

## Slovenska revija za delovno terapijo

### Journal of Slovenian Association of Occupational Therapy

Glavna in odgovorna urednica

Sourednici

Recenzenti

Katarina Galof

Andreja Švajger, Julija Ocepek

Alenka Oven

Andreja Švajger

Breda Dolničar

Julija Ocepek

Katarina Galof

Lea Šuc

Nevenka Gričar

Zdenka Pihlar

Izdajatelj in založnik

Zbornica delovnih terapevtov Slovenije –  
strokovno združenje

Linhartova 51, 1000 Ljubljana

Naklada

Tisk

Angleška lektura

Oblikovanje naslovnice

ISSN

370 izvodov

KA PRINT

Tina Škoberne

Petra Švajger

1580-6561

*Suplement revije je nastal na podlagi priprave prispevkov za 10. kongres ZDTS z naslovom DELOVNA TERAPIJA – NOVE PRILOŽNOSTI, ki naj bi se izvedel 6. in 7. novembra 2020 v Portorožu, a je bil zaradi razglašene epidemije s koronavirusom COVID-19 odpovedan.*

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



## IN MEMORIAM



Nežka Jernejčič

Gospa Nežka Jernejčič je bila ena izmed začetnic delovnoterapevtske stroke v Sloveniji, prva predavateljica strokovnih predmetov in dolgoletna predstojnica Oddelka za delovno terapijo.

V študijski program se je vpisala daljnega leta 1964, kot študentka prve generacije delovnih terapevtov. Njena prva zaposlitev je bila v Zavodu za invalidno mladino v Kamniku, leta 1975 pa se je zaposlila na Oddelku za delovne terapevte takratne Višje šole za zdravstvene delavce – zdajšnje Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

Leta 1985 je bila habilitirana v predavateljico in pričela predavati predmeta Delovna terapija in Aktivnosti delovne terapije, kot prva predavateljica, ki je izhajala iz delovnoterapevtske stroke. Vodila je izdelavo in prenovo vseh študijskih programov med letoma 1982 in 1996. Kot predavateljica predmetov s področja delovne terapije je s pomočjo sodelavcev ustanovila in 1. marca 1994 prevzela vodenje Katedre za delovno terapijo.

Vsem nam je ostala v spominu po svojem predanem delu stroki, prežetem s prepričanjem, da je delovni terapevt najlepši poklic na svetu. Učila nas je kako poklic - poklicanost opravljati samozavestno, s ponosom in spoštovanjem do človeka.

Ob njenem slovesu meseca julija 2020 ji za vse še enkrat izrekamo veliko zahvalo.

Katedra za delovno terapijo UL ZF



## KAZALO VSEBINE

Predavanja/lecturers znastveni prispevki

SAMOOČENA KOMPETENC ZA IZVAJANJE DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE NA DOMU Urša Bratun, Katarina Galof .....	1
PLESNO GIBALNA AKTIVNOST V SKUPNOSTI – IZZIV IN NOVE PRILOŽNOSTI Petra Vöröš, Zdenka Pihlar .....	12
UPORABA MULTISENZORNE SOBE – SNOEZELEN V INTERDISCIPLINARNEM PROGRAMU ZA PACIENTE S KRONIČNO NE-RAKAVO BOLEČINO Helena Grilj, Barbara Osolnik, Marko Vidovič, Andreja Švajger.....	21
DELOVNOTERAPEVTSKA OCENJEVANJA PRI OBRAVNAVI OSEB Z MOTNJO V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI Alenka Plemelj Mohorič .....	34
ŽIVLJENJSKO RAVNOVESJE IN STRES PRI OSEBAH S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU TER OSEBAH BREZ TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU Mateja Kavčič, Tadeja Mrak, Darja Poljanec, Saša Pisk.....	47
IZZIVI S KATERIMI SE SPOPADAJO POSAMEZNIKI Z BIPOLARNO MOTNJO NA DELOVNEM MESTU: PREGLEDNI ČLANEK - <b>Umaknjen na zahtevo soavtorjev!</b> .....	59
LESTVICA DOSEGANJA CILJEV V DELOVNI TERAPIJI PRI REHABILITACIJI ODRASLIH Nuša Koban Čugura, Andreja Platnar, Lea Gabrovšek, Nika Gombač, Anita Merhar, Primož Novak, Nataša Ogrin Jurjevič, Zdenka Prosič, Lea Šuc .....	70
ŠPORTNI PLES NA INVALIDSKEM VOZIČKU KOT OKUPACIJA Sara Štirn, Alenka Oven.....	80
VPLIV DIDAKTIČNIH IGER NA MOTORIČNE IN SPOZNAVNE SPOSOBNOSTI PRI OSEBAH Z DEMENCO Nina Logar, Marija Tomšič.....	91
METODA MONTESSORI, IZZIV ZA TISTE, KI DELAJO S STAREJŠIMI IN OSEBAMI Z DEMENCO Špela Mihevc.....	99
DOMAČE OKOLJE VARUJE OSEBE Z DEMENCO Evelina Plohl, Marija Tomšič .....	111
SODELOVANJE V OKVIRU BOBATH KONCEPTA IN TERAPIJE SENZORNE INTEGRACIJE Nina Banovec, Nevenka Gričar, Simona Jelnikar, Lea Šuc.....	123
MOTIVACIJA OTROK S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO PRI PLEZALNIH AKTIVNOSTIH Veronika Meke, Nevenka Gričar .....	133
ZNANJE PRVE POMOČI MED SLOVENSKIMI DELOVNIMI TERAPEVTI Alenka Oven, Damjan Slabe.....	144

PRILAGODITVE DOMAČEGA OKOLJA – OCENA POTENCIALNIH OVIR V DOMAČEM OKOLJU, PRI OSEBAH PO AMPUTACIJI SPODNJEGA UDA – DELNI REZULTATI Tonja Robida, Helena Burger.....	154
---	-----

KAKO OSEBE Z MOTNJAMI VIDA OB VSTOPU NA TRG DELA OPIŠEJO PRIORITETE IN TEŽAVE V IZVAJANJU DEJAVNOSTI Andreja Švajger, Lea Šuc.....	162
---	-----

#### Predavanja/lecturers strokovni prispevki

PROCESNA METODA V DELOVNI TERAPIJI - TEORIJA, PRAKSA Sara Črepinšek, Nika Draksler .....	172
---	-----

OSEBE Z DEMENCO IN SNOEZELEN »SOBA ZA SPROSTITEV« Meta Rojšek Breznik.....	185
---	-----

VIDEO MODELIRANJE PRI OTROKU S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO Staša Meglič.....	192
--	-----

ALI UKREP OBVEZNEGA PSIHIATRIČNEGA ZDRAVLJENJA PONUJA USPEŠNO REHABILITACIJO IN S TEM NOVE PRILOŽNOSTI? Barbara Harc.....	201
--	-----

DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA UPORABNIKA V MOBILNI ENOTI CENTRA ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG Breda Dolničar .....	208
---	-----

DELOVNOTERAPEVTSKO OCENJEVANJE GIBALNO OVIRANIH POSAMEZNIKOV ZA PRIDOBITEV PSA POMOČNIKA Marta Vidmar, Nataša Ogrin Jurjevič .....	217
---	-----

DELOVNI TERAPEVT KOT DEL INTEGRIRANE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V DOMAČEM OKOLJU Petra Boh.....	226
--	-----

WERBECK METODA DELA – ŠTUDIJA PRIMERA Martina Lenček, Zdenka Pihlar.....	234
---	-----

#### Plakati/posters znanstveni izvlečki

SOCIALNA INTERAKCIJA IN SOCIALNA INTEGRACIJA PRI NEVROLOŠKIH OBOLENJIH Zorana Sicherl.....	244
---	-----

UPORABNOST ROBOTSKO PODPRTE REHABILITACIJE ZGORNJEGA UDA PRI RAZLIČNIH NEVROLOŠKIH OBOLENJIH Polonca Rogelj, Klemen Grabljevec, Dejana Zajc, Alma Hukić, Marta Vidmar.....	246
---	-----

VPRAŠALNIK O FUNKCIONALNOSTI ZGORNJEGA UDA PRI OSEBAH Z MULTIPLO SKLEROZO Alma Hukić, Dejana Zajc, Marko Vidovič, Marta Vidmar, Polonca Rogelj, Gabriela Češarek Vučko, Katja Perme Sušnik, Anja Udovčić Pertot .....	248
--	-----

AKTIVNOSTI DELOVNE TERAPIJE V DNEVNI BOLNIŠNICI	
Renata Petrena .....	250
UČINKI ROBOTIZIRANE VADBE ZGORNJEGA UDA PRI PACIENTU V KRONIČNI FAZI OKREVANJA PO MOŽGANSKI KAPI	
Julija Ocepek, Marko Vidovič, Lea Šuc.....	251
ZADOVOLJSTVO STARŠEV KRONIČNO BOLNIH OTROK Z UPORABO INVALIDSКИH VOZIČKOV	
Darinka Brezovar, Simona Korelc, Katja Groleger Sršen .....	254
UČINKOVITOST VADBE NA ROBOTSКИ NAPRAVI ARMEMO PRI OTROCIH S HEMIPAREZO	
Istenič Andreja, Katja Groleger Sršen.....	256
ZADOVOLJSTVO STARŠEV OTROK Z OKVARO OSREDNJEGA ŽIVČEVJA Z UPORABO ZAHTEVNEJŠIH STOLOV	
Tina Kukovec, Jana Brodnik, Darinka Brezovar, Simona Korelc, Katja Groleger Sršen .....	258
Plakati/posters strokovni izvlečki	
OBVLADOVANJE JEMANJA MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE V SKUPNOSTNI PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI	
Nuša Črešnik, Danijela Čurič Korpar, Nuša Vrbančič.....	259
NAJ BESEDA SPOLNOST V DELOVNI TERAPIJI NE BO TABU!	
Anja Vesenjак, Petra Grabner, Tibor Kafel, Urša Miklič, Tanja Štefančič Smisel, Nataša Puzić Ravnjak .....	261
IZVAJANJE DELOVNE TERAPIJE NA DALJAVO KOT DEL ŠTUDIJSKEGA PROCESA	
Nevenka Gričar, Alenka Plemelj Mohorič.....	263
PRIPRAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV ZA VARNO VOŽNJO V PROMETU	
Tamara Svete.....	265
NOVO – OCENJEVANJE PRIMANJKLJAJEV SENZORNE INTEGRACIJE PRI OTROCIH	
Katja Godnič, Anka Gerbec.....	267
PROSTOČASOVNE AKTIVNOSTI V ZAVODU ZA USPOSABLJANJE, DELO IN VARSTVO DORNAVA	
Jerneja Lesjak, Špela Meznarič.....	269
VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA V PROJEKTU PROGRAM DODATNEGA USPOSABLJANJA	
Aleksandra Poniž Rupnik.....	270
NAČRTOVANJE IN IZVEDBA DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE PRI PACIENTSKI S SISTEMSKO SKLEROZO	
Zdenka Prosič, Andreja Platnar .....	272
KAJ POČIVALNIK OMOGOČI OSEBAM S TEŽKO GIBALNO OVIRANOSTJO?	
Nataša Šinkovec, Silva Bajde .....	273
MODEL OBRAVNAVE V PROGRAMU NADOMESTNEGA SPORAZUMEVANJA ZA ODRASLE NA UNIVERZITETNEM REHABILITACIJSKEM INŠTITUTU SOČA	
Dejana Zajc, Alma Hukić, Katja Perme Sušnik, Marta Vidmar, Polonca Rogelj, Gabriela Češarek Vučko, Sonja Šmid .....	275

Delavnice/workshops strokovni izvlečki

S PODPORNO TEHNOLOGIJO DO VEČJE VKLJUČENOSTI V AKTIVNOST

Andreja Škorjanc Marinč, Silva Bajde ..... 277

PRESEJALNI INSTRUMENT ZA OCENJEVANJE ČLOVEKOVE OKUPACIJE

Urška Jovanovič, Breda Dolničar, Nevenka Gričar.....279

RISANJE REKE PO MODELU KAWA KOT OCENJEVALNA METODA V DELOVNOTERAPEVTSKI PRAKSI

Barbara Osolnik, Helena Grilj ..... 281

»OD BESEDE DO ZGODBE«

Lea Dekleva, Vida Lovše ..... 283

PREDSTAVITEV ČETRTE IZDAJE KOHLMANOVEGA OCENJEVANJA ŽIVLJENJSKIH SPRETNOSTI

Lea Korbar, Andreja Ličef, Alenka Plemelj Mohorič ..... 284

KOMUNIKACIJSKA SKUPINA

Matej Kraner, Dušanka Nahtigal ..... 286

PROCESIRANJE ČUTNIH ZAZNAV

Florjana von Pilpach, Lucija Habič ..... 287

UPORABA FUNKCIJSKEGA TESTA ZGORNJEGA UDA V DELOVNI TERAPIJI

Jerneja Debevc, Lea Gabrovšek, Tibor Kafel, Marko Vidovič ..... 288

PABLO TYROMOTION – PREDSTAVITEV NAPRAVE, UPORABA IN IZKUŠNJE V KLINIČNI PRAKSI

Metka Javh, Katarina Košir, Tina T. Jeras ..... 289

ROBOTSKO PODPRTA TERAPIJA V REHABILITACIJI ROKE

Tibor Kafel, Jerneja Debevc, Marko Vidovič..... 291

BAZALNA STIMULACIJA V PRAKSI V DOMU STAREJŠIH OBČANOV KRŠKO

Sergeja Harapin Kostevc, Nataša Močnik..... 292

PREPOZNAVANJE IN OCENJEVANJE MOTENJ SENZORNE INTEGRACIJE

Nevenka Gričar, Jerneja Čretnik..... 293

KAJ POMENI DOBRO SEDENJE V AKTIVNEM VOZIČKU?

Petra Grabner, Urša Miklič, Tanja Štefančič Smisl, Anja Vesenjaj, Tibor Kafel ..... 295

UPORABA WOLFOVEGA TESTA MOTORIČNIH FUNKCIJ V DELOVNI TERAPIJI

Katarina Košir, Tina Tinkara Jeras, Slavi Kotnik ..... 296





Predavanja/lectures znanstveni prispevki

## SAMOOCENA KOMPETENC ZA IZVAJANJE DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE NA DOMU

### SELF-EVALUATION OF COMPETENCIES IN HOME-BASED OCCUPATIONAL THERAPY

Asist. Urša Bratun<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Master of Science (Kraljevina Švedska), pred. dr. Katarina Galof<sup>2</sup>, dipl. del. ter., univ. dipl. org.

<sup>1</sup> Alma Mater Europea, Evropski Center Maribor, Maribor

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Delovna terapija v skupnosti zahteva ustrezne kompetence in strokovna znanja. Namen raziskave je bil ugotoviti subjektivno oceno kompetentnosti slovenskih delovnih terapevtov za obravnavo uporabnikov na domu in preveriti njihovo mnenje o potrebi po dodatnih izobraževanjih. **Metode dela:** Podatki so bili zbrani s spletnim anketnim vprašalnikom (N = 285). Za obdelavo podatkov je bila uporabljena deskriptivna statistika, Kruskal-Wallis test, Pearsonov korelacijski koeficient in enostavna regresijska analiza. **Rezultati:** Anketiranci so najvišje ocenili svoje znanje na področju izvajanja dnevnih aktivnosti, najnižje pa znanja s področja paliative. Med predhodno izkušnjo z izvajanjem delovne terapije na domu in občutkom kompetentnosti za izvajanje terapije na domu je obstajala srednje močna povezanost ( $r(282) = 0,33, p < 0,001$ ). **Razprava in zaključek:** Slovenski delovni terapevti se večinoma čutijo kompetentne za izvajanje delovne terapije na domu, ne glede na trenutno področje dela. Dodatna izobraževanja bi bilo priporočljivo oblikovati tako, da bi zajela vsebine, kjer so bili zaznani primanjkljaji.

**Ključne besede:** delo v skupnosti, specialna znanja, delovna terapija, kvantitativna raziskava.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Home-based occupational therapy requires specific competencies and specialized knowledge. The aim of the study was to examine occupational therapists' subjective evaluation of their competence to deliver occupational therapy in community settings and their opinion of the need for additional training. **Methods:** Data were gathered using an online survey (N = 285) and analysed using descriptive statistics, the Kruskal-Wallis test, the Pearson correlation coefficient and simple linear regression analysis. **Results:** The respondents felt most confident in their knowledge about the activities of daily living and least confident in palliative care skills. A moderate association between previous experience with home-based occupational therapy and the confidence in the competence in home-based occupational therapy ( $r(282) = 0.33, p < 0.001$ ) was found. **Discussion and Conclusions:** Slovenian occupational therapists mainly feel competent to work in community settings, regardless of their current area of practice. Further training should focus on skills that are currently lacking.

**Keywords:** community practice, specialized skills, occupational therapy, quantitative research

## IZHODIŠČA

Mednarodne raziskave kažejo, da storitve delovne terapije (DT) v skupnosti lahko pomembno pripomorejo k samostojnemu življenju v domačem okolju in zmanjševanju potrebe po institucionalni oskrbi (De Coninck et al., 2017). Hkrati literatura poudarja, da je DT v skupnosti kompleksno področje dela. Obsega specifična znanja in kompetence, ki se razlikujejo od znanj delovnih terapevtov (DTh), ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah (Winstead, 2016).

Galof (2018) kompetentnost v DT definira kot strokovno znanje in sposobnosti za opravljanje dela ter izkušnje, ki so si jih na tem področju že pridobili med študijskim procesom. Raziskave kažejo, da pomanjkanje občutka kompetentnosti lahko povzroči občutek stresa pri DTh (Govender et al., 2015; Gray et al., 2012). Že kratka izobraževanja (na primer s področja preprečevanja padcev) povečajo samozavest in znanje, tako med izkušenimi DTh, kot tudi med začetniki in študenti DT (Tal-Saban, Weintraub, 2019; Mackenzie et al., 2018). Vseeno pa začetniki lahko potrebujejo do dve leti, da se počutijo kompetentne za samostojno delo ter osvojijo tehnike ocenjevanja in izvajanja DT (Hodgetts et al., 2007). Med začetniki in izkušenimi DTh pričakujemo določene razlike v načinu dela, odločanja in obsegu njihovih kompetenc (Kuipers, Grice, 2009).

V nasprotju z mednarodnimi trendi v Sloveniji DT na domu/v skupnosti še ni razvita in uveljavljena. Vemo, da razvoj tega področja dela omejujejo številni dejavniki, med drugim organizacijski in finančni (Galof, 2020). Manj pa je znanega o notranjih dejavnikih, vezanih na DTh same, ki razvoj DT na domu bodisi omejujejo bodisi vzpodbujajo, npr. občutek kompetence, njihovo znanje, motivacija.

Namen raziskave je bil ugotoviti subjektivno oceno kompetentnosti slovenskih DTh za obravnavo uporabnikov na domu in preveriti njihovo mnenje o potrebi po dodatnih izobraževanjih na tem področju. Cilji raziskave so bili:

- Preveriti, ali se subjektivna ocena kompetentnosti za obravnavo uporabnikov na domu razlikuje glede na specifično področje dela DT.
- Preveriti, ali na mnenje o potrebi po dodatnih izobraževanjih za obravnavo uporabnikov na domu vpliva število let delovnih izkušenj.
- Ugotoviti, ali obstaja zveza med predhodno izkušnjo z izvajanjem delovne terapije na domu in subjektivno oceno kompetentnosti za izvajanje delovne terapije na domu.

Skladno s cilji raziskave smo si postavili dve hipotezi:

H<sub>1</sub>: Delovne izkušnje vplivajo na zaznano potrebo DTh po dodatnem izobraževanju za izvajanje DT v domačem okolju.

H<sub>2</sub>: Obstaja soodvisnost med zaznano kompetenco DTh za izvajanje DT na domu in predhodno izkušnjo z izvajanjem DT na domu.

## **METODE**

Izvedli smo presečno raziskavo, ki je bila po namenu primerjalna in korelacijska, saj smo želeli primerjati samooceno DTh za izvajanje obravnave na domu med različnimi skupinami in ugotoviti zvezo/soodvisnosti med spremenljivkami.

### **Vzorec**

V raziskavo smo želeli vključiti vse delovno aktivne DTh v Sloveniji, torej vse statistične enote v populaciji. Kontaktirali smo jih preko obstoječe baze elektronskih naslovov prejemnikov novic Zbornice delovnih terapevtov Slovenije. Na 652 elektronskih naslovov je bilo poslano vabilo k sodelovanju s povezavo do spletne ankete. Pri pošiljanju sporočila je bilo poskrbljeno za varovanje osebnih podatkov. Po enem tednu je bil poslan še opomnik. Da bi dosegli čim večje število DTh, je bilo vabilo objavljeno tudi na Facebook strani »Delovna terapija Slovenije« in posredovano delovnim terapevtom, ki jih je prva avtorica poznala osebno. Uporabljeno je bilo torej ne-naključnostno, priložnostno vzorčenje.

Spletni anketni vprašalnik, izdelan v aplikaciji 1KA, je bil aktiven med 16.2.2020 in 9.3.2020. V tem času je bilo zabeleženih 574 klikov na nagovor vprašalnika. Vprašalnik je začelo izpolnjevati 297 anketirancev. Ankete, pri katerih je anketiranec izpolnil samo uvodna štiri vprašanja ali manj, potem pa izpolnjevanje opustil, so bile obravnavane kot neveljavne in so bile ročno izključene iz analize ( $n = 12$ ). Končno število anketirancev je bilo tako 285. Glede na to, da je bilo število zaposlenih DTh v Sloveniji leta 2014 ocenjeno na približno 500 (Šuc et al., 2014) in je leta 2019 številka narastla na 512 (COTEC – Council of Occupational therapists for the European Countries, 2019), lahko zaključimo, da je spletni vprašalnik izpolnilo približno 56% celotne populacije DTh v Sloveniji.

### **Raziskovalni instrument**

Spletni vprašalnik je vseboval 19 trditev, ki so bile namenjene ugotavljanju mnenj anketirancev o njihovi kompetentnosti za izvajanje DT na domu in potrebi po dodatnih izobraževanjih na tem področju ter različnih dejavnikih, ki bi lahko izvajanje DT na domu bodisi zavirali bodisi vzpodbujali. Anketiranci so svoje strinjanje s trditvami označili na 7-stopenjski lestvici, pri čemer je 1 pomenila najmanjše strinjanje (sploh se ne strinjam) in 7 največje strinjanje (popolnoma se strinjam).

Med demografska vprašanja smo vključili vprašanja o spolu ter starosti anketirancev, področju njihovega dela, vrsti organizacije, v kateri so zaposleni ter delovni dobi.

Cronbachova  $\alpha$  za celoten vprašalnik je znašala 0,826, kar kaže na dobro notranjo konzistentnost vprašalnika (Field, 2018).

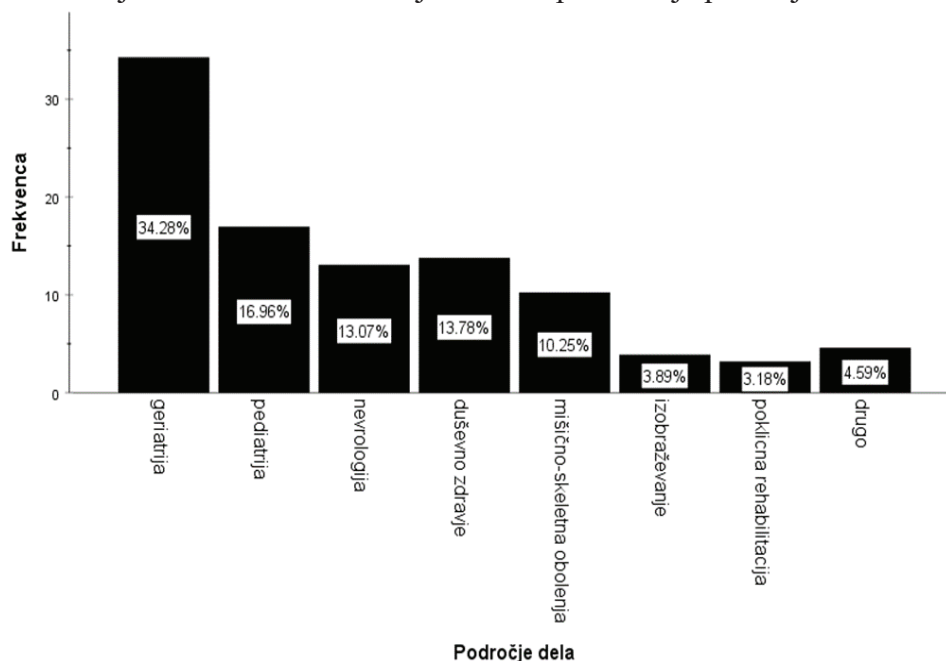
### **Analiza podatkov**

Podatke, zbrane z anketnimi vprašalniki, smo analizirali z orodjem SPSS (IBM Corp., 2019), verzija 26. Poleg deskriptivne statistike smo uporabili Kruskal Wallis test, Pearsonov, korelacijski koeficient in enostavno regresijsko analizo. Pri vseh analizah smo za stopnjo značilnosti izbrali  $\alpha = 0,05$ .

## **REZULTATI**

### **Opis strukture vzorca**

V vzorcu je bilo 285 delovnih terapevtov. Na vprašanje o spolu je odgovorilo 278 anketirancev (97,5 %). Žensk je bilo 264 (95 %), moških pa 14 (5 %). Stari so bili med 23 in 63 let ( $M = 39,63$  let;  $SD = 9,49$  let). V povprečju so imeli anketiranci 14,16 let delovne dobe, s standardnim odklonom 10,39 let. Razpon delovne dobe je bil od 0 do 40 let. Največ anketirancev je delalo na področju geriatrije (34,28 %), najmanj pa na področju zaposlitvene in poklicne rehabilitacije (3,18 %). Poleg ponujenih področij dela so anketiranci kot druga področja navedli še medicinske pripomočke, rehabilitacijo v termah, šport in rekreacijo, delo z osebami z motnjami v duševnem razvoju. Slika 1 predstavlja področja dela anketirancev.



Slika 1. Področje dela anketirancev.

Anketiranci so odgovarjali tudi na vprašanje o mestu njihove zaposlitve. Največ (40 %) jih je bilo zaposlenih v javnih socialnovarstvenih zavodih (domovi za starejše, varstveno-delovni centri,...), sledile so inštitucija na sekundarni in terciarni ravni (bolnišnice, klinike, inštituti), kjer je bilo zaposlenih 31,6 % anketirancev. Skoraj 10 odstotkov jih je delalo v zdravstvenih domovih (9,1 %) in privatnem sektorju (9,5 %). Nekaj več kot 5 odstotkov je delalo v nevladnem sektorju (5,3 %). Najmanj (1,1 %) jih je bilo zaposlenih v šolstvu.<sup>1</sup> Druga področja so predstavljala 3,5 % celotnega vzorca.

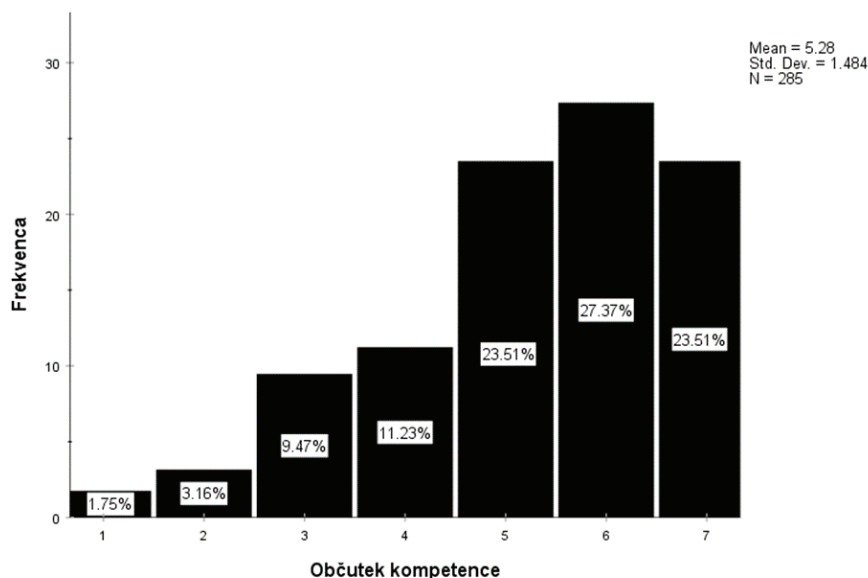
Nekaj več kot polovica anketirancev (53,5 %) ni imela še nikoli priložnosti izvesti delovne terapije na domu.

### Občutek kompetentnosti za izvajanje DT na domu glede na področje dela

Anketiranci so ocenjevali svoje strinjanje s trditvijo, da se počutijo kompetentne za izvajanje DT na domu. V celotnem vzorcu ( $N = 285$ ) je imelo strinjanje s to trditvijo povprečno vrednost 5,28 ( $SD = 1,48$ ). Pet anketirancev (1,75 %) je izrazilo najnižjo stopnjo strinjanja

<sup>1</sup> Postavka šolstvo ni bila sinonim za izobraževanje. Pri analizi anket smo ugotovili, da so anketiranci, ki so kot področje dela izbrali izobraževanje, navajali različna mesta zaposlitve (zdravstveni dom, bolnišnice in klinike, privatni sektor in šolstvo). Zato se delež zaposlenih v šolstvu ne ujema z deležem tistih, ki delajo na področju izobraževanja (Slika 1).

z navedeno trditvijo (ocena 1). Najvišjo stopnjo strinjanja je zabeležilo 67 anketirancev (23,51 %). Če seštejemo anketirance, ki so svoje strinjanje s trditvijo o kompetenci označili s 5,6 in 7, vidimo, da je skoraj tri četrtine vzorca (74,39 %) izrazilo strinjanje s to trditvijo. Slika 2 prikazuje delež odgovorov za vsako stopnjo strinjanja na 7-stopenjski lestvici za celoten vzorec DTh.

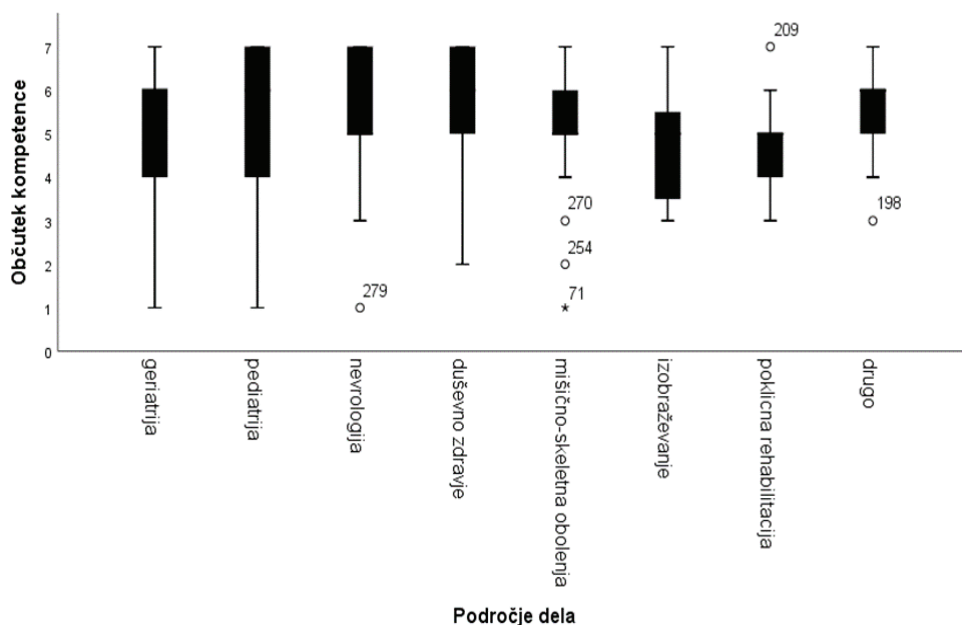


Slika 2. Frekvenca odgovorov za strinjanje s trditvijo "Počutim se kompetentno za izvajanje DT v domačem okolju" (1=najmanjše strinjanje, 7=največje strinjanje) za celoten vzorec.

Iz rezultatov Kruskal-Wallis testa izhaja, da med posameznimi področji dela ni obstajala značilna razlika v občutku kompetentnosti;  $\chi^2(7) = 5,69$ ,  $p = 0,58$ . Najbolj so se s trditvijo o občutku kompetentnosti za izvajanje DT na domu strinjali zaposleni na področju nevrologije ( $M = 5,41$ ;  $SD = 1,55$ ) in duševnega zdravja ( $M = 5,41$ ;  $SD = 1,53$ ), sledili sta pediatrija ( $M = 5,40$ ;  $SD = 1,62$ ) in druga področja ( $M = 5,38$ ;  $SD = 1,04$ ). Zaposleni na področju geriatrije so v povprečju strinjanje s trditvijo ocenili z oceno 5,22 ( $SD = 1,47$ ), DTh s področja mišično-skeletnih obolenj pa z oceno 5,24 ( $SD = 1,53$ ). Nekoliko nižje so bile povprečne ocene zaposlenih na področju izobraževanja ( $M = 4,73$ ;  $SD = 1,35$ ) in poklicne rehabilitacije ( $M = 4,78$ ;  $SD = 1,30$ ), ki so predstavljali tudi najmanjši poklicni skupini v vzorcu ( $n = 11$  za izobraževanje in  $n=9$  za poklicno rehabilitacijo). Kljub povprečno nižji oceni, je iz pregleda boxplotov (Slika 3) razvidno, da na področjih izobraževanja in poklicne rehabilitacije ni bilo zabeleženih najnižjih ocen za trditve o občutku kompetentnosti za izvajanje DT na domu. V nasprotju s tem je bila na področjih geriatrije, pediatrije, duševnega zdravja in nevrologije sicer v povprečju zabeležena višja stopnja strinjanja s trditvijo o občutku kompetence izvajanje DT obravnave na domu, vendar pa je bilo v teh podskupinah zabeleženih tudi več nižjih vrednosti. Pri ugotavljanju normalne oblike porazdelitve je samo v skupinah izobraževanje, poklicna rehabilitacija, geriatrija in druga področja vizualni pregled grafov (histogram in Q-Q plot) ter Shapiro Wilkov test ( $p > 0,05$ ) pokazal normalno porazdelitev vrednosti.

### Občutek potrebe po dodatnih izobraževanjih za izvajanje DT obravnave na domu

Anketiranci so ocenjevali svoje strinjanje s trditvijo, da so za izvajanje DT v domačem okolju potrebna dodatna izobraževanja. Na to vprašanje je odgovorilo 283 anketirancev (99,3 %). Povprečna vrednost strinjanja s trditvijo je znašala 5,59 ( $\pm 1,49$ ), mediana je bila pri 6. Večina anketirancev ( $n = 222$ ; 78,45 %) se je strinjala, da je za izvajanje DT na domu potrebno dodatno izobraževanje (ocena 5,6,7). Šest jih je strinjanje s to trditvijo ocenilo z 1, sedem z oceno 2, 16 pa z oceno 3. Nekaj več kot 10 % jih je strinjanje označilo z oceno 4 ( $n = 32$ ).



Slika 3: Občutek kompetence po posameznih področjih dela; (1=najmanjše strinjanje, 7=največje strinjanje).

Najbolj so se s trditvijo o potrebi po dodatnem izobraževanju strinjali zaposleni na področju izobraževanja ( $M = 6,00$ ;  $SD = 0,89$ ) in zaposleni na drugih področjih ( $M = 6,15$ ;  $SD = 0,80$ ), najmanj pa zaposleni na področju mišično-skeletnih obolenj ( $M = 5,14$ ;  $SD = 1,77$ ) in poklicne rehabilitacije ( $M = 5,22$ ;  $SD = 1,56$ ).

Tabela 1: Strinjanje s trditvami o različnih področjih znanja potrebnega za izvajanje DT na domu.

Trditev	1	2	3	4	5	6	7
Znam svetovati v zvezi s preprečevanjem padcev v domačem okolju.	0,4%	2,2%	4,3%	9,7%	17,2%	31,9%	34,4%
Imam ustrezna znanja za delo z osebami z demenco v domačem okolju.	2,9%	9,0%	11,5%	19,4%	16,8%	17,9%	22,6%
Znam svetovati v zvezi z adaptacijami domačega okolja.	0,0%	2,5%	5,4%	11,1%	21,1%	30,5%	29,4%
Znam oceniti izvajanje dnevnih aktivnosti v domačem okolju.	0,0%	1,1%	4,0%	7,2%	16,2%	31,3%	40,3%
Imam ustrezna znanja za delo z nevrološkimi bolniki v domačem okolju.	2,5%	6,8%	10,4%	13,3%	16,5%	24,0%	26,5%
Poznana mi je DT na področju paliative v domačem okolju.	23,4%	20,1%	13,7%	18,0%	12,2%	7,2%	5,4%
Seznanjen/a sem s storitvami, ki so na voljo doma živčnim osebam v občini njihovega stalnega prebivališča.	15,4%	15,8%	20,8%	16,8%	12,5%	10,8%	7,9%

Imam znanja za delo z osebami s težavami na področju duševnega zdravja v domačem okolju.	11,2%	13,3%	17,6%	12,2%	20,1%	12,2%	13,3%
Imam znanja za delo z osebami z mišično-skeletnimi težavami v domačem okolju.	3,2%	9,3%	13,6%	19,0%	19,4%	16,5%	19,0%

Legenda: 1=najmanjše strinjanje, 7=največje strinjanje

Anketiranci so bili mnenja, da imajo največ znanja na področju izvajanja dnevnih aktivnosti v domačem okolju ( $M = 5,94$ ;  $SD = 1,18$ ), preprečevanja padcev ( $M = 5,75$ ;  $SD = 1,29$ ) in adaptacije okolja ( $M = 5,6$ ;  $SD = 1,30$ ). Najmanj znanja pa na področju paliative ( $M = 3,19$ ;  $SD = 1,82$ ) in poznavanja storitev, ki so uporabnikom na voljo v domačem okolju ( $M = 3,59$ ;  $SD = 1,83$ ). Tabela 1 predstavlja frekvenco strinjanja za posamezno trditev o znanju, ki je potrebno pri delu v domačem okolju.

Za preverjanje  $H_1$ , ki pravi, da delovne izkušnje (neodvisna spremenljivka) vplivajo na zaznano potrebo po dodatnem izobraževanju za izvajanje DT v domačem okolju (odvisna spremenljivka), smo uporabili enostavno regresijsko analizo. Korelacijski koeficient je znašal 0,046 in izražal, da ni povezanosti med spremenljivkama oziroma je povezanost neznatna. Determinacijski koeficient je znašal -0,001, kar pomeni, da bi lahko 0,1% variabilnosti v oceni strinjanja o potrebi po izobraževanjih pojasnili s številom let delovne dobe. Standardna napaka ocene vrednosti odvisne spremenljivke je znašala 1,32. Ničelno hipotezo, ki pravi, da delovne izkušnje ne vplivajo na zaznano potrebo po dodatnem izobraževanju, smo preverili z F-testom. Ker je bil  $p = 0,44$ , ničelne hipoteze nismo zavrnil. Zaključimo, da neodvisna spremenljivka ne vpliva na odvisno spremenljivko.

### Zveza med izkušnjo delovne terapije na domu in občutkom kompetence za izvajanje DT v domačem okolju

Na vprašanje o tem, ali so že imeli kdaj možnost, da bi izvedli DT obravnavo v domačem okolju, je odgovorilo 284 anketirancev. Največ izkušenj z DT na domu so imeli zaposleni na področju mišično-skeletnih obolenj, kjer jih je 55,2 % že obravnavalo uporabnika na domu, najmanj pa tisti s področja izobraževanja (36,4 %). Nekaj več kot polovica (52 %) anketirancev, zaposlenih na področju pediatrije, je imela do sedaj možnost izvesti DT na domu, 42,7 % zaposlenih na področju geriatrije, 43,4 % s področja nevrologije in 41 % s področja duševnega zdravja. Na področju poklicne in zaposlitvene rehabilitacije jih je 44,4 % poročalo, da so DT na domu že izvedli.

Pri tistih, ki so že izvedli DT obravnavo na domu, je bila povprečna vrednost ocene strinjanja s trditvijo o kompetentnosti za izvajanje DT na domu 5,80 ( $SD = 1,24$ ). Najmanjša vrednost je bila 3 in najvišja 7. Več kot dve tretjini (68,9 %) anketirancev v tej skupini je strinjanje s trditvijo označilo z ocenama 6 in 7 ( $n = 91$ ). Mediana je znašala 6. Pri tistih, ki še niso obravnavali uporabnikov na domu, je bila povprečna ocena strinjanja s trditvijo o kompetentnosti 4,84 ( $SD = 1,53$ ). Najmanjša vrednost je bila 1 in najvišja 7. Nekaj manj kot tretjina (30,92 %) je svoje strinjanje ocenila z oceno 5. Tudi mediana je znašala 5.

Ker so bile izpolnjene predpostavke o normalni porazdelitvi, enakosti varianc in linearnosti ter ni bilo osamelcev, smo se odločili za uporabo Pearsonovega korelacijskega koeficienta za ugotavljanje soodvisnosti med izkušnjo DT na domu in občutkom kompetence ( $H_2$ ).

Pearsonov test korelacije je pokazal srednje močno linearno soodvisnost med izkušnjo delovne terapije na domu in strinjanjem s trditvijo o kompetentnosti za izvajanje DT na domu  $r(282) = 0,33, p < 0,001$ .

## RAZPRAVA

To je bila prva raziskava v slovenskem prostoru, ki je proučevala samooceno DTh za izvajanje DT v domačem okolju in njihovo zaznavo potrebe po dodatnih izobraževanjih za to področje dela. Analiza podatkov je pokazala, da se slovenski DTh večinoma čutijo kompetentne za izvajanje DT na domu ( $M = 5,28; SD = 1,48$ ). Glede na področje dela med njimi ni bilo zaznanih večjih razlik. Nekoliko nižje so strinjanje s trditvijo o kompetenci ocenili le zaposleni na področju izobraževanja ( $M = 4,73; SD = 1,35$ ) in poklicne rehabilitacije ( $M = 4,78; SD = 1,30$ ), vendar razlike med področji niso bile statistično značilno različne.

Naši izsledki lahko nakazujejo, da so slovenski DTh precej homogena skupina (v smislu njihovega občutka kompetentnosti za delo z uporabniki na domu), ne glede na to, s katero populacijo trenutno delajo. Tudi Zbornica delovnih terapevtov Slovenije si preko Standardov prakse v DT prizadeva, da bi vsak DTh ne glede na specifično delo in področje delovanja dosegal minimalne standarde pri delu z uporabniki (ZDTS, 2018). Vseeno pa je potrebno upoštevati, da so bili v večini poklicnih podskupin posamezniki, ki so svoj občutek kompetentnosti ocenjevali nižje kot njihovi kolegi. Ker gre za subjektivno oceno občutka kompetentnosti, ne vemo, koliko je na rezultate vplivala samo-kritičnost posameznikov in njihova sposobnost refleksije. DTh, ki so svoje strinjanje ocenjevali zelo nizko so lahko preveč samokritični ali pa so, obratno, njihovi kolegi, ki so podali visoke ocene, premalo samokritični.

V povprečju so imeli naši anketiranci 14,16 let delovne dobe ( $SD = 10,39$  let). Strinjanje s trditvijo, da so za delo v domačem okolju potrebna dodatna izobraževanja je imelo povprečno oceno 5,59 ( $SD = 1,49$ ). Da bi ugotovili ali delovna doba vpliva na zaznano potrebo po dodatnem izobraževanju za izvajanje DT v domačem okolju, smo naredili enostavno regresijsko analizo. Vpliva nismo dokazali ( $F(1,279) = 0,59, p = 0,44$ ),  $R^2$  je znašal  $-0,001$ . Naše prve raziskovalne hipoteze nismo sprejeli; delovne izkušnje torej ne vplivajo na zaznano potrebo DTh po dodatnem izobraževanju za izvajanje DT v domačem okolju. Tudi raziskava Šucove s sodelavkami (in press) je pokazala, da so med začetniki in izkušenimi DTh manjše razlike kot bi pričakovali.

Ugotovili smo, da DTh najvišje ocenjujejo svoje znanje na področju izvajanja dnevnih aktivnosti v domačem okolju ( $M = 5,94; SD = 1,176$ ), preprečevanja padcev ( $M = 5,75; SD = 1,29$ ) in adaptacije okolja ( $M = 5,6; SD = 1,27$ ); najnižje pa znanja s področja paliative ( $M = 3,19; SD = 1,82$ ) in poznavanja storitev, ki so uporabnikom na voljo v domačem okolju ( $M = 3,59; SD = 1,83$ ). Te ugotovitve bi lahko pomagale pri določanju prioritet za bodoča izobraževanja DTh za delo v domačem okolju. Predhodne raziskave o izobraževanju slovenskih DTh kažejo, da se zavedajo, da se z zaključkom formalnega izobraževanja strokovno izpopolnjevanje šele začne. Raziskava, ki so jo izvedle Šuc in sodelavke (2014) je pokazala, da je 98 % DTh motiviranih za nadaljnja izobraževanja; 58 % si jih želi, da bi jim delodajalci omogočili več možnosti za izobraževanje. Predvidevamo, da bi ustrezno zasnovana izobraževanja s področja dela na domu lahko motivirala DTh. Vendar pa tuje raziskave s področja DT v skupnosti kažejo, da je lahko bolj kot formalno izobraževanje

učinkovito samostojno, na probleme usmerjeno učenje preko izkušenj v praksi (Winstead, 2018).

Nekaj več kot polovica anketirancev (53,5 %) še ni imela možnosti izvesti DT na domu. Največ izkušenj z DT na domu so imeli zaposleni na področju mišično-skeletnih obolenj (55,2 %), sledila je pediatrija (52 %), poklicna in zaposlitvena rehabilitacija (44,4 %), geriatrija (43,4 %), nevrologija (41 %) in izobraževanje (36,4 %). Pri tistih, ki so že izvedli DT obravnavo na domu, je bila povprečna vrednost ocene strinjanja s trditvijo o kompetentnosti 5,80 (SD = 1,24), pri tistih, ki še niso obravnavali uporabnikov na domu pa 4,84 (SD = 1,53). Našo drugo raziskovalno hipotezo, ki pravi, da obstaja soodvisnost med zaznano kompetenco delovnih terapevtov za izvajanje DT na domu in predhodno izkušnjo z izvajanjem DT na domu, sprejmemo ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ).

Izsledki raziskave kažejo, da bi bilo smiselno določiti kompetence, ki so potrebne za izvajanje DT v domačem okolju in organizirati dodatna izobraževanja na tem področju. Študija, ki so jo izvedli na Japonskem, je s pomočjo Delfi metode izpostavila 68 kompetenc, potrebnih za delo DTh v skupnosti (Yokoi et al., 2019), vendar pa potrebujemo podatke, ki se bodo nanašali na slovenski prostor in upoštevali specifičnost tega družbeno-kulturnega okolja.

Glavna omejitev raziskave je bilo vzorčenje, saj so bili vključeni le DTh, ki so se odločili sodelovati v spletni anketi. Dostopa do mnenj ostalih DTh nismo imeli. Vključeni terapevti so lahko imeli lastnosti, ki niso značilne za celotno populacijo. Na primer, lahko da gre za bolj proaktivne in samozavestne posameznike, ki se več vključujejo v izobraževanja in poklicni razvoj. Da bi ugotovili potrebno velikost vzorca, smo uporabili program G\* Power (Faul et al., 2007). Glede na izračun, bi moralo biti v našem vzorcu 73 ( $H_1$ ) oziroma 112 ( $H_2$ ) enot, vendar to velja ob predpostavki, da je vzorec naključnostni. Vseeno je bil naš vzorec relativno velik, kar poveča moč raziskave.

## ZAKLJUČEK

Izsledki raziskave kažejo, da je samoocena kompetenc za izvajanje DT na domu med slovenskimi DTh precej visoka. Vendar pa je bila izražena tudi potreba po dodatnih izobraževanjih. Priporočljivo bi bilo oblikovati izobraževanja, ki bi zajela vsebine, ki med DTh še niso dobro poznane (npr. področje paliative in dostop do storitev v skupnosti), da bi tako nadgradili že obstoječe znanje. Glede na to, da obstaja soodvisnost med predhodno izkušnjo z izvajanjem DT na domu in občutkom kompetentnosti za izvajanje DT na domu, bi DTh, zaposleni na vodstvenih položajih, lahko razmislili o tem, kako bi zaposlenim omogočili izkušnjo obravnave na domu v sklopu obstoječih možnosti in delovnih nalog. Ker smo raziskovali samooceno in subjektivno mnenje DTh, bi bilo v prihodnosti dobro izvesti raziskave, ki bi kompetenco in znanje ocenjevale na bolj objektivni način, na primer preko testiranja znanja in kompetenc pred in po izvedbi specifičnega izobraževanja, ki bi se nanašalo na področje dela v skupnosti.

## LITERATURA

COTEC - Council of Occupational therapists for the European Countries (2019). Summary of the occupational therapy profession in Europe 2019. Dostopno na:

- <https://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2019/07/Summary-of-the-Profession-2019.pdf> <6. april 2020>.
- De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff M, Aertgeerts B (2017). Home and community-based occupational therapy Improves functioning in frail older people: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 65(8): 1863–9. doi: [10.1111/jgs.14889](https://doi.org/10.1111/jgs.14889).
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A (2007). . G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 39(2): 175–91. doi: [10.3758/BF03193146](https://doi.org/10.3758/BF03193146).
- Field A. (2018). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage
- Galof K (2018). Delovnoterapevtske kompetence diplomantov delovne terapije v Sloveniji. In: Galof K, ed. *Iz teorije v prakso. 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije*, Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 311.
- Galof K (2020). *Oblikovanje modela obravnave starejših pri izvajanju dnevnih aktivnosti v domačem okolju*. Doktorska disertacija. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Govender P, Mkhabela S, Hlongwane M, Jalim K, Jetha C (2015). OT student's experiences of stress and coping. *South African Journal of Occupational Therapy* 45(3): 34–39. doi: [10.17159/2310-3833/2015/v45n3/a7](https://doi.org/10.17159/2310-3833/2015/v45n3/a7).
- Gray M, Clark M, Penman M et al. (2012). New graduate occupational therapists feelings of preparedness for practice in Australia and Aotearoa/New Zealand. *Aust Occup Ther J* 59(6): 445–55. doi: [10.1111/j.1440-1630.2012.01029.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01029.x).
- Hodgetts S, Hollis V, Taylor E, Triska O, Dennis S, Madill, H (2007). Occupational therapy students and graduates' satisfaction with professional education and preparedness for practice. *Can J Occup Ther* 74(3): 148–60. doi: [10.1177/000841740707400303](https://doi.org/10.1177/000841740707400303).
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kuipers K, Grice JW (2009). The structure of novice and expert occupational therapists' clinical reasoning before and after exposure to a domain-specific protocol. *Aust Occup Ther J* 56(6): 418–27. doi: [10.1111/j.1440-1630.2009.00793.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00793.x).
- Mackenzie L, Lovarini M, Price T, Clemson L, Tan A, O'Connor C (2018). An Evaluation of the fall prevention practice of community-based occupational therapists working in primary care. *Br J Occup Ther* 81(8): 463–73. doi: [10.1177/0308022618764798](https://doi.org/10.1177/0308022618764798).
- Šuc L, Galof K, Pihlar Z (2014). Izobraževanje delovnih terapevtov v okviru Zbornice delovnih terapevtov Slovenije. In: Marušič K, Kociper T, eds. *Turizem in management: Na poti k uspešni poslovni prihodnosti*, Koper, Slovenija 23. in 24. oktober, 2013. Koper: Univerza na Primorskem, 985–96. Dostopno na: <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-79-3.pdf> <1. marec 2020>.
- Šuc L, Švajger A, Bratun U (in press). Goal setting among experienced and novice occupational therapists in a rehabilitation center. *Can J Occup Ther*.
- Tal-Saban M, Weintraub N (2019). Effectiveness of the Community–Academia Student Tutoring (CAST) program in enhancing students' practice placement readiness. *Br J Occup Ther* 82(4): 220–226. doi: [10.1177/0308022618800179](https://doi.org/10.1177/0308022618800179).
- Winstead SR (2016). What's in the Fridge? Unique competencies of community-based occupational therapists. *Open J Occup Ther* 4(4): 1–7. doi: [10.15453/2168-6408.1236](https://doi.org/10.15453/2168-6408.1236).
- Winstead SR (2018). Competency development in community-based occupational therapy. *Am J Occup Ther* 72(4): (Suppl 1). doi: [10.5014/ajot.2018.72S1-PO8016](https://doi.org/10.5014/ajot.2018.72S1-PO8016).

- Yokoi A, Oshima N, Kobayashi R, Kobayashi N (2019). The competencies of occupational therapists engaged with community-dwelling elderly adults with disabilities: Using the Delphi technique to examine content validity. *Japanese Occupational Therapy Research* 38(3): 253–6. doi: [10.32178/jotr.38.3\\_253](https://doi.org/10.32178/jotr.38.3_253).
- Zdts - Zbornica delovnih terapevtov slovenije (2018). *Kodeks etike delovnih terapevtov & standardi prakse v delovni terapiji*. Ljubljana: zdts

## PLESNO GIBALNA AKTIVNOST V SKUPNOSTI – IZZIV IN NOVE PRILOŽNOSTI

### DANCE MOVEMENT ACTIVITY IN THE COMMUNITY – A NEW CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Petra Vöröš<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Zdenka Pihlar<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Dom Janka Škrabana, Beltinci

<sup>2</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana, zunanja sodelavka

#### IZVLEČEK

**Izhodišče:** Ohranjanje psihofizičnega stanja je za osebe v kronični fazi po preboleli možganski kapi izjemnega pomena. Plesno gibalna aktivnost se je uveljavila v procesu rehabilitacije oseb z nevrološkimi obolenji. Namen raziskave je bil pridobiti mnenja udeležencev o programu vadbe v skupnosti. **Metode dela:** Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela, podatki so se zbirali z anketnim vprašalnikom. **Rezultati:** Rezultati so pokazali, da so se udeleženci povsem strinjali z trditvijo, da so vsi sklopi enako pomembni in koristni. Niso se strinjali, da so vsi sklopi enako zahtevni, izpostavili so, da sta sklopa ples sede in ples, bolj zahtevna od sklopa priprave na ples. Strinjali so se, da imajo vadba, glasba in ples pozitiven učinek na njihovo zdravje in dobro počutje. **Razprava:** Udeleženci so prepoznali zahtevnost posameznih sklopov in prednosti učinka vadbe na zdravje in dobro počutje. **Zaključek:** Za prenos vadbe v skupnost bo potrebno v raziskavo vključiti večje število oseb po možganski kapi.

**Ključne besede:** možganska kap, vadba, glasba, ples, zdravje

#### ABSTRACT

**Introduction:** Maintaining mental and physical fitness is vital to stroke patients in the chronic stage. Dance movement therapy has become popular in the rehabilitation of persons with neurological disorders. The aim of this study was to obtain the opinions of persons who took part in the therapy in a community setting. **Methods:** A quantitative method was used. The participants expressed their agreement with statements in an unstructured questionnaire. **Results:** The analysis showed that the participants fully agreed with the statement that all parts were equally important and useful. They disagreed with the statement that all parts were equally demanding and pointed out that dancing sitting down and dancing were more challenging than the preparation for dance. They agreed with the statement that exercise, music and dance were beneficial to their health and well-being. **Discussion:** Participants recognised the complexity of the individual parts and the benefits to their health and well-being. **Conclusion:** A larger number of people will need to be included in the survey in order to introduce the programme into the community.

**Keywords:** stroke, exercise, music, dance, health

#### IZHODIŠČA

Možganska kap lahko povzroča posledice na telesnem, socialnem, čustvenem in spoznavnem področju. Ohromelost oziroma oslabelost mišic ter omejitve ravnotežja in

premičnosti pri osebah po možganski kapi pogosto privedejo do telesne nedejavnosti in sedečega načina življenja (Mackay-Lyons, Markides, 2002). Pri tej skupini oseb je opisana povezava nedejavnosti in zmanjšanje aerobne zmogljivosti s kombinacijo fizioloških (zmanjšana aktivacija mišic, slabše uravnavanje gibanja, spremembe v dolžini in togosti mišic), patoloških (sočasne srčno-žilne bolezni) in okoljskih dejavnikov (malo možnosti ali spodbude za telesno dejavnost) (Mackay-Lyons, Markides, 2004).

Telesna zmogljivost po možganski kapi se zaradi zmanjšanih zmognosti in sočasnih bolezni srca in ožilja lahko zmanjša za 20 % do 45 %. Največja poraba kisika ( $VO_{2peak}$ ), ki je eden od kazalcev aerobne zmogljivosti, je v akutnem obdobju po možganski kapi le med 10 ml/kg/min in 17 ml/kg/min in tudi po šestih mesecih večinoma ne presega 20 ml/kg/min. Za samostojno življenje zdravih starostnikov je potrebna aerobna zmogljivost, opredeljena z  $VO_{2peak}$  okoli 20 ml/kg/min (Mackay-Lyons, Markides, 2004).

Zaradi ohromelosti, presnovnih in strukturnih sprememb v paretičnih mišicah in povečanega mišičnega tonusa je energijska poraba pri izvajanju dejavnosti po možganski kapi večja (Ivey et al., 2006). Povprečna poraba kisika osebe po možganski kapi pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti je okoli 15ml/kg/min. Aerobna zmogljivost pri osebah po preboleli možganski kapi v veliki meri vpliva na samostojnosti pri opravljanju dejavnosti in sodelovanja v skupnosti (Shephard, 2009).

Osebe po možganski kapi že osnovne življenjske aktivnosti opravljajo na meji ali v območju maksimalne telesne zmogljivosti, kar vodi v hitro utrujanje in pogosto neaktiven življenjski slog (Kim et al., 2014). Z zmanjšanjem ali izogibanjem aktivnostim se telesna zmogljivost še slabša, zato postajajo vedno bolj odvisne od tuje pomoči. Neaktiven način življenja vpliva na povečanje števila dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni, večjo pojavnost ponovne možganske kapi, ishemične bolezni srca ali periferne arterijske bolezni in s tem večjo umrljivost (French et. al., 2016).

Trajanje bolnišničnih programov rehabilitacije oseb, ki so utrpeli možgansko kap, je omejeno (Kurat, Goljar, 2009). Odvisno je od stopnje nevrološke okvare oziroma zmanjšanih zmognosti oseb po možganski kapi, zasnove programov rehabilitacije ter možnosti nadaljevanja le-teh v lokalnih skupnostih. Strokovna podpora in možnosti za nadaljevanje programov vadbe v domačem okolju, so v Sloveniji pomanjkljive ali pa jih sploh ni (Goljar, 2010).

Primeri dobre prakse na področju skrbi za osebe, ki so utrpeli možgansko kap in njihove svojce v skupnosti, so klubi regijskega tipa, ki delujejo v okviru Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo (CVB) Slovenije.

Funkcijsko Usposabljanje Nevrološkega Bolnika (FUNB) s pomočjo glasbe, se je uveljavilo v procesu rehabilitacije oseb z nevrološkimi obolenji v Sloveniji (Pihlar, 2013). Programska zasnova FUNB s pomočjo glasbe, je plod dolgoletnega kliničnega dela na področju nevroloških obolenj diplomirane delovne terapevtke, nevroterapevtke Zdenke Pihlar. Je unikatna in namenjena osebam z nevrološko okvaro (možganska kap, multipla skleroza, poškodba glave, parkinsonova bolezen). Za potrebe oseb z demenco, je bila razvita

modificirana programska zasnova FUNB s pomočjo glasbe, pri čemer je sodelovala skupina delovnih terapevtk, zaposlenih v domovih starejših občanov (Lubej, 2012).

Program FUNB s pomočjo glasbe, je osnovan na Mednarodni Klasifikaciji Funkcioniranja (MKF), ki prinaša bio-psiho- socialni model, ter na prenovljenem sodobnem Bobath konceptu (Pihlar, 2013). MKF je klasifikacija človeškega funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti/ali invalidnosti. Sistematično razvršča v skupine področja zdravja in z zdravjem povezana področja. Je široko uporabna klasifikacija. Ponuja pojmovni informacijski okvir, ki ga lahko uporabimo večnamensko (MKF, 2006). Sodoben Bobath koncept temelji na znanstvenih dokazih (sistemska teorija motoričnega nadzora, motorično učenje, plastičnost živčevja, biomehanika), izkušnjah kliničnih strokovnjakov in potreb ter pričakovanj oseb z nevrološkimi obolenji. Cilji obravnave so skladni z modelom MKF (Bassoe Gjelsvik, 2016).

FUNB s pomočjo glasbe je vodena skupinska vadba. Osnovana je na aktivnosti plesa v treh delih – priprava na ples (sklop I), ples sede (sklop II) in ples v parih (sklop III). Z vadbo krepimo telesne funkcije, vplivamo na sposobnost izvajanja dejavnosti in posledično omogočamo sodelovanje v ožjem in širšem družbenem okolju. FUNB s pomočjo glasbe vključuje vadbo splošnih in specifičnih duševnih funkcij, funkcij čutil, srčno-žilnega, krvnega in dihalnega sistema, funkcije živčevja, mišičja in okostja, ter z gibanjem povezane funkcije (Pihlar, 2013). Pomembno vlogo v vadbi ima inštrumentalna glasba. Učinek glasbe je vsestranski. Vpliva na zaznavno spoznavno področje, motorično in čustveno področje (Sihvonen et al., 2018).

Vsebina posameznega dela vadbe je natančno izdelana, upoštevajoč terapevtske pristope in elemente vadbe. Prva dva sklopa (priprava na ples, ples sede) se izvajata sede. Udeleženci vadbe sedijo v polkrogu, posnemajo gibe, ki jih izvaja terapevt, ki sedi pred skupino. Vadba poteka brez glasbe, nato z glasbo. Vadba brez glasbe je usmerjena v poglobljeno predstavitev kakovostne izvedbe gibalnih vzorcev, ki jih vključujejo posamezni sklopi. Je terapevtsko naravnana. Gibalni vzorci ki jih vadba vključuje, temeljijo na elementih nevroterapevtske obravnave. Poudarek je na vzpodbujanju sredine, simetrije in koordiniranih gibov (Pihlar, 2013). Posameznikom, ki imajo pri izvedbi elementov vadbe težave, terapevt prilagodi način izvedbe. Intenzivnost vadbe se stopnjuje do tretjega dela – ples. Izbira plesa je odvisna od parov. Lahko se samo pozibavajo ali pa zaplešejo njim znane plese. Ples je telesno gibalna aktivnost, ki je bogata s čutnimi in zvočnimi dražljaji, kognitivnimi izzivi, ritmično in gibalno koordinacijo in ravnotežjem. Spodbuja družbene interakcije, spomin, pozornost, zaznavanje in omogoča neverbalno izražanje skozi gibanje telesa (Kattenstroth et al.; 2010). S ponovitvijo drugega in prvega sklopa z glasbo, se intenzivnost vadbe zmanjšuje in preide v zaključno fazo umirjanja in sproščanja. Vadba traja petinštirideset minut. Po zaključku sledi druženje udeležencev vadbe, njihovih svojcev in terapevta (Pihlar, 2013).

Izkazana je bila želja regijskega kluba Štrk v Črenšovcih za prenos vadbe FUNB s pomočjo glasbe v programe njihovega delovanja. Projekt, v katerem so sodelovali člani kluba, je potekal v okviru Združenja CVB Slovenije in kluba Štrk v Črenšovcih.

Namen raziskave je bil pridobiti mnenja udeležencev vadbe o zahtevnosti in pomembnosti posameznih sklopov FUNB s pomočjo glasbe, o učinku vadbe na zdravje, ter o učinku vadbe z vidika glasbe, plesa in dobrega počutja.

## **METODE**

Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela. V raziskavo so bili vključeni člani kluba Štrk po preboleli možganski kapi. Vključitveni kriteriji so bili: stabilno zdravstveno stanje, eno leto ali več po preboleli možganski kapi, da so sposobni hoje ob minimalni podpori, razumevanja navodil, da imajo radi glasbo in ples ter da niso starejši od 75 let. Izključitveni kriteriji: nestabilno zdravstveno stanje (pridružene resne zdravstvene težave sekundarnega značaja), manj kot eno leto po možganski kapi, izrazite težave na kognitivnem področju, starejši od 75 let.

Vsi udeleženci so bili predhodno seznanjeni s protokolom vadbe, zahtevnostjo in pomembnostjo posameznih delov vadbe, ter o učinku vadbe z vidika glasbe, plesa in dobrega počutja. Predstavljeni so jim bili kriteriji za vključitev v vadbo, ter izključitveni kriteriji. Pred pričetkom vadbe so podpisali soglasje o prostovoljnem sodelovanju. Za pridobitev mnenj udeležencev o FUNB s pomočjo glasbe je bil sestavljen vprašalnik zaprtega tipa trditev, pri katerih so udeleženci označili stopnjo strinjanja z Likertovo 4-stopenjsko lestvico (4 - se povsem strinjam, 3 - nisem povsem prepričan/na, 2 - se ne strinjam se, 1- se sploh ne strinjam) (Norman, 2010). Vprašalnik je sestavljalo 20 trditev. Prvih 5 trditev se je navezovalo na stopnjo zahtevnosti izvedbe posameznih delov vadbe, 6 trditev se je navezovalo na učinek vadbe v smislu zdravja, 9 trditev pa na učinek vadbe z vidika glasbe, plesa in dobrega počutja. Posamezne trditve so bile predhodno vsem udeležencem pojasnjene. Udeležencem je bil pojasnjen način izpolnjevanja vprašalnika, zagotovljena jim je bila anonimnost. Vprašalnik je izpolnjevalo 20 oseb po preboleli možganski kapi, ki so bile vključene v vadbo. Vadba je potekala 2 krat tedensko po 45 minut. Vsak udeleženec je opravil 10 obiskov. Vprašalnik so udeleženci vadbe izpolnili zadnji dan udeležbe v skupini.

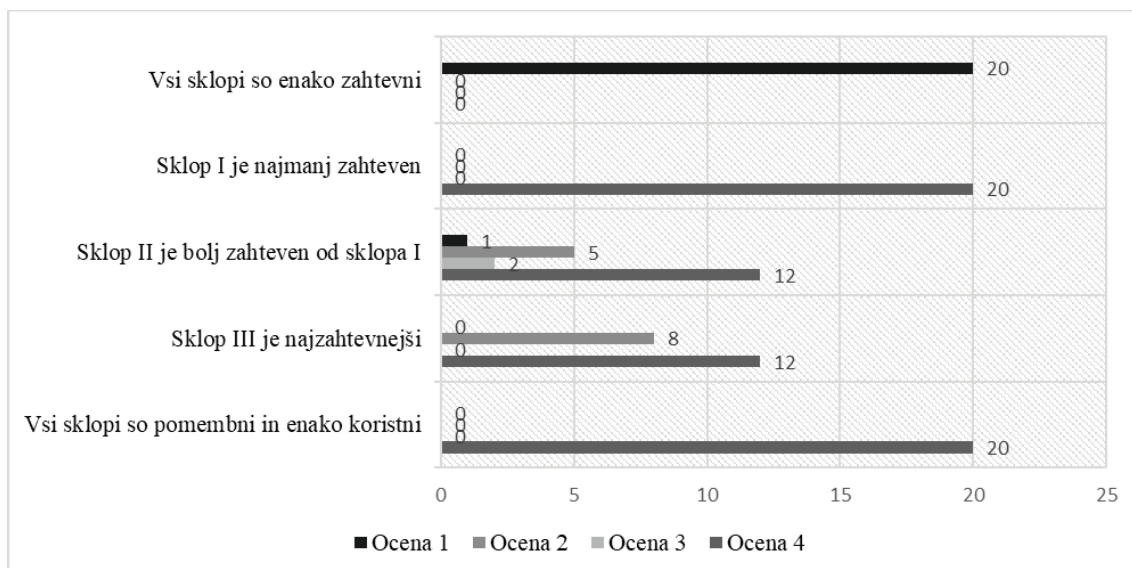
Pridobljene podatke smo zbrali in uredili v programu Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Redmon Washington, ZDA).

## **REZULTATI**

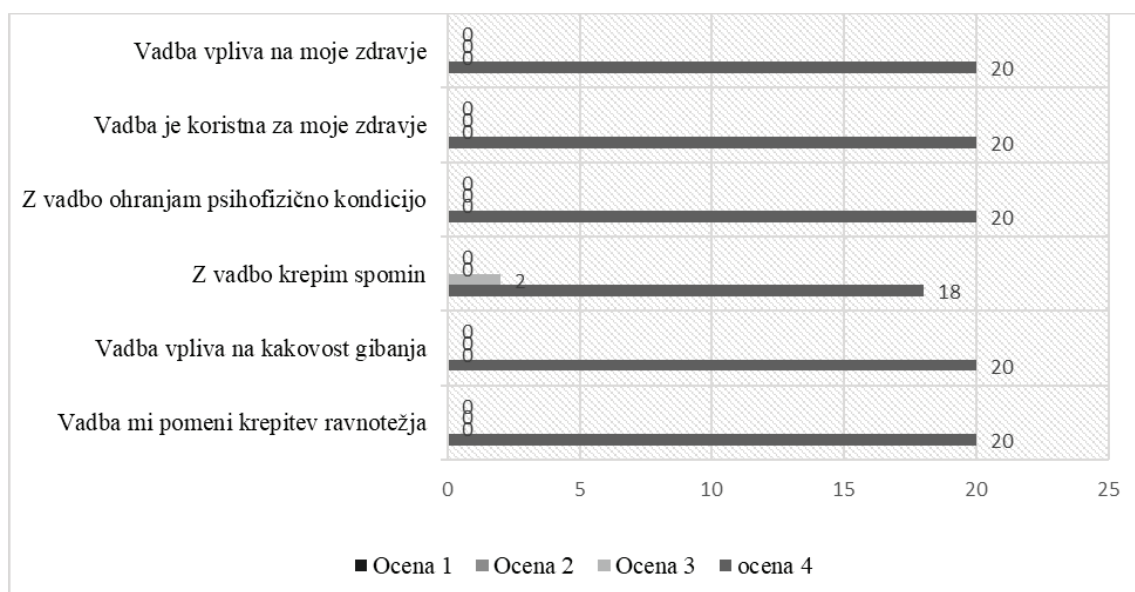
V kvantitativni raziskavi je sodelovalo 20 članov kluba, od tega 16 žensk in 4 moški. Povprečna starost udeležencev je bila  $64,5 \pm 6,6$  let, najmlajši je bil star 50, najstarejši pa 70 let. Analiza pridobljenih ocen strinjanja udeležencev s posameznimi trditvami, je predstavljena v nadaljevanju.

Vseh 20 udeležencev vadbe, se je strinjalo s trditvami, da so vsi sklopi pomembni in enako koristni ter da je sklop I najmanj zahteven. S trditvijo, da so vsi sklopi enako zahtevni, se ni strinjal nihče (Graf 1).

S trditvami o različnih učinkih vadbe na zdravje, se je povsem strinjala večina udeležencev (Graf 2).

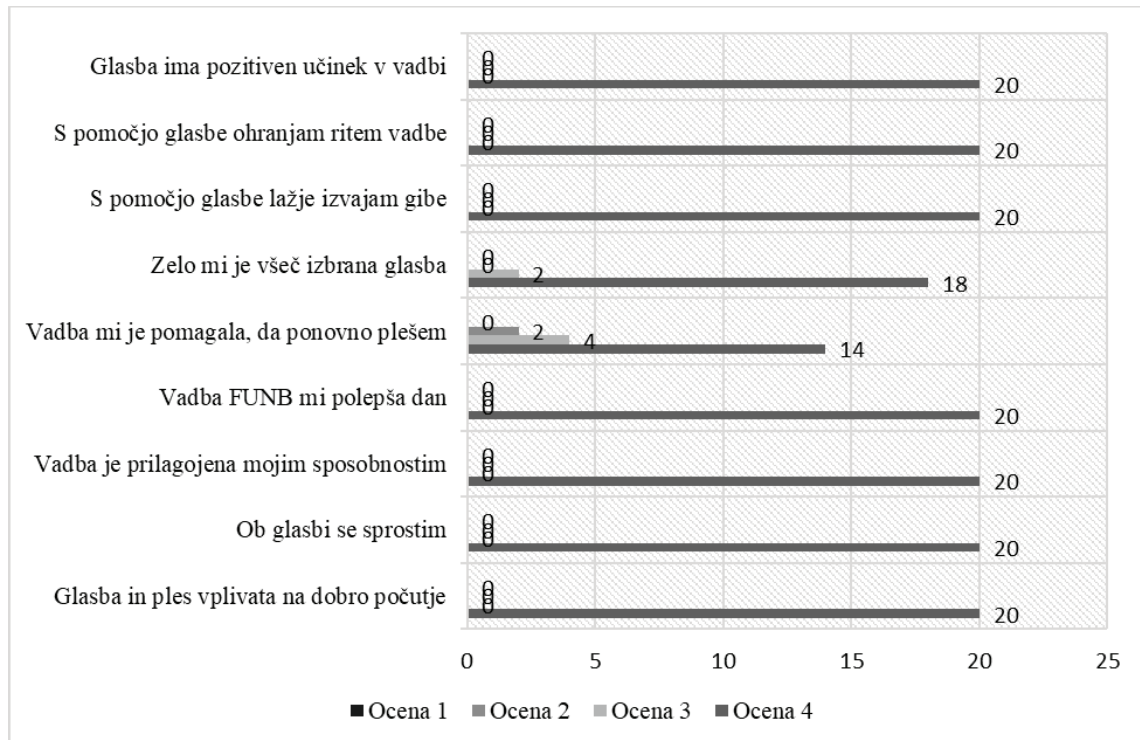


Graf 1: Ocene trditev s področja zahtevnosti in pomembnosti posameznega sklopa.



Graf 2: Ocene trditev o učinku vadbe na zdravje.

S trditvami o vplivu glasbe na pozitiven učinek vadbe, se je povsem strinjala večina udeležencev. S trditvijo, da jim je vadba pomagala do ponovnega plesa, se je povsem strinjalo 14 udeležencev, 2 se strditvijo nista strinjala (Graf 3).



Graf 3. Ocene trditev o učinku vadbe z vidika glasbe, plesa in dobrega počutja.

## RAZPRAVA

Zanimalo nas je, kaj udeleženci vadbe FUNB s pomočjo glasbe menijo o vadbi ter kako ocenjujejo zahtevnost vadbe v posameznih sklopih, učinek vadbe na zdravje, ter učinek na vadbo z vidika glasbe, plesa, ter dobrega počutja.

Ugotovili smo, da so težavnost posameznih sklopov vadbe udeleženci doživljali različno. Ocene trditev udeležencev vadbe o zahtevnosti posameznih sklopov so skladne z vsebino elementov vadbe. Sklop I – priprava na ples so ocenili kot najmanj zahteven. S trditvijo se je povsem strinjalo vseh 20 udeležencev. Zahtevnost vadbe se v sklopih stopnjuje, kar so udeleženci prepoznali. S trditvijo, da je sklop II zahtevnejši od sklopa I, se je povsem strinjalo 12 udeležencev, 2 udeleženca nista bila povsem prepričana, da se s trditvijo strinjata, 5 udeležencev se s trditvijo ni strinjalo in 1 udeleženec se s trditvijo sploh ni strinjal. S trditvijo, da je sklop III – ples najzahtevnejši, se je povsem strinjalo 12 udeležencev, 8 pa jih ni bilo povsem prepričanih, da se z njo strinjajo.

Ples je kompleksna gibalna aktivnost, ki vključuje ravnotežje, koordinacijo gibanja in fizični napor (Fong Yan et al., 2018; Demers, McKinley, 2015). Večina oseb po možganski kapi ima težave na področju koordinacije gibov, dinamičnega ravnotežja, načrtovanja gibov, zavedanja svojega telesa v prostoru, zmanjšano aerobno moč, kar vpliva na samo izvedbo plesne aktivnosti. Ples zahteva usklajevanje telesnih in miselnih procesov za opazovanje, usklajenost in izvedbo gibov z motoričnim načrtovanjem (Borhan, 2018). Plesno gibalna aktivnost združuje aerobno vadbo, vaje za izboljšanje kognitivnih sposobnosti in usklajevanje gibov (Muller et al., 2017; Gajewski, Falkenstein, 2016), poveča mišično maso

in moč ter zmanjša tveganje za srčno žilne bolezni. Hkrati izboljša telesno držo, mišično skeletne ter srčno žilne funkcije in propriopcijo (Fong Yan et al., 2018; Demers, McKinley, 2015), okrepi dihalno moč, zmanjša togost mišic, okrepi prožnost in gibljivost telesa, ravnotežje, premičnost in pospeši hojo. Ples je telesno gibalna aktivnost, ki je bogata tudi s čutnimi zvočnimi dražljaji, kognitivnimi izzivi, ritmično in gibalno koordinacijo, ter spodbuja družbene interakcije, spomin, pozornost, zaznavanje in omogoča neverbalno izražanje skozi gibanje telesa (Kattenstroth et al., 2010).

Udeleženci so se strinjali, da vadba vpliva na njihovo zdravje in je zanje koristna. Predpostavljamo, da so prepoznali učinek vadbe na zdravje in s tem koristnost vadbe zaradi poglobljene predstavitve posameznih sklopov vadbe. S pomočjo teoretične in praktične predstavitve vadbe so razumeli učinek vadbe na ohranjanje in krepitev psihofizične kondicije, ravnotežja, kakovosti gibanja, spomina. Analiza ocen trditvev o učinku vadbe na zdravje je pokazala, da se vseh 20 udeležencev povsem strinja s trditvami, o vplivu vadbe na ohranjanje psihofizične kondicije, ravnotežja, kakovost gibanja, 2 udeleženca pa nista bila povsem prepričana, da se strinjat as trditvijo, da z vadbo krepijo spomin.

Keogh s sodelavci (2009) v sistematskem pregledu randomiziranih člankov ugotavlja visoko stopnjo dokazov o učinkovitosti plesne terapije pri starejših osebah (raven dokazov stopnje B) na področju aerobne moči, mišične vzdržljivosti, statičnega in dinamičnega ravnotežja ter hitrosti hoje. S plesno aerobno vadbo se krepi dihalna in srčno žilna kapaciteta. Osebe po možganski kapi imajo znižano dihalno kapaciteto. Z okrepitvijo dihalnega sistema se poveča tudi telesna cirkulacija. Večji donos kisika v možgane poveča možgansko aktivnost in neposredno vpliva na razraščanje živčnih celic zlasti na predelu za spomin. Center za spomin (hipokampus) se povezuje z vestibularnim, vizualnim in senzomotoričnim predelom (Thornberg et al., 2014). Delovanje hipokampusa omogoča prostorski spomin, ki pomembno vpliva na ravnotežje (Rehfeld et al., 2017).

Kombinacija fizične aktivnosti in kognitivne vadbe krepi nevroplastičnost predvsem na področju primarne motorične skorje (Rehfeld et al., 2018). Angelettijeva (2016) definira nevroplastičnost kot proces, skozi katerega se razvijajo in v možganih širijo sinapse in s tem sposobnost oblikovanja novih nevronskih mrež. Nevroznanstveniki, ki se ukvarjajo s proučevanjem plastičnosti možganskih celic, ugotavljajo pozitiven učinek gibanja na boljše funkcioniranje posameznika. Gibanje spodbudi doprinos kisika in krvi v možgane in posledično proces nevroplastičnosti.

Vseh 20 udeležencev vadbe se je povsem strinjalo s trditvijo, da ima glasba pozitiven učinek v vadbi, da s pomočjo glasbe ohranjajo ritem vadbe, da s pomočjo glasbe lažje izvajajo gibe, da se ob glasbi sprostijo. Prav tako se je vseh 20 udeležencev povsem strinjalo, da jim vadba FUNB s pomočjo glasbe polepša dan, da je prilagojena njihovim sposobnostim, da glasba in ples vplivata na dobro počutje.

Avtorji Rehfeld in sodelavci (2017) ugotavljajo pozitiven učinek plesa na dobro počutje pri osebah z nevrološkim obolenji. Ples z glasbo sproži sproščanje hormonov zadovoljstva ali endorfinov. Z glasbo, ki je medij pri plesni aktivnosti, zvišujemo nivo serotonina in dopamina.

Zadnjih 10 let narašča število študij o učinku glasbe pri obravnavah oseb z nevrološkim obolenji. Obstajajo dokazi o učinku glasbe na lažjo izvedbo aktivnosti in dobro počutje. Vadba ob glasbi postaja obetavna metoda v rehabilitaciji oseb z nevrološkim obolenji (Sihvonen et al., 2018).

