB (2001). Occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. 5th ed. St. Louis: Mosby, 624–40.
- Fawcus R (2000). Stroke rehabilitation: a collaborative approach. Oxford: Blackwell Science.
- Fisher AG (2001). Assessment of motor and process skills. Volume 1: Development, standardization, and administration manual. Colorado USA: Three star press.
- Fisher AG, Jones KB (2010). Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual (7th ed.) Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Janša J (2002). Delovna terapija pri bolniku s Parkinsonovo boleznijo. 10 let delovanja EPDA – knjiga izvalčkov. Ljubljana.
- Janša J, Huzjan B, Vrbnjak S, Zupančič P, Šmid Seljak P, Jejčič M et al. (2003). Izkušnje z uporabo ocenjevalne metode Assessment of motor and process skills v Sloveniji. V: 2. kongres delovnih terapevtov Slovenije Pojem okupacije v delovni terapiji, Portorož, 27.–29. marec 2003. Ljubljana: Društvo delovnih terapevtov Slovenije, Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 52–61.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana.
- Krizmarič T, Vidmar G (2011). Povezanost med fizioterapevtsko lestvico za bolnike s Parkinsonovo boleznijo in lestvico za samooceno prizadetosti bolnika. Ljubljana: Rehabilitacija, 10 (2): 30–6.

- Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend E (1997). Core concepts of occupational therapy. In: Townsend E, ed. *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Moyers P (2007). *The Guide to Occupational Therapy Practice*, Bethesda: AOTA.
- Ocepek L (2001). Bolnik s parkinsonizmom ne potrebuje samo zdravil, ampak celostno obravnavo. 5. Schrottovi dnevi 2000, Zbornik predavanj. Ljubljana: Medicinski razgledi.
- Pihlar Z (2011). Dokazi o učinkovitosti delovne terapije. *Rehabilitacija* 10 (1): 71–74.
- Pedretti, E. (1996). Facilitating action research in the context of science, technology and society (STS) education: An experience in reflective practice. *Educational Action Research: An International Journal*, 4(3), 307–327.
- Starman AB (2013). Študija primera kot vrsta kvalitativne raziskave. *Sodobna pedagogika. Medvode, Slovenija*; (1) 66–81.
- Tomšič M (2015). *Delovna terapija na nevrološkem področju – zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Voon V, Fernaquet O P, Wickens J, Baunez C, Rodriguez M, Pavon N et al. (2009). Chronic dopaminergic stimulation in Parkinson's disease: from dyskinesias to impulse control disorders. *Institute of Neurology. Lancet Neurol*; 8: 1140–49.
- World Health Organisation (2003). *Neurological Disorders: public health challenges - Parkinson's Disease*; 3.8: 140–150
- Živin M (2001). *Parkinsonova bolezen*. V: Ribarič S. *Izbrana poglavja iz patološke fiziologije*. 9. izd. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 323–35.

VPLIV DVOROČNE VADBE S SISTEMOM BIMEO NA MOTORIČNE FUNKCIJE ZGORNJIH OKONČIN PRI BOLNIKI PO MOŽGANSKI KAPI

THE EFFECT OF TWO-HANDED EXERCISES WITH THE BIMEO PRO SYSTEM ON THE UPPER LIMB MOTOR FUNCTIONS OF STROKE PATIENTS

Metka Javh¹, dipl.del.ter., doc. dr. Nika Goljar¹, dr. med., prof. dr. Matjaž Mihelj², univ. dipl. inž. el.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

²Fakulteta za elektrotehniko, Univerza v Ljubljani

IZVLEČEK

Izhodišča: Robotsko ali senzorno-podprta vadba v povezavi z navidezno resničnostjo omogoča izboljšanje motoričnih funkcij bolnikov. S klinično študijo je bil na izbrani populaciji bolnikov po možganski kapi preverjen vpliv dvoročne vadbe z rehabilitacijskim sistemom Bimeo PRO na motorične funkcije zgornjih okončin. Preiskovanci: V študijo je bilo vključenih 6 bolnikov po možganski kapi, ki so bili na rehabilitaciji na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu - Soča (URI - Soča). Kriterija za vključitev sta bila nakazan vsaj grob prijem v slabšem zgornjem udu in najmanj 25 točk pri Kratkem preskusu spoznavnih sposobnosti (KPSS). **Metode:** Bolniki so vadili z napravo Bimeo PRO v navidezni resničnosti dvoročno. Izvajali so tri naloge: seganje, sledenje in labirint. Vadba posameznega bolnika je trajala 1 mesec, 5 dni v tednu, 15 – 20 minut na dan. Kakovost gibanja med izvajanjem nalog smo spremljali s fizikalnimi parametri preko senzorjev sistema. Za analizo kakovosti gibanja smo uporabili parametra učinkovitost in odklon, za klinično ocenjevanje funkcije zgornjega uda pa Fugl-Meyerjevo lestvico (FMA) in Wolfvov test motoričnih funkcij (WMFT) pred začetkom in po 1 mesecu vadbe. **Rezultati:** Rezultati kliničnih testov so se po zaključku vadbe izboljšali in sicer so se povprečne ocene WMFT časa izboljšale iz 45,55 na 39,91; WMFT funkcijske ocene iz 2,29 na 2,63; WMFT moč iz 6,53 na 9,35 in sposobnost dviga bremena se je iz 1,25 zvečala na 1,58. Ocena FMA se je iz 33,6 zvišala na 40,5. Vsi bolniki so v procesu vadbe z Bimeo PRO izboljšali natančnost izvedbe vseh vrst nalog, kar kaže na izboljšanje koordinacije gibanja. Prav tako se je povečala učinkovitost izvedbe. **Sklep:** Sistem Bimeo PRO omogoča varno in učinkovito vadbo, ki v povezavi s standardno terapijo omogoča izboljšanje motoričnih funkcij bolnikov po možganski kapi.

Ključne besede: možganska kap, motorične funkcije, navidezna resničnost, Bimeo PRO

ABSTRACT

Introduction: A robotic or sensory-supported workout in conjunction with virtual reality enables improvements in the patient's motor functions. A clinical study demonstrated the impact of two-handed exercises with the Bimeo PRO rehabilitation system on the motor functions of the upper limbs in a selected test group of stroke patients. The study sample consisted of 10 stroke patients, undergoing rehabilitation at the University Rehabilitation Institute (URI - Soča). The two inclusion criteria were an indicated stiff grip of the weaker upper limb and a score of at least 25 points in the Mini Mental State Examination (MMSE). **Methods:** The patients performed two-handed exercises on a Bimeo PRO system in virtual reality. The exercises were composed of reaching, tracking and labyrinth. The exercises of each patient spanned over a period of one month, 5 days a week, 15 - 20 minutes per day. The quality of movement during the exercises was monitored with physical parameters of

the system sensors. In the analysis of the quality of movement, the parameters of efficiency and deviation were used, while the clinical evaluation of the function of the upper limb was performed with the Fugl-Meyer scale (FMA) and the Wolf Motor Function Test (WMFT) prior to and after one-month exercise. **Results:** The results of clinical trials improved after the end of the therapy, with the average estimates of WMFT time improving from 45.55 to 39.91; WMFT functional ratings from 2.29 to 2.63; WMFT power from 6.53 to 9.35 and the ability to lift a load rose from 1.25 to 1.58. The FMA rating rose from 33.6 to 40.5. In the process of exercising with Bimeo PRO, all the patients improved the accuracy of performing all tasks, which indicates the improvement of coordination of movement. The efficiency of the performance was also increased. **Conclusion:** The Bimeo system provides a safe and effective exercise that, in conjunction with standard therapy, improves the motor function of stroke patients.

Key words: stroke, motor functions, virtual reality, Bimeo PRO

IZHODIŠČA

Ljudje, ki doživijo možgansko kap, so največja skupina bolnikov, ki potrebuje rehabilitacijo (Hopman in sod., 2003). Za izboljšanje motoričnih funkcij so potrebni intenzivna vadba (Langhorne in sod., 2011; Lo in sod., 2010) in specifični pristopi za posameznega bolnika. Kap lahko povzroči delno ali popolno ohromelost enega od zgornjih udov. Večina vsakodnevni aktivnosti pa je dvoročnih. Dokazano je, da dvoročna vadba izboljša tudi aktivnosti na okvarjeni strani (Waller in sod., 2008) v subakutni in kronični fazi okrevanja (Stewart in sod., 2006).

V zadnjih letih so bile v rehabilitacijo zgornjih okončin uvedene različne nove tehnologije, kot so roboti in navidezna resničnost. Roboti se uporabljajo kot pomoč pri vadbi in za ocenjevanje motoričnih funkcij. Različne metode vodenja robotov omogočajo prepoznavo namere bolnikovega gibanja, motoričnih sposobnosti in psihofiziološkega stanja osebe ter prilagajajo robotsko pomoč bolnikovemu delovanju (Marchal-Crespo in sod., 2009; Novak in sod., 2011). Robotske naprave omogočajo enoročno (Nef in sod., 2007) in dvoročno vadbo (Trlep in sod., 2011; Lewis in sod., 2009).

Pomemben vidik motorične rehabilitacije je tudi motivacija bolnikov. Motivacijo lahko zveča navidezna resničnost. Bolnika spodbuja z igranjem računalniških iger (Mihelj in sod., 2012). Usposabljanje poteka v nadzorovanem okolju, kar poveča bolnikovo samozavest in vadba se lahko enostavno prilagodi individualnim potrebam glede smeri in obsega gibanja, hitrosti, težavnosti in števila ponovitev. Hkrati se zaslon lahko uporablja za predstavitev odstopanj od optimalnega giba. Te informacije so koristne tudi za terapevta, ki spodbuja bolnika, da v zahtevanem gibalnem vzorcu razvije ustrezen prostorski in časovni okvir (Sisto in sod., 2002). Ugotovljeno je bilo, da je uporaba navidezne resničnosti in interaktivnih iger koristna za izboljšanje funkcije zgornjega uda v vsakodnevem življenju (Laver in sod., 2015).

Pogoste omejitve v rehabilitaciji bolnikov po možganski kapi so dostopnost terapevtov, trajanje in intenzivnost treninga, metode ocenjevanja bolnikovega stanja in napredka, kompleksnost novih tehnologij in s temi povezani stroški. Naprava Bimeo PRO (Kinestica d.o.o.) (Perčič in sod., 2013) je preprosta za uporabo v kliničnem in domačem okolju, omogoča intenzivno vadbo s podaljšanim trajanjem, zagotavlja objektivno merjenje kakovosti gibanja in vključuje številne funkcije, ki so skupne z robotsko rehabilitacijo.

V prispevku je predstavljena pilotska študija s sistemom Bimeo PRO (Kinestica d.o.o.), katere namen je bilo ugotoviti vpliv dvoročne vadbe z rehabilitacijskim sistemom Bimeo PRO na motorične funkcije okvarjenega zgornjega uda pri bolnikih po možganski kapi.

METODE

Preiskovanci: V študijo je bilo vključenih 6 bolnikov po preboleli možganski kapi, ki so bili prvič vključeni v rehabilitacijske programe na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije (URI - Soča). Vključitveni kriteriji sta bila ocena na Kratkem preskusu spoznavnih sposobnosti (KPSS) (Granda in sod. 2003) več kot 25 od 30 točk in po klinični oceni nakazan vsaj grob prijem v okvarjenem zgornjem ud. Vsi bolniki so podali privolitev v sodelovanje pri raziskavi.

Klinično ocenjevanje: Za klinično ocenjevanje nevrološke okvare in funkcionalnih sposobnosti zgornjega uda sta bila uporabljena Fugl-Meyerjeva lestvica (FMA) (Fugl-Meyer AR in sod. 1975) in Wolfov test motoričnih funkcij (WMFT) (Wolf SL in sod. 2001). Pri Fugl-Meyerjevi lestvici smo uporabili le oceno motorične sposobnosti zgornjega uda (maksimalna ocena 66 točk). WMFT vsebuje 15 različnih motorično-funkcionalnih nalog, ki so časovno merjene, ena od nalog meri moč stiska, ena sposobnost dviga bremena, kakovost izvedbe pa pokažejo ocene funkcijske sposobnosti (Ocepek in sod., 2017). Ocenjevanje je bilo opravljeno pred začetkom vadbe na napravi Bimeo PRO in po štirih tednih vadbe.

Naprava: Bimeo PRO je rehabilitacijski sistem, ki omogoča vadbo zgornjih udov bolnikom po možganski kapi in drugimi okvarami centralnega živčevja, okvarami perifernega živčevja in po poškodbah zgornjih udov. Bimeo PRO je pasivni senzorni sistem, ki je povezan z navidezno resničnostjo. Izkorišča ohranjene motorične funkcije okvarjenega ali neokvarjenega uda bolnika in ne uporablja drugih pogonov. Bolnik izvaja naloge v navidezni resničnosti s premikom svojih rok. Z uporabo različnih terapevtskih nastavkov je mogoča enoročna ali dvoročna vadba, vadba na podlagi ali vadba v prostoru, ter vadba posameznih sklepov zgornjega uda. Neokvarjeni ud lahko pomaga pri gibanju okvarjenega, pri čemer se meri in vrednoti gibanje okvarjenega uda. Na ta način je mogoče izvajati vadbo, ki spodbuja čim večjo uporabo okvarjenega uda in čim manjšo pomoč neokvarjenega.

Slika 1: Sistem Bimeo PRO



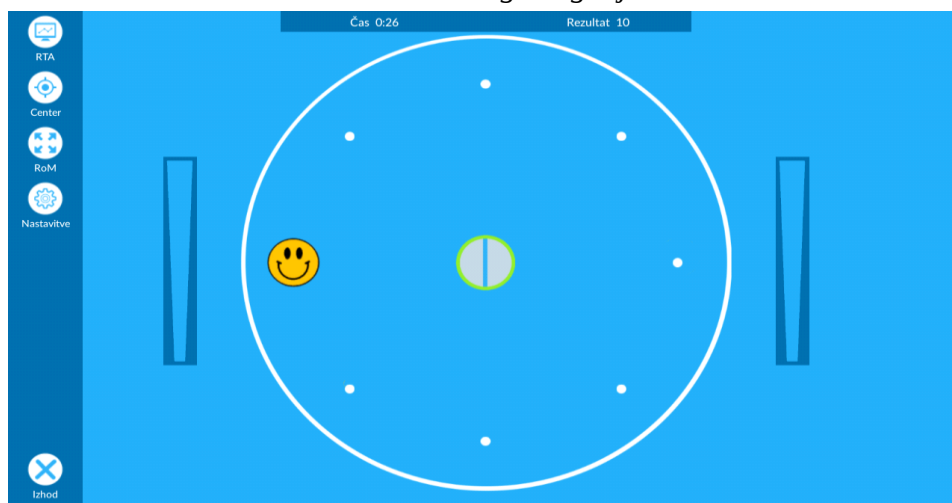
Fizični del sistema je razdeljen na tri glavne sklope. V prvem sklopu je ročica, ki jo bolnik drži v okvarjeni roki. Ohišje ročice je ergonomsko oblikovano in prevlečeno z gumo, kar omogoča zanesljiv in udoben prijem. V ohišju ročice je nameščen tri osni senzor sil z razponom merjenja ± 100 N in ločljivostjo 0,1 N v vseh smereh. Poleg tega se v ohišju nahaja tudi inercialni senzor, ki meri orientacijo.

Drugi sklop sestavljata senzorja orientacije, ki se s pomočjo elastičnih trakov namestita na nadlaket in podlaket okvarjenega uda. V tretjem sklopu so nastavki, ki omogočajo različne načine vadbe. V tej študiji je bil na ročico nameščen nastavek za dvoročno vadbo v prostoru, ki ga bolnik drži z neokvarjeno roko. Gibi so se izvajali v frontalni ravnini.

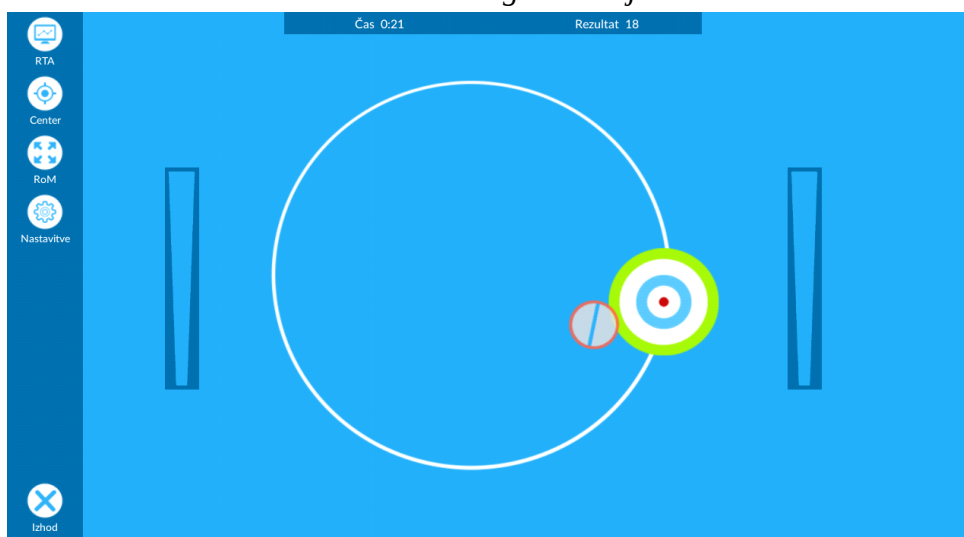
Naloge:

Bolniki so izvajali vaje na napravi Bimeo PRO 5 dni v tednu, 15-20 min na dan, 1 mesec. Poleg tega so bili vsi vključeni v standardno delovnoterapevtsko rehabilitacijsko obravnavo.

Slika 2: Naloga Seganje



Slika 3: Naloga Sledenje



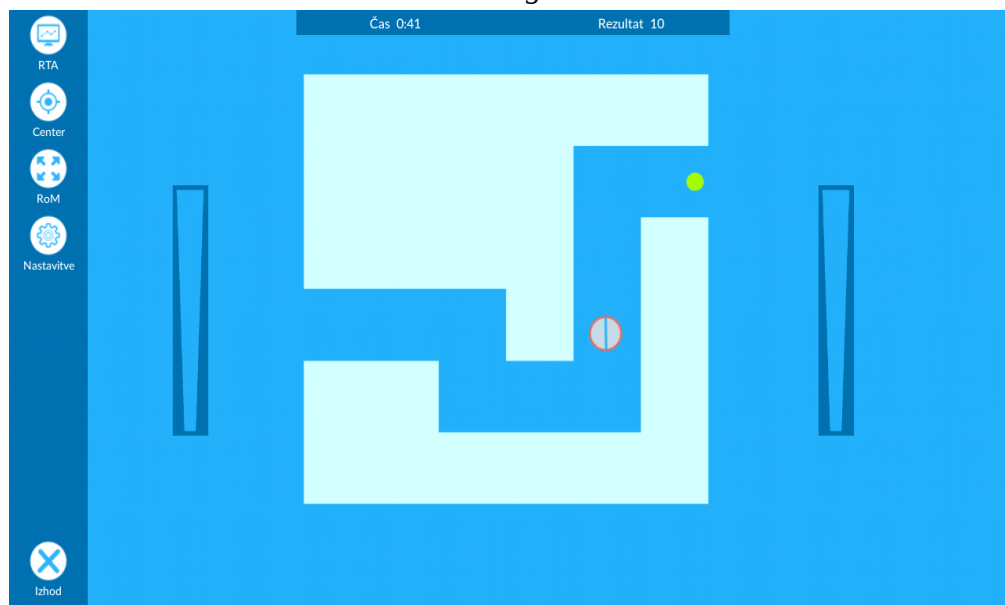
V študijo so bile uvrščene tri naloge v navideznem okolju, ki so bile namenjene ocenjevanju kakovosti gibanja posameznega bolnika in so zasnovane tako, da bolnik izvaja razmeroma enostavne in ponovljive gibe.

Prva navidezna naloga je bila seganje. Pri tej nalogi se pojavljajo objekti naključno na krožnici. Vsak gib se prične v sredini krožnice, ki ga označuje manjši krog. Vadeča oseba mora opraviti raven gib od sredine do objekta na krožnici. Po uspešnem gibu je potreben gib nazaj v središče in pojavi se nov objekt na krožnici.

Druga navidezna naloga je bila sledenje. Z drsnikom je potrebno slediti sredini tarče, ki kroži. Cilj naloge je, čim bolj natančno slediti tarči.

Zadnja navidezna naloga je bilo gibanje po labirintu. Vadeča oseba mora drsnik s čim manj dotiki sten labirinta pripeljati od začetka do konca labirinta.

Slika 4: Naloga Labirint



Kakovost gibanja se je ocenjevala na podlagi izmerjenih fizikalnih parametrov, ki so bili dosegljivi preko senzorjev sistema. V študiji smo opazovali parametra učinkovitost in odklon. Parametra sta bila normirana med vrednostmi 0 in 10, kjer je vrednost 10 predstavljala približno vrednost zdravega človeka.

Parameter učinkovitost je predstavljal indeks po Fittsovem zakonu (Fitts, 1954), ki je definiral kakovost giba glede na točnost doseganja cilja in hitrost opravljanja naloge. Pri labirintu je ta parameter vseboval podatke o številu zadetkov s steno labirinta.

Parameter odklon je bil definiran glede na deviacije od idealne poti giba. V nalogi seganje je bil to raven gib, v nalogi sledenje pa je bilo gibanje v središču tarče. Pri labirintu je parameter odklon vseboval tudi informacije o deležu poti, ki je bila izvedena znotraj sten labirinta.

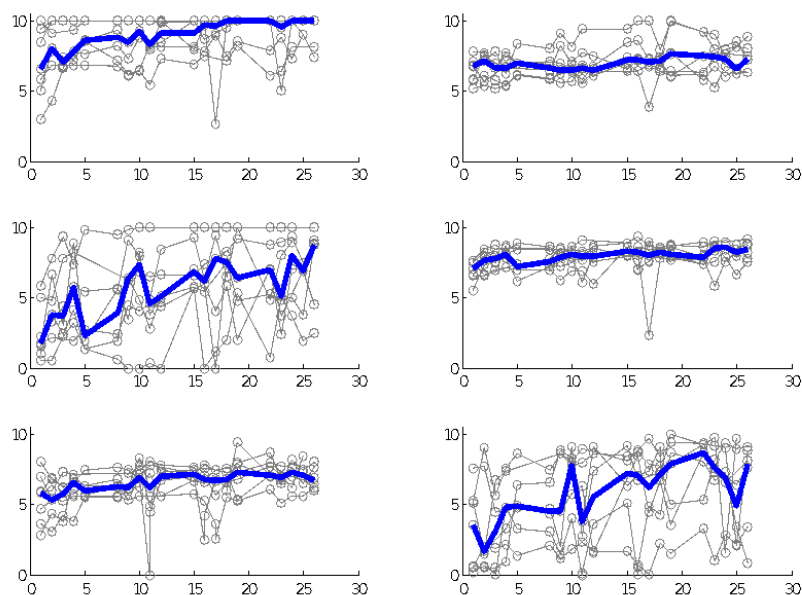
REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo pet moških in ena ženska, štirje z desnostransko prizadetostjo in dva z levostransko. Povprečna starost bolnikov je bila 61,5 let. V tabeli 1 so prikazani rezultati kliničnih ocenjevanj pred začetkom vadbe in po štirih tednih vadbe.

Tabela 1: Prikaz skupine, rezultati WMFT testa (čas, funkcijska ocena, moč, teža) in Fugl-Meyer testa

Ocenjevanje Bolnikov	WMFT čas		WMFT funkcijska ocena		WMFT moč		WMFT teža		Fugl Meyer test	
	začetek	konec	začetek	konec	začetek	konec	začetek	konec	začetek	konec
1	120	120	0	0	0	0	0	0	13	13
2	68,7	37,5	1,4	2,7	0,6	4,5	0	1	28	42
3	3,98	2,61	3,5	3,6	2,3	5,6	1,5	2	34	46
4	4,02	3,47	3,6	3,8	3	6	1	1,5	48	57
5	2,74	2,28	4,26	4,53	31,3	38	5	5	61	65
6	73,9	73,6	1	1,2	2	2	0	0	18	20
Povprečje	45,55	39,91	2,29	2,63	6,53	9,35	1,25	1,58	33,6	40,5

Rezultati kliničnih ocenjevanj prikazujejo pri petih bolnikih napredek pri WMFT tako pri časovnem merjenju kot pri funkcijski oceni, pri WMFT merjenju moči je pri dveh bolnikih ocena nespremenjena, pri WMFT ocenjevanju sposobnosti dviga bremena (teža) je pri treh bolnikih ocena enaka. Le pri enem bolniku so rezultati vseh ocenjevanj nespremenjeni. Prav tako je viden napredek pri FMA pri petih bolnikih, le pri enem bolniku je ocena nespremenjena.



Graf 1: Prikazuje izmerjene vrednosti parametrov učinkovitost in odklon

Graf 1 prikazuje izmerjene vrednosti parametrov učinkovitost in odklon. Zgornja dva grafa prikazujeta rezultate za nalogo seganje, srednje dva grafa rezultate za nalogo sledenje in spodnja grafa prikazujeta rezultate za nalogo labirint. S sivo barvo so označene vrednosti

posameznih bolnikov, črtkana črta (zadebeljena) pa prikazuje mediano vseh bolnikov za vsak posamezen dan vadbe.

Na vseh grafih vidimo skozi trajanje vadbe pozitiven trend tako učinkovitosti kot odklona. Pri nalogi seganje se učinkovitost opazno poveča in proti koncu vadbe so vrednosti povsem blizu zdravim osebam. Pri nalogi sledenje je večji raztros izmerjenih vrednosti, trend, ki ga kaže mediana, pa je občutno pozitiven. Parameter odklona pri nalogi seganje izkazuje največjo konstantnost. Pri nalogi sledenje so vrednosti večje in tudi trend je bolj pozitiven. Pri nalogi labirint so vrednosti parametra učinkovitosti manjše, vrednosti odklona pa zelo razpršene.

RAZPRAVA

Rezultati objektivnega merjenja kakovosti gibanja z napravo Bimeo PRO v naši pilotski raziskavi kažejo, da je bila vadba uspešna in učinkovita. Izboljšanje motorične funkcije zgornjega uda se odraža tudi na rezultatih kliničnih ocenjevalnih inštrumentov.

Pri nalogi seganje se je učinkovitost opazno povečala in proti koncu vadbe so bile vrednosti povsem blizu zdravim osebam. Največje izboljšanje je bilo vidno na začetku, kar je v večji meri lahko posledica učenja in privajanja na samo nalogo. Ampak tudi po dveh tednih je bil trend pozitiven, takrat pa so bili bolniki v večini že privajeni na nalogo. To kaže na to, da se je dejanska natančnost gibov izboljšala. Pri nalogi sledenje je bil večji raztros izmerjenih vrednosti, vendar je bil trend občutno pozitiven. Večji raztros v primerjavi z nalogo seganja lahko razložimo s tem, da je pri seganju potreben natančen premik samo do točke, pri nalogi sledenja pa je potrebno konstantno slediti idealni točki - tarči.

Parameter odklona je kazal največjo konstantnost pri nalogi seganja. Pri nalogi sledenja so bili odkloni večji, a tudi trend bolj pozitiven. To lahko razlagamo s tem, da je bila pri nalogi sledenje idealna trajektorija giba vedno vidna – pozicija tarče. Pri nalogi seganje pa je bolnik videl samo končno točko ravnega giba, dejanska trajektorija pa je tako bolj odstopala od ravne trajektorije.

Pri nalogi labirint so bile vrednosti parametra učinkovitosti manjše, vrednosti odklona pa so bile zelo razpršene. Po težavnosti izvedbe je bila ta naloga najtežja in je bilo potrebno do končne točke labirinta izvesti bolj kompleksne gibe.

Naše izsledke težko primerjamo z izsledki drugih študij zaradi različnosti vadbenih naprav. Zavedamo se tudi omejenosti naše študije, ki je bila le pilotska, izvedena na premajhnem številu preiskovancev in brez kontrolne skupine. Vadbeni sistemi z navidezno resničnostjo so bili doslej največkrat preskušeni prav pri bolnikih po možganski kapi (Viñas-Diz in Sobrido-Prietob, 2016) in predstavljajo obetavni terapevtski postopek zaradi dokazov o zvečanju kortikospinalne vzdraženosti preko okvarjene možganske poloble, kar je povezano z izboljšanjem motorične funkcije (Bellester B.R in sod., 2017). Seveda pa so potrebne nadaljnje raziskave o tem, katere so najbolj primerne oblike navidezne resničnosti, pogostost in intenzivnost vadbe.

SKLEP

Pri rehabilitaciji bolnikov po možganski kapi se je naprava Bimeo PRO izkazala kot učinkovit pripomoček za izboljšanje funkcije okvarjenega zgornjega uda in bi lahko postala koristen dodatni postopek v delovnoterapevtski klinični praksi.

ZAHVALA

Za sodelovanje se zahvaljujem Slavi Kotnik, Katarini Košir, Tini Tinkari Jeras, Juliji Ocepek in Jaku Zihelr.

LITERATURA

- Bellester BR, Nirme J, Camacho I in sod. (2017). Domiciliary VR-Based Therapy for Functional Recovery and Cortical Reorganization: Randomized Controlled Trial in Participants at the Chronic Stage Post Stroke. *JMR Serious Games*. Jul-Sep; 5 (3): e15.
- Fitts P (1954). The information capacity of the human motor system in controlling the amplitude of movement. *J Exp Psychol*. Jun;47 (6): 381-91
- Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Steglind S (1975). The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. *Scand J Rehabil* 7 (1): 13-31.
- Granda G, Mlakar J, Vodušek DB (2003). Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti - umerjanje pri preiskovancih, starih od 55 do 75 let (I). *Zdravniški vestnik* 72 (10): 575-581.
- Hopman M in Verner J (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke* 34 (3): 801-805.
- Laver K, George S, Thomas S, Deutsch J, Crotty M (2015). Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet* 377 (9778):1693-702
- Lewis G in Perreault E (2009). An assessment of robot-assisted bimanual movements on upper limb motor coordination following stroke: *Neural Systems and Rehabilitation Engineering*. *IEEE Transactions on* 17 (6): 595-604.
- Lo A, Guarino P, Richards L, Haselkorn J, Wittenberg G, Federman D, Ringer R, Wagner T, Krebs H, Volpe B in sod (2010). Robot-assisted therapy for long-term upper-limb impairment after stroke. *New England Journal of Medicine* 362 (19): 1772-1783.
- Marchal-Crespo L in Reinkensmeyer D (2009). Review of control strategies for robotic movement training after neurologic injury. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 4: 6-20.
- Mihelj M, Novak D, Milavec M, Zihelr J, Olenšek A, Munih M (2012). Virtual rehabilitation environment using principles of intrinsic motivation and game design. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments* 21 (1): 1-15.
- Nef T, Mihelj M, Riener R (2007). ARMin: a robot for patient-cooperative arm therapy. *Medical and Biological Engineering and Computing* 45 (9): 887-900.
- Novak D, Mihelj M, Zihelr J, Olenšek A, Munih M (2011). Psychophysiological measurements in a biocooperative feedback loop for upper extremity rehabilitation. *IEEE Transactions on Neural systems and rehabilitation engineering* 19 (4).
- Ocepek J in sod (2017). Izbira ocenjevalnih inštrumentov za načrtovanje obravnave. *Slovenska revija za delovno terapijo* 1 (1): 24-34.
- Perčič P, Trlep M, Mihelj M, Puh U (2013). Učinki vadbe s sistemom BiMeo na izboljšanje gibanja zgornjega uda po možganski kapi. *Fizioterapija* 21 (2): 55-61.
- Sisto S, Forrest G, Glendinning D (2002). Virtual reality applications for motor rehabilitation after stroke. *Top Stroke Rehabil* 8: 11-23.
- Stewart K, Cauraugh J, Summers J (2006). Bilateral movement training and stroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci* 244: 89-95.
- Trlep M, Mihelj M, Puh U, Munih M (2011). Rehabilitation robot with patient-cooperative control for bimanual training of hemiparetic subjects. *Advanced Robotics* 25 (15): 1949-1968.
- Viñas-Diz in Sobrido-Prietob (2016). Virtual reality for therapeutic purposes in stroke: A systematic review. *Neurología* 31 (4): 255-277.
- Waller S, Whittall J (2008). Bilateral arm training: Why and who benefits? *NeuroRehabilitation* 23 (1): 29-41.
- Wolf SL, Catalin PA, Ellis M, Archer AL, Morgan B, Piacentino A (2001). Assessing the Wolf motor function test as outcome measure for research in patients after stroke. *Stroke* 32 (7): 1635-9.

UPORABA NAVIDEZNE RESNIČNOSTI V DELOVNI TERAPIJI

THE USE OF VIRTUAL REALITY IN OCCUPATIONAL THERAPY

Neža Škerlj, dipl.del.ter., Andreja Belec, dipl.del.ter., Špela Ferfolja, dipl.del.ter., mag. Cecilija Lebar¹, viš.pred.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Navidezna resničnost omogoča posamezniku prehod v računalniško generiran svet ter ga poskuša prepričati, da ni v realnem okolju, temveč nekje drugje. V prispevku bo predstavljena terapija z uporabo navidezne resničnosti. Ugotavljali smo, kakšno je poznavanje te terapije med delovnimi terapevti in kakšne so njihove izkušnje ter mnenje glede uporabe navidezne resničnosti v delovni terapiji. **Metode:** Izvedeni sta bili dve fokusni skupini, v eno je bilo vključenih devet, v drugo pa sedem delovnih terapevtov. Podatki so bili analizirani s postopkom kvalitativne vsebinske analize. **Rezultati:** Po pregledu obstoječe tuje in slovenske literature je bilo ugotovljeno, da se terapijo najpogosteje uporablja kot dodatek k standardnemu programu rehabilitacije, in sicer na področju nevrologije, geriatrije, pediatrije in psihiatrije. Tudi udeleženci fokusnih skupin so jo prepoznali kot učinkovito in uporabno na različnih področjih. **Razprava in sklep:** Terapijo z uporabo navidezne resničnosti lahko uporabljamo kot pripomoček pri ocenjevanju ter kot sredstvo za doseganje zastavljenih ciljev. Živimo in delamo v času hitrih in nepredvidljivih sprememb ter novih izzivov, zato je pomembno, da jim sledimo tudi delovni terapevti.

Ključne besede: navidezna resničnost, navidezno okolje, rehabilitacija

ABSTRACT

Background: Virtual reality enables an individual to enter into a computer-generated world and tries to persuade them about the reality of their artificial environment, which is in fact a virtual one. The article presents a type of therapy that makes use of virtual reality. The study aimed to identify the knowledge of this therapy among occupational therapists along with their experience and views on it in occupational therapy. **Methods:** Two focus groups of nine and seven occupational therapists were formed. The data were analysed by the qualitative content analysis. **Results:** The literature review of the relevant foreign and Slovenian sources reveals that this type of therapy is already used as additional therapy alongside the traditional rehabilitation programmes in the fields of neurology, geriatrics, pediatrics and psychiatry. The participants of the two focus groups acknowledged the effectiveness and benefits of the therapy using virtual reality in different fields of medicine. **Discussion and conclusion:** This type of therapy can be used for diagnostic and therapeutic purposes, i.e. in the assessment of patient's condition and treatment. In the times of constant and rapid changes, the occupational therapist must respond to new challenges and use virtual reality as a new treatment method.

Key words: virtual reality, virtual environment, rehabilitation

IZHODIŠČA

Ljudje spoznavamo svet s pomočjo čutil, ki nam omogočajo, da vidimo, slišimo, okušamo, vonjamo in tipamo. Vse, kar vemo o svoji resničnosti, je zaznano s pomočjo čutil, torej če

svojim čutom predstavimo 'izmišljene' informacije, bi se dojemanje teh informacij spremenilo (LaValle, 2016). Želja po pobegu iz resničnosti v navidezni svet se skriva v tem, da je realen svet eden in edini, navideznih svetov pa ja lahko neskončno in te je mogoče oblikovati tako, kot si želimo (Jerald, 2016).

Zdravstvo mora stalno spremljati nove in inovativne načine obravnave, s čimer uporabniku zagotovi kakovostno zdravljenje, rehabilitacijo in življenje. Za rehabilitacijo so odgovorni različni zdravstveni profili, med katerimi igra eno vidnejših vlog tudi delovna terapija. Delovni terapevt s svojim znanjem, izkušnjami, vrednotami in s spretnostmi omogoča, da se posameznik kljub različnim boleznim, poškodbam, motnjam ali prizadetostim preko aktivnosti vključuje v vsakodnevno življenje in doseže čim večjo samostojnost v funkcioniranju (Townsend in Polatajko, 2007). Da delovni terapevt doseže želeni cilj, pri svojem delu uporablja različne aktivnosti in tehnike; uporabnike vključuje v različna okolja, kamor sodi tudi navidezno okolje (Hukić in sod., 2016).

Navidezna resničnost (v nadaljevanju NR) je izraz, ki opisuje trodimenzionalno računalniško generirano okolje. To okolje je mogoče raziskati tako, da oseba, ki vanj vstopi, postane del navideznega okolja, se vanj potopi, manipulira s predmeti ter izvaja različne akcije (LaValle, 2016). NR nam ponuja možnost novih dogodivščin, doživetij, izkušenj in situacij, ki drugače niso možne (Jerald, 2016).

Pripomočkov za terapijo z uporabo NR je veliko, najpogosteje se uporabljajo Kinectov senzor za zaznavanje gibanja in govora (Zhang, 2012), Cardboard (kartonasta naprava škatlaste oblike, namenjena doživetju izkušnje NR) ter naglavni prikazovalniki NR različnih proizvajalcev z različnimi funkcijami in možnostmi (Virtual reality society, 2017).

Prednosti terapije z uporabo NR v rehabilitaciji so povečana povratna informacija, spodbuda za uravnavanje in natančnost gibanja ter uporabnikova motivacija. Pomembno je, da terapevt aktivnosti prilagaja telesnim sposobnostim uporabnika. Vključenost NR v obravnavo uporabnika lahko dopolni izvajanje ponavljajočih se in dolgotrajnih terapevtskih vaj z zabavo in zadovoljstvom (Brahman, in Jain, 2011).

Namen tega prispevka je približati uporabo NR delovnim terapevtom v Sloveniji, saj je uporaba NR v delovni terapiji še v razvoju in še niso izkoriščeni vsi njeni potenciali. Namen v prispevku predstavljene raziskave pa je bil preučiti dosedanje uporabo in poznavanje terapije z uporabo NR med skupino delovnih terapevtov in ugotoviti njihovo mnenje glede uporabe NR v delovnoterapevtski obravnavi.

METODE

Izvedena je bila kvalitativna raziskava. Mesec (1998) pravi, da je pri proučevanju subjektivnih doživetij posameznika in ugotavljanju pomena, ki ga posameznik pripisuje posameznim dogodkom, primerno kvalitativno raziskovanje. Za metodo zbiranja podatkov smo izbrali metodo fokusnih skupin, s katero odkrivamo različna, nova mnenja in stališča, primerjamo utemeljitve, različne poglede na pojave itd. (Klemenčič in Hlebec, 2007). Aprila 2017 sta bili izvedeni dve fokusni skupini; v Ljubljani je bilo vključenih 9, v Mariboru pa 7 delovnih terapevtov. Skupaj je sodelovalo 16 delovnih terapevtov z različnih področij prakse, in sicer s področja nevrologije, pediatrije, geriatrije, zaposlitvene rehabilitacije ter mišično-skeletnega področja. Kriterija za vključitev sta bila delo na

področju delovne terapije ter pripravljenost za sodelovanje. Udeleženci so bili seznanjeni z namenom raziskave, z njihovim dovoljenjem smo pogovor snemali.

Podatki so bili analizirani s pomočjo kvalitativne vsebinske analize. Pogovore v fokusnih skupinah smo posneli z diktafonom in jih nato dobesedno zapisali. Besedilo, ki smo ga nameravali analizirati, smo najprej razčlenili na sestavne dele, da smo dobili enote kodiranja. Odprto kodiranje je postopek oblikovanja pojmov iz enot besedila, dobljenih v postopku razčlenitve (Mesec, 1998). Sledilo je utemeljevanje veljavnosti, kajti veljavna je analiza, katere sodbe so utemeljene in imajo oporo v gradivu (Mesec, 1998). Posamezne udeležence fokusnih skupin označujemo s številko od 1 do 16.

REZULTATI

Rezultati prikazujejo ugotovitve na podlagi izvedenih fokusnih skupin v katerih je sodelovalo 16 delovnih terapevtov iz vse Slovenije. Analizo njihovih mnenj smo strnili v dve kategoriji. Kategoriji o poznavanju terapije z uporabo NR in področjih uporabe se med seboj močno povezujeta, zato njuno ločevanje ni smiselno in smo jih predstavili povezani v skupni kontekst.

Delovni terapevti, sodelujoči v naši fokusni skupini, si kot navidezno okolje predstavljajo, posebne izkušnje v abstraktnem svetu, ki v resnici ne obstaja; hkrati pa nudi posebna doživetja in izkustvo nečesa, kar je sicer nedosegljivo.

»S pomočjo neke naprave, nam pričara nek svet, neko okolje, ki ga v resnici ni.« (9)

»Ja, v bistvu je samo prevara, ampak si tam notri in lahko tudi deluješ na nek določen način.« (1)

Večina udeležencev s terapijo NR še ni imela izkušenj, nekateri so o tehnologiji slišali le iz medijev ali promocij v nakupovalnih središčih. Dva delovna terapevta sta tehnologijo preizkusila preko igranja igrice, eden pa je že imel izkušnjo z uporabo NR kot del terapije. Sodeloval je z Inštitutom Jožefa Štefana pri projektu, ki je vključeval uporabnike s Parkinsonovo boleznijo. Razvili so računalniško igro 10 kock, ki spodbuja prijem, prenos in spust kocke.

»Ja zelo, pacienti s parkinsonizmom zelo uživajo, ker dobivajo od zunaj neko spodbudo, ki je pa mogoče na začetku malo moteča, ker ni teže predmeta, ni občutenja v prstih, ampak morajo preizkusiti mogoče enkrat, dvakrat, preden dojamajo točno, kaj se od njih pričakuje, ampak načeloma so pa izjemno zadovoljni, motivirani in zelo radi gredo na terapijo.« (4)

Ta isti delovni terapevt je v domu upokojencev sodeloval tudi pri projektu Odhod na Triglav preko očal NR.

»Starostnikom so dali očala gor in potem so oni plezali in bili ponovno na Triglavu. Mogoče že 20, 30 let niso bili sposobni splezat na vrh in tudi ves pogled s Triglava, mislim ... odzivi so bili neverjetni.« (4)

Delovni terapevti so v terapiji z uporabo NR prepoznali široko uporabnost na nevrološkem področju, pri otroški rehabilitaciji, obravnavi oseb z motnjo v telesnem in duševnem razvoju, dolgotrajnih terapijah, kroničnih bolečinah, kot ocenjevalno metodo ipd. Dva udeleženca sta izražala svoje mnenje o potencialnih področjih uporabe.

»Uporabno je na vseh področjih, tako na nevrološkem kot pri otrocih. Tudi pri duševno manj razvitih mislim, da bi šlo, vidim pa, da bi bilo zelo uporabno tudi pri osebah z mišično

distrofijo. Za uporabnika, ki sem ga imel včeraj, mislim, da bi mu dalo res nov spekter izkustva.»

»... vidim zelo široko uporabo na tem področju, lahko jo uporabiš za nagrado, za spodbudo, za učenje, za sam trening.« (12)

Poleg široke uporabnosti so udeleženci, kot prednost tehnologije, izpostavili možnost določanja parametrov, usmerjenost na uporabnika ter večjo vključenost uporabnika v obravnavo. Pomembno je, da terapevt dobro pozna tehnologijo, vsebino posnetkov oz. iger ter sposobnost za analize le-teh, kajti z neustreznim posnetkom lahko namesto povečane funkcionalnosti povzročimo nepravilne gibalne vzorce. Eden od udeležencev pove, da glede na njegove izkušnje naša stroka ni statična, ampak dinamična, kar je tudi eden od razlogov za uporabo NR v delovni terapiji. Kot ostale razloge so navedli predvsem pomembnost kvalitete izkustva, realno doživljanje nečesa ter redno sledenje napredku.

Udeleženci imajo o terapiji z uporabo NR pozitivno mnenje, prepričani so v uspeh, želijo si novosti ter izobraževanj na tem področju. *»Malo moram biti kritična do naše stroke, sicer je na voljo ogromno izobraževanj, ampak zelo malo izobraževanj glede nečesa novega.« (3)*

Med delovnimi terapijami so se pojavile tudi dileme o tovrstni tehnologiji. Kulturne razlike, preslabo poznavanje uporabnikov in pomanjkanje finančnih sredstev so najpogostejše omenjene ovire za uporabo terapije NR. *»Ja, vse se da, ampak se vedno pri denarju konča. Saj zanimanje je, ampak je vse odvisno od denarja.« (5)* Vsak uporabnik mora biti individualno obravnavan in ga je potrebno pred uporabo terapije NR dobro poznati, s čimer so se strinjali tudi udeleženci. En delovni terapevt je pojasnil, da je pomembna in potrebna psihična stabilnost uporabnika, saj bi lahko posameznik v nasprotnem primeru navidezni svet, v katerem bi se morda bolje počutil, zlahka zamenjal za realnega. To je opisal z naslednjimi besedami: *»Zato pa ni za vsakega vse. Očala so usmerjena na uporabnika, kar pomeni; če je nekdo nagnjen k depresiji, nezadovoljstvu, potem mogoče zanj ni priporočljivo, po drugi strani pa lahko nekoga dodatno motiviramo. Vidim, da lahko posnetek oz. igro na uporabnika prilagajamo ali se odločimo, če jo sploh uporabimo ali ne.« (16)*

Eden od udeležencev FS pa je doživel tudi neprijetno izkušnjo z NR, saj je ob uporabi imel težave z ravnotežnim organom (t.i. »cybersickness«).

RAZPRAVA

Z razvojem računalniške tehnologije se nam odpirajo številne možnosti uporabe NR, ki se je v zadnjem desetletju zelo dobro uveljavila kot oblika terapije. Računalniška stimulacija s pomočjo NR je napredna visoka tehnologija zadnjih nekaj let, katere prednost je predvsem odsotnost časovnih, prostorskih in fizičnih omejitev. Z uporabo napredne računalniške tehnologije se ustvari navidezno tridimenzionalno okolje, podobno resničnosti, kjer uporabnik z različnimi interaktivnimi napravami stopi v sodelovanje s subjektom v navideznem okolju (Xiaopint in sod., 2015). NR lahko uporabljamo na področju medicine, športa, učenja, računalniških igrar, arhitekture, vojske ipd. (LaValle, 2016). Delovni terapevti jo vključujemo v obravnavo zaradi dejstva o plastičnosti možganov (Johansson, 2016). V primeru možganske poškodbe se nevroplastičnost kaže kot prilagoditveni mehanizem za nadomestitev izgubljenih funkcij ali ohranitev preostalih funkcij (Čuš in sod., 2011).

Mnenje udeležencev fokusnih skupin, da je NR uporabna na različnih področjih, kot je nevrološko področje, rehabilitacija otrok, obravnava oseb z motnjo v telesnem in duševnem zdravju, dolgotrajni oskrbi, kroničnih bolečinah, se ujema z rezultati drugih raziskav, ki so pokazale uporabnost NR za zdravljenje tesnobe, posttravmatskega stresa ter strahu pred višino, zaprtimi prostori, javnim nastopanjem (North in sod., 1997) in pajki (Miloff in sod., 2016). Drugi avtorji so poročali o izboljšanju ali ohranjanju mišičnih in kognitivnih spretnosti (LeValle, 2016), izboljšanju drže, ravnotežja in hoje (Suarez in sod., 2006), zmanjševanju bolečine (Hoffman et al., 2014), učinkovitem ocenjevalnem pripomočku (Arias in sod., 2012), povečani motivaciji za učenje in delo (Pedroli in sod., 2017; Parsons in Mitchell, 2002).

Geoffrey (2015) je v študiji predstavil primer 65-letne uporabnice po možganski kapi z desnostransko hemiparezo. Vključena je bila v program rehabilitacije, pri kateri sta sodelovali delovna terapija in fizioterapija, ki sta uporabljali terapijo s pomočjo NR. Končna ocenjevanja so pokazala napredek pri fizični moči (ocena se je s 4,5 izboljšala na 5), pri oceni po lestvici funkcijske neodvisnosti (rezultat se je s 87 izboljšal na 113) ter koordinaciji in hitrosti gibanja zgornje okončine.

Terapijo NR se uporablja tudi kot medij za preusmeritev bolečine. Izvedena je bila raziskava na 11-letnem dečku, ki je imel velike površinske opekline po obrazu, ramenih, rokah in nogah. Izvedli so tri delovnoterapevtske obravnave, od tega je ena vključevala terapijo z uporabo NR. Med 20-minutno terapijo je imel deček na glavi očala, preko katerih je imel predvajan posnetek risanke Snow world. Rezultati so pokazali, da je deček bolečino med terapijo NR ocenil kot veliko bolj znosno, zmanjšal se je tudi občutek neprijetnosti. Celotno izkušnjo s tehnologijo NR je na lestvici od 0 do 10 ocenil z 10. Pojasnil je, da je bil zelo osredotočen na zasneženi svet in je na tak način odmisllil bolečino (Hoffman in sod., 2014). Terapija NR ustvari varno, stabilno, nadzorovano, predvidljivo in udobno okolje za učenje (Strickland in sod., 2007), prisotno je realno doživetje z bogatimi senzornimi dražljaji. S pomočjo NR se spodbudi gibanje, domišljija, zabava ter motivacija (Parsons in Mitchell, 2002).

Udeleženec naše fokusne skupine je sodeloval pri študiji, kjer so ugotavljali možnost uporabe navideznega okolja v delovni terapiji pri bolnikih s Parkinsonovo boleznijo. V ta namen so razvili računalniško igro 10 kock, ki spodbuja prijem, prenos in spust kocke. Upravljanje igre v navideznem okolju je omogočala Leap motion kamera. V študiji so želeli oceniti, kako učinkovita je igra, kako spodbuja motorične spretnosti, ali uporabljeni ocenjevalni inštrumenti zaznajo napredek ter kako so uporabniki zadovoljni s tovrstno tehnologijo. Vsi uporabljeni ocenjevalni inštrumenti so po obravnavi pokazali napredek (Hukić in sod., 2016). Gospa, vključena v študijo, je bila zelo motivirana za terapijo ter je igro označila kot zanimivo, kar je izpostavil tudi udeleženec naše fokusne skupine.

Udeleženci naše fokusne skupine so kot prednost uporabe NR izpostavili tudi možnost določanja parametrov. Cikajlo in sodelavci (2009) povedo, da lahko s terapijo NR ustvarimo varno okolje, terapija NR nam omogoča nadzor ter izvedbo ponovljivih in terapevtsko usmerjenih nalog. Parametre, kot so trajanje, intenzivnost, frekvenca in način izvedbe naloge, je mogoče nadzorovati ter glede na zahtevnost naloge in sposobnosti posameznika spreminjati. Tako kot udeleženci fokusnih skupin se tudi Aran s sodelavci (2017) strinja, da je pomembno dobro poznavanje uporabnikov ter repertoarja posnetkov oz. iger. Delovni terapevt na osnovi spretnosti, funkcij, gibljivosti, moči in motivacije

uporabnikom z uporabo NR prilagaja terapijo. Pomembna je uporaba iger, ki so oblikovane glede na zmožnost uporabnika ter imajo določene terapevtske cilje (Hukić in sod., 2016). Najdejo se tudi posamezniki, pri katerih se ob terapiji z uporabo NR pojavi težava z ravnotežnim organom (t. i. »cybersickness«). Zaradi navidezne izpostavljenosti gibanju se pojavijo nezaželeni bolezenski simptomi in znaki, kot so nelagodje, vrtoglavica, slabost, glavobol, zaspanost, bledica ipd. Podobne simptome lahko čutimo pri potovalni bolezni, predvsem pri vožnji z avtomobilom, ladjo ali letalom. Razlog, zakaj nekateri posamezniki v določenih situacijah zbolijo in drugi ne, ni preprost zaradi človekove kompleksnosti. Kljub temu pa so na tem področju opravljene študije, ki govorijo o dejavnikih, ki vplivajo na nastanek bolezni. Najpogostejše se pojavi med 2. in 12. letom starosti, pogostejše pri ženskah in ljudeh s pridruženimi obolenji. Pomemben je položaj med izvedbo aktivnosti, saj se bolezen redkeje pojavi, če oseba sedi ali leži (LaViola, 2000). Jerald (2016) pojasnjuje, da se lahko nevšečnostim izognemo s posnetki, kjer je kamera v času snemanja stacionirana, ter z uporabo visoko resolucijskih posnetkov. Poleg težave z ravnotežnim organom lahko terapija povzroči prostorsko dezorientacijo, utrujenost oči, težave z ravnotežjem po uporabi ter tveganje za asocialnost uporabnikov. Vplivi dolgotrajne uporabe terapije z uporabo NR so v veliki meri še vedno neznani (Hoffman in sod., 2008). Rezultati različnih raziskav (Aran in sod., 2017; Ren in sod., 2016; Hukić in sod., 2016; Hoffman in sod., 2014) kažejo, da je za uporabnika terapija z uporabo NR najučinkovitejša kot dopolnilna metoda k standardnemu programu rehabilitacije, s čimer se strinjajo tudi udeleženci fokusnih skupin.

SKLEP

Živimo v svetu, obdanem s tehnologijo, ki se zelo hitro spreminja ter nadgrajuje. Terapija z uporabo NR je novejša oblika terapije, ki ima široko uporabnost in potencial v rehabilitaciji, s čimer se strinjajo tudi udeleženci naših fokusnih skupin.

Raziskave kažejo in tudi ena od naših ugotovitev je bila, da je terapija z uporabo NR najučinkovitejša v kombinaciji s standardnimi programi rehabilitacije, saj se tako tudi najpogostejše uporablja. NR omogoča inovativen pristop k rehabilitaciji na zabaven in kreativen način, s čimer vpliva na uporabnikovo motivacijo in sodelovanje.

Kot vsaka druga terapija ima tudi terapija z uporabo NR stranske učinke. Eden najpogostejših je 'cybersickness', ki ga lahko omejimo s položajem telesa uporabnika med izvedbo aktivnosti.

Kot eno izmed prednosti naše raziskave bi izpostavili raznolik vzorec terapevtov, saj smo s fokusnima skupinama zajeli različna področja delovne terapije v Sloveniji.

V nadalje bi bilo morda smiselno izvesti fokusne skupine na vsakem področju delovne terapije posebej in tako poiskati možna področja za uvedbo NR v obravnavo. S tem bi lahko ugotovili, na katerem področju je uporaba terapije z NR najbolj smiselna. S to ugotovitvijo bi tudi pridobili vpogled v to, kako bi bilo na ostalih področjih uporabe potrebno prilagoditi terapijo z uporabo NR za boljšo učinkovitost.

LITERATURA

Aran OT, Şahin S, Torpil B, Demirok T, Kayıhan H (2017). Virtual reality and occupational therapy. Occupational therapy – Occupation focused holistic practice in rehabilitation. InTech 10 (68): 181–93. doi: 10.5772/intechopen.68799

- Arias P, Cudeiro J, Flores J, Robles-Garcia V, Cudeiro J (2012). Virtual reality as a tool for evaluation of repetitive rhythmic movements in the elderly and parkinson's disease patients. *PLoS ONE* 7 (1): 1–8. doi: 10.1371/journal.pone.0030021
- Brahman S, Jain LC (2011). Virtual reality in psychotherapy, rehabilitation, and neurological assessment. *Adv. Comput. Intell. Paradigms in Healthcare* 6 (337):1–9.
- Cikajlo I, Rudolf M, Goljar N, Matjačić Z (2009). Telerehabilitacija in dinamična vadba ravnotežja z nalogami v navideznem okolju – storitev prihodnosti. *Rehabilitacija* 8 (1): 17–22.
- Čuš A, Vodušek D, Repovš G (2011). Možganska plastičnost in okrevanje kognitivnih funkcij. *Zdrav Vestn* 80: 758–65.
- Geoffrey SS, Chan WY, Kok S, Ng, YS (2015). The use of virtual reality-based therapy to augment poststroke upper limb recovery. *Singapore Med J* 56 (7): 127–30.
- Hoffman DM, Girshick AR, Akeley K, Banks MS (2008). Vergence-accommodation conflicts hinder visual performance and cause visual fatigue. *J Vis* 8 (3): 1–33.
- Hoffman HG, Meyer WJ, Ramirez M in sod. (2014). Feasibility of articulated arm mounted Oculus Rift virtual reality goggles for adjunctive pain control during occupational therapy in pediatric burn patients. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 17 (6): 397–401.
- Hukić A, Zajc D, Cikajlo I (2016). Uporaba navideznega okolja v delovni terapiji pri bolnici s parkinsonovo boleznijo – prikaz primera. In: *Delovna terapija pomaga ljudem živeti na svoj način – zbornik prispevkov*. 8. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Rogaška Slatina, 27.–28. 10. 2016. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno Združenje, 16–22.
- Jerald J (2016). *The VR Book (Human-Centered Design for Virtual Reality)*. New York: ACM Books, 163 – 69.
- Johansson B (2016). Brain plasticity and stroke rehabilitation. Dostopno na: <http://stroke.ahajournals.org/> <30.12.2017>
- Klemenčič S, Hlebec V (2007). Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
- LaValle SM (2016). *Virtual reality*. University of Illinois: Cambridge University Press.
- LaViola J J (2000). A discussion of cybersickness in virtual environments. *SIGCHI Bulletin* 32 (1): 47–56.
- Miloff A, Lindner P, Hamilton W, Reuterskiöld L, Andersson G, Carlbring P (2016). Single-session gamified virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. traditional exposure therapy: study protocol for a randomized controlled non-inferiority trial. *Stockholm: Department of Psychology*, 106 (91): 2–8.
- Mesec B (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- North M, North S M, Coble JR (1997). *Virtual Reality Therapy: an effective treatment for psychological disorders*. *Stud Health Technol Inform* 44: 59–70.
- Parsons S, Mitchell P (2002). The potential of virtual reality in social skills training for people with autistic spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research* 40 (5): 430–43.
- Pedroli E, Padula P, Guala A, Meardi MT in sod. (2017). A psychometric tool for a virtual reality rehabilitation approach for dyslexia. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. doi: /10.1155/2017/7048676
- Ren K, Gong XM, Zhang R, Chen XH (2016). Effects of virtual reality training on limb movement in children with spastic diplegia cerebral palsy. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 18 (10): 975–79.
- Strickland DC, McAllister D, Coles CD, Osborn S (2007). An evolution of virtual reality training designs for children with autism and fetal alcohol spectrum disorders. *Top Lang Disord* 27 (3): 226–41.
- Suárez A, Suárez H, Lavinsky L (2006). Postural adaptation in elderly patients with instability and risk of falling after balance training using a virtual-reality system. *International Tinnitus Journal* 12 (1): 41–44.
- Townsend AE, Polatajko H J (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
- Virtual reality society (2017). *The ultimate guide to virtual reality headsets*. Dostopno na: <https://www.vrs.org.uk/the-ultimate-guide-to-virtual-reality-headsets/> <1. 5. 2018>
- Xiaoping Z, Xiaohong L, Ke Y (2015). The application of medical virtual simulation technology in medical education. *International Forum on Bioinformatics and Medical Engineering (BME)* 2015: 85–89.
- Zhang Z (2012). Microsoft Kinect sensor and its effect. *IEEE MultiMedia* 19 (2): 4–10.

ENABLING A PERSON WITH SPINA BIFIDA TO ENGAGE IN PROFESSIONAL ARCHERY BY MEANS OF A SPECIAL HAND SPLINT

Başar ÖZTÜRK¹

¹Biruni University Occupational Therapy Department İstanbul/Turkey

ABSTRACT

Introduction: Spina bifida is a disease that weakens the upper extremities and body in terms of muscle strength as well as motor and sensory loss in the lower extremities.

With adequate orthotic devices and rehabilitation approaches, these individuals can take part in different occupations. **Participants:** A 17-year-old boy with spina bifida was included in the study. He could not perform many active movements with the lower limbs and experienced muscle weakness in the upper limbs. Previously, the patient did not use splints. He was very enthusiastic to participate in archery training.

Methods: The collection of the patient's demographic characteristics was followed by the physical assessment, including posture analysis, body, lower and upper limb muscle strength assessment, muscle shortness, and the application of the Canadian Occupational Performance Measure to detect self-perceived changes in occupational performance. The evaluation results showed that the patient could perform professional archery if provided with a special hand splint. For this purpose, a hand splint was produced to support the wrist and to increase the grip of the fingers. This enabled him to start with training sessions. He was also included in an exercise programme, which he attended three times per week for a period of 9 consecutive weeks to increase posture and muscle strength. **Results:** At the end of the study, the participant was able to perform accurate shots using individually manufactured splint. Increased COPM score, improved general posture and muscle strength were also confirmed. **Conclusion:** Adequate orthotic device and exercise training enabled the participant of this study to perform professional archery activities and he even participated in international competitions.

Key words: hand splint, professional archery, occupation, spina bifida

INTRODUCTION

As a paralympic sport, archery is primarily important for the rehabilitation and recreation of people with physical disabilities.

In archery, the goal is to shoot the arrows correctly to the target set in 10 nested circles. The score increases as you approach the center from the outside. The number in the middle is the number 10, and the number in the outermost number is 1. Archery competitions include encounters as individuals and teams.

Archery competitions for people with disabilities were implemented in 1948 with 130 athletes participating in Stoke Mandeville, UK in the first International Disability Games from 2 countries (Guttman et al., 1962).

Archery was declared a paralympic sport in Rome in 1960. Since then, archery has been included in the paralympic game competition program (Betts et al., 1962; Betteridge et al., 2010).

In 1943 the Spinal Centre at Stoke Mandeville Hospital in Aylesbury, England, established the Stoke Mandeville Games. Twenty-six paralyzed ex-servicemen and women competed in archery at that meeting. The games were the first organized sports movement for the paralyzed, and created so much interest that thereafter they were held annually as a national event. The idea soon spread all over the world for more than anything else these games proved that with intensive training, the severely disabled could compensate for their handicap by making the most of their remaining abilities. Furthermore, it soon became obvious that archery was a creational outlet, which at the same time improved the physical stamina of the patients (Schneider et al., 1966).

In 1964, when the Second International Paralympics were held in Tokyo following the Olympic Games. With the Government's co-operation, the Olympic Village was designed to accommodate wheelchair athletes and again the Olympic Stadium and facilities were used (Schneider et al., 1966).

The main reason is that paraplegics enjoy sport. Paraplegics rank among the world's best archers and can run a close competition with experienced able bodied sportsmen in this field. The growing enthusiasm for archery throughout the years is shown by the increased number of targets at the Games, from two in 1948 to fifteen in 1964. Many hours of training are required to prepare for competitive archery. In a Windsor Round, thirty-six arrows are shot at each target at distances of 40, 50 and 60 yards, with a pull-weight on the bow varying between 24 and 40 lbs. The power needed to control this pull, and the balance demanded of a partly paralyzed spine to hold a steady aim, make such a round a skillful performance. And yet, by the 1963 Games a more advanced Albion Round had been introduced (Schneider et al., 1966).

In 1976 there were 5 classes for para-archery participation: 2 classes for cervical spine lesions, 1 class for high thoracic spine lesions, 1 class for lower thoracic spine lesions, and 1 class for lumbar spine lesions. There were often only a few archers in each class.

The new classification system for para-archery combined elements from previous systems but placed greater focus on the neuromuscular function needed to perform archery and the assistance modes needed to enable individuals with widely ranging impairments to shoot an arrow with a bow. The new system relied predominantly on manual muscle testing and joint range, or the quality of coordinated movement evaluation information, selecting the mode that best depicted the true functional capabilities of each competitor. Sitting and/or standing balance were also evaluated. The goal was to be as inclusive as possible regarding athlete participation, while still ensuring fair competition.

It was agreed that only 3 classification categories would be needed: W1, competitors with disability at all 4 limbs and trunk; W2, competitors with a disability in their lower extremities and/or trunk; and Standing Class, for all other qualifying competitors.

Based on the selected evaluation mode (strength and range or quality of joint motion) all competitors were assigned to 1 of these 3 classification categories. During this evaluation, the need for assistive or adaptive devices as they apply to archery was also determined (Betteridge et al., 2010).

Archery classification system is divided into 3 separate classes.

1- Archery Standing (ARST): There are no obstacles in the arms of the archers in this class competing standing. Defective muscle loss, loss of coordination and / or loss of joint activity are present in the legs. The archers in this class can compete by sitting down on their feet or by standing on a normal chair.

2- Archery Wheel Chair 1 (ARW1): Archers in the wheelchair have obstacles in their legs and arms (tetraplegia). These are limited movement, arm strength and lack of control or body control.

3- Archery Wheel Chair 2 (ARW2): The archers competing on wheelchairs have limited ability and paraplegia in the forearms. The archers in this class need a wheelchair for their daily use and compete with the wheelchair.

The importance of making the classification in all major competitions is to ensure that all new athletes compete with the minimum disability criterion in the correct class (Larsen et al., 2010).

Spina bifida is a congenital defect of the spine in which part of the spinal cord and its meninges are exposed through a gap in the backbone. It often causes paralysis of the lower limbs, and sometimes learning difficulties. It is one of the most common congenital diseases. Spina bifida can reveal itself in many different ways, for example it can affect the spinal cord, primarily myelomeningocele. If a baby is born with a spina bifidus, the tube-like structure called the spinal cord is not closed. For this reason, the spine covering the spine and the skin are unopened. The baby is born with an openness on its back and there is a difficulty in the passage of its orders through its nerves. When there is no smooth connection between the nerves and the brain, paralysis (movement and loss of feeling or inadequacy) occurs at different degrees. Which nerves are influenced depends on where the opening in the back is located. The higher the openness in the back, the more numerous nerves are affected and the more severe the paralysis is (Stark et al., 2015).

For this reason, some people with spina bifida use none or a few devices, while others use wheelchairs. The affected muscles are not only the muscles that allow movement, but in many patients also muscles that provide bowel and bladder control. If the damage is in the neck region, the paralysis is called quadriplegia and if it is of the waist region, only paraplegia occurs (Trudell et al., 2014).

Para-archers are allowed to use assistive devices, but all devices must be reviewed by the classification panel and recorded against the athlete's classification card. An assisted device constitutes anything that is not standard archery equipment or utility as defined by World Archery rules (Curtin et al., 1994, <http://www.archery.org.au/About-Archery/Events-and-Activities/Para-Archery/Assisted-Devices>).

Examples of the assisted devices:

Prosthesis for an amputee (lower or upper limb);

Chair or stool to sit or lean on for shooting;

Wheelchair;

Foot block for athletes with leg length difference;

Any straps to hold the athlete to the wheelchair (trunk or legs);

Release aids, e.g. mouthtabs, mechanical release aids attached to hand/elbow/shoulder;

Splints or bandages to hold the bow;

Wrist splints;

Personal assistants for nocking arrows.

According to the World Archery rules (<https://worldarchery.org/rulebook/>) a wheelchair is a chair with a maximum of 4 wheels:

No part of the wheelchair can support the archer's bow arm when shooting;

There must be a clearance of a minimum of 110 mm from the archer's bow arm armpit to the highest part of the wheelchair;

The back support or side protrusions of the chair cannot protrude further than half the chest depth for W2 class;

The footplates and feet cannot touch the ground when shooting;

The size of the chair cannot be greater than the allowed shooting line width of 1.25m.

The athlete can only use a wheelchair if they classify with a minimal functional loss of 50 points (in the lower limbs and/or trunk).

Bow arm splint

A splint can be used when the archer cannot hold the bow due to deficiency or weakness. The bow can also be bandaged or wrapped to the hand or arm, but cannot be rigidly connected to the splint or bandage.

Shoulder release brace

These are allowed in W1 and Compound divisions. In the case below, the release aid is incorporated into a shoulder brace. The aid is triggered by a mouthpiece.

Elbow brace

Similar to the shoulder brace, but the release aid is connected to an elbow brace. Allowed in compound and W1 divisions.

Mouth release

A mouth release is allowed in all divisions, but in the recurve division it cannot be a mechanical release. In this case a piece of fabric is connected to the string just below the nocking point – the fabric is then held in the mouth and released to shoot the arrow.

Straps

A body or chest strap may be used by wheelchair athletes with impairments in the trunk. The strap may have a maximal width of 5 cm. All straps must be approved by the classification panel and will depend on the athlete's stability to ensure the archer's safety. Foot and leg straps may also be permitted on review (Curtin et al., 1994, <http://www.archery.org.au/About-Archery/Events-and-Activities/Para-Archery/Assisted-Devices>).

Hand Splint

Hand assessments and static hand splinting are an integral part of occupational therapy. Splints are important as a means of preventing deformity and promoting a functional hand position.

All good archery shots start with proper hand position on the bow. Mechanical release aids may also be adapted for use by archers who are missing a hand or an arm. Creativity is essential for finding the best match for any given adaptation (Jung et al., 2018).

Occupational therapists widely produce hand splints for patients to prevent deformities and improve their hand functions. Hand splints produced by occupational therapists relate to spinal cord injury (Jung et al., 2018), Duchenne muscular dystrophy (Weichbrodt J. et al.,

2017), carpal tunnel syndrome (Lewis et al., 2016), and stroke (Amini et al., 2016). The aim of these splints are similar, which is to improve hand functions and maintain joint alignment.

Importance of exercise for archery

Archery requires consistency and stability of movement. In order to shoot the arrow correctly to the target, archers need to control the right distribution of strength, hold a balanced pose, change in breathing and similarly. The mismatch of these factors can directly influence athletic performances (Shinohara et al., 2017).

Archery game, due to the exercise pattern that uses only one side of the body (unilateral) or holding an asymmetric pose consistently, can cause injury or can decrease athletic performance. In addition, when archers start holding the posture of carrying a bow, the possibility of imbalance occurs. In fact, it has been reported that most archers have a severe imbalance posture.

The imbalance of the body, with a decrease in balance ability, can affect athletic performance to a great extent. And with the quality of the event that has to act repetitively with the same movement, physical imbalance increases the possibility of damage (Park et al., 2016). At this point, effective intervention can be used in order to provide trunk stabilization by directing the disabled to activities like archery (Seo et al., 2016). To achieve this goal, hand splints can be used to support the hand and upper extremities (Chang, 2013).

METHODS

The case of this study is a 17 year old male with spina bifida. He is a high school student. He has not used an orthotic device before and his mobility is provided with a manual wheelchair. He has no active movement in lower extremities and has had two fracture histories during a transfer activity before. He has not exercised before. With the splint intervention he will be in the 3rd archery level (Archery Wheel Chair 2 (ARW2)).

The patient wanted to be included in the archery team, so he contacted the municipality's disability center. At this stage the municipality contacted an occupational therapist who is also the author of this article, and asked for help in producing a hand splint for him.

According to the results of the first stage evaluation, it was decided to produce a splint, which is mounted on the bow to support the wrist and lumbrical region and which can be worn by the athlete during shooting. Then, in the grip position, the plaster measurement was applied while the patient's hand was on the bow. The negative model obtained was transformed into a positive model, and after the modeling process, the splint was produced from the thermoplastic material and delivered to the athlete. The hand splint was applied to support the wrist and to increase the grip of the fingers. A 7-week archery training session was performed with the applied splint, and then the evaluations were repeated.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM):

This assessment is a measure of the problems faced by people in the field of activity performance and it was applied on patients with spina bifida before (Lidström et al., 2015). That is why it was decided to use it in this study. This scale evaluates the activity preferences of the individuals with the performance and satisfaction scores given by

him/her again. In the first step, individuals should determine their self-care daily life, productivity and leisure time activities that they do or want to do in their daily routines. In the second step, individuals are required to give each of these activities a significance score of 0-10 according to the Likert Scale (0-no matter, 10-very important). As a third step, individuals should choose at least 1, maximum 5 activities that are most important for them and determine the performance and satisfaction score between 0-10 according to Likert Scale for each activity. Performance and satisfaction scores were obtained by dividing the obtained performance and satisfaction scores into a number of activities that the individual considered important (Altuntaş et al., 2013; Torpil et al., 2016; Colquhoun et al., 2012).

Functional Independence Measure (FIM):

This scale measures the physical and cognitive deficits, the need for help and the care load in performing daily life activities and it was used on people with spina bifida before (Andren et al., 2004). It consists of 18 items evaluating six function areas (self-care, sphincter control, mobility, movement, communication and social cognition). These substances are examined in two parts, motor (13 items) and cognitive (5 items). Each item is rated on a 7-point Likert Scale (1 = total help, 7 = total independence) indicating the amount of help.

The final total score is generated and the scores of the individuals range from 18 to 26. 18 points indicate that the individual is totally addicted, while 126 points mean that they are completely independent (Altuğ et al., 2009; Arjunan et al., 2018). The FIM collective adaptation study was conducted in 2005 (Küçükdeveci, 2005).

The archer hit test: The athlete shoots an arrow to 4 targets of 5 cm drawn in the 5th circle of the target paper of 70 meters within 60 seconds of the 5 meter line. The distance of the arrow from the target is measured with a tape measure (Larsen et al., 2010).

Other tests include:

Range of motion;

Manuel muscle test;

Chest circumference measurement;

Upper extremity length;

Reach test.

TREATMENT PROCESS

At this stage some occupational therapy and physiotherapy approaches were applied to the case with the archery process.

At the first meeting, an interest in archery was expressed and the possibility that the municipality would offer it, so he was being prepared to engage in this sport.

He needed to grip the bow during this sport. The splint was applied as an adaptive device to make him join the archery team, but this was not enough. According to the results of physical evaluations it was seen that his trunk and upper extremity muscles were also weak, which was an obstacle for his sportive and daily life performances. Therefore, before the archery training, he started doing different kinds of exercises like weight transfer in different directions, ball throwing and theraband exercises. That programme was continued progressively and he did some of the exercises at home. When he has started to participate in the archery training programme with the team, archery specific exercises were added to the programme. Occupational therapy specific COPM and FIM tests were applied to measure the effects of archery sports on daily life activities. The study has enabled the participation of an individual with spina bifida in an archery team competing

internationally. It also made it possible for this person to take part in a sports team and make an important step forward in terms of socialization.

RESULTS

All of the assessments were performed before and after the intervention process. The results are as follows:

Table 1: COPM

Role Performance problems	Before Intervention		After Intervention
	Performance	Satisfaction	Performance
1.Sports	2	3	8
2.Transfer activity	1	1	8
3.Taking a shower	1	1	3
4.Dress up	4	3	6

Table 2: FIM

Self-care	Admission	Discharge
A.Eating	7	7
B.Grooming	5	6
C.Bathing	3	3
D.Dress upper body	6	7
E.Dress lower body	2	3
F.Toileting	1	2
Sphincter Control		
G.Bladder management	1	1
H.Bowel management	1	1
Transfers (mobility)		
I.Bed/chair	2	5
J.Toilet	2	4
K.Tub/shower	3	4
Locomotion		
L.Walk/wheelchair	1	1
M.Stairs	1	1
Communication		
N.Comprehension	7	7
O.Expression	5	6
Social cognition		
P.Social interaction	5	6
Q.Problem solving	6	6
R.Memory	7	7

Table 3: Manual Masculine test

Manual Muscle Test	Before		After
	Right	Left	Right
Shoulder flexion	3.5	3.5	4
Shoulder extension	3.5	3.5	4
Shoulder abduction	3.5	3.5	4.5
Elbow flexion	3.5	3.5	4
Elbow extension	3.5	3.5	4
Forearm supination	3.5	3.5	4
Forearm pronation	3.5	3.5	4
Wrist flexion	3.5	3.5	4.5
Wrist extension	4	4	4

Table 4: Range of motion

RANGE OF MOTION		Before
SHOULDER	Shoulder flexion right	175
	Shoulder flexion left	140
	Shoulder extension right	30
	Shoulder extension left	40
	Shoulder abduction right	180
	Shoulder abduction left	140
	External rotation right	85
	External rotation left	90
	Internal rotation right	85
	Internal rotation left	35
ELBOW	Elbow flexion right	140
	Elbow flexion left	125
FOREARM	Forearm supination right	85
	Supination left	80
	Pronation right	85
	Pronation left	90
WRIST	Wrist flexion right	70
	Flexion left	90
	Wrist extension right	70
	Extension left	40

Table 5: Archer hit test

Archer hit test	Target left	Target up	Target right	Target down	Total duration
Before	24	23	19	19	103
After	10	5	5	4	93

DISCUSSION

As a result of the study it was observed that many activity performance and physical ability parameters were improved at the end of the 7 week training period after splint application. The results of the archer hit test have revealed that the person involved in the case study showed great progress in archery that he engaged in for the first time. It can also be said that upper extremity limitations decreased, upper extremity muscle strength increased, and activity performance improved. The compensatory adaptations that many individuals with disability use to perform routine activities of daily life often translate directly to archery performance (Curtin et al., 1994).

It seems that there are no studies on splint application for paraplegic archers in the literature. The few applications that were implemented have not been published.

Hand splints may maintain the integrity of the joints (Shin et al., 2017). By supporting the joints and maintaining their alignment, splints compensate for weak or paralysed muscles and joint laxity, thus reducing any potential damage to soft tissues. In this study the splint has developed a tenodesis effect, so grasping performance has increased (Harvey et al., 2007).

Sport-specific adaptive splint applications are rarely performed and not reported. When assessing the patient's hand, occupational therapists are advised to include tests of physical appearance, range of motion, muscle strength, muscle tone and function parameters (Krishnaswamy et al., 2016).

In this study, both standard splint production protocols were applied and a sport-specific device was produced within the adaptive device approach. With the applied splint, the hand function has increased and the archery specific shot parameter was improved. This type of splint use is very rare around the world, which is why it can be considered as an innovation.

CONCLUSION

This study takes an innovative approach to changing the life of a paraplegic patient by enabling him to participate in a chosen sport activity. The author of this study hopes that more studies will be designed on enabling persons with spina bifida to participate in sport activities. The research on this issue is very important for their socialization and giving them an opportunity to engage in sports. Valid and reliable research needs to be conducted specifically on different aspects of paraplegic hand splinting.

REFERENCES

- Altuğ F., Yagci N., Kitiş A., Bükür N., Cavlaki (2009). Examining the factors affecting the quality of life in the elderly living at home. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*: 48-60.
- Altuntaş O, Uyanık M, Kayıhan H (2013). Investigation of the Activities and Participation of Nursing Home Residents: A Pilot Study. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 21–30.

- Amini M, Shamili A, Frough B, Pashmdarfard M, Fallahzadeh Abarghouei A. (2016). Combined effect of botulinum toxin and splinting on motor components and function of people suffering a stroke. *Med J Islam Repub Iran*. 21;30:373. eCollection 2016
- Andrén E, Grimby G. (2004). Dependence in daily activities and life satisfaction in adult subjects with cerebral palsy or spina bifida: a follow-up study. *Disabil Rehabil*. 6;26(9):528-36.
- Arjunan A, Peel NM, Hubbard RE (2018). Feasibility and validity of frailty measurement in geriatric rehabilitation. *Australas J Ageing*. 10. doi: 10.1111/ajag.12502.
- Betteridge P. (2010). Physiotherapist Classifiers Ensure Competitive Fair Play in Para-Archery. *J Orthop Sports Phys Ther* 40(3):130-132. doi:10.2519/jospt.2010.0103
- BETTS, K. F. (1962), "Observations of the Paraplegic Sports Club of New South Wales," *The Australian Paraplegic*, 1:16.
- Colquhoun HL, Letts LJ, Law MC, MacDermid JC, Missiuna CA (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on practice. *Can J Occup Ther*. Apr;79(2):120-8.
- Chang M, Jung NH. (2013). Comparison of Task Performance, Hand Power, and Dexterity with and without a Cock-up Splint. *J Phys Ther Sci*. 25(11):1429-31. doi: 10.1589/jpts.25.1429.
- Curtin M. (1994). Development of a tetraplegic hand assessment and splinting protocol. *Paraplegia* 32(3):159-69.
- G. Schneider, M.A.P.A. (1966). *The Value Of Sport As A Recreation In Paraplegia*. The Aust. 1. Physiothero.
- Guttmann, L., C.B.E., M.D., F.R.C.S., M.R.C.P. (1962), "Sport and the Disabled," *Sports Medicine*. Edward Arnold Ltd., London, England.
- Harvey L, Baillie R, Bronwyn R, Simpson D, Pironello D, Glinsky J. (2007). Does three months of nightly splinting reduce the extensibility of the flexor pollicis longus muscle in people with tetraplegia? *Physiother Res Int*. 12(1):5-13.
- Jung HY, Lee J, Shin HI. (2018). The natural course of passive tenodesis grip in individuals with spinal cord injury with preserved wrist extension power but paralyzed fingers and thumbs. *Spinal Cord*. doi: 10.1038/s41393-018-0137-4.
- Larsen N., Nyland J., Roberts CS. (2010). USA paralympic team archer with McCune Albright Syndrome: A retrospective case report. *Disability and Rehabilitation*, 32(8): 664–668.
- Lidström H, Lindskog-Wallander M, Arnemo E. (2015). Using a Participatory Action Research Design to Develop an Application Together with Young Adults with Spina Bifida. *Stud Health Technol Inform*. 217:189-94.
- Küçükdeveci A (2005). Quality of Life in Rehabilitation. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*.; 51, 23-29.
- Lewis KJ, Ross L, Coppieters MW, Vicenzino B, Schmid AB. (2016). *BMJ Open*. 16;6(9):e012053. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012053. Education, night splinting and exercise versus usual care on recovery and conversion to surgery for people awaiting carpal tunnel surgery: a protocol for a randomised controlled trial.
- Krishnaswamy S, Coletti DJ, Berlin H, Friel K. (2016). Feasibility of Using an Arm Weight-Supported Training System to Improve Hand Function Skills in Children With Hemiplegia. *Am J Occup Ther*. 70(6):7006220050p1-7006220050p7.
- Park JM, Hyun GS, Jee YS. (2016). Effects of Pilates core stability exercises on the balance abilities of archers *Journal of Exercise Rehabilitation* 12(6):553-558.
- Seo NJ, Arun Kumar J, Hur P, Crocher V, Motawar B, Lakshminarayanan K. (2016). Usability evaluation of low-cost virtual reality hand and arm rehabilitation games. *J Rehabil Res Dev*. 53(3):321-34. doi: 10.1682/JRRD.2015.03.0045.
- Shin JI, Park SH. (2017). 3D motion analysis of the wrist splint effect to wrist joint movement. *J Phys Ther Sci*. 29(6):1089-1091. doi: 10.1589/jpts.29.1089.
- Shinohara H, Urabe Y. (2017). Analysis of muscular activity in archery: a comparison of skill level. *J Sports Med Phys Fitness*. doi: 10.23736/S0022-4707.17.07826-4.
- Stark C, Hoyer-Kuhn HK, Semler O, Hoebing L., et al (2015). Neuromuscular training based on whole body vibration in children with spina bifida: a retrospective analysis of a new physiotherapy treatment program. *Childs Nerv Syst*. 31(2):301-9. doi: 10.1007/s00381-014-2577-2.
- Torpil B, Awake M, Altuntaş O (2016). To examine the relationship between balance and gait functions, depression and functional independence in geriatric individuals living in nursing homes. *Journal of ergotherapy and rehabilitation*, 4 (2), 73-80.
- Trudell AS, Odibo AO. (2014). Diagnosis of spina bifida on ultrasound: always termination? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 28(3):367-77. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.10.006.
- Weichbrodt J., Eriksson BM, Kroksmark AK. (2017). Evaluation of hand orthoses in Duchenne muscular dystrophy. ISSN: 0963-8288 (Print) 1464-5165 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/idre20>
<http://www.archery.org.au/About-Archery/Events-and-Activities/Para-Archery/Assisted-Devices>
<https://worldarchery.org/rulebook/>

UPORABNOST SEDLASTEGA STOLA PRI GOSPODINJSKIH AKTIVNOSTIH

THE USE OF A SADDLE SEAT IN HOUSEHOLD ACTIVITIES

Polonca Rogelj¹, dipl. del. ter., Dejana Zajc¹, dipl. del. ter., spec., Irena Dolinšek¹, dipl.fiz.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Ergonomični stol s sedlasto sedežno površino vpliva na boljšo izvedbo gospodinjskih aktivnosti pri osebah z multiplo sklerozo, ki imajo težave z ravnotežjem in utrudljivostjo. **Metode:** V raziskavo je bilo vključenih 20 oseb z multiplo sklerozo, 17 žensk in 3 moški s povprečno starostjo 48,5 let. Metoda dela: Za vključitveni kriterij smo uporabili Bergovo lestvico za oceno ravnotežja (BBS), razširjeno lestvico stopnje zmanjšane zmožnosti (EDSS) in prilagojeno lestvico utrudljivosti (MFIS) pri multipli sklerozi. Za oceno motoričnih spretnosti smo uporabili test za ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti (AMPS) in vprašalnik ocene zavedanja sposobnosti (A3) za samooceno gospodinjskih aktivnosti na dveh različnih stoli. **Rezultati:** Raziskave A3 kažejo na boljšo uporabo sedlastega stola pri gospodinjskih aktivnostih, AMPS pa na vprašljivo uporabo zaradi varnosti. Testa (Berg, EDSS) potrjujeta ravno nasprotno kot smo pričakovali, saj imajo osebe, ki so varno izvedle aktivnost največ težav z ravnotežjem. MFIS test pa potrjuje, povečano utrudljivost pri osebah z MS. **Razprava in sklep:** Stol s sedlasto sedežno površino omogoča nevtralni položaj medenice, ki vpliva na stabilnost trupa in s tem na lažje izvajanje dnevnih aktivnosti. Za varno izvedbo bi stol potreboval še hrbtni naslon, naslon za roki in zavoro.

Ključne besede: multipla skleroza, motorične spretnosti, sedenje, gospodinjske aktivnosti

ABSTRACT

Introductions: An ergonomic chair with a saddle seating area enables better performance of household activities for people with multiple sclerosis (MS), experiencing balance difficulties and fatigue. **Participants:** The study included 20 MS patients, 17 women and 3 men with an average age of 48.5 years. **Methods:** The inclusion criteria were based on the Berge Balance Scoreboard (BBS), the Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) in multiple sclerosis. The motor skills were tested with the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) and the Assessment of Awareness of Ability (A3) for self-assessment of household activities in two different chairs. **Results:** The results of the A3 research indicate that a saddle seat is more appropriate for household activities, while the results of the AMPS results point to some safety risks. The BBS and EDSS results were completely contrary to our expectation, namely, the people who safely performed the activity have the greatest problems with balance. The MFIS test, however, confirms increased fatigue in subjects with MS. **Conclusion:** A saddle chair seating surface allows the neutral position of the pelvis, which facilitates and improves independent sitting balance and consequently the performance of daily activities. Safety would be even better secured with a backrest, armrest and brake.

Key words: multiple sclerosis, motor skills, sitting, household activities

IZHODIŠČA

Multipla skleroza (MS) je kronična počasi napredujoča avtoimunina bolezen centralnega živčnega sistema (CZS), za katero so značilni razpršeni plaki demielinizacije v možganovini in hrbtenjači. Največkrat se jo diagnosticira med 20 in 40 letom starosti (Noseworthy in sod. 2000). Ženske pogosteje zbolijo za MS kot moški (Rumrill et al., 1996). Simptomi in znaki multiple skleroze so zelo različni. Najpogosteje se pojavijo izguba in/ali dvojni vid, okorelost, oslabelost mišic, motnje ravnotežja in koordinacije, odrevenelost ali mraljinčenje, bolečine, motnje mokrenja ali odvajanja blata, povečana utrudljivost, motnje govora in požiranja, spolne motnje in kognitivno vedenjske motnje (European Multiple Sclerosis, 2004).

Dva najpogostejša simptoma boleznin motnje ravnotežja in prisotnost utrudljivosti vplivata na izvajanje gospodinjskih aktivnosti.

Če hoče biti oseba učinkovita med delom mora vzdrževati dober položaj telesa (Multiple Sclerosis Society of Canada, 2005). Na dober položaj telesa med sedenjem vpliva pravilna izbira stola, katerega uporabljajo med delom.

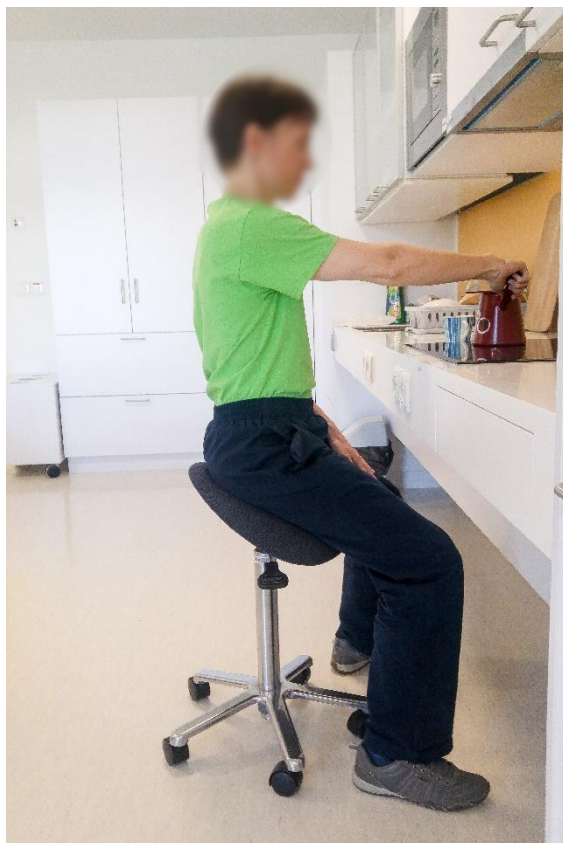
Naš namen je ugotoviti kakšen stol je najbolj primeren za izvajanje gospodinjskih aktivnosti pri osebah z MS. V ta namen smo izbrali dva stola, enega s sedlasto sedežno površino (kot trup-stegno 125°) in enega z ravno sedežno površino (kot trup - stegno 90°). Oba stola sta brez naslonov za hrbet in roki na različno vodljivih kolescih.

Stol s sedlasto sedežno površino omogoča pokončni položaj medenice in odprti položaj nog kar vpliva na vzravnano držo telesa, prenos centra mase naprej na stopala in s tem na povečanje propriocepcije telesa, ki vpliva na lažje opravljanje dnevnih aktivnosti. Položaj vpliva na razbremenitev hrbtnih mišic, na zmanjšanje slabe drže, utrudljivosti in bolečine. Noge so v odprtem položaju, kolk je flektiran 60°, v abdukciji in zunanji rotaciji. S sedlastim stolom se lahko lažje gibljemo, pridemo bolj blizu in imamo boljši pregled na delovnim prostorom. Položaj osebi omogoča boljše funkcioniranje zgornjih in spodnjih udov, kar vpliva na izvajanje dnevnih aktivnosti (Gale, 2018)

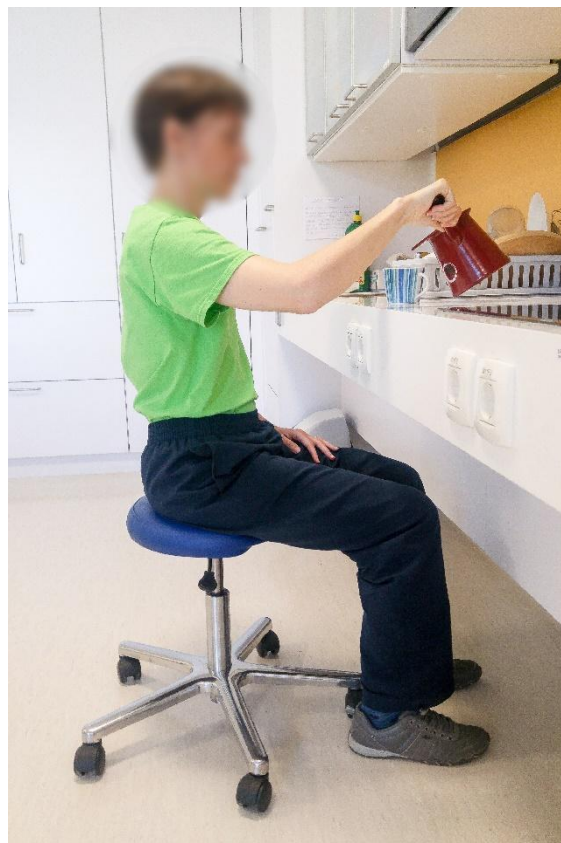
Po pregledu literature smo ugotovili, da stol s sedlasto sedežno površino zmanjša posteriorni nagib medenice in spodbuja ledveno lordozo. Takšna drža je priporočilo za sedenje (Gale in sod. 1989)

METODE

Udeleženci: V raziskavo uporabnosti sedlastega stola v gospodinjskih aktivnostih je bilo vključenih 20 oseb z multiplo sklerozo, 17 žensk in 3 moški s povprečno starostjo 48,5 let. 11 oseb je imelo sekundarno napredujočo MS, 5 oseb primarno napredujočo MS in 4 osebe remitentno recesivno MS. Vse osebe so hodeče, večina jih pri hoji uporablja hoduljo ali palice. Vse pa imajo težave z ravnotežjem in utrudljivostjo. Raziskavo smo opravili na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča (URI – Soča) na I nevrološkem oddelku. **Vključitev v program:** Za vključitveni kriterij smo uporabili Bergovo lestvico za oceno ravnotežja, BLOR (angl. Berg Balance Scale, BBS), razširjeno lestvico stopnje zmanjšane zmoglosti (angl. Expanded Disability Status Scale, EDSS) in prilagojena lestvica vpliva utrujenosti (angl. Modified Fatigue Impact Scale, MFIS) pri multipli sklerozi. Osebe so hodeče s pripomočkom in samostojne v širših dnevnih aktivnostih, kamor spadajo tudi gospodinjske aktivnosti. Težavo jim predstavlja ravnotežje in utrudljivost. Kognitivne spretnosti so imeli ohranjene, tako da so lahko sledili in razumeli navodila naloge.



Slika št. 1: Sedlasti stol



Slika št. 2: Navadni stol

Ocenjevalni inštrumenti: Med izvajanjem enostavne aktivnosti kuhanja kave na dveh različnih stolih po vnaprej dogovorjenem zaporedju se je pri osebi opazovalo in ocenjevalo motorične spretnosti po AMPS-u. AMPS (angl. Assessment of Motor and Process Skills) je standardiziran delovno terapevtski test, kjer kalibriran terapevt oceni bolnikove motorične in procesne spretnosti pri izvedbi aktivnosti vsakodnevnega življenja. Terapevt bolnika opazuje in ocenjuje pri dveh različnih aktivnostih, ki sta vnaprej dogovorjeni. Ima računalniško podprt sistem. Mi smo izvedli prilagojeno ocenjevanje po AMPSu saj smo ocenjevali motorične spretnosti pri eni aktivnosti na dveh različnih stolih. Ocenjevali smo 16 motoričnih spretnosti z lestvico 4- normalna izvedba, 3- vprašljiva izvedba, 2- neučinkovita izvedbe in 1- nevarna izvedba, potrebuje pomoč. Procesnih spretnosti nismo ocenjevali (Fisher, 2006).

Na koncu vsake aktivnosti smo z osebo opravili vprašalnik ocenjevanje zavedanja sposobnosti AAA ali A³ (angl. Assessment of Awareness of Ability), ki je bil razvit v povezavi z AMPS-om. Po opravljeni vsaki aktivnosti bolnik odgovori na 11 vprašanj, kjer preko vprašalnika ocenjuje sebe tako, da opiše težave, ki jih je imel pri izvedbi naloge. Ocene AMPS-a se primerjajo z oceno bolnika, na podlagi tega pa terapevt ugotavlja stopnjo neskladja z ocenami od 1, ki pomeni hudo neskladje do 4, kjer ni neskladja. Test lahko izvede terapevt, ki ima opravljen tečaj AMPS in AAA. Mi smo vprašalnik AAA uporabili za samooceno bolnika na katerem stolu je lažje opravljal aktivnost (Kottorp, 2011).

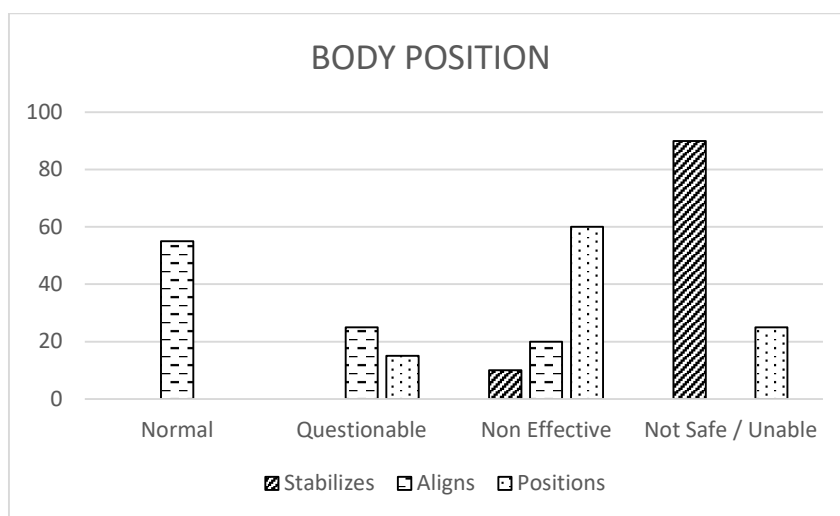
Protokol dela: Za ocenjevanje pri kuhanju kave smo uporabili dva različna stola. Prvi stol je imel sedlasto sedežno površino, bil je višji in imel je manj vodljiva, počasnejša kolesa. Drugi stol je imel ravno sedežno površino, bil je nižji in imel je bolj vodljiva, hitrejša kolesa.

Med izvedbo aktivnosti smo motorične spretnosti opazovali in ocenjevali po AMPS-u ter na koncu izvedli samoocenjevalni vprašalnik AAA. Osebe so izvedle aktivnost kuhanja kave na dveh različnih stolih po vnaprej določenem protokolu.

Analiza podatkov: Podatke rezultatov motoričnih spretnosti, smo pridobili z opazovanjem in ocenjevalno lestvico po AMPS-u, podatke o primerjavi med stoloma iz vprašalnika AAA, oceno utrudljivosti z ocenjevalno lestvico, oceno ravnotežja po Bergovi lestvici, katero so za nas opravili kolegi fizioterapevti, oceno EDSS in vrste diagnoze MS pa iz osebne anamneze bolnikov. Povprečne vrednosti in grafe smo pridobili s programom Excel.

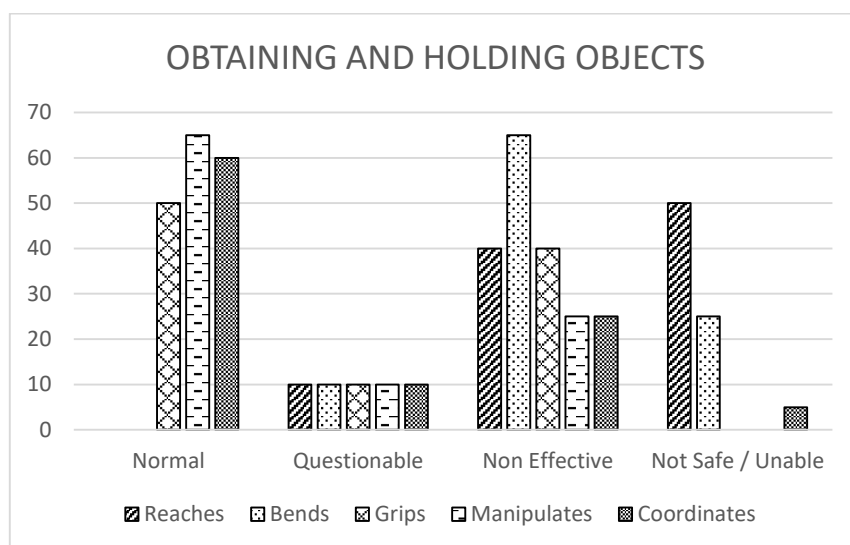
REZULTATI

Rezultate smo beležili pred, med in po izvedbi aktivnosti. Pri razlagi rezultatov sem se oprla na ocenjevanje motoričnih spretnosti po AMPS- u in vprašalniku AAA.



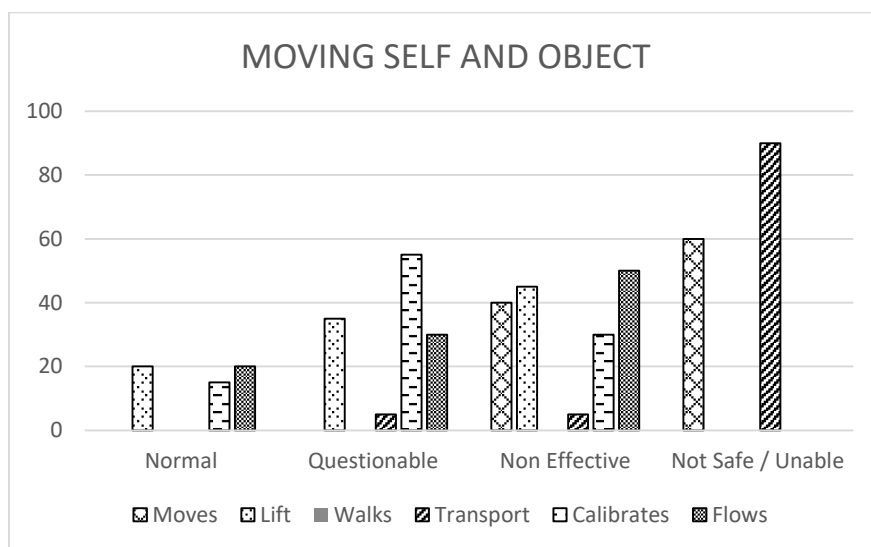
Graf št. 1: Nameščanje telesa v ustrezni položaj

Ocena nameščanja telesa v ustrezni položaj po AMPS-u je pokazala, da je imelo 90% oseb težave z stabilizacijo (stabilizes), 25% oseb pa z nameščanjem (position) v ustrezni položaj.



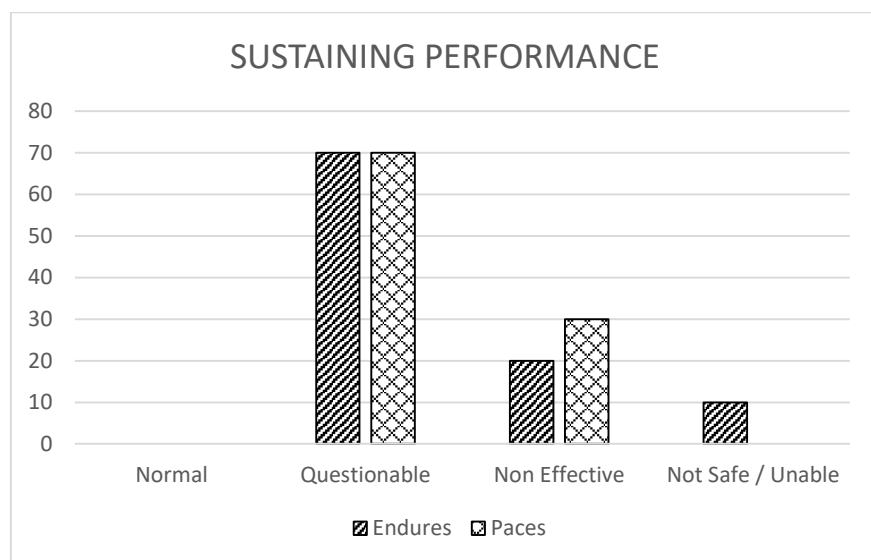
Graf št. 2: Obvladovanje predmetov

Ocena motoričnih spretnosti obvladovanja predmetov po AMPS-u, kaže da 50% oseb ni varnih pri seganju (reaches) in 25% pri sklanjanju (bends) po predmetih.



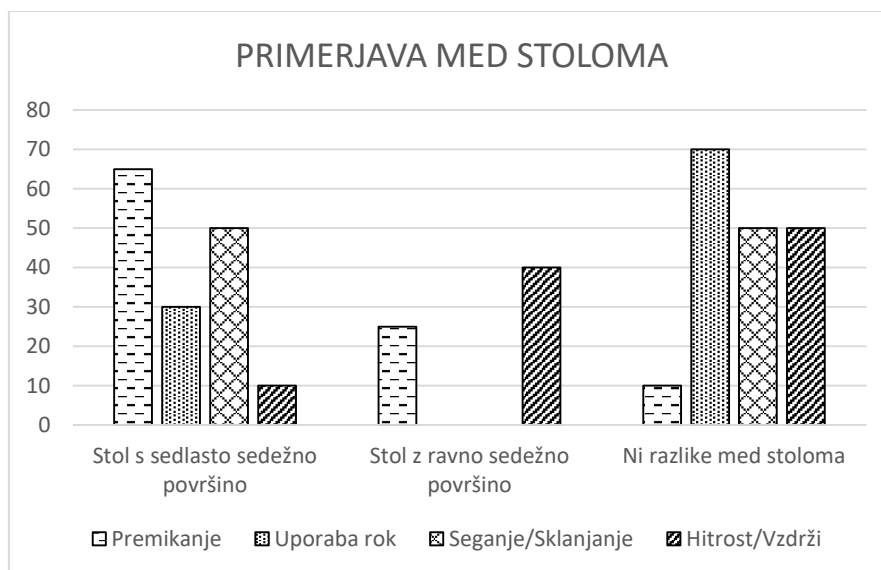
Graf št. 3: Premikanje sebe in predmetov

Ocena motoričnih spretnosti premikanja sebe in predmetov v prostoru po AMPS-u, kaže da 90% oseb ni varnih pri prenašanju predmetov (transport), 60% oseb pri premikanju s stolom.



Graf št. 4: Vzdrži / ohranja ritem

Ocena motoričnih spretnosti vzdrži/ohranja ritem delovanja po AMPS-u, kaže da 10% oseb ni vzdržalo dokončati aktivnost zaradi utrudljivosti.



Graf št. 5: Primerjava med stoloma

Vprašalnik AAA kaže, da se je 65% oseb lažje premikalo na stolu s sedlasto sedežno površino, 25% oseb na stolu z ravno sedežno površino in pri 10% ni bilo razlike.

50% oseb je lažje segalo po predmetih na stolu s sedlasto sedežno površino, pri 50% oseb pa ni bilo razlike.

Uporaba rok je bila boljša pri 30% oseb, ki so uporabljali stol s sedlasto sedežno površino, pri 60% ni bilo razlike.

Hitrost izvedbe je bila pri 40% oseb boljša s stolom z ravno sedežno površino, pri 10% oseb na stolu s sedlasto sedežno površino, pri 50% oseb pa ni bilo razlike med stoloma.

RAZPRAVA

Pri pregledu literature nismo zasledili raziskav sedlastega stola pri osebah z MS. Našli smo študijo primerjave sedlastega in pisarniškega stola. Ta študija izpostavlja, da sedlasti stol zagotavlja večje ugodje spodnjega dela hrbta in zaradi večjega kota v kolku vspodbuja boljšo držo med delom (Gadge, 2007). Ker nas je zanimala uporaba sedlastega stola pri osebah z MS v gospodinjskih aktivnostih smo izvedli raziskavo na svoj način.

Čeprav so bila naša pričakovanja, da bodo osebe z MS bolj učinkovite pri uporabi sedlastega stola, je raziskava pokazala, da samo 15% oseb po AMPSu izvede kuhanje kave varno.

Boljšo uporabnost sedlastega stola nam pokaže vprašalnik AAA, iz katerega je razvidno, da sedlasti stol omogoča bolj pokončno, stabilno sedenje, lažje seganje po predmetih, boljšo uporabo rok ter zmanjšanje bolečine v križu in ramenih. Pri sedlastem stolu pa je slabše in bolj utrudljivo premikanje na račun manj vodljivih kolesc. Pri prenašanju predmetov se osebe niso počutile varne.

Presenetila nas je tudi primerjava med testi, saj smo bili mnenja, če ima oseba več težav na področju ravnotežja, to vpliva na stabilnost trupa med izvajanjem aktivnosti, vendar je pokazalo ravno obratno. Dve osebi, ki sta imeli Berga najnižji in je bila tudi njuna ocena EDSS 6,5 sta po AMPS-u izvedle aktivnost varno. Ugotavljamo, da sta vzroka slabo ravnotežje in povečana utrudljivost, zato sta osebi s stolom bolj učinkovito in varno izvedli aktivnost v sedečem položaju. Test MFIS potrjuje povečano utrudljivost pri osebah, ki niso vzdržale izvedbe aktivnosti.

SKLEP

Rezultati kažejo boljšo stabilnost sedenja na stolu s sedlasto sedežno površino. Sedlasta sedežna površina na stolu ni dovolj za varno uporabo stola pri osebah z MS. Stol bi potreboval še hrbtni naslon, naslon za roki, bolj vodljiva kolesca in zavoro. Delovni terapevti čutimo potrebo, da nam proizvajalci stolov prisluhnejo in proizvedejo stol, ki bo primeren tudi za osebe z MS in drugimi obolenji, da bodo lažje, bolj varno izvajale sedeče aktivnosti.

LITERATURA

- Udovčič Pertot in sod. – letn. XV, supl. 1, Ocenjevanje funkcioniranja oseb z multiplo sklerozo v različnih fazah bolezni. *Rehabilitacija* 2016, S1, p 164-169
- Noseworthy in sod., Multiple Sclerosis. *N Engl J Med.* 2000; 343(13): 938-52
- European-wide recommendations on rehabilitation for people affected by multiple sclerosis. Brussels: European Multiple Sclerosis Platform; 2004
- Rumrill, P., Battersby, C., & Kaleta, D. (1996). Multiple sclerosis: Etiology, incidence and prevalence. *Work*, 6, 141 – 151
- Gale M. The Theory Of Ergonomic Task Seating Vs The Facts, 2018, <https://wpstatic.idium.no/bardum.no/2013/04/theoryofergonomics.pdf>
- Karla Gadge, Ev Innes. An investigation into the immediate effects on comfort, productivity and posture of the Bambach saddle seat and a standard office chair, 2007, <https://pdfs.semanticscholar.org/a0ad/6dcbe6ddd2d36ce2df94a035a63cddaacdf3.pdf>
- Fisher AG. Assessment of Motor and Process Skills, Volume 2, Sixth Edition, 2006
- Kottorp A., Assessment of Awareness of Ability AAA, Februar 2011, Assessment of Postural Balance in Multiple Sclerosis
- Janša J. in sod., Ocena zavedanja sposobnosti-navodila za intervju (Assessment of Awareness of Ability (A3)), (2009)
- Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983; 33 (11): 1444–52
- Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Berg Balance Test to predict falls in elderly persons. *Phys Ther*. 1996; 76 (6): 576–83.
- Mills RJ, Young CA, Pallant JF, Tennant A. Rasch analysis of the Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010; 81 (9): 1049–51
- Modified Fatigue Impact Scale – 5-item version (MFIS-5), *Occupational Medicine*, Volume 66, Issue 3, 1 April 2016, Pages 256 – 257
- The Consortium of Multiple Sclerosis Centers Health Services Research Subcommittee, Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory: A User's Manual, Pages 23 – 24, https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Brochures/MSQLI_-A-User-s-Manual.pdf
- MS Trust. Posture and Cooking, 2009, <https://cookingmamasuk.wordpress.com/posture-and-cooking/>
- Meditelle Ltd. Ergonomic Seating - guide to improving your posture, 2018, <http://www.meditelle-dental.co.uk/Saddle%20Posture%20Guide.htm>
- Canadian Centre for Occupational Health & Safety. Working in a Sitting Position - Alternative Chairs, 2018, https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/sitting/sitting_alternative.html
- The Bambach Saddle Seat (Europe) Ltd. Making life easier for people with Multiple Sclerosis, 2018, <http://www.bambach.co.uk/rehabilitation/multiple-sclerosis>
- Meditelle Ltd. Ergonomic Seating - guide to improving your posture, 2018, <http://www.meditelle-dental.co.uk/Saddle%20Posture%20Guide.htm>
- Canadian Centre for Occupational Health & Safety. Working in a Sitting Position - Alternative Chairs, 2018, https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/sitting/sitting_alternative.html
- The Bambach Saddle Seat (Europe) Ltd. Making life easier for people with Multiple Sclerosis, 2018, <http://www.bambach.co.uk/rehabilitation/multiple-sclerosis>
- The Bambach Saddle Seat Pty. Ltd. The Bambach Saddle Seat in rehabilitation, 2018, <https://www.healthydesign.com/products/bambach/BSS-downloads/BSS-rehab.pdf>
- Multiple Sclerosis Society of Canada, Quebec Division. Some guidelines on saving energy, 2005, <https://mssociety.ca/library/document/wWmeNE1o0OUyRlgBFxkiZ28A73vb4rfl/original.pdf>
- Mary Gale. Study of a Workseat Designed to Preserve Lumbar Lordosis, prvič objavljeno 1989, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1440-1630.1989.tb01651.x>

VPLIV VOZIČKA NA ROČNI POGON NA BIOMEHANIKO POGANJANJA IN OKVARO ZGORNJIH UDOV PRI OSEBAH Z OKVARO HRBTENJAČE

THE IMPACT OF MANUAL WHEELCHAIR ON BIOMECHANICS OF PROPULSION AND UPPER EXTREMITY DISORDER IN PERSONS WITH SPINAL CORD INJURY

Petra Grabner¹, dipl.del.ter., Urša Miklič¹, dipl.del.ter., Nataša Puzić Ravnjak¹, dr.med.
¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Doživljenjska uporaba vozička na ročni pogon vpliva na povišano pojavnost predčasnih degenerativnih sprememb in poškodb v področju trupa in zgornjih udov pri osebah z okvaro hrbtenjače (Ohr). S tem se v vsakodnevni praksi srečujemo delovni terapevti, ki tekom rehabilitacijske obravnave osebe z Ohr učimo obvladovanja vozička in skupaj z njimi opravimo izbiro in test vozička. Namen pregleda strokovne literature je bil poiskati in predstaviti ključne parametre za izbor primernih (lahkih) vozičkov na ročni pogon, ki lahko vplivajo tudi na večjo kakovost življenja oseb z Ohr. **Metode:** Pregled in izbor literature je potekal v bazi podatkov PubMed in COBISS za obdobje od leta 1987 dalje s ključnimi besedami: okvara ali poškodba hrbtenjače, voziček, biomehanika, poganjanje, okvara zgornjih udov in trupa, delovna terapija. **Rezultati:** Študije kažejo, da na stopnjo obremenitve zgornjih udov vplivajo tako položaj sedežnega dela vozička kot lastnosti okvirja, ki izboljšajo učinkovitost poganjanja vozička. V nadaljevanju študije potrjujejo, da lažji materiali znižajo težo vozička, določeni pogonski obroči lahko zmanjšajo prenos tresljev na zgornje ude in telo, kar omogoča lažji in aktivnejši pogon vozička ter zniža pojavnost okvar zgornjih udov. **Sklep:** Voziček na ročni pogon za osebo z Ohr mora zagotavljati vsakemu posamezniku največji možni izkoristek preostalih zmožnosti ter kratkoročno in dolgoročno (kar najpogosteje pomeni doživljenjsko) znižujejo pojavnost zapletov povezanih z uporabo manj ustreznega vozička.

Ključne besede: voziček na ročni pogon, okvara hrbtenjače, okvare zgornjih udov, delovna terapija.

ABSTRACT

Introduction: Lifetime use of a manual wheelchair increases the incidence of premature degenerative changes and injuries in the trunk and upper limbs in people with the spinal cord injury (SCI). These cases are very common in everyday practice, therefore occupational therapists teach the patients with spinal cord injuries how to handle manual wheelchairs. Occupational therapists also help the patients to select and test a wheelchair that truly meets their needs. The aim of the literature review was to find and present the key parameters for the selection of suitable (lightweight) manual wheelchair, which can also influence the quality of life of people with spinal cord injury. **Methods:** The review and selection of literature was carried out in the PubMed and COBISS database for the period from 1987 onwards with the following key words: damage of the spinal cord, manual wheelchair, biomechanics, propulsion, upper limb and hips injuries, occupational therapy. **Results:** The studies show that the position of upper extremities is affected both by the position of the seat part of the wheelchair and by the frame features that improve the performance of the wheelchair. Further studies confirm that lightweight materials reduce the weight of the wheelchair; drive wheel rings can reduce the transmission of vibrations to the upper limbs and body, making it easier and more active to drive the wheelchair, and reduce the incidence of upper limb disorders. **Conclusion:** A manual wheelchair should

provide each individual with spinal cord injury the maximum possible utilization of the remaining capabilities, and in the short and long term (which most often means lifelong) reduce the incidence of complications associated with the use of a less suitable wheelchair. **Key words:** manual wheelchair, spinal cord injury, upper limb disorders, occupational therapy

IZHODIŠČA

Testiranje in predpisovanje vozičkov na ročni pogon na terciarnem nivoju v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu URI – Soča (URI-Soča) je kompleksna in zahtevna naloga. Mnenja strokovnjakov so različna in tehnologija se neprestano spreminja. V idealnem svetu bi takšne vozičke testirali in predpisovali popolni interdisciplinarni timi. Pri zahtevnejših invalidskih vozičkih je pomembno, da poleg zdravnika sodelujeta tudi ustrezno izobražena delovni terapevt in inženir. Uporabniki vozičkov na ročni pogon z OHr imajo visoko pojavnost bolečine v ramenih zaradi obremenjevanja zgornjega uda (ZU) za potrebe samostojne mobilnosti, transferjev in drugih vsakodnevnih dejavnosti (Bayley in sod., 1987). Bolečine v ramenih pomembno vplivajo na kakovost življenja teh posameznikov. Obstajajo omejeni dokazi, pridobljeni z radiografskimi tehnikami razmerja med silami, ki delujejo na rami med različnimi tehnikami poganjanja vozička in okvaro ramenskega obroča. Ker pričakovana življenjska doba uporabnikov z OHr narašča, povečuje pojavnost prizadetosti ramen zaradi poškodbe rotatorne manšete (Bayley in sod., 1987). Uporabniki vozičkov na ročni pogon so za samostojno mobilnost in vsakodnevne dejavnosti odvisni od zgornjega uda, zato imajo bolečine v ramenih močno negativen vpliv na kakovost življenja posameznika (Bayley in sod., 1987). Glede na nivo in obseg OHr ter preostalih funkcij je potrebno za uporabnika izbrati varen in energetsko učinkovit način premikanja, ki je lahko poganjanje vozička na ročni pogon, upravljanje vozička na elektromotorni pogon ali kombinacija vozička na ročni pogon z dodatkom elektromotornega pogona. Uporaba vozička predstavlja neobičajen oz. nefiziološki način gibanja, kar lahko privede do številnih težav oz. zapletov (Gil-Agudo in sod., 2014).

Vozički na ročni pogon

Voziček je morda najpomembnejši tehnični pripomoček, ki osebam z OHr omogoča aktivnost in sodelovanje (Bergstrom in sod., 2006; DiMarco in sod., 2003). Le ta mora omogočati učinkovito gibanje v različnih okoljih, številne in kakovostne aktivnosti, istočasno mora nuditi udobje, stabilnost, varnost ne le v mirovanju, temveč tudi med izvajanjem dinamičnih aktivnosti. Testiranje vozička in sedežnega dela, vključno z blazino, je zahteven in kompleksen postopek. Zadostiti mora zahtevam povišanega ali znižanega tonusa, prilagoditvi ali korekciji deformacij, izboljšanja ali ohranjanja funkcije, prilagoditve zaradi okvarjene senzibilitete in nudenje udobja (May in sod., 2004). Pri testiranju vozička je potrebno v čim večji meri upoštevati ali preprečevati sekundarne zaplete: razjede zaradi pritiska (RZP), deformacije hrbta, bolečine (hrbet, vrat, ZU), ki so posledica poganjanja vozička (Curtis in sod., 1999). Zagotovitev najvišje stopnje funkcioniranja je končni cilj vozička (Minkel, 2000). Predpis vozička je kompleksen postopek, osnovan na objektivni oceni in močnemu kliničnemu odločanju. Študij visoke kakovosti za podporo pri kliničnem odločanju ni (May in sod., 2004), razlog je lahko v različnosti posledic OHr in naraščajočem številu obstoječih tehničnih pripomočkov ter interakciji mnogih faktorjev, ki vplivajo na funkcioniranje v vsakodnevnem življenju.

Napredek na področju tehnologije vozičkov omogoča prilagoditev različnih elementov vozička - položaja osi pogonskih koles, lahki kovinski materiali (aluminij, karbonska

vlakna, titan) znižajo težo vozička, pogonski obroči lahko zmanjšajo prenos tresljajev na ZU in telo ter omogočijo lažje ali bolj učinkovito poganjanje (DiGiovine in sod., 2006). Dolgotrajna uporaba vozička na ročni pogon, ne glede na ustreznost, vpliva na povišano pojavnost predčasnih degenerativnih sprememb in poškodb v področju trupa in zgornjih udov. S tem se v vsakodnevni praksi srečujejo delovni terapevti in so kljub strokovni usposobljenosti, vsakič znova v dilemi, ali je izbira vozička pravilna. Še posebno pozornost zahtevajo mladi aktivni uporabniki, za katere se ve, da bodo odvisni od vozička preko celega dneva oziroma celo življenje.

Namen pregleda strokovne literature je bil poiskati in predstaviti ključne parametre za izbor primernih (lahkih) vozičkov na ročni pogon, ki lahko vplivajo tudi na večjo kakovost življenja oseb z OHR. Literatura v zvezi s testiranjem primernih vozičkov v slovenskem jeziku ne obstaja, napisan pa je članek v zborniku Rehabilitacija (Zupan, 2007), katerega bi bilo potrebno posodobiti.

METODE

Pregled in izbor literature je potekal v bazi podatkov PubMed in Cobiss za obdobje od leta 1999 dalje s ključnimi besedami: okvara ali poškodba hrbtenjače, voziček, biomehanika, poganjanje, okvara zgornjih udov in trupa, delovna terapija. Glede na rezultate najdenih člankov, se v nadaljevanju prispevek razdeli na poglavja, ki opisujejo težave povezane s poganjanjem vozička, kako lastnosti okvirja izboljšajo učinkovitost poganjanja vozička, pomen teže vozička, vzorci poganjanja, vpliv poganjanja vozička na fizično zmogljivost, ovire v okolju, izvedba pogonskih koles, vpliv tlaka v pnevmatikah in pogonski obroči. Na koncu so opisane različni načini pomoči za razbremenjevanje, kot so asistiran ročni pogon, različni manevri razbremenjevanja sedežnih pritiskov in sedežne blazine ter pomen ustreznega hrbtnega naslona kot obveznega dela sedežnega dela vozička.

Poganjanje vozička in posledice

Poganjanje vozička oz. propulzija omogoča premikanje v prostoru in s tem samostojno mobilnost (gibanje). Učinkovitost poganjanja je med 5 in 18 % (Cooper in sod., 2001) in veliko oseb z OHR ima težave z učinkovitim poganjanjem. 25 do 80 % uporabnikov vozička na ročni pogon ima okvare zapestja, komolca in ramen (Cooper in sod., 2001). Biomehanika poganjanja je povezana s poškodbami na zgornjih udih (Boninger in sod., 1999). Bolečina v rami zmanjša socialno vključenost in kakovost življenja oseb z OHR (Kemp in sod., 2011).

Pri osebah, ki imajo več kot 25 let paraplegijo, so ugotavljali slabšo funkcijo roke in bolj pogoste bolečine v zapestju, imajo pa tudi višjo pojavnost sindroma utesnitve zapestnega prehoda. V desnici je bolj pogosta trapeziometakarpalna osteoartroza (Akbar, 2013). Pri osebah s paraplegijo, ki imajo bolečino v rami zaradi utesnitve, so ugotavljali drugačen vzorec obremenitev glenohumeralnega (GH) sklepa in lopatice pri dvigu na roke in pri transferju, ko je prisotna tudi razlika med ramama glede na smer transferja (Nawoczenski in sod., 2012).

Mehanska in s tem energetska učinkovitost izkušenih uporabnikov vozička je višja kot pri novih uporabnikih, kar kaže, da se mora novim uporabnikom v zgodnji fazi uporabe vozička zagotavljati več vnosa energije (Croft in sod., 2013).

Pri izkušenih uporabnikih vozička na ročni pogon (RP) se ustvarjajo manjši navori in večja moč in hitreje odreagirajo na spremembe pri vožnji (Hwang in sod., 2012). Gorce in Louis

ugotavljata, da imajo izkušeni uporabniki vozička na RP pri poganjanju vozička večjo amplitudo v sklepih in večjo hitrost poganjanja. Nižji in bolj posterioren položaj sedeža omogoča večjo učinkovitost pri poganjanju vozička (Gorce in sod., 2012).

Poganjanje vozička na ročni pogon pri večji hitrosti zahteva večjo pogonsko mišično aktivnost in tudi višjo aktivnost mišic, ki sodelujejo v fazi zamaha (Qi in sod., 2012). Rezultati študij kažejo, da uporabniki vozičkov na RP s tetraplegijo kompenzirajo šibkost mišic v trupu tako, da pri poganjanju vozička na RP upognejo zgornji del trupa in vratu, ti gibi pa se s hitrostjo povečujejo (Julien in sod., 2013).

Pri osebah s kronično paraplegijo so okvare ramen bolj pogoste, funkcija ramen slabša in bolečina v rami bolj intenzivna. Desetkrat bolj pogosto je tveganje za poškodbo rotatorne manšete (Akbar in sod., 2011).

Pri osebah s tetraplegijo, ki za stabilizacijo trupa na vozičku izvajajo manever 'hooking' z roko za ročaj hrbtnega naslona, lahko pride do utesnitvene nevropatije radialnega živca v aksilarnem področju (Julia in sod., 2011).

Ali lastnosti okvirja lahko izboljšajo učinkovitost poganjanja vozička na ročni pogon?

Položaj osi

Večina lahkih in ultralahkih vozičkov ima možnost nastavitve položaja osi, kar omogoča individualno nastavitve težišča in tako zmanjšanje napora pri poganjanju. Bolj sprednji položaj osi izboljša biomehaniko poganjanja, zmanjša sile v ramenskem obroču, zniža frekvenco poganjanja in izboljša kot pogona, kar posledično zmanjša tveganje za poškodbo zgornjih udov (Boninger in sod., 2005; Samuelsson in sod., 2004; Freixes in sod., 2010). Položaj sedeža na vozičku je prilagodljiv faktor, ki lahko vpliva na stopnjo obremenitve zgornjih udov. Optimalen položaj osi zmanjša kontrakcije, ki bi se sicer pojavljale za stabilizacijo sklepa in za ohranjanje gladkih poganjanj, ki sicer povečajo mišično delo (Slowik in sod., 2013).

Teža vozička

Beekman s sod. (1999) je ugotavljala, da ultralahki voziček v primerjavi s standardnim vozičkom osebam s paraplegijo omogoča večjo hitrost in večje razdalje ter znižano porabo kisika oz. bolj učinkovito poganjanje (Beekman in sod., 1999).

Boninger s sod. (1999) je ugotavljal povezavo med biomehaniko poganjanja in funkcijo medianega živca. Našli so tudi povezavo med telesno težo in funkcijo medianega živca. Povišana telesna teža poveča upor pri vrtenju kolesa in tako zahteva večjo silo poganjanja. Ugotovili so, da hitri dotiki pogonskih obročev oz. krajši stik roke z obročem pomeni večje tveganje za sindrom utesnitve zapestnega prehoda. V takih primerih svetujejo znižanje telesne teže in učenje drugačnega vzorca poganjanja vozička (gladki zamahi z nižjo silo ob dotiku obročev) (Boninger in sod., 1999). Collinger s sod. (2008) je raziskoval biomehaniko v rami oseb s paraplegijo med poganjanjem vozička. Ugotovili so, da pri večjih hitrostih porastejo sile, ki delujejo na sklep in da imajo osebe z višjo telesno težo večje obremenitve sklepa. Svetovali so, da, če ni možno znižati telesne teže, se tem osebam predpiše lahek voziček s prilagodljivim položajem osi (Collinger in sod., 2008).

Vzorec poganjanja vozička na ročni pogon

Med fazo pogona roki sledita smeri vrtenja obroča, v fazi zamaha pa oseba lahko izbere različno pot rok za ponovni pričetek faze pogona.

Faza pogona = v smeri vrtenja pogonskega obroča

Faza zamaha = različne poti rok nazaj do pričetka faze pogona

Ugotavljali so 4 vzorce poganjanja, kar je razvidno na sliki 1 (Shimada in sod., 1998; Boninger in sod., 2002):

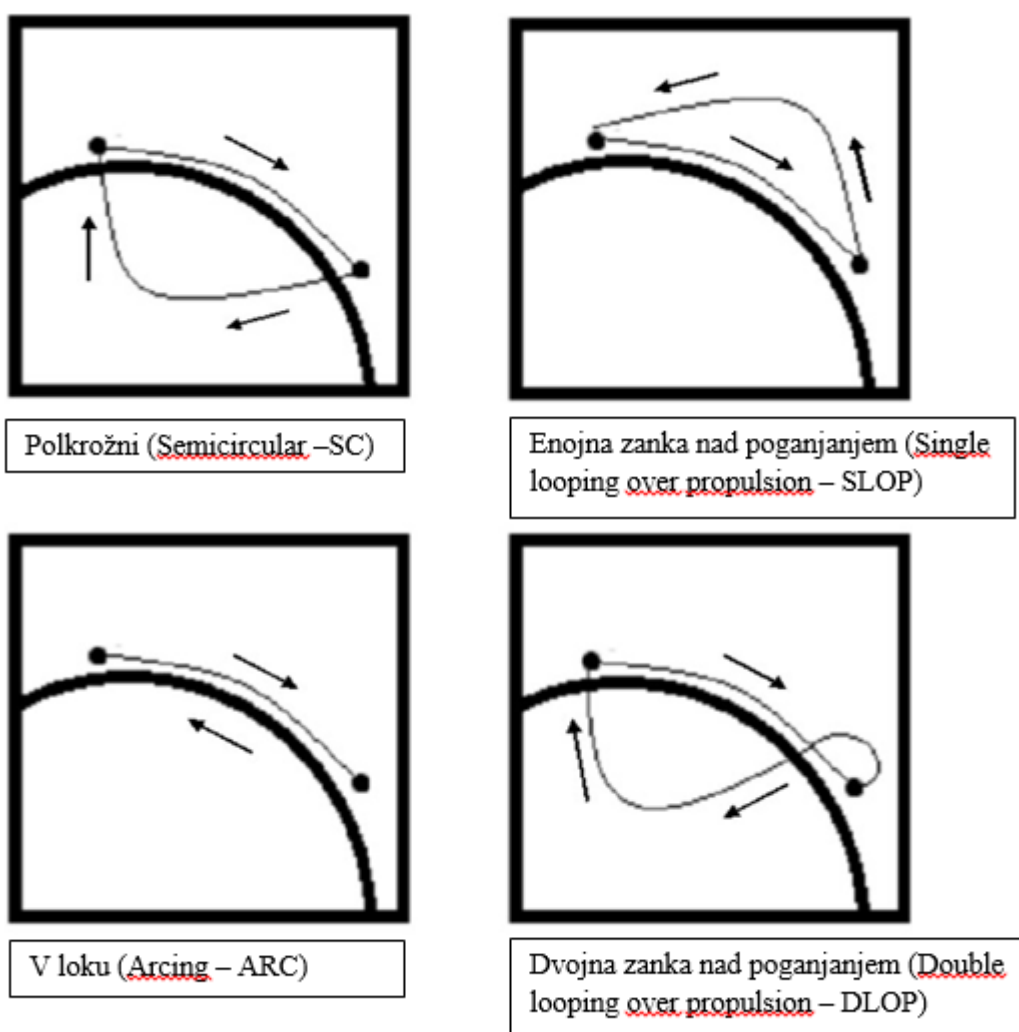
Polkrožni (Semicircular - SC): roke padejo pod pogonske obroče v fazi zamaha;

Enojna zanka nad poganjanjem (Single looping over propulsion - SLOP): roke se dvignejo nad obroče v fazi zamaha;

Dvojna zanka nad poganjanjem (Double looping over propulsion - DLOP): roke se najprej dvignejo nad obroč nato pa se spustijo pod obroč v fazi zamaha;

V loku (Arcing - ARC): tretji metakarpofalangealni sklep sledi poti obroča nazaj v fazi zamaha.

SC in DLOP vzorca imata nižje zaporedje ali kadenco (kadenca = koliko obratov naredi oseba v eni minuti) pogona in krajšo fazo zamaha. SC in ARC vzorca imata najdaljšo fazo pogona v primerjavi s fazo zamaha. Ugotavljali so, da vzorec, ki zniža zaporedje pogona, zmanjša tveganje za okvaro medianega živca (Boninger in sod., 2002). Najnižjo imata SC in ARC vzorca. Niso pa ugotavljali bistvene razlike v biomehaniki poganjanja med različnimi vzorci in zato ni možno zaključiti, kateri vzorec je najbolj primeren.



Slika1: Vzorci poganjanja vozička na ročni pogon

Povečevanje fizične zmogljivosti s poganjanjem vozička

Kilkens s sod. (2005) je ugotavljal, da sta moč zgornjih udov in maksimalna moč pomembno povezani s parametri fizične zmogljivosti, ki vplivajo na spretnosti pri vožnji vozička. Torej trening zmogljivosti oz. vzdržljivosti in krepitev zgornjih udov v času rehabilitacije pomembno vplivajo na spretnost vožnje z vozičkom (Kilkens in sod., 2005).

Ovire v okolju

Naklon podlage zahteva za isto razdaljo kot po ravnem večje število pogonov. Poraba energije se lahko poveča za faktor 2.3 na naklonu 6 stopinj. Do obremenitvenih okvar lahko privede tudi močnejši pritisk na obroč pri vožnji vozička navzdol (Richter in sod., 2007).

Pogonska kolesa vozička

Ni dovolj močnih (objavljenih) dokazov, da določena izvedba platišča pogonskega kolesa poveča udobje osebe med vožnjo vozička z zmanjšanjem vibracij in s tem zmanjšanje spastičnost (Vorrink in sod., 2008).

V raziskavi de Groota s sodelavci ugotavlja, da dodatna obtežitev vozička na ročni pogon za 5 oziroma 10 kg ni povečala porabe energije ali napora ali spremenila vzorca poganjanja vozička. Napor je bil večji ob uporabi polnih gum, kar pa se je še poslabšalo ob večji teži vozička (de Groot in sod., 2013).

Tlak v pnevmatikah

Zaradi pnevmatik ki so napihnjene na manj kot 50 % priporočenega tlaka, se poveča poraba energije med poganjanjem za dodatnih 25% (Sawatzky in sod., 2005).

Pogonski obroči

Gumirani pogonski obroč v primerjavi z navadnim kovinskim v enakih pogojih poganjanja zmanjša obremenitev fleksorjev zapestja in prstov (Richter in sod., 2006).

Asistiran ročni pogon (Pushrim-Activated Power-Assist Wheelchairs - PAPAW)

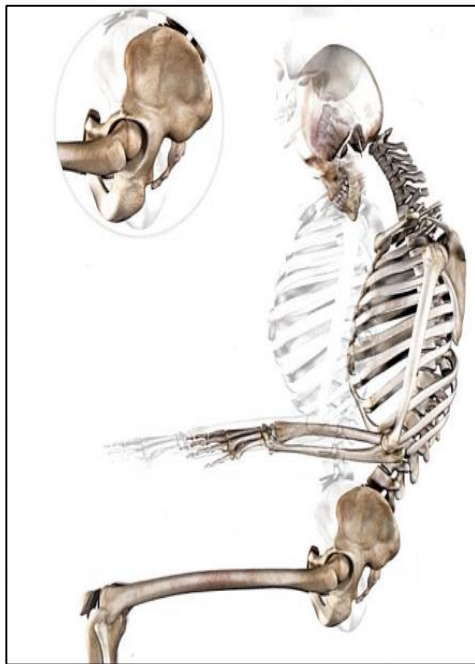
Osebe s paraplegijo za poganjanje vozička z asistiranim pogonom porabijo manj energije in zato lahko prevozijo daljše razdalje (Nash in sod., 2008). Pri osebah s tetraplegijo se obseg giba ZU pri poganjanju takšnega vozička zmanjša, ne pa tudi kadenca (Corfman in sod., 2003). Takšen voziček osebe z OHr lažje poganjajo čez ovire kot so tepihi, klančine, robniki in neravne površine, ugotavljali so pa tudi nižjo povprečno srčno frekvenco in porabo kisika med poganjanjem (Algood in sod., 2004; Algood in sod., 2005; Cooper in sod., 2001). Uporaba vozička na asistiran ročni pogon zmanjša obremenitev zgornjih udov in kardiovaskularnega sistema. Primeren je za osebe z OHr, ki imajo okvaro na ZU, premajhno moč zgornjih udov ali nizko kardiorespiratorno zmogljivost in imajo težave pri poganjanju vozička na RP v bolj zahtevnem okolju. Voziček na asistiran ročni pogon je običajno širši in težji (Kloosterman in sod., 2013). Pri uporabi vozička na asistiran ročni pogon se ne spremeni kadenca poganjanja, zmanjšajo pa se koti maksimalne fleksije in notranje rotacije v rami, zmanjša se tudi sila na pogonski obroč. Posledično se zmanjšajo sile na ramo v smeri navzad, navzgor in vstran (Kloosterman in sod., 2012).

Manever razbremenjevanja sedežnih pritiskov z oporo na roke

Ob manevru razbremenjevanja sedežnih pritiskov z oporo na roke so povečane tudi sile v sternoklavikularnem (SK) in akromioklavikularnem (AK) sklepu, vendar najbolj v glenohumeralnem sklepu (GH). Preobremenitev je dejavnik tveganja za razvoj osteoartroze vseh treh omenjenih sklepov (van Drongelen in sod., 2011).

Sedežni del vozička (hrbtne naslon, sedežna blazina, podnožniki) močno vpliva na držo, integriteto kože in funkcijske zmožnosti posameznika.

Izguba hotene aktivnosti v mišicah trupa in zmožnosti vzdrževanja normalne drže pri sedenju na vozičku soprispevajo k neustrezni drži in deformacijam trupa pri osebah z OHr. Pogosto se razvije kifotična deformacija torakalnega dela z izravnanim ledvenim delom in z nagibom medenice navzad (Janssen-Potten, 2001). Predolgo sedenje s povišanimi pritiski nad kostnimi prominencami pogosto privede do nastanka razjed zaradi pritiska. Ugoden učinek ledvene podpore na spodnjem delu hrbtne naslona pri osebah s kronično OHr ni potrjen, verjetno zaradi skrajšanih zadnjih stegenskih mišic in/ali fleksorjev kolka in/ali strukturnih sprememb hrbtenice. Tilt/nagib medenice povzroči premik sedničnih grč navzpred (v povprečju za 4 cm), trenje/drsenje pa dodatno poveča pritiske v tem področju (Hobson in sod., 1992). Lateralna podpora trupa izboljša poravnavo hrbtenice, tudi ob že prisotni skoliozi, posledično se izboljša položaj glave in zmanjša poraba energije za vzdrževanje položaja s preostalimi aktivnimi mišicami. Hobson (1992) je ugotavljal, da se pritiski v kritičnih predelih lahko zmanjšajo s spremembami položaja cele sedežne enote (50 st. nagib trupa navzpred, 120 st. spusta hrbtne naslona in nagib celotnega telesa) (Hobson in sod., 1992). Naklon blazine za 10 st. navzpred ni vplival na spremembo nagiba medenice in tudi ne na spremembo položaja centra pritiska (Janssen-Potten in sod., 2001). Nagib zadnjega dela sedeža (zmanjšanje kota) ni povečal pritiska na kritičnih predelih (Maurer in sod., 2004).



Slika 2

Slika 2: Kifotična deformacija torakalnega dela hrbtenice z nagibom medenice navzad.



Slika 3

Slika 3: Podpora ledvenega dela z anatomsko oblikovanim hrbtnim naslonom in anatomsko oblikovano sedežno blazino.

Vpliv opreme vozička na funkcijske aktivnosti

Tip hrbtnega naslona lahko vpliva na seganje z roko v višino (May in sod., 2004). Pri osebah s tetraplegijo različni koti sedeža ali hrbtnega naslona ne vplivajo na ravnotežje pri sedenju, ker ne morejo kontrolirati premika težišča (Janssen-Potten in sod., 2000).

Trdna podnožna opora izboljša ravnotežje pri sedenju pri osebah z ledveno OHR, ne pa pri tistih s torakalno OHR, ki jim izvajanje dnevnih aktivnosti olajša elastično podnožje (Janssen-Potten in sod., 2002).

Lateralna posturalna stabilnost je boljša med statičnimi obremenitvami, slabša pa med dinamičnimi, ker osebe z OHR ne morejo kompenzirati premikov v zgornjem delu trupa s kontrolo v spodnjem delu trupa in medenici. Hastings s sodelavci je pri osebah z OHR na nivoju C6-T10 ugotavljal, da nagib sedeža za 14 st. in nizek hrbtni naslon pravokoten na podlago izboljša poravnavo hrbtenice in možnost doseganja z roko (Hastings in sod., 2003). Poiskati je treba ustrezno ravnovesje med podporo in gibanjem trupa za optimalen obseg funkcije zgornjih udov. Drža, in ne sedežna blazina ali višina hrbtnega naslona, naj bi pomembno vplivala na doseg ZU. Pomemben napovedni dejavnik za doseg funkcije ZU je nagib medenice (Sprigle in sod., 2003).

Blazine narejene po meri

Zaradi pritiskov pri sedenju 50 do 80% oseb z OHR dobi RZP (Brienza in sod., 1998). Uporabniki vozičkov pogosto sedijo 12 do 16 ur na dan, kar lahko privede do prevelikih pritiskov ali trenj in tako do poškodbe kože in spodaj ležečih tkiv. Individualno prilagojene blazine lahko izboljšajo razporeditev sedežnih pritiskov in zmanjšajo možnost okvare tkiv (Sprigle in sod., 1990), izboljšajo pa tudi držo in ravnotežje (Sprigle in sod., 1990).

SKLEP

Prispevek je prvi obsežen pregled literature, tako v stroki delovne terapije kot širše, ki biomehaniko poganjanja vozička povezuje z okvaro zgornjih udov pri osebah z okvaro hrbtenjače. Večji del študij podpira trditve (pridobljeno iz izkušenj), da mora biti predpis vozička in blazine prilagojen posameznemu uporabniku (Hastings in sod., 2003). Cooper s sodelavci (2001) v svoji študiji govori, da ima 25 do 80% uporabnikov vozička na RP okvare zapestja, komolca in ramen. Najpogostejše omenjeni avtor in soavtor pregledane literature je Boninger, ki od leta 1999 opozarja, da je biomehanika poganjanja povezana s kroničnimi poškodbami na zgornjih udih. Pri osebah s kronično paraplegijo pa so okvare ramen še toliko bolj pogoste (Boninger in sod., 1999). Funkcija ramen je slabša in bolečina v rami bolj intenzivna. Desetkrat bolj pogosto je tveganje za poškodbo rotatorne manšete (Akbar in sod., 2011). V povzetku rezultati študij kažejo, da uporabniki vozičkov na RP s tetraplegijo pri poganjanju vozička na RP kompenzirajo šibkost mišic v trupu, kar posledično privede do deformacij hrbtenice (Janssen-Potten, 2001).

Študije kažejo, da je mehanska in s tem energetska učinkovitost izkušenih uporabnikov vozička višja kot pri novih uporabnikih (Croft in sod., 2012). S tem je povezano testiranje prvega ustreznega vozička, ki uporabniku s OHR omogoči napredek v funkciji, samostojnosti in mobilnosti. Bolečina v rami zmanjša socialno vključenost in kakovost življenja. Pri osebah, ki imajo več kot 25 let paraplegijo, so ugotavljali slabšo funkcijo roke in bolj pogoste bolečine v zapestju, imajo pa tudi višjo pojavnost sindroma utesnitve zapestnega prehoda.

Na vprašanje:« Ali lastnosti okvirja lahko izboljšajo učinkovitost poganjanja vozička na ročni pogon?» je odgovor pritrdilen. Na funkcionalno ustreznost vozička vplivajo položaj

osi, teža, oblika okvirja, pogonski obroči, platišča, oblika in tlak v pnevmatikah. Prav tako pomembno vlogo imajo sedežni del vozička s hrbtni naslonom, sedežna blazina in podnožniki, saj močno vplivajo na držo, integriteto kože in funkcijske zmožnosti posameznika.

Nove smernice testiranja vozičkov na ročni pogon strmijo k temu, da se osebam z OHR že v primarni fazi rehabilitacije predpiše voziček na asistiran ročni pogon, ki zmanjša obremenitev zgornjih udov in kardiovaskularnega sistema. Primeren je za osebe z OHR, ki imajo okvaro na ZU, premajhno moč ZU ali nizko kardiorespiratorno zmogljivost in imajo težave pri poganjanju vozička na RP v bolj zahtevnem okolju. Voziček na asistiran ročni pogon je običajno širši in težji, lahko pa je sestavljen iz dveh delov in sicer iz vozička na RP z dodatnim elektromotornim pogonom, katerega je možno razstaviti oziroma sneti. Pri uporabi vozička na asistiran ročni pogon se zmanjšajo sile, ki delujejo na ramo.

Osebe z OHR potrebujejo voziček vsakodnevno. Namesto da bi bili z nefunkcionalnimi vozički omejeni v vsakodnevnih aktivnostih, so upravičeni do funkcionalno ustreznih vozičkov na ročni pogon, kar dolgoročno zmanjša pojav bolečin v ramenih, poveča socialno vključenost in pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika.

»The person cannot conform to the wheelchair, but the wheelchair must conform to the individual.» (RESNA- Rehabilitation Engineering Society of North America)

(Prevod – »Oseba ne more ustrezati vozičku, voziček pa mora ustrezati posamezniku.«)
(RESNA- Rehabilitation Engineering Society of North America)

LITERATURA

- Akbar M, Balean G, Brunner M, Seyler TM, Bruckner T, Munzinger J, Grieser T, Gerner HJ, Loew M., 2011 Prevalence of rotator cuff tear in paraplegic patients compared with controls. J Bone Joint Surg Am. 2010 Jan;92(1):23-30.
- Akbar M, Penzkofer S, Weber MA, Bruckner T, Winterstein M, Jung M. Prevalence of carpal tunnel syndrome and wrist osteoarthritis in long-term paraplegic patients compared with controls. J Hand Surg Eur Vol. 2013 Feb 22.
- Algood SD, Cooper RA, Fitzgerald SG, Cooper R, Boninger ML. Effect of a pushrim-activated power-assist wheelchair on the functional capabilities of persons with tetraplegia. Arch Phys Med Rehabil 2005; 86(3):380-386
- Algood SD, Cooper RA, Fitzgerald SG, Cooper R, Boninger ML. Impact of a pushrim-activated power-assisted wheelchair on the metabolic demands, stroke frequency, and range of motion among subjects with tetraplegia. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85(11):1865-1871.
- Bayley J. C., Cochran T. P., Sledge C. B. (1987). The weight-bearing shoulder. The impingement syndrome in paraplegics. J. Bone Joint Surg. Am. 69, 676–678. [PubMed]
- Beekman CE, Miller-Porter L, Schoneberger M. Energy cost of propulsion in standard and ultralight wheelchairs in people with spinal cord injuries. Phys Ther 1999; 79(2):146-158.
- Bergstrom AL, Samuelsson. Evaluation of manual wheelchairs by individuals with spinal cord injuries. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology. 2006;1:175-192.
- Boninger ML, Baldwin M, Cooper RA, Koontz A, Chan L. Manual wheelchair pushrim biomechanics and axle position. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(5):608-613.
- Boninger ML, Cooper RA, Baldwin MA, Shimada SD, Koontz A. Wheelchair pushrim kinetics: body weight and median nerve function. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80(8):910-915.
- Boninger ML, Souza AL, Cooper RA, Fitzgerald SG, Koontz AM, Fay BT. Propulsion patterns and pushrim biomechanics in manual wheelchair propulsion. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83(5):718-723.
- Brienza DM, Karg PE. Seat cushion optimization: a comparison of interface pressure and tissue stiffness characteristics for spinal cord injured and elderly patients. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79(4):388-394.
- Collinger JL, Boninger ML, Koontz AM et al. Shoulder biomechanics during the push phase of wheelchair propulsion: a multisite study of persons with paraplegia. Arch Phys Med Rehabil 2008; 89(4):667-676.
- Cooper RA, Fitzgerald SG, Boninger ML et al. Evaluation of a pushrim-activated, power-assisted wheelchair. Arch Phys Med Rehabil 2001; 82(5):702-708.

- Corfman TA, Cooper RA, Boninger ML, Koontz AM, Fitzgerald SG. Range of motion and stroke frequency differences between manual wheelchair propulsion and pushrim-activated power-assisted wheelchair propulsion. *J Spinal Cord Med* 2003; 26(2):135-140.
- Croft L, Lenton J, Tolfrey K, Goosey-Tolfrey V. The effects of experience on the energy cost of wheelchair propulsion. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Apr 5.
- Curtis K, Drysdale G, Lanza D, Kolber M, Vitolo R, West R. Shoulder pain in wheelchair users with tetraplegia and paraplegia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1999;80: 453-457.
- de Groot S, Vegter RJ, van der Woude LH. Effect of wheelchair mass, tire type and tire pressure on physical strain and wheelchair propulsion technique. *Med Eng Phys*. 2013 May 1.
- DiGiovine, CP. Koontz A, Boninger, M. Advances in manual wheelchair technology. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2006;11:1-14.
- DiMarco A, Russell M, Masters M. Standards in wheelchair prescription. *Australian Occupational Therapy Journal* 2003; 50:30-39.
- Freixes O, Fernandez SA, Gatti MA, Crespo MJ, Olmos LE, & Rubel IF. Wheelchair axle position effect on start-up propulsion performance of persons with tetraplegia. *J Rehab Research and Dev* 2010; 47(7): 661-668.
- Gil-Agudo Á, Solís-Mozos M, Crespo-Ruiz B, Del-Ama Eng AJ, Pérez-Rizo E, Segura-Fragoso A, Jiménez-Díaz F. Echographic and kinetic changes in the shoulder joint after manual wheelchair propulsion under two different workload settings, 2014.
- Gorce P, Louis N. Wheelchair propulsion kinematics in beginners and expert users: influence of wheelchair settings. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2012 Jan;27(1):7-15.
- Hastings JD, Fanucchi ER, Burns SP. Wheelchair configuration and postural alignment in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84(4):528-534.
- Hobson DA, Tooms RE. Seated lumbar/pelvic alignment. A comparison between spinal cord-injured and noninjured groups. *Spine* 1992; 17(3):293-298.
- Janssen-Potten YJ, Seelen HA, Drukker J, Huson T, Drost MR. The effect of seat tilting on pelvic position, balance control, and compensatory postural muscle use in paraplegic subjects. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82(10):1393-1402.
- Janssen-Potten YJ, Seelen HA, Drukker J, Huson T, Drost MR. The effect of seat tilting on pelvic position, balance control, and compensatory postural muscle use in paraplegic subjects. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82(10):1393-1402.
- Janssen-Potten YJ, Seelen HA, Drukker J, Reulen JP. Chair configuration and balance control in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(4):401-408.
- Janssen-Potten YJ, Seelen HA, Drukker J, Spaans F, Drost MR. The effect of footrests on sitting balance in paraplegic subjects. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2002; 83(5):642-648.
- Julia PE, Mazlina M, Nazirah H. Compressive radial neuropathy induced by 'hooking' manoeuvre in a tetraplegic person. *Spinal Cord*. 2011 Oct;49(10):1082-3.
- Julien MC, Morgan K, Stephens CL, Standeven J, Engsberg J. Trunk and neck kinematics during overground manual wheelchair propulsion in persons with tetraplegia. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2013 Apr 2.
- Kemp BJ, Bateham AL, Mulroy SJ, Thompson L, Adkins RH, Kahan JS. Effects of reduction in shoulder pain on quality of life and community activities among people living long-term with SCI paraplegia: a randomized control trial. *J Spinal Cord Med*. 2011;34(3):278-84
- Kilkens, OJ, Dallmeijer, AJ, Nene, AV, Post, MW, Van Der Woude, LH. The longitudinal relation between physical capacity and wheelchair skill performance during inpatient rehabilitation of people with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86:1575-1581.
- Kloosterman MG, Eising H, Schaake L, Buurke JH, Rietman JS. Comparison of shoulder load during power-assisted and purely hand-rim wheelchair propulsion. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2012 Jun;27(5):428-35.
- Kloosterman MG, Snoek GJ, van der Woude LH, Buurke JH, Rietman JS. A systematic review on the pros and cons of using a pushrim-activated power-assisted wheelchair. *Clin Rehabil*. 2013 Apr;27(4):299-313.
- Maurer CL, Sprigle S. Effect of seat inclination on seated pressures of individuals with spinal cord injury. *Phys Ther* 2004; 84(3):255-261.
- May LA, Butt C, Kolbinson K, Minor L, Tulloch K. Wheelchair back-support options: functional outcomes for persons with recent spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(7):1146-1150.
- Minkel JL. Seating and mobility considerations for people with spinal cord injury. *Phys Ther* 2000; 80(7):701-709.
- Mulroy SJ, Newsam CJ, Gutierrez DD et al. Effect of fore-aft seat position on shoulder demands during wheelchair propulsion: part 1. A kinetic analysis. *J Spinal Cord Med* 2005; 28(3):214-221
- Nash MS, Koppens D, van Haaren M, Sherman AL, Lippiatt JP, Lewis JE. Power-assisted wheels ease energy costs and perceptual responses to wheelchair propulsion in persons with shoulder pain and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; Vol 89; November p. 2080-2085.).

- Nawoczenski DA, Riek LM, Greco L, Staiti K, Ludewig PM. Effect of shoulder pain on shoulder kinematics during weight-bearing tasks in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Aug;93(8):1421-30.
- Qi L, Wakeling J, Grange S, Ferguson-Pell M. Effect of velocity on shoulder muscle recruitment patterns during wheelchair propulsion in nondisabled individuals: pilot study. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(10):1527-36.
- Richter WM, Rodriguez R, Woods KR, Axelson PW. Consequences of a cross slope on wheelchair handrim biomechanics. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88(1):76-80.
- Richter WM, Rodriguez R, Woods KR, Karpinski AP, Axelson PW. Reduced finger and wrist flexor activity during propulsion with a new flexible handrim. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87(12):1643-1647.
- Samuelsson KA, Tropp H, Nylander E, Gerdle B. The effect of rear-wheel position on seating ergonomics and mobility efficiency in wheelchair users with spinal cord injuries: a pilot study. *J Rehabil Res Dev* 2004; 41(1):65-74.
- Sawatzky BJ, Miller WC, Denison I. Measuring energy expenditure using heart rate to assess the effects of wheelchair tire pressure. *Clin Rehabil* 2005; 19(2):182-187.
- Shimada, S.D. Robertson, R.N., Bonninger, M.L., Cooper, R.A. Kinematic characterization of wheelchair propulsion. *J Rehabil Res Dev* 1998; 35:210-218.
- Slowik JS, Neptune RR.,2013) A theoretical analysis of the influence of wheelchair seat position on upper extremity demand. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2013 Apr 19.
- Sprigle S, Chung KC, Brubaker CE. Reduction of sitting pressures with custom contoured cushions. *J Rehabil Res Dev* 1990; 27(2):135-140.
- Sprigle S, Wootten M, Sawacha Z, Theilman G. Relationships among cushion type, backrest height, seated posture, and reach of wheelchair users with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2003; 26(3):236-243.
- Sprigle SH, Faisant TE, Chung KC. Clinical evaluation of custom-contoured cushions for the spinal cord injured. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71(9):655-658.
- Van Drongelen S, van der Woude LH, Veeger HE. Load on the shoulder complex during wheelchair propulsion and weight relief lifting. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2011 Jun;26(5):452-7.
- Vorriink SN, Van Der Woude LH, Messenberg A, Crompton PA, Hughes B, Sawatzky BJ. Comparison of wheelchair wheels in terms of vibration and spasticity in people with spinal cord injury. *J Rehabil Res Dev* 2008;45:1269-1279.
- Zupan A. Najzahtevnejši invalidski vozički. *Rehabilitacija* 2007; Suppl. 1: 15–18.

DOŽIVLJANJE SPREMENB VSAKODNEVNIH OKUPACIJ PRI OSEBAH Z REVMATOIDNIM ARTRITISOM

THE EFFECT OF CHANGES IN THE PERFORMANCE OF EVERYDAY ACTIVITIES IN PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Alenka Vovko, dipl. del. ter., Ema Zgonc, dipl. del. ter., Vitoslava Marušič¹, dipl. del. ter., viš. fiziot., spec., pred.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Revmatoidni artritis je kronična bolezen, ki lahko močno spremeni življenje posameznika. Vpliva na vsa področja človekove okupacije, od produktivnosti, skrbi zase do prostega časa. Namen raziskave je ugotoviti kako osebe z revmatoidnim artritisom, zaradi bolezni doživljajo spremembe v vsakodnevni aktivnosti. Udeleženci: V raziskavo je bilo vključenih 6 žensk in 3 moški z revmatoidnim artritisom. **Metode:** Za pridobivanje podatkov je bila uporabljena kvalitativna metoda in sicer polstrukturiran intervju. Oblikovana so bila vprašanja o sprejemanju bolezni, vključenosti v vsakodnevne aktivnosti, aktivnosti s področja dela in prostega časa ter socialni interakciji. **Rezultati:** Udeleženci so najpogosteje navedli težave v vsakodnevni delovanju. Spremembe so doživljali na področju socialne mreže in sprejemanja pomoči družine in sosedov. Spremenili so se okupacijski vzorci in doživljanje bolezni. Spremembe okupacij so se odražale v prilagajanju aktivnosti, uporabi pripomočkov, zamenjavi in/ali opustitvi okupacij. **Razprava in sklep:** Vsi udeleženci so se tekom bolezni soočali s spremembami v izvajanju vsakodnevni okupacij, ki so jih prilagodili svojim zmožnostim in potrebam. **Ključne besede:** revmatična obolenja, spremembe aktivnosti, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a chronic disease, which can greatly change the life of an individual. It affects all areas of human occupation, from productivity, self-care, to leisure time. The aim of this study was to determine how people with rheumatoid arthritis experience changes in their daily life. **Methods:** A qualitative method with semi-structured interviews was used for data collection. The questions were related to the acceptance of the disease, social interactions and participation in everyday activities, work and leisure. **Results:** The participants most frequently listed problems with the performance of daily activities. They reported changes within their social network and with accepting help from family and neighbours. Their occupational patterns and experiencing the disease had changed. Changes of occupation were reflected in adapting the activities, using assistive devices and replacing and/or suspending previous occupations. **Conclusion:** All participants were facing changes in everyday occupations. They adjusted occupations to their capability and needs.

Key words: rheumatic diseases, change of activity, occupational therapy

IZHODIŠČA

Revmatoidni artritis (v nadaljevanju RA) je kronična bolezen, ki lahko močno spremeni življenje posameznika. Bolezen vpliva na vsa področja človekove okupacije, od skrbi zase, produktivnosti do prostega časa. Oseba, ki zboli za kronično boleznijo, nenadoma izgubi dosedanje predstavo o tem, kdo je, kaj zmore in česa si želi v prihodnje. Spremeni se

njegova identiteta, poruši se okupacijsko ravnovesje, oseba pa se mora naučiti živeti na popolnoma drugačen način (McDonald et al., 2012).

Oseba z RA mora spremeniti izvajanje svojih okupacij, nekatere celo v celoti opustiti in jih nadomestiti z drugimi. Okupacije so aktivnosti, ki imajo smisel in namen za posameznika. Nanašajo se na skrb zase, delo in prosti čas. Pojavljajo se v časovnem, fizičnem, socialnem in kulturnem kontekstu in so odvisne od uporabnikovih značilnosti, spretnosti in vzorcev izvajanja (AOTA, 2014) Vključevanje v okupacije pri posamezniku vzbudi čustva, občutek dolžnosti, predanosti, vztrajnosti, kar sčasoma vodi v razvijanje odnosov med posamezniki, ki si delijo iste okupacije (Kielhofner, 2008).

Če mora oseba zaradi bolezni spremeniti svoje okupacije, se posledično spremeni tudi njegova okupacijska identiteta. Okupacijska identiteta, ki izhaja iz okupacijske zgodovine, je predstava o tem, kdo oseba je in kaj si želi postati kot okupacijsko bitje. Na njen razvoj vplivajo volja, navade in izkušnje. Vključuje posameznikov občutek zmožnosti, zadovoljstvo, njegove interese in občutek dolžnosti, kaj je dolžan narediti in kaj je pomembno, da naredi. Na okupacijsko identiteto pomembno vpliva okolje, saj lahko pri določenih okupacijah podpira in od osebe veliko pričakuje, spet pri drugih okupacijah izvedbo onemogoča in osebo ovira. Kdo je posameznik kot oseba, je odvisno tudi od njegovih vlog in odnosov (Kielhofner, 2008).