Raziskave kažejo, da ima lahko glasbena spremljava ob fizični aktivnosti pozitivne učinke tako za počutje, kot tudi za samo izvedbo; izboljša naše razpoloženje, dejavnost se ob glasbi zdi manj naporna, energijski izkoristek je večji, izvedba motorično preprostejših, ponavljajočih se dejavnosti pa se izboljša (Karageorghis, Priest, 2012).

Rezultati raziskave, ki je bila izvedena na manjšem številu oseb po preboleli možganski kapi, so obetavni in pomenijo izziv za delovne terapevte. Potrebe po nadaljevanju obravnave oseb, ki so zaključile rehabilitacijske programe in se vrnile v domače okolje ter njihovih svojcev, so v slovenskem prostoru velike. FUNB s pomočjo glasbe je primerna metoda delovnoterapevtske obravnave, v kolikor jo izvaja terapevt, ki ima izkušnje pri delu z osebami, ki so utpele cerebrovaskularno bolezen in certifikat o opravljenem izobraževanju. Povezava delovnih terapevtov s klubi regijskega tipa, ki delujejo v okviru Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije, bi omogočila nadaljevanje raziskave o učinkovitosti prenosa vadbe FUNB s pomočjo glasbe v skupnost.

## ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da so se udeleženci raziskave strinjali s trditvami o pozitivnem učinku vadbe FUNB s pomočjo glasbe na njihovo zdravje in dobro počutje. Na podlagi rezultatov raziskave sklepamo, da bi bilo z vadbo smiselno nadaljevati in pridobiti mnenje širše družbene skupnosti o potrebah in možnostih prenosa vadbe v skupnost.

## LITERATURA

- Angeletti M (2016). Opposites attract: holistic emotional regulation using dance movement therapy and the doshas in Ayurveda. *Body Mov Dance Psychother* 11(1): 31–45. doi: [10.1080/17432979.2015.1106977](https://doi.org/10.1080/17432979.2015.1106977).
- Bassoe Gjelsvik BE (2016). *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Borhan ASM, Hewston P, Merom D et al. (2018). Effects of dance on cognitive function among older adults: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 7(1): 24. doi: [10.1186/s13643-018-0689-6](https://doi.org/10.1186/s13643-018-0689-6).
- Demers M, McKinley P (2015). Feasibility of delivering a dance intervention for subacute stroke in a rehabilitation hospital setting. *Int J Environ Res Public Health* 12(3): 3120–32. doi: [10.3390/ijerph120303120](https://doi.org/10.3390/ijerph120303120).
- Fong Yan A, Cobley S, Chan C et al. (2018). The effectiveness of dance interventions on physical health outcomes compared to other forms of physical activity: A systematic review and metaanalysis. *Sports Medicine* 48(4): 933–51. doi: [10.1007/s40279-017-0853-5](https://doi.org/10.1007/s40279-017-0853-5).
- French B, Thomas LH, Coupe J et al. (2016). Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 11(11): CD006073. doi: [10.1002/14651858.CD006073.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006073.pub3).

- Gajewski PD, Falkenstein M (2016). Physical activity and neurocognitive functioning in aging - A condensed updated review. *Eur Rev Aging Phys Act* 13: 1. doi: [10.1186/s11556-016-0161-3](https://doi.org/10.1186/s11556-016-0161-3).
- Goljar N (2010). Rehabilitacija bolnikov po možganski kapi. *Rehabilitacija* 9(supl.1): 121–7.
- Ivey FM, Hafer-Macko CE, Macko RF (2006). Exercise rehabilitation after stroke. *NeuroRx* 3(4): 439–50. doi: [10.1016/j.nurx.2006.07.011](https://doi.org/10.1016/j.nurx.2006.07.011).
- Karageorghis CI, Priest, DL (2012). Music in the exercise domain: A review and synthesis (part I). *Int Rev Sport Exerc Psychol* 5(1): 44–66. doi: [10.1080/1750984X.2011.631026](https://doi.org/10.1080/1750984X.2011.631026).
- Kattenstroth JC, Kolankowska I, Kalisch T, Dinse HR (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Front Aging Neurosci* 2: 31. doi: [10.3389/fnagi.2010.00031](https://doi.org/10.3389/fnagi.2010.00031).
- Keogh JW, Kilding A, Pidgeon P, Ashley L, Gillis D (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: A review. *J Aging Phys Act* 17(4): 479–500. doi: [10.1123/japa.17.4.479](https://doi.org/10.1123/japa.17.4.479).
- Kim BR, Han EY, Joo SJ, Kim SY, Yoon HM (2014). Cardiovascular fitness as predictor of functional recovery in subacute stroke patients. *Disabil Rehabil* 36(3): 227–31. doi: [10.3109/09638288.2013.787123](https://doi.org/10.3109/09638288.2013.787123).
- Kurat T, Goljar N (2009). Kakovost življenja oseb po možganski kapi po zaključeni rehabilitaciji. *Rehabilitacija* 8(1): 9–16.
- Lubej Š et al. (2012). Funkcijsko usposabljanje s pomočjo glasbe pri osebah z demenco. In: *Dodajmo mladost letom. 6. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Bled, 25. do 27. oktober 2012*. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje, 14–6.
- Mackay-Lyons MJ, Makrides L (2002). Exercise capacity early after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 83(12): 1697–702. doi: [10.1053/apmr.2002.36395](https://doi.org/10.1053/apmr.2002.36395).
- Mackay-Lyons MJ, Markrides L (2004). Longitudinal changes in exercise capacity after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 85(10): 1608–12. doi: [10.1016/j.apmr.2004.01.027](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.01.027).
- MKF - Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (2006). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; Inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije.
- Muller P, Rehfeld K, Schmicker M et al. (2017). Evolution of neuroplasticity in response to physical activity in old age: The case for dancing. *Front Aging Neurosci* 9: 56. doi: [10.3389/fnagi.2017.00056](https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00056).
- Norman G (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 15(5): 625–32. doi: [10.1007/s10459-010-9222-y](https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y).
- Pihlar Z (2013). Nove metode v delovni terapiji. *Rehabilitacija* 12(1): 121–8.

## UPORABA MULTISENZORNE SOBE – SNOEZELN V INTERDISCIPLINARNEM PROGRAMU ZA PACIENTE S KRONIČNO NE-RAKAVO BOLEČINO

### USE OF THE SNOEZELN MULTISENSORY ROOM IN THE INTERDISCIPLINARY PROGRAM FOR PATIENTS WITH CHRONIC NON-CANCER PAIN

Helena Grilj<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Barbara Osolnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Marko Vidovič<sup>1</sup>, dipl. del. ter. mag., mag. Andreja Švajger<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** V okviru interdisciplinarnega programa obravnave oseb s kronično ne-rakavo bolečino se omogoča pacientom uporabo multisenzorne sobe – snoezelen. S pomočjo multisenzorne sobe je mogoče senzorne dražljaje nenehno prilagajati pacientovim potrebam. Namen raziskave je raziskati, kako ti senzorni vnosi vplivajo na posameznike s kronično bolečino in fibromialgijo. **Metode:** Retrospektivna raziskava je bila izvedena na podlagi evalvacijskih vprašalnikov. Vključenih je bilo 129 udeležencev interdisciplinarnega programa funkcionalne obnove in prilagojenega interdisciplinarnega rehabilitacijskega programa v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča med oktobrom 2018 in januarjem 2020. **Rezultati:** Izsledki raziskave kažejo, da so se pacienti ene skupine v 74% in druge v 85% ob uporabi prostora počutili dobro, 48% pacientov v prvi skupini je pri uporabi multisenzorne sobe našlo položaj, ki jim je povzročal manj bolečin kot sicer, medtem ko je bil delež v drugi skupini večji in sicer 62%. **Razprava:** Raziskava potrjuje učinkovitost multisenzorne sobe pri doseganju sprostitve. Z nadzorovanimi senzornimi dražljaji je mogoče obogatiti doživljanje, omejiti neprijetne občutke in zmanjšati bolečine. **Zaključek:** V obravnavi oseb s kronično ne-rakavo bolečino je uporaba prostora snoezelen dobrodošla metoda za obvladovanje bolečine. Glede na odzive pacientov bi bila smiselna večkratna redna uporaba tovrstnega prostora.

**Ključne besede:** kronična bolečina, fibromialgija, senzorna integracija, motnje senzorne integracije, delovna terapija

#### ABSTRACT

**Background:** Patients who take part in the interdisciplinary program for treating people with chronic non-cancer pain have the opportunity to use the Snoezelen multisensory room, which enables adaption of sensory stimulation to the patient's needs. The purpose of the study is to discover how these sensory inputs affect individuals with chronic pain and fibromyalgia. **Methods:** A retrospective study was conducted based on evaluation questionnaires. It involved 129 patients, of which 111 were women and 18 were men, included in the interdisciplinary program of functional restoration (IPFO) and the adapted interdisciplinary rehabilitation program (PIRP) in URI Soča between October 2018 and January 2020. **Results:** The results of the study show that, in terms of subjective well-being, 74% and 85% of patients included in the PIRP and the IPFO, respectively, felt comfortable when using the room. In addition, when using a controlled multisensory environment 48% of patients in

the PIRP group found a position that was comfortable and caused them less pain than usual, while the percentage in the IPFO group was higher – 62%. **Discussion:** The study supports the efficacy of Snoezelen in enabling relaxation. Controlled sensory stimulation can enrich the experience, limit unpleasant feelings, and reduce pain. **Conclusion:** The use of Snoezelen is beneficial in pain management programmes. The responses of the participants support having regular and multiple sessions.

**Key words:** chronic pain, fibromyalgia, sensory integration, sensory integration disorders

## IZHODIŠČA

Kronična bolečina je kompleksna izkušnja, opredeljena kot multidimenzionalna, saj vključuje neprijetno senzorno in čustveno izkušnjo, ki je povezana z dejansko ali možno poškodbo oz. okvaro tkiva (Stalnacke, 2011). Sindrom kronične razširjene bolečine sodi med slabše obvladljive oblike kronične bolečine, še posebej ob izpolnjenih merilih za sindrom fibromialgije. Osebe s to obliko kronične bolečine imajo pogosto težave še z glavoboli, utrudljivostjo, s poudarjeno depresivno simptomatiko in z anksioznostjo. Sčasoma pešata delazmožnost in vključenost v socialno mrežo (Jamnik, 2016).

V zadnjih desetletjih se kopičijo znanstvena spoznanja o kronični bolečini ne-rakavega izvora, ki prizadene bolnike predvsem na ravni gibalnih sposobnosti, pomembno pa vpliva na vsa področja posameznikovega življenja ter znano zelo poslabšuje kakovost življenja (Leadley et al., 2014). Pri osebah s kronično bolečino se pojavi sindrom slabe telesne in duševne pripravljenosti (Verbunt et al., 2003). Na duševnem področju se kaže z utrudljivostjo, katastrofičnim doživljanjem bolečine, ki se pri posamezniku odraža tako, da ne obvladuje več strategij spoprijemanja z bolečino, z nerazumno uporabo analgetikov, anksiozno-depresivnim stanjem in socialnim umikom. Sindrom slabe telesne in duševne pripravljenosti se lahko stopnjuje do te mere, da oseba skoraj popolnoma odpove tako v poklicnem kot v zasebnem življenju (Verbunt et al., 2003). Pomembno je zavedanje, da kronična bolečina ni strukturno stanje, ampak funkcijsko, zaradi česar zahteva raziskovanje dosedanjega načina življenja ter prepoznavanje možnosti njegovega spreminjanja (Stanos, 2002).

V okviru Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča (URI Soča) se izvaja interdisciplinarna rehabilitacija oseb s kronično bolečino, ki zajema rehabilitacijske ukrepe tima zdravstvenih strokovnjakov (zdravnik, fizioterapevt, psiholog, delovni terapevt, socialni delavec), ki delujejo povezano, v isti ustanovi in proti skupaj zastavljenemu cilju. Poglavitni cilji so vedno osredotočeni na izboljšanje funkcijskega stanja oseb s kronično bolečino, pogosto pa je posledica tega tudi zmanjšanje bolečine (Jamnik, 2014).

Indikacijo za vključitev v program postavi tim, ki ga vodi specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, po opravljenem ocenjevalno-triažnem postopku. Pred vključitvijo v rehabilitacijski program so vsi kandidati vključeni v dvodnevni program izobraževanja o kronični bolečini. Na voljo sta dve obliki programov: interdisciplinarni program funkcionalne obnove in prilagojeni interdisciplinarni program. Interdisciplinarni program funkcionalne obnove (IPFO) je vsebinsko in časovno zahtevnejši in primeren za posameznike, ki potrebujejo in zmorejo tovrstno intenzivno obravnavo. Uvid v celotno

situacijo obvladovanja kronično bolečinske simptomatike, spoprijemanje s samo bolečino ter pripravljenost na spremembe, je v tej skupini izražena na višji ravni. Prilagojeni interdisciplinarni rehabilitacijski program (PIRP) omogoča prilagojene pristope znotraj skupin, krajše obravnave, manj intenzivne, uvid v obvladovanje kronično bolečinske simptomatike je nižji, intenzivnost bolečine in doživljanje le-te je običajno na višji ravni. Pri tistih, ki program uspešno končajo, so opazne predvsem spremembe na področju doživljanja bolečine, pri integraciji režima ustrezne higiene telesne vadbe, spanju, prehrani ter odmerjanju dnevnih aktivnosti in počitka (Jamnik, 2014).

### **Senzorna integracija**

Senzorna integracija oz. sama integracija pomeni vrsto organizacije. Z drugimi besedami, ko nekaj integriramo, posamezni deli ali enote delujejo kot celota. Senzorna integracija je tako definirana kot organizacija občutkov za delovanje (Ayres, 2002). Ljudje kot čutna bitja svoje življenje doživljajo skozi svoja čutila. Čutni organi so kot okno v možgane. Zorenje živčnega sistema se razvija v prvih šestih letih življenja in je odvisno od uspešne stimulacije živčnega sistema prek čutnih organov. Nenehni pretok podatkov, pridobljenih s pomočjo čutov, pomaga možganom razlagati okolico, daje jim vitalna orodja za preživetje in razcvet. Oseba ne uspeva se pogosto umika, če njeno okolje ponuja malo ali nič senzorne stimulacije. Vsaka oblika motnje, ki moti človekovo interakcijo z okoljem, lahko ovira razvoj in uživanje v življenju (Lotan, Shapiro, 2005)

Ljudje z omejitvami v gibanju in prisotnimi bolečinami so v svoji interakciji z okoljem omejeni, kar omejuje tudi čutni vnos, ki ga sicer jemljejo za samoumevna (Fornes, 2009). Ti posamezniki težko ustvarijo svoje optimalno okolje ali senzorično izkušnjo, saj je njihov svet pogosto ozek, zaprt in v večini primerov zanje omejen. Na primer, povprečen človek se vsakih 30 minut dotakne 300 površin. Človek s kakršnokoli oviro te možnosti nima oz. je količina senzornega vnosa veliko manjša. To omejeno senzorno zavedanje ne vpliva samo na naše sposobnosti učenja, temveč tudi poslabša kakovost našega življenja (Hogg et al., 2001). Učenje in motivacija sta v veliki meri odvisna od čutov. Iz trenutka v trenutek čutne izkušnje vplivajo na motivacijo, odnos, čustva, učenje, telesne dejavnosti in bivanje ljudi (Lotan, Shapiro, 2005). S čutili ljudje zaznavajo okolje in tako stvari tudi lažje dojemajo in jih razumejo. Novo izkušnjo povežejo s prejšnjo, na prejšnji izkušnji pa lahko gradijo novo. V primeru, ko prejšnje izkušnje nimajo oz. se je zaradi različnih motenj senzorno - motoričnega sistema ne spomnijo, senzorna stimulacija omogoča ponovno razvijanje gibalnih, kognitivnih in socialnih spretnosti. Senzorna stimulacija je terapevtska tehnika, ki za spodbujanje odzivnosti oziroma aktivnosti uporablja pravilno odmerjene čutne dražljaje (Bundy et.al., 2002). Raven uspešnosti, ki jo doseže posameznik, je odraz spodbud in priložnosti, ki jih ima posameznik v svojem okolju. »Multi« senzorna stimulacija, ki nastaja z zadostno frekvenco, intenzivnostjo in trajanjem, poveča vzburjenje možganov, kar vodi do bolj »organiziranih« možganov, ki omogočajo večjo funkcionalno aktivnost in učenje. (Fornes, 2009). Senzorna stimulacija pa omogoča tudi lažje obvladovanje preobčutljivosti oz. prekomerne odzivnosti na notranje in zunanje dražljaje. Posameznik, ki je prekomerno odziven na svoje občutke vzpostavi nekakšno senzorno »obrambo«. Senzorna obrambna sposobnost je opredeljena kot averziven oz. negativen odziv na neškodljive dražljaje. Ogromno je število dnevnih občutkov, ki običajno ne motijo večine posameznikov, ljudje s preobčutljivostjo in občutljivostjo pa jih zaznajo kot nekaj slabega in ogrožajočega (Wilbarger in Wilbarger, 2002)

### **Multisenzorna soba – snoezelen**

Beseda snoezelen je kombinacija dveh nizozemskih besed: snuffelen - vohanje in doezelen, ki pomeni dremati, se sprostiti ali počivati. Izraz snoezelen se nanaša na posebej opremljeno sobo oz. prostor, kjer se upravljanje (količina, razporeditev in intenzivnost stimulacije) nadzira z okoljem, namenjenim spodbujanju čutov s pomočjo svetlobe, zvoka, dotika, vonja in okusa. (Shapiro in Bacher, 2002). Koncept multisenzornega okolja temelji na predpostavki, da je svet mešanica svetlobe, zvoka, majhnosti, okusa in taktilnih občutkov, ki jih čutimo skozi svoje čutne organe (Merrick et al., 2004). Multisenzorna soba je umetno ustvarjen prostor, v katerem se lahko predstavijo ena ali več oblik senzorne stimulacije (na primer obarvane luči, glasba, taktilne table itd.). Uporabljene »tème«, ki so v podporo uporabniku prostora, delujejo sproščujoče in pomirjajoče, dajejo občutek svobode in užitka. Snoezelen mora zagotavljati stalno in dosledno senzorno stimulacijo, katera ustvarja vzdusje zaupanja. Vsi elementi fizičnega udobja, kot so temperatura, osvetlitev, raven hrupa, možnosti sedenja in drugo, morajo biti nastavljivi, da multisenzorna soba deluje udobno in varno (Martin, 1998).

Uporaba prostora je lahko pasivna ali interaktivna. V primerjavi z naravnim okoljem multisenzorna soba omogoča bolj osredotočeno senzorno stimulacijo za ljudi, ki zaradi svojih primanjkljajev ali oviranosti ne morejo spontano sami poiskati takšne stimulacije. Različne omejitve lahko posamezniku onemogočijo smiselno interakcijo z naravnim okoljem (Pagliano, 1999). V multisenzornem okolju je mogoče stimulacijo intenzivirati, zmanjšati, predstaviti izolirano ali v kombinaciji in ga prilagoditi tako, da ustreza motivacijskim in interesnim potrebam uporabnika (Pagliano, 1999). V umetno ustvarjenem okolju je mogoče senzorne dražljaje uravnati in zagotoviti več dražljajev kot v naravnem okolju. Uporabnik se s tem nauči nadzorovati senzorni vnos v njegovem naravnem okolju (Pagliano, 2001). Multisenzorno okolje je brez zahtev, posamezniki si lahko sami izberejo in izkusijo senzorno stimulacijo. Izkušnje so omejene, kadar posameznik tega ne nadzoruje v celoti in ne dopusti možnosti, da to sobo sam doživi. Ni nujno, da je prostor vseč vsem uporabnikom in da imajo vsi koristi od multisenzorne terapije, saj se zelo razlikujejo v svojih odzivih in občutjih ob različnih priložnostih, v različnih okoljih in prostorih (Baillon et al., 2002).

Uporaba multisenzorne sobe je lahko del neke izkušnje in poteka povsem pasivno oz. brez neke »akcije« uporabnika. Začetna izkušnja pasivne uporabe multisenzorne sobe predstavlja nekaj novega, zanimivega in tako poveča vznemirjenje, vendar se človek, ko novost postane stalnica, prilagodi in dolgočasi v okolju, ki se ne spreminja. Predvidljivost in stalnost pa spodbujata protistres in sprostitveni proces. Lahko pa ustvarita monotonost in dolgčas, kar povzroči spanec. Ko pride do spanja, se posameznik ne more učiti iz svojega okolja. Da bi ohranili določeno raven sproščene budnosti in raziskovanja, lahko v sobi in vsej opremi potekajo subtilne spremembe z interaktivnim pristopom. Če želi povzročiti spremembe v vznemirjenju in ohraniti raven budnosti posameznika, lahko terapevt vklopi oz. izklopi različne dele opreme, spremeni barvo, spremeni glasbo ali glasnost ali doda v prostor več interaktivnosti (Messbauer, 2006).

Osnovna načela koncepta snoezelen vključujejo uporabo primarnih čutov: okus, dotik, vonj, vid in sluh. Spodbujanje teh čutov oz. senzorna stimulacija se uporablja za prijeten občutek, olajšanje ob počitku in premagovanje utrujenosti, kar ima neposreden vpliv na zmanjšanje

stresorjev na življenje posameznikov (Hagger, Hutchinson, 1991). Simms (1987) je poudaril, da imajo bolniki s kronično bolečino potrebo po nadzoru svojega položaja. To sta ugotavljala že Lazarus in Folkman (1984), ki sta predlagala, da bi lahko občutek predanosti in vključenosti v svoj »jaz« pomagala preprečiti oz. zmanjšati bolečino. Tudi kasnejše raziskave so ugotavljale koristnost uporabe metode snoezelen za obvladovanje kronične bolečine, zlasti omogočanja sprostitve, tudi v primerjavi z drugimi metodami (Schofield, 2002).

Delovni terapevti se v interdisciplinarni rehabilitaciji oseb s kronično bolečino osredotočajo na to, kako lahko osebe izvajajo in se vključujejo v vsakodnevne dejavnosti. Pri svojem delu uporabljajo kombinacijo pristopov, usmerjenih na povečevanje razumevanja funkcioniranja, edukacijo in usposabljanje za uporabo strategij načrtovanja, prilagajanja in stopnjevanja izvajanja vsakodnevnih aktivnosti na različnih področjih (skrbi zase, produktivnosti in prostega časa) in v različnih okoljih. Pomemben vidik delovnoterapevske obravnave je tudi izboljšanje ravnovesja med vsakodnevnimi dejavnostmi, vključno z omogočanjem počitka in sprostitve, ki sta ključna dela pristopa uravnavanja dnevnih obremenitev s stopnjevanjem aktivnosti in varčevanjem z energijo (Lagueux et al., 2018). Ena od metod za omogočanje sprostitve in raziskovanja odzivnosti na različne senzorne dražljaje, je tudi uporaba multisenzorne sobe oz. snoezelen (Schofield, Davis, 2000; Schofield, 2002).

Metodo snoezelen v okviru interdisciplinarne obravnave oseb s kronično bolečino uporabljajo tudi delovni terapevti v URI Soča. Namen raziskave je bil raziskati, kako različni senzorni vnosi vplivajo na posameznike s kronično bolečino in fibromialgijo, ki se vključujejo v program PIRP in IPFO in kakšne so razlike v tem vplivu med skupinama.

## **METODE DELA**

Izvedena je bila retrospektivna raziskava na podlagi evalvacijskih vprašalnikov, ki so jih pacienti izpolnili po obravnavi v multisenzorni sobi. Vprašalnik povprašuje o vplivu značilnosti prostora, svetlobnih in zvočnih efektov, rekvizitov v njem, o počutju v prostoru pred in po sproščanju ter o sami sprostitvi in zmanjšanju bolečine. Vprašalnik je bil razvit na podlagi izkušenj z uporabo prostora ter povratnih informacij pacientov.

Vključenih je bilo 129 pacientov, od tega 111 žensk in 18 moških, ki so med oktobrom 2018 in januarjem 2020 sodelovali v interdisciplinarnem programu funkcionalne obnove (IPFO) in prilagojen interdisciplinarni rehabilitacijski program (PIRP) v URI-Soča. Pacienti obeh programov imajo na urniku delovnoterapevtskih obravnav tudi enkratni obisk oz. uporabo multisenzorne sobe, ki traja 30 - 45 minut. V prostoru imajo udeleženci možnost preizkusiti več pozicij z naslednjimi rekviziti: gugalnico (z možnostjo menjave dveh različnih podpor – trdne in v obliki vreče), ogrevano enoprekatno vodno posteljo, vodne stolpe z različnimi vizualnimi učinki in zvokom tekoče vode (z možnostjo sedenja ali ležanja) in veliko sedalno vrečo, polnjeno s stiropornimi granulami (z možnostjo različnih položajev). Da je zaščiten pred vsemi zunanjimi vplivi je prostor zatemnjen in zvočno izoliran, tla in vse stene so oblazinjene. Med seanso terapevt predvaja pomirjujočo glasbo (zvoki narave, nežne melodije), menjava različne vrste pridušene osvetlitve ter vonjalne dražljaje z uporabo aromatičnih olj. Vsi prehodi in menjave so zelo počasni in postopni, terapevt jih prilagaja odzivom posameznikov in skupine. Hkrati je v prostoru največ 5 pacientov.

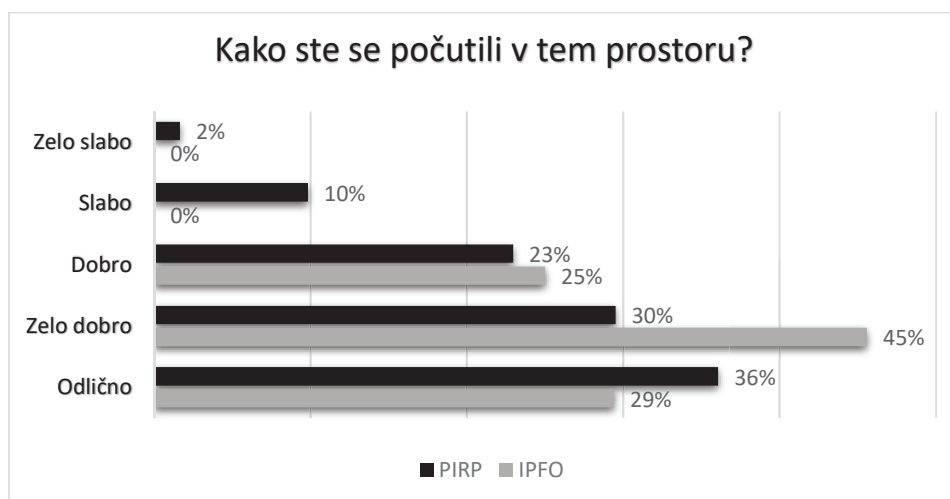
Terapevt pred pričetkom skupine pripravi prostor (sveža posteljnina, vklop ventilatorja in vodnega izparilnika) in ga opremi z morebitnimi dodatnimi pripomočki (materinske blazine, radio). To, da v njem ni prezračevalnega sistema, predstavlja določeno težavo, saj lahko postane zatohel. Ima možnost vklopa različnih svetlobnih efektov in predvajanja glasbe. Pred vstopom v prostor terapevt pacientom opiše prostor, postopek in način obnašanja, ki velja v prostoru (v nogavicah, minimalna tiha komunikacija, počasno gibanje). Pacienti se prostoru približajo počasi, da sprememba svetlobnega učinka ne povzroči neprijetnih občutkov. Obveščeni so tudi o možnih zapletih (slabost, vrtoglavice, slabo počutje), o možnosti odstopa od preizkusa in da prostor lahko zapustijo med »seanso«. V multisenzorni sobi se pacienti sami odločajo o uporabi rekvizitov, zaželeno pa je, da potekajo medsebojne menjave, da ima vsak možnost preizkusa različnih rekvizitov in različnih položajev na njih. Podatki iz izpolnjenih vprašalnikov so bili analizirani v smislu pogostnosti odgovorov s programom MS Excel.

Za to raziskavo je bilo pridobljeno dovoljenje komisije za medicinsko etiko na URI-Soča (št. 24/2020).

## REZULTATI

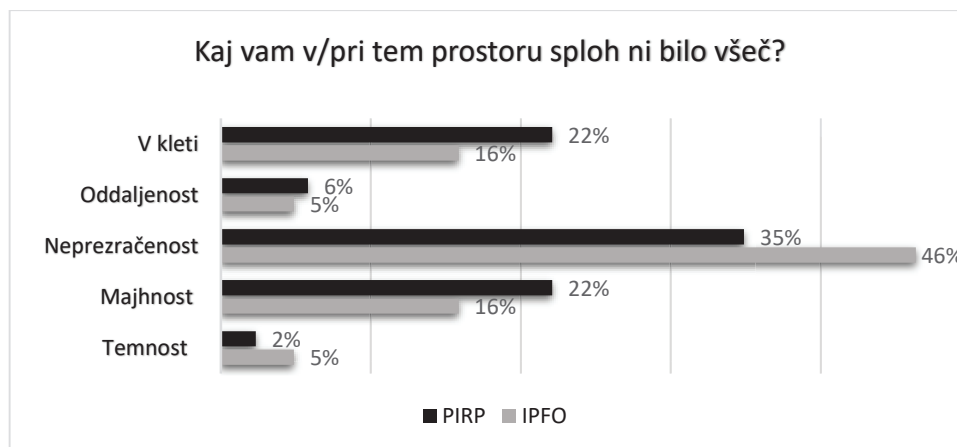
Odgovori pacientov so bili podani glede na njihove subjektivne občutke v prostoru po opravljenem obisku le-tega.

Na vprašanje »Kako ste se počutili v tem prostoru« jih je iz programa PIRP na odgovora »zelo dobro« in »odlično« odgovorilo skupno 66% pacientov, medtem ko jih je v programu IPFO ta ista odgovora podalo skupno 74% pacientov. Pri odgovoru »slabo« je bil odstotek pacientov programa PIRP 10%, medtem ko pacienti IPFO programa tega odgovora niso podali (Graf 1).



*Graf 1. Počutje v prostoru snoezelen*

35% udeležencev PIRP in 46% iz skupine IPFO je bila v prostoru najmanj všeč neprezačenost. Na drugem mestu (22% PIRP in 16% IPFO) sta bila majhnost in to, da je bil prostor v kleti (Graf 2).



Graf 2. Vpliv značilnosti prostora

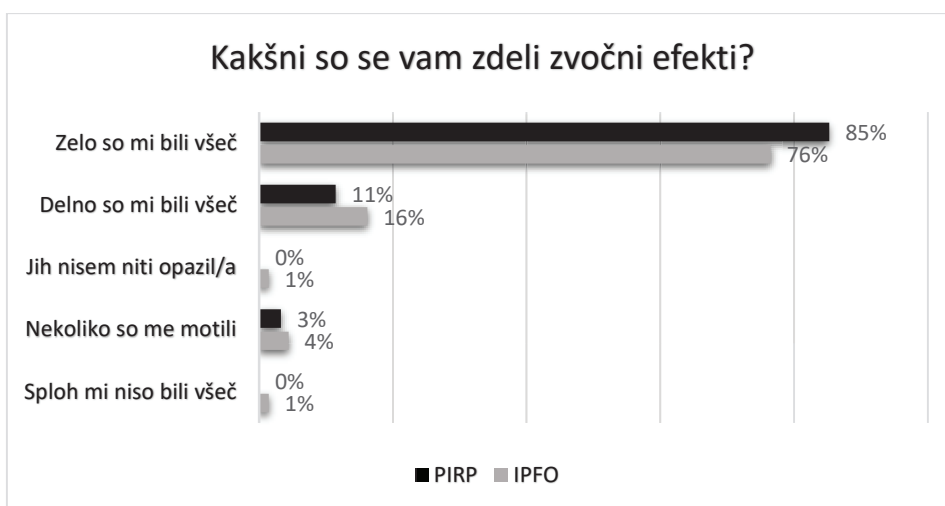
51 % udeležencev PIRP in 60% IPFO je odgovorilo, da so jim bili svetlobni efekti »zelo všeč«, 11% iz PIRP in 6% iz IPFO pa jih je odgovorilo, da so jih svetlobni efekti nekoliko motili (Graf 3).



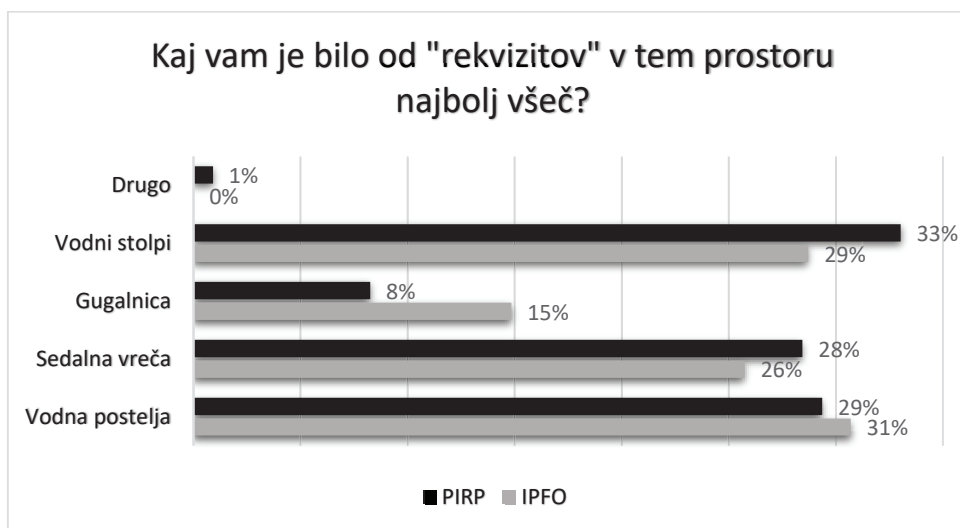
Graf 3. Vpliv svetlobnih efektov

85% udeležencev PIRP in 76% udeležencev IPFO je odgovorilo, da so jim bili zvočni efekti »zelo všeč« in so se ob njih sprostili, medtem ko jih je le majhen delež odgovorilo, da so jih zvočni efekti »motili« (Graf 3).

Obema skupinama so bili v prostoru snoezelen najbolj všeč vodni stolpi, vodna postelja in sedalna vreča, najmanj (PIRP 8%, IPFO 15%) pa gugalnica (Graf 5).



Graf 4. Vpliv zvočnih efektov

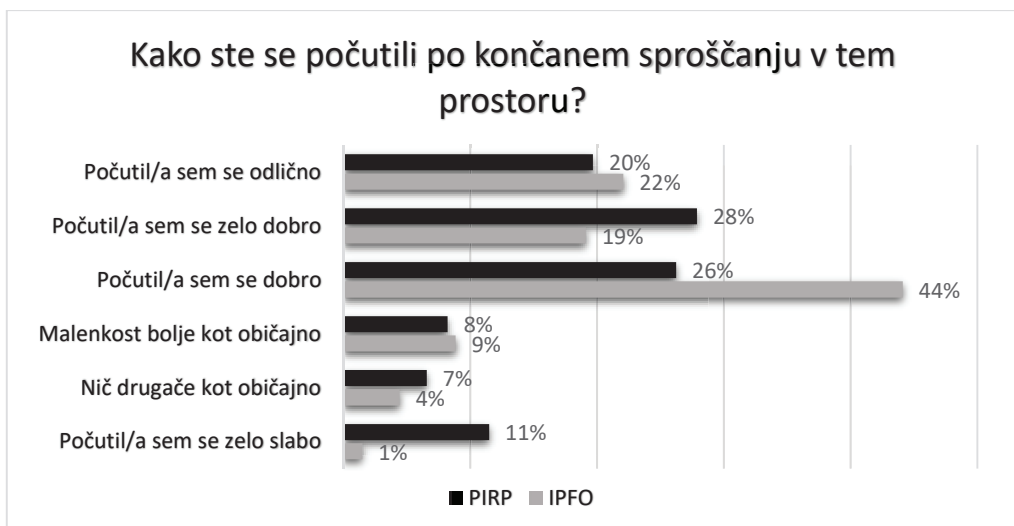


Graf 5. Vpliv rekvizitov

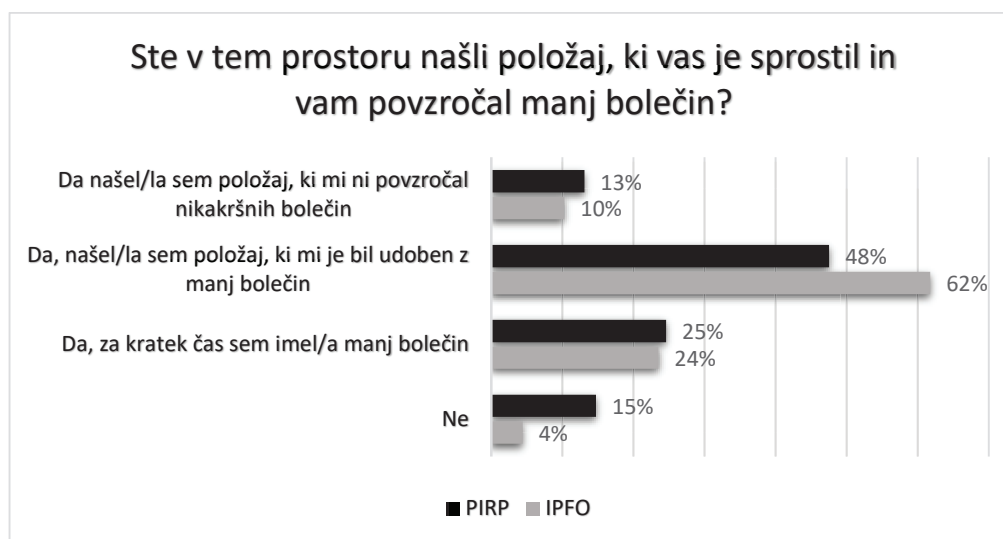
Na vprašanje odprtega tipa, »kaj bi med rekvizite še dodali, če bi imeli možnost?« so pacienti odgovorili: dodatne blazine za sedenje – nekoliko višje, ležalnik, visečo mrežo (višjo), gugalnico – gnezdo, masažni stol.

Na vprašanje »kako ste se počutili po končanem sproščanju v tem prostoru« je skupno 74% udeležencev PIRP odgovorilo »odlično«, »zelo dobro« in »dobro«, iz IPFO pa skupno 85% udeležencev. V skupini PIRP se je »zelo slabo« počutilo 11%, v skupini IPFO pa 1% udeležencev (Graf 6).

Na vprašanje glede bolečine in sicer »ali ste v tem prostoru našli položaj, ki vas je sprostil in vam povzročal manj bolečin« jih je 48% iz PIRP in 62% iz IPFO odgovorilo pritrdilno, odgovor »ne«, je bil v skupini PIRP podan v 15%, v skupini IPFO pa v 4 % (Graf7).



Graf 6. Počutje po sproščanju v prostoru snoezelen



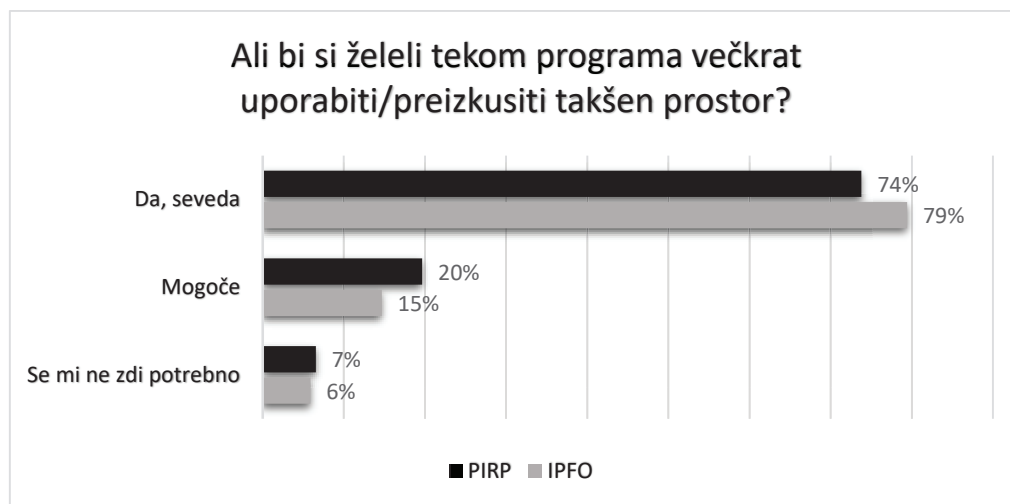
Graf 7. Sprostitev in zmanjšanje bolečin

Končno vprašanje je bilo odprtega tipa in sicer »kako bi opisali celotno vašo izkušnjo z uporabo/preizkusom tega prostora?«. Podanih je bilo več komentarjev, navedeni so le nekateri:

- »nekaj novega...«
- »prijetno, nova izkušnja in občutki«
- »popolnoma novi občutki, odlično!«
- »morala bi ga preizkusiti večkrat, da bi zaznala »učinkovitost««
- »kaj takšnega še nisem videla, name je vplivalo pozitivno, hvala!«
- »v začetku je bila tesnoba, potem sem »pravilno« dihala in je bilo bolje«
- »popolnoma sem se sprostila in pozabila na bolečino«
- »fantastično!«
- »občutek, kot da sem na dopustu v eksotični državi«

- »motilo me je, da ni okna..., sicer pa super«
- »pomirjujoče, sproščujoče, udobno«
- »dobra izkušnja, dobila sem idejo, kako si doma urediti kaj podobnega«
- »presenečena, da takšno sproščanje sploh obstaja«

V velikem odstotku 79 % (IPFO) in 73% (PIRP) je bila izražena želja oz. interes po večkratni možnosti uporabe tega prostora (Graf 8).



Graf 8. Pogostnost uporabe snoezelen

## RAZPRAVA

Glavne ugotovitve raziskave, ki je bila usmerjena v spoznavanje vpliva multisenzorne sobe - snoezelen na udeležence dveh različnih interdisciplinarnih programov za osebe s kronično ne-rakavo bolečino kažejo na splošno pozitivno izkušnjo, blagodejen vpliv predvsem zvočnih učinkov ter večine rekvizitov, ki so jih udeleženci preizkusili. V veliki večini so po zaključku sodelovanja opisali kot dobro do odlično. V večinskem deležu so tudi našli položaj, ki je omogočal sprostitev in povzročal manj bolečin. Kot moteče so doživljali majhnost in slabšo prezračevnost prostora in dejstvo, da je bil v kleti.

Zvočni efekti so na obe skupini delovali sproščujoče, nekoliko manj svetlobni. Od rekvizitov v prostoru se je gugalnica izkazala kot nekoliko neprimeren pripomoček, saj je bilo vstajanje iz nje oteženo, zato se večina pacientov zanj oz. njeno uporabo ni odločila. Vodna postelja in vodni stolpi so bili med najbolj priljubljenimi rekviziti. Pacienti so poročali o breztežnostnem občutku, lebdenju na vodi, ob stolpih pa občutek ugodja in bližino šumeče vode. Pacienti obeh skupin so poročali, da so v prostoru našli položaj, ki jim je povzročal manj bolečin oz. so celo našli položaj, pri katerem so bili za trenutek brez bolečin. Te ugotovitve so skladne z rezultati dosedanjih, sicer maloštevilnih raziskav pri uporabi multisenzorne sobe pri tej ciljni skupini, zlasti o učinkovitosti te metode za omogočanje sprostitve in zmanjšanje bolečin. V eksperimentalnih študijah, v katerih so primerjali različne pristope k sproščanju, so ugotavljali, da je uporaba multisenzorne sobe enakovredna oz. nekoliko boljša od tradicionalnih metod. Potrdili so pomembno zmanjšanje bolečine in vpliva bolezni ter izboljšanje samoučinkovitosti (Schofield, Davis, 2002; Schofield 2000). Okolje snoezelen podpira uporabo priznanih pristopov, hkrati pa osebam s kronično bolečino

omogoča nadzor in ponudi alternativno metodo za obvladovanje bolečine in drugih težav (Schofield 2000).

Rezultati evalvacijskih vprašalnikov kažejo tudi nekatere razlike med udeleženci programov. Udeleženci IPFO, so se nekoliko lažje prilagajali v prostoru, med samo »seanso« so iskali položaje, ki so jim bolj ustrezali, dobro počutje je bilo večje, medtem ko so pacienti PIRP v svojih položajih dlje časa vztrajali, kar jim je posledično povzročalo večje bolečine, odražalo pa tudi njihovo večjo rigidnost. Tudi na svetlobne efekte v prostoru so večjo občutljivost oz. večje zaznavanje le-teh izkazovali udeleženci skupine PIRP, kljub temu, da se svetlobni efekti niso hitro menjavali in da so bili prilagojeni odzivom skupine. Tovrstno povečano raven preobčutljivosti na dražljaje v okolju, tudi neškodljive, ki že ob vsakodnevnih senzornih dražljajih povzročajo stres, sta pri ženskah s fibromialgijo ugotavljala tudi Wilbarger in Cook (2011). Ugotovljene razlike med skupinama lahko delovni terapevti uporabijo za to, da okolje in dražljaje še v večji meri prilagodijo ravni občutljivosti in odzivnosti posameznikov in tako še v večji meri povečajo koristi te izkušnje. Snoezelen pa je poleg sproščujočega tudi fizično in kognitivno dostopno okolje, polno elementov, ki spodbujajo in sprožajo vznemirjanje čutov. Tako pomagajo ljudem razumeti svoje okolje in sebe, kar nato vodi v raziskovanje. Pomembno je, da se v obravnavi pacientom s kronično bolečino in fibromialgijo omogoči občutiti to raznolikost okolja, ker jim je bila ta možnost doživljanja na nek način odvzeta. Nespremenljivo okolje, omejen socialni stik in nižja raven aktivnosti lahko prispevajo k stanju senzorične prikrajšanosti in občutka dolgčasa (Schofield, 1998).

Za nekatere lahko spodbudno okolje poveča učinek vznemirjenosti, za druge ali za istega posameznika, ob drugi priložnosti, pa ima lahko pomirjujoč učinek. Nekaterim uporabnikom se zdijo vizualni učinki nenavadni in ob njih postanejo zmedeni, lahko jih potisnejo v stisko. Spretnost terapevta pri ustreznem uvajanju pacienta v multisenzorno okolje je tako zelo pomembna. Terapevt mora biti nenehno pozoren na pacientove odzive v tem okolju in ukrepati, da prepreči njegovo stisko (Baillon et al., 2002).

Izkušnje pacientov z različnimi rekviziti in učinki v multisenzorni sobi – snoezelen lahko delovnim terapevtom in pacientom predstavljajo izhodišče za individualno načrtovanje in oblikovanje tovrstne priložnosti za počitek in sprostitev tudi v domačem okolju. To je lahko ključni element vzpostavljanja in omogočanja boljšega ravnovesja med vsakodnevnimi dejavnostmi kot del z dokazi podprte obravnave oseb s kronično bolečino, ki je usmerjena na spremembo življenjskega sloga (Lagueux et al., 2018; Simon, Collins, 2017).

## **ZAKLJUČEK**

Udeleženci raziskave so bili na splošno z uporabo prostora snoezelen zelo zadovoljni in so zaznali ugodne učinke tako na možnost sprostitve kot zmanjševanje bolečine. Izkušnja jim je tudi omogočala raziskovanje vpliva različnih efektov v procesu sproščanja ter iskanje udobnih položajev telesa ob uporabi različnih rekvizitov. Večina jih je izrazila željo, da bi imeli v programu večkrat možnost sprostitve, počitka in raziskovanja občutij ob dražljajih v multisenzorni sobi.

Ugotovitve kažejo, da informacije o pacientovem počutju in njegovih občutkih v multisenzorni sobi – snoezelen lahko tako delovnemu terapevtu in kot celotnemu

interdisciplinarnemu timu koristijo pri razumevanju in podpori pacientom pri obvladovanju različnih odzivov na raznovrstne senzorne dražljaje. Izkušnja v času obravnave je lahko eden od elementov vzpostavljanja boljšega ravnovesja med vsakodnevnimi dejavnostmi.

Glede na razlike med skupinama bi bilo smotrno nadaljnje, bolj poglobljeno raziskovanje izkušenj in koristi multisenzorne sobe pri osebah s kronično-nerakavo bolečino na različnih ravneh funkcioniranja. To bi omogočilo boljše razumevanje potreb in prilagoditev posameznikovi obravnavi.

"V inteligenci ni nič, kar najprej ni prešlo skozi čute". Aristotel

## LITERATURA

- Ayres AJ (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko. Naklada: Slap. Ayres AJ (2005). *Sensory integration and the child*. 25th anniversary edition, Los Angeles
- Baillon S, van Diepen E, Prettyman R (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care: *Advances in Psychiatric treatment*, vol. 8, pp. 444–452.
- Bortz WM (1984). The disuse syndrome. *West J Med*; 141(5): 691–4.
- Bundy AC, Lane SJ, Murray EA (2002). *Sensory integration: theory and practice*. Second edition. Philadelphia: F. A. Davis Company. 3–34.
- Fornes S L (2009). *Multi Sensory Environments: Developing the theory and guiding practice for future direction: A delivery model developed from an integrative review of the literature, practice and research*. Chrilisan: Birmingham, AL.
- Hagger L and Hutchinson R (1991). Snoezelen : an approach to the provision of a leisure resource for people with profound and multiple handicaps. *Mental handicap*, 19, 51–54.
- Hogg J, Cavet J, Lambe L, Smeddle M (2001). The use of ‘Snoezelen’ as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: A review of research. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 353–372.
- Jamnik H (2014). Interdisciplinarna rehabilitacija oseb s kronično bolečino. V: *Zbornik 2004–2014, Društvo za fibromialgijo*: 20-21
- Jamnik H (2016). Ocenjevanje izida rehabilitacije pri osebah s kronično razširjeno bolečino, *Rehabilitacija* 15 (Suppl 1) : 90-93.
- Lagueux E, Depelteau A, Masse J (2018). Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A scoping Review. *Pain Research and Management* 2018(3): 1 - 19. DOI:10.1155/2018/5378451. Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/328908799\\_Occupational\\_Therapy's\\_Unique\\_Contribution\\_to\\_Chronic\\_Pain\\_Management\\_A\\_Scoping\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/328908799_Occupational_Therapy's_Unique_Contribution_to_Chronic_Pain_Management_A_Scoping_Review).
- Leadley RM, Armstrong N, Reid KJ, Allen A, Misso KV, Kleijnen J (2014). Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. *Pain Pract*, 14(6): 547-58.
- Lotan M, Shapiro M (2005). Management of young children with Rett disorder in the controlled multi-sensory (Snoezelen) environment. *Brain & Development*, 27(Suppl 1), 88–94.
- Martin NT, Gaffan EA, Williams T (1998). Behavioural effects of long-term multi-sensory stimulation. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 69-820.

- Merrick J, Cahana C, Lotan M, Kandel, Carmeli E (2004). Snoezelen or Controlled Multisensory Stimulation. Treatment Aspects from Israel Research Article The Scientific World JOURNAL 4, 307–314 ISSN 1537-744X; DOI 10.1100/tsw.2004.30.
- Messbauer L (2006). Tranquility Rooms, Multi-Sensory Environments on Aging. Sensational Environments. Dostopno na: <http://www.lmessbauer.com/content> .
- Miller LJ, Anzalone ME, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *Am J Occup Ther* 61 (2): 135–40.
- Miller LJ, Nielsen DM, Schoen SA, Brett-Green BA (2009). Perspectives on sensory processing disorder: a call for translation research. *Front Integr Neurosci* 3 (22): 1–12.
- Pagliano P (1999). *Multisensory environments*. London: David Fulton.
- Pagliano P (2001). *Using a Multisensory Environment: A Practical Guide for Teachers*. David Fulton Publishers, London.
- Simon AU & Collins C E R (2017). Lifestyle Redesign® for chronic pain management: A retrospective clinical efficacy study. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, . <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.025502>
- Schofield P, Davis B (1998). Sensory deprivation and chronic pain: A review of the literature, *Disability and Rehabilitation*, 20 (10): 357-366.
- Schofield P, Davis B (2002). Sensory stimulation (snoezelen) versus relaxation: a potential strategy for the management of chronic pain. *Disabil Rehabil.* 22(15): 675-682.
- Schofield P (2002). Evaluating Snoezelen for relaxation within chronic pain management. *Br J Nurs.* 11(12):812-821.
- Shapiro M and Bacher S (2002). *Snoezeling. Controlled Multi-Sensory Stimulation. A Handbook for Practitioners*. Beit Issie, Shapira, Raanana, Israel.
- Stalnacke BM (2011). Life satisfaction in patient with chronic pain – relation to pain intensity, disability and psychological factors. *Neuropsychiat Dis Treat.*, 7, 683-9.
- Stanos S (2002). Focused review of interdisciplinary pain rehabilitation programs for chronic pain management. *Curr Pain Headache Reports*, 16, 147-152.
- Stock-Kranowitz C (2005). *The out of sync child*. Revised and updated edition. London: Penguin Group.
- Verbunt JA, Seelen HA, Vlaeyen JW, van de Heijden GJ, Heuts PH, Pons K., (2003). Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *Eur J Pain*, 7(1): 9-21.
- Wilbarger JL, Wilbarger PL (2002). Wilbarger approach to treating sensory defensiveness. In Bundy, AC, Murray, E.A., & Lane, S. (Eds.). *Sensory Integration: Theory and Practice*, 2nd Ed. F.A. Davis, Philadelphia, PA.
- Wilbarger JL, Cook DB. Multisensory hypersensitivity in women with fibromyalgia: implications for well being and intervention. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92: 653-6.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, (1990). The American College of Rheumatology. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33(2): 160-72.

## DELOVNOTERAPEVTSKA OCENJEVANJA PRI OBRAVNAVI OSEB Z MOTNJO V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI

## OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENTS IN TREATING PERSONS WITH MENTAL HEALTH DISORDERS IN SLOVENIA

mag. Alenka Plemelj Mohorič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., prof. def.

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Literatura navaja veliko število z dokazi podprtih ocenjevalnih instrumentov za obravnavo oseb z motnjo v duševnem zdravju, a opozarja na njihovo premajhno uporabo. V Sloveniji je bilo v zadnjih desetih letih najdenih malo študij, ki bi z dokazi podprle uporabo veljavnih in zanesljivih delovnoterapevtskih ocenjevanj na področju duševnega zdravja. Namen prispevka je predstaviti katera delovnoterapevtska ocenjevanja in kako pogosto jih delovni terapevti v Sloveniji, na področju duševnega zdravja, uporabljajo. **Metode dela:** Januarja 2019 in maja 2020 je bil uporabljen anketni vprašalnik o uporabi ocenjevalnih instrumentov pri delujočih delovnih terapevtih na področju duševnega zdravja. **Rezultati:** V raziskavi je januarja 2019 sodelovalo 55 in maja 2020 40 delovnih terapevtov. Udeleženci poznajo Kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti, več kot polovica jo uporablja; le tretjina uporablja Oceno motoričnih in procesnih spretnosti ali analizo aktivnosti. **Sklep:** Udeleženci poznajo in uporabljajo malo veljavnih in zanesljivih delovnoterapevtskih ocenjevanj. Pogostost uporabe le teh ocenjevanj je nizka. Potrebno je nadaljnje raziskovanje in izobraževanje, da bi bila delovnoterapevtska praksa na področju duševnega zdravja, bolj na dokazih temelječa.

**Ključne besede:** delovna terapija, motnja v duševnem zdravju, ocenjevalni instrumenti

### ABSTRACT

**Introduction:** While literature provides a large number of evidence-based occupational therapy assessments for mental health disorders, it also emphasizes their insufficient use. Only a few studies with evidence to support the use of valid and reliable assessment tools for mental health disorders have been conducted in Slovenia in the last ten years. This paper aims to present valid and reliable occupational therapy assessments used by occupational therapists working in the field of mental health in Slovenia. **Methods:** A questionnaire on the implementation of occupational assessment tools by practicing occupational therapists was distributed to participants working in the field of mental health. **Results:** 55 and 40 occupational therapists took part in the study in January 2019 and in May 2020, respectively. The participants were familiar with the Canadian Occupational Performance Measure, with more than half using it in their work. Only a third used the Assessment of Motor and Process Skills or a corresponding activity analysis. **Conclusion:** The participants are only familiar with a few evidence-based assessments and seldom use them. Training and use of valid and reliable assessments are imperative to occupational therapy practice in the field of mental health in order for it to become more evidence-based.

**Key words:** occupational therapy, mental disorders, assessment

## IZHODIŠČA

Delovna terapija ponuja številna ocenjevanja za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave. Ocenjevanje v delovnoterapevtski obravnavi oseb z motnjo v duševnem zdravju (v nadaljevanju MDZ) je osredotočeno na oceno kognitivno procesnih in senzornih funkcij, življenjskih spretnosti, izvajanja vsakodnevnih okupacij, delovanja v skupnosti in vključevanja v družbo (Rogers, Holm, 2016). Prispevek se osredotoča na ocenjevanja problemov pri izvajanju vsakodnevnih okupacij, pri čemer zanemari ocenjevanja, povezana z zaposlitvijo. Kanadska metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (v nadaljevanju COPM) je najpogosteje uporabljen ocenjevalni instrument tudi na področju duševnega zdravja (Rogers Holm, 2016; Baptiste, 2019). COPM podpira na osebo in dejavnost usmerjeno obravnavo, spremljanje sprememb v delovanju in krepitev notranjih moči (Polatajko, 2018; Švajger et al., 2016)). Sicer se na področju duševnega zdravja kot krovni delovnoterapevtski model najpogosteje uporablja model človekove okupacije (Model of Human Occupation, v nadaljevanju MOHO) (Gričar, 2020; Kielhofner, 2008; Lee et al., 2011). Model MOHO kot začetno ocenjevanje priporoča uporabo življenjske zgodbe in strukturirane intervjuje, npr. »Intervju o zgodovini izvajanja okupacij« (Occupational Performance History Interview-OPHI-II), (Kielhofner, 2004). Kot kombinirano metodo ocenjevanja priporoča Presejalni instrument za ocenjevanje človekove okupacije (The Model of Human Occupation Screening Tool, MOHOST) (Parkinson et al., 2004), ta zajema pregled osebnih in okoljskih dejavnikov, ki vplivajo na okupacijsko vključenost posameznika.

Delovnoterapevtska (v nadaljevanju DT) ocenjevanja, vezana na vsakodnevne okupacije, poudarjajo ocenjevanje življenjskih spretnosti, ki so pomembne za oceno delovanja osebe v skupnosti. Število raziskav o DT ocenjevanju delovanja oseb z MDZ v skupnosti, v zadnjih letih narašča (Lloyd, Williams, 2010). Znanih je več ocenjevanj življenjskih spretnosti: Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih spretnosti (Kohlman Evaluation of Living Skills, KELS) (Kohlman Thomson, 1992; Kohlman Thomson Robentt 2016), »Ocenjevanje izvajanja skrbi zase« \* (The Performance Assesment of Self-Care Skills), (Halm Rogers, 2014), Ocena spretnosti nakupovanja živil (The Test of Grocery Shopping Skills, TOGSS), (Brown et al., 2009), »Lestvica neodvisnega delovanja« \* (The Independent Living Scale, ILS), (Loeb, 1996). Raziskave delovnih terapevtov (v nadaljevanju Dt) o globalnih standardih za samostojno življenje v skupnosti in Svetovno združenje delovnih terapevtov, pripisujejo pomen in vrednost »Lestvici neodvisnega delovanja« (Revheim, 2019). Vse bolj se poudarja pomen ekološke veljavnosti ocenjevanja, kar pomeni da je izvedba testa umeščena neposredno v kontekst delovanja osebe (Brown et al., 2009; Rempfer et al., 2003; Faith Rempfer, 2018). Ekološko veljavnost izkazuje Ocena spretnosti nakupovanja živil (TOGSS) (Brown et al., 2009). Kadar je ocenjevanje v realnem okolju težko zagotoviti, se Dt v svetu poslužujejo navidezne resničnosti, tako pri nakupovanju živil, še bolj pri ocenjevanju spretnosti vožnje (Yuen et al., 2012).

Neodvisno delovanje v skupnosti na področju duševnega zdravja se najpogosteje povezuje s kognitivno zmogljivostjo, tako je največ DT ocenjevanj na nivoju okvare namenjenih ocenjevanju kognitivnih funkcij (McCraith et al., 2011; Rogers, Holm, 2016). Kognitivna zmogljivost temelji na predelavi informacij za izbiro vedenjskih akcij, ki se prezentirajo v izvedbenih spretnostih (Allen et al., 1992, Mc Craith et al., 2011). Kognitivna zmogljivost na podlagi povratnih informacij o učinkovitosti izvedbe, reševanju problemov in zmožnosti za učenje, vključuje tudi samozavedanje (Allen et al., 1992, McCraith et al., 2012). Dt v

svetu za oceno kognitivne zmogljivosti pogosto uporabljajo »Allenovo presejalno oceno kognitivnih nivojev«\*, (*The Allen Cognitive Level Screen – 5, ACLS-5*), (Allen et al., 2007), »Oceno izvršilnih funkcij v izvedbi aktivnosti«\*, (*The Executive Function Performance Test – EFPT*), (Baum et al., 2008), »Oceno kontekstualnega spomina«\*, (*Contekstual Memory Test*), (Raphael – Grenfield et al., 2019).

Ključni problem, ki spremlja delovanje oseb z MDZ je pomanjkanje volje, nizka stopnja motivacije za izvajanje smiselnih okupacij. Zaenkrat je Vprašalnik o volji (Volution Questionnaire, VQ), (de las Heras, 2003) edini DT ocenjevalni instrument, ki meri voljo in motivacijo na različnih nivojih vključenosti v aktivnost.

Veliko odraslih oseb z MDZ ima motnje senzornega procesiranja (v nadaljevanju MSP), ki vplivajo na slabšo kakovost izvajanja dnevnih aktivnosti (May - Benson, 2009). Ljudje z mejno osebnostno motnjo lahko kažejo MSP. Pogosto je v zgodovini oseb z MDZ spregledana spektroatistična motnja. Med ocenjevanji je poznan »Senzorni profil mladostnika/odraslega«\* (Adolescent/Adult Senory Profil), (Brown in Dunn, 2002).

Pozornost DT obravnave in ocenjevanj se je premaknila v skupnostno obravnavo, manj je študij o ocenjevanju v bolnišničnem okolju, še posebej v stanju akutne bolezni (Lloyd, Williams, 2010). Lloyd in Williams (2010) v pregledu literature o DT obravnavi odraslih oseb z MDZ in oseb v akutni psihiatrični obravnavi v kliničnem okolju, navajata štiri temeljna področja delovne terapije: individualno ocenjevanje, individualna obravnava, terapevtske skupine in načrtovanje odpusta. V akutnih stanjih bolezni je včasih težko najti dovolj občutljiv ocenjevalni instrument za spremljanje in merjenje napredka. V takih primerih se lahko uporabi merjenje števila spodbud, ki jih oseba potrebuje, da prične izvajati aktivnosti. Pomembno je, da opredelimo merilo za številčno lestvico stopnje spodbud (Sames, 2005). Hawkes s sodelavci (2008) navaja pomen začetnega ocenjevanja v bolnišničnem okolju in za oblikovanje učinkovitega načrta priporoča model MOHO, ki nudi uporabna ocenjevanja kot sta npr.: Vprašalnik o strukturi dneva (*Occupational Questionnaire, OQ*), (Smith, Kielhofner, Watts, 1986) in Ček lista interesov (Interest Checklist), (South West London and St. George's NHS Trust – Occupational Therapy Service). V kliničnem okolju se za oceno delovanja in spremljanja napredka pogosto uporablja »Lestvica celostnega delovnoterapevtskega vrednotenja«<sup>2</sup>, (*Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, COTE*), (Allison, Scotwell, 2019 po Brayman et al., 1976). Delovanje oseb s shizofrenijo se povezuje z odstopanji v funkcionalnih vedenjih na splošnem, kognitivnem in na področju odnosov (Na Li, 2012). Chiu s sodelavci (2019) COTE priporočajo za oceno vedenj, povezanih z okupacijsko izvedbo, načrtovanjem delovnoterapevtske obravnave in spremljanjem napredka.

Slovenskih DT študij s področja obravnave oseb z MDZ je malo. Opravljen je bil pregled dokazov o uporabi DT ocenjevanj pri obravnavi odraslih in starejših oseb z MDZ od leta 2010 dalje. Objave so bile iskane v slovenskem bibliografskem zapisu COBISS in v objavljenih publikacijah Zbornice delovnih terapevtov Slovenije - strokovno združenje (v nadaljevanju ZDTS). V preglednici 1 so prikazane objave o uporabi veljavnih in zanesljivih OI na področju duševnega zdravja.

---

<sup>2</sup> Slovenski prevodi ocenjevanj niso uradni in so namenjeni le razumevanju.

*Preglednica 1: Analiza pregleda dokazov o uporabi delovnoterapevtskih OI na področju duševnega zdravja v Sloveniji*

Ocenjevanje oz. OI	Namen uporabe	Avtorji
Model človekove okupacije	Predstavitev uporabe MOHO modela, ocenjevanj iz modela, za obravnavo oseb z MDZ.	Gričar, (2020)
Kanadska metoda za ocenjevanje izvajana dejavnosti (COPM)	Uporaba COPM-a v študiji primera ena oseba z MDZ	Kranjc (2010); Petek et al. (2013); Kranjc et al. (2016); Kavčič (2018)
	Doživljanje COPM-a, uporabnikov DT storitev (10 uporabnikov)	Kavčič (2020).
Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih spretnosti (KELS)	Uporaba KELS-a pri osebah z MDZ (120 oseb brez MDZ in 90 z MDZ). Uporaba KELS-a pri starejših z in brez zmanjšane zmožnosti, tudi z MDZ (10 zdravih, 10 z zdrav. težavami, 10 oseb z MDZ).	Ličef et al.(2014); Plemelj et al. (2014); Petrena (2018); Plemelj et. al. (2020);
	Uporaba KELS-a pri starejših z MDZ (20 oseb).	Mrak (2020).
Ocena spretnosti nakupovanja živil (TOGSS)	Pilotna študija, preizkus ocenjevanja v Sloveniji (6oseb z MDZ in 2 brez MDZ)	Plemelj (2020).
Vprašalnik o strukturi dneva	Študija primera osebe z MDZ(ena oseba) in delovnoterapevtske obravnave v skupnosti (8 oseb).	Kavčič (2018); Petrena (2018).
Vprašalnik o spoprijemanju s stresom	Uporaba vprašalnika pri osebah z depresijo (120 oseb brez in 50 z depresivno motnjo).	Plemelj et al.(2016).
Ocenjevanje izvedbenih spretnosti	Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti: uporaba AMPS-a ocenjevanja v študiji primera (en oseba) in DT obravnave v skupnosti (ocenjevanje skozi aktivnost, 8 oseb).	Kranjc (2010); Petek et al.(2013);Kranjc et al, (2016); Kavčič (2018); Petrena (2018).
»Allenova presejalna ocena kognitivnih nivojev« (ACLS - 5)	Pilotna uporaba pri osebah z demenco (10 oseb).	Plemelj (2012)
Vprašalnik o volji	Študija primera, ena oseba z MDZ. DT obravnava oseb z MDZ v skupnosti (8 oseb).	Kavčič (2018); Petrena (2018).

V Sloveniji je pri DT obravnavi oseb z MDZ največ dokazov o uporabi KELS-a (5), COPM-a(5) in AMPS-a (5). Rezultati KELS-a pri odraslih z MDZ izkazujejo, da imajo največ težav na področju varnosti in zdravja, upravljanju z denarjem in pri uporabi telefona. COPM in AMPS vključujejo študije primera, v katerih je največkrat udeležena ena oseba v bolnišnični obravnavi, le študija Petrena (2018) vključuje osem udeležencev v skupnostni obravnavi. COPM in AMPS se v navedenih študijah uporabljata za načrtovanje in za merjenje izidov DT obravnave.

Tuje študije (D'Amico, Jaffe, Gibson, 2010; Gutman, 2011; Rouleau et al., 2015) poročajo o nizki uporabi standardiziranih OI med delovnimi terapevti na področju duševnega zdravja.

Avtorji zgoraj naštetih študij navajajo, da ob pomanjkljivi uporabi ocenjevanj, delovnoterapevtska praksa temelji na kliničnem sklepanju iz pripovednih virov informacij o osebi. Casteleijn in Graham (2012) ugotavljata, da delovni terapevti v Južni Afriki v kliničnem okolju obravnave oseb z MDZ v zdravstvenem timu težko prikažejo dokaze o doprinosu DT obravnave.

Namen prispevka je predstaviti katere, zanesljive in veljavne DT ocenjevalne instrumente (v nadaljevanju OI), na področju duševnega zdravja in kako pogosto jih uporabljajo slovenski delovni terapevti za obravnavo odraslih in starejših oseb z MDZ.

## **METODE**

Kvantitativna raziskava je bila izvedena na podlagi namenskega vzorčenja delujočih delovnih terapevtov, sekcije na področju duševnega zdravja ZDTS. Z anketnim vprašalnikom o uporabi delovnoterapevtskih OI se je ocenjevalo poznavanje, uporabo, pogostost uporabe in doprinos delovnoterapevtskih ocenjevanj k načrtovanju obravnave pri odraslih in starejših osebah z MDZ. Ocenjevanja so bila izbrana na osnovi predstavljenih ocenjevanj v okviru visokošolskega študijskega programa delovna terapija, pregleda literature in knjige »Ocenjevanje na področju duševnega zdravja«\* (Assessment in Mental Health) (Hemphill-Pearson, 2008; Hemphill-Pearson, Urlich, 2019). Izbranih je bilo 19 zanesljivih in veljavnih OI, nazadnje je bila podana možnost navedbe drugih ocenjevanj, ki jih Dt pri obravnavi uporablja. *Poznavanje ocenjevanja* so Dt ocenjevali na številčni lestvici od 1 do 3; pri tem je ocena 1 pomenila, da delovni terapevt ocenjevanja ne pozna, 2: da pozna in ga ne uporablja; 3: da ocenjevanje uporablja. *Pogostost uporabe ocenjevanja* so ocenjevali na številčni lestvici od 1 do 5. Ocena 1 je pomenila, da Dt ocenjevanje uporablja manj kot enkrat letno, 2: enkrat letno, 3: najmanj enkrat na pol leta, 4: najmanj enkrat na tri mesece in 5: najmanj enkrat mesečno. *Doprinos ocenjevanja* k načrtu DT obravnave so Dt ocenili na številčni lestvici od 1 do 4. Pri tem je ocena 1 pomenila, da ocenjevanje sploh ne prispeva k načrtovanju delovnoterapevtske obravnave, 2: malo prispeva, 3: dobro prispeva, in 4: zelo dobro prispeva.

Podatke v januarju 2019 smo zbirali po pošti prek vodij službe za delovno terapijo v psihiatričnih bolnišnicah.

Maja 2020 smo raziskavo nadaljevali. S strukturiranim vprašalnikom se je zbiralo podatke o tem, katere od OI delovni terapevti uporabljajo v začetnem in nadaljevalnem ocenjevanju, ter kako vrednotijo izid obravnave. 19 OI so bila dodana opazovanje z beleženjem, intervju in Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (v nadaljevanju KPSS), (Jensterle et al., 1996). Podatke smo zbirali prek spletne ankete [www.1ka.si](http://www.1ka.si).

## **Udeleženci**

V raziskavi o uporabi ocenjevalnih instrumentov na področju duševnega zdravja januarja 2019 je sodelovalo 55 in maja 2020 40 delovnih terapevtov, kar je 65% in 50 % odzivnost od 79 članov sekcije za duševno zdravje ZDTS. Med njimi so bili štirje moškega in ostali ženskega spola. Večina izmed njih je imela visokošolsko stopnjo izobrazbe, pet višjo, pet univerzitetno in štirje magisterij oziroma doktorat. Udeleženci v raziskavi maja so bili mlajši in so imeli manj delovne dobe kot udeleženci januarja 2019. Največ udeležencev januarja je imelo med 11 in 20 let (20 od 55), maja do 10 let (17 od 40) delovne dobe. Skoraj vsi udeleženci so zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, maja 2020 trije v skupnostni obravnavi

in štirje v socialnih zavodih. 10 udeležencev spletne ankete ni podalo odgovorov o demografskih podatkih.

## REZULTATI

*Preglednica 2: Prikaz uporabe OI med delovnimi terapevti*

OI	Anketa po pošti, januar 2019 N = 55				Spletna anketa, maj 2020 N = 40		
	Število Dt, ki OI pozna in ga ne uporablja	Število Dt, ki OI uporablja	Število Dt, ki OI uporablja enkrat mesečno	Ocena doprinosa OI za načrt DT-obravnave, M	Število Dt, ki OI uporablja za:		
					začetno ocen.	nadaljnjo ocen.	končno ocen.
Intervju	/	/	/	/	39	17	11
Opazovanje z beleženjem	/	/	/	/	23	18	14
COPM	24	31	14	3,41	27	13	23
KELS	33	4	0	2,20	6	3	2
Ocenjevanje skozi aktivnost	26	22	8	3,32	13	8	10
AMPS	33	14	5	3,33	8	5	6
Analiza aktivnosti	40	15	5	3,5	14	11	10
Dinamična AA	19	3	1	2,25	4	4	4
ACIS	22	6	3	2,71	6	5	5
Vprašalnik o strukturi dneva	17	20	9	3,30	11	7	6
Ček lista interesov	16	28	12	3,41	20	9	7
Ček lista vlog	26	13	6	3,17	14	2	5
Vprašalnik o volji	32	10	3	3,00	13	8	9
COTE	20	13	7	3,07	7	8	4
Beleženje spodbud	9	4	3	2,50	3	3	2
ACLS	10	/	/	/	3	3	1
KPSS	/	/	/	/	17	4	4

Dt = delovni terapevt; OI = ocenjevalni instrument; Ocena doprinosa OI: (min. = 1, maks. = 4) ocen. = ocenjevanje

Udeleženci v raziskavi so ocenjevali poznavanje, uporabo, pogostost uporabe, doprinos 19 OI k načrtovanju obravnave. Podali so odgovore v kateri fazi DT procesa OI uporabljajo. V preglednici 2 so prikazane ocene najpogosteje uporabljenih OI.

Udeleženci raziskave med navedenimi OI največkrat uporabljajo intervju, opazovanje z beleženjem, COPM, Ček listo interesov in Ocenjevanje skozi aktivnost. Slabo poznajo in še slabše uporabljajo Ocenjevanja socialne interakcije (Evaluation of Social Interaction, ESI) (Fisher Griswold, 2008), Vprašalnika o spoprijemanju s stresom (Stres Management Questionnaire) (Stein, 1978), Ocene spretnosti nakupovanja živil (TOGSS) (Brown et al., 2009), »Ocenjevanja rutin delovanja« (Routine Tasks Inventory), (Katz, 2006), zato jih nismo vključili v preglednico. Ocenjujejo, da k načrtovanju DT obravnave največ prispevajo Analiza aktivnosti, COPM in Ček lista interesov. Na odprto vprašanje o uporabi drugih ocenjevanj so maja 2020 navedli interno ocenjevanje, vprašalnik o zavedanju zmanjšane zmoglosti, MOHOST.

## RAZPRAVA

COPM je poleg intervjuja in beleženja z opazovanjem, najpogosteje uporabljeno zanesljivo in veljavno DT ocenjevanje, njegov doprinos k načrtu obravnave udeleženci raziskave ocenjujejo visoko. Največkrat ga uporabljajo za začetno ocenjevanje, nekoliko manj za merjenje izidov. Petek et al. (2013) v preverjanju uporabe OI pri 55 delovnih terapevtskih s področja obravnave oseb z MDZ, prav tako navajajo kot najpogostejša uporabljena instrumenta COPM in opazovanje z beleženjem.

Slovenskih DT študij o uporabi COPM-a v obravnavi oseb z MDZ, je malo (glej preglednico 2); dokazi o njegovi uporabi imajo nizko veljavnost, saj je največkrat v študiji en sam udeleženec (Kranjc, 2010; Kranjc et al., 2016; Petek et al., 2013). Švajger in sodelavci (2016) navajajo 12 objavljenih študij z uporabo COPM-a in sedem organiziranih izobraževanj v okviru ZDTS od leta 2001 dalje. COPM je proučevan v 21 tujih študijah (Babitiste, 2019). Delovni terapevti v študiji, ki jo je izvedel Warren (2020), navajajo, da se COPM uspešno uporablja pri osebah z MDZ. Poročajo, da je preprost za uporabnike; kadar ga ti sami zaradi simptomov bolezni ne morejo izpolniti, se v ocenjevanje lahko vključi skrbnik. Filler (2011) ugotavlja, da obstaja malo študij o ocenjevanju izkušenj uporabnikov z delovnoterapevtskimi ocenjevanji in o tem, ali so resnično usmerjena na uporabnike in kako smiselno jih le-ti doživljajo. Kavčič (2020) v študiji o doživljanju COPM-a s strani uporabnikov navaja, da le ti menijo, da je COPM spodbuda za sodelovanje v DT obravnavi. Udeleženci naše raziskave KELS kljub izobraževanju v letih 2014 in 2016 slabo poznajo, zelo redko ga uporabljajo (le štiri januarja 2019 in šest maja 2020 kot začetno ocenjevanje). Z odpiranjem skupnostne obravnave zanimanje za KELS narašča, saj so življenjske spretnosti ključne za samostojno delovanje. KELS je v Sloveniji dobro podprt z dokazi, od leta 2014 do 2020 najdemo šest objav (glej preglednico 2), potrebno je podrobneje raziskati njegove merske lastnosti.

20 udeležencev uporablja vprašalnik o strukturi dneva, pol od teh enkrat mesečno, predvsem kot začetno ocenjevanje. Struktura dneva in ravnovesje med okupacijami sta pogosti težavi oseb z MDZ, zato pogosto del DT obravnave. To potrjujejo tudi objavljene študije primerov (Kavčič, 2018; Petek et al., 2013; Petrena, 2018).

Med ocenjevanji izvedbenih spretnosti se največ uporablja ocenjevanje skozi aktivnost (pri slabi polovici udeležencev), vendar jih le polovica ocenjevanje uporablja enkrat mesečno. Dobra četrtina udeležencev uporablja AMPS, ravno tako analizo aktivnosti, le pet jih ocenjevanje uporablja najmanj enkrat mesečno. Študij o uporabi AMPS-a in analize aktivnosti pri osebah z MDZ je malo (tri študije), vendar za AMPS najdemo malo dokazov

tudi na drugih področjih; Švajger in sodelavci navajajo štiri študije od leta 2001 dalje. Zahirović s sodelavci (2018) navajajo nizko uporabo AMPS-a pri obravnavi starejših. Seveda je uporaba AMPS-a povezana s finančnimi sredstvi, kar kot razlog za nizko uporabo v obravnavi oseb z MDZ navajajo tudi tuje študije (Casteleijn, Graham, 2012).

Ocenjevanja socialnih in interakcijskih spretnosti se zelo redko uporabljajo. ESI v raziskavi maja 2020 uporabljata dva udeležence kot nadaljnjo in končno ocenjevanje, ACIS uporablja le šest udeležencev, 15 analizo aktivnosti, vendar ne vemo ali z njo ocenjujejo tudi komunikacijske in interakcijske spretnosti. Slovenskih študij o uporabi ocenjevanj komunikacijskih in socialnih spretnosti pri osebah z MDZ nismo našli, zasledili smo nekaj navedb v Petek et al. (2013).

Udeleženci slabo poznajo delovnoterapevtska ocenjevanja na ravni okvare. Glede na obstoječo DT prakso se pogosteje poslužujejo ocenjevanj drugih strok, npr. KPSS (Jensterle et al., 1996). Drugi del raziskave izkazuje, da skoraj polovica udeležencev KPSS uporablja kot začetno ocenjevanje. Za načrtovanje DT obravnave je njegova uporabnost nizka, saj ni osredotočen na merila DT ocenjevanj, ki so usmerjena v celostno uporabo kognitivnih, senzornih, motoričnih, čustvenih in psihosocialnih funkcij za učinkovito izvedbo aktivnosti (Rogers, Holm, 2016). »Allenova presejalna ocena kognitivnega nivoja« (ACLS, Allen et al., 2007) temelji na uporabi kognitivnih funkcij za izvedbo vsakodnevnih aktivnosti in ima v tujini veliko dokazov pri osebah s shizofrenijo (Stewart et al., 2019), še več pri osebah z demenco (Wesson et al., 2017). Leta 2019 je bil v organizaciji ZDTS predstavljen v izobraževalnih modulih o ocenjevanju oseb z MDZ, vendar ga uporabljajo le trije udeleženci.