Oseba z RA lahko včasih brez težav ohranja svoje dosedanje vloge, spet drugič mora znotraj te vloge uvesti korenite spremembe. Tako na primer še vedno ohrani vlogo delavca, vendar spremeni delovno mesto in delovne naloge (Kielhofner, 2008). Oseba, ki ji potrdijo diagnozo RA, mora prevzeti novo vlogo, to je vloga bolnika. Skladno z vlogo mora izpolnjevati svoje dolžnosti, kot so redni zdravniški pregledi, vestno jemanje zdravil, pravilna prehrana in ustrezno izobraževanje o bolezni (McDonald et al., 2012).

Omejitve, ki jih prinese bolezen, so lahko razlog, da oseba razmisli, katere so resnično njene vrednote in s tem spremeni pogled na življenje. Vrednote so posameznikova prepričanja o tem, kaj je dobro, pravično in pomembno. Pojavljajo se v skladu s kulturnim kontekstom (Kielhofner, 2008; AOTA, 2014). Vrednote vplivajo na posameznikovo vedenje, določanje prioritet in življenjski slog. Ko uporabnik zboli, mora povečati obseg vrednot, da lahko vključi vedenja in sposobnosti, ki jih je še zmožen izvajati. Pogosto se mora naučiti novih vrednot, ki ocenjujejo njegovo učinkovitost glede na njegove zmogljivosti in opustiti tiste vrednote, s katerimi primerja svoje sposobnosti s sposobnostmi zdrave populacije. Vrednote vlivajo občutek vrednosti aktivnostim, ki so posamezniku pomembne. Za večino ljudi je največja vrednota zdravje (Kielhofner, 2008).

Ameriško združenje delovnih terapevtov (AOTA) aktivnosti vsakodnevnega življenja opredeljuje kot temeljne aktivnosti posameznika, ki jih v grobem delimo na ožje in širše dnevne aktivnosti, počitek in spanje, izobraževanje, delo, igro, prosti čas ter sodelovanje v družbi (AOTA, 2014). Oseba z RA mora najti nov način izvedbe aktivnosti, včasih prositi za pomoč, omejiti čas izvajanja aktivnosti ali si za dokončanje aktivnosti vzeti več časa kot pred boleznijo. Pomembno je, da si oseba z RA organizira potek dneva in določi prioritete aktivnosti. Pogosto si mora prilagoditi okolje in se naučiti uporabljati pripomočke, ki omogočajo ali olajšajo izvedbo aktivnosti (McDonald et al., 2012). Sprememba izvedbe določene aktivnosti je ključna, da oseba z RA ostaja kar se da aktivna in samostojna v izvedbi vsakodnevnih aktivnosti (Ottenvall, Håkansson, 2013).

Aktivnosti se v ponavljajočih situacijah združujejo v navade. Navade so avtomatizirano, nezavedno, ponavljajoče vedenje, ki se odvija v znanem okolju ali situacijah. Oblikujejo vedenje, za katerega oseba potrebuje manj pozornosti in porabi manj energije, torej podpirajo način vedenja, ki je najbolj enostaven in hkrati najbolj učinkovit. Navade vplivajo na vsakodnevno vedenje v smislu kaj oseba počne, kdaj to počne in kako to počne. Vsak ima namreč svoj način izvajanja aktivnosti, ki ga je, ko ta postane navada, težko spreminjati. Navade imajo pomembno vlogo, ko se mora oseba soočati z omejitvami zaradi bolezni. Na eni strani lahko prispevajo k nezmožnostim, na drugi strani pa učinkovito kompenzirajo omejitve (Kielhofner, 2008; AOTA, 2014).

Z raziskavo smo želeli pridobiti odgovor na raziskovalno vprašanje: Kako osebe z RA, doživljajo spremembe v vsakodnevni aktivnostih kot posledice bolezni?

METODE

V raziskavi je sodelovalo devet oseb z revmatoidnim artritismom, ki so ustrezali naslednjim kriterijem: oseba je stara vsaj 18 let, ima vsaj eno leto diagnosticiran RA ter je v raziskavi sodelovala prostovoljno. Med udeleženci je bilo šest žensk in trije moški. Povprečna starost žensk je bila 62 let in moških 64 let. Najmlajši udeleženec raziskave je bil star 46 let, najstarejši 83 let. Ženske so imele RA povprečno 14 let in moški 10 let. Najkrajše trajanje bolezni je bilo 6 let in najdaljše 20 let.

Odločili smo se za uporabo kvalitativne metode raziskovanja, saj smo želeli raziskati življenje, doživljanje in probleme uporabnikov, kot jih vidijo oni. Osredotočali smo se na raziskovanje vprašanj, ki so pomembna za udeleženca. Preučevali smo celovite situacije vsakodnevnega življenja ob upoštevanju konteksta udeleženca. Raziskava je usmerjena tako, da njene ugotovitve prispevajo k rešitvi problemov udeleženca. Namen kvalitativnega raziskovanja je predstaviti perspektivo udeleženca, ki izhaja iz njegovih izkušenj (Mesec, 1998; Rotar Pavlič, 2012).

Podatke smo zbirali s pomočjo polstrukturiranega intervjuja. Oblikovana so bila osnovna vprašanja, s katerimi smo pridobili podatke o sprejemanju bolezni, vključenosti v vsakodnevne aktivnosti, aktivnosti na področju dela in prostega časa ter socialni interakciji udeleženca. Osredotočili smo se na težave v izvedbi aktivnosti/okupacij, reševanje težav v izvedbi v smislu prilagoditve aktivnosti/okupacije, izbiro nadomestnih aktivnosti/okupacij ali morebitne opustitve izvajanja aktivnosti/okupacije.

Intervjuje smo analizirali s pomočjo postopka, pri katerem kategoriziramo in identificiramo enote intervjuja ter oblikujemo pojme, ki jih med seboj povežemo in oblikujemo v teoretične modele in pojasnitve. Analiza poteka v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, odprto kodiranje, izbor in definiranje relevantnih pojmov in kategorij, odnosno kodiranje in formuliranje končne teorije (Mesec, 1998).

REZULTATI

Na osnovi analize intervjujev smo oblikovali naslednje kategorije, ki smo jih razčlenili na podkategorije: težave v vsakodnevni delovanju (skrb zase, širše dnevne aktivnosti, spanje, delo), socialna mreža (spremenjeni odnosi, partner prevzel več odgovornosti), bolezen (doživljanje bolezni, razmišljanje o življenju z boleznijo), spremenjeni okupacijski

vzorci (jutranja rutina, navade, življenjski slog), sprejemanje pomoči (pomoč družine, pomoč sosedov) in spremembe okupacij (prilagajanje aktivnosti, uporaba pripomočkov, zamenjava okupacij, opustitev okupacij).

Vsi udeleženci raziskave so potrdili, da se srečujejo s težavami v izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Nekateri vpliv bolezni čutijo ves čas, drugi le ob zagonu bolezni. V nadaljevanju je, z namenom poglobljenega razumevanja njihovega doživljanja, predstavljenih nekaj citatov udeležencev. Citate smo preoblikovali zgolj toliko, da so slovnično pravilni in bralcu razumljivi.

Težave v vsakodnevnom delovanju

Udeleženci raziskave so najpogosteje izpostavili težave na področju skrbi zase. Sedem od devetih udeležencev je izpostavilo vsaj eno težavo. Pogosto je bolezen vplivala na izvajanje najbolj intimnih aktivnosti, kot je uporaba stranišča in izvajanje higijene po opravljeni potrebi. Mnogi so potrebovali pomoč druge osebe ali pa spremenili način izvedbe. Dva izmed udeležencev sta tako opisala svoja doživljanja:

“Ampak, recimo se spomnim, da me je desna roka zelo bolela, je bilo zelo hudo recimo it na wc pa obrisat tazadno, to je bilo zelo/.../ Z levo sem se pač mogla naučit, ne. To so bila zelo huda obdobja.” (U4)

“Jaz sem od začetka z obema rokama toaletni papir odtrgal, z eno nisem mogel.” (U9)

Mnogi so imeli težave pri česanju las, umivanju in tuširanju, pogosto niso bili samostojni pri transferju v kad in iz nje. Eden izmed udeležencev je priznal, da v obdobju zagona bolezni, ne izvaja ustne higijene. Pri obujanju, oblačenju in zapenjanju gumbov so mnogi prosili za pomoč drugo osebo. Več jih je izpostavilo težave na področju hranjenja: težko držijo pribor in nimajo moči, da bi zrezali hrano.

Pri izvajanju širših dnevnih aktivnosti mnogo udeležencev ne more nositi in dvigovati težjih predmetov, odpreti steklenice ali prijeti kozarca. Izogibajo se jemanju stvari iz visokih polic. Udeleženec je opustil izvajanje popravil po hiši, saj zaradi izgube moči ne more učinkovito delati z orodjem. Ena izmed udeleženk je povedala, da zaradi bolečin ni mogla prijeti kljuke in odpreti vrat:

“Ampak, na primer lansko leto, ko sem imela pa spet en tak zagon, ko sem bila tudi tak čas v bolnišnici, je bila pa vsaka stvar. Še kljuke nisi mogel odpret. Takrat, ko je zagon bolezni, si res zelo odvisen od drugih.” (U5)

Na področju spanja so udeleženci izpostavili zbujanje ponoči zaradi bolečin ali potenja. Občasno težko najdejo udoben položaj med spanjem. Posledično čez dan potrebujejo več odmorov za krajše počitke.

RA vpliva na aktivnosti s področja dela. Večina delovno aktivnih udeležencev nima težav z odnosi na delovnem mestu, prav tako so ohranili isto delovno mesto, kot pred boleznijo. Njihov delavnik je postal bolj prilagodljiv. Mnogi so povedali, da lahko v primeru jutranje okorelosti, v službo prispejo kasneje. Ob poslabšanju bolezni lahko delovno mesto

predčasno zapustijo. Nekateri so si delavnik organizirali tako, da imajo sedaj več krajših odmorov, kar še posebej velja za tiste, katerih delo zahteva ponavljajoče gibe. Dve udeleženci sta zaposleni le za polovični delovni čas. Ena izmed udeleženk je predstavila težavo pri iskanju nove zaposlitve za polovični delovni čas:

“Dejansko, ko imaš ti deformacije pa iščeš službo, je pa dejansko včasih diskriminatorno. Na dveh razgovorih so rekli, če lahko s temi rokami sploh še kaj delam. Tisti, ki poznajo bolezen, v redu sprejemajo, če ne poznajo, je pa kar malo zoprno.” (U5)

Socialna mreža

Kronične bolezni ne zadevajo samo obolelega, temveč tudi njegovo družino. Spremeni se partnerski odnos, saj oboleli pogosteje potrebuje njegovo pomoč. Partner tako običajno prevzame več odgovornosti za različna opravila in za nekatere je včasih breme preveliko. Takšno izkušnjo je imela tudi ena izmed uporabnic v raziskavi:

“Sem imela partnerja, sva bila 10 let skupaj in se je naveličal, no.” (U5)

Nekaj jih je skozi proces zdravljenja spletlo nova poznanstva z ostalimi revmatoidnimi bolniki. Le eden izmed uporabnikov je izrazil, da ne obiskuje več prijateljev v tujini, ostali so ohranili iste medsebojne odnose, kot pred boleznijo.

Doživljanje bolezni

Večina udeležencev pred boleznijo ni imelo dovolj informacij o RA. Delno predstavo o življenju s to boleznijo so imeli le tisti, ki imajo obolelega družinskega člana. Nekateri so na začetku doživljali strah, drugi so se bolezni in njenih telesnih posledic sramovali.

“Ja, strah me je bilo, tudi nisem hotela povedat. Komaj sem hodila po mleko, recimo, ko sem šla. Joj, sem rekla bom šla kar po temi, da ne bodo videli kako težko hodim. Zelo, zelo sem od začetka imela tak odpor do tega, da bi komurkoli kaj povedala, razen doma. Ampak, to se vidi, ne moreš nič skrit.” (U6)

Pri nekaterih je pojav bolezni povzročil zavedanje staranja. Ena izmed udeleženk raziskave na začetku bolezni ni posvečala veliko pozornosti, saj sta moževa bolezen in smrt zasenčili njene težave:

“Takrat sem imela bolnega moža, zdaj sem že vdova, ne. Tako, da v bistvu je šla ta moja bolezen bolj tako mimo/.../ Mož je imel dvakrat raka in je bilo vse to hujše/.../ Pač po sili razmer. Drugače se pa tudi ne spomnim, ker je bil mož na prvem mestu, ne.” (U4)

Za mnoge je bolezen pomenila prevrednotenje življenja. Pravijo, da so postali bolj sočutni, potrpežljivi in razumevajoči do drugih. Iz tega sklepamo, da so razširili svoj sistem vrednot. Zdravja ne dojemajo več kot samoumevnega. Eden izmed uporabnikov zdravje doživlja tako:

“Človek, ko je zdrav/.../ Ni zastoj rečeno tisto, ko si zdrav, imaš tisoč želja, ko si bolan, samo eno.” (U2)

Nekaj izmed udeležencev občasno izgubi voljo do življenja in išče smisel življenja s kronično boleznijo.

“Tako, da potem sem začel razmišljat zakaj sploh še živim/.../ Zgubiš voljo do življenja pa vse.” (U9)

Spremenjeni okupacijski vzorci

Skoraj polovica (štirje od devetih) udeležencev je spremenila svoje prehranjevalne navade. Ugotovili so, da hrana, ki jo uživajo, vpliva na njihovo počutje, zato želijo jesti bolj zdravo. Eden izmed njih se je odpovedal tudi uživanju alkohola. Večina je spremenila svoj življenjski slog. Pravijo, da več in bolje skrbijo zase, mnogi so v svoj vsakdan vnesli zmerno telesno aktivnost.

“Res gledaš kaj boš pojedel, gledaš da ti to čim manj škoduje in gledaš/.../ Predvsem odpreš oči, gledaš da tisto kar misliš, da ti bo spodbudilo tole bolezen, pač ne bo šlo. Gledaš da tisto, kar res ni zdrava hrana/.../ Pač izogibaš se temu, mastnemu recimo.” (U2)

Pri vseh uporabnikih je prišlo do spremembe okupacij. Mnogi so si z namenom samostojnega izvajanja aktivnosti oblačenja in obuvanja prilagodili obutev in zamenjali oblačila (izogibajo se gumbov). Udeleženec si sedaj zavezuje vezalke tako, da z eno nogo stopi na stopnico in tako lažje doseže čevlji. Udeleženka si zapenja modrček s sprednje strani, saj je zapenjanje na zadnji strani zaradi zmanjšanega obsega giba v ramenskem obroču nemogoče.

Mnogi so zaradi bolezni spremenili vsakodnevno izvajanje aktivnosti. Veliko jih je spremenilo izvajanje transferjev. Udeleženka je spremenila način vstajanja s postelje, sedaj vstaja z obračanjem na bok. Druga udeleženka pa je spremenila transfer v kad, tako, da se usede na rob in nato vsako nogo posebej premakne v kad. Ena izmed udeleženk se je v trgovini soočala s težavo pobiranja malih kovancev. Sedaj za pobiranje drobnih predmetov uporablja lepilni trak in pri tem ostaja samostojna. Udeleženka je morala spremeniti tudi igro z vnukom, ki sedaj ni več fizično aktivna.

Pri mobilnosti je prav tako prišlo do velikih sprememb. Udeleženec sedaj vozi avto z avtomatskim menjalnikom. Mnogi so morali časovno in količinsko omejiti izvajanje določene aktivnosti, kot so hoja v hribe in vožnja z avtomobilom ali motorjem. Nekateri daljših voženj ne zmorejo več in posledično večkrat ostanejo doma.

Več kot polovica (šest od devetih) udeležencev pri nakupovanju, nošenju vrečk, tuširanju, sesanju, pomivanju, prevozu, težjih gospodinjstvih delih, kmetijstvu, celo aktivnemu starševstvu potrebuje pomoč družine, prijateljev ali sosedov. Ena izmed udeleženk je povedala, da ji družina včasih nudi pomoč, tudi kadar je ne potrebuje. Takrat si želi aktivnosti izvajati samostojno:

“Kaj jaz vem, vsi so se, meni se zdi, spremenili. Kako naj rečem, vse delajo meni na roko in pomagajo vsi, kolikor lahko, a jaz se ne dam, da mi pomagajo. Oni večkrat rečejo saj ti lahko sama, seveda lahko in ne dam se, ne. Nisem jaz tako stara, da bi se pustila.” (U7)

Uporaba pripomočkov

Dva od uporabnikov uporabljata pripomoček za hojo (bergle). Ena od udeleženk uporablja tudi pripomoček za odpiranje kozarcev, ob akutnem vnetju je uporabljala prilagojen nož za rezanje. Eden izmed udeležencev prav tako uporablja bergle, vendar le ob zagonih boleznih. Ostali pripomočkov ne uporabljajo.

Zamenjava in/ali opustitev okupacij

Skoraj vsi (osem od devetih) udeleženci so omenili zamenjavo okupacij. Polovica udeležencev več bere. Hojo v hribe ali tek so zamenjali za krajše sprehode, sobno kolesarjenje ali drugo vrsto vadbe. Ena izmed udeleženk sedaj kleklja in izdeluje čipke:

“Še zmeraj hočem isto, kot sem včasih. Recimo, zdaj sem se naučila klekljat, ne, ker prej nisem. Take stvari. In se trudim in mi gre dobro.” (U4)

Skoraj polovica (štirje od devetih) udeležencev je opustila nekatere aktivnosti oz. okupacije. Udeleženka je zaradi zmanjšane spretnosti rok opustila kvačkanje in vezenje. Večina jih je opustila daljše izlete in hojo v hribe. Udeleženec ne hodi več na izlete:

“Na morje ne morem it, si tudi ne upam odkar imam bolezen. Ker tudi z avtobusa težko grem. Prej sem hodil na izlete, zdaj pa ne. Vsi bi mene gledali.” (U8)

RAZPRAVA

Kvalitativna analiza je potrdila, da se udeleženci raziskave soočajo s spremembami v vsakodnevnih okupacijah, ki so posledica RA. Kronična bolezen je za posameznika huda življenjska prelomnica. Kronični bolniki morajo zato obvladovati tri pomembne strategije v svojem življenju: najti smisel življenja kljub trajni oviranosti, spremeniti prioritete in ponovno izgraditi samopodobo (Charmaz, 2003 po Kregelj, 2015; Radley, 1995 po Kregelj, 2015). Nekateri izmed udeležencev so priznali, da se pri iskanju smisla v življenju z boleznijo soočajo z velikimi težavami. Prav tako so nekateri imeli težave pri sprejemanju svoje samopodobe.

Kregljeva (2015) v svoji raziskavi ugotavlja, da so udeleženci z RA, ki so bolj izobraženi, iskali podatke o bolezni in se tako lažje soočali z njo. Poznavanje bolezni pripomore k sprejemanju bolezni, reševanju problemov, ki jih bolezen prinaša in lažje sprejemanje okolice. V naši raziskavi večina udeležencev ob pojavu bolezni ni poznala RA, zato so pogosto občutili strah pred boleznijo, nekateri so se bolezni sramovali in posledično nekatere aktivnosti oz. okupacije opustili.

Več avtorjev (Kregelj, 2015; Bohle, 2013) navaja, da se občutki zmedenosti, nemoči, strahu in nezmožnosti identificiranja z drugimi omilijo, če oseba živi v spodbudnem okolju oz. ima stike s pomembnimi drugimi osebami (družina, prijatelji, sosedge). Bližnji ne nudijo samo fizične pomoči, ampak tudi emocionalno in duhovno podporo. Če je oseba vključena v socialno okolje, ohranja socialne stike, uporablja vire vsakdanjega življenja in aktivno živi vsakdanje življenje (Kregelj, 2015). Udeleženci raziskave so večinoma ohranjali iste medsebojne odnose, kot pred boleznijo. Le pri eni udeleženci je bolezen povzročila razdor partnerstva. Ostali imajo veliko podporo in pomoč partnerjev. Raziskava (Ferreira et al., 2016) je pokazala, da dobri medsebojni odnosi pozitivno vplivajo na z zdravjem povezano kvaliteto življenja. Ločene in ovdovele osebe svoje zdravje ocenjujejo slabše, kor samski

in poročeni. Pri populaciji z RA je vpliv še večji, saj tako samski kot poročeni svoje zdravje ocenjujejo 13 % slabše od splošne populacije z enakim stanom.

Največ težav so uporabniki z RA izpostavili na področju skrbi zase. Köybaş (2011) je s pomočjo Health Assessment questionnaire (HAQ) raziskovala probleme pri opravljanju aktivnosti s področja skrbi zase pri osebah z RA. Ugotovila je, da imajo osebe največ težav z rezanjem mesa in usedanjem ter vstajanjem s stranišča. Tudi udeleženci v naši raziskavi so najpogostejše izrazili težavo z uporabo stranišča, kar nekaj pa jih je omenilo, da težko uporabljajo pribor in režejo hrano. Ferreira et al. (2016) so v raziskavi ugotovili, da imajo osebe z RA v primerjavi s splošno populacijo več težav na področju mobilnosti in skrbi zase. To so potrdili tudi udeleženci v naši raziskavi, saj pred boleznijo niso imeli teh težav. Osebe z RA imajo z napredovanjem bolezni večje tveganje za doživljanje funkcionalne nezmožnosti, ki vodi k brezposelnosti, zmanjšani delovni produktivnosti, večjim stroškom zdravljenja in vpliva na kvaliteto življenja (Ji et al., 2017). Pri delovni populaciji RA pogosto povzroča dolgotrajno bolniško odsotnost z dela, nezaposljivost in zgodnjo upokojitev (Hansen et al., 2017). Nepoznavanje bolezni se kaže tudi na delovnem področju človekovega delovanja. Ena izmed udeleženk se sooča s problemom nezaposljivosti in premajhne informiranosti delodajalcev o bolezni. Ostali z delodajalci niso imeli negativnih izkušenj, saj poznajo bolezen, so razumevajoči in so delavcu/ki prilagodili urnik ter mu/ji omogočili več odmorov. Tako oseba z RA še vedno čuti pripadnost, ima socialno mrežo, opravlja svojo okupacijo, ima občutek koristnosti in ne izgubi dnevne rutine (Kregelj, 2015).

Kvaliteta življenja pri bolnikih z RA je odvisna od stalnega iskanja ravnotežja med idealnim in realnim življenjskim stilom. Telesna aktivnost in zdrava prehrana izboljšujeta kvaliteto življenja, medtem ko kajenje vpliva na slabo prognozo bolezni in zmanjšuje učinke zdravlil. Osebe z RA bi potrebovale več informacij o vplivu teh navad na potek bolezni (Malm et al., 2016). Švedska raziskava (Bergman et al., 2013) je ugotovila, da zmerno uživanje alkohola zavira aktivno delovanje RA in zvišuje kakovost življenja, vendar to velja samo za ženski spol. Slabost raziskave je, da v ozir niso vključili socialnega konteksta. Večina udeležencev v naši raziskavi je spremenila svoj življenjski slog. Predvsem so spremenili/izboljšali prehrano ter uvedli zmerno in redno telesno aktivnost. Eden izmed udeležencev je prenehal uživati alkohol.

Zaradi posledic bolezni je izvedba nekaterih aktivnosti otežena ali onemogočena. Zato osebe prilagodijo ali zamenjajo aktivnost, prilagodijo izvedbo aktivnosti ali pa uporabljajo pripomoček. V skrajnem primeru oseba začne opuščati vsakodnevne aktivnosti in okupacije (Kregelj, 2015). To so potrdili tudi udeleženci v naši raziskavi. Nekateri so začeli izvajati nove aktivnosti, ki jih pred boleznijo niso (branje, sprehodi) in s tem ohranjajo okupacijsko ravnovesje. Raziskava (Wagman, Hakansson, 2014) je pokazala, da obstaja močna povezava med samooceno zdravja in zadovoljstvom z življenjem, kar podpira povezavo med okupacijskim ravnovesjem in zdravjem.

Pričakovali smo večjo uporabo pripomočkov, uporabljata jih le dva udeleženca. Razlog je lahko v tem, da si je večina udeležencev, v kolikor aktivnosti niso opustili, dobro prilagodila aktivnosti in zato pripomočkov ne potrebujejo. Drug razlog pa je nepoznavanje pripomočkov oz. njihove uporabe (Marušič, Istenič, 2012).

SKLEP

Pridobljeni rezultati potrjujejo, da osebe z RA zelo različno doživljajo spremembe okupacij in aktivnosti, vendar se morajo vsi soočiti z izzivom ponovnega vzpostavljanja okupacijskega ravnovesja. Nekatere udeležence želja po izvajanju določenih okupacij vodi v iskanje prilagoditev, drugi okupacije hitro opustijo in jih zamenjajo z novimi. Zasledili smo pomanjkanje informiranosti uporabnikov o možnostih uporabe pripomočkov. Prav tako večina uporabnikov ob izbruhu bolezni ni imela prave predstave o bolezni, kar otežuje soočanje z boleznijo. Informiranost javnosti o RA bi lahko pripomogla k lažjemu soočanju uporabnikov z boleznijo. Zelo pomembna je informiranost delodajalcev, ki osebi z RA z različnimi prilagoditvami omogoča izvajanje dela. Ugotovili smo, da sta fizična in emocionalna pomoč bližnjih, ki olajšata sprejemanje bolezni in izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, za uporabnike zelo pomembni.

LITERATURA

- AOTA - American occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and Process. 3th edition. Am J Occup Ther 68 (1): 1-48.
- Bergman S, Symeonidou S, Andersson ML, Söderlin MK, BARFOT study group (2013). Alcohol consumption is associated with lower self-reported disease activity and better health-related quality of life in female rheumatoid arthritis patients in Sweden: data from BARFOT, a multicenter study on early RA. Bmc Musculoskel Dis, 14: 218. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-218>.
- Bohle LF (2013). Stigmatization, discrimination and illness. Universitätsverlag Göttingen. 23-4.
- Ferreira PL, Gonçalves SP, Ferreira LN et al. (2016). Assessing quality of life of self-reported rheumatic patients. Rheumatol Int 36 (9): 1265-74.
- Hansen SM, Hetland ML, Pedersen J, Østergaard M, Ruba, TS, Bjorner JB (2017). Work ability in rheumatoid arthritis patients: a register study on the prospective risk of exclusion and probability of returning to work. Rheumatology 56 (7): 1135-43.
- Ji J, Zhang L, Zhang Q et al. (2017). Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis. Health Qual Life Out 15 (1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0659-z>.
- Kielhofner G (2008). A model of human occupation: Theory and application. 4th edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Köybaşı M (2011). Problems of self-care activities encountered in rheumatoid arthritis and their relationship with disease activity and hand deformity. Turk J Rheumatol, 26 (2): 89-93.
- Kregelj L (2015). Izkušnja doživljanja kronične bolezni in strategije soočanja z njo. Družboslovne razprave 31 (78): 41-59.
- Malm K, Bremander A, Arvidsson B, Andersson ML, Bergman S, Larsson I (2016). The influence of lifestyle habits on quality of life in patients with established rheumatoid arthritis - A constant balancing between ideality and reality. Int J Qual Stud Heal 11 (1): 1-10. doi: <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30534>.
- Marušič V, Istenič A (2012). Revmatoidni artritis in dnevne aktivnosti - primerjava med spoloma. In: Tomšič M, Rugelj D, Domajnko B, Šušteršič O, eds. Posvetovanje: Delovna terapija - stroka sedanosti. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 131-40.
- McDonald HN, Dietrich T, Townsend A, Li LC, Cox S, Backman CL (2012). Exploring occupational disruption among women after onset of rheumatoid arthritis. Arthritis care res 64 (2): 197-205.
- Mesec B (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Ottenvall HI, Håkansson C (2013). The importance for daily occupations of perceiving good health: Perceptions among women with rheumatic diseases. Scand J Occup Ther 20 (2): 82-92.
- Rotar Pavlič D (2012). Kvalitativna metodologija v slovenski medicini. Zdravje in bolezen v kvalitativnem raziskovanju. In: Adam F, Hlebec V, Kavčič M in sod. Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize, 43-64.

RAZVOJ SLOVENSKEGA VPRAŠALNIKA ZA OCENJEVANJE OTROKOVE PREDELAVE SENZORNIH PRILIVOV

DEVELOPMENT OF A SLOVENIAN QUESTIONNAIRE FOR EVALUATING THE PROCESSING OF SENSORY INPUTS IN PRESCHOOL CHILDREN

mag. Nevenka Gričar¹, dipl. del. ter., prof. def.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Poleg kliničnih opazovanj in drugih formalnih testov mora delovni terapevt pridobiti informacije od staršev, skrbnikov in drugih strokovnjakov. Namen tega prispevka je predstaviti začetno fazo razvoja Vprašalnika o otrokovi predelavi senzornih prilivov za predšolske otroke (VOP-SIP-p). V pilotni fazi raziskave so bili pridobljeni podatki za 90 predšolskih otrok. **Metode:** VOP-SIP-p je vprašalnik za starše otrok starih med 4 in 5 let. Pilotna verzija vprašalnika vsebuje 113 trditev, ki so razdeljene v 7 področij (vestibularno, proprioceptivni, ideje in načrtovanje gibanja, dotik, sluh, vid, voh in okus). Prva verzija je bila poslana sedmim delovnim terapevtom, ki imajo certifikat za izvajanje terapije senzorne integracije, da so podali svoje strokovno mnenje o vprašalniku. **Rezultati:** Zanesljivost VOP-SIP-p je 0,904. Na podlagi mnenja terapevtov, ki so sodelovali, in komentarjev, ki so jih starši podali pri vsaki postavki glede razumljivosti, smo pridobili usmeritve, katere postavke bi bilo smiselno izključiti iz vprašalnika ali pa preoblikovati. **Sklep:** Predstavljen vprašalnik, ki je še v razvoju, bo pomemben prispevek v slovenski delovni terapiji.

Ključne besede: delovna terapija, predšolski otroci, ocenjevanje, senzorna integracija

ABSTRACT

Introduction: Besides clinical observations and other formal tests, the occupational therapists must obtain information about children from their parents, care providers and various other experts. The purpose of this paper is to present the initial phase of the development of the Questionnaire evaluating the processing of sensory inputs in preschool children (Vprašalnik o otrokovi predelavi senzornih prilivov za predšolske otroke (VOP-SIP-p)). **Methods:** VOP-SIP-p is a questionnaire for parents of children aged between 4 and 5 years. The pilot version of the questionnaire contains 113 items divided into 7 sections (vestibular, proprioceptive, ideation and motor planning, tactile, auditory, visual, gustatory and olfactory). The first version of the questionnaire was piloted with seven occupational therapists, possessing certification in sensory integration in order to obtain estimates about several characteristics of the questionnaire. **Results and discussion:** The reliability of VOP-SIP-p is 0.904. On the basis of the therapists' expert opinion and parents' comments on each item relating to comprehensibility, the authors could develop guidelines for the exclusion or modification of some questionnaire items. **Conclusion:** VOP-SIP-p will be an important contribution to Slovenian occupational therapy.

Key words: occupational therapy, pre-school children, assessment, sensory integration

IZHODIŠČA

Teorijo in pristop senzorne integracije (SI) je uvedla in razvila delovna terapevtka dr. J.A. Ayres. Pristop je znan kot »Ayres Sensory Integration« (ASI)®.

Senzorna integracija je nezaveden možganski proces, ki organizira posameznikovo raznoliko zaznavanje za primerno in učinkovito delovanje, loči pomembne informacije od nepomembnih, omogoča oblikovanje ustreznega odgovora na določeno situacijo ter gradi osnovo za šolsko učenje in socialno vedenje (Ayres, 2005). Optimalen razvoj senzorne integracije je temelj za prilagoditev odzivov na izzive, ki jih nalagata okolje in učenje, zato lahko motnja senzorne integracije otroke ovira pri njihovi participaciji v šolsko in domače okolje (Spitzer in Smith Roley, 2001; Biel in Peske, 2005; Posatery Burke, 2001; Ayres, 2008).

Za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave je zelo pomembno, da v fazi evalvacije uporabimo relevantne ocenjevalne instrumente. Pri zbiranju podatkov v pristopu senzorne integracije se delovni terapevti poslužujemo intervjuja s starši, različnih vprašalnikov za starše in vzgojitelje/učitelje, kjer izpolnjevalci označijo kako pogosto se doma/šoli pojavlja določeno vedenje, kliničnega opazovanja, standardiziranih testov ipd. (Dunn, 1994; Bundy, 2001; Roley, 2001; Schaaf, 2015). Parham et al. (2011) so oblikovali merila (»Fidelity Measure«), ki jih je potrebno upoštevati pri izvajanju ASI terapije, in sicer: strukturni in procesni elementi. Dve izmed postavk strukturnih elementov sta delovnoterapevtsko ocenjevalno poročilo, ki mora med drugim vsebovati podatke o otrokovem delovanju v domačem okolju, in komunikacija s starši, ki je pomemben vir pri pridobivanju informacij o otrokovem delovanju. Informacije, ki jih pridobimo s strani staršev, predstavljajo njihovo opažanje otrokove participacije, ki je sicer lahko subjektivno in se lahko razlikuje od informacij, ki jih pridobimo iz drugih virov. Kljub subjektivnosti so te informacije zelo pomembne. Za povečanje objektivnosti in pridobitve bolj kompleksne slike o otrokovem delovanju je nujno pridobiti informacije še s pomočjo drugih ocenjevalnih instrumentov.

V zadnjih desetih letih je na področju poznavanja senzorne integracije med različnimi strokovnjaki v Sloveniji prišlo do velikih sprememb glede večje prepoznavnosti in uporabe terapije senzorne integracije. V tem času je 40 delovnih terapevtov (3 fizioterapevti in 3 logopedi) zaključilo izobraževanje in pridobilo specialna znanja za izvajanje terapije senzorne integracije po Ayresovi (ASI).

Zato se je tudi v Sloveniji pojavila potreba po vprašalniku, s katerim bi starši poročali o posebnostih svojega otroka v vsakdanjem življenju, ki so lahko posledica motnje senzorne integracije. Na tujih tržiščih so sicer na voljo standardizirani vprašalniki v tujih jezikih, a ker je pridobivanje licence dolgotrajen in drag postopek, smo se v sodelovanju s Centrom za psihodiagnostična sredstva odločili, da razvijemo slovenskega.

Namen tega prispevka je predstaviti začetno fazo razvoja Vprašalnika o otrokovi predelavi senzornih prilivov za predšolske otroke (VOP-SIP-p), ki ga razvija avtorica tega prispevka s kolegico Andrejo Kovačič v sodelovanju s Centrom za psihodiagnostična sredstva Ljubljana. Vzporedno razvijamo tudi Vprašalnik za šolsko populacijo (6 do 10 let), ki pa v tem prispevku v nadaljevanju ne bo predstavljen. V začetni fazi smo postavili naslednje cilje: a) oblikovati nabor vedenjskih postavk, kjer se običajno pri otrocih z motnjo senzorne integracije pojavljajo posebnosti; b) preveriti vsebinsko veljavnost vprašalnika c) preveriti razumljivost postavk in oblikovati navodila za izpolnjevanje vprašalnika d) preveriti notranjo veljavnost vprašalnika in deskriptivno statistiko na vzorcu tipičnih otrok.

METODE

Prvotni nabor postavk smo oblikovali s pomočjo teoretičnega in praktičnega znanja ter že obstoječih vprašalnikov v angleško govorečih državah (Bundy et al., 2002; Ayres, 2005; Roley et al., 2001; Kuhaneck et al., 2007; Ecker in Parham, 2010; Dunn, 1999).

Začetno verzijo z 124 postavkami smo poslali šestim slovenskim terapevtom (4 delovne terapevtke, ena fizioterapvetka in ena logopedinja), ki so v letu 2013 pridobili potrdilo za izvajanje ASI terapije. V poslani verziji so bile postavke navedene v naključnem zaporedju in niso bile razvrščene v posamezne sklope oz. senzorne sisteme, saj smo želeli od terapevtov pridobiti tako informacijo o pomembnosti posamezne postavke pri ocenjevanju otroka, kjer je sum na motnjo senzorne integracije kot tudi njihovo strokovno presojo glede sklopa, ki ga posamezna postavka ocenjuje. Na podlagi njihove strokovne presoje smo spremenili začetno verzijo vprašalnika, zato je pilotna verzija VOP-SIP-p vsebovala 113 postavk. Na prvi strani vprašalnika smo pridobili informacije o otroku (spol otroka, datum rojstva, datum izpolnjevanja, starost (v letih in mesecih) in kdo izpolnjuje obrazec. Dodana so bila tudi navodila za izpolnjevanje vprašalnika. Drugi del vprašalnika je sestavljen iz manjših vsebinskih sklopov (ravnotežje – 24 postavk, zavedanje telesa – 15, ideje in načrtovanje gibanja – 25, dotik – 18, sluh – 14, vid – 9 ter vonj in okus – 8 postavk), s pomočjo katerih smo pridobili podatke o otrokovi predelavi senzornih prilivov. Anketiranci (starši) so z 'x' označili odgovor, ki najbolj opiše otrokovo delovanje v vsakdanjem življenju. Odgovore (nikoli, redko, včasih, pogosto, vedno) smo spremenili v številčno oceno, kjer ocena 5 predstavlja, da ima posameznik pri posamezni postavki težave, kar smo določili na podlagi teorije in strokovnih izkušenj. Pri večini postavk smo številčno lestvico oblikovali tako, da je predstavljal odgovor nikoli = 1, nekatere postavke pa so bile obrnjene, saj je odgovor nikoli = 5. Tretji del vprašalnika je sestavljen iz petih vprašanj, na podlagi katerih smo pridobili podatke o prostočasnih dejavnostih, tedenski uporabi računalnika in televizije, tedenskem času, namenjenem gibalnim aktivnostim ter o opaženih posebnostih pri otroku.

Z neslučajnostnim - priložnostnim vzorčenjem smo od staršev 90 tipičnih otrok med 4. in 5. letom starosti (42 deklic in 48 dečkov) najprej pridobili soglasje za sodelovanje in v naslednji fazi posredovali vprašalnik v tiskani obliki.

Za otroke so v obdobju od oktobra 2015 do marca 2016 vprašalnik izpolnjevali njihovi starši oziroma oseba, ki otroka dobro pozna (poleg staršev sta v naši raziskavi informacije posredovali teta in babica). Od sto razdeljenih vprašalnikov smo dobili 90 izpolnjenih. Realizacija vzorca je bila 90 % (Zadravec in sod., 2017).

Zbiranje podatkov je potekalo v okviru izdelave diplomskega projekta študentk Študijskega programa Delovne terapije, Zdravstvena fakulteta Ljubljana.

V tem prispevku bomo predstavili podatke o tistem delu vprašalnika, ki se nanaša na vedenjske postavke.

Zanesljivost anketnega vprašalnika smo preverjali za vsak vsebinski sklop ločeno in za celoten vprašalnik, ki vsebuje vedenjske postavke. Cronbach alfa (α) se je po posameznih sklopih gibal v razponu od 0,492 do 0,893; za vse postavke skupaj pa je 0,904. Nizek α je v tistih sklopih, ki vsebujejo manj postavk (9 ali 8), kar je eden izmed dejavnikov, ki zmanjša α . Kuhaneck s sodelavci (2007) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je del vprašalnika, ki je vseboval postavke povezane s socialno participacijo imel višjo notranjo skladnost kot del, ki je vseboval postavke, ki preverjajo senzorno predelavo. Domnevajo, da je mogoče

konstrukt senzorne predelave težje meriti kot socialno participacijo, saj se spreminja znotraj in med posameznimi senzornimi sistemi in okolji.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Vzorec smo razdelili na 4 starostne skupine (tabela 1).

Tabela 1: Struktura vzorca po starostnih skupinah

Starost v mesecih	Frekvenca
48 do 53	28
54 do 59	30
60 do 65	22
66 do 72	10
Skupaj	90

Iz tabele 2 vidimo, da z vedenjem, ki je omenjeno v posameznih postavkah tipični otroci iz našega raziskovalnega vzorca nimajo težav – tu smo postavili kriterij, da je moralo 75% in več staršev označiti pogostost vedenja kot nikoli, redko ali včasih (pri obrnjenih postavkah vedno, pogosto ali včasih). Od 113 postavk je bil delež prisotnosti opisanega vedenja v smer opozarjanja na težave pri 6-ih postavkah (5%). Na področju ravnotežja izstopajo samo tri postavke in sicer R1: »Išče gibanje (npr. visenje, tek, skakanje)«, R 3: »Ko izgubi ravnotežje, ne pade.«, R 12: »Veliko skače po postelji in podobni podlagi«. Glede na teorijo SI naj bi vedenje, ki je opisano pri R 1 in R 12, bilo znak iskanja vestibularnih dražljajev, zato smo presenečeni, da je v tipičnem vzorcu prisotno takšno vedenje v takšni meri (aritmetična sredina (M) = 3,57 oz. 3,76 in mediana je 4). Več kot 60% otrok torej pogosto ali vedno išče takšno vedenja. Mogoče je to povezano z večjo pojavnostjo motnje pozornosti in hiperaktivnosti v zadnjem desetletju (Pastor, 2015).

Na podlagi mnenja terapevtov, ki so bili vključeni, in komentarjev, ki so jih starši podali pri vsaki postavki glede razumljivosti, smo pridobili usmeritve, katere postavke bi bilo smiselno izključiti iz vprašalnika ali pa preoblikovati. Končno odločitev pa smo sprejeli po nadaljnji analizi s pomočjo faktorske analize.

Tabela 2: Delež otrok ki ima težave z opisanim vedenjem

Postavka	%
Ravnotežje (R)	
Išče gibanje (npr. visenje, tek, skakanje).	36,7
Pri vrtenju na vrtiljaku mu je slabo.	97,8
Ko izgubi ravnotežje ne pade.	56,7
Težko sedi vzravnano.	86,7
Kadar nima nog na tleh ali podlagi je napet, prestrašen	100,0
Pred dvigali ali tekočimi stopnicami ga je strah.	98,9
Ne gre rad na igrala, ki se premikajo (npr. gugalnico, vrtiljak).	95,6
Ima dobro ravnotežje.	94,4
Izogiba se skakanju iz višine (npr. s postelje, stopničke).	95,6
Ustraši se, ko mu nenadoma spremeniš položaj (npr. ko ga dvignemo nad glavo)	97,8

Je neroden.	95,6
Veliko skače po postelji ali podobni podlagi.	34,4
Pri sedenju za mizo ima slabo držo telesa.	90,0
Ob padcu se ne ujame na roke.	88,9
Pri striženju ne uporablja obeh rok.	80,0
Pri sedenju na stolu ali na tleh je nemiren.	86,7
Vrti se okrog svoje osi.	83,3
Med sedenjem se guga naprej in nazaj (npr. med gledanjem TV).	96,7
Med obrokom ali opravljanjem naloge veliko vstaja s stola, se premika.	83,3
Kadar mora hkrati uporabljati obe roki, ima težave.	95,6
<i>Išče aktivnosti, kjer mora loviti ravnotežje (npr. hoja po robnikih).</i>	85,6
Boji se višine.	95,6
Pri hoji po stopnicah navzdol se drži ograje.	88,9
Izogiba se plezanju.	94,4
Zavedanje telesa (ZT)	
Pri risanju prešibko pritiska na podlago.	95,6
Pri risanju premočno pritiska na podlago.	84,4
Pogosto zlomi igrače ali predmete, ker uporablja preveč moči.	96,7
Nagnjen je k nesrečam, se spotika.	98,9
Predmeti mu hitro padejo iz rok.	96,7
Z vidom spremlja gibanje svojega telesa (npr. pri hoji po stopnicah ali po lestvi navzdol gleda noge, gleda roko pri seganju do police).	68,9
V primerjavi z vrstniki je pri gibalnih aktivnostih manj vzdržljiv (hitreje utrujen).	97,8
Namerno pada ali se prevrne.	93,3
Pri igri je nenamerno grob (npr. premočno stisne, vrže).	95,6
Ima težave s skakanjem, poskakovanjem ali tekom.	93,3
<i>Raje ima igre na igrišču (oz. v gibanju) kot sedeče aktivnosti.</i>	85,6
Žveči pisala, obleke, igrače ipd.	94,4
Izogiba se aktivnostim, ki vsebujejo natančne prijeme s prsti (npr. prijemanje figuric, pobiranje kovancev)	98,9
Hodi po prstih.	93,3
Ne zmore biti nežen pri ravnanju z živalmi (npr. pri božanju).	97,8
Ideje in načrtovanje gibanja (ING)	
Igra se iste igre.	80,00
Če neka dejavnost nima vnaprej napovedanega konca, jo težko zaključi.	88,89
Pri nalivanju ali nošenju poliva tekočino.	96,67
<i>Ima ideje za reševanje težav.</i>	90,00
Potrebuje več časa, da se nauči neko gibalno aktivnost (npr. zavezovanje, pisanje, lovljenje žoge).	88,89
Ni spreten pri držanju svinčnika ali barvice.	93,33
Spusti ali zamenja korake v vsakodnevni aktivnosti (npr. pri oblačenju).	92,22
Ima težave pri zapenjanju ali zavezovanju.	88,89
Ne zaključi aktivnosti, ki ima več korakov.	92,22
Težave ima pri posnemanju gibanja (npr. gibalne igre, ples).	97,78
Ne zna se sam gugati na gugalnici.	87,78
Ima raje sedeče aktivnosti kot gibalne oz. igre na igrišču.	94,44
Težave ima pri sestavljanju po narisanih navodilih.	87,78

Na igrišču je ves čas na enem igralu.	98,89
Če mu pokažeš že sestavljen predmet, zna sestaviti enakega.	92,22
Za svojo starost se igra preveč enostavne igre.	94,44
Ne pleza rad (npr. na mizo, lestev, igrala, plezala).	96,67
<i>Zlahka sprejme spremembe igre (poseganje v igro).</i>	86,67
Novi aktivnosti se skuša izogniti tako, da raje govori o njej kot jo izvaja.	96,67
<i>Predmete uporablja skladno z njihovim namenom.</i>	98,89
<i>Sam začne z novo aktivnostjo.</i>	94,44
Ima težave pri uporabi jedilnega pribora.	96,67
Pri aktivnostih, ki zahtevajo drobne gibe rok (npr. radiranje, striženje), dela grimase ali premika jezik.	90,00
Upira se sodelovanju pri skupinskih športnih igrah.	95,56
Nima rad igre z žogo.	91,11
Dotik (D)	
Ne mara, da se mu strižejo nohti ali lasje.	94,4
Zaradi notranje etikete na oblačilu postane razdražen, nemiren.	97,8
Ne mara imeti umazanih rok (npr. prstne barve, lepilo, plastelin).	76,7
Vsega se dotakne.	42,2
Nima rad nepričakovanih dotikov ali objemov.	91,1
Na mara hoditi bos (npr. po pesku, travi).	95,6
Umakne se, ko se ga kdo dotakne.	98,9
Postane vznemirjen ob nekaterih materialih oblačil.	100,0
Izogiba se igračam ali predmetom iz določenega materiala.	100,0
Ko si umiva zobe, se mu spahuje.	98,9
Ne mara tuširanja.	97,8
Zelo ga moti, če se ga poškropi z vodo.	91,1
Poškodb ali ran ne zazna takoj oz. jih sploh ne občuti.	93,3
<i>Prepozna znan predmet v roki ne da bi ga pogledal.</i>	90,0
<i>Že ko se rahlo udari, zajoka ali išče tolažbo.</i>	81,1
<i>Pokaže mesto dotika ne da bi pogledal, kjer se ga je nekaj rahlo dotaknilo.</i>	76,7
Izogiba se dotikanju testa, prstnih barv ali umazanih stvari.	97,8
Občuti, če ima narobe obute čevlje.	83,3
Sluh (S)	
Se ne odzove na klic.	80,0
Sliši dobro, ampak postane zmeden v glasnih prostorih.	98,9
Postane vznemirjen (npr. drži roke čez ušesa, joka) ob glasnih zvokih.	94,4
Občutljiv je na hrup.	97,8
Sliši zvoke, ki jih drugi ne.	92,2
Pritegnejo ga zvoki, ki jih drugi ne zaznajo.	94,4
Ko je v prostoru tišina, govori sam s sabo ali proizvaja zvoke oz. glasove.	77,8
Lažje zaspi, če so v prostoru prisotni zvoki.	91,1
Med spanjem potrebuje določene zvoke v prostoru (npr. glasba, šum aparatov, ...).	94,4
Ne spi, če je v prostoru zvok.	85,6
Odzove se na ime, čeprav so v prostoru še drugi zvoki.	95,6
Odzove se na zvoke v prostoru (npr. zvonec, padec predmeta).	96,7
Zmotijo ga zvoki iz okolja, katerih drugi ne zaznajo.	91,1

Zvoki iz ozadja (npr. hladilnik, neonske luči, fen) ga vznemirijo.	98,9
Vid (V)	
Rad se igra v temi.	93,3
Opazi podrobnosti v prostoru.	25,6
<i>Izmed več igrač najde želeno igračo ali predmet.</i>	96,7
Zmotijo ga podrobnosti v prostoru.	95,6
Ni mu všeč, če ima pokrite oči.	77,8
Moti ga močna svetloba.	92,2
V temnem okolju postane vznemirjen.	92,2
Izogiba se očesnemu kontaktu.	94,4
Uživa v gledanju vrtečih ali gibajočih se predmetov.	53,3
Vonj in okus (VO)	
Predmete ovohava.	80,0
Na nekatere vonje se pretirano odzove.	93,3
Izogiba se določenim vonjem.	97,8
Na okus ali gostoto določene hrane se pretirano odzove.	90,0
Izogiba se okusom ali gostoti določene hrane.	90,0
Ima težave pri hrani, ki vsebuje koščke.	97,8
<i>Rad ima hrustljivo hrano.</i>	87,8
Liže ali sesa predmete.	91,1

Krepko so označeni odstotki, ki so višji od 75%.

Ležeče so označene obrnjene postavke (nikoli=5 in vedno=1).

Pri postavki R3: »Ko izgubi ravnotežje, ne pade« je rezultat (ta postavka vedno, pogosto ali včasih drži za 56% otrok oz. $M = 3,19$) lahko zaradi negativno oblikovane postavke povezan z nerazumevanjem, saj so starši pogosto to napisali v komentarju (npr. »nisem prepričan, če pravilno razumem«; »redko pade« ipd.).

Na področju proprioceptivne predelave (zaznavanja telesa) je samo pri postavki ZT 6: »Z vidom spremlja gibanje svojega telesa« delež otrok, kjer se nikoli, redko ali včasih pojavlja to vedenje nižji od kriterija 75%, vendar je še vedno 68,9% otrok takšnih, ki s tem nima težav. Otroci, ki imajo težave z zavedanjem lastnega telesa namreč kompenzirajo to z vidom.

Pri sklopu dotika izstopa D4 (»Vsega se dotakne«), kjer je 42,2 % takšnih otrok, za katere to ne velja, več kot polovica otrok pa se vsega dotakne, kar je lahko posledica tega, da otroci v predšolskem obdobju pogosto še raziskujejo z rokami. Dunnova (1994) je sicer ugotovila, da je za 76,6% tipičnih otrok v njeni raziskavi (od 3 do 10let) redko ali nikoli prisotno vedenje: »Vedno se dotika predmetov/ljudi«.

Na področju vidne predelave izstopa V2: »Opazi podrobnosti v prostoru« in V9: »Uživa v gledanju vrtečih ali gibajočih se predmetov«. Tudi v raziskavi od Dunn (1994) je bilo pogosto vedenje pri tipičnih otrocih: »pozorno in intenzivno gleda predmete/ljudi«.

Tabela 2: Odstotki tipičnih otrok, ki nikoli, redko ali včasih (oz. pri obrnjenih postavkah vedno, pogosto, včasih) izražajo navedeno vedenje

SKLEP

V prispevku smo predstavili zgolj deskriptivne podatke, ki smo jih pridobili v pilotni fazi razvijanja VOP-SIP-p. V naslednji fazi, ki ni prikazana v tem prispevku, smo izvedli

raziskavo na večjem vzorcu predšolskih otrok z namenom standardizacije vprašalnika (trenutno poteka statistična obdelava).

Standardiziran vprašalnik bo zagotovo pomemben prispevek v delovni terapiji, saj bo omogočal terapevtom, ki izvajajo ASI, umestitev rezultatov, ki jih pridobijo od staršev s pomočjo vprašalnika, glede na starostno skupino. Hkrati bodo terapevti bolj poenoteni pri tem delu ocenjevanja, saj trenutno uporabljajo zelo različne vprašalnike, ki so jih oblikovali bodisi samostojno ali pa so jih neuradno prevedli iz tujih standardiziranih vprašalnikov ali nestandardiziranih čeklist.

LITERATURA

- Ayres AJ (2005). *Sensory integration and the child*. 25th anniversary edition. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Biel L in Peske N (2005). *Raising a sensory smart child*. London: Penguin Books, 296–322.
- Bundy AC (2002). *Assessing Sensory integrative Dysfunction*. V: Bundy AC, Lane SJ, Murray EA. *Sensory integration: theory and practice*. Second edition. Philadelphia: F. A. Davis Company. 169–90.
- Dunn W (1994). Performance of typical children on the Sensory Profile: an item analysis. *Am J Occup Ther* 48 (11): 967–74.
- Dunn W (1999). *Sensory profile. User's manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Ecker CJ, Parham LD (2010). *Sensory Processing Measure—Preschool Home Form*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Gliem JA, Gliem RR (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha In: Smith Roley SS, Blanche EI, Schaaf R.C., eds. *Understanding the Nature of Sensory integration with diverse populations*. Texas: Pro-ed, 3–23.
- Kuhaneck MH, Henry AD, Glennon JT, Mu K (2007). Development of the sensory Miller-Kuhaneck H, Henry DA, Glennon TJ, Mu K. (2007). Development of the Sensory Processing Measure – School: Initial Studies of Reliability and Validity. *Am J Occup Ther* 61 (2): 170–75.
- Parham, LD., Cohn, ES., et al. Development of a fidelity measure for research on the effectiveness of the Ayres Sensory Integration® Intervention research. *The American Journal of Occupational Therapy* 2011: 65(2), 133-142.
- participation for children with autism. Bethesda : AOTA, XVI –11.
- Pastor PN (2015). QuickStats: Percentage of Children and Adolescents Aged 5–17 Years with Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), by Race and Hispanic Ethnicity — National Health Interview Survey, United States, 1997–2014, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 64(33):925–925.
- Posatery Burke J. (2001). *Assessment of Sensory Integration and Praxis*. V: Smith Roley S, Blanche EI, Schaaf R.C., eds. *Understanding the Nature of Sensory integration with diverse populations*. Texas: Pro-ed, 215–45
- processing measure–school: Initial studies of reliability and validity. *Am J Occup Ther* 61, (2): 170 –5.
- Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. *Midwest Research to Practice conference in Adult. Continuing and Community Education*, 82-8.
- Schaaf CR, Mailloux Z (2015). *Implementing Ayres Sensory Integration: promoting*
- Spitzer S, Smith Roley S (2001). *Sensory Integration Revisited: A Philosophy of Practice*.
- Zadravec T, Šajnovič T, Gričar N, Adamlje N (2017). Vpliv gibalnih aktivnosti predšolskih otrok na predelovanje vestibularnih in taktilnih senzornih prilivov. *JHS* 4(2): 30-46.

TERAPIJA SENZORNE INTEGRACIJE V KOMBINACIJI Z METODO UČENJA PLAVANJA PO KONCEPTU HALLIWICK – PRIKAZ PRIMERA

THERAPY OF SENSORY INTEGRATION IN COMBINATION WITH THE HALLIWICK CONCEPT – A STUDY CASE

Anka Gerbec¹, dipl.del.ter.

¹Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik – CIRIUS Kamnik

IZVLEČEK

Uvod: Delovni terapevti zaposleni v CIRIUS Kamnik poleg ostalih terapevtskih metod in tehnik pri obravnavi otrok pogosto izvajajo terapijo senzorne integracije po Ayresovi (v nadaljevanju po ASI). Predstavljen je prikaz primera kombinacije intenzivne ASI terapije z metodo učenja plavanja po konceptu Halliwick. Za spremljanje napredka v obdobju treh let, so bili uporabljeni različni ocenjevalni inštrumenti, na podlagi katerih je predstavljena učinkovitost terapije ASI in Halliwickovega koncepta. **Metode dela:** V prispevku je prikazana študija primera devet letnega dečka z motnjo senzornega procesiranja. Pred začetkom in ob koncu obravnave so bili uporabljeni naslednji testi: Pediatric evaluation of disability inventory, Sensory profile in Senzorični vprašalnik. Vsako leto je deček imel 10 obravnav, skupno 30 obravnav. **Rezultati:** Vsi ocenjevalni inštrumenti so pokazali očitno izboljšanje na področju senzoričnih, motoričnih in procesnih spretnosti, kar se odraža pri izboljšanju izvajanja smiselnih in namenskih zlasti dnevnih aktivnosti. **Sklep:** Rezultati kažejo, da je smiselno po intenzivni ASI obravnavi otroka vključiti tudi v druga multisenzorna okolja, kot je na primer bazen.

Ključne besede: intenzivne ASI terapije, Halliwick koncept, ocenjevanje, sodelovanje, multisenzorno okolje.

ABSTRACT

Introduction: In CIRIUS Kamnik, the treatment of children often encompasses the traditional therapeutic methods, techniques, together with the intervention principles of Ayres Sensory Integration (hereinafter ASI). **Method:** The paper presents a study case of a nine-year-old boy with sensory integrative dysfunction where the intensive ASI therapy and the Halliwick concept in teaching swimming were combined. Different assessment instruments were used in monitoring the boy's progress during a three-year period, the results of which confirm the efficiency of the ASI and the Halliwick concept. Prior to and after the treatment, the Pediatric evaluation of disability inventory, Sensory profile and Sensory questionnaire were administered. The patient received thirty treatments, ten each year. **Results:** The study findings showed the patient's significant improvement in the field of sensory, motor and process skills, which resulted in better performance of targeted and sensible activities, especially the activities of daily living. **Conclusion:** Results of the study suggest that it is recommendable to combine the intensive ASI therapy with other multisensory environment, such as a swimming pool, using the Halliwick concept.

Key words: intensive ASI therapy, Halliwick concept, assessment, cooperation, multisensory environment.

UVOD

V CIRIUS Kamnik pri obravnavi otrok in mladostnikov pogosto izvajamo terapijo senzorne integracije po Ayresovi (v nadalj. po ASI), (Ayres 2005), ki se kombinira še z drugimi terapevtskimi metodami, tehnikami oz. koncepti.

Za vrednotenje napredka otrok se uporabljajo ocenjevalni inštrumenti, na podlagi katerih je predstavljena učinkovitost terapije ASI. Tri ocenjevalne inštrumente izpolnijo starši sami, to so: Vprašalnik za oceno funkcijskih sposobnosti otrok (PEDI- Pediatric evaluation of disability inventory: inter-rater reliability), (Lenhart in sod., 2010), »Sensory profile« in Senzorični vprašalnik, ki ga je oblikovalo Združenje za senzorno integracijo. Delovni terapevt s specialnimi znanji s področja senzorne integracije po Ayresovi, oceni otroka s kliničnim ocenjevanjem po Erni Imperatore Blanch (Blanche Imperatore, 2010). Prve tri vprašalnike izpolnijo starši ob sprejemnem pregledu otroka, pred samo vključitvijo v CIRIUS Kamnik in še pred začetkom obiskovanja delovne terapije. Omenjeni ocenjevalni inštrumenti se ponovijo v drugem in tretjem razredu Osnovne šole pred in po vključitvi v intenzivno ASI obravnavo. S pomočjo vseh izpolnjenih ocenjevalnih inštrumentov, delovni terapevt pridobi informacije za oblikovanje hipotez, ki služijo presoji in kliničnemu sklepanju, na katerem senzoričnemu področju predelave čutnih dražljajev ima otrok težave. Ocenjevalni inštrumenti služijo kot osnova za postavljanje SMART ciljev (Perham in sod., 2007). Otroci prvega triletja CIRIUS Kamnik, katerih rezultati ocenjevalnih inštrumentov so pokazali več težav s predelavo dražljajev na področju senzorike, so prednostno obravnavani na t.i. deset dnevni strnjeni intenzivni obravnavi s področja senzorne integracije po Ayresovi (Roberts in sod., 2007). V CIRIUS Kamnik so otroci na t.i. intenzivnih ASI terapijah obravnavani dva tedna vsak dan po eno šolsko uro, to je 45 minut. Zaradi pogostih bolezni se intenzivna ASI terapija konča šele po treh ali štirih tednih. Možgani se učinkoviteje učijo v strnjenem časovnem obdobju, kot če so terapije časovno bolj razpršene (Miller in sod., 2007). Nekateri otroci pa zaradi slabše psiho-fizične kondicije ne zmorejo zaključiti intenzivne ASI terapije (Bon in sod., 2014). Zato je pomembno upoštevati zdravstveno stanje otroka in se prilagoditi njegovim psiho – fizičnim zmožnostim oz. psiho-fizični vzdržljivosti.

Po intenzivnih ASI obravnavah otroka pogosto vključimo tudi v program enega od multisenzornih okolji, kot je bazen (Miller in Fuller, 2006). Kadar se oceni, da gre za otroku smiselno namensko aktivnost, se lahko otroka vključi tudi v program učenja plavanja po konceptu Halliwick. Tako delovni terapevt čutne, senzorične dražljaje iz senzorne sobe, prenese v smiselno namensko in pogosto otrokovo življenjsko aktivnost, kot je plavanje (Groleger Sršen in Burja, 2006).

V CIRIUS Kamnik se v zadnjih letih vključuje čedalje več otrok, ki imajo poleg gibalne oviranosti tudi motnje v predelavi senzornih dražljajev. Število otrok s težavami predelave senzornih dražljajev se iz dneva v dan povečuje (Lane in Schaaf, 2010). Pogosto gre za pojav kombiniranih motenj, ko ima otrok poleg gibalne oviranosti, težave s procesiranjem dražljajev na področju enega ali več senzornih sistemov (proprioceptivni, vestibularni, taktilni, vidni, slušni, okušalni in vonjalni.). Znanstveno dokazano in podprto s številnimi raziskavami je, da terapija senzorne integracije pomaga otroku organizirati vseh sedem senzornih sistemov (Ayres, 2005). Senzorna integracija po Ayresovi je svetovno priznan pristop obravnave v delovni terapiji. V terapiji senzorne integracije po Ayresovi, se otrok v posebnem prostoru, opremljenem po standardih postavljenih na kliniki dr. Ayres, uči zaznavati in nadzorovati občutke na kontroliran način, z namenom organizirati lastne zaznave in se prilagoditi dražljajem. V terapiji senzorne integracije, delovni terapevt otroku ponuja različne senzorične in motorične izkušnje in stremi k primernemu odzivanju otroka. Otrok z dobro integriranimi senzornimi sistemi, je sposoben organizirati zaznave iz okolja in iz lastnega telesa in je pripravljen na učenje samostojnega izvajanja aktivnosti vsakdanjega življenja (Perham in sod., 2011). Otroci lahko te dražljaje občutijo in se nanje odzivajo preveč, premalo ali pa jih sploh ne občutijo (Ayres, 2005). Eno od multisenzornih

okolji, ki otroku ponuja možnost srečevanja in postopnega prilagajanja na različne dražljaje, je plavalni bazen (Groleger Sršen in Burja, 2006). V CIRIUS Kamnik že vrsto let poteka program plavanja po Halliwick konceptu, v zadnjih treh letih v kombinaciji s terapijo senzorne integracije. Adaptivni odgovori, ki jih otrok vzpostavi v terapiji senzorne integracije se nadgrajujejo in medsebojno dopolnjujejo z aktivnostmi v bazenu po Halliwick konceptu. Te občutke otrok postopno in v skladu s prilagoditvijo prenese v različna okolja, kjer deluje v njegovo neposredno okolico in kasneje v okolja s katerimi se otrok srečuje (Bundy, 2002).

Medsebojno sodelovanje terapevtov, ki obravnavajo otroka pomembno vpliva na otrokov odziv v različnih terapevtskih situacijah in okoljih. Motiviran otrok z izgrajeno senzorno integracijo lažje dosega zastavljene cilje, tako na področju osamosvajanja v vodi, osvajanja in napredovanja v plavalni tehniki, kot tudi v skrbi zase pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Halliwickov koncept se sestoji iz desetih točk (Groleger Sršen in Burja, 2006). Prva točka zajema prilagoditev otroka na vodo in na vse dejavnike, ki sodijo poleg bazena v njegovem neposrednem okolju (tuš, garderoba). Prilagojeni odgovori, ki jih otrok vzpostavi v terapiji senzorne integracije, se nadgrajujejo v bazenu in neposredni okolici. Bazeni so za otroka z motnjo predelave senzoričnih dražljajev lahko zelo stresno okolje - to je okolje polno dražljajev. Otroci, ki ni prilagojen na svetlobne, zvočne, taktilne, vestibularne, vonjalne in okusne dražljaje, bo takšno okolje lahko doživljal kot stresno (Bundy, 2002). Otroci s težavami senzornega procesiranja ne bodo zmogli učinkovitega sodelovanja z inštruktorjem plavanja. Otrokova modulacija neustrezne senzorične predelave se kaže v neustreznem vedenju. Pri hipersenzibilnih otrocih gre lahko za različne oblike razdiralnega ali odklonilnega vedenja, nezmožnost poslušanja navodil, neupoštevanje navodil, mežikanje, mrcanjanje oči, zatiskanje ušes, krčevito grabljenje inštruktorja. Hiposenzibilni otroci pa bodo morda iskali bolj intenzivne dražljaje: več potapljanja, več gledanja pod vodo, kričanje da sliši odmev, namerno pitje klorirane vode. Celosten pristop s senzoričnega in motoričnega področja omogoča učinkovito doseganje glavnega cilja rehabilitacije, to je usposabljanje otroka za samostojno življenje ter dvig kakovosti življenja otroka kot tudi njihove celotne družine. Glavni cilj senzorne integracije je, da pomaga otroku izživeti srečno otroštvo in zaživeti polno, samostojno, organizirano življenje, ko odraste.

Namen prispevka je predstaviti rezultate študije primera devet letnega dečka, ki je bil vključen v deset dnevno intenzivno ASI obravnavo ter v obravnavo učenja plavanja po konceptu Halliwick.

METODE DELA

Študija primera

Deček, star 9 let, v CIRIUS Kamnik že tretje leto obiskuje osnovnošolski program z nižjim izobrazbenim standardom in je vključen v delovno terapijo. V delovnoterapevtsko obravnavo je bil vključen enkrat tedensko, enkrat letno pa je bil vključen v program intenzivnih obravnav ASI. Intenzivne ASI obravnave je obiskoval strnjeno dva tedna od ponedeljka do petka po eno šolsko uro, to pomeni 10 obravnav. Po dogovoru z učiteljico je intenzivno ASI obravnavo obiskoval v času pouka in sicer v zgodnjih dopoldanskih urah, ko je bil spočit in je bil sposoben učinkovitega sodelovanja. Prav tako je bil vsa tri leta enkrat na štirinajst dni vključen v plavanje po konceptu Halliwick.

Ocenjevalni inštrumenti

Ob vključitvi v CIRIUS Kamnik so dečkovi starši izpolnili sledeče tri vprašalnike: Vprašalnik za oceno funkcijskih sposobnosti otrok (angl. Pediatric evaluation of disability inventory – PEDI) (Lenhart s sod., 2010), Sensory profile (Dunn, 1999) in Senzorični vprašalnik, ki ga je oblikovalo Združenje za senzorno integracijo. Delovna terapevtka je dečka ocenila s Kliničnim ocenjevanjem po Erni Imperatore Blanch (Blanche Imperatore, 2010). Omenjeni ocenjevalni inštrumenti so se v celoti ponovili pred in po intenzivni obravnavi ASI v prvem, drugem in tretjem razredu.

Postavljanje SMART ciljev

Na začetku vsakega šolskega leta so se postavili SMART cilji, ki so bili določeni kratkoročno v okviru individualiziranega programa, v obliki poročila Enote za medicinsko rehabilitacijo CIRIUS Kamnik, objavljenega na e-asistentu. SMART cilji se postavijo na osnovi otrokovega funkcioniranja, zahtevajo izkušnje terapevta glede predvidevanja, da bodo v določenem času tudi realno doseženi. SMART cilji morajo biti specifični, merljivi, na aktivnost usmerjeni, realistični in časovno dosegljivi. Gre za manjše cilje, ki jim terapevt sledi po korakih (Perham in sod., 2007).

Izvajanje ASI intenzivnih terapij v multisenzornem okolju (senzorna soba)

Sensory profile ocenjevalni inštrument je pokazal, da ima deček vedenjske težave, ki so posledica težav senzoričnega procesiranja dražljajev. Bil je izrazito hiposenzibilen na proprioceptivne in taktilne dražljaje ter hipersenzibilen na vestibularne dražljaje. Proprioceptivna hiposenzibilnost se je odražala v nezmožnosti dviga težjih predmetov glede na njegovo starost, neuspešen je bil pri različnih športih, neroden, pri igri se je izpostavljal prekomerni nevarnosti, pri barvanju ni ostal znotraj črt, težave je imel pri bilateralnih aktivnostih in motoričnem načrtovanju, težave praksijske, telesne sheme in prečkanja sredine. Taktilna hiposenzibilnost se je kazala v iskanju močnejših dotikov, globokih pritiskov in dotikanju ljudi. Vestibularna hipersenzibilnost se je odražala v strahu pred padci, višino, hoji po dvignjeni površini, izogibanju plezanja.

Na podlagi rezultatov ocenjevalnih inštrumentov so se postavili SMART cilji, intenzivna terapija senzorne integracije pa je bila usmerjena na zgoraj omenjene težave s področji senzornih sistemov.

Izvajanje terapij po konceptu Halliwick v multisenzornem okolju (bazen)

Zaradi težav na področju sensorike, se je deček pred vključitvijo v intenzivno ASI obravnavo izogibal položaju leže na hrbtu. Na navodilo, naj se uleže na hrbet v vodi ni odreagiral ustrezno. Ni bil sposoben poslušati navodila plavalnega inštruktorja, prav tako ni bil sposoben pihanja predmeta v vodi. Imel je paničen strah pred tuširanjem, pranjem glave in še bolj pred sušenjem las. Zelo na postopen in prilagojen način se ga je učilo, usmerjalo k samostojni izvedbi omenjenih dnevnih aktivnosti v konkretni situaciji priprave na aktivnosti v bazenu in urejanje po njem.

Sliki 1 in 2: prikazujeta dečka v bazenu pred intenzivno ASI obravnavo. Ni bil sposoben poslušati navodila plavalnega inštruktorja, krčevito se je oprijemal inštruktorja. Predmet namenjen pihanju je dal v usta, okušal, vonjal.



Slika 3: prikazuje dečka po intenzivni ASI obravnavi. Sproščeno leži na vodi in sledi navodilo inštruktorja.



Sodelovanje s strokovnimi sodelavci in starši otroka

Za doseganje ciljev je pomembno dobro sodelovanje med vsemi strokovnimi delavci, ki otroka obravnavajo. V multidisciplinarnem timu sodelujejo: zdravnica, medicinska sestra, fizioterapevtka, delovne terapevtke, logopedinja, specialna pedagoginja, vzgojiteljica, klinični psiholog in socialna delavka. Na koncu vsake intenzivne obravnave se je delovna terapevtka sestala s starši otroka. Starši so tedensko aktivno sodelovali z dečkom tudi na področju plavanja. Zadnji dan intenzivnih obravnav je deček povabil učiteljico, vzgojiteljico, vseh pet sošolcev, spremljevalko in starše, da so prišli pogledati, kaj novega se je naučil na ASI obravnavah. Sodelovanje med strokovnjaki in starši je pomembno tudi zaradi motivacije otroka.

Snemanje in beleženje napredka otroka

Beleženje je potekalo preko ocenjevalnih instrumentov. Na koncu vsake intenzivne ASI obravnave, se je ponovilo vse štiri ocenjevalne instrumente. Dečkov napredek je bil sneman tako v senzorni sobi kot v bazenu. Največja motivacija pa je bila pohvala staršev.

REZULTATI IN RAZPRAVA

SMART cilji, ki jih je deček uspel doseči:

Realizacija SMART ciljev 1. leto:

- natančno umivanje in brisanje rok v krajšem času to je 3 minutah in samo z dvema ponovitvama verbalnih navodil,

- s spremstvom je dosegel, da je prišel iz terapevtskih prostorov v šolo, sam pokazal kam se gre brez dodatnih verbalnih navodil, ne da bi se zadrževal in taval po ustanovi,
- deček se je pred in po vstopu v bazen zadovoljivo samostojno stuširal, brez pranja glave v petih minutah.

Realizacija SMART ciljev 2. leto:

- deček je izboljšal telesno shemo, po navodilu se je ulegel na hrbet tako na gugalnici kot v bazenu,
- sposoben pihati milne mehurčke, petkrat in prav tolikokrat pihniti stiroporno kroglico po klančini, v bazenu je pihal plastično igračo. Nič več je ni dajal v usta, vonjal,
- izboljšal samostojnost higiene nosu.

Realizacija SMART ciljev 3. leto:

- izboljšal grafomotoriko,
- izboljšal orientacijo na listu papirja, v bazenu in razredu, samostojno šel iz prostora terapij v razred, potem ko si verbalno ponovi, kam je namenjen,
- izboljšal sodelovanje v skupini do te mere, da je ob zaključku šolskega leta zmož sodelovati s skupino pri predstavitvi Halliwickovega programa staršem, ki je trajal pol ure.

Rezultati vseh štirih ocenjevalnih instrumentov v prvem, drugem in tretjem letu so prikazani v Tabeli 1. Prikazani so rezultati pred začetkom intenzivnih ASI obravnav in po končanem sklopu letnih intenzivnih ASI obravnav.

Sliki 4 in 5: prikazujeta dečka med intenzivno ASI obravnavo. Po dveh letih in dveh vključitvah v intenzivno ASI obravnavo, je bil sposoben delati po navodilih terapevta: legel je na gugalnico na hrbet. Po klančini je pihnil stiroporno kroglico, s petkratno ponovitvijo.



Tabela 1: Primerjava ASI obravnav

OCENJEVALNI INŠTRUMENTI		1. LET O		2. LET O		3. LET O	
		ZAČ. OC.	KON OC.	ZAČ. OC.	KON OC.	ZAČ. OC.	KON OC.
1. KLINIČNO OCENJEVANJE PO E. I. BLANCH	Dosežene točke	95	104	109	111	114	117
	Napredek v točkah		9		2		3
	Max. Točk	240					
2. PEDI							
1. Del funkcijske veščine							
Skrb zase	Dosežene točke	54	56	56	57	57	58
	Napredek v točkah		2		1		1
	Max. Točk	73					
Gibanje	Dosežene točke	58	58	58	58	58	58
	Napredek v točkah		0		0		0
	Max. Točk	59					
Socialne veščine	Dosežene točke	56	57	57	58	59	60
	Napredek v točkah		1		1		1
	Max. Točk	65					
2. Del: pomoč skrbnika							
Skrb zase	Dosežene točke	27	29	30	30	31	32
	Napredek v točkah		2		0		1
	Max. Točk	40		40		40	
Gibanje	Dosežene točke	33	33	33	33	33	33
	Napredek v točkah		0		0		0
	Max. Točk	35					
Socialne veščine	Dosežene točke	20	21	21	21	21	22
	Napredek v točkah		1		0		1
	Max. Točk	25					

3. Del: prilagoditve	Vse brez prilagoditev (N), uporablja običajen avto stolček(O)						
3. SENSORY PROFILE	Dosežene točke	460	466	468	477	478	481
	Napredek v točkah		6		9		3
	Max. točk	620					
4. VPRAŠALNIK SENZORNE INTEGRACIJE	Dosežene točke	114	116	119	120	120	121
	Napredek v točkah		2		1		1
	Max. točk	183					

Vsi štirje ocenjevalni instrumenti so podali delovnemu terapevtu pomembne podatke, na osnovi katerih je pridobil polnejšo sliko o otroku in lažje postavil SMART cilje in jim sledil. Glede na to, da so se cilji prepletali tako na intenzivnih ASI terapijah kot pri konceptu Halliwick, je imel deček možnost pogostejše začutiti, občutiti dražljaje, ki so se utrdili v obliki znanja, ki ni šlo v pozabo. Ocene kažejo tudi, da je z vsakim naslednjim letom nadaljeval s povprečno gledano isto izhodiščno oceno, ocene se niso poslabšale, kar se v praksi pri številnih otrocih dogaja. Pogosto se v praksi dogaja, da otroci po počitnicah »pozabijo« nekoč že osvojena znanja. Slaba stran kar štirih ocenjevalnih instrumentov je v zamudnem postopku obdelave podatkov. Nekateri deli pa se zlasti pri Sensory profile in Vprašalniku senzorne integracije vsebinsko nekoliko podvajajo. Kljub temu, iz slednjega vprašalnika delovni terapevt, ki otroka obravnava v šolskem okolju pridobi veliko podatkov.

Ocenjevalni instrumenti so sicer pokazali izboljšanje in napredek, vendar niso dovolj občutljivi, da bi pokazali očiten napredek dečka na vseh področjih delovanja. Tako na področju motoričnih, procesnih spretnosti kot na področju senzoričnih, kar se je odrazilo pri dečku zlasti v izboljšanju izvajanja smiselnih in namenskih aktivnosti.

SKLEP

Motiviran otrok z dobro zgrajeno senzorno integracijo, lahko učinkovito dosega zastavljene cilje, lahko nadgrajuje pridobljene senzo-motorične izkušnje v izbranem multisenzornem okolju. Pristop v delovni terapiji temelji na pristopu usmerjenem na otroka oz na njegovo družino z upoštevanjem navad in življenjskega sloga celotne družine (Hanna in Rodger, 2002). Pomembno je, da delovni terapevt prisluhne otroku in življenjskemu stilu družine, da bo otrok s posebnimi potrebami lahko prevzel kar najbolj aktivno in dejavno vlogo.

»Ljudje bi se morali zavedati, da iz možganov in samo iz možganov izvirajo naši užitki, smeh in šale, pa tudi bridkosti, bolečine, bolesi in strahovi. Z njimi še posebno razmišljamo, vidimo, slišimo in razločujemo grdo od lepega, slabo od dobrega, prijetno od neprijetnega.« (Hipokrat- 5.stoletje pred našim štetjem) (Bon in sod., 2014).

LITERATURA

- Ayres AJ (2005). Sensory integration and the child. Los Angeles: Western Psychological Services, 3-59.
- Bon J, Bresjanac M, Drolec Novak M, Jelen N, Kržan M in sod. (2014). Prvi koraki v nevroznanost, znanost o možganih, slovenska izdaja SINAPSA (slovensko društvo za nevroznanost), dostopno na <https://www.sinapsa.org/radovedni/media/priponke/a317-Nevroznanost-2014.pdf>
- Blanche Imperatore E (2010). Observations Based On Sensory Integration Theory, Pediatric Therapy Network.

- Bundy CA, Lane JS, Murray AE (2002). *Sensory Integration Theory and Practice* (2nd edition), Philadelphia: F.A. Davis Company, 4-9.
- Bundy CA, Shia S, Qi L, Miller LJ (2007). How does sensory processing dysfunction affect play? *American Journal of Occupational Therapy*, 61 (2): 201-208.
- Case-Smith J, Clifford O, Brien J (2010). *Occupational therapy for children* (6th edition), Mosby.
- Danto AH, Puzansky M (2011). *1001 Pediatric treatment activities; creative ideas for therapy sessions*, Slack.
- Dunn W (1999). *The Sensory Profile: User's manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Groleger Sršen K, Burja C (2006). *Priročnik za izvedbo osnovnega tečaja Halliwick*, prevod po Halliwick Association of Swimming Therapy 14th Edition.
- Hanna K, Rodger S (2002) Towards family – centered practice in pediatric occupational therapy: A review of the literature on parent – therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy journal*, 83.
- Korelc S, Groleger Sršen K (2013). Motnje senzorne integracije in možnosti terapevtske obravnave. *Rehabilitacija-letn. XII.*, št.2: 83-90.
- Lane SJ, Schaaf RC (2010). Examining the neuroscience evidence for sensory driven neuroplasticity: Implications for sensory -based occupational therapy for children and adolescents. *American Journal of Occupational Therapy*, 64: 375-390.
- Lenhart T, Vidmar G, Groleger Sršen K, Puh U, Jakovljevič M (2010). Vprašalnik za oceno funkcijskih sposobnosti otrok (PEDI): zanesljivost med ocenjevalci. *Rehabilitacija letn. IX.*, št. 2: 36-41.
- Miller LJ, Fuller DA (2006). *Sensational kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder (SPD)*. New York: Penguin Group, 5.
- Miller LJ, Schoen SA, James K, Schaf RC (2007). Lessons learned: A pilot study on occupational therapy effectiveness for children with sensory modulation disorder. *Am J Occup Ther*, 61: 161-169.
- Miller LJ, Anzalone MF, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *Am J Occup Ther*, 61 (2): 135-140.
- Miller LJ, Coll JR, Schoen SA (2007). A randomized controlled pilot study of effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *Am J Occupa Ther*; 61: 228–38.
- Perham LD, Cohn ES, Spitzer S, Koomar JA, Miller LJ, Burke JP in sod (2007). Fidelity in sensory integration intervention research. *American Journal of Occupational Therapy*, 61: 2016-227.
- Perham LD, Smith Roley S, May Benson TA, Koomar J, Brett-Green B, Burke JP, Cohn ES, Mailloux Z, Miller LJ, Schaaf RC (2011). Development of a Fidelity Measure for Research on the Effectiveness of the Ayres Sensory Integration Intervention, *American Journal of Occupational Therapy*, 133-142.
- Roberts JE, King-Thomas L, Boccia ML (2007). Behavioral indexes of the efficacy of sensory integration therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 61: 555–562.
- Roley SS, Burke JP, Cohn ES, Koomar JA, Miller LJ, Schaaf RC in sod (2005). A strategic plan for research in a human service profession. *Sensory Integration Special Interest Section Newsletter*, 28(2): 1-3.
- Roley SS, Mailloux Z, Miller-Kuhaneck H, Glennon T (2007). Understanding Ayres Sensory Integration. *OT Practice*, 12(17), CE-1-CE-8.
- Umeda C in Deitz J (2011). Effects of therapy cushions on classroom behaviors of children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 65: 152-159.
- <https://www.asirecreation.org/recreport/ask-trainer/63-ask-a-trainer-archive/191-the-importance-of-s-m-a-r-t-goals>

**SPREMLJANJE MOTORIČNIH IN PROCESNIH SPRETNOSTI PRI OTROCIH
Z MOTNJAMI AVTISTIČNEGA SPEKTRA - PRIMER
DELOVNOTERAPEVTSKIH OBRAVNAV S POMOČJO KONJA**

**MONITORING OF MOTOR AND PROCESS SKILLS OF CHILDREN WITH
AUTISM SPECTRUM DISORDERS - A CASE STUDY OF EQUINE ASSISTED
OCCUPATIONAL THERAPY**

Nika Gombač¹, dipl. del. ter., Ajda Bergant, dipl. del. ter., Evita Drvarič², dipl. del. ter.,
dr. Lea Šuc¹, MSc OT, dipl. del. ter., pred., doc. dr. Jaka Žgajnar³

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

²Dom Starejših Logatec

³Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: V prispevku predstavljamo ključne ugotovitve s področja motoričnih in procesnih spretnosti pri otrocih z motnjo avtističnega spektra, ki so bili vključeni v intenzivno delovnoterapevtsko obravnavo s pomočjo konja. **Udeleženci:** Pri raziskavi je sodelovalo 20 dečkov z motnjo avtističnega spektra, starih med štiri in devet let, od tega 13 verbalnih in 7 neverbalnih. **Metode dela:** Izvedli smo deset strukturiranih individualnih obravnav ob konju in na konju v povprečno 7,7 zaporednih tednih. S pomočjo analize aktivnosti po spretnostih smo ocenjevali aktivnost krtačenja konja med izvedbo posameznih obravnav. **Rezultati:** Pri vseh udeležencih smo zaznali pozitiven vpliv na motorične in procesne spretnosti. V prispevku podajamo ključne ugotovitve po posameznih področjih. **Razprava in sklep:** Med prvo in deseto obravnavo je pri motoričnih in procesnih spretnostih zaznati izrazit trend izboljšanja. Izboljšanja na obeh področjih so primerljiva z rezultati tujih raziskav s področja terapij s pomočjo konj pri otrocih z motnjo avtističnega spektra.

Ključne besede: delovna terapija; Analiza aktivnosti po spretnostih; motorične spretnosti; procesne spretnosti; MAS

ABSTRACT

Introduction: The article presents the key findings in the field of motor and process skills in children with autism spectrum disorders involved in intensive occupational therapy using a horse. **Participants:** The study involved 20 boys with autism spectrum disorders, aged between four and nine, of which 13 were verbal and 7 non-verbal. **Methods:** Ten structured individual treatments were conducted with the horse and on the horse during the average period of 7.7 consecutive weeks. Using the analysis of activity by skills, the activity of brushing the horse during the performance of individual treatments was assessed. **Results:** In all participants, a positive influence on motor and process skills was observed. The article presents the key findings by individual areas. **Discussion and conclusion:** During the first and the tenth therapy, a marked improvement trend was confirmed in motor and process skills. The improvements in both areas are comparable with the results of foreign research studies exploring equine assisted therapy for children with autism spectrum disorders.

Key words: occupational therapy, Analysis of activities by skills, motor skills, process skills, ASD

IZHODIŠČA

Motnja avtističnega spektra (v nadaljevanju MAS) je nevrološka razvojna motnja, z letno rastjo incidence do 4 % (Macedoni Lukšič, 2011; Gilberg in Wing, 1999). Za ta spekter motenj so značilne težave s pozornostjo in koncentracijo, s socialno interakcijo ter težave pri predelavi somato-senzornih dražljajev (Pfeiffer et al., 2011 cit. po. Mayes in Calhoun, 1999).

V člankih zasledimo različne terapije za izboljšanje simptomov, povezanih z MAS. Na podlagi dostopne literature lahko ugotovimo, da trenutno najpogostejše oblike zdravljenja vključujejo delovno terapijo, terapijo govora in jezika ter vedenjske in razvojne pristope (Strock, 2008). Dopolnilna oblika rehabilitacije za osebe z MAS, je tudi terapija s pomočjo konja (v nadaljevanju TPK) (Dingman, 2008). Kot navaja O'Haire (2013), so konji odličen medij med osebo z MAS in strokovnim delavcem, ki terapijo izvaja. Pri tem gre za terapevtsko obravnavo, ki od osebe zahteva udeležbo celega telesa, duše in duha, kar pomeni, da je prisotno motorično, kognitivno, socialno in čustveno učenje. TPK stimulatивно vpliva tudi na delovanje pljuč, srca, obtočil, prebavil in na dihanje. Poleg tega se krepijo tudi mišice, izboljšuje se gibljivost sklepov in splošna telesna kondicija ter odpornost proti boleznim (Remškar, 2010).

Ob pregledu znanstvene literature s področja vplivov TPK pri otrocih z MAS, lahko ugotovimo pozitivno tendenco izboljšav na različnih področjih delovanja, predvsem pa na področju motoričnih spretnosti (Borgi et al., 2016; Gabriels et al., 2012; Wuang et al., 2010) ter koordinacije in usmerjene pozornosti (Lanning et al., 2014; Ward et al., 2013; Bass et al., 2009). Določene raziskave pa kažejo tudi na izboljšanje ravnotežja in senzorne predelave (Kern et al., 2011), povečane družbene odzivnost in motivacije, izboljšave na področju komunikacije ter zmanjšanje vedenjskih težav in stresa (Lanning et al., 2014; Ward et al., 2013; Gabriels et al., 2012; Kern et al., 2011; Bass et al., 2009.; Keino et al., 2009).

Pri tovrstnih obravnavah pa je, tako kot pri ostalih, pomembna tudi pogostnost in intenzivnost izvajanja obravnav. Pri tem študije navajajo časovni razpon od 10 tednov (Gabriels et al., 2012; Memishevikj in Hodzhikj, 2010) pa vse do 6 mesecev (Borgi et al., 2016). Najkrajše obravnave so trajale 30 minut (Coffey, 2014; Holm et al., 2014; Memishevikj in Hodzhikj, 2010), najdaljše pa kar 70 minut (Borgi et al., 2016). Najbolj intenzivne obravnave navajajo v raziskavi Holm et al. (2014) in sicer petkrat tedensko.

Vse zgoraj omenjene raziskave navajajo pozitiven vpliv terapevtskih obravnav s pomočjo konja za otroke z MAS in predlagajo večjo vključenost tovrstnih terapij v proces rehabilitacije.

V nadaljevanju prispevka na kratko predstavljamo izvedbo delovno terapevtske obravnave s pomočjo konja pri otrocih z MAS v okviru dane raziskave. Pri tem na kratko predstavljamo analiziran vzorec, kot tudi ključne predpostavke same analize. Sledi poglavje z rezultati analize aktivnosti krtačenja konja. Prispevek zaključujemo s ključnimi ugotovitvami in sklepi.

METODE

Individualne delovno terapevtske obravnave s pomočjo konja smo izvajali na Pedagoško raziskovalnem centru za konjerejo Krumperk, ki deluje pod okriljem Biotehniške fakultete Univerze v Ljubljani. Obravnave so potekale v obdobju od septembra 2016 do decembra

2016. V raziskavo je bilo vključenih 20 dečkov z MAS, starih od štiri do devet let, od tega trinajst verbalnih in sedem neverbalnih.

V povprečju so terapije trajale 7,7 tednov, kar je 1,3 terapije/teden. Vsak deček je bil vključen v deset individualnih obravnav, ki so povprečno trajale 53,9 min. Obravnave so bile načrtovane po Ameriškem okviru prakse – AOTA (2013), na osnovi rehabilitacijskega in kognitivno percepcijskega modela, znotraj katerih so bili uporabljeni različni pristopi in intervencije. Terapije smo izvajali skladno s pripravljenim protokolom dela. Prvi del terapij je bil namenjen aktivnostim ob konju. Te so se začele z opazovanjem konja, čemur je sledil dotik in božanje, krtačenje konja s strgalom in nato s krtačo ter sedlanje konja in zajahanje. Drugi del terapij pa je bil namenjen aktivnostim na konju. Jahanje se je vedno pričelo z motoričnimi aktivnostmi in nadaljevalo z aktivnostmi z uporabo različnih pripomočkov (sličic, obročev, stožcev, itd.). Preko vseh vključenih aktivnosti smo stremeli k izboljševanju oziroma prilagajanju funkcij in spretnosti pri otrocih. Aktivnosti smo načrtovali skozi igro, ki je bila prilagojena otrokovim sposobnostim in zahtevam. Tekom obravnav smo le te stopnjevali na več različnih področjih, odvisno od posameznega otroka (v kolikor to otroku ni predstavljalo negativne izkušnje).

Ker nas je zanimalo kako se bodo tekom desetih obravnav spreminjale motorične in procesne spretnosti pri otrocih, smo jih med izvedbo krtačenja konja ocenjevali s pomočjo analize aktivnosti po spretnostih (Fisher, 1994). Gre za ocenjevalni inštrument, pri katerem delovni terapevt oceni izvedbo spretnosti z ustrežno oceno. Lestvica ocen je v razponu od 0 do 4, kjer najnižja ocena (0) predstavlja da oseba nima težav, zmerno težavo predstavlja ocena 1, srednjo težavo ocena 2, ocena 3 pomeni resno težavo ter ocena 4 popolno okvaro. Fisher in Griswold (2014) sta izvedbene spretnosti kategorizirali na motorične spretnosti, procesne spretnosti in socialno interakcijske spretnosti. Tekom naših obravnav smo ocenjevali le motorične in procesne spretnosti. Kot definira Fisher (2006), so spretnosti izvedbe opazne, konkretne, na cilj usmerjene akcije uporabnika v kontekstu vključevanja v vsakodnevne aktivnosti. Ravno tako navaja, da so spretnosti merljive enote v verigi akcij, opaznih kot posameznikova izvedba smiselnih nalog.

Tekom naših obravnav, izvedba naloge krtačenja konja in posledično ocenjevanje spretnosti, ni bilo možno na vseh obravnavah. Pri osemnajst dečkih smo spretnosti ocenili na vseh desetih obravnavah, pri dveh pa smo zaradi objektivnih razlogov ocenjevanje izpeljali na manjšem številu obravnav. Na motoričnem področju smo ocenjevali 16 spretnosti, na procesnem področju pa 20 različnih spretnosti.

Statistična obdelava (deskriptivna statistika) je bila narejena z računalniškim programom Microsoft Excel.

REZULTATI

V nadaljevanju prikazujemo ključne rezultate analize aktivnosti po spretnostih, s katero smo ocenjevali aktivnost krtačenja konja med izvedbo posameznih obravnav. V prvem delu predstavljamo skupne rezultate po vseh spretnostih vključenih v analizo aktivnosti. Nadalje predstavljamo skupne rezultate motoričnih spretnosti ter podrobneje posamezne motorične spretnosti. Sledi podrobnejši prikaz rezultatov izbranih procesnih spretnosti. Rezultate prikazujemo in primerjamo ter izpostavljam napredek med posameznimi obravnavami, na ravni posameznika, kot tudi skupine.

Kot je razvidno iz Tabela 1, so vsi otroci med prvo (povprečna vrednost 38,17) in zadnjo (povprečna vrednost 12,75) obravnavo v povprečju napredovali za 25,42 točk. V povprečju so največji napredek dosegli med drugo in tretjo obravnavo in sicer za 7,21 točk. Nekoliko presenetljiv je rezultat, da je le 35 % otrok konstanto napredovalo tekom vseh obravnav. Ostalih 65 % otrok pa je med posameznimi obravnavami občasno tudi nazadovalo. V skupnem seštevku so otroci nekoliko nazadovali med prvo in drugo ter med sedmo in osmo obravnavo, povprečno za 0,41 točke. Tovrstna nihanja lahko povezujemo s tem, da je avtizem spekter motenj, težave teh otrok pa zelo raznolike, vključno z vedenjem. Vsa ta odstopanja so se med obravnavami pri istem otroku, kazala različno. Poleg tega so razlike tudi med posameznimi otroci. Razpon vsote vseh točk motoričnih in procesnih spretnosti, je pri opazovanih otrocih med 114 točk (rezultat je bil dosežen le pri enem otroku, na drugi in tretji obravnavi) do 0 točk (dosegli kar štirje otroci, od pete do desete obravnave). Širok razpon doseženih točk pripisujemo raznolikim težavam otrok, ki predstavljajo naš vzorec.

Tabela 1: Rezultati skupnih vrednosti za motorične in procesne spretnosti (n=20)

Obravnave	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Povprečno število točk (AVG)	38,17	38,58	31,37	26,16	23,95	23,25	16,84	17,26	14,45	12,75
Standardni odklon (SD)	14,84	23,50	22,66	23,54	20,56	22,33	15,87	17,30	16,44	12,41
Minimalno število točk (MIN)	14	10	12	4	0	0	0	0	0	0
Maksimalno število točk (MAX)	66	114	114	106	88	85	61	53	55	38

Motorične spretnosti

Dobljeni rezultati kažejo, da so se motorične spretnosti tekom obravnav v povprečju izboljšale pri vseh otrocih. Pri otrocih se povprečno število točk za posamezno obravnavo giblje med 14,84 (najvišja vrednost, dosežena na drugi obravnavi) in 4,45 točk (minimalna vrednost, dosežena na deseti obravnavi). Slednje kaže na to, da je bil pri otrocih v povprečju dosežen sorazmerno dober rezultat z vidika motoričnih spretnosti. V povprečju so konstantno napredovali, z izjemo med prvo in drugo obravnavo, kjer so povprečno nazadovali za 1,01 točke. Predvidevamo, da je poslabšanje rezultata povezano s prvim stopnjevanjem zahtevnosti za izvedbo aktivnosti. Poleg tega pa dva otroka (s povprečno slabšimi rezultati tekom vseh obravnav), na prvi obravnavi nista krtačila konja, kar se kaže s slabšim začetnim rezultatom na drugi obravnavi. Nekoliko je presenetljivo, da so otroci največji napredek, skoraj tretjino skupnega napredka, v povprečju dosegli med drugo in tretjo obravnavo (za 2,68 točk), skozi celotno trajanje pa so v povprečju napredovali za 9,38 točk.

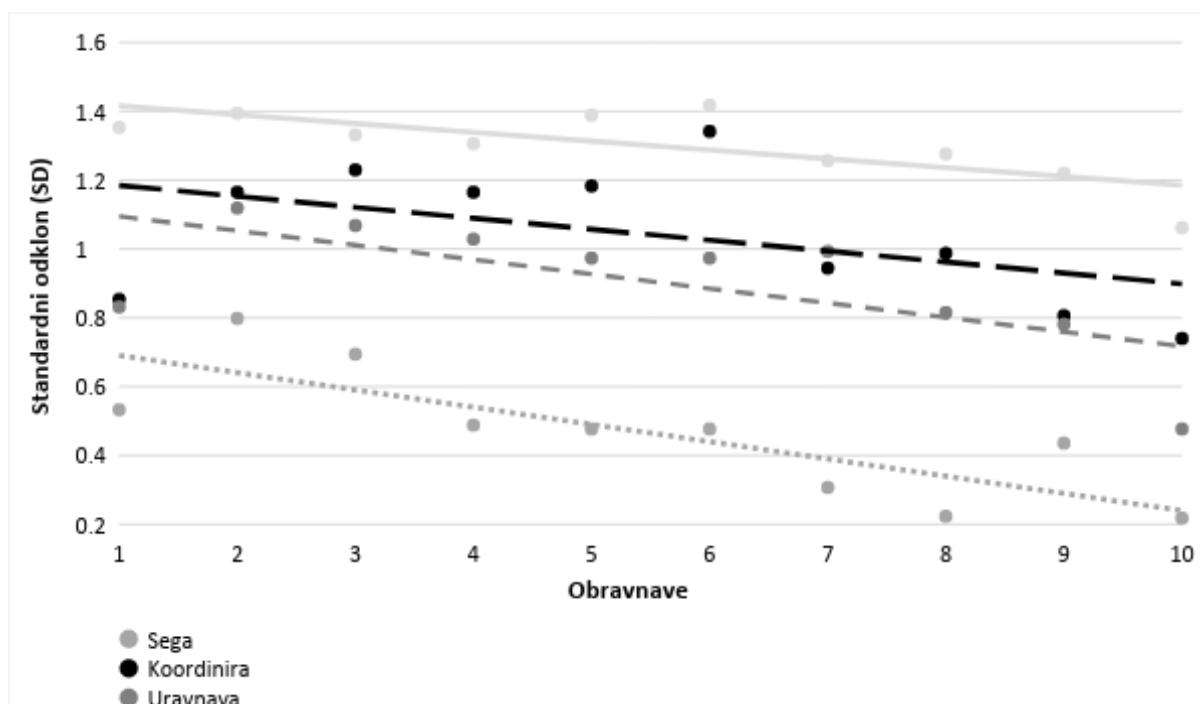
Kljub temu, so se med posameznimi obravnavami pojavile razlike. Zlasti v prvih obravnavah je posledično standardni odklon višji, se pa ta tekom obravnav zniža in na zadnji obravnavi so opazne najmanjše razlike med otroci (Tabela 1). Namreč znotraj skupine je le en otrok (z najvišjim številom točk) za dobrih 76 % odstopal od optimalnega rezultata in sicer na drugi ter tretji obravnavi. Kar pri osmih otrocih pa je bilo na posameznih obravnavah doseženo najnižje, torej najboljše število točk (0 točk). Posledično

je tudi povprečna raznolikost znotraj skupine, glede doseženega rezultata, sorazmerno velika (CV 0,96).

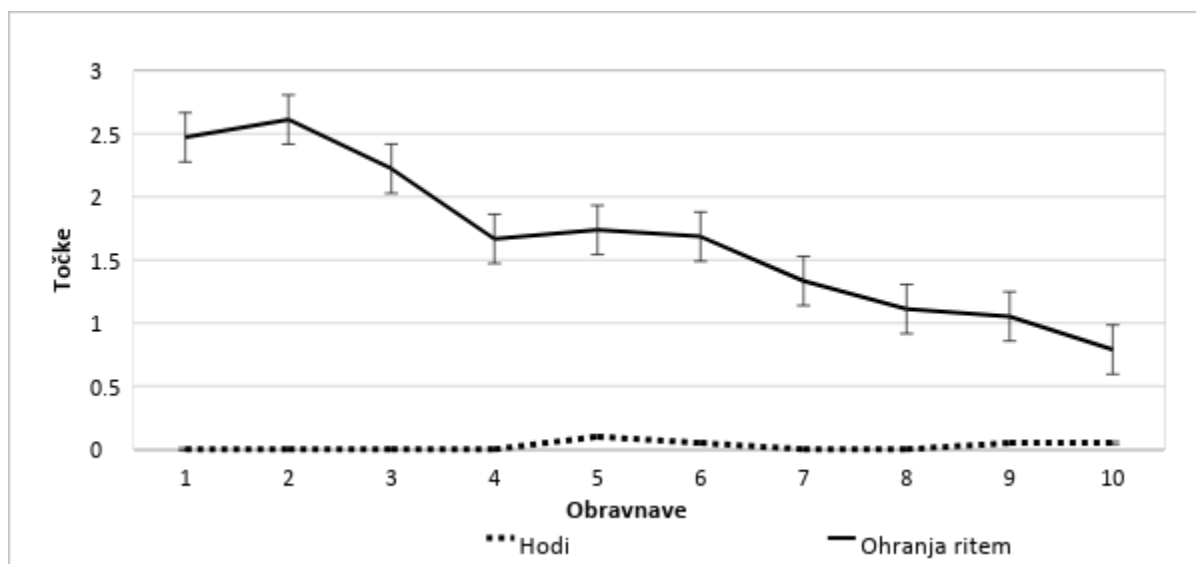
Tabela 2: Rezultati skupnih vrednosti za motorične spretnosti (n=20)

Obravnave	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Povprečno število točk (AVG)	13,83	14,84	12,16	9,63	9,25	8,50	6,53	6,00	5,00	4,45
Standardni odklon (SD)	6,39	10,08	9,74	10,42	8,98	9,16	6,89	6,57	6,40	4,76
Minimalno število točk (MIN)	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0
Maksimalno število točk (MAX)	26	49	49	47	39	37	28	20	21	16

V povprečju so otroci na področju motoričnih spretnosti (skupno za vseh deset obravnav) dosegli 9,02 točk, kar kaže na sorazmerno dober rezultat oziroma skoraj 86 % doseganje zelenega cilja. Izboljšanje na področju motoričnih spretnosti potrjuje uspešnost delovno terapevtskih obravnav, v katere je kot medij vključen konj. Na napredek vsekakor pomembno vpliva število obravnav, saj z vsako naslednjo terapijo, prihaja do vse manjših razlik med dečki v skupini in posledično do višje stopnje homogenosti (Slika 1).



Otroci z MAS navadno nimajo večjih težav pri spretnosti 'hodi', kar se je pokazalo tudi v dani raziskavi, saj je ravno pri omenjeni spretnosti zaznati najmanjši razpon med ocenami (Slika 2). Odstopanje se kaže le pri enem otroku, ostalih 19 otrok je na vseh obravnava ocenjenih z nič točkami (dosežena najboljša vrednost). Za razliko, je največji razpon ocen med otroci, zaznati pri spretnosti 'ohranja ritem' (Slika 2). Ta spretnost opisuje 'vzdrževanje stalne in učinkovite hitrosti ali ritma izvajanja skozi vse korake naloge'.



Slika 2: Povprečni rezultati motoričnih spretnosti 'hodi' ter 'ohranja ritem' tekom desetih obravnav (n=20)

Procesne spretnosti

Tako kot pri motoričnih spretnostih, smo tudi pri procesnih spretnostih med začetno in končno obravnavo zaznali izboljšanje (Tabela 2). Otroci so med prvo in zadnjo obravnavo v povprečju napredovali za 16,03 točk. Prihaja pa pri tem do relativno velikih razlik med posameznimi otroci in sicer do večjih kot na področju motoričnih spretnosti (največja variabilnost med rezultati se pojavi na drugi obravnavi). Pri tem so otroci povprečno najvišje število točk dosegli na prvi obravnavi, najnižje pa na zadnji obravnavi. Najvišje doseženo število točk (65 točk) je na dveh obravnavah dosegel le en otrok, ki je tekom vseh obravnav precej odstopal od povprečja, najboljši rezultat (0 točk) pa je različno po obravnavah doseglo šest otrok, torej slaba tretjina (Tabela 2).

Tabela 3: Rezultati skupnih vrednosti za procesne spretnosti (n=20)

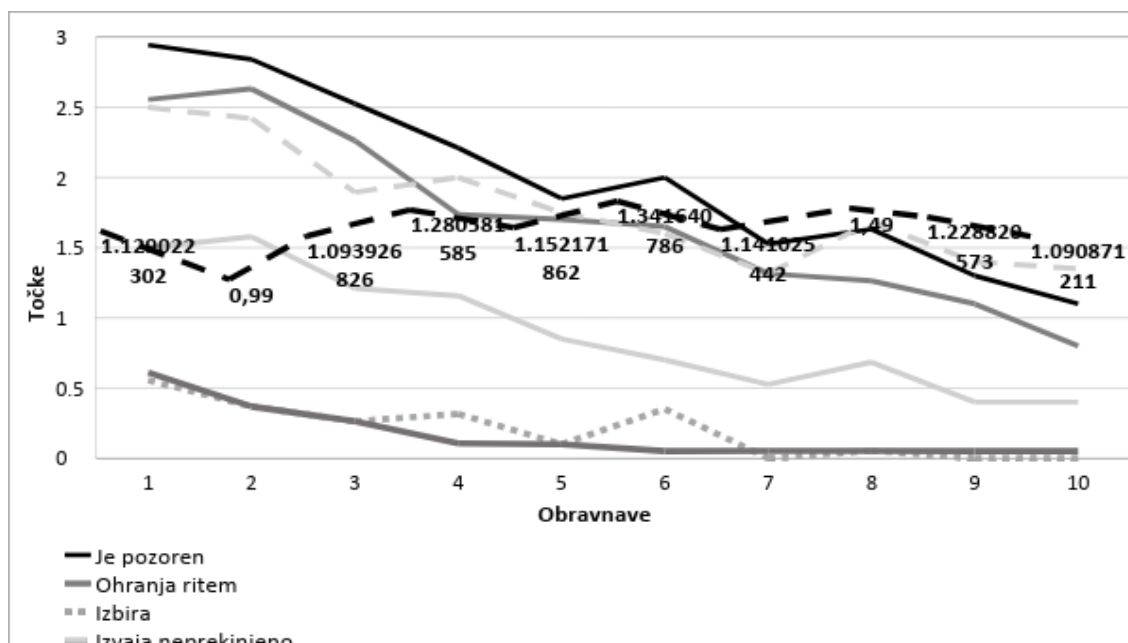
Obravnave	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Povprečno število točk (AVG)	24,33	23,74	19,21	16,53	14,70	14,75	10,32	11,26	9,45	8,30
Standardni odklon (SD)	10,99	14,74	13,82	13,92	12,33	13,67	9,59	11,28	10,50	8,12
Minimalno število točk (MIN)	7	5	2	1	0	0	0	0	0	0
Maksimalno število točk (MAX)	46	65	65	59	49	48	33	33	35	23

V povprečju so otroci tudi pri procesnih spretnostih napredovali med obravnavami, razen med peto in šesto obravnavo, kjer so povprečno nazadovali za 0,05 točke ter med sedmo in osmo obravnavo za 0,94 točke. Povprečno poslabšanje skupnih vrednosti povezujemo z rezultati treh dečkov, ki so med omenjenimi obravnavami dosegli izrazito slabše ocene na področju procesnih spretnosti. Največji povprečni napredek so, tako kot na motoričnem področju, dosegli med drugo in tretjo obravnavo in sicer za 4,53 točk.

Dobljeni rezultati med izbrano populacijo nakazujejo na precejšnje težave s pozornostjo in nenazadnje tudi na uspešnost intenzivnih obravnav na tem področju (Slika 3). Vzdrževanje usmerjene pozornosti se je najbolj izrazito izboljšalo pri otrocih, ki imajo na splošno manjše

težav v vsakodnevem funkcioniranju. Pri ostalih enajstih otrocih je ravno tako prisotno izboljšanje na tem področju, vendar so ocene v splošnem slabše, saj med obravnavami prihaja do nihanja med doseženimi rezultati. Znotraj vzorca otrok se najmanjša razpršenost rezultatov za področje 'pozornosti' kaže na drugi obravnavi (SD 0,99), največja pa na osmi obravnavi (SD 1,49), kar kaže na to, da so otroci različno napredovali.

Glede na definiran protokol dela po posameznih obravnavah, se izkaže, da je bil največji povprečen učinek dosežen ravno pri procesni spretnosti 'je pozoren' (Slika 3). Za razliko je bil najmanjši napredek dosežen pri procesni spretnosti 'usmerja gibanje' (Slika 3), saj je bilo že izhodiščno stanje pri opazovanih otrocih dobro. Pri omenjeni spretnosti je bilo namreč 14 otrok tekom vseh obravnav ocenjenih z oceno 0, pri ostalih šest otrocih pa so se minimalna odstopanja pojavila le na začetnih obravnavah.



Slika 3: Povprečni rezultati šestih procesnih spretnosti in standardnega odklona za spretnost 'je pozoren' tekom desetih obravnav (n=20)

RAZPRAVA

Otroci so tako pri motoričnih, kot tudi procesnih spretnostih dosegli sorazmerno dobre rezultate. V povprečju so otroci največji napredek dosegli med drugo in tretjo obravnavo in sicer za 7,21 točk. Podobno izrazitejše izboljšanje po treh terapijah (treh tednih) navajajo tudi Ward et al. (2013) in sicer na področju sposobnosti učenja v učnem okolju, medtem ko se je izboljšanje na področju senzorne predelave začelo kazati šele po osmih tednih.

Po desetih obravnavah so se tako motorične, kot tudi procesne spretnosti otrok izboljšale. Pri tem so se procesne spretnosti izboljšale za 20,04 %, motorične spretnosti pa so se med začetno in končno obravnavo izboljšale za 14,66 %. Velik napredek na področju kognitivnih spretnosti navajajo tudi Van den Hout in Bragonje (2010). Slednji so namreč v raziskavi prav tako dokazovali učinkovitost terapije s konjem pri otrocih z MAS. Izboljšanje na področju motoričnih spretnosti, kjer konj v terapiji predstavlja medij, izpostavljajo tudi Borgi et al. (2016), Gabriels et al. (2012) ter Kern et al. (2011).

Ohranjanje pozornosti (procesna spretnost 'je pozoren') je bilo pri vsaki naslednji obravnavi bolj učinkovito, razen med peto in šesto obravnavo, ko se je rezultat v povprečju poslabšal

za 0,15 točke. Izboljšanje koncentracije oziroma usmerjene pozornosti je tako primerljivo z rezultati raziskave Lanning et al. (2014), ki poleg boljše koncentracije in usmerjene pozornosti navajajo tudi boljše sodelovanje v šoli, boljše družbeno vključenost, vedenje ter splošno duševno zdravje. Pri omenjeni raziskavi je konj v obravnavo ravno tako vključen na ravni aktivnosti. Pomembno izboljšanje na področju usmerjene pozornosti potrjuje tudi raziskava Ward et al. (2013), pri kateri so sicer raziskovali vpliv povezave terapije s konjem s socialno komunikacijo in senzornim procesiranjem pri otrocih z MAS ter raziskava Bass et al. (2009) pri kateri so ocenjevali učinke terapevtskega jahanja na socialno funkcioniranje otrok z MAS.

SKLEP

V prispevku smo predstavili kako lahko delovnoterapevtska obravnava s pomočjo konja, na ravni aktivnosti, vpliva na izboljšanje motoričnih in procesnih spretnosti pri otrocih z MAS. Aktivnost krtačenja konja, ki smo jo na vseh obravnavah in pri vseh otrocih izvajali v prvem delu terapije, je pomembno vplivala na izboljšanje tako motoričnih, kot tudi procesnih spretnosti. Procesne spretnosti so se tekom obravnav povprečno izboljšale za 20,04 %, motorične spretnosti pa za 14,66 %. Najbolj izrazit napredek se je v času desetih intenzivnih obravnav s konjem, na obeh področjih, pokazal med drugo in tretjo obravnavo. Terapije v katere je bil vključen konj, so se kot najbolj učinkovite pokazale pri otrocih, ki imajo na splošno manj težav v vsakodnevem funkcioniranju. Še vedno učinkovite, vendar občutno manj, pa so bile terapije s konjem pri otrocih, pri katerih se simptomi in težave spektra avtističnih motenj kažejo v nekoliko težjih oblikah. Pri slednjih je bil napredek veliko počasnejši in manj intenziven, med posameznimi obravnavami je bilo tekom izvedbe aktivnosti prisotnih veliko nihanj (napredovanja in nazadovanja v ocenah), tako na področju motoričnih kot tudi procesnih spretnosti. Pri vseh otrocih pa smo zahtevnost aktivnosti med posameznimi obravnavami stopnjevali, skladno s protokolom dela, vendar kljub temu prilagojeno sposobnostim posameznega otroka.

Rezultati raziskave torej kažejo, da ima delovno terapevtska obravnava otrok z MAS, pri kateri je kot terapevtski medij vključen konj, največji pozitiven vpliv na izboljšanje usmerjene pozornosti in ohranjanje ritma. Glede na težave otrok z MAS, imajo obravnave majhen oziroma zanemarljiv vpliv na motorično spretnost 'hodi' ter na procesno spretnost 'usmerja gibanje'.

Kljub majhnemu vzorcu in heterogenosti skupine je raziskava pokazala nekatera pomembna izboljšanja in pozitivne učinke delovno terapevtskih obravnav s konjem. Da bi učinke terapije lahko posploševali, bi bilo v prihodnje potrebno izvajati longitudinalne študije z večjim vzorcem otrok z MAS.

LITERATURA

- American Occupational Therapy Association – AOTA (2013). Occupational therapy practice framework: Domain And Process, 3rd ed. Draft for External Review.
- Bass MM, Duchowny CA, Llabre MM (2009). The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *J Autism Dev Disord* 39: 1261 – 7.
- Borgi M, Loliva D, Cerino S et al. (2016). Effectiveness of a standardized equine-assisted therapy program for children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 46: 1 – 9.
- Bracher M (2000). Therapeutic horse riding: What has this to do with occupational therapists?. *British Journal of Occupational Therapy* 63 (6): 221 – 9.
- Coffey E (2014). The effect of equine assisted therapy on the social functioning of children with autism. Dublin: Dublin Business School, School of Arts.
- Dingman A (2008). Hoof prints: Equine therapy for autistic children. *Encounter*. 21 (4): 11 – 3.

- Fisher A (1994). Assessment of Motor and Process Skills. Unpublished manual. Colorado: Colorado State University.
- Gabriels RL, Agnew JA, Holt KD et al. (2012). Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6 (2): 578 – 88.
- Holm MB, Baird JM, Kim YJ et al. (2014). Therapeutic horseback riding outcomes of parent-identified goals for children with autism spectrum disorder: An ABA' Multiple Case Design Examining Dosing and Generalization to the Home and Community. *J Autism Dev Disord* 44: 937 – 47.
- Keino, H, Funahashi A, Keino H (2009). Psycho-educational horseback riding to facilitate communication ability of children with pervasive developmental disorders. *Journal of Equine Sciences*, 20(4), 79–88.
- Kern JK, Fletcher CL, Garver CR et al. (2011). Prospective trial of equine assisted activities in autism spectrum disorder. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 17 (3): 14 – 20.
- Lanning BA, Matyastik Baier ME, Ivey-Hatz J, Krenek N, Tubbs JD (2014). Effects of equine assisted activities on autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 44: 1897 – 907.
- Macedoni Lukšič, M. (2011). Stopenjska obravnava otrok s spektroavtističnimi motnjami. V C. Križišnik, T. Battelino (ur.), *Izbrana poglavja iz pediatrije* 23 (str. 311–317). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo.
- Martin F, Farnum J (2002). Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing Research*. 24: 657 – 70.
- Memishevikj H, Hodzhikj S (2010). The effects of equine assisted therapy in improving the psychosocial functioning of children with autism. *Journal of Special Education and Rehabilitation* 11 (3–4): 57 – 67.
- O' Haire ME (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A Systematic literature review. *J Autism Dev Disord* 43: 1606 – 22.
- Pfeiffer BA, Koenig K, Kinnealey M, Sheppard M, Henderson L (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A Pilot Study. *Am J Occup Ther* 65 (1): 76 – 85.
- Van den Hout CMA, Bragonje S (2010). The effect of equine assisted therapy in children with autism spectrum disorders. *Human Movement Sciences: Psychomotor Therapy*.
- Ward SC, Whalon K, Rusnak K, Wendell K, Paschall N (2013). The association between therapeutic horseback riding and the social communication and sensory reactions of children with autism. *J Autism Dev Disord* 43: 2190 – 8.
- Wuang YP, Wang CC, Huang MH, Su CY (2010). The effectiveness of simulated developmental horse-riding program in children with autism. *Adapt Phys Activ Q* 27: 113 – 26.

POMEN TELESNEGA POLOŽAJA ZA USPEŠNO IN VARNO HRANJENJE OSEB S CEREBRALNO PARALIZO

EFFECT OF BODY POSITION ON SAFE AND EFFICIENT FEEDING OF THE PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY

Maja Kavčič¹, dipl.del.ter., dr. Lea Šuc², MSc OT, dipl.del.ter., pred.

¹Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik – CIRIUS, Kamnik

²Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Cerebralna paraliza (CP) je nevrološka motnja, ki predstavlja enega najpogostejših vzrokov za motorično oviranost otrok. Primarni motnji so pogosto pridružene tudi motnje hranjenja. Na uspešnost slednjega pomembno vpliva stabilen in varen telesni položaj. Namen članka je prikazati odvisnost med zagotavljanjem ustreznega telesnega položaja pri hranjenju in uspešnostjo le-tega. **Metode dela:** Anketni vprašalniki so bili poslani v dva slovenska javna zavoda. Vprašalnike je izpolnilo 51 staršev oseb s CP, katerih povprečna starost je bila 17,2 leta. Med njimi je bilo 23 deklet in 28 fantov. Vrnjeni vprašalniki so bili opisno analizirani. **Rezultati:** S stopnjo gibalne oviranosti se stopnjujejo težave povezane z vzdrževanjem stabilnega telesnega položaja pri hranjenju in posledično potreba po uporabi pripomočkov za vzdrževanje telesnega položaja. Najpogosteje uporabljena pripomočka sta prilagojen stol oziroma invalidski voziček. **Razprava in sklep:** Zagotavljanje ustreznega in varnega telesnega položaja pri hranjenju je tesno povezano z oceno stopnje CP po lestvici za razvrščanje glede na funkcije grobe motorike (GMFCS) in lestvici za razvrščanje glede na funkcije roke (MACS) ter pojavno obliko CP. **Ključne besede:** hranjenje, nevrološka okvara, sedenje, pripomočki

ABSTRACT

Introduction: Cerebral palsy (CP) is a neurological dysfunction that represents one of the main causes of motor impairment in children. In addition to primary motor impairment, other medical issues, including feeding difficulties, are often associated with cerebral palsy. Among other factors, the efficiency of feeding mainly depends on the position of the body. The purpose of this article is to provide information on the correlation between the body position while feeding and its efficiency. **Methods:** Survey questionnaires were distributed to two Slovenian rehabilitation and education institutes. The total of 51 parents of children diagnosed with cerebral palsy filled in the questionnaires related to the children's feeding problems. The average age of 23 girls and 28 boys, whose parents filled in the questionnaires, was 17.2 years. The completed and returned questionnaires were descriptively analysed. **Results:** The survey results indicate an association between cerebral palsy level assessed with GMFCS and MACS and the severity of feeding problems due to poor body positioning and the use of assistive devices. **Discussion and conclusion:** Provision of safe and stable body position during feeding is associated with the assessed GMFCS and MACS levels and the manifestation of cerebral palsy.

Key words: feeding, neurological dysfunction, sitting, assistive devices

IZHODIŠČA

Cerebralna paraliza (v nadaljevanju CP) je poimenovanje za skupino motenj v razvoju gibanja in drže, ki so posledica nenapredujoče okvare možganov razvijajočega se ploda ali dojenčka (Bax et al., 2005). S prevalenco 2–2,5/1000 rojstev CP predstavlja enega najpogostejših vzrokov za gibalno oviranost otrok (Østensjø et al., 2005). Kot posledice okvare možganov pri otroku s CP opazimo epilepcijo ter zmanjšane nekatere funkcij npr. drža, gibanje, hranjenje, zaznavanje, govor, vedenje, spoznavne funkcije (Bax et al., 2005). Glede na prevladujoči gibalni vzorec motnjo delimo na tri tipe pojavnih oblik, in sicer na spastično, ataksično ter diskinetično obliko - slednja se deli na distonično in horeo-atetonično obliko. Za vse pojavnne oblike sta značilna abnormalni gibalni vzorec in abnormalna kontrola položaja telesa (Shampsoddini et al., 2014; Sistem za razvrščanje, 2004; Cans, 2000;).

Glede na grobe gibalne sposobnosti je CP na podlagi lestvice Gross Motor Function Classification System (Sistem za razvrščanje otrok s CP glede na grobe gibalne zmožnosti, v nadaljevanju GMFCS) razvrščena v pet stopenj, ki se med seboj razlikujejo glede na funkcionalne omejitve in potrebe po pripomočkih (Radšel, 2016).

Funkcijske sposobnosti zgornjih ekstremitet CP s Sistemom Manual Ability Classification System (Sistem razvrščanja otrok s CP glede na funkcijske sposobnosti rok, v nadaljevanju MACS) razvrščajo v pet stopenj (An, 2014; Carnahan et al., 2007; Groleger-Sršen, 2005). Ameriško združenje delovnih terapevtov (v nadaljevanju AOTA), hranjenje definira kot pripravo na jedenje in prenos hrane ali pijače z mize v usta. Jedenje definira kot zmožnost manipulacije hrane in pijače v ustih in požiranja le-te. Požiranje definira kot kompleksen proces pomikanja hrane in pijače iz ust skozi žrelo in požiralnik v želodec (AOTA, 2007). Učinkovita izvedba hranjenja je odvisna od več dejavnikov (ACOT, 2009; Delaney et al., 2008). Najpogostejši vzroki za motnje hranjenja pri osebah s CP so motnje senzibilitete, motnje motorike anatomskih struktur, ki sodelujejo pri hranjenju, in motnje usklajenega delovanja oralno-motoričnih struktur (Ferluga et al., 2013; Field et al., 2003; Motion et al., 2002; Vidmar in sod., 2014). Najpogostejše posledice motenj hranjenja in požiranja so nezadostna prehranjenost, respiratorne, prebavne in metabolične okvare ter pojavljanje odpora do hranjenja (Hinchcliffe, 2007; Franklin in Rodger, 2003; Gangil et al., 2001). Pogosto so posledice motenj hranjenja tudi psihološke, saj starše skrbi, ali bodo lahko nahranili otroka, ker ta pogosto hrano zavrača (Morris in Klein, 2000). Motnja požiranja ali disfagija je prisotna pri 99 % otrok s CP četrte in pete stopnje po lestvici GMFCS (Calis et al., 2008).

Pri hranjenju oseb z motnjami hranjenja in/ali požiranja je zagotavljanje ustreznega telesnega položaja zelo pomembno, saj neustrezen telesni položaj sproži nastanek motenj oz. jih še dodatno okrepi (Ferluga et al., 2013; Gisel et al., 2003) ter pomembno vpliva na mišični tonus trupa (Morris in Klein, 2000). Da bo hranjenje varno in učinkovito, mora biti telesni položaj med hranjenjem stabilen (Reilly, 1993). Glede na fiziologijo hranjenja in požiranja je v splošnem najprimernejši naslednji telesni položaj: od 20° do 45° fleksije v vratu, do 30° fleksije trupa iz srednjega položaja in 90° fleksije kolen (Higashijima, 2007), pri čemer so stopala postavljena na podlago (Skočir, 2010; Higashijima, 2007). Gibalni vzorci trupa narekujejo gibalni vzorec v ustih (Pihlar, 2016). K dobri posturalni stabilnosti

in kontroli sedečega položaja pri hranjenju pomembno vpliva uporaba ustreznih individualno prilagojenih pripomočkov za sedenje (Miller et al., 2001).

Namen članka je predstaviti odvisnost med ocenami CP po lestvicah GMFCS in MACS ter stopnjevanjem težav z vzdrževanjem ustreznega telesnega položaja pri hranjenju in uporabo pripomočkov za sedenje.

METODE

V anketno analizo je bilo vključenih 51 staršev oseb s CP, od tega je bilo 23 deklet in 28 fantov, katerih povprečna starost je bila 17,2 leta.

Raziskavo smo izvedli s pomočjo anketnih vprašalnikov, sestavljenih pretežno iz vprašanj z Likertovo lestvico in vprašanj izbirnega tipa. Vprašalniki so bili aprila 2017 poslani v dva slovenska javna zavoda, specializirana za vzgojo, izobraževanje in celostno usposabljanje. Delovni terapevti so vprašalnike razdelili 90 staršem otrok in mladostnikov s CP, ki so vprašalnike vrnili terapevtom do junija 2017. Vrnjenih vprašalnikov je bilo 54.

V kvantitativni raziskavi je sodelovalo 51 staršev oseb s CP, ki so ustrezali naslednjim kriterijem:

otrok/mladostnik je bil rojen leta 1989 ali kasneje,

otrok/mladostnik ima diagnosticirano CP,

starši so privolili v sodelovanje s podpisom pristopne izjave.

Otroke/mladostnike, katerih starši so izpolnili anketni vprašalnik, vendar niso ustrezali zgoraj navedenim kriterijem, smo izločili iz raziskave. Anketni vprašalniki so bili analizirani z metodami opisne statistike.

REZULTATI

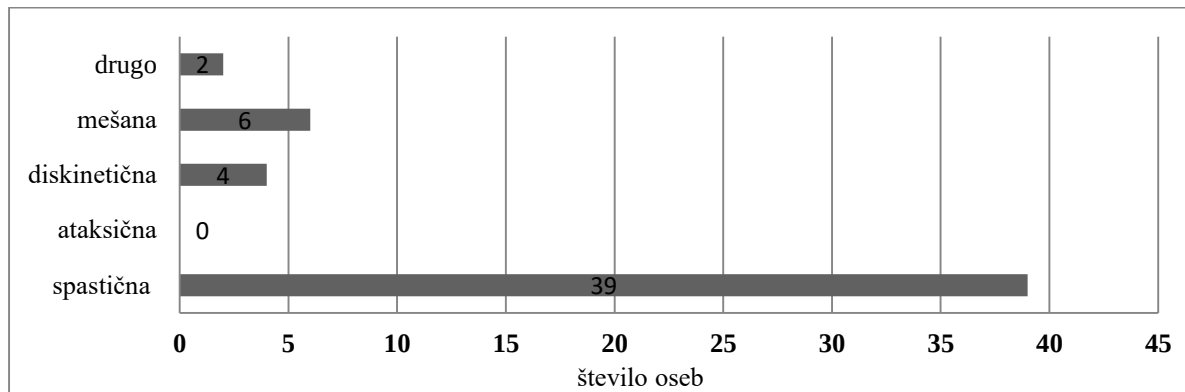
V anketno analizo je bilo vključenih 51 staršev otrok in mladostnikov s CP, od tega 23 deklet in 28 fantov, katerih povprečna starost je 17,2 leta. Med anketiranimi je najbolj pogosto zastopana četrta stopnja CP tako po GMFCS kot tudi po MACS lestvici (Tabela 1). Med pojavnimi oblikami CP prevladuje spastična oblika, glede na lokacijo motene funkcije gibanja prevladuje tetraplegija (Graf 1 in Graf 2).

Tabela 1: Število otrok/mladostnikov glede na stopnjo CP po GMFCS in MACS

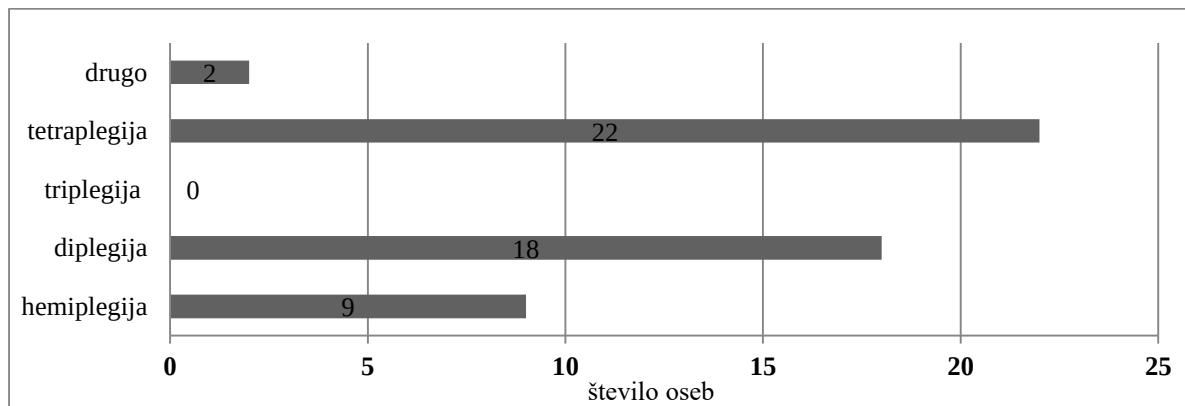
stopnja	GMFCS	MACS
I.	2	2
II.	9	13
III.	12	12
IV.	18	14
V.	10	10

Pri analizi prve trditve, ki pravi, da otrok težko vzdržuje stabilni telesni položaj pri hranjenju, ugotovimo, da pri peti stopnji CP po lestvici GMFCS največ staršev (41,67 %) oceni, da trditev za njihovega otroka povsem velja. Nasprotno vsi starši otrok, ki imajo CP prve stopnje po lestvici GMFCS, ocenijo, da za njihovega otroka ta trditev sploh ne velja. Sklepamo, da se sorazmerno z višino ocene CP po lestvici GMFCS stopnjuje tudi težavnost ohranjanja stabilnega telesnega položaja pri hranjenju (Graf 3).

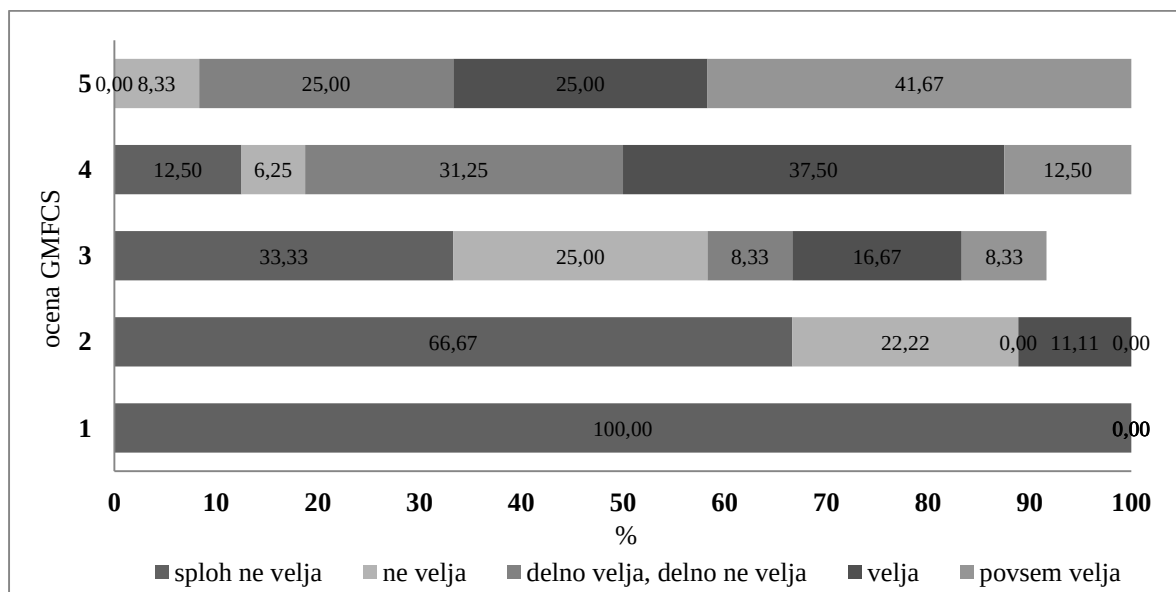
Graf 1: Pojavna oblika CP



Graf 2: Oblika CP glede na lokacijo motene funkcije gibanja

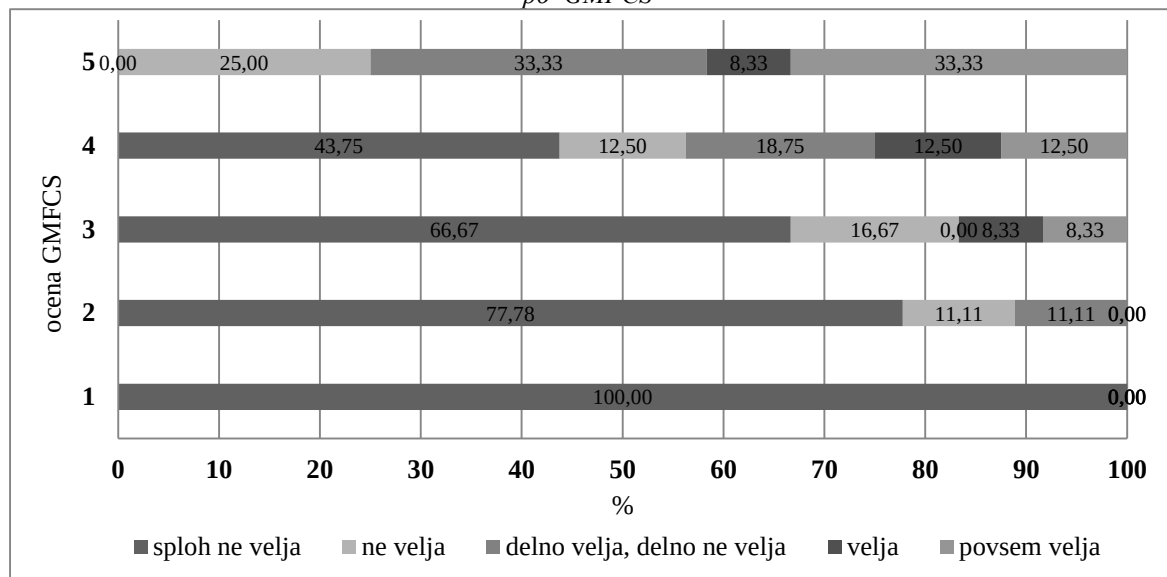


Graf 3: Ocena vzdrževanja stabilnega telesnega položaja pri hranjenju glede na oceno CP po GMFCS

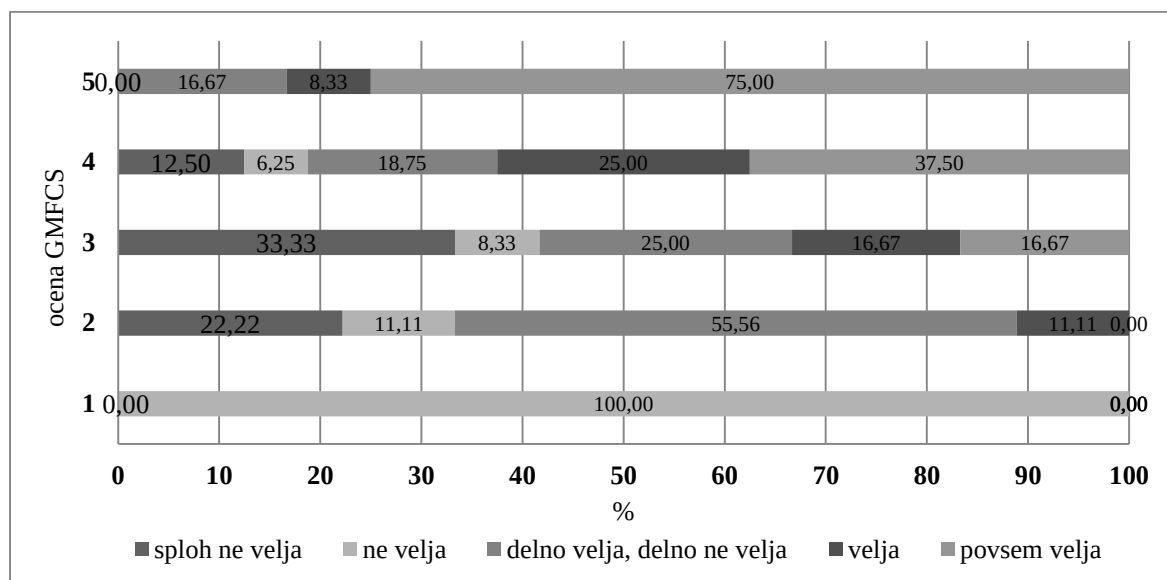


Podoben rezultat prikazuje analiza druge trditve, ki govori o težavnosti zadrževanja glave v srednjem položaju med hranjenjem. To je najbolj razvidno iz strinjanja oz. nestrinjanja s trditvijo glede na posamezno stopnjo ocene CP po lestvici GMFCS, saj strinjanje s trditvijo narašča z višanjem ocene CP po lestvici GMFCS (Graf 4).

Graf 4: Ocena težavnosti zadrževanja glave v srednjem položaju otroka med hranjenjem glede na oceno CP po GMFCS



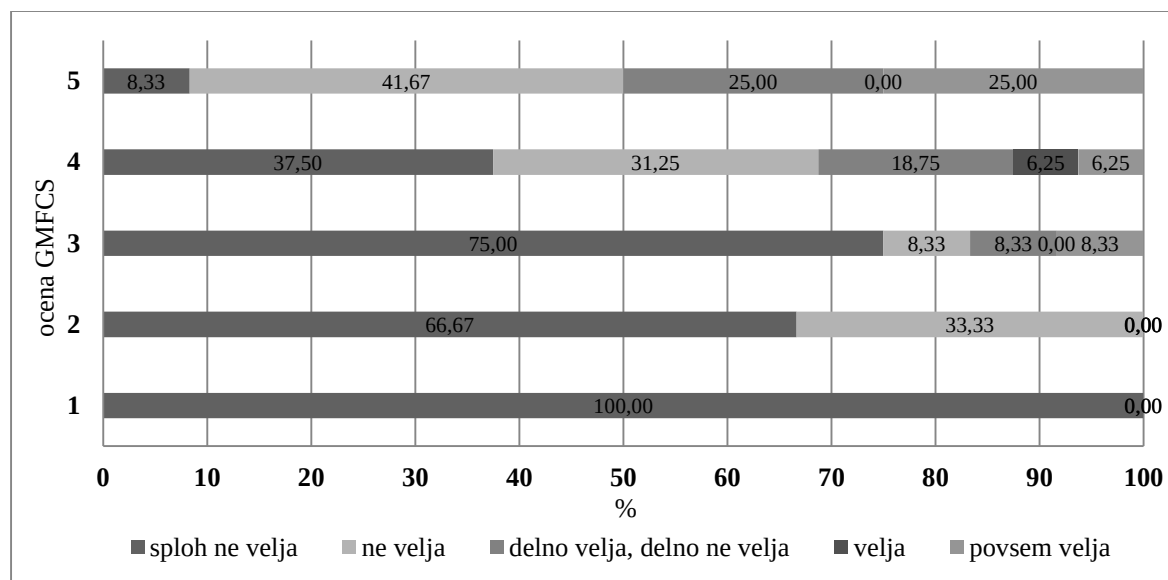
Graf 5: Ocena močnega povišanja mišičnega tonusa ob hotenem gibanju otroka med hranjenjem glede na oceno CP po GMFCS



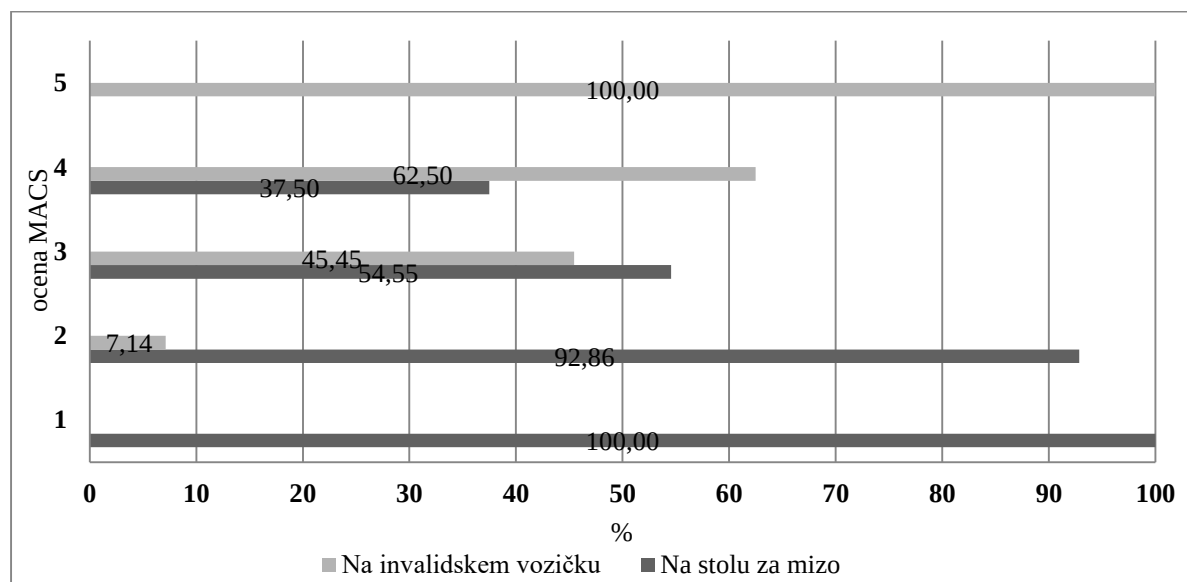
Trditev, da se mišični tonus ob hotenem gibanju močno poveča, so starši otrok in mladostnikov, s prvo stopnjo CP po lestvici GMFCS ocenili z 2 (trditev ne velja). Povprečna ocena staršev se je zviševala z višanjem stopnje CP po lestvici GMFCS. Starši otrok, s tretjo stopnjo CP po GMFCS, so namreč trditev ocenili s 3,75 (delno velja, delno ne velja), starši otrok, s peto stopnjo CP po GMFCS, so trditev ocenili s 4,58 (povsem velja). Ugotovimo, da se stopnja težav s povišanim mišičnim tonusom ob hotenem gibanju stopnjuje z višanjem ocene CP po lestvici GMFCS (Graf 5).

Rezultati analize zadnje trditve o težavnosti prilagajanja položaja telesa, ust in priprave na sprejem grizljaja, prikazujejo ponovno stopnjevanje težav z višanjem ocene CP po lestvici GMFCS (Graf 6).

Graf 6: Ocena prilagajanja telesnega položaja in ust ter priprave na sprejem grizljaja otroka med hranjenjem glede na oceno CP po GMFCS



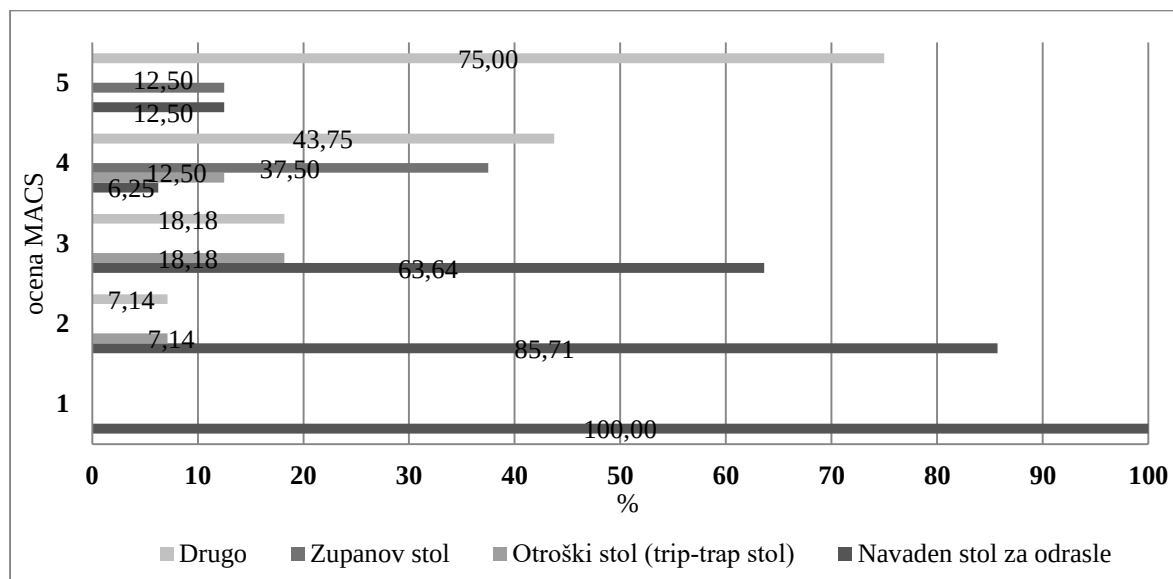
Graf 7: Lokacija hranjenja otroka glede na oceno CP po MACS



Graf 7 prikazuje odnos med oceno CP po lestvici MACS in številom otrok ter mladostnikov, ki pri hranjenju uporabljajo pripomočke. Glede lokacije hranjenja ugotovimo, da se 27 otrok hrani na stolu za mizo, 24 pa se jih hrani na invalidskem vozičku. Iz grafa je razvidno, da se s stopnjevanjem ocene CP po lestvici MACS povečuje število otrok, ki se hranijo izključno na invalidskem vozičku.

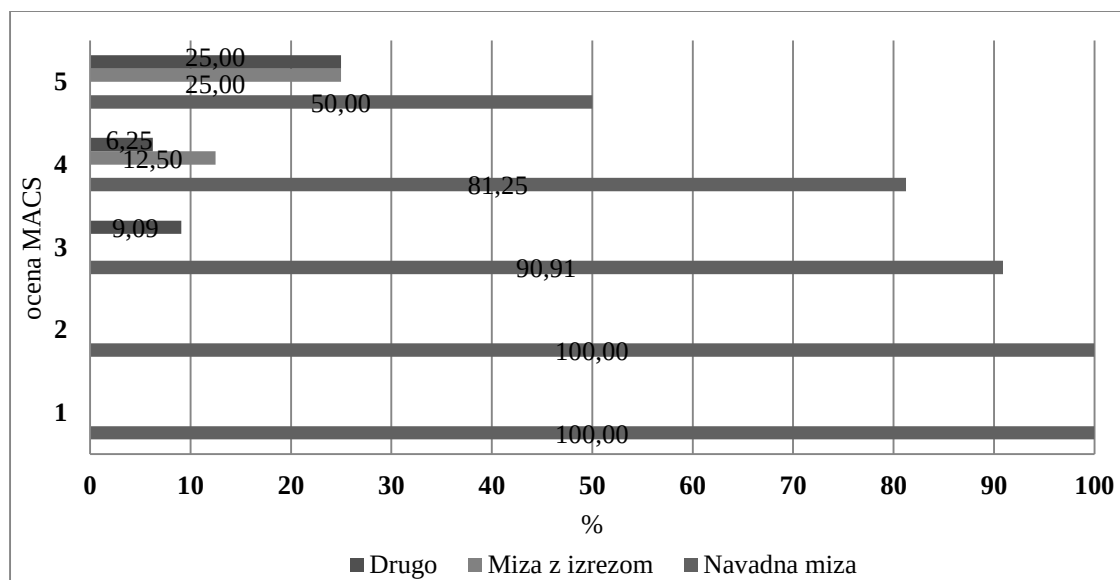
Najpogosteje uporabljen stol pri hranjenju je navaden stol za odrasle. 16 staršev označi možnost "drugo" in dopiše, da njihov otrok pri hranjenju običajno sedi na invalidskem vozičku (Graf 8).

Graf 8: Uporaba stola pri hranjenju otroka glede na oceno CP po MACS



Podobne odgovore dobimo pri vprašanju o mizi, ki jo uporabljajo pri hranjenju. 43 oseb se hrani za navadno mizo za odrasle, 4 osebe uporabljajo mizo z izrezom, 4 pa so označili možnost "drugo" ter dopisali, da vedno uporabljajo mizo invalidskega vozička (Graf 9).

Graf 9: Uporaba mize pri hranjenju otroka glede na oceno CP po MACS



RAZPRAVA

Motnje hranjenja so pri osebah s CP pogosto prisotne (Korošec in sod., 2017; Calis et al., 2008; Steultjens et al., 2004; Field et al., 2003). Njihova resnost in vpliv na posameznikovo samostojnost je odvisna od pojavnosti oblike in stopnje CP (Korošec in sod., 2017; Field et al., 2003). Eden izmed pomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na uspešen potek hranjenja,

je ustrezen telesni položaj. Medenica v srednjem položaju omogoča stabilnost trupa in ramenskega obroča, kar vpliva na položaj vratu in glave ter dobro kontrolo ust in ustnih struktur (Finnie, 2003; Morris in Klein, 2000). Spremenjen mišični tonus, prisotnost patoloških vzorcev gibanja in asociiranih reakcij so najpogostejši vzroki za motnje hranjenja in požiranja pri otrocih in mladostnikih s CP (Palisano et al., 2004; Van Roon et al., 2004; Miller et al., 2001). V literaturi sicer nismo zasledili opisa direktne povezave med stopnjo CP po GMFCS in motnjami vzdrževanja telesnega položaja pri hranjenju, smo pa zasledili podatke o tem, da imajo osebe s težjo obliko CP, kot sta tetrapareza in diskinetična oblika, največje težave pri aktivni kontroli trupa med sedenjem ter pri vzdrževanju glave v srednjem položaju (Van Roon et al., 2004). Ugotovili smo, da imajo osebe, z višjo stopnjo CP po lestvici GMFCS, več težav na področju vzdrževanja položaja trupa, glave ter zgornjih in spodnjih ekstremitet proti sili gravitacije (Palisano et al., 2017; Shamsoddini et al., 2014). Rezultati naše raziskave kažejo podobne ugotovitve, saj se tako težave z vzdrževanjem stabilnega telesnega položaja pri hranjenju kot tudi težave z zadrževanjem glave v srednjem položaju stopnjujejo z višanjem ocene CP po lestvici GMFCS (Graf 3–6).

39 otrok anketiranih staršev ima spastično obliko CP, za katero je značilen povišan mišični tonus, ki se ob zahtevni aktivnosti lahko še dodatno poviša (Shamsoddini et al., 2014). Stopnja težav s povišanim mišičnim tonusom je tesno povezana z oceno stopnje CP po lestvici GMFCS (Palisano et al., 2017), kar prikazujejo tudi rezultati naše raziskave (Graf 6). Najvišja povprečna ocena strinjanja s trditvijo se pojavi pri trditvi o močno povišanem mišičnem tonusu ob hotenem gibanju. Na to trditev namreč 75 % staršev otrok s CP pete stopnje, po lestvici GMFCS, odgovori, da za njihove otroke povsem velja (Graf 6).

Med pripomočki za vzdrževanje sedečega položaja sta najpogostejše uporabljena navadni stol in invalidski voziček. Z višanjem ocene CP po lestvici MACS narašča delež otrok, ki se hrani izključno na invalidskem vozičku, ter pada delež otrok, ki se hrani na stolu za mizo (Graf 7). Podoben rezultat prikaže Graf 8, ki govori o izbiri stola pri hranjenju. Rezultati kvantitativne raziskave pokažejo, da imajo otroci z višjo oceno CP po lestvici GMFCS in MACS več težav z vzdrževanjem učinkovitega telesnega položaja in položaja glave proti gravitaciji in posledično potrebujejo večjo količino zunanje podpore, ki jim jo nudijo različni pripomočki za sedenje. Otroci, s četrto in peto stopnjo CP po lestvici MACS, za sedenje pretežno uporabljajo invalidski voziček, Zupanov stol ter otroški (trip-trap) stol. Prav tako pri izbiri mize z naraščajočo oceno stopnje CP po lestvici MACS pada uporaba navadne mize in narašča uporaba prilagojene mize (Graf 9).

SKLEP

Prehranjevanje in pitje sta temeljni življenjski aktivnosti. Pregled literature kaže, da so težave pri hranjenju oseb z motnjo v nevrološkem razvoju pogoste. Mnogo otrok doživlja odpor do hrane, kar vzbuja pri starših skrb, ali bodo uspeli nahraniti otroka in kako. Pravilen položaj pri hranjenju je osnovni pogoj za uspešno oralno hranjenje. Delovni terapevt svetuje ustrezne pripomočke za sedenje in hranjenje, kar vpliva na izvedbo te kompleksne aktivnosti.

Rezultati naše raziskave potrdijo vpliv ocene CP po lestvici GMFCS in MACS na zmožnost samostojnega sedenja, sprejemanja hrane in potrebe po uporabi pripomočkov za sedenje in hranjenje. S pregledom literature smo ugotovili, da je korelacija med CP in telesnim položajem pri hranjenju dobro raziskana, aplikacija in adaptacija pripomočkov za korekcijo in vzdrževanje telesnega položaja pa je manj teoretično podprta, kar predstavlja možnost za podrobnejšo raziskavo v prihodnosti.

LITERATURA

- ACOT – Alberta College of Occupational Therapists (2009). Occupational therapists' role in feeding, eating and swallowing. http://acot.ca/wp-content/uploads/2015/10/Position_Statement_FES.pdf <5. 9. 2017>.
- AOTA – American Occupational Therapy Association (2007). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther* 61 (6): 686–700.
- An SJL (2014). Occupation-based family-centered therapy approach for young children with feeding problems in South Korea. A Case Study. *Occup Ther Int* 21: 33.
- Arvedson JC. Assessment of Pediatric Dysphagia and Feeding Disorders: Clinical and Instrumental Approaches. *Dev Disabil Res Rev* 2008; 14: 118–27.
- Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 47 (8): 571–76.
- Calis EAC, Veugelers R, Sheppard JJ, Tibboel D, Evenhuis H, Penning C (2008). Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev Med Child Neurol* 50 (8): 625–30.
- Cans C (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Dev Med Child Neurol*; 42 (12): 816–24.
- Carnahan KD, Arner M, Hägglund G (2007). Association between gross motor function (GMFCS) and manual ability (MACS) in children with cerebral palsy. A population-based study of 359 children. *BMC Musculoskelet Disord* 50 (8): 1–7.
- Delaney AL, Arvedson JC (2008). Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. *Dev Disabil Res Rev* 14: 105–17.
- Ferluga DE, Archer KR, Sathe NA, Krishnaswami S, Klint A, Lindegren ML, McPheeters ML (2013). Interventions for feeding and nutrition in cerebral palsy. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: 14–16.
- Field D, Garland M, Williams K (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *J. Pediatr. Child Health* 39 (4): 299–304.
- Finnie NR (2003). Handling the young child with cerebral palsy at home. 3. ponatis. Oxford: Butterworth-Heinemann; 210–16.
- Franklin L, Rodger S (2003). Parents' perspective on feeding medically compromised children: Implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J* 50 (3): 137–47.
- Gangil A, Patwari AK, Aneja A, Ahuja B, Anand VK (2001). Feeding problems in children with cerebral palsy. *Indian Pediatr* 38 (8): 839–46.
- Gisel EG, Tessier MJ, Lappiere G, Seidman E, Drouin E, Filion G (2003). Feeding management of children with severe cerebral palsy and eating impairment. *Phys Occup Ther Pediatr* 23 (2): 19–44.
- Groleger-Sršen K. MACS: Sistem razvrščanja otrok s cerebralno paralizo glede na funkcijske sposobnosti rok 4 – 18 let. Prevod. Inštitut RS za rehabilitacijo Soča, 2005.
- Henderson S, Skelton H, Rosenbaum P (2008). Assistive devices for children with functional impairments: impact on child and caregiver function. *Dev Med Child Neurol* 50 (2): 89–98.
- Higashijima M (2007). Effects of swallowing posture maneuvers on swallowing function. *Asian J Occup Ther* 6: 15–21.
- Hinchcliffe A (2007). Children with cerebral palsy: A manual for therapists, parents and community. 2. ponatis. New Delhi: SAGE Publications; 15, 141–220.
- Korošec B, Logar S, Groleger SK (2017). Stopenjski oralno-senzorni pristop k učenju hranjenja pri otrocih z motnjami hranjenja. *Rehabilitacija* 16 (1): 45–54.
- Miller CK, Burklow AB, Santoro K, Kirby E, Mason D, Rudolph CD (2001). An interdisciplinary team approach to the management of pediatrics feeding and swallowing problems. *Children's Health Care* 30 (3): 201–18.
- Morris SE, Klein MD (2000). Pre-feeding skills: A Comprehensive Resource for Mealtime Development. 2. Ponatis. Austin: Pro-Ed: 74–75, 90–95, 129–38, 298–307, 398–401, 483–86, 495–502, 551–52.
- Motion S, Northstone K, Emond A, Stucke S, Golding J (2002). Early feeding problems in children with cerebral palsy: weight and neuro-developmental outcomes. *Dev Med Child Neurol* 44 (1): 40–43.

- Novak I (2014). Evidence-based diagnosis, health care, and rehabilitation for children with cerebral palsy. *J of Child Neurol* 29 (8): 1141–52.
- Østensjø S, Brogren Carlberg E, Vøllestad N (2005). The use and impact of assistive devices and other environmental modifications on everyday activities and care in young children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil* 27 (10): 549–61.
- Palisano RJ, Snider LM, Orlin MN (2004). Recent advances in physical and occupational therapy for children with cerebral palsy. *Seminars in Pediatrics Neurology* 11 (1): 66–77.
- Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M (2007). GMFCS – E & R, Gross motor function classification system expanded in revised. https://www.cpqcc.org/sites/default/files/documents/HRIF_QCI_Docs/GMFCS-ER.pdf <10. 10. 2017>
- Pihlar Z (2016). Zagotavljanje ustreznega položaja in uporaba pripomočkov pri hranjenju. Seminar: Motje požiranja pri odraslih in zapleti, 1. 11. 2016, URI Soča. http://www.uri-soca.si/sl/Klinika_za_fizikalno_in_rehabilitacijsko_medicino/Motnje_poziranja_pri_odraslih_in_zapleti_3 <2. 11. 2016>
- Radšel A (2016). Lastnosti otrok s cerebralno paralizo v Sloveniji in njihova z zdravjem povezana kakovost življenja. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 9–13.
- Reilly S (1993). Feeding problems in children with cerebral palsy. *Current Pediatrics* 3: 209–13.
- Shampsoddini A, Amirsalari S, Hollisaz MT, Rahimnia A, Khatibi-Aghda A (2014). Management of spasticity in children with cerebral palsy. *Iran J pediatri*, 24(4): 345–51.
- Sistem za razvrščanje otrok s cerebralno paralizo glede na grobe gibalne funkcije – Enotna evropska klasifikacija (2004). PET 31–33. http://www.soncek.org/scripts/download.php?file=/data/revija-pet/Enotna_evropska_klasifikacija.pdf <1. 9. 2017>.
- Skočir L (2010). Hranjenje bolnega otroka. *Slov Peadiatr* 17: 59–65.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Lambregts BLM, van den Ende CHM (2004). Occupational therapy for children with cerebral palsy: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 18: 1–14.
- Van Roon D, Steenbergen B, Meulenbroek R. G. J (2004). Trunk recruitment during spoon use in tetraparetic cerebral palsy. *Exp Brain Res* 155: 186–95.
- Vidmar V, Mali B, Horvat B (2014). Zmanjšana zmožnost samostojnega in varega hrajenja – pogosta težava v rehabilitacijski zdravstveni negi. *Rehabilitacija* 13 (1): 46–51.

SPREMLJANJE MLADOSTNIKA Z DOWNOVIM SINDROMOM PRI IZVAJANJU HIŠNIH OPRAVIL

MONITORING OF AN ADOLESCENT WITH DOWN SYNDROM DURING THE PERFORMANCE OF HOUSEHOLD ACTIVITIES

Matejka Moderc¹, dipl.del.ter., Aleksandra Poniž Rupnik¹, dipl.del.ter.

¹Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje, Vipava

IZVLEČEK

Izhodišča: V prispevku je predstavljeno dvoletno spremljanje napredka pri izvajanju aktivnosti s področja širših dnevnih aktivnosti. Mladostnik z Downovim sindromom je bil redno vključen v individualno delovnoterapevtsko obravnavo. Cilj obravnave je bil izboljšanje motoričnih in procesnih spretnosti in s tem povečanje samostojnosti pri izvajanju hišnih opravil. **Metode** dela: V študiji primera je bil za spremljanje napredka uporabljen standardiziran delovnoterapevtski test Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). **Rezultati:** Večkratno testiranje je pokazalo, da je bil pri mladostniku dosežen minimalni napredek na področju motoričnih in procesnih spretnosti. **Sklep:** Obravnavani mladostnik je pri izvajanju hišnih opravil dosegel minimalni napredek, vendar še vedno potrebuje stalen nadzor in vodenje.

Ključne besede: zmerna motnja v duševnem razvoju, širše dnevne aktivnosti, AMPS

ABSTRACT

Background: The article presents a two-year monitoring of progress in the performance of instrumental activities of daily living. An adolescent with Down syndrome was regularly included in the individual occupational therapy treatment. The aim of the treatment was to improve the client's motor and process skills and thus increase his independence in the performance of household activities. **Methods:** The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), a standardised occupational therapy assessment tool, was administered to monitor the client's progress. **Results:** Multiple testing showed that the client achieved minimal progress in motor and process skills.