Vprašalnik o volji uporablja deset udeležencev in nekaj več v drugem delu raziskave v začetnem ocenjevanju, ti so večinoma mlajši. O uporabi Vprašalnika o volji v DT obravnavi oseb z MDZ v Sloveniji poročata študiji primera (Kavčič, 2018; Petrena, 2019), predstavljen je bil na delavnici na 8. kongresu Dt Slovenije leta 2016. Ker volja vpliva na vključevanje v vsakodnevne aktivnosti, razumevanje ravni vključenosti oseb z MDZ, zagotavlja boljše in kakovostnejšo obravnavo (Raber et al., 2010).

V primerjavi z raziskavami po svetu, slovenski delovni terapevti na področju duševnega zdravja ne uporabljajo ocenjevanj senzorne predelave. Senzorne strategije pri obravnavi odraslih z MDZ v Sloveniji se skorajda ne uporabljajo, v tujini so del strategij DT prakse (May - Benson, 2009).

Presenetljivo 40 udeležencev ne pozna beleženja števila spodbud, kljub temu da je to enostavno in osnovno dokumentiranje DT obravnave (Sames, 2005). Beleženje spodbud je bilo predstavljeno v izobraževanjih za mentorje Kliničnih vaj in Klinične prakse Katedre za delovno terapijo na UL, Zdravstveni fakulteti.

Na osnovi DT prakse vemo, da slovenski delovni terapevti uporabljajo različna ekspresivna ocenjevanja, vendar ne zasledimo objav o njihovi uporabi.

Naša študija kakor tudi druge študije (D'Amico, Jaffe, Gibson, 2010; Gutman, 2011; Rouleau et al., 2015) poročajo o nizki uporabi zanesljivih in veljavnih OI med delovnimi terapevti. Rouleau s sodelavci (2015) so v študiji pri 627 kanadskih delovnih terapevtih o uporabi OI

pri delu z odraslimi osebami z MDZ ugotovili, da večina uporablja nestandardizirane ocenjevalne instrumente. Med njimi prevladujejo intervjuji in opazovanje izvedbe nalog. Avtorja opozarjata na škodo zaradi pomanjkljivega merjenja izidov delovnoterapevtske obravnave, ki ne prikažejo učinkovitosti delovnoterapevtske obravnave. COPM in »Lestvica neodvisnega delovanja« (IDL, Loeb, 1996) sta bila prepoznana kot dostopna in pogosto uporabljena instrumenta za ocenjevanje izida. Le malo delovnih terapevtov ponovi ocenjevanje, še posebej v kliničnem okolju. Fuller (2019) navaja omejeno število študij, ki klinično dokazujejo veljavnost in zanesljivost merjenja izidov delovnoterapevtske obravnave z ocenjevalnimi instrumenti.

Ena od omejitev študije je, da vzorec zajema več kot polovico delujočih Dt na področju duševnega zdravja v Sloveniji, zato dobljenih rezultatov ne moremo v celoti posploševati. Večina udeležencev deluje na oddelkih v psihiatričnih bolnišnicah, primerjalnih študij za ta kontekst, je za razliko od skupnostne obravnave, manj. Raziskava vključuje izbor DT OI.

## ZAKLJUČEK

Raziskava o uporabi DT ocenjevanj med slovenskimi delovnimi terapevti na področju duševnega zdravja je pokazala uporabo majhnega števila zanesljivih in veljavnih DT ocenjevalnih instrumentov, pogostost uporabe le teh je nizka. Dokazov o uporabi DT OI pri obravnavi oseb z MDZ v Sloveniji je zelo malo. Sklenemo lahko, da delovni terapevti na področju duševnega zdravja uporabljajo premalo zanesljivih in veljavnih ocenjevanj. Informacije o vzrokih za takšno stanje bi lahko pridobili z nadaljnjim raziskovanjem, s fokusnimi skupinami. Pomembno bi bilo proučiti kompetence delovnih terapevtov za ocenjevanje oseb z MDZ. Rezultati obstoječe raziskave predstavljajo tudi dobro izhodišče za nadaljnje izobraževanje, tako v okviru študija kot vseživljenjskega učenja.

## LITERATURA

- Allen K, Earhart C, Blue T (1992). Occupational Therapy Treatment Goals for the Physically and Cognitively Disabled. AOTA.
- Allen C, Austin S, David KS, Earth CA, McCraith D, Riska -Williams L (2007). Manual for Allen Cognitive Level Screen -5. ACLS and LACLS Committee. Publisher Camarillo, Ca, USA.
- Allison J, Shotwell M P (2019). The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation. In B. J. Hemphill-Pearson and C. K. Urish (Eds.) Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach. 3<sup>th</sup> ed. New York: Slack Incorporated.
- Baum MC, Connor LT, Morrison T, Hahn M, Dromerick AW, Edwards DF (2008). Reliability, Validity, and Clinical Utility of the Executive Function Performance Test: A Measure of Executive Function in a Sample of People With Stroke. *Am J Occup Ther*, 62 (4): 446–55.
- Baptiste S (2019). Client - Centered Assessment: The Canadian Occupational Performance Measure. In Hemphill B (Ed.), *Assessments in Occupational Therapy Mental Health*: 53-65. New York: Slack Incorporated.
- Brown, C., & Dunn, W. (2002). Adolescent/adult sensory profile. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown C, Rempfer M, Hamera E (2009). The Test of Grocery Shopping Skills. United States of America: American Occupational Therapy Association.

- Casteleijn D, Graham M (2012). Domains for occupational therapy outcomes in mental health practices. *South African Journal of Occupational Therapy*. 42(1):26-34.
- Chiu, E.C, Lai KY, Lin S K, Tang S F, Lee, S C in Hsieh C L (2019). Construct validity and reliability of the Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTES) in people with schizophrenia. *Am J Occup Ther*, 73, 7306205060. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.026807ž>.
- D'Amico M, Jaffe L, Gibson R W (2010). Mental Health Evidence in the American Journal of Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 64(4):660-9. doi: 10.5014/ajot.2010.09180.
- De las Heras CG, Geist R, Kielhofner G, Li Y (2003). Priročnik za Vprašalnik o volji. Prevod Andreja Švajger, Nevenka Gričar. Verzija 4.0. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- De Filippo S, Servadio A, Bellucci P, Fabbrini G, Niolu C, De Santis R, Tofani M, Galeoto G (2019). Validation and Cross-Cultural Adaptation of the Volitional Questionnaire in an Italian Population with Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy In Health Care*. <https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1703237>.
- Faith L A, Rempfer M V (2018). Comparison of performance-based assessment and real world skill in people with serious mental illness: Ecological validity of the Test of Grocery Shopping Skills. *Psychiatry Research* 266: 11–7.
- Fisher A G, Griswold L A. (2008). *Evaluation of social interaction* 4<sup>th</sup> ed. Forth Collins: Three Star Press.
- Fuller K (2011). The Effectiveness of Occupational Performance Outcome Measures within Mental Health Practice. *Br J Occup Ther*. <https://doi.org/10.4276/030802211X13125646371004>.
- Gričar N (2020). Model človekove okupacije in njegova uporaba na področju duševnega zdravja. V: Plemelj Mohorič, Alenka (ur.). *Delovnoterapevtsko ocenjevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju: zbornik znanstvenih in strokovnih prispevkov izobraževanja delovnih terapevtov v Psihiatrični bolnišnici Idrija*, 7. februar 2019. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - strokovno združenje, 44-60.
- Guttman S (2011). Special Issue: Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice. *Am J Occup Ther*. 65(3): 235-7.
- Halm MB, Rogers J C (2014). The Performance Assessment of Self-care Skills. Dostopno :<https://www.ono.ac.il/wp-content/uploads/PASS-Home-Test-Manual.pdf>. <12. 2. 2020>
- Harel-Katz H, Carmeli E (2019). The association between volition and participation in adults with acquired disabilities: A scoping review. *Hong Kong Journal Occupational Therapy*. 32(2): 84–96.
- Hawkes R, Johnstone V, Yarwood R (2008). Acute psychiatry. In: Creek J, Lougher L, eds. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4<sup>th</sup> ed. Churchill Livingstone Elsevier, London: 393–408
- Hemphill-Pearson B J (2008) *Assessments in Occupational Therapy Mental Health. An Integrative Approach*. 2<sup>th</sup> ed. New York: Slack Incorporated
- Hemphill-Pearson B J, Urish C K (2019) *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach*. 3<sup>th</sup> ed. New York: Slack Incorporated.
- Jensterle J, Mlakar J, Vodušek C (1996). Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. *Zdrav Vestn* 56:577–82.

- Katz N (2006). The Routine task Inventory – Expanded. Dostopno na: <http://allen-cognitive-network.org/>. <14.01.2020>.
- Kavčič M (2018). Pomen ocenjevalnih metod pri obravnavi pacientke s paranoidno shizofrenijo. V: Iz teorije v prakso. 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana, 25.–26. oktober 2018. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 118-26.
- Kavčič M (2020). Pomen in vrednotenje kanadske metode za ocenjevanje izvajanja dejavnosti z vidika pacientov z motnjo v duševnem zdravju. V Plemelj Mohorič, Alenka (ur.). Delovnoterapevtsko ocenjevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju: zbornik znanstvenih in strokovnih prispevkov izobraževanja delovnih terapevtov v Psihiatrični bolnišnici Idrija, 7. februar 2019. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - strokovno združenje, 86-93.
- Kranjc L, Prosnjak Dobnjak A (2016). Timska obravnava v skupnosti – družinske intervencije. V: Delovna terapija pomaga ljudem živeti na svoj način. Iz teorije v prakso. 8. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana, 25.–26. oktober 2016. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 57-64.
- Kielhofner G (2014). Occupational Performance History Interview- Version 2.1 (OPHI-II). University of Illinois at Chicago.
- Kielhofner G (2008). Model of Human Occupation – Theory and Application. 4<sup>th</sup> ed. Lippincot Williams and Wilkins.
- Kohlman TL, Robentt HR (2016). KELS: Kohlman Evaluation of Living Skills. 4<sup>th</sup> ed. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- Lee SW, Forsyth K, Melton J, Kielhofner G, Taylor R (2011). The impact of practice development efforts on mental health rehabilitation: Implications for results based health care approaches. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*.
- Ličef A, Pulec L, Plemelj A (2014). Izvajanje vsakodnevnih aktivnosti pri osebah z motnjo v duševnem zdravju. Zrela leta slovenske delovne terapije: zbornik prispevkov z recenzijo/urednica Marija Tomšič. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta (28. maj 2014).
- Lloyd in Williams (2010). Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: a review of current practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 17(9): 436–42.
- Loeb P A (1996). The Independent Living Scale. San Antonio: The psychological Corporation.
- May-Benson T (2009). Occupational therapy for adults with sensory processing disorder. *OT Practice*, 14(10): 15–9.
- McCraith D, Austin S, Earhart C (2011). The Cognitive Disabilities Model. In Katz N. Cognition, occupation, and participation across the life span. 3<sup>th</sup> ed. Bethesda, MD. AOTA Press. 383–406
- Mrak T (2020). Uporaba Kohlmanovega ocenjevanja življenjskih spretnosti pri starejših z motnjami v duševnem zdravju. V Plemelj Mohorič, Alenka (ur.). Delovnoterapevtsko ocenjevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju: zbornik znanstvenih in strokovnih prispevkov izobraževanja delovnih terapevtov v Psihiatrični bolnišnici Idrija, 7. februar 2019. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - strokovno združenje, 61-71.
- Na Li, Ying Chen, Hong Deng (2012). Cross-sectional assessment of the factors associated with occupational functioning in patients with schizophrenia. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24(4).

- Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G (2004). A User's Manual for model of human occupation screening tool (MOHOST). University of Illinois of Chicago.  
Dostopno na: <http://moho.uic.edu/pdf/MohostManual.pdf>
- Petek J (2013). Delovna terapija na področju duševnega zdravja. Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Petrena R (2018). Vključitev delovnega terapevta v skupnostno obravnavo: magistrsko delo. Dostopno na: <https://dk.um.si/<13.01.2020>>.
- Plemelj A, Filipič I, Milavec Š, Platnar A, (2014). Ocenjevanje izvedbe vsakodnevnih aktivnosti pri osebah z motnjo v duševnem zdravju. Z delovno terapijo do aktivnega življenja: zbornik prispevkov 7. kongresa delovnih terapevtov Slovenije. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - strokovno društvo: 51–61
- Plemelj Mohorič A, Gros A, Lulić Z, Omerčević E, Tratnjek J. (2016). Stres in aktivnosti za lajšanje stresa = Stress and activities for relieve stress. V: Filej, B (ur.). Skrb za zdravje: zbornik prispevkov z recenzijo. Maribor: Alma Mater Europea – ECM, 99-105.
- Plemelj Mohorič, A, Ličef, A, Pulec I, Platnar A (2020). Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih spretnosti pri starejših, pilotna študija slovenske priredbe četrte izdaje: V: Plemelj Mohorič, Alenka (ur.). Delovnoterapevtsko ocenjevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju: zbornik znanstvenih in strokovnih prispevkov izobraževanja delovnih terapevtov v Psihiatrični bolnišnici Idrija, 7. februar 2019. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - strokovno združenje. 2020, 44-60.
- Polatajko JH (2018). The Canadian Occupational Performance Measure. Dostopno na: <http://www.thecopm.ca.<7.11.2018>>.
- Raber C, Teitelman J, Watts J, Kielhofner G (2010). A phenomenological study of volition in everyday occupations of older people with dementia. *Br J Occup Ther.* 73(11): 498–506.
- Raphael-Greenfield E, Toglija J, Hartman A (2019). The Contextual Memory Test. In B. J. Hemphill-Pearson and C. K. Urish (Eds.) *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach.* 3<sup>th</sup> ed. New York: Slack Incorporated.
- Rempfer M, Hamera E, Brown C, Cromwell R (2003). The relations between cognition and the independent living skill of grocery shopping in people with schizophrenia. *Psychiatry Research* 117: 103–12.
- Revhem N (2019). The Independent Living Scales. In B. Hemphill: *Assessments in Occupational Therapy Mental Health:* 327-44. New York: Slack Incorporated.
- Rogers J C, Holm M B (2016). Functional assessment in mental health: lessons from occupational therapy. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 18(2): 145–54.
- Rouleau S, Dion K, Korner-Bitensky N (2015). Assessment practices of Canadian occupational therapists working with adults with mental disorders. *Can J Occup Ther* 82(3): 181-93. DOI: 10.1177/0008417414561857.
- Sames M K (2005). *Documentig occupational therapy practice.* Pearson Prentice Hall. 129-31.
- Smith N R, Kielhofner G, Watts J H (1986). Occupational Questionarie. *Am J Occup Ther,* 40. 278-83.
- Stewart K., Hancock N., Stancliffe R. J. (2019). Factors related to hospital utilisation for people living with schizophrenia: Examining Allen's Cognitive Level Scores, recommended supports and routinely collected variables. *Aust Occup Ther J* 66: 591-602.

- Švajger A, Pihlar Z, Šuc L. (2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija*. XV (1):33-43.
- ZahirovićA, Lah V, Galof K. (2018). Uporaba ocenjevalnih inštrumentov pri delovnoterapevtski obravnavi na področju gerontologije. V: *Iz teorije v prakso*. 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana, 25.–26. oktober 2018. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 264-77.
- Yuen HK, Brooks JO, Azuero A, Burik JK (2012). Certified driver rehabilitation specialists' preferred situations for driving simulator scenarios. *Am J Occup Ther*. 66: 110–4.
- Waren A (2002). An Evaluation of the Canadian Model of Occupational Performance and the Canadian Occupational Performance Measure in Mental Health Practice. *Br J Occup Ther* 65(11): 515-21.
- Wesson J, Clemson L, Crawford JD, Kochan NA, Brodaty H, Reppermund S. (2017). Measurement of Functional Cognition and Complex Everyday Activities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: Validity of the Large Allen's Cognitive Level Screen. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 25(5): 483-84.

## ŽIVLJENJSKO RAVNOVESJE IN STRES PRI OSEBAH S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU TER OSEBAH BREZ TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU

### LIFE BALANCE AND STRESS IN PEOPLE WITH AND WITHOUT MENTAL HEALTH PROBLEMS AND PEOPLE WITHOUT MENTAL HEALTH PROBLEMS

Mateja Kavčič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tadeja Mrak<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Darja Poljanec<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Saša Pisk<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Psihiatrična bolnišnica Idrija, Idrija

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Namen raziskave je bil ugotoviti razliko ravnovesja življenjskega sloga in zaznanim stresom med osebami s težavami v duševnem zdravju in osebami brez težav v duševnem zdravju. **Metode dela:** V raziskavi je bil uporabljen vprašalnik o življenjskem ravnovesju (LBI), ki izhaja iz teoretičnega modela življenjskega ravnovesja. Vprašalnik zajema 4 podskupine: zdravje, identiteta, odnosi in interesi ter vključuje 53 vprašanj, ki ocenjujejo, kako posameznik zadovoljuje svoje vsakodnevne potrebe skozi strukturo dnevnih aktivnosti. Zajema pa tudi demografske podatke ter podatke o zaznanem stresu. V raziskavi je sodelovalo 130 oseb, osebe brez težav v duševnem zdravju (N= 65) in osebe s težavami v duševnem zdravju (N=65). **Rezultati** so pokazali, da osebe brez težav v duševnem zdravju živijo bolj uravnotežen življenjski slog in manj visoko zaznavajo stres od oseb s težavami v duševnem zdravju. Večja odstopanja so na področju odnosov in interesov, kjer so osebe brez težav v duševnem zdravju zelo uravnotežene, osebe s težavami v duševnem zdravju pa srednje. Podskupini identiteta in zdravje nista pokazali bistvenih razlik. Z razliko od oseb s težavami v duševnem zdravju so osebe brez težav v duševnem zdravju bolj učinkovite pri upravljanju s časom. **Razprava in zaključek:** Ravnovesje življenjskega sloga je težko določiti, lažje je prepoznati neravnovesje. Model življenjskega ravnovesja poudarja, da je pomembno, da se ljudje redno vključujejo v dejavnosti, ki jim omogočajo, da zadovoljijo osnovne človekove potrebe po telesnem zdravju, zadovoljivih družbenih odnosih, osebni identiteti, interesih in učinkovitem upravljanju s časom.

**Ključne besede:** zdravje, odnosi, identiteta, izzivi.

#### ABSTRACT

**Background:** The aim of the study was to determine the difference in the balance between life-style and perceived stress among people with mental health problems and people without mental health problems. **Methods:** This study used Life Balance Inventory (LBI), a questionnaire on life balance derived from a theoretical model of life balance. The questionnaire comprises 4 subgroups: health, identity, relationships, and interests, and includes 53 questions to assess how an individual responds to their daily needs through a structure of daily activities. It also covers demographic information and perceived stress. The survey involved 130 respondents, half of whom were people without mental health problems (N=65) and half were people with mental health problems (N=65).

**Results:** The results showed that healthy people lead a balanced life and perceive less stress than those with mental health problems. There are major discrepancies in attitudes and interests, where healthy individuals are highly-balanced and those with mental health problems are medium-balanced. No major differences were perceived in identity and health subgroups. Unlike people with mental health problems, healthy individuals manage their time better. **Discussion and conclusions:** Lifestyle balance is difficult to determine, and an imbalance is much more easier to recognize. The life balance model emphasizes the importance of regularly engaging people in meaningful activities that enable them to meet basic human needs and maintain physical health, satisfying social relationships, personal identity, interests and effective time management.

**Keywords:** occupational therapy, health, relationships, identity, challenge.

## IZHODIŠČA

### Duševno zdravje

Duševno zdravje ni le odsotnost duševne motnje/bolezni, temveč ga lahko definiramo kot posameznikovo splošno dobro počutje, ki vključuje občutek izpolnjenosti in izkoriščenost vseh posameznih potencialov (Bajt et al., 2015).

Meja med (duševno) boleznijo in (duševnim) zdravjem je včasih zelo jasno izražena, a največkrat ni. Na duševno zdravje posameznika vplivajo različni osebni dejavniki pa tudi dejavniki iz okolja: biološki in psihološki, sociološki, ekonomski, politični in kulturni, pomembni so tudi družinska struktura, medosebni odnosi v njej, odnosi na delu, zaposlitvene možnosti, zdravstveni in socialni sistem itd. V prvi vrsti pa mora posameznik poskrbeti sam za lastno zdravje. Zelo pomembna je skrb tako za fizično kot tudi za duševno zdravje, čeprav je duševno zdravje pogosto zanemarjeno (Bajt et al., 2015; Tušak, 2020).

Ključni dejavniki, ki so povezani z duševnim zdravjem so temeljni demografski dejavniki (spol, starost, zakonski stan, etničnost, socialno ekonomski status), dejavniki socialnega omrežja (bližnji in zaupni odnosi) ter podatki o pomenljivih dogodkih v posameznikovem življenjskem poteku, ki zahtevajo psihološko prilagajanje (izguba partnerja, izguba zaposlitve, rojstvo otroka,..) (Bajt et al., 2015).

V zadnjih letih smo priča številnim spremembam na področju življenja in dela: spreminjanju narave dela, vesplošni negotovosti, globalizaciji, urbanizaciji, finančni in ekonomski krizi, itd. Vse to ima velik vpliv na telesno in duševno zdravje posameznika, pojavljajo se duševne težave, ki imajo vpliv na posameznika, posledično pa tudi na njegovo družino, delovno organizacijo, sodelavce in širšo družbo (Bajt et al., 2015).

### Stres

Stres je nekaj povsem običajnega, saj je človek pravzaprav ves čas izpostavljen stresorjem. Bolj kot ima izdelane strategije spoprijemanja s stresom, lažje bo ujel ravnotežje. Tudi če se bodo pojavile kakšne težave, ne bodo usodne (Bajt et al., 2015).

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi in privaditi notranjim in zunanjim dražljajem (stresorjem). Stresor pa je dogodek, oseba ali predmet, ki ga posameznik doživi kot stresni element in povzroči stres. Stresor začasno

zamaje posameznikovo ravnovesje in stres je povsem normalno odzivanje na to dogajanje (Dernovšek et al., 2006).

Spoprijemanje s stresom je proces, ki vključuje miselne in vedenjske poskuse sprejeti, obvladati, zmanjšati oz. vzdržati notranje in/ali zunanje zahteve, ki so nastale kot rezultat stresne situacije (Bajt et al., 2015).

Posamezniki imajo različne načine spoprijemanja s stresom, že sama zaznava stresorja je vedno določena z interakcijo med stresnim dogodkom, okoljem in posameznikom ter z njegovo oceno posledic delovanja stresorja. Vse to upoštevamo pri načrtovanju načinov spoprijemanja s stresom (Bajt et al., 2015).

### **Življenjsko ravnovesje**

Zamisel, da bi uravnotežen življenjski slog pripeljal do zdravja in dobrega počutja obstaja že stoletja. Aristotel je opisal človeški razcvet v okviru življenjskih dejavnosti, ki so bile uravnotežene z interesi, cilji, vrednotami in zmožnostmi posameznika (Christiansen Matuska, 2006).

Življenjsko ravnovesje opisujemo kot ravnovesje, ki zahteva vzorce aktivnosti, ki izpolnjujejo pomembne potrebe povezane z zdravjem, odnosi, identiteto, izzivi in učinkovito porabo časa. Smiselno je domnevati, da lahko življenjski slog brez teh lastnosti povzroči neravnovesja, ker njihovi vzorci vsakodnevnih dejavnosti ne bi bili ustrezni za zadovoljevanje teh potreb. Tako na življenjska neravnovesja gledamo kot na značilne vzorce vsakodnevnih dejavnosti, za katere posameznik ocenjuje, da niso zadovoljivi in ki (1) povečajo tveganje za težave s telesnim in duševnim zdravjem; (2) omejijo ali kompromitirajo sodelovanje v cenjenih odnosih; (3) niso v skladu z vzpostavljanjem ali ohranjanjem zadovoljive identitete; (4) se čutijo, da so, nezanimivi ali nesporni in (5) niso dovolj organizirani, upravljani ali razumljivi, da bi omogočili življenjski smisel, samoobnovo in doseganje ciljev (Matuska Christiansen, 2009).

Zdi se, da ljudje vedo, kdaj je njihovo življenje preveč stresno, preveč dolgočasno, prehitro ali preveč neuspešno, vendar morda ne vedo, kako bi te situacije izboljšali. Življenjsko neravnovesje znotraj splošne populacije pogosto doživljamo kot težave pri izpolnjevanju zahtev sodobnega življenja zaradi zaznanih ali dejanskih časovnih omejitev. Te omejitve omejujejo sposobnost ljudi, da smiselno zadovoljujejo pomembne osebne ali družbene potrebe in vodijo v stres. Ljudje se pogosto prilagajajo tem stresnim zahtevam tako, da iščejo nove strategije, kot so udeležba na seminarjih o urejanju časa, učenje večje opravljalnosti, delovne počitnice ali drastične spremembe življenjskega sloga z zmanjšanjem življenjskega okolja, menjavanjem delovnih mest ali prehodom med državo (ali celo druge države). Strategije soočanja s časom olajšujejo tudi digitalne tehnologije, kot so prenosni računalniki, pametni telefoni, osebni digitalni pomočniki ali uporaba interneta za bančništvo, nakupovanje, družbena omrežja ali dopisovanje (Matuska Christiansen, 2009).

Življenjska neravnovesja lahko privedejo do sprememb fizičnih, kognitivnih ali čustvenih stanj, kot sta utrujenost ali zaspanost. Le-ti sta posledici nezadostnega spanca ali močne tesnobe zaradi pomanjkanja prostega časa ali priložnosti za smiselno druženje z družino in prijatelji (Matuska Christiansen, 2009).

Wilcock in drugi so predlagali, da priložnost za vključevanje v vsakodnevne dejavnosti, ki omogočajo izpolnjevanje bistvenih potreb, pomenijo značilnosti znotraj socialno pravične družbe, ker so ti tipi tako tesno povezani z zdravjem in počutjem (Matuska Christiansen, 2009).

Zunanji dejavniki iz okolja vplivajo na izbrane dejavnosti. Okolje lahko spodbuja in podpira vzorce dejavnosti z razpoložljivostjo in značajem fizičnih in socialnih virov, kar je poimenovano kot možnosti za ukrepanje. Prednosti imajo tudi stabilna življenjska okolja, saj lahko dosledne in ponavljajoče se lastnosti, kot so družbene konvencije, običaji in obredi, vplivajo na navade in rutine, ki zagotavljajo koristen ritem za ohranjanje zadovoljivih vzorcev aktivnosti. Druga možnost je, da druga družbena in kulturna okolja ne ponujajo takih virov niti ne dajejo vrednosti določeni dejavnosti, kot je vadba. Da bi posameznik izbral redni režim vadbe brez okoljske podpore, bi potrebovali drugačne notranje vire od tistih, ki se zahtevajo od ljudi v podpornih okoljih. Z drugimi besedami lahko neravnovesje pripišemo razmeram v širši skupnosti ali družbi, pa tudi individualnim navadam, rutinam in spretnostim. (Matuska Christiansen, 2009).

Kadar ljudje zaradi zunanjih omejitev ali pogojev ne morejo sodelovati v različnih pomembnih dejavnostih, je njihova sposobnost vodenja uravnoveženega in zdravega načina življenja ogrožena. Izraz poklicna prikrajšanost opisuje stanje, v katerem ljudje dalj časa ne morejo sodelovati v pomembnih dejavnostih zaradi dejavnikov, ki niso pod njihovim nadzorom. Okoljski dejavniki, ki omejujejo človekovo sposobnost sodelovanja v pomembnih dejavnostih, lahko vključujejo socialno in geografsko izolacijo, ekonomske omejitve, kulturne razlike in družbenopolitične razmere, ki povzročajo zatiranje ali konflikt. Brezposelnost, upokožitev, invalidnost, zapor in prisilna dislokacija (vključno z brezdomstvom in begunstvom) so primeri takšnih pogojev prikrajšanja, ki posamezniku predstavljajo večje tveganje za življenjsko neravnovesje (Matuska Christiansen, 2009). Dejavniki, ki imajo negativen vpliv na življenjsko ravnovesje in so povezani s škodljivimi posledicami za zdravje, so deloholizem, izgorelost, nespečnost, debelost, upokožitev, motnje spanja. (Matuska Christiansen, 2009).

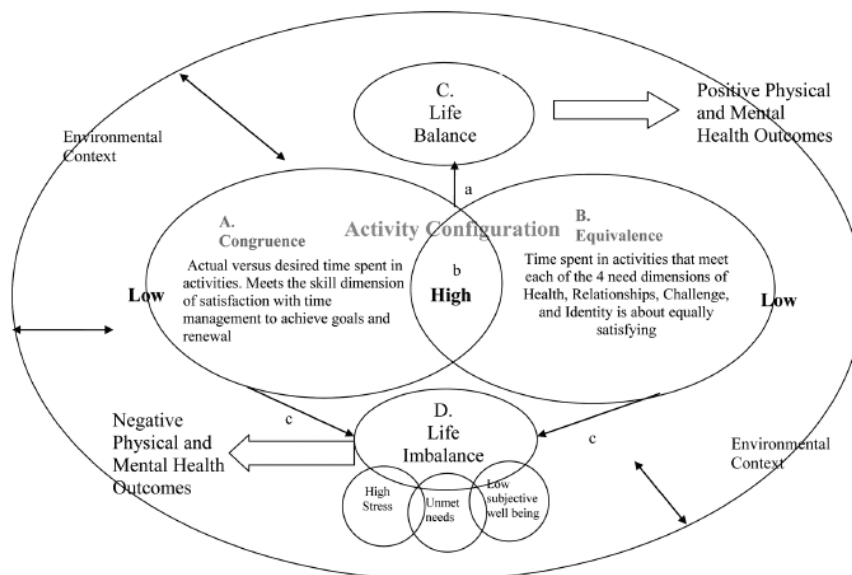
### **Model življenjskega ravnovesja**

Model življenjskega ravnovesja (Life balance model - LBM) temelji na interdisciplinarnih raziskavah o fizioloških in psiholoških lastnostih, ki so pomembne za dobro počutje in konceptualizira življenjsko ravnovesje na podlagi tega, kako vsakodnevne dejavnosti izpolnjujejo bistvene človeške potrebe (Matuska, 2011, 2012, 2020).

Vsakodnevne dejavnosti, s katerimi se ljudje ukvarjajo, kot so nega, kopanje, kuhanje, prehranjevanje, vožnja, delo, vzgoja otrok in prosti čas, sestavljajo konfiguracije dejavnosti.

Model predlaga, da morajo konfiguracije dejavnosti ljudem omogočiti, da:

- izpolnjujejo osnovne instrumentalne potrebe, ki so potrebne za trajno biološko zdravje in fizično varnost,
- so nagrajeni in imajo samopotrditvene odnose z drugimi,
- imajo občutek angažiranosti in kompetentnosti,
- ustvarjajo pomen in pozitivno osebno identiteto (Matuska Christiansen, 2009, 2012).



Slika 1: The life balance model

Model predlaga, da bodo ljudje, v kolikor so sposobni sodelovati v aktivnostih, ki obravnavajo vse dimenzije potreb, doživeli svoje življenje bolj zadovoljivo, manj stresno in bolj smiselno oz. uravnoteženo. Nazadnje Matuska in Christiansen predlagata peto dimenzijo, ki temelji na potrebi, da organizira svoj čas in energijo na načine, ki jim omogočajo, da izpolnijo pomembne osebne cilje in obnovo (Matuska Christiansen, 2010, 2012, 2020).



Slika 1: LBI in pripadajoče 4 podkategorije

Opredelitev življenjskega ravnovesja v tem modelu je zadovoljiv vzorec vsakodnevnih aktivnosti, ki so zdrave, smiselne in trajnostne za posameznika v okviru njegovih trenutnih življenjskih okoliščin (Matuska Christiansen, 2010, 2012, 2020).

**Vprašalnik o življenjskem ravnovesju (Life balance inventory - LBI)** je bil zgrajen na konceptualnem modelu življenjskega ravnovesja, razvit za merjenje skladnosti in enakovrednosti kot osrednji konstrukt, ki sestavlja življenjsko ravnovesje (Matuska, 2010, 2012, 2020; Matuska et al., 2013).

LBI je namenjen oceni zaznave skladnosti med tem, kako ljudje želijo preživeti svoj čas v različnih kategorijah dejavnosti in kako ga dejansko porabijo. Obsega 53 vprašanj, ki meri kako posameznik izpolnjuje svoje potrebe s pomočjo dnevnih dejavnosti (Matuska, 2009, 2010, 2011).

Na lestvici obkrožijo DA/NE, če aktivnost izvajajo oz. si jo želijo izvajati. Nato pa so našteje aktivnosti, ki definirajo kako pogosto opravljajo omenjene aktivnosti: vedno manj, kot si želijo; včasih manj, kot si želijo; ravno prav; včasih več, kot si želijo; vedno več, kot si želijo. Ocene zadovoljstva za vsako postavko odražajo peto dimenzijo modela življenjskega ravnovesja, povezane z **organiziranjem časa in energije za doseg ciljev**.

*Podkategorija zdravje:* skrb za osebno higieno, skrb za videz, imeti dovolj spanca, sproščanje, redna fizična aktivnost, zdravo prehranjevanje, upravljanje zdravstvenih potreb.

*Podkategorija odnosov:* početi stvari z družinskimi člani, početi stvari s partnerjem, druženje s prijatelji, skrb za otroke, druge družinske člane, imeti intimen partnerski odnos, sodelovanje v skupinah, spoznavanje novih ljudi, socializiranje v službi, skrb za hišne ljubljence, učenje drugih.

*Podkategorija identiteta:* pridobivanje kompetenc v službi, sodelovanje v formalnih verskih aktivnostih, sodelovanje v tradicionalnih ritualih, praznikih, udeležba na izobraževanjih, sodelovanje v profesionalnih organizacijah, prostovoljstvo, sodelovanje v organiziranih športnih aktivnostih, kuhanje, opravljanje gospodinjskih del, nakupovanje, obiskovanje gledališča, kina, športnih dogodkov, refleksija ali meditacija, pisanje dnevnika, komponiranje, pisanje (glasbe, poezije).

*Podkategorija izzivi:* upravljanje z denarjem, delo za zaslužek, opravljanje zunanjih aktivnosti kot sta lov in ribolov, vrtnarjenje, biti v naravi, planiranje in koordiniranje dogodkov, dekoriranje ali organiziranje prostorov, zahajanje v restavracije, ustvarjanje, hobiji, ustvarjanje glasbe, ustvarjanje umetnosti, vzdrževanje ali popraviljanje opreme, šivanje, branje, uporaba interneta, ples, joga, igranje spretnostnih iger, gledanje TV, potovanja, pripovedovanje zgodb (Matuska, 2009, 2010).

LBI nam da podatke o:

- Oceni življenjske bilance, ki kaže, kako so zadovoljni z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati in koliko jih dejansko opravljajo

- Oceni podkategorije (zdravje, odnosi, identiteta, izzivi), kar kaže kako so zadovoljni z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko dejansko opravljajo dejavnost v posamezni podkategoriji
- Njihovi ravni stresa z uporabo lestvice zaznanega stresa (Matuska, 2009, 2010).

Vprašalnik vsebuje tudi **demografske podatke**, ki vključujejo starost, spol, raso, zakonski status, število otrok, število otrok, ki živijo z osebo, status zaposlitve, stopnjo izobrazbe in dohodek (Matuska, 2009, 2010).

## **METODE DELA**

Z uporabo kvantitativne metode raziskovanja smo zbirali podatke s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je dostopen na spletni strani: [minerva.stkate.edu/LBI.nsf](http://minerva.stkate.edu/LBI.nsf). Dovoljenje za prevod in uporabo vprašalnika v neomejene namene je dr. K. Matuska na prošnjo pred. mag. Alenke Plemelj iz UL ZF, posredovala Alenki Plemelj, ki nam je posredovala link do vprašalnika in delovni prevod in literaturo za dodatno obrazložitev modela in interpretacijo vprašalnika. Podatke smo analizirali z IBM SPSS Statistics 22. Vprašalnik zajema 4 podskupine: zdravje, identiteta, odnosi in interesi ter vključuje 53 vprašanj, ki ocenjujejo, kako posameznik zadovoljuje svoje vsakodnevne potrebe skozi strukturo dnevnih aktivnosti. Zajema pa tudi demografske podatke ter podatke o zaznanem stresu.

## **Preiskovanci**

V raziskavi je sodelovalo 130 oseb, 65 oseb s težavami v duševnem zdravju (34 moških, 31 žensk) in 65 oseb brez težav v duševnem zdravju (12 moških, 53 žensk). Povprečna starost sodelujočih med osebami s težavami v duševnem zdravju je bila 48,2 let, med osebami brez težav v duševnem zdravju pa 42,3 let. Povprečna višina in teža sodelujočih pri osebah s težavami v duševnem zdravju je bila 170,4cm in 77,7kg, pri osebah brez težav v duševnem zdravju pa 168,3 cm in 70,9 kg. Prisotnost zdravstvenih težav je bila vidna pri 14 osebah s težavami v duševnem zdravju ter pri 12 osebah brez težav v duševnem zdravju. Največ oseb s težavami v duševnem zdravju je samskih (27 oseb) in poročenih oz. živijo v izvenzakonski skupnosti (25 oseb), sledi 11 ločenih oseb in 2 vdoveli. Osebe brez težav v duševnem zdravju, so poročene oz. živijo v izvenzakonski skupnosti (54 oseb), sledijo samski (7 oseb) in ločeni (4 osebe), vdoveli niso bili med preiskovanci. 24 oseb s težavami v duševnem zdravju je brez otrok, 17 oseb ima 1 otroka, 16 oseb ima 2 otroka, 7 oseb ima 3 otroke in ena oseba 4 otroke. Osebe brez težav v duševnem zdravju imajo največ po 2 otroka (21 oseb), sledi 16 oseb brez otrok, 15 oseb ima po 1 otroka, 11 oseb ima 3 otroke, ter 2 osebi po 4 oz. 5 otrok.

Pomemben podatek predstavlja tudi število otrok, ki dejansko živijo z osebami. Pri 34 osebah s težavami v duševnem zdravju otroci ne živijo več z njimi. Pri 22 osebah živi 1 otrok, pri 7 osebah 2 otroka in pri 2 osebah živijo 3 otroci. Pri osebah brez težav v duševnem zdravju pa sledi isto zaporedje, največ kar 23 oseb živi brez otrok, pri 17 osebah živi 1 otrok, pri 15 osebah 2 otroka, pri 9 osebah živijo 3 otroci in pri eni osebi živi 5 otrok.

Glede na izobrazbo je med osebami s težavami v duševnem zdravju največ oseb s srednjo izobrazbo (24 oseb), sledijo poklicna (16 oseb), OŠ (9 oseb) in višješolska izobrazba (9 oseb) ter ena oseba z nedokončano OŠ. 35 oseb brez težav v duševnem zdravju ima visoko

izobrazbo, 11 oseb srednjo, 7 oseb univerzitetno, 6 oseb višješolsko in 4 osebe poklicno izobrazbo ter 1 oseba magisterij.

Letni prihodek je pri osebah s težavami v duševnem zdravju najvišji v razponu do 18.000€ (55 oseb), prav tako pri osebah brez težav v duševnem zdravju (31 oseb).

33 oseb s težavami v duševnem zdravju je zaposlenih, največji delež samozaposlenih (28 oseb), sledi število zaposlenih v javnem sektorju (13 oseb), 17 oseb je upokojenih in 11 oseb brezposelnih, sledita 1 študent in 1 dijak. Pri osebah brez težav v duševnem zdravju pa je skoraj celoten del anketiranih zaposlen (95 oseb) večina v javnem sektorju, le eden samozaposlen, 2 osebi sta zaposleni za krajši delovni čas, 1 oseba brezposelna in 1 študent.

### **Ocenjevalni instrumenti**

Uporabljen je bil vprašalnik o življenjskem ravnovesju (LBI), ki ocenjuje življenjsko bilanco, podkategorije zdravja, odnosov, identitete in izzivov in lestvico zaznanega stresa. Za izpolnjevanje vprašalnika je bilo potrebnih približno 20 minut.

### **Časovni potek raziskave**

Raziskava je potekala od oktobra 2019 do februarja 2020. Osebe brez težav v duševnem zdravju so predstavljali zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Idrija in znanci, osebe s težavami v duševnem zdravju pa so bili hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Zbiranje podatkov je potekalo skladno z navodili, ki jih opredeljujejo ocenjevalni instrumenti in z upoštevanjem etičnih načel (pridobitev dovoljenja Psihiatrične bolnišnice Idrija, privolitev hospitaliziranih oseb v izpolnjevanje).

### **Etični kriteriji raziskave**

Osebam je bila zagotovljena anonimnost, upoštevali smo načela etičnega raziskovanja. Preiskovanci s težavami v duševnem zdravju so se z izpolnitvijo vprašalnika strinjali, zagotovljena jim je bila zaupnost.

### **Raziskovalne hipoteze**

Preverjali smo sledeče hipoteze:

H1: Življenjsko ravnovesje se v povprečju statistično pomembno razlikuje med osebami s težavami v duševnem zdravju in brez nje.

H2: Osebe s težavami v duševnem zdravju zaznavajo višjo raven stresa kot osebe brez težav v duševnem zdravju.

H3: Podkategorija identiteta pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.

H4: Podkategorija odnosi pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.

H5: Podkategorija zdravje pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.

H6: Podkategorija interesi pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.

H7: Zadovoljstvo s časom se med osebami s težavami v duševnem zdravju in osebami brez težav v duševnem zdravju statistično razlikuje.

## REZULTATI

Prikazani so izračuni za preverjanje hipotez.

**H1: Življenjsko ravnovesje se v povprečju statistično pomembno razlikuje med osebami s težavami v duševnem zdravju in brez nje.**

Osebe brez težav v duševnem zdravju živijo v povprečju bolj uravnotežen življenjski slog ( $M=2,4978$ ) od oseb s težavami v duševnem zdravju ( $M=2,3109$ ).

H1, ki pravi, da se življenjsko ravnovesje v povprečju statistično pomembno razlikuje med osebami s težavami v duševnem zdravju in brez nje, lahko ovržemo, saj je razlika zelo minimalna.

**H2: Osebe s težavami v duševnem zdravju zaznavajo višjo raven stresa kot osebe brez težav v duševnem zdravju.**

Povprečje zaznanega stresa pri osebah s težavami v duševnem zdravju znaša  $M=11,89$ , kar je več od oseb brez težav v duševnem zdravju, kje znaša  $M=8,75$ .

*Tabela 1: Zaznani stres*

ZAZNANI STRES	N	Mean (Povprečje)
Osebe s težavami v duševnem zdravju	65	11,89
Osebe brez težav v duševnem zdravju	65	8,75

H2, ki pravi, da osebe s težavami v duševnem zdravju zaznavajo višjo raven stresa, kot osebe brez težav, tako potrdimo.

**H3: Podkategorija identiteta pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.**

Osebe s težavami v duševnem zdravju ( $M=2,334$ ) in brez težav v duševnem zdravju ( $M=2,497$ ) so v podkategoriji identiteta srednje uravnovešene.

H3, ki pravi, da so osebe s težavami v duševnem zdravju nezadovoljne z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju, lahko ovržemo.

**H4: Podkategorija odnosi pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.**

Osebe s težavami v duševnem zdravju so v podkategoriji odnosov srednje uravnovešene ( $M=2,3135$ ), osebe brez težav pa zelo uravnovešene ( $M=2,5605$ ).

*Tabela 2: Podkategorija odnosi*

	N	Mean (povprečje)
Osebe s težavami v duševnem zdravju	65	2,3135
Osebe brez težav v duševnem zdravju	65	2,5605

H4, ki govori o nezadovoljstvu z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v podkategoriji odnosov v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju, lahko potrdimo.

**H5: Podkategorija zdravje pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.**

Osebe s težavami v duševnem zdravju ( $M=2,2831$ ) in osebe brez težav v duševnem zdravju ( $M=2,3834$ ) so srednje uravnovešene.

H5 lahko ovržemo, saj ni večjih razlik med skupinama.

**H6: Podkategorija interesi pri osebah s težavami v duševnem zdravju kaže na nezadovoljstvo z ujemanjem med tem, koliko časa želijo opravljati dejavnost in koliko časa dejansko opravljajo določeno dejavnost v tej podkategoriji v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.**

Osebe s težavami v duševnem zdravju so v podkategoriji interesov srednje uravnovešene ( $M=2,3131$ ), osebe brez težav pa zelo uravnovešene ( $M=2,5505$ ).

*Tabela 3: Podkategorija interesi*

	N	Mean (Povprečje)
Osebe s težavami v duševnem zdravju	65	2,3131
Osebe brez težav v duševnem zdravju	65	2,5505

H6 lahko potrdimo.

**H7: Zadovoljstvo s časom se med osebami s težavami v duševnem zdravju in osebami brez težav v duševnem zdravju statistično razlikuje.**

*Tabela 4: Zadovoljstvo s porabo časa*

ZADOVOLJSTVO S PORABO ČASA, KI STE GA PORABILI ZA VOŽNJO Z AVTOM, BUSOM	N	Mean (Povprečje)
Osebe s težavami v duševnem zdravju	65	2,14
Osebe brez težav v duševnem zdravju	65	2,58

Osebe s težavami v duševnem zdravju so v povprečju zelo neuravnovešene glede zadovoljstva s porabo časa ( $M=2,14$ ), osebe brez težav pa neuravnovešene ( $M=2,58$ ). H7, ki pravi, da se zadovoljstvo s porabo časa med osebami s težavami v duševnem zdravju in osebami brez težav v duševnem zdravju statistično razlikuje, lahko potrdimo.

## **RAZPRAVA**

V raziskavi smo ugotovili statistične razlike med osebami s težavami in brez težav v duševnem zdravju. Največje razlike so se pokazale na področju odnosov, interesov, zaznanega stresa in zadovoljstvu s porabo časa, najmanjše pa na področju identitete, zdravja in povprečja življenjskega ravnovesja. Pri preiskovancih prve skupine, tj. osebe s težavami v duševnem zdravju smo na področju odnosov zaznali srednjo uravnovešenost, kar lahko povežemo s tem, da imajo osebe s težavami v duševnem zdravju težave pri vzpostavljanju socialne mreže, sodelovati v skupinah in početi aktivnosti z družinskimi člani. Na področju interesov so osebe s težavami v duševnem zdravju srednje uravnovešene, kar nakazuje na to, da imajo težave z aktivnostmi prostega časa (pomanjkanje volje, interesov, zanimanja,...).

Ugotovitve raziskave dajejo smernice za delovnoterapevtsko obravnavo. Delovni terapevt naj bi osebi s težavami v duševnem zdravju z modifikacijo izvedbe omogočal vključenost in učinkovitost izvedbe aktivnosti. Ustrezna modifikacija aktivnosti ne prinaša izkušnje neuspeha in ne znižuje zaupanja v lastne zmožnosti. Krepitev zaupanja v lastne zmožnosti se povezuje z doseganjem višjega splošnega zadovoljstva z življenjem (Bratina et al., 2017). Doživljanje stresa lahko preprečimo s pravilno organizacijo časa in dela (vzpostavitev strukture dneva), učinke stresa pa lahko uspešno zmanjšamo z zdravim načinom življenja, z redno telesno vadbo in različnimi sprostitvenimi tehnikami (progresivna mišična relaksacija, dihalne vaje,...).

Strukturiran program zdravljenja v bolnišnici osebami s težavami v duševnem zdravju omogoča razvoj uravnovešenega življenjskega sloga, obogatiti interese, najti ustrezne pristočasne aktivnosti, vključevanje v socialno okolje in razvoj rutine. S tem dobijo izkušnjo, kako čimbolj kakovostno funkcionirati v domačem okolju.

## **ZAKLJUČEK**

S pomočjo vprašalnika o življenjskem ravnovesju (LBI) je bilo razvidno, da so pri osebami s težavami v duševnem zdravju težave z zadovoljstvom pri upravljanju s časom in obvladovanjem stresa pogoste. Slednje lahko potrdimo s pridobljenimi rezultati vprašalnika, s pomočjo katerega smo dokazali tudi ostale zastavljene hipoteze. Z analizo ankete smo večino hipotez potrdili. Ovrgli smo hipoteze podkategorije zdravje in identiteta ter hipotezo, ki pravi, da se življenjsko ravnovesje v povprečju pomembno razlikuje med osebami s težavami v duševnem zdravju in brez nje. Iz pregleda literature je razvidno, da posamezniki na svoje zdravje in počutje vplivajo z določenimi vzorci življenjskega sloga. Ustrezna razporeditev časa med različnimi vlogami bi pri posameznikih lahko privedla do zmanjšanja bolezni povezane s stresom. Tako je proces delovnoterapevtske obravnave usmerjen v doseg kvalitete bivanja na vseh pomembnih področjih človekovega delovanja in zmožnosti strukturiranja uravnovešenega poteka dneva pred ponovno vključitvijo v domače okolje. S sodelovanjem v delovnoterapevtskih aktivnostih tekom hospitalizacije vzpostavljajo/ohranjajo okupacijsko ravnovesje in dobro počutje.

## LITERATURA

- Bajt M, Klanšček J H, Britovšek K (2015). Duševno zdravje na delovnem mestu. Ljubljana:  
Dostopno na: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz\\_na\\_delovnem\\_mestu.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz_na_delovnem_mestu.pdf) (15.06.2019)
- Bratina A, Duh T, Žagar K (2017). Povezanost splošne samoučinkovitosti , izvedbe aktivnosti ter zadovoljstva z življenjem pri osebah z motnjo v duševnem zdravju. Diplomaska naloga. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Dernovšek M Z, Gorenc M, Jeriček H (2006). Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Dostopno na: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ko\\_te\\_strese\\_stres.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ko_te_strese_stres.pdf) (13.05.2019).
- Matuska K (2009). Life balance inventory. Dostopno na: [minerva.stkate.edu/LBI.nsf](http://minerva.stkate.edu/LBI.nsf) (18.06.2019).
- Matuska K (2010). Validity Evidence for a Model and Measure of Life Balance. A dissertatiton submitted to the faculty of the graduate achool of the university of Minnesota. Dostopno na: [https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/93965/Matuska\\_umn\\_0130E\\_11207.pdf;jsessionid=5858A432ED2575F5727840BE3D754675?sequence=1](https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/93965/Matuska_umn_0130E_11207.pdf;jsessionid=5858A432ED2575F5727840BE3D754675?sequence=1). (27.11.2019)
- Matuska K (2011). Description and development of the life balance inventory. OTJR: Occupation, participation and health. Vol.32, No. 1.pp 220- 228.
- Matuska K (2012). Validity evidence of a model and measure of life balance. OTJR: Occupation, participation and health. Vol.32, No.1. pp 229-237.
- Matuska K (2016). Life balance and stress in adults with medical conditions or obesity. Otjr: Occupation, participation and health. 1-8.
- Matuska K (2020). Description and development of the life balance inventory. OTJR: Occupation, participation and health. Vol.20, No. 10.
- Matuska K, Christiansen H C (2006). Lifestyle balance: A review of concepts and research. Journal of occupational science, vol. 13, No. 1, pp 49-61.
- Matuska K, Christiansen C (2009). Life balance. Multidisciplinary theories and research. Slack Incorporated; 1 edition.
- Matuska K, Bass J, Schmitt J S (2013). Life balance and perceived stress: Predictors and demographic profile. OTJR: Occupation, participation and health. Vol.33, No. 3. pp 146-158.
- Tušak M (2020). Ali veš kako stres vpliva na tvoje zdravje in kakovost življenja? Dostopno na: <https://migimigi.si/ali-ves-kako-stres-vpliva-na-tvoje-zdravje-in-kakovost-zivljenja/> (12.01.2020).

**IZZIVI S KATERIMI SE SPOPADAJO POSAMEZNIKI Z  
BIPOLARNO MOTNJO NA DELOVNEM MESTU: PREGLEDNI  
ČLANEK**

**CHALLENGES OF INDIVIDUALS WITH BIPOLAR DISORDER AT  
WORK: A SCOPING REVIEW**

lanek je bil na zahtevo soavtorjev umaknjen, ker soavtorji niso podali dovoljenja za objavo.

Umaknjen na zahtevo soavtorjev!











Vukalić in sod.: Izzivi s katerimi se spopadajo posamezniki

Vukalić in sod.: Izzivi s katerimi se spopadajo posamezniki



Vukalić in sod.: Izzivi s katerimi se spopadajo posamezniki



## LESTVICA DOSEGANJA CILJEV V DELOVNI TERAPIJI PRI REHABILITACIJI ODRASLIH

### GOAL ATTAINMENT SCALING IN OCCUPATIONAL THERAPY IN REHABILITATION OF ADULTS

Nuša Koban Čugura<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Andreja Platnar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Lea Gabrovšek<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Nika Gombač<sup>2</sup>, dipl. del. ter., Anita Merhar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., doc. dr. Primož Novak<sup>1</sup>, dr. med., Nataša Ogrin Jurjevič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Zdenka Prosič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., dr. Lea Šuc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., MSc OT

<sup>1</sup> Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča

<sup>2</sup> Center fizioterapija, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Za merjenje uspešnosti rehabilitacije v delovni terapiji se uporabljajo različne delovnoterapevtske ocenjevalne metode. Namen raziskave je bil s pomočjo Kanadske metode ocenjevanja izvajanja dejavnosti preveriti uporabnost Lestvice doseganja ciljev. Predstavljene so prednosti ter slabosti s katerimi so se tekom vpeljevanja nove ocenjevalne metode za postavljanje ciljev soočali delovni terapevti. **Metode:** Raziskava je potekala od junija 2018 do vključno decembra 2019. V raziskavi je sodelovalo 96 uporabnikov, ki so bili vključeni v program celostne rehabilitacije. Šest delovnih terapevtov je izpolnilo anketno o prednostih in pomanjkljivostih Lestvice doseganja ciljev. **Rezultati:** Analiza rezultatov kaže, da so v prvi fazi rehabilitacije uporabnikom najbolj pomembne dejavnosti iz področja Skrbi zase in Produktivnosti. **Razprava:** Uporabniki si želijo osnovne samostojnosti. Terapevti vidijo v lestvici doseganja ciljev več prednosti, kot slabosti. Razrešili so kar nekaj dilem, ki so se pojavile pri vpeljevanju lestvice. **Zaključek:** Delovni terapevti doživljajo lestvico kot ocenjevalni instrument, ki ima veliko prednosti in je uporaben za oceno napredka rehabilitacije.

**Ključne besede:** postavljanje ciljev, Kanadska metoda ocenjevanja izvajanja dejavnosti

#### ABSTRACT

**Introduction:** Various occupational therapy evaluation methods are used to assess the success of occupational therapy rehabilitation. Using the Canadian Occupational Performance Measure, the study sought to test the usefulness of the Goal Attainment Scaling in occupational therapy. Specifically, the advantages and difficulties encountered by occupation therapists in the implementation of the new assessment method for goal setting are presented. **Methods:** The study ran from June 2018 to December 2019. It included 96 adults enrolled in a rehabilitation program. Six occupational therapists completed a survey on the benefits and weaknesses of the scale. **Results:** The study found that the users identified self-care and productivity activities as the most important in the first stage of rehabilitation. **Discussion:** Users long to achieve basic independence. Therapists believe that the GAS scale has more benefits than weaknesses. They were able to resolve quite a few unclear areas that they came across when introducing the scale. **Conclusion:** The therapists

found that the Goal Attainment Scaling is an assessment instrument with many benefits, and is a useful tool for assessing the progress of rehabilitation.

**Keywords:** goal setting, Canadian Occupational Performance Measure

## IZHODIŠČA

Dokumentiranje in ocenjevanje izida rehabilitacije postaja vedno bolj pomembno. Delovni terapevti uporabljajo različne ocenjevalne metode, ki se osredotočajo na nivo dejavnosti in sodelovanja pri posameznih aktivnostih. Dva splošno znana ocenjevalna instrumenta v delovni terapiji, ki temeljita na načrtovanju, doseganju in merljivosti ciljev v procesu rehabilitacije, sta Kanadska metoda ocenjevanja izvajanja dejavnosti (ang. Canadian Occupational Performance Measure; v nadaljevanju COPM) (Law et al., 2019) in Lestvica za doseganje ciljev (ang. Goal Attainment Scaling; v nadaljevanju GAS) (Doig et al., 2010). Delovni terapevti so želeli ugotoviti ali bi z lestvico GAS pripomogli k bolj natančnemu vrednotenju napredka tekom rehabilitacije odraslih. Po pregledovanju literature so zasledili, da bi cilje z lestvico GAS lahko bolje razčlenili in tako lažje ocenili napredek, kot pri COPM-u. Do podobnih ugotovitev na občutljivost sprememb samoocenjevanja pri ocenah COPM in GAS so prišli tudi Doig s sodelavci (2010), kateri zagovarjajo klinično souporabo in vrednotenje napredka s kombinirano uporabo obeh ocenjevalnih instrumentov.

Namen raziskave je odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji:

1. Ali bi lahko lestvico GAS vključili v redno prakso ocenjevanja napredka rehabilitacije?
2. Kakšne so bile izkušnje delovnih terapevtov pri vpeljevanju GAS-a?

## METODE

Kvantitativna raziskava je potekala od junija 2018 do vključno decembra 2019. V raziskavi je sodelovalo 96 uporabnikov, ki so bili vključeni v program celostne rehabilitacije na za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in revmatičnimi obolenji (v nadaljevanju C oddelek). Vključeni so bili vsi uporabniki, ki so pri COPM-u izpostavili vsaj eno dejavnost iz področja delovanja, ki je za njih težje izvedljiva. Po postavitvi pomembnosti teh dejavnosti, so te dejavnosti postale cilji delovne terapije. Stopnje za GAS lestvico so oblikovali na podlagi analize začetne izbrane dejavnosti. Dejavnost se je izbrala s pomočjo uporabnika in njegovih prioritet. Izvajale so jo delovne terapevtke zaposlene na oddelku za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in revmatološkimi obolenji na URI – Soča. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko na URI – Soča, številka 32/2019.

COPM delovnim terapevtom pomaga, da skupaj z uporabnikom poiščejo njemu pomembne dejavnosti, pri katerih ima težave v izvajanju. S pomočjo teh izpostavljenih dejavnosti so delovni terapevti na C oddelku skupaj z uporabniki poiskali njim pomemben cilj in si z lestvico GAS pomagali postaviti postopne korake za doseg le tega.

## Kanadska ocenjevalna metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti

Kanadska ocenjevalna metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM) je na uporabnika in dejavnost osredotočena delnoterapevtska praksa. COPM je individualizirana ocenjevalna metoda, zasnovana za odkrivanje sprememb pri posameznikovem lastnem poročilu o izvajanju dejavnosti skozi čas (Law et al., 2019). Razvita je bila leta 1991, od

takrat pa je bil prevedena v 35 jezikov, vključno s slovenščino (Vrhovnik, 2001). Po določenem časovnem obdobju, po začetni oceni in obravnavi v delovni terapiji, sledi ponovna ocena (Law, 2019). Na C oddelku se izvede v prvih dneh sprejema na oddelku ter ob zaključku rehabilitacijskega programa. COPM se uporablja za ugotavljanje področij, ki so za posameznika težje izvedljiva, njegovih prioritet in vrednotenje izvedbe in zadovoljstva na teh področjih. Izvaja se kot pol strukturiran intervju. Dejavnosti se delijo na področja skrbi zase, produktivnosti in prostega časa. Služi kot osnova za postavljanje ciljev in merjenje sprememb v uporabnikovem zaznavanju izvajanja dejavnosti v času obravnave v delovni terapiji (Law et al., 2019). Več študij poroča o učinkoviti uporabi COPMa za ugotavljanje težav v izvajanju dejavnosti (McNulty et al., 2008; Colquhoun et al., 2012; Gustafsson, 2012). Težave pri izpostavljenih dejavnostih COPM-a pa lahko postanejo cilji terapevtske obravnave.

### **Lestvica doseganja ciljev**

GAS je bil v samem začetku, leta 1968, razvit za uporabo pri rehabilitaciji oseb na področju duševnega zdravja (Kiresuk et al., 1968), nato so ga začeli uporabljati tudi na drugih področjih rehabilitacije, kjer se je izkazal za uspešen instrument, s katerim se lahko meri uspešnost in napredek pri posamezniku (Doig et al., 2010). GAS je ocenjevalni instrument, s katerim se pri posamezniku spremlja in ocenjuje napredek pri doseganju cilja. Cilji morajo slediti »SMART« sistem, torej morajo biti specifični, merljivi, dosegljivi, smiselni/pomembni, časovno opredeljivi (Merhar et al., 2016). GAS je 5-stopenjska lestvica, pri kateri ocena -2 predstavlja začetni nivo/stopnjo, ocena 0 pa predstavlja pričakovano stopnjo doseženega cilja. Če je uporabnikov napredek večji od pričakovanega, dobi oceno +1, v primeru najboljšega možnega izida glede na začetno stopnjo pa dobi oceno +2. Če uporabnik ne doseže pričakovane stopnje, je ocena -1, v primeru, da ni napredka pri posamezniku, se končni rezultat ovrednoti z oceno -2 (Merhar et al., 2016). Prednost in specifičnost GAS lestvice je v tem, da je pri sami rehabilitaciji osredotočen na posameznika in spodbuja njegovo sodelovanje pri določanju zanj pomembnih ciljev oziroma stopenj do dosega le teh (Krasny-Pacini et al., 2016). GAS lestvica je tudi dobro merljiva, kar pomeni, da posamezniku pomaga razumeti napredek rehabilitacije, hkrati je pa to tudi merljiv instrument za samo klinično delo kot tudi za raziskave o učinkovitosti terapij na podlagi pristopa usmerjenega na posameznika. Pomaga predvsem pri oblikovanju načrtovanja obravnave pri uporabnikih, kjer se s standardnimi instrumenti ne uspe oceniti specifičnega napredka (Krasny-Pacini et al., 2016).

Uporaba COPM-a in GAS-a lahko premaga nekatere izzive pri načrtovanju ciljev in merjenja uspešnosti rehabilitacije. COPM je zasnovan tako, da olajša postavljanje ciljev in je osredotočen na posameznikovo dojetje ocene izvedbe in zadovoljstva, GAS pa objektivno merjenje doseganja cilja (Doig et al., 2010). Orodja kot so COPM in GAS omogočajo merjenje uspešnosti v uporabnikovem življenju, njegove smiselne in individualne cilje, ki jih ni mogoče doseči z uporabo standardiziranih testov (Wilson, 2010). Kot navajajo avtorji (Jenkinson et al., 2007; Rockwood et al., 2003; Rockwood, et al., 1997) sta COPM in GAS na spremembe bolj odzivna kot večina standardiziranih testov. Občutljivost na spremembe je pomemben dejavnik pri ocenjevanju, saj lahko pokaže že majhen napredek v rehabilitaciji.

V raziskavo so sodelovali uporabniki, ki so bili vključeni v program celostne rehabilitacije na C oddelku, na URI – Soča.

Kriteriji za vključitev v raziskavo:

- Uporabniki stari 18 let ali več, ki so bili vključeni v program celostne rehabilitacije na C oddelku, na URI – Soča.
- Uporabniki, ki so v začetnem intervjuju COPM izpostavili vsaj eno težavo pri izvajanju dejavnosti.
- Uporabniki, ki so bili pripravljeni sodelovati pri postavljanju postopnih ciljev s pomočjo ocenjevalnega instrumenta GAS.

Po osemnajstih mesecih uporabe lestvice GAS, so delovni terapevti C oddelka želeli pisno zbrati vse pozitivne in negativne izkušnje uporabe le te. Vsak terapevt je v elektronski obliki prejel anketni vprašalnik (priloga 1), na katerega je nato pisno odgovoril. Anketni vprašalnik sestavljajo tri glavna vprašanja, katerim nato sledijo še podvprašanja. Odgovore so bili nato analizirani s strani avtorjev prispevka, rezultati so opisani v naslednjem poglavju.

## REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 96 uporabnikov, od tega 52 moških in 44 žensk, s povprečno starostjo 59,7 let.

*Tabela 1: Prikaz pogostosti izpostavljenih težav posameznih dejavnosti razdeljenih po COPM-u in GAS-u.*

Področje	Dejavnosti COPM	Število dejavnosti po COPM	Število dejavnosti po GAS
1.1	Oblačenje/slačenje, obuvanje in zavezovanje čevljev, izvajanje osebe higiene in umivanje, uporaba stranišča,...	172 (47,9%)	60 (55,6%)
1.2	Premeščanja na posteljo, na stranišče, v kopalno kad, na stol za tuširanje, v avtomobil; premagovanje stopnic, posedanje v postelji, vstajanje iz postelje	43 (12%)	25 (23,1%)
1.3	Vožnja avtomobila, uporaba telefona	9 (2,5%)	0 (0%)
2.1	Opravljanje svoje službe; tudi delo na kmetiji kot zaposlitev	8 (2,2%)	2 (1,9%)
2.2	Skrb za otroke, gospodinjstvo-čiščenje, kuhanje, nakupovanje pospravljanje, pranje in obešanje perila, delo na vrtu, košnja trave	71 (19,8%)	15 (13,9%)
2.3	Pisanje s kemičnim pisalom, tipkanje na računalnik/tablični računalnik, upravljanje z daljincem, igra z otrokom	11 (3,1%)	3 (2,8%)
3.1	Branje knjig, različna ročna dela/hobiji, šivanje	6 (1,7%)	1 (0,9%)
3.2	Športne dejavnosti, sprehodi, skrb za ljubljenska, potovanja	34 (9,5%)	2 (1,9%)
3.3	Obiskovanje in druženje s prijatelji	5 (1,4%)	0 (0%)

Razpredelnica izpostavljenih pogostosti težav pri izvajanju posameznih dejavnosti razdeljene po COPM-u (področja in podpodročja): ([www.thecopm.eu](http://www.thecopm.eu)), ki so prikazani v tabeli 1.

Analiza je pokazala, da so v prvi fazi rehabilitacije uporabnikom najbolj pomembne dejavnosti iz področja *Skrbi zase: osebna nega*, dejavnosti iz področja *Produktivnosti: obvladovanje gospodinjstva*, ter dejavnosti iz področja *Skrbi zase: funkcionalna mobilnost*. Iz tega se lahko sklepa, da si uporabniki želijo in stremijo k ponovni stopnji osnovne samostojnosti, katero so imeli pred boleznijo oziroma poškodbo. Preko teh izpostavljenih dejavnosti so delovni terapevti skupaj z uporabniki poiskali njim pomemben cilj in si z lestvico GAS pomagali postaviti postopne korake za doseg le tega. Izvedenih je bilo 108 GAS lestvic s postavljenimi cilji, ki so jih razdelili v področja in podpodročja s pomočjo COPM-a.

Glede na omejen čas hospitalizacije in posledično rehabilitacije so uporabniki izpostavili cilje, kateri so bili za njih v danem trenutku najbolj pomembni in za katere so lahko nato s pomočjo terapevta in lestvice GAS naredili načrt za uspešno izvedbo. Tudi pri uporabi lestvice GAS so bile dejavnosti, katere so želeli najhitreje osvojiti, dejavnosti iz področja *Skrbi zase: osebna nega*, *Skrbi zase: funkcionalna mobilnost* in *Produktivnosti: obvladovanje gospodinjstva*. Iz teh rezultatov so povzeli, da je uporabnikom zelo pomembno, da se ponovno naučijo in pridobijo izgubljene spretnosti za čim hitrejšo in čim bolj samostojno izvedbo posameznih dejavnosti.

Anketo je izpolnilo šest delovnih terapevtov. Vsi terapevti so kot prednosti izpostavili, da je lestvica GAS usmerjena na posameznikove težave, da jim pomaga pri načrtovanju in poteku obravnave, ter da lažje sledijo cilju in napredku. Odgovor, ki se je pojavil samo enkrat je, da GAS daje možnost povezovanja s katerokoli ravno ali področjem v mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (v nadaljevanju MKF). Ostali odgovorili so se pojavili vsaj trikrat ali več. Kot pomanjkljivost lestvice, so vsi terapevti izpostavili, da zahteva veliko časa, ter da se ne more klinično preveriti ali je lestvica dobro postavljena – subjektivnost terapevta. Ostali odgovori so se ponovili vsaj trikrat ali več.

#### **Prednosti lestvice GAS:**

- Daje smernice za nadaljevanje terapevtskega dela po izvedenem COPM-u.
- Z uporabo lestvice delovni terapevti ostajajo usmerjeni na posameznika in na njegove težave.
- Izbrano dejavnost se vedno najprej opazuje; tako se pridobijo informacije na katerih spretnostih (motoričnih, procesnih, komunikacijskih) so težave.
- Pomaga pri načrtovanju in poteku obravnave.
- Lažje sledenje zadanemu cilju.
- Lažja izbira primernih pripravljivih/namenskih aktivnosti za doseg cilja.
- Uporabniku se lažje razloži posamezne aktivnosti v terapiji, zakaj in s kakšnim namenom jih izvaja, s tem se izboljša motivacija za sodelovanje v delovni terapiji.
- Vsak napredek po lestvici pomeni pozitivno in pomembno spremembo na izpostavljenem področju pri posamezniku.
- S pomočjo lestvice se lažje sledi napredku.
- Možnost povezovanja s katerokoli ravno ali področjem v MKF.

- Uporabna pri različnih populacijah, bolezenskih stanjih, z različnimi cilji zdravljenja oz. rehabilitacije.
- Dobra povezanost z ostalimi ocenjevalnimi instrumenti (COPM, itd.).

#### **Pomanjkljivosti lestvice GAS:**

- Postavljanje kakovostne lestvice lahko vzame veliko časa (še posebej pri uvajanju v lestvico).
- Težko je napisati lestvico napredka, ker se včasih ne ve, kako bo posameznik napredoval.
- Se ne more klinično preveriti, ali je lestvica dobro postavljena – subjektivnost terapevta.
- Vprašljiva je zanesljivost in veljavnost.

Poleg opravljene ankete so se terapevti enkrat mesečno srečevali in iskali odgovore na težave, ki so se pojavljale. Rešitve so iskali z iskanjem člankov s področja postavljanja ciljev in s pogovori s kolegi, ki GAS uporabljajo že dlje časa. Spodaj so predstavljene njihove ugotovitve ter rešitve.

#### **Najpogostejše težave pri zapisu lestvice GAS:**

*1. Kako zapisati lestvico, če uporabnik uporablja pripomoček? Ali lahko v vmesnem koraku spremenimo ali odstranimo pripomoček, ki ga je uporabljal?*

Smiselno se je z uporabnikom dogovoriti o namenu uporabe pripomočka. V zdravstvenih stanjih, kjer bi pripomoček predstavljal dolgoročno samostojnost/pomoč pri izvedbi dejavnosti, je smiselno GAS nastaviti v smislu učenja uporabe pripomočka. Kadar pa je pričakovati izboljšanje, se GAS oblikuje v smislu uporabnikove samostojnosti pri sami izvedbi dejavnosti in se v višjih lestvicah zmanjšuje ali odstrani. Pričakovani cilj je torej lahko izvedba s pripomočkom ali brez – odvisno od časa, ki je zastavljen za doseg cilja in posameznika.

*2. Kako postaviti lestvico, ali bi drug terapevt postavil enako? So bili terapevti objektivni ali preveč subjektivni?*

Cilji naj bodo postavljeni po sistemu SMART – specifični, merljivi, dosegljivi, smiselni/pomembni, časovno opredeljivi (Krasny-Pacini et al., 2016). Lestvica doseganja ciljev GAS ni standardizirana, kar predstavlja možnost razlik ocenjevanja med terapevti. V strukturi je povsem individualna, zato predstavlja dobro možnost sledenja postavljenim ciljem, spremljanju napredka, oblikovanju terapij za doseg cilja, ki si ga terapevt izbere. Če je lestvica oblikovana dovolj jasno in konkretno, tako, da je posamezno vedenje ali funkcioniranje možno prepoznati; ima opisano izhodiščno stanje in stopnjuje le eno spremenljivko, lahko tudi drugi terapevt dobi jasno predstavo o uporabnikovi izvedbi in napredku ter s tem ovrednoti napredek. V nekaterih praksah pa zagovarjajo tudi neodvisne ocenjevalce, ki so terapevti, ki niso v neposrednem stiku z uporabnikom, da je ocena lahko bolj objektivna. Vendar v praksi to ni vedno mogoče.

*3. Kako določiti časovno obdobje dosega cilja?*

Izhaja se iz posameznika in zastavljenega cilja. Določiti je potrebno časovno obdobje, ko bo možna ponovna ocena. Terapevti so bili omejeni s predvidenim časom rehabilitacije

uporabnika v ustanovi. Tako so se najpogosteje orientirali glede na predviden čas rehabilitacije.

*4. Zapis lestvice – ali so stavki dovolj jasno napisani, da lahko drug terapevt ponovi dejavnost?*

Pri pisanju lestvice doseganja ciljev GAS se upošteva, da je lestvica kot celota zapisana v sedanjiku, ima enake intervale med vsemi ravnmi lestvice. Pomembno je, da je dobro opisan izhodiščni položaj uporabnika, predmetov in pripomočkov, ki jih uporablja.

*5. Kako razdeliti dejavnost na 5 enakovrednih stopenj – še posebej stopnji +1 in +2?*

Skok od +1 do +2 ne bi smel zahtevati veliko večje spremembe v doseganju kot skok od -2 do -1. Postavljene spremembe med ravnmi morajo biti klinično pomembne. Napredek pa se meri samo z eno spremenljivko (vodenje druge spremenljivke kot konstantne).

## **RAZPRAVA**

Če se povzamejo ugotovitve pogostosti izpostavljenih težav posameznih dejavnosti po COPM-u, so v prvi fazi rehabilitacije uporabnikom najbolj pomembne dejavnosti iz področja skrbi zase: osebna nega, nato sledi dejavnost iz področja produktivnosti: obvladovanje gospodinjstva, ter dejavnosti iz področja skrbi zase: funkcionalna mobilnost. Preko teh izpostavljenih dejavnosti so delovni terapevti skupaj z uporabniki poiskali njim pomemben cilj in si z lestvico GAS pomagali postaviti postopne korake za doseg le tega. Pri uporabi GAS-a so bile izbrane dejavnosti, ki so jih želeli najhitreje osvojiti, podobne, le da je pri GAS-u po izboru dejavnosti takoj za osebno nego (oblačenje, obuvanje nogavic, čevljev, zavezovanje vezalk, samostojno hranjenje, osebna higiena, uporaba stranišča, tuširanje), funkcionalna mobilnost (posedanje preko roba postelje, premeščanje iz postelje na invalidski voziček, premeščanje z vozička na stranišče, v avtomobil). Rezultati kažejo na to, da si uporabniki želijo predvsem osvojiti nazaj izgubljene spretnosti za uspešno izvajanje njim pomembnim dejavnostim in posledično povrnitve izgubljene samostojnosti ter ponovnega vključevanja v ožje in širše okolje.

Namen preiskave je bil preveriti ali bi lahko delovni terapevti C oddelka GAS vključili v redno prakso ocenjevanja napredka rehabilitacije. Pri vpeljevanju GAS-a so terapevti naleteli na prednosti in slabosti lestvice. Terapevti C oddelka menijo, da jim postavljena lestvica daje smernice za nadaljnjo delo. Tako so obravnave v delovni terapiji ciljno usmerjene in terapevti lažje izberejo primerne pripravljalne ali namenske aktivnosti. Obravnave so usmerjene na posameznika in na težave pri dejavnostih, ki so za uporabnika pomembne. Vsak napredek na lestvici pomeni za uporabnika pozitivno spremembo pri izpostavljeni dejavnosti. Tudi Grant in sodelavci (2012) menijo, da je tako uporabnik bolj motiviran za terapijo. Ugotovljeno je bilo, da je lestvica GAS prilagodljiva in uporabna za postavljanje individualnih ciljev v rehabilitaciji. Do takšnih zaključkov so prišli tudi v drugih študijah (Grant et al., 2012; Krasny-Pacini et al., 2016). Pisanje prilagojenih lestvic je uporabno pri merjenju rezultatov rehabilitacije, zlasti na področjih, kjer standardizirani instrumenti ne podajo realnih ocen posameznega napredka. Lestvica ponuja možnost zagotavljanja individualno odvisnih spremenljivk, ki delovnim terapevtom omogoča natančno merjenje učinkov rehabilitacije. Lestvica bo bolj zanesljiva, če stopnje do zelenega cilja postavi terapevt skupaj z uporabnikom. Posamezni, vmesni cilji, morajo biti ustrezni ter hkrati občutljivi na spremembe in napredke. Za dokumentiranje napredka je pomembno

postavljanje ciljev po metodi »SMART«, iz vidika, da terapevt lahko vodi in vmesno preizkuša, če delovnoterapevtska obravnava vodi k dosegu želenega cilja (Krasny-Pacini et al., 2016).

Terapevti so izpostavili še eno prednost uporabe GAS-a, ki pa je niso zasledili v drugih raziskavah. Pri opazovanju izbrane dejavnosti GAS-a, ki ga izvaja uporabnik, dobijo terapevti informacije, na katerih spretnostih izvedbe so odstopanja. Ta odstopanja v motoričnih, procesnih ali komunikacijskih spretnostih običajno uporabnika omejujejo tudi pri drugih dejavnostih. S tem dobi terapevt širšo sliko o uporabnikovih omejitvah in lažje načrtuje obravnavo.

Kljub številnim prednostim lestvice terapije vidijo tudi nekaj pomanjkljivosti. Tekom pregledovanja literature so zasledili podobne težave. Eno od pomanjkljivosti vidijo v zanesljivosti in veljavnosti – kako klinično preveriti kakovost lestvice. Različne lestvice GAS so bile opisane z različnimi stopnjami »strogosti« oziroma subjektivnosti terapevta. Lestvice so opisane s subjektivnimi ocenami doseganja ciljev s pridevniki (npr. slabše/boljše od pričakovanega), kar pa lahko da napačen vtis standardiziranega delovnoterapevtskega instrumenta. Čeprav je manj stroga oblika lestvice GAS lahko primerna, hitra in praktična za uporabo, se tukaj pojavi vprašanje glede njene uporabe v raziskovalne namene. Tako je dobra postavitve lestvice GAS pomembna od izkušenj in usposobljenosti terapevtov, da ustvarijo veljavno, zanesljivo in smiselno lestvico za doseganje posameznega cilja za uporabnika (Krasny-Pacini et al., 2016). V literaturi navajajo, da so pri postavitvi lestvice GAS predvsem pomembni štirje kriteriji za zmanjšanje možnosti subjektivnosti pri terapevtu in povečati zanesljivost GAS-a v raziskovalne namene. Nanašajo se na usposabljanje oziroma izobraževanje terapevtov za pisanje lestvic; samostojnost terapevta pri ocenjevanju dosega ciljev, od tistih, ki so si zastavili cilje; uporabo ustreznih statističnih metod za analizo rezultatov; in zagotavljanje primernih lestvic GAS v raziskovalne namene (Krasny-Pacini et al., 2016). V študiji Grant in Ponsford (2014) govorijo o pomanjkanju jasnega vodnika, kako statistično interpretirati dosežek posameznega cilja kot merilo splošne učinkovitosti terapije. Opisujejo, da ustanovitelji GAS-a niso točno določili obsega znotraj katerega so sprejemljivi rezultati.

Pomanjkljivost lestvice je tudi porabljen čas, ki je potreben za izdelavo lestvice. Tako menijo tudi Palisano s sodelavci (1992) in Grant s sodelavci (2012). V začetni fazi postavitve lestvice GAS vzame več časa in predstavlja zamuden proces. Z delovnimi izkušnjami terapevtov in dobro poznavanje uporabnikov se čas za opise posameznih stopenj lestvice skrajša. Tako kot terapevti C oddelka, tudi v raziskavi Grand in Ponsford (2014) opisujejo, da je postopek določanja ciljev zamuden. Čeprav bi bil splošen cilj lahko enostavno opisan za vsakega udeleženca, so imeli pogosto težave opredeliti s petimi pomembnimi vmesnimi stopnjami. Izpostavili so tudi, da je čas delno odvisen glede na naravo ciljev; stopnje posameznih ciljev, ki so bolj pogoste, je lažje postaviti kot stopnje ciljev, ki so bolj kompleksne in zahtevnejše. Terapevti so imeli največ težav pri postavljanju lestvice +1 in +2. V študiji Grand in Ponsford (2014) omenjajo težavnost spremenljivk pri posameznih lestvicah, kjer se hitro lahko cilje +1 ali +2 postavi fizično ali kognitivno prezahtevno in jih v času rehabilitacije ni mogoče oceniti, ali pa lestvica vključuje preveč spremenljivk. V takšnem primeru je bolje, da se postavi ločene, postopne cilje, ki jih je uporabnik zmožen doseči. Tako da velik izziv za terapevte predstavlja stopnjevanje aktivnosti. Pomembno pa

je, da se poskušajo omejiti na eno spremenljivko, ki jo želijo stopnjevati. Najbolj pogosto uporabljene spremenljivke, ki so jih uporabili terapevti za pisanje lestvice, so bile: količina pomoči terapevta (fizična in verbalna pomoč), čas, ustrezni pripomočki in delež izvedbe aktivnosti, ki jo je zmožni izvesti brez počitka. Največ težav so terapevti imeli pri pisanju lestvice napredka za tiste uporabnike, za katere se ni vedelo, ali se bo zdravstveno stanje po rehabilitaciji izboljšalo. V literaturi sta opisani dve možnosti, kako postaviti lestvico, če je poslabšanje mogoče. Turner-Stokes (2009) svetuje, da v primeru, če je poslabšanje mogoče, se postavi začetno raven oceno -1, tako da je poslabšanje mogoče oceniti z -2. Steenbeek (2005) pa predlaga, naj se pri uporabnikih, pri katerih se pričakuje poslabšanje, doda raven -3.

## ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave so pokazali, da delovni terapevti C oddelka doživljajo lestvico GAS kot ocenjevalni instrument, ki ima veliko prednosti. Poleg tega, da je uporaben pri ocenjevanju napredka in načrtovanju delovnoterapevtske obravnave, uporabniku daje motivacijo za sodelovanje v delovni terapiji. Uporaben je pri različnih populacijah in bolezenskih stanjih uporabnikov. Glede na vse prednosti, ki jih lestvica GAS daje pri spremljanju napredka, je uporaben instrument za oceno napredka rehabilitacije. Tako so terapevti C oddelka lestvico GAS vključili v redno uporabo ocenjevanja napredka rehabilitacije.

## LITERATURA

- Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N, (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther* 71(4):210-22.
- 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*; 79(2):120-8.
- Doig E, Fleming J, Kuipers P, Cornwell PL, (2010). Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling. *Am J Occup Ther* 64(6):904-14.
- Dunn W, Brown C, McGuigan A (1994). The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. *Am J Occup Ther* 48(7): 595-607.
- Engel R J, Schutt R K, (2005). *The Practice of Research in Social Work*. Thousand oaks. Sage Publications, 275, 276.
- Grant M, Ponsford J, Bennett P C, (2012). The application of Goal Management Training to aspects of financial management in individuals with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 22(6), 852 – 873.
- Gričar N, (2012). Učinkovitost uporabe pristopa senzorne integracije. V: *Dodajmo mladost letom*. 6. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Bled, 25. do 27. oktober 2012. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- Groleger Sršen K, (2018). Določanje ciljev in Lestvica doseganja ciljev, *Rehabilitacija*; XVII, supl. 1
- Gustafsson L, Mitchell G, Fleming J, Price G, (2012). Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Spinal Cord Injury Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*; 75(7), 337-342.

- Jenkinson N, Ownsworth T, Shum D, (2007). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 21, 1283–1294.
- Kiresuk TJ, Sherman RE, (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Ment Health J* 4(6):443-53.
- Kvale S, (2006). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*, Thousand Oaks: Sage.
- Krasny-Pacini A, Evans J, Sohlberg MM, Chevignard M, (2016). Proposed Criteria for Appraising Goal Attainment Scales Used as Outcome Measures in Rehabilitation Research. *Arch Phys Med Rehabil* 97(1):157-70.
- M, Baptiste S, McColl M, Polatajko H, Pollock N, (2019). *The Canadian occupational performance measure 5th ed.* Hamilton: CAOT Publications ACE.
- Marković M, Sterle M (2014). Ko vem kaj, pa ne znam kako. V: Pihlar Z, ur. *Z delovno terapijo do aktivnega življenja. 7. kongres delovnih terapevtov Slovenije: zbornik prispevkov*, Ptuj, 24. in 25. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije; 176–82.
- McColl MA, Paterson M, Davies D, Doubt L, Law M, (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Can J Occup Ther* 67(1):22-30.
- McNulty, M. C., & Beplat, A. L. (2008). The validity of using the Canadian Occupational Performance Measure with older adults with and without depressive symptoms. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 27(1), 1–15.
- Merhar A, Jesenko A, Cizej K, Meglič P, asist. Šuc L, MSc, dr. Groleger Sršen K, dr. med. (2016). Lestvica doseganja ciljev za vrednotenje napredka v obravnavi otrok s posebnimi potrebami. *Rehabilitacija - letn. XV, št. 2, str. 36-42.*
- Palisano RJ, Haley SM, Brown DA, (1992). Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. *Phys Ther* 72 (6): 432–7.
- Rockwood K, Howlett S, Stadnyk K, Carver D, Powell C, Stolee P, (2003). Responsiveness of goal attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment. *Journal of Clinical Epidemiology* 56, 736–743.
- Rockwood K, Joyce B, Stolee P, (1997). Use of Goal Attainment Scaling in measuring clinically important change in cognitive rehabilitation patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 50, 581–588.
- Steenbeek D, Meester-Delver A, Becher JG, Lankhorst GJ, (2005). The effect of botulinum toxin type A treatment of the lower extremity on the level of functional abilities in children with cerebral palsy: evaluation with goal attainment scaling. *Clin Rehabil* 19(3): 274-82.
- Turner-Stokes L, (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clin Rehabil* 23 (4): 362–70.
- Vrhovnik M, (2001). *Uporabnost modela Canadian model of occupational performance in testa Canadian occupational performance measure. [Diplomska naloga].* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za delovno terapijo.
- Wilson B A, (2003). Goal planning rather than neuropsychological tests should be used to structure and evaluate cognitive rehabilitation. *Brain Impairment* 4(1), 25–30.

## ŠPORTNI PLES NA INVALIDSKEM VOZIČKU KOT OKUPACIJA

### PARA DANCE SPORT AS AN OCCUPATION

Sara Štirn<sup>1</sup>, dipl. del. ter., dr. Alenka Oven<sup>2</sup>, univ. dipl. org., dipl. del. ter.

<sup>1</sup> Zveza paraplegikov Slovenije, Ljubljana

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Ples je bogata okupacija, ki povzroča občutek sreče in ugodja, omogoča spremembo ter osmišlja življenje vključenih. Pri športnem plesu na invalidskem vozičku osebe z različnimi oviranostmi plešejo na invalidskem vozičku. Prilagojena aktivnost vpliva na zadovoljstvo in omogoča kakovostno življenje gibalno oviranim. Ugotavljalo se je, kako ples doživljajo gibalno ovirane osebe, kaj jim pomeni in kako učinkuje na njihovo delovanje ter s katerimi spodbudami in ovirami se pri izvedbi srečujejo. **Metode dela:** V kvalitativni raziskavi so bili izvedeni poglobljeni intervjuji s štirimi športni plesalci na invalidskem vozičku. **Rezultati:** Intervjuvancem ples pomeni način izražanja ter odvratanja od skrbi. Omogoča jim občutek zanosa in spoprijemanje z oviranostjo, izboljšuje samozaupanje, samozavest in socializacijo, pomaga pri ohranjanju/izboljšanju motoričnih spretnosti ter pri učinkovitejšemu izvajanju dnevnih aktivnosti. **Razprava in zaključek:** Ples kot okupacija prispeva h kakovosti življenja para športnih plesalcev. Za uspešno izvedbo je pomembno zagotavljanje podpor in zmanjševanje ovir, pri čemer ima pomembno vlogo delovni terapevt. **Ključne besede:** gibalna oviranost, prilagojen šport, kakovost življenja

#### ABSTRACT

**Introduction:** Dancing is an enriching occupation. It causes happiness and provides a feeling of comfort as it enables change and adds meaning to the lives of those involved. Para dance sport is a sport where people with various disabilities dance in wheelchairs. The adapted activity provides people with various limitations with a satisfying, high-quality life. The study sought to determine how para dance sport is experienced by people with physical disabilities, what it means to them and how it affects them, as well as which factors they find supporting and which barriers they face. **Methods:** The qualitative survey obtained data by conducting in-depth interviews with four para dance sport athletes. **Results:** To para dance sport athletes, para dance sport offers a way of expressing themselves and a distraction from their worries. It allows them to experience enthusiasm; it affects their self-confidence, self-esteem, socialization and the acceptance of their disabilities. It helps them to maintain/improve their motor skills and also to perform their daily activities more effectively. **Discussion and conclusion:** Dancing as an occupation has a significant impact on the athlete's quality of life. It is important to provide support and reduce barriers to allow dancers to engage in the occupation, which is where an occupational therapist plays an important role.

**Keywords:** physical disability, adapted sport, quality of life

## IZHODIŠČA

Ukvarjanje s prilagojenim športom je lahko nagrajujoča izkušnja, ki nudi osebno zadovoljstvo, izboljša samozavest, sproža pozitivne reakcije in občutek obvladanja aktivnosti ter omogoča višjo kakovost življenja (Côté Leclerc et al., 2017). Športni ples na invalidskem vozičku (IV), imenovan tudi »para dance sport« je šport, v katerem osebe z gibalno oviranostjo (OGO) plešejo na IV. Plesalci se gibljejo (plešejo) s pomočjo IV na ročni ali elektromotorni pogon skupaj z drugimi plesalci, ki so lahko na IV ali pa so hodeči (Ferrari Lopes Ferreira de Araujo, 2012). Športni ples na IV je tekmovalni šport, pravila standardnih in latinskoameriških plesov pa določajo, kaj je dovoljeno izvajati. Plesalci so v kategorije razvrščeni glede na stopnjo znanja (debitanti, amaterji ter selekcija) in glede na gibalno oviranost (Tegelj, 2016). Vse kategorije se lahko odpleše z IV na ročni ali elektromotorni pogon. Osnovni gibi vključujejo ritmični nadzor IV in ustrezno ritmično gibanje glave, rok, ramen in zgornjega dela telesa. Pomembni sta harmonija in kakovost giba (Inal, 2014). Goodwin s sodelavci (2004) navaja štiri prepletajoče se cilje plesa na IV. Prvi je motorični razvoj telesa (povečanje mišične moči, gibljivosti in ravnotežja), drugi je izboljšanje že obstoječih in pridobitev novih gibalnih vzorcev. Tretji cilj se nanaša na izboljšanje samozavesti, samopodobe in samoizražanja OGO, četrti pa se osredotoča na socialne stike in socializacijo skozi sodelovanje v paru ali z drugimi člani skupine.

Okupacija je aktivnost, ki je za osebo smiselna (Graham, 2002), ima zanjo vrednost (Howarth et al., 2018) oz. lahko z vključitvijo v okupacijo odkrije smisel tega, kar počne in/ali smisel svojega življenja (Reed et al., 2011). Vključevanje v okupacije pozitivno vpliva na samopodobo, motivacijo in socializacijo ter vodi k dobremu počutju (Wilcock Hocking, 2015). Čeprav so okupacije pomemben dejavnik zdravja, lahko telesne omejitve zmanjšajo možnost izvajanja, kar lahko vpliva na kakovost življenja. Nekateri se začnejo ukvarjati s prilagojenim športom, s čimer zadovoljijo potrebo po vključitvi v okupacijo (Côté Leclerc et al., 2017). Graham (2002) meni, da je ples še posebej bogata okupacija, ki zaradi pozitivnih učinkov omogoča spremembo in osmišljenje življenja OGO.

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako športni ples na IV doživljajo OGO, kaj jim pomeni, kakšne učinke ima na njihovo delovanje ter kaj jih pri plesu spodbuja ali ovira. Zastavljena so bila naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kaj para športnim plesalcem ples na IV pomeni, kako ga doživljajo in kaj jim omogoča?
2. Ali ples na IV prispeva k delovanju OGO in izvajanju vsakodnevnih aktivnosti?
3. Kaj oz. kdo para športne plesalce pri plesu na IV podpira in kaj jih ovira?

## METODE

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, za katerega je značilen majhen vzorec s skrbno izbranimi enotami v vzorcu in poglobljena končna analiza (Lamut Macur, 2012).

Vključene so bile štiri OGO z različnimi diagnozami; tetraplegija, hemiplegija, cerebralna paraliza, spinalna mišična atrofija. Kriteriji za izbiro so bili, da se OGO s plesom na IV ukvarja vsaj dve leti, da se udeležuje treningov para športnega plesa (vsaj) dvakrat tedensko in da se udeležuje tekmovanj na državni in mednarodni ravni v paru s hodečim soplesalcem. Vsi so člani Plesnega kluba Zebra, s pomočjo katerega smo pridobili njihove kontakte in avgusta oz. septembra 2018 v mirnem okolju njihovih domov izvedli polstrukturirane intervjuje. Intervjuvanci so podpisali izjavo za prostovoljno sodelovanje, na podlagi katere

so se strinjali s snemanje pogovora in objavo rezultatov za raziskovalne namene. Intervjuvancem smo zagotovili zaupnost, upoštevali smo etična načela Kodeksa etike delovnih terapevtov (ZDTS, 2017). Posnetke smo dobesedno prepisali in jih kvalitativno vsebinsko analizirali. V postopku kodiranja kategoriziramo enote kvalitativnega gradiva. Z uporabo kod lahko tako hitreje združimo pomensko sorodne dele (Kordeš Smrdu, 2015). Določili smo kategorije in podkategorije.

## REZULTATI

Na podlagi analize podatkov smo izluščili štiri kategorije: splošno o plesu na IV; pomen, pridobitve in prispevek plesa na IV k delovanju OGO; podpore, ovire pri plesu na IV; dosežki in načrti pri plesu na IV. Vsaka kategorija ima podkategorije in kode, ki so predstavljene v Tabeli 1.

*Tabela 1: Kategorije, podkategorije, kode*

KATEGORIJA	PODKATEGORIJA	KODE
Splošno o plesu na IV	Odločitev za ples in začetki	Seznanitev s plesom na IV na dogodku Spoznavanje delovanja in gibanja IV Premagovanje ovir
	Plesni IV	Po meri izdelan IV Prilagoditve IV glede na potrebe plesa
	Izbira soplesalca/-ke	Pomembnost razumevanja Doseganje skupnega rezultata
Pomen, pridobitve in prispevek plesa na IV k delovanju OGO	Pomen plesa na IV	Način izražanja – izražanje samega sebe Zatočišče, odklop Kulturno udejstvovanje Fizična aktivnost – rekreacija Odvračanje od skrbi – sprostitvev Napolnitev z energijo Vztrajnost Sprejemanje oviranosti
	Doživljanje pozitivnih občutkov	Občutek svobode Doživljanje flowa, uživanje
	Samozavest in samopodoba	Večja samozavest in samopodoba Zaupanje vase Osebnostna rast Samosprejemanje
	Socialna mreža	Širjenje socialne mreže Nova prijateljstva, druženje
	Izboljšanje na telesnem področju	Izboljšana drža Povečanje/ohranjanje mišične moči Boljša gibljivost, ravnotežje in hitrost gibanja Kordinacija, boljše obvladanje IV Izboljšanje kondicije

	Povezava plesa na IV z vsakdanjimi opravili	Izboljšano izvajanje dnevnih aktivnosti Vključevanje novih delov telesa v DA (dnevne aktivnosti) Hitrejše in lažje opravljanje DA
Podpore, ovire pri plesu na IV	Podporni dejavniki	Družina Klub, soplesalec/-ka Finančna podpora
	Ovire	Pomanjkanje financ Gibalna oviranost Neustrezni plesni IV in oprema Mišljenje ljudi Težko usklajevanje obveznosti
Dosežki in načrti pri plesu na IV	Dosežki	Potrditve in samopotrditve Ponos Doživljanje uspeha
	Načrti	Intenzivni treningi, napredovanje Širitev para plesa v Sloveniji

## RAZPRAVA

Ugotovitve raziskave, opisane v razpravi, so podkrepljene z literaturo in s citati intervjuvancev, ki smo jih zaradi varstva podatkov poimenovali INT. in dodali številko posameznika (1 – 4).

### 1 Splošno o plesu na IV

Odločitev za ples na IV in njegovi začetki so bili različni. Intervjuvanci so se s plesom na IV prvič seznanili na različnih dogodkih, kot so maturantski ples, plesne delavnice v sklopu različnih društev, Plesnega kluba Zebre in tudi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča. INT. 2 opisuje, da se je s plesom na IV prvič srečal: »Preko Društva študentov invalidov Slovenije, ker so imeli neko delavnico s Plesnim klubom Zebra in takrat sem se tut pozanimu in pršu na naslednji trening.« (INT. 2) Côté Leclerc et al., (2017) opisuje, da lahko določene fizične omejitve zmanjšajo možnost izvajanja okupacij, zato OGO poiščejo prilagojen šport in imajo na ta način možnost vključitve v okupacijo.

Plesalci so se za ukvarjanje s plesom na IV odločali tudi zaradi spoznavanja delovanja in gibanja z IV, kar poudarja INT. 1: »Sem se odločil predvsem zato, da spoznam delovanje voza, gibanje voza, meje, kako hitro, kako okretno se lahko gibljem v prostoru in nasploh, da spoznam meje, s katerim sem se srečal po poškodbi hrbtenjače in primoranosti uporabe IV.« Filipčič (2008) poudarja, da ima OGO, kljub temu, da vse dejavnosti opravlja v IV, veliko možnosti, da se ukvarja s športom oz. športno rekreacijo. Plesalci morajo za plesne treninge imeti športne (plesne) IV, izdelane po meri uporabnika. INT. 3 o tem pove: »Ma vsak svoje prilagoditve, od naklona koles do hrbtnišča, do sedeža, do števila sprednjih kolesčkov. Se nardi po meri tak voziček, da najbolj odgovarja uporabniku.« Navedeno potrjuje tudi Burkett s sodelavci (2011), ki navaja, da morajo tehnološki pripomočki, ki jih uporabljajo športniki invalidi, odgovarjati individualnim potrebam športnika v specifičnem športu, saj se na ta način poveča njegova učinkovitost.

Pri para športnem plesu na IV je pomembna tudi izbira soplesalca/-ke in medsebojno razumevanje. Jarc Šifrar (2010) opisuje, da je cilj plesnega para doseči komunikacijo, skozi katero bo njun odnos uspešen, kar bo vplivalo tudi na končni rezultat. Para športni plesalci na IV v kategoriji combi plešejo s hodečim soplesalcem. Izpostavljajo, da je pri izbiri pomembno razumevanje in doseganje skupnega rezultata. *»V odspredu je doseganje skupnega športnega rezultata, se morš ozirat tut na svojga partnerja v plesu, usklajevat cilje, potrebe in glih v tem je čar al pa propad plesnega para.«* (INT. 3).

## **2 Pomen, pridobitve in prispevek plesa na invalidskem vozičku k delovanju gibalno ovirane osebe**

Plesalci omenjajo, da jim ples na IV omogoča odklop od vsakdana, odvrčanje od skrbi in sprostitiv. *»Men ples pomeni nek odklop od vsakdana, od faksa in od vsakdanjih skrbi. Prideš na trening, prideš v dvorano, izplešeš svoje skrbi in greš lažje domov.«* (INT. 3) Quiroga Murcia in sodelavci (2010) opisujejo vključevanje v plesne aktivnosti kot pomembno strategijo za obvladovanja stresa in povečanje zadovoljstva OGO.

Plesalcem ples nudi svobodo, zatočišče, omogoča jim, da so to, kar so. *»Ples je neko moje zatočišče, nek moj, čist moj prostor, kjer sem jz res jz, kjer se sprostim, dam sebe na plesišče in probam pokazat moje občutke v plesu.«* (INT. 2) Kot pomembno navajajo tudi izražanje samega sebe in energijo, ki jo lahko kanalizirajo preko plesa. *»Probam pokazat moje občutke v plesu, kako mi je dobro in kaj občutim ob samem plesu.«* (INT. 2)

Ples na IV je fizična aktivnost – rekreacija, plesalcem omogoča kulturno udejstvovanje. *»Ples mi da tut eno zlo dobro obliko in rekreacije in kulturnega udejstvovanja.«* (INT. 3) Ples na privlačen način spodbudi fizično aktivnost, saj združuje gibanje telesa z estetskimi in čustvenimi komponentami, nadgrajenimi z glasbo (Quiroga Murcia et al., 2010). Ples kot fizično aktivnost opisuje tudi INT. 1: *»Ubistvo ni rekreacija, ampak kr višja fizična aktivnost.«* Kot pozitiven učinek plesa omenjajo tudi napolnitev z energijo in povečanje vztrajnosti. *»Ti občutki me napolnijo, dajo mi novo energijo.«* (INT. 2)

Plesalci na IV omenjajo, da med plesom doživljajo pozitivne občutke, opisujejo jih kot uživanje ter občutek svobode. Zaradi izkušnje, ki jo ples ponuja intervjuvancem, opisujejo, da med plesom doživljajo občutek zanosa (t. i. flowa). *»Ko doživim flow, ga doživim s soplesalko, saj skupi pleševa, ane. Lahko rečem, da doživiva flow in da pozabim na kar nekaj stvari, medtem, ko plešem in da me ples ponese.«* (INT. 1) Občutek zanosa oseba najlažje zazna, ko začuti enotnost oz. zlitje z aktivnostjo, pri tem uživa in izgubi občutek za čas ter za samozavedanje (Jackson Csikszentmihalyi, 1999). *»Glih to je zame pomembno. Da se lahk osredotočim nase, da svet okoli mene skor ne obstaja in da se skoncentriram na tisti moment, nase pa na soplesalca. Definitivno je flow v plesu, glih to mu da en tak čar, da se izklopiš.«* (INT. 3) Zaradi užitka ter globoke osredotočenosti, ki ga ponuja okupacija, oseba občuti zadovoljstvo in blagostanje (Chilton, 2013; McHugh, 2016). Kot ključni del flowa plesalci omenjajo občutek svobode: *»Mi pomeni neko svobodo, nek način izražanja.«* (INT. 4) ter uživanja: *»Sama motivacija za ples mi je užitek v plesu, to da se počutim svobodno, ko plešem.«* (INT. 3) Podobno omenjata tudi Ferrari Lopes in Ferreira de Araujo (2012).

Poleg izkušnje flowa intervjuvanci s plesom pridobivajo tudi samozavest in pozitivno samopodobo, zaupanje vase ter osebno rastejo. Graham (2002) opisuje, da je ples na IV

bogata okupacija, ki pomaga pri sprejemanju samega sebe, vpliva na osebnostno rast in samoizražanje ter izboljšuje samozavest OGO. »Samozavest se ti dvigne, ker ko greš nastopat, morš met prezenco in se počutiš takrat na vrhu sveta, no.« (INT. 3) Po navedbah Quiroga Murcia s sodelavci (2010) je samozavest pokazatelj dobrega počutja. Uspeh v športu vodi do občutka sreče in dviguje samozavest (Bürgel Carstens, 2012), kar INT. 4 opiše z besedami: »Ples ti da pač vedet, da si zmožen neke stvari nardit, ko večina sploh ne ve, da to obstaja. Sploh, če so tut neki uspehi, za katere nisi pričakoval in se pol kr naenkrat zgodijo si tko, ja jz sm ful dober.« Podobno Wilcock in Hocking (2015) omenjata, da vključevanje v okupacijo vodi k dobremu počutju ter pozitivno vpliva na motivacijo in samopodobo osebe.

Športniki invalidi prepoznavajo izboljšanje tudi na področju fizične pripravljenosti ter s duševnega vidika, saj lažje sprejemajo negativne posledice telesnih primanjkljajev oz. invalidnosti (Lazić Barić, 2013). INT. 3 opisuje: »S plesom se mi izboljšuje kondicija, znam kontrolirat ene svoje primanjkljaje al pa se te izboljšujejo in pol ugotoviš, da kljub neki hibi lahko zgledaš zlo dobr.« Športne aktivnosti OGO omogočajo, da se spopadejo s svojo oviranostjo ter jo lažje sprejmejo. Omogočajo jim občutek, da obvladajo svoje življenje in da so na podlagi tega lahko bolj samostojni (Bürgel Carstens, 2012). »Jz morem rečt, da zame ma zlo pozitiven vpliv. Ne vem, in glede na telesno samopodobo, sprejemanje telesnih hib al pa gibalne oviranosti, odkar plešem, me določene zadeve na motijo več tolko.« (INT. 3)

Intervjuvanci med pozitivnimi učinki plesa na IV opisujejo širjenje socialne mreže. »Socialna mreža se širi kokr med vsako gručo ljudi, ki so tam z nekim istim namenom, ki imajo isti hobi, isto željo in se tako lepo družimo.« (INT.1) Podobno de Villiers s sodelavci (2013) navaja, da ples omogoča krepitev socialno-interakcijskih spretnosti in razširitev socialne mreže. »Tudi ples na vozičkih ti pomaga tudi v vsakdanjem življenju, pri navezovanju stikov ali pa pri iskanju zaposlitve.« (INT. 2) Šport invalidov ima pomemben vpliv na resocializacijo in ponovno vključevanje v družbo ter možnost doseganja vrhunskih rezultatov. Udeleževanje tekmovanj na državni in mednarodni ravni doprinese k vzpostavljanju novih stikov in športnikom razširi obzorja (Bürgel Carstens, 2012). »Naš klub je edini klub v Sloveniji, ki se ukvarja s plesom na vozičkih in ubistvo smo mi potem kot neka družina, ker smo većinoma skupaj...pa tudi družimo z drugimi plesalci iz sveta, tako na vozičku kot hodečimi in tako še dodatno širimo socialna omrežja .« (INT. 2) Vključenost v družbo prispeva h kvaliteti življenja in dobremu počutju. Občutek pripadnosti skupini omogoča, da se oseba počuti eno s skupino in jo občuti kot družino (Jaarsma et al., 2014), kar nakaže INT. 3: »Če ti preživiš več kot pet ur na teden z ljudmi, ki delajo isto zadevo in k jih ista zadeva veseli se tut z njimi povežeš, sklepaš prijateljstva izven treningov.« INT. 4 pa navaja: »Pri plesu spoznam ogromno enih ljudi.... To mi je kul, da se širmo pa da se povežemo.« Lazić in Barić (2013) omenjata, da športnikom invalidom aktivno ukvarjanje s športom omogoča izboljšanje komunikacijskih spretnosti in družabnosti, kar je pomembno pri ustvarjanju kvalitetnih in zelenih odnosov, skozi katere se izgubi občutek osamljenosti in hkrati več občutek enakopravnosti. Navedeno ponazori INT 3: »Se mi zdi, da se tut meje zabrišejo, med leti, med poklici, med ne vem, prepričanji. Tko da ja, mi je ples zlo razširil socialno mrežo.«

Petrinović (2014) poudarja, da treningi in tekmovanja pozitivno vplivajo na socializacijo, samostojnost in neodvisnost ter samozavest in disciplino OGO. Shapiro in Martin (2010)

navajata, da šport invalidov omogoča občutek zadovoljstva, sreče, navdušenja ter inspiracije; vse to prispeva k povečani kvaliteti življenja, Quiroga Murcia in sodelavci (2010) pa opisujejo, da se dobri socialni odnosi povezujejo z zdravjem. Navedeno na podlagi njihovih odgovorov velja tudi na intervjuvance.

Kot omenja Goodwin s sodelavci (2014), se učinki plesa na IV nanašajo tudi na telesni razvoj, ki se kaže kot povečanje mišične moči, povečanje fleksibilnosti izboljšanju ravnotežja ter pridobitev novih in izboljšanje že obstoječih gibalnih vzorcev OGO. Intervjuvanci pri izboljšanju spretnosti omenjajo izboljšanje drže, kot navaja INT. 3: *»Ples definitivno vpliva na držo ... In drža rok in drža glave, posebej pa drža trupa, ker morš met konstantno aktiven svoj center.«* Opisujejo tudi povečanje in/ali ohranjanje mišične moči: *»Ko plešeš, ko poganjaš oz. premikaš voziček in delaš plesne figure z rokami, so roke skoz v gibanju, tudi trup, glava in vse, ramena. In dejansko krepiš te mišice.«* (INT. 2) Plesni treningi jim omogočajo tudi boljšo gibljivost, kar ponazori INT. 2: *»Zlo se mi je povečala gibljivost, fleksibilnost mojih ramen ter predvsem leve in desne roke. Desna je moja slabša roka, ki ponavadi ne opravlja veliko dela, ampak jo pri vsakem plesu uporabljam in se je tako tudi njena gibljivost povečala.«* Med izboljšanimi spretnostmi zaradi plesa na IV opisujejo tudi ravnotežje. *»Na začetku nisem vedla, kje je moja meja, da se ne bom prekucnila nazaj. Pol greš pa vsakič mal dlje, greš čez mejo. Pa rotacije in to.«* (INT. 4) INT. 1 navaja, da je ples pripomogel k boljši koordinaciji in boljšemu obvladanju IV. *»Vse se poveže no, potem se bolj zavedam, kje imam del telesa, medtem, ko mižim recimo.«* Predhodno navedeno se sklada z ugotovitvami, ki jih navaja de Villiers s sodelavci (2013), da OGO s plesom na IV pridobi na fizičnem področju, kar se kaže kot izboljšanje ravnotežja, fleksibilnosti, koordinacije, obsege giba in dihalnega nadzora. INT. 1 med pridobitvami omenja tudi izboljšano hitrost gibanja *»Se morš hitro obračat, začneš se učit kam na pogonskem kolesu na IV morš dat roko, da se bolje, hitreje in lažje obrneš in to lahko tut potem s treninga preneseš v vsakdan.«* (INT. 1) Tudi Petrinović (2014) navaja podobne učinke pri športnikih na IV: povečanje moči v zgornjih ekstremitetah, povečanje obsega giba in izboljšanje gibljivosti, preprečevanje kontraktur, izboljšanje cirkulacije, povečanje vitalne zmogljivosti, izboljšanje stabilnosti v IV. Quiroga Murcia in sodelavci (2010) dodajajo, da ples plesalcem omogoča ostati v formi in pripomore k izboljšanemu telesnega izgleda, omogoča občutek kontrole nad lastnim telesom in njegovimi gibi, izgledom ter telesnim zdravjem. Izboljšanje kondicije opisuje tudi INT. 3, ki povezuje rutino in kondicijo ter samozavest in samostojnost: *»Zadeve postanejo bolj rutinske zato, ker maš več kondicije pa tut samozavesti konec koncev. Če hočeš bit samostojen, morš bit tut samozavesten.«* Haskell s sodelavci (2007) poudarja, da je ples pomemben dejavnik zdravega načina in kakovosti življenja.

Petrinović (2014) navaja, da imajo omenjeni specifični učinki športa za osebe na IV zelo veliko vlogo pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti (VA). Tudi Ward (2008) poudarja, da ples posledično izboljša izvedbo aktivnosti vsakodnevnega življenja. S tem v zvezi INT. 2 navaja vključevanje novih delov telesa v VA, njihovo hitrejše in lažje opravljanje: *»Sem razvil dodatne mišice in začel uporabljat dele telesa, ki jih prej nisem in tudi pri premikanju na stol, na posteljo, na WC in tko mi je zlo pomagalo no, je postalo hitrejše, tut koordinacija gibov je večja.«* Haboush in sodelavci (2006) trdijo, da OGO lahko spretnosti, naučene pri plesu, uporabijo pri VA in tako vzdržujejo dobro počutje ter pridobijo nove vloge. Izboljšano izvajanje VA INT. 1 opisuje: *»Mogoče kakšen gib uporabim tut v kuhni, da lažje kozarc*

dosežem,«, INT. 4 pa svoja opažanja opiše: »Jz sama pr seb opazim, da odkar plešem, se ponoči dost lažje obračam...« Boljše sodelovanje pri drugih aktivnostih kot pozitiven učinek plesa na IV omenja tudi de Villiers s sodelavci (2013).

### 3 Podpore, ovire pri plesu na invalidskem vozičku

Para športni plesalci pri naštevanju podpornih dejavnikov največkrat omenjajo družino, klub oz. soplesalca/ko ter finančno podporo. INT. 4 med drugim navaja, da ples pomaga pri premagovanju ovir in opisuje podporo članov kluba: »Ples mi predstavlja včasih tut vlko oviro, skoz katero mislim, da mi ne bo uspelo it, ampak še vedno, ne vem, s pomočjo trenerja, ostalih članov v klubu, soplesalcev, kokrkol ... Vedno najdemo način, da pridemo do cilja.« INT 2 poudari pomen družine kot podpornega dejavnika: »Družina, ki je tukaj vedno zame in mi nudi brezpogojno podporo pri plesu in mi tut finančno pomaga. Tudi plesni klub, ki me nekako stimulira in podpira.« Zelo podoben je tudi odgovor INT. 3: »U bistvo morm kr rečt, da družina pa klub...starši v tem, da se jz ukvarjam s športnim plesom na IV vidijo eno veliko prednost, tut finančno me podpirajo.« Jaarsma s sodelavci (2014) navaja, da je družina najpogosteje omenjeni podporni faktor ter da podpora družine ali partnerja lahko pomaga pri zagotavljanju čustvene in ekonomske podpore.

Intervjuvanci finančna sredstva umeščajo tako med podpore kot tudi ovire. Zagotavljanje ustrezne opreme in stroški, ki nastanejo z udeležbo na tekmah, kot oviro opisuje Jaarsma s sodelavci (2014). Neustrezne plesne IV in opremo ter pomanjkanje financ kot oviro omenja tudi INT. 4: »Da bi nam pripadal recimo plesni vozički al pa oprema, bi blo velik lažje. Tak si pa moremo pač vse krit sami.« Côté-Leclerc s sodelavci (2017) podobno ugotavlja, da med zunanje dejavnike, ki vplivajo na ukvarjanje s prilagojenim športom, spada tudi pomanjkanje finančnih sredstev, kar povzroča stres in vpliva na uspešnost OGO.

Intervjuvanci poleg pomanjkanja finančnih sredstev kot oviro opisujejo tudi gibalno oviranost: »Druga zadeva pa žal sama gibalna oviranost.« (INT. 3) Tudi Jaarsma s sodelavci (2014) ugotavlja, da športnikom gibalna oviranost predstavlja oviro. Specht s sodelavci (2002) meni, da bi se delovna terapija kot stroka morala bolj vključevati v prosti čas posameznika, saj bi lahko bila ključna pri zmanjševanju ovir in pri razvoju določene prostočasne aktivnosti/okupacije oz. pri njeni prilagoditvi ter pri zagotavljanju ustrezne opreme in pripomočkov. Delovni terapevti bi se pri tem morali osredotočiti na potrebe, sposobnosti in zmožnosti posameznika oz. OGO in jih na ta način voditi k zanje najbolj ustreznim, koristnim prostočasnim rešitvam.

Kot oviro pri plesu na IV para plesalci omenjajo težko usklajevanje svojih obveznosti: »Včasih dela probleme, sam se potrudim in uskladim tut to.« (INT. 2) Navajajo tudi stereotipno dojetje oz. mišljenje ljudi, ki ga imajo o para športnem plesu in pri tem izpostavljajo: »Da ples na vozičkih je šport in je težek. Ker vsi večinoma mislijo da nekdo pleše na vozičku in se pelje. To je tista največja ovira,« (INT. 4), in INT. 2: »Da kokr neki podcenjujejo ples na vozičkih, da so plesalci zelo dobri v tem in se lahko kosajo ali pa so nekateri celo boljši od hodečih plesalcev.« Lazić in Barić (2013) poudarjata, da športniki invalidi s skupnimi močmi, čeprav s počasnim tempom, razbijajo predsodke o (ne)zmožnostih OGO.

#### 4 Dosežki in načrti pri plesu na invalidskem vozičku

Tekmovalni del športa in zmage (dosežki) so pomembni razlogi OGO za ukvarjanje s športom, kar je pričakovano za paralimpijske in tudi za druge gibalno ovirane športnike (Jaarsma et al., 2014). Intervjuvanci rezultate omenjajo kot pomembne, a jih vrednotijo po svojih merilih; pomembni so jim kot potrditev oz. samopotrditev; omenjajo tudi ponos. Na vprašanje, kakšen pomen imajo rezultati INT. 1 odgovarja: *»Nudijo mi ponos, samopotrditev, potrditev dobrega dela in občutkov, ki so bili med samim plesom.«* INT. 3 pa doživljanje uspeha opisuje: *»Če jz osvojim dobro mesto pa sama pr sebi vem, da sva slabo odplesala, mi tut medalja ne bo kej velik pomenla.«* Večkrat so omenili tudi, da so rezultati bolj pomembni na začetku, ko pa: *» ... dosežeš nek tak dober rezultat, začneš ti bolj opazovati druge stvari plesa.«* (INT. 2) Podobno ugotavlja tudi INT. 4: *»Na začetku mi je dal rezultat uno potrditev, al si dober al nisi. Ampak pol ti je dost pomembno sam, da ti je fino in uživaš v tisti glasbi, ki ti je namenjena tisto rundo.«* Okupacijo kot nagrajujočo aktivnost, ki OGO daje smisel in namen ter ima pozitiven učinek na zdravje, opisuje tudi Graham (2002).

Plesalci si poleg športnih rezultatov in tekmovanj želijo intenzivno trenirati in napredovati. Poleg tega bi tako želeli prispevati k razvoju športa invalidov v Sloveniji oz. širiti para športni ples. *»Želim si, da se ples razvije.«* (INT. 4). INT. 2 zaključí: *»Si zelo močno prizadevam, da bi še naprej ostal pri para plesu, se izboljševal, postajal vse boljši in tudi širil para ples v Sloveniji.«*

Opravljená raziskava ima nekatere pomanjkljivosti, ki bi jih v prihodnje lahko odpravili oz. bi raziskavo lahko razširili. Vzorec bi lahko razširili tako, da bi v raziskavo vključili tudi tuje para športne plesalce. Prav tako so odgovori intervjuvancev njihovo subjektivno mnenje, veliko stvari v plesu pa je tudi težko objektivno opisati. Izvajalka raziskave je hkrati plesalka v Plesnem klubu Zebra, kar bi lahko vplivalo na (ne)pristranskost raziskave.

Prednost raziskave je, da je v Sloveniji tovrstnih raziskav malo, zato je lahko v pomoč strokovnim delavcem, plesalcem in plesnim trenerjem.

#### ZAKLJUČEK

Ples je pomembna okupacija, ki sodelujoče para športne plesalce odvrne od skrbi in skozi katero se lahko izražajo, jim omogoča doživljanje flowa in zaradi večjega zaupanja vase pripomore k izboljšanju samozavesti in samopodobe, boljšemu sprejemanju gibalne oviranosti ter socializaciji. Posledično vpliva na njihovo zadovoljstvo ter na kakovost življenja. Pozitivni učinki se odražajo tudi pri ohranjanju oz. izboljšanju telesnih, kognitivnih in socialnih spretnosti, kar posledično pomembno pripomore k hitrejšemu in lažjemu izvajanju DA.

Da bi para športni plesalci ples kot okupacijo lahko izvajali, je pomembno zagotavljanje podpornih dejavnikov ter zmanjševanje ovir: zagotavljanje ustreznih, dostopnih prostorov za treninge, inkluzija in sprejemanje gibalno oviranih plesalcev v vsa športna društva ter razbijanje predsodkov o para športnih plesalcih kot nezmožnih, zagotavljanje finančnih sredstev za primerno opremo, treninge in tekmovanja, izobraževanje vključenih o gibalni oviranosti in iskanje pristopov, ki bi para športnim plesalcem omogočali večji vpogled v svoje zmožnosti in bi tako lahko določen 'primanjkljaj' izkoristili v svoj prid. Sodelovanje strokovnjakov v vrhunskem športu invalidov, med katerimi ima pomembno vlogo delovni

terapevt, bi lahko pripeljalo do zmanjševanja preprek pri para športnem plesu (svetovanje prilagoditev športnega IV glede na diagnozo, značilnosti samega plesa ter treningov, aktivnosti za razvoj na telesnem področju itd.). Tako bo ples še naprej pomembno vplival na kakovost življenja para športnih plesalcev, po drugi strani pa pripomogel k večji prepoznavnosti te športne panoge.

## LITERATURA

- Bürgel ED, Carstens H (2012). The role of sport for people with a physical disability: Executive Summary of Research Study.  
Dostopno na: <https://bit.ly/2mXVGGY> <25. 5. 2019>.
- Burkett B, McNamee M, Potthast W (2011). Shifting boundaries in sports technology and disability: equal rights or unfair advantage in the case of Oscar Pistorius? *Dis Soc* 26(5): 643–54. doi: [10.1080/09687599.2011.589197](https://doi.org/10.1080/09687599.2011.589197).
- Chilton G (2013). Art Therapy and Flow: A review of the literature and applications. *Art Therapy: Journal Of The American Art Therapy Association* 30 (2): 64–70. doi: [10.1080/07421656.2013.787211](https://doi.org/10.1080/07421656.2013.787211).
- Côté-Leclerc F, Boileau Duchesne G, Bolduc P et al. (2017). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health Qual Life Outcomes* 15(1): 22. doi: [10.1186/s12955-017-0597-9](https://doi.org/10.1186/s12955-017-0597-9).
- de Villiers D, van Rooyen FC, Comm M, BeckV, Calitz Y (2013). Wheelchair dancing and self-esteem in adolescents with physical disabilities. *S Afr J Occup Ther* 43(2): 23–7.
- Ferrari Lopes K, Ferreira de Araujo P (2012). The wheelchair dancer within the context of spectacles. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde* 17(5): 440–8.
- Filipčič T (2008). Igralne značilnosti gibalno oviranih v tenisu na vozičku in njihov vpliv na uspešnost igranja. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za šport.  
Dostopno na: <https://bit.ly/2JI2G28> <16. 4. 2019>.
- Goodwin DL, Krohn J, Kuhnle A (2004). Beyond the wheelchair: the experience of dance. *Adapted physical activity quarterly. Adapt Phys Activ Q* 21(3): 229–47. doi: [10.1123/apaq.21.3.229](https://doi.org/10.1123/apaq.21.3.229).
- Graham SF (2002). Dance: a transformative occupation. *J Occup Sci* 9(3): 128–34. doi: [10.1080/14427591.2002.9686500](https://doi.org/10.1080/14427591.2002.9686500).
- Haboush ABA, Floyd M, Caron JMA, LaSota MMA, Alvarez KBA (2006). Ballroom dance lesson for geriatric depression: An exploratory study. *Arts Psychother* 33(2): 89–97. doi: [10.1016/j.aip.2005.10.001](https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.10.001).
- Haskell W, Lee IM, Pate RR, Powell E, Blair S, Franklin B, et al. (2007). Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports. *Med Sci Sports Exerc* 39 (8): 1423–34.
- Howarth JT, Morris K, Cox DL (2018). Challenges of teaching occupation: introduction of an occupationfocused teaching tool. *J Occup Sci* 25(1): 142–8.
- Inal S (2014). Competitive dance for individuals with disabilities. *Palaestra* 28(1): 32–5.
- Jaarsma EA, Geertzen JH, de Jong R, Dijkstra PU, Dekker R (2013). Barriers and facilitators of sports in Dutch Paralympic athletes: An explorative study. *Scand J Med Sci Sports* 24(5): 830–6. doi: [10.1111/sms.12071](https://doi.org/10.1111/sms.12071).
- Jackson SA, Czikszenmihalyi M (1999). Flow in sports: The key to optimal experiences and performances. United States: HumanKinetics.

- Jarc Šifrar T (2010). Ujemanje osebnostih dimenzij, emocionalne inteligentnosti in socialnih spretnosti med plesalko in plesalcem v športnem plesu. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Kordeš U, Smrdu M (2015). Osnove kvalitativnega raziskovanja. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Lamut U, Macur M (2012). Metodologija družboslovnega raziskovanja: od zasnove do izvedbe. Ljubljana: Vega.
- Lazić A, Barić R (2013). Doprinos sporta kvaliteti života sportaša s invaliditetom. Hrvatski časopis za javno zdravje 9(33): 244–6.
- McHugh CM (2016). Experiencing Flow: creativity and meaningful task engagement for senior women. *Women Ther* 39 (3/4): 280–95. doi: [10.1080/02703149.2016.1116862](https://doi.org/10.1080/02703149.2016.1116862).
- Quiroga Murcia C, Kreutz G, Clift S, Bongard S (2010). Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. *Arts Health* 2(2): 149–63. doi: [10.1080/17533010903488582](https://doi.org/10.1080/17533010903488582).
- Petrinović L (2014). Sport osoba s invaliditetom. Ljetna škola kineziologa Republike Hrvatske Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom. Zagreb: Nacionalna i sveučilišna knjižnica, 47–56.
- Reed KD, Hocking CS, Smythe LA (2011). Exploring the meaning of occupation: the case for phenomenology. *Can J Occup Ther* 78(5): 303–10. doi: [10.2182/cjot.2011.78.5.5](https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.5).
- Shapiro DR, Martin JJ (2010). Athletic identity, affect, and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disabil Health J* 3(2): 79–85. doi: [10.1016/j.dhjo.2009.08.004](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.08.004).
- Specht, J, King G, Brown E, Foris C (2002). The importance of leisure in the lives of persons with congenital physical disabilities. *Am J Occup Ther* 56(4): 436–45.
- Tegelj A (2016). Integracija otroka na vozičku v oddelek s pomočjo plesnih delavnic. Magistrsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Ward SA (2008). Health and the power of dance. *J Phys Educ Recreat* 79(4): 33–6. doi: [10.1080/07303084.2008.10598161](https://doi.org/10.1080/07303084.2008.10598161).
- Wilcock AA, Hocking C (2015). *An occupational perspective of health* (3rd ed.). Thorofare, NJ: Slack.
- ZDTS – Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2017). Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije. Dostopno na: <http://www.zdts.si/index.php/dokument/download/8-splosni-dokumenti/13-kodeks-etike-delovnih-terapevtov-slovenije> <11. 8. 2019>.

## VPLIV DIDAKTIČNIH IGER NA MOTORIČNE IN SPOZNAVNE SPOSOBNOSTI PRI OSEBAH Z DEMENCO

### THE IMPACT OF DIDACTIC GAMES ON MOTOR AND COGNITIVE ABILITIES IN PERSONS WITH DEMENTIA

Nina Logar<sup>1</sup> dipl.de.ter., dr.Marija Tomšič<sup>2</sup>, viš.del.ter., univ.dipl.org.

<sup>1</sup> Osnovna šola Franja Goloba Prevalje- Vrtec Krojaček Hlaček, Prevalje

<sup>2</sup> Kresniški vrh 45, 1281 Kresnice

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Kognitivni trening in kognitivna rehabilitacija sta metodi, ki osebam z zgodnjo stopnjo demence pomagata izboljšati spomin, pozornost in reševanje problemov. Kognitivni trening vključuje vodeno aktivnost, ki je lahko sestavljena iz različnih nalog. Predstavljeni bodo didaktični pripomočki, ki se lahko uporabljajo kot kognitivni trening, in raziskan bo vpliv didaktičnih iger na motorične in spoznavne sposobnosti pri osebah z demenco. **Metode dela:** Izvedena je bila aplikativna študija na 12 preiskovancih. Izvedenih je bilo 14 srečanj po 60 min. Motorične spretnosti obeh rok so bile merjene s Testom devetih zatičev, spoznavne sposobnosti pa s Kratkim preskusom spoznavnih sposobnosti. **Rezultati:** Izboljšanje za levo roko ( $p = 0,01$ ) so pokazali rezultati Testa devetih zatičev. Rezultati Kratkega preskusa spoznavnih sposobnosti so pokazali izboljšanje za celotno skupino ( $p = 0,00$ ). **Razprava:** Na podlagi rezultatov je ugotovljen statistično pomemben napredek tako za motorične spretnosti, kot spoznavne sposobnosti. **Zaključek:** Kognitivna rehabilitacija je zato smiselna, izvedljiva in potencialno učinkovita pri osebah z demenco.

**Ključne besede:** delovna terapija, didaktične pripomočki, kognitivni trening

#### ABSTRACT

**Introduction:** Cognitive training and cognitive rehabilitation are methods that help people in early stages of dementia to improve memory, attention and problem solving. Cognitive training involves guided activity, which consists of different tasks. The purpose is to present didactic aids that can be used for cognitive training and to explore the impact of didactic games on motor and cognitive skills in people with dementia. **Methods:** An applicative study was performed on 12 subjects, who attended 14 meetings lasting 60 minutes. Motor skills of both hands were measured using the Nine Pins Test, while cognitive abilities were measured with using Mini-Mental State Exam (MMSE). **Results:** The Nine Pins Test results showed improvement in the left arm ( $p=0.01$ ), while the MMSE results improved in the whole group ( $p=0.00$ ). **Discussion:** Based on the results, statistically significant progress has been identified for both motor and cognitive skills. **Conclusion:** Cognitive rehabilitation is therefore meaningful, feasible and potentially effective for people with dementia.

**Key words:** occupational therapy, didactic aids, cognitive training

#### IZHODIŠČA

Demenca je kronično progresivna bolezen, za katero je značilen upad kognitivnih funkcij (spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, presoja, jezik). Upad kognitivnih

funkcij pogosto spremljajo težave pri vedenju, motivaciji in na čustvenem področju (WHO, 2015). Osebe z demenco lahko postopoma postanejo depresivne, žalostne, v novih okoliščinah razdražljive, prestrašene, sumničave, jezne, pretirano tihe, glasne, prijazne ali žaljive, natančne, raztresene, počasne in izgubljajo samostojnost (Klanjšček, 2009).

Kognitivna rehabilitacija je sistematičen, k cilju usmerjen niz terapevtskih storitev, namenjenih za izboljšanje posameznikovih kognitivnih funkcij ter za povečanje stopnje njegove samostojnosti. Učinkovitost te metode temelji na trdnih znanstveno-teoretičnih konstruktih in strateških pristopih, sestavljenih iz številnih področij nevroznanosti, nevrofiziologije, nevrobiologije, nevropsihologije in kognitivne nevroznanosti (Čižman, 2010).

Kognitivno usmerjena obravnava je izraz, ki se nanaša na ne-farmakološko obravnavo, v kateri se uporablja vrsta tehnik/aktivnosti za vključevanje razmišljanja in kognicije z različnimi stopnjami zahtevnosti. V prvi vrsti je usmerjena v izboljšanje kognitivnih, vedenjskih, čustvenih in telesnih funkcij oz. spretnosti. Cilji kognitivno usmerjene obravnave vključujejo izboljšanje ali vzdrževanje kognitivnih procesov, ki posledično omogočajo izboljšano funkcionalno sposobnost v vsakdanjem življenju (Bahar-Fuchs et al., 2013). Današnja možnost dostopa do literature nam kaže in nas podpira pri dejstvu, da miselne aktivnosti in uporaba didaktičnih pripomočkov pri starejših ljudeh pripomorejo k krepitvi posameznikovih možganskih procesov in preprečevanju nastanka demence. Kljub vsem prednostim, ki jih miselne aktivnosti imajo za starejše in osebe z demenco, je eden izmed pomembnih vplivov, tudi vpliv duševnega zdravja na posameznika.

Da bi bolje razumeli kontekst rehabilitacije nevroznanosti, moramo razumeti, da mora biti neuro-plastičnost po svoji naravi večdimenzionalna in relativistična. Temeljno razumevanje narave neuro-plastičnosti zahteva razumevanje dinamike sprememb organizma. Ne gre samo za nadzor posameznega območja možganov nad določeno neodvisno funkcijo, ampak gre za razumevanje, kako se možganske travme ali razvojne motnje kažejo v presnovnem, prebavnem, imunološkem in osebnem vedenjskem sistemu. Dejstvo, da imajo ljudje večjo sposobnost za neuro-plastičnost ali pa bolj prilagodljivo vedenje, kot druga bitja. In vendar to ne pomeni, da smo vsi prilagodljivi v svojem vedenju in organizaciji možganov. Stereotipnost izvajanja akcij/aktivnosti ustvarja učinkovitost, prav tako neuro-plastičnost omogoča prilagajanje, ki izhaja iz težav v okolju. Prav zaradi neuro-prožnosti imamo podlago za rehabilitacijo in učinkovito prilagodljivo delovanje. Gre za koncept medsebojne povezanosti med stabilnostjo in mobilnostjo, ki vodijo v rehabilitacijsko učinkovitost. Vendar pa kognitivno-vedenjska rehabilitacija zahteva dolgo, naporno in naporno delo tako osebe z demenco kot terapevta. Poleg tega rezultati niso vedno zadovoljivi. Odpira se eno pomembno vprašanje. Zakaj je tako težko spremeniti svoje navade, če verjamemo, da se možgani nenehno spreminjajo? Treba je opozoriti, da plastičnost pomeni stabilnost. Vsakodnevne aktivnosti zahtevajo, da se stabilnost izvaja učinkovito, ne da bi bilo treba vsako posamezno gibanje omejevati. Ponavljanje določenega dejanja povzroči krepitev povezav med skupinami nevronov, odgovornih za delovanje akcije. Posledično te med-nevronske povezave postanejo podobne kot vožnja na stari cesti. Ponavljanje pogosto vodi v togost tako, da oblikuje nekakšne mentalne (in nevronske) "tire", iz katerih je težko spremeniti (Doidge, 2007; Schwartz, Begley, 2009).

Ko oseba z demenco sodeluje v aktivnostih, ki vključujejo didaktične pripomočke, to vpliva na posameznikovo psihično in fizično zdravje, samozavest, socialno vključenost, neodvisnost in zadovoljstvo v življenju. Han (2016) in sodelavci so ugotovili, da osebe z demenco želijo sodelovati v miselnih aktivnostih, ker so na ta način povezane same s sabo, z drugimi in okoljem. Kadar je oseba povezana z okoljem, to pomembno vpliva na njeno motivacijo za izvedbo vsakodnevnih aktivnostih. Na tak način lahko terapevt ugotovi posameznikove psihične potrebe in se z njimi poveže v partnerski odnos. Ko osebo vključimo v določeno aktivnost, moramo poznati tudi njegove želje, prioritete, ker bo s tem aktivnost imela veliko večji pomen in učinek.

Namen študije je bil ugotoviti vpliv didaktičnih pripomočkov na motorične in kognitivne spretnosti pri osebah z demenco.

## **METODE**

Metoda je bila aplikativna študija, ki sta jo študentki Delovne terapije, pod mentorstvom visokošolskega učitelja, izvajali s preiskovanci doma starejših občanov v okviru projekta 'Po kreativni poti'. Didaktične pripomočke je zagotovil partner v projektu Silaway. Podatki so bili obdelani s programom Microsoft Excel. Za ugotavljanje statistično pomembnega napredka je bil uporabljen T-test (George, Mallery, 2006).

### **Preiskovanci**

V raziskavo je bilo vključenih 12 preiskovancev doma starejših občanov. Vstopna merila so bila: starost nad 65 let, vodilna medicinska diagnoza demence, najmanj enoletno bivanja v domu pred začetkom te raziskave ter vrednost Kratklega preizkusa spoznavnih sposobnosti (KPSS)  $\leq 29$  točk zaradi morebitnih inter-individualnih razlik v kognitivni rezervi, preden so zboleli. Vzorec je zajemal osem žensk in štiri moške s povprečno starostjo žensk 81,2 let ter moških 78,25 let. Pri preiskovancih sta bila pred začetkom izvedbe delavnic opravljena dva standardizirana ocenjevanja: KPSS in Test devetih zatičev.

KPSS je eden najpogosteje uporabljenih kratkih presejalnih testov, s katerim je mogoče pridobiti v sorazmerno kratkem času standardizirano in kvantitativno oceno preiskovančevega kognitivnega stanja. Preizkus KPSS ni diagnostični preizkus, ampak se klinično uporablja za ugotavljanje stopnje zmanjšanja spoznavnih sposobnosti pri že diagnosticirani demenci (Jensterle, Mlakar, Vodušek, 1996).

Test devetih zatičev je hitro, standardizirano in kvantitativno orodje, ki meri spretnosti zgornjega uda. Škatlo z zatiči in luknjami postavimo pred preiskovanca. Najprej izvedemo poskus za vajo, nato pa nadaljujemo z dominantno roko tako, da si z eno roko podpira škatlo, z drugo pa čim hitreje vstavlja zatiče v luknje. Izračuna se povprečje treh meritev desne in leve roke. Spremembo v rezultatih testa devetih zatičev lahko potrdimo za statistično pomembno, če je povprečna razlika v rezultatih  $> 20\%$  (George, Mallery, 2006). Pri obdelovanju podatkov je bil uporabljen Microsoft Excel kot kvantitativna metoda dela za statistično analizo odgovorov.

Za srečanja je bil pripravljen protokol. Pred pričetkom izvedbe srečanj so vsakega preiskovanca in sebe opremili z imenom. Srečanje se je vsakokrat pričelo z uvodno skupinsko aktivnostjo, ki je bila vsakič drugačna (glasbena aktivnost, telesna vadba, pogovor...). Sledile so terapevtske aktivnosti z didaktičnimi pripomočki. Pri izbiri aktivnosti

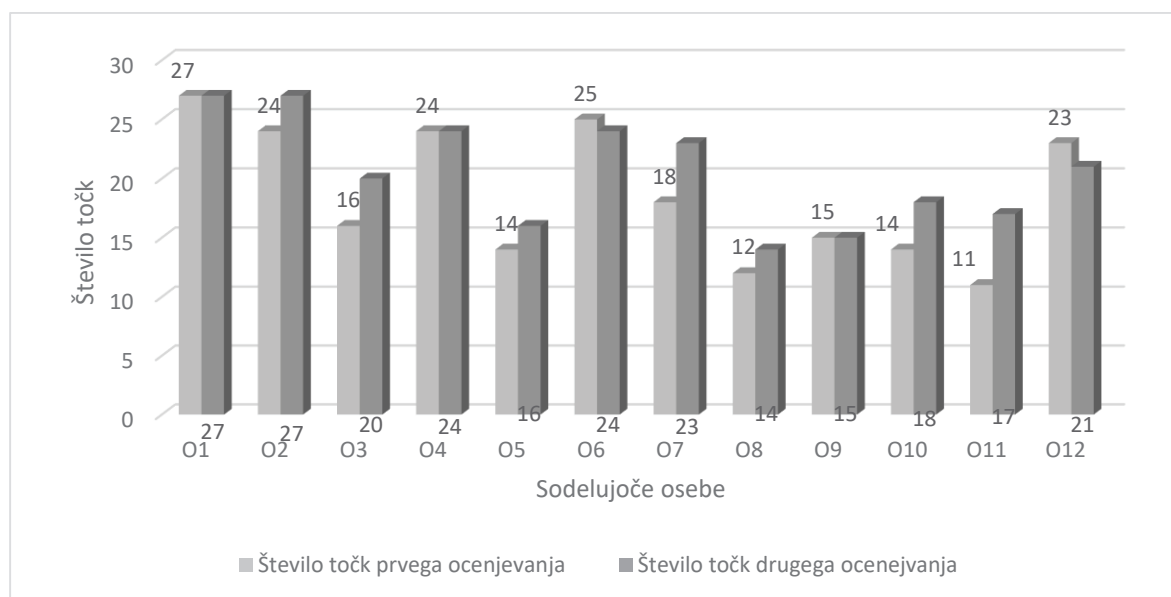
je bila izvajana prilagoditev glede na njeno težavnost in upoštevanje sposobnosti preiskovanca. Pozornost je bila usmerjena v cilj, da je težavnost aktivnosti še vedno pokazala preiskovančevu učinkovitost in samostojnost. Vsaka aktivnost je bila izvedena na preiskovancu varen način. Kadar je bilo pri preiskovancih opaženo, da je aktivnost preveč enostavna, je bila le-ta stopnjevana v zahtevnosti in prilagojena posameznemu preiskovancu (npr.: namesto 12 delov 'puzzlov', je preiskovanec dobil, 24 delov, iz črk je moral sestaviti težjo besedo, sam izbrati besedo in jo napisati). Izvedene so bile terapevtske igre za kognitivne spretnosti (taktilne sestavljanke, slikovne sestavljanke, poštevanko, 3D kocke, kombinatorne plošče in figure), za čutilne spretnosti (barvanje slike s pomočjo čopiča in vode, kjer se slika sama obarva, vrečka, ki vsebuje predmete iz različnih materialov, različne tipne plošče opremljene s številkami in črkami), za čutno-gibalne spretnosti (namizno stojalo z ovirami, različni magnetni krogi, različne kroglice v labirintu) ter igre, ki so vključevale komunikacijo in socialno interakcijo (živalski 'bingo', človek ne jezi se, sestavljanje besed iz črk, brainbox, Silway družabna igra). Zadnjih deset minut, je vsak preiskovanec podal svoje subjektivno mnenje o dejavnostih in predlagal možne izboljšave.

Oblikovani sta bili dve raziskovalni vprašanji:

1. Kako demenca vpliva na motorične in procesne spretnosti in ali jih lahko izboljšamo?
2. Kako didaktični pripomočki vplivajo na motorične in procesne spretnosti?

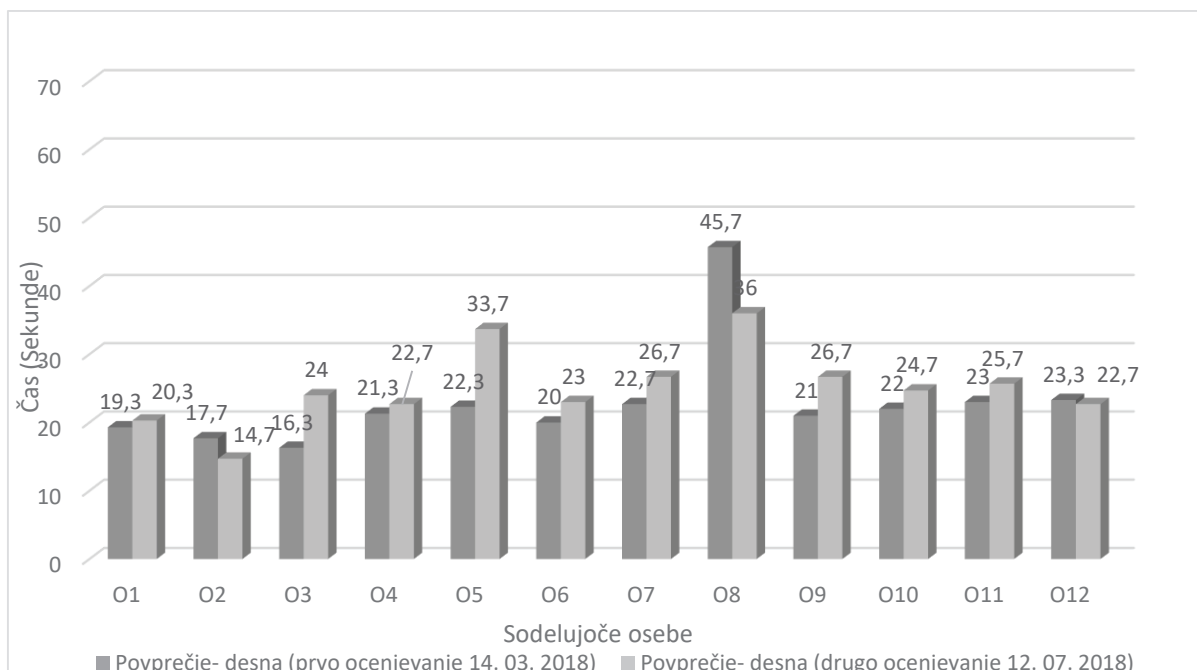
## REZULTATI

V grafih so prikazani rezultati testa KPSS in Testa devetih zatičev.

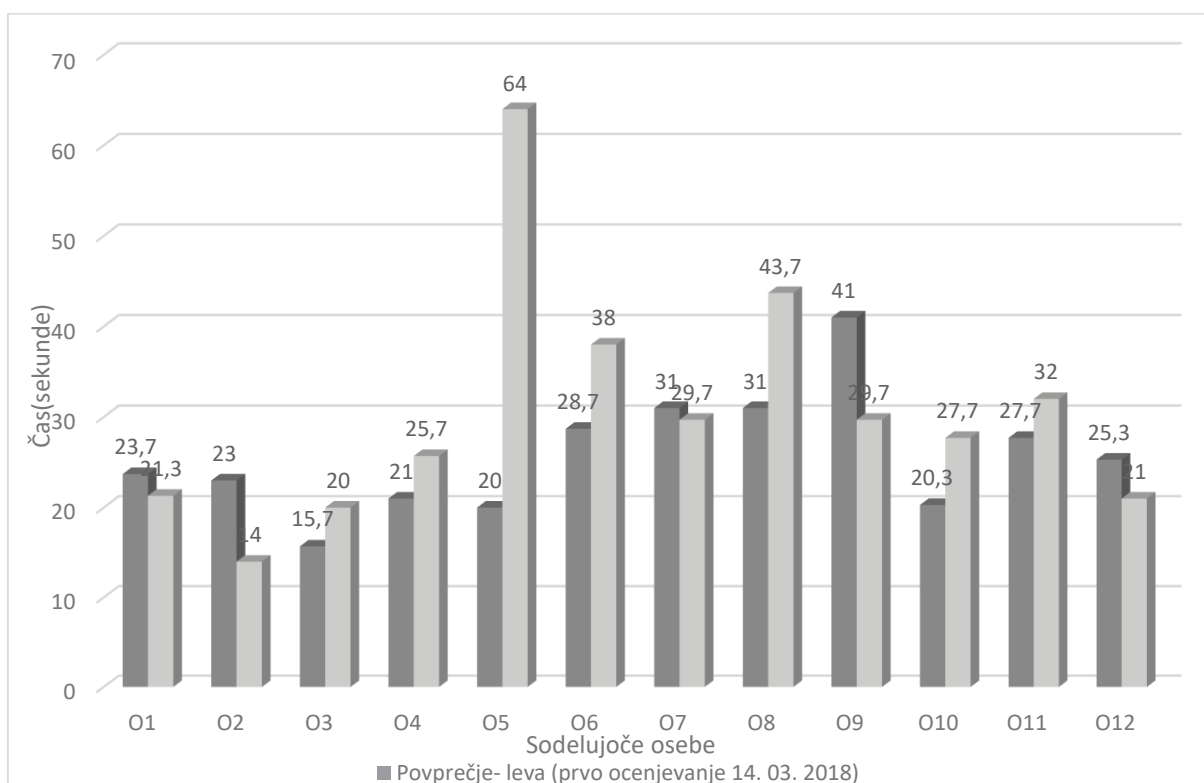


*Graf 1: Doseženi rezultati s KPSS*

O1 je prvi preiskovanec, O12 je zadnji preiskovanec. Preiskovanci so v prvem ocenjevanju povprečno dosegli 19 točk, v drugem pa 21 točk. T-test je pokazal statistično pomemben napredek ( $p = 0,00$ ).



Graf 2: Primerjava ocenjevanja testa devetih zatičev za desno roko



Graf 3: Primerjava ocenjevanja testa devetih zatičev za levo roko

V grafu 2 in 3 so prikazane dosežene vrednosti v sekundah (v nad. sek), merjene s Testom devetih zatičev. Povprečen čas izvedbe ocenjevanja desne roke je bil pri prvem ocenjevanju

22,9 sekunde, pri ponovnem ocenjevanju pa 25 sekund. Povprečen čas izvedbe ocenjevanja leve roke je bil 25,7 sekunde in pri drugem pa 31 sekund. Izboljšanje v eni roki se je pojavilo pri polovici preiskovancev (50%). T-test je pokazal statistično pomemben napredek za levo roko ( $p=0,01$ ).

## RAZPRAVA

Uporaba didaktičnih pripomočkov v kognitivni rehabilitaciji, skozi nevro-plastičnost se je izkazala kot učinkovita. Je nov dokaz, da tudi enkrat tedenska obravnava izboljša/vpliva na motorične in kognitivne spretnosti. Osebam z demenco tako podaljšujemo trajanje faze demence, v kateri se nahajajo. Na začetku izvajanja obravnave je bilo ugotovljeno, da vsi preiskovanci odstopajo od rezultatov, ki so normirani za zdravo populacijo, tako pri testu KPSS, kot testu devetih zatičev. Gre torej za upad kognitivnih/spoznavnih sposobnosti in motoričnih sposobnosti/spretnosti, ki jih povzroči demenca. Skozi enkrat tedensko izvajanje terapevtskih aktivnosti, v katere so bili vključeni didaktični pripomočki, se je kognitivno stanje oziroma spoznavne sposobnosti, ugotovljene z KPSS testom, kar pri polovici preiskovancev izboljšalo. Izboljšanje kar za 6 točk je dosegel en preiskovanec, za 5 točk sta jih dosegla dva in za 4 točke en preiskovanec. To pomeni, da je bila vključenost preiskovancev v raziskavi učinkovita. Razlike med spoloma se niso ugotovljale, saj so do sedaj izvedene raziskave pokazale, da so razlike pri dosežku rezultata KPSS med spoloma tako majhne, da ne morejo dokazati, njegovega vpliva na rezultat. Upoštevati moramo tudi dejstvo, da je Alzheimerjeva bolezen v povprečju pri ženskem spolu nekoliko višja, kot pri moškem (Granda et al., 2003). Prav tako nismo ugotavljali razlik povezanih s starostjo preiskovancev. Zavedamo se, da starost predstavlja pomemben dejavnik, ko govorimo o slabšanju kognitivnega stanja. To so dokazale tudi raziskave ter potrdile, da je starost dejavnik tveganja za razvoj demence. Rakuša in sodelavci (2006) so dokazali, da se rezultat KPSS-ja s starostjo znižuje. Dobili so statistično pomembne rezultate, ki so to potrdili (Rakuša et al., 2006).

S pomočjo Testa devetih zatičev smo dobili vpogled v posameznikove motorične spretnosti. Izboljšanje oziroma motoričen napredek se je pojavil pri 25% osebah, izboljšanje samo v eni roki pa kar pri polovici osebah (50%). Sklepamo, da uporaba didaktičnih pripomočkov lahko pripomore k izboljšanju oziroma ohranjanju motoričnih spretnosti pri osebah z demenco.

Dosedanje raziskave kažejo, da je vzrok za motorične težave, ki jih imajo osebe z demenco kognitivni primanjkljaj. Vključenih mora biti več možganskih regij, da je posameznik učinkovit v izvajanju različnih nalog. Zaradi manjših možganov in neučinkovite povezanosti med specifičnimi kognitivnimi funkcijami pogosto pride do »nepovezanega sindroma«. Ta sindrom je lahko vzrok za težave, ki se odražajo na posameznikovem gibanju (Lichtwarck et al., 2018). Wiloth in sodelavci (2017) so naredili raziskavo, kjer so ugotavljali, kako različne intervencije, ki vključuje motoriko in kognicijo, vplivajo na osebe z demenco. Rezultati raziskave so pokazali statistično pomemben napredek za skupino, ki je bila vključena v intervencije.

Ugotavljamo, da je na področju didaktičnih pripomočkov in miselnih aktivnostih, malo raziskanega oziroma je objavljenih malo znanstvenih člankov. V zadnjem obdobju se delovni terapevti bolj poslužujejo informacijsko komunikacijskih tehnologij. Številni avtorji (Bahar-Fuchs, Clare, Woods, 2013) za ohranjanje motoričnih spretnosti pri osebah z

demenco svetujejo napredno tehnologijo. S pomočjo računalniških programov lahko vplivamo tako na procesne kot tudi motorične spretnosti. Avtorji menijo, da lahko s pomočjo tehnološko zasnovanih iger vplivamo na posameznika, da se fizično vključi v določeno aktivnost, je pri tem motiviran in uporablja procesne spretnosti, ki so za cilj določene igre potrebne. Slabost tehnologije je morda tudi v kompleksnosti določene naloge, kar pomeni, da oseba pogosto aktivnosti ne more izvajati brez nadzora terapevta, prisoten pa je tudi strah pred rabo tehnologije. Z uporabo enostavnih didaktičnih pripomočkov se osebi z demenco ne obremenjujemo z učenjem novih strategij in metod ampak krepiamo kognitivne spretnosti z enostavnimi pripomočki in miselnimi aktivnostmi. Prav tako institucijam/skrbnikom ni potrebno kupovati drago napredno tehnologijo. Slednja pogosto ne omogoča vedno dela v skupini in tako ne omogoča socialne interakcije.

Na podlagi rezultatov raziskave smo tako dobili odgovor na zastavljena raziskovalna vprašanja. Najbolj pozitivno pa smo bili presenečeni nad razpoloženjem oseb, saj so si brez zadržka med seboj pomagali, se spodbujali. Prav tako spodbudne so bile izjave zdravstvenega osebja, ki je navajalo, da se je pri osebah izboljšalo vedenje, razpoloženje in splošno počutje.

## ZAKLJUČEK

Za učinkovito uporabo didaktičnih pripomočkov v delovnoterapevtski obravnavi bi bilo potrebno delovne terapevte dodatno usposobiti, saj bi s tem pridobili dodatno strokovno znanje. Spoznali bi številne didaktične pripomočke, razumeli bi razumevanje določene igre in na katere spretnosti se posamezna terapevtska igra osredotoča. Na tak način bi delovni terapevti pridobili dodatne kompetence, kar bi privedlo do zmanjšanja napredovanja demence pri posamezniku.

## LITERATURA

- Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: [10.1002/14651858.CD003260.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2)
- Čižman U (2010). Kognitivna rehabilitacija in njena učinkovitost. *Rehabilitacija*, IX(Suppl 1): 15-18. Dostopno na: [http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija\\_2010\\_S1\\_p015-018.pdf](http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2010_S1_p015-018.pdf). <21.4.2020>
- George D, Mallery P (2006). *SPSS for Windows step by step*. Boston: Pearson.
- Granda G, Mlakar J, Vodusek DB (2003). Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti-umerjanje pri preiskovancih, starih od 55 do 75 let. *Zdrav Vestn* 72 (10), 575-81.
- Han A, Radel J, McDowd JM, Sabata D (2016). The benefits of individualized leisure and social activity interventions for people with dementia: a systematic review. *Act Adapt Aging* 40(3): 219–265. doi: [10.1080/01924788.2016.1199516](https://doi.org/10.1080/01924788.2016.1199516)
- Jensterle J, Mlakar J, Vodusek DB (1996). Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. *Zdrav Vestn* 65: 577–82.
- Klanjšček G (2009). Zdravljenje bolnika z demenco. *Bolezni in Sindromi v Starosti*, 3, 37–50.
- Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø et al. (2018). Targeted Interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: A cluster randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 26(1): 25-38. doi: [10.1016/j.jagp.2017.05.015](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.015)

- Lilo - Crespo M, Forner-Ruiz M, Riquelme-Galindo, J, Ruiz-Fernández D, García-Sanjuan S (2019). Chess practice as a protective factor in dementia. Public Health. Int J Environ Res Public Health 16(12): 2116. doi: [10.3390/ijerph16122116](https://doi.org/10.3390/ijerph16122116)
- Rakuša M, Granda G, Kogoj A, Mlaka J, Vodušek DB (2006). Mini-Mental State Examination: standardization and validation for the elderly Slovenian population. European Journal of Neurology 13(2):105-208. doi: [10.1111/j.1468-1331.2006.01185.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01185.x).
- Schwartz JM, Begley S (2009). The Mind and the Brain. Springer. USA. Dostopno na: [https://books.google.si/books?hl=s&lr=&id=5RIDm8d\\_2AsC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Schwartz+and+Begley&ots=BK1hRGGfEf&sig=Y3hikIn\\_j4Utmb7Qs\\_pNxUcwxU8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Schwartz%20and%20Begley&f=false](https://books.google.si/books?hl=s&lr=&id=5RIDm8d_2AsC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Schwartz+and+Begley&ots=BK1hRGGfEf&sig=Y3hikIn_j4Utmb7Qs_pNxUcwxU8&redir_esc=y#v=onepage&q=Schwartz%20and%20Begley&f=false). <12.4.2020>
- Streater A, Spector A, Aguirre E, Orrell M (2016). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study. Br. J. Occup. Ther 79(12): 762-767. doi: [10.1177/0308022616668358](https://doi.org/10.1177/0308022616668358)
- van Rijn H, van Hoof J, Stappers PJ (2010). Designing leisure products for people with dementia: Developing “the Chitchatters” Game. Am. J. Alzheimer's Dis. Other Dement 25(1):74-89. doi: [10.1177/1533317509333039](https://doi.org/10.1177/1533317509333039)
- Wiloth S, Werner C, Lemke NC, Bauer J, Hauer K (2017). Motor-cognitive effects of a computerized game-based training method in people with dementia: a randomized controlled trial. Aging Ment Health 22(9):1124-1135. doi: [10.1080/13607863.2017.1348472](https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348472)

#### Primeri didaktičnih aktivnosti



## METODA MONTESSORI, IZZIV ZA TISTE, KI DELAJO S STAREJŠIMI IN OSEBAMI Z DEMENCO

### THE MONTESSORI METHOD, A CHALLENGE FOR THOSE CAREGIVERS WORKING WITH OLDER PEOPLE AND PEOPLE WITH DEMENTIA

pred. Špela Mihevc<sup>1</sup>, dipl.del.ter., mag.prom.zdr.

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Pri reševanju problemov na področju staranja družbe obstaja prostor za inovativnost in prenos z dokazi podprte prakse iz tujine v slovenski prostor. Namen raziskave je bil preučiti izkušnje zaposlenih, ki v domu starejših uporabljajo metodo montessori. **Metode dela:** Uporabljena je bila interpretativna študija primera. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo neposrednih polstrukturiranih intervjujev. Sodelovalo je enajst zaposlenih, ki pri svojem delu uporabljajo metodo montessori. Za analizo podatkov je bila uporabljena vsebinska analiza besedila. **Rezultati:** Raziskava je privedla do štirih kategorij: vsebinski in organizacijski vidiki; sodelovanje deležnikov; osebni razvoj zaposlenih in pomen izobraževanja. **Razprava:** Izkušnje zaposlenih so pokazale, da uporaba metode montessori pripomore k boljšemu razumevanju pomena sodelovanja, izobraževanja ter s tem povezanega osebnega razvoja zaposlenih. Predlagamo nadaljnje raziskovanje izkušenj tudi drugih deležnikov. **Zaključek:** Izkušnje zaposlenih so pokazale, da uporaba metode montessori pozitivno vpliva na zadovoljstvo na delovnem mestu, kar se prenaša tudi v domače okolje in prosti čas zaposlenega.

**Ključne besede:** montessori, demenca, zaposleni, dom starejših

#### ABSTRACT

**Introduction:** Resolution of problems of an aging society invites innovation and the transfer of evidence-based international approach to the local environment. The purpose of the study was to study the experience of caregivers in nursing and care homes using the Montessori method. **Methods:** An interpretative case study was performed. Data were obtained using semi-structured interviews with eleven employees of a Slovenian nursing and care home who use the Montessori method. Thematic analysis was conducted to analyze the data. **Results:** The findings were categorized into four categories: substantive and organizational aspects; cooperation; personal development of employees and education. **Discussion:** According to the experience of employees, the use of the Montessori method helps to better understand the importance of collaboration, education and personal development of employees. We propose further study of the experience of other stakeholders. **Conclusion:** Employee experience has shown that the use of the Montessori method has a positive effect on job satisfaction, which also translates into the employees home environment and leisure time.

**Keywords:** Montessori, dementia, caregiver, nursing and care home

## IZHODIŠČA

Trend povečevanja števila oseb obolenih za demenco napeljuje na dvig razumevanja pomena izobraževanja strokovnjakov, predvsem o pristopih obravnave, ki pri osebah z demenco lahko prispevajo k njihovi samostojnosti (Ljubič, Kolnik Štemberger, 2017). Pristop usmerjen na uporabnika (Law, 1998) predstavlja vodilno idejo sprememb tudi v zdravstvenem sistemu in vzpodbuja zdravstvene strokovnjake k razmisleku o celostnem pogledu na uporabnika, na njegove pretekle izkušnje, vrednote, prioritete, želje in cilje (Križaj, Hurst, 2013). Pristop usmerjen na uporabnika nagovarja tudi uporabnike, da prevzamejo aktivno vlogo v procesu sodelovanja pri ohranjanju in/ali pridobivanju zdravja. Za zagotovitev sodelovanja je potrebna vzpostavitev partnerskega odnosa med uporabnikom in zdravstvenim strokovnjakom, upoštevati pa je potrebno tudi dejavnike, kot so okolje, v katerem se sodelovanje odvija, in razpoložljiva sredstva za učinkovito sodelovanje. Prav tako pa je uporaba bio-psiho-socialnega modela (Gentry et al., 2018) in pristopa usmerjenega na uporabnika odvisna od motivacije obeh (vseh) akterjev v tem procesu, posameznikov na eni strani in vrednot ter vizije organizacije, kjer se proces odvija, na drugi (Križaj, Hurst, 2013).