Conclusion: The client achieved minimal progress in the implementation of household activities, but he still needs constant supervision and management.

Key words: moderate mental disorders, instrumental activities of daily living, AMPS

IZHODIŠČA

V Centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Vipava (CIRIUS Vipava) so otroci in mladostniki s posebnimi potrebami vključeni v osnovno šolo s prilagojenim programom z nižjim izobrazbenim standardom in v posebni program vzgoje in izobraževanja. CIRIUS Vipava izvaja tudi zdravstveni program, v sklopu katerega so otroci in mladostniki vključeni v delovnoterapevtsko, fizioterapevtsko in logopedsko obravnavo.

Downov sindrom je najpogostejša kromosomska motnja, ki vpliva na motorični, duševni in socialni razvoj ter sposobnost učenja in komunikacije. Njihov napredek je odvisen od stopnje motnje v razvoju. Osebe z Downovim sindromom so ob podpori sposobne živeti v skupnosti in se vanjo aktivno vključevati (Buckley, 2000).

Osebe z motnjami v razvoju so različno uspešne pri skrbi zase, gospodinjskih aktivnostih in socialnih spretnostih. Uspešnost je odvisna od njihovih razvitih sposobnosti in spretnosti

(Yalon-Chamovitz et al., 2010). Osebe z motnjami v razvoju niso vedno toliko avtonomne in samostojne v življenju, kolikor bi si želele biti oziroma kolikor okolje pričakuje (Kjellberg, 2005, cit. po Hallgren in Kottorp, 2005).

Pomemben cilj delovne terapije je izboljšanje sposobnosti obravnavanih oseb pri izvajanju dnevnih aktivnosti (Gantschnig et al., 2015). Hallgren in Kottorp (2005) poudarjata korist delovne terapije pri osebah z motnjami v razvoju, saj z vključenostjo v delovnoterapevtsko obravnavo izboljšajo sposobnosti za izvajanje dnevnih aktivnosti.

Sodelovanje v aktivnostih vsakodnevnega življenja ima znaten vpliv na zdravje in dobro počutje (Law, 2002). Skozi participacijo pridobivamo spretnosti ter kompetence, se povežemo z našim okoljem in skupnostjo ter najdemo namen in smisel v življenju (Bajde, 2008). Osebam z motnjami v razvoju je potrebno dati priložnost izvajati dnevne aktivnosti čim bolj samostojno, da dosežejo napredek v participaciji (Sowers in Powers, 1995, cit. po Hallgren in Kottorp, 2005). Številni dejavniki volje (osebna povzročitev, vrednote, interesi), navad in sposobnosti za izvajanje (razvojni, motorični, kognitivni dejavniki) ter okoljski faktorji vplivajo na izvajanje posameznih nalog na področju dela, igre in dnevnih aktivnosti vsakega človeka (Kielhofner, 2002).

Širše dnevne aktivnosti so kompleksne naloge, ki so nujne za vzdrževanje neodvisnosti na domu in v širši skupnosti (Marušič, 2007, cit. po Prosič, 2007). V širše dnevne aktivnosti po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije sodijo tudi hišna opravila (IVZRS, IRSR, 2006). Ameriško združenje delovnih terapevtov uvršča hišna opravila v širše dnevne aktivnosti kot aktivnosti urejanja in upravljanja doma, priprava obrokov in čiščenje (AOTA, 2002).

Izvajanje hišnih opravil vključuje pomembne vloge, vrednote, osebo osmišlja in izpolnjuje. Predvsem pa predstavlja številne rutine, ki pomembno tvorijo dnevno strukturo in ohranjajo okupacijsko identiteto in delovanje. Samostojno izvajanje hišnih opravil je pomembno za delovanje posameznika v njegovem življenjskem okolju (Kacjan Žgajnar in Plemelj, 2014). Proces delovne terapije zajema spremljanje napredka z dokumentiranjem. Ocenjevanje je bistvena komponenta delovnoterapevtske obravnave in poteka ves čas, od pridobivanja začetnih informacij do končnega poročila. Delovni terapevti uporabljamo različne ocenjevalne instrumente, ki omogočajo ocenjevanje tako na ravni okvare kot tudi na ravni dejavnosti in sodelovanja, kot jih opredeljuje Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (WHO, 2001, cit. po Ocepek in sod., 2017). Yalon-Chamovitz et al. (2010) pri obravnavi oseb z motnjami v razvoju izpostavlja uporabo ocenjevalnih metod na osnovi opazovanja med izvajanjem dnevnih aktivnosti.

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali ocenjevalni instrument AMPS zazna spremembo na področju motoričnih in procesnih spretnosti pri mladostniku z zmerno motnjo v duševnem razvoju, ki v kontinuirani delovno terapevtski obravnavi izvaja hišna opravila.

METODE

V študijo primera je bil vključen 16 letni mladostnik z Downovim sindromom in zmerno motnjo v duševnem razvoju. Mladostnik dnevno obiskuje posebni program vzgoje in izobraževanja na 4. stopnji. V CIRIUS Vipava prihaja in domov odhaja z organiziranim prevozom. Mladostnik rad sodeluje pri različnih aktivnostih znotraj CIRIUS-a in v širšem okolju.

Uporabljen je bil standardiziran delovnoterapevtski test AMPS, ki ocenjuje motorične in procesne spretnosti pri izvajanju različnih osnovnih in širših dnevnih aktivnosti. AMPS je namenjen ocenjevanju izvedbe dnevnih aktivnosti na osnovi opazovanja v relevantnem okolju (Fisher in Jones, 2012). AMPS je ocenjevalni instrument, s katerim ocenimo opazovano kvaliteto izvedbe dnevnih aktivnosti na področju motoričnih in procesnih spretnosti (Sakzewski, Lewis in Ziviani, 2017). AMPS je ocenjevalno orodje, ki je občutljivo za spremembo v določenem času (Law, Baum in Dunn, 2001). Uporaba ocenjevalnega instrumenta AMPS pokaže edinstveno vlogo delovnega terapevta pri obravnavi oseb, z namenom izboljšanja okupacijske izvedbe osebnih in gospodinjskih aktivnosti. Delovnemu terapevtu omogoči oceno izvedbe dnevnih aktivnosti znotraj konteksta osebe in mu pomaga razviti obravnavo, ki je smiselna za osebo in njegovo družino (Payne in Howell, 2005).

AMPS obsega 16 motoričnih in 20 procesnih spretnosti. Motorične spretnosti so k cilju usmerjene aktivnosti, ki jih posameznik izvaja zato, da bi premaknil sebe ali predmet, medtem, ko je med izvajanjem dnevnih aktivnosti v interakciji s predmetom in okoljem. Procesne spretnosti so k cilju usmerjene aktivnosti, ki jih oseba izvaja, ko: (a) izbira in uporablja pripomočke in potrebščine; (b) izvaja posamezne aktivnosti in korake dnevnih aktivnosti; in (c) spremeni izvedbo, ko se pojavijo težave. Vsaka spretnost se ocenjuje po 4-stopenjski lestvici, ki temelji na celovitem kriteriju sposobnosti (1 = nezadostna izvedba in/ali prekinitev naloge, 2 = neučinkovita izvedba, 3 = vprašljiva izvedba, 4 = sposobna izvedba).

AMPS ponuja veliko različnih standardiziranih nalog s področja osebnih (npr. umivanje zob, oblačenje, hranjenje) in gospodinjskih (npr. kuhanje, gospodinjska opravila, vrtnarjenje, nakupovanje) dnevnih aktivnosti (Fisher in Jones, 2012). Prav ta širina omogoča delovnemu terapevtu, da osebi na izbiro ponudi aktivnosti, ki so mu znane, so primerne njegovemu funkcionalnemu stanju in mu ponujajo zadosten izziv. AMPS lestvica procesnih spretnosti je dober pokazatelj sposobnosti osebe za varno in samostojno življenje v skupnosti (Merrit, 2010, cit. po Fisher in Jones, 2012). AMPS je primerno orodje za prikaz, katere specifične akcije ali izvedbe osebo podpirajo ali ovirajo ter za razvoj ciljev in intervencij, ki krepijo in podpirajo kvaliteto izvedbe aktivnosti (Kottorp, Bernspang in Fisher, 2003).

Poleg ocenjevanja motoričnih in procesnih spretnosti, se pri AMPS-u ocenjuje tudi splošno kvaliteto izvedbe za vsako posamezno nalogo. Ocena kvalitete izvedbe obsega štiri kvalitativne postavke, ki opišejo splošen nivo opazovanega fizičnega napora osebe, učinkovitosti (organizacija časa in prostora), varnosti in samostojnosti med izvedbo naloge. Vsaka posamezna postavka je ocenjena z uporabo 6-stopenjske lestvice.

Delovni terapevt na koncu oceni še splošno sposobnost za življenje v skupnosti, imenovano tudi funkcionalni nivo osebe. Ta ocena temelji na vseh informacijah, ki jih ima na voljo delovni terapevt in ne izključno na oceni AMPS. AMPS se lahko uporablja za ocenjevanje pri osebah starih dve ali več let, z (a) različnimi diagnozami ali prizadetostmi; (b) zdravih oseb; in (c) oseb, ki nimajo formalne diagnoze, vendar je pri njih prisoten funkcionalni upad (Fisher in Jones, 2012).

Opis meritev: Sam proces ocenjevanja začnemo s poizvedovanjem, katere dnevne aktivnosti oseba želi in mora izvajati, da bo zadovoljivo izpolnil pričakovanja glede na svojo vlogo (Kottorp et al., 2003). Mladostnik, vključen v delovnoterapevtsko obravnavo,

je bil ocenjen z uporabo ocenjevalnega instrumenta AMPS s strani delovnega terapevta, izobraženega za uporabo AMPS. Z mladostnikom je bil opravljen uvodni intervju z namenom določiti katere dnevne aktivnosti pozna, jih izvaja ali jih je izvajal. Delovni terapevt je upošteval tiste aktivnosti, ki jih je mladostnik izvajal, so mu predstavljale primeren izziv ter so bile na razpolago med standardiziranimi aktivnostmi v priročniku AMPS-a. Poseben poudarek je bil dan na aktivnosti, ki jih je bilo mogoče izvajati v okolju, ki ga ponuja CIRIUS. Mladostniku je bilo predstavljeno pet aktivnosti, izmed katerih si je izbral dve. Okolje za ocenjevanje je bilo pripravljeno v sodelovanju mladostnika in delovnega terapevta, da se je zagotovilo čim boljše poznavanje. Po izvedeni izbrani aktivnosti, so bile posameznikove motorične in procesne spretnosti ocenjene z uporabo 4-stopenjske lestvice. Rezultati mladostnika so bili vneseni v računalniški program OT assessment package (OTAP).

Mladostnik si je izmed petih ponujenih izbral naslednji dve aktivnosti:

J-1: Pometanje tal (aktivnost spada po zahtevnosti za motorične spretnosti v skupino povprečnih z oceno 0.0 in v skupino lažjih od povprečnih z oceno 0.2 po zahtevnosti za procesne spretnosti),

L-1: Zlaganje perila (aktivnost spada po zahtevnosti v skupino lažjih od povprečnih tako za motorične spretnosti z oceno 0.3, kot tudi za procesne spretnosti z oceno 0.4).

REZULTATI

Analiza rezultatov AMPS-a

Pri mladostniku je bilo opazovanje izvajanja obeh aktivnosti in ocenjevanje AMPS izvedeno trikrat. Med prvim in drugim ocenjevanjem je preteklo devet mesecev, ravno tako med drugim in tretjim ocenjevanjem. Na podlagi analize podatkov, pridobljenih z ocenjevalnim instrumentom AMPS, smo pridobili naslednje rezultate.

Na področju motoričnih spretnosti je imel mladostnik pri vseh treh ocenjevanjih nižje ocene (ocena 2) predvsem pri tistih spretnostih, ki so običajno težje (namešča, dozira, ohranja ritem, koordinira). Pri prvem in drugem ocenjevanju so bile težave prisotne tudi pri spretnostih giblje tekoče, hodi, manipulira, vendar se pri tretjem ocenjevanju niso več pojavile. Pri spretnosti prijemlje pa so težave prisotne pri vseh treh ocenjevanjih.

Na področju procesnih spretnosti je imel mladostnik zelo veliko težav, posledično je bilo pri prvih dveh ocenjevanjih več spretnosti ocenjenih z najnižjo oceno 1. Te spretnosti so bile med težjimi in srednje zahtevnimi (spremeni izvajanje, opazi/se odzove, organizira, začne, pospravi, konča, naredi). Pri tretjem ocenjevanju mladostnik pri nobeni spretnosti ni bil več ocenjen z oceno 1. Konstantno nižje ocene (ocena 2) je dobil pri spretnostih pridobi, ohranja ritem, izvaja neprekinjeno, rokuje, usmerja gibanje, spremeni okolje, je pozoren na ter izvaja v zaporedju. Na ocenjevalnem obrazcu je razvidno, da so te spretnosti razporejene po vseh procesnih področjih, kar nam lahko razloži slabšo celotno oceno procesnih spretnosti. Brez težav (ocena 4) pa je bil mladostnik pri spretnostih izbere, uporabi in povprašuje, ki izhajajo iz uporabe znanja ter spretnostih zbere in išče/najde, ki se navezujejo na organizacijo prostora in objektov.

Tabela 1: Primerjava ocen motoričnih in procesnih spretnosti

	Prvo ocenjevanje		Drugo ocenjevanje		Tretje ocenjevanje	
	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti
Mladostnik	1.8	0.1	1.7	0.2	2.2	0.5

Na osnovi vsote standardne napake meritev, se morajo med dvema AMPS ocenjevanjema ocene motoričnih zmožnosti razlikovati vsaj za 0.5, ocene procesnih zmožnosti pa vsaj za 0.4 točke, da kažejo pri posamezniku na statistično pomemben napredek (tabela 1).

Pri prvih dveh ocenjevanjih so bile mladostnikove motorične spretnosti pod mejo 2.0 točke na motorični lestvici, kar pomeni, da se je pri izvajanju dnevnih aktivnosti opazilo lažjo nerodnost in /ali povečan napor. Negativna razlika v oceni motoričnih spretnosti med prvim in drugim ocenjevanjem kaže na slabšo izvedbo. Pri tretjem ocenjevanju je mladostnik na motorični lestvici dosegel 2.2 točke, kar je v bližini meje, tako da sta nerodnost in napor lahko še vedno prisotna. Med drugim in tretjim ocenjevanjem je na področju motoričnih spretnosti napredek opazen, pa tudi statistično pomemben zaradi razlike v oceni za 0.5 točke. Če pa gledamo celotno časovno obdobje, je bila med prvim in tretjim ocenjevanjem razlika v oceni za 0.4 točke na motoričnem področju, kar pomeni, da je napredek pri motoričnih spretnostih opazen, ne pa tudi statistično pomemben. Če oceno primerjamo z ocenami zdravih oseb njegovih let, med 1.89 in 4.01 točke, vidimo, da je motorična izvedba mladostnika znotraj starostnih pričakovanj.

Mladostnikove procesne spretnosti so bile pri vseh treh ocenjevanjih pod mejo 1.0 točke na procesni lestvici in sicer na nivoju, kjer se med izvajanjem dnevnih aktivnosti opaža lažjo do zmerno neučinkovitost oziroma časovno in prostorsko neorganiziranost. Na področju procesnih spretnosti je bila razlika med prvima dvema ocenama premajhna, da bi lahko opazili napredek. Med drugim in tretjim ocenjevanjem je bila razlika v oceni za 0.3 točke, kar pomeni, da je bil napredek opazen, ne pa tudi statistično pomemben. Če pa gledamo celotno časovno obdobje, je bila med prvim in tretjim ocenjevanjem razlika za 0.4 točke. Napredek je tako opazen, kot tudi statistično pomemben. Končna ocena procesnih spretnosti 0.5 točke ga v primerjavi z zdravimi osebami njegovih let, ki na procesni lestvici dosegajo med 1.21 in 2.94 točke, uvršča izven starostnih pričakovanj.

Analiza aktivnosti po spretnostih

Mladostnik je pri izvedbi aktivnosti zlaganje perila samostojen, še vedno pa so prisotne težave. Teh je manj kot pri prvem ocenjevanju (tabela 2).

Aktivnost izvede v počasnejšem ritmu. Ob nameščanju predmetov se pojavlja neroden položaj telesa. Še vedno ima nekaj težav pri prijemanju in koordinaciji, predmeti mu občasno zdrsnejo iz rok. Gibanje je postalo bolj tekoče.

Mladostnik je pri izvedbi postal učinkovitejši, vendar pri procesnih spretnostih težave še ostajajo. Med izvajanjem se ne drži dogovora v celoti. Uporabljeni predmeti se mu premikajo, ker jih ne podpre dovolj. Pri aktivnosti izpusti manjši korak in jo zaključi prezgodaj. Težave ima pri organizaciji, saj ima delovni prostor preveč natrpan. Pri pospravljanju perila ne sortira zadostno. Odstopanje je tudi v skupini spretnosti prilagajanje

pri opazi/se odzove, spremeni okolje (stvari so mu v napoto), spremeni izvajanje (vztraja pri neučinkovitem ali neprimernem izvajanju) in pridobi (težave se ponavljajo).

Tabela 2: Analiza aktivnosti po spretnostih – zlaganje perila – primerjava rezultatov

Odstopanja	Prvo ocenjevanje		Tretje ocenjevanje	
	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti
Zmerna težava			giblje tekoče, manipulira	je pozoren na, izvaja v zaporedju, usmerja gibanje
Srednja težava	namešča, ohranja ritem, koordinira, manipulira, prijemlje, giblje tekoče	pridobi, organizira, rokuje, usmerja gibanje, spremeni okolje, izvaja v zaporedju, je pozoren na	namešča, ohranja ritem, prijemlje, koordinira	spremeni izvajanje, pridobi, opazi/se odzove, organizira, začne, pospravi, rokuje, konča, spremeni okolje, naredi
Resna težava		spremeni izvajanje, opazi/se odzove, začne, pospravi, konča, naredi		

RAZPRAVA

Z začetnim ocenjevanjem AMPS je bilo ugotovljeno, da je mladostnik tako na področju motoričnih kot tudi procesnih spretnosti sicer dosegel pozitivne rezultate, vendar so ti rezultati na AMPS lestvici umeščeni pod mejo zadovoljive izvedbe in pod pričakovanji glede na starost. Iz tega lahko sklepamo, da bo mladostnik pri izvajanju dnevnih aktivnosti izkazoval telesni napor ali nerodnost ter da bosta njegovi učinkovitost in varnost zmanjšani, lahko bo potreboval pomoč.

Zadnje ocenjevanje AMPS je pokazalo, da so motorične spretnosti mladostnika umeščene nad mejo zadovoljive izvedbe ter so znotraj pričakovanj glede na starost. Iz tega lahko sklepamo, da bo pri izvajanju dnevnih aktivnosti prisotnega malo ali nič napora. Procesne spretnosti so še vedno ostale pod mejo zadovoljive izvedbe ter tudi pod pričakovanji za mladostnikovo starostno skupino. Iz tega lahko sklepamo, da bo mladostnik pri izvajanju dnevnih aktivnosti slabše učinkovit, njegova varnost bo znižana, lahko bo potreboval tudi pomoč.

Pregled raziskav na področju uporabe AMPS-a pri delu z osebami z motnjami v razvoju v tuji literaturi, podpira naše domneve. Park (2015) navaja, da imajo osebe z motnjami v razvoju številne različne težave kot so težave z grobo in fino motoriko, somatosenzorne, kognitivne, govorne in vedenjske težave. Zaradi teh težav slabše izvajajo funkcionalne aktivnosti. Osebe z motnjami v razvoju imajo slabše motorične in procesne spretnosti, ker so njihove fizične, mentalne in intelektualne funkcije slabše. Težave na področju motoričnih in procesnih spretnosti se razlikujejo glede na diagnozo. Kottorp et al. (2003) ugotavljajo veljavnost AMPS-a kot ocenjevalnega instrumenta za uporabo pri osebah z

motnjami v razvoju, vključno z različnimi stopnjami motnje v duševnem razvoju. Kottorp in Hallgren (2005) navajata, da se motorične in procesne spretnosti pri osebah z motnjami v razvoju izboljšajo kot rezultat kontinuiranega dela. Prenos naučenega iz terapevtske obravnave v vsakodnevno življenje je nujen korak za uspešen izid terapije (Houldin et al., 2017).

SKLEP

Ocenjevalni instrument AMPS je bil uporabljen za ocenjevanje sprememb motoričnih in procesnih spretnosti in s tem za objektiven dokaz učinkovitosti delovnoterapevtske obravnave. Cilj spremljanja izvedbe je bil ugotoviti ali so se pri mladostniku zgodile pomembne spremembe. Pričakovalo se je postopno izboljšanje spretnosti, saj je bila obravnava usmerjena tako na učenje, kot na trening bolj učinkovite izvedbe in prilagoditev okolja. Rezultati kažejo, da je imela delovno terapevtska obravnava pozitiven vpliv na izboljšanje motoričnih in procesnih spretnosti pri mladostniku z motnjami v razvoju.

AMPS je bil dovolj občutljiv za zaznavanje sprememb pri izvajanju hišnih opravil. Mladostnik z motnjo v razvoju je dosegel minimalni napredek. Zavedamo se, da bo kljub temu tudi v prihodnje potreboval spremljanje s strani delovnega terapevta.

Mladostnik, ki je bil vključen v delovnoterapevtsko obravnavo, je svoje zadolžitve izvajal redno, v okviru svojih sposobnosti. S tem si je v okolju pridobil pomembno vlogo in bil opažen.

Posledično je mladostnik pri izvajanju hišnih opravil postal bolj učinkovit in je svoje zadolžitve poosebil. Dober odziv okolja je pripomogel k izboljšanju samopodobe mladostnika in dvigu kakovosti življenja.

LITERATURA

- AOTA- American occupational therapy association (2017). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd edition), AM J Occup Ther 68: S1-S48.
- Bajde S (2008). Vpliv okolja na načrtovanje delovno terapevtske intervencije pri otrocih in mladostnikih z motnjami v razvoju. V: Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa delovnih terapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo, Podčetrtek, 11.-13. september 2008. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje, 93-99.
- Buckley S (2000). Living with Down syndrome. Southsea, Hamshire: The Down syndrome educational trust.
- Fisher AG, Jones (2012). Assessment of motor and process skills: volume 1. Development, standardization and administration manual (7th edition, revised). Fort Collins, Colorado: Three Star Press.
- Gantschnig BE, Fisher AG, Page J, Meichtry A, Nilsson I (2015). Differences in activities of daily living (ADL) abilities of children across world regions: a validity study of the assessment of motor and process skills. Child Care Health Dev 41 (2): 230-8.
- Hallgren M, Kottorp A (2005). Effects of occupational therapy intervention on activities of daily living and awareness of disability in persons with intellectual disabilities. Aust Occup Ther J 52, 350-359.
- Houldin A, McEwen SE, Howell MW, Polatajko HJ (2017). The cognitive orientation to daily occupational performance approach and transfer: a scoping review. OTJR (Thorofare N J)
- Kacjan Žgajnar K, Plemelj A (2014). Izvajanje hišnih opravil pri starejših osebah v domačem okolju. V: Zbornik prispevkov z recenzijo: Zrela leta slovenske delovne terapije, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 161-170.
- Kielhofner G (2002). A model of human occupation: Theory and application (3rd edition) Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kottorp A (2008). The use of the assessment of motor and process skills (AMPS) in predicting need of assistance for adults with mental retardation. OTJR 28 (2): 72-80.
- Kottorp A, Bernspang B, Fisher AG (2003). Validity of a performance assessment of activities of daily living for people with developmental disabilities. J Intellect Disabil Res 47 (Pt 8): 597-605.
- Kottorp A, Bernspang B, Fisher AG (2003). Activities of daily living in persons with intellectual disability: Strengths and limitations in specific motor and process skills. Aust Occup Ther J 50: 195-204.
- Kottorp A, Hallgren M, Bernspang B, Fisher AG (2003). Client-centred occupational therapy for persons with mental retardation: implementation of an intervention programme in activities of daily living tasks. Scand J Occup Ther 10: 51-60.

- Law MC, Baum CM, Dunn W (2001). Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy. Second edition. Thorofare: Slack Incorporated, 227-248.
- Law M.C. (2002). Participation in the occupation of everyday life. *Am J Occup Ther* 56: 640-649
- 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 poškodbi glave – prikaz primera. V: Slovenska revija za delovno terapijo. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje. Letnik 1, Številka 1: 23-34.
- Park M (2015). Comparison of motor and process skills among children with different developmental disabilities. *J Phys Ther Sci* 27 (10): 3183-3184.
- Payne S, Howell C (2005). An evaluation of the clinical use of the assessment of motor and process skills with children. *Br J Occup Ther* 68 (6): 277-280.
- Prosič Z (2007). Izvajanje gospodinjskih aktivnosti pri osebah po hudi poškodbe glave. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Sakzewski L, Lewis M, Ziviani J (2017). Test-retest reproducibility of the assessment of motor and process skills for school-aged children with acquired brain injuries. *Scand J Occup Ther* 24 (3): 161-166.
- Yalon-Chamowitz S, Selanikyo E, Artzi N, Prigal Y, Fishman R (2010). Occupational therapy and intellectual and developmental disability throughout the life cycle. *Israeli J Occup Ther* 19 (1): E3-E8.

UPORABA OCENJEVALNIH INŠTRUMENTOV PRI DELOVNOTERAPEVTSKI OBRAVNAVI NA PODROČJU GERONTOLOGIJE

THE USE OF ASSESSMENT TOOLS IN OCCUPATIONAL THERAPY IN THE FIELD OF GERONTOLOGY

Amela Zahirović, dipl.del.ter., Veronika Lah, dipl.del.ter., asist. Katarina Galof¹,
univ.dipl.org., dipl.del.ter.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Delovni terapevti uporabljamo ocenjevalne inštrumente v procesu delovnoterapevtske obravnave za ocenjevanje trenutnega stanja, odstopanj, načrtovanje in evalvacijo. Prepoznavanje in razumevanje uporabnikovih težav in spretnosti je na področju gerontologije lahko oteženo, kar lahko zamegli realno sliko uporabnika in posledično oteži učinkovito obravnavo za spodbujanje samostojnosti v vsakodnevni aktivnosti na vseh področjih delovanja uporabnika. Namen: Z raziskavo želimo raziskati in predstaviti uporabo ocenjevalnih inštrumentov pri delovnoterapevtski obravnavi na področju gerontologije. **Metode:** Uporabljen je bil pregled tuje in slovenske znanstvene literature ter anketni vprašalnik. V raziskavi so sodelovali delovni terapevti s področja gerontologije.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da na slovenskem področju delovni terapevti pri obravnavi uporabljajo sledeče ocenjevalne inštrumente: analizo aktivnosti (AA), lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM), Kanadski test izvajanja dejavnosti (COPM), Barthel index (BI), Razširjeni Barthel Index (BI), Katz indeks neodvisnosti pri izvajanju ožjih dnevnih aktivnosti (KATZ ADL). Lawtonova lestvica instrumentalnih dnevnih aktivnosti (Lawton IADL) ni pogosto v uporabi, ker slovenskim kolegom ni poznan. Najpogostejše uporabljeni ocenjevalni instrumenti so osredotočeni na uporabnika in na dokazih temelječe prakse ter podkrepljeni s strokovno presojo in izkušnjami. Pomembni dejavniki uporabe določenih ocenjevalnih inštrumentov so prepoznavnost instrumenta, preobširnost, omejenost časa za obravnavo uporabnika, potreba po dodatnem izobraževanju delovnega terapevta za njegovo uporabo. **Sklep:** Uporaba ocenjevalnih instrumentov kot so KATZ ADL, LAWTON IADL ter Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti (AMPS) bi pomembno prispevala k vrednotenju doseganja funkcijskih ciljev delovnoterapevtske obravnave uporabnikov in omogočanju izvajanja vsakodnevnih aktivnosti.

Ključne besede: ocenjevanje, delovna terapija, starostniki, gerontologija

ABSTRACT

Introduction: Occupational therapists use evaluation instruments to assess the clients' current state, deviations in functioning, planning and evaluation. Thorough identification and understanding of the elderly client's problems and skills can be difficult, which can blur the clients' real abilities and, consequently, hinder effective promotion of independence in daily activities. Purpose: The aim of the study is to present the use of occupational therapy assessment tools generally used in elderly population in Slovenia and abroad. **Methods:** A review of the relevant foreign and Slovenian scientific literature and a survey were conducted. The research sample consisted of occupational therapists working in the field of gerontology. **Results:** The results of the study show that Slovenian occupational therapists use the following evaluation instruments: the analysis of activities of daily living, Functional Independence Measure (FIM), Canadian Occupational

Performance Measure (COPM), Barthel index (BI), Extended Barthel Index (Extended BI), Katz Activities of Daily Living (KATZ ADL). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale (Lawton IADL) was not commonly used because of its unfamiliarity among the respondents. The Slovenian occupational therapists use assessment instruments that focus on the user and evidence-based practice, supported by expert judgment and experience. The preference of assessment instruments depend on familiarity and complexity of the instrument, time-limited treatment and the additional training of occupational therapists required to use the assessment tool. **Conclusion:** The use of KATZ ADL, LAWTON IADL and the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) may significantly contribute to objective evaluation of the acquired functional goals and the implementation of everyday activities in the elderly.

Keywords: assessment, occupational therapy, elderly, gerontology

IZHODIŠČA

Starostniki postajajo pri nas in tudi drugod po svetu vedno bolj pomembna demografska skupina. Po eni strani upada število rojstev, po drugi strani se podaljšuje življenjska doba ljudi, kar pomeni, da je delež starostnikov v družbi vedno večji, tako relativno kot absolutno. Glede na demografske podatke Evrostata (EUROSTAT, 2010) se bo delež starostnikov v Sloveniji povečal na 19 % do leta 2025, kar zahteva tudi prilagoditve zdravstvene in socialne politike v zvezi z oskrbo starostnikov (Pahor in Domajnko, 2008). Eden najpomembnejših političnih ciljev je vsekakor vzdrževanje čim večje samostojnosti in neodvisnosti med starostniki (World Health Organisation, 2002). Pri doseganju večje samostojnosti in neodvisnosti uporabnikov, tudi starostnikov, ima pomembno vlogo delovna terapija oz. delovni terapevt, saj bo potreba po njem z leti vse večja.

Proces delovne terapije je v različnih virih in pristopih opisan skozi različno število korakov, ki si kronološko sledijo: (a) začetno ocenjevanje in načrtovanje obravnave, (b) izvajanje in prilagajanje obravnave ter (c) zaključno vrednotenje izidov (Moyers, 2007). Evalvacija oziroma vrednotenje je proces pridobivanja in interpretacije podatkov potrebnih za razumevanje uporabnikovih težav, sistema ali situacije v kateri se nahaja. Za ocenjevanje uporabljajo specifične pripomočke, inštrumente, ki jih uporabljamo znotraj procesa vrednotenja (Hinojosa in Hramer, 1998). Ocenjevanje v smislu vrednotenja v tem procesu pravzaprav poteka ves čas in omogoča prepoznavanje ključnih informacij, ki usmerjajo potek obravnave. Za delovnoterapevtsko ocenjevanje je značilno, da poteka po zaporednih korakih, vezanih na hierarhično urejene ravni posameznikovega delovanja. Ocenjevanje je eden najpomembnejših delov delovnoterapevtske obravnave, ki poteka na vsakem koraku obravnave. Gre torej za kontinuiran proces (Hocking, 2010). Na ta proces vplivajo številni dejavniki. Najpomembnejši med njimi je zavedanje, da je izvedba dejavnosti (okupacije) vedno rezultat medsebojnega delovanja posameznika, dejavnosti (okupacije) in okolja. Pomembni dejavniki so poleg tega še zavezanost k na uporabnika usmerjeni obravnavi, praksi temelječi na dokazih, strogost ocenjevanja ter okoljski dejavniki (Hocking, 2010).

Delovni terapevti v procesu delovne terapije uporabljajo standardizirane in/ali ne standardizirane ocenjevalne inštrumente. Z uporabo ocenjevalnih inštrumentov delovni terapevti dokazujejo in potrjujejo učinkovitost delovnoterapevtske obravnave. Z dokazi podprto prakso prispevajo k izkazovanju potreb po novih delovnih mestih in potreb po večji zaposljivosti delovnih terapevtov (Hinojosa in Hramer, 1998). Vse to je izjemno pomembno za razvoj stroke. Delovni terapevti pri izbiri in uporabi ocenjevalnih inštrumentov upoštevajo načelne usmeritve inštitucije, dostopnost in uporabnost ocenjevalnih inštrumentov ter posamezne specifičnosti ocenjevalnega inštrumenta kot so

npr : preobširnost, cena, zahteva po dodatnem usposabljanju, izobraževanju za uporabo (Laver Fawcett 2007).

Z vidika delovne terapije je pomembno vedeti, kako starostniki kljub omejitvam in boleznim funkcionirajo v svojem vsakdanjiku (Larsson et al., 2009), kako izvajajo okupacije in kako so le te vključene v različne situacije vsakdanjega življenja (Tomšič in Lebar, 2006).

S pregledom obstoječe literature in uporabo anketnega vprašalnika želimo raziskati uporabo ocenjevalnih inštrumentov pri delovno terapevtski obravnavi na gerontološkem področju. Zastavili smo dve raziskovalni vprašanji in sicer “Katere ocenjevalne inštrumente delovni terapevti najpogosteje izberejo za namene obravnave na področju gerontologije” ter “Kateri dejavniki vplivajo na izbiro ocenjevalnih inštrumentov pri delovnoterapevtski obravnavi na področju gerontologije?” Z uporabo anketnega vprašalnika smo raziskali katere ocenjevalne inštrumente delovni terapevti uporabljajo pri delu s starostniki, s katerimi omejitvami se soočajo pri uporabi ocenjevalnih inštrumentov ter kakšno je stanje na področju izobraževanja o ocenjevalnih inštrumentih.

METODE

Kritičen pregled literature: Sistematični pregled literature je pregled z jasno oblikovanim vprašanjem, znotraj katerega koristimo sistematične in eksplicitne metode, da identificiramo, izberemo ter kritično presodimo relevantne podatke ter zberemo in analiziramo podatke iz študij, vključenih v pregled (Moher et al., 2009). Osnovne značilnosti pregleda literature so: jasno začrtani cilji z v naprej določenimi kriteriji iskanja študij, ponovljiva metodologija, sistematično iskanje študij, ocena veljavnosti izsledkov najdenih študij ter sistematični prikaz in sinteza lastnosti ter najdb vključenih študij (Higgins in Green, 2011).

Pregledana je bila literatura v angleškem in slovenskem jeziku, objavljena med letoma 2006 in 2018. Za iskanje so bile uporabljene podatkovne zbirke COBISS, Google Scholar, Medline, PubMed, in sicer v obdobju od decembra 2017 do aprila 2018. Uporabljene so bile naslednje ključne besede v slovenščini: ocenjevalni inštrumenti, delovna terapija, starostniki, gerontologija; v angleščini: occupational therapy, evaluation, elderly, education, gerontology. Kriteriji za iskanje literature so bili: ključne besede, leto izdaje in dostopnost celotnega besedila. Potek pregleda prikazuje diagram PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2010).

Kvantitativna raziskava - anketni vprašalnik

Uporabljena je bila kvantitativna raziskava. Izvedeno je bilo anketiranje s spletnim vprašalnikom, ki je bil marca 2018 poslan zaposlenim slovenskim delovnim terapevtom (v nadaljevanju DTH) na področju gerontologije. Anketni vprašalnik je nastal na osnovi pregleda slovenske in tuje literature. Vprašalnik je bil sestavljen iz petih vsebinskih sklopov, ki so vsebovali vprašanja zaprtega tipa ter dvema vprašanjema izbirnega tipa. Vsak izmed petih vsebinskih sklopov je vseboval posamezne trditve, ki so se navezovala na uporabo ocenjevalnih inštrumentov pri delovno terapevtski obravnavi. Anketiranci so s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice (angl. Likert scale) označili, v kolikšni meri se s posamezno trditvijo strinjajo (1- sploh se ne strinjam, 2- ne strinjam se, 3- delno se strinjam/delno se ne strinjam, 4- strinjam se, 5- popolnoma se strinjam). Pri dveh vprašanjih so anketiranci imeli možnost pri odgovorih pod opcijo “drugo” napisati lasten komentar.

Skupno smo po elektronski pošti pisali na 133 e-naslovov, kjer smo zaposlenim delovnim terapevtom na področju gerontologije poslali spremni dopis s povezavo do spletnega anketnega vprašalnika in jih poprosili za anonimno sodelovanje.

Za analizo podatkov smo uporabili program Microsoft Excel 2010 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA).

REZULTATI

Rezultati pregleda literature: Iskanje v podatkovnih zbirkah je dalo skupaj 3297 zadetkov, od tega je bilo 1836 duplikatov, tako da je po njihovi odstranitvi ostalo še 1461 zadetkov. Po dodanih 10 zadetkih ročnega iskanja in pregledu naslovov ter izvlečkov zadetkov je kriterije za vključitev v pregled dosegalo 43 zadetkov. Z razlogi je bilo 30 raziskav izključenih, tako da je bilo v pregled zajetih 13 raziskav.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov: Ker so v pregled bile vključene študije, ki so bile objavljene v strokovno-znanstveni literaturi, smo korak ocene kakovosti oziroma veljavnosti izsledkov najdenih študij izpustili.

Slika 1: Diagram poteka iskanja ter vključevanja zadetkov v pregled literature (PRISMA diagram)

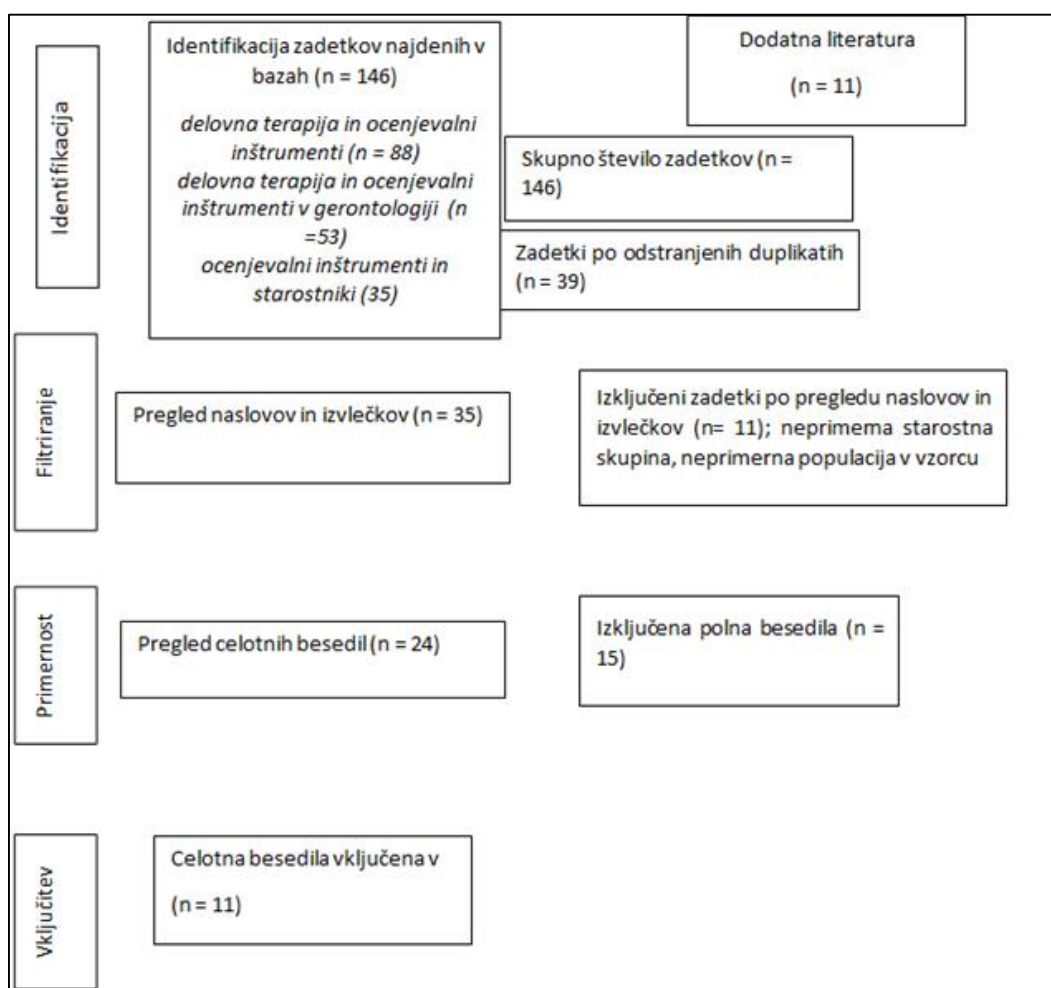


Tabela 1: Glavni izsledki besedil zajetih v pregled literature

Študija	Namen	Vzorec	Metoda	Izsledki
Arik et. al (2015)	Validacija Katz indeksa neodvisnosti pri izvajanju ožjih dnevnih aktivnosti.	starostniki nad 70 let, 5 ocenjevalnih instrumentov	Deskriptivna kvantitativna študija	Delovni terapevti uporabljajo poleg Katz indeksa neodvisnosti pri izvajanju ožjih dnevnih aktivnosti. (v nad. Katz ADL še Lawtonova lestvica neodvisnosti pri izvajanju širših dnevnih aktivnosti (v nad. Lawton IADL) ter razširjeni Barthel indeks (v nad. razširjeni BI). Navajajo da, je KATZ ADL lahek za izvajati, zanesljiv, veljaven in medkulturno sprejemljiv ocenjevalni instrument v geriatrični populaciji.
Barreira in Ruiz (2015)	Preučiti delovanje starostnikov z demenco	n = 330	Eksplorativno deskriptivna študija. Študija prečnega prereza	Z uporabo Barthel indeksa (v nad. BI) je možno oceniti funkcionalni potencial starostnika v dnevnih aktivnosti.
Buurman et. al (2011)	Raziskati ocenjevalne instrumente uporabljen za merjenje dnevnih aktivnosti pri hospitaliziranih starostnikih z upadanjem samostojnosti.	28 študij, 5 ocenjevalnih instrumentov	Sistematičen pregled literature	Študije so pokazale, da delovnim terapevtom najbolj uporabni ocenjevalni instrumenti Katz ADL, BI, Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti (v nad. AMPS), Lestvica funkcijske neodvisnosti (v nad. FIM) in Analiza aktivnosti (v nad. AA)
Fioravanti et. al (2012)	Primerjati odzivnost in občutljivost na spremembe pri obravnavi starostnikov med AMPS-om in FIM-om	25 starostnikov, 2 ocenjevalna instrumenta	Primerjalna študija	Uporaba AMPS-a kot ocenjevalnega instrumenta za vrednotenje rezultatov omogoča strokovnjakom odkrivanje in zaznavanje sprememb, ki jih ni mogoče odkriti z uporabo FIM-a, ki je kljub 7 stopenjski lestvici manj senzibilen za zaznavanje sprememb v primerjavi z AMPS-om.

Huijben-Schoenmakers M et. al. (2014)	Raziskati učinek povečanega časa terapije na področju kognicije in razpoloženja pri pacientih po možganski kapi.	n = 138	Protokol primerjalne randomizirane slepe kontrolne študije	BI se je pokazal kot zanesljiv in veljaven z populacijo po možganski kapi. Nega starostnikov po možganski kapi v domovih starejših občanov se lahko izboljšuje na način, da omogoča boljše priložnosti za samostojno življenje.
Iconaru EI, (2014)	Preučiti podobnosti in razlike med evalvacijskimi protokoli fizioterapije in delovne terapije	n = 1	Študija primera	Evalvacija je ključnega pomena, kadar ima uporabnik nespecifične znake bolezni ali multi-morbidnost.
Lin J-H et. al. (2014)	Preučiti pojav depresije v zadnjem življenjskem obdobju ter kvaliteto življenja pri starostnikih na geriatričnem oddelku.	n = 471	Eksplorativna študija	AA in Kanadski test izvajanja dejavnosti (v nad. COPM) sta se izkazala kot primerna za uporabo pri starostnikih z depresijo, saj ustrezno nakažeta oceno delovanja, kvaliteto življenja ter strah pred ponovno poškodbo.
Maud et al. (2007)	Preučiti učinek delovne terapije na kvaliteto življenja, razpoloženje in zdravstveno stanje pri uporabnikih z demenco ter njihovih skrbnikih.	135 parov starostnikov in oskrbovalcev	Randomizirana kontrolna študija	Rezultati so pokazali, da AMPS pokaže tudi najmanjše spremembe v funkcioniranju starostnika ter zanesljivo pokaže učinek delovne terapije.
Sackley CM et. al. (2009)	Raziskati učinek fizioterapevtske in delovnoterapevtske intervencije na področju mobilnosti in aktivnosti pri prebivalcih domova starejših občanov.	249 starostnikov	Randomizirana kontrolna študija	BI je nakazal primerljive rezultate z Rivermeadovim indeksom za ocene delovanja in gibanja (v nad. RMI) po 3 in 6 mesecih.
Sackley C et. al. (2006)	Evalvirati učinek delovno terapevtske intervencije pri uporabnikih po	n = 118	Randomizirana kontrolna študija	Z BI je možno zaznati signifikantno razliko in napredek pri dnevni aktivnosti kot so gibanje po stanovanju,

	možganski kapi v domovih starejših občanov			transfer iz postelje na stol ter iz postelje na wc.
Wales et al. (2016)	Raziskati uporabo ocenjevalnih inštrumentov uporabljenih pri starostnikih, ki imajo težave z vključevanjem in sodelovanjem v dnevnih aktivnosti	28 ocenjevalnih inštrumentov starostniki nad 65 let	Deskriptivna kvantitativna študija	Med 28 ocenjevalnih inštrumentov se je AMPS izkazal kot najbolj občutljiv na spremembe v funkcioniranju pri dnevnih aktivnosti starostnikov. Navajajo tudi FIM, BI, RBI, KATZ ADL, LAWTON IADL, COPM in AA, vendar je zaznati slabšo interno konsistentnost in specifičnost. Vsa ocenjevanja niso testirana za primernost uporabe pri starejši populaciji kar lahko vodi v napačne sklepe glede uporabnikovih sposobnosti. Modifikacije ocenjevanj niso ustrezno opisane, kar lahko spremeni njihovo vrednost.
Žibert S (2011).	Preučiti potek delovno terapevtske obravnave po možganski kapi v različnih domovih starejših občanov.	10 delovnih terapevtov	Kvantitativni tip raziskave	DT se najpogosteje poslužujejo modela COPM ter razvojno-nevrološkega pristopa. Poleg COPM-a uporabljajo še AA ter AMPS. Z upoštevanjem uporabni ka, okupacije in okolja se pojavi tudi motivacija za čim boljše izvajanje namenskih aktivnosti.

Rezultati anketnega vprašalnika

Anketni vprašalnik, ki je bil poslan 133 delovnim terapevtom zaposlenim na področju gerontologije je pričelo izpolnjevati 67 terapevtov (50%). Na vsa vprašanja je odgovorilo 51 delovnih terapevtov (38%). Po spolu je bilo 11 % moških in 89 % žensk. Struktura anketirancev glede na starost je bila: do 20 let 4%, 21– 40 let 56%, 41–60 let 40%. Povprečna delovna doba zaposlenih delovnih terapevtov na področju gerontologije je bila 13,2 leti. Minimalno število let delovne dobe je bilo 1 leto, tisti z najdaljšim staležem dela 39 let. Na področju primarne zdravstvene dejavnosti (dom starejših občanov, oskrba na domu, zdravstvena služba splošne medicine, zdravstveni dom, privatna praksa) je bilo trenutno delujočih 88 % anketirancev, na področju sekundarna zdravstvena dejavnost (bolnišnica, poliklinika, bolnišnične ambulantne) 9% in na področju terciarne zdravstvene dejavnosti (klinike in inštituti) 2% anketirancev.

Največ anketirancev 43% je odgovorilo, da v procesu delovnoterapevtske obravnave uporablja standardizirane ocenjevalne instrumente. Nestandardizirane ocenjevalne instrumente uporablja 39% anketirancev in 18% je delež delovnih terapevtov, ki uporablja interne ocenjevalne instrumente.

S trditvijo "Z ocenjevalnimi instrumenti, ki jih uporabljam dobim zadovoljiv pregled o funkcioniranju posameznika na ravni izvajanja dejavnosti" se popolnoma strinja 17% in strinja 65% anketirancev (tabela 2).

58% anketiranih se strinja, da ocenjevalni instrumenti, ki jih uporabljajo dovolj povedo o obsegu okvare, poškodbe uporabnika. Mnenje 25% anketiranih je, da se niso opredelili niti za strinjanje niti za nestrinjanje (tabela 2).

Ocenjevalni instrumenti, ki jih uporabljajo, v celoti zadostujejo za postavitev teoretičnih temeljev izvedbe delovnoterapevtske obravnave meni 51% anketiranih, ki se s sledečo trditvijo strinjajo. S trditvijo se jih strinja niti se ne strinja 27% (tabela 2).

S trditvijo "Ocenjevalni instrumenti, ki jih uporabljam mi v celoti zadostujejo za merjenje izida delovnoterapevtske obravnave" se popolnoma strinja 12% in strinja 48% anketiranih (tabela 2).

Največ (31%) anketiranih se strinja s trditvijo, da na izbiro ocenjevalnih instrumentov pri obravnavah vpliva terapevtova strokovna usposobljenost za izvedbo ocenjevanj.

Z zadnjo trditvijo iz tabele 1, ki se navezuje na uspešno delo, potrebuje 55% delovnih terapevtov priporočila za delovnoterapevtsko obravnavo na tem področju z vidika standardov in normativov.

Na osnovi pregleda tuje literature (tabela 1), smo iz izbranih študij izpostavili sledeče ocenjevalne instrumente: Razširjeni BI, Kazt ADL, LAWTON IADL.

V tabeli 3 so prikazani rezultati, kjer so anketiranci navedli, da med ponujenim naborom ocenjevalnih instrumentov, ki je nastal na podlagi pregleda literature in trenutno veljavnega študijskega programa Delovna terapija 1. stopnje, najpogosteje uporabljajo Analizo aktivnosti 58%, FIM 56%, COPM 51% in BI-Barthel index 49%. Anketiranci želijo pri svojem delu na novo uvesti sledeče ocenjevalne instrumente: AMPS 33%, COPM 30 %, FIM 28% in razširjeni BI (28%).

Kar polovici (50%) delovnim terapevtom je zelo pomembno in 40% je pomembno, da so ocenjevalni instrumenti, ki jih uporabljajo, prosto dostopni v strokovni literaturi ali na spletu. Več kot polovici (56%) delovnim terapevtom je pomembno, da so za ocenjevalne instrumente, ki jih uporabljajo, potrebna dodatna izobraževanja. 44% anketiranih je pomembno, da so uporabljeni ocenjevalni instrumenti prevedeni v slovenski jezik. Veliki večini anketiranih je pomembno (58%) ali zelo pomembno (30%), da se ocenjevalni instrumenti uporabljajo na podlagi že predpisanih tiskanih obrazcev. Za trditev "ocenjevalni instrumenti se uporabljajo s pomočjo informacijsko komunikacijske podporne tehnologije" so bila mnenja deljena. 36% anketiranih se to zdi pomembno in prav tako 36% anketiranih ni odločenih glede pomembnosti trditve. Skupno kar 97% terapevtov meni da je strokovna usposobljenost terapevta za izvedbo ocenjevanj zelo pomembna ali pomembna. Interpretacija dobljenih rezultatov je kar 98% delovnim terapevtom zelo pomembna ali pomembna (tabela 4).

Tabela 2: Ocenjevalni inštrumenti in pokazatelji delovnemu terapevtu

Ocenjevalni inštrumenti	PS	S	S, NS	NS	S SN	Pov ± Std. O
Z ocenjevalnimi inštrumenti, ki jih uporabljam dobim zadovoljiv pregled o funkcioniranju posameznika na ravni izvajanja dejavnosti.	9 (17%)	34 (65%)	6 (12%)	3 (6%)	0 (0%)	2.1 ± 0.7
Ocenjevalni inštrumenti, ki jih uporabljam mi dovolj povedo o obsegu okvare, poškodbe uporabnika.	7 (13%)	30 (58%)	13 (25%)	2 (4%)	0 (0%)	2.2 0.7
Ocenjevalni inštrumenti, ki jih uporabljam, mi v celoti zadostujejo za postavitve teoretičnih temeljev izvedbe delovnoterapevtske obravnave.	5 (10%)	26 (51%)	14 (27%)	6 (12%)	0 (0%)	2.4 0.8
Ocenjevalni inštrumenti, ki jih uporabljam mi v celoti zadostujejo za merjenje izida delovnoterapevtske obravnave.	6 (12%)	25 (48%)	12 (23%)	9 (17%)	0 (0%)	2.5 0.9
Pri izbiri ocenjevalnih inštrumentov je zame ključni faktor dolžina trajanja izvedbe ocenjevanja.	13 (25%)	16 (31%)	12 (24%)	9 (18%)	1 (2%)	2.4 ± 1.1
Pri izbiri ocenjevalnih inštrumentov je zame ključni faktor nivo ocenjevanja z vidika uporabnikovih potreb.	18 (34%)	27 (51%)	8 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	1.8 ± 0.7
Na uporabo ocenjevanj pri obravnavah vpliva terapevtova strokovna usposobljenost za izvedbo ocenjevanj	14 (27%)	31 (60%)	6 (12%)	0 (0%)	1 (2%)	1.9 0.7
Za uspešno delo potrebujem priporočila delovnoterapevtske obravnave na tem področju z vidika standardov in normativov.	10 (20%)	18 (35%)	22 (43%)	1 (2%)	0 (0%)	2.3 ± 0.8

Legenda: PS=Popolnoma se strinjam, S= Strinjam se, S-NS= Niti se strinjam, niti se ne strinjam, NS=Ne strinjam se, S SN= Sploh se ne strinjam

80% anketiranih se popolnoma strinja ali strinja, da se samoiniciativno udeležuje izobraževanj o uporabi ocenjevalnih inštrumentov. 74% anketiranih se ne strinja ali sploh ne strinja s trditvijo: "izobraževanj o uporabi ocenjevalnih inštrumentov se udeležim le na pobudo nadrejenih". Skoraj polovica anketiranih (46%) se strinja, da je v slovenskem prostoru organiziranih premalo izobraževanj o ocenjevanju na področju gerontologije. 64% terapevtov se strinja, da je pri izobraževanjih ključen dejavnik lastna strokovna potreba po uvedbi novega ocenjevalnega inštrumenta. 35% anketiranih se popolnoma strinja ter v enakem številu strinja s tem, da je pri izobraževanjih ključen faktor višina kotizacije izobraževanj. 20% anketiranih je s trditvijo neodločenih. Deljena mnenja glede ocenjevalnih inštrumentov so vidna tudi pri posameznih faktorjih kot so kraj izvedbe izobraževanja, trajanje izobraževanja ter izvajalec izobraževanja. Največ anketiranih (28%) se ne strinja, da je kraj izvedbe izobraževanja pomemben faktor (tabela 5).

Tabela 3: Najpogostejše uporabljeni ocenjevalni inštrumenti na področju gerontologije ter potreba po uvajanju le teh v proces obravnave.

Ocenjevalni inštrumenti	Pogostost uporabe	Potrebe po uvajanju
AMPS - Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti	14%	33%
FIM - Lestvica funkcijske neodvisnosti	56%	28%
COPM - Kanadski test izvajanja dejavnosti	51%	30%
Analiza aktivnosti	58%	21%
BI - Barthel indeks	49%	18%
Razširjeni BI - Razširjeni Barthel indeks	37%	28%
KATZ ADL - Katz indeks neodvisnosti pri izvajanju ožjih dnevnih aktivnosti	4%	26%
Lawton IADL - Lawtonova lestvica neodvisnosti pri izvajanju širših dnevnih aktivnosti	2%	18%

Tabela 4: Tabela kaže na kakšen način delovni terapevti uporabljajo ocenjevalne inštrumente

Uporaba ocenjevalnih inštrumentov	ZP n=%	P n=%	ZP, n=%	P n=%	NP n=%	Z NP n=%	Pov ±	Std. O
Delvoterapevtski inštrumenti, ki jih uporabljam, so prosto dostopni v strokovni literaturi ali na spletu	25 (50%)	20 (40%)	4 (8%)		1 (2%)	0 (0%)	1.6 ±	0.7
Za ocenjevalne inštrumente katere uporabljam je potrebno dodatno izobraževanje	6 (12%)	28 (56%)	15 (30%)		1 (2%)	0 (0%)	2.2 ±	0.7
Ocenjevalni inštrumenti, ki jih uporabljam, so prevedeni v slovenski jezik	14 (28%)	22 (44%)	11 (22%)		3 (6%)	0 (0%)	2.1 ±	0.9
Ocenjevalni inštrumenti se uporabljajo na podlagi predpisanih tiskanih obrazcev (formularjev).	15 (30%)	29 (58%)	5 (10%)		1 (2%)	0 (0%)	1.8 ±	0.7
Ocenjevalni inštrumenti se uporabljajo s pomočjo informacijsko-komunikacijske podporne tehnologije.	7 (14%)	18 (36%)	18 (36%)		7 (14%)	0 (0%)	2.5 ±	0.9
Strokovna usposobljenost terapevta je za izvedbo ocenjevanja	24 (49%)	22 (45%)	3 (6%)		0 (0%)	0 (0%)	1.6 ±	0.6
Interpretacija dobljenih rezultatov ocenjevanja je za vas kot terapevta	26 (53%)	22 (45%)	1 (2%)		0 (0%)	0 (0%)	1.5 ±	0.5

Legenda: ZP= Zelo Pomembno, P= Pomembno, P NP= Niti pomembno, niti nepomembno, NP= Nepomembno, Z NP= Zelo nepomembno

Tabela 5. Izobraževanje na področju ocenjevalnih instrumentov

Izobraževanje	PS	S	S, NS	NS	S NS	Pov ± Std. O
Samoiniciativno se udeležujem izobraževanj o uporabi ocenjevalnih instrumentov.	10 (20%)	30 (60%)	5 (10%)	5 (10%)	0 (0%)	2.1 ± 0.8
Izobraževanj o uporabi ocenjevalnih instrumentov se udeležim le na pobudo nadrejenih.	0 (0%)	6 (12%)	7 (14%)	30 (60%)	7 (14%)	3.8 ± 0.8
V slovenskem prostoru je organiziranih premalo izobraževanj o ocenjevanju za področje gerontologije.	16 (32%)	23 (46%)	8 (16%)	3 (6%)	0 (0%)	2.0 ± 0.9
Na uporabo ocenjevanj pri obravnavah vpliva terapevtova strokovna usposobljenost za ocenjevanje	16 (32%)	30 (60%)	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)	1.8 ± 0.8
Pri izobraževanjih je ključen faktor lastna strokovna potreba po uvedbi novega ocenjevalnega instrumenta	9 (18%)	32 (64%)	5 (10%)	4 (8%)	0 (0%)	2.1 ± 0.8
Pri izobraževanjih je ključen faktor višina kotizacije izobraževanj	17 (35%)	17 (35%)	10 (20%)	4 (8%)	1 (2%)	2.1 ± 1.0
Pri izobraževanjih je ključen faktor kraj izvedbe izobraževanja	8 (16%)	13 (26%)	10 (20%)	14 (28%)	5 (10%)	2.9 ± 1.3
Pri izobraževanjih je ključen faktor dolžina trajanja izobraževanja	8 (16%)	16 (32%)	11 (22%)	12 (24%)	3 (6%)	2.7 ± 1.2
Pri izobraževanjih je ključen faktor izvajalec izobraževanja.	11 (22%)	18 (36%)	6 (12%)	13 (26%)	2 (4%)	2.5 ± 1.2

Legenda: PS=Popolnoma se strinjam, S= Strinjam se, S-NS= Niti se strinjam, niti se ne strinjam, NS=Ne strinjam se, S NS= Sploh se ne strinjam

RAZPRAVA

Rezultati kažejo da, delovni terapevti na področju gerontologije pri svojem delu pogosteje uporabljajo standardizirane ocenjevalne instrumente v primerjavi z nestandardiziranimi oziroma internimi ocenjevalnimi instrumenti. Več kot v polovica delovnih terapevtov meni, da z uporabljenimi ocenjevalni instrumenti pridobijo zadovoljiv pregled o funkcioniranju starostnika na ravni izvajanja dejavnosti in da jim uporabljeni ocenjevalni instrumenti dovolj povedo o obsegu okvare, poškodbe uporabnika. Uporabljeni ocenjevalni instrumenti jim zadostujejo za analizo izvedbe okupacije, da skozi teoretične temelje načrtujejo delovnoterapevtsko obravnavo ter za merjenje izida le te. Ključni dejavnik pri izbiri ocenjevalnega instrumenta, je več kot pri polovici DTH, nivo ocenjevanja (npr. na nivju okvare, DTH zanima omejenost starostnika pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, zaradi okvar gibalnega aparata (obsega gibov, zmanjšanje mišične moči, vzdržljivosti ipd.)), z vidika uporabnikovih potreb ter časovna komponenta izvedbe ocenjevanja. Strinjajo se s trditvijo, da na samo izvedbo ocenjevanja pri obravnavah vpliva tudi strokovna usposobljenost terapevta za izvedbo ocenjevanja. Polovica delovnih terapevtov meni, da za uspešno izvedbo delovnoterapevtske obravnave potrebuje priporočila oziroma smernice dela v obliki standardov in normativov. Dobljene rezultate potrjujejo smernice oziroma vodnik za praktično delo COTM (2010) v katerih avtorji izpostavljajo nujnost preučitve in uporabe ocenjevalnih instrumentov, ki so osredotočeni na uporabnika in

temeljijo na dokazih podprtih s prakso, so podkrepljeni s strokovno presojo in se v njih zrcalijo izkušnje.

Ugotovili smo, da slovenski delovni terapevti pri delovnoterapevtski obravnavi s starostniki najpogosteje uporabljajo: analizo aktivnosti, FIM, COPM, BI-Barthel index, nato sledi AMPS, katerega uporablja le 14%. Buurman in sod. (2011) ter Arik in sod. (2015) so ugotovili, da terapevti na področju gerontologije pogosto uporabljajo ocenjevalne inštrumente kot so: FIM, BI, analiza aktivnosti. Fioravanti (2012) navaja še AMPS, Žibert (2011) pa COPM. V svoji raziskavi je Fioravanti (2012) ugotovil in izpostavil, da uporaba AMPS-a kot ocenjevalnega inštrumenta za vrednotenje rezultatov omogoča strokovnjakom odkrivanje in zaznavanje sprememb, ki jih ni mogoče odkriti z uporabo FIM-a, ki je kljub 7 stopenjski lestvici manj senzibilen za zaznavanje sprememb v primerjavi z AMPS-om. Wales et al. (2016) je tudi ugotovil, da je AMPS med 28 ocenjevalnih inštrumentov najbolj občutljiv pri delu s starostniki. Uporaba AMPS-a je med slovenskimi delovnimi terapevti malo krat uporabljena v primerjavi s FIM-om (tabela 3), kar nas napeljuje na razmišljanje, da pri ocenjevanju in uporabi FIM-a terapevt ne oceni in ne prepozna dejanske slike in nivoja funkcioniranja starostnika, ne pridobi uvida v dejansko stanje. Ena tretjina terapevtov na področju gerontologije se tega zaveda in si želi med nabor uporabljenih ocenjevalnih inštrumentov ponovno uvesti oziroma več uporabljati AMPS tudi pri delu s starostniki. Uvedba AMPS-a je povezana z dodatnim izobraževanjem, ki ima finančne posledice za posameznega terapevta ali institucijo v kateri je delovni terapevt zaposlen. Poleg financ je AMPS tudi časovno dlje trajajoč ocenjevalni inštrument v primerjavi s FIM-om. Izobraževanje za FIM ni predpisano, čeprav ga na Univerzitetnem inštitutu za rehabilitacijo - Soča prakticirajo in inštrument timsko uporabljajo pri delu z uporabniki.

Poleg FIM-a in AMPS-a, Buurman in sod. (2011) ter Arik in sod. (2015) pri pregledu literature (tabela 1) navajajo uporabo še drugih ocenjevalnih inštrumentov: Katz ADL, Lawton IADL in Razširjeni Barthel index. Od navedenih ocenjevalnih instrumentov slovenski DTH najpogosteje uporabljajo Razširjeni Barthel index, Katz ADL (4%), in najredkeje Lawton IADL (2%) (tabela 3). Menimo, da je razlog v ne uporabi ostalih ocenjevalnih inštrumentov njihovo nepoznavanje le teh in izražanje njihove potrebe po upoštevanju in sledenju normativom in standardom pri svojem delu, na katere bi se lahko oprli (tabela 1). Pri pregledu slovenske literature tudi nismo zasledili raziskav o uporabi navedenih ocenjevalnih inštrumentih. Strokovno rast delovnih terapevtov in željo po njej smo prepoznali v nameri, da si jih skoraj tretjina pri svojem delu želi uporabljati (tabela 3) nabor določenih ocenjevalnih inštrumentov. Pomembnost uporabe ocenjevalnih inštrumentov potrjujejo tudi druge raziskave (Law in Letts 2017).

Prosta dostopnost ocenjevalnih inštrumentov v strokovni literaturi ali na spletu, lahko olajša proces odločanja izbiranja ocenjevalnega inštrumenta, ki bo najbolje prikazal realno sliko uporabnika in bo zajemal čim večje število področij, ki jih želimo vrednotiti, so strnili mnenje anketiranci (tabela 4).

Izobraževanje na področju rabe ocenjevalnih inštrumentov je ključnega pomena zaradi ustrezne uporabe aplikacij, razbiranja ter implementacije rezultatov skozi proces obravnave kar tudi zmanjšuje variabilnost v samem ocenjevanju (Buurman et al, 2011; The Authors, 2013). Dodatna večdnevna izobraževanja ter tečaji za uporabo specifičnih ocenjevalnih inštrumentov niso izjema, kar potrjujejo rezultati raziskave (tabela 5) ter tuja znanstvena literatura (Law in Letts 2017).

Z rezultati raziskave lahko potrdimo, da se delovni terapevti v slovenskem okolju zavedajo pomembnosti izobraževanja na področju ocenjevalnih inštrumentov, saj se velika večina samoiniciativno udeležuje izobraževanj (tabela 5). Izobraževanje tudi po zaključenem študiju delovne terapije je izrednega pomena za stroko samo ter za kakovostno izvedbo delovnoterapevtskih storitev. Velik delež anketiranih v raziskavi Šucove s sodelavci (2014) med drugim navaja, da je ključnega pomena pri udeležbi dodatnih izobraževanj na področju ocenjevalnih inštrumentov predvsem samoiniciativnost, kar nakazuje na veliko notranjo motivacijo posameznikov, njihovih visokih ciljev in želja po osebnostnem razvoju, pridobivanju znanja ter osebnem bogatenju. Višina kotizacije izobraževanj predstavlja dejavnik nezadovoljstva med DTH. Krajevna razdalja povzroči dodaten strošek ter časovno stisko, saj večina izobraževanj poteka v večjih mestih, kar je lahko precej neugodno za delovne terapevte, ki se nahajajo v oddaljenih krajih (Šuc in sod., 2014). Presenetljivo to ne velja za anketirance v naši raziskavi, saj so bila njihova mnenja precej deljena (tabela 5). Za uporabo ocenjevalnih instrumentov je pomembna njihova dostopnost v materinem jeziku, kar vpliva na razumljivost, občutljivost in prepreči variabilnost med ocenjevalci (Buurman et. al., 2011).

Velik delež anketiranih (50%) se ne poslužuje informacijsko - komunikacijske podoporne tehnologije pri uporabi ocenjevalnih inštrumentov oziroma uporaba le te zanje ni niti pomembna oziroma nepomembna. Razlog za to bi lahko bil v že zasnovanih formularjih, ki za svojo izvedbo ne potrebujejo dodatnih pripomočkov. Velik delež anketiranih (49%) se strinja, da je strokovna usposobljenost izrednega pomena za izvedbo ocenjevanja (tabela 4). Poleg že vseh omenjenih faktorjev za strokovno usposobljenost, v literaturi zasledimo pomembnost tudi tako imenovanih "mehkih veščin". Le te se po mnenju Šucove s sodelavci (2014) nanašajo na sposobnost komunikacije, sodelovanja z uporabniki in sodelavci v timu, česar v naši raziskavi nismo raziskovali.

Rezultati raziskave potrjujejo, da je slovenskim delovnim terapevtom interpretacija dobljenih rezultatov pri ocenjevanju izjemno pomembna pri izvajanju delovnoterapevtske obravnave (tabela 4), zato menimo, da je delovnim terapevtom uspešno in strokovno izvedeno delo prioriteta.

SKLEP

Z rezultati raziskave smo želeli podkrepiti potrebnost in pomembnost ocenjevalnih inštrumentov pri delovnoterapevtski obravnavi na področju gerontologije. Ugotovili smo, da delovni terapevti uporabljajo ocenjevalne inštrumente, ki so osredotočeni na uporabnika in na dokazu temelječi praksi ter so podkrepljeni s strokovno presojo in izkušnjami.

Da bi nabor ocenjevalnih inštrumentov v še večji meri omogočal ocenjevanje različnih vidikov funkcioniranja starostnikov, se za bodoče priporoča uvedba nabora ocenjevalnih inštrumentov temelječega na standardih in normativih prakse dela delovnega terapevta v Sloveniji. V možen nabor ocenjevalnih instrumentov predlagamo, da se poleg že uporabljenih vključi tudi sledeče: KAZT ADL, Lawton IADL ter AMPS, ker le to odražajo rezultati raziskave. Uporaba ocenjevalnih instrumentov bo pomembno prispevala k vrednotenju začetnega ocenjevanja uporabnikov, njihovi interpretaciji ocenjevanj, doseganju funkcijskih ciljev obravnave in izvajanja ter vključenosti starejših uporabnikov v vsakodnevne dejavnosti (okupacije).

LITERATURA

- Aires Leal Barreira MH, Miessa Ruiz E, 2015. The elderly with dementia in a specialized attention center in the city of Fortaleza – Ceará. *Rev Med Minas Gerais* (2015): 52 - 8.
- Andragoški center Slovenije, <http://www.acs.si/> [21.5.2018].
- Arik G et. al., (2015). Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 61(2015): 344 - 50
- The Authors (2013). Comprehensive geriatric assessment – a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract* 68(3): 290 – 3
- College of Occupational Therapists of Manitoba (2012). Occupational Therapy Assessment Practice Guideline 2012.
- Buurman BM, Munster BC, Korevaar JC, Haan RJ, Rooij SE (2011). Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 64(2011): 619 - 27
- Fioravanti AM, Bordinon CM, Pettit SM, Woodhouse LJ, Ansley BJ (2012). Comparing the responsiveness of the Assessment of Motor and Process Skills and the Functional Independence Measure. *Can J Occup Ther* 79(3): 167 - 74
- Graff MJ et al., (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62(9): 1002 - 9.
- Iconaru EI, 2014. Similarities and differences between evaluation protocols in physical therapy and occupational therapy – a case study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 116 (2014): 3142 - 6.
- Kadiš D, Šiplič V (2002). Psihosocialni vidiki staranja. *Socialno delo* 41(5): 295 – 300.
- Laver-Fawcett AJ, Mallinson S H (2013). Development of the Activity Card Sort - United Kingdom version (ACS-UK). *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33 (3): 134 - 45.
- Law M, Letts L (1989). A Critical Review of Scales of Activities of Daily Living. *Am J Occup Ther* 43(8): 522 - 8
- Lin J-H et. al., 2014. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC geriatrics*, 14(1): 77
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery* 8 (5): 336 - 41.
- Moyers P (2007). *The Guide to Occupational Therapy Practice*, Bethesda: AOTA.
- Hinojosa J., Hramer P. (1998). Evaluation: Obtaining and interpreting data. USA: The American Occupational Therapy Association, 77 - 125
- Higgins JPT, Green S, eds. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. Dostopno na: www.handbook.cochrane.org <8. 3. 2017>
- Hocking C (2010). Process of assessment and evaluation. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J; eds. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Enabling Occupation*. Sixth Edition. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Limited, 81-93.
- Huijben-Schoenmakers M et. al., 2014. The effects of increased therapy time on cognition and mood in frail patients with a stroke who rehabilitate on rehabilitation units of nursing homes in the Netherlands: a protocol of a comparative study. *Int J Soc Psychiatry* 32(7): 761-8.
- Sackley C et. al., 2006. Cluster Randomized Pilot Controlled Trial of an Occupational Therapy Intervention for Residents With Stroke in UK Care Homes. *Stroke*, 37(9): 2336 - 41.
- Sackley CM et. al., 2009. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. *BMJ* 339 (2009): b3123
- Šuc L, Galof K, Pihlar Z (2014). Izobraževanje delovnih terapevtov v okviru Zbornice delovnih terapevtov Slovenije. Koper: Založba Univerze na Primorskem, 985 - 96
- Tomšič M, Lebar C (2006). Učinkovitost delovnoterapevtske obravnave starostnika v domačem okolju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 39–40.
- Wales K, Clemson L, Lannin N, Cameron I (2016). Functional Assessments Used by Occupational Therapists with Older Adults at Risk of Activity and Participation Limitations: A Systematic Review. *PLoS ONE* 11(2): 1 - 20
- World Health Organisation (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: WHO.
- Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, <http://www.ess.gov.si/> [21.5.2018].
- Žibert S (2011). Delovnoterapevtska obravnava oseb po možganski kapi v različnih domovih starejših občanov. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta

VALIDACIJA KOT OBLIKA DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

THE USE OF THE VALIDATION METHOD IN OCCUPATIONAL THERAPY

Elvisa Čatak¹, dipl. del. ter., dr. Alenka Oven², univ. dipl. org., dipl. del. ter., pred.

¹Dom Viharnik, Kranjska gora

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Tudi v Sloveniji pojavnost demence narašča. Med pristopi, ki delovnim terapevtom omogočajo uspešnejšo obravnavo oseb z demenco, je metoda validacije. Ugotavljali smo, ali jo delovni terapevti uporabljajo, kaj o njej menijo in kakšne so njihove izkušnje. **Metode dela:** Spletni anketni vprašalnik v kvantitativni raziskavi je izpolnilo 53 delovnih terapevtov. **Rezultati:** Večina anketiranih metodo validacije uporablja pri svojem delu. Menijo, da zato bolje razumejo osebe z demenco, te pa posledično potrebujejo manj pomirjeval, so manj agresivne, bolj motivirane, imajo boljšo samopodobo in zmanjšan občutek strahu, pogosteje komunicirajo in imajo višjo kakovost življenja. Anketirani želijo svoje znanje o metodi validacije nadgraditi z dodatnimi izobraževanji. **Razprava:** Metoda validacije je prepoznana kot uspešna pri obravnavi osebe z demenco. Pomembno je, da imajo delovni terapevti in ostali člani tima znanja o demenci, komunikaciji in metodi validacije, kar omogoča timsko, holistično in na potrebah posameznika temelječo obravnavo oseb z demenco. **Sklep:** Uporaba metode validacije v delovnoterapevtski obravnavi vodi k večji kakovosti življenja oseb z demenco.

Ključne besede: demenca, oseba z demenco, metoda validacije, delovna terapija.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of dementia is on the rise in Slovenia. One of the approaches used by occupational therapists when working with clients with dementia is the validation method. The aim of the study was to establish whether occupational therapists in Slovenia use this method, and to learn about their experiences. **Methods:** For the purposes of the study, a quantitative method was employed. An online questionnaire was completed by 53 occupational therapists. **Results:** Most of the participants reported using the validation method. They believe that the method contributes to a better relationship with a person with dementia. Consequently, their clients require fewer sedatives, they are less aggressive, more motivated, have better self-esteem, less fear, communicate more and have a better quality of life. Therapists also expressed the need to upgrade their knowledge of the validation method with further training. **Discussion:** The validation method has already been recognized as a successful treatment method. It is important that all team members have knowledge about dementia, communication, and validation method, which can support a holistic and individualized treatment of people with dementia. **Conclusion:** The use of the validation method in occupational therapy can contribute to a higher quality of life of people with dementia.

Key words: dementia, person with dementia, validation method, occupational therapy

IZHODIŠČA

Pričakovana življenjska doba se podaljšuje, posledično se tudi v Sloveniji povečuje populacija starejših, katerih število naj bi se do leta 2020 povečalo za okoli 35 % do 40 %

(Kogoj, 2008; Bramley, 2012). Vzporedno se povečuje tudi število obolelih za demenco, ki je ena izmed najpogostejših bolezni pri starejših. Obolelih je več kot 46 milijonov ljudi po svetu. Pričakuje se, da se bo do leta 2050 število potrojilo (Poulos et al., 2017). Pogostost demence se s starostjo povečuje. Pred 65. letom starosti jo ima 1 %, po 65 letu pa odstotek oseb z demenco strmo raste in po 90. letu prizadene 60 % ljudi. Najpogostejša oblika je Alzheimerjeva demenca, ki predstavlja več kot 65 odstotkov demenc (Kogoj in Velikonja, 2012). Demenci kot fenomenu sodobne družbe v mnogih državah namenijo veliko pozornosti (Orgeta et al., 2015), saj je eden od najpomembnejših vzrokov invalidnosti med starejšimi (WHO, 2015).

Demenca je kronična, ireverzibilna, napredujoča bolezen, pri kateri so prizadete višje možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, sposobnosti govornega izražanja, učenja in presoje. Kognitivni upad običajno spremljajo motnje socialnega vedenja in motivacije ter slabše obvladovanje čustev. Čeprav jo vsaka oseba izkuša na svoj način, jo bolezen vse bolj ovira in pomembno prizadene/omejuje njeno sposobnost opravljanja vsakodnevnih življenjskih aktivnosti in obvladovanja življenja, kar vodi v vse večjo odvisnost od pomoči druge osebe (Voigt-Radloff et al., 2009; Van Hülse, 2010; Hall in Skelton, 2012; DiZazzo-Miller, 2013; Strategija, 2016). Zaradi bolezni oseba z demenco opušta osebno higieno, se ne znajde v času, prostoru in okolju, težko sledi navodilom, ponavlja ista vprašanja, zanemari lastno varnost (Rodi, 2005). Bolezen vpliva in prizadene tudi svojce in oskrbovalce (Onishi et al., 2005).

Ustrezne tehnike komunikacije olajšajo sobivanje oseb z demenco s svojci in osebjem. Sposobnost verbalnega sporazumevanja se pri osebah z demenco individualno spreminja. Nekateri se govorno še dobro izražajo, pri drugih je upad te sposobnosti hitrejši. Zmanjšana sposobnost komuniciranja pomembno vpliva na medsebojno interakcijo, zato je treba poznati pristope, ki omogočajo vzpostavitev odnosa z osebo z demenco in posledično uspešnejšo obravnavo. Eden takih je metoda validacije (v nadaljevanju MV) po Naomi Feil, ki omogoča ustrezno komunikacijo osebja, tudi delovnega terapevta (v nadaljevanju DTh), z osebo z demenco (Moyle et al., 2008). MV izpostavlja pomen vzpostavitve medosebnega zaupanja z uporabo drugih oblik komunikacije, kar je bistvenega pomena za osebe z demenco (Čatak, 2016). Poudarja pomembnost prepoznavanja (preostalih) sposobnosti oseb z demenco (Milošević Arnold, 2006) in predpostavlja uporabo empatije – sposobnosti vživljanja v čustva oseb z demenco z namenom razumevanja njihovega doživljanja in obnašanja (Van Hülse, 2010; Blackhall, 2011; Hurlley in Pitkin, 2015).

Z MV želimo s tem, da jo jemljemo resno in ji nudimo pomoč, doseči, da se pri osebi z demenco ponovno vzpostavi občutek lastne vrednosti ter tako preprečiti razvoj skrajne oblike demence, v kateri oseba ne kaže znakov lastne aktivnosti (Van Hülse, 2010).

Delovna terapija (v nadaljevanju DT) je na uporabnika usmerjena zdravstvena stroka, ki se ukvarja s promocijo zdravja ter doseganjem blagostanja preko okupacij/dejavnosti, katere osnovni cilj je omogočiti ljudem izvajanje vsakodnevnih aktivnosti (WFOT, 2012). Izhaja iz filozofije o potrebi posameznika, da je v svoje ožjem in širšem okolju aktiven v vseh starostnih obdobjih (Kumar et al., 2012).

DT obravnava dokazano ohranjanje vsakodnevno funkcioniranje oseb z demenco, pozitivno vpliva na njihovo počutje in zmanjšuje breme negovalcev (Graff et al., 2006). DTh pri osebi z demenco vzdržuje sposobnosti oziroma prilagodi aktivnosti in/ali okolje tako, da se zmanjšajo omejitve v izvajanju aktivnosti, zaradi česar (p)ostane oseba čim bolj samostojna (AOTA, 2008). Osnovni cilj DT je ohranjati čim višjo stopnjo delovanja in samostojnosti

osebe z demenco v vsakodnevnih aktivnostih ter posledično zvišati kakovost življenja in sposobnost zavedanja samega sebe ter vključevanja v socialne aktivnosti (Graff et al., 2006; Wenborn et al., 2016). Pri tem je pomembno (pre)poznavanje in razumevanje njihovih doživljanj, izkušenj (Onishi et al., 2005) potreb, interesov, želja, zmožnosti in preostalih sposobnosti (Oven in Slavec, 2008).

Namen raziskave je bil ugotoviti ali DTh v domovih za starejše in v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji pri svojem delu z osebami z demenco uporabljajo MV. Zanimalo nas je, kaj menijo o njeni učinkovitosti in uporabnosti ter o prednostih in ovirah pri uporabi.

METODE DELA

V teoretičnem delu smo opravili pregled strokovne in znanstvene literature, ki se nanaša na demenco in uporabo MV pri delu z osebami z demenco, ki smo jo iskali s pomočjo bibliografskih podatkovnih baz ScienceDirect, Cinahl, Medline in OTseeker ipd.

Kvalitativno raziskavo smo izvedli s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, ki so ga od 1. 05. 2016 do 1. 06. 2016 izpolnjevali DTh, zaposleni v domovih za starejše in v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji, ki obravnavajo osebe z demenco. Uporabili smo namenski vzorec. Dostop do ankete, oblikovane preko odprtokodne aplikacije 1KA, smo poslali 70 DTh, ki obravnavajo osebe z demenco in sicer 50 naključno izbranim zaposlenim v domovih za starejše in 20 DTh, zaposlenim v psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji. Kriterij izbora je bil, da DTh pri svojem delu (večinoma) obravnava osebe z demenco. Upoštevali smo etična načela Kodeksa etike delovnih terapevtov Slovenije ter anonimnost in zaupnost sodelujočih.

Vprašalnik smo oblikovali na podlagi izkušenj in pregleda literature. Sestavljen je iz vprašanj o demografskih podatkih, vprašanj o poznavanju in uporabi MV ter treh sklopov trditev v zvezi z uporabo MV, z izkušnjami, učinkovitostjo in prednostih metode za osebo z demenco ter z izkušnjami in ugotovitvami o prednostih uporabe metode za delovnega terapevta. Anketiranci so posamezne trditve vseh treh sklopov ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici z ocenami od 1 do 5, (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

Pred izvedbo raziskave smo na osnovi pilotne študije nekaj anketnih vprašanj in ponujenih odgovorov prilagodili/popravili glede na pripombe sodelujočih.

Na osnovi študija literature smo postavili sledeče hipoteze:

H1: DTh se bolj strinjajo s trditvijo, da je za kakovostno delo z MV zelo pomembna komunikacija med DTh in osebo z demenco, kot s trditvijo, da so DTh za uporabo MV dobro usposobljeni.

H2: DTh, ki MV uporabljajo 5 let in več se bolj strinjajo s trditvijo, da je ob uporabi MV življenje osebe z demenco bolj kakovostno, kot tisti DTh, ki metodo uporabljajo manj kot 5 let.

H3: DTh se bolj strinjajo s trditvijo, da so zaradi uporabe MV bolj zadovoljni s svojim delom, kot s trditvijo, da imajo zaradi uporabe MV manjši občutek izgojenosti.

Statistično obdelavo smo naredili z računalniškim programom Microsoft Excel 2010 in SPSS za Windows 23. Za del vprašalnika, ki se je nanašal na trditve smo zanesljivost izračunali s Cronbach Alfa. Hipoteze smo preverili s t-testom za en vzorec oz. t-testom za neodvisne vzorce, pri čemer smo kot stopnjo tveganja izbrali $p < 0,05$.

REZULTATI

Vrnjenih in ustrezno izpolnjenih je bilo 54 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 77 % realizacijo. Med 54 anketiranimi je 2 % delovnih terapevtov in 98 % delovnih terapevtk. Njihova povprečna starost je 37,7 let, v povprečji imajo 14 let delovne dobe. V domovih starejših občanov je zaposlenih 72,2 % anketirancev, 27,7 % pa v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji.

MV pozna 79,6 % anketirancev, pri svojem delu jo uporablja 74 % anketirancev. Največ anketiranih DTh (40,7 %) MV uporablja do 5 let, večina (72,2 %) jo uporablja pri individualni in skupinski obravnavi stanovalcev z demenco.

Da bi moral vsakdo, ki prihaja v stik z osebami z demenco, dobro poznati MV, meni 85 % anketirancev, 86,9 % pa, da bi morala vsaka ustanova, v katerih so osebe z demenco, imeti DTh, ki bi obravnaval samo osebe z demenco in bi imel dodatna znanja (MV).

Od 54 anketirancev je na sklope s trditvami odgovorilo 85,2 % anketirancev.

Zanesljivost smo preverili s Cronbachovim koeficientom. Ta je pri prvem sklopu (6 postavk) znašal $\alpha = 0,796$, kar pomeni srednjo stopnjo zanesljivosti. Pri drugem sklopu (12 postavk) $\alpha = 0,952$ in pri tretjem sklopu vprašanj (8 postavk) $\alpha = 0,875$. Rezultati pomenijo visoko zanesljivost vprašalnika (Field, 2009).

Večina anketirancev (80 %) meni, da je MV pomembna za njihovo delo, da je znanje o stadijih demence za uporabo MV zelo pomembno (75 %), manj (32 %) pa jih meni, da so za uporabo MV dobro usposobljeni (Tabela 1).

V povprečju se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da je za kakovostno delo, tudi z MV, je zelo pomembna komunikacija med delovnim terapevtom in osebo z demenco ($M = 4,41$) in s trditvijo, da je za kakovostno obravnavo osebe z demenco pomembna vključenost celotnega tima in njihovo poznavanje MV ($M = 4,37$). Najmanj ($M = 2,91$) se strinjajo s trditvijo, da so za uporabo MV dobro usposobljeni (Tabela 1).

Tabela 1: Mnenja o uporabi MV

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	S. o.
Za uporabo MV sem dobro usposobljen(a).	22 %	11 %	35 %	19 %	13 %	46	2,91	1,34
Validacija je pomembna za moje delo.	7 %	0 %	13 %	26 %	54 %	46	4,22	1,10
Znanje o stadijih demence je za uporabo MV zelo pomembno.	7 %	2 %	16 %	24 %	51 %	46	4,13	1,16
Za kakovostno delo, tudi z MV, je zelo pomembna komunikacija med DTh in osebo z demenco.	2 %	4 %	9 %	20 %	65 %	46	4,41	0,97
Delovne izkušnje so pogoj za kakovostno uporablja MV.	15 %	13 %	28 %	27 %	17 %	46	3,17	1,31
Za kakovostno obravnavo osebe z demenco je pomembna vključenost celotnega tima in njihovo poznavanje MV.	2 %	4 %	9 %	25 %	60 %	46	4,37	0,97

Legenda: Posamezne ocene, izražene v deležih, pomenijo od 1 = nikakor se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri vrednostih, višjih od 4, s. o. = standardni odklon.

DTh se bolj strinjajo s trditvijo, da je za kakovostno delo, tudi z MV, zelo pomembna komunikacija med DTh in osebo z demenco ($M = 4,41$), kot s trditvijo, da so DTh za uporabo MV dobro usposobljeni ($M = 2,91$). Izračun t-testa na enem vzorcu ($p = 0,000$), je potrdil, da je med trditvama statistično pomembna razlika, zato prvo hipotezo (H_1) potrdimo.

V povprečju se anketiranci najbolj strinjajo s trditvama, da je ob uporabi MV življenje osebe z demenco bolj kakovostno ($M = 4,17$) in da MV pripomore k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in DTh ($M = 4,15$) ter najmanj ($M = 3,13$) s trditvijo, da ob uporabi MV demenca počasneje napreduje (Tabela 2).

Anketirani DTh se strinjajo ali popolnoma strinjajo, da se ob uporabi MV osebi z demenco zmanjša občutek strahu (76 %), je bolj motivirana za aktivnosti (75 %), manj begava (71 %), in agresivna (67 %), bolj aktivna (62 %) in potrebuje manj pomirjeval (61 %).

Ob uporabi MV se po mnenju anketiranih pri osebi z demenco pojavi občutek pomembnosti (74 %), posledično ima oseba z demenco boljšo samopodobo (74 %), MV pripomore tudi k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in DTh, s čimer se strinja ali popolnoma strinja 79 % anketirancev (Tabela 2).

Tabela 2: Učinkovitost/prednosti uporabe MV za osebe z demenco

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	S. o.
Ob uporabi MV oseba z demenco potrebuje manj pomirjeval.	9 %	0 %	30 %	50 %	11 %	46	3,54	1,03
Ob uporabi MV se pri osebi z demenco zmanjša občutek strahu.	9 %	0 %	15 %	46 %	30 %	46	3,89	1,12
Ob uporabi MV se pri osebi z demenco pojavi občutek pomembnosti.	7 %	0 %	20 %	37 %	37 %	46	3,98	1,08
Oseba z demenco ima ob uporabi MV boljšo samopodobo.	2 %	4 %	20 %	43 %	31 %	46	3,96	0,95
Ob uporabi MV je oseba z demenco manj begava.	7 %	0 %	22 %	51 %	20 %	46	3,78	1,00
Ob uporabi MV je oseba z demenco manj agresivna.	7 %	2 %	24 %	50 %	17 %	46	3,70	1,01
Ob uporabi MV je oseba z demenco bolj aktivna.	2 %	7 %	29 %	42 %	20 %	46	3,63	0,93
Pri osebi z demenco je opaziti manj zaprtosti vase, če osebo uporablja MV.	7 %	0 %	25 %	52 %	16 %	46	3,72	0,98
Ob uporabi MV je oseba z demenco bolj motivirana za aktivnosti.	7 %	0 %	20 %	64 %	11 %	46	3,72	0,93
MV pripomore k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in DTh.	2 %	4 %	15 %	33 %	46 %	46	4,15	0,98
Ob uporabi MV je življenje osebe z demenco bolj kakovostno.	2 %	4 %	13 %	35 %	46 %	46	4,17	0,96
Ob uporabi MV demenca počasneje napreduje.	4 %	22 %	39 %	26 %	9 %	46	3,13	0,99

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri najvišjih vrednosti, s. o. = standardni odklon.

Anketirani DTh ($N = 24$), ki MV uporabljajo do 5 let, se v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da je ob uporabi MV življenje osebe z demenco bolj kakovostno ($M = 4,46$), kot anketiranci ($N = 22$), ki MV uporabljajo 5 let in več ($M = 3,82$). Izračuna t-testa za neodvisne vzorce ($p = 0,005$) je prikazal, da je med skupinama glede strinjanja s trditvijo

statistično pomembna razlika v prid skupine anketiranih DTh, ki MV uporabljajo manj kot 5 let, zato druge hipoteze (H2) ne potrdimo.

Anketirani DTh se strinjajo ali popolnoma strinjajo, da so zaradi uporabe MV bolj zadovoljni z delom (78 %), da bolje razumejo osebe z demenco (82 %), da je da je MV zelo koristna za njihovo delo (80 %), imajo manjši strah pri delu (65 %) in manjši občutek izgorelosti (52 %) (Tabela 4).

Anketiranci se v povprečju najbolj strinjajo s trditvami, da si želijo več izobraževanj na temo MV ($M = 4,33$), da je MV zelo koristna za njihovo delo ($M = 4,17$) in da zaradi uporabe MV bolje razumejo osebe z demenco ($M = 4,11$) ter najmanj s trditvijo, da v njihovem delovnem okolju celotni tim uporablja enak pristop (MV), pri osebah z demenco ($M = 2,33$) (Tabela 3).

DTh se bolj strinjajo s trditvijo, da so zaradi uporabe MV bolj zadovoljni s svojim delom ($M = 3,98$), kot s trditvijo, da imajo zaradi uporabe MV manjši občutek izgorelosti ($M = 3,43$), kar je potrdil tudi t-test na enem vzorcu ($p = 0,000$). Tretjo hipotezo (H3) tako potrdimo.

Tabela 3: Prednosti uporabe MV za delovne terapevte

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	S. o.
Zaradi uporabe MV sem bolj zadovoljen(a) z delom.	9 %	0 %	13 %	41 %	37 %	46	3,98	1,15
Zaradi uporabe MV bolje razumem osebe z demenco	9 %	0 %	9 %	37 %	45 %	46	4,11	1,15
Zaradi uporabe MV imam manjši občutek izgorelosti.	9 %	4 %	35 %	39 %	13 %	46	3,43	1,08
Ker uporabljam MV, imam manjši strah pri delu.	7 %	7 %	21 %	26 %	39 %	46	3,85	1,20
MV je zelo koristna za moje delo.	7 %	2 %	11 %	28 %	52 %	46	4,17	1,14
Želim si več izobraževanj na to temo.	7 %	0 %	12 %	21 %	60 %	46	4,33	1,12
Imam premalo časa, da bi dosledno uporabljal(a) le MV.	11 %	15 %	39 %	24 %	11 %	46	3,09	1,17
V mojem delovnem okolju, celotni tim uporablja enak pristop (MV) pri osebah z demenco.	33 %	27 %	22 %	9 %	9 %	46	2,33	1,26

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M = povprečna vrednost – številke so odebeljene pri najvišjih vrednosti, s. o. = standardni odklon.

RAZPRAVA

Med sodelujočimi ($n = 54$) so prevladovale ženske (98 %), kar je bilo pričakovano, saj je DT feminiziran poklic. Večina (79,6 %) jih MV pozna in tri četrtine jo tudi uporablja pri DT obravnavah, v večini (40,7 %) manj kot 5 let. Deponte in Missan (2017) navajata, da je MV ena najbolj poznanih metod pri delu z osebami z demenco, čeprav se ni izkazala za uspešnejšo od ostalih.

Kar 85,1 % anketiranih DTh meni, da je za njihovo delo MV pomembna, saj tako lahko obravnavo prilagodijo potrebam oseb z demenco, kar kaže, da se zavedajo pomembnosti uporabe MV pri delu z osebami z demenco. Kljub temu, da od osebja zahteva več časa, razumevanja in spodbud, kot pri ostalih stanovalcih doma, je obravnavo oseb z demenco v

večini domov prilagojena njihovim potrebam, zmožnostim in pripravljenosti sodelovanja z osebjem, navaja tudi Blazinšek (2007).

Čeprav se je MV uveljavila v mnogih deželah, kjer je tudi obvezni sestavni del izobraževanja za zdravstvene delavce, ki delajo z osebami z demenco, ostaja metoda dela negovalcev, DTh in socialnih delavcev (Van Hülse, 2010). Ugotavljamo, da se 85 % anketiranih DTh strinja ali popolnoma strinja, da je za kakovostno obravnavo osebe z demenco pomembna vključenost celotnega tima in njihovo poznavanje MV, hkrati pa jih 60 % navaja, da MV ne uporabljajo vsi člani tima. Milošević Arnold (2006) navaja, da je celostna obravnavo oseb z demenco mogoča le s timskim delom, v katerem vsi člani tima ocenijo zmožnosti osebe z demenco in skupaj razmislijo, kaj bi osebi z demenco še ponudili, da bi ublažili potek demence.

Večina anketiranih DTh (85 %) je mnenja, da je za kakovostno delo, tudi z MV, zelo pomembna komunikacija med DTh in osebo z demenco, 77 % pa se jih strinja ali popolnoma strinja, da MV pripomore tudi k boljši in pogostejši komunikaciji med osebo z demenco in DTh. Osebe z demenco imajo pogosto težave ali omejitve v komunikaciji, predvsem v verbalnem izražanju, zaradi česar je vloga DTh na tem področju ključnega pomena. Söderlund in sodelavci (2011) in Moyle s sodelavci (2008) navajajo, da MV zdravstvenemu delavcu pomaga razviti sposobnosti komunikacije z osebo z demenco in vzpostavitev tesnejšega odnosa z več zaupanja. Komunikacija je temelj uspešnega dela ter osnova sporazumevanja med DTh in osebo z demenco, pri čemer je bistveno poznavanje, upoštevanje in uporaba neverbalne komunikacije. Pri komunikaciji z osebo z demenco je potrebna strpnost in razumevanje. Osebo je potrebno spodbujati k izražanju občutkov, želja in potreb, saj tako lahko začuti, da nekdo skrbi zanjo in je manj osamljena (Prebil in sod., 2009).

Vključeni v raziskavo prednosti uporabe MV prepoznajo predvsem v pozitivnih učinkih, empatiji in poudarjanju vrednosti osebe z demenco. Van Hülse (2010) ugotavlja, da MV lahko pripomore k izboljševanju odnosov med osebami z demenco in njihovimi svojci ter strokovnim osebjem. Podobne učinke MV navajajo tudi Blazinšek (2007), Hribar (2012), Söderlund s sodelavci (2011) in Unetič (2014).

Anketirani DTh menijo, da oseba z demenco ob uporabi MV potrebuje manj pomirjeval, zmanjša se občutek strahu, poveča se občutek pomembnosti, ima boljšo samopodobo in je manj begava. Van Hülse (2010) opisuje, da oseba z demenco čuti zanimanje druge osebe zanjo, kar posledično ustvarja zaupanje, ki pripomore, da je osebo z demenco manj strah morebitnega neuspeha. Vsako empatično vedenje ohranja njeno dostojanstvo in ji daje občutek lastne vrednosti. Tudi Feil (2003) meni, da empatija prispeva k zaupanju, zmanjšuje anksioznost in vzpostavlja dostojanstvo oseb z demenco.

Ugotavljamo, da se anketirani DTh glede učinkovitosti in prednosti uporabe MV za osebe z demenco strinjajo ali popolnoma strinjajo, da so osebe manj agresivne (67 %) in bolj aktivne (62 %), se manj zapirajo vase (68 %) in so bolj motivirane za načrtovane aktivnosti (74 %). Pri tem je pomembna podpora DTh pri prepoznavanju pomembnih okupacij oseb z demenco ter pri izvajanju dnevnih aktivnosti (Ono et al., 2014).

35 % DTh meni, da ob konstantni uporabi MV, demenca počasneje napreduje. Graff in sodelavci (2006) navajajo, da je dokazano, da zdravlila nimajo pravega učinka pri izboljšanju

simptomov demence in tudi uporaba MV ne pozdravi demence, vendar je brez stranskih učinkov.

Velika večina anketirancev (81 %) v naši raziskavi kot najpomembnejši učinek uporabe MV izpostavljajo kakovostnejše življenje osebe z demenco. Tudi Ono s sodelavci (2014) poudarja, da je primarni rezultat obravnave za osebo z demenco kakovost življenja. Feil (2003) podobno navaja, da se z uporabo MV stres, agresija in tesnoba oseb z demenco zmanjšuje in posledično zvišuje kakovost njihovega bivanja, s čimer se strinjata tudi Hurtley in Pitkin (2015). Omenjene pozitivne učinke MV za osebe z demenco v svoji raziskavi ugotavljata tudi Hribar (2012) in Blazinšek (2007).

Rezultati so pokazali, da MV pomaga DTh pri boljšem razumevanju oseb z demenco (82 %), posledično jih je manj strah dela z njimi (65 %) in so bolj zadovoljni s svojim delom (78 %). Več kot polovica anketiranih DTh se strinja, da ima zaradi uporabe MV manjši občutek izgorelosti pri delu (52 %). Spremljanje in negovanje ljudi z demenco lahko človeka hudo izčrpava, je lahko skrajno težavno in lahko vodi do izgorelosti (Powell, 2007). Uporaba MV zmanjša stres tako pri osebah z demenco kot tudi pri DTh (Crouch, 2001). Več kot polovica anketiranih DTh se strinja, da ima zaradi uporabe MV manjši občutek izgorelosti.

Anketirani DTh menijo, da je MV pomembna za delo DTh (80 %), vendar pri njeni uporabi še niso dovolj suvereni, zato si jih večina (81 %) želi dodatnih izobraževanj na tem področju. Popolnoma se strinjajo (60 %), da je za kakovostno obravnavo osebe z demenco pomembna vključenost celotnega tima in njihovo poznavanje MV. Milošević Arnold (2006) opisuje pomembnost timske obravnave, ki upošteva tudi preteklost osebe z demenco, zdravstveno stanje, življenjsko okolje in medsebojne odnose ter ni usmerjena le v osebo, ampak tudi v njeno socialno okolje in na odnose v njem. Pomembno je, da se izobražujejo vsi člani tima, ker, kot poudarja McGowan (2008), le malo osebja razume osebo z demenco in tudi ne ve, kako se odzvati na njeno vedenje oziroma na kakšen način jo obravnavati.

Večina (87 %) anketiranih DTh je mnenja, da bi moral biti v vsaki ustanovi en DTh z dodatnimi znanji s tega področja, ki bi delal samo z osebami. Iz tega lahko sklepamo, da se pri DTh kaže potreba po širšem znanju na področju MV. Hall in Skelton (2012) poudarjata, da bi pri obravnavi oseb z demenco DTh morali znati uporabiti svoje znanje s področja okupacije in edinstvene spretnosti, da bi dosegli zastavljene cilje.

Raziskavo bi bilo smiselno razširiti in poglobiti s kvalitativnim pristopom, ki bi omogočal podrobnejši pogled v raziskovano področje, ki je nedvomno aktualno in zahteva nadaljnje raziskave.

SKLEP

Čeprav raziskava datira v leto 2016, so ugotovitve še aktualne. Daljšanje pričakovane življenjske dobe in posledično višja prevalenca demence postaja vedno večji izziv sodobni družbi. Ta je dolžna zagotoviti okoliščine, ki bodo slehernemu omogočale, da se vanjo vključi. Bauman (2002) meni, da ni etično dopustiti, da človek propade. Osebam z demenco bi bilo treba s pomočjo strokovnih pristopov, na empatičen način zagotoviti pomoč in kakovostno staranje, z njimi ravnati s spoštovanjem in dostojanstvom in se pri tem zavedati ter upoštevati, da je vsaka oseba z demenco kljub bolezni edinstveno in dragoceno človeško bitje.

MV je prepoznana kot uspešna metoda pri obravnavanju osebe z demenco, ki jo uporabljajo tudi DTh v Sloveniji. Pomembno je, da imajo znanja o demenci, MV in komunikaciji. Opozoriti je potrebno na zaznavanje potreb po dodatnem izobraževanju s tega področja. Podobna znanja so priporočljiva tudi za ostale člane tima ne glede na to ali so zdravstveni ali socialni delavci, ki delajo z osebo z demenco. Le tako je obravnava osebe z demenco timska, holistična in temelji na individualnih potrebah osebe z demenco.

LITERATURA

- AOTA – American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practise framework: domain and process, 2nd ed. Am J Occup Ther 62(6): 652–83.
- Bauman Z (2002). Tekoča moderna. Ljubljana: Založba / *cf.
- Blackhall A (2011). VERA framework: communicating with people who have dementia. Nurs Stand 26 (10): 35–9.
- Blazinšek J (2007). Metoda validacije v slovenskih domovih za stare. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Bramley D (2012). Dementia: a public health priority. Geneve: World Health Organization.
- Crouch RB (2001). The validation therapy approach to the management of dementia. Asian J Occup Ter 1 (1): 22–5.
- Čatak E (2016). Validacija kot oblika delovno terapevtske obravnave. Diplomsko delo. Ljubljana. Zdravstvena fakulteta.
- Deponte A, Missan R (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. Arch Gerontol Geriatr 44: 113–7.
- DiZazzo-Miller R, Pociask FD, Samuel P (2013). Understanding resource needs of persons with dementia and their caregivers. Michigan Family Review 17 (1): 1–20.
- Feil N (2003). The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's-type dementia. Baltimore: Health Professions Press.
- Field A (2009). Discovering statistics using SPSS. London: SAGE.
- Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefinagels WH, Rikkert M (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 333 (7580): 1196–9.
- Hall L, Skelton DA (2012). Occupational therapy for caregivers of people with dementia: a review of the United Kingdom literature. Br J Occup Ther 75 (6): 281–8.
- Hribar S (2012). Komunikacija medicinske sestre z dementnim pacientom. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Hurtley R, Pitkin J (2015). Validation: an advanced communication model for developing therapeutic conversations in dementia care. British Journal of Healthcare Assistants 9 (10): 506–9.
- Kogoj A (2008). Etiologija Alzheimerjeve bolezni in drugih najpogostejših demenc. Farmacevtski vestnik 59 (2): 55–8.
- Kogoj A, Velikonja I (2012). V skrbi za vaše zdravje. Demenca. Novo Mesto: Krka, d.d.
- Kumar P, Das PC, Chatterjee P, Dey AB (2012). A novel occupational therapy strategy for cognitive impairment in old age. J Ind Acad Geriatr 8 (3): 120–3.
- McGowan JF (2008). Working with personality disorders in an acute environment. In: Clarke I, Wilson H, eds. Cognitive behaviour therapy for acute psychiatric inpatient unit: working with clients, staff and the milieu. London: Routledge: 92–111.
- Milošević Arnold V (2006). Celostna obravnava oseb z demenco v domu za stare. Socialno delo 45(3/5): 119–26.
- Moyle W, Olorenshaw R, Wallis M, Borbasi S (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. Int J Older people nurs 2 (3): 121–30.
- Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H, et al. (2005) Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. Arch Gerontol Geriatr 41(2): 159–68.
- Ono K, Kanayama Y, Iwata M, et al. (2014) Views on co-occupation between elderly persons with dementia and family. J Gerontol Geriatr Res 3(5): 185.
- Orgeta V, Leung P, Yates L et al. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. Health Technol Assess 19 (64): 7–73.

- Oven A, Slavec L (2008). Starostnik – sodelovanje v delovno terapevtski obravnavi. V *Začrtajva pot do dobrega počutja: načrtovanje obravnave v delovni terapiji*. IV. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Podčetrtek, 11. – 13. september 2008 (str. 57–67). Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 57.
- Poulos CJ, Bayer A, Beaupre L et al. (2017). A comprehensive approach to reablement in dementia. *Alzheimers Dement (N Y)* 3 (3): 450–8.
- Powell J (2007). Pomoč starejšim pri demenci: Vodič za delo negovalcev. Ljubljana: Mestna zveza upokojencev.
- Prebil A (2010). Primeri podpornega komuniciranja v komunikacijskem procesu. V: Skela Savič B (ur). *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege*. Jesenice: VŠZNJ, 63–71.
- Söderlund M, Norberg A, Görel H (2011). Implementation of the validation method: Nurses' descriptions of caring relationships with residents with dementia disease. *Dementia* 11 (5): 569–87.
- Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (2016). Ministrstvo za zdravje. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Demenca/12092016_strategija_obvladovanja_demence.pdf. <22. 04. 2018>
- Unetič K (2014). Način dela z osebami z demenco v socialnem varstvu. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Van Hülzen A (2010). Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl&Co.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Rainer Leonhart R et al. (2009). WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics* 9: 44.
- Wenborn J, Hynes S, Moniz-Cook E et al. (2016). Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 17 (1): 65.
- WFOT - World federation of occupational therapists (2012). Definition of occupational therapy. <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>. <9.4.2018>
- WHO – World Health Organization. (2015). Dementia – A public health priority. Copenhagen: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf. <26. 03. 2018>

METODA MONTESSORI ZA STAREJŠE IN OSEBE Z DEMENCO KOT PRIMER PRAKSE USMERJENE NA UPORABNIKA

MONTESSORI METHOD FOR THE ELDERLY AND PEOPLE WITH DEMENTIA AS AN EXAMPLE OF A CLIENT-CENTRED APPROACH

Sara Črepinšek¹, dipl. del. ter., samostojna svetovalka, Montessori Inspired Lifestyle
inštruktorica

¹Dom sv. Jožef, Celje

IZVLEČEK

Uvod: Praksa usmerjena na uporabnika je krilatica, ki se marketinško dobro obnese in jo vsi radi uporabljajo. Dejansko je dosegljive zadosti strokovne literature, ki pomaga pri implementaciji, vendar v praksi težje zaživi, saj je potrebne veliko osebne angažiranosti in dodatnega dela. **Vsebina:** V prispevku je predstavljena Metoda Montessori za starejše in osebe z demenco, kot eden izmed načinov dela v praksi, ki je usmerjena na uporabnika in zakaj je uporabna za delovne terapevte. Prikazane bodo pozitivne in negativne izkušnje uporabe v praksi ter možnosti za nadaljnje delo. **Zaključek:** Predstavljena metoda v marsičem izhaja iz delovne terapije, vendar je v praksi njen cilj, da jo uporabljajo vsi, ki prihajajo v stik z uporabnikom (zaposleni, prostovoljci, družina), kar pa delovni terapiji daje možnost večje prepoznavnosti.

Ključne besede: samostojnost, skupnost, montessori načela, ohranjene spretnosti, izbira

ABSTRACT

Introduction: Client-centred approach is well known and largely used in practice, and is also important in marketing. Even though there is abundant theoretical and empirical literature on the topic, its translation into practice requires a lot of extra work and enthusiasm. **Content:** The Montessori method for the elderly and the people with dementia is presented as an example of a client-centred approach along with its implications for occupational therapy. The article discusses also the experiences with this approach, its advantages, weaknesses and possibilities for future work. **Conclusion:** The Montessori method is largely based on occupational therapy, but it is intended to be used by the staff members, relatives and volunteers and all others who work with the elderly and people with dementia. It also provides opportunity for wider recognition of occupational therapy.

Key words: independence, community, Montessori principles, preserved skills, choice

IZHODIŠČA

Z industrializacijo in selitvijo prebivalstva v mesta, se je začel razkroj skupnosti katere člani so skrbeli drug za drugega. Po II. svetovni vojni in s poudarjanjem individualizacije je ta fenomen dobil še dodatne razsežnosti. Ker je skupnost začela razpadati je država z ustanavljanjem institucij pričela skrbeti za tiste, ki sami tega več niso zmogli - z domovi za starejše (Hlebec et al. 2013) in bolnišnicami. Ker pa so to praviloma velike ustanove je bila posledica tega institucionalizacija, ki s seboj prinaša fenomen, ko se posameznik znotraj nje kot oseba izgubi. Postane kategoriziran pacient, ki ga z ostalimi povezuje le še skupna diagnoza. Posledica tega so terapije specifične za določeno skupino pacientov. V 80. letih preteklega stoletja se je vedno več govorilo, da ni vse dobro za vsakogar ter da je treba v ospredje postaviti specifiko posameznika in njegovo zgodbo. Delovni terapevti smo se vrnili k načrtovanju obravnave, ki posameznika jemlje kot enakovrednega partnerja z

njegovimi izkušnjami, ki pomembno vplivajo na končni izid. Teorija (CMOP, model PEO, MOHO,...) je povsod po svetu prehitela prakso in ko so se teoretiki tega zavedali, je bil razkorak že precejšen. Danes je na trgu dosegljivih veliko število najrazličnejših delovnih zvezkov (Enabling Occupation: A Learner-Centred Workbook - CAOT 1998, Spirituality in Enabling Occupation: A Learner-centred workbook - CAOT 1999, Discovering Occupation: workbook - CAOT 2003) in delavnic, ki naj bi terapevtom pomagali prenesti teorijo v prakso. Vendar osebna izkušnja avtorice govori v prid notranji preobrazbi. Če terapevt zaupa le svojemu znanju, se proces vključevanja posameznika v center obravnave težje zgodi. Smo to, kar verjamemo.

Zakonodaja s področja socialnega varstva sledi raziskavam, ki potrjujejo pomembnost vključevanja uporabnika in s tem spodbuja prakso k spremembi, četudi ta ni vedno pripravljena nanjo. Uporabnik želi boljšo izbiro in ji tudi sledi. Konkurenčnost se dobro sliši vendar včasih rodi projekte na papirju, ki v praksi težko zaživijo ali pa imajo na račun 30 let starih normativov za posledico izgorelost zaposlenih. Hkrati se pojavljajo novinarski članki, ki s poročanjem o pogovorno "katastrofalnem" stanju v slovenskih domovih žalijo vse tiste predane ljudi, ki jim je mar. Vendar v slovenskih domovih v zadnjih dveh desetletjih dejansko vznika mnogo dobrih projektov, ki jim je treba dati prostor in čas da zaživijo. V Domu sv. Jožef že od začetka v letu 2008 dajemo poudarek osebnemu pristopu, paliativni oskrbi in od leta 2015 tudi metodi montessori za starejše in osebe z demenco.

Metoda montessori za starejše in osebe z demenco - med teorijo in prakso

V nadaljevanju je članek, zaradi boljše preglednosti, sestavljen iz več podnaslovov, v katerih je najprej predstavljena teorija in nato praktične izkušnje in priporočila za nadaljnje delo. Podnaslovi so: Filozofija in cilji; Izбира, vključenost, skupnost; Deklerativni vs. proceduralni spomin; Materiali; 12 načel metode montessori; Spretnosti - kaj je še ohranjeno?; Posameznik - okolje - svojci/zaposleni; Metoda montessori za starejše in osebe z demenco vs. delovna terapija; Dokumentacija; Raziskave; Drugo.

Filozofija in cilji

Maria Montessori je bila kot prva ženska zdravnica v Italiji vajena nasprotovanja. Zato je delo z otroki, ki so jih vsi odpisali, vzela kot izziv. Dokazala je, da se s pravim pristopom pride do sprememb. Njena pedagogika je danes razširjena po vsem svetu. V 90. letih se je psiholog dr. Cameron J. Camp preko svoje družine srečal s pedagogiko montessori. V njeni filozofiji je videl možnost za bolj kakovostno življenje ljudi z demenco in pedagogiko montessori prilagodil za delo s starejšimi in osebami z demenco.

Ta filozofija gradi na štirih točkah:

- da je potrebno posameznika spodbujati k čim bolj samostojnemu življenju,
- da ima posameznik pomembno mesto v skupnosti,
- da ima posameznik možnost z ohranjenimi spretnostmi pomagati skupnosti,
- da je ta njegov prispevek prepoznan kot pomemben in da ga tudi on doživlja kot takega.

Tako kot delovna terapija tudi metoda montessori izhaja iz tega, da nobena dejavnost ne sme biti sama sebi namen - samo zato, da se nekaj počne - temveč da ima nek namen, poslanstvo. Metoda montessori za starejše in osebe z demenco zato vedno izhaja iz tega kaj posameznik še zmore. Njen namen je, da z ohranjenimi spretnostmi obide primanjkljaje (Camp, 2002). Temu sledi tudi načrtovanje, ki naj bi pokrilo:

- vsakodnevne življenjske dejavnosti,
- področje kognicije,
- področje senzorike in

družabno/kulturno/duhovno življenje.

Rezultat naj bi bil ustrezno prilagojeno okolje v katerem primanjkljaj sicer lahko spremeni, ne pa prepreči izvedbe dejavnosti (Kielhofner, 2002). To okolje pa naj bi: podpiralo osebno orientacijo ter orientacijo v času in prostoru, izboljšalo in ohranjalo delovanje posameznika, spodbujalo skupnost kjer skrbijo drug za drugega, pomagalo, da se najde človeka in njegove posebnosti, ki se skrivajo za demenco.

Za vsakega posameznika v skupnosti naj bi bile na tak način pripravljene dejavnosti, opravila, rutine in vloge.

Izkušnje in priporočila

Delo s posameznikom, prepoznavanje ohranjenih spretnosti, ki ima za posledico njegovo vključitev v domsko skupnost, je kot sestavljanje. Včasih traja dosti časa, da najdemo pravo mesto. Nekateri stanovalci se sami želijo vključiti, nekateri naše pomoči niti ne potrebujejo. Spet drugi potrebujejo le spodbudo. So pa tudi takšni, ki "plačajo, da je za vse poskrbljeno" in le koristijo "to kar jim pripada". Vendar naj bi vsak imel svoje mesto v skupnosti. Pri nekaterih je potrebno veliko individualnega dela, da steče proces opolnomočenja - da prepoznajo in začnejo ceniti svoje spretnosti kot tiste, ki še lahko komu koristijo. Največ časa je potrebnega pri stanovalcih, ki so zaradi narave bolezni ves čas v postelji - kaj je še ohranjeno? Gradimo na področju senzorike v povezavi z detajli iz življenja - usb in bluetooth radio z glasbo, ki jo je rad poslušal; katere barve so bile najljubše - pobarvana svileni ruta pripeta nad posteljo; projekt "Drugačen obisk" v okviru katerega smo kupili škatle treh različnih motivov, ponudili izbiro motiva škatle stanovalcu (če je zmožni sodelovati) ali svojcu, v škatlo pa namestili masažne vrečke iz blaga, ki naj bi jih uporabljali svojci, ko pridejo na obisk. Te vrečke so zašili stanovalci in nekateri svojci, ko smo jih povabili k sodelovanju (priskrbeli smo šivalni stroj in izrezane kose blaga).

Teorija tudi predvideva, da se z vsakim stanovalcem pripravi podroben načrt za vsa zgoraj opisana področja. V zvezi s tem sem v letu 2017 na 1. kongresu metode montessori za starejše in osebe z demenco v Pragi slišala izjavo, da naj bi za vsakega stanovalca imeli za vsak dan pripravljenih vsaj 8 različnih dejavnosti in da se naj ne bi preveč ponavljale. Montessori je pot in ne cilj, zato se držimo nasveta dr. Camp-a : "En človek, ena dejavnost, en korak naenkrat!"

Izbira, vključenost, skupnost

Nemoč odločanja o sebi, izguba identitete in dostojanstva so nekateri razlogi zakaj se ljudje bojijo staranja. Če odločanje o vsem prevzamejo drugi, kako naj se nekdo počuti samostojnega, kompetentnega odraslega (Elliot, 2013)? V okviru metode montessori se zato vztraja pri možnosti izbire za vsakogar. Na primer kako potavljati vprašanja?

Vprašanje "Bi mi lahko pomagali?" namreč v sebi nosi nezupanje - "Ali boš sploh zmožni?"

Zato vprašamo drugače: "Ali bi mi pomagali? Ali bi sodelovali? Kaj vam je ljubše, to ali to? Potrebujem vašo pomoč, bi mi hoteli pomagati? Bi se nam pridružili?" (Elliot, 2013). Drugačna vprašanja s seboj prinašajo priložnost, da se odločijo po svoje. Tudi če odklonijo sodelovanje, je to njihova pravica.

Tudi pri vključevanju v skupnost, ki je sicer pomembna, je potrebno spoštovati pravico do izbire.

Izkušnje in priporočila

Pri izbiri v praksi ne gre zato, da posameznika postavimo pred polno omaro in vprašamo kaj bi oblekel, temveč da ponudimo, na primer dve srajci in s tem možnost, da sam izbere. Na voljo imamo en jedilnik, vendar posameznika lahko vprašamo koliko bi rad pojedel, ali želi vsega malo, kaj ima rad in česa ne. Izkazalo se je kot odličen korak naprej, vprašanje "Bi mi hoteli pomagati?" pa kot čarobna palica. Gre namreč zato, da radi pozabljamo, da pri delu večkrat izhajamo iz tega kar se nam zdi za določenega človeka najboljše.

Nekaj naših gospodov se je zbralo skupaj in predlagalo, da obrusijo in prebarvajo stole, mize in klopi v okolici doma. Težava je bila, ker barve nismo prinesli dovolj hitro!

Naša izkušnja je, da ljudje imajo svoje mnenje, vendar ga težko izrazijo, če nastopamo iz pozicije močnejšega ali nekoga, ki se mu vedno muči.

To kako se počutimo, ko nam nekaj uspe, se ohrani tudi pri osebah z demenco. Stanovalci zazarijo kadar lahko storijo kaj dobrega za sostanovalce ali skupnost. Dr. Camp nam je predlagal, da izdelamo seznam opravil, ki jih različni profili počnemo v naši ustanovi in razmislimo katera od njih bi lahko prepustili stanovalcem. Seznam se izobesi in povabi stanovalce, če želijo sodelovati. Pri nas seznama še nismo izobesili, pač pa smo povprašali na skupinah in izkušnja je pozitivna, vendar je to potrebno izpeljati previdno, da stanovalci ne bi imeli občutka "Saj plačamo, a zdaj moramo pa še delat?".

Deklerativni vs. proceduralni spomin

Osebe z demenco so se sposobne učiti. Tu se praksa opira na raziskave (Elliot, 2013), ki so dokazale, da je deklarativni spomin (spomin, ki se "govori") pri demenci prvi prizadet, medtem ko proceduralni spomin (spomin, ki se "počne") ostane še dolgo ohranjen in na njem gradimo boljšo kakovost življenja posameznika. Kot že ime samo pove gre za to, da za določeno opravilo, ki je posamezniku pomembno, ustvarimo proceduro. To proceduro nato na vedno enak način utrjujejo vsi, ki prihajajo v stik s posameznikom. Pri pripravi procedure se opiramo na analizo aktivnosti in oceno ohranjenih spretnosti. V ospredju ni priklic iz deklarativnega spomina, temveč navada iz proceduralnega spomina.

Deklarativni spomin pa podpremo tako, da ustvarimo zunanji spomin. Tako informacije, ki jih posameznik težko prikliče v spomin (npr. kdaj je kosilo, kdaj telovadba), shranimo v okolje (na mesto, ki ga on izbere, damo urnik/obvestilo in razvijemo rutino, da ga bo navada nesla do odgovora, ki ga išče). Kadar dejavnost zahteva aktivacijo deklarativnega spomina mora odgovor biti v okolju.

Izkušnje in priporočila

Stanovalci z demenco se priučijo, kje je njihovo mesto za skupno mizo. Mi smo to podprli z natisnjenimi in plastificiranimi pogrinjki, na katerih so njihova imena in priimki. S tem smo rešili več težav. Vedno gredo na svoje mesto in tudi prostovoljci se bolje znajdejo. Stanovalci se med seboj pokličejo po imenu, saj vidijo kaj drugemu piše na pogrinjku. Sedaj se bolj pogosto dogajajo pogovori v smislu: "Poznam to in to, ki se piše tako kot vi, ste kaj v žlahti?". In zopet se gradi skupnost. Pogrinjke smo natisnili

zaposleni, obrezala jih je stanovalka, potem pa si je vsak stanovalec ob demonstraciji sam plastificiral svojega.

Aktivnosti, pri katerih je potreben priklic, pripravljamo tako, da je odgovor v vidnem polju osebe (sortiranje sadja in zelenjave - karton z napisom "sadje" in karton z napisom "zelenjava"), ali pa mi ponudimo dve izbiri, od katere mora biti pravilen odgovor očiten ("Je na sliki vaš brat Filip ali teta Tončka?", na pa kot se pogosto dogaja "Kdo je to?").

Materiali

"Biti aktiven" je za večino ljudi sinonim za "biti živ" (Zgola, 1987, cit. po Elliot, 2013), zato je dober načrt, pripravljen s posameznikom, tako pomemben. V okviru dejavnosti uporabljamo materiale, ki naj bi bili posamezniku znani, individualno pripravljeni, estetski, nepoškodovani, varni in z možnostjo stopnjevanja v smislu od lažjega h težjemu, od konkretnega k abstraktnemu in ne otročji.

Izkušnje in priporočila

Lani v Pragi sem slišala, da lahko montessori materiale starostne skupine otrok 3-6 uporabljamo pri delu z osebami z demenco. V Domu sv. Jožef tega ne počnemo, saj smo mnenja, da življenjska izkušnja starostnikov ne dopušča takšne rabe materialov, če nam je kaj mar njihovega dostojanstva. S svojim stališčem smo precej osamljeni. Za stanovalce dobro, za nas pa predvsem naporno.

Nekatere materiale najdemo doma, na boljšem sejmu, večino pa izdelamo sami. Potrebna je predvsem iznajdljivost, ustvarjalnost in precej osebnega angažiranja. Pripravljamo jih individualno, kar pomeni, da ni nujno, da bo en material še kdaj uporaben pri komu drugem. Slike, ki jih uporabljamo so pogosto iz starih knjig, katerih način tiskanja in uporabe barv je našim stanovalcem blizu. Obrezane nalepimo na kappa plošče, da so tudi na otip prijetne. Nekatere plastificiramo.

Pobarvanke so precej znana dejavnost v domovih, vendar smo šli pri tem še dlje. Iskali smo pobarvanke, ki predstavljajo dela znanih umetnikov, narave, ljudi, krajev, zgodovine in vere. Pri tem smo iskali zahtevnejše (veliko ploskev, potrebna dobra globinska zaznava) in lažje (manj različnih ploskev, preprosti vendar ne otročji motivi). Pobarvanke so stanovalci obrezali in nalepili na karton (da barvica mehko teče). Nekatere pobarvanke so namenjene za popestritev oglasne deske v nadstropjih, druge za obdarovanje ob godovnih dnevih, tiste zgodovinske pa za razstavo o zgodovinskih obdobjih, ki jo skupaj z našimi stanovalci enkrat mesečno pripravi ena izmed zaposlenih. Večina materialov je pripravljenih večstopenjsko, da po potrebi dejavnost otežimo ali olajšamo.

12 načel metode montessori

12 načel metode montessori (nekateri kasnejši avtorji pišejo o 10, vendar tu uporabljamo osnovno različico, ki jo predstavlja dr. Camp) služi kot sredstvo za premišljevanje, pripomoček pri delu, odnosu do posameznika, pripravljanju načrta in materialov ter kot evalvacijski obrazec.

To so:

Dejavnost naj bi posamezniku nekaj pomenila - odsevala njegov smisel.

Posameznika vedno povabimo k sodelovanju (*Bi mi pomagali?*).

Ponudimo izbiro.

Govorimo manj in več demonstriramo.

Gradimo na tem kar posameznik še zmore.

Prilagodimo se tempu posameznika.

Ponudimo poznane in estetske materiale, namige, pripomočke.

Pripravimo takšno dejavnost, da posameznik uporablja roke.

Aktivnost pripravimo tako, da je mogoče stopnjevanje od lažjega k težjemu, od konkretnega k abstraktnemu in obratno. Materiale pripravimo tako, da napaka ni možna.

Ni pravega ali napačnega odgovora.

Razdelimo opravilo/dejavnost na manjše dele.

Zahvalimo se za sodelovanje in vprašamo, če bi posameznik želel še kdaj sodelovati. *(Hvala za vašo pomoč. Bi mi še kdaj pomagali? Brez vas ne bi zmogla!)*

Ali je bil posameznik vključen?

Izkušnje in priporočila

Na prvi pogled znana stvar, vendar težja kot se zdi. Zase lahko povem, da mi redko uspe držati se vseh dvanajstih. Vendar je to prej stvar navade - našega proceduralnega spomina - kot pa pomanjkanja časa.

Spretnosti - kaj je še ohranjeno?

Literatura govori o pretirani skrbi ("excess disability" in "overcare") ki privede do nezmožnosti zaradi neuporabe (Elliot, 2013). Pri demenci se pogosto zgodi, da svojci zaradi pretirane skrbi obolelemu odvzamejo več odgovornosti, kakor pa je resnična potreba. To pa vodi še v dodatno slabšanje spretnosti. Cilj metode montessori je poiskati ohranjene spretnosti in z njimi obiti resnične primanjkljaje (Camp, 2002). Maria Montessori pa to podkrepi z mislijo: "Karkoli storite namesto njih, jim s tem nekaj vzamete."

Izkušnje in priporočila

V večini primerov ljudi podcenjujemo. Za primer vzemimo test branja (eden izmed testov v okviru metode montessori). Ker branje spada med tiste spretnosti, ki so v proceduralnem spominu bere marsikdo, ki mu tega morda, takole mimogrede, ne bi pripisali. Test branja je sestavljen iz testne in evalvacijske strani. Na prvi strani je napisanih 6 različnih povedi v pisavi ARIEL, povdarjeno, v velikosti pisave 72, 48, 36, 24, 16, 12. Na drugo stran pa se vpiše osebne podatke, če ima posameznik demenco, v katerih jezikih bere, če potrebuje očala, kdaj je bil vid zadnjikrat testiran in če so očala očiščena. V testu branja se ne testira kakovosti vida, temveč spretnost branja. Na koncu še označimo v kateri velikosti pisave je posameznik stavke tekoče prebral, pri kateri se mu je zatikalo in katere ni mogel prebrati. Posledično mu pripravimo "knjige" (na levi strani je slika, na desni pa dve povedi) v pisavi ARIEL in v fondu, ki ga še tekoče bere. Temo za takšne knjige poiščemo v osebni zgodbi posameznika ali pa v zgodbah, ki družijo skupino ljudi (npr. celjski grofi) in tako pripravimo skupinsko branje. Vsled temu smo pripravili že več "knjig" ter dve različni pesmarici obe v pisavi ARIAL. Zahtevnejša ima velikost črk 20 in vse kitice določene pesmi, lažja pa velikost črk 30 in samo prvi dve kitici pesmi. Cilj je jasen - vključenost.

Posameznik - okolje - svojci/zaposleni

Posameznik - okolje - svojci/zaposleni tvorijo trikotnik, ki jih neločljivo povezuje. Cilj je posameznik, ki dobro funkcionira v prilagojenem okolju, kjer mu pri vključevanju pomagajo svojci in zaposleni. Ta način dela podpira tudi projekt "Drugačen obisk" (Joltin et al., 2012), ki obiskovalce spodbuja, da s stanovalcem preživljajo kakovosten skupen čas, če seveda to želijo. V škatle pripravimo tiste dejavnosti, ki so po naših izkušnjah posamezniku ljube.

Zaposleni so v tem trikotniku pomemben člen, saj je v veliki meri od njih odvisno kako bo metoda montessori v ustanovi zaživela.

Izkušnje in priporočila

Dr. Camp na svojem predavanju rad postavi vprašanje: "Ste zadovoljni s tem kako delate v vaši ustanovi?" Pravzaprav retorično vprašanje, kjer je odgovor vnaprej znan.

Nas je najbolj nagovorila izjava (Camp, 2015), da se odzivno vedenje včasih pojavlja tudi zato ker stanovalci nimajo smiselnih dejavnosti/vlog/rutin, ki bi jih zanimale. Ker je metoda montessori način dela, ki naj bi ga uporabljali vsi zaposleni, izvajamo interna izobraževanja in prve spremembe so že opazne. Pomembno je, da so vključeni vsi in da se vsako idejo resno obravnava. Občutek, da tudi njihovo mnenje šteje in da lahko vplivajo na končno odločitev je za to, da stvar zaživi v praksi, zelo pomemben.

Prav tako bi bolj življenjski normativi lahko privedli do boljših pogojev za stanovalce kot tudi za zaposlene, vendar je na koncu vendarle samoiniciativnost tista, ki naredi razliko. Ker je delo po metodi montessori izrazito individualno usmerjeno je to še dodaten izziv. Nasvet, ki smo ga dobili v zvezi s tem je, da naj začnemo spreminjati način dela (odnos) znotraj že obstoječih dejavnosti.

V Domu sv. Jožef sodelujemo tudi s prostovoljci. Vključeni so na različne način, pri čemer se trudimo najti srednjo pot med njihovimi preferencami in našimi potrebami. Ob tem se seznanjajo z elementi metode montessori.

Metoda montessori za starejše in osebe z demenco vs. delovna terapija

Delovna terapija in metoda montessori sta si v marsičem zelo podobni. Glavna skupna točka je pomen samostojnosti za posameznika. Tudi način dela, na primer analiza in sinteza aktivnosti, se uporablja pri obeh, čeprav z manjšimi razlikami. Metoda montessori za starejše in osebe z demenco v literaturi tudi pogosto citira spoznanja okupacijske znanosti (Elliot, 2013). Vendar je tudi nekaj pomembnih razlik, ki lahko zavedejo, da je vse isto. Za primer. Kadar delovni terapevti govorimo o spretnostih imamo v mislih motorične, procesne in komunikacijsko/interakcijske. Metoda montessori pa ima pri spretnostih v mislih pravzaprav veščine (npr. hoja, zlaganje oblačil, zapenjanje gumbov, oblačenje, prelivanje, uporaba orodij, uporaba stranišča, hranjenje, kuhanje, branje, nakupovanje, reševanje problemov, priprava obrokov, uporaba telefona in podobno).

Izkušnje in priporočila

Način dela po metodi montessori je doprinesel k mojemu delu širino, veliko priložnosti za razmislek o mojem pristopu, pri prevajanju literature in dokumentacije pa nekaj stisk v smislu kje je meja med delovno terapijo in metodo montessori. Metoda montessori se namreč osredotoča na celotno ustanovo in predstavlja poslovni model, ki ob izpolnjevanju kriterijev prinese certifikat montessori za ustanovo.

Ob tem bi želela izpostaviti tudi to, da smo po domovih v tujini delovni terapevti, kot tudi programi in dejavnosti, ki jih ponujamo v slovenskih domovih, prej izjema kot pravilo. Zato v tujini metodo montessori v prakso vpeljujejo psihologi, animatorji in prostovoljci. Pri nas to vlogo zaradi znanj in izkušenj lahko prevzamemo delovni terapevti.

Dokumentacija

Dokumentacija, ki je v rabi pri metodi montessori za starejše in osebe z demenco je v marsičem podobna tistim, ki jih uporabljamo delovni terapevti, čeprav ima nekaj svojih posebnosti.

Izkušnje in priporočila

Dokumentacija se mi zdi sistematična, čeprav se precej razlikuje glede na to od kod jo pridobim (Kanada, Avstralija, ZDA). Pri prevajanju moram upoštevati tudi kulturni značaj Slovenije. Ta dokumentacija je po meni znanih podatkih redko standardizirana. V Domu sv. Jožef je 120 stanovalcev. Ne bi imelo smisla trditi, da imamo za vsakega pripravljen načrt po metodi montessori. Trudimo se po malih korakih in smo ves čas na poti. Veselimo pa se malih uspehov skupaj z ljudmi, ki so pri nas doma.

Raziskave

V tuji literaturi je na temo metode montessori (*Montessori Dementia, Montessori Based Dementia Programming*) precej raziskav, medtem ko je v slovenski literaturi bera slaba. Pri člankih v slovenskem jeziku gre v prvem primeru (Valenčič et al., 2011) za poskus vpeljave nekaterih elementov montessori dejavnosti v enega izmed slovenskih domov za starejše. V drugem primeru pa gre za pregled literature (Ljubič et al., 2017).

Izkušnje in priporočila

Doslej ni bila med našimi stanovalci ali zaposlenimi opravljena še nobena raziskava, zato objektivnih podatkov ne morem ponuditi, le svoja opažanja. Po mojem vedenju sta v pripravi dve magistrski in ena doktorska naloga iz tega področja. Raziskave "in situ" v slovenskem prostoru bi bile zelo dobrodošle. Prav tako tiste, ki bi sledile razvoju metode montessori pri nas, saj je kulturni vpliv zelo pomemben.

Drugo

V okviru metode montessori je še kar nekaj pomembnih detajlov, ki so za način dela pomembne, vendar niso bile posebej izpostavljene. Bi pa navedla še nekaj izkušenj.

Izkušnje in priporočila

Ena pomembnejših izkušenj je, da ne gre vse naenkrat. Za tiste, ki si želijo instant rešitve montessori metoda zagotovo ni pravi odgovor, saj prvi rezultati postanejo vidni šele po kakšnem letu.

Druga pomembno spoznanje je "biti pri stvari". Opazovati človeka, zaznavati verbalno in neverbalno komunikacijo, povezovati zgodbe in izkušnje med seboj, slediti toku misli posameznika in biti pripravljen na to, da se vse zasuče v popolnoma drugo smer.

Med precej zoprne izkušnje spada spoznanje, da smo zmotljivi. Da marsikdaj kljub vsemu prebranemu in povedanemu ne znamo pomagati ali da še tako dobro pripravljen načrt, dejavnost ali vloga doseže ravno nasprotni učinek, kot smo ga pričakovali. To slabo vpliva na motivacijo.

Ena izmed lekcij se tiče potrpežljivosti. Pri delu s starejšimi je tega še več, saj so izboljšanja redka, terapevti pa svojo motivacijo prevečkrat vezemo na uspešen rezultat. Montessori pa ni cilj, temveč pot.

V aprilu 2018 smo na domski spletni strani odprli podstran o metodi montessori za starejše in osebe z demenco, v okviru katere objavljamo tedenski blog. Zanimanje javnosti je veliko, vendar je pomembno, da se jim ponudi točne informacije od ljudi, ki ta pristop poznajo in uporabljajo.

Ko ljudje preberejo ali vidijo kako stvari delujejo v praksi, marsikdo reče, da se veliko od tega že počne tudi drugje. Zagotovo, vendar odnos in motiv temeljita povsem drugje, to pa je bistvena razlika.

ZAKLJUČEK

V prispevku je bila predstavljena metoda montessori za starejše in osebe z demenco, izkušnje, prednosti, slabosti in predlogi za naprej.

Ko rečemo, da je montessori pot in ne cilj, pri tem mislimo zelo resno. Je pot nenehnega premišljevanja o sebi, svojih navadah, načinu dela, strokovnosti, svojih pristopih in mišljenju. Smo in delamo to, kar verjamemo. Zato brez osebne spremembe ne bo šlo. In morda je to tisti najtežji del.

LITERATURA

- Camp C. J., Cohen-Mansfield J., Capezuti E. A. (2002). Mental Health Services in Nursing Homes: Use of Nonpharmacologic Interventions Among Nursing Home Residents With Dementia. *Psychiatr Serv*, 53 (11): 1397 - 1404.
- Camp, C. J., Skrajner, M., & Gorzelle, G. (2015). Engagement in dementia. In L. Volicer & A. Hurley (Eds.) *Research scales for advanced dementia*: 65 – 78. Health Professions Press, Baltimore, MD.
- Elliot, Gail. *Montessori Methods for Dementia: Focusing on the Person & the Prepared Environment*. Solon, OH, USA: Center for Applied Research in Dementia, 2013 (United States Edition).
- Hlebec V., Mali J. (2013). Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo*, 52 (1): 29 - 41.
- Joltin, A., Camp, C.J., Noble, B.H., Antenucci, V.M.. *A Different Visit: Activities for Caregivers and their Loved Ones with Memory Impairments* (2nd Edition). Solon, OH, USA: Center for Applied Research in Dementia, 2012.
- Kielhofner, G. *Model of Human Occupation: Theory and application* (3rd edition). Baltimore: Lippencott Williams & Wilkins, 2002.
- Ljubič, A., Štemberger Kolnik, T. (2017). Prednosti metode montessori pri obravnavi pacientov z demenco. *Obzornik zdravstvene nege*, 51 (1): 75 - 88.
- Valenčič, G., Križmaric, M. (2011). Montessori pristop v obravnavi bolnikov z demenco. V: D. Železnik, et. al., eds. *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: zbornik predavanj z recenzijo/ 1. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved*, Laško, 21. - 22. september 2011. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, 392 - 298.
- Dom sv. Jožef. <http://www.jozef.si/metoda-montessori-za-starejse-in-osebe-z-demenco/>. <25.5.2018>

Priporočena literatura

- Brush, J. A., & Camp, C. J. (1999). A therapy technique for improving memory: Spaced retrieval. Beachwood, OH: Menorah Park Center for Senior Living.
- Camp, C. J. (Ed.). (1999). Montessori-based activities for persons with dementia: Volume 1. Beachwood, OH: Menorah Park Center for Senior Living.
- Camp, C. J., Schneider, N., Orsulic-Jeras, S., Mattern, J., McGowan, A., Antenucci, V. M., Malone, M. L., & Gorzelle, G. J. (2006). Montessori-based activities for persons with dementia: Volume 2. Beachwood, OH: Menorah Park Center for Senior Living.
- Camp, C. J., Skrajner, M. J., Lee, M. M., & Judge, K. S. (2010). Cognitive assessment in late stage dementia. In P. A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd edition): 523-547. New York: John Wiley & Sons.

FACTORS AFFECTING ACTIVITY PERFORMANCE AND SATISFACTION OF THE ELDERLY RESIDENTS OF DARÜLACEZE

Remziye AKARSU¹, Başar ÖZTÜRK¹, Yusuf ÇELİK²

¹Biruni University Occupational Therapy Department İstanbul/Turkey

²Biruni University Biostatistics and Medical Science Department İstanbul/Turkey

ABSTRACT

Introduction: Aging is defined as a progressive functional decline, or a gradual deterioration of physiological and mental functions with age. Many problems in the old age could be avoided by a better structured leisure time. The aim of the study was to determine the activity performance and satisfaction of elderly people who live in Darülaceze, the Turkey's largest and most comprehensive nursing home, and the factors that affect them. **Methods:** The study sample consisted of 31 elderly residents of Darülaceze. The collection of participants' sociodemographic characteristics was followed by the assessment of their activity performance and satisfaction. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Functional Independence Measure (FIM), Yesavage Depression Scale, Tinetti Balance and Gait Test (TBT&TGT), Standardized Mini Mental Stated Examination (SMMSE), McGill-Melzack Pain Questionnaire, and Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) were administered. The Pearson correlation coefficient was used to investigate the relationship between the quantitative, continuous variables. **Results:** The parametric correlation analysis shows a positive correlation between the COPM and the Yesavage Depression Scale scores ($p < 0.05$). A significant correlation between FIM and SMMSE scores (0.037) and between Yesavage Depression Scale and Tampa Scale of Kinesiophobia scores (0.045) was also established. **Conclusion:** The current study determined the activity performance and satisfaction levels of the elderly and identified the factors affecting them.. The study results show that increased levels of depression in the elderly residents of Darülaceze are related to decreased activity satisfaction. The depression level is the most important parameter that significantly affects satisfaction levels in the activities that the participants identified and scored. The study results indicate that it is necessary to plan individual-centered occupational therapy interventions for people to perform their activities and to increase their satisfaction.

Key words: elderly, activity, nursing home

INTRODUCTION

Individuals over 65 years of age are currently classified as elderly (Clark, Siebens, 2005). Aging is an individual change and refers to a persons's physical and mental decline. Many problems in the old age are caused by too much unstructured leisure time. The aim is to achieve active aging by increasing the quality of life through enjoyable activities in line with the needs of the elderly people (Tümerdem, 2006; Yücel, Kayıhan, 2008).

In studies that were conducted in Turkey, chronic diseases frequently suffered by the elderly are the following: hypertension (30.7%), osteoarthritis (13.7%), chronic heart failure (13.7%), diabetes mellitus (10.2%), coronary artery disease (9.8%) and osteoporosis (8.2%). In addition, geriatric syndromes such as falling, fatigue and sleep disorder increase with age (Beğer and Yavuzer, 2012).

Due to these changes in health that occur with age, the elderly tend to engage in these activities to a lesser extent.

Ensuring that the elderly participate in activities means to help them to be independent in their daily lives, value their free time, be productive and sociable, thus reducing the feeling of loneliness (Yücel, 2008).

Literature search has shown that there has not been much research conducted on the factors that affect activity performance of the elderly.

The purpose of the study was to determine the factors that have an impact on the engagement in activities and satisfaction of the elderly people who live in Darülaceze, which is Turkey's largest and most comprehensive nursing home.

METHODS

This study was carried out between February 2018 and March 2018 by applying individual interviews and assessment scales on 31 volunteer elders living in Darülaceze.

After reading and signing the voluntary consent form, the sociodemographic characteristics of the elderly were recorded by the sociodemographic questionnaire (age, sex, resume, family history, medicine, diseases).

Activity performance and satisfaction of the elderly individuals were determined by using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Factors affecting activity performance were evaluated by Functional Independence Measure (FIM), Yesavage Depression Scale, Tinetti Balance and Gait Test (TBT&TGT), Standardized Mini Mental Stated Examination (SMMSE), McGill-Melzack Pain Questionnaire, and Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK).

This research was carried out in accordance with the Helsinki Declaration and all the cases participating in the survey were informed before the evaluation.

The study was approved by the Ethics Committee of Non-Interventional Clinical Research at Biruni University on 26 March 2018 with the decision number 2018 / 14-13. Before the study, individuals were informed about the content of our study, read and signed the informed consent form that they volunteered to join.

The inclusion criteria for participation in the study were that the elderly individuals were able to walk independently or with assistive devices, and that they have been in care for at least one year in Darülaceze. A total of about 500 elderly people live in Darülaceze. Elderly patients with severe mental impairment, visual or hearing impairment, psychiatric disorders, and living less than one year in Darülaceze were excluded from the study as we think that loss of ambulation, neuropsychiatric impairment and new participation in the nursing home environment could affect the results.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is a measure of the problems that people face by people in terms of activity performance. This scale evaluates the activity preferences of the individuals with the performance and satisfaction scores given by him/her again (Law, Baptiste, McColl, Opzoomer, Polatajko, Pollock, 1990). In the first step, individuals should determine self-care daily life, productivity and leisure time activities that they do or want to do in their daily routines. In the second step, individuals

are required to give each of these activities a significance score of 0-10 according to the Likert Scale (0-no matter, 10-very important). As a third step, individuals should choose at least one and a maximum of five activities that are most important to them and determine the performance and satisfaction score between 0-10 according to the Likert Scale for each activity. Performance and satisfaction scores were obtained by dividing the obtained performance and satisfaction scores into the number of activities that the individual considered important (Altıntaş et al., 2013; Torpil et al., 2016; Colquhoun et al., 2012).

Functional Independence Measure (FIM) measures the physical and cognitive deficits, the need for help and care load in the performance of daily life activities. It consists of 18 items evaluating six function areas (self-care, sphincter control, mobility, movement, communication and social cognition). These substances are examined in two parts, motor (13 items) and cognitive (5 items). Each item is rated on a 7-point Likert Scale (1 = total help, 7 = total independence) indicating the amount of help (Deutsch, Fiedler, Iwanenko, Granger, Russel 2003).

The final total score is generated and the scores of the individuals range from 18 to 126. 18 points indicate that the individual is totally addicted, and 126 points are completely independent (Altuğ et al., 2009; Arjunan et al., 2018). The FIM collective adaptation study was conducted in 2005 (Küçükdeveci, 2005).

Yesavage Depression Scale is a depression scale developed in 1983 by Yesavage et al. (Yesavage et al., 1983). It consists of 30 questions. It is answered as yes / no. 14 points and over signify certain depression. Turkish validity and reliability was studied by Sağduyu A. et al. in 1997 (Sağduyu, 1997).

Tinetti Balance & Gait Test (TBT&TGT) evaluates equilibrium ability and gait in two main categories: the first nine questions relate to balance, the next seven questions concern gait. When the survey score is calculated, the total score of the first nine items is the balance score, the total score of the next seven items is the gait score, and the sum of the balance and gait scores is the total score. The 16 items are the totals made during daily life activities. As a result of the evaluation made by observation, the score is as follows: two points; correct movement of the specified movement, one point; 0 points; inability to act (Tinetti, 1986).

If the total score is 18 or less, the risk of falling is high, 19-24 points indicate that the risk of falling is moderate, and 24 and above indicates that the risk of falling is low (Hong et al., 2017).

Standardized Mini Mental Stated Examination (SMMSE) is a short, useful, and standardized method that can be used to detect cognitive level globally. Currently, in the clinic, detection of cognitive deficits, monitoring of the progression of demineral syndromes and treatment response remains a popular test used in epidemiological field surveys on older people living in society, or in an institution (Molloy et al. 1991).

The orientation has been grouped under five main headings as recording memory, attention and calculation, recall and language. It consists of 11 items and is evaluated over the total score of 30. Traditionally scores from 24 to 30 are considered normal. A score below 24 indicates cognitive impairment. However, there are also those who accept the normal limit

of 27 and above, the SMMSE Turkish validity and reliability study was performed by Güngen et al. (Güngen et al., 2002).

McGill-Melzack Pain Questionnaire consists of four sections (Melzack, 1975). In section one there are two body images that are displayed from the front and back to mark the body area where the patient feels the pain. In part two the questions relate to the patient's pain. In the third section, questions related to the factors that decrease or increase the pain and the relationship with time are asked. In the fourth section, the questions to determine the severity of the pain are asked (Tavşanlı et al., 2013).

Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) is a 17-item checklist and is used in acute and chronic back pain, fibromyalgia, musculoskeletal injuries and whiplash-related diseases. A 4-point Likert Scale (1 = strongly disagree, 4 = fully agree) is used on the scale. After the reversal of the 4th, 8th, 12th and 16th items, a total score is calculated. The person is given a total score between 17 and 68. The high score of the person's score on the scale indicates that the kinesiophobia is also high (Miller et al. 1991). Validity and reliability of the Turkish language were studied by Yılmaz et al. (Yılmaz et al., 2011).

Statistical Analysis

SPSS 15.0 package programme was used for the evaluation of data. Mean and Standard Deviation (SD) were calculated for continuous variables. Descriptive statistics for discrete variables were presented by min-max values and with percentages. Pearson Correlation Coefficient was used to establish the relationship between continuous variables. The hypothesis were two tailed and $p \leq 0.05$ was accepted as significant.

RESULTS

31 elderly people living in the Darülaceze Nursing Home participated in the study. 21 of these were male, 10 were female. The average age of the population was 71.48 ± 9.43 , The mean duration of living in Darülaceze Nursing Home was 9.16 years.

Table 1 shows the characteristics of the elderly living in the Darülaceze nursing home.

Most of the elderly's education was at primary school level (61.9%). 71% of the participants were able to walk independently and 87.1% of them were using drugs.

Table 2 shows the chronic diseases of the elderly living in the Darülaceze nursing home.

Table 1. Characteristics of the elderly living in the Darülaceze Nursing Home (n=31)

Characteristics of individuals	N	%
Education level		
Primary school	19	61.3
Secondary school	5	16.1
High school	3	6.7
University	1	3.2
None	3	6.7
Mobility		
Independent	22	71
With assistive devices	9	29
Habits		
Smoke	8	25.8
Alcohol	2	6.5
Smoke/Alcohol	1	3.2
Other	11	35.5
None	9	29
Drug use		
Yes	27	87.1
No	4	12.9
Fall frequently		
Yes	15	51.6
No	16	48.4

Table 2. Chronic diseases of the elderly living in Darülaceze Nursing Home (n=31)

Cronic Diseases	N	%
Hypertension (HT)	4	12.9
Diabetes Mellitus (DM)	4	12.9
HT+DM	7	22.6
Heart Diseases (KH)	5	16.1
KH+HT	3	6.7
Asthma	1	3.2
Osteoporosis	1	3.2
Epilepsy	1	3.2
Psychological diseases	1	3.2
None	4	12.9

The most common diseases of the elderly were HT and DM. HT+DM was most common (22.6%) as shown in Table 2. Heart diseases were in the second rank following them with 16.1%).

Table 3 shows the COPM performance and satisfaction scores, the minimum and maximum values.

Table 3. COPM rating scores of the elderly living in Darülaceze Nursing Home (n=31)

COPM	Mean±SD	Range
Performance Scores	4.4±2.1	1.5-7.5
Satisfaction Scores	4.3±2.6	1-8.6

COPM: Canadian Occupational Performance Measurement; SD: Standart Deviation. COPM performance scores' mean was 4.4±2.1, range of scores was between 1.5-7.5. COPM satisfaction scores' mean was 4.3±2.6 and range of scores was between 1-8.6. Performance and satisfaction scores showed similar scores. The range of participants' scores varied greatly.

Table 4. Rating scores of other scales

Scales	Mean±SD	Range
FIM	111.9±19	39-126
Yesavage Depression Scale	11.2±8.7	1-27
Tinetti Balance Test	11.9±3.7	4-16
Tinetti Gait Test	7.7±3.4	1-12
SMMSE	21.3±5.3	11-27
McGill-Melzack Pain Questionnaire (characteristics of pain)	14.8±11	0-32
VAS 0-10 (level of pain)	4.7±3	0-10
Tampa Scale of Kinesiophobia	42.5±7.1	26-57

SD: Standart Deviation; FIM: Functional Independent Measure; SMMSE: Standardized Mini Mental State Examination; VAS: Visual Analog Scale.

When we looked at the total FIM score, it could be noticed that the mean score was 111.9±19 (min: 39, max.:126). The mean score of the cases according to YDS was 11.2±8.7 (min: 1, max:27) and the mean score was detected 21.3±5.3 (min: 11, max:27) from the SMMSE.

The mean score of Tinetti Balance Test was 11.9±3.7 (min:4, max:16), and the mean score of Tinetti Gait Test was 7.7±3.4 (min:1, max:12). When we looked at the characteristics of pain with the McGill-Melzack Pain Questionnaire, it could be noticed that the main score was 14.8±11 (min:0, max:32).

VAS mean score was 4.7±3 (min:0, max:10) and Tampa Scale of Kinesiophobia mean score was 42.5±7.1 (min:26, max:57).

Table 5 shows that correlations of COPM Performance and COPM Satisfaction Scores with other parameters.

According to the parametric correlation analysis, there was a positive correlation between the COPM Satisfaction and the Yesavage Depression Scale scores ($p < 0.05$).

Table 5. Correlations of COPM Performance and COPM Satisfaction Scores with other parameters

	COPM Performance	COPM Satisfaction
Age	0.529	0.363
Education level	0.164	0.230
Duration of living in Nursery Home	0.447	0.270
Mobility	0.293	0.314
Habits	0.434	0.463
Using drugs	0.666	0.081
Falling frequently	0.293	0.498
FIM	0.208	0.058
Yesavage Depression Scale	0.543	0.016*
Tinetti Balance Test	0.425	0.093
Tinetti Gait Test	0.489	0.293
SMMSE	0.305	0.233
McGill-Melzack Pain Questionnaire (characteristics of pain)	0.276	0.975
VAS 0-10 (level of pain)	0.125	0.404
Tampa Scale of Kinesiophobia	0.785	0.070

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

FIM: Functional Independence Measure; SMMSE: Standardized Mini Mental State Examination; VAS: Visual Analog Scale.

We found significant correlation between falling and SMMSE (0.022); falling and mobility (0.037).

Tinetti Balance Test scores have significant correlations with FIM (0.000), falling (0.002), mobility (0.000) and SMMSE (0.008). Similarly, Tinetti Gait Test scores have significant correlations with FIM (0.005), falling (0.014), mobility (0.000).

We found significant correlation between FIM and SMMSE scores (0.037).

As expected, there was a significant correlation between the level of pain and pain characteristics.

Between Yesavage Depression Scale and Tampa Scale of Kinesiophobia scores, there was a significant correlation (0.045). We also found significant correlation between pain level and Tampa Scale of Kinesiophobia.

DISCUSSION

The study by Yücel et al. emphasized that the diversity of the activities of the elderly may reduce the depression. They also stated that it is important to create wishes and opportunities by participating in regular and continuous activities (Yücel et al., 2008). Our study found a positive significant correlation between the COPM Satisfaction and the Yesavage Depression Scale scores.

In a study by Çifçili and his colleagues, 36 elderly nursing home residents were questioned for depression and eight of them were in severe depression. There was no relationship between depression level and age, gender, inappropriate drug use, daily activity scales (Çifçili, 2006). Similarly, in our study, we did not find any significant correlation between YDS and these parameters.

Another study conducted by Şahin et al. showed that depression was significantly related to age, gender, being married and having children (Şahin et al., 2005). In our study, there was no link found between age, education level, drug use and gender with depression. The only link that was found was between activity satisfaction and depression.

The study showed that as the total Tinetti score of the geriatric individuals increased, the physical and mental score of the Short Form-36 quality of life scale increased. There is a linear relationship between them on a medium-strong level (Sahin et al., 2014). In another study in a nursing home, evaluations were made on 33 individuals; on 16 people who had the experience of falling and 17 people who did not have the experience of falling. As a result of the assessments, balance, walking and other risk factors were found to increase the risk of falling. It is stated that the falls make the individuals more dependent (Bumin et al., 2002). Our study has showed that Tinetti Balance Test Scores have significant correlations with FIM (0.000), falling (0.002), mobility (0.000) and SMMSE (0.008). Similarly, Tinetti Gait Test Scores have significant correlations with FIM (0.005), falling (0.014), and mobility (0.000).

A literature review shows numerous interventions which have been applied in order to reduce geriatric depression in nursing home settings such as Behavioral Activity Intervention, Group Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Exercise Therapy, Reminiscence Therapy, Telehealth Education and Activation of Mood, Self-Worth Therapy, Dance Therapy, Wheelchair Therapy, Pet Therapy, Cognitive Stimulation Therapy, Group Music vs Group Singing Therapy, and Trained Geropsychiatric Nurse plus volunteer contact (McCarthy-Zelaya, 2016). The present study reported that the depression level decreases as activity satisfaction increases. In our opinion, if the elderly choose an activity among the many options available, then this will increase their satisfaction with the activity. In our study, when we looked at the activities that the elderly had chosen, it could be noticed that people had equal expectations about self-care and leisure time activities as only one of the elderly added work / job finding material in the productivity part. This has shown us that the elderly needed to continue to work in their individual intervention programs on expectations about productivity. The elderly in Darülaceze stated that of all the self-care and free-time activities, they had the biggest problems with bathing activities, while some activities that had not been introduced in Darülaceze constituted expectations for the individuals. These findings have led to the conclusion that assessments at nursing homes are individual-centered and that individuals involved in self-care, leisure time, and productivity need individual intervention in the areas they specify.

In another study, daily life activities of older adults who received home care showed significantly less deterioration than those of the older adults in nursing home care after one year. Daily life activities of older adults could differ according to the type of long term care they receive and home care could result in better maintenance of daily life activities than nursing home care (Lee et al. 2005). Our study did not research home and nursing

home care, but elderly patients who have lived less than one year in Darülaceze were excluded from the study because, in our opinion, new participation in a nursing home environment could affect the results.

In a study by Sung, major factors associated with death among nursing home residents were identified as dyspnea problematic behaviors and activities of daily living (Sung et al., 2014).

In our study, we evaluated correlations of the factors affecting activity performance and satisfaction. After this correlation study we planned another study that would determine the factors that are important for a long life of the elderly.

In a study conducted by Altuntaş et al in 2013, performance, cognitive and depression scales were applied to determine the activity performance levels of the elderly residing at the nursing home and it was seen that these people had the most problems during the bathing activity. However, this study did not include two important parameters such as falling and pain (Altuntaş et al., 2013).

Another study conducted in Japan investigated how daily life activities, depression, and the quality of life parameters affected hearing loss in the elderly and found that all parameters were negatively affected by hearing loss (Ishine et al., 2007).

In the study by Demirtürk et al. in 2016, activity performance and satisfaction scores of stroke-affected geriatric individuals were questioned twice with Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the first evaluation was applied when the patient was stable and the second evaluation six months after discharge. It was observed that there was an increase in the activity performance and satisfaction scores and the first five activities, which were important for the patients, changed with both evaluations. It could be noticed that only the relationship between COPM values and time was questioned and that other factors were not evaluated (Demirtürk et al., 2016).

Torpil et al. (2016) evaluated the balance and gait functions, functional independence and depression of the elderly living in the nursing home. According to the results of the study, as Tinetti Balance and Walking Test scores increase, functional independence increases, while the level of depression decreases. However, this study did not use COPM, which allows people to identify the role of performance problems that they experience and identify. COPM provides individual-centered evaluation and intervention (Torpil et al., 2016).

CONCLUSION

This research has shown that increased levels of depression in the elderly living in Darülaceze is related to decreased satisfaction with activity. The depression level is the most important parameter that is significantly related to satisfaction levels in the activities that individuals identify and score. This result indicated that it was necessary for us to plan individual-centered occupational therapy interventions for people to do their own activities and to provide satisfaction. Significant correlations were also found in ADL independence, cognitive level, balance and gait scores results in elderly individuals. The independence of people in their ADL has changed positively as cognitive levels, balance and walking scores have increased. While individual-centered interventions are planned, it should be

emphasised that the cognitive level and the mobility level are factors that affect independence in daily life activities.

In the study, the most important factors that affect the fear of movement were determined as the level of depression and the severity of pain. As the level of depression increases, the movement phobia of the people also increases. Also, the activities selected by the individual should be added to the intervention program to increase the psychosocial and physical participation of the person and a step should be taken to break the vicious circle.

Drawing from this study, future research should involve a larger number of samples and examine the participation of the elderly in self care, free time and especially productivity, and individual centered interventions.

This study is a pilot study that was conducted at the Darülaceze Nursing Home. Conclusions were only made based on the cases in accordance with the inclusion criteria and discussed and interpreted through this sample in Darülaceze.

The small number of samples was the most obvious limitation of our study. Due to the high number of tests and the duration of the application, some elderly individuals could not continue to participate. In the study, it was ensured that some environmental conditions were eliminated, especially by considering a single nursing home population.