Metoda, ki vključuje elemente bio-psiho-socialnega modela in pristopa usmerjenega na uporabnika, je metoda montessori. Metoda je posebej prilagojena za delo s starejšimi in osebami z demenco. Poudarek je na aktivnostih in dejavnostih, ki imajo za obolelega smisel in namen, s ciljem doseganja čimvišje stopnje samostojnosti v vsakodnevni aktivnostih (Ljubič, Kolnik Štemberger, 2017). Metoda montessori je zasnovana tako, da se izvajane aktivnosti prilagodi željam in sposobnostim posameznika, glede na njegove pretekle izkušnje in upoštevajoč okolje, v katerem se aktivnost odvija. Na ta način metoda montessori omogoči večje sodelovanje in boljše počutje, kar vpliva na kakovost življenja obolelega (Ljubič, Kolnik Štemberger, 2017). Mihevc in Skela Savič (2019) v svojem raziskovalnem projektu ugotavljata, da uporaba metode montessori nadpovprečno poveča dobro počutje zaposlenih na delovnem mestu, nadpovprečno poveča sodelovanje med zaposlenimi na delovnem mestu, nadpovprečno poveča kompetentnost na delovnem mestu - tako po pogostosti uporabe metode kot tudi glede na leta uporabe metode montessori. Metoda montessori v ospredje postavlja uporabnika, vendar je iz pregleda literature za potrebe raziskave jasno, da kakovost odnosa, učinka sodelovanja in dobrega počutja stanovalca pomembno opredeljuje tudi zaposleni, ki zavzema enakovredno partnersko vlogo. Cooney (2012) v raziskavi želi ugotoviti, kako starejši občutijo življenje v domu starejših in kateri faktorji vplivajo na občutek domačnosti. Izpostavljene so bile štiri teme: kontinuiteta, ohranjanje osebne identitete, pripadnost in aktivno delovanje in delo. V raziskavi, ki so jo izvedli Cook in sodelavci (2015) in se nanaša na status stanovalcev v domu starejših glede na temeljne človeške potrebe je bilo izpostavljenih vrsto tem, ki skupaj kažejo, da so stanovalci želeli, da bi njihov status vključeval »življenje s skrbjo« in ne »obstoječega v oskrbi«. Ta raziskava kaže, da če bodo domovi za starejše želeli delovati v sinergiji in bodo lahko stanovalci na institucijo gledali kot na dom, bodo morali zaposleni biti bolj osredotočeni na prepoznavanje, priznavanje in v podporo prizadevanjem stanovalcev glede kvalitete njihovega življenja v domu. Plaku-Alakbar in Punnett (2018) v svoji raziskavi ugotavljata pozitivno povezanost med splošnim zadovoljstvom zaposlenih z delovnim okoljem in splošnim zadovoljstvom stanovalcev z izkušnjami bivanja v domovih za starejše. Zadovoljstvo na delovnem mestu pozitivno vpliva na kvaliteto izvedenih storitev, ki jih starejši koristijo oziroma so jih deležni v institucionalnem varstvu.

Namen raziskave je bil preučiti in bolje razumeti izkušnje zaposlenih, ki v domu starejših uporabljajo metodo montessori pri delu s starejšimi in z osebami z demenco.

Cilj raziskave je bil ugotoviti izkušnje zaposlenih v domu starejših z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in z osebami z demenco ter razumeti pomen, ki ga ima uporaba metode montessori za njihovo delo in življenje.

Raziskovalno vprašanje je bilo kakšne so izkušnje zaposlenih v domu starejših z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco ter kakšno je razumevanje pomena, ki ga ima uporaba metode montessori za njihovo delo in življenje?

## **METODE**

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja z namenom razumevanja izkušenj, vrednot, prepričanj in obnašanja udeležencev v povezavi s kontekstom, v katerem je izvedena raziskava (Braun, Clarke, 2013). Gre za interpretativno študijo primera, izbrano z namenom preučevanja izkušenj zaposlenih glede uporabe montessori metode v institucionalnem varstvu. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo neposrednih polstrukturiranih intervjujev z uporabo usmerjevalnih vprašanj, ki so vsebovala naslednje vsebinske sklope: izkušnje glede pristopov, kjer je stanovalec v centru obravnave; izkušnje s povezovanjem principov metode montessori za starejše in osebe z demenco s celostnim pristopom in pristopom usmerjenim na stanovalca; izkušnje z uporabo načel metode montessori pri delu s starejšimi in z osebami z demenco; izkušnje z uporabo metode montessori in njenim omogočanjem večjega sodelovanja s sodelavci; izkušnje z doprinosom k boljšemu počutju na delovnem mestu z uporabo metode montessori.

Vzorec je bil namenski, neslučajnostni. Sodelovalo je enajst zaposlenih v slovenskem domu za starejše, kjer uporabljajo metodo montessori pri vseh interakcijah s stanovalci in z njihovimi svojci ter med zaposlenimi. Povprečna starost sodelujočih je bila devetintrideset let. V raziskavi je sodeloval moški predstavnik, ostale so bile udeleženske. Izobrazbena struktura je bila od bolničarke negovalke do vodstvenih delavcev in predstavnikov vseh zdravstvenih in socialnih strok, vključno z administrativnimi delavci. Povprečna delovna doba udeležencev je bila trinajst let. V kontekstu varovanja osebnih podatkov podrobni demografski podatki niso bili preučevani.

Po odobritvi dispozicije s strani Komisije za magistrska dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in prejemu Sklepa o magistrskem delu z dne 4.7. 2019 smo pričeli z raziskavo. Intervjuje smo izvedli v mesecu juliju 2019 po predhodno pridobljenem soglasju zavoda za raziskovanje in oceni etičnosti Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Pridobili smo soglasje posameznih zaposlenih, ki so sodelovali v raziskavi. Priloga k soglasju je vsebovala namen študije, informacije o raziskovalcu, opis zbiranja podatkov ter informacije o snemanju intervjujev, zaupnosti, prostovoljni udeležbi in pravici do umaknitve iz raziskave.

Za analizo podatkov je bila uporabljena vsebinska analiza besedila. Postopek vsebinske analize je potekal v šestih fazah: urejanje gradiva; določitev enot kodiranja; kodiranje; izbor in definiranje relevantnih pojmov in oblikovanje kategorij; definiranje kategorij; oblikovanje končne teoretične formulacije (Vogrinc, 2008). Izvedena sta bila dobeseden prepis intervjujev in sprotna analiza, kar nam je omogočilo, da smo zaznali zasičenost podatkov.

Uporabljena je bila metoda za zagotavljanje verodostojnosti raziskovalnega procesa. En zunanji raziskovalec je ločeno kodiral dele intervjujev z namenom izboljšanja zanesljivosti raziskave (Bryman, 2012). Veljavnost in zanesljivost je bila zagotovljena tudi z nazornim opisom rezultatov, podprtih s citati intervjuvancev. V namen zagotavljanja anonimnosti so za imena udeležencev intervjujev uporabljeni psevdonimi.

## REZULTATI

V okviru analize besedila smo oblikovali štiriinpetdeset kod, iz katerih smo razvili šestnajst podkategorij, ki tvorijo štiri zaključene kategorije.

V tabeli 1 je prikazana analiza z intervjuji pridobljenega besedila.

*Tabela 1: Kategorije in podkategorije pridobljene na osnovi analize besedila*

Kategorija	Podkategorija
Vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco	Izzivi pri implementaciji metode
	Načela metode montessori
	Celosten na stanovalca usmerjen pristop
	Prilagoditev okolja in materialov
Sodelovanje deležnikov	Pomen za zaposlene
	Pomen za stanovalce
	Pomen za svojce
	Komunikacija
Osebni razvoj zaposlenih	Načini prenosa znanja
	Zadovoljstvo na delovnem mestu
	Prenos v domače okolje
	Osebna rast
Izobraževanje zaposlenih	Formalno izobraževanje
	Neformalno izobraževanje
	Permanentno izobraževanje
	Prenos znanja, veščin in stališč

V nadaljevanju so predstavljene utemeljitve kod s citati, razvite podkategorije in kategorije na podlagi združevanja kod.

### **Kategorija: Vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco**

Vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco vključujejo izzive pri implementaciji metode, pomen celostnega, na stanovalca usmerjenega pristopa, načela metode montessori ter pomen prilagoditve okolja in potrebnih materialov.

#### *Podkategorija: Izzivi pri implementaciji metode*

Udeleženci so si bili enotni, da je motivacija za doseganje sprememb ključnega pomena. »...pa če vsak neki nardi pa vseen neko bistvo dosežemo, pa je že to veliko da imamo voljo

no, da stremimo k temu da vpeljujemo to metodo,...« (Andreja, 62, p4). Metoda montessori zahteva svoj čas za vpeljevanje, zahteva pa tudi čas ki ga nameniš stanovalcu. Zaposleni so izrazili tudi skrb in željo po razumevanju vseh vpletenih v procesu vpeljevanja metode, vključno z nadrejenimi in obstoječimi smernicami ter zakonskimi predpisi za delo v institucionalnem varstvu odraslih. Udeleženka je izrazila naslednje: »...in se mi zdi da pač če ko umeščamo to ne, bi mogli tudi naš prostor, sploh v zdravstvu vsepovsod in bi blo treba marsikej tudi spremenit ne, ker če ima zdravstveni delavec dovolj časa se lahk tudi več posveti uporabniku in seveda tudi večji napredki, ....« (Marija, 55-58, p4).

*Podkategorija: Načela metode montessori*

Metoda montessori ima dvanajst načel, v intervjujih sta bili največkrat izpostavljeni dve načeli, in sicer, da se v odnosu do stanovalca zaposleni prilagodi tempu stanovalca (to načelo velja tudi v komunikaciji med zaposlenimi in v komunikaciji s svojci). »...izkustveno spoznanje, ki se mi vedno znova potrjuje hm, da dobr, stanovalci počas govorijo zaradi različnih razlogov, ampak če jz govorim tolik hitro kot oni, hm je komunikacija skor brez težav.« (Edita, 25, p2). Drugo največkrat izpostavljeno načelo pa je bilo, da s tem, ko narediš nekaj namesto stanovalca, mu to tudi vzameš. Udeleženka pove: »...gremo počasi z koraki ampak se mi zdi da pa napredujemo, že mal zaposleni tudi mal bolj ozaveščeni o tem, da je boljše da smo mal včasih nekaj sam nardi kot pa mi ne,...da če stanovalec nekaj sam zmore, da je boljše da to ohranjamo...« (Andreja, 44-45, p3). Udeleženci so se večkrat dotaknili teme, da je potrebno dopustiti stanovalcu, da izvaja aktivnosti sam do tiste mere, ko še lahko sam, da se naloge razdelijo na manjše dele, da se k samostojnosti vzpodbuja z navodili in se s tem ohranjata stanovalčeva samostojnost in dostojanstvo. Uporaba načel metode montessori napeljuje na spremembo vedenja tako stanovalec kot zaposlenih. »Men se zdi, da odkar uporabljam to metodo da sem jest tudi sam veliko bolj zadovoljen s svojim delom, ker se res povežeš s stanovalci velik bolj ne, mu daš možnost, in pol ko vidiš tist nasmeh na obrazu, da ti človek dejansko pove da je to res, da je hvaležen, da mu daš možnost,...« (Tomaž, 26-27, p3).

*Podkategorija: Celosten na stanovalca usmerjen pristop*

Udeleženci so si enotni v razmišljanju, da sta poznavanje stanovalca pred vselitvijo v dom in upoštevanje njegovih želja in potreb edini pravi filozofiji, ki sicer nemalokrat zaposlenega postavit v položaj, ko mora razmisliti o svojih profesionalnih prioritetah.

Udeleženka je povedala:»...pa ga res celostno gledat, ne sam gledat fizične, psihične simptome, ampak njega kot takega kakršen je, pri tem pa je treba tudi upoštevati da je on imel življenje predn se je preselil k nam v dom hm pa da ga je verjetno to, oziroma ga je življenje izoblikovalo, s seboj je pač prinesel neko zgodovino, navade, načine in hm in mi se mormo, mi mormo njemu pomagat da se s temi, s temi, to njegovo zgodovino, načini, karakterjem čimboljše počuti v našem domu. « ( Lili, 4-6, p1). Poznavanje in razumevanje stanovalca, njegovih ciljev glede na dejanske zmožnosti pa zaposlenemu omogočita jasno načrtovanje in evalviranje stanja, napredka. Udeleženka Andreja je povedala: »...je pač na nivoju stanovalca, vsakemu se prilagodi hm in tam se tudi lahk svojci vključujejo, ne, lažje potem zraven vsi tisti, ki jih obiskujejo pa tudi hm zaposleni pol drugač pristopajo, res pa je moraš za vsazga posameznika pol tudi vedet kolk zmore, lažje se tudi pol evalvira neki pol ne.« (Andreja, 26-29, p2).

*Podkategorija: Prilagoditev okolja in materialov*

S prilagoditvijo okolja (ožjega in širšega) se stanovalcu omogoči, da se počuti kot doma. Omogoči se mu večja stopnja samostojnosti pri skrbi zase in pri izrabi prostega časa. Udeleženka Lili je izrazila naslednje: »...da ko nekdo opeša, da bi pač zaradi naše lažje organizacije taka selitev bila potrebna, stanovalcu ni do tega ker se je pač navezal na svoje, svojo sobo, jo opremo po svojih, načinu oziroma po želji hm in se pač poskušamo tak zorganizirati, da mu nudimo pomoč, čeprav je organizacijsko to težje, mormo. In se prilagodit njemu, ampak se.« (Lili, 13, p1). S prilagoditvijo okolja in z izdelavo materialov, vezanih na stanovalčeve potrebe, se stanovalcu omogoči lažja izvedba aktivnosti, zmanjša se odzivno vedenje kot posledica stanovalčevih stisk. »...če se tega temu delu ne upošteva so rezultati dela bistveno slabši hm več vidno tega hm bom rekla neprimerne, odzivnega vedenja, ker vendarle ljudje s tem kažejo da tudi tak potihem protestirajo če temu ni tako...« (Marija, 3, p1).

**Kategorija: Sodelovanje deležnikov**

Sodelovanje deležnikov pomeni sodelovanje med zaposlenimi, stanovalci, svojci, njihova medsebojna komunikacija in načini prenosa znanja.

*Podkategorija: Pomen za zaposlene*

Delo s starejšimi in z osebami z demenco zahteva povezano in usklajeno delovanje znotraj tima. Pomen stalnosti kadra je opredelila Mojca: »Hm ja, hm delo skupno, dela je definitivno pomembno in pomembno je tudi stalnost kadra. Ne samo zaradi nas ampak tudi zaradi stanovalcev. Zelo velikega pomena.« (Mojca, 21, p4). Za reševanje vsakodnevnih težav so udeleženci pomembno izpostavili tudi medsebojno razumevanje in povezovanje. Lili pa je bila mnenja: »Skupi iščemo načine in na ta način pač skupaj razmišljamo pa odkrivamo ideje kak stanovalcu pomagat recimo sploh če je zaradi demence vznemirljiv, pa skupaj iščemo načine kak ga pomirit ali pa kak mu pomagat. Na tak način spoznavamo tudi druge družga, pa naše razmišljanje, pa se mi zdi da se preko teh pogovorov to sodelovanje pač povezujemo ali pa lažje razumemo druge družga kak mi mislimo ali pa kak bi mi ukrepali.« (Lili, 22-24, 35, p3). Lili je povedala: »Pa tam so stalni sodelavci pa tudi redna tedenska srečanja. Tam se vsak petek dobimo in predebatiramo stvari. ...rešuje to ožji tim...in se sklepi posredujejo na rednih jutranjih raportih.« (Lili, 28-29, p3)

*Podkategorija: Pomen za stanovalce*

Udeleženci so pomembno prepoznali pomen poznavanja stanovalčevih preteklih izkušenj in spoštovanja njegovih vrednot. Eva se izrazi: »...ta življenjska zgodba, ki naj bi jo naredil ob sprejemu je zelo, zelo pomembnega, ključnega pomena.« (Eva, 16, p3). »Stanovalec se mora počutiti pri nas doma. Vedno mu moramo dati na razpolago da on odloča.« (Alenka, 1-3, p1). Tozadevno so dali poudarek na prilagajanje stanovalčevega okolja z namenom ohranjanja in povečevanja samostojnosti in dobrega počutja stanovalca kot dela nove skupnosti. Izpostavili so tudi poznavanje stanovalčevih močnih področij z namenom učinkovitega delovanja v novem življenjskem okolju. Sonja je povedala: »...za rekvizite ko jih rabijo pri telovadbi, ane on vedno aha a stole ste že pripravili ne in pol nekak res skupaj ne, eni stole, drugi, on pa rekvizite a ne, na tak način, a ne.« (Sonja, 9, p2).

*Podkategorija: Pomen za svojce*

Svojci imajo pomembno vlogo partnerja pri prilagajanju stanovalca na novo okolje. Zaposleni lahko od njih črpa pomemben vir informacij, prav tako svojec od zaposlenega. Marija je povedala: »...njih usmerimo no kak morjo to izvajati, pri tistih ki seveda so zmožni ne...« (Marija, 15, p2). Dobro sodelovanje vodi v dobro počutje vseh vpletenih, predvsem stanovalca. Zaradi dinamike dela v institucionalnem varstvu starejših je svojec nemalokrat tudi v vlogi negovalca in/ali terapevta. Udeleženci v raziskavi so izpostavili pomen prenosa znanja in veščin rokovanja z njihovim svojcem ter osmišljanja prostega časa, ko so na obisku. Andreja podeli izkušnjo: »...je pač na nivoju stanovalca, vsakemu se prilagodi hm in tam se tud lahk svojci vključujejo ne, lažje potem zraven vsi potem ki jih obiskujejo...« (Andreja, 27, p2).

*Podkategorija: Komunikacija*

Udeleženci so povedali, kako veščine komunikacije po metodi montessori lahko s pridom uporabijo tako v medsebojni komunikaciji, v komunikaciji nadrejeni-podrejeni in obratno. Tovrstna komunikacija prinaša umirjenost, spoštovanje in razumevanje. Prav tako pa prinaša veliko zadovoljstva v odnosu s stanovalci. »...način razmišljanja lahko uporabmo tud v komunikaciji s sodelavci in hm ne vem, men se zdi, ne vem da moje delo velik bolj zanimivo zadnja štiri leta, veliko bolj ustvarjalno tak zagotov je prisoten pozitiven stres hm tak izpolnjujoče in jest tega ne bi zamenjala, sploh pa ne bi spustila iz rok in zagotovo bom nadaljevala v tej smeri...« (Edita, 50, p3). Metoda montessori se razvija tudi na področju komunikacije pri vodilnih zaposlenih.

*Podkategorija: Načini prenosa znanja*

Udeleženci v raziskavi so izpostavili pomen sodelovanja tudi na način prenosa znanja in izkušenj ter iskanja rešitev in primerov dobrih praks sodelovanja s stanovalci. Izpostavili so pomen konstruktivne izrabe časa, namenjenega timskim sestankom, in pa tudi časa, namenjenega dnevnim predajam službe. Romana je povedala: »...jest mislim da najprej preko tega, da se sploh pogovarjamo o tem kaj je metoda montessori, sploh recimo na teh sestankih ko jih imamo na gospodinjski skupini, pa kako preko te metode pomagat stanovalcu.« (Romana, 21, p3).

**Kategorija: Osebni razvoj zaposlenega**

Osebni razvoj zaposlenega vključuje zadovoljstvo na delovnem mestu, prenos načel metode montessori v domače okolje in osebno rast zaposlenega.

*Podkategorija: Zadovoljstvo na delovnem mestu*

Udeleženci v raziskavi so si bili enotni, da metoda montessori ponuja jasne usmeritve za delo s starejšimi in z osebami z demenco. Na ta način vpliva na produktivnost in zadovoljstvo na delovnem mestu. Sonja je bila mnenja: »...da ti jasne usmeritve in dejansko vpliva potem na tvoje kompetence, na občutek da zmoreš, da znaš, da delaš prav in si na koncu tudi produktiven in zadovoljen. To je bistvo.« (Sonja, 22, p3). Uspeh stanovalca pomembno vpliva na počutje zaposlenega. Udeleženci so izpostavili, da bi težko to zadovoljstvo povezali z materialnim povračilom za dobro opravljeno delo. Sonja je povedala: »...nikol se ne vprašaš aha, kaj sem jest dovolj plačan? Ne, mislim ker mislim da ni tukej denarja takega, ne, kar ti lahk daš ljudem...se mi zdi, kaj vem, da ni tega denarja, pa ne pričakuješ pol neko povračilo za to, ne.« (Sonja, 23, p3).

*Podkategorija: Prenos v domače okolje*

Udeleženci pravijo da načela metode montessori in njihovo ponotranjanje prenašajo tudi v odnose izven delovnega okolja. Edita pravi: »...in recimo tud doma pri otrocih, z možem,...se mi gotov že tud hm zlo pozna tud v privat življenju, no.« (Edita, 26-27, p2). Prav tako pa opažajo, da se njihovi uspehi na delovnem mestu odražajo tudi na dobrem počutju kasneje v domačem okolju. Sonja: »..te polni, ti da energijo no. Mislim, ne vem, če se da to z besedami opisat vse. Res, občutek bom rekla je fenomenalen, no da lahk ti nekomu pomagaš al tik pred službo, tik pred zaključkom službe, da ma željo ne vem, njega bremeni nek problem, ti ga pa rešiš v minuti a ne in je to, mislim greš res z veseljem domov.« (Sonja, 19-21, p3).

*Podkategorija: Osebna rast*

Delo v montessori okolju predstavlja udeležencem v raziskavi izziv, motivacijo za nadaljnji profesionalni razvoj. Tina je povedala: »...on ti govori, ti ga pa ne razumeš, ker je nerazločen ne. In recimo to so takšni izzivi, to je res izziv ne.« (Tina, 19, p2). V intervjujih so se dotaknili tudi spremembe lastnih vrednot in načina življenja. Tomaž meni: »..zdaj mi je pa to dejansko razširilo še obzorje in drugače vidim stvari kot sem jih prej vidu ne. Tak se mi zdi da mi je pri mojem delu to res zelo pomagal in mi še bo naprej. Zagotovo.« (Tomaž, 35-36, p4). Udeleženci so povedali, da z uporabo načel metode montessori pridobivajo na samozavesti. Zaposleni z zavedanjem, kaj stanovalec potrebuje in želi, z veliko mero empatije in znanja lahko doprinese k dobremu počutju stanovalca in osmišljanju njegovega vsakdana. Sonja pravi: »Ko sm v službi sm res sto procentno v službi no, ko pa sm doma sm pa doma, a ne. Se mi zdi da ti to da, da se lahk ti posvetiš ljudem, stanovalcem.« (Sonja, 24, p4).

**Kategorija: Izobraževanje**

Izobraževanje in sicer formalno, neformalno in permanentno izobraževanje ter prenos znanja, veščin in stališč na druge.

*Podkategorija: Formalno izobraževanje*

Zaposleni s pomočjo formalnih izobraževanj, ki jih vodita montessori inštruktorica in ustanovitelj metode montessori, načrtno osvajajo potrebna znanja. Udeleženci v raziskavi so izpostavili pomen tovrstnega izobraževanja z namenom pridobivanja specialnih znanj. Edita je povedala: »...sodelovala sem tud že pri ocenjevanju hm kjer se je izkazalo da pravzaprav v devetdesetih procentih ta načela pri svojem delu že upoštevam.« (Edita, 16, p1).

*Podkategorija: Neformalno izobraževanje*

Vsem udeležencem v raziskavi je skupen pomen izobraževanja. Izjemnega pomena je, da tisti, ki so se že izobraževali, to znanje prenašajo na tiste, ki se še niso in da imajo možnost vpogleda v za ta namen pripravljene materiale. Alenka je povedala: »...da predvsem tisti, ki niso to že ne meli, ne živijo, da se jim prikaže, potem je še fajn ko nam montessori inštruktorica da, pa tale dr. Cameron še dodatne ne navodila kak v določenih primerih postopati.« (Alenka, 25, p3). Tina pravi: »...prebrala sem vso čtivo, ko nam ga je montessori inštruktorica prpravla iz prejšnjih izobraževanj,...takle blok nam je naredla in se ga da prebrat...« (Tina, 14, p2). Zelo blizu pa jim je tudi prenos znanja s pomočjo demonstracije konkretne izvedbe določene aktivnosti pri stanovalcu. Mojca pove: »Pa jih jest odpelem kr tak preko svojega dela tak kot drugače znam...« (Mojca, 8, p1).

*Podkategorija: Permanentno izobraževanje*

Udeleženci so pomembno izpostavili pomen vseživljenjskega izobraževanja in učenja v okolju, ki le-to omogoča in vzpodbuja. Eva pravi: »Je pa neki zlo pomembno, je pa treba tudi kadez izobraževati.« (Eva, 34, p6). »Ja, jest sm, sej jest že skoz govorim da me to zlo zlo zanima, glih zarad tega ker si širiš obzorje še tko naprej.« (Eva, 11-12, p3).

*Podkategorija: Prenos znanja, veščin in stališč*

Pri določenih udeležencih v raziskavi se je pojavilo mnenje, da je potrebno mlajše generacije z veliko mero entuziazma seznanjati z metodo montessori in da se v zadnjem času pojavlja manjši interes za delo s starejšimi, kar pa bistveno vpliva na vlogo in pomen dela zdravstvenih in socialnih delavcev. Mojca je mnenja: »Ta apatija, to ni dobr. Jest sm mnenja, da bi mogl to v šole izpustit, v zdravstvene šole. Definitivno na vseh teh, za bolničarje, nujno obvezno.« (Mojca, 41, p7). Povečuje se interes po seznanjanju z metodo montessori pri neformalnih oskrbovalcih starejših oseb in oseb z demenco v domačem okolju.

## **RAZPRAVA**

Udeleženci v raziskavi so pozitivno prepoznali principe metode montessori, so pa opazne razlike v percepciji obravnavane teme glede na vlogo, ki jo imajo kot zaposleni v domu starejših. Vodstveni zaposleni metodo doživljajo bolj z vidika spremembe vodenja organizacije, zdravstveno negovalni in terapevtski tim pa bolj s praktičnega vidika. So si pa vsi enotni, da se principe metode montessori lahko uporabi v vseh segmentih delovanja institucionalnega varstva in se s tem zasleduje tudi kazalce kakovosti organizacije.

Današnja strokovna paradigma je, da so starejši aktivni del starajoče se družbe, ki v medgeneracijskem dialogu prispevajo k iskanju in uveljavljanju rešitev prihodnosti (Robnik et al., 2017). Pomembno je razumeti delovanje posameznika v življenjskem okolju, vključenega v vsakodnevne dejavnosti kljub njegovim omejitvam (Križaj, Hurst, 2013; Alford et al., 2015; Križaj et al., 2018). Pristop usmerjen na uporabnika nagovarja hkrati stanovalce, da prevzamejo aktivno vlogo, ter zaposlene in druge zanj pomembne, da ga podprejo pri uresničevanju zastavljenih ciljev, vezanih na skrb zase, produktivnost in prosti čas. Tovrstna skrb poudarja soodvisnost med vsemi udeleženi, ne samo oseb z demenco, temveč vseh partnerjev v oskrbi, vključno z družinskimi člani (Ducak, 2012).

Ugotovljeno je bilo pomembno dejstvo, ki poudarja potrebo po pristopih, ki temeljijo na medsebojnih odnosih skupaj z zaposlenimi (Bradshaw et al., 2012). Pomembna sta poznavanje in razumevanje strategij, ki starejšim pomagajo in olajšajo prehod in sprejemanje ter vživljanje v novo življenjsko okolje (Brandburg et al., 2013). Nguyen in sodelavci (2015) so raziskovali katere so naučinkovitejše intervencije za izboljšanje komunikacije in sodelovanja med zaposlenimi in svojci oseb z demenco v domovih za starejše. Ugotovili so, da so odnosi med zaposlenimi in svojci pogosto zapleteni predvsem zaradi težav v komunikaciji, razpršenosti vlog tako zaposlenih kot svojcev ter različnih pristopov v oskrbi stanovalca. Ti izzivi so glavni rezultati raziskave in poudarjajo potrebo po ukrepih, ki bi konstruktivno izboljšali kakovost odnosov med družinskimi člani in zaposlenimi v domu starejših. Sistematični pregled literature (Alsavy et al., 2017) je pokazal, da težave v komunikaciji vplivajo na medsebojne odnose in dejavnosti vsakdanjega življenja.

Duffy in sodelavci (2014) v raziskavi ugotavljajo pozitivno povezanost med splošnim zadovoljstvom zaposlenih z delovnim okoljem in splošnim zadovoljstvom stanovalcev z izkušnjami bivanja v domovih za starejše. Ugotovitve v raziskavi, ki so jo izvedli Willemse in sodelavci (2015) se nanašajo na pomen osredotočenosti, usmerjene na zaposlenega. Tovrsten odnos ne koristi le osebam z demenco, temveč tudi zaposlenim, predvsem kadar čutijo podporo svojega tima. Počutijo se bolj kompetentne pri sodelovanju s starejšimi in osebami z demenco. V raziskavi, kjer so ugotavljali pomen organiziranega izobraževanja s podpornimi vsebinami in z materiali za delo z osebami z demenco, poročajo o statistično pomembnem povečanju zadovoljstva glede obremenitev na delovnem mestu, osebnega in poklicnega razvoja, zahtev uravnoveženih s kompetencami in z različnimi delovnimi nalogami, ki vplivajo na zadovoljstvo na delovnem mestu (Rokstad, 2016). Coates in Fossey (2019) sta raziskovala pomen samoučinkovitosti pri zaposlenih, ki obravnavajo starejše in osebe z demenco. Izpostavljene teme poudarjajo, kako lahko zaposleni obvladujejo dileme in stres, s katerim se soočajo s poudarkom na delu na sebi in pridobivanju novih veščin.

V raziskavi, ki so jo izvedli Touminen in sodelavci (2016) so ugotovili, da je potrebno vzpodbujati stanovalce k dejavnikom aktualizacije lastne svobode. Na ovire se lahko vpliva z izobraževanjem osebja, usmerjenega k stanovalcem in vplivanjem na stališča osebja, vodstva in tudi starejših. Le-to lahko vodi k večjemu znanju in uporabi novih praks pri obravnavi starejših in oseb z demenco. Po implementaciji metode montessori za starejše in osebe z demenco so opazili, da usposobljeno osebje bistveno bolj pozitivno sodeluje, medtem ko se zmanjšujejo oblike negativnega sodelovanja oseb z demenco v primerjavi s standardnim programi obravnave oseb z demenco (Ducak, 2012). V raziskavi, ki so jo izvedli Habjanič in sodelavci (2012) so člani negovalnega osebja poročali, da zaradi nizke motivacije, nezadostnih komunikacijskih veščin in neizkušenosti niso mogli ponuditi najboljših možnih kakovosti oskrbe. S pričujočo raziskavo, namenjeno spoznavanju izkušenj zaposlenih, ki pri svojem delu s starejšimi in z osebami z demenco uporabljajo metodo montessori, pa je bilo ugotovljeno, da le-ti dajejo pomemben poudarek na izobraževanju. S permanentnim izobraževanjem pridobivajo in ohranjajo ter delijo spretnosti, potrebne za delo s starejšimi in z osebami z demenco. Prav tako pa so izpostavili pomen prenosa znanja, stališč in veščin na druge, ki jih to znanje zanima in/ali ga potrebujejo, vključno z dijaki, študenti in z laičnimi oskrbovalci na domu starejših in oseb z demenco. Prostovoljci v montessori okolju se s prejetim znanjem in primerno podporo lahko hitro in uspešno vključijo v prakso in s tem na svojstven, smislen način podprejo tako stanovalce kot zaposlene (Hunter et al., 2018).

Raziskava, ki smo jo izvedli ima tudi omejitve, saj je interpretacija rezultatov lahko odraz subjektivnega razumevanja, vendar je bilo narejeno vse za objektivizacijo. Zunanja raziskovalka je tudi neodvisno kodirala tretjino strani intervjujev. Raziskava ima za omejitve tudi omejeno aplikabilnost na slovenski prostor, ker je bila narejena v za slovenske razmere specifičnem okolju, kjer velja usmeritev, da se montessori vsebin ne da samo naučiti, ampak jih je treba živeti in ponotranjiti (Camp, 2010).

Vsekakor pa je pričujoča raziskava dober temelj in vzpodbuda za nadaljnja raziskovanja z vidika drugih ustanov in drugih deležnikov, vključenih v nego in varstvo starejših v luči trenutne problematike, ki je pereča tako za zaposlene kot stanovalce in za njih pomembne druge v institucionalnem varstvu starejših. Pričujoča raziskava ni podala pojasnil v primerjavi z izkušnjami zaposlenih, ki pri svojem delu ne uporabljajo metode montessori in

kakšna bi bila motivacija vodstva in zaposlenih za uvajanje metode montessori v drugih domovih za starejše.

## **ZAKLJUČEK**

Na področju obravnave starejših in oseb z demenco se uveljavlja metoda montessori. Poudarja vključitev uporabnikov v proces odločanja in se s tem povezuje z bio-psiho-socialnim modelom obravnave, ki ga podpira mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja. Vendar pa se študije dotikajo tudi zaznavanja pomena vloge zaposlenih v tem procesu. Zaradi pomanjkanja tovrstnih raziskav je raziskava izkušenj zaposlenih v domu starejših z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in z osebami z demenco pripomogla k boljšemu razumevanju obravnavane teme in izsledki raziskave prispevajo novo znanje na področju uporabe metode montessori v domovih za starejše. S pridobljenimi spoznanji je priporočeno v praksi sistematično uvajati metodo montessori za starejše in osebe z demenco s poudarkom na izobraževanju, ki je nujna podlaga za praktično delo. Izkušnje zaposlenih so pokazale, da uporaba metode montessori pozitivno vpliva na sodelovanje in zadovoljstvo na delovnem mestu, kar se prenaša tudi v domače okolje in prosti čas zaposlenega. Bistveno zmanjša stres in izgorelost na delovnem mestu, s čimer se z obstoječim sistemom institucionalnega varstva sooča veliko zaposlenih v slovenskih domovih za starejše.

## **LITERATURA**

- Alford VM, Ewen S, Webb GR, McGinley J, Brookes A, Remedios LJ (2015). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. *Disabil Rehabil* 37(8): 655-666.
- Alsawy S, Mansell W, McEvoy P, Tai S (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *Int Psychogeriatr* 29(11): 1785-1800.
- Bradshaw SA, Playford ED, Afsane R (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing* 41(4): 429-440.
- Brandburg GL, Symes L, Mastel-Smith B, Hersch G, Walsh T (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *J Adv Nurs* 69 (4): 862-874.
- Braun V, Clarke V, eds. (2013). *Successful Qualitative Research a practical guide for beginners*. London: SAGE Publications Ltd: 77-93.
- Bryman A, ed. (2012). *Social research methods*. New York: Oxford University Press Inc:389-393.
- Camp JC (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Nonpharmacol Ther Dement* 1(2): 163-174.
- Coates A, Fossey J (2019). Self-efficacy in dementia care staff: Experiences from the care home context. *Dementia* 18(2): 530-544.
- Cook G, Thompson J, Reed J (2015). Re-conceptualising the status of residents in a care home: older people wanting to “live with care”. *Ageing Soc* 35(8): 1587-1613.
- Cooney A (2012). “Finding home”: a grounded theory on how older people “find home” in long-term care settings. *Int J Older People Nurs* 7(3): 188-199.

- Ducak K (2012). Implementing Montessori Methods for Dementia™ in Ontario long-term care homes: Recreation staff and multidisciplinary consultants perceptions of policy and practice issues. *Dementia* 17(1): 5-33.
- Duffy B, Oyeboode JR, Allen J (2014). Burnout among care staff for older adults with dementia. *Dementia*, 8(4): 515-541.
- Gentry K, Snyder K, Barstow B, Hamson UJ (2018). The biopsychosocial Model: Application to Occupational Practice. *OJOT* 6(4).
- Habjanič A, Saarnio R, Elo S, Turk DM, Isola A (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *J Clin Nurs* 17-18(21): 2579-2589.
- Hunter PV, Thorpe L, Hounjet C, Hadjistavropoulos T (2018). Using Normalization Process Theory to evaluate the implementation of Montessori-based volunteer visits within a Canadian long-term care home. *Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gny103.
- Križaj T, Hurst J (2013). Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. *Int J Ther Rehabil* 19(12): 70-78.
- Križaj T, Warren A, Slade A (2018). "Holding on to what I do": Experiences of older Slovenians Moving into a Care Home. *Gerontologist* 58(3): 512-520.
- Ljubič A, Kolnik Štemberger T (2017). Prednosti metode montessori pri obravnavi pacientov z demenco. *Obz Zdr N* 51(1): 75-88.
- Law M (1998). Client-centred occupational therapy. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Mihevc Š, Skela Savič B (2019). Pomen uporabe metode montessori za zaposlene, ki delajo s starejšimi in osebami z demenco v domu starejših. In: K. Pesjak, eds. 12. mednarodna znanstvena konferenca Izzivi in potrebe družbe na področju preventive in promocije zdravja na vseh ravneh zdravstvenega varstva. *Bled, 6. junij 2019*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 201-2017.
- Nguyen M, Pachana NA, Beattie E, Fielding E, Ramis, MA (2015). Effectiveness of interventions to improve family-staff relationships in the care of people with dementia in residential aged care: a systematic review protocol. *JB I Database System Rev Implement Rep* 13(11): 52-63.
- Plaku-Alakbarova B, Punnett LR (2018). Nursing Home Employee and Resident Satisfaction and Resident Care Outcomes. *Saf Health Work* 9(4): 408-415.
- Robnik M, Keršmanc HM, Žerjal Ž et al. (2017). Izzivi staranja po mnenju deležnikov v posameznih slovenskih regijah. *Javno zdravje* 1(1): 23-33.
- Rokstad AM, Døble BS, Engedal K, Kirkevold Ø, Benth JŠ, Selbaek G (2017). The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *Int J Older People Nurs* 12(2). doi: 10.1111/opn.12139.
- Tuominen L, Leino-Kilpi H, Suhonen R (2016). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nurs Ethics* 23(1): 22-35.
- Vogrinc J, ed. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta: 61-62.
- Willemsse BM, De Jonge J, Smit D, Visser Q, Depla MF, Pot AM (2015). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: a cross-sectional survey in nursing homes. *J Adv Nurs*, 71(2): 404-416.

## DOMAČE OKOLJE VARUJE OSEBE Z DEMENCO

### HOME ENVIRONMENT PROTECTS PEOPLE WITH DEMENTIA

Evelina Plohl<sup>1</sup> dipl.del.ter., dr. Marija Tomšič<sup>2</sup> viš.del.ter., univ.dipl.org.

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Maribor, Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Maribor

<sup>2</sup> Kresniški Vrh, Kresnice

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Čeprav je domače okolje osebi z demenco najbolj poznano, predstavlja, zaradi težav, ki jih demenca prinaša, oviranost v izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. **Namen:** Z raziskavo so želeli ugotoviti, katere prilagoditve so v domačem okolju izvedene, kdo jih je svetoval in kakšen je njihov vpliv na osebo z demenco. **Metode dela:** Kvalitativna študija primera je bila izvedena na vzorcu 10 intervjujev s sorodniki oseb z demenco. **Rezultati:** Na podlagi izvedene kvalitativne analize in odprtega kodiranja so oblikovane sledeče kategorije: prilagoditev bivalnega okolja, informacije o prilagoditvah, varnostni ukrepi in sprejemanje strokovne pomoči. Najpogosteje prilagojeni prostori so kopalnica, spalnica in kuhinja. Izvedene prilagoditve pa: luč na senzor, bolniška postelja, ograja ob postelji, sedež za tuširanje, neдрseča podloga v tuš kabini, ročaji na WC-ju, pogosto uporabljeni predmeti na vidnem mestu ter zaklepanje ostrih in nevarnih predmetov. **Razprava in ugotovitve:** Prilagojeno domače okolje je podpora osebi z demenco. S prilagoditvami, spremembami in adaptacijami je bilo omogočeno izvajanje aktivnosti, povečala se je varnost in samostojnost, kar je vplivalo na dobro počutje in zadovoljstvo osebe z demenco.

**Ključne besede:** prilagoditev, bivalno okolje, sorodniki, aktivnost

#### ABSTRACT

**Introduction:** Although home environment is the most familiar to persons with dementia, it is difficult for them to perform daily activities at home due to the problems brought on by the disease. **Purpose:** The study sought to identify adjustments in the home environment, the person who advised the adjustments, and the impact of adjustments on persons with dementia. **Methods:** A qualitative case study based on a sample of interviews with 10 relatives was used. **Results:** Qualitative analysis (open coding) identified the following categories: adaptation of the living environment and the surroundings, the source of information on adjustments and safety measures. The most commonly adapted rooms are the bathroom, the bedroom and the kitchen, while the adjustments were: sensory light, hospital bed, a fence by the shower, non-slippery floor in the shower, handles on the toilet, commonly used items in sight, and locking away sharp and hazardous objects. **Discussion and conclusion:** A modified home environment is supportive of a person with dementia. Adjustments, changes and adaptations enabled the implementation of activities, and increased safety and independence, which affected the well-being and satisfaction of the person with dementia.

**Keywords:** adaptation, living environment, relatives, activity

## IZHODIŠČA

Demenca je kronična napredujoča možganska bolezen, ki prizadene višje možganske funkcije kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, izražanje, presojo in govorjenje (Železnik, 2016).

Ob besedi demenca ljudje pomislijo na pridevnike: star, pozabljiv, nemočen, potreben skrbi, prestrašen. Vsi ti pridevniki so večinoma negativni, predvsem pri osebah, ki demence ne poznajo. Demenca je pri nas še vedno dokaj stigmatizirana, čeprav so društva močno aktivna in so se razširila tudi v manjše kraje po Sloveniji. Demenca ne izbira, tako kot ne izbira nobena bolezen, je sprememba v življenju in je trenutek, ko se svet osebi z demenco in svojem dramatično spremeni (Spominčica, 2017).

Sorodniki, ki skrbijo za osebe z demenco pogosto ne najdejo druge rešitve, kot da osebo z demenco premestijo v dom za starejše. Selitev je stresna za vsakega izmed nas, tudi za osebe z demenco, ki so starejše in živijo že več kot polovico svojega življenja v domačem/poznanem okolju. Zaradi težav s spominom, orientacijo in komunikacijo se še težje prilagajajo novemu okolju, novim rutinam in novim ljudem, zato je selitev še veliko težja. Zapustitev domačega okolja je travmatična tudi iz vidika, ker ima dom velik simbolni pomen. Dom simbolizira tudi naše spomine in je plod našega dela (Mali et al., 2016).

Svetovna zdravstvena organizacija razvršča znake in simptome demence v tri faze: Zgodnja faza (1) je pogosto spregledana, ker se simptomi kažejo postopoma (pozabljivost, izguba občutka za čas, izgubljenost na poznanih mestih). Ko demenca napreduje v srednjo fazo (2), postanejo znaki in simptomi jasnejši (pozabljanje nedavnih dogodkov in imen ljudi, izgubljenost v znanem okolju, težave pri komunikaciji, potreba po pomoči pri osebni higieni, spremembe vedenja, ponavljajoča vprašanja). Pozna faza (3) je skoraj popolna odvisnost od tuje pomoči in osebo vodi v neaktivnost, zmožnost sodelovanja pri vsakodnevnih aktivnostih. Motnje v kogniciji so resne prav tako postajajo fizični znaki očitnejši (nezavedanje časa in kraja, težave pri prepoznavanju sorodnikov in prijateljev, potreba po pomoči pri skrbi zase, težave pri hoji, spremembe vedenja, ki lahko privedejo tudi do agresije) (WHO, 2019).

Ker simptomatika iz faze v fazo narašča, lahko namestitev v drugo okolje povzroči tudi spremembo zdravstvenega stanja v smislu poslabšanja. S tem, ko osebo premestimo v drugo okolje, spremenimo njegove ustaljene navade, dnevne rutine, vloge in življenjske vzorce, ki jih je vsa ta leta izvajala v domačem okolju (npr.: gospod, ki je zbolel za demenco, že celo svoje življenje zjutraj ko vstane najprej skuha kavo sebi in ženi. Nekoč je pustil prižgan plin s čimer je ogrozil svoje in ženino življenje. To je bil razlog, da so se domači odločili in ga premestili v dom za starejše. Z novo namestitvijo so spremenili njegovo dnevno rutino. Gospod z demenco je občutil nezadovoljstvo in žalost. Bil je neproduktiven. Odvzeli so mu gradnike osebne identitete (Malačič, 2008). Zato je bolj humano in etično, da oseba z demenco ostane doma, če je to le mogoče in dokler je to mogoče. Domače okolje, ki je pomemben prostor za skrb in nego, oseba z demenco ga pozna in ga obvladuje. Potrebno ga je ustrezno prilagajati potrebam tako osebi z demenco, kot tistim, ki za to osebo skrbijo. Družinski negovalci/sorodniki ter oskrbovalci zato izvajajo in pogosto improvizirajo različne okoljske prilagoditve (Kort, van Hoof, 2014).

Podpora osebi z demenco so prilagoditve, spremembe in adaptacije, ki omogočijo varnejše, lažje, kakovostnejše in samostojnejše izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je prilagoditev razložena kot: »narediti, da ustreza komu ali čemu«. Podobno navaja Malačič (2008), da je prilagoditev sprememba, s katero zagotovimo pozitivno okolje, v katerem se bo oseba dobro počutila in bo lahko še naprej čim bolj samostojno vzdrževala in izvajala svoje aktivnosti. Bartlett in Brannelly (2019) v knjigi *Live at Home for People with a Dementia* opisujeta skozi elemente sistema omogočanja, da je prav prilagojeno okolje tisto, ki spodbuja samostojnost in podpira dobro počutje. Avtorja se pri prilagajanju okolja in posledično omogočanja izvajanja aktivnosti osredotočata na vprašanja kako (prilagoditi, omogočiti), kdo (je tisti, ki je kompetenten izvajati, načrtovati), kaj (je potrebno prilagoditi) in kje (spalnico, kuhinjo in jedilnico, kopalnico).

Namen prispevka je raziskati in predstaviti prilagoditve, ki jih uporabljajo svojci oseb z demenco v domačem okolju za samostojnejše in varnejše življenje. Raziskati smo želeli vire informacij glede prilagajanja okolja in njihovo učinkovitost na vključevanje oseb z demenco v vsakodnevne aktivnosti.

Postavili smo tri raziskovalna vprašanja:

1. Katere so najpogostejše prilagoditve domačega okolja za osebe z demenco in katere strategije so uporabili?
2. Kako so pridobili informacije o prilagoditvah oz. kdo jim je svetoval?
3. Ali prilagojeno domače okolje podpira samostojnost in varnost osebe z demenco?

## **METODE**

Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna metoda in sicer kvalitativna študija primera saj smo znotraj ene skupine primerjali med seboj dobljene rezultate (Kordeš, Smrdu, 2015). Material za potrebe kvalitativne analize smo pridobili z desetimi delno strukturiranimi intervjuji. Intervjuji so bili ustni, individualni in nestandardizirani. Pred izvedbo intervjuja smo določili vodilna vprašanja. Glavne teme vprašanj so bile: čas opažanja prvih znakov demence; kako oseba z demenco preživi dan; kakšne težave se pojavijo pri vsakodnevnih opravilih; spremembe / prilagoditve izvedene v hiši odkar je prisotna demenca; kaj bi bilo potrebno še prilagoditi, katere vrste strokovne pomoči pri skrbi za osebo z demenco že koristijo; katere oblike pomoči menijo, da bi še potrebovali. Vprašanja smo pri intervjujih sproti spreminjali in prilagajali. Pri nekaterih smo združili vprašanja, pri nekaterih smo nekaj vprašanj izločili. S tovrstno obliko intervjuja smo vzpostavili boljši odnos z intervjuvanci. Intervjuvancem smo zagotovili anonimnost podatkov. Intervjuje smo izvajali v obdobju med decembrom 2018 in marcem 2019. Vsi intervjuji so bili opravljeni na domovih intervjuvancev. Intervju je povprečno trajal 45 min. Pogovori so bili s privolitvijo intervjuvancev snemani z mobilnim telefonom ter nato dobesedno prepisani.

Način vzorčenja je bil namenski. Do intervjuvancev smo prišli po principu snežne kepe. Povprašali smo znance, ti pa so nam pomagali priti v stik s svojci oseb z demenco (Kordeš, Smrdu, 2015).

Iz teksta smo izbrali dele (pomenske enote), ki so bili pomembni za analizo. Z uporabo kvalitativne analize smo najprej definirali kategorije prvega reda. Nato smo razbili tekst na kodirne enote in jih podčrtali. Primerjali smo pojme in izjave ter iz njih pridobili širše

Tabela 1: Podatki o sodelujočih

Intervjuvanec	spol	Sorodstveno razmerje	Oseba z demenco/spol	Starost osebe z demenco
INT 1	M	Sin	Ž	70
INT 2	M	Sin	Ž	73
INT 3	Ž	Hči	M	81
INT 4	Ž	Hči	M	68
INT 5	Ž	Sestra	Ž	67
INT 6	Ž	Hči	Ž	75
INT 7	Ž	Hči	Ž	75
INT 8	Ž	Vnukinja	Ž	83
INT 9	Ž	Žena	M	69
INT 10	Ž	Hči	Ž	79

kategorije (prilagoditve bivalnega okolja in prilagoditve v okolici hiše, vir informacij o prilagoditvah, varnostni ukrepi, sprejemanje strokovne pomoči) in podkategorije, vezane na naš problem. Iz kodirnih enot smo pridobili kode, pomembne za naše ugotovitve. Na koncu smo združili posamezne kodirane intervjuje v eno tabelo, da smo ugotovitve lažje primerjali med seboj in jih utemeljili s študijami drugih avtorjev. Ugotovitve raziskovalnega dela smo podkrepili z že obstoječimi ugotovitvami in teorijami (Kordeš, Smrdu, 2015; Roblek, 2009). Zaradi obstoječih virov, kjer so opisane najpogostejše strategije (prilagoditve) v domačem okolju oseb z demenco, smo ugotavljali frekvenco le-teh, da smo lahko primerjali rezultate med seboj. Vsi intervjuvanci so bili nepoznane osebe. Skupino oz. vzorec predstavlja deset ožjih družinskih članov oseb z demenco, ki živijo skupaj v domačem okolju. Zaradi Zakona o varovanju osebnih podatkov (Ur.l.RS, 94/07) smo intervjuje označili s kraticami imen in priimkov.

## REZULTATI

Na podlagi kvalitativne analize so bile oblikovane naslednje kategorije: prilagoditev bivalnega okolja in prilagoditve v okolici hiše, vir informacij o prilagoditvah, varnostni ukrepi ter viri sprejemanja strokovne pomoči (tabela 2).

### Prilagoditve bivalnega okolja, prilagoditve v okolici hiše

Večino prilagoditev bivalnega okolja so intervjuvanci izvedli, ko je bila demenca že nekaj časa prisotna. Vzrok za nepravočasno apliciranje prilagoditev je nepoznavanje demence in njenih vzrokov. Vsi intervjuvanci so ugotovili, da se osebe z demenco spreminjajo, pozabljajo, ampak nihče ni sumil na demenco. Vse osebe z demenco; razen ene, so obiskale zdravnika, ko je demenca že napredovala iz prve faze v drugo. Štirje intervjuvanci so uvedli prilagoditve zaradi padca ali nevarnosti za padeč osebe z demenco. Vzroki padca so bili: mokra tla, preproga, drseča tla. Trije intervjuvanci pa so uvedli prilagoditve po tem, ko so že imeli požar ali pa je bila velika nevarnost za nastanek požara.

Podkategorije v kategoriji prilagoditve bivalnega okolja in prilagoditve v okolici hiše so: kopalnica, kuhinja/jedilnica, spalnica, dnevna soba/hodnik in okolica hiše.

Tabela 2: Primer kvalitativne analize po kategorijah, podkategorijah in kodah

KATEGORIJA	PODKATEGORIJA	KODA
<b>Prilagoditve bivalnega okolja, prilagoditve v okolici hiše</b>	prilagoditve bivalnega okolja: kuhinja, jedilnica, kopalnica, spalnica, dnevna soba, hodnik, okolica hiše	Prilagoditev kopalnice, padec, nevarnost izklapljanje elektrike, zaklepanje vrat, namestitev ključavnice, varnost, odstranitev pohištva, prilagoditev štedilnika, onemogočanje.
<b>Vir informacij o prilagoditvah</b>	Lastna iznajdljivost, Pomoč preko svetovnega spleta, Strokovno svetovanje zdr. delavcev	Pomoč prijatelja, svetovanje strokovnega osebja, prijateljski nasveti, svetovni splet
<b>Varnostni ukrepi</b>	Samostojnejše, varnejše, kvalitetnejše, lažje izvajanje aktivnosti	Tveganje, nevarnosti, poškodbe, omejitve v izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, onemogočanje
<b>Sprejemanje strokovne pomoči</b>	Ne-poznavanje delovne terapije Pripravljenost sodelovanja z delovno terapijo	Ne pozna delovne terapije, pripravljen sodelovati, pomen dolgotrajne oskrbe

Kvalitativna analiza je pokazala, da je šest intervjuvancev prilagodilo kopalnico. Prilagoditve v kopalnici so: zavesa na banji, sedež za tuširanje, odstranitev ostrih predmetov, električna ščetka, luč na senzor, nederseča podlaga, ročaji, povišica za WC. Pet intervjuvancev je prilagodilo kuhinjo in eden jedilnico. Prilagoditve v kuhinji in jedilnici so: izklapljanje elektrike, ključavnice na vrata, elektrika namesto plina; predmeti, ki jih oseba uporablja, na vidnem mestu; odstranitev ostrih predmetov, namestitvev TV, zamenjava običajnega pribora s plastičnim in lesenim, odvijanje varovalke, sprememba lege mize in stolov zaradi lažje dostopnosti, ključavnica na predalih, odlom gumba na štedilniku. Šest intervjuvancev je prilagodilo spalnico ali pa so se preselili v drugo sobo, ker do nje ni stopnic. Prilagoditve v spalnici so: odstranitev pohištva, ločeni postelji, sobni WC, ročaj ob postelji, odstranitev žaluzij (naravna svetloba), bolniška postelja, domači telefon na nočni omarici, dekubitusna blazina, trapez, ograjica na postelji. Štirje intervjuvanci so prilagodili dnevno sobo in hodnik. Prilagoditve v dnevni sobi in hodniku so: ključavnica na balkonskih vratih, odstranitev pohištva zaradi nevarnosti spotikanja in udarnin, odstranitev okrasnih predmetov, odstranitev preprog, dodatna osvetlitev, nederseče nalepke na tleh ter nederseče nalepke na stopnicah.

INT 2, Ž: »V dnevni je vedno vse polno revij in sestavljanek, pa drugih družabnih iger, ki jih skupaj z vnuki igramo, saj je hčerka prebrala, da je to dobro za demenco.«

Dva intervjuvanca sta prilagodila okolico hiše. Ti dve prilagoditvi sta bili: namestitvev ključavnic na hlevu, ker je gospod hodil tudi po osemkrat na dan hraniti prašiče ter postavitev količkov po sredini terase.

INT 5, Ž: *»Okrog terase imamo zasajene trse, sedaj smo še po sredini terase namestili visoke količke, da se lahko prosto giblje po terasi in se preprijema, ko se sprehaja po terasi, pa tako ne more pasti.«*

### **Vir informacij o prilagoditvah**

Sedem intervjuvancev je izvedlo prilagoditve kot posledico zaradi nekakšnega dogodka ali več ponovljivih nevarnih dogodkov (padec, požar, iskanje predmetov). To so prilagoditve iz izkušenj intervjuvancev, ki so jih izvajali individualno, usmerjeno glede na vsakega posameznika, glede na to ali je prilagoditev potreboval intervjuvanec ali oseba z demenco. Vsi intervjuvanci so uporabili več kot en vir informacij ter jih med seboj povezali, tako da je bila prilagoditev primerna za njihovega svojca. Štirje intervjuvanci so izvedeli za prilagoditve pri prijateljih, znancih, sosedih. Ena oseba je izvedela za prilagoditve v društvu, ki se ukvarja z demenco. Štirim intervjuvancem je povedal za prilagoditve zdravnik, trije so uporabili tudi medije: knjige, revije, časopis, internet. Intervjuvanci navajajo:

INT 2, Ž: *»V knjižnici, hčerka si je sposodila knjige, ki smo jih potem vsi brali. Pa izkušnje pa tudi prijatelji so znali kaj povedati.«*

INT 5, Ž: *»Največ smo sami ugotovili, ko en čas živiš tako, ugotoviš kaj je najbolje. Nekaj pa nam je tudi predlagal zdravnik.«*

INT 6, Ž: *»Večina stvari je samoumevnih, nekaj internet, nekaj pa ljudje z izkušnjami, sigurno pa še kaj ne vemo.«*

INT 9, M: *»Veliko smo se naučili sami, prebrali in se posvetovali, tudi na društvu RES-je, kjer prilagoditev prostorov svetujejo v njihovem priročniku za svoje.«*

### **Varnostni ukrepi**

Intervjuvanci so uvedli prilagoditve v domačem okolju zaradi izboljšanja življenja osebam z demenco ter olajšanja življenja njim samim. Podkategorije v kategoriji varnostni ukrepi so: samostojnost, varnost, kakovost življenja in lažje izvajanje aktivnosti.

Polovica intervjuvancev je s prilagoditvami dosegla večjo samostojnost pri osebah z demenco.

INT 2, Ž: *»Zdaj lahko gre v spalnico, ko si zaželi in ni nikogar strah, da bo padla po stopnicah.«*

INT 7, Ž: *»Pa v kuhinji je večji prostor, pa lažje pride do mize, to veliko pomeni, da lahko sama pride do mize.«*

INT 9, M: *»Zagotovo, sam lahko gre iz postelje, ne spotika se, manj je padcev in več lahko naredi sam in je bolj dobre volje.«*

Šest intervjuvancev je opisalo, da so z uvedbo prilagoditev povečali varnost oseb z demenco v domačem okolju.

INT 1, Ž: *»Tuširanje je zelo olajšano, saj je bilo tveganje veliko, ko je stopala v banjo in nazaj ven (stol za tuširanje).«*

INT 2, Ž: *»V kuhinji ni nevarnosti.« (Ker so odstranili ostre predmete na višjo polico).*

INT 4, M: *»Demenca napreduje, ampak je manj nevarnosti, recimo s tem ko smo odstranili nože, bolj varno je za njega in nas.«*

INT 5, Ž: *»Obenem pa tudi bolj varno, recimo v kopalnici, če ne bi bilo stola, bi mi verjetno že 100 x padla, ker pač nima ravnotežja.«*

INT 6, Ž: *»Pa strah me ni, da bom jo našla na tleh (ograjica na postelji). Je boljše kot brez sprememb.«*

Dva intervjuvanca sta izpostavila, kako sta osebi z demenco po izvedbi prilagoditev srečni in zadovoljni, ker lahko izvajata aktivnosti sami, brez pomoči. Torej so s prilagoditvami dosegli izboljšanje kakovosti življenja. Primeri iz intervjuja:

INT 9, M: *»Zagotovo, sam lahko gre iz postelje, ne spotika se, manj je padcev in več lahko naredi sam in je bolj dobre volje.«*

INT 10, Ž: *»Čeprav je dementna, ji je bilo nerodno, ko smo jo tuširali, sedaj se vidi, da je vesela, da lahko sama.«*

Trije intervjuvanci navajajo, da so z uvedbo prilagoditev dosegli, da osebe z demenco lažje izvajajo aktivnosti. Primeri iz intervjuja:

INT 2, Ž: *»Odkar je kruh na mizi, se redkeje zgodi, da nam očita, da ji ne damo za jesti.«*

INT 7, Ž: *»Odkar smo menjali posteljo, se lažje obrača v sobi, s hoduljo pa gre malo po sobi, ker je več prostora.«*

En intervjuvanec se ni opredelil ali so prilagoditve boljše za osebe z demenco ali za svoje. Trije intervjuvanci so skozi intervju tudi poudarili, da s tem ko prilagodijo stanovanje, posledično vplivajo tudi na zadovoljstvo, boljše počutje in zmanjšanje stresa njih samih.

### **Sprejemanje strokovne pomoči**

Vsi intervjuvanci si želijo pomoč in svetovanje strokovnjakov iz področja demence. Zdi pa se jim težavno, ker ne poznajo poklicev, ki se ukvarjajo z demenco ter ne poznajo poti, kako priti v stik s temi osebami, citiram eno od intervjuvank.

INT 5, Ž: *»Seveda, takoj. Ampak kako priti v stik z vami? Tega mi ni nikoli nihče povedal.«*

Podkategoriji, v kategoriji sprejemanje strokovne pomoči, sta: poznavanje delovne terapije in pripravljenost sodelovanja z delovno terapijo.

Sedem intervjuvancev ne pozna delovne terapije, trije pa so že slišali za njo. En intervjuvanec je izrazil željo, da želi predavanja oziroma svetovanja svojcev, ki imajo doma osebe z demenco.

INT 3, M: *»Želel bi si predavanja oseb, ki so živele z dementno osebo, da podelijo njihove izkušnje, skrbi, težave in znanje iz prve roke.«*

Dva intervjuvanca sta mnenja, da več ne potrebujeta nobene pomoči delovnih terapevtov ali drugih strokovnjakov, saj je že prepozno in je demenca že preveč napredovala. Sedem intervjuvancev si želi pomoči delovnih terapevtov, naslednji citati govorijo o tem, kaj od njih pričakujejo intervjuvanci.

INT 2, Ž: *»Nekoga, ki pride in reče, to odstranite, tisto tam je nevarno, ne odgovarjajte ji s: to ni res. Vse to je hčerka iskala v knjižnici, nekaj je prišlo iz izkušenj. Enostavno bi bilo, če bi obstajal nekdo, ki bi ti to znal povedati, ker preden ti najdeš vse rešitve, je lahko že zelo hudo.«*

INT 4, M: *»Potrebovala bi rešitve, kako se z njim pogovarjati, kako komunicirati, kakšen odnos vzpostaviti, kaj spremeniti tu okrog, da ne bo še slabše.«*

INT 5, Ž: *»Povedati, kako živeti s tako osebo, predvsem da je ne razburiš, da ne poslabšaš vsega skup.«*

INT 6, Ž: *»Delovne terapije ne poznam, bi pa z veseljem sprejela kakršno koli strokovno pomoč, pomoč pri negi in nalogah.«*

INT 7, Ž: *»Drugače pa bi drugim prišel prav vsak nasvet, način komunikacije, kaj spremeniti, da ne bo še slabše in kaj s takim človekom početi, kaj sploh tak človek lahko počne, da samo ne poseda.«*

INT 9, M: *»Pomoč pri negi, pomoč pri sprehodih, aktivnostih, vsakodnevnih opravilih.«*

INT 10, Ž: *»Verjetno to pomeni nekaj v smislu z delom, z zaposlitvijo človeka. Torej bi si želel, da mi dajo vse informacije o demenci in kaj lahko dela dementna oseba. Take informacije mi manjkajo.«*

## **RAZPRAVA**

Cilj raziskave je bil ugotoviti, kakšne prilagoditve/strategije domačega okolja so izvedli intervjuvanci/svojci oseb z demenco in pomembnost le-teh v domačem okolju kot podpora pri samostojnem, kakovostnem in varnem izvajanju vsakodnevnih aktivnosti oseb z demenco.

S kvalitativno analizo smo ugotovili, da so svojci oseb z demenco s prilagoditvami v domačem okolju dosegli predvsem lažje izvajanje vsakodnevnih aktivnosti (boljša mobilnost, lažji prihod iz spalnice do kuhinje, lažje umivanje, enostavnejša uporaba toaletnih prostorov). Nekateri intervjuvanci sicer ne vedo, ali so s tem kaj izboljšali, saj se jim zdi, da demenca napreduje prehitro in izvajajo prilagoditve z zakasnitvijo. Svojci so s prilagoditvami dosegli tudi večjo varnost oseb z demenco (delno izklapljanje elektrike, zaklepanje in odstranitev ostrih predmetov, uporaba stola za tuširanje zaradi slabšega ravnotežja). S prilagoditvami v domačem okolju se je tako povečala tudi samostojnost. Osebe z demenco lahko sedaj izvajajo več aktivnosti same oz. so samostojnejše pri njih. Nekateri svojci so poudarili zadovoljstvo in veselje oseb z demenco, sedaj ko lahko ponovno izvajajo nekatere aktivnosti (tuširanje, sprehod po terasi), ki jih pred uvedbo prilagoditev niso mogli. Nekateri svojci so ugotovili, da se je s prilagoditvami zmanjšala možnost tveganja za padec.

Kvalitativna analiza je pokazala, da so intervjuvanci prilagodili domače okolje osebi z demenco. Nekateri so uporabili več prilagoditev, drugi manj. Najpogosteje prilagojen prostor v hiši je kopalnica, takoj za njo spalnica in kuhinja. V raziskavi Padilla (2011) so ugotovitve podobne. Kopalnica je najbolj prilagojen prostor, saj skrbniki/sorodniki oseb z demenco, uporabljajo oz. kupujejo prav pripomočke, ki omogočajo lažje ali varnejše izvajanje aktivnosti osebne higiene.

Strategije, ki so jih uporabili intervjuvanci v kopalnici: namestitev zavese, sedeža za tuširanje, odstranitev ostrih in nevarnih predmetov, zaklepanje čistil v omarico, nedrseča podloga v tuš kabini in pred njo, ročaji ob straniščni školjki, povišico za straniščno školjko, luč, ki se prižge na senzor. Najpogostejše izmed prilagoditev v kopalnici so bile: uporaba sedeža za tuširanje, uporaba nedrseče podlage v tuš kabini, uporaba ročajev ob straniščni školjki, odstranitev ostrih predmetov ter namestitev luči, ki se prižge na gibanje. Ugotavljamo, da so sorodniki zelo domiselni, iznajdljivi in izhajajo iz potreb njih samih pa tudi potreb oseb z demenco. Tudi Hadjri, Rooney in Faith (2015) ugotavljajo, da so najpogosteje uporabljene prilagoditve: povečanje osvetlitve v hiši, zmanjšanje glasnosti avdio in video naprav, uporaba različnih barvnih kontrastov (stena, tla), uporaba vidnih, kognitivnih opozoril (napisi, slike, table, znaki), stikala druge barve kot stena, vsak prostor druge barve, predmeti, ki jih uporabljajo, na vidnem mestu in predstavljajo točno to, za kar so namenjeni (pribor), gospodinjski aparati enostavni za uporabo oz. osebi poznani po uporabi, ura, ki prikazuje, kateri del dneva je (npr. ponoči: 01:05, podnevi: 13:05), steklena vrata na omarah ali brez vrat za lažjo vidljivost predmetov v njej.

Strategije, ki so jih uporabili intervjuvanci v kuhinji: delno izklapljanje elektrike, zaklepanje vrat, zamenjava plinskega štedilnika z električnim, premeščanje predmetov, ki jih oseba z demenco redno uporablja, na mizo (čaj, posoda s kruhom, kozarec, grelnik vode), premestitev nožev izven dosega rok, odstranitev ključa iz vrat, namestitev nožev, vžigalice in ostrih predmetov v en predal, ki so ga zaklenili, zamenjava steklenih kozarcev in nekaterega pribora s plastičnim ali lesenim, sprememba položaja mize za lažjo dostopnost in več prostora v kuhinji, namestitev dodatnih luči, odstranitev gumba, ki dovaja plin na štedilniku.

Strategije, ki so jih uporabili intervjuvanci v spalnici: preselitev osebe z demenco v drugo sobo, do katere ni stopnic, odstranitev nepotrebnih predmetov, odstranitev nočne omarice, dve ločeni postelji (ena za osebo z demenco, ena za partnerja), namestitev sobnega stranišča, namestitev ročajev ob postelji za lažje vstajanje, odstranitev zaves in žaluzij za več naravne svetlobe, namestitev bolniške postelje, namestitev domačega telefona v spalnico, namestitev trapeza nad posteljo, namestitev ograje ob postelji. Izmed vseh teh prilagoditev, ki so jih svojci uporabili v spalnici, so najpogostejše: namestitev bolniške postelje, namestitev ograje ob postelji in namestitev trapeza nad posteljo za lažje vstajanje osebe z demenco.

Ugotavljamo, da so intervjuvanci, klub temu, da niso imeli strokovne pomoči, zelo subtilno pristopili k prilagajanju domačega okolja. Švedski raziskovalci (Slauga, Granboma, Iwarsson, 2020) ugotavljajo, da domače okolje ni prilagojeno starajoči se družbi. Potrebne so prilagoditve tako notranjega bivalnega okolja, kot zunanjskega okolja v neposredni bližini. Okolje tako onemogoča izvajanje vsakodnevnih aktivnosti in zato pasivizira starostnike. Nasprotno potrjuje kritičen pregled literature, da s spremembami in prilagoditvami domačega okolja izboljšamo spretnosti, zmanjšamo količino pomoči in izboljšamo vedenje oseb z demenco (Gjura, 2014).

Prilagoditve, ki izboljšujejo varnost osebe z demenco: samodejno ugašanje električnih naprav, dogovor z nekom, da prinaša hrano na dom osebi z demenco, saj se tako izogne štedilniku in je manjše tveganje za nastanek požara, zapestnica, na kateri so podatki o osebi z demenco ali kontakt svojcev v primeru, da se oseba izgubi (Mali et al., 2016).

Wherton in Monk (2008) ugotavljata, da z uporabo tehnoloških pripomočkov; vizualni ali verbalni prikaz oblačenja, avtomatski izklop plina na štedilniku, avtomatski izklop vode na pipi, besedni napotki (ura je 21:00, čas je za spanje), digitalna ura, GPS naprava na uri/ telefonu za pot do doma, lahko zagotovimo večjo varnost in samostojnost osebe z demenco. Enako ugotavljajo Mali in sodelavci (2016), vendar opozarjajo, da moramo paziti, da osebe ne omejujemo in da apliciramo tehnologijo na osebi z demenco poznan način, saj le tako lahko dosežemo višjo stopnjo samostojnosti.

Kanadsko podjetje, ki se ukvarja z arhitekturo, opremljanjem in prilagajanjem domačega okolja ugotavlja, da pravilno zasnovano/prilagojeno okolje za osebe z demenco omogoča zdrav način življenja, spodbuja vključevanje v aktivnosti, vzdržuje posameznikove sposobnosti ter zagotavlja varnost teh oseb. Torej prilagoditve domačega okolja vplivajo na kakovost življenja osebe z demenco. S prilagoditvami, ki so jih izvedli skozi projekt v fizičnih okoljih oseb z demenco dokazujejo, da prilagoditev domačega okolja

spodbujasamostojnost, dobro počutje, spodbuja vključevanje v dnevne aktivnosti ter zagotavlja varnost in udobje (Topo, Kotilainen, 2009).

Implicitni uvidi kvalitativne analize so pokazali, da je večina svojcev posegla po neformalni pomoči (prijatelji, znanci, sorodniki). Le nekateri so poiskali pomoč pri formalnih kadrih (zdravnik in ostalo zdravstveno osebje). Nekateri so uporabili tudi druge vire pomoči kot je internet in literatura iz knjižnice. Tudi ameriška študija, ki je bila izvedena leta 2006 ugotavlja, da se osebe z demenco največ zanašajo na pomoč prijateljev (58 %), zdravstvenega osebja (41 %), otrok (38 %), partnerjev (35 %), bratov in sester (33 %) (AFA, 2006 cit. po Hvalič, Ramovš 2009).

V slovenskem prostoru svojci oseb z demenco posegajo večinoma po neformalni pomoči. Razlog za to je predvsem nepoznavanje in slaba seznanjenost svojcev z oblikami formalnih pomoči, ki so na voljo za osebe z demenco. Svojci vidijo težave za dostop do formalni oblik pomoči tudi v previsokih cenah, predolgih čakalnih vrstah in neizvajanju dolgotrajne oskrbe. Pripovedujejo, da njihovi osebe z demenco ne zaupajo formalnemu osebju in zato ne dosežejo izboljšanja zdravstvenega stanja (Hvalič, Ramovš, 2009).

Skozi kvalitativno analizo smo ugotovili, da bi ravno to, kar je strokovna domena delovnega terapevta, svojci potrebovali pri skrbi za osebo z demenco. Pomoč oz. svetovanje na področju: prilagajanja okolja, komunikacije ter na področjih človekovega delovanja (prosti čas, skrb zase, delo). V tujih državah delovni terapevti delajo v domačem okolju z osebami z demenco, pri nas še tega ni. Iz naše raziskave je razvidno, da bi delovnega terapevta potrebovali v domačem okolju, za boljšo kakovost življenja dementnih oseb. Ugotovili smo tudi, da bi bilo potrebno ukrepati na področju promocije dela delovnih terapevtov ter delovne terapije kot stroke. Potrebno bi se bilo povezati z društvi, osebnimi zdravniki, da bi svojci oseb z demenco lahko prišli v stik z delovnimi terapevti.

Delovni terapevt pomaga osebi in njegovi družini razumeti vpliv demence na posameznikove dnevne aktivnosti. Osebi z demenco pomaga najti rešitve za njegove omejitve ter tako ohranja njegovo samostojnost. Razume dinamičen odnos med osebo, okupacijo in okoljem. Deluje na dokazih temelječi praksi in deluje usmerjeno na osebo z demenco. Delovni terapevt pomaga osebi z demenco, da vzdržuje svoje vsakodnevne aktivnosti čim dlje kot je to mogoče. Svojem pa svetuje, da se njihove vloge v družini spreminjajo in da bo sčasoma potrebno spremeniti način komunikacije z osebo z demenco (Chaudhury et al., 2018). Delo delovnega terapevta v domačem okolju obsega: načine komuniciranja (asertivna komunikacija, poslušanje, pomirjanje skrbnikov), prilagajanje domačega okolja (z vidika varnosti, lažjega izvajanja aktivnosti, pomoči skrbnikom), omogočanje izvajanja aktivnosti (skozi rehabilitacijske in adaptacijske strategije), učenje izvajanja vsakodnevnih aktivnosti v rutinske aktivnosti (kot so umivanje, jemanje tablet, priprava obrokov) (Chaudhury et al., 2018).

Iz kvalitativne analize je razvidno, da intervjuvanci pričakujejo od delovnih terapevtov pomoč oz. svetovanje prav pri prilagajanju domačega okolja, varnosti in višje samostojnosti v vsakodnevnih aktivnosti oseb z demenco. Rezultati kvalitativne analize kažejo realno sliko in vpogled v raziskovano področje, vendar rezultatov ne moremo posploševati, kar tudi ni namen kvalitativnega raziskovanja.

## ZAKLJUČEK

Prilagoditve v domačem okolju so pomemben dejavnik v življenju osebe z demenco in njihovih sorodnikov/skrbnikov. Omogočijo jim varno življenje oseb z demenco na eni strani in pomoč ter podporo sorodnikom/skrbnikom na drugi strani. Prilagoditve je potrebno izvesti prilagojeno glede na potrebe, želje ali zahteve osebe z demenco. Pri tem upoštevamo individualni pristop dela v delovnoterapevtski obravnavi.

Ker je raziskava potekala v manjših krajih Slovenije (Hajdina, Gorišnica, Ljutomer in Sv. Tomaž), je to morda razlog nepoznavanja formalnih oblik pomoči osebam z demenco. Z uvedbo dolgotrajne oskrbe, bi bilo sorodnikom/skrbnikom in osebam z demenco dostopno prejemanje tudi strokovnih delovnoterapevtskih storitev, kar bi omogočilo dvig kakovosti življenja vseh vključenih v obravnavano problematiko.

## LITERATURA

- Andrews J, Molyneux P (2012). Finding housing solutions. National housing federation. 9–12.
- Bartlett R., Brannelly T (2019). Live at home for people wit a dementia. Dostopno na: [https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=RV0zDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&q=Dementia+Enabling+Environments+&ots=HQ6rtD-4VH&sig=kCJq-CfLaHaDxOSkFVkdZer\\_adA&redir\\_esc=y#v=onepage&q](https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=RV0zDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&q=Dementia+Enabling+Environments+&ots=HQ6rtD-4VH&sig=kCJq-CfLaHaDxOSkFVkdZer_adA&redir_esc=y#v=onepage&q). <27.3.2020>
- Canada Mortgage and Housing Corporation (2015). Housing options for people living with dementia. Canada: CMHC.
- Chaudhury H, Cooke HA, Cowie H, Razaghi L (2018). The influence of the physical environment on residents with dementia in long-term care settings: A review of the empirical literature. *Gerontologist*, 58 (5), 325–337. doi: [10.1093/geront/gnw259](https://doi.org/10.1093/geront/gnw259).
- Day K, Carreon D, Stump C (2000) The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *The Gerontologist* 40(4): 397–416. doi: [10.1093/geront/40.4.397](https://doi.org/10.1093/geront/40.4.397).
- Gjura A (2014). Učinkovitost delovno terapevtskih obravnav za svojce, ki v domačem okolju skrbijo za osebe z demenco. In: Tomšič M. Zrela leta slovenske delovne terapije. 28. Maj 2014. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Hadjri K, Rooney C, Faith V (2015). Housing choices and care home design for people with dementia. *Health environments research & design journal* 8(3) 80-95. doi: [10.1177/1937586715573740](https://doi.org/10.1177/1937586715573740)
- Hvalič TS, Ramovš J (2009). Oskrba dementnega človeka v družbi. *Kakov Starost* 12(4): 52–72.
- Kordeš U, Smrdu M (2015). Osnove kvalitativnega raziskovanja. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Korta HSM, van Hoof J (2014). Design of a website for home modificationsfor older persons with dementia. *Technology and Disability* 26(1): 1–10. doi: [10.3233/TAD-140399](https://doi.org/10.3233/TAD-140399)
- Malačič J (2008). Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. *Zdr Vest* 2008(77): 793–98.
- Mali J, Penič B, Verbovšek K et al. (2016). Možnosti in priložnosti tehnološke podpore pri oskrbi ljudi z demenco v skupnosti. *Kakov Starost* 19(2): 17–30.

- Padilla R (2011). Effectivnes of interventions designed to modify the activity Demands of the occupations of self-care leisure for people with Alzheimer's disease and related dementians. AOTA 65(5): 523–31.
- Slauga B, Granboma M, Iwarsson S (2020). An aging population and an aging housing stock – Housing accessibility problems in typical Swedish dwellings. Journal of housing for the elderly. doi: [10.1080/26892618.2020.1743515](https://doi.org/10.1080/26892618.2020.1743515)
- Spominčica (2017). Vzemite si čas za svoje bližnje. Glas Slo zdr 15(3): 6–18.
- Topo P, Kotilainen H (2009). Designing enabling environments for people with dementia, their family carers and formal carers. Assistive technology research series 24:45 – 59. doi: [10.3233/978-1-58603-950-9-45](https://doi.org/10.3233/978-1-58603-950-9-45)
- Wherton PJ, Monk AF (2008). Tehnological opportunities for supporting people with dementia who are living at home. Human Computer Studies 66(8): 571–86. doi: [10.1016/j.ijhcs.2008.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2008.03.001)
- WHO - World Health Organization (2019). Dostopno na: <https://www.who.int/> <24. 4. 2019>
- ZVOP-1-UPB1 - Zakon o varstvu osebnih podatkov, Ur L RS 94/07
- Železnik N (2016). Temne sence demence. Ljubljana: Forma 7.

## SODELOVANJE V OKVIRU BOBATH KONCEPTA IN TERAPIJE SENZORNE INTEGRACIJE

### PARTICIPATION WITHIN THE BOBATH CONCEPT AND SENSORY INTEGRATION THERAPY

Nina Banovec, dipl. del. ter; mag. Nevenka Gričar<sup>1</sup>, dipl. del. ter.; Simona Jelnikar, dipl. del. ter.; dr. Lea Šuc, MSc<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

<sup>2</sup> Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Delovna terapija upošteva težave na nivoju telesnih zgradb in funkcij ter povezuje dejavnike osebe, aktivnosti in okolja. Z raziskavo želijo ugotoviti, ali se terapevti med obravnavami osredotočajo bolj na sodelovanje ali telesne zgradbe/funkcije. **Metode dela:** Sodelovalo je 34 delovnih terapevtov, ki pri otrocih s cerebralno paralizo izvajajo razvojno-nevrološko obravnavo in/ali terapijo senzorne integracije po Ayresovi. Izvedena je bila anketa. Podatki so bili obdelani kvantitativno. **Rezultati:** 23 terapevtov razvojno-nevrološke obravnave se med obravnavami osredotoča na sodelovanje, 18 na telesne zgradbe/funkcije. 15 terapevtov senzorne integracije se osredotoča na sodelovanje, le 3 na telesne zgradbe/funkcije. Največ standardiziranih ocenjevanj se uporablja na nivojih telesnih zgradb/funkcij ter aktivnosti. **Razprava:** Osredotočanje na sodelovanje je edinstvenost delovne terapije, vendar se ji terapevti med ocenjevanjem ne posvečajo dovolj. Pri rehabilitaciji otrok s cerebralno paralizo se je dobro osredotočati na več nivojev hkrati. **Zaključek:** Dobro bi bilo, da bi slovenski delovni terapevti uporabljali več ocenjevanj na nivoju sodelovanja in tako sledili s sodelovanjem povezanim ciljem.