REFERENCES

- Altuğ F., Yagci N., Kitiş A., Büker N., Cavlaki (2009). Examining the factors affecting the quality of life in the elderly living at home. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*: 48-60.
- Altuntaş O, Uyanık M, Kayıhan H (2013). Investigation of the Activities and Participation of Nursing Home Residents: A Pilot Study. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 21–30.
- Arjunan A, Peel NM, Hubbard RE (2018). Feasibility and validity of frailty measurement in geriatric rehabilitation. *Australas J Ageing*.10. doi: 10.1111/ajag.12502.
- Begen T, Yavuzer H (2012). Aging and Aging Epidemiology. *Clinical Development*, 25,1-3.
- Bumin G, Uyanık M, Akı E, Kayıhan H (2002). An investigation of risk factors for falls in elderly people in a Turkish rest home: a pilot study. *Aging Clin Exp Res*, 14(3), 192-196.
- Clark GS, Siebens HC (2005). *Geriatric Rehabilitation*. In: De Lisa J, editor. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins; 1531-60.
- Colquhoun HL, Letts LJ, Law MC, MacDermid JC, Missiuna CA (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on practice. *Can J Occup Ther*. Apr;79(2):120-8.
- Çifçili S, Yazgan C, Ünalın P (2006). Results of Depression Secreening in a Nursing Home. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3): 122-125.
- Demirtürk F, Günala, Pekçetin S, Uyanık M (2016). Comparison of Performance and Performance Preferences of Acute and Chronic Stroke in Stroke Individuals. *HU Journal of Health Sciences Faculty Volume: 3, Annex: 1*
- Deutsch A, Fiedler RC, Iwanenko W, Granger CV, Russel CF (2003). The uniform data system for medical rehabilitation report: patients discharged from subacute rehabilitation programs in 1999. *Am J Phys Med Rehabil*, 82: 703-711.
- Felicio DC, Pereira DS, Queiroz BZ, Silva JP, Leopoldino AA, Pereira LS (2016). Kinesiophobia is not associated with disability in elderly women with acute low back pain: Back Complaints in the Elders (BACE) Brazil study results. *The Spine Journal*, 16, 619–625.
- Gregg CD, McIntosh G, Hall H, Watson H, Williams D, Hoffman CW (2015). The relationship between the Tampa Scale of Kinesiophobia and low back pain rehabilitation outcomes. *The Spine Journal*, 15, 2466–2471.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F (2002). Validity and Reliability of Standardized Mini Mental Test in the Turkish Society of Light Dementia. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 13(4):273-281.

- Hong X, Chen X, Chu J, Shen S (2017). Multiple diabetic complications, as well as impaired physical and mental function, are associated with declining balance function in older persons with diabetes mellitus. *Clin Interv Aging*. 26;12:189-195.
- Ishine M, Okumiya K, Matsubayashi K (2007). A close association between hearing impairment and activities of daily living, depression, and quality of life in community-dwelling older people in Japan. *J Am Geriatr Soc*. Feb;55(2):316-7.
- Küçükdeveci A (2005). Quality of Life in Rehabilitation. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*.; 51, 23-29.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy *Canadian Journal of Occupational Therapy*, April 57: 82-87.
- Lee TW, Cho E, Yim ES, Lee HS, Ko YK, Kim BN, Kim S (2015). Activities of daily living in nursing home and home care settings: A retrospective 1-year cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 16(2):114-119.
- McCarthy-Zelaya (2016). Depression in older adults in nursing homes: A review of the literature. Bachelor University Honors Theses, Portland State University.
- Melzack R (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1:277-299.
- Miller RP, Cori S, Todd D (1991). The Tampa Scale: A measure of kinesiophobia. *Clin J Pain*. 7:51-52.
- Molloy D, Alemayehu E, Roberts R (1991). Reliability of a Standardized Mini-Mental State Examination compared with the Traditional Mini-Mental State Examination. *American Journal of Psychiatry*. 148(1):102-105.
- Sağduyu A (1997). Depression scale for the elderly: Hamilton depression scale comparative reliability and validity study. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1);3-8.
- Sung K (2014). Predictive Factors associated with Death of Elderly in Nursing Homes. *Asian Nursing Research*, 8, 143-149.
- Şahin EM, Özer C, Ölüç F, Tunç Z (2005) Dementia and Depression in the Elderly in Nursing Homes. *Turkish Geriatrics*, 8, 22-4.
- Şahin-Onat Ş, Ünsal-Delialioğlu S, Özel S (2014). The Relationship of Balance between Functional Status and Quality of Life in the Geriatric Populatio. *Turk Fiz Tıp Rehab Derg*, 60. 147-154.
- Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A (2013). Examination of the quality of life of elderly individuals with pain. *AĞRI* ;25(3):93-100 doi: 10.5505/agri.2013.20082.
- Tinetti ME (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc*. 34:119-126.
- Torpil B, Awake M, Altuntaş O (2016). To examine the relationship between balance and gait functions, depression and functional independence in geriatric individuals living in nursing homes. *Journal of ergotherapy and rehabilitation*, 4 (2), 73-80.
- Tümerdem Y (2006). The Real Age. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3), 195- 196.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., (1982): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res*. 1982-1983; 17(1):37-49.
- Yılmaz ÖT, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N (2011). Turkish version of Tampa Scale of Kinesiophobia and test-retest reliability. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* ;22(1):44-49.
- Yücel H (2008). Comparison of the Effectiveness of Multipurpose Activity Training in the Elderly at Home and at Nursing Home. Physical Therapy and Rehabilitation Program, doctoral thesis, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Ankara.
- Yücel H, Kayıhan H (2008). Effectiveness of Multipurpose Activity Training in Home ve Nursing Home on Geriatric Depression. *Fizyoter Rehabil*, 19 (2): 74-78.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV DELOVNE TERAPIJE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH

RESIDENT SATISFACTION WITH OCCUPATIONAL THERAPY IN CARE HOMES

Anja Kopušar¹, dipl. del. ter., asis. Katarina Galof², univ.dipl.org., dipl.del.ter.

¹DEOS Center starejših Gornji Grad

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Zadovoljstvo uporabnikov delovne terapije v domu starejših je eden izmed ključnih dejavnikov, ki lahko pozitivno ali negativno vpliva na kakovost njihovega življenja. Sodelujoči v raziskavi (N = 60) so bili uporabniki storitev delovne terapije Doma upokojencev Domžale in DEOS Center starejših Gornji Grad. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno je zadovoljstvo starejših z delovnoterapevtsko obravnavo, z naborom ponujenih aktivnosti ter z možnostmi uresničitev lastnih interesov. **Metode dela:** Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom. **Rezultati:** Starejši so z delom delovne terapevtke zadovoljni (M = 4,6). Zadovoljstvo s skupinsko obravnavo je nekoliko večje (M = 4,42) kot z individualno (M = 4,18). Ženske so z aktivnostmi v domu na splošno bolj zadovoljne (M = 4,34) kot moški (M = 4,28). Z dogodki in praznovanji so starejši v domu zadovoljni (M = 4,38). Z možnostjo zadovoljevanja svojih sposobnosti in interesov so starejši v domu povprečno več kot zadovoljni (M = 4,17). **Razprava:** Rezultati raziskave kažejo, da so starostniki s storitvami delovnoterapevtske obravnave in ponujenim naborom aktivnosti zadovoljni, ker imajo možnosti, da uresničujejo in zadovoljujejo lastne interese. Ugotavljamo tudi, da so starostniki bolj zadovoljni, če se vključujejo v skupinsko kot pa individualno obravnavo. **Sklep:** V bodoče bi bilo potrebno zadovoljstvu starostnikov v domu starejših občanov nameniti še več pozornosti, ker vsaka generacija prihaja z novimi izkušnjami in željami glede izbire aktivnosti.

Ključne besede: aktivnost, starostnik, delovna terapija, dom starejših občanov

ABSTRACT

Introduction: Satisfaction with occupational therapy in a nursing home is one of the main aspects that can have a positive or negative effect on the residents' quality of life. Research participants (N = 60) were the users of services and occupational therapy programmes in nursing homes in Domžale and Gornji Grad. The study aimed to determine the elderly's level of satisfaction with therapeutic treatment, the range of activities provided and the possibility of pursuing and satisfying their interests. **Methods:** The data were collected by using a questionnaire. **Results:** The elderly were satisfied with their occupational therapists' performance (M = 4.6). Satisfaction with group therapy is moderately higher (M = 4.42) than with individual therapy (M = 4.18). Women (M=4.34) are generally more satisfied with the activities offered in the care home than men (M=4.28). Gender-related differences are noticeable in the memory training group, bingo and excursions. The residents are satisfied with the organised events and celebration events (M=4.38). They are more than satisfied (M=4.17) with the possibility to engage in the activities tailored to their capabilities and to satisfy their interests. **Discussion:** The results of the research show that the elderly are satisfied with occupational therapy treatment and the offered range of activities, allowing them to pursue their own interests. It was also established that the elderly are more satisfied with group rather than individual therapy. **Conclusion:** In the

choice of activities, the occupational therapists should be more attentive to the residents' satisfaction and provide stimulating activities in accordance with the experiences and interests of every new generation.

Key words: activity, elderly, occupational therapy, care home

IZHODIŠČA

Preselitev v institucijo, v dom za starejše pomeni za starostnika velik stres. Starostniki se za selitev v dom največkrat odločijo zato, ker ne zmorejo več sami skrbeti zase, zadovoljevati svojih potreb in so posledično postali odvisni od pomoči drugih oseb. Strokovni delavci, ki imajo znanje in poznajo spremembe, ki jih prinese starost, so jim ob tem v oporo. Z izvajanjem strokovne obravnave skušajo zadovoljiti njihove potrebe (Bukovec, 2015).

Dom za starejše občane je oblika kolektivnega bivanja, ki ga določajo predpisane norme in pravila. Njegova naloga je optimalna zadovoljitev socialnih in zdravstvenih potreb starostnikov in vključevanje vseh njihovih zmožnosti v različne oblike domskega življenja. Domovi za starostnike so dolžni zagotoviti stanovalcem tudi zdravljenje, zdravstveno nego in rehabilitacijo (Bračič in sod., 2012). Dom starejših občanov sodi v institucionalno varstvo in je oblika obravnave z zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki, ki opravičencem nadomešča ali dopolnjuje vlogo doma in lastne družine. Obsega osnovno oskrbo (bivanje in organizirano prehrano), socialno oskrbo (varstvo in posebne oblike varstva) in zdravstveno nego. Pomembno vlogo imata tudi fizioterapevt in delovni terapevt, ki z različnimi dejavnostmi pripomoreta k rehabilitaciji (Fink in sod., 2012). Na potek rehabilitacije vpliva tudi delovna terapija, ki je zdravstvena stroka, katere cilj je lajšanje različnih bolezenskih stanj z uporabo namenskih aktivnosti, v okviru individualnih želja, potreb in zmožnosti posameznika. Delovni terapevt želi starostniku omogočiti, da v domu živi čim bolj kakovostno in produktivno. V okviru programa delovne terapije se izvajajo individualne in skupinske oblike dela, kot so aktivnosti, namenjene učenju, ohranjanju in obnavljanju posameznih spretnosti, aktivnosti za večanje in ohranjanje fizičnih spretnosti, aktivnosti, ki so namenjene produktivnosti, in aktivnosti, ki se izvajajo v okviru prostega časa (krožki, obiski šol, vrtcev, družabni program idr.) (Galof, 2017). Zadovoljstvo z delovno terapijo v domu starejših občanov je za starostnika zelo pomembno, saj odločilno vpliva na počutje starostnika in prek psihosomatske povezanosti tudi na krepitev ali slabitev celovitega telesnega, duševnega in socialnega zdravja (Ramovš in Lipar, 2013).

Pojem biti zadovoljen Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ, 2017) opredeljuje kot pojem zadovoljne osebe, ki se duševno ugodno počuti zaradi doživljanja svojega stanja kot dovolj skladnega z lastnimi potrebami, željami oziroma je zadovoljen tisti, ki ima pozitiven odobravajoč odnos do koga, česa. Zadovoljstvo uporabnikov je pomemben cilj zdravstvene oskrbe in se odraža v končnem izidu, ki ga lahko opredelimo kot spremenjeno zdravstveno stanje ter je v veliki meri pogojeno z učinkovitostjo in uspešnostjo izvajanja postopkov in posegov. Zadovoljstvo je izraženo kot uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo. Če so uporabnikova pričakovanja večja, kot je njegova izkušnja, bo manj zadovoljen s svojo oskrbo, zato je ustrezno oblikovanje uporabnikovih pričakovanj pogosto prav tako pomembna strategija za večje zadovoljstvo. Zadovoljni uporabniki so boljše poučeni o svojem zdravljenju, hkrati pa tudi boljše sodelujejo pri zdravljenju, kar pa ima za posledico tudi boljše duševno in telesno zdravje (Leskovar, 2017).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako so uporabniki v dveh domovih starejših zadovoljni z naborom ponujenih aktivnosti delovnega terapevta in z možnostjo zadovoljevanja svojih

interesov. Preverjali smo tudi razliko v zadovoljstvu med individualno in skupinsko obliko obravnave.

METODE

Raziskavo smo izvedli v Domu upokoencev Domžale, v katerem biva 171 starejših in ima zaposleni dve delovni terapevtki, ter v DEOS Gornji Grad, v katerem biva 154 starejših in ima zaposleno eno delovno terapevko. V izbrani vzorec smo vključili 60 starostnikov, ki smo jih izbrali na podlagi tega, koliko se jih v posameznem domu aktivno vključuje v aktivnosti delovne terapije. Od tega je bilo 23 moških in 37 žensk. Pri zbiranju podatkov z anketnim vprašalnikom smo za nabor starostnikov, ki so bili pripravljeni sodelovati v raziskavi, za pomoč prosili delovni terapevtki, zaposleni v domu. Starostnike smo pridobili glede na vključenost v aktivnosti delovne terapije, v vsakem domu starejših je sodelovalo 30 starostnikov. Anketni vprašalnik je nastal na podlagi študije literature in je sestavljen iz 18 vprašanj. Vprašanja 1–15 so preverjala zadovoljstvo s petstopenjsko Likertovo lestvico (1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen). Zadnja tri vprašanja (15–18) so vključevala demografske podatke. Izpolnjevanje anketnih vprašalnikov smo po vnaprejšnjem dogovoru z delovno terapevko z udeleženci izvajali sami, ker smo se želeli izogniti neveljavno izpolnjenim anketnim vprašalnikom zaradi morebitnih nejasnosti pri izpolnjevanju. Starejši so se za sodelovanje odločili prostovoljno. Prav tako je bila zagotovljena anonimnost starejših pri obdelavi podatkov. Za obdelavo podatkov smo uporabili računalniški program IBM SPSS v. 22 for Windows za osebne računalnike (SPSS Inc., Chicago, ZDA). Statistične metode, s katerimi smo preverjali hipoteze, so bili t-test na enem vzorcu, parni t-test in neodvisni t-test. Kot stopnjo tveganja oziroma značilnosti smo izbrali $p < 0,05$, kar pomeni 5 % možnosti, da razlike niso posledica domnevnega vzroka.

Za preverjanje namena raziskave smo si postavili naslednje hipoteze:

H1: Starejši zadovoljstvo z delom delovnega terapevta ocenjujejo kot zelo zadovoljen.

H2: Skupinska oblika delovnoterapevtske obravnave starejše bolj zadovoljuje kot individualna.

H3: Ženske so v primerjavi z moškimi bolj zadovoljne z naborom aktivnosti, ki jih izvajajo v domu.

H4: Starejši so srednje zadovoljni s pestrostjo ponudbe dogodkov in praznovanj v domu.

H5: Starejši so zadovoljni z možnostjo, da lahko v domu uresničujejo svoje sposobnosti in interese.

REZULTATI

V anketi je sodelovalo 60 uporabnikov, ki so se vključevali v delovnoterapevtske storitve v domu.

Tabela 1: Sodelujoči v raziskavi glede na spol, število in delež.

Populacija	Število uporabnikov	%
Moški	23	38,3
Ženske	37	61,7
Skupaj	60	100

Največ uporabnikov (7) je imelo 80 let. Najmlajši uporabnik je imel 60 let, najstarejši 95 let (Tabela 2). Osnovno šolo je dokončalo 28 uporabnikov, kar je predstavljalo 46,7-odstotni delež. Najnižji (18,3 %) je bil delež tistih, ki so končali višjo ali visoko šolo (Tabela 3).

Tabela 2: Starost uporabnikov – frekvenca in delež.

Starost	69	70	72	74	75	76	78	79	80	81	82
Število uporabnikov	1	1	1	1	2	2	5	3	7	2	3
%	1,7	1,7	1,7	1,7	3,3	3,3	8,3	5,0	11,7	3,3	5,0
Starost	83	84	85	86	87	88	90	91	92	93	95
Število uporabnikov	4	4	5	2	3	1	2	1	1	1	1
%	6,7	6,7	8,3	3,3	5,0	1,7	3,3	1,7	1,7	1,7	1,7
Skupaj	60										

Tabela 3: Izobrazba uporabnikov, izraženo s frekvenco in deležem.

Stopnja izobrazbe	Število uporabnikov	%
Osnovna šola	28	46,7
Srednja/poklicna šola	21	35,0
Višja/visoka šola	11	18,3
Skupaj	60	100

Tabela 4: Zadovoljstvo z delom delovnega terapevta, izraženo s frekvenco in deležem.

Stopnja zadovoljstva	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Srednje zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Število uporabnikov	0	0	1	22	37
%	0	0	1,7	36,7	61,7

Tabela 5: Izračun t-testa.

Spremenljivka	M	Testna vrednost = 5 (zelo zadovoljen)	
		t	p
Zadovoljstvo z delom delovnega terapevta	4,6	-5,877	0,000

Starejši so zadovoljstvo z delom delovnega terapevta v povprečju ocenili nižje ($M = 4,6$), kot je bilo predvideno v hipotezi 1 ($M = 5$). Izračun t-testa ($t = 4,6$; $p < 0,05$) je pokazal, da hipoteze ne moremo potrditi.

Tabela 6: Zadovoljstvo z individualno in skupinsko obravnavo, izraženo s frekvenco in deležem.

Stopnja zadovoljstva	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Srednje zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Zadovoljstvo z individualno obravnavo	1	0	7	32	20
%	1,7	0	11,7	53,3	33,3
Zadovoljstvo s skupinsko obravnavo	0	0	5	25	30
%	0	0	8,3	41,7	50,0

Tabela 7: Razlika med individualno in skupinsko obravnavo.

Način obravnave	Aritmetična sredina	t	p (statistična značilnost)
Individualna obravnava	4,18	-2,231	0,030
Skupinska obravnava	4,42		

Stopnjo značilnosti smo preverili s parnim t-testom, ki znaša $p = 0,030$ (Tabela 7), kar pomeni, da hipotezo 2, ki pravi $p < 0,05$, potrdimo.

Tabela 8: Zadovoljstvo uporabnikov s posameznimi aktivnostmi, izraženo s frekvenco in deležem.

Aktivnost	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Srednje zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Skupinska telovadba	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (6,7 %)	20 (33,3 %)	36 (60 %)
Ustvarjalna delavnica	1 (1,7 %)	3 (5 %)	9 (15 %)	21 (35 %)	26 (43,3 %)
Skupina za urjenje spomina	1 (1,7 %)	0 (0 %)	8 (13,3 %)	25 (41,7 %)	26 (43,3 %)
Zeliščarstvo	2 (3,3 %)	5 (8,3 %)	24 (40 %)	16 (26,7 %)	13 (21,7 %)
Praznovanje rojstnih dni	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (10 %)	11 (18,3 %)	43 (71,7 %)
Tombola	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (5 %)	11 (18,3 %)	46 (76,7 %)
Kulturno-družabne prireditve	0 (0 %)	0 (0 %)	8 (13,3 %)	11 (18,3 %)	41 (68,3 %)

Izleti	0 (0 %)	3 (5 %)	17 (28,3 %)	17 (28,3 %)	23 (38,3 %)
Sodelovanje z okoliškimi šolami in vrtci	0 (0 %)	0 (0 %)	7 (11,7 %)	16 (26,7 %)	37 (61,7 %)

Opomba: Najvišja frekvenca zadovoljstva starostnikov je označena s krepko pisavo.

Tabela 9: Povprečne vrednosti aktivnosti med moškimi in ženskami.

Aktivnosti	Moški (Mm)	Ženske (Mž)	Aritmetična sredina (M)	Asymp. Sig. (2- tailed)
Skupinska telovadba	4,48	4,57	4,53	0,594
Ustvarjalna delavnica	3,87	4,30	4,13	0,095
Skupina za urjenje spomina	4,35	4,22	4,27	0,478
Zeliščarstvo	3,39	3,65	3,55	0,397
Praznovanje rojstnih dni	4,61	4,62	4,62	0,942
Tombola	4,78	4,68	4,72	0,433
Kulturno-družabne prireditve	4,48	4,59	4,55	0,549
Izleti	4,09	3,95	4,00	0,576
Sodelovanje z okoliškimi šolami in vrtci	4,48	4,51	4,50	0,852

Stopnja značilnosti glede zadovoljstva z naborom aktivnosti med spoloma je bila preverjena z neodvisnim t-testom in se razteza od $p = 0,095$ do $p = 0,942$. Statistično značilna razlika med moškimi in ženskami pri naboru aktivnosti se je izkazala samo pri aktivnosti ustvarjalne delavnice, kjer je $p = 0,095$ ($p < 0,05$), zato hipoteze 3 ne moremo potrditi.

Tabela 10: Zadovoljstvo s pestro ponudbo dogodkov in praznovanj.

Stopnja zadovoljstva	Število uporabnikov	Delež
Zelo nezadovoljen	0	0 %
Nezadovoljen	0	0 %
Srednje zadovoljen	7	11,7 %
Zadovoljen	23	38,3 %
Zelo zadovoljen	30	50 %

Tabela 11: T-test na enem vzorcu.

Spremenljivka	M	Testna vrednost = 3 (srednje zadovoljen)	
		t	p
Zadovoljstvo s pestrostjo ponudbe dogodkov in praznovanj	4,38	15,504	0,000

Na podlagi izračuna t-testa (Tabela 11), ki je pokazal, da so starejši zadovoljstvo pestrosti ponudbe dogodkov in praznovanj ocenili več ($t = 4,38$; $p = 0,00$), kot je bilo predvideno v hipotezi, hipoteze 4 ne moremo potrditi.

Tabela 12: Zadovoljstvo uporabnikov z možnostjo, da uresničujejo svoje sposobnosti in interese.

Stopnja zadovoljstva	Število uporabnikov	Delež
Zelo nezadovoljen	1	1,7 %
Nezadovoljen	2	3,3 %
Srednje zadovoljen	8	13,3 %
Zadovoljen	24	40 %
Zelo zadovoljen	25	41,7 %

Tabela 13: Izračun t-testa.

Spremenljivka	M	Testna vrednost = 4 (zadovoljen)	
		t	p
Zadovoljstvo z uresničevanjem sposobnosti in interesov	4,17	1,426	0,159

Starejši so zadovoljstvo, da lahko uresničujejo sposobnosti in interese, ocenili ($t = 4,17$; $p = 0,159$) več, kot je bilo predvideno ($p > 0,05$), zato hipoteze 5 ne moremo potrditi.

RAZPRAVA

Starejši, ki so sodelovali v raziskavi, so bili povprečno stari 79,8 leta. Glede na stopnjo izobrazbe jih lahko razdelimo na polovico, ki je končala osnovno šolo, in drugo polovico, ki je imela srednjo/poklicno, višjo ali visoko izobrazbo. Ugotovili smo, da so starostniki glede upoštevanja mnenja glede izbire aktivnosti več kot zadovoljni ($M = 4,23$). Vöröš-eva (2014) je ugotovila, da delovni terapevt skoraj vedno upošteva uporabnikova mnenja in želje in jim daje možnost glede izbire tistih aktivnosti, ki jih veselijo. Imajo tudi dovolj časa za sodelovanje v aktivnostih delovne terapije. Marguč (2016) ugotavlja, da se starostniki v domu upokojencev udeležujejo različnih aktivnosti, kot so kulturne prireditve, organizacijsko-informativni sestanki oddelka, skupina za samopomoč. Udeležujejo se tudi piknikov, ki jih v domu organizirajo nekajkrat letno, občasno zanje organizirajo tudi izlete. Vključujejo se v pevski zbor, prostovoljno delo in druge aktivnosti, kot so plesne skupine, literarne skupine, telovadba, kuharske in zeliščarske skupine, molitvena skupina in obiskujejo sveto mašo. Med pomembnejšimi vsakodnevnimi obveznostmi je tudi fizioterapevtska obravnava. Ugotavlja tudi, da različne aktivnosti starostniku predstavljajo pomembno vlogo življenja v domu upokojencev, kar lahko trdimo tudi glede na dobljene rezultate naše raziskave, saj so uporabniki aktivni pri vključevanju v vse ponujene aktivnosti v obeh domovih. Z raziskavo smo ugotovili, da so ženske bolj zadovoljne s skupinsko telovadbo ($Mž = 4,57$), z ustvarjalno delavnico ($Mž = 4,30$), zeliščarstvom ($Mž = 3,65$), praznovanjem rojstnih dni ($Mž = 4,62$), kulturno-družabnimi prireditvami ($Mž = 4,59$) in s sodelovanjem z okoliškimi šolami in vrteci ($Mž = 4,51$) kot pa moški. Ugotavljamo tudi, da so moški za razliko od žensk bolj zadovoljni z aktivnostmi skupine za urjenje spomina ($Mm = 4,35$), tombolo ($Mm = 4,78$) in izleti ($Mm = 4,09$). Urbas (2014) je v raziskavi ugotovila, da ima vrtničarstvo velik pomen za starejše ljudi, saj ima več različnih funkcij, kot so socialna, ekonomska, psihološka, ekološka, zdravstvena, izobraževalna/vzgojna in rekreacijska funkcija. Starejšemu vrtničarstvu omogoča neposreden stik z naravo, zmanjševanje stresa, občutek veselja, koristnosti, izpolnitve,

sreče in zadovoljstva ter pomeni možnost za druženje, širjenje socialne mreže starih ljudi, navezovanje novih stikov. Zanimivo je, da je aktivnost zeliščarstvo v naši raziskavi na lestvici zadovoljstva z naborom ponujenih aktivnosti nekje v sredini (3,55). Med možnimi razlogi je ta, da so bili v našem vzorcu starejši, katerim že pred prihodom v dom zeliščarstvo ni predstavljalo pomembnejše aktivnosti v življenju. Drugi razlog, ki ga dopuščamo, je, da bi morali delovni terapevti, ki izvajajo aktivnosti zeliščarstva, razmisliti, ali je trenutni način primeren za sodelujoče uporabnike, ter med sodelujočimi preveriti, kaj je tisto, kar niža njihovo zadovoljstvo pri izvedbi konkretne aktivnosti. Prav tako bi morali delovni terapevti razmisliti, ali so ob vključevanju posameznih uporabnikov v aktivnosti zeliščarstva upoštevali na uporabnika usmerjen pristop.

Pomembnost aktivnosti ustvarjalne delavnice za anketirane starostnike potrjujejo dobljeni rezultati, ki kažejo ne samo zadovoljstvo z aktivnostjo ustvarjalne delavnice ($M = 4,13$), temveč tudi statistično pomembno razliko glede zadovoljstva z ustvarjalnimi delavnicami med moškimi ($M = 3,87$) in ženskami ($M = 4,30$). Rezultati študije, ki sta jo opravila Müllersdorf in Ivarsson (2016), so pokazali uporabnost kreativnih delavnic v delovnoterapevtski obravnavi, njihov vpliv na uspešnost, dobro počutje in samospoštovanje uporabnika. Potrdili so tudi, da aktivnosti vplivajo na uporabnikovo samoizražanje, doživljanje veselja in željo po ustvarjalnosti. Deutsch (2015) je ugotovila, da je za zasebnost stanovalcev v domu upokojencev poskrbljeno, saj lahko stanovalci pogosto najdejo prostor v domu, kjer so lahko sami, če to želijo. Vsak stanovalec ima tako možnost, da gre sam v svojo sobo ali pa ga tja odpelje kdo od zdravstvenih delavcev. Stanovalci imajo možnost, da nemoteno opravljajo telefonske klice in da se umaknejo na samo, kadar dobijo obiske. Menijo, da so zaposleni prijazni in spoštljivi do njih, si vzamejo čas za pogovor in jih poslušajo, če imajo kaj povedati. Stanovalci menijo, da se njihove pravice zasebnosti in dostojanstva ne kršijo. Tudi mi smo v raziskavi ugotavljali, koliko so starostniki zadovoljni s spoštovanjem zasebnosti med obravnavo, in prišli do rezultatov, da so več kot zadovoljni ($M = 4,28$). Novak (2011) je v raziskavi o zadovoljstvu uporabnikov z delovno terapijo ugotovila, da so uporabniki zelo zadovoljni s storitvami delovne terapije, ker so bili s strani delovne terapevtke upoštevani uporabnikove želje in mnenja. Poleg tega so zadovoljni tudi zato, ker ima delovna terapevtka spoštljiv odnos do uporabnikov, ker lahko sami izbirajo vrsto aktivnosti in ker ima za njeno izvedbo dovolj časa, ker se aktivnosti izvajajo v zračnem, prostornem, lepo opremljenem in umirjenem prostoru. Zadovoljstvo so izrazili tudi glede izvedbe aktivnosti v dopoldanskem času. Tudi mi smo v raziskavi ugotovili, da so uporabniki zadovoljstvo ocenili (4,6) malenkost slabše od testne vrednosti (5) in naših predvidevanj. Vöröš (2014) je glede vključitve v individualno ali skupinsko obravnavo ugotovila, da so uporabniki bolj zadovoljni s skupinsko obravnavo, ker si želijo družbe in ker so radi prisotni pri obravnavi drugih. Raziskava, ki smo jo izvajali med uporabniki, prav tako kaže večje zadovoljstvo pri skupinski (4,42) kot pa individualni (4,18) obravnavi. Menimo, da je temu razlog zato, da so uporabniki veliko rajši med sovrstniki v skupnem prostoru, kar jim omogoča, da se lahko prek različnih aktivnosti med seboj povežejo, se družijo in aktivno preživljajo svoj prosti čas. Macuh (2017) je v raziskavi o življenjskem slogu starejših v domovih za starejše raziskoval povezavo med spolom, starostjo, zakonskim stanom glede na čas, odkar so postali stanovalci doma. Zanimalo ga je, kdo finančno pokriva bivanje v domu za starejše in v katere ponujene aktivnosti v domu, kot so branje časopisa, revij, ročna dela, gledanje televizije in družabne igre, se starejši vključujejo. Ugotovil je, da se ženske udeležujejo drugačnih dejavnosti kot moški in da se starostniki različnih starosti udeležujejo v različnih aktivnostih. Nabor aktivnosti v domu pogosto obiskujejo tudi poročeni in tisti, ki že dlje časa bivajo v domu starejših. Uporabniki, ki si sami plačujejo dom, se vključujejo v več aktivnosti. Na podlagi raziskanega sklepamo,

da imajo uporabniki v domu kakovosten življenjski slog. V raziskavi smo ugotavljali razliko zadovoljstva aktivnosti med moškimi in ženskami ter ugotovili, da so ženske (4,59) v povprečju bolj zadovoljne z aktivnostmi kulturno-družabnih prireditev kot moški (4,48). Prav tako smo ugotovili, da se ne glede na starost tako moški kot ženske udeležujejo aktivnosti, kar pa je seveda odvisno od zdravja vsakega starostnika. Andoljšek Mravljak (2017) je ugotovila, da ima motivacija, ki jo nudijo glasba, film, branje, slikanje in druge kulturne aktivnosti, prav tako pomembno vlogo pri posameznikovem dobrem počutju. To se zelo pozna v domovih za starejše, kjer se mnogo starejših udeležuje vsaj ene aktivnosti vsak dan. Podobno smo ugotavljali tudi v naši raziskavi, kjer nas je zanimalo, ali so zadovoljni z dogodki in praznovanji v domu. S statistično analizo (4,38) smo ugotovili, da so uporabniki več kot zadovoljni z naborom dogodkov in praznovanj, ki jih imajo na razpolago.

Gričar in Grilj (2012) sta ugotavljali vpliv dnevnih aktivnosti na kakovost posameznikovega življenja. Uporabniki uspejo ohranjati visoko stopnjo okupacijske identitete, medtem ko okupacijske kompetence ne ohranjajo v tolikšni meri. Med okupacijsko identiteto štejemo cilje, interese, vloge, ki jih uporabniki uresničujejo v vsakodnevnih aktivnostih, v katerih uživajo, kar je pomembno za kakovostno preživljanje starosti. Osebnostni cilji in interesi so del motivacije posameznika. Ugotavljata tudi, da se interesi uporabnikov ne spreminjajo, nekateri v aktivnostih v domu starejših občanov uživajo bolj, saj jim lahko posvetijo več časa. Tudi nas je v raziskavi zanimalo, kakšno je zadovoljstvo uporabnikov s tem, da v domu uresničujejo svoje sposobnosti in interese. Zadovoljstvo so ocenili z višjo povprečno oceno (4,17), kot smo predvidevali, kar kaže na to, da jim je zelo pomembno, da lahko prek različnih dnevnih aktivnosti izražajo svoje sposobnosti in interese. Navedeno pozitivno vpliva na posameznikovo osebnost, zdravje, dobro počutje in kakovost življenja.

SKLEP

Delovna terapija je v domu starejših pomembna za kakovostno preživljanje življenja. Bistven je spoštljiv odnos med uporabnikom in delovnim terapevtom, saj delovni terapevt prek svojega dela, misli in idej spodbudi uporabnika, da se vključi v določeno aktivnost. Odločitev za vključitev uporabnika v delovnoterapevtsko obravnavo je odvisna od vsakega posameznika, pri čemer je ključnega pomena, da se ga vključuje tako v individualne kot skupinske oblike obravnave. Naloga delovnega terapevta ob vstopu uporabnika v delovnoterapevtski proces je, da ga usmerja in vodi, da skupaj najdeta način, ki je uporabniku prijazen in ki upošteva njegove želje, interese ter prioritete pri izboru med ponujenim naborom aktivnosti in skupin. Pestrost nabora ponujenih aktivnosti v domu daje domskemu življenju uporabnikov vsakodnevni smisel in vpliva na njihovo trenutno razpoloženje ter zdravstveno stanje. Ker smo si ljudje zelo različni, je izjemno pomembno tudi, da so ponujeni nabori aktivnosti čim bolj raznoliki, da zadostijo potrebam in željam čim širšega kroga uporabnikov in ne nazadnje, da so jih delovni terapevti pripravljeni vseskozi prilagajati trenutnim zmožnostim in zdravstvenemu stanju uporabnikov.

Zadovoljstvo uporabnikov delovne terapije v domu starejših je ključnega pomena za njihovo kakovostno preživljanje jeseni življenja, zato je treba pri naboru aktivnosti skupaj z uporabniki iskati le tiste, ki zadovoljujejo njihove osebne prioritete, potrebe, interese in želje ter delovati terapevtsko že pri vstopu uporabnika v delovno-terapevtski proces in kot tudi med samo obravnavo, ki mora biti usmerjena na uporabnika.

Ker se naša družba stara in se potrebe ter prioritete ljudi vseskozi spreminjajo, predlagamo, da delovni terapevti v bodoče tudi tovrstni problematiki namenijo več pozornosti in raziskovalnih projektov.

LITERATURA

- Andoljšek Mravljak V (2017). Oskrba starejših na Švedskem. *Kakov starost* 20 (3): 24-5.
- Bračič S, Pšunder M (2012). Zadovoljstvo stanovalcev v javnih in zasebnih domovih na podlagi modela zadovoljstva. *Socialna pedagogika* 16(1): 47-69.
- Bukovec M (2015). Ugotavljanje vpliva stanovalcev na kakovost storitev v domu starejših občanov. *Socialno delo* 54 (1): 21-30.
- Deutsch M (2015). Kakovost življenja starostnikov v domu starejših. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Fink A, Jurič Jelen J, Kolar J (2012). Zdravstvena nega starostnika: učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu Zdravstvena nega. Ljubljana: Grafenauer založba, 49-51.
- Galof K (2017). Življenje v domovih starejših občanov. Celostna obravnava pacienta. Mednarodna znanstvena konferenca, 10. november 2016. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, 182-90.
- Gričar N, Grilj H (2012). Kakovostna upokožitev in starost z ohranjanjem okupacijske identitete in kompetence. Delovna terapija – stroka sedanjosti: zbornik prispevkov z recenzijo, 105-14.
- Kodeks etike delovnih terapevtov (2017). Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. Dostopno tudi na: http://zdts.si/zdts/component/jdownloads/send/7-splosni-dokumenti/24-kodeks-etike-delovnih-terapevtov-slovenije?option=com_jdownloads. <10.8.2017>
- Leskovar K (2017). Kakovost izvajanja zdravstvenih storitev na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Macuh B (2017). Življenjski slog starejših v domovih za starejše. *Andragoška spoznanja* 23 (1): 53-71.
- Marguč N (2016). Prilagoditev starostnika na domsko varstvo skozi organizirane aktivnosti. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Müllersdorf M, Ivarsson BA (2016). What, Why, How – Creative activities in occupational therapy practise in Sweden. *Occup Ther Int* 23 (4): 369-78.
- Novak M (2011). Zadovoljstvo uporabnikov s storitvami delovne terapije v Domu upokožencev Vrhnika. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Ramovš J (2017). Zdravo staranje. *Kakov starost* 20(3): 42-3.
- Ramovš J, Lipar T (2013). Zadovoljstvo s svojim življenjem. *Kakov starost* 16(1): 48-9.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika (2017). Dostopno tudi na: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> <10.8.2017>
- Urbas E (2014). Pomen vrtičkarstva za stare ljudi. *Socialno delo* 54 (1): 63-6.
- Vöröš P (2014). Zadovoljstvo uporabnikov delovne terapije v treh pomurskih domovih za starejše. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

CORRELATION OF LEISURE AND BODY POSTURE IN OLDER ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN

Dijana Laštro^{1, 2}, MA Sport med and physic, Olivera Spasojević Pilipović^{1, 2}, MA Sport med and physic, Lidija Slunjski Tišma¹, OT

¹Institute for physical medicine and rehabilitation "Dr Miroslav Zotović" Banjaluka

² Faculty of Medicine, University of Banja Luka

ABSTRACT

Introduction: Patterns of life and behaviour are important predictors of normal growth and development of humans. The aim of the study presented in the poster is to explore correlation of leisure time activities and body posture in older elementary school children. **Participants:** The prospective study included 120 respondents, aged 10 to 16 of both genders, divided into three, evenly numbered groups: children participating in sports, children not participating in sports, and children diagnosed with scoliosis. **Methods:** For the purposes of the study, a test of body posture and an adjusted questionnaire on physical activity were used to determine the relation between body posture and physical activity. **Results:** None of the children had excellent body posture. A group of children not active in sports had the worst results: inadequate backpack carrying (15%) and not engaging in physical activities (59%). **Conclusion:** Poor habits in the performance of daily activities emphasise the role of school occupational therapists in the prevention of postural deformities and adoption of healthier life style.

Key words: habits, daily activities, prevention, occupational therapist

INTRODUCTIONS

Body posture is a habit of motor activities that represents physical and psychological status of a person. In a kinetic sense, it is an indicator of mechanical efficiency, equally as muscle balance and neuromuscular coordination (Van Balen et al., 2012). During the whole life, human body posture is subject to change (Van Balen et al., 2012; Windle et al., 1954). This is mostly visible during the period of growth and development of children. Rapid changes of the environment, sedentary life style, limitations in physical activity and inadequate eating habits are inseparable from the civilization progress (Seefeldt et al., 2002). In spite of the developing of the protective-adaptive mechanisms, human body is not able to adjust to dynamic changes of modern life style, which inevitably leads to bad body posture patterns. The aim of the study is to explore correlation of leisure and body posture in older elementary school children.

METHODS

The random sample of the defined population was selected in chronological order by block randomization method, which ensured the equal participation of the members of both sex. Prospective study included 120 subjects aged 10-16 years, both sex. The subjects are divided into three groups with 20 boys and 20 girls:

Group 1: actively engaged in swimming - members of Swimming club "Olimp" Banja Luka.

Group 2: do not practice sports, attending Primary School "Zmaj Jova Jovanovic" Banja Luka.

Group 3: at rehabilitation treatment at Institute for physical medicine and rehabilitation "Dr M. Zotović" Banjaluka with functional diagnosis Scoliosis vertebrae thoracolumbalis verified by PMR specialist.

The study did not include children with: neurological, muscular and bone disorders and deformities, post-traumatic condition, mental retardation.

Prior to the survey, institutions were requested to approve the conduct of research and use of instruments, to provide adequate space conditions for its implementation, to protect the privacy of children in order to provide more objective conditions for testing. Before the initial assessment, the parents signed a consent form for children volunteering in research.

Instruments of research

For research, we used the Test for Postural Status (TDT) 10 – Napoleon Volansky Method (Bjeković et al., 2011) and the questionnaire for the assessment of the dominant lifestyle that was constructed and adapted for the research needs. N. Volansky method includes observation position of head, shoulders, chest, scapula, front wall of the abdomen, curves of the spine, the shape of legs and the foot arches. All eight segments were evaluated for each respondent on a three-step scale, and a sum as an indicator of the body posture. Volanski recommended the differentiation of the sum on the five-point scale: 0 points - excellent body posture, 1-4 points - very good body posture, 5-8 points - good body posture, 9-12 points - poor body posture, 13-16 points - very bad body posture.

An interview questionnaire for assessing dominant life habits is composed of closed and open type questions. All studied habits we grouped in two categories: leisure habits and habits in relation with school activities.

For statistical data processing, MO Excel and SPSS for Windows programs were used. In this study, the χ^2 test (χ), the contingency coefficient (C)

RESULTS

1. Analysis of the sample:

The study included 120 subjects aged 10-16 (Mean 13.36, SD 1.747). Respondents are divided into three groups with the stratified same number of boys and girls

Figure 1. shows the descriptive analysis of the homogeny sample, following the division into 3 groups.

Figure 1. Descriptive analysis of the sample, division into groups

Legend: Group 1-children who are active in sports, Group 2-children who are not involved in sports, Group 3-children with verified diagnosis scoliosis vertebrae thoracolumbalis Each group consisted of 40 subjects

2. Analysis of body posture

The differentiation of the sum of the Body Posture Test and the connection among 3 categorical defined samples is shown in Table 1.

The obtained Pearson χ^2 test value is 17,596, it is lower than the limit value for the corresponding degree of freedom and the significance level of $p = 0.004$ which showed the significance of the connection among three categorically defined samples relative to the category of Body Posture Test. Out of the total number of respondents, only 5% had very good posture, 47.5% had good body posture, 45% had poor body posture and 2.5% had very poor posture. None of the children had excellent body posture.

3. Analysis of the usual activities of children

Following the usual activities of children during regular school activities based on self-assessment and assessment of the parents whose testimonies were verified by the survey, we came to the interesting data given in Table 2 regarding the differences in leisure and school activities.

Table 1. Relation between the groups of school children and Body Posture Test (TDT) (χ^2 test)

		TDT-CATEGORIES			
		VERY GOOD POSTURE	GOOD POSTURE	POOR POSTURE	VERY POOR POSTURE
GROUP 1	THE TOTAL NUMBER OF THE EXAMINEES IN THE GROUP IN RELATION TO CATEGORIES	4	25	11	0
	% IN RELATION TO THE TDT	10%	62,5%	27,5%	0,0%
GROUP 2	THE TOTAL NUMBER OF THE EXAMINEES IN THE GROUP IN RELATION TO CATEGORIES	2	18	20	0
	% IN RELATION TO THE TDT	5%	45%	50%	0%
GROUP 3	THE TOTAL NUMBER OF THE EXAMINEES IN THE GROUP IN RELATION TO CATEGORIES	0	14	23	3
	% IN RELATION TO THE TDT	0%	35%	57,5%	7,5%
TOTAL	THE TOTAL NUMBER OF THE EXAMINEES IN THE GROUP IN RELATION TO CATEGORIES	6	57	54	3
	% IN RELATION TO THE TDT	5%	47,5%	45%	2,5%

Legend: Group 1-children who are active in sports,
 Group 2-children who are not involved in sports,
 Group 3-children with verified diagnosis *scoliosis vertebrae thoracolumbalis*
 Each group consisted of 40 subjects

Table 2. Differences in leisure activities among three groups

	VARIABLE	N	χ^2	Df	C	P
1.	PLAYING	120	6,17	6	0,22	0,41
2.	FAVORITE GAME	120	11,30	4	0,29	0,02*
3.	LEISURE	120	4,05	4	0,18	0,40
4.	I'M ENGAGED IN SPORTS ACTIVITIES	120	101,33	2	0,68	0,00*
5.	OUT-OF-SCHOOL ACTIVITY	120	21,99	6	0,42	0,00*
6.	WATCHING TV DAILY	120	9,43	4	0,28	0,05*
7.	THE POSITION OF WATCHING TELEVISION	120	0,09	4	0,03	0,99

We notice the existence of differences among three groups on the seven tested components of leisure. Differences were noticed in leisure activities in variables: the favorite game, I am engaged in sports activities, extracurricular activities and watching TV daily. All data indicate that leisure activities are increasingly used by children who are actively engaged in sports. Obviously, the habits gained by engaging in sports help and encourage children to engage in other activities.

Table 3. Differences in school activities among three groups

	VARIABLE	N	χ^2	df	C	p
1.	ATTENDING PHYSICAL EDUCATION	120	10,44	4	0,28	0,03
2.	SCHOOL SECTIONS ARE ORGANIZED	120	8,71	2	0,26	0,01
3.	SECTION MEMBER	120	11,85	8	0,30	0,16
4.	TEACHERS DRAW ATTENTION TO PROPER SITTING	120	13,40	4	0,32	0,01
5.	THE SCHOOL BAG IS WORN ON	120	6,70	2	0,23	0,04
6.	THEY ARE WRITING A TASK FOR	120	4,88	2	0,20	0,09
7.	THEY WRITE THE TASK BY SITTING ON	120	0,71	2	0,08	0,70

The χ^2 test showed a significant value in attending physical education, attending extracurricular activities, teachers' precaution to proper sitting and habits of wearing a school bag.

In Group 2, 3% of children do not attend physical education, this can be explained by the lack of discipline and habits, as well as evaluating and giving importance to physical education as an important and equal subject.

In 85% of cases extracurricular activities are regularly most often organized in Group 2, the possible explanation is excess of free time, and at least in Group 3 in 55% of cases. Data in Table 3 point out that teachers are more likely to give precaution to proper sitting for 47% of children in Group 2, less than 18% of Group 1 and 15% of in Group 3, indicating the fact that children who play sports have healthier habits gained by sports. Children in group 3, confirm the assumptions that the school as an educational institution does not have

a uniform valuation and importance of the proper body posture of children during growth and development Differences in wearing a bag on one shoulder: 15% of children from Group 2 carry a bag on one shoulder, and only 2.5% of children from Group 1 and 3, carry a bag on one shoulder. This can be explained by the fact that the influence of trainers and medical experts play an important role in developing proper habits, which confirms statistical significance in Group 1 and Group 3.

DISCUSSION

Normal posture is under the significant influence of statics and the human functioning dynamics, whereas it is known that healthy lifestyle including the normal posture depends on numerous surrounding factors, physical activity and eating habits (Nicklas et al., 2001; Panasiuk et al., 2008; Wojtyła et al., 2011). In the present study, there were no children with an “excellent posture”.

Differences in school activities are noticeable. All data indicate that the least active are children who do not engage in sports, they have bad habits of wearing a bag on one shoulder and sit improperly. We can conclude that in children who do not engage in sports is more difficult to maintain discipline because they have not developed awareness of work habits, proper attitude towards work, and etc. Children who are actively engaged in sport better plan their free time.

CONCLUSION

Poor habits incorporated in daily activities point out the role of occupational therapist at schools in order to make greater influence in postural deformity prevention and better life habits adoption.

REFERENCES

- Bjeković G, Tanović I, Pelemiš M. Korektivna gimnastika sa kineziterapijom. II dopunsko izdanje. Fakultet za fizičko vaspitanje i sport Istočno Sarajevo; Bijeljina: Grafosemberija 2011;p. 58-60.
- Nicklas TA, Baranowski T, Cullen KW, Berenson G. Eating patterns, dietary quality and obesity. *J Am Coll Nutr* 2001;20(6):599–608.
- Panasiuk L, Wdowiak L, Paprzycki P, Lukas W. Occurrence of overweight and obesity among adult rural population in Eastern Poland. Relationship between obesity and selected socio-economic factors. *Ann Agric Environ Med* 2008;15(1):149–52.
- Seefeldt V, Malina RM, Clark MA. Factors affecting levels of physical activity in adult. *Sports Med* 2002;32(3):143-68.
- Van Balen LC, Dijkstra LJ, Hadders-Algra M. Development of postural adjustments during reaching in typically developing infants from 4 to 18 months. *Exp Brain Res* 2012;220(2):109-19.
- Windle RW. Posture and growth. *Acta Physiother Rheumatol Belg* 1954;9(3):79-83.
- Wojtyła A, Bojar I, Boyle P, Zatoński W, Marcinkowski JT, Biliński P. Nutritional behaviours among pregnant women from rural and urban environments in Poland. *Ann Agric Environ Med* 2011;18(1):169–74.

DELAVNICE / WORKSHOPS

MEDNARODNA KLASIFIKACIJA FUNKCIONIRANJA (MKF) – BIOPSIHOSOCIALNI MODEL OBRAVNAVE

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (ICF) – BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

Zdenka Pihlar, dipl.del.ter., pred.

IZVLEČEK

Uvod: Mednarodna Klasifikacija Funkcioniranja (v nadaljevanju MKF) je osnovana na biopsihosocialnem modelu. Delovnim terapevtom služi kot izhodišče za različne pristope obravnave, ki izhajajo iz zdravja in dobrega počutja posameznika, upoštevajoč njegove telesne funkcije/strukture, izvedbo aktivnosti/dejavnosti in sodelovanja v življenjskih aktivnostih. Upoštevano je tudi okolje iz katerega posameznik izhaja. Na MKF je osnovan predlog storitev delovne terapije. **Vsebina:** Udeleženci se seznanijo z vsebino MKF. Na predstavitvi primera obravnave po modelu zdravja in dobrega počutja, bo predstavljeno prepletanje MKF z delovnoterapevtskimi modeli ter vrednotenja dela – sodoben koncept storitev, ki upoštevajo razvoj stroke in zagotavljajo ustrezno finančno vrednotenje. **Zaključek:** Vsebina delavnice bo pomagala udeležencem razumeti model MKF v povezavi z delovnoterapevtskimi modeli zdravja in dobrega počutja. Hkrati bo doprinesla k boljšemu razumevanju vsebin storitev, ki se trenutno uveljavljajo kot nadomestilo zastarele »zelene knjige«. Le-ta namreč ne omogoča delovnim terapevtom uveljavljanja novosti v stroki, še manj dostojnega vrednotenja opravljenih storitev.

Ključne besede: MKF, delovna terapija, modeli zdravja in dobrega počutja

ABSTRACT

Introduction: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a framework of the biopsychosocial model of practice. Occupational therapists use it as a foundation for different approaches that focus on individual's health and well-being, taking into consideration their body functions and structures, activity performance and participation in life situations. The proposed model of occupational therapy services is based on the ICF. **Content:** The participants will be informed about the content and use of the ICF. A case study will be presented to demonstrate the association between the ICF and occupational therapy models and evaluation of work. We will also explore the contemporary system of occupational therapy services that takes into account the latest developments and enables financial reimbursements. **Conclusion:** The workshop will facilitate the participants' understanding of the ICF model in relation to occupational therapy models that focus on health and well-being. It will also add to the understanding of occupational therapy services that are currently being developed as an alternative to the outdated "Green Book", which does not allow occupational therapists to translate the latest research into practice and to receive a suitable recognition of their work.

Key words: ICF, occupational therapy, models of health and well-being

BIBLIOTERAPIJA

BIBLIOTHERAPY

Breda Dolničar¹, dipl.del.ter.

¹Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Knjiga je lahko sogovornik, partner, prijatelj, svetovalec, ... Cilji biblioterapije so, da se spodbuja branje, razmišlja ob branju in o prebranem, prepozna vedenje in čustvovanje likov v zgodbi ter razmišlja o različnih načinih reševanja problemov. **Vsebina:** Celoten terapevtski proces razdelimo v štiri faze. Proces identifikacije: Bralec v literarnem delu prepozna sebe, svojega bližnjega ali neko svojo situacijo, kar pri njem izzove čustveno reakcijo in posledično poistovetenje. Ta faza je ključna, da proces lahko steče. Proces projekcije: Vzporedno s procesom identifikacije poteka tudi proces projekcije, kjer bralec svoja ravnanja, občutke in čustva prenese na literarne like. Ob tem analizira svoje vedenje in vedenje drugih, pri tem išče alternativne načine reševanja problema oz. situacije, na varen način. Katarza: Ob poistovetenju z literarno osebo doživi bralec čustveno razbremenitev in olajšanje ter zmanjšuje pritiske in napetosti, ki jih doživlja skozi svoj vsakdan. Uvid: Preko konflikta v zgodbi in uvida v tuje težave poteka istočasno uvid v naše lastne probleme in življenjske situacije, ki jih sicer nismo sposobni prepoznati. Tu je lahko ključ za rešitev problema. **Zaključek:** Delavnica je namenjena delovnim terapevtom, ki želijo pri svojem delu uporabiti medij – literaturo, spodbujati paciente / uporabnike k branju in jim omogočiti normalni razvoj oz. spreminjanje motečega vedenja. Udeleženci bodo na delavnici seznanjeni s potekom terapevtske skupine Biblioterapija, ki se uporablja pri zdravljenju oseb odvisnih od prepovedanih drog.

Ključne besede: terapija, branje literature, čustvena reakcija, terapevtski proces

ABSTRACT

Introduction: A book can be a partner, a friend, a consultant,... The goal of bibliotherapy is to encourage reading, to think while reading and about what has been read, to recognize behaviour and emotions of characters in the story as well to think about different possibilities of problem-solving. Method: The therapy process is divided into four phases: The process of identification: In the literary work, the reader recognizes himself/herself, their significant others or a well-known situation, which provokes emotional reaction and consequently identification. This stage is crucial for the whole process to begin. The process of projection: Along with the process of identification, the process of projection takes place. Here, the reader transfers his/her own actions, emotions and feelings onto the literary characters. At this point, the reader analyses his/her actions and actions of others and is determined to find alternatives to resolve their own problems or situations in a safe way. Catharsis: Through identifying with the literary character, the reader experiences relief and relaxation, the everyday pressure and tension are decreased. 4. Insight: Through the conflict in the story and the insight into other people's problems, we simultaneously gain insight into our own life situations or problems which we have not been able to recognise and acknowledge before. This insight may be crucial in solving the problem. **Conclusion:** The workshop is intended for therapists who would like to enrich their work with literary media and encourage their patients/users to read. The rationale behind this therapy is to enhance the clients' normal development and the necessary behavioural

changes. The workshop participants will be informed about the bibliotherapy course that is used in the treatment of drug addiction.

Key words: therapy, reading literature, emotional reaction, therapeutical process

SO »TO« TEŽAVE SENZORNEGA PROCESIRANJA ALI VEDENJA?

IS 'THIS' A SENSORY PROCESSING DISORDER OR A PROBLEM BEHAVIOUR?

Marijana Markovič¹, dipl.del.ter., Mojca Strle², dipl.del.ter., Anka Gerbec³, dipl.del.ter.

¹Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana - ZGNL, Ljubljana

²Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Dom Šiška in DC Šiška, Ljubljana

³Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik, CIRIUS – Kamnik

IZVLEČEK

Uvod: Terapevti se v svoji praksi pogosto sprašujemo ali je vedenje otroka resnično in zgolj le vprašanje težav v vedenju, ali so vzrok zanj morda le težave senzornega procesiranja. Prepletanje je čutiti že v njuni definiciji. Medtem ko vedenje opredeljujemo kot način odziva človeka na določeno situacijo ali spodbudo, je senzorika občutek ali odziv na čute, ki jih zaznavamo z našimi čutili. **Vsebina:** Težave senzornega procesiranja lahko vodijo v vedenjske težave. Velikokrat se je težko opredeliti kaj je pravi vzrok, saj je vedenje posledica večih vzrokov in ga ni mogoče obravnavati linearno z eno samo razlago. Za določeno vedenje lahko določimo več možnih vzrokov, načrtujemo primerne aktivnosti v terapiji senzorne integracije ter poiščemo določene strategije, ki bi vplivale na uspešno participacijo otrok v vsakodnevne aktivnosti. **Zaključek:** Vključevanje otrok z motnjo senzorne integracije v delovno terapijo v zgodnjem obdobju otroštva je izredno pomembno zaradi velike verjetnosti, da se odzivi na senzorne prilive razvijejo v neprimerne vzorce oz. oblike vedenja.

Ključne besede: odzivi otroka, vzroki, strategije, senzorna integracija

ABSTRACT

Introduction: Oftentimes occupational therapists have to decide whether a specific condition should be treated as a sensory processing disorder or a problem behaviour. Even the definitions of the two conditions are overlapping. While behaviour is defined as a manner in which a person acts in response to a particular situation or stimulus, the definition of sensory is 'of or relating to sensation or the physical senses; transmitted or perceived by the senses.' **Content:** Problems of sensory processing can lead to behavioural problems. It is often difficult to identify the etiology of problem behaviour as it can have a variety of causes and therefore requires a non-linear approach, with multiple explanations. Taking into consideration that the reasons behind problem behaviour may be multifold, appropriate activities and strategies in the treatment of sensory integration are planned to influence successful cooperation of children in daily activities. **Conclusion:** It is of utmost importance that children with sensory processing disorder undergo occupational therapy treatment in their early childhood because inadequate responses to sensory input may develop into inappropriate behavioural patterns.

Keywords: responses of child, causes, strategies, sensory integration

KAKO DELOVNI TERAPEVT LAHKO POMAGA PRI SRČNEM ZASTOJU

HOW CAN AN OCCUPATIONAL THERAPIST HELP A PERSON WITH A CARDIAC ARREST

dr. Alenka Oven¹, univ. dipl. org., dipl. del. ter., pred.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Med nepredvidljive situacije in dogodke, s katerimi se delovni terapevti soočajo v delovnem ali domačem okolju, sodijo tudi nenadna poslabšanja zdravstvenega stanja kot je srčni zastoj. Delovni terapevti so kot zdravstveni delavci po zakonu dolžni nuditi prvo pomoč. Ohranjanje naučenih veščin in znanja je pomanjkljivo. **Vsebina:** Udeleženci delavnice bodo ponovili/posodobili zanje temeljnih postopkov oživljanja z uporabo avtomatskega eksternega defibrilatorja. Pristop, ugotovitev potrebe in hiter začetek temeljnih postopkov oživljanja pri srčnem zastoju ter odločno ukrepanje so bistveni in lahko pomembno povečajo preživetje. Izvajati je potrebno kvalitetne stise prsnega koša, ki so ključni in umetno dihanje. Ker je fibrilacija prekatov najpogostejši vzrok nenadnega zastoja srca, je defibrilacija, ki možnosti za oživitev močno poveča, bistvenega pomena. **Zaključek:** Temeljni postopki oživljanja z uporabo defibrilatorja sodijo med nujne ukrepe za ohranitev življenja. Časa je malo, situacija je stresna, zato je pomembna optimalna pripravljenost, ki jo delovni terapevti dosežejo z rednim obnavljanjem in posodabljanjem znanja.

Ključne besede: zdravstveni delavci, prva pomoč, oživljanje, defibrilator

ABSTRACT

Introduction: Cardiac arrest is one of the unpredictable sudden deteriorations of health condition, which can occur during occupational therapy intervention or in the home environment. Occupational therapists, like other healthcare workers, are bound by law to provide first aid. However, their knowledge and skills regarding the first aid are often insufficient. **Contents:** The participants of the workshop will renew/update their knowledge of the basic procedures of resuscitation with the use of the automatic external defibrillator. The approach, the identification of the patient's needs, immediate basic resuscitation procedures and a decisive action are of key importance in increasing the chances of survival. Performing quality chest compressions and mouth-to-mouth breathing is crucial. As fibrillation of ventricles is the most common cause of cardiac arrest, defibrillation greatly enhances successful resuscitation. **Conclusion:** The basic procedures of resuscitation with the use of a defibrillator are among the urgent measures in preserving life. Time is short, the situation is stressful, so it is important to be prepared for the situation. Regular renewal of the first aid knowledge and practice is therefore mandatory for practising occupational therapists.

Keywords: healthcare workers, first aid, resuscitation, defibrillator

STRES ZNOTRAJ DELOVNOTERAPEVTSKEGA PROCESA – SOOČANJE DELOVNEGA TERAPEVTA S PRIČAKOVANJI IN ZAHTEVAMI POSAMEZNIKOV, KI SE VKLJUČUJEJO V DELOVNO TERAPIJO IN Z NJIHOVIMI SVOJCI

STRESS IN OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS – HOW OCCUPATIONAL THERAPISTS MEET THE EXPECTATIONS AND REQUIREMENTS OF INDIVIDUAL CLIENTS AND THEIR RELATIVES

Silva Bajde¹, dipl. del. ter. s spec.znanji (RNO, SI, TPK terapevtka), Tanja Breznik², dipl. del. ter., psihoterapevtka pod supervizijo CUDV Draga, Ig

¹Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič Ig - CUDV Draga, Ig

²Delovna terapija in psihoterapija Tanja Breznik s.p. Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Stres je stalnica skozi življenje človeka od pradavnine do danes. Človek je evolucijsko zelo dobro opremljen za nenaden in kratkotrajen stres. Danes je stres nižje intenzivnosti in dolgotrajen, odziv telesa pa je enak. Pomembno je zavedanje, da se stres pojavlja tudi v terapevtskem odnosu: posameznik, ki je vključen v delovnoterapevtsko obravnavo - svojci - terapevt. **Vsebina:** Na delavnici bodo skozi igro vlog predstavljeni najpogostejši odzivi posameznika, svojcev in terapevta na stresne dejavnike. Izhaja se iz vprašanj: Kako se počuti posameznik obdan s strokovnjaki in njihovimi zahtevami? Kako se počutijo posameznikovi svojci? Kako se počuti delovni terapevt obdan s pričakovanji posameznika, svojcev, nadrejenih, bližnjih? V delavnici se bo izhajalo iz psihodinamskega okvira, ki opredeljuje nastanek konfliktov. Delovni terapevt uporablja različne pristope (interakcijski, vedenjski, kognitivni in na posameznika usmerjeni pristop), ki omogočajo zavedanje, razumevanje in smiselno vživljanje v posameznika, svojca in delovnega terapevta. Razumevanje drugega, povzroči spremembo; ko razumem jaz, se spreminjam, ko je razumljen on, je spremenjen, ko jaz bolje razumem, me tudi drugi bolje razume. **Zaključek:** Pomembno je zavedanje celostnega človekovega vedenja v stresu in poznati vire moči s katerimi si posameznik lahko pomaga.

Ključne besede: stres, delovnoterapevtski proces, celostno človekovo vedenje

ABSTRACT

Introduction: Stress is a constant in the life of humans from prehistoric times to the present. Humans are evolutionarily well equipped for sudden and short-term stress. Today, the stress is lower in intensity and lengthy, but the body's response is the same. It is important to be aware of the fact that stress also occurs in a therapeutic relationship among clients undergoing occupational therapy treatment, relatives and the occupational therapist.

Content: The workshop presents the most common responses of the clients, relatives and therapists to the stress factors through the role-playing. The following questions are addressed: How does a client feel when surrounded by experts and their requirements? How do relatives feel? How does an occupational therapist feel when faced by expectations of a client, their family, superiors, and others? The workshop is based on a psychodynamic framework that defines the emergence of conflicts. An occupational therapist uses different approaches (interactional, behavioural, cognitive and client-oriented approach), which enable awareness, understanding and sensitivity of being in the role of a client, family and a therapist. When we understand each other, a change occurs; when I understand, I change;

when s/he is understood, s/he is changed; when I understand better, others understand me better too. **Conclusion:** It is important to be aware of the holistic human behaviour in stress and to know the sources of power that can help an individual. **Key words:** stress, occupational therapeutic process, holistic human behaviour

POMEN PRAVILNEGA IN VARNEGA NOŠENJA ŠOLSKE TORBE

THE IMPORTANCE OF PROPER AND SAFE SCHOOL BAG CARRIAGE

Zorana Sicherl¹, dipl.del.ter., MSc OT, Špela Mihevc² dipl. del.ter.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

²Center celostne oskrbe Ljubljana, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Nošnja šolske torbe je nekaj vsakdanjega za otroke in mladostnike, ki obiskujejo izobraževalne ustanove in predstavlja enega izmed mnogih dejavnikov, ki lahko vplivajo na razvoj slabe drže in bolečin mišično skeletnega sistema. **Vsebina:** Udeleženci se seznaniijo z vsebino preventivnih delavnic, ki se izvajajo v Sloveniji in sledijo projektu Ameriškega združenja za delovno terapijo (AOTA). Praktično se podučijo o temeljnih principih priporočenega nošenja šolske torbe z namenom preprečevanja negativnih vplivov na telo. Teme zajemajo: ustrezno težo šolske torbe, pravilno razporejanje učbenikov, zvezkov in ostalih predmetov v torbi, pravilno nameščanju torbe na hrbet, pravilno dvigovanje, sedenje ter ureditev šolskega delovnega prostora. **Zaključek:** Preventivna delavnica o pravilni nošnji šolske torbe lahko zmanjša negativne učinke na telo, hkrati pa predstavlja možnost razvoja stroke na nova področja.

Ključne besede: delovna terapija, preventiva, šolska torba

ABSTRACT

Introduction: Carrying a schoolbag is a normal everyday routine for children and adolescents attending educational institutions and it represents one of the many factors that cause poor posture and pain in the musculoskeletal system. **Contents:** Workshop participants get acquainted with preventive workshops in Slovenia, which follow American Occupational therapy association protocol. Practical work will cover basic principles of safe school bags carrying for prevention of negative effects on the body: proper weight, proper distribution of textbooks, notebooks and other items in a schoolbag, proper lifting and carrying, proper sitting and adjustment of school workspace. **Conclusion:** A preventive workshop on backpack safety can reduce negative effects on the spine. The evidence gathered in the study may also open new grounds for occupational therapy research and practice.

Key words: occupational therapy, prevention, school bag

VAJE ZA MALE SKLEPE ROK IN NOG

EXERCISES FOR SMALL JOINTS IN THE HANDS AND FEET

Sergeja Harapin Kostevc¹, dipl. del.ter., Nataša Močnik¹, dipl. del.ter., višja svetovalka

¹Dom starejših občanov Krško, Krško

IZVLEČEK

Uvod: Vaje za male sklepe rok in nog so zasnovane na podlagi vaj za bolnike z revmatoidnim artritisom in se izvajajo do meje bolečine. Z vajami se izboljša oziroma ohranja gibljivost sklepov, zmanjšajo se bolečine in mišična napetost, preprečuje se otekanje in kontrakture in nadaljnje spremembe. Posledično pa se tudi ohranja oziroma izboljšuje samostojnost na področju dnevnih aktivnosti. **Vsebina:** Vaje se izvajajo v treh sklopih. V prvem sklopu se izvajajo vaje za male sklepe rok, od zapestja do vseh prstov na roki, v drugem sklopu se izvajajo vaje za male sklepe nog in v tretjem sklopu se izvaja masaža rok. Vaje se izvajajo sede za mizo. **Zaključek:** Z rednim izvajanjem vaj, se izboljšuje pretok krvi v nogah, poveča se občutek v rokah in posledično se ohranja samostojnost pri dnevnih aktivnostih (hranjenje, umivanje, česanje...), zmanjša se jutranja okorelost sklepov, izboljša se splošno počutje. Pomembno pa je, da se vaje izvajajo kontinuirano.

Ključne besede: gibljivost sklepov, bolečine, kontrakture, redno izvajanje, sproščenost

ABSTRACT

Introduction: Exercises for small joints in the hands and feet have been designed for patients with rheumatoid arthritis and are performed to the patient's pain threshold. These exercises increase the flexibility in joints, and can reduce the muscular pain and tension. Exercising can also prevent the swelling of joints and the contractures are less likely to occur. The patients thus preserve or improve their independence in the performance of daily activities. **Content:** Exercises are performed in 3 stages. The first and second set of exercises focus on the small joints of hands (from wrists to fingers) and feet. In the third stage, hand massage is performed. The exercises are carried out in a sitting position, next to a table. **Conclusion:** Regular exercises can improve blood circulation in the legs and improve sensation in the hands. They may as well reduce morning stiffness of joints and enhance general well-being.

Key words: joint flexibility, pain, contractures, regular exercise, relaxation

NAMEŠČANJE OSEBE PO MOŽGANSKI KAPI IN UPORABA PODPORNE TEHNOLOGIJE V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU

POSITIONING OF A STROKE PATIENT AND EVERYDAY USE OF ASSISTIVE TECHNOLOGY

Julija Ocepek¹, dipl. del. ter., MSc OT, pred., Slavi Kotnik¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Možganska kap je najpogostejši vzrok za zmanjšano dejavnost in sodelovanje v družbi, saj kar 25 do 74 % oseb, ki preživijo možgansko kap, v nadaljnjem življenju potrebuje delno ali popolno pomoč pri dnevnih aktivnostih. Okrevanje po možganski kapi poteka pri večini oseb po podobnem vzorcu, končno stopnjo okrevanja pa je težko predvideti. **Vsebina:** Pravilno nameščanje in gibanje mora postati način življenja, življenje v t.i. vzorcu okrevanja (angl. recovery pattern), ki je osnova sodobnih tehnik nevroloških obravnav. Zato je vsaj na začetku pomembno, da osebo vodijo izkušeni strokovnjaki, tudi delovni terapevti. Udeleženci delavnice bodo obnovili/posodobili zanje ne samo o pravilnem obračanju, sedenju, stoji in transferjih, ampak tudi o nameščanju v ustrezen invalidski voziček. Seznanili se bodo tudi o izbiri in predpisu podporne tehnologije, ki je v pomoč osebam po možganski kapi in njihovim svojcem ter zdravstveno-negovalnemu osebju, ki jim posredno ali neposredno nudijo pomoč. **Zaključek:** Delovni terapevti kot člani multidisciplinarnih timov pomembno prispevajo k učinkoviti obravnavi oseb po možganski kapi, zato je pomembno, da svoje strokovno znanje kontinuirano obnavljajo in nadgrajujejo.

Gljučne besede: možganska kap, položaji, nameščanje, podporna tehnologija, delovni terapevt.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is the most common cause of reduced activity and participation in society. Between 25 and 74% of stroke patients are partially or totally dependent in the performance of the activities of daily living. In most of the cases, recovery after stroke follows a similar pattern, but the clinical outcome and functional recovery is difficult to predict. **Contents:** Proper positioning and movement must become a way of life, life in the so-called 'recovery pattern', which is the base of modern methods in neurological treatment. Therefore, it is very important that a person after stroke is monitored by experienced professionals, including occupational therapists, especially in the first stages of recovery. The workshop participants will renew/update their knowledge not only about the correct turning, sitting, standing and transfers, but also about the positioning in an appropriate wheelchair. They will also learn about the selection and prescription of assistive technology that helps persons after stroke and their relatives, as well as health and nursing staff, who provide direct or indirect support. **Conclusion:** Occupational therapists as members of multidisciplinary teams make an important contribution to effective treatments of persons after a stroke, so it is important that they continually renew and upgrade their knowledge.

Key words: stroke, positions, placing, assistive technology, occupational therapist

PLAKATI / POSTERS

VKLJUČITEV DELOVNEGA TERAPEVTA V SKUPNOSTNO OBRAVNAVO

INCLUSION OF AN OCCUPATIONAL THERAPIST INTO THE COMMUNITY
PSYCHIATRIC TREATMENT

Renata Petrena¹, mag. zdr. - soc. manag., dipl. del. ter.

¹Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ormož

IZVLEČEK

Izhodišča: Skupnostna psihiatrična obravnava (SPO) uporablja raziskovalno dokazane uspešne načine zdravljenja ter s prakso uspešne pristope pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami, kjer v timu sodeluje tudi delovni terapevt. Individualne delovnoterapevtske (DT) obravnave na domu v sklopu Psihiatrične bolnišnice Ormož, so se izvajale pri osmih osebah starih od 32 do 75 let, kar predstavlja 22,2 % izbrane populacije. **Metode dela:** Uporabljen je bil kvantitativni pristop raziskovanja, ki temelji na metodologiji mešanih metod (eksperiment skozi opazovanje), izvajal se je po zaporednem pojasnjevalnem načrtu. Uporabljeni so bili standardizirani DT ocenjevalni testi (COPM, Ček lista interesov, OSA, KELS, Vprašalnik o strukturi dneva), pri katerih je bila uporabljena opisna metoda interpretiranja rezultatov. Pred raziskavo je bilo pridobljeno dovoljenje Komisije za etična vprašanja s področja zdravstvene nege UM FZV. Raziskava je potekala od januarja do avgusta 2018. **Rezultati/razprava:** Izvedbe aktivnosti s področja človekovega delovanja oseb, ki so bile vključene v raziskavo so v večini postale učinkovitejše, struktura dneva se je zapolnila in povečala se je produktivnost pri vsakdanjih opravilih. **Sklep:** Delovni terapevt je pomemben član tima SPO saj vpliva na dvig kakovosti posameznikovega funkcioniranja in izboljša samostojnost posameznikovega delovanja na vseh področjih. Potrebe po izvajanju storitev ter pričakovanja smernic delovne terapije, v domačem okolju oseb s hudo ali ponavljajočo obliko duševnih motenj pa so vedno večje.

Ključne besede: psihiatrično zdravljenje, obravnava v skupnosti, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Community Psychiatric Treatment (CPT) is based on research evidence and successful approaches in the treatment of persons with mental disorders, where an occupational therapist is an equal member of a healthcare team. Within the Psychiatric Hospital Ormož, eight patients (22.2% of the selected population) received individual occupational therapy treatment in their home environment. The age of the patients ranged from 32 to 75 years. **Methods:** A quantitative research was conducted (experiment through observation), using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design. Standardized OT assessment tests (COPM, Interest Checklist, OSA, KELS and Occupational Questionnaire) were used, and the data were interpreted in a descriptive form. Prior to the survey, the ethical approval of The Commission for ethical issues in the field of nursing UM FHS was obtained. The research was conducted from January to August 2018. **Results/Discussion:** The participants' performance of daily activities generally improved, the daily programme was better structured and their efficiency increased. **Conclusion:** Occupational therapists are important members of a CPT team as they may enhance the quality of an individual's performance and their independence in all areas of life and work. There is an increased demand for occupation therapy services in the home environment dictated by the needs of patients with severe or recurrent mental disorders and the practice guidelines of the

profession. The needs of people with severe or recurrent mental disorders for the provision of services and the expectations of the guidelines for occupational therapy are increasing in the home environment of people with severe or recurrent mental disorders.

Key words: psychiatric treatment, treatment in the community, occupational therapy

DELOVNA TERAPIJA PRI GIBALNO OVIRANEM UČENCU PRI POUKU TEHNIKE IN TEHNOLOGIJE

OCCUPATIONAL THERAPY SUPPORT TO PHYSICALLY HANDICAPPED STUDENT AT CRAFT LESSONS

Tamara Svete¹, dipl.del.ter., Maja Poljanšek¹, profesorica matematike in tehnike

¹Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje, Kamnik

IZVLEČEK

Uvod: Tehnika in tehnologija je predmet, ki pri učencih celovito spodbuja razvoj psihomotoričnih sposobnosti in oblikovanja socialnih veščin. Ob uporabi različnih materialov, orodij, strojev in naprav, učenci razvijajo delovne spretnosti ter navade, razvijajo čutno-gibalne izkušnje in sposobnosti za praktično ustvarjanje. Pri praktičnem delu spoznavajo nevarnosti in varnostne ukrepe ter razvijajo spretnosti in navade pri uporabi zaščitnih sredstev. **Vsebina:** Gibalno oviran učenec je pri praktičnem delu pouka večkrat samo opazovalec. V kolikor želimo, da bo aktiven tudi on, moramo pouk in izvedbo dejavnosti prilagoditi. Učitelj običajno nima znanja, katere prilagoditve in pripomočki so primerni za te otroke, da bi bil pouk prilagojen za vsakega učenca posebej. Tu je nujno sodelovanje delovnega terapevta. Z individualiziranim načrtom v timskem delu učitelj in terapevt predvidita uporabo različnih prilagoditev in pripomočkov, ki vsakemu posamezniku omogočajo čim večjo samostojnost pri aktivnosti. Na koncu ure/pouka je bistveno, da učenci začutijo zadovoljstvo, da zmorejo nekaj napraviti sami. **Zaključek:** Po nekaj letih skupnega dela smo lahko zelo ponosni, da nam je uspelo vključiti v dejavnosti vsakega učenca, ne glede na stopnjo in vrsto gibalne oviranosti. Delo v razredu je postalo zanimivo tako za učence, kot za učiteljico in delovnega terapevta. Vsaka ura tako prinese nove ideje in veliko zadovoljnih učencev.

Ključne besede: pouk tehnike in tehnologije, učenec, učitelj, delovni terapevt, prilagoditve in pripomočki

ABSTRACT

Introduction: Craft lessons fully stimulate the students in the development of psychomotor skills as well as social skills. By using different materials, tools, machines and devices, the students develop their work skills and patterns, their sensory-motor and practical skills. During the practical work, they learn about the hazards and safety measures, and develop skills and habits in using protective devices. **Contents:** In the practical part of the study programme, a physically handicapped student is often only an observer. His/her active participation can be promoted by adjusting the lessons and activities to their specific handicap. The teachers usually possess insufficient knowledge of the appropriate adjustments and devices to meet the needs of each student. This is where the occupational therapist's involvement is invaluable. The teacher and the occupational therapist together design various adjustments and devices that enable each individual to be as independent as possible in the activity. It is important that the student is satisfied with their autonomy in activity performance. **Conclusion:** Several years' experience confirms that this approach may produce positive results regarding the participation of physically handicapped students in practical work, regardless of the degree and type of their movement impairment. By tailoring the lessons to the students' abilities, the schoolwork becomes more enjoyable and interesting for the students as well as for the teacher and occupational therapist. New ideas

are generated and the students derive satisfaction from knowing that they are capable of performing the assigned tasks.

Key words: craft lessons, student, teacher, occupational therapist, adaptations and tools

OBRAVNAVA OSEB S KOMPLEKSNIM REGIONALNIM BOLEČINSKIM SINDROMOM V DELOVNI TERAPIJI

OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT OF PERSONS WITH COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME

Jerneja Debevc¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Kompleksni regionalni bolečinski sindrom (KRBS) je sindrom, ki se običajno razvije v zgornjih ali spodnjih udih po poškodbi ali operaciji, za katerega so poleg močne bolečine značilne senzorične, motorične in vazomotorne motnje. Zaradi nejasne etiopatogeneze in sprememb, ki se pojavljajo v osrednjem živčevju je za obravnavo teh oseb potreben interdisciplinaren pristop dela. Pomembno vlogo pri razvoju KRBS imajo tudi psihosocialni dejavniki, kot so stres, anksioznost, jeza, depresija, itd. Vloga delovnega terapevta je pomembna predvsem pri izboljšanju kakovosti življenja pacientov in učenju strategij za lažje opravljanje vsakodnevnih aktivnosti in obvladovanju bolečine. **Vsebina:** Cilje delovnoterapevtske obravnave si zastavimo skupaj s pacientom. Usmerjeni so v zmanjšanje oz. obvladovanje bolečine, otekline in okorelosti sklepov, v vzpostavitev somatosenzoričnega zaznavanja ter izboljšanje funkcije roke. Ocenjevalne metode, ki so najpogostejše uporabljene so: Kanadski test izvajanja dejavnosti (COPM), vprašalnik o funkcionalnosti zgornje okončine, ramena in roke (QuickDASH), Southamptonski test za oceno funkcije roke (SHAP), ročna dinamometrija in merjenje otekline z volumetrom. Ena izmed pomembnejših tehnik s katero lahko vplivamo na reorganizacijo možganskih procesov je stopnjevana motorična predstava (GMI). Druge metode s katerimi vplivamo na zmanjšanje prizadetosti funkcije uda pa so tehnike desenzibilizacije, trening grafomotorike in spodbujanje k soročnim aktivnostim. **Zaključek:** Zagotovo je kompleksni regionalni bolečinski sindrom eden večjih izzivov za delovnega terapevta. Tu bolj kot kjerkoli velja, da mora biti obravnavna celostna in usmerjena na posameznika. Pri tem je pomemben pristop terapevta, ki mora biti pri obravnavi dovolj pozoren in obziren ter pacientu nuditi občutek sprejetosti, podpore in razumevanje kompleksnosti njegovih težav, saj največkrat nimamo na voljo sodelovanja s psihologom. Poleg tega pa je ključna vloga delovnega terapevta, da zna pacienta motivirati, saj je uspeh okrevanja v veliki meri odvisen prav od njegovega sodelovanja.