**Ključne besede:** Ocenjevanja, aktivnosti, telesne zgradbe in funkcije, pristopi

#### ABSTRACT

**Introduction:** Occupational therapy considers all levels of functioning – body structures and functions, personal and environmental factors and factors of activities. The aim was to examine if occupational therapists focus more on participation or body structures/functions in therapy sessions. **Methods:** 34 occupational therapists who perform neurodevelopmental treatment and/or Ayres sensory integration therapy in children with cerebral palsy were included in the study. A survey was conducted and the results were quantitatively analyzed. **Results:** In therapy, 23 neurodevelopmental therapists focused on participation, while 18 focused on body structures/functions. The large majority, i.e. 15 sensory integration therapists focused on participation, and only 3 on body structures/functions. Most standardized assessment tests focus on body structures/functions and the level of activities. **Discussion:** While focusing on participation is unique to occupational therapy, therapists do not give it sufficient attention during assessment. It is good to focus on more than one level of functioning during rehabilitation. **Conclusion:** Slovenian occupational therapists should employ more tests that specifically assess participation, which would allow them to monitor results related to participation.

**Keywords:** Assessment, activities performance, body structures and functions, approaches

## IZHODIŠČA

Cerebralna paraliza (CP) je nenapredujoča okvara možganov, ki vpliva na otrokovo sposobnost gibanja, vzdrževanje drže in senzorno integracijo, zato ima velik vpliv na otrokovo vsakodnevno življenje. Onemogoča mu, da bi učinkovito izvajal aktivnosti in razvijal sodelovanje z okoljem. Zato je pomembno, da delovni terapevti med rehabilitacijo na otroka gledajo celostno, upoštevajo njegove osebne dejavnike ter dejavnike aktivnosti in okolja (Cameron et al., 2016; Damjan, Groleger-Sršen, 2010; Dewar et al., 2014; Pihlar, 2013; Shamsoddini, Hollisaz, 2009).

Mnogo delovnih terapevtov pri rehabilitaciji otrok s CP posamezno ali v kombinaciji izvaja razvojno-nevrološko obravnavo (RNO) oziroma Bobath koncept in terapijo senzorne integracije po Ayresovi (ASI). RNO otroka obravnava celostno ter se usmerja tudi na njegovo družino. Osredotoča se na izboljšanje grobih motoričnih funkcij in kontrolo drže s facilitacijo mišične aktivnosti skozi ključne točke kontrole, vodene s strani terapevta. Spodbuja sodelovanje z okoljem in tako izboljšuje kakovost življenja posameznika (Acar et al., 2016; Parker, Grimenstein, 2012; Zanon et al., 2017). Pri ASI je v ospredju igra, ki jo začne otrok, terapevt pa usmerja ter jo spodbuja v smer, da ustreza otrokovim potrebam po vestibularnih, taktilnih in proprioceptivnih vnosih. To otroku omogoča tako čutne kot gibalne izkušnje in ga spodbuja, da s čutili sprejema okrepljene senzorne informacije, kar vodi v izboljšanje izvajanja okupacij in sodelovanja v vsakdanjem življenju (Gričar, Horvat, 2012).

Koncept delovne terapije se neprestano spreminja. Delovni terapevti so se v preteklosti v okviru medicinskega modela med izvajanjem obravnav po večini osredotočali le na telesne okvare, danes pa na uporabnika gledajo bolj celostno (Anaby et al., 2017; Cameron et al., 2016; Pihlar, 2013; Weinstock-Zlotnick, Hinojosa, 2004). Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšanja zmožnosti in zdravja (MKF), ki jo je ustvarila Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (WHO, 2001), se, za razliko od svojih predhodnic, osredotoča na funkcijo in ne na okvaro. Kot okvir moderne prakse poudarja holističen, biopsihosocialen pristop z upoštevanjem tako uporabnikovih telesnih funkcij in struktur, aktivnosti, ki jih oseba izvaja in sodelovanja kot tudi osebnih in okoljskih dejavnikov (Cameron et al., 2016; Stamm et al., 2006; Pihlar, 2013).

V MKF za otroke in mladostnike (MKF-OM) je sodelovanje definirano kot vključevanje v življenjske situacije, ki odraža osebo, aktivnost in okolje (WHO, 2007). Sodelovanje v družinskem življenju in družbi omogoča otroku, da postane samostojen, se uči novih spretnosti, gradi nova prijateljstva, je ustvarjalen in odkriva smisel življenja, hkrati pa pozitivno vpliva na vsesplošno blagostanje in zadovoljstvo, samopodobo ter kakovost življenja (Orlin et al., 2009; Palisano et al., 2011; Shikako-Thomas et al., 2012). Vključevanje v aktivnosti doma, izven šole in v skupnosti ter s tem izboljšanje sodelovanja je postal pomemben izid obravnave pri rehabilitaciji otrok CP (Anaby et al., 2017; Orlin et al., 2009).

Novak in sodelavke (2013), ki so ugotovljale učinkovitost različnih obravnav pri otrocih s CP, ugotavljajo, da so bili cilji v pregledanih raziskavah samo v 30 % usmerjeni v nivo aktivnosti in le pri 5 % na nivo sodelovanja. Anaby in sodelavke (2017) pa izpostavljajo, da ni točno jasno, v kolikšni meri delovni terapevti in fizioterapevti med izvajanjem obravnav

otrok s CP upoštevajo in vključujejo pomen otrokovega sodelovanja. Novak in Honan (2019) omenjata, da bi bilo za rehabilitacijo otrok z različnimi motnjami potrebno razviti več obravnav, ki bi neposredno vplivale na sodelovanje, saj večina terapij trenutno predpostavlja, da bo nanjo vplivalo že izboljšanje na nivoju aktivnosti. Dewar in sodelavke (2014) pa v svojem pregledu literature poudarjajo, da nobena od pregledanih študij ni raziskala, kako izboljšanje na nivojih telesnih funkcij in struktur ter spretnosti, pri rehabilitaciji otrok s CP, vpliva na njihovo sodelovanje. Avtorji opozarjajo, da bi bilo v prihodnje potrebnih več raziskav s tega področja.

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali slovenski delovni terapevti, ki izvajajo RNO in/ali ASI, med obravnavami otrok s CP sledijo modernejši paradigmi in otroke obravnavajo celostno z upoštevanjem najvišjega nivoja po MKF, nivoja sodelovanja, in ne le nivoja telesnih zgradb in funkcij. Zanimalo nas je v okviru katerega nivoja po MKF terapevti izvajajo ocenjevanja in v kolikšni meri se med obravnavami osredotočajo na otrokovo sodelovanje.

## **METODE**

Predmet raziskovanja so bili slovenski delovni terapevti, ki pri otrocih s CP izvajajo RNO in/ali ASI. Za pridobitev odgovorov na raziskovalna vprašanja smo sestavili vprašalnik z zaprtimi in polodprtimi tipi trditve ter trditvami, pri katerih so morali terapevti označiti stopnjo strinjanja z Likertovo 4-stopenjsko lestvico (4 – popolnoma se strinjam, 3 – strinjam se, 2 – ne strinjam se, 1 – sploh se ne strinjam) (Friborg, Rosenvinge, 2013; Joshi et al., 2015). Vprašanja in trditve smo razdelili na štiri sklope: del s sociodemografskimi podatki, splošni terapevtski del, del o RNO in del o ASI. Vprašalnik smo poslali na 48 elektronskih naslovov, od tega se je med 7. in 23. 5. 2019 odzvalo 43 delovnih terapevtov. Anketo je v celoti izpolnilo 34 terapevtov, ki predstavljajo naš vzorec. V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo obdelave podatkov. Pridobljene podatke smo analizirali z opisno statistiko v programu Excel 2016.

## **REZULTATI**

V nadaljevanju bomo predstavili tri teme, ki smo jih izpostavili iz izvedene ankete.

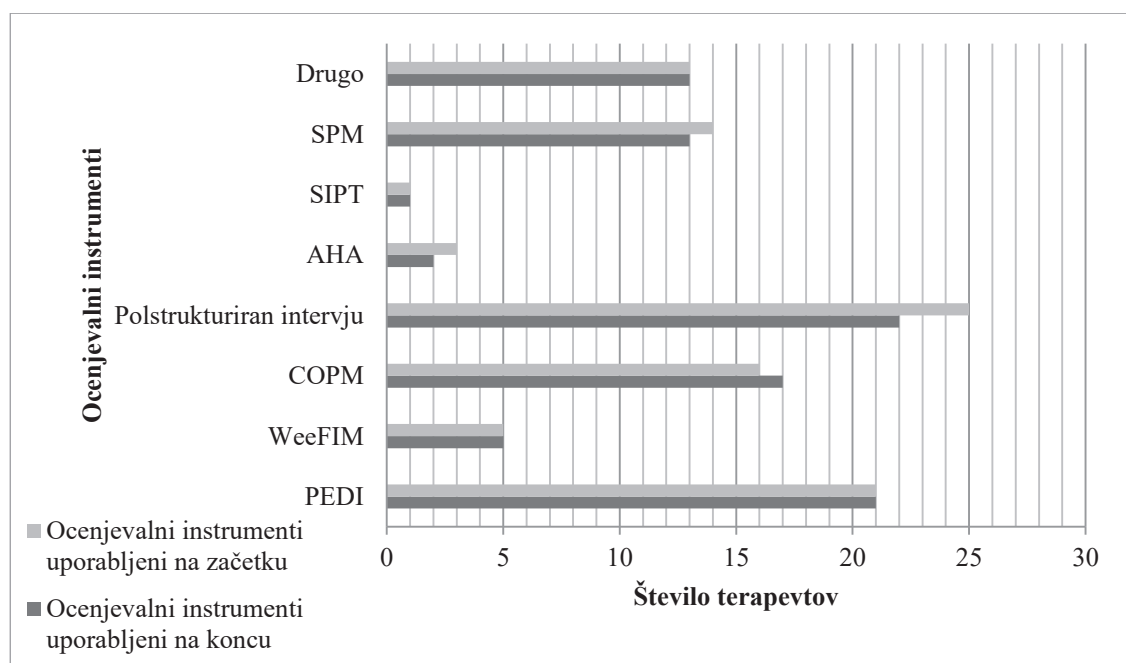
Vsi delovni terapevti so bili ženskega spola. Največ jih je napisalo, da izvajajo samo RNO (14 vprašanih), nekaj manj, da izvajajo RNO in ASI (12), najmanj pa jih je napisalo, da izvajajo samo ASI (4). Poleg teh 30 so odgovarjali še štirje terapevti, ki so v svojo delovnoterapevtsko obravnavo vključevali le elemente ASI in niso izvajali celotne terapije, zato smo jih vključili le v splošni terapevtski del.

Terapevti so bili povprečno stari 42,4 let. Najvišja stopnja izobrazbe je bila končan visokošolski program, le en terapevt je končal višješolski program. 18 terapevtov je bilo zaposlenih v razvojnih ambulantah, 8 v CIRIUS-ih, in 3 v CUDV-jih. Iz naslednjih ustanov je odgovarjal le po en terapevt (ZUDV, zavod za gluhe in naglušne, pediatrična bolnišnica, osnovna šola s prilagojenim programom in URI Soča). Povprečna delovna doba vseh anketiranih je bila 18,4 leta. RNO so povprečno izvajali 12,2 leta, ASI pa 4,8 leta.

Od 34 vprašanih jih na začetku obravnave 25 uporablja polstrukturiran intervju, 21 jih izvaja Vprašalnik za oceno otrokovih zmanjšanih zmožnosti (ang. Pediatric evaluation of disability inventory, PEDI), 16 Kanadsko metodo izvajanja dejavnosti (ang. Canadian Occupational

Performance Measure, COPM) in 14 Sensory Processing Measure (SPM), 5 Lestvico funkcijske neodvisnosti za otroke z motnjami v razvoju živčevja (ang. Functional Independence Measure for Children, WeeFIM), 3 Test za oceno podporne roke (ang. The Assisting Hand Assessment, AHA) in le en Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) (Graf 1). Pod odgovorom »Drugo« so se pojavljali naslednji ocenjevalni instrumenti: Baterija za oceno otrokovega gibanja (ang. Movement Assessment Battery for Children, M-ABC), Lestvica funkcijske neodvisnosti (ang. Functional Independence Measure, FIM), Lestvica doseganja ciljev (ang. Goal Attainment Scaling, GAS), Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA), MoVi miza, Test of Sensory Functions in Infants (TSFI) ter klinično opazovanje.

Podobna razporeditev uporabe ocenjevalnih instrumentov se je pokazala tudi na koncu obravnave (Graf 1), saj so se vsi terapevti popolnoma strinjali (7) ali strinjali (27), da za sledenje napredku in ugotavljanje učinkovitosti obravnave uporabljajo iste ocenjevalne instrumente kakor na začetku terapije.



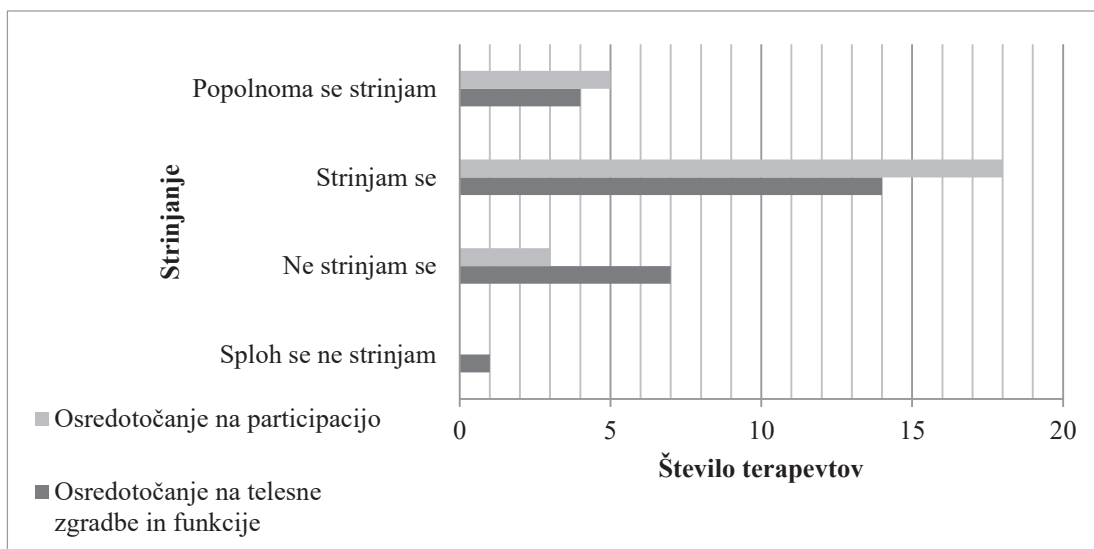
Graf 1: Uporaba ocenjevalnih instrumentov.

26 od vseh anketiranih je odgovarjalo na del z vprašanji o RNO.

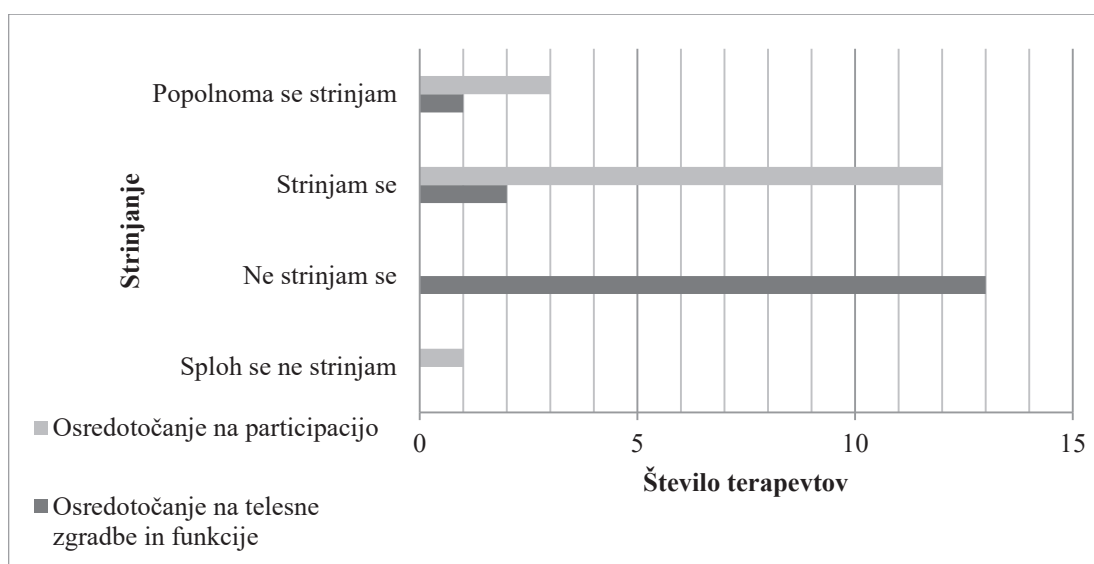
Od anketiranih, ki so izvajali RNO, se jih je 5 popolnoma strinjalo in 18 strinjalo, da se med terapijo osredotočajo na sodelovanje (Graf 2), nekoliko manj strinjanja (4 so se popolnoma strinjali, 14 se jih je strinjalo) pa je bilo pri trditvi, da se med terapijo osredotočajo na telesne zgradbe in funkcije (Graf 2).

16 od vseh anketiranih je odgovarjalo na del z vprašanji o ASI.

3 anketirani, ki so izvajali ASI, so se popolnoma strinjali, 12 pa se jih je strinjalo, da to terapijo izvajajo v okviru pristopa od zgoraj-navzdol (Graf 3). 1 se sploh ni strinjal s to trditvijo. S trditvijo, da terapijo izvajajo v okviru pristopa od spodaj-navzgor (Graf 3) se je popolnoma strinjal 1 terapevt, 2 sta se strinjala, 13 pa se jih ni strinjalo.



Graf 2: Stopnja strinjanja, da se pri RNO osredotočajo na sodelovanje ali na funkcije in zgradbe.



Graf 3: Stopnja strinjanja, da se pri ASI osredotočajo na sodelovanje ali na funkcije in zgradbe.

## RAZPRAVA

Z analizo odgovorov na vprašalnik smo ugotovili, da delovni terapevti v Sloveniji za ugotavljanje zmožnosti otrok s CP na začetku obravnave ter za merjenje napredka, poleg polstrukturiranega intervjuja in kliničnega opazovanja, uporabljajo standardizirana ocenjevanja na nivoju telesnih zgradb in funkcij (SPM, MoVi miza, M-ABC, LOTCA, TSFI, AHA, SIPT), na nivoju aktivnosti (GAS, PEDI, FIM, WeeFIM) in na nivoju okupacije (COPM).

Tudi Anaby in sodelavke (2017) so v svoji raziskavi ugotovile, da se delovni terapevti in fizioterapevti, pri obravnavi otrok s CP, približno v enakih količinah, pri ocenjevanju in

odkrivanju področij problemov, posvečajo telesnim zgradbam in funkcijam, izvajanju aktivnosti ter okolju. So pa ugotovili, da predvsem delovni terapevti s pomočjo COPM-a v ocenjevanje vključujejo tudi elemente sodelovanja, ki pa se mu med izvajanjem obravnave posvečajo v manjših količinah. Terapevti so med obravnavami redko uporabljali ocenjevanja, ki bi izrecno merila le sodelovanje.

Ocenjevanja v okviru pristopa od zgoraj-navzdol z osredotočanjem na sodelovanje so povezani z na uporabnika usmerjenimi pristopi ter terapevtom omogočajo sodelovanje z uporabnikom in njegovo družino (Kennedy et al., 2013). Upoštevajo uporabnikovo okupacijsko identiteto in ocenjujejo dejavnike aktivnosti, ki identiteto ovirajo ter podajo oceno skladnosti oziroma primernosti same obravnave. Ocenjevanje posameznih otrokovih spretnosti in elementov izvedbe aktivnosti nastopi le, če vzrok za uporabnikove omejitve v sodelovanju in izvajanju aktivnosti ni razviden (Brown, Chien, 2010; Cameron et al., 2016).

V prihodnje je potrebnih več standardiziranih ocenjevanj, ki bodo merili učinke obravnave izvajanih v okviru pristopa od zgoraj-navzdol (Weinstock-Zlotnick, Hinojosa, 2004). Novak in sodelavke (2013) navajajo, da bi bilo potrebno po koncu vsake obravnave s COPM in GAS meriti učinke terapije na otrokovo sodelovanje. Groleger-Sršen in sodelavke (2016) podobno pravijo, da je pri rehabilitaciji otroka s CP pomembno podati oceno celotnega funkcioniranja otroka in poudarjajo, da je poleg ocenjevanja telesnih funkcij in aktivnosti, pomembno ocenjevati tudi otrokovo vključevanje v družbo. V članku izpostavljajo dva ocenjevalna instrumenta, ki se ju izvaja na nivoju sodelovanja – Ocena sodelovanja in zadovoljstva (ang. Children's Assessment of Participation and Enjoyment, GAPE) in Ocena priljubljenih aktivnosti (ang. Preferences for Activities of Children, PAC). Pihlar (2013) v svojem članku omenja Ocenjevanje sodelovanja in okolja pri otroku in mladostniku (ang. The Participation and Environment Measure for Children and Youth, PEM-CY).

Ocenjevalni instrumenti, ki se osredotočajo na nivo telesnih zgradb in funkcij, pa za razliko od prej omenjenih omogočajo merjenje izboljšanj oziroma poslabšanj v spretnostih z uporabo standardiziranih ocenjevanj, ki so občutljiva na spremembe. Take vrste ocenjevanja lahko torej pokažejo, ali je prišlo do specifičnih sprememb med izvajanjem določenih gibov oziroma spretnosti, ne pokažejo pa, ali je prišlo do sprememb na področju izvajanja namenskih in na okupaciji temelječih aktivnosti, in če je obravnava imela vpliv na uporabnikovo sodelovanje (Kennedy et al., 2013; Weinstock-Zlotnick, Hinojosa, 2004). Poleg tega je problem pri uporabi teh ocenjevanj, da je okolje, v katerem se ocenjevanja izvajajo, standardizirano in nadzorovano, kar ne odraža aktivnosti vsakodnevnega življenja in uporabnikovih interesov (Brown, Chien, 2010). V okviru pristopa od spodaj-navzgor je pogosto potrebno izvajati še dopolnilna ocenjevanja, ki se osredotočajo na samo izvedbo aktivnosti in sodelovanje (Kennedy et al., 2013).

Kennedy in sodelavci (2013) v svoji raziskavi ugotavljajo, ocenjevanja v okviru katerega pristopa, od spodaj-navzgor ali od zgoraj-navzdol, uporabiti za merjenje motoričnih spretnosti pri otrocih. Prišli so do spoznanja, da imata oba pristopa prednosti in slabosti in zato sklepajo, da je pri ocenjevanju motoričnih motenj najbolj učinkovito kombinirati oba pristopa.

Kolehmainen (2010) v svojem pismu uredniku pritruje, da je odločitev, v okviru katerega pristopa izbrati ocenjevanje, odvisna od ciljev obravnave, saj se dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje posameznika in njegovo sodelovanje, lahko skrivajo v kateremkoli izmed treh področij po MKF – telesne zgradbe in funkcije, osebni dejavniki in okolje. Če je torej vzrok za težave uporabnika v telesnih zgradbah in funkcijah, lahko ocenjevanje in obravnava v okviru pristopa od spodaj-navzgor zadostujejo. Če pa je cilj izboljšanje uporabnikovega sodelovanja in blagostanja, ocenjevanje v okviru pristopa od spodaj-navzgor ni dovolj za identifikacijo vseh dejavnikov, ki povzročajo uporabnikovo stanje.

Z analizo odgovorov na vprašalnik ugotavljamo, da se večina slovenskih delovnih terapevtov, ki izvajajo RNO oziroma ASI, med obravnavami posveča učenju izvajanja točno določenih, otroku pomembnih aktivnosti, z osredotočanjem na izboljšanje otrokovega sodelovanja. Le 3 vprašani, ki izvajajo ASI, se med terapijami osredotočajo bolj na izboljšanje telesnih zgradb in funkcij. Zanimivo pa je, da se kljub velikemu številu RNO terapevtov, ki se osredotočajo na sodelovanje (23), malo več kot dve tretjini terapevtov med izvajanjem RNO hkrati osredotoča tudi na nivo telesnih zgradb in funkcij.

Verjetno je razlog, da se tako veliko terapevtov med RNO obravnavami osredotoča na zgradbe in funkcije ravno ta, da imajo otroci s CP veliko motoričnih omejitev, ki se kažejo kot težave z mišičnim tonusom, patološkimi refleksi, mišičnimi kontrakturami in deformacijami sklepov. Terapevti se torej poleg upoštevanja sodelovanja v veliki meri posvečajo tudi zmanjševanju teh fizičnih težav. Le tako lahko dosežejo bolj kakovostno izvajanje aktivnosti in boljše sodelovanje, kar je bistvo delovne terapije. Navsezadnje tako RNO kot ASI veljata za terapiji, ki sta prvotno temeljili na pristopu od spodaj-navzgor in ki sta se osredotočali na telesne zgradbe in funkcije. Ideja tega pristopa je bila od nekdaj, da izboljšanje otrokovih motoričnih primanjkljajev na ravni telesnih zgradb in struktur vpliva na funkcioniranje (Novak et al., 2013; Novak, Honan, 2019). Novak in Honan (2019) sta kasneje ugotovili, da terapevti med izvajanjem RNO in ASI, pri obravnavi otrok s CP, vedno bolj uporabljajo terapije v okviru pristopa od zgoraj-navzdol s poudarkom na treniranju izvajanja aktivnosti.

Weinstock-Zlotnick in Hinojosa (2004) sta mnenja, da je osredotočanje le na en nivo po MKF pomanjkljivo. Namen delovne terapije je, da vsak uporabnik skupaj s terapevtom najde področje potrebno izboljšave, ne glede na to, ali je potrebna izboljšava temeljnih dejavnikov osebe, okupacije ali konteksta. Tako je v ospredju na uporabnika usmerjena praksa. Cilj vsake obravnave bi zato moralo biti uporabnikovo zadovoljstvo s svojo stopnjo funkcioniranja, izvajanje želenih namenskih in na okupaciji temelječih aktivnosti ter varno izvajanje. To je lahko dosegljivo z osredotočanjem na katerikoli nivo po MKF.

Anaby in sodelavke (2017) ugotavljajo, da so se delovni terapevti in fizioterapevti, med do tedaj izvedenimi raziskavami pri rehabilitaciji otrok s CP, po večini osredotočali na nivo telesnih zgradb in funkcij ter na nivo aktivnosti po MKF in le redko na nivo sodelovanja. Vendar pa so v svoji raziskavi ugotovili, da so se sodelujoči delovni terapevti in fizioterapevti med obravnavami po večini usmerjali na bolj kakovostno izvajanje vsakodnevnih aktivnosti ter prilagajanje okolja in ne toliko na spreminjanje telesnih funkcij. Tudi Pihlar (2013) se strinja, kako pomembno je, da se vsak delovni terapevt tekom obravnave seznanj z okoljem, v katerem otrok s CP deluje, in pridobljeno znanje upošteva

pri načrtovanju rehabilitacije. Prilagoditev otrokovega ožjega in širšega okolja bi moral biti pomemben cilj obravnave, saj to otroku lajša izvajanje namenskih in na okupaciji temelječih aktivnosti ter vključevanje v družbo, kar pozitivno vpliva na njegovo blagostanje.

Prvotni namen rehabilitacije otrok s CP je torej vplivati na otrokovo sodelovanje preko povečanja samostojnosti pri izvajanju ožjih dnevnih aktivnosti, mobilnosti ter optimiziranja produktivnosti v šoli. Pomembno pa je tudi, da delovni terapevt upošteva otrokove želje glede vključevanja v prostočasne aktivnosti, saj imajo te za otroka velik pomen, še posebno tiste, ki vključujejo druženje z drugimi in rekreacijo (Majnemer et al., 2009). Otroci s CP se, za razliko od otrok brez oviranosti, vključujejo v manj prostočasnih aktivnosti, tiste, ki jih izvajajo, pa se večinoma odvijajo v domačem okolju in manjkrat vključujejo socialne in gibalne komponente (Orlin et al., 2009; Palisano et al., 2011). Shikako-Thomas in sodelavci (2012) navajajo, da po mnenju otrok s CP in mnenju njihovih staršev, sodelovanje v različnih prostočasnih aktivnostih pozitivno vpliva na otrokovo vsesplošno blagostanje – lažje in brez bolečine izvajajo vsakodnevne aktivnosti, imajo več energije, boljše mnenje o svojem socialnem življenju, boljše funkcionirajo v šoli itd.

Majnemer in sodelavci (2009) izpostavljajo, da mora terapevt, poleg upoštevanja osebnih dejavnikov in dejavnikov okolja, ki vplivajo na otrokovo sodelovanje in kakovost življenja, otroka notranje motivirati za izvajanje njemu pomembnih aktivnosti. Palisano in sodelavci (2011) pravijo, da je naloga vsakega delovnega terapevta, da izvaja na cilj in na družino usmerjeno prakso. Med obravnavami bi moral terapevt sodelovati z otrokom, družino in družbo v kateri otrok deluje, jim podeljevati ustrezno znanje in jih usmerjati ter tako omogočiti, da se otrok lažje vključi in integrira v socialno okolje.

Naša raziskava podaja informacije delovnim terapevtom, ki obravnavajo otroke s CP, o pomembnosti celostne obravnave otroka, usmerjanja na družino ter osredotočanja na sodelovanje, kadar izvajajo RNO ali ASI. Brown in Chien (2010) izpostavljata, da je pri tem naloga vsakega terapevta, da določi, kateri pristop uporabiti pri ocenjevanju za kakovostno in na uporabnika usmerjeno obravnavo. Čeprav je za slovensko področje vzorec anketiranih terapevtov v naši raziskavi velik, je pomanjkljivost naše raziskave ta, da je glede na druge države majhen in zato ovira posplošitev rezultatov na širšo populacijo. V Sloveniji bi bilo v prihodnje potrebnih več raziskav o osredotočanju na sodelovanje med rehabilitacijo otrok s CP ter da bi le-te temeljile na večjem vzorcu.

## **ZAKLJUČEK**

Za uspešen izid obravnave je potrebno, da se delovni terapevt med izvajanjem RNO oziroma ASI osredotoča na otrokovo sodelovanje v družbi in s tem izboljšuje njegovo splošno dobro počutje. Ocenjevanja, ki jih anketirani terapevti izvajajo pri rehabilitaciji otrok s CP, so na nivoju zgradb in funkcij ter na nivoju aktivnosti, kar je smiselno, saj je CP stanje, ki vključuje tako gibalne in senzorne motnje, kot tudi motnje v komuniciranju in sodelovanju z družbo, kar pa ključno vpliva na kakovost življenj teh otrok. Dobro bi bilo, da bi slovenski delovni terapevti med obravnavami uporabljali več ocenjevanj na nivoju sodelovanja in s tem lažje in boljše sledili ciljem, povezanim z izboljšanjem otrokovega sodelovanja v družbi.

## LITERATURA

- Acar G, Altun GP, Yurdalan S, Polat MG (2016). Efficacy of neurodevelopmental treatment combined with the Nintendo® Wii in patients with cerebral palsy. *J Phys Ther Sci* 28(3): 774-80.
- Damjan H, Groleger-Sršen K (2010). Z dokazi podprta habilitacija otrok s cerebralno paralizo. *Rehabilitacija* 9(1): 138-50.
- Anaby D, Korner-Bitensky N, Steven E et al. (2017). Current rehabilitation practices for children with cerebral palsy: Focus and gaps. *Phys Occup Ther Pediatr* 37(1): 1-15.
- Brown T, Chien CW (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go? *Br J Occup Ther* 73(3): 95.
- Cameron D, Craig T, Edwards B, Missiuna C, Schwellnus H, Polatajko HJ (2016). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): A new approach for children with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr* 37(2): 183-98.
- Dewar R, Love S, Johnston LM (2014). Exercise interventions improve postural control in children with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 57(6): 504-20.
- Friborg O, Rosenvinge JH (2013). A comparison of open-ended and closed questions in the prediction of mental health. *Qual Quant* 47(3): 1397-411.
- Gričar N, Horvat M (2012). Prisotnost motnje senzorne integracije pri osnovnošolskih otrocih. In: Tomšič M, ed. *Delovna terapija – stroka sedanjosti*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 21-30.
- Groleger-Sršen K, Vrečar I, Korelc S, Korošec B, Logar S (2016). Ocenjevanje otrok s cerebralno paralizo. *Rehabilitacija* 15(1): 135-46.
- Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *Br J Appl Sci Technol* 7(4): 396-403.
- Kennedy J, Brown T, Stagnitti K (2013). Top-down and bottom-up approaches to motor skill assessment of children: Are child-report and parent-report perceptions predictive of children's performance-based assessment results? *Scand J Occup Ther* 20: 45-53.
- Kolehmainen N (2010). Top-down or bottom-up assessment? *Br J Occup Ther* 73(5): 209.
- Majnemer A, Shikako-Thomas K, Chokron N et al. (2009). Leisure activity preferences for 6- to 12-year-old children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 52: 167-73.
- Novak I, Honan I (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Aust Occup Ther J* 66(3): 1-16.
- Novak I, McIntyre S, Morgan C et al. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Dev Med Child Neurol* 55(10): 885-910.
- Orlin MN, Palisano RJ, Chiarello LA et al. (2009). Participation in home, extracurricular, and community activities among children and young people with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 52: 160-6.
- Palisano RJ, Chiarello LA, King GA, Novak I, Stoner T, Fiss A (2011). Participation-based therapy for children with physical disabilities. *Disabil Rehabil* 34(12): 1041-52.
- Parker C, Grimenstein J (2012). Routes to functional outcomes. *NDTA 2012 Annual Conference*. V: *Proceedings of the Neuro-Developmental Treatment Association Annual Conference*. Anaheim, California 17-20.
- Pihlar Z (2013). Nove metode v delovni terapiji. *Rehabilitacija* 12(1): 121-8.
- Shamsoddini AR, Hollisaz MT (2009). Effect of sensory integration therapy on gross motor function in children with cerebral palsy. *Iran J Child Neurol* 3(1): 43-8.

- Shikako-Thomas K, Dahan-Oliel N, Shevell M et al. (2012). Play and be happy? Leisure participation and quality of life in school-aged children with cerebral palsy. *Int J Pediatr* 1-7.
- Stamm TA, Alarcos C, Machold K, Smolen JS, Stucki G (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Aust Occup Ther J* 53: 9-17.
- Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J (2004). Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other? *Am J Occup Ther* 58(5): 594-9.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- Zanon MA, Porfirio GJM, Riera R, Martimbianco ALC (2017). Neurodevelopmental treatment approaches for children with cerebral palsy (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 1-23.

## MOTIVACIJA OTROK S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO PRI PLEZALNIH AKTIVNOSTIH

### MOTIVATING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER FOR CLIMBING

Veronika Meke<sup>1</sup>, dipl. del. ter., mag. Nevenka Gričar<sup>2</sup>, prof. def., dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Dom starejših občanov Grosuplje, Ob Grosupeljščici 28, 1290 Grosuplje

<sup>2</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Otroci s spektroatvistično motnjo imajo pogosto težave pri izbiri in motivaciji za izvajanje prostočasnih aktivnosti, še posebno tistih, ki od njih zahtevajo bolj kompleksne motorične sposobnosti. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako pri otrocih s spektroatvistično motnjo povečati interes za plezanje. **Metode dela:** V raziskavi izvedeni v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Draga so sodelovali otroci stari med 5 in 12 let s spektroatvistično motnjo ter pridruženo motnjo v duševnem razvoju. Za spremljanje razvoja volje je bil uporabljen Vprašalnik volje pri otroku. **Rezultati:** Zabeleženo je bilo minimalno izboljšanje skoraj vseh vedenjskih postavk prvih dveh nivojev volje pri vseh udeležencih. Spremembe nivoja volje niso zabeležili. **Razprava:** Pri otrocih s spektroatvistično motnjo je pridobivanje izkušenj v varnem okolju pomembno pri spodbujanju interesa za vključevanje v aktivnost. **Zaključek:** Minimalna izboljšanja vedenjskih postavk nakazujejo, da lahko s pomočjo pripravljanih aktivnosti vplivamo na voljo, vendar bi bilo za potrditev le tega potrebno izvesti več obravnav.

**Ključne besede:** vprašalnik volje pri otroku, pripravljana aktivnost, model človekove okupacije

#### ABSTRACT

**Introduction:** Children with autism spectrum disorder often have difficulties in choosing leisure activities, especially when the activities require more complex motor skills. The purpose of this research was to find out how to motivate children with autism spectrum disorder for climbing. **Methods:** Five participants with autism spectrum disorder and intellectual disabilities aged between 5 and 12 years were included. All participants are residents of Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Draga. Pediatric Volitional Questionnaire was used to assess volition development. **Results:** There was minimal improvement in almost all behavioural indicators at the first two volitional stages in all participants, but there was no difference at volitional level. **Discussion:** It is essential that we provide safe environment for gaining experience while encouraging motivation for occupation in kids with autism spectrum disorder. **Conclusion:** Minimal improvement of behavioural indicators implies that preparatory activities may have a positive effect on volition. To validate that, more therapeutic sessions should be performed.

**Keywords:** pediatric volitional questionnaire, preparatory activity, model of human occupation

## IZHODIŠČA

Spektroatvistične motnje (SAM) so doživljenjske razvojno nevrološke motnje, ki prinašajo različne izzive na področju socialne interakcije, verbalnega oziroma neverbalnega izražanja ter omejena in ponavljajoča se vedenja (Copeland, 2018). Otroci s SAM se pogosto izogibajo očesnemu kontaktu, se ne odzivajo na svoje ime, ne kažejo interesa za interakcijo z drugimi osebami, njihovi interesi so usmerjeni v ožje področje, oziroma kažejo povečan interes le za določene aktivnosti, zaradi slabše razvite domišljajske igre, se vedno igrajo na enak način, razdražijo jih že najmanjše spremembe, saj jih sledenje različnim rutinam pomirja (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Na sodelovanje v aktivnostih lahko vplivajo različni faktorji, med njimi tudi procesiranje senzornih dražljajev (Dunn et al., 2016). Različne raziskave navajajo prisotnost atipičnih vedenj na senzornem področju pri 69–95% otrok s SAM (Jussila et al., 2020), ki se kažejo v nenavadnih vedenjskih, čustvenih in motoričnih odzivih na senzorne dražljaje (Dunn et al., 2016). Najpogosteje opazimo posebnosti pri odzivih na slušne, vidne ali taktilne prilive. Težave se pojavijo pri filtriranju slušnih dražljajev, prisoten je lahko pretiran odziv na slušne dražljaje, ki se odraža v preobčutljivosti na različne zvoke v okolici, težave v modulaciji vidnih dražljajev se kažejo v izogibanju očesnega kontakta medtem ko je pretiran odziv na taktilne dražljaje pogosto povezan s stereotipnim vedenjem (Sanz-Cervea et al., 2017). Otroci s SAM se redkeje vključujejo v nove, neznane aktivnosti, prav tako je nabor le-teh ožji (Hamm, Yun, 2018), kar jih ovira pri sodelovanju v vsakdanjih aktivnostih. Na le redko vključevanje v neznane aktivnosti med drugim vplivajo tudi pogoste težave na področju praksije, ki prinašajo izzive z načrtovanjem in prilagajanjem motoričnih spretnosti, potrebnih za izvedbo neznanih aktivnosti (Sanz-Cervea et al., 2017; Ayres, 2005, 87).

SAM se glede na izraženost ter kombinacijo značilnosti pojavlja v različno težkih oblikah (Kodak, Bergmann, 2020), obsežnost težav na senzornem področju, pa naj bi vplivala tudi na stopnjo izraženosti simptomov SAM (Sanz-Cervea et al., 2017). SAM je lahko pridružena tudi motnja v duševnem razvoju (MDR). Po ocenah različnih avtorjev, naj bi imelo od 30% do 70% otrok s SAM pridruženo še motnjo v duševnem razvoju, ki se kaže v zaostanku na intelektualnem področju (Tonnsen et al., 2016) ter prilagoditvenih sposobnostih (socialne, motorične, itd.), ki so potrebne za učinkovito delovanje v življenju (Hill et al., 2015). Vse značilnosti, omejitve, stopnja izraženih simptomov SAM ter morebitna pridružena MDR, botrujejo k omejeni participaciji v vseh aktivnostih, tudi plezalnih.

Plezanje je opredeljeno kot gibanje, pri katerem za vzpenjanje po strmem terenu ne uporabljamo samo nog, temveč tudi roke. V našem življenju je prisotno že od nekdaj in je eno od osnovnih oblik gibanja (Leskošek, 2003). Kot elementarni oziroma preprosti gibalni vzorec se pojavi že zgodaj v otrokovem razvoju. Ti vzorci, med katere poleg plezanja uvrščamo še hojo, tek, skok, plazenje in lazenje so osnova za nadaljnji razvoj kompleksnejših gibalnih vzorcev (Plevnik, Pišot, 2016b). Preko plazenja otrok izpopolnjuje recipročni gibalni vzorec, ki pozitivno vpliva na otrokov celostni razvoj (Čeklić et al., 2016) ter ima pomembno vlogo pri učinkoviti izvedbi plezanja (Plevnik, Pišot, 2016a). Pri normalnem razvoju otroka lahko vzorec plezanja pričakujemo šele po tem, ko bo otrok obvladoval plazenje. S prehajanjem iz plazečega v stoječi položaj se začnejo razvijati prvi plezalni vzorci, ta prehod pa se pri otroku pojavi okoli prvega leta. Tako se otrok začne vleči z rokami navzgor po ograji ali po pohištvu, sposoben je zlesti čez manjše ovire in narediti

manjše korake, s katerimi lahko stopi na višje objekte (npr. stopnica, vzmetnica). Pri drugem letu starosti so sposobni splezati na tobogan, ter poskušajo ohranjati ravnotežje, brez katerega plezanje proti gravitaciji ni mogoče. V naslednjem letu so sposobni splezati nekoliko višje, s tem se pojavi tudi prvi strah pred višino, ki do 3. leta ni prisoten. V obdobju od tretjega do šestega leta se jim izboljša ravnotežje, radi visijo na vejevju, njihovi gibalni vzorci so vedno bolj izpopolnjeni in nekateri otroci so že sposobni plezanja po vrvi, medtem ko so drugi tega zmožni šele v obdobju od sedmega do devetega leta. Vedno raje raziskujejo tudi zunanje okolje, kjer v svoji domišljjski igri plezajo po igralih in premagujejo različne ovire (Herrewegen et al., 2004). Razvoj motoričnih spretnosti potrebnih za plezanje normalno poteka od tretjega do šestega leta (Herrewegen et al., 2004), nekateri otroci pa zaradi različnih razlogov plazenje v zgodnjem otroštvu izpustijo, kar vpliva na poznejši razvoj potrebnih motoričnih spretnosti, saj morajo nato v poznejšem obdobju nadoknaditi razvoj plazenja (Čeklić et al., 2016). S plezanjem se razvijajo sposobnosti, ki so ključne za skladen gibalni razvoj, kot so koordinacija celotnega telesa, gibljivost, ravnotežje, fina in groba motorika ter mišična vzdržljivost (Plevnik, Pišot, 2016a; Siegel, Fryer, 2015).

V plezalne aktivnosti, se otroci s SAM zaradi značilnosti motnje le redko vključujejo. Ker posamezniku vključevanje v okupacije pomaga pri oblikovanju uravnoveženega življenjskega stila in mu prinašajo zadovoljstvo, je spodbujanje k spoznavanju novih aktivnosti za otroke SAM pomembno (American Occupational Therapy Association, 2014). Po modelu »človekove okupacije« (Model of Human Occupation – MOHO) vplivajo na izbiro, vključevanje in izvajanje okupacije štiri medsebojno povezane komponente: volja, vzorci izvajanja, zmogljivosti za izvedbo in okolje (Taylor, 2017). Volja se v konceptualnem modelu nanaša na motivacijo, ki je potrebna za izbiro in izvajanje okupacij in je sestavljena iz osebne moči, vrednot ter interesov (Kielhofner, 2008a). Osebna moč se nanaša na razumevanje svojih sposobnosti ter omejitev, vrednote nam predstavljajo smernice za kulturno sprejemljivo delovanje, vplivajo na dojetje naše lastne vrednosti, upoštevanje le teh, pa vodi v občutek pripadnosti. Med interese pa uvrščamo aktivnosti, ki nam ob izvajanju prinašajo zadovoljstvo in užitek (Kielhofner, 2008b).

Volja je dinamični proces, ki vključuje cikel predvidevanja, odločanja, pridobivanja izkušenj med izvajanjem in interpretacijo teh izkušenj. Ko otrok spoznava samega sebe med svojo vključenostjo, razvija svojo osebno moč, interese in vrednote. V zgodnjem otroštvu je voljna izbira povezana predvsem z aktivnostjo, kasneje se razširi na bolj kompleksne osebne projekte, kjer pridobiva otrok tudi nove vloge in obveznosti (Kielhofner, 2008b). Otroci s SAM imajo z voljno izbiro težave, ki lahko nastopijo zaradi motenj na področju praksije ali pa z nizkim nivojem odzivnosti na različne senzorne dražljaje. Zato potrebujejo več spodbude s strani okolice in drugačne strategije pri spodbujanju k raziskovanju kot tipično razvijajoči otroci. Interes za konkretne nove aktivnosti razvijejo šele po tem, ko imajo več pozitivnih izkušenj z njimi.

Okolje otrokom nenehno ponuja različne možnosti za izvajanje aktivnosti. Z izvajanjem le-teh pridobivajo dragocene občutke, ki oblikujejo njegovo voljo ter nadaljnjo motivacijo. Motivacija vpliva na to, ali se bo otrok vključil v aktivnost ali ne, k odločitvi lahko vpliva tudi družina, saj ima na otroka velik vpliv s svojimi vrednotami. Otrok, ki se počuti sposobnega in je učinkovit pri izvajanju plezalnih aktivnosti, bo tako motiviran tudi za nadaljnje izvajanje le-teh. Medtem ko pa bodo otroci z negativnimi izkušnjami plezanje

najverjetneje opustili. Zato je pri slednjih pomembno pridobivanje pozitivnih izkušenj in interpretiranje negativnih. Proces volje je pri otrocih z MAS ter pridruženo MDR zaradi nižjih kognitivnih sposobnosti ter posledične težje interpretacije občutkov, ki jih doživljajo ob izvajanju aktivnosti in so večkrat le ti občutki negativni, zaradi motenj na senzornem, socialnem, čustvenem ter motoričnem področju otežen.

Namen prispevka je prikazati del rezultatov izvedene raziskave, v kateri smo opazovali razvoj volje ter motivacijo otrok s SAM za plezalne aktivnosti skozi pozitivno plezalno izkušnjo. Oblikovali smo naslednje raziskovalno vprašanje:

Ali lahko pripravljalne aktivnosti pomagajo k zvišanju motivacije za plezanje pri otrocih s SAM?

## METODE

Uporabljena je bila multipla študija primerov, ki smo jo izvedli v obdobju od 15. 7. 2019 do 21. 8. 2019 v Centru za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) Dolfke Boštjančič, Draga. Pri oblikovanju namenskega vzorca nam je pomagala vodja delovne terapije Silva Bajde, ki je usmerjala prvo avtorico tega prispevka pri izvedbi programa. Prva avtorica je bila članica slovenske članske plezalne reprezentance, sedaj pa se aktivno ukvarja s plezalnimi vadbami za otroke.

V raziskavo je bilo vključenih pet dečkov s SAM ter pridruženo MDR, ki so bili različne starosti (tabela 1). Vsi udeleženci so vključeni v oddelek vzgoje in izobraževanja v CUDV Draga in pred začetkom raziskav niso imeli plezalnih izkušenj.

*Tabela 2: Predstavitev udeležencev v raziskavi*

Oznaka udeleženca	A	B	C	D	E
Letnica rojstva	2014	2010	2008	2008	2007

## Zbiranje podatkov

Za ocenjevanje volje smo uporabili Vprašalnik volje pri otroku – Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ) (Basu et al., 2008).

Ocenjevalni instrument je zasnovan za ocenjevanje volje pri otrocih, starih med 2 in 6 let, vendar se je v praksi izkazal tudi pri ocenjevanju starejših otrok in najstnikov z motnjo v duševnem razvoju (Kielhofner et al., 2008). Ocenjevalni inštrument sestoji iz štirinajstih vedenjskih postavk, ki jih ocenjujemo s pomočjo ocenjevalne skale razdeljene v štiri kategorije. Če otrok, kljub spodbudi in pomoči, ne pokaže odziva, vedenjsko postavko ocenimo kot »pasiven«, pri maksimalni pomoči ga ocenimo kot »neodločen«, če je potrebna minimalna pomoč oziroma spodbuda kot »vključen«, kot »samostojen« pa ocenimo vedenje pri katerem otrok ne potrebuje naše pomoči ali spodbude (Király-Alvarez, 2015). Pri oblikovanju postavk so avtorji PVQ-ja upoštevali nivoje razvoja volje: raziskovanje, kompetenca in uspeh.

## Potek raziskave

Obravnave so bile individualne, trajanje obravnave pa smo prilagodili glede na sposobnosti ter interes udeleženca, v povprečju pa so trajale od 20 do 40 minut. Udeleženec A je imel tri obravnave, udeleženca B in E vsak po štiri, udeleženca C in D pa sta imela sedem oziroma

pet obravnav. Za lažjo izvedbo analize pa so bile obravnave posnete. Pred začetkom obravnav je bilo izvedeno začetno ocenjevanje PVQ. Po vsaki obravnavi je bila izvedena video analiza, na podlagi katere smo izpolnili PVQ, nato pa je bil posnetek obravnave uničen. Na koncu raziskave je bila izvedena primerjalna analiza rezultatov PVQ-jev za vsakega udeleženca posebej.

### **Etični vidik raziskave**

Pred začetkom raziskave je bilo pridobljeno dovoljenje Strokovnega sveta CUDV Draga za opravljanje raziskovalnega dela v njihovi instituciji.

### **REZULTATI**

Pri pridobivanju novih izkušenj je izbira pripravljalnih aktivnosti, ki predstavljajo za otroka ravno pravšnji izziv, pomembna, saj ima tako možnost postopno razvijati spretnosti in pridobivati občutek učinkovitosti, kar pozitivno vpliva na višanje nivoja volje.

Pri udeležencih smo skušali zanimanje za plezanje spodbuditi z različnimi pripravljalnimi aktivnostmi:

- Igra z žogo na letveniku – aktivnost plezanja po letveniku je za razliko od plezanja na plezalni steni lažja, saj zahteva od udeleženca manjšo mero ravnotežja ter enostavnejše motorično načrtovanje gibov. Kljub temu, smo pri udeležencu C in D lahko opazili težave pri motoričnem načrtovanju. Noben od njiju ni kazal odpora, kljub temu, da sta bila na začetku aktivnosti neuspešna. Z nekaj poskusi ter demonstracijo sta uspela priti do žoge in ko sta enkrat gibanje osvojila, sta bila od tedaj na letveniku vselej uspešna.
- Vlečenje po vrvi v klanec – udeleženci so se pri tej pripravljalni aktivnosti s pomočjo debelejših vrvi povzpeli na klanec iz blazin. Aktivnost je od udeleženca zahtevala dobro motorično načrtovanje, koordinirano gibanje rok ter dobro ohranjanje ravnotežja na mehkih blazinah. Pripravljalna aktivnost se je izkazala kot bolj zahtevna, saj sta udeleženca C in D gibanje rok osvojila s težavo, medtem ko udeleženca A in B gibanja sploh nista osvojila.
- Plezanje po viseči lestvi – viseča lestev je bila pritrjena na steno. Za plezanje po njej je potrebno dobro motorično načrtovanje, zadostna fizična moč rok za premagovanje sile teže, koordinirano gibanje rok in nog ter ohranjanje ravnotežja. Plezanje po lestvi se je izkazalo kot precej zahtevna aktivnost. Udeleženca A in B tega nista bila sposobna izvesti, udeleženca C in D sta potrebovala fizično pomoč, medtem ko je udeleženec E aktivnost opravil brez pomoči.
- Plezanje po letveniku – aktivnost je se je odvijala na poligonu, ki je bil sestavljen iz lesenih stopnic, ki so vodile do plezalne stene, na kateri je bil pritrjen letvenik. S premagovanjem stopnic, udeleženec pridobiva ravnotežje, ki je pomembno za kasnejše plezanje oziroma izpopolnjuje vzorec plazenja, ki je prav tako zelo pomemben za nadaljnji razvoj plezanja. Poligon smo uporabili pri udeležencih A in B, ki imata večje težave z motoričnim načrtovanjem kot ostali udeleženci v raziskavi.
- Hoja po klopi – poligon bil sestavljen iz klopi, na koncu le-te pa je bila gimnastična skrinja, naslonjena ob plezalno steno, na katero so morali udeleženci splezati. Hoja po klopi zahteva dobro ohranjanje ravnotežja, s plezanjem na gimnastično skrinjo pa udeleženec pridobiva plezalne spretnosti, ki so podlaga za razvoj kompleksnejših plezalnih spretnosti. Pri pripravljalni aktivnosti sta sodelovala udeleženca C in D in z aktivnostjo nista imela težav.

- Visenje v pasu - udeleženca A in B še nista imela dovolj razvitih potrebnih motoričnih spretnosti, da bi bila sposobna plezanja na plezalni steni. Preko plezalnega pasu smo ju pripeli na plezalno vrv, ter ju nadzorovano gugali. S tem smo nadzorovali priliv vestibularnih dražljajev, ju privajali na višino, poleg tega pa sta se od stene odrivala z nogami ter s tem dobila dodatne proprioceptivne dražljaje. Ob enem je to lahko tudi pripravljalna aktivnost za spuščanje po steni navzdol, ki po navadi udeležencem predstavlja še večjo težavo kot plezanje navzgor.

### **Rezultati PVQ ocenjevanja – udeleženec A (tabela 2)**

Pri prvem ocenjevanju je bilo 10/14 postavk ocenjenih s »pasiven«, ostale štiri z »neodločen«. Pri končnem opazovanju je bilo s »pasiven« ocenjenih 5/14 vedenjskih postavk. Dve na nivoju kompetence ter tri na nivoju uspeha. Najvišje ocenjena postavka je bila postavka »poskuša doseči učinek« na nivoju raziskovanja z oceno »zavzet«. Ostale postavke tega nivoja so bile ocenjene z »neodločen«. Na nivoju kompetence je prišlo do izboljšanja treh vedenjskih postavk za eno oceno, medtem ko na nivoju uspeha nismo zabeležili izboljšanja. Skupno je prišlo do izboljšanja 6/14 vedenjskih postavk.

### **Rezultati PVQ ocenjevanja – udeleženec B (tabela 2)**

Pri prvem ocenjevanju je bilo 10/14 vedenjskih postavk ocenjenih s »pasiven«. Ostale štiri postavke – ena na nivoju raziskovanja, dve na nivoju kompetence ter ena na nivoju uspeha – so bile ocenjene z »neodločen«. Pri končnem opazovanju, je bilo s »pasiven« ocenjenih še 5/14 vedenjskih postavk, 8/14 z »neodločen« ter ena postavka z »zavzet«. Najvišje ocenjena postavka je bila »poskuša doseči učinek« na nivoju raziskovanja, in sicer z oceno »zavzet«. Skupno je prišlo do izboljšanja 6/14 vedenjskih postavk, vseh na nivoju raziskovanja ter kompetence.

### **Rezultati PVQ ocenjevanja – udeleženec C (tabela 2)**

Pri prvem ocenjevanju je bilo 9/14 vedenjskih postavk ocenjenih z »neodločen«, ostalih pet s »pasiven«. S »pasiven« so bile ocenjeni dve postavki na nivoju raziskovanja, ter tri na nivoju uspeha. Pri končnem ocenjevanju so bile z »zavzet« ocenjeni dve postavki na nivoju raziskovanja, tri na nivoju kompetence ter ena na nivoju dosežka. Ostale postavke nivoja raziskovanja in kompetence so bile ocenjene z »neodločen«, vedenjske postavke nivoja uspeha pa s »pasiven«. Skupno je prišlo do izboljšanja 8/14 vedenjskih postavk na vseh treh nivojih volje.

### **Rezultati PVQ ocenjevanja – udeleženec D (tabela 2)**

Pri prvem ocenjevanju je bilo 7/14 vedenjskih postavk ocenjenih s »pasiven«, ostalih sedem z »neodločen«. S »pasiven« so bile pri končnem ocenjevanju ocenjene le tri vedenjske postavke na nivoju uspeha, z »neodločen« je bilo ocenjenih sedem vedenjskih postavk na prvih dveh nivojih volje, najvišje pa so bile z oceno »zavzet« ocenjene štiri vedenjske postavke. Končno je prišlo do izboljšanja pri 7/14 vedenjskih postavkah na vseh treh nivojih volje.

### **Rezultati PVQ ocenjevanja – udeleženec E (tabela 2)**

Pri prvem ocenjevanju so bile 3/14 vedenjskih postavk ocenjenih s »pasiven«, 3/14 z »neodločen« ter 8/14 vedenjskih postavk z »zavzet«. Pri končnem opazovanju je bilo z »zavzet« ocenjenih 9/14 vedenjskih postavk na vseh treh nivojih volje, 3/14 vedenjskih

postavk z »neodločen« ter 2/14 s »pasiven«. Končno je prišlo do izboljšanja pri 2/14 vedenjskih postavkah, in sicer pri postavki »poskuša rešiti probleme« na nivoju kompetence, ter pri postavki »išče izzive« na nivoju uspeha.

Tabela 3: Rezultati prvega in zadnjega P/VQ ocenjevanja udeležencev

Postavka PVQ	A			B			C			D			E			
	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	S
R Kaže radovednost																
R Začenja akcijo/aktivnost																
R Izraža prioriteto																
R Poskuša doseči učinek																
R Poskuša nove stvari																
K Vztraja pri aktivnosti																
K Usmerjen na nalogo																
K Izraža zad. pri obvladovanju																
K Uri spretnosti																
K Poskuša rešiti probleme																
D Vztraja pri aktivnosti do konca																
D Išče izzive																
D Organizira/prilagaja okolje																
D Uporablja domišljijo																

**Legenda:** P = pasiven; N = neodločen; Z = zavzet; S = spontan/samostojen; R = raziskovanje; K = kompetenca; D = dosežek

- Prvo ocenjevanje
- Končno ocenjevanje

## **RAZPRAVA**

Znano je, da se otroci s SAM redkeje vključujejo v prostočasne aktivnosti. Prostočasne aktivnosti prispevajo k višji kakovosti življenja vsakega posameznika, vključno s tistimi z različnimi motnjami. Pri teh je največkrat potrebna pomoč pri izbiri ter raziskovanju aktivnosti (Turygin, Matson, 2014), zato smo v raziskavi uporabili različne pripravljalne aktivnosti, za postopno raziskovanje njim nove aktivnosti, ter morebitno zvišanje stopnje volje.

Pri primerjavi PVQ rezultatov prvega in končnega opazovanja, smo zabeležili izboljšanje pri večini vedenjskih postavk prvih dveh nivojev volje pri udeležencih A, B, C in D. Na nivoju raziskovanja, smo zabeležili izboljšanje le pri postavki »vztraja pri aktivnosti do konca« pri udeležencu C in D, ter pri postavki »išče izzive« pri udeležencu E. Izboljšanje vedenjskih postavk je bilo minimalno, tako da o zvišanju nivoja volje ne moremo govoriti. Volja udeležencev A, B, C in D je ostala na nivoju raziskovanja, pri udeležencu E pa na nivoju kompetence. Slednji udeleženec je za plezanje že na začetku pokazal največ motivacije, ter bil pri izvedbi pripravljalnih aktivnosti ter plezanja na plezalni steni najbolj samostojen. Pri udeležencih, katerih volja je na nivoju raziskovanja je bilo potrebno največ prilagajanja pripravljalnih aktivnosti, saj je pomembno, da jim zagotovimo varno in spodbujajoče okolje (Hamm, Yun, 2018), kjer si skozi pozitivne izkušnje gradijo zaupanje v svojo osebno moč, katero potrebujejo za nadaljnjo sodelovanje v aktivnosti ter pri iskanju novih izzivov (Askins et al., 2013). Pri načrtovanju plezalnih aktivnosti za udeležence, ki so še vedno na nivoju raziskovanja je pomembno, da jim zagotovimo čim več različnih situacij, ki ponujajo različne senzorne dražljaje v varnem okolju, saj negativne izkušnje negativno vplivajo na osebno moč.

Številni avtorji navajajo nižjo stopnjo sodelovanja otrok s SAM v prostočasnih aktivnostih, razlogi za manjšo sodelovanje pa so različni (Hamm, Yun, 2018; Racliff et al, 2018, Turygin, Matson, 2014). Nižjo motivacijo za vključevanje v prostočasne aktivnosti smo opazili tudi pri naši raziskavi, pri kateri nam je s pomočjo pripravljalnih aktivnosti uspelo minimalno izboljšati njihovo motivacijo za plezanje.

V raziskavi je sodelovalo majhno število udeležencev, zato ugotovitve raziskave ni mogoče posploševati. Za večji viden napredek pri motivaciji za plezanje pa bi bilo potrebno izvesti še večje število obravnav, kot smo jih izvedli pri naši raziskavi.

## **ZAKLJUČEK**

V izvedeni raziskavi smo zabeležili le minimalno povečanje motivacije udeležencev za plezanje. Rezultati raziskave nakazujejo na pozitiven vpliv pripravljalnih aktivnosti na motivacijo otrok s SAM za plezanje, vendar bi za potrditev le tega potrebovali izvesti večje število obravnav. Plezanje ima v motoričnem razvoju otroka velik pomen, zato je smiselno v obravnave otrok s SAM vključevati pripravljalne aktivnosti ki vključujejo različna plezalna gibanja, vendar moramo pri tem paziti na zahtevnost pripravljalne aktivnosti, saj lahko prezahtevna aktivnost povzroči negativne občutke, ki zmanjšujejo motivacijo.

## LITERATURA

- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. 3rd ed. *Am J Occup Ther* 68(1): S1-S48.
- Askins L, Diasio B, Szewerniak D, Cahill SM (2013). Children with developmental disabilities and their motivation to play. *Open J Occup Ther* 1(4): 1-11. doi: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1062>.
- Ayres JA (2005). Sensory integration and the child. Los Angeles: Western Psychological Services, 87.
- Basu S, Kafkes A, Schatz R, Kiraly, Kielhofner G (2008). Pediatric Volitional Questionnaire. Chicago: University of Illinois.
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Signs and symptoms of autism spectrum disorder. Dostopno na: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html> <23. 03. 2020>.
- Copeland NJ (2018). What is autism spectrum disorder? American psychiatric association. Dostopno na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder> <23. 03. 2020>.
- Čeklič U, Šimunič B, Pišot R (2016). Pojavnost vzorca plazenja v zgodnjem otroštvu. In: Plevnik M, Pišot R, eds. Razvoj elementarnih gibalnih vzorcev v zgodnjem otroštvu. Koper: Univerzitetna založba Annales, 119- 26.
- Dunn W, Little L, Dean E, Robertson S, Evans B (2016). The state of the science on sensory factors and their impact on daily life for children: a scoping review. *OTJR* 36(2): 3S-26S. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1539449215617923>.
- Hamm J, Yun J (2018). The motivational process for physical activity in young adults with autism spectrum disorder. *Disabil Health J* 11(4): 644-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.05.004>.
- Herrewegen J, Molenbroek J, Goossens H (2004). Children`s climbing skills. Amsterdam: Jep Design. Dostopno tudi na: <http://wear2.io.tudelft.nl/files/r&t007-04.pdf> <24. 03. 2020>.
- Hill TL, Gray AOs, Kamps LJ, Varela RE (2015). Age and adaptive functioning in children and adolescents with ASD: the effect of intellectual functioning and ASD symptom severity. *J Autism Dev Disord* 45(12):4074-83. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2522-6>.
- Jussila K, Junttila M, Kielinen M et al. (2020). Sensory abnormality and quantitative autism traits in children with and without autism spectrum disorder in an epidemiological population. *J Autism Dev Disord* 50(1): 180-88. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04237-0>.
- Kielhofner G (2008a). The basic concepts of human occupation. In: Kielhofner G, eds. Model of human occupation. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 11-23.
- Kielhofner G (2008b). Volition. In: Kielhofner G, eds. Model of human occupation. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 32-50.
- Kielhofner G, Cahill SM, Forsyth K et al. (2008). Observational assessment. In: Kielhofner G, eds. Model of human occupation. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 217-61.
- Kiraly-Alvarez A (2015). Assessing volition in pediatrics: using the volitional questionnaire and the pediatric volitional questionnaire. *Open J Occup Ther* 3(3): 1-22. doi: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1176>.

- Kodak T, Bergmann S (2020). Autism spectrum disorder characteristics, associated behaviors, and early intervention. *Pediatr Clin North Am* 67(3): 525-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.007>.
- Leskošek B (2003). Osnovni pojmi in pravila. In: Cecić-Erpič S, Čufar M, Grilc P, Guček V, Leskošek B, Simonič A, eds. *Osnove športnega plezanja*. Ljubljana: Fakulteta za šport,
- Plevnik M, Pišot R (2016a). Razvoj elementarnega gibalnega vzorca plezanja v zgodnjem otroštvu. In: Plevnik M, Pišot R, eds. *Razvoj elementarnih gibalnih vzorcev v zgodnjem otroštvu*. Koper: Univerzitetna založba Annales, 95-118.
- Plevnik M, Pišot R (2016b). Vloga in pomen elementarnih gibalnih vzorcev v razvoju otroka. In: Plevnik M, Pišot R, eds. *Razvoj elementarnih gibalnih vzorcev v zgodnjem otroštvu*. Koper: Univerzitetna založba Annales, 29-36.
- Ratcliff K, Hong I, Hilton C (2018). Leisure participation patterns for school age youth with autism spectrum disorders: findings from the 2016 national survey of children's health. *J Autism Dev Disord*. 48(11):3783-93. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3643-5>.
- Sanz-Cervera P, Pastor-Cerezuela G, González-Sala F, Tárraga-Mínguez R, Fernández-Andrés MI (2017). Sensory processing in children with autism spectrum disorder and/or attention deficit hyperactivity disorder in the home and classroom contexts. *Front Psychol* 8(1772): 1-12. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01772>.
- Siegel FR, Fryer S (2015). Rock climbing for promoting physical activity in youth. *Am J Lifestyle Med* 11(3): 243- 51. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1559827615592345>.
- Taylor RR (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation (5th edition)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Tonnsen BL, Boan AD, Bradley CC, Charles J, Cohen A, Carpenter LA (2016). Prevalence of autism spectrum disorders among children with intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil* 121(6): 457-500. doi: <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.6.487>.
- Turygin NC, Matson JL (2014). Adaptive behavior, life skills, and leisure skills training for adolescents and adults with autism spectrum disorders. In: Volkmar F, Reichow B, McPartland JC, eds. *Adolescents and adults with autism spectrum disorders*. New York: Springer-Verlag, 131-60.

## ZNANJE PRVE POMOČI MED SLOVENSKIMI DELOVNIMI TERAPEVTI

### THE KNOWLEDGE OF FIRST AID SKILLS AMONG SLOVENIAN OCCUPATIONAL THERAPISTS

dr. Alenka Oven<sup>1</sup>, univ. dipl. org., dipl. del. ter., dr. Damjan Slabe<sup>2</sup>, prof. zdr. vzg.  
<sup>1,2</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Delovni terapevti so moralno in pravno zavezani k dajanju prve pomoči. Kompetence usvojijo tekom študija, dolžnost jih veže celo življenje. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je znanje prve pomoči med delovnimi terapevti v Sloveniji. **Metode dela:** spletni anketni vprašalnik je izpolnil 201 delovni terapevt. **Rezultati:** Anketirani v večini poznajo smernice za oživljanje. Ne nujne ukrepe poznajo bolje kot nujne. Nižje raven znanja izkazujejo v povezavi z globino stisov prsnega koša, nekaterimi novostmi in dilemami pri dajanju prve pomoči. Velika večina jih meni, da bi morali znanje obnoviti. **Razprava in ugotovitve:** Osnovni pogoj za učinkovito ukrepanje je znanje, to je nižje pri anketiranih, pri katerih je od zaključka študija preteklo več časa. Anketiranci ob misli, da bi morali oživljati osebo, doživljajo visoko raven stresa. Omočiti jim je treba obnovitev znanja na usposabljanjih, ki bodo osredotočena na oživljanje, na novosti ter na razjasnitev dilem v zvezi z dajanjem prve pomoči.

**Ključne besede:** temeljni postopki oživljanja, nujni ukrepi, novosti, dileme, delovna terapija

#### ABSTRACT

**Introduction:** Occupational therapists have a legal and moral obligation to provide first aid. They are trained during their studies and are obliged to fulfil this duty for the rest of their lives. The aim of the study was to examine the knowledge of first aid skills among Slovenian occupational therapists. **Methods:** An online survey was completed by 201 occupational therapists. **Results:** The respondents mostly knew CPR guidelines. They were more familiar with non-emergency than emergency first aid procedures. They knew less about the depth of chest compressions, some novelties and first aid-related dilemmas. Most respondents felt they should refresh their knowledge. **Discussion and conclusions:** Any effective action relies on relevant knowledge, which was lower in respondents who completed their studies less recently. The thought of having to resuscitate a person caused significant stress in the respondents. It is essential to provide refresher training courses, focused on resuscitation and novelties, as well as to resolve dilemmas surrounding first aid.

**Keywords:** basic life support, emergency measures, novelties, dilemmas, occupational therapy.

#### IZHODIŠČA

Delovni terapevti (DTh) svoje znanje in izkušnje uporabljajo v delovnoterapevtskih intervencijah za podporo sodelovanju in zdravju uporabnikov, pri čemer so odgovorni za vse vidike svojih storitev, vključno za varnost in učinkovitost obravnave (AOTA, 2014). V

Sloveniji so zaposleni na različnih področjih, srečujejo se s posamezniki različnih starosti in z različnimi težavami na številnih področjih svojega dela. Glede na naravo dela, se v delovnem ali domačem okolju lahko soočijo tudi z nepredvidljivimi, nujnimi situacijami in dogodki, kot so poškodbe ali (nenadna) poslabšanja zdravstvenega stanja uporabnika. Zato je pomembno, da poznajo in so veščiji postopkov prve pomoči (PP).

DTh so zaradi intenzivne in tesne interakcije z uporabniki (Edwards, Dirette, 2010; Balogun et al., 2002) ter drugih različnih dejavnikov pri delu (Wressle, Samuelsson, 2014) izpostavljeni stresu. Med njimi izstopajo situacije, ko zahteve dela presegajo njihove fizične in/ali psihične sposobnosti (Mutkins et al., 2011). Nenehno doživljanje stresa ima na DTh negativen vpliv (Edwards, Dirette, 2010). Med situacije, ki so še posebej stresne, sodi nudenje PP, zlasti izvajanje temeljnih postopkov oživljanja (TPO) z uporabo zunanega eksternega defibrilatorja (AED) ob srčnem zastoju, predvsem v primeru, če so bili neuspešni (McMeekin et al., 2017; Hunziker et al., 2013).

Srčni zastoj je glavni razlog umrljivosti ljudi po vsem svetu (Zhang, 2015). V Sloveniji zaradi srčnega zastoja letno umre okoli 2.000 ljudi (NIJZ, 2013), velik delež preživelih ima dolgoročne posledice in so odvisni od tuje pomoči in nege (Makota in Gradišek, 2017).

Pravilno izvedeni in pravočasni TPO rešujejo življenja, zato morajo biti zdravstveni delavci, med katere sodijo tudi DTh, z njimi seznanjeni in nanje optimalno pripravljene. Svoje znanje in veščine morajo ves čas obnavljati, saj se, kot navaja Gradišek s sodelavci (2015), pozabijo že v prvih mesecih po učenju. Yoldaş in sodelavci (2016) pa opozarjajo, da se morajo zdravstveni delavci zaradi nenehnega izboljševanja pristopa pri TPO in spreminjanja smernic na področju PP o tem seznanjati v rednih časovnih obdobjih, saj so le učinkovita izobraževanja pogoj za uspeh.

Kot zdravstveni delavci so DTh v Sloveniji po zakonu dolžni dati PP, ki je po obsegu širša od splošne dolžnosti vsakega občana in jim nujne pomoči ni dovoljeno zavrnilo, razen, če bi s tem ogrozili svoje življenje (Balažic, 2006). K dajanju PP pa jih še dodatno zavezuje poklicna etika v Kodeksu etike delovnih terapevtov Slovenije (ZDTS, 2018). Balažic (2006) poudarja, da za nevednost oz. neznanje zdravstvenega delavca ni opravičila, saj sodi znanje PP v temeljni minimum znanja, ki si ga je vsak dolžan pridobiti sam.

Usposabljanje za PP je vključeno v dodiplomsko izobraževanje zdravstvenih delavcev, znanje se preverja tudi na strokovnem izpitu. Z oddaljenostjo od zaključka izobraževanja pa se raven znanja niža (Slabe, 2016). Tudi Arding (2008) navaja, da znanje PP hitro zastara oz. se ga pozabi, če se ga ne obnavlja in utrjuje. Pomen permanentnega izobraževanja iz PP, ki je bistveno za ohranjanje znanja in spretnosti, poudarja tudi IFRC (2011). Vsi zdravstveni delavci v Sloveniji morajo večino TPO posodobiti vsaj vsakih sedem let (Pravilnik, 2006). Vendar podatkov o izvajanju te smernice primanjkuje.

Slabe (2016) navaja, da so zdravstveni delavci pogosto zelo kritični do znanja laikov, preredko pa se vprašajo, ali sami dovolj dobro poznajo najnovejše smernice PP in njihovo praktično izvedbo. Do sedaj v Sloveniji, po našem vedenju pa tudi v tujini, še ni bila izvedena študija, ki bi ugotavljala (teoretično) znanje PP pri DTh.

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je znanje slovenskih DTh o ukrepih PP, koliko so seznanjeni z novostmi, kako ocenjujejo svoje znanje PP, koliko stresa jim predstavlja misel, da bi morali nekoga oživljati in ali menijo, da bi znanje PP morali obnoviti.

## METODE

Zbiranje podatkov v kvantitativni raziskavi je potekalo s pomočjo strukturiranega spletnega anketnega vprašalnika v obdobju med 8. 10. in 15. 11. 2018. Zasnovali smo ga na predhodnih raziskavah avtorja (Slabe, 2016; Slabe et al., 2016) in oblikovali s pomočjo odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje 1KA. Vprašalnik je predhodno preizkusila skupina desetih strokovnih ocenjevalcev (urgentni zdravniki, metodologi, izkušeni DTh). Ker nismo prejeli pripomb, smo vprašalnik uporabili v izvorni obliki. Vprašalnik je zajemal sklope vprašanj o znanju temeljnih postopkov oživljanja (TPO), o poznavanju nujnih in ne nujnih ukrepov PP, novostih na področju PP, o samooceni znanja PP in stopnji stresa ob morebitnem izvajanju TPO ter opredelitvi do usposabljanja iz PP. Na koncu so udeleženci izpolnili demografske podatke o spolu, starosti, delovni dobi in področju zaposlitve.

Povabilo k prostovoljnemu sodelovanju s hiperpovezavo do spletne ankete smo DTh na njihove e-naslove poslali na osnovi podatkov iz baze Zdravstvene fakultete. Prosili smo jih, da anketo posredujejo sodelavcem, ki je morda niso prejeli. Sodelujoči so bili naprošeni, naj na vprašanja odgovorijo samostojno, ne da bi iskali informacije s pomočjo virov. Zagotovili smo jim anonimnost in upoštevali etična načela raziskovanja.

Podatke smo analizirali z deskriptivno statistiko, za prikaz smo uporabili računalniški programom Microsoft Excel 2010 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA).

## REZULTATI

Od 201 DTh, ki so sodelovali v raziskavi, jih je 169 (84 %) odgovorilo na vsa vprašanja. Večina so bile ženske (95,9 %), stare med 22 in 60 let ( $M = 36,47$ ;  $SD = 10,21$ ). 34,9 % jih je bilo starih med 22 in 30 let, 52,7 % od 31 do 50 let, 12,4 % pa je bilo starih med 51 in 60 let. Imele so med 0 in 39 let ( $M = 12,53$ ;  $SD = 10,73$ ) delovnih izkušenj. Več kot tretjina (36,7 %) je imela manj kot 5 let, skoraj polovica (47,9 %) med 6 in 25 let delovnih izkušenj, 15,4 % pa je kot DTh zaposlena več kot 25 let. Sodelujoči so bili zaposleni na naslednjih področjih: rehabilitacija (19,5 %), geriatristrija (33,7 %), duševno zdravje (14,8 %), pediatrija (11,2 %), odrasli z motnjo v duševnem razvoju (5,3 %), poklicna rehabilitacija (5,9 %) in drugo (9,6 %).

*Tabela 1: Odgovori sodelujočih na vprašanja o TPO*

Vprašanje	Pravilen odgovor (%)	nepravilen odgovor (%)	N
Kaj bi naredili, če bi se pred vašimi očmi nekdo zgrudil in negibno obležal na tleh?	75 %	25 %	201
Kakšno je pravilno razmerje stisov prsnega koša in umetnega dihanja pri odraslem človeku?	82 %	18 %	201
Kolikšna je globina stisov prsnega koša pri odraslem človeku?	15 %	85 %	193
Kje je pravilno mesto izvajanja stisov prsnega koša pri odraslem človeku?	78 %	22 %	193

Kaj pri oživljanju odrasle osebe izvajamo najprej: dva vpiha ali stise prsnega koša?	62 %	38 %	193
Ali lahko v primeru zadržkov izvajamo TPO brez vpihov?	85 %	15 %	193
Ali bo AED (defibrilator) dovolil električni sunek, če ta ni potreben?	72 %	28 %	193

Največ sodelujočih (85 %) je pravilno na vprašanje o možnosti izvajanja TPO brez vpihov v primeru zadržkov, enak odstotek je nepravilno odgovorilo na vprašanje o globini stisov prsnega koša (Tabela 1).

Tabela 2: Poznavanje nujnih ukrepov PP

Trditev	pravilen odgovor (%)	nepravilen odgovor (%)	N
Če naletimo na ponesrečenca, najprej poskrbimo za svojo varnost.	95 %	5 %	184
Če smo sami ob otroku, ki ne diha, najprej pokličemo nujno medicinsko pomoč, nato začnemo s temeljnimi postopki oživljanja.	56 %	44 %	184
Negibno osebo, pri kateri ugotovimo občasne (agonalne) vdihe, namestimo v stabilni bočni položaj.	23 %	77 %	184
Hudo krvavitev zaustavimo tako, da pritisnemo direktno na krvavečo rano.	73 %	27 %	184
Osebo z znamenji akutne možganske kapi, čim prej sami odpeljemo v najbližjo zdravstveno ustanovo.	60 %	40 %	184
Osebi s hudo prsno bolečino damo aspirin.	41 %	59 %	184

Sodelujoči vedo, da je najprej potrebno poskrbeti za svojo varnost – 95 % pravih odgovorov, najmanj pa poznajo, kako ukrepati, če pri negibni osebi ugotovijo občasne vdihe – 23 % pravih odgovorov (Tabela 2).

Tabela 3: Poznavanje ne nujnih ukrepov PP

Trditev	pravilen odgovor (%)	nepravilen odgovor (%)	N
Opeklinsko rano čim prej namažemo z mazilom.	98 %	2 %	176
Izbit zob lahko že v okviru prve pomoči sami vstavimo nazaj v njegovo ležišče.	35 %	65 %	176
Pri zaužitju nevarne kemikalije (kisline ali luga) naj zastrupljeni popije 1 do 2 dcl vode.	22 %	78 %	176
Pri poškodbah kosti in sklepov naj poškodovani ne je in ne pije pred pregledom pri zdravniku.	84 %	26 %	176
Rano (npr. vreznino) razkužimo z alkoholom.	81 %	19 %	176
Poškodovanca s sumom na zlom kolka čim prej sami odpeljimo v najbližjo zdravstveno ustanovo.	96 %	4 %	176

Od ne nujnih ukrepov (Tabela 3) sodelujoči najboljše poznajo oskrbo opekline rane (98 % pravih odgovorov), najmanj pa, kako ravnati ob zaužitju kemikalije (22 % pravih odgovorov).

Velika večina (96 %) bi v primeru, da bi potrebovali medicinsko pomoč v Sloveniji, poklicala telefonsko številko 112, če bi tako pomoč potrebovali na Hrvaškem, bi številko 112 poklicalo 68 % sodelujočih. 70 % jih pozna skupno evropsko telefonsko številko za klic v sili.

Tabela 4: Poznavanje novosti na področju PP

Trditev	Pravilen odgovor (%)	nepravilen odgovor (%)	N
Amputiranega dela telesa (npr. prsta) ne smemo položiti direktno na led ali na zamrzovalne vložke.	84 %	16 %	174
V kompletu prve pomoči za avtomobiliste je britvica z držalom.	59 %	41 %	174
Osebi z epileptičnim napadom med zobe damo trd predmet, da si ne pregrizne jezika.	70 %	30 %	174
Pri ugrizu kače v nogo kot ukrep prve pomoči nogo prevezemo.	42 %	58 %	174
Če se med kosilom komu zaleti in začne močno kašljati, ga moramo spodbujati, da še naprej kašlja.	82 %	18 %	174
Če smo ob osebi s srčnim zastojem sami, je ne zapuščamo, da bi pridobili AED.	53 %	47 %	174

Pri novostih s področja PP (Tabela 4) so sodelujoči najboljše seznanjeni z oskrbo amputiranega dela telesa (84 % pravih odgovorov), najmanj pa z ukrepi PP pri ugrizu kače (42 % pravih odgovorov).

Na vprašanje oz. dilemo kako bi ukrepali, če bi bili sami in priča padcu osebe z višine približno 10 metrov (npr. s češnje), ki je negibno obležala na trebuhu, je bilo možnih več odgovorov. Od 172 sodelujočih bi jih 82 % preverilo, če diha, 5 % bi jih osebo obrnilo na hrbet, 93 % bi poklicalo nujno medicinsko pomoč, 64 % bi začelo z oživljanjem, če oseba ne bi dihala, če bi bila oseba nezavestna in bi dihala, bi jo 19 % obrnilo v stabilni bočni položaj in 63 % sodelujočih osebe ne bi premikalo.

Na vprašanje, kako bi ukrepali v primeru, da pristopijo k poškodovanemu v prometni nesreči (voznik, ki se nahaja v avtomobilu), za katerega so ugotovili, da se ne odziva in ne diha, je 52 % sodelujočih pravilno odgovorilo, da bi poklicali nujno medicinsko pomoč, voznika skušali izvleči iz avtomobila in ga začeli oživljati.

Sodelujoči so z lestvico od 0 do 10 ocenili svoje teoretično ali praktično znanje PP (0 = znanja sploh nimam, 10 = odlično znanje), pri čemer so dosegli povprečno oceno 7,2. Prav tako so z lestvico od 0 do 10 ocenili, koliko stresa jim predstavlja misel, da bi morali oživljati

neznano odraslo osebo (0 = nič stresa, 10 = najvišja možna stopnja stresa). Povprečna ocena doživljanja stresa pri sodelujočih je 7,9 (Tabela 5).

Tabela 5: Samoocena znanja PP in stopnje doživljanja stresa ob misli na izvajanje TPO

N =172	Ocena											M	s. o.
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
samoocena znanja PP	0%	1%	2%	5%	9%	15%	16%	27%	19%	3%	0%	7,2	1,88
samoocena stopnje stresa	1%	1%	4%	6%	5%	10%	10%	14%	16%	13%	19%	7,9	2,52

92 % vseh anketiranih meni, da bi morali obnoviti znanja PP. 80 % bi se tečaja PP udeležilo, če bi jih kdo obvestil, kdaj in kje bo, 88 % pa, če bi bil tečaj brezplačen.

## RAZPRAVA

V raziskavi, izvedeni na vzorcu 201 slovenskem DTh, smo ugotavljali, kakšno je njihovo znanje o izbranih ukrepih PP (o poznavanju TPO in nekaterih nujnih in nenehnih ukrepov), ali so seznanjeni z novostmi na področju PP, kako ocenjujejo svoje znanje PP in ali menijo, da bi znanje PP morali obnoviti.

V prvem sklopu vprašanj smo preverjali znanje DTh o TPO. Anketirani v veliki večini vedo, da v primeru zadržkov lahko izvajamo pri oživljanju tudi samo stiske prsnega koša brez vpihov. To navodilo je pomembno še zlasti v primeru nevarnosti zastrupitve ali okužbe, kot jo predstavlja COVID-19 (SZUM, 2020). Vendar aktualne smernice za oživljanje (Gradišek et al., 2015) izpostavljajo, da naj usposobljeni očitvidci srčnega zastoja, če je to le mogoče, izvajajo stise prsnega koša v kombinaciji z vpihi. Ustrezno razmerje stiskov prsnega koša in vpihov pri oživljanju odrasle osebe (30 : 2) velika večina anketiranih DTh pozna, v primerjavi s splošno javnostjo (Slabe, 2016) precej bolje, saj je v tej raziskavi pravilno razmerje poznala le četrtnina vprašanih in bolje od slabih dveh tretjin v isti raziskavi sodelujočih zdravstvenih delavcev, ki so odgovorili pravilno. Med nepravilnimi odgovori izstopa delež DTh, ki ne pozna ustrezne globine stisov prsnega koša pri TPO. Omenjene aktualne smernice za oživljanje priporočajo globino stisov približno 5 do največ 6 centimetrov in poudarjajo, da je ustrezna globina povezana z največjo možnostjo preživetja osebe v srčnem zastoju. Vendar so tudi Burkhardt in sodelavci (2016) ugotovili, da je prav globina stisov prsnega koša med proučevanimi postopki TPO med študenti medicine in skupino zdravstvenih delavcev najslabše izvedena, kar kaže, da je prav temu postopku treba pri teoretičnem in praktičnem usposabljanju dati posebno pozornost. Dobra tretjina vprašanih tudi ne ve, da TPO pri odraslem (z izjemo utopljenca) pričnemo prav z izvajanjem stisov prsnega koša in ne z vpihi, kot je to veljalo po starih priporočilih (Derganc, 1994). Na osnovi odgovorov anketirancev ugotavljamo, da niso optimalno pripravljene za izvajanje TPO.

V drugem sklopu smo med DTh preverjali poznavanje izbranih nujnih ukrepov PP. Velika večina jih ve, da je zagotavljanje osebne varnosti (poleg varnosti žrtve in drugih očitvidcev) pri dajanju PP prvi ukrep ki ga moramo zagotoviti (Gradišek et. al., 2015; Vlahovič, 2006).

Približno tri četrtine sodelujočih tudi ve, da med ukrepe za zaustavitev hude krvavitve sodi direkten pritisk na krvavečo rano (Ahčan, Špan, 2006), medtem ko jih med splošno javnostjo ta ukrep pozna približna polovica (Slabe, 2016). Slabi dve tretjini anketiranih DTh tudi pravilno ve, da v primeru suma na akutno možgansko kap, osebe ne vozimo sami do zdravstvene ustanove, pač pa že ob prvih znakih nemudoma pokličemo telefonsko številko 112 (Švigelj, 2006). Nasprotno smo največ napačnih odgovorov dobili v povezavi z agonalnimi dihanjem in dajanjem aspirina osebi s hudo prsno bolečino. V zgodnji fazi srčnega zastoja se pogosto pojavijo občasni vdihni (predsmrtno dihanje), ki jih ne smemo zamenjevati za znake življenja (Gradišek et al., 2015). Taka oseba potrebuje TPO in ne nameščanje v položaj za nezavestnega, kar napačno meni dve tretjini vprašanih DTh. Medtem dobra polovica vprašanih ne pozna aktualnih smernice glede dajanja aspirina, ki priporočajo njegovo uporabo v predbolnišničnem okolju v prvih urah po začetku bolečin v prsni zaradi suma na srčni infarkt, saj aplikacija aspirina poveča preživetje (Gradišek et al., 2015).

Med ne nujnimi ukrepi PP skoraj vsi anketirani vedo, da v okviru PP opeklinjskih ran ne mažemo z mazili (Ahčan, 2006a), le nekaj manjši delež jih tudi ve, da poškodovanca s sumom na zlom kolka sami ne smemo odpeljati v najbližjo zdravstveno ustanovo, ampak moramo poklicati nujno medicinsko pomoč (Herman, 2006). V primerjavi s splošno javnostjo (Slabe, 2016) se je glede tega ukrepa pravilno opredelil 15 % večji delež DTh. Visok delež (< 80 %) anketiranih se je tudi pravilno opredelil, da naj pri poškodbah kosti in sklepov poškodovanec ne je in ne pije pred pregledom pri zdravniku (Al Mawed, Ahčan, 2006; Zorman, Ahčan, 2006), ter da ran v okviru PP ne razkužujemo z alkoholom. Površinske rane (in ugriznine kot izjema med globokimi ranami), sprema s pitno vodo ali predhodno prekuhano in ohlajeno vodo (Ahčan, 2006b). Glede slednjega se je napačno opredelila nekaj več kot polovica splošne javnosti (Slabe, 2016), čeprav je bila uporaba alkohola v PP pri ranah v slovenski strokovni literaturi opuščena že po letu 1950 (Dornik et al., 2013). Med nepravilnimi odgovori izstopa velik delež tistih DTh, ki ne ve, da naj zastrupljenec, ki je zaužil jedko tekočino, popije 1 do 2 dcl vode in s tem strup nekoliko razredči (Brvar, 2006) ter da lahko izbiti zob že v okviru prve pomoči vsadimo nazaj v njegovo ležišče (Gorjanc, 2006), idealno celo že v prvih petih minutah po zbitju (Andersson et al., 2012).

Pri sklopu vprašanj, s katerimi smo preverjali poznavanje novosti na področju PP, je največji delež DTh pravilno vedel, da amputiranega dela telesa ne smemo položiti direktno na led ali zamrzovalne vložke (Ahčan, 2006b) in le za dva odstotka manjši delež, da osebo pri kateri gre za delno zaporo dihalne poti in začne močno kašljati, še naprej spodbujamo, da kašlja (Gradišek et al., 2015). Slednje ve vsaj osem od desetih DTh, medtem ko je to med splošno javnostjo vedel le vsak drugi (Slabe, 2016). Več kot dve tretjini jih tudi pravilno ve, da osebi z epileptičnim napadom med zobe ne vstavljamo trdega predmeta (Švigelj, 2006), kar je nekoč veljal kot priporočljiv ukrep PP (Derganc, 1994). Po drugi strani pa dobra polovica DTh ne ve, da v okviru PP pri ugrizu kače v nogo, uda več ne prevezujemo (Brvar, 2006; Boyd et al., 2007), kar bi naredilo dobre tri četrtine splošne javnosti (Slabe et al., 2016) in dve tretji planincev, športnih plezalcev in alpinistov (Slabe et al., 2019). Podvezovanje uda v primeru ugriza kače pospeši otekanje in poveča tveganje za nastanke nekroze tkiv in drugih zapletov (Boyd et al., 2007). Nekaj manj kot polovica jih tudi ne ve, da če smo sami ob osebi

v srčnem zastoju, le te ne zapuščamo, da bi pridobili AED, kar je sicer veljalo pred letom 2015 sprejetimi smernicami za oživljanje (Gradišek et al., 2015).

Anketirani so svoje znanje PP na deset stopenjski lestvici ocenili s povprečno oceno 7,2, kar je v primerjavi s splošno javnostjo (Slabe, 2016) za 1,7 ocene višje ter približno enako, kot se je glede znanja PP v isti raziskavi samoocenila skupina zdravstvenih delavcev (7,1). Primerjava ravni znanja DTh s splošno javnostjo višjo samooceno znanja povsem opravičuje. Po drugi strani pa so anketirani DTh prav tako na deset stopenjski lestvici še višje (7,9) ocenili stopnjo doživljanje stresa ob misli, da bi morali oživljati osebo. Dejstvo je da, se DTh z oživljanjem v primerjavi z nekaterimi drugimi skupinami zdravstvenih delavcev srečajo izjemoma, ne glede na to pa so te postopke dolžni izvajati, če to od njih zahtevajo okoliščine. Prav zaradi tega ne preseneča ugotovitev, da je zelo velik delež (92 %) v raziskavi sodelujočih DTh motiviranih za obnavljanja PP, kar predstavlja spodbudo za oblikovanje obnovitvenih usposabljanj iz PP, ki bodo osredotočena na zdravstvene zaplete, s katerimi se DTh najpogosteje soočajo na različnih področjih njihovega delovanja. Do podobnega zaključka so pri ugotavljanju poznavanja TPO med slovenskimi fizioterapevti prišli Goričan in sodelavci (2017).

Sama raziskava temelji na spletnem anketnem vprašalniku, v okviru katerega so bili sodelujočim DTh v sklopih, s katerimi smo preverjali njihovo znanje PP, v večini primerov ponujena vprašanja izbirnega tipa, ki do neke mere omogočajo priklic pravilnega dogovora. Z vprašanji odprtega tipa bi bili rezultati v tem delu lahko drugačni. V raziskavi smo se osredotočili zgolj na ugotavljanje teoretičnega znanja, v PP pa je zelo pomembno tudi praktično znanje, ki bi ga veljalo v prihodnje prav tako preveriti.

## ZAKLJUČEK

DTh so kot zdravstvi delavci moralno in pravno zavezani k dajanju PP, zato sodi zanje PP v okvir njihovega bazičnega strokovnega znanja. Naše ugotovitve kažejo, da bi bilo treba uvesti intenzivna usposabljanja DTh v Sloveniji za izvajanja TPO in ostalih ukrepov PP, ter ta znanja pogosteje, kot na sedem let, kot je to trenutno formalno zahtevano, v rednih (moda celo enoletnih) presledkih obnavljati. Tudi visoko raven stresa, ki jo DTh predstavlja misel, da bi morali oživljati osebo, bi v prihodnje lahko ublažili z obnovitvenimi usposabljanji. Izražena pripravljenost DTh za obnavljanja znanja PP je dobra osnova, da je to v prihodnje čim prej smiselno udejanjiti.

## LITERATURA

- Ahčan U (2006a). Celostna obravnava opeklinjskih poškodb. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 409–33.
- Ahčan U (2006b). Rane. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 373–407.
- Ahčan U, Špan M (2006). Krvavitev. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 97–116.
- Al Mawed S, Ahčan U (2006). Poškodbe skeleta. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 459–79.
- Andersson L, Andreasen JO, Day P et al. (2012). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion

- of permanent tooth. *Dent Traumatol* 28 (2): 88–96. doi: [10.1111/j.1600-9657.2012.01125.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2012.01125.x).
- AOTA – American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. 3rd ed. *Am J Occup Ther* 68(Suppl.1): S1–S48. doi: [10.5014/ajot.2014.682006](https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006).
- Arding N (2008). Essential skills: First aid. *Summit* 49: 62–3.
- Balažic J (2006). Pravni in etični vidiki prve pomoči. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 1–5.
- Boyd JJ, Agazzi G, Svajda D, Morgan AJ, Ferrandis S, Norris RL (2007). Venomous snakebite in mountainous terrain: Prevention and management. *Wilderness Environ Med* 18(3): 190–202. doi: [10.1580/06-WEME-RA-087R.1](https://doi.org/10.1580/06-WEME-RA-087R.1)
- Brvar M (2006). Zastrupitve. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 459–79.
- Burkhardt JN, Glick JE, Terndrup TE (2014). Effect of prior cardiopulmonary resuscitation knowledge on compression performance by hospital providers. *West J Emerg Med* 15(4): 404–8. doi: [10.5811/westjem.2014.1.19636](https://doi.org/10.5811/westjem.2014.1.19636).
- Edwards H, Durette D (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occup Ther Health Care* 24(2): 119–29. doi: [10.3109/07380570903329610](https://doi.org/10.3109/07380570903329610).
- Derganc M (1994). Osnove prve pomoči za vsakogar. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Dornik S, Fink R, Slabe D (2013). Uporaba alkohola v prvi pomoči nekoč in danes. *Ujma* 27: 255–61.
- Goričan I, Strnad M, Vezonik M (2017). Poznavanje temeljnih postopkov oživljanja in uporabe avtomatskega zunanjšega defibrilatorja med fizioterapevti. In: Vajd R, Gričar M, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 194–7.
- Gorjanc M (2006). Nujna stanja v maksilofacialni kirurgiji. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 225–45.
- Gradišek P, Grošelj Grenc M, Strdin Košir A et al. (2015). Smernice za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta - Slovenska izdaja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Gradišek P, Vidmar I (2008). Temeljni postopki oživljanja. In: Ahčan UG, Said Al M, Battelino S, eds. Prva pomoč - priročnik za bolničarje. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 42–56.
- Grmec Š, Špindler M (2006). Algoritmi oživljanja pri odraslih. V: Grmec Š, Čretnik A, Kupnik D, eds. Oskrba poškodovancev v predbolnišničnem okolju. Zbirka Acuta. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 47–63.
- Herman S (2006). Zlomi kosti spodnjega uda. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 489–99.
- Hunziker S, Pagani S, Fasler K, Tschan F, Semmer NK, Marsch S (2013). Impact of a stress coping strategy on perceived stress levels and performance during a simulated cardiopulmonary resuscitation: A randomized controlled trial. *BMC Emerg Med* 13(1): 8. doi: [10.1186/1471-227X-13-8](https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-8).
- IFRC - International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2011). International first aid and resuscitation guidelines 2011. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Geneva. Dostopno tudi na: <https://www.ifrc.org/PageFiles/53459/IFRC%20->

- International%20first%20aid%20and%20resuscitation%20guideline%202011.pdf <9.4.2020>
- Makota A, Gradišek P (2017). Ali imamo slovenske podatke o oživljanju? In: Vajd R, Gričar M, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 45–51.
- Mutkins E, Brown RF Thorsteinsson EB (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *J Intellect Disabil Res* 55(5): 500–10. doi: [10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x).
- NIJZ – Nacionalni Inštitut za Javno zdravje (2013). Zdravstveni statistični letopis. Zdravstveno stanje prebivalstva. Dostopno na: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2013/2.4.1\\_szb\\_koncna\\_2013\\_10.6.2016.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2013/2.4.1_szb_koncna_2013_10.6.2016.pdf)
- Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev (2006). Ur L RS 92/06 in 42/17: 9781.
- Slabe D (2016). Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Slabe D, Fink R, Dolenc E, Kvas A (2016). Knowledge of health principles among professionals in Slovenian kindergartens. *Zdr Varst* 55(3): 185–94.
- Slabe D, Jerman A, Dolenc E, Brvar M (2019). Poznavanje napotkov za prvo pomoč v primeru ugriza kače – poročilo o raziskavi. *Ujma* 33: 230–36.
- SZUM - Slovensko združenje za urgentno medicino, Slovenski reanimacijski svet (2020). Mnenje Slovenskega reanimacijskega sveta glede aktivacije prvih posredovalcev ob srčnem zastoju v obdobju pandemije novega koronavirusa (COVID -19). Dostopno na: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/pp\\_covid\\_mnenje\\_slors.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/pp_covid_mnenje_slors.pdf)
- Švigelj V (2006). Nujna stanja v nevrologiji. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 117–35.
- Vlahovič (2006). Pristop k poškodovancu ali nenadno obolelemu. . In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 21–31.
- Wressle E, Samuelsson K (2014) High job demands and lack of time: A future challenges in occupational therapy. *Scand J Occup Ther* 21(6): 421–8.
- Yoldaş H, Kocoglu H, Hakan B et al. (2016). Attitudes of doctors working in Abant İzzet Baysal university health research and application center on cardiopulmonary resuscitation. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 44(3): 142–8. doi: [10.5152/TJAR.2016.04875](https://doi.org/10.5152/TJAR.2016.04875).
- ZDTS – Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2018). Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije & Standardi prakse v delovni terapiji. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje.
- Zhang S (2015). Sudden cardiac death in China: current status and future perspectives. *Europace* 17(suppl 2), ii14–ii18. doi: [10.1093/europace/euv143](https://doi.org/10.1093/europace/euv143)
- Zorman P, Ahčan U (2006). Poškodbe sklepov. In: Ahčan U, ed. Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 445–58.

## PRILAGODITVE DOMAČEGA OKOLJA – OCENA POTENCIALNIH OVIR V DOMAČEM OKOLJU, PRI OSEBAH PO AMPUTACIJI SPODNJEGA UDA – DELNI REZULTATI

### ASSESSMENT OF BARRIERS IN HOME ENVIRONMENT OF PEOPLE AFTER LOWER LIMB AMPUTATION – preliminary results

Tonja Robida<sup>1</sup>, dipl. del. ter., prof. dr. Helena Burger<sup>2</sup>, dr. med.

<sup>1,2</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Posamezniki imajo v domačem okolju številne fizične ovire, ki vplivajo na kakovost in neodvisnost njihovega življenja. Namen projekta je bil poiskati najučinkovitejši način zbiranja podatkov o ovirah domačega okolja, svetovanja prilagoditev in pridobitve ustreznih medicinskih pripomočkov. **Metode dela:** V projekt je bilo vključenih 18 pacientov naključno razdeljenih v tri skupine. Prva skupina je bila obravnavana v domu Inteligentne Rešitve in Inovacije za Samostojno življenje, pri drugi je ocena dodatno slonela na slikovnem gradivu, pri tretji so dodatno izvedli svetovanje na domu. Uporabili so Presejalni test Ocena potencialnih ovir v domačem okolju (OPODO), izveden na začetku obravnave in po šestih mesecih. Beležili so vse svetovane prilagoditve in medicinske pripomočke. **Rezultati:** Ugotovili so, da je pri drugi izvedbi testa OPODO zabeleženih manj ovir ter večja izvedba prilagoditev in oskrba s pripomočki sodelujočih iz tretje skupine. **Razprava:** Test OPODO nam da pomembne informacije za svetovanje ustreznih prilagoditev in pripomočkov. Pokaže se pomembnost obravnave delovnega terapevta na domu. Vendar bi bil za dokaz statistično pomembnih razlik potreben večji vzorec sodelujočih. **Zaključek:** Kakovostna ocena domačega okolja vpliva na kakovost obravnave in svetovanje prilagoditev in pripomočkov.

**Ključne besede:** Ovire, prilagoditve, pripomočki, delovna terapija.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Individuals can have different physical barriers in their home environment, which affects their independence and the quality of life. The aim of this project was to determine the most efficient approach to gathering information about home environment out of three available approaches. **Methods:** Eighteen patients were randomly assigned to one of three groups. The first group was assessed in IRIS Smart home; the second group's environment was assessed based on the pictures of their homes; and the third group of patients had an assessment performed at home. The HOUSING ENABLER Screening Tool, which was translated into Slovene, was used at the initial assessment and at the six-month follow-up. We kept notes on suggested modifications and adaptive equipment. **Results:** The six-month follow-up results show that patients in the third group had fewer barriers and used more adaptive equipment. **Discussion:** The test is used to gather important information on giving advice on suitable adaptations and assistive devices. It also shows the importance of home assessment. A greater sample of patients would be required to produce statistically significant results. **Conclusion:** Good assessment at home affects the quality of intervention and advice on adaptations and adaptive equipment.

**Keywords:** Barriers, adaptations, adaptive equipment, occupational therapy

## IZHODIŠČA

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opisuje izvajanje vsakodnevnih aktivnosti kot interakcijo med posameznikovimi sposobnostmi in okoljem v katerem živijo (WHO, 2001). Prilagoditve domačega okolja, so spremembe s katerimi prilagodimo življenjski prostor za povečanje uporabe le tega, varnosti in neodvisnosti posameznika (Fagan in Sabata, 2016).

Glavni namen rehabilitacije ljudi z različnimi zdravstvenimi težavami in zmanjšanimi zmožnostmi je zagotoviti samostojno in neodvisno življenje doma. Da to dosežemo, nam pogosto pomagajo tudi prilagoditve domačega okolja in odstranitev fizičnih ovir (Pettersson et al., 2012). Zahteve okolja lahko vplivajo na posameznikovo vključenost v družbo (Stark et al., 2010).

Dom je pomemben za zdravje in neodvisnost in je glavno prizorišče, kjer lahko starejši in ljudje z različnimi okvarami ohranjajo nadzor in samostojnost (Pettersson et al., 2012). Ker populacija zdravih starejših in starejših z različnimi okvarami še naprej narašča, so prilagoditve doma ključni dejavnik, ki omogoča posameznikom, da lahko še naprej živijo v kraju ali domu, ki si ga izberejo (Fagan in Sabata, 2016; Stein et al., 2006; Ocepek in Pihlar, 2013). Spremembe domačega okolja lahko koristijo posamezniku vseh starosti z različnimi zdravstvenimi težavami, omogočajo lažje izvajanje potrebnih in želenih dnevnih aktivnosti, varnosti in dobrega počutja (Fagan in Sabata, 2016).

Delovni terapevti so strokovni delavci, ki so sposobni prepoznati vpliv okolja na opravljanje želenih aktivnosti ter ugotoviti vzrok za onemogočeno izvajanje. Ocenjevanje domačega okolja, delovnemu terapevtu omogoča najti vzrok za oteženo izvedbo ter poda vpogled v potrebne spremembe okolja in pripomočke, ki jih posameznik potrebuje za lažje izvajanje aktivnosti. Delovni terapevti posameznikom nudijo pomoč pri prilagoditvah domačega okolja in spodbujajo sodelovanje v vsakodnevnih življenjskih aktivnostih (Fagan in Sabata, 2016).

Postopek prilagoditve domačega okolja vključuje ocenjevanje, določanje in izvajanje rešitev, vrednotenje rezultatov, ki prispevajo k spremembi doma. Rezultati tega postopka so lahko priporočila za spremembe, prilagoditve ali dopolnitve v domačem okolju (Fagan in Sabata, 2016). Mogoča je tudi uporaba različnih pripomočkov za nadomestitev okvarjenih funkcij, s čimer se izboljša posameznikova uspešnost v vsakodnevnem življenju (Stark et al., 2010). Oceniti je potrebno celotno domače okolje, ki zajema vhod, dvigalo, garažo, kletne prostore, vrt, dvorišče, verando, kot tudi postavitve objekta in razporeditev pohištva in naprav (Stein et al., 2006; Vovk, 2000; Kermavnar in Dodič Fikfak, 2013; Albrecht et al., 2017).

Amputacija je dramatična sprememba, ki se zgodi v življenju posameznika (Callaghan et al., 2004). Na samostojnost v vsakodnevnih življenjskih aktivnostih pri starejših vplivajo predvsem številna kronična obolenja. Pogosto se pojavijo težave tako pri izvajanju ožjih kot širših dnevnih aktivnosti. Težave v domačem okolju imajo tako pacienti, ki so odpuščeni s

protezo, še več težav pa imajo tisti, ki proteze ne dobijo in za gibanje uporabljajo invalidski voziček (Callaghan et al., 2004; Datta et al., 1992).

Namen internega projekta »Prilagoditve domačega okolja« je usmerjen predvsem v prilagoditve in spremembe le tega pri ljudeh po amputaciji spodnjega uda. S projektom želimo ugotoviti ali nam test Ocena potencialnih ovir v domačem okolju (OPODO) (The HOUSING ENABLER Screening Tool« (Iwarsson, 1999)), ki je bil preveden v slovenščino (Šuc et al., 2019), za oceno domačega okolja, da pomembne dodatne informacije za izvedbo delovnoterapevtske obravnave ter preveriti ali ogled doma vpliva na kakovost obravnave.

## **METODE**

V projekt, ki poteka na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI – Soča) od januarja 2019 je bilo do sedaj vključenih 18 pacientov po amputaciji enega ali obeh spodnjih udov.

V študijo smo vključili vse paciente po amputaciji spodnjega uda, ki so bili prvič vključeni v hospitalno obravnavo, so imeli ovire v domačem okolju in so po mnenju rehabilitacijskega tima potrebovali prilagoditve domačega okolja in/ali pripomočke za izboljšanje samostojnosti in funkcioniranja.

Pacienti so bili naključno razdeljeni v tri enakovredne skupine po šest pacientov. Tisti v prvi skupini so bili obravnavani le v domu IRIS (Inteligentne Rešitve in Inovacije za Samostojno življenje). Pacienti druge skupine so prinesli slike domačega okolja, ki so bile osnova za nadaljnjo obravnavo v domu IRIS. Zadnjih šest pacientov, pa je imelo po obravnavi v domu IRIS še delovnoterapevtsko svetovanje na domu.

Na začetku obravnave je bil izveden test OPODO (Iwarsson, 1999; Šuc et al., 2019). Test je sestavljen iz treh delov: A. Zunanje okolje v katerem so postavke: zunanje površine za dostop, prostori za sedenje, ostale značilnosti. B. Vhodi: vrata, stopnice, balkon/terasa za sedenje. C. Notranje okolje: splošno, stopnice, kuhinja, stikala in gospodinjski pripomočki, kopalnica, stikala in pripomočki. Pri vsakem vprašanju je možen odgovor da, ne ali ni ocenjeno. Odgovor da pomeni, da je potencialna ovira prisotna, ne pomeni, da ovire ni. Ni ocenjeno pa označimo, kadar ovire ni mogoče oceniti.

Tekom obravnave so bili beleženi vsi predpisani in svetovani medicinski pripomočki in prilagoditve.

Po šestih mesecih smo test OPODO ponovili in preverili koliko svetovanih medicinskih pripomočkov so si pacienti priskrbeli in koliko prilagoditev domačega okolja so izvedli.

Dobljene podatke smo analizirali s statističnim programskim paketom SPSS (SPSS Inc., Chicago IL, 2007). Uporabili smo opisno statistiko.

Projekt je odobrila Komisija za medicinsko etiko URI – Soča. Podatki so bili varovani v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov. Pridobljeni podatki so bili dostopni izključno avtorjem ter vodji projekta. Vsi so bili vključeni prostovoljno in so bili predhodno seznanjeni z namenom raziskovalnega dela ter pravicami med raziskavo. Varnost oseb v

raziskavi ni bila ogrožena. Vsi so imeli poleg predpisane še dodatno delovno terapevtsko obravnavo.

## REZULTATI

V projekt je bilo vključenih 18 pacientov, vsi so bili moškega spola stari od 55 do 81 let (v povprečju 67 let, standardni odklon 10 let). Devet pacientov je imelo trans tibialno (TT), dva trans femoralno (TF), štirje obojestransko TT in trije obojestransko TF amputacijo. Dvanajst pacientov je dobilo protezo, šest pa jih proteze ni dobilo. Vzrok amputacije je bila pri šestih pacientih ishemija, pri petih gangrena, pri treh osteitis, treh celulitis, eden pa je imel amputacijo zaradi poškodbe spodnjega uda. Ob odpustu so štirje hodili s protezo, osem jih je hodilo s protezo, vendar so za mobilnost v širšem okolju še vedno uporabljali tudi invalidski voziček, šest pa jih je uporabljalo le invalidski voziček. V hiši je živelo 12, v stanovanju pa šest sodelujočih.

V rezultatih začetne izvedbe testa OPODO, je bil odgovor »da« označen 403 krat, odgovor »ne« 521 krat ter 156 krat odgovor »ni ocenjeno«. Medtem, ko je bil v ponovnem ocenjevanju odgovor »da« označen 366 krat, »ne« 562 krat in odgovor »ni ocenjeno« 152 krat. Primerjava prvih in drugih rezultatov nam pokaže, da se je za nas pomemben odgovor »ne«, povečal za 42 odgovorov.

Tabela 1 nam pokaže rezultate testa glede na porazdelitev pacientov po skupinah.

Tabela 1. Število odgovorov testa OPODO po skupinah.

		PRVO OCENJEVANJE		DRUGO OCENJEVANJE		RAZLIKA	
		število odgovorov	delež v %	število odgovorov	delež v %	število odgovorov	delež v %
1.skupina	da	158	44	145	40	13	4
	ne	174	48	189	53	15	5
	ni ocenjeno	28	8	26	7	2	1
2.skupina	da	113	31	106	29	7	2
	ne	186	52	193	53	7	1
	ni ocenjeno	61	17	61	17	0	0
3.skupina	da	132	37	115	32	17	5
	ne	161	45	180	50	19	5
	ni ocenjeno	67	18	65	18	2	0

V splošnem se je izboljšanje pokazalo pri postavkah Vhodi: vrata za 11% in stopnice 7% ter postavki Notranje okolje: splošno 6% in kopalnica 25%, glede na število izvedenih testov.

Prilagoditve, ki so bile v okviru obravnave v domu IRIS in na podlagi rezultatov testa OPODO, največkrat svetovane so namestitev držal, preureditev prostorov, namestitev

klančin. Iz Tabele 2 je razvidno, koliko prilagoditev je bilo po posameznih skupinah svetovanih in koliko so jih pacienti izvedli. Pokaže se, da so največje število prilagoditev izvedli pacienti tretje skupine. Od vseh skupno 70 svetovanih prilagoditev, pa so jih sodelujoči izvedli 42.

Tabela 2. Število svetovanih in izvedenih prilagoditev

		1.skupina		2.skupina		3.skupina		Skupno	
		št.	delež v %	št.	delež v %	št.	delež v %	št.	delež v %
PRILAGODITVE	svetovane	21		22		27		70	
	izvedene	12	57%	12	54%	18	67%	42	60%

Medicinski pripomočki, ki smo jih pacientom, glede na podatke ocenjevanj svetovali za lažje funkcioniranje v domačem okolju so invalidski voziček (14), blazina za sedež (16), rokavice za poganjanje invalidskega vozička (15), sedež za tuš kabino/kad (14), nastavek za straniščno školjko (8), kopalniško dvigalo (1), bolniška postelja (1), držala (15) nadrževalna podloga (10), pripomoček za pobiranje s tal (10), servirni voziček (9), stopniščni vzpenjalnik (4), dvignjene gredice (3), izvlečna kuhinjska pipa (4), transportna torba (3), držala nosilci za bergle (2), dereze za bergle (1), vrtno orodje na podaljških (1), pripomoček za umivanje hrbta (1), slušalka za tuširanje s kontaktnim ventilom (1).

Iz Tabele 3 je razvidno kolikšna je bila številčna porazdelitev medicinskih pripomočkov po skupinah. Pri postavki ostali medicinski pripomočki pa je razvidno še koliko pripomočkov je bilo svetovanih in koliko so jih pacienti dejansko pridobili.

Tabela 3. Število pripomočkov pridobljenih s strani ZZZS in število svetovanih ter prevzetih ostalih pripomočkov.

		1.skupina		2.skupina		3.skupina		Skupno
		št.	delež v %	št.	delež v %	št.	delež v %	št.
Medicinski pripomočki pridobljeni s strani ZZZS		19		23		27		69
Ostali medicinski pripomočki	svetovani	25		19		20		64
	pridobljeni	10	40%	8	42%	11	55%	29

## RAZPRAVA

Ugotovili smo, da imajo ljudje po amputaciji spodnjega uda, doma številne ovire zaradi česar smo jim svetovali številne prilagoditve in pripomočke. Največ prilagoditev in pripomočkov smo svetovali osebam pri katerih smo opravili tudi obisk doma. Osebe iz te skupine so si priskrbele tudi največ svetovanih pripomočkov ter izvedle največ prilagoditev. Kot navaja avtorica Ekstam s sodelavci (2014), smo tudi mi potrdili, da nam test OPODO za oceno domačega okolja, poda pomembne informacije za nadaljnjo obravnavo. S pomočjo testa smo

pridobili informacije, ki so nam omogočile kakovostno, predvsem pa usmerjeno svetovanje prilagoditev domačega okolja.

Vračanje ljudi z različnimi okvarami v domače okolje je velikokrat oteženo. Za to so potrebne prilagoditve in spremembe le tega. Za zagotavljanje varnosti je potrebno povečati dostopnost doma in okolice z odstranitvijo arhitektonskih ovir. Kot ugotavlja Ocepek s sodelavci (2013) se s prilagoditvami poveča varnost posameznika v domačem okolju. Kot kažejo rezultati so sodelujoči v projektu izvedli 60% svetovanih prilagoditev. S tem smatramo, da smo omogočili sodelujočim izvesti prilagoditve in spremembe domačega okolja, povečati dostopnost doma in okolice z odstranitvijo ovir, za zagotavljanje varnosti.

Glede na ovire, ki smo jih zasledili s pomočjo testa OPODO smo pacientom lahko svetovali tudi ustrezne medicinske pripomočke. Ti pripomorejo k spodbujanju samostojnega življenja. Avtorica Rupnik Mihelčič (2019) navaja, da prav medicinski pripomočki vplivajo na kakovost življenja posameznika po amputaciji. Sodelujoči v projektu so bili skupno opremljeni z 69 medicinskimi pripomočki, omogočenimi s strani ZZZS. Svetovanih medicinskih pripomočkov, ki so si jih morali zagotoviti sami, je bilo 64, od tega so si jih 29 priskrbeli. Največkrat svetovani in pridobljeni pripomočki so bili: blazina za sedež, rokavice za poganjanje vozička, sedež za tuš/kad, držala, pripomoček za pobiranje s tal, nedrseče podloge.

Vplivi medicinskih pripomočkov kažejo na neodvisnost, zmanjšan obseg potrebne pomoči, razbremenitev svojcev in aktivnejše sodelovanje pri vsakodnevnih aktivnostih, ki so za posameznika pomembne in smiselne (Rupnik Mihelčič, 2019). Šuc (2019) navaja, da je za uspešno uporabo pripomočkov pomembna dodatna vadba v domačem okolju, saj se tako doseže najboljši učinek med varnostjo in samostojnostjo pri izvajanju aktivnosti. S tem naj bi se povečalo tudi zadovoljstvo pacientov. Kot še navaja Šuc (2019), pacienti pripomočke omenjajo kot najpogostejše strategije, ki jim omogočajo učinkovitejšo izvedbo aktivnosti.

Tuja literatura navaja, da delovni terapevti izvajajo svetovanje prilagoditev tudi na posameznikovem domu (Stark et al, 2015; Pettersson et al., 2012; Ekstam et al., 2014). Kar lahko povzamemo iz rezultatov je, da so sodelujoči, ki so imeli poleg IRIS obravnave še obisk delovnega terapevta na domu, izvedli največ svetovanih prilagoditev in si priskrbeli največ tistih medicinskih pripomočkov, ki so jih morali pridobiti sami.

Na splošno ugotavljamo, da se je test OPODO pokazal kot uporaben merilni instrument. Potrebne so prilagoditve instrumenta, ki upoštevajo značilnosti in predpise slovenskega okolja, kar je v svoji raziskavi ugotovila tudi že avtorica prevoda Šuc s sodelavci (Šuc et al., 2019). Za pridobitev veljavnejših rezultatov, bi bilo potrebno povečati vzorec sodelujočih, saj bi se tako pokazale statistično pomembne razlike med skupinami.

Ugotavljamo, da so potrebne izboljšave za pridobitev medicinskih pripomočkov, kot tudi pri prilagajanju domačega okolja. Vsi sodelujoči v raziskavi so upokoјenci, to pomeni, da imajo nižje prihodke, kar vpliva na izvedbo prilagoditev in pridobitev pripomočkov. Poleg pripomočkov, ki jih pacienti pridobijo s pomočjo ZZZS, so za samostojno in varno izvajanje aktivnosti pomembni tudi ostali medicinski pripomočki, ki imajo velik vpliv na samostojno in varno izvajanje aktivnosti. Sodelujoči so ob ponovnem ocenjevanju navedli, da vseh

prilagoditev niso izvedli in vseh pripomočkov niso pridobili ravno zaradi slabega finančnega stanja. Prav tako bi bila potrebna ureditev finančne pomoči za osebe, ki potrebujejo za samostojno in varno funkcioniranje, ustrezne prilagoditve domačega okolja.

Rezultati kažejo pomembnost obiska delovnega terapevta na domu. Svetovanje prilagoditev in pripomočkov je lažje in bolj učinkovito v konkretnem okolju. Svetovanje na domu, da terapevtu tudi vpogled v ustreznost določenih prilagoditev, ki jih brez pregleda fizičnega okolja ne bi opazil. Enako je pri svetovanju medicinskih pripomočkov.

## ZAKLJUČEK

Zaključimo lahko, da je kakovostna ocena domačega okolja pri delu delovnega terapevta pomembna. Prav tako pa je pomemben uvid v realno situacijo, ki ga najbolje dobimo z obiskom posameznika v njegovem domačem okolju.

## LITERATURA

- Albrecht A in sod. (2017). Univerzalna stanovanjska graditev: priročnik. Ljubljana: Ministrstvo za okolje in prostor, Direktorat za prostor, graditev in stanovanja. Dostopno na [http://www.mop.gov.si/fileadmin/mop.gov.si/pageuploads/publikacije/univerzalna\\_stanovanjska\\_graditev.pdf](http://www.mop.gov.si/fileadmin/mop.gov.si/pageuploads/publikacije/univerzalna_stanovanjska_graditev.pdf).
- Callaghan BG, Johnston M, Condie ME (2004). Using the theory of planned behaviour to develop an assesment of attitudes and beliefs towards prosthetic use in amputees. *Disabil Rehabil* 26(14-15): 924-30.
- Datta D, Nair PN, Payne J (1992). Outcome of prosthetic management of bilateral lower-limb amputees. *Disabil Rehabil* 14(2): 98–102.
- Ekstam L, Carlsson G, Chiatti C, Nilsson MH, Malmgren Fänge A (2014). A research-based strategy for managing housing adaptations: study protocol for a quasi-experimental trial. *BMC Health Serv Res* 602(14): 1-10.
- Fagan LA, Sabat D (2016). Occupational Therapy's Role with Home Modifications. *American Occupational Therapy Association* 1–3.
- Iwarsson S (1999). The Housing Enabler: An objective tool for assessing accessibility. *Br J Occup Ther* 62 (11): 491–7. Dostopno na <http://www.enabler.nu/index.html>.
- Kermavnar T, Dodič Fikfak M (2013). Oblikovanje po meri človeka: priročnik. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa: Akademija za likovno umetnost in oblikovanje.
- Ocepek J, Pihlar Z (2013). Ocenjevanje okolja in dokazi o okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami-Assessment of environment and evidence on the impact of home modifications on quality of life. *Rehabilitacija* 12(1): 45-51.
- Pettersson C, Löfqvist C, Fänge AM (2012). Clients' experiences of housing adaptations: a longitudinal mixed-methods study. *Disabil Rehabil* 34(20):1706-15.
- Rupnik Mihelčič S (2019) . Pregled medicinsko-tehničnih pripomočkov pri osebah po amputacijah spodnjih udov-An overview of assistive devices for people after lower limb amputation. *Rehabilitacija* 18(1): 25–9.
- Stark SL, Somerville EK, Morris JC (2010). In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE). *Am J Occup Ther* 64(4):580-9.

- Stark SL, Somerville E, Keglovits M, Smason A, Bigham K (2015). Clinical Reasoning Guideline for Home Modification Interventions. *Am J Occup Ther* 69(2): 1-8.
- Stein F, Söderback I, Cutler SK, Larson BA (2006). *Occupational Therapy and Ergonomics. Applying Ergonomic Principles to Everyday Occupation in the Home and at Work*. London: Philadelphia: Whurr Publishers.
- Šuc L (2019). Uporaba pripomočkov za povečanje samostojnosti v dnevni aktivnosti – pregled literature-Using assistive devices to increase independence in activities of daily living – a literature review. *Rehabilitacija* 18(1): 131-7.
- Šuc L, Grabner P, Vidmar G (2019). Uporaba ocenjevalnega instrumenta ocena potencialnih ovir v domačem okolju (OPODO) pri osebah z okvaro hrbtenjače-Home adaptations – using the housing enabler assessment tool with patients with spinal cord. *Rehabilitacija* 18(1): 95-102.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.
- Vovk M (2000). *Načrtovanje in prilagajanje grajenega okolja v korist funkcionalno oviranim ljudem: priročnik*. Ljubljana: Urbanistični inštitut Republike Slovenije.

## KAKO OSEBE Z MOTNJAMI VIDA OB VSTOPU NA TRG DELA OPIŠEJO PRIORITETE IN TEŽAVE V IZVAJANJU DEJAVNOSTI

### HOW DO PERSONS WITH VISUAL IMPAIRMENT DESCRIBE THEIR OCCUPATIONAL PRIORITIES AND PROBLEMS IN ENTERING THE LABOUR MARKET?

mag. Andreja Švajger<sup>1</sup>, dipl. del ter., dr. Lea Šuc<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Iskalci zaposlitve z motnjami vida so specifična skupina za delovne terapevte, ki delujejo na področju zaposlitvene rehabilitacije (ZR). Za načrtovanje obravnave, potrebujejo vpogled v njihove prioritete in težave v izvajanju dejavnosti. **Metode dela:** Retrospektivna raziskava s pregledom dokumentacije 42 slepih in slabovidnih oseb, napotenih v ZR v Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča med 2007 in 2019. Podatki so bili zbrani s Kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM). **Rezultati:** Gospodinjske in druge neplačane dejavnosti so bile najpogosteje prioritete (20%), sledila sta iskanje zaposlitve (19%) in mobilnost v skupnosti (15%). Največje težave so udeleženci doživljali pri iskanju zaposlitve (43%), mobilnosti v skupnosti (21%) in gospodinjskih aktivnostih (19%). Najmanj so bili zadovoljni z iskanjem zaposlitve (54%), gospodinjstvom (21%) in mobilnostjo (13%). **Diskusija:** Izvajanje različnih vsakodnevnih dejavnosti je pomembno in vpliva na možnosti za vključevanje oseb z motnjami vida v zaposlitev. Nezaposleni opisujejo znatno večje ovire pri sodelovanju v dejavnostih na vseh življenjskih področjih, ne le pri delu. **Zaključek:** Pri načrtovanju delovnoterapevtske obravnave v ZR je poleg področja iskanja zaposlitve potrebno nasloviti tudi druga področja dejavnosti.

**Ključne besede:** delovna terapija, slepi in slabovidni, zaposlitvena rehabilitacija, retrospektivna raziskava, COPM

#### ABSTRACT

**Introduction:** Job seekers with vision impairment are a specific target group for occupational therapists working in vocational rehabilitation. They need to understand their clients' occupational priorities and problems in order to plan an intervention. **Methods:** A retrospective study gathered information from 42 files of blind and visually impaired persons referred to the University Rehabilitation Institute - Soča between 2007 and 2019. The data was collected using the Canadian Occupational Performance Measure. **Results:** Household and other unpaid work was most frequently identified as a priority (20%), followed by job-seeking (19%) and community mobility (15%). Job seeking presented the biggest performance problem (43%), followed by community mobility (21%) and household and other unpaid work (19%). They were least satisfied with job-seeking (54%), household work (21%) and mobility (23%). **Discussion:** Performing different everyday occupations is relevant and impacts the employment possibilities of persons with visual impairment. The unemployed describe significantly greater problems in participating in all areas of life, not just work. **Conclusion:** Different occupational priorities and issues besides job-seeking

should be addressed in planning occupational therapy for persons with visual impairment who are seeking employment.

**Keywords:** occupational therapy, the blind and partially sighted, vocational rehabilitation, retrospective study, COPM

## IZHODIŠČA

Tudi osebe z motnjami vida, se tako kot druge skupine invalidov, soočajo z ovirami pri vključevanju na trg dela. Stopnja registrirane brezposelnosti invalidov v Sloveniji tudi v času gospodarske rasti ostaja znatno višja - (17% od splošne), ki je v februarju 2019 znašala 8,2% (ZRSZ, 2020). Uradni podatki o stopnji brezposelnosti ali zaposlenosti oseb z motnjo vida v Sloveniji niso dostopni, o približno 20% zaposlenosti pa govorijo podatki Zveze društev slepih in Slabovidnih Slovenije iz 2012, ki pa ne zajemajo vseh delovno aktivnih temveč le člane društva (Tot, 2013). Tudi podatki iz drugih držav potrjujejo visoko stopnjo brezposelnosti in znatno nižjo zastopanost oseb z motnjami vida v delovni sili (Ferronato, Ukovic, 2014). V ZDA je med osebami z motnjami vida na trgu dela zaposlenih približno 44% (MacDonnall, Sui, 2019), v Veliki Britaniji pa so prav tako ugotavljali le 45% zaposlenost (Slade et al., 2017).

Na zaposlovanje oz. zaposlenost oseb z motnjami vida vpliva vrsta dejavnikov tako nespremenljivih kot so stopnja izgube vida, starost ali spol, kot tistih, na katere je mogoče vplivati in med drugim vključujejo spretnosti uporabe komunikacijskih sredstev, vedenje, mobilnost, odgovornost in raven izobrazbe (Garcia et al., 2016), pa tudi sprejemanje in optimizem (Goertz et al., 2017). Na možnosti zaposlovanja pa ključno vplivajo tudi okoljski dejavniki kot so specializirano izobraževanje, življenjsko okolje, kraj bivanja ter odnos in dostopnost do delovnega okolja (Garcia et al., 2016). K zaposlovanju prispevajo tudi dostopnost in vsebine programov podpore kot so poklicna in zaposlitvena rehabilitacija (Duquette, 2013; Bell, Mino, 2013). Možnosti za zaposlitev se povečajo z zgodnjim ukrepanjem že ob zaključku izobraževanja, ki v prvi fazi temeljijo na učenju in razvoju splošnih spretnosti (točnosti, vedenje, komunikacija idr.) in pogojev kot so neodvisno življenje (vključno s transportom), reševanje problemov in odločanje. Temu sledijo podpora pri pripravi in iskanju dela ter usposabljanje na delovnem mestu, ki povečuje možnost zadržanja zaposlitve (Duquette, 2013). Poleg pomena celostnega pristopa k podpori pri vključevanju v delo, pa Bell in Mino (2013) pri slepih osebah poudarjata tudi pomen redne uporabe bele palice in Brajeve pisave za branje.

V Sloveniji se od 2006 strokovna podpora pri vključevanju v zaposlitev invalidom in s tem tudi slepim in slabovidnim, zagotavlja v okviru programa zaposlitvene rehabilitacije (ZZRZI, 2004). Rehabilitacija se zagotavlja v okviru interdisciplinarnega tima, v katerem sodelujejo zdravnik, psiholog, socialni delavec, delovni terapevt, tehnolog in tiflopedagog (Tabaj et al., 2014). Delovni terapevt se v obravnavi oseb z motnjo vida v zaposlitveni rehabilitaciji kot poteka v Sloveniji, osredotoča na spoznavanje in razvijanje samostojne, varne, učinkovite in vzdržljive izvedbe vsakodnevnih dejavnosti, s ciljem omogočanja sodelovanja v delu (Tot, 2013), vključno z ocenjevanjem potreb in načrtovanjem usposabljanja in prilagoditev v delovnem okolju (Tabaj et al., 2010). Za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave pa je v prvih korakih procesa ključno razumevanje tako

prioritet kot težav, kot jih osebe z okvarami vida doživljajo na različnih področjih vsakodnevnih dejavnosti, tako skrbi zase, produktivnosti kot prostega časa (AOTA, 2014). Delovni terapeuti se v obravnave oseb z motnjami vida intenzivneje vključujejo šele zadnjih dvajset let, predvsem zaradi vedno večjega deleža tovrstnih težav v starajoči populaciji, ki se vključuje v delovno terapijo (Warren, Baker, 2016). To zanje predstavlja nov izziv in potrebo po specifičnih znanjih o motnjah vida in njihovem vplivu na izvajanje dejavnosti na različnih področjih in okoljih delovanja (Farrow et al., 2018). Tudi večina sicer maloštevilnih delovnoterapevtskih raziskav o razumevanju izvajanja dejavnosti oseb z motnjami vida, je bila izvedena na starejši populaciji v obdobju po upokojitvi (Smith et al., 2009; Blaylock et al., 2015), njihove ugotovitve pa ne odražajo potreb oseb v aktivnem življenjskem obdobju, ki se vključujejo na trg dela. Za to skupino je bilo mogoče z iskanjem literature najti le en članek, ki govori o izzivih mlajših oseb (15-22 let) z motnjami vida v sodelovanju v vsakodnevnih dejavnostih (Salminen, Karhula, 2014). V kvalitativni študiji so za opis težav v izvajanju aktivnosti in sodelovanju poleg intervjujev z mladimi in njihovimi starši uporabili tudi subjektivno ocenjevanje s Kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM – Canadian Occupational Performance Measure). Vsi udeleženci so se še šolali in bili povabljeni v študijo v času medicinske rehabilitacije, usmerjene v povečanje samostojnosti in sodelovanja. Udeleženci so najpogosteje izpostavili težave z mobilnostjo, domačim življenjem, medosebnimi stiki in odnosi, glavnimi življenjskimi področji ter prostim časom. Pomembna ugotovitev študije je tudi to, da je v proučevanju težav v aktivnostih in sodelovanju pomembno uporabiti tudi subjektivna ocenjevanja (Salminen, Karhula, 2014).

Delovnoterapevtskih študij o potrebah oseb z motnjami vida, ki vstopajo na trg dela ni bilo mogoče najti, kar utemeljuje potrebo po raziskovanju na tem področju. Namen pričujoče študije je bil spoznati, kako osebe z motnjami vida, ki se vključujejo v proces ZR doživljajo prioritete in težave v izvajanju vsakodnevnih dejavnosti. Postavljena so bila naslednja raziskovalna vprašanja:

Katere so najpomembnejše vsakodnevne dejavnosti oseb z motnjami vida ob vključevanju v ZR? Pri katerih dejavnostih imajo najpogosteje težave? Pri katerih dejavnostih doživljajo največje težave in z izvedbo katerih so najmanj zadovoljne?

## **METODE**

### **Udeleženci**

Retrospektivna študija je vključevala pregled dokumentacije 42 oseb z motnjami vida, napotenih v ZR v URI – Soča med 2007 in 2019, pri katerih je delovni terapeut ob vključitvi izvedel ocenjevanje s Kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM). Izključitveni kriterij je bila prisotnost spremljajočih zdravstvenih težav.

### **Zbiranje in analiza podatkov**

Iz dokumentacije so bili zbrani podatki o starosti, spolu, izobrazbi in vrsti motenj vida (slepota ali slabovidnost). Podatki o prioritetah, težavah v izvedbi in zadovoljstvu z izvajanjem vsakodnevnih dejavnosti so bili zbrani iz izpolnjenih obrazcev COPM. COPM je polstrukturiran intervju in podpira osebe pri opisovanju njihovih težav v izvajanju dejavnosti. Pomaga jim tudi pri opredeljevanju prioritet, kot jih doživljajo same. Osebe ocenijo pomembnost vsakodnevnih dejavnosti na lestvici od 1 do 10 (1 najmanj, 10

najpomembnejša). Nato izberejo do 5 dejavnosti, v izvajanju katerih imajo največ težav in ocenijo njihovo trenutno izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo prav tako na lestvici od 1 do 10 (1 – ne zmorem izvesti in zelo nezadovoljen, 10 – izvedem brez težav in zelo zadovoljen) (Law et al., 2005). COPM se uporablja tudi za načrtovanje in vrednotenje interdisciplinarnih obravnav, vključno s področjem vzpodbujanja sodelovanja oseb z zmanjšano zmožnostjo v delu (Verhoef et al., 2013; Švajger, Piškur, 2016).

Dejavnosti, ki so jih udeleženci izpostavili v COPM, so bile razvrščene po področjih skrbi zase, produktivnosti in prostega časa (Tabela 1.), pretežno po sklopih, kot so predlagani v obrazcu COPM, upoštevajoč tudi primere dejavnosti iz priročnika (Law et al., 2014). Primeri za funkcionalno mobilnost ter funkcioniranje v družbenem okolju so bili prilagojeni ciljni skupini.

*Tabela 1. Dejavnosti po področjih*

<b>Skrb zase</b>	<b>Produktivnost</b>	<b>Prosti čas</b>
Osebnе dnevne aktivnosti (ODA) (higiena, oblačenje idr.)	Gospodinjske aktivnosti (GA) in drugo neplačano delo (skrb za otroke, prostovoljstvo idr.)	Dejavnosti v ožjem okolju (mirno razvedrilo)
Funkcionalna mobilnost (znajdenje, mobilnost v okolju idr.)	Iskanje zaposlitve in plačano delo (usposabljanje, priložnostno idr.)	Dejavnosti v širšem okolju (aktivno razvedrilo)
Funkcioniranje v družbenem okolju (branje, pisanje, uporaba IKT* idr.)	Izobraževanje (formalno, neformalno)	Druženje

\*informacijsko komunikacijska tehnologija (računalnik, pripomočki idr.)

Podatki o prioritetah so bili zbrani tako, da je bilo iz izpolnjenih obrazcev COPM za vsakega udeleženca med vsemi navedenimi dejavnostmi izbranih pet najpomembnejših, t.j. tistih z najvišjimi ocenami. Če je bilo z isto oceno ocenjenih več kot 5 dejavnosti, se je zagotovila primerna zastopanost vseh področij. Podatki o dejavnostih, ki so jih udeleženci doživljali kot najtežje in z izvedbo katerih so bili najmanj zadovoljni, so bili črpani iz rezultatov začetne izvedbe COPM. Podatki o težavah so bili zbrani na dva načina – v smislu pogostnosti pojavljanja dejavnosti med do petimi izbranimi dejavnostmi ter pogostnosti dejavnosti z najnižjo oceno izvedbe in zadovoljstva z izvedbo. Za povzetek demografskih podatkov in izračun deležev dejavnosti in povprečnih ocen je bila uporabljena opisna statistika.

### **Etično dovoljenje**

Komisija za medicinsko etiko URI Soča je izdala pozitivno mnenje o etični ustreznosti študije (mnenje št. 23/2019). Osebni podatki udeležencev so bili anonimizirani.

### **REZULTATI**

Med udeleženci je bilo 26 žensk in 16 moških, starih povprečno 31,5 let v razponu med 21 in 58 let. 16 jih je imelo diagnozo slepote, 26 slabovidnosti. Najpogosteje so imeli srednjo (45%) in visoko ali višjo izobrazbo (29%).

Tabela 2 prikazuje, da so udeleženci kot najpomembnejše opisali dejavnosti s področja produktivnosti – GA in drugo neplačano delo v 20% deležu, iskanje dela sledi z 19%. V

ospredju so tudi dejavnosti skrbi zase, predvsem znajdenje in mobilnost v okolju (15%) in osnovne dnevne aktivnosti (13%).

Tabela 2. Najpomembnejše dejavnosti (prioritete)

	DEJAVNOSTI	Število (n= 205)	Delež (%)
Skrb zase	ODA	27	13
	Znajdenje in mobilnost v okolju	31	15
	Branje, pisanje in uporaba IKT	3	1
Produktivnost	GA in drugo neplačano delo	42	20
	Iskanje zaposlitve in plačano delo	38	19
	Izobraževanje	5	2
Prosti čas	Mirno razvedrilo	18	9
	Aktivno razvedrilo	22	11
	Druženje	19	9

Tudi med prvih pet dejavnosti, pri katerih so doživljali težave, so udeleženci najpogosteje uvrstili iskanje zaposlitve (22%), GA in drugo neplačano delo (19%) ter znajdenje in mobilnost v okolju (16%) (Tabela 3).

Tabela 3. Dejavnosti, pri katerih udeleženci najpogosteje doživljajo težave in pogostnost dejavnosti, ki so jih udeleženci najtežje izvajali in z izvedbo katerih so bili najmanj zadovoljni

Dejavnosti		Najpogostejše težave		Najtežja izvedba		Najmanjše zadovoljstvo	
		Število (n= 153)	Delež (%)	Število (n= 39)	Delež (%)	Število (n= 39)	Delež (%)
Skrb zase	ODA	12	8	0	0	0	0
	Znajdenje in mobilnost v okolju	24	16	9	21	5	13
	Branje, pisanje in uporaba IKT	9	6	1	2	1	3
Produktivnost	GA in drugo neplačano delo	29	19	8	19	8	21
	Iskanje zaposlitve in plačano delo	34	22	18	43	21	54
	Izobraževanje	3	2	1	2	1	3
Prosti čas	Mirno razvedrilo	13	8	1	2	1	3
	Aktivno razvedrilo	18	12	2	5	1	3
	Druženje	11	7	2	5	1	3

Med vsemi dejavnostmi je 43% udeležencev kot najtežje (ocenjeno z najnižjo oceno) izbralo iskanje zaposlitve in plačano delo, 21% znajdenje in mobilnost v okolju, 19% pa GA in drugo neplačano delo (Tabela 3). Še večji delež – 54% jih je bilo najmanj zadovoljnih z iskanjem zaposlitve in plačanim delom, 21% z GA in drugim neplačanim delom ter 13% z znajdenjem in mobilnostjo v okolju (Tabela 4).

## RAZPRAVA

Namen študije je bil spoznati, kako osebe z motnjami vida, ki se vključujejo v proces ZR doživljajo prioritete in težave v izvajanju vsakodnevnih dejavnosti. Glavne ugotovitve kažejo, da so udeleženci kot prioritete in kot tiste dejavnosti, pri katerih najpogosteje in v največji meri doživljajo težave opredelili iste tri dejavnosti: iskanje zaposlitve in plačano delo, GA in drugo neplačano delo ter znajdenje in mobilnost v okolju.

Dejavnosti, ki so bile zabeležene v procesu izvedbe intervjuja in ocenjevanja s COPM, so udeleženci v času ob vključitvi v ZR dejansko izvajali kot pomemben del njihovega vsakodnevnega življenja. Vpliv doživljanja pomembnosti sodelovanja v glavnih življenjskih področjih na vključevanje v delo so proučevale že nekatere dosedanje raziskave. Kvam et al. (2015) so pri osebah s kompleksnimi zdravstvenimi težavami ugotovili pozitivno povezavo med pomembnostjo sodelovanja v delu in vračanjem na delo, medtem ko je izrazita pomembnost sodelovanja v družinskih in prostočasnih dejavnostih na ponovno vključevanje v delo vplivala negativno. Visoka pomembnost iskanja zaposlitve in plačanega dela je lahko pri udeležencih te raziskave z vidika teh ugotovitev obetavna. Glede na to, da so kot najpomembnejše najpogosteje opredelili GA in drugo neplačano delo, ki kot je razvidno iz Tabele 6, v veliki meri vključujejo skrb za družino in otroke, pa lahko te ugotovitve vzpodbudijo delovne terapevte, da s posameznimi osebami bolj poglobljeno raziščejo pomembnost teh dejavnosti in njihov vpliv na vključevanje v delo (Kvam et al., 2015).

Tako kot druge skupine invalidov, ki se v Sloveniji vključujejo na trg dela, so se tudi udeleženci te študije v ZR vključevali praviloma kot dolgotrajno brezposelni (Tabaj et al., 2014) in po določenem obdobju neuspešnega samostojnega iskanja zaposlitve. V študiji o tem, kako osebe z motnjami vida doživljajo svoje možnosti za zaposlitev je Donaldsonova (2014) ugotovila, da negativne izkušnje, predvsem zavrnitve, vzamejo pogum in zmanjšajo interes za iskanje zaposlitve. V tej luči pa je pomembnost GA in drugega neplačanega dela mogoče razumeti kot način ustvarjanja smisla. Eno od osnovnih prepričanj v delovni terapiji namreč je, da si ljudje ustvarjajo smisel v življenju skozi udeležbo v dejavnostih in vlogah povezanih z njimi. Dejavnosti pa so smiselne, če imajo osebni pomen, so pomembne in temeljijo na doživljanju izkušenj (Ikiugu et al., 2012). Ob podaljšani izključenosti iz dela oz. brezposelnosti, druge dejavnosti in vloge, ki so bolj dosegljive, lahko postanejo pomembnejše, saj omogočajo ustvarjanje smisla v neugodnih okoliščinah (Kvam et al., 2015) ter občutek učinkovitosti in nadzora v svojih življenjih (Ikiugu et al., 2012).

Iskanje zaposlitve in plačano delo, GA in drugo neplačano delo ter znajdenje in mobilnost v okolju so udeleženci opredelili tudi kot dejavnosti, pri katerih imajo najpogosteje in v največji meri težave v izvedbi in so bili z njihovo izvedbo najmanj zadovoljni. Rezultati te študije podpirajo ugotovitve obstoječih raziskav o pomenu in vplivu težav pri izvajanju različnih vsakodnevnih dejavnosti na možnosti za vključevanje oseb z motnjami vida v zaposlitev. Težave pri iskanju zaposlitve in mobilnosti, vključno z uporabo javnega prevoza

in bele palice, predstavljajo najpogostejše ovire in so tudi napovedni dejavniki za zaposlovanje oseb z motnjami vida (Donaldson, 2017; Ferronato, Ukovic, 2014; Salminen, Karhula, 2014; Bell, Mino 2013; Cmar et al., 2018). Pri vseh skupinah brezposelnih oseb, ki se vključujejo v delo, pa raziskave izpostavljajo pomen sodelovanja v različnih dejavnostih, tudi tistih povezanih s skrbjo za dom in družino (Salminen, Karhula, 2014; Kvam et al., 2015; Muschalla et al., 2012). Muschalla et al. (2012) so ugotovili, da so nezaposlene osebe opisale znatno večje ovire pri sodelovanju v dejavnostih na vseh življenjskih področjih, ne le pri delu, zato je tudi obravnavo v procesu vključevanja v zaposlitev potrebno usmeriti na vsa področja težav.

Iz ugotovitev te in predhodnih raziskav je mogoče povzeti področja oz. dejavnosti pri katerih osebe z motnjami vida v procesu vključevanja na trg dela potrebujejo podporo tako s strani delovnega terapevta kot drugih strokovnjakov. Podpora vključuje predvsem razvijanje spretnosti iskanja zaposlitve, samostojnega in varnega prihoda na in z dela, učenje kompenzatornih strategij za izvedbo nalog ter izbire in uporabe prilagojene informacijsko komunikacijske tehnologije (Ferronato, Ukovic, 2014; Cmar et al., 2018; Donaldson, 2017). V programih za podporo zaposlovanju je ključnega pomena tudi delo z delodajalci s ciljem razvijanja za zaposlitev pomembnih spretnosti v delovnem okolju (Work, 2013; O'Halloran et al., 2018). Pomembno pa je tudi omogočanje bolj učinkovitega in zadovoljujočega izvajanja dejavnosti na vseh področjih in s tem primerne ravnovesja med njimi (Wagman et al., 2011).

Tako rezultati te kot drugih študij kažejo, da mora načrtovanje podpore osebam z motnjami vida v delovni terapiji in na ravno tima temeljiti tudi na njihovem subjektivnem pogledu na prioritete in težave v izvajanju vsakodnevnih dejavnosti (Salminen, Karhula, 2014; Kvam et al., 2015; Donaldson, 2017). V delovni terapiji se v ta namen najpogosteje uporablja COPM, ki poleg opredeljevanja prioritet in težav omogoča tudi na uporabnika usmerjeno postavljanje ciljev in obravnavo (Enemark Larsen et al., 2018; Šuc, Švajger, 2018).

### **Omejitve študije**

Študija je bila izvedena na majhnem vzorcu, ki predstavlja približno tretjino vseh vključenih oseb vključenih v program ZR. Za posploševanje ugotovitev, bi bilo potrebno nadaljnje raziskovanje v večji skupini. Zbrani podatki iz COPM sicer omogočajo vpogled v subjektivna doživljanja, ne prinašajo pa poglobljenega razumevanja dejavnikov in izkušenj udeležencev s prioritetami in izvajanjem dejavnosti. Ugotovitve te študije bi lahko predstavljale izhodišče za kvalitativno raziskavo, ki bi to omogočila.

### **ZAKLJUČEK**

Osebe z motnjami vida, udeležene v tej študiji, so kot prioritete in kot tiste dejavnosti, pri katerih najpogosteje in v največji meri doživljajo težave opredelili iste tri dejavnosti: iskanje zaposlitve in plačano delo, GA in drugo neplačano delo ter najdenje in mobilnost v okolju. Visoka pomembnost iskanja zaposlitve podpira vključevanje v delo, za zmanjševanje težav pri tem pa se je potrebno poleg izboljševanju izvajanja iskanja zaposlitve, posvetiti predvsem mobilnosti in orientaciji v okolju. Delovni terapevti za učinkovito sodelovanje v programih za podporo osebam z motnjami vida pri vključevanju v zaposlitev, potrebujejo dodatna specializirana znanja, ključno pa je tudi sodelovanje s strokovnjaki na področju slepote in slabovidnosti.

Uporaba COPM za opredeljevanje prioritete in težav v izvajanju vsakodnevnih dejavnosti omogoča vpogled v subjektivni pogled oseb z motnjami vida nanje, ki je pomemben za učinkovito načrtovanje obravnave v procesu vključevanja v delo tako v delovni terapiji kot v interdisciplinarnem timu za ZR.

## LITERATURA

- AOTA - American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68 (Suppl.1): 1–48. Dostopno tudi na: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1860439>
- Bell EC, Mino NM. (2013) Blind and Visually Impaired Adult Rehabilitation and Employment Survey: Final Results. Journal of Blindness Innovation and Research, 3(1). Dostopno na: <https://www.nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir13/jbir030101.html> <23.3.2020>
- Blaylock SE, Barstow BA, Vogtle LK, Bennett DK (2015). Understanding the occupational performance experiences of individuals with low vision. British Journal of Occupational Therapy, 78(7) 412–421. Dostopno tudi na: <https://doi.org/10.1177%2F0308022615577641>
- Cmar JL, McDonnall MC. & Crudden A. (2018). Transportation self-efficacy and employment among individuals with visual impairments. Journal of Vocational Rehabilitation, 48(2), 257–268. <https://doi.org/10.3233/JVR-180925>
- Donaldson N (2017) Visually Impaired Individuals' Perspectives on Obtaining and Maintaining Employment. Doktorska disertacija. Walden University. Dostopno na: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=5087&context=dissertations> <21.3.2020>
- Duquette J. (2013) Factors influencing work participation for people with a visual impairment. Institut Nazareth et Louis-Braille. Dostopno na: <http://www.inlb.qc.ca/wp-content/uploads/2015/01/Factors-influencing-work-participation-in-persons-with-VI.pdf> <23.3.2020>
- Elsman EBM, van Rens GHMB & van Nispen RMA (2017) Impact of visual impairment on the lives of young adults in the Netherlands: a concept-mapping approach, Disability and Rehabilitation, 39:26, 2607-2618, DOI: 10.1080/09638288.2016.1236408
- Enemark Larsen A, Rasmussen B, Christensen JR (2018). Enhancing a client-centred practice with the Canadian Occupational Performance Measure. Occupational Therapy International. Article ID 5956301, 1-11. Dostopno tudi na: <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>
- Farrow K, Holden C, Lecher E, and Larges L. (2018) Increasing Access to Vision Rehabilitation Services for Seniors through Collaboration with Occupational Therapists Journal of Visual Impairment & Blindness (JVIB), 112(3), 301-306. Dostopno tudi na: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145482X1811200309>
- Ferronato L, Ukovic A. (2014) Enabling positive work outcomes for people with low vision: two case studies. Work. 1;47(3):381-6. Dostopno tudi na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24284659>
- Garcia V, Porlier S, Faleschini S, Boucher N. (2016) The Meaning and Importance Attributed to Work for Visually Impaired People of the Metropolitan Area of Quebec.

- Journal of Blindness Innovation and Research, 6(2). Dostopno na: <http://www.inlb.qc.ca/wp-content/uploads/2015/01/Factors-influencing-work-participation-in-persons-with-VI.pdf> <23.3.2020>
- Goertz YHH, Houkes I, Nijhuis FJN, Bosma H. (2017) Factors associated with participation on the competitive labour market of people with visual impairments in The Netherlands. *Work*. 2017;58(3):251-261. doi: 10.3233/WOR-172629.
- Kvam L, Vik K, Eide AH.(2015) Importance of participation in major life areas matters for return to work. *J Occup Rehabil*. 25(2):368-77. doi: 10.1007/s10926-014-9545-2.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N (2005). Canadian occupational performance measure. 4th ed. Ottawa: CAOT Publications.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N (2014). Canadian occupational performance measure (Slovenian). 5th ed. Ottawa: CAOT Publications.
- MacDonnall MC, Sui Z. (2019). Employment and Unemployment Rates of People Who Are Blind or Visually Impaired: Estimates from Multiple Sources. *Journal of visual impairment and Blindness*, 113(6): 481-492. Dostopno tudi na: <https://doi.org/10.1177%2F0145482X19887620>
- Work transition tip: work seeking and retention issues: strategies for persons with vision loss. (2013) *Work*, 46(3): 363-5. Dostopno tudi na: <https://content.iospress.com/download/work/wor01762?id=work%2Fwor01762>
- O'Halloran D, Farnworth L, Innes E & Thomacos N (2018): An occupational perspective on three solutions to unemployment, *Journal of Occupational Science*. Dostopno tudi na: <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1474128>
- Punani B, Rawal N. (2000) *Visual impairment handbook*. 2nd Ed. Blind People's Association India
- Salminen AL, Karhula ME (2014) Young persons with visual impairment: Challenges of participation, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4), 267-276. Dostopno tudi na: DOI: 10.3109/11038128.2014.899622
- Slade J, Edwards E, White A. (2017) Employment status and sight loss. RNIB. Dostopno na: <https://www.rnib.org.uk/sites/default/files/Employment%20status%20and%20sight%20loss%202017.pdf> <23.3.2020>
- Smith TM, Ludwig F, Andersen LT, Copolillo A (2009). Engagement in occupation and adaptation to low vision. *Occupational Therapy in Health Care*. 23(2):119-33. Dostopno tudi na: doi:10.1080/07380570902788782.
- Šuc L, Švajger A (2018). Postavljanje ciljev v delovni terapiji in uporaba kanadske metode za ocenjevanje izvajanja dejavnosti: razlike med začetniki in izkušenimi terapevti. *Rehabilitacija* 17 (1): 44–53. Dostopno tudi na: [http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija\\_2018\\_S1\\_p044-053.pdf](http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2018_S1_p044-053.pdf)
- Švajger, Andreja and Piškur, Barbara. 'The Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Vocational Rehabilitation: A Qualitative Study Among Occupational Therapists in Slovenia'. 1 Jan. 2016 : 223 – 233. Dostopno tudi na: <https://content.iospress.com/articles/work/wor2287>
- Tabaj A, Debevc M, Švajger A, Korez S, Dolinšek T, Saksida B, Florjančič S (2010). *Informacijske in komunikacijske tehnologije za invalide v procesu zaposlitvene rehabilitacije*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, 2010. Dostopno na: [Slovenska revija za delovno terapijo, november 2020, letnik 9, suplement 1](http://www.ir-</a></p></div><div data-bbox=)

- rs.si/f/docs/Razvojni\_center\_za\_poklicno\_rehabilitacijo/IKT\_za\_invalide.pdf?irrs\_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4. <24.3.2020>
- Tabaj A, Kovač L, Bitenc Č, Ponikvar J, Volovec D. (2014) Večletna evalvacija zaposlovanja invalidov. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo, 2014. Dostopno na: [http://www.rczr.uri-soca.si/f/docs/2014\\_2/04.\\_Vecletna\\_evalvacija\\_zaposlovanja\\_invalidov\\_09.\\_03.\\_2015.pdf](http://www.rczr.uri-soca.si/f/docs/2014_2/04._Vecletna_evalvacija_zaposlovanja_invalidov_09._03._2015.pdf)<24.3.2020>
- Tot P. (2013). Proces zaposlitvene rehabilitacije slepih in slabovidnih v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Dostopno tudi na: [http://pefprints.pef.uni-lj.si/1806/1/Diplomsko\\_delo\\_Petra\\_Tot.pdf](http://pefprints.pef.uni-lj.si/1806/1/Diplomsko_delo_Petra_Tot.pdf)
- Verhoef J., Miedema HS, Meeteren J, Stam HJ & Roebroek ME. (2013). A new intervention to improve work participation of young adults with physical disabilities: a feasibility study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(8), 722-728. Dostopno tudi na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23621846>
- Wagman P, Håkansson C, Björklund A. (2012) Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scand J Occup Ther.* 19(4):322-7. Dostopno tudi na: [https://www.researchgate.net/publication/51513342\\_Occupational\\_balance\\_as\\_used\\_in\\_occupational\\_therapy\\_A\\_concept\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/51513342_Occupational_balance_as_used_in_occupational_therapy_A_concept_analysis)
- Warren M, Baker L (2016) Occupational Therapy Services for Persons With Visual Impairment American Occupational Therapy Association. Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/PA/Facts/low-vision.aspx> <25.3.2020>
- ZZRZI – Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov. (2004) Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2 in 98/14 Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3841#> <24.3.2020>
- ZRSZ - Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (2020). [https://www.ess.gov.si/trg\\_dela/trg\\_dela\\_v\\_stevilkah/registrirana\\_brezposelnost](https://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah/registrirana_brezposelnost) <23.3.2020>

Predavanja/lectures strokovni prispevki

## PROCESNA METODA V DELOVNI TERAPIJI - TEORIJA, PRAKSA

### THE OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS – IN THEORY AND PRACTICE

Sara Črepinšek<sup>1</sup>, dipl. del. ter.; MIL inštruktorica; Nika Draksler<sup>2</sup>, študentka delovne terapije

<sup>1</sup> Dom sv. Jožef, Celje

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Procesna metoda, ki usmerja delo delovnih terapevtov, je nepogrešljiv del vsake prakse. Vendar delo po procesu predstavlja izzive tako zaradi časovnih omejitev kot tudi zaradi vsebine. Literature o procesni metodi je dovolj, a se glede na avtorje in večja nacionalna združenja pogosto razlikuje, tako po vsebini kot tudi izrazoslovju. **Vsebina:** V letu 2019 je med opravljanjem 9 tedenske klinične prakse v Domu sv. Jožef prišlo do izziva v zvezi z različnostmi v procesni metodi in nejasnostmi v terminologiji, ter kako povezati teorijo s prakso. Opravljen je bil pregled strokovne literature štirih procesnih metod: Occupational Performance Process Model, Canadian Practice Process Framework, Occupational Therapy Process ter Occupational Therapy Intervention Process Model. Izziv je predstavljalo tudi poznavanje modelov in okvirjev prakse ter njihova uporaba v procesni metodi. **Zaključek:** Nastal je delovni pripomoček, ki zajema grafični prikaz korakov, ki so si v pregledanih procesih podobni ter umešča rabo modelov in okvirjev. V prispevku je predstavljena teoretična podlaga ter primer rabe pripomočka.

**Ključne besede:** proces, delovni pripomoček, delovnoterapevtska obravnava

#### ABSTRACT

**Introduction.** The process-based model used by occupational therapists is an indispensable part of their work. However, in everyday practice, its use represents challenges not only because of time constraints but also because of its components. While there is sufficient literature on the use of the process model, the specifics often differ with different authors and major national associations, both in terms of content and terminology. **Content:** In 2019, a nine-week clinical practice performed in Dom sv. Jožef posed a challenge due to the differences in the process models, terminological inconsistencies and different approaches on how to implement theory into practice. A review of literature on the four process methods – Occupational Performance Process Model, Canadian Practice Process Framework, Occupational Therapy Process and Occupational Therapy Intervention Process Model – was performed. In this respect, it was a challenge to familiarize oneself with the process-based models and frameworks. **Conclusion:** A working tool that includes a graphical representation of similar steps in the reviewed processes has been created, positioning the models and frameworks. The paper presents the theoretical basis and an example of using the working tool.

**Keywords:** process, working tool, occupational therapy treatment

## IZHODIŠČA

Procesna metoda je način dela v okviru katerega delovni terapevti (DTh) uporabljajo svoje znanje in izkušnje z namenom zagotavljanja storitev za uporabnika (AOTA – American Occupational Therapy Association, 2014) in je značilen prav za DTh. Tuja strokovna literatura iz tega področja je obširna in dokaj jasna, vendar je potrebno branje več različnih virov, da se pridobi čim bolj jasno sliko. Opravljen je bil pregled strokovne literature o procesni metodi, v katerega so bile zajete štiri procesne metode: Occupational Performance Process Model - OPPM (CAOT – Canadian Occupational Therapy Association, 1997), Canadian Practice Process Framework – CCPF (Townsend, Polatajko, 2007), Occupational Therapy Process – OTP (AOTA, 2014) ter Occupational Therapy Intervention Process Model - OTIPM (Fisher, Martarella, 2019). Rezultati pregleda literature z osnovnimi informacijami so predstavljeni v tabelah 1.: Primerjava štirih različnih procesnih metod delovne terapije (DT) – vključitev v obravnavo, 2.: Primerjava štirih različnih procesnih metod DT – izvedba načrta in 3.: Primerjava štirih različnih procesnih metod DT – zaključek obravnave.

V pregledanih procesih se uporaba modelov in okvirjev omenja, ne ponudijo pa natančnega protokola za njihovo uporabo. Omenjajo, da se DTh zanje odloči na podlagi svojega znanja in izkušenj, potreb uporabnika in na dokazih podprte prakse (Fisher, Martarella, 2019; AOTA, 2014; Townsend, Polatajko, 2007; CAOT, 1997). Prav tako sta imeli avtorici težave z umeščanjem delovne hipoteze. AOTA (2014) jo zgolj omenja, nekateri avtorji jo omenjajo direktno (hypothesis) (Shell Boyt, Gillen, 2019; Pendleton, Schultz-Krohn, 2018; AOTA, 2014; Robertson, 2012; Kielhofner, 2009), posredno ali pa sploh ne.