Ključne besede: kompleksni regionalni bolečinski sindrom, delovna terapija, stopnjevana motorična predstava, ocenjevanje, funkcija roke

ABSTRACT

Introduction: Complex regional pain syndrome (CRPS) typically develops in the upper or lower limbs, following an injury or surgery. Along with severe pain, it is characterised by sensory, motor and vasomotor disorders. Given the unclear etiopathogenesis and the changes in the central nervous system, the treatment of these patients requires an interdisciplinary approach. Psychosocial factors such as stress, anxiety, anger, depression, and others contribute to CRPS development. Occupational therapists mainly work with patients to improve their quality of life, to provide strategies for coping with daily activities and to teach pain management techniques. **Content:** The goals of occupational therapy treatment are established in cooperation with the patient. Their primary goal of the therapy is alleviation or management of pain, swelling and stiffness of the joints, the establishment

of somatosensory perception and functional improvement of the hand. The most frequently used assessment methods include the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire (QuickDASH), the Southampton Hand Assessment Procedure (SHAP), manual dynamometrics, and measuring the oedema with volumeter. One of the most important techniques, which can influence the reorganization of brain processes, is Graded Motor Imagery (GMI). Other methods that can help lessen the impairment of the limb function include desensibilisation techniques, graphomotor training and encouraging bimanual activities. **Conclusion:** The complex regional pain syndrome is certainly one of the main challenges of the occupational therapist. It is especially true that the treatment for this condition needs to be holistic and tailored to the patient's needs. The therapist's approach is important, they need to be attentive and respectful. The patient needs to feel accepted, supported, and has to understand the complexities of his/her health issues. The occupational therapist's role is of special importance as the opportunities to work with a psychologist are scarce. In addition, the therapist must be able to motivate the patient, since successful recuperation largely depends on the patient's cooperation.

Key words: complex regional pain syndrome, occupational therapy, graded motor imagery, assessment, hand function

TEŽAVE PRI OPRAVLJANJU DNEVNIH AKTIVNOSTI PO POŠKODBI BRAHIALNEGA PLETEŽA

PROBLEMS RELATED TO THE DAILY ACTIVITIES AFTER THE BRACHIAL PLEXUS INJURY

Nuša Koban Čugura¹, dipl.del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišče: Zgornjo okončino oživčujejo živci, ki izhajajo iz brahialnega pleteža. Poškodbe tega pleteža pogosto vodijo v trajno izgubo funkcije dela ali celotne zgornje okončine. Za ugotavljanje težav pri opravljanju dnevnih aktivnosti, s katerimi se srečujejo osebe s poškodbo brahialnega pleteža, smo delovni terapevti uporabili vprašalnik o funkcionalnosti zgornjega uda, ramena in roke (Disability of Arm, Shoulder and Hand - DASH). V raziskavo je bilo vključeno 7 pacientov ob zaključku rehabilitacije na oddelku za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in revmatološkimi obolenji Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča. Vsi pacienti so moški, s povprečno starostjo 36 let. Povprečni čas od poškodbe je 6,5 meseca. **Metode:** Vsi pacienti so se na koncu obravnave ocenili z vprašalnikom DASH. Dosežki so izraženi na lestvici od 0 (pacient nima omejitev) do 100 (največja možna omejitev). Rezultati: Največ težav pri opravljanju aktivnosti v preteklem tednu so imeli pri opravljanju težjih hišnih opravil, del okrog hiše in vrtnarjenju. Zmerne težave so se pojavile pri pisanju, pospravljanju, postiljanju postelje, športu in igranju inštrumenta. Pri opravljanju dela so prisotne blage ali zmerne težave. **Razprava:** Največ težav so pacienti imeli pri soročnih aktivnostih in aktivnostih, kjer je potrebno roke dvigniti nad glavo. Težavo predstavljajo tudi aktivnosti, kjer je potrebna večja moč rok. Težave z zgornjo okončino niso vplivale na druženje z družino in s prijatelji ter na spanje v preteklem tednu. Svetovali smo možne prilagoditve aktivnosti. **Sklep:** Z uporabo testa DASH smo ugotovili, pri katerih aktivnostih in vsakdanjih opravilih imajo pacienti po poškodbi brahialnega pleteža težave. Za bolj natančne rezultate bi bilo smiselno vzeti večji vzorec in daljše časovne obdobje.

Ključne besede: delovna terapija, skrb zase, DASH

ABSTRACT

Introduction: The upper limb is innervated by the nerves, arising from the brachial plexus. Damages to this plexus often lead to permanent loss of function of the part or the entire upper limb. Occupational therapists used a questionnaire on the functionality of the upper limb, shoulder and arm (Disability of Arm, Shoulder and Hand; DASH) to determine the problems in daily activities experienced by people with an injury of brachial plexus. The study included seven patients at the completion of rehabilitation in the Department for rehabilitation of patients after injuries, with peripheral nervous system impairments and rheumatologic diseases of the University Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia - Soča. All patients were male, their average age was 36 years. The average time after the injury was 6.5 months. **Methods:** All patients were assessed using a DASH questionnaire at the end of the treatment. The improvement is presented on the zero-to-100 scale (the patient has no limitations; the maximum possible limitation). Results: The greatest problems reported by the patients in the prior week were carrying out difficult housework, work around the house and gardening. Moderate problems arose in writing,

cleaning, bedding, sports and playing an instrument. Mild or moderate problems were present in the performance of work tasks. **Discussion:** The patients had greatest problems when performing activities, which included both hands, and the activities requiring raising hands above the head. A significant problem was experienced also when performing activities where more arm power was needed. Problems with the upper limb did not affect spending time with their family or friends nor sleeping. We advised possible adjustments of the activity. **Conclusion:** The DASH test established that the damage to the brachial plexus may cause problems in the performance of the activities of daily living. In order to obtain more accurate results, it is necessary to perform a study on a larger sample, spanning over a longer period of time.

Keywords: occupational therapy, taking care of yourself, DASH

UPORABA LESTVICE FUNKCIJSKE NEODVISNOSTI - FIM V DELOVNI TERAPIJI

THE USE OF THE FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE IN OCCUPATIONAL THERAPY

Alma Hukić¹, dipl.del.ter., Dejana Zajc¹, dipl.del.ter., mag. Klemen Grabljevec¹, dr.med.
¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Lestvica funkcijske neodvisnosti (Functional Independence Measure - FIM) je eno izmed najpogostejše uporabljenih ocenjevalnih orodij v rehabilitaciji. Je sedem stopenjska lestvica s katero ocenjujemo samostojnost pri izvedbi 18 dnevnih aktivnosti (13 motorični del, 5 kognitivni del). Ocenjujemo vsakodnevno in celodnevno učinkovitost pri opravljanju posamezne dnevne aktivnosti. V raziskavo smo vključili paciente, ki so bili prvič deležni kompleksne rehabilitacije na Oddelku za rehabilitacijo oseb z nezagodno možgansko poškodbo, multiplo sklerozo in Parkinsonovo boleznijo v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča v letu 2018. Ocenjevanje s FIM-om smo izvedli ob sprejemu ter ob zaključku rehabilitacije in rezultate primerjali. **Metode dela:** V raziskavo je bilo vključenih 20 pacientov, ki so bili prvič sprejeti na rehabilitacijo v URI - Soča (10 pacientov z multiplo sklerozo, 10 pacientov z nezagodno možgansko poškodbo). Primerjali smo skupen seštevek točk FIM-a ob sprejemu in ob odpustu med obema skupinama. Zanimale so nas tudi razlike med motoričnim in kognitivnim delom FIM-a. V prvo skupino je bilo vključenih 10 oseb z multiplo sklerozo, 6 žensk in 4 moški, starih med 31 in 61 letom, povprečna starost 45,4 let. En pacient je imel primarno napredujočo obliko bolezni (PPMS), pet pacientov recidivno remitentno (RRMS) ter štirje sekundarno napredujočo obliko multiple skleroze (SPMS). V drugo skupino je bilo vključenih 10 pacientov z nezagodno možgansko poškodbo, 8 moških in 2 ženski, starih med 25 do 79 let, povprečna starost 49,2 let. Pacienti so bili hospitalizirani v letu 2018, vzorec pacientov je bil naključno zbran. **Rezultati:** Ocene po lestvici FIM so se izboljšale pri skupini pacientov z nezagodno možgansko poškodbo, in sicer je bilo povprečje skupnega seštevka FIM-a pri ocenjenih desetih pacientih ob sprejemu 74,8 točk in ob odpustu 90,8 točk. Največ so napredovali na motoričnem delu, in sicer z začetnih 51,2 točk na končnih 65,8 točk. Pri kognitivnem delu pa je napredek 3,5 točke. Precej manjši napredek je lestvica FIM zaznala pri pacientih z multiplo sklerozo, kjer je povprečje skupnega seštevka FIM-a ob sprejemu naraslo z 105,1 točk na 108,6 točk ob odpustu. Največ so napredovali pri kognitivnem delu FIM-a, z začetnih 25,7 točk na 31,1 točk ob odpustu, z razliko 4,6 točk. Pri motoričnem delu pa je bil napredek le 3,5 točke. **Razprava:** Lestvica FIM se je izkazala za učinkovito ocenjevalno orodje pri načrtovanju obravnave in določanju ciljev. Za delovno terapijo je premalo občutljiva za zaznavanje sprememb pri progresivnih boleznih kot je multipla skleroza, kjer s pripomočki dosežemo večjo varnost in učinkovitost bolnikov pri opravljanju dnevnih aktivnosti, vendar lestvica tega ne zazna. Pri motoričnem delu je razlika le 3,5 točke. **Sklep:** Lestvica FIM je v delovni terapiji primerno ocenjevalno orodje za zaznavanje napredka pri bolnikih po nezagodni možganski poškodbi, ki so prvič vključeni v proces rehabilitacije, pri progresivnih boleznih pa je lestvica premalo občutljiva.

Ključne besede: ocenjevanje, napredek, dnevne aktivnosti, samostojnost

ABSTRACT

Introduction: The Functional Independence Measure (FIM) is one of the most commonly used assessment tools in rehabilitation. FIM is divided into two unidimensional subscales, the 13-item motor FIM and the 5-item cognitive FIM. FIM uses a 7-point ordinal scale comprising all 18 items. We evaluated the daily and all-day performances of each activity. The study included patients who were admitted to the complex rehabilitation for the first time at the University Rehabilitation Institute, Republic of Slovenia - SOČA in 2018. FIM was used to collect the admission and discharge assessments, the results of which were compared. **Methods:** The study sample consisted of twenty patients, admitted to the rehabilitation at URI SOČA for the first time (ten patients with MS, ten patients with TBI). The total scores of FIM of both groups at the beginning and at the end of the rehabilitation were compared. The study also aimed to identify the differences obtained in the motor and cognitive part of FIM. The first group comprised ten MS patients, six women and four men, aged from 31 to 61 years, with the average age of 45.4 years. One patient suffered from primary progressive multiple sclerosis (PPMS), five from relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS) and four from secondary progressive multiple sclerosis (SPMS). The second group consisted of ten TBI patients, eight men and two women, aged between 25 to 79 years, with the average age of 49.2 years. All the patients were hospitalized in 2018 and the sample of patients was randomly chosen. **Results:** In ten TBI patients, the total FIM scores progressed from 74.8 points to 90.8 points. The motor FIM of TBI patients advanced from 51.2 points to the final 65.8 points. Their cognitive FIM improved by 3.5 points. MS patients made much smaller progress. The total FIM scores of MS patients increased from 105.1 to 108.6 points. In the cognitive part of the FIM, they improved from 25.7 to 31.1 points, (i.e. by 4.6 points), whereas their motor FIM improved only by 3.5 points. **Discussion:** The FIM proved to be an effective evaluation tool in planning the treatment and setting goals. It is, however, not sensitive enough for occupational therapy practice. In MS patients, for example, the scale does not detect the patients' higher level of safety and efficiency in performing daily activities with devices. The motor FIM improved only by 3.5 points. **Conclusion:** The FIM scale is an appropriate assessment tool in occupational therapy for detecting progress in TBI patients in the rehabilitation following injury. However, for patients with progressive diseases, the scale is not sensitive enough. **Key words:** assessment, progress, daily activities, independence

HORTIKULTURNA TERAPIJA S PACIENTI PO OKVARI HRBTENJAČE

HORTICULTURAL THERAPY FOR PATIENTS AFTER SPINAL CORD INJURY

Tanja Štefančič Smisl¹, dipl.dipl.ter., soc. pedagog.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Hortikulturno terapijo so razvili ameriški terapevti in je usmerjena v gojenje rastlin ter urejanje vrtov z namenom ohranjanja zdravja. Že nekaj let se tudi pacienti z okvaro hrbtenjače vključujejo v program kot del projekta Hortikulturna terapija v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitut - Soča. **Vsebina:** Poleg različnih stopenj gibalne oviranosti imajo pacienti tudi spremembe na področju senzorične, kar je potrebno upoštevati pri izvajanju hortikulturnih aktivnosti. Vključujejo se predvsem tisti, ki so se že predhodno v domačem okolju ukvarjali z gojenjem rastlin in urejanjem vrta. Del aktivnosti poteka v prostorih delovne terapije, največji del programa pa na urejenem prilagojenem vrtu in širši okolici. Glavni namen programa je vključevanje gibalno oviranih oseb v raznovrstne aktivnosti, svetovanje ustreznih prilagoditev in položajev pri delu. Poudarek je tudi na medsebojnem druženju s pacienti s podobnimi interesi. Zelo pomembno je še svetovanje pacientom v domačem okolju, ki poteka v okviru Timskega terenskega dela, kjer so vključeni tudi pacienti svojci. **Zaključek:** Dokazi iz literature in tudi mnenja naših pacientov potrjujejo učinkovitost hortikulturne terapije. Mnogi so poročali o izboljšanju motoričnih spretnosti, osebni zadovoljstvu, dobrem počutju in večji motivaciji. V domačem okolju se je izboljšalo vključevanje v ožje in tudi širše okolje ter s tem kakovost njihovega življenja.

Ključne besede: hortikulturna terapija, rehabilitacija, pacienti z okvaro hrbtenjače, prilagoditve, kakovost življenja

ABSTRACT

Introduction: Horticultural therapy is a time-proven practice, first developed by American therapists. Cultivating plants and gardening have been accepted as a beneficial and effective therapeutic modality. For the last few years, also the patients with spinal cord injury have been included in the programme as part of the Horticultural therapy project in URI-Soča.

Content: The severity of the patients' motor impairment and sensory changes should be considered in the implementation of horticultural activities. Participating in horticultural therapy are primarily the patients who used to grow plants and did gardening already before the injury. Part of the activity takes place in the occupational therapy premises, but the major part of the programme is carried out in the cultivated adapted garden and wider surroundings. The main purpose of the programme is to integrate physically disabled persons into various activities and to advise them on appropriate adjustments and postures at work. The emphasis is also on the interaction of patients with similar interests. Also important is the patient counselling in their home environment within the team field work, where the patient's relatives are also involved. **Conclusion:** The results shown by the literature review and the opinions of the patients confirm the effectiveness of horticultural therapy. Many patients reported improvements in motor skills, personal satisfaction, well-being and increased motivation. In their home environment, they managed to better integrate into their immediate and larger environment, which improved the quality of their life.

Key words: horticultural therapy, rehabilitation, patients with spinal cord injury, adjustments, quality of life

S KNJIGO RASTEM WITH A BOOK I GROW

Alijana Miklič¹, dipl.del. ter.

¹Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič - CUDV Draga, Ig

IZVLEČEK

Slovenci smo pogovorno bralni narod in se zavedamo pomena branja. Branje ugodno vpliva na vsestranski razvoj človeka. Vpliva na intelektualni in jezikovni razvoj, razvoj domišljije, bogati čustveno življenje, bogati besedni zaklad, širi obzorja.

Uporabniki VDC-ja, ko enkrat zapustijo oz. zaključijo šolanje in živijo v domačem okolju, le redko posegajo po knjigah. Ker se zavedamo pomena branja, smo v VDC Ribnica uvedli aktivnosti branja knjig. Zdi se nam pomembno, da kljub zmanjšanim sposobnostim uporabnikov negujemo in razvijamo bralno in knjižno kulturo ter jih spodbujamo k branju knjig, ali pa samo k poslušanju. Uporabnike spodbujamo k aktivni vlogi in na ta način omogočimo čim daljše ohranjanje različnih kognitivnih funkcij (spomin, govor, branje, pisanje, pozornost, sposobnost načrtovanja,...), ki so jih osvojili v preteklosti z veliko dela in truda.

Srečujemo se enkrat tedensko. Na začetku smo imeli bralne urice, kasneje pa je prišla pobuda, da bi sodelovali v bralni znački. Beremo skupinsko, nekateri manj, drugi več, eni samo poslušajo. Uporabniki so navdušeni nad branjem, komaj čakajo, da mine teden do našega srečanja. O prebrani vsebini se nato pogovarjamo, kaj napišemo, narišemo ali sešijemo. Naš cilj je, da uporabniki začnejo sami posegati po knjigah in brati v domačem okolju, saj je v knjižnicah na voljo že veliko prilagojene literature v obliki lahkega branja in da to postane njihova dnevna ali tedenska rutina oz. sestavni del dneva.

Pomembno je, da pri uporabnikih kljub njihovim zmanjšanim sposobnostim spodbujamo bralno kulturo in s tem pozitivno vplivamo na kakovost njihovega vsakdanjega življenja v vseh oblikah ter integracijo v širše okolje.

Z uporabo aktivnosti branja knjig ne omogočimo uporabnikom samo dvig kakovosti življenja. Z različnimi bralnimi vsebinami delujemo na različne kognitivne funkcije. Uporabnikom omogočamo, da posledično pridobijo uvid v razumevanje življenjskih odločitev.

Knjiga ima moč, da spremeni življenje.

Ključne besede: aktivnost branja knjig, bralna značka, uporabniki VDC-ja

ABSTRACT

The Slovenian people are a proverbially reading nation and they are aware of the importance of reading. Reading has a positive influence on a person's cognitive and language development, and stimulates imagination. It enriches one's emotional life, expands vocabulary and widens horizons.

After completing their educational programmes, the clients of the occupational activity centre (OAC), rarely read books in their home environment.

As the employees of the OAC Ribnica are aware of the importance of reading, they introduced reading activities into their workshops. They believe that their clients may benefit from these activities despite their lower intellectual capacity, so they encourage reading and literary culture. They motivate the clients to read or just listen to someone else reading. The clients are also encouraged to actively participate in this process, which helps

preserve the various cognitive functions (memory, speech, reading, writing, attention, planning ability, etc.) they have acquired in the past with a lot of effort and work.

The activity takes place once a week. In the beginning, there were only reading hours, but later the clients joined the well-known 'Reading badge'. The workshop participants read in a group with a different level of active participation. They are quite enthusiastic about reading and look forward to the next meeting. After reading, they discuss the book or write about it or even draw pictures or sew.

The goal of the workshop is also to stimulate the clients' independent reading at home, to visit a library where a range of easy to read ((ETR) books is available. It is desired that reading becomes their daily or weekly routine, or part of their daily programme.

It is important that we encourage the clients to read, despite their disabilities in order to improve the quality of their life and their integration into local community. Different topics and stories have the power to impact different cognitive functions, consequently enabling the reader to gain the understanding and insight into some of their life decisions.

A book has the power to change life.

Key words: reading activity, »Reading badge«, clients in workshops

UPORABA DROBNIH ORTOTSKIH PRIPOMOČKOV ZA VEČJO SAMOSTOJNOST PRI KOMBINIRANI OKVARI ZGORNJIH UDOV – PRIKAZ PRIMERA

THE USE OF ADAPTED SMALL AIDS FOR IMPROVING INDEPENDENCE IN COMBINED IMPAIRMENT OF UPPER LIMBS – A CASE STUDY

Slavi Kotnik¹, dipl.del.ter., Agata Križnar¹, dipl.del.ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Možganska kap s posledično ohromelostjo polovice telesa je eden glavnih vzrokov za dolgotrajno zmanjšano možnost in odvisnost pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Sočasna amputacija zgornjega uda pa še dodatno vpliva na stopnjo samostojnosti. **Vsebina:** Plakat prikazuje primer gospoda, ki je v mladosti utrpel poškodbo in posledično transmetakrpalno amputacijo desne roke. Kljub težki poškodbi je vse življenje delal na kmetiji brez uporabe proteze. V starosti 76 let pa je utrpel možgansko kap z levostransko hemiplegijo, ki mu je odvzela funkcijo njegovega dominantnega, neokvarjenega zgornjega uda. Postal je popolnoma nesamostojen pri izvedbi vseh dnevnih aktivnostih. Z izdelavo individualno prilagojenih drobnih ortotskih pripomočkov za desni – amputirani zgornji ud, mu je bila omogočena samostojnost pri hranjenju, umivanju zob in pisanju. **Zaključek:** Z izdelanimi drobnimi ortotskimi pripomočki so bili delno realizirani cilji izpostavljeni ob sprejemu, kar je pripomoglo k višji kakovosti življenja.

Ključne besede: možganska kap, amputacija, drobni ortotski pripomočki, dnevne aktivnosti

ABSTRACT

Introduction: Stroke with hemiparesis is one of the main reasons for long-term reduced ability and dependence in activities of daily living. Amputation of the upper limb additionally affects one's level of independence. **Contents:** This poster demonstrates a case study of a man who in his youth sustained an injury to his right hand, which was subsequently amputated at trans-metacarpal level. In spite of his injury, he worked on a farm without a prosthetic limb all his life. At the age of 76, the man sustained a stroke with left-side hemiparesis, which affected the function of his dominant, previously intact upper limb. He was completely dependent in all activities of daily living. With fabrication of individually adapted small aids for his amputated right limb, he regained independence in feeding, brushing teeth and writing. **Conclusion:** The individually adapted small aids helped partially meet the goals set on admission, which helped improve the patient's quality of life.

Key words: stroke, amputation, individually adapted small aids, activities of daily living

UPORABNOST OCENJEVALNEGA INSTRUMENTA GAS V DELOVNI TERAPIJI

APPLICABILITY OF GOAL ATTAINMENT SCALING IN OCCUPATIONAL THERAPY

Anita Merhar¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Vrednotenje napredka in uspešnosti delovnoterapevtske obravnave sta dva pomembna faktorja, ki kažeta na kakovost dela delovnega terapevta ter posredno tudi promocijo stroke. To pa zahteva ustrezne ocenjevalne instrumente, ki morajo biti dovolj občutljivi za zaznavanje manjših sprememb oziroma napredkov. Plakat predstavlja ocenjevalni instrument GAS (ang.: Goal Attainment Scaling), v slovenščini Lestvica doseganja ciljev, ki v tujini sodi med enega najbolj pogosto uporabljenih individualiziranih ocenjevalnih instrumentov. Je metoda ocenjevanja napredka posameznih ciljev, ki se osredotoča na individualni napredek. Gre za uporabno metodologijo merjenja sprememb med in po delovnoterapevtski obravnavi za klinične in raziskovalne namene. **Vsebina:** V osnovi je GAS petstopenjska lestvica z razponom od -2 do +2. Ker je individualizirana in prilagodljiva, je njeno področje uporabe zelo široko. GAS se uporablja na področju skrbi za starejše, pri obravnavi bolnikov s kronično bolečino, v kognitivni rehabilitaciji, v rehabilitaciji oseb po amputacijah, v rehabilitaciji otrok in na področju duševnega zdravlja. V šolah so ga uporabili za merjenje napredka učencev in pri usmerjanju izvajanja individualiziranih izobraževalnih programov. **Zaključek:** Uporaba GAS lestvice, terapevtu in pacientu, pomaga definirati probleme pri izvedbi aktivnosti, strukturirati terapijo ter pojasniti izid terapije. Metodologija je usmerjena na uporabnika in je individualno prilagodljiva, cilji pa so vidni in merljivi. Zaradi teh lastnosti menimo, da bi bil GAS kot ocenjevalno orodje lahko v pomoč slovenskim delovnim terapevtom na različnih področjih dela.

Ključne besede: GAS, lestvica doseganja ciljev, delovna terapija, ocenjevanje

ABSTRACT

Introduction: The evaluation of progress and effectiveness of occupational-therapeutic treatment are two important factors showing the quality of work of an occupational therapist and indirectly the promotion of the discipline. This, in turn, requires appropriate assessment instruments, which have to be efficient enough to detect minor changes and advancements, respectively. The poster displays the Goal Attainment Scaling assessment instrument (GAS), which is one of the most commonly used individualized assessment instruments abroad. This method assesses the progress made towards achieving specific targets and focuses on individual advancements. It is a useful methodology for the measurement of changes during and after occupational-therapeutic treatment for clinical and research purposes. **Content:** Fundamentally, GAS is a five-point scale ranging from -2 to +2. Since it is individualized and adaptable, the scope of application is very broad. GAS is applicable in the following areas: geriatric services, the treatment of patients with chronic pain, cognitive rehabilitation, the rehabilitation of patients after amputations, in pediatric rehabilitation and in the field of mental health. Furthermore, it was applied in schools to measure the progress of pupils and in the guiding process for the implementation of individualized education programmes. **Conclusion:** The GAS scale enables the therapist

and patients to define problems during activities, structure the therapy and clarify its outcome. The therapy is user-oriented and individually adaptable, whereas the targets are visible and measurable. Due to these characteristics, GAS could be a useful assessment tool for Slovenian occupational therapists in different fields and areas of work.

Key Words: GAS, goal attainment scaling, occupational therapy, assessment

UPORABA KAWA MODELA PRI OSEBI Z ZMerno MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU

THE USE OF THE KAWA MODEL FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Asja - Niča Peterkovič¹, dipl.del.ter., Mateja Klančar Golob¹, dipl.del.ter.

¹Varstveno delovni center Tončke Hočevar, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Pri obravnavi oseb z motnjo v duševnem razvoju se uporablja različne socialne modele, kjer je v ospredju posameznik, njegove potrebe in želje. Kawa model je eden tistih, ki jih v zadnjem času delovni terapevti uporabljamo tudi v praksi. Osnovni koncept modela je slikovni prikaz reke kot prisposodbe življenjskega toka, ter njenih elementov, ki predstavljajo klientovo okolje, njegove težave ter osebne lastnosti. Primer prikazuje obravnavo 46-letne gospe N.A. z zmerno motnjo v duševnem razvoju, ki si je novembra 2017 poškodovala nogo. Obravnavana je bila s pomočjo Kawa modela ob predpostavki, da se bo tako lahko aktivneje vključila v proces obravnave.

Vsebina: Ga. N.A. si je novembra 2017 ob odhajanju z delovnega mesta v VDC huje poškodovala gleženj. Ob odpustu iz bolnice se je že prej prisotna osebna stiska še poglobila, zato se je vključila v delovnoterapevtsko obravnavo. Na začetku ji je bilo razloženo kako bo potekala obravnava ter kaj pomenijo posamezni deli v modelu reke. Model reke in posamezni deli so bili že predhodno izdelani. Zaradi lažjega razumevanja so bile namesto hlodov uporabljene ribe. Skupaj s terapevtko je uporabnica določila in na posamezne dele zapisala težave, svoja močna področja ter podporo, ki jo je dobivala iz okolja. Elemente je postavila na model reke in skupaj s terapevtko določila ter zapisala cilje in strategijo za doseg le teh. Ob doseg ciljev se je s Kawa modela sproti odstranjevalo ovire. Ko je z obravnavami zaključila, se je primerjalo začetno in končno stanje na modelu. Uporabnica je lahko z odstranjevanjem elementov na reki ob doseg ciljev opazovala svoj napredek in razumela namen obravnave, hkrati pa jo je to spodbujalo, da je vztrajala pri začrtanih ciljih. **Zaključek:** S pomočjo vizualnih opor je uporabnica lažje razumela in spremljala napredek v obravnavi. Sprotno odstranjevanje in dodajanje elementov na poenostavljenem modelu reke kadar je bil dosežen cilj je uporabnico opominjalo in pomagalo, da je vztrajala na poti k začrtanim ciljem. Model tako omogoča boljšo vključitev uporabnika v celoten proces obravnave. Zato je lahko primeren tudi za osebe s kognitivnimi motnjami, saj je pregleden in relativno enostaven.

Ključne besede: Kawa model, motnja v duševnem razvoju, poškodba, reintegracija

ABSTRACT

Introduction: When treating people with intellectual disabilities, different social models are used where the individual's needs and preferences are at the forefront. Recently, the Kawa model has been increasingly used in the occupational therapy treatment. The basic concept of the model is the image of the river as a metaphor of life flow, and its elements represent the client's environment, their problems and personal characteristics. The case study presented illustrates the treatment of 46-year-old Mrs N.A. with a moderate mental disorder, who badly injured her leg in November 2017. The Kawa model was introduced in her treatment, assuming that it will help the patient better participate in the treatment process. **Contents:** In November 2017, Mrs. N.A. severely damaged her ankle on her way from work in the Occupational activity centre. After discharge from the hospital, her pre-

existent personal distress only deepened, so she was advised to undergo occupational therapy treatment with the Kawa model. At the beginning, she was explained the treatment procedure and the symbolism of the Kawa model. The model of the river and the individual parts were pre-fabricated. For the sake of easier understanding, the fish were used instead of logs. Together with the therapist, the user identified and named individual problems, her strong areas and the support she received from the environment. The elements identified were placed on the model of the river and, together with the therapist, she set goals and outlined the strategies to accomplish her objectives. When the goals were achieved, the symbols of obstacles and barriers were immediately removed from the model. After completing the treatment, the initial and final states of the model were compared. By removing the elements on the river, the user could observe her progress and understand the purpose of the treatment, what also motivated her to stay focused on her path. **Conclusion:** With the help of visual support, the user could easily understand and monitor the progress of the treatment. Coincident removal and addition of new elements on a simplified river model when the goal was achieved developed her awareness and encouraged her to follow through on her goals. The Kawa model enhances the patient's collaboration throughout the treatment process. Due to its clarity and relative simplicity, the model could also be used in people with cognitive impairment.

Key words: Kawa model, intellectual disability, injury, reintegration

ODZIV BOLNIKOV NA FUNKCIJSKO USPOSABLJANJE Z GLASBO - FUNB**PATIENT RESPONSE TO DANCE MOVEMENT THERAPY - DMT**

Gabriela Češarek Vučko¹, dipl. del. ter., Dejana Zajc¹, dipl. del. ter., spec., Alma Hukić¹, dipl. del. ter., Polonca Rogelj¹, dipl. del. ter., Marta Vidmar¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišče: Glasba je terapevtski medij, ki z ritmom in melodijo vpliva in vzpodbuja gibalne vzorce. Le ti izhajajo iz senzomotorične integracije, nevroterapevtskega pristopa in motoričnega učenja. Funkcijsko usposabljanje z glasbo (FUNB) je nov terapevtski pristop v delovni terapiji. Sestavljen je iz štirih sklopov: priprava na ples, ples sede, ples in druženje. Protokol je zasnovala delovna terapevtka gospa Zdenka Pihlar. **Metode:** V obravnavo je bilo vključenih 31 žensk in 6 moških, s povprečno starostjo 55 let. Struktura diagnoz bolnikov vključenih v obravnavo je bila sledeča: 21 z multiplo sklerozo, trije s Parkinsonovo boleznijo in 13 z ostalimi nevrološkimi obolenji. Program terapije s FUNB je potekal 2x tedensko 30 minut. Pred začetkom terapije s FUNB so vsi bolniki odgovorili na vprašalnik PDQ-8 (Parkinson disease quality of life questionnaire). Po zaključku so izpolnili še vprašalnik o izvedbi, zadovoljstvu in predlogih za dopolnitve in spremembe.

Rezultati: Vprašalnik PDQ-8 je pokazal, da imajo bolniki največ težav pri oblačenju, z gibanjem in mišičnimi krči. Po izpolnjenem vprašalniku o izvedbi so bolniki izpostavili, da je bilo izvajanje gibov z glasbo v skupini prijetno, pomirjajoče in spodbujajoče, gibanje ob glasbi pa lažje, vseč jim je bilo druženje v skupini. Najtežje jim je bilo izvajati drugi in tretji sklop. Izrazili so željo po spremembi glasbe in prilagoditvi opreme-stolov. **Sklep:** Za bolj natančne rezultate in učinke, bi potrebovali večjo število bolnikov. V naši študiji smo potrdili dobre učinke terapije s standardiziranim vprašalnikom, ustreznost vprašalnika PDQ-8, pa bo potrebno preveriti. Udeleženci so FUNB prepoznali kot terapevtsko metodo. Prihodnje bomo pri izvajanju FUNB-a zvrst glasbe in ritem nekoliko spreminjali in poskrbeli za udobnejše sedenje med izvajanjem programa.

Ključne besede: nevrorehabilitacija, funkcionalno usposabljanje z glasbo, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Dance movement therapy (DMT) facilitates movement patterns derived from senso-motor integration, motor learning and neurotherapeutic approaches. DMT is one of the modern approaches to occupational therapy. It consists of four sections: dance warm-up, dancing in a sitting position, dancing and socializing. The protocol was developed by the occupational therapist Mrs. Zdenka Pihlar. **Methods:** 31 female and 6 male patients, with the average age of 55 years, were enrolled in DMT therapy. Twenty-one patients had multiple sclerosis, three had Parkinson disease and 13 other neurological problems. The DMT took place twice a week for 30 minutes. Before the beginning of the programme, all patients completed the PDQ-8 (Parkinson's disease quality of life questionnaire). At the end of the programme, the participants were requested to fill in a questionnaire related to the performance, satisfaction and further improvement of the programme. **Results:** The PDQ-8 questionnaire results show that patients had greatest difficulties in the performance of daily activities, movement and with spasticity. After the DMT, the participants affirmed that the performance with music in the group was pleasant and stimulating. Movement accompanied by music was easier and they enjoyed socialising with other group members. Some of the patients expressed different music preferences and

the need for adaptation of seats. **Conclusion:** For more accurate results, a larger sample of patients will be required. The study confirmed the positive impact of DMT with a standardised test, but the adequacy of the PDQ-8 should be further explored. DMT is an effective method of socialization, which also stimulates movement patterns. The patients enjoyed DMT sessions, which was reflected in their good mood and communication between the group members. Future research should substantiate the adequacy of PDQ-8 also in the assessment of patients with other diagnoses. To add to the participants' satisfaction, more musical diversity of rhythm will be introduced and more comfortable chairs will be provided.

Key words: neurorehabilitation, dance movement therapy, occupational therapy

METODA FUNKCIJSKEGA USPOSABLJANJA S POMOČJO GLASBE (FUNB) V PODALJŠANI ZDRAVSTVENI REHABILITACIJI

DANCE MOVEMENT THERAPY (DMT) IN THE PROCESS OF EXTENDED VOCATIONAL REHABILITATION

Klavdija Novak¹, dipl. del. ter., Mateja Sok¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Center za poklicno rehabilitacijo Murska Sobota

IZVLEČEK

Uvod: Metoda FUNB (funkcijsko usposabljanje s pomočjo glasbe) je zasnovana po modelu Mednarodne klasifikacije funkcioniranja (MKF). Njen namen je ohranjanje oziroma ponovno vzpostavljanje motoričnih, procesnih in komunikacijskih spretnosti pri nevrološkem bolniku. Glasba je terapevtski medij, ki vpliva na izvedbo ustreznih gibalnih vzorcev, čustveno stabilnost, občutek prevzema kontrole in obvladovanje stresa.

Vsebina: Uporabljamo jo pri osebah po pridobljeni in nezgodni možganski poškodbi (možganska kap, možganska krvavitev, tumorji, poškodbe glave). Gre za obravnave, kjer osebe s pridobljeno ali nezgodno možgansko poškodbo pripravljamo na čim bolj varno vrnitev na delovno mesto oz. skozi daljši čas ugotavljamo, ali bo vrnitev na delovno mesto glede na posameznikove zmožnosti sploh še mogoča. Skozi posamezne elemente FUNBa skušamo delovati na omejene spretnosti ter posledično vplivati na področje vsakodnevnega delovanja in delovnega vključevanja. **Zaključek:** Metoda FUNB je v Centru za poklicno rehabilitacijo Murska Sobota, postala nepogrešljiv del delovnoterapevtske obravnave in velik doprinos v podaljšani zdravstveni rehabilitaciji. Močno vpliva tudi na splošno opolnomočenje posameznika. Opažamo pozitiven odziv in zadovoljstvo obravnavanih ter napredek na področju vsakodnevnega funkcioniranja kot tudi v procesu delovnega vključevanja.

Ključne besede: glasba, možganska poškodba, spretnosti, delovno vključevanje, opolnomočenje

ABSTRACT

Introduction: The dance movement therapy (DMT) is based on International classification functioning (ICF). The main goal is the establishment of motor, process and communication interaction skills in neurological patients. The music is a therapeutic approach, which improves movement, emotional stability, self-control and coping with stress. **Content:** The DMT therapy is used in persons with traumatic brain injuries, i.e. brain hemorrhage, brain tumour, and head injuries. The treatment goal is to gradually prepare the patients to safely return to their former workplace, or in some cases, to establish their permanent work disability. The individual elements of DMT are targeted to improve the limited skills, and consequently the performance of daily activities, quality of life, and work inclusion. **Conclusion:** In the Center for vocational rehabilitation Murska Sobota (CVR MS), the DMT therapy has become an indispensable part of occupational therapy and a great contribution in the process of extended vocational rehabilitation and general individual's empowerment. Positive responses and satisfaction of the centre's users, the progress in the field of daily life activities and work inclusion have been recorded.

Key words: music, brain injury, skill, work inclusion, empowerment

VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA PRI OZAVEŠČANJU OSEB Z OKVARO HRBTENJAČE O ZAŠČITI KOŽE PRI SEDENJU V VOZIČKU

OCCUPATIONAL THERAPIST'S ROLE IN RAISING AWARENESS OF PEOPLE WITH SPINAL CORD LESION ABOUT THE PROTECTION OF SKIN WHILE SITTING ON A WHEELCHAIR

Anja Vesenjāk¹, dipl.del.ter., Anita Matjaž Bevk¹, dipl.del.ter., Nataša Puzić Ravnjak¹, dr.med.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Po okvari hrbtenjače koža zahteva dnevno nego in nadzor, saj lahko pojav razjede zaradi pritiska (RZP) pomembno vpliva na zdravstveno stanje, funkcijsko zmogljivost in kakovost življenja. Visok odstotek vseh RZP pri osebah z okvaro hrbtenjače je mogoče preprečiti, tudi z načrtnim programom vzgoje preprečevanja. **Vsebina:** Delovni terapevt (DT) ima v interdisciplinarnem rehabilitacijskem timu pri tem pomembno vlogo, saj je ena izmed dejavnosti, ki jih opravlja tudi zdravstveno-vzgojna in preventivna. DT osebe z okvaro hrbtenjače uči tehnik razbremenitve ogroženih predelov kože, ki so odvisne od ravni in obsega okvare hrbtenjače in se razlikujejo pri osebah, ki uporabljajo voziček na ročni in elektromotorni pogon. DT mora upoštevati ter oceniti primernost vozička in sedežne blazine, mobilnost, funkcijo, sedenje ter nameščanje v vozičku. Pomembna je tudi stopnja samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti, obsega gibanja in funkcioniranja zgornjih udov, čas ki ga presedijo v vozičku ter čas, ki je namenjen za razbremenitev pritiska leže v postelji. Poleg praktičnega prikaza in verbalne edukacije o preprečevanju RZP izboljšajo kakovost in raven ozaveščanja tudi vizualni prikazi, kot so plakati, različni vizualni signali in opomniki. **Zaključek:** Cilj redne izvedbe razbremenitve ogroženih predelov kože pri sedenju v vozičku je zmanjšati pritisk vsakih 15 do 30 minut za vsaj za 30 do 90 sekund. Za doseg tega cilja je ključna vloga delovnega terapevta.

Ključne besede: preprečevanje, delovna terapija, tehnike razbremenjevanja, okvara hrbtenjače

ABSTRACT

Introduction: Daily care and control of the skin is essential in persons with spinal cord injury (SCI) in preventing pressure ulcer occurrence. Pressure ulcers (PUs) can have a significant impact on health and functioning, activities of daily living and quality of life. A high percentage of ulcers can be avoided also with a planned programme of prevention.

Content: Occupational therapist (OT) as a member of interdisciplinary rehabilitation team has a leading role in the prevention of PUs since he/she is responsible also for health education and prevention. Occupational therapists teach persons with SCI different techniques to relieve pressure at areas at high risk for developing pressure sores, depending on the level and severity of SCI and the type of wheelchair. Techniques differ in people that use manual and power wheelchairs. The occupational therapist must take into account and assess the suitability of the wheelchair and seat cushion, mobility, function, seating and posture in the wheelchair. Also important is the level of independence in daily activities, range of motion and functioning of the upper limb, the time they actively sit on a wheelchair, and time used to relieve the pressure lying in bed. Visual demonstrations like posters, visual signals and reminders along with practical demonstrations and verbal

education, improve the quality and level of awareness. **Conclusions:** The goal of regular exercise is to relieve pressure every 15 to 30 minutes for at least 30 to 90 seconds. In achieving this goal, the role of occupational therapists is crucial.

Key words: prevention, occupational therapy, relief techniques, spinal cord injury

PREGLED IZVAJANJA DELOVNE TERAPIJE S POMOČJO KONJA V SLOVENIJI

A REVIEW OF EQUINE-ASSISTED OCCUPATIONAL THERAPY IN SLOVENIA

Ajda Bergant, dipl.del.ter., Evita Drvarič¹, dipl.del.ter., Nika Gombač², dr. Lea Šuc², MSc OT, dipl.del.ter., pred., doc.dr. Jaka Žgajnar³

¹Dom Starejših Logatec, Logatec

²Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

³Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Strokovna in znanstvena literatura na podlagi številnih raziskav dokazuje učinkovitost terapevtskih obravnav s pomočjo konja. Tako tudi delovni terapevti z aktivnostmi ob konju in na konju izboljšujejo funkcije in spretnosti posameznika. V danem prispevku podajamo pregled izvajanja obravnav delovne terapije s pomočjo konja v Sloveniji. **Vsebina:** Uporabljen je bil nestandardiziran anketni vprašalnik za delovne terapevte, ki pri svojem delu uporabljajo konja. Vprašalnik je izpolnilo šest delovnih terapevtov, ki izvajajo tovrstno terapijo v povprečju 10,8 leta. Štirje anketirani terapevti imajo opravljeno dodatno izobraževanje Terapija s pomočjo konja (TPK), pet od šestih terapevtov pa pri svojem delu uporablja interna ocenjevanja oziroma otroke spremlja preko opazovanja. Anketiranci imajo z vidika konjeništvu v večjem delu osnovna znanja za delo s konji, z opravljenim izpitom Jahač 1 in Jahač 2. **Zaključek:** Pregled literature in rezultati izvedenega anketnega vprašalnika kažejo na pomanjkanje izobraževanj na področju delovne terapije s pomočjo konja, kot tudi strokovnega in znanstvenega dokazovanja o pozitivnih učinkih tovrstnih terapij v delovnoterapevtski praksi v Sloveniji.

Ključne besede: terapija s konjem, delovna terapija v Sloveniji, terapija s konjem v tujini

ABSTRACT

Introduction: Based on numerous studies, professional and scientific literature confirms the efficiency of Equine-Assisted Therapy (EAT). To promote the functions and skills of an individual, occupational therapists use the equine-assisted therapy, which includes therapeutic riding, mounted or ground activities and grooming. The article provides an overview of the implementation of equine-assisted occupational therapy in Slovenia.

Content: Data collection was conducted with a non-standardized questionnaire for occupational therapists, who practice horse therapy in their work. The questionnaire was completed by six occupational therapists, with the average 10.8-year experience in hippotherapy. In comparison to some other countries, the percentage of such occupational therapists in Slovenia is small. Four out of six therapists have a certificate in Equine-assisted therapy, five respondents generally use internal assessments or monitor children through observation. The majority of the respondents possess elementary knowledge on horsemanship and hold two licenses – Jahač 1 (Rider level 1) and Jahač 2 (Rider level 2).

Conclusion: The reviewed literature and survey results indicate a lack of training in occupational therapy using a horse. There is also a scarcity of expert and scientific evidence of the positive effects of horse therapies in occupational therapy practice in Slovenia.

Key words: horse therapy, occupational therapy in Slovenia, equine-assisted therapy abroad

ŽIVLJENJSKI SLOG DELOVNIH TERAPEVTOV V SLOVENIJI

LIFESTYLE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN SLOVENIA

Katarina Črv¹, dipl.del.ter.

¹Psihiatrična bolnišnica Begunje

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je bilo ugotoviti ali delovni terapevti kot zdravstveni delavci, ki so predani svojemu poklicu, empatični pri svojem delu in v vseživljenjskem procesu učenja, svoje znanje dopolnjujejo in nadgrajujejo. Prav tako je bilo analizirano ali to novo znanje prenesejo tudi v zasebno življenje in s tem vplivajo na svoj življenjski slog. **Metode:** V raziskavi je bil uporabljen kvantitativen pristop, s podatki, zbranimi s pomočjo e-anketnega vprašalnika. Anketni vprašalnik je izpolnilo 95 zaposlenih delovnih terapevtov v Sloveniji. Rezultati so bili analizirani z deskriptivno in analitično statistiko. Kot stopnjo tveganja je določen $p < 0,05$. **Rezultati:** Z analizo odgovorov ugotavljamo, da se kar 72 % delovnih terapevtov ukvarja s športno dejavnostjo 2 ali večkrat tedensko. Med temi jih več kot 54 % meni, da so srečni. Kar 86 % vseh anketiranih meni, da športna aktivnost bistveni pripomore k njihovemu boljšemu počutju, 72 % vseh pa ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro. **Sklep:** Delovni terapevti sledijo filozofiji delovne terapije in sodobnim smernicam zdravega življenjskega sloga ter skozi redne prostočasne aktivnosti, posebej športne, skrbijo za svoje zdravstveno stanje ter s tem vzpostavljajo občutek sreče. Je pa potrebno biti pozoren na uporabo računalnika, saj je ta pri delovnih terapevtih najpogostejša prostočasna dejavnost, kot tudi sicer v družbi.

Ključne besede: sreča, aktivnosti, zdravje, prosti čas, prehrana

ABSTRACT

Introduction: The aim of the research was to establish whether occupational therapists, as health professionals, who are devoted to their profession, empathic in their work, recognise the importance of lifelong learning. The study aimed to establish whether the newly acquired knowledge is translated also into their private life, thereby influencing their lifestyle. **Methods:** For the purposes of the study, a quantitative approach was employed, using an e-questionnaire as a research instrument. The sample consisted of 95 occupational therapists employed in Slovenia. The results were analysed with descriptive and analytical statistics. The risk level was set at $p < 0.05$. **Results:** The data analysis shows that as many as 72 % of occupational therapists are engaged in sport activities twice or more times a week. More than 54 % of the sample think they are happy. As many as 86 % of all respondents consider sports activity as a vital contributor to their well-being, and 72 % of all the participants self-assessed their health as good or very good. **Conclusion:** Occupational therapists follow the philosophy of occupational therapy and modern guidelines of a healthy lifestyle and through regular leisure activities, especially sports, take care of their health, which contributes to their well-being. However, it is necessary to pay attention to the overuse of the computer, since it is the most frequent leisure activity among occupational therapists, as well as in general society.

Key words: happiness, activities, health, leisure, nutrition

POT ZA AKTIVNE

ACTIVITY ROUTE

Jožica Kralj¹, dipl.del.ter.

¹Dom starejših občanov Grosuplje

IZVLEČEK

Uvod: Stanovalci Doma starejših občanov Grosuplje se radi sprehajajo okrog doma. Želja vseh, tako stanovalcev kot zaposlenih je bila, da s to aktivnostjo nadaljujejo tudi v času slabega vremena. **Vsebina:** Izkoristili so domski hodnik in v sodelovanju delovne terapije in fizioterapije uredili POT ZA AKTIVNE. Uporabljajo jo lahko tudi stanovalci na invalidskem vozičku. Na 220 m lahko na 18 vadbenih postajah razgibajo celotno telo. Vsaka postaja je opremljena z ustreznimi navodili in pripomočki za vadbo. Pri načrtovanju poti za aktivne so upoštevali naslednja pravila: varnost, enostavnost, uporabnost. Cilji: izboljšanje gibljivosti, povečanje mišične moči, izboljšanje ravnotežja in koordinacije, izboljšanje kondicije, druženje, izboljšanje samozavesti. **Zaključek:** Dvakrat tedensko poteka voden pohod v skupini z delovno terapevtko ali s fizioterapevtko, marsikdo pa se tudi sam večkrat dnevno odpravi na pot. K sodelovanju so povabili tudi svojce, ki spodbujajo in spremljajo svoje bližnje pri vadbi na poti za aktivne.

Ključne besede: Dom starejših, sprehod, vaje, primer dobre prakse

ABSTRACT

Introduction: The residents of the nursing home Grosuplje like to take a walk. The interest of all, both the residents and employees, was to continue with this activity also during bad weather. **Content:** In cooperation with occupational therapists and physiotherapists, the house corridor was transformed into an ACTIVITY ROUTE. It can also be used by residents on a wheelchair. The route is 220 m long and consists of 18 exercise points. Each point is equipped with appropriate instructions and training equipment. When planning the activity route, the following rules were observed: safety, simplicity, usefulness. Goals: to improve flexibility, to increase muscle strength, to improve balance and coordination, to improve physical fitness, to socialise, to improve self-esteem. **Conclusion:** Twice a week, a guided group walk with the occupational therapist or physiotherapist is organised, but many residents use the activity route on their own on a daily basis. The residents' relatives are invited to encourage and accompany their loved ones in this exercise programme.

Key words: nursing home, walk, exercises, good practice

OBLAČENJE BOLNIŠNIČNE PIŽAME PRI OSEBAH Z REVMATIČNIMI OBOLENJI

DRESSING OF HOSPITAL CLOTHING AMONG CLIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

Aljaž Oven, dipl.del.ter., Tjaša Popošek¹, dip.del.ter., Vitoslava Marušič², dipl. del. ter.,
viš. fiziot, spec., pred.

¹Thermana d.d., Družba dobrega počutja, Laško

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Osebe z revmatičnimi obolenji imajo pogosto težave pri vsakodnevnih aktivnostih, kamor sodi tudi oblačenje. Ugotavljali smo, ali so bolnišnične pižame zanje ustrezne, kaj jim pri oblačenju povzroča težave in ali obstaja povezanost med izvedbo aktivnosti ter stopnjo bolečine in utrujenosti. Vključenih je bilo 30 oseb z revmatičnimi obolenji in za primerjavo 30 zdravih oseb. **Metode:** Podatke smo zbrali z analizo aktivnosti oblačenja pižame in merjenjem časa izvedbe, bolečine in utrujenosti ter vprašalnikom o mnenju glede materiala, kroja, izgleda bolnišničnih pižam ter morebitnih težavah, ki jih imajo osebe pri oblačenju in nošenju. **Rezultati:** Osebe z revmatičnimi obolenji potrebujejo za oblačenje v povprečju polovico več časa kot osebe brez revmatičnih obolenj. Največ težav imajo pri zapenjanju in odpenjanju gumbov, zavezovanju in odvezovanju vrvice, vtikanju rok v rokave in nog v hlačnice. Odstopajo motorične spretnosti: stabilizira, poravnava, se pripogiba, koordinira, manipulira in giblje tekoče. Stopnja bolečine in utrujenosti se po izvedbi aktivnosti statistično pomembno povečata. Osebe z revmatičnimi obolenji pri bolnišničnih pižamah motijo predolgi, preširoki rokavi in hlačnice ter preširok pas. Pižame so ocenili kot trde in neudobne. **Razprava:** Revmatična obolenja vplivajo tudi na izvedbo dnevnih aktivnosti (oblačenje), ki so za posameznikovo samostojnost ključnega pomena. **Sklep:** Oblačenje bolnišnične pižame za osebe z revmatičnimi obolenji predstavlja problem, zato bi bilo treba temu področju nameniti več pozornosti v smislu izbire materialov za izdelavo, oblikovanja in načina zapenjanja/zavezovanja. Pri tem ima lahko delovni terapevt pomembno vlogo.

Ključne besede: revmatizem, bolnišnična oblačila, aktivnost oblačenja, bolečina, utrujenost

ABSTRACT

Introduction: People with rheumatic diseases often face difficulties in the performance of the activities of daily living, including dressing. The survey was conducted to determine the suitability of hospital clothing for patients with rheumatic diseases and to examine the relationship between the performance of the activity, pain and tiredness. The survey included 30 patients suffering from rheumatic diseases and 30 healthy individuals as a control group. **Methods:** For the study purposes, a quantitative methodology was used. The data were collected through the activity analysis, using a 10-point numeric scale, timing the performance and rating the pain and tiredness. A questionnaire also enquired about the material, the cut and the appearance of the hospital clothing as well as the possible problems with dressing and wearing. **Results:** On average, the patients with rheumatic diseases take about half more time for dressing than normal. Most problems occur with buttoning up, tying and untying the strings, inserting arms into sleeves and legs into trousers. The activity analysis observed marked differences in the following motor skills:

stabilizes, aligns, bends, coordinates, manipulates and moves smoothly. The levels of pain and tiredness statistically significantly increased after the activity. In many cases, the sleeves of hospital clothing are too long and too wide, the trousers are too long, and the waistline is too wide for most people with rheumatic diseases. According to the respondents, hospital clothing felt rough and uncomfortable. **Discussion:** Rheumatic diseases affect the activities of daily living (dressing), which are important for the person's independence. **Conclusion:** The activity of dressing hospital clothing presents a problem for patients with rheumatic diseases. It is therefore necessary to pay more attention to the choice of proper materials, better design and fastening techniques. Occupational therapists may be of assistance in the design of more functional hospital patient clothing.

Key words: rheumatic diseases, hospital clothing, activity of dressing, pain, tiredness

**POMEN TELESNE AKTIVNOSTI PRI OSEBAH ODVISNIH OD ALKOHOLA:
VIDIK DELOVNEGA TERAPEVTA NA ODDELKU ZA ZDRAVLJENJE
ODVISNOSTI PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE IDRİJA**

**THE IMPORTANCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN PERSONS SUFFERING
FROM ALCOHOL DEPENDENCE: OCCUPATIONAL THERAPIST'S VIEW
(DEPARTMENT OF ADDICTION TREATMENT AT THE PSYCHIATRIC
HOSPITAL IDRİJA)**

Saša Pisk¹, dipl.del.ter.

¹ Psihiatrična bolnišnica Idrija, Oddelek za zdravljenje odvisnosti, Idrija

IZVLEČEK

Uvod: Sindrom odvisnosti od alkohola (SOA) je bolezen, ki prizadene vsa področja človekovega delovanja. Osebe odvisne od alkohola s stopnjevanjem pitja začnejo opuščati zdrave vzorce vedenja, med drugimi tudi telesno aktivnost. Prispevek obravnava pomen telesne aktivnosti pri osebah odvisnih od alkohola z vidika delovnega terapevta, v procesu celotnega zdravljenja in kasnejši rehabilitaciji. **Vsebina:** Odvisnost spremeni celotno človekovo osebnost. Osebe, ki imajo težave v odnosu do alkohola, se pogosto spopadajo z anksioznimi in depresivnimi stanji. Opaža se pasivnost, utrujenost, pomanjkanje volje ali izguba energije. Odvisne osebe izgubljajo zanimanje za zdrave interesne aktivnosti. Zanimarjajo skrb zase, zunanji zgled jim postaja vsemanj pomemben. Zdravstvene posledice pitja alkohola osebam onemogočajo izvajanje telesnih aktivnosti. Namen prispevka je s pomočjo študije primera predstaviti pomen telesne aktivnosti pri osebah odvisnih od alkohola na Oddelku za zdravljenje odvisnosti Psihiatrične bolnišnice Idrija. Spremljan je bil pacient v 10 tedenski obravnavi odvisnosti, s poudarkom na razvoju zdravega življenjskega sloga. V primeru je bil uporabljen Model človekove okupacije (MOHO). Znotraj modela so bile uporabljene ocenjevalne metode: intervju, ček lista prostočasnih aktivnosti in vprašalnik Occupational Questionnaire. Literatura je bila pridobljena iz študije strokovne in znanstvene literature ter spletnega brskalnika Google na temo odvisnost, telesna aktivnost, kognitivno-vedenjska terapija in struktura. **Zaključek:** Praksa pokaže, da pacienti odvisni od alkohola, znotraj bolnišničnega okolja ob ustrezni podpori (strukturiran pristop, vključevanje svojcev oz zanj pomembnih bližnjih, proces psihoedukacije, izražanje empatije, spodbujanje, opogumljanje,...) in okolju naklonjenemu abstinenci, lažje spremenijo nefunkcionalne oblike vedenja. Razvijanje zdravju koristne telesne aktivnosti jim pomaga pri obvladovanju težav povezanih z vzdrževanjem abstinence. Pridobljene vedenjske vzorce, med katere sodijo tudi zdravju koristne telesne aktivnosti osebe vnesejo v domače okolje in s tem zaživijo kakovostnejše in stabilnejše življenje.

Ključne besede: telesna aktivnost, osebe odvisne od alkohola, struktura

ABSTRACT

Introduction: Alcohol dependence syndrome is an illness that affects all areas of a person's life. People suffering from alcohol dependence start giving up healthy patterns of behaviour, one of which is also physical activity. This article looks into the importance of physical activity in the process of treatment and rehabilitation of all people with alcohol dependence from the viewpoint of an occupational therapist. **Content:** Addiction may result in complete personality and behavioural changes. Alcoholics experience anxiety and

depression, also leading to passivity, fatigue, lack of will or loss of energy. Dependent persons lose interest in healthy leisure-time activities. Alcoholism can be a significant contributor to the etiology of self-neglect, including unkempt personal appearance. Chronic alcohol consumption may result in complete neglect of physical activity. The aim of the article is to present a case study showing the importance of physical activity for persons suffering from alcohol dependence at the Psychiatric Hospital Idrija, Department of addiction treatment. We monitored a patient during a 10-week treatment of alcohol dependence with an emphasis on developing a healthy lifestyle. The Model of Human Occupation (MOHO) was used along with occupational therapy assessment methods (interview, check list of leisure-time activities and the Occupational Questionnaire). Search engine Google Scholar was used in the literature search of the published information in the subject area of addiction, physical activity, cognitive-behavioural therapy and structure.

Conclusion: Evidence shows that alcohol-dependent individuals can change their dysfunctional behavioural patterns in the hospital environment if empowered with appropriate assistance (structured approach, the involvement of relatives and significant others, the process of psycho-education, empathy, encouragement) and alcohol-free residential environment. Developing healthy physical activity patterns helps them cope with withdrawal and the maintenance of alcohol abstinence. The patients adhere to acquired behavioural patterns (including healthy physical activities) also in their home environment and thus improve their quality of life.

Key words: physical activity, alcohol dependent person, structure

UPORABA MODELA KAWA V REHABILITACIJI

KAWA MODEL IN REHABILITATION SETTING

Barbara Osolnik¹, dipl. del. ter.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Namen plakata je predstavitev uporabe modela Kawa v obravnavi 68-letne pacientke z otroško paralizo, ki je bila napotena na ambulantno obravnavo v delovno terapijo na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu - Soča za izboljšanje motoričnih spretnosti zgornjih okončin. Delovna terapevtka se je odločila uporabiti drugačen pristop obravnave pacientke, ki je pri ambulantnih pacientih navadno biomedicinski. **Vsebina:** Pacientka je zaradi svoje diagnoze vsaki dve leti prihajala na terapijo. Ker je po poklicu medicinska sestra in je dobro poznala biomedicinski pristop dela, ji je delovna terapevtka predstavila model Kawa in gospa se je s predlaganim načinom obravnave strinjala. Gospa je pod vodstvom delovne terapevtke narisala presek svoje reke, kjer rečno dno in brežine predstavljata njeno fizično in socialno okolje; skale v reki predstavljajo njene trenutne težave v življenju, naplavine oz. hlodi v reki pa predstavljajo pacientkine osebne značilnosti, ki se na te skale navezujejo. Delovnoterapevtske obravnave so obsegale: navezovanje stika s skupino za prenehanje kajenja; postopno čiščenje in urejanje stanovanja; prijava v društvo paralizikov, kjer je gospa pridobila parkirni znak za invalide ter 12-dnevno terapijo v zdravilišču; uporaba primernih pripomočkov za varnejše in lažje izvajanje dnevnih aktivnosti; ter uporaba preteklih hobijev (slikanje olje na platno) za izboljšanje spretnosti rok preko barvanja ulitkov iz mavca. **Zaključek:** Z uporabo modela Kawa smo pri obravnavi pacientke dobili kompleksnejšo širino in s tem boljše poznavanje pacientke in njenih težav, s tem pa tudi možnost za reševanje njenih težav, ki niso zgolj biomedicinske narave.

Ključne besede: delovna terapija, ambulantna obravnava, otroška paraliza, pacientovi cilji

ABSTRACT

Introduction: The aim of this poster is to demonstrate the use of Kawa model in a case of a 68-year old polio patient, who was referred to outpatient occupational therapy department in the University Rehabilitation Institute (URI) – Soča. In order to improve the patient's motor abilities of her upper limbs, the occupational therapist decided upon an approach, which differed from the usual biomedical one. **Methods:** Due to her diagnosis, the patient attended the outpatient therapy every two years. With her professional background in nursing she was familiar with biomedical approach in rehabilitation. The occupational therapist suggested the use of the Kawa model and the patient agreed to participate. Under the guidance of occupational therapist, the patient drew a picture of her river, representing her life. The river bottom and the river banks represent her physical and social environment, the rocks in the river symbolise her present difficulties and the river deposits or wood logs demonstrate her personal characteristics, which are related to the rocks. Occupational therapy interventions addressed the following issues: the patient's contact with the local smoking cessation group; gradual cleaning and arranging of the apartment; applying for membership in Paralytic association through which the patient obtained a handicapped parking label, and was entitled to a 12-day therapy in a health resort; the use of appropriate supportive devices for safer and easier performance of daily activities; resumption of previous pass time activities (oil on canvas) to improve motor abilities of upper limbs by

painting on cast models. **Conclusion:** The application of the Kawa model in rehabilitation enabled a more comprehensive treatment and broader insight into the patient's problems. This provided a rationale for coping with the problems, which were not solely biomedical in their nature.

Key words: occupational therapy, outpatient treatment, polio, patient's goals

LAHKO BRANJE V DELOVNOTERAPEVTSKI OBRAVNAVI

EASY READ IN OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT

Janja Blatnik¹, študent del. ter., Urška Brglez¹, študent del. ter., mag. Alenka Plemelj¹, dipl. del. ter., pred.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: V Sloveniji ima 15 % celotne populacije težave pri branju in razumevanju običajnih besedil. S terminom lahko branje označujemo besedila, ki jih lažje beremo in razumemo. Lahko berljiva besedila imajo svoje smernice in svoja pravila. Vsebine so lahko razumljive, smiselne, jasne in tekoče. Zanimalo nas je ali delovni terapevti poznajo in uporabljajo koncept lahkega branja. **Metode:** Za ugotavljanje poznavanja lahkega branja pri delovnih terapevtih v Sloveniji je bila uporabljena kvalitativna raziskovalna metoda v obliki vprašalnika odprtega tipa in narejen je bil pregled literature. Uporabljen je bil Kanadski test ocenjevanja izvajanja dejavnosti (angl. COPM) pri 10 uporabnikih lahkega branja. **Ugotovitve:** Delovni terapevti v Sloveniji slabo poznajo in redko uporabljajo lahko branje v delovnoterapevtski obravnavi. V rezultatih COPM-a so uporabniki učinkovitost in zadovoljstvo izvedbe branja po uporabi koncepta lahkega branja ocenili z višjimi ocenami kot pred izvedbo koncepta. **Zaključek:** Dobljeni rezultati in pregledana literatura izkazujejo potrebo po poznavanju in uporabi lahkega branja v delovnoterapevtski obravnavi.

Ključne besede: pridobivanje informacij, razumevanje branja, osebe z zmanjšano zmožnostjo, delovna terapija.

ABSTRACT

Introduction: 15% of the total population in Slovenia have some difficulties in reading and understanding simple texts. The concept of Easy Read refers to a text that can be easily read and understood. Easy Read texts have their guidelines and standards rules. Their content is easy to understand, it is meaningful, clear and fluent. The study sought to determine to what extent the occupational therapists are familiar with the concept of Easy Read and use it for therapeutic purposes. **Methods:** A literature review and a questionnaire were used for collecting data. The questionnaire with questions in open ended format enquired about occupational therapists' familiarity with Easy Read concept in Slovenia. Ten users of Easy Read concept were assessed using an adjusted Canadian Occupational Performance Measure (COPM). **Results:** The evidence gathered indicates that Occupational therapists in Slovenia have a very poor knowledge about the Easy Read concept and rarely apply it into occupational therapy treatment. The results of the COPM show that the users of Easy Read concept rated their reading performance and satisfaction higher than before the introduction of the concept. **Conclusion:** Easy Read has been recognised as a useful therapeutic tool in occupational therapy treatment.

Key words: obtaining information, comprehension, people with disabilities, occupational therapy

OCENJEVANJE UČINKOVITOSTI UČENJA VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI PRI KRONIČNO BOLNIH OTROCIH S POMOČJO LESTVICE DOSEGANJA CILJEV

MEASURING EFFECTIVENESS OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING WITH GOAL ATTAINMENT SCALING (GAS) IN CHRONICALLY ILL CHILDREN

Anja Snedic¹, dipl.del.ter., Simona Korelc¹, dipl.del.ter., Darinka Brezovar¹,
dipl.del.ter., Jana Brodnik¹, dipl.del.ter., Benjamin Trontelj¹, dipl.del.ter., doc. dr. Katja
Groleger Sršen¹, dr. med., spec. fiz. in reh. med.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Večina staršev in otrok si želi, da bi bili otroci čim bolj samostojni pri izvedbi vsakodnevni aktivnosti. Standardni testi, ki jih uporabljamo za ocenjevanje uspešnosti terapevtskih programov in otrokovega napredka, pogosto niso dovolj občutljivi za manjše spremembe. Z ocenjevanjem z Lestvico doseganja ciljev (angl. Goal attainment scaling, GAS) smo želeli preveriti, koliko otroci v času rehabilitacije napredujejo pri izvedbi izbranih aktivnosti. **Metode dela:** V študijo smo vključili otroke, ki so bili v letu 2017 vključeni v rehabilitacijo na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu - Soča. Za oceno napredka pri učenju izbranih vsakodnevni veščin smo uporabili GAS. Izvedbo smo ocenili ob začetku in ob zaključku programa. **Rezultati:** Otroci so tekom rehabilitacije napredovali pri izvedbi vsakodnevni aktivnosti. Na izboljšanje je pomembno vplivala njihova zmožnost grobega gibanja. **Sklep:** Ocena z GAS je potrdila napredek otrok v programu rehabilitacije. Menimo, da bi ocenjevanje z GAS moralo postati del redne klinične prakse. **Ključne besede:** lestvica doseganja ciljev, vsakodnevne aktivnosti, delovna terapija, ocenjevanje, rehabilitacija

ABSTRACT

Introduction: The majority of parents and children wish that children became maximally independent in the activities of daily living. Standardized tests used for measuring the effects of therapy and child's progress are not sensitive enough to detect small changes in performance. The study aimed to determine the children's progress achieved during their rehabilitation period in the selected activities by using the Goal attainment scaling (GAS). **Methods:** The sample consisted of children who attended rehabilitation at URI – Soča in 2017. GAS was used to measure the progress in learning the selected everyday skills. The measurement was conducted at the beginning of rehabilitation and on the child's discharge. **Results:** The study results show that children have improved their performance of daily activities during rehabilitation. Gross motor movement significantly influenced their improvement. **Conclusion:** GAS confirmed the children's progress during rehabilitation. The authors suggest that GAS becomes part of the standard clinical practice. **Key words:** GAS, activities of daily living, occupational therapy, measuring, rehabilitation

INTEGRACIJA MODELA SOCIO – KULTURNIH AKTIVNOSTI V DELOVNO TERAPIJO CENTRA ZA POKLICNO REHABILITACIJO SLUŽBE MARIBOR (EPR INNOVATION PRIZE CONTEST 2017 - PRIMER DOBRE PRAKSE)

INTEGRATION MODEL OF SOCIO–CULTURAL ACTIVITIES INTO OCCUPATIONAL THERAPY AT THE CENTER FOR VOCATIONAL REHABILITATION MARIBOR UNIT (EPR INNOVATION PRIZE CONTEST 2017 - GOOD PRACTICE CASE STUDY)

Evalda Bizjak¹, dipl.del.ter., spec.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Center za poklicno rehabilitacijo, služba Maribor

IZVLEČEK

V procesu zaposlitvene in poklicne rehabilitacije je načelo samoaktualizacije in opolnomočenja uporabnika na področju socialne integracije in interakcije s kulturno animacijskimi aktivnostmi izjemnega pomena. Razvoj inovativnega modela socio-kulturnih aktivnosti (SKA) v sklopu delovnoterapevtske obravnave v programih ocene delazmožnosti, usposabljanja, socialne vključenosti in podaljšanih zdravstvenih obravnav omogoča osebi specifično izkušnjo, kjer lahko z namensko aktivnostjo posega v svet likovnega ustvarjanja, dramsko lutkovne animacije, glasbenih improvizacij, poetičnega in kantavtorskega izražanja, gibalno plesnih aktivnosti, druženja z znanimi gosti. Primarni namen SKA je povezovanje inštitucije z lokalnim okoljem, Univerzo, knjižnico, zavodi in centri, sekundarno v povezovanje uporabnikov z zaposlenimi. Delovni terapevt specialist za umetnostno terapijo je kompetenten za vodenje posameznika in skupine skozi proces ustvarjalnosti s poudarkom na psihologiji ustvarjanja, ki so sestavni del modela SKA, saj sprejemanje vsebin uporabniku dopušča da zunanji svet vpliva nanj, ga sooblikuje in s tem spreminja sebe. Slednje se odraža na višjem opolnomočenju, ki je s strani uporabnikov prepoznano kot pomembno v postopku evaluacije zadovoljstva. Pomladi 2017 smo v okviru EPR – Evropske platforme za rehabilitacijo z modelom SKA kandidirali na »EPR - Innovation prize contest 2017«, ki jo EPR razpisuje za namen stimuliranja razvoja inovacij, uvedbo novih metod, programov, projektov in prenosa dobrih praks v okviru evropske mreže izvajalcev poklicne rehabilitacije. Izmed 12 prijavljenih evropskih držav smo po kriterijih uspeli zbrati vse možne točke in usvojili prvo mesto z nagrado za inovativno prakso.

Ključne besede: socio-kulturne aktivnosti, delovna terapija, opolnomočenje, rehabilitacija, inovativna praksa, nagrada, Evropska platforma za rehabilitacijo.

ABSTRACT

The principle of self-actualization and empowerment of the user with reference to social integration and interaction with cultural animation activities is highly significant in occupational and vocational rehabilitation. The development of the innovative model of socio-cultural activities (SCA) as part of occupational therapy treatment in the work ability assessment programs, training, social inclusion and extended medical treatments enables a person to experience art, dramatic puppet animation, musical improvisation, poetic and folk musical expressions, movement and dance activities, and socializing with famous guests. The primary purpose of the SCA is to link institutions with the local environment, the university, libraries, and various institutes and centres, while the purpose of secondary

nature is to link users with employees. An occupational therapist specialised in art therapy is competent in managing an individual and a group through a creative process with an emphasis on the psychology of creativity, which is an integral part of the SKA model as engaging in this kind of content allows the user to be influenced by the outside world, which shapes the user, thus also changing him or her. This is reflected in higher empowerment, which users consider as important in satisfaction evaluation. As part of the SCA model we participated in the EPR - Innovation Prize Contest 2017, which EPR announces for the purpose of stimulating the development of innovations, introduction of new methods, programs, projects and transfer of good practices within the European network vocational rehabilitation providers in spring 2017. Among the 12 registered European countries, we were awarded the total number of points and won first place with a special prize for innovative practice.

Key words: socio-cultural activities, occupational therapy, empowerment, rehabilitation, innovative practice, award, European Platform for Rehabilitation.

VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA PRI ZMANJŠEVANJU SEDENTARNIH AKTIVNOSTIH

THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN REDUCING SEDENTARY ACTIVITIES

mag. Alenka Plemelj¹, dipl.del.ter., pred., Nastja Gradišar², dipl. del. ter., Suzana Oprešnik³, dipl.del.ter.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

²Ostani fit, s.p.

³Splošna bolnišnica Celje

IZVLEČEK

Izhodišča: Dolgotrajno sedenje je javno zdravstveni problem. Deset ur sedenja in več izkazuje visoko stopnjo tveganja za nastanek bolezni. Sedeče, natančneje sedentarne aktivnosti, zahtevajo minimalno porabo energije 1,5 MET ali manj. Enota MET se uporablja za ocenjevanje porabe kisika v fazi počivanja ali sedenja. Namen plakata je predstaviti vlogo delovnega terapevta pri zmanjševanju sedentarnega vedenja. **Metode:** Uporabljen je bil sistematični pregled znanstvene in strokovne literature v bazah COBIB.SI, PubMed in EBSCOhost v obdobju od l. 2006 do l. 2018. Kriteriji za vključitev v raziskavo so bili: sedentarne aktivnosti, delovna terapija in dostopnost angleškega ali slovenskega članka v celotnem obsegu. **Rezultati.** Najpogostejše strategije za zmanjševanje sedentarnega vedenja so ozaveščanje, aktivni odmori,двиžne mize, oblikovanje aktivne pisarne. Delovni terapevt ohranja ravnovesje v človekovem delovanju, promovira zdravje in aktiven življenjski slog. **Zaključek.** Raziskave opozarjajo na nizko učinkovitost uporabljenih strategij. Povečanje telesne aktivnosti ne zmanjšuje časa sedentarnih aktivnosti, potrebno je celostno zmanjševanje vzorcev sedentarnega vedenja. **Gljučne besede:** sedentarno vedenje, strategije zmanjševanja, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Prolonged sitting is nowadays a public health problem. Ten hours of sitting or even more represents a high risk for developing a variety of diseases. Sedentary activities are characterized by very low energy expenditure and less than 1.5 metabolic equivalents (METs). The purpose of this contribution is to present the role of an occupational therapist in reducing sedentary behavior. **Methods:** A systematic literature review was performed using the following databases: COBIB.SI, PubMed and EBSCOhost in the period from 2006 to 2018. The search strategy was based on three key elements: sedentary activities, occupational therapy; scientific and expert papers published in the English and Slovene languages **Results:** Common strategies for decreasing sedentary activities include raising awareness, taking active breaks, lifting desks and active offices. The role of an occupational therapist is also to maintain a balance of an individual's activities, and to promote a healthy and active lifestyle. **Conclusion:** Research has shown low effectiveness of the implemented strategies. Increasing physical activity does not decrease the time of sedentary activities. Focusing on reducing an individual's sedentary behavior may be better. **Keywords:** sedentary behavior, reduction strategies, occupational therapy

KAKO NAJ, KO PA ME VSE MOTI

HOW CAN I DO ANYTHING WHEN EVERYTHING BOTHERS ME

Mojca Sterle¹, dipl.del.ter., Marijana Markovič², dipl.del.ter.

¹Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Dom in DC Šiška, Ljubljana

²Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana – ZGNL, Ljubljana.

IZVLEČEK

Uvod: V praksi se terapevti vedno pogosteje srečujejo s primeri otrok z diagnozo motnja avtističnega spektra (MAS). **Vsebina:** Predstavljen je primer obravnave štiri leta in tri mesece starega dečka Gregorja (psevdonim z namenom zagotavljanja zasebnosti) z MAS. V ospredju so njegove vedenjske težave, težave pri interakciji z vrstniki in sodelovanju pri vsakodnevni aktivnosti. Gregor je bil ocenjen po pristopu Senzorne integracije (SI). Primanjkljaji so bili opredeljeni kot težave z motoričnim planiranjem – dispraksija, kar mu povzroča specifične težave pri sodelovanju v vsakodnevni aktivnosti, družbenem udejstvovanju ter težave s samoregulacijo čustev, pozornostjo in prilagajanjem spremembam. Poleg dispraksije so bile zaznane tudi težave s kontrolo drže, telesno shemo in bilateralno integracijo. **Zaključek:** Po desetih delovnoterapevtskih obravnavah po pristopu SI so se rezultati na ponovnem ocenjevanju izboljšali. Predvsem pa so pomembna pričevanja staršev, svojcev in strokovnjakov, ki vsakodnevno prihajajo z otrokom v stik in navajajo pomembno izboljšanje.

Ključne besede: MAS, delovna terapija, senzorna integracija

ABSTRACT

Introduction: In practice therapists come across children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) more and more frequently. **Content:** A case report of the treatment of a boy called Gregor (the name has been changed for confidentiality purposes) aged four years and three months with ASD is presented. The boy has issues with behaviour, peer interaction and coping with daily activities. Gregor was evaluated in accordance with the Sensory Integration (SI) principles, which revealed issues with motor planning – dyspraxia which causes specific problems during daily activities, social engagement and problems with emotional self-regulation, attention and the ability to cope with change. Initial evaluation of the boy's problems included difficulties with posture control, body scheme and bilateral integration. **Conclusion:** After ten occupational therapy sessions with SI principles, the results of re-evaluation improved. What is more, Gregor's parents, family and therapists who meet with him on a daily basis have all reported on improvements.

Keywords: ASD, occupational therapy, sensory integration

ZMOREM - VPLIV PODPORNE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE NA SODELOVANJE OSEB Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU

I CAN - THE EFFECTS OF ASSISTIVE TECHNOLOGIES AND INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES ON PARTICIPATION OF PERSONS WITH MENTAL DISABILITIES

Silva Bajde¹, dipl. del. ter. s spec.znanji (RNO, SI, TPK terapevtka), Andreja Škorjanc Marinč¹, učiteljica za slušno in govorno motene

¹Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič - CUDV Draga, Ig

IZVLEČEK

Izhodišča: Namen raziskave je ugotoviti kako pogosto osebe z motnjami v duševnem razvoju uporabljajo podporno tehnologijo na posameznih področjih delovanja. Izpostavljen je vpliv podporne tehnologije na izvedbo aktivnosti. **Udeleženci:** Predstavljeni so primeri uporabe podporne tehnologije pri 18 osebah z motnjami v duševnem razvoju, ki so vključeni v CUDV Draga. **Metode dela:** Izvedena je bila anketa s strokovnimi delavci o pogostosti uporabe podporne tehnologije pri treh skupinah oseb z motnjami v duševnem razvoju (skupina oseb z gibalno oviranostjo, avtizmom in Downovim sindromom). Vprašanja so se nanašala na uporabo podporne tehnologije s področja dnevnih aktivnosti, šolskih aktivnosti ter prostega časa. Izvedena je bila primerjava rezultatov ocene skozi aktivnost (OSA) po spretnostih pri aktivnostih uporabe različnih računalniških aplikacij z in brez podporne tehnologije. **Rezultati:** Osebe z motnjami v duševnem razvoju vključujejo podporno tehnologijo na vseh področjih dejavnosti. Kaže se statistično pomembna razlika pri uporabi podporne tehnologije pri vseh skupinah pri ocenjevanju aktivnosti uporabe računalnika. **Ugotovitve:** Podporna tehnologija omogoča, da posameznik zmore več in bolje.

Ključne besede: podporna tehnologijo, osebe z motnjami v razvoju, delovna terapija, projekt idITC, projekt Access

ABSTRACT

Background: The purpose of this research was to establish how often people with intellectual disabilities use assistive technologies in individual areas of work. The impact of supporting technology on the implementation of the activity is outlined. **Participants:** The study sample consisted of 18 people with mental disorders, included in the Education, Work and Care Center Draga (CUDV Draga), who used assistive technology. **Methods:** A survey on the frequency of use of assistive technologies was conducted among the professional staff working with three groups of clients (people with movement disability, autism and Down syndrome). The survey questions inquired about the use of assistive technologies in the field of daily activities, school activities and leisure time. The results of the assessment of activity performance were compared in relation to skills in the use of various computer applications, with and without supporting technology. **Results:** People with intellectual disabilities use supportive technology in all areas of activity. A statistically significant difference in the use of computer was established in all three groups. **Discussion and Conclusion:** Supporting technology enables individuals with intellectual disabilities to perform the given tasks better and in a larger scope.

Keywords: assistive technology, people with disabilities, occupational therapy, idITC project, ACCESS project

Zahvala za sodelovanje uporabnikom VDC Dolfke Boštjančič.

Donatorji in sponzorji



VZAJEMNA
zdravstvena zavarovalnica



mivoz.si
priporočeno od **EXPERTA**
M&J

EXPERTA M&J d. o. o., Pokopališka 36, 1000 Ljubljana
Tel.: 01/ 54 27 455 • Fax /Tel.: 01/ 54 27 450 • e-pošta: info@expertamj.si





**ČESTITKE DELOVNIM TERAPEVTKAM IN DELOVNIM TERAPEVTOM
OB SVETOVNEM DNEVU DELOVNE TERAPIJE**



Celebrating our global community