Kot rezultat raziskovanja procesne metode je nastal delovni pripomoček IZOSA - Izvedba standardnega procesa DT, ki shematično prikazuje korake procesa, umešča izbiro modela in okvirjev in tako DTh olajša sledenje procesu. V nadaljevanju je pripomoček natančneje opisan.

Tabela 1.: Primerjava štirih različnih procesnih metod DT – vključitev v obravnavo.

OPPM (CAOT, 1997)	CCPF (Townsend, Polatajko, 2007)	OTIP (AOTA, 2014)	OTIPM (Fisher, Martarella, 2019)
<p><b>1. Uporabnik poimenuje, pretehta in izbere prioritete okupacije</b> (pregled dokumentacije o težavah pri izvedbi okupacij, uporabnik izbere področja okupacij, ki so mu pomembna (skrb zase, produktivnost, prosti čas - COPM); kakšno je uporabnikovo ozadje okupacije – dejavniki okolja).</p>	<p><b>1. Vključitev v obravnavo</b> (napotitev, težave pri izvajanju okupacij, pregled dokumentacije, priprava okupacijskega profila, intervju). Dogovor glede nadaljevanja se opravi v vsaki fazi procesa).</p>	<p><b>1. Okupacijski profil</b> (kdo je uporabnik, vrednote, interesi, vloge, potrebe; zakaj potrebuje storitve DT; okupacijska zgodovina, težave, uspehi; v čem je dober; katere vplive okolja uporabnik vidi kot podporne/zavirajoče za vključenost, prioritete; vzorci izvajanja okupacij in njihovo spreminjanje skozi čas; kateri so uporabnikovi zaželeni končni rezultati povezani z izvedbo okupacij, preventivo, vključevanjem, vlogami, zdravjem/dobrim počutjem, kakovostjo življenja ter enakopravno vključenostjo v okupacije).</p>	<p><b>1. Zbiranje začetnih informacij</b> (razumeti odnos med okupacijami uporabnikom in okoljem kjer se te izvajajo - zmogljivosti in težave uporabnika; situacijski kontekst uporabnikovih okupacij; nivo sodelovanja uporabnika v družbi; rezultat obravnave, ki si ga želi uporabnik; katere so prioritete uporabnika).</p>
<p><b>2. DTh izbere teoretični model/okvir</b>, ki je najbolj primeren za delo z uporabnikom, kar vpliva tudi na izbiro testov.</p>	<p><b>2. Priprava okolja za sodelovanje delovnega terapevta z uporabnikom</b> (imenovanje vrednot, medsebojnih pričakovanj; dogovor glede sodelovanja; imenovanje prioriternih težav pri izvajanju okupacij ter ciljev).</p>	<p><b>2. Analiza izvedbe okupacije</b> (sinteza informacij iz profila; opazovanje uporabnika pri izvedbi, izbira in uporaba ocenjevalnih instrumentov za vplive okolja, aktivnosti ter zahtev okupacije, uporabnikove značilnosti, spretnosti in vzorce; izbira ocenjevalnih instrumentov za končno oceno; interpretacija rezultatov ocenjevanj; razviti delovno hipotezo o uporabnikovih zmogljivostih in omejitvah; ustvariti cilje in sodelovati z uporabnikom pri imenovanju želenih rezultatov; določiti način preverjanja ciljev obravnave; katere so najboljše rešitve, ki so hkrati podprte z dokazi).</p>	<p><b>2. Izvedba analize</b> (opazovanje kakovosti uporabnikove izvedbe okupacije; kako uporabnik vidi svojo izvedbo; ocena izvedbe uporabnikove okupacije; obseg razhajanja med opažanji terapevta in opažanji uporabnika).</p>
<p><b>3. Prepoznati komponente izvedbe okupacij ter vpliv okolja</b> Izbira in izvedba ocenjevalnih testov.</p>	<p><b>3. Ocenjevanje</b> (ocena okupacijskega statusa, želja in potencialov; ocena in analiza vpliva duhovnosti, osebe, ter okoljskih dejavnikov na okupacijo; analiza vseh zbranih podatkov ter interpretacija; formulacija možnih rešitev).</p>		<p><b>3. Dokončanje ocene</b> (sinteza rezultatov analize – kakovost izvedbe okupacije; razhajanja med subjektivnimi in objektivnimi opažanji; dogovor glede uporabnikovih ciljev; kaj bi lahko bil razlog za uporabnikove težave).</p>
<p><b>4. Poiskati in poimenovati prednosti uporabnika ter znanje in izkušnje DTh.</b></p>			

Tabela 2.: Primerjava štirih različnih procesnih metod DT – izvedba načrta.

OPPM (CAOT, 1997)	CPPF (Townsend, Polatajko, 2007)	OTP (AOTA, 2014)	OTIPM (Fisher, Martarella, 2019)
<p><b>5. Dogovarjanje glede končnega rezultata</b>, ki naj bi pripeljal do rešitve težav pri izvedbi okupacije in komponent ter priprava načrta za dosego dogovorjenega.</p>	<p><b>4. Dogovor glede ciljev in načrta</b> (sodelovanje uporabnika in DTh pri identifikaciji prioritete na podlagi ocene; priprava načrta, dogovor glede ciljev: kdo, kaj, kdaj, kje, pripomočki, izbira modela/okvira/pristopa).</p>	<p><b>3. Načrt obravnave</b> (postavitev objektivnih in merljivih ciljev s časovnim okvirjem; izbira pristopov: ustvariti, spodbujati, vzpostavljati, obnoviti, vzdrževati, prilagoditi, preprečevati; določiti na kakšen način bo izvedena storitev (kdo, tip obravnave modeli); ali se bo z obravnavo nadaljevalo; priporočilo za vključitev h drugim strokovnjakom).</p>	<p><b>4. Obravnava</b> (izbira pristopa - kompenzacijski, edukacijski, obnovitveni, razvojni; priprava načrta ter izvedba obravnave).</p>
<p><b>6. Izvajanje načrta obravnave</b> skozi izvajanje okupacij ter morebitno dopolnjevanje.</p>	<p><b>5. Izvedba načrta</b> z vključevanjem uporabnika pri doseganju napredka in spremembe preko okupacije.</p>	<p><b>4. Izvedba načrta obravnave</b> (izvedba obravnave, ki vključuje terapevtsko uporabo okupacij/aktivnosti, pripravljanih metod in nalog, ki uporabnika pripravljajo na izvedbo okupacij, poučevanje in trening, zastopanje ter skupinske obravnave; spremljati odziv uporabnika z nenehno evalvacijo).</p>	
	<p><b>6. Spremljanje in spreminjanje načrta</b> (z namenom doseganja ciljev potekajo dogovarjanje, sodelovanje, zagovornišvo, učenje, vključevanje ter drugo; prilagajanje načrta po potrebi).</p>	<p><b>5. Spremljanje napredka obravnave</b> (stalna evalvacija, prilagajanje obravnave; biti pozoren na morebitno potrebo po nadaljevanju ali zaključku obravnave).</p>	

Tabela 3.: Primerjava štirih različnih procesnih metod DT – zaključek obravnave.

OPPM (CAOT, 1997)	CPPF (Townsend, Polatajko, 2007)	OTP (AOA, 2014)	OTIPM (Fisher, Martarella, 2019)
<p><b>7. Evalvacija izvedbe okupacij ob koncu obravnave</b> (Ali so se težave rešile?).</p>	<p><b>7. Evalvacija rezultatov</b> (oceniti skupaj z uporabnikom ali so bili: cilji doseženi; doseženi, vendar so se pojavile dodatne težave; cilji niso bili doseženi, terapevt in uporabnik se dogovorita kako naprej; uporaba zaključkov pri nadaljnjem sodelovanju).</p>	<p><b>6. Rezultati</b> (ponovitev v začetku obravnave izbranih ocenjevalnih instrumentov za preverjanje uspešnosti obravnave oz. doseganja ciljev; zadovoljstvo uporabnika, kako rezultate obravnave uporabiti v prihodnje).</p>	<p><b>5. Ponovno ocenjevanje</b> (izvesti ponovno ocenjevanje ter ugotoviti kakšni so rezultati; ali je prišlo do spremembe; uporabnikova opažanja glede kakovosti izvedbe; obseg razhajanja med opažanji terapevta in opažanji uporabnika; zadovoljstvo uporabnika z okupacijo; nivo sodelovanja uporabnika v družbi; ali se je doseglo uporabnikove cilje ali je potrebno ponovna vključitev).</p>
<p><b>8. Zaključek ali nadaljevanje</b> obrnave.</p>	<p><b>8. Zaključek</b> (konec obravnave ali ponovna vključitev).</p>		

## VSEBINA

### Izvedba standardnega procesa delovne terapije

Izvedba standardnega procesa DT ali IZOSA (Slika 1) je delovni pripomoček, ki zajema grafični prikaz izvedbe korakov procesa DT, ki so si v pregledanih procesih podobni. Njegov glavni namen je enostavnejša ponazoritev procesa DT. IZOSA vsebuje vse faze procesa DT obravnave (prvi razgovor, ocenjevanje, načrtovanje obravnave, izvajanje obravnave z možnostjo prilagajanje/spremembe ter evalvacijo), ki so podobne pri pregledanih procesih. Vsaka faza vsebuje bistvene poudarke. Poudarjena je možnost vrnitve v prejšnjo fazo, če se za to izkaže potreba. Tako je proces živ in se prilagaja potrebam uporabnika in opažanju terapevta, kar je ponazorjeno s puščicami. Proces se ob koncu zaključi ali pa nadaljuje s ponovno vključitvijo. Uporabnik, kakor tudi DTh, ima ves čas procesa pravico do ugovora in pravico do prekinitve obravnave. Glede na zbrano literaturo sta se avtorici odločili modele in okvirje v delovni pripomoček umestiti na način kot to predlaga Ikiugu s sodelavci (2009) in je predstavljen v okviru prvega koraka pripomočka IZOSA – prvi razgovor.

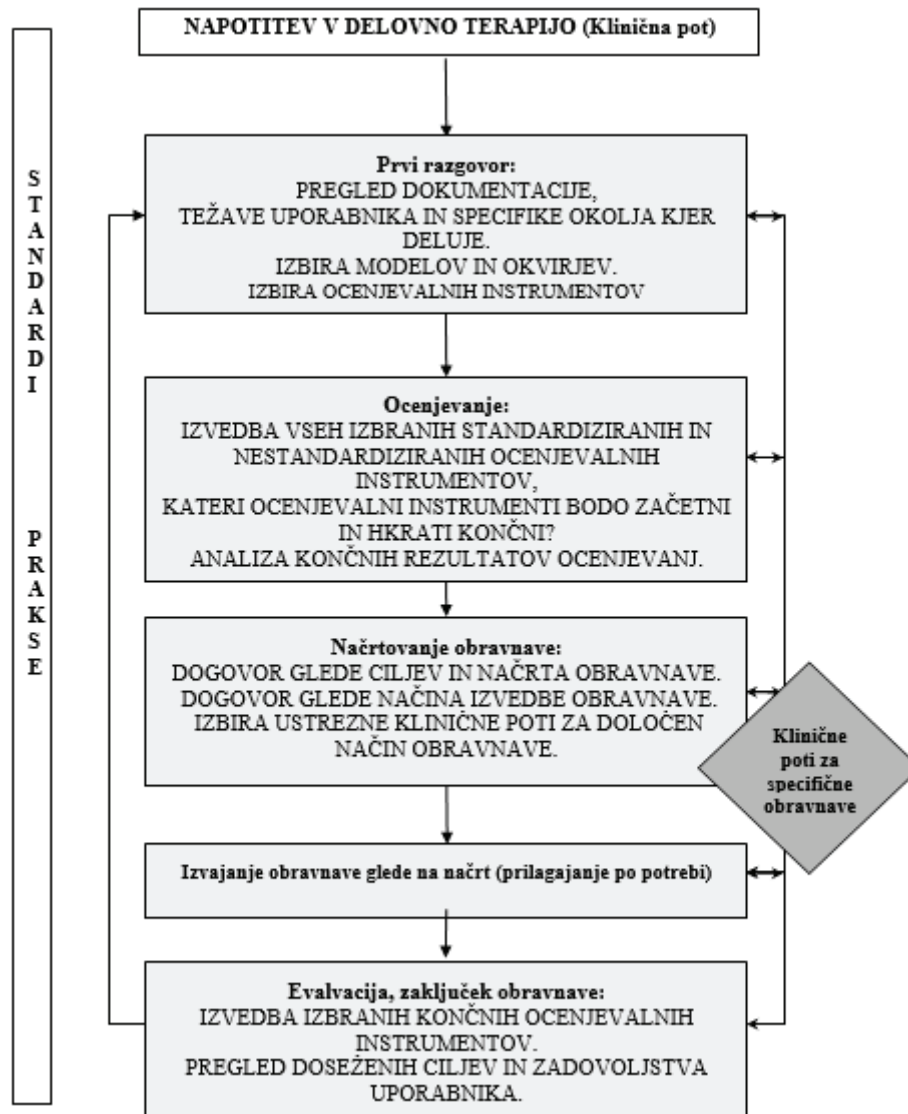
Ker v zadnjih letih potekajo tudi strokovni nadzori dela DTh, IZOSA grafično nakazuje, na katero mesto spadajo standardi, klinične poti in protokoli v procesu DT. Standardi prakse DT so osnovne smernice in priporočila za delo DTh (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - ZDTS, 2019). Po priporočilih Ministrstva za zdravje je »Klinična pot orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse.« (Marušič, Simčič, 2009, 6).

### Prvi razgovor

V Sloveniji uporabnika v DT napoti zdravnik (napotnica, delovni nalog) ali se v obravnavo vključi kot samoplačnik. DTh prebere zdravniško mnenje, zbere informacije o uporabniku ter z njim opravi prvi razgovor o težavah, ki jih ima pri izvedbi vsakodnevnih okupacij. Vključi tudi vse specifike okolja kjer se uporabnik giblje in ima kakršen koli vpliv nanj.

V nadaljevanju prve faze procesa DTh na podlagi zbranih podatkov in kliničnega sklepanja izbere model ali okvir za katerega meni, da bi lahko ponudil razlago uporabnikovega problema ter ustrezne ocenjevalne teste, pristope in rešitve (Wong, Fisher, 2015; Ikiugu et al., 2009). Ljudje smo kompleksna bitja in le redko se zgodi, da bi za celovito obravnavo ustrezal en sam model ali okvir. Ikiugu in Ciaravino sta v knjigi, *Psychosocial practice model in occupational therapy: building adaptive capability*, predstavila delovni pripomoček za povezovanje teoretičnih modelov v DT (*Framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy*) (Ikiugu et al., 2009). DTh tako po potrebi izbere več modelov in okvirjev, saj so tudi težave uporabnikov večplastne. Tako se govori o vodilnih (*organizing model of practice*) in dopolnilnih (*complementary model of practice*) modelih/okvirjih. Vodilni model je tisti, ki bo po presoji DTh najbolj pomagal pri razumevanju uporabnikovih težav (Ikiugu et al., 2009). Vodi razmišljanje DTh o določenem uporabniku ter nudi odgovore in praktične rešitve za težave uporabnika (Wong, Fisher, 2015). Ko je izbran glavni model, se izbere enega ali več dopolnilnih modelov/okvirjev, ki naj bi dodatno pomagali razumeti vzroke uporabnikovih težav. Tako vodilni kot dopolnilni modeli poleg teorije nudijo tudi ustrezne ocenjevalne instrumente ter orodja (pristopi, tehnike, pripomočki) (Wong, Fisher, 2015; Kielhofner, 2009; Ikiugu et al., 2009). Na izbiro vodilnega modela ali okvirja vpliva tudi odločitev DTh za pristop od zgoraj - navzdol

(modeli/okvirji, ki se osredotočajo na izvedbo okupacije) ali pa od spodaj - navzgor (modeli/okvirji, ki se osredotočajo na komponente). DTh ima, kljub spodbujanju uporabe prvega, možnost odločanja med obema (Weinstock – Zlotnick, Hinojosa, 2004).



Slika 1: Delovni pripomoček IZOSA

Nekatere modele in okvirje poznamo bolj, druge manj, za nekatere še slišali nismo, je pa dobro, da se zavedamo pestrosti naše stroke. Nekateri prinašajo zgolj nov pogled na uporabnika, medtem ko drugi vključujejo tudi teorijo, teste, pristope, tehnike in pripomočke (npr. Model Of Human Occupation – MOHO; Canadian Model of Occupational Performance - CMOP) (Kielhofner, 2009). Takšnih modelov/okvirjev je v svetu približno 90 (OTtheory, 2018) pri čemer so nekateri bolj znanstveno podprti (npr. MOHO; CMOP), drugi manj (Conceptual Model of Leisure Engagement for Quality of Life in nursing Home Residents - LEQoL-NH). Odločitev za določen model ali okvir pomeni tudi odločitev za

določen ocenjevalni instrument (Ikiugu et al, 2009). Če torej pri uporabniku izberemo CMOP, bomo uporabili tudi COPM, če izberemo rehabilitacijski okvir, je eden izmed testov izbora lahko Functional Independence Measure – FIM. Najbolj primerni so standardizirani ocenjevalni instrumenti, kar pomeni, da je njihova zanesljivost visoka in znanstveno potrjena, njihovo uporabo spodbuja tudi stroka (Pendleton, Schultz-Krohn, 2018; Law et al., 2005). Vendar so vsaj nekateri težje dosegljivi, plačljivi, potrebno je dodatno usposabljanje. Medtem so nestandardizirani testi manj zanesljivi, manj primerni za uporabo v raziskovalne namene, vendar lažje dostopni in jih pogosto razvijamo tudi sami za potrebe lastnega delovnega področja.

### **Ocenjevanje**

DTh se, glede na težave izražene s strani uporabnika, situacije v okolju in izbranega modela in okvirja, odloči in izbere tiste ocenjevalne instrumente, ki naj bi pojasnili, za kaj točno gre, kako to vpliva na uporabnika in izvajanje okupacij. Ko so ocenjevalni instrumenti prvega izbora izvedeni, DTh lahko izbere še dodatne, če oceni, da situacija uporabnika ni dovolj jasna (Ikiugu et al., 2009; Law et al., 2005), vse z namenom, da o težavah, ki jih je izpostavil uporabnik, dobi čim bolj celostno sliko. V tej fazi se DTh tudi odloči, katere izmed izbranih ocenjevalnih instrumentov bo uporabil tudi ob zaključku obravnave (outcome measure) za evalvacijo doseženih ciljev (Pendleton, Schultz-Krohn, 2018) oz. preverjanje rezultatov. Ponavadi je to test, ki spada pod vodilni model ali okvir (npr. CMOP - test COPM). Ob koncu te faze ima DTh približno sliko o uporabniku, njegovih težavah in potrebah, prioritetah in lahko začne s pripravo načrta obravnave.

### **Načrtovanje obravnave**

Na podlagi podatkov, zbranih do te faze, se DTh in uporabnik dogovorita, kakšen je želen končni rezultat in določita cilje. Na podlagi tega se pripravi načrt obravnave, ki vključuje tudi pristope, tehnike in pripomočke izbranega vodilnega in dopolnilnih modelov (Wong, Fisher, 2015; Kielhofner, 2009; Ikiugu et al., 2009). Pristopi in klinične poti, predvidene za doseganje dogovorjenih ciljev, so znanstveno podprti kot najbolj učinkoviti (Pendleton, Schultz-Krohn, 2018). DTh uporabniku predstavi predlog načrta (časovni okvir, prostor, okupacije, aktivnosti, pristopi, tehnike, pogoji okolja ipd.). Če uporabnik predstavljeni načrt odkloni, se delo po procesu vrne v prejšnje faze ali pa se sodelovanje zaključuje.

### **Izvajanje obravnave glede na načrt**

Na podlagi sprejetega načrta se ta nato tudi izpelje ob dogovorjenem času, kraju in na dogovorjen način (Pendleton, Schultz-Krohn, 2018). Če v času obravnave pride do kakršnih koli sprememb, ki vplivajo na izvedbo načrta in doseganje ciljev, se izvede dodatna ocenjevanja, prilagodi načrt obravnave in cilje.

### **Evalvacija, zaključek obravnave**

Ob zaključku obravnave se ponovno izpeljejo ocenjevanja, ki so bila v fazi ocenjevanj izbrana kot tista, ki se jih bo uporabilo tudi ob zaključku obravnave (outcome measure) (Pendleton, Schultz-Krohn, 2018). Rezultate ocenjevalnih instrumentov DTh ustrezno predstavi uporabniku, preveri zadovoljstvo z doseženim v primerjavi s postavljenimi cilji ter ugotovi, ali obstajajo utemeljeni razlogi za nadaljevanje obravnave (Shell Boyt, Gillen, 2019). Obravnava se glede na rezultate zaključuje ali nadaljuje.

## **PRIMER UPORABE IZOSA DELOVNEGA PRIPOMOČKA**

V nadaljevanju je predstavljen primer uporabe delovnega pripomočka IZOSA, nastalega v sodelovanju s študentko na kliničnih vajah. Pripomoček – sledenje shemi je bil v pomoč pri izvajanju posameznih korakov procesa delovne terapije.

### **Prvi razgovor**

Pregled dokumentacije, težave uporabnika in specifike okolja.

Gospod po ICV; starosti 74 let; po izobrazbi je gradbenik; levostranska plegija; desničar, zato prenos dominance ni potreben; težave na vseh področjih ODA in ŠDA; nesamostojnost v vseh okupacijah; nemotiviran in obupan; dobra podpora družine; gospod se razumno, vendar tiho pogovarja; bil je hribolazec, oboževal je glasbo in se udeleževal številnih koncertov; družina mu je bila pomembna; pripadnik RKC, globoko veren, nastanjen v domu za starejše. Dostopnost DT in fizioterapije.

Model/okvir in uporabljeni ocenjevalni instrumenti (v oklepajih).

Vodilni model:

- CMOP-E je bil za vodilni model izbran, ker uporabnika in izvedbo okupacij postavlja v središče obravnave (test COPM spada v model CMOP-E, osredotoča se na težave pri izvedbi okupacij, pomembnih za uporabnika).
- Dodatni modeli in okvirji:
- OTIPM je bil izbran, ker daje velik poudarek spretnostim (nestandardizirana analiza aktivnosti po spretnostih); zanimalo nas je, kako je s spretnostmi pri uporabniku - pomembno za načrtovanje ciljev in obravnave).
- Kognitivni okvir je bil izbran, ker je uporabnik med razgovorom izkazoval kognitivne motnje - zanikanje leve strani telesa, kar smo želeli preveriti, saj pomembno vpliva na postavljanje ciljev (test risanja ure in marjetice - instrument za oceno neglektta).
- Razvojno-nevrološki okvir je bil izbran zaradi diagnoze uporabnika; nudi pristope za delo z uporabniki po možganski kapi (Barthel Index za oceno samostojnosti v osnovnih dnevni aktivnostih).
- Rehabilitacijski okvir je bil izbran zaradi prilagoditev okolja (ocenjevalni instrument FIM je bil izbran za primerjavo občutljivosti z Barthel Indexom).
- Metoda montessori za starejše in osebe z demenco ni DT model, a je usmerjen na uporabnika, njegovo vključevanje v aktivnosti in njihovo izvedbo. Izbran je bil z namenom, da se uporabniku pomaga vključiti v domsko skupnost (sem sodi test branja; z namenom ugotavljanja potrebne velikosti črk pri navodilih/aktivnostih, da se bo uporabnik lažje vključeval).

### **Ocenjevanje**

- COPM 1. ocenjevanje: 29. 11. 2018 (ocene v nadaljevanju pomenijo: pomen za posameznika/izvedba/zadovoljstvo z izvedbo) - gospod ima težave pri umivanju obraza (10/2/2), zob (10/2/2) ter pri samostojnem hranjenju (9/2/2); povprečna ocena izvedbe 1:  $6/3 = 2$ ; povprečna ocena zadovoljstva 1:  $6/3 = 2$ .
- Nestandardizirana analiza aktivnosti po spretnostih (mazanje kreme po obrazu) 30. 11. 2018:
- motorične spretnosti: stabilizira 3, ohranja ritem 2, se pripogiba in obrača 3, koordinira 3, manipulira 2, giblje tekoče 1, uravnava 3, prijema 2, vzdrži 2.
- procesne spretnosti: ohranja ritem 2, izbira 1, išče/najde 3, upošteva 1, začne 2.

- socialno interakcijske spretnosti: govor 1, gestikulira 1, govori tekoče 2, obrača se proti 3, gleda 3, se dotika 1, časovno ustrezna dolžina govora 1.
- (legenda: 0 = ni težave, 1 = zmerna težava, 2 = srednja težava, 3 = resna težava, 4 = popolna okvara, 8 = ni specifično, 9 = ni uporaben)
- Test risanja ure in marjetice: 20. 12. 2018 - izrazit levostranski neglekt, ne gre čez mediano, riše na desni, nepravilne oblike.
- Barthel Index – 1. ocenjevanje: 10. 12. 2018 - 1/10.
- FIM – 1. ocenjevanje je bilo izvedeno 10. 12. 2018: 48/120.
- Test branja: 20. 12. 2018 - bere fond ARIEL, velikost črk najmanj 36, bere le besede na desni strani.

### **Načrtovanje obravnave**

Pri zapisovanju se uporablja kratica za kratkoročni cilj (KC) in dolgoročni cilj (DC). KC pomagajo pri doseganju DC ter jih etapno razdelijo na manjše segmente (Shell Boyt, Gillan, 2019). Cilji so bili postavljeni na nivoju okupacij in komponent.

Cilji na nivoju okupacije:

DC 1.: Gospod bo v štirih mesecih v skupni jedilnici na invalidskem vozičku samostojno, brez asistenc DT pojedel zajtrk (kruh namočen v mleku) v 20-ih minutah.

- KC 1.1.: Gospod bo v štirih tednih v sobi na invalidskem vozičku po potrebi z verbalnimi navodili ali fizično asistenco DTh v pol ure do ust prinesel 10 žlic zajtrka.
- KC 1.2.: Gospod bo v enem mesecu zajtrkoval na invalidskem vozičku v sobi in ne več v postelji.
- KC 1.3.: Gospod bo v dveh mesecih v skupni jedilnici na invalidskem vozičku samostojno (brez verbalnih navodil in asistenc DTh) v 15-ih minutah do ust prinesel 10 žlic zajtrka.
- KC 1.4.: Gospod bo v dveh mesecih v skupni jedilnici na invalidskem vozičku samostojno (brez verbalnih navodil in asistenc DTh) izvedel faringealno fazo.

DC 2.: Gospod si bo v dveh mesecih v kopalnici samostojno na vozičku, brez verbalnih navodil umil obe strani obraza do ušes in vrat z moko ter suho krpo, ki jo bo pripravila DTh.

- KC 2.1.: Gospod si bo v treh tednih s pomočjo verbalnih navodil in asistenc DTh umil obe strani obraza do ušes in vrat z moko ter suho krpo, ki jo bo pripravila DTh.
- KC 2.2.: Gospod si bo v petih tednih s pomočjo verbalnih navodil DTh umil obe strani obraza do ušes in vrat z moko ter suho krpo, ki jo bo pripravila DTh.
- KC 2.3.: Gospod si bo v dveh tednih v postelji v optimalnem položaju telesa in roke s pomočjo verbalnih navodil in asistenc umil DTh roko do komolca.
- KC 2.4.: Gospod si bo v postelji, kjer bo imel levo roko podloženo na servirni mizici, tako da bo njegova dlan v vidnem polju, v dveh tednih s pomočjo verbalnih navodil in asistenc DTh umil dlan roke v pronaciji in supinaciji, gib bo nadaljeval do komolca.
- KC 2.5.: Gospod si bo na invalidskem vozičku, kjer bo imel levo roko podloženo na servirni mizici, tako da bo njegova dlan v vidnem polju, v dveh mesecih samostojno umil dlan roke v pronaciji in supinaciji ter bo gib nadaljeval do komolca.

Cilji na nivoju komponent:

DC 3.: Pri gospodu se bo v treh mesecih izboljšalo zaznavanje leve polovice telesa in sicer z zavestnim vključevanjem leve roke (premeščanje in vključevanje leve roke v aktivnost) ter z zavestno reakcijo (premik glave na dražljaj, ki bo prihajal iz leve strani).

- KC 3.1.: Gospod si bo v postelji, kjer bo imel levo roko podloženo na servirni mizici, v enem tednu preko verbalnih navodil lociral svojo levo roko in se dotaknil dlani, gib bo nadaljeval do komolca.
- KC 3.2.: Gospod bo na invalidskem vozičku, kjer bo imel levo roko podloženo na servirni mizici, v enem mesecu samostojno nadaljeval gib od dlani do komolca.
- KC 3.3.: Gospod bo glavo obračal preko medialne linije v levo stran, to bo dosegel v enem mesecu, samostojno ali s pomočjo verbalnih navodil DTh.
- KC 3.4.: Gospod bo v enem mesecu pri aktivnostih prehajal medialno linijo z rotacijo trupa na verbalno opozorilo in s fizično asistenco DTh.
- KC 3.5.: Gospod bo v dveh mesecih pri aktivnostih prehajal medialno linijo z rotacijo trupa na verbalno opozorilo, brez fizične asistencije DTh.

### Izvedba

Pripravljalne aktivnosti - kognitivni trening, prenašanje žoge premera 8cm iz desne na levo stran (1x na dan po 10 minut, 4x na teden, 3 tedne), prenašanje riža iz posode na desni strani v posodo na sredini (1x na dan po 10 minut, 5x na teden, 3 tedne s povečevanjem razdalje med posodami), aktivnosti za krepitev obraznih mišic, jezika in žvekalnih mišic (1x na dan po 10 minut, 5x na teden, 3 tedne), soročne aktivnosti – npr. brisanje mize po obrokih (1x na dan, 15 minut, 5x na teden, 4 tedne), rotacije zgornjega in spodnjega dela trupa, handling medenice in ramen pri vseh obravnavah.

Namenske aktivnosti - montessori metoda - uporaba materialov na temo gore, planinske poti, klasična glasba (1x tedensko, 3 tedne).

Na okupaciji temelječe aktivnosti – hranjenje v postelji (1x na dan, 45 minut, 5x na teden, 4 tedni), hranjenje na invalidskem vozičku (1x na dan, 30 minut, 5x na teden, 3 tedni), umivanje obraza, rok in zob v postelji ali kopalnici (1x na dan, 20 minut, 5x na teden, 7 tednov).

Število tednov obravnave se je bistveno podaljšalo glede na zgoraj zapisano zaradi počasnega napredovanja uporabnika (brezvoljnost, huda okvara), zlasti pri tistih ciljih, ki niso bili doseženi.

### Evalvacija

Za končno ocenjevanje so bili izbrani COPM, Barthel Index in FIM.

- COPM 2. ocenjevanje je bilo izvedeno 29. 1. 2019 (ocene v nadaljevanju pomenijo: pomen za posameznika/izvedba/zadovoljstvo z izvedbo) - umiti obraz (10/4/4), umiti zobe (10/4/4) ter hranjenje (10/8/4); povprečna ocena izvedbe 2:  $12/3 = 4$ ; povprečna ocena zadovoljstva 2:  $10/3 = 2$ ; sprememba v izvedbi:  $I2 - I1 = 2$ ; sprememba v zadovoljstvu:  $Z2 - Z1 = 1,3$ . Klinično pomembno razliko predstavlja 2 ali več točk razlike (COPM, 2020).
- Barthel Index (25. 1. 2019) - 2/10.
- FIM (25. 1. 2019) - 56/120.

Gospod je po končanem delu s študentko podal subjektivno oceno, da je bil s sodelovanjem zelo zadovoljen.

Doseganje ciljev je predstavljeno v Tabeli 4.

*Tabela 4: Doseganje zastavljenih ciljev.*

Cilji na nivoju okupacije		Cilji na nivoju komponent
DC 1.: Cilj je bil dosežen. KC 1.1.: Cilj je bil dosežen. KC 1.2.: Cilj je bil dosežen. KC 1.3.: Cilj je bil dosežen v 7 tednih. KC 1.4.: Cilj je bil dosežen v 12 tednih.	DC 2.: Cilj je bil dosežen v 3 mesecih. KC 2.1.: Cilj je bil dosežen. KC 2.2.: Cilj je bil dosežen. KC 2.3.: Cilj je bil dosežen. KC 2.4.: Cilj je bil dosežen. KC 2.5.: Cilj je bil dosežen.	DC 3.: Cilj je bil delno dosežen. KC 3.1.: Cilj je bil dosežen. KC 3.2.: Cilj ni bil dosežen. KC 3.3.: Cilj je bil dosežen. KC 3.4.: Cilj je bil dosežen. KC 3.5.: Cilj ni bil dosežen.

## ZAKLJUČEK

Delovni pripomoček IZOSA in primer njegove rabe sta primer povezovanja teorije in prakse. V literaturi vlada terminološka zmeda, zaradi česar bralec zlahka zaide pri razumevanju vseh podrobnosti procesne metode. Zato avtorici upata, da bo prišlo do nadaljnjih raziskovanj procesne metode.

## LITERATURA

- AOTA – American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain & Process. 3rd ed. Am J Occup Ther 68(Suppl. 1): S1–S48 doi: [10.5014/ajot.2014.682006](https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006).
- CAOT – Canadian Occupational Therapy Association (1997). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- COPM – The Canadian occupational therapy measure, 2020. Frequently asked questions – what amount of change in score represents an important difference?  
Dostopno na: <http://www.thecopm.ca/faq/> <29.6.2020>
- Fisher AG, Martarella A (2019). Graphic representation of the phases of the occupational therapy intervention process model (OTIPM). In: Fisher AG, Martarella, eds. Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions. Dostopno na: <https://www.innovativeotsolutions.com/powerful-practice/resources/> <20.5.2020>.
- Ikiugu MN, Smallfield S, Condit C (2009). A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. Can J Occup Ther 76(3): 162–70. doi: [10.1177/000841740907600305](https://doi.org/10.1177/000841740907600305).
- Kielhofner G (2009). Conceptual foundation of occupational therapy practice. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Law M, Baum C, Dunn W (2005). Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy. 2nd ed. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Marušič D, Simčič B, eds. 2009. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.  
Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/Prirocnik-za-oblikovanje-klinicnih-poti.pdf> <29.6.2020>.

- OTtheory, 2018. Occupational therapy theory. The Hong Kong Polytechnic University – Department of Rehabilitation Sciences.  
Dostopno na: <https://ottheory.com/theories-and-models> <20.11.2018>.
- Pendleton MH, Schultz-Krohn W, eds. (2018). Pedretti's occupational therapy practice skills for physical dysfunction. 8th ed. St. Louis: Elsevier.
- Robertson L, ed. (2012). Clinical reasoning in occupational therapy: Controversies in practice, 1<sup>st</sup>. ed. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Shell Boyt BA, Gillen G eds. (2019). Willard and Spackman's occupational therapy. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Townsend EA, Polatajko HJ (2007). Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well - being, & justice through occupation. 1st ed. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Weinstock - Zlotnick G, Hinojosa J (2004). Bottom - up or top - down evaluation: Is one better than the other? Am J Occup Ther 58(5): 594–9. doi: [10.5014/ajot.58.5.594](https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.594).
- Wong SR, Fisher G (2015). Comparing and using occupation-focused models. Occup Ther Health Care 29(3): 297–315. doi: [10.3109/07380577.2015.1010130](https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130).
- ZDTS – Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2019). Kodeks etike in standardi prakse v delovni terapiji Slovenije. 1 izd. Ljubljana, Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (ZDTS). Dostopno na: <https://www.zdts.si/index.php/dokumenti/send/2-splosni-dokumenti/2-kodeks-etike-delovnih-terapevtov-slovenije> <15.4.2020>.

## OSEBE Z DEMENCO IN SNOEZELLEN »SOBA ZA SPROSTITEV«

### PERSON WITH DEMENTIA AND SNOEZELLEN ROOM

Meta Rojšek Breznik<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Dom upokojujencev Franc Salamon Trbovlje – Enota Prebold, Prebold

#### IZVLEČEK

**Izhodišče:** Osebe z demenco zaradi upada kognitivnih funkcij dostikrat ne znajo izraziti svojih potreb in želja. Ta nemoč kar se velikokrat kaže v nemiru in beganju. Pomembno je, da znamo to prepoznati in ublažiti s pomočjo tehnik sproščanja in novih tehnologij. **Vsebina:** Pri osebah z demenco se je sproščanje v sobi za sprostitev pokazalo kot učinkovito. Osebam lahko v njej pričaramo kraj, na katerega so rade zahajale, gledanje slik, ki obudijo spomine, poslušanje znane glasbe ter vonjanje njim znanih vonjev. Oseba se umiri in bolje sodeluje pri terapiji, kar pripomore tudi k učinkovitejši delovnoterapevtski obravnavi. Pomembno je, da osebo slabega psihičnega počutja odmaknemo od drugih oseb in motečih faktorjev, kar nam soba za sprostitev omogoča. **Zaključek:** Za osebe z demenco, ki so nemirne, je potrebno najti vsaki njej ustrezno strategijo, do se pomiri. Snoezelen – soba za sprostitev s svojimi učinki to omogoča.

**Ključne besede:** upad kognitivnih funkcij, sproščanje, primer dobre prakse, nova tehnologija

#### ABSTRACT

**Introduction:** Persons with dementia are often unable to express their needs, which may translate into restlessness and fidgeting. It is important to know how to recognize this state and to help them using relaxation techniques and new technologies. **Content:** Relaxation in Snoezelen room has proven to be effective for people with dementia. The person in the room can be brought back to the place they liked to frequent, see pictures that bring back memories, and listen to familiar music and scents. The person calms down in the room and participates in therapy, which makes occupational therapy more effective. It is important for people with psychological issues to have a place where they can be alone, away from disruptive elements. Snoezelen room is excellent in such situations. **Conclusion:** It is important to find an appropriate strategy for a person with dementia to calm them down. Everyone is different and everyone calms down differently. Some are calmed by music, while others by conversation. With its multi-sensory effects, Snoezelen room can be successful tool for achieving this.

**Keywords:** decline in cognitive function, relaxation, case study of good practice, new technology

#### IZHODIŠČA

V zadnjih letih se v stroki, javnosti in medijih veliko govori o osebah z demenco. Demenca in njene posledice niso več tabu tema, kot je bilo včasih, ko se je osebe s tako diagnozo zapiralo in skrivalo pred javnostjo. Ljudi je bilo sram priznati, da imajo doma oz. poznajo osebo z demenco, saj je bila ta bolezen neznana in stigmatizirana. Povezovali so jo s starostjo in človekovim značajem, osebe so bile označene kot »čudaki / samotarji / posebneži.«

Demenca je sindrom, ki je posledica kronične in progresivne bolezni možganov z motnjami mnogih višjih kortikalnih funkcij, vključeno s spominom, mišljenjem, orientacijo, dojetanjem, računanjem, sposobnostjo učenja, govorom in sposobnostjo presoje. Zavest ni skaljena. Kognitivne omejitve običajno spremljajo spremembe čustvene kontrole, socialnega vedenja ali motivacije, občasno se te pogosteje kažejo. Bistveno pri demenci je tudi oviranost osebe pri dnevnih življenjskih aktivnostih in v kakšni meri je omejena njena sposobnost obvladovanja vsakodnevnega življenja (Zid molka, 2010).

Zaradi napredovanja bolezni in nezmožnosti samostojnega življenja doma, se v zadnjih letih osebe z demenco daje v socialne institucije - domove, kjer ustrezno izobražen tim skrbi za njih. Med njimi ima pomembno vlogo delovni terapevt (DTh).

Nobena oseba z demenco ni enaka drugi. Vsaka ima drugačno življenjsko zgodbo in drugačne potrebe. DTh se trudi, da bi njihove potrebe čimbolj spoznal oz. jih prepoznal. Osebe z demenco zaradi kognitivnega upada ne znajo/zmorejo več izražati svojih potreb in želja, zato so nemirne, pogosto begajo. Bolezen vpliva tudi na njihova čustva in vedenje. S pomočjo tehnik sproščanja in novih tehnologij se DTh trudi iskati rešitve za ublažitev stresne situacije, med katerimi so tudi tehnike sproščanja s pomočjo snoezelena.

Snoezelen oz. multisenzorna soba je soba z različnimi sproščujočimi učinki, ki pomaga zmanjšati vznemirjenost in tesnobo. Snoezelen lahko pomaga pri učenju / razvoju, pomaga sprostiti vznemirjeno osebo ali spodbudi in dvigne stopnjo budnosti nekoga, ki ima motnje senzorične predelave. Pomaga izboljšati kakovost življenja posameznika (Snoezelen, 2020). S pomočjo snoezelna – sobe za sprostitve se kažejo učinki na posamezno osebo z različnimi težavami, saj omogoča, da se oseba odmakne iz stresne situacije in se s pomočjo različnih efektov pomiri in sprosti.

Snoezelen sobe so namenjene za pomiritev ali stimulacijo uporabnikov in sicer od najmlajših otrok pa do dementnih starostnikov. V sobah se za dosego željenega cilja (pomiritev/stimulacija) uporabljajo avdio, video, senzorični in aromatični efekti. Za doseganje najboljših rezultatov je poleg strokovnega znanja terapevtov in ostalega osebja potrebna tudi pravilna in primerna opremljenost sobe. Priporoča se, da je soba oblazinjena. Pomembna je tudi barva sten, ki naj bo enaka in naj video efektom dopušča doseganje optimalnega učinka. Soba naj bo temna in tiha (izolirana) (ortosana.si, 2020).

V poznih sedemdesetih letih sta dva nizozemska terapevta Jan Hulsegge in Ad Verheul na Inštitutu DeHartenburg eksperimentirala s senzornim šotorom. Cilj je bil povečati užitek in senzorično izkušnjo oseb z motnjami v duševnem razvoju. Od svoje zasnove se je snoezelen razvil in se v številnih ustanovah izkazal za uporabnega. Kar je bilo nekoč specializirano za osebe s posebnimi potrebami, je danes običajno v šolah, bolnišnicah, domovih za upokojence, ustanovi za duševno zdravje (Snoezelen, 2020). Snoezelen, ki je bil razvit v sredini 1970-ih, se izvaja po vsem svetu, vodijo pa ga etična načela bogatenja kakovosti življenja (ISNA, 2020).

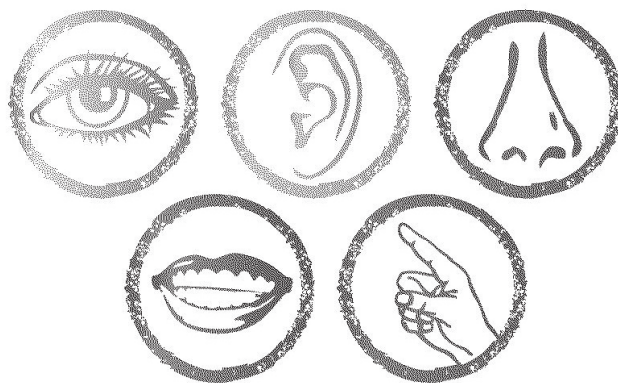
Snoezelen se je razširil tudi po Sloveniji in ga ne uporabljamo samo v zavodih za osebe s posebnimi potrebami. Čedalje bolj ga uporabljamo v domovih za starejše, še predvsem za osebe z demenco.

### VSEBINA

Ker so nas zanimala izkušnje posameznika s terapijo v snoezelenu – sobi za sprostitvev, bomo v nadaljevanju predstavili primer dobre prakse uporabe snoezelena – sobe za sprostitvev v delovnoterapevtski obravnavi. Vključevanje snoezelena v delovnoterapevtsko obravnavo je pri osebah z demenco zmanjšalo nemir in jih pomirilo.

Podatke smo zbrali z dokumentarnim gradivom in sicer z osebnimi neuradnimi dokumenti, kot so fotografije, zapiski, nastalih pri delovnoterapevtskih obravnavah oseb z demenco, uporabljala se je interna tabela za spremljanje učinka delovnoterapevtske obravnave.

V Domu Franca Salamon Trbovlje – Enota Prebold so decembra leta 2016 opremili sobo snoezeln. Pravijo ji »soba za sprostitvev«. Prostor vsebuje pripomočke in sredstva za razvoj in stimulacijo vseh čutilnih organov (sluh, vid, tip, ravnotežje, vonj in tudi okus).



Slika 1. Čutila, ki jih stimulira snoezelen (sensa.metropolitan.si, 2020)

V sobi za sprostitvev je oz. omogoča:

- Vodna postelja, ki je glavni element, omogoča vplive predvsem na razvoj taktilnih čutil preko valovanja in nežnega vibriranja nizkih tonov glasbe.
- Zvočni posnetki, ki vsebujejo glasove narave, sproščene zvoke in pomirjujoče melodije, se uporabljajo za stimulacijo slušnega čuta.
- Različne barvne kombinacije lučk v vodnem stolpu, svetlobne resice s svetlobnimi učinki ter predvajanje video vsebin z različno tematiko se uporabljajo za stimulacijo vidnega čutila.
- Aromatični vonji z dodajanjem eteričnih olj v za to namenjeno napravo dodatno izzovejo telesno in duševno sprostitvev.
- Masažni stol se uporablja za sprostitvev telesa in kot taktilno čutilo (pri osebah z demenco se ga zaradi močne taktilne stimulacije ne uporablja).

Soba za sprostitvev se uporablja za vse stanovalce. So pa izjeme, ki zaradi zdravstvenega stanja sobe ne morejo uporabljati. Soba se uporablja za sproščanje ter za delovno in fizioterapijo.

Po izobraževanju različnih profilov zaposlenih (direktorica, diplomirana medicinska sestra, sredna medicinska sestra, delovni terapevt in fizioterapevt) so sobo za sprostitve v mesecu marcu 2017 pričeli aktivno uporabljati. Želja je bila, da bi jo uporabljajo različni kadri.

V delovnoterapevtski in fizioterapevtski obravnavi se snoezelen uporablja kot dodatno metodo, saj sam prostor omogoča mir, ki je zelo pomemben pri obravnavi, novodobna tehnologija pa omogoča nadgradnjo terapije. S terapijo se želi doseči pomiritev, sprostitve ali nadgraditev terapije z uporabo novodobnih tehnologij.

Že zelo kmalu se je izkazalo, da soba za sprostitve pri stanovalcih z demenco zelo učinkovito pomaga za namen pomiritve. V sobi za sprostitve so bili obravnavane različne osebe z različno stopnjo demence. Učinek – spremembo obnašanja posamezne osebe so opazili tudi drugi člani tima (drugi zaposleni). Naj opišem primer. Stanovalec je hodil po oddelku ter iskal izhod, tudi pogovor ga ni umiril. Obravnavan je bil v sobi za sprostitve. Ob svetlobnih učinkih in glasbi se je umiril in ulegel na posteljo. V tem položaju je vztrajal 30 min. Po prihodu na oddelek se je kazala sprememba: ni več taval sem in tja, zmoget se je vključiti v aktivnosti, ki so v tem času potekale na oddelku.

Preden osebo odpeljemo v sobo za sprostitve, preverimo zdravstveno dokumentacijo in se posvetujemo z domskim zdravnikom, če bi bila kakšna kontraindikacija. Pazljivi smo pri osebah, ki imajo epileptične napade, da jih predvsem svetlobni dražljaji v sobi za sprostitve ne bi sprožili. Preučimo tudi življenjsko zgodbo osebe, da tako dobimo čim več podatkov o tem, kaj je oseba rada počela, s čim se je sprostita. Če je le možna verbalna komunikacija, podatke pridobimo pri začetnem intervjuju, ko se osebo sprejme v ustanovo. V nasprotnem primeru podatke pridobimo od svojcev. Zgodi se tudi, da so vsi ti podatki tako skopi, da se potrebe osebe pokažejo pri sami delovnoterapevtski obravnavi terapiji (kakšne so njene potrebe, želje, interesi ipd.) oziroma šele tekom obravnave ugotovimo, kaj je zanjo najbolj učinkovito. Ni nekega pravila glede tega, kaj bi vplivalo – pomagalo posamezni osebi z demenco, zato pri različnih osebah uporabljamo različne elemente snoezelena. Vsaka oseba je namreč edinstvena in se drugače odzove na elemente snoezelena.



*Slika 2. Snoezelen soba v DUFŠ – Enota Prebold (interni arhiv DUFŠ – Enota Prebold)*

Pred terapijo pripravimo prostor. Osebi, če je možna verbalna komunikacija, razložimo kam jo bomo peljali in kaj se bo dogajalo. Pripeljemo jo v prostor in ji pustimo, da se razgleda in izbere kam se bo usedla oz. ulegla. Glede na zbrane izbrane podatke med obravnavo uporabljamo elemente, za katere predvidimo, da bodo najbolj učinkoviti. Pri uporabi aromaterapije smo previdni, ker se lahko pojavijo tudi alergične reakcije. Omogočeno imamo tudi projekcijo na platno. Projekcije so lahko različne, saj nam tehnologija omogoča veliko. Pri izbiri je najbolj pomembna želja osebe, kaj bi rada gledala, izhajamo iz njenega življenja. Zelo priporočljiva pa je tudi projekcija njenih slik in slik njej znanih oseb. Večinoma uporabljamo sproščujočo glasbo z zvoki iz narave, ki omogočajo največ pozitivnih učinkov. Obravnava se izvaja do 45 min.

Osebe se na obravnavo v sobi za sproščanje različno odzivajo. Že pri prvi obravnavi lahko ugotovimo ali je nek element zanj ustrezen. Učinek se pojavi že kmalu po prihodu v sobo. Če se oseba umiri in ne išče izhoda, pomeni, da je taka strategija sproščanja uspešna, saj smo dosegli, da se je oseba pomirila ter našli nekaj, kar jo v stresni situaciji lahko umiri. Osebe, ki so še zmožne komunikacije, so med obravnavo v sobi za sproščanje dostikrat bolj komunikativne in spomini ob znanih posnetkih kar privrejo na plano. Seveda pa snoezelen ni vedno učinkovit. Lahko se zgodi, da osebo noben element ne pomiri, ampak jo še bolj vznemiri, kar pomeni, da se v okolju ne počuti varna in je terapijo potrebno prekiniti.

O uporabi sobe za sprostitev in odzivih posamezne osebe z demenco je potrebno voditi tudi evidenco. Oblikovana je bila tabela, v katero se zapisuje kdaj je oseba obiskala sobo za sprostitev in kakšen je bil učinek. Odziv osebe se vpiše tudi v raportno knjigo, da so o tem obveščeni tudi ostali zaposleni. Na oddelku, kjer oseba prebiva, se zaposlene opozori, da je bila oseba tisti dan v sobo za sprostitev in se jih prosi, naj napišejo, če pri njej opazijo kakšno spremembo v tistem dnevu

DOM UPOKOJENCEV				
FRANC SALAMON TRBOVLJE				
KOLONIJA 1. MAJA 21, 1420 TRBOVLJE				
<hr/> Telefon 035653300, telefaks 035631960, e.mail: dom.upo-f-salamon@siol.net, <a href="http://www.dufs.eu">http://www.dufs.eu</a> , identifikacijska št. za DDV: SI30739551, matična št.: 5101859000				
<b>SNOEZELLEN – STANOVALCI</b>				
DATUM, URA	STANOVALEC	TERAPEVT	POSEBNOSTI	PODPIS
7.11.2019 10.30 – 11.30	Ga. Novak	DT - Meta	<p>Oseba se je spomnila, da je že bila v snoezelnu. Med terapijo je sodelovala in smiselno odgovarjala na vprašanja.</p> <p>Med terapijo sva poskušali sprostiti noge.</p>	

Slika 3. Tabela za zapisovanje učinka delovne terapije v snoezelnu

Predstaviti želimo dober primer uporabe sobe za sproščanje pri osebi z demenco 4 stopnje. Oseba je bila nepokretna. Večino časa je ležala, nekajkrat tedensko pa je preživela po nekaj ur na počivalniku. Negovalno osebje je velikokrat poročalo, da je oseba nemirna tako v postelji kot tudi na počivalniku. Odločili smo se, da pričnemo z izvajanjem delovnoterapevtske obravnave v snoezelnu. Oseba ni bila zmožna komunicirati, zato smo podatke pridobiti od drugih. Podatke smo dobili iz življenjske zgodbe in po pogovoru z njenimi svojci. Ugotovili smo, da ima oseba rada živali in morje. Sobo za sprostitev smo pripravili s slikovnimi posnetki morja in uporabili sproščujočo glasbo. Z uporabo svetlobnih učinkov smo bili previdni, saj smo vedeli, da ima oseba epileptične napade. Ob prvem obisku smo ugotovili, da osebi ležanje na vodni postelji ne ustreza, zato smo jo pustili na počivalniku. Za dodatni učinek sproščenosti smo uporabili tudi tehnike bazalne stimulacije. Oseba se je v prostoru umirila in tudi zaspala. Po koncu terapije so tudi ostali zaposleni na oddelku opazili, da je oseba na počivalniku bolj mirna. Obravnava v sobi za sprostitev se je izvajala vsak teden po 45 min, dokler je zdravstveno stanje osebe to dopuščalo. Večinoma je bila oseba, ko jo je negovalno osebje nameščalo na počivalnik in tudi na samem počivalniku, nemirna. V sobi za sprostitev se je umirila, učinek pa se je običajno obdržal nekaj časa. Seveda je bila pa tudi kakšna terapija neučinkovita in je oseba, ko je bila odpeljana iz sobe za oprostitev, postala ponovno nemirna.

## ZAKLJUČEK

Napredki v tehnologiji tudi delovnemu terapevtu prinašajo nove pripomočke za uporabo oz. nadgradnjo terapije. Snoezelen se že dolgo uporablja na različnih področjih predvsem pri osebah s posebnimi potrebami, v zadnjih letih se je začel uporabljati tudi pri starostnikih in osebah z demenco.

Sproščanje v sobi snoezelen - sobi za sprostitev se je pri osebah z demenco pokazalo kot učinkovito. Glede na dosedanje izkušnje z uporabo snoezelena v delovnoterapevtski obravnavi ugotavljamo, da pripomore k sprostitvi in pomiritvi oseb z demenco. Uporaba ni primerna za vse, zato se je potrebno predhodno posvetovati z drugimi strokovnjaki in zbirati ustrezne podatke o osebi.

Za delovnega terapevta je pomembna potrditev odločitve, da v obravnavo osebe z demenco vključi sobo za sproščanje to, da ga oseba ustavi na hodniku in ga povpraša, kdaj bo lahko ponovno odšla v tisto čudežno sobo.

Enostavno sobo za sproščanje lahko uredimo tudi v domačem okolju osebe z demenco. Osebo odmaknemo v prostor, ki ga lahko zatemnimo, dodamo nežno glasbo, kakšen svetlobni učinek in tako dosežemo učinek snoezelna. Snoezelen si lahko ustvarimo tudi na prostem: odmaknemo se na primer v gozd, se usedemo in poslušamo šume in zvoke v naravi (petje ptic, pihanje vetra, premikanje listov ipd.).

## LITERATURA

- Van Hulslen A (2010). Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl&Co.
- ISNA – mse. org. (2020). Definition of snoezelen. Dostopno na: <http://www.isna-mse.org/smoezelen.html> <2.5.2020>.

- ORTOSANA (2020). Snoezelen. Dostopno na: <https://www.ortosana.si/snoezelen/> <14.6.2020>.
- Sensa.metropolitan (2020). Izostrite svoja čutila. Dostopno na: <https://sensa.metropolitan.si/za-vse-cute/izostrite-svoja-cutila/> <14. 6. 2020>.
- Snoezelen – Multi-Senzory Environments (2020). What is snoezelen. Dostopno na: <https://www.snoezelen.info> <2.5.2020>.

## VIDEO MODELIRANJE PRI OTROKU S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO

## VIDEO MODELING WITH A CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Staša Meglič<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Otroci s spektroavtistično motnjo lahko imajo težave pri izvedbi osnovnih dnevnih aktivnosti. Video modeliranje je strategija, ki lahko izboljša izvedbo le-teh. Namen študije je bil opredeliti učinkovitost uporabe video modeliranja pri izboljšanju izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti otroka s spektroavtistično motnjo. **Metode dela:** V prispevku bo predstavljena študija primera 7-letne deklice. Obravnave so potekale dva krat na teden in trajale šest tednov. Opredeljene akcije znotraj štirih aktivnosti so bile osnova za videoposnetke. Učinkovitost je bila merjena z Analizo aktivnosti po spretnostih, Vprašalnikom volje pri otroku in z Ocenjevanjem samostojnosti izvedbe osnovnih dnevnih aktivnosti. **Rezultati:** Izboljšala se je samostojnost in volja za izvedbo aktivnosti ter procesne in motorične spretnosti. **Razprava:** Rezultati te študije so primerljivi z rezultati drugih raziskav in kažejo na učinkovitost uporabe video modeliranja za izboljšanje izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti otroka s spektroavtistično motnjo. **Zaključek:** S študijo primera bi lahko pritegnili druge delovne terapevte k raziskovanju in uporabi video modeliranja.

**Ključne besede:** delovna terapija, osnovne dnevne aktivnosti, samostojnost, videoposnetek

### ABSTRACT

**Introduction:** Children with autism spectrum disorder often have difficulty in performing activities of daily living. Video modeling is a strategy to improve this. This article will present a case study of a 7-year old girl. The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of using video modeling to improve performance of basic activities of daily living in a child with autism spectrum disorder. **Methods:** Therapies were conducted twice a week in a period of six weeks. Individual actions were identified in four activities, which provided the basis for the videos. Effectiveness was evaluated with the assessment of independence in performing activities of daily living, AA and pediatric volitional questionnaire. **Results:** Therapy led to an improvement in the client's independence, processing and motor skills and volition to perform activities. **Discussion:** Results are compatible with the results of other studies and show the effectiveness of video modeling for improving performance of activities of daily living of a child with autism spectrum disorder. **Conclusion:** This single case study could draw other occupational therapists to carry out research and to use video modeling.

**Keywords:** occupational therapy, basic activities of daily living, independence, video clip

## **IZHODIŠČA**

Spektroavtistična motnja (SAM) je kompleksna vseživljenjska nevro – razvojna motnja (Jurek et al., 2019). Otroci s SAM so velikokrat nesamostojni pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA), kar je lahko posledica težav na področju procesnih spretnosti (Bradshaw et al., 2019), senzorne integracije, grobe in fine motorike, prehodov med aktivnostmi in težav s komunikacijo. Neučinkovita komunikacija lahko vpliva na sposobnost razumevanja navodil in učenja po modelu (LaVesser, List Hilton, 2010). Najslabše rezultate na področju ODA otroci s SAM dosegajo pri osebni higieni in oblačenju (Kilincaslana et al., 2019).

### **Delovnoterapevtska obravnava otrok s SAM**

Delovni terapevti se pri obravnavah otrok s SAM osredotočajo na različna področja človekovega delovanja (Ashburner et al., 2014; Weaver, 2015). Največji poudarek dajejo izboljšanju izvajanja aktivnosti na področju osebne higiene (Kadar et al., 2012).

Delovna terapija na področju ODA pri otrocih s SAM vključuje vzpostavljanje izvedbenih spretnosti in vzorcev, vzdrževanje naučenih vzorcev in modifikacijo ali adaptacijo zahtev aktivnosti ali konteksta (LaVesser, List Hilton, 2010). V ta namen delovni terapevti uporabljajo različne strategije: učenje ODA v živo z vedenjsko strategijo, vizualni namigi v obliki slik, slušni namigi (Hong et al., 2018) in video modeliranje (VM) (Hong et al., 2018; Will et al., 2018).

### **Video modeliranje**

VM je strategija, pri kateri si uporabnik v okviru obravnave ogleda videoposnetek, na katerem je prikazana tipična izvedba neke aktivnosti. Video je lahko prikazan iz perspektive opazovalca ali iz perspektive tistega, ki aktivnost izvaja. Oseba, ki izvaja aktivnost na posnetku, mora biti nekdo, ki ga uporabnik dobro pozna (uporabnikovi starši, sorojenci, terapevti, učitelji). Obravnava je enako učinkovita ne glede na to, kdo je model na videoposnetku (Hong et al., 2015; Murray, Noland, 2013; Kant et al., 2017). Terapevt lahko za prikaz aktivnosti posname osebo, ki je zmožna aktivnost izvesti samostojno ali pa posname osebo, ki ima težave pri izvedbi aktivnosti (Murray, Noland, 2013).

Cilj terapije z VM je izboljšanje izvajanja predstavljene aktivnosti (Murray, Noland, 2013). Uporablja se lahko za učenje izvajanja različnih osnovnih in širših dnevnih aktivnosti. Največja učinkovitost je dokazana pri aktivnostih socialnega vključevanja in aktivnostih s področja skrbi zase (Aldi et al., 2016; Hong et al., 2015).

VM se uporablja pri uporabnikih z različnimi stanji/motnjami, med njimi so tudi uporabniki s SAM. Uporaben je pri različnih starostnih skupinah, vendar so najboljši rezultati vidni pri obravnavi otrok s SAM od 5-10 let (Hong et al., 2015). Meister in Salls (2015) sta v pilotni raziskavi ugotovila, da je bila terapija s pomočjo VM na vzorcu osmih otrok starih od 7,5 do 13,5 let učinkovita. Avtorji so s pomočjo Analize aktivnosti merili število pravilno izvedenih korakov, potrebnih za izvedbo posamezne aktivnosti. Število pravilno izvedenih korakov pri posameznih ODA se je izboljšalo za 50,5%.

Tekom obravnav se pri otrocih s SAM potreba po ogledu video predstavitve izvedbe ODA zmanjšuje, saj se zvišuje število pravilno izvedenih akcij izvajanja posamezne aktivnosti (Aldi et al., 2016).

## **Namen**

Namen študije je bil opredeliti učinkovitost uporabe delovno terapevtske strategije VM pri izboljšanju izvajanja ODA otroka s SAM. Zanimalo nas je ali obravnava s pomočjo VM pri otroku s SAM:

- izboljša/zviša samostojnost izvedbe,
- izboljša spretnosti potrebne za izvedbo,
- zviša voljo za izvedbo ODA.

## **METODE**

Prispevek temelji na kvalitativni metodi raziskovanja. Znotraj te metode smo uporabili singularno študijo primera. Razlog za izbiro tega pristopa je neposredno raziskovanje posameznika in dejavno proučevanje določenega fenomena v fizičnem okolju (Ambrož, Colarič - Jakše, 2015).

**Tehnološki pripomočki:** Videoposnetke izvedbe posamezne aktivnosti smo posneli s kamero Sony Cyber-shot DSC-HX300 Digital Camera. Uporabniki smo jih predstavili na prenosnem računalniku.

**Etični vidik:** Za zagotovitev spoštovanja etičnih načel pri raziskovanju, smo oblikovali soglasji za starše otroka vključenega v obravnavo in za vodjo ustanove, v kateri je raziskava potekala.

**Udeleženci:** Izbrali smo namenski vzorec. Vključitveni kriteriji so bili: starost (otrok od 5-8 let), primarna diagnoza (SAM), pridružena lažja do zmerna motnja v duševnem razvoju ter sposobnost imitacije in učenja po modelu. Izključitveni kriteriji so bili: otrok s SAM, ki ima pridruženo težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju, težave z vidom, motnjo v telesnem razvoju.

**Potek študije primera:** Študija je potekala v obdobju 6 tednov od novembra do konca decembra 2019, kar je skupno 10 obravnav po 45 min.

**Ocenjevalni instrumenti:** 1 teden pred prvo obravnavo in po zadnji obravnavi smo izvedli Ocenjevanje samostojnosti izvedbe ODA, Analiza aktivnosti po spretnostih (AA) (AOTA, 2008), Vprašalnik volje pri otroku (angl. Pediatric volitional questionnaire - PVQ) (Basu et al., 2008). Pred vsemi ocenjevanji smo izvedli preizkus sledenja navodilom, ki so bila podana preko videoposnetka.

Preizkus VM poda informacije o otrokovih zmožnostih imitacije in o vizualno diskriminacijskih spretnostih. Na ta način ugotovimo ali je obravnava z VM zanj sploh primerna (Rayner, 2014). V preizkusu smo vključili aktivnosti grobe motorike, ravnanje s predmeti, posnemanje izrazov na obrazu in ponavljanje povedi. Uspešno izveden preizkus VM predvideva ponovitev vseh prikazanih aktivnosti v 10s po ogledu posnetka.

Ocenjevanje samostojnosti izvedbe ODA smo oblikovali po vzoru Lestvice funkcijske neodvisnosti za otroke (angl. Functional independence measure for children – WeeFim) (Granger, McCabe 1990). Oblikovali smo tristopenjsko ocenjevalno lestvico (1 –popolna

odvisnost od tuje pomoči, 2-minimalna odvisnost od tuje pomoči in 3-samostojnost) po čemer se instrument razlikuje od Weefim-a (7-stopenjska lestvica).

### **Priprava in snemanje videoposnetkov**

Z analizo izvedbe aktivnosti smo pri vsaki izbrani aktivnosti določili potrebne akcije. Izvedbo smo posneli s perspektive opazovalca. Posamezno akcijo smo poudarili z ustnimi navodili.

Videoposnetke smo ohranili v prvotni obliki. Obravnavo smo pričeli z ogledom videoposnetka posamezne ODA brez prekinitev in dodatnih opazk. Uporabnica si je posnetek ogledala v mirnem okolju brez motečih faktorjev od začetka do konca. Aktivnost je izvedla v kontekstu, takoj po ogledu posameznega posnetka brez dodatnih navodil.

## **REZULTATI**

### **OKUPACIJSKI PROFIL**

Uporabnica stara 7 let, je desničarka. Obiskuje OŠ s prilagojenim programom. Njena primarna diagnoza je SAM s pridruženo zmerno motnjo v duševnem razvoju.

Pri vseh dnevnih aktivnostih potrebuje veliko besednih spodbud, pri nekaterih tudi fizično asistenco. Učenje novih aktivnosti poteka z demonstracijo in vizualno podporo v obliki piktogramov.

Samostojno si obleče majico z dolgimi rokavi. Z besedno spodbudo obleče vnaprej pripravljene hlače na elastiko. Nogavic ne obuje samostojno. Gumbe zapre, vendar ima pri tem še nekaj težav. Kadar oblačila niso pravilno obrnjena, jih ne zna pravilno obrniti.

Pri jutranjem umivanju potrebuje besedno spodbudo in vodenje skozi aktivnosti. Pri česanju las potrebuje fizično asistenco, saj si las ne razporedi na prečo, prav tako ne počeše las zadaj. Pri umivanju zob in umivanju rok potrebuje vizualni prikaz potrebnih korakov za izvedbo aktivnosti.

### **Ocenjevanje samostojnosti izvedbe ODA**

*Tabela 1: Rezultati začetnega in končnega ocenjevanja samostojnosti izvedbe osnovnih dnevnih aktivnosti*

AKTIVNOST	ZAČETNA OCENA Datum: 7.11.2019	KONČNA OCENA Datum: 20.12.2019
Umivanje rok	2	3
Česanje las	2	3
Oblačenje spodnjega dela telesa	2	3
Oblačenje zgornjega dela telesa	2	3
Skupna ocena	27	31

Pri začetnem ocenjevanju samostojnosti izvedbe ODA je bila skupna ocena 27 točk. Pri vseh aktivnostih je uporabnica pri končnem ocenjevanju pridobila eno točko. Razlika med začetnim in končnim ocenjevanjem je bila 4 točke (Tabela 1).

**Analiza aktivnosti po spretnostih**

Začetno ocenjevanje z AA je pokazalo odstopanja pri večini procesnih spretnosti pri izvajanju aktivnosti umivanja rok in obuvanja nogavic. Po končnem ocenjevanju nekatere spretnosti niso bile več v odstopanju (Tabela 2).

*Tabela 2: Procesne spretnosti pri aktivnostih umivanja rok in obuvanja nogavic, kjer so bila odstopanja*

<b>AKTIVNOST</b>	<b>Začetno ocenjevanje</b> <b>Datum: 8.11.2019</b>	<b>Končno ocenjevanje</b> <b>Datum: 20.12.2020</b>
<b>Umivanje rok</b>	Je pozoren/osredotočen, uporabi, rokuje, upošteva, naredi, začne, konča, izvaja neprekinjeno, izvaja v zaporedju, konča, usmerja gibanje, opazi/se odzove, spremeni, izvajanje, prilagodi, pridobi.	Upošteva, konča, opazi/se odzove, spremeni izvajanje, pridobi.
<b>Obuvanje nogavic</b>	je pozoren/osredotočen, uporabi, rokuje, upošteva, sprašuje, naredi, začne, konča, izvaja neprekinjeno, izvaja v zaporedju, konča, usmerja gibanje, opazi/se odzove, spremeni izvajanje, prilagodi, pridobi.	opazi/se odzove, spremeni izvajanje, prilagodi, pridobi.

**Vprašalnik volje pri otroku**

Drugo ocenjevanje s PVQ po opazovanju aktivnosti česanja las in zapiranja gumbov je pokazalo viden napredek pri razvoju volje (Tabela3).

Tabela 3: PVQ - Primerjava med začetnim in končnim ocenjevanjem aktivnosti česanje las in zapiranje gumbov

NIVO VOLJE		PVQ ocenjevalna lestvica				
		N/O	P	N	Z	S
R	Kaže radovednost			1	2	3 4
	Začenja akcijo/aktivnost			1	2	3 4
	Izraža prioriteto			1		2 3 4
	Poskuša doseči učinek			1	2	3 4
	Poskuša nove stvari			1 2		3 4
K	Vztraja pri aktivnosti			1	2	3 4
	Usmerjen na nalogo				1 2	3 4
	Izraža zad. pri obvladovanju		1		2 3 4	
	Uri spretnosti			1	2	3 4
	Poskuša rešiti probleme				1 3	4
U	Vztraja pri aktivnosti do konca			1	2 2	3 4
	Išče izzive			1	3	2 4
	Organizira/prilagaja okolje	1 3			2	4
	Uporablja domišljijo	2			1 3	

**Legenda:** P = pasiven, N = neodločen, Z = zavzet, S = spontan/samostojen, N/O = postavke ni bilo mogoče opazovati.  
**1** - Začetno ocenjevanje česanja las, **2** - začetno ocenjevanje zapiranja gumbov, **3** - končno ocenjevanje česanja las, **4** - končno ocenjevanje zapiranja gumbov

## RAZPRAVA

VM se najpogosteje uporablja pri otrocih s SAM, saj jih ogled videoposnetkov zanima in izboljša njihovo voljo za izvajanje aktivnosti. S pomočjo obravnave z VM se poveča verjetnost, da bodo ponovili besede in akcije (Hume et al., 2009; McCoy, Hermansen, 2007). Četudi tuja literatura priča o učinkovitosti uporabe strategije VM v delovni terapiji pri otrocih s SAM (McLay et al., 2015; Kant et al., 2017; Hong et al., 2016; Aldi et al., 2016; Campbell et al., 2015), nismo našli dokazov, da bi se tudi slovenski delovni terapevti posluževali te strategije, kar je razlog za izvedbo študije primera.

Videoposnetki aktivnosti umivanja rok, zapiranja gumbov in obuvanja nogavic prikazujejo pravilno in specifično izvedbo aktivnosti. Posneli smo jih s pogledom opazovalca. Z desetimi obravnavami smo uporabniki omogočili priložnosti za ponavljanje naučenih izvedbenih spretnosti, saj se otroci izvedbe ODA naučijo z ustnimi navodili, z modeliranjem in s pogostim ponavljanjem teh aktivnosti (Anderson, 2007).

Pri načrtovanju in snemanju videoposnetkov smo sledili navodilom, ki jih navajata Murray in Noland (2013) in aktivnosti vključili v kontekst. Uporabnica je ustrezala zastavljenim kriterijem izbire vzorca, hkrati je imela težave pri izvajanju posameznih ODA in bila kognitivno zmožna razumevanja navodil.

Pred obravnavami so rezultati Ocenjevanja samostojnosti izvedbe ODA pokazali nesamostojnost pri oblačenju in slačenju spodnjega in zgornjega dela in pri osebni negi. Kilincaslana in sodelavci (2019) so ugotovili, da imajo otroci s SAM največje težave ravno pri teh aktivnostih. Rezultati ocenjevanja samostojnosti izvedbe ODA potrjujejo rezultate raziskav na področju obravnave otrok s SAM s pomočjo VM (Campbel et al., 2015; Aldi et al. 2016), ki dokazujejo izboljšanje/zvišanje samostojnosti pri izvajanju ODA.

Samostojnost pri izvajanju ODA je odvisna od procesnih in motoričnih spretnosti (Bradshaw et al., 2019), zato je za razumevanje otrokovega delovanja poleg stopnje samostojnosti, potrebno oceniti tudi spretnosti izvedbe z ocenjevalnim instrumentom AA (Merrit, 2011). Za ocenjevanje smo izbrali umivanje rok in obuvanje nogavic. Napredek se je pokazal pri obeh aktivnostih. Pri nekaterih procesnih spretnostih po obravnavah ni bilo več odstopanja (je pozoren/osredotočen, uporabi, rokuje, upošteva, naredi, začne, konča, izvaja neprekinjeno, izvaja v zaporedju, konča, usmerja gibanje), pri nekaterih smo kljub obravnavam še vedno opazili odstopanje (opazi/se odzove, spremeni, izvajanje, prilagodi, pridobi), vendar opisne ocene AA kažejo izboljšanje. Rezultati študije so s tem primerljivi z rezultati drugih raziskav na področju obravnav s pomočjo VM, ki so pokazali izboljšanje izvedbenih spretnosti pri uporabnikih (McLay et al., 2015; Kant et al., 2017; Hong et al., 2016; Aldi et al., 2016; Campbell et al., 2015).

Terapija s pomočjo strategije VM je pri otrocih s SAM učinkovita zaradi vpliva na voljo za izvedbo ODA. Otroci s SAM si lažje zapomnijo vizualne informacije, zato jim navodila, podana preko videoposnetkov nudijo boljšo možnost pomnjenja, odvzamejo težave pri komunikaciji z drugo osebo in jim dajejo zaupanje v izvedbene spretnosti, kar jim zviša voljo za izvedbo aktivnosti (Hume et al., 2009; McCoy, Hermansen, 2007). Tudi Basu in sodelavci (2008) trdijo, da izboljšanje izvedbenih spretnosti vpliva na razvoj volje. Rezultate ocenjevanja PVQ lahko povežemo z rezultati AA, saj je izboljšanje procesnih in motoričnih spretnosti prineslo zaupanje v izvedbene spretnosti in s tem vplivalo na razvoj volje. Omenjene raziskave so vpliv terapije s pomočjo VM na voljo potrdile samo z opazovanjem, ne pa tudi z ocenjevalnim instrumentom PVQ. Njihovi rezultati in rezultati te študije torej ne dosegajo želene stopnje primerljivosti.

Tekom obravnav je uporabnica pravilno izvedla vedno več akcij, brez dodatne demonstracije. Do podobnih rezultatov so prišli tudi drugi avtorji raziskav na tem področju (McLay et al., 2015; Campbell et al., 2015; Meister, Salls, 2015), ki so uspešnost vsake posamezne obravnave merili z analizo pravilno izvedenih akcij pri posamezni aktivnosti. Začetni odpor do izvajanja aktivnosti se je z usvojenimi akcijami in vedno boljšim pomnjenjem informacij postopoma manjšal, dokler po PVQ-ju ni dosegla vključenosti v vse aktivnosti. Terapija jo je motivirala, da je naučene vzorce izvajanja in ustna navodila prenašala v realne situacije izven okvira terapij.

Rezultatov ne moremo posploševati, ker smo izvedli singularno študijo primera. Ena od pomanjkljivosti je, da smo za predvajanje videoposnetkov uporabili prenosni računalnik.

Zaradi velikosti ga nismo mogli uporabiti v kopalnici, zato bi v prihodnje priporočili uporabo tabličnega računalnika ali mobilnega telefona.

## ZAKLJUČEK

S študijo primera smo uspeli dokazati učinkovitost delovnoterapevtske obravnave s pomočjo VM pri otroku s SAM. Zastavljen okvir obravnave bi delovni terapevti lahko uporabili kot podporo pri oblikovanju terapevtskega procesa pri njihovih uporabnikih, ki spadajo v to populacijo. Preden se lotimo nove strategije, jo moramo dobro proučiti in si ogledati primere videoposnetkov. Pri prenašanju naučene teorije o VM v prakso, je pomembno, da poleg vseh pravil upoštevamo tudi posameznika in obravnavo prilagodimo njemu. Kljub dokazani učinkovitosti take oblike obravnav, je dobro dodati še druge delovnoterapevtske strategije, ki lahko pripomorejo k zvišanju posameznikove samostojnosti.

Da bi se delovni terapevti lažje odločili za VM, bi bilo dobro pridobiti še več dokazov o učinkovitosti te strategije, kar bi lahko uresničili z izvedbo obravnav pri večjem številu otrok s SAM.

## LITERATURA

- Aldi C, Crigler A, Kates-McElrath K et al. (2016). Examining the effects of video modeling and prompts to teach activities of daily living skills. *Behav anal pract* 9(4): 384-88. doi: 10.1007/s40617-016-0127-y.
- Anderson SR, Jablonski AL, Thomeer ML, Knapp VM (2007). *Self-help skills for people with autism: A systematic teaching approach*. Bethesda: MD: Woodbine House.
- Ambrož M, Colarič-Jakše LM (2015). *Pogled raziskovalca: načela, metode in prakse*. Ljubljana: Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti.
- AOTA – American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: domain and process 2nd*, Bethesda: AOTA press.
- Ashburner J, Rodger S, Ziviani J, Jones J (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. *Aust Occup Ther J* 61:110-20. doi: 10.1111/1440-1630.12083.
- Basu S, Kafkes A, Schartz R, Kiraly A, Kielhofner G (2008). *The pediatric volitional questionnaire*. Chicago: Department of Occupational therapy, college of applied health sciences, University of Illinois.
- Bradshaw J, Gillespie S, Klaiman C, Klin A, Saulnier C (2019). Early emergence of discrepancy in adaptive behavior and cognitive skills in toddlers with autism spectrum disorder. *Autism* 23(6): 1458-96. doi: 10.1177/1362361318815662.
- Campbel JE, Morgan M, Barnett V, Spreat S (2015). Handheld devices and video modeling to enhance the learning of self-help skills in adolescents with autism spectrum disorder. *Occup Ther J Res* 35(2): 95-100. doi: 10.1177/1539449215570040.
- Granger CV, McCabe MA (1990). Content validity of pediatric functional independence measure. *Appl Nurs Res* 3(3): 120-21.
- Hong ER, Ganz JB, Ninci J, Neely L, Gilliland W, Boles M (2018). An evaluation of the quality of research on evidence-based practices for daily living skills for individuals with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 45:2792-815. doi: 10.1007/s10803-015-2444-3.

- Hong ER, Ganz JB, Mason R et al. (2016). The effects of video modeling in teaching functional living skills to persons with ASD: A meta analysis of single case studies. *Res dev disabil* 57: 158-69. doi: 10.1016/j.ridd.2016.07.001.
- Hume K, Loftin R, Lantz J (2009). Increasing independence in autism spectrum disorders: A review of three focused interventions. *J Autism Dev Disord* 39: 1329-38.
- Jurek L, Longuet Y, Baltazar M et al. (2019). How did I get so late so soon? A review of time processing and management in autism. *Behav brain res* 374. doi: 10.1016/j.bbr.2019.112121.
- Kadar M, McDonal R, Lentin P (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Aust Occup Ther J* 59(4): 284-93. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01015.x.
- Kant JM, Scheiter K, Oschatz K (2017). How to sequence video modeling examples and inquiry tasks to foster scientific reasoning. *Learn instr* 52: 46-58. doi: 10.1016/j.learninstruc.2017.04.005.
- Kilincaslana A, Kocasa S, Bozkurta S, Kayaa I, Derina S, Aydin R (2019). Daily living skills in children with autism spectrum disorder and intellectual disability: A comparative study from Turkey. *Res dev disabil* 85: 187-96. doi: 10.1016/j.ridd.2018.12.005.
- LaVesser P, List Hilton C (2010). Self care skills for children with an autism spectrum disorder. In: Miller Kuchaneck H, Watlin R, eds. *Autism: A comprehensive occupational therapy approach*, 3rd ed. Bethesda: AOTA, 427-68.
- Meister C, Salls J (2015). Video modeling for teaching daily living skills to children with autism spectrum disorder: a pilot study. *J Occup Ther Sch Early Interv* 8(4): 307-18. doi: 10.1080/19411243.2015.1107005
- Merritt BK (2011). Validity of using the Assessment of motor and process skills to determine the need for assistance. *Am J Occup Ther* 65(6): 634-50. doi: 10.5014/ajot.2011.000547.
- McCoy K, Hermansen E (2007). Video modeling for individuals with autism: A review of model types and effects. *Educ Treat Children* 30: 183-213.
- McLay L, Carnett A, Van der Meer L, Lang R (2015). Using a Video Modeling-Based Intervention Package to Toilet Train Two Children with Autism. *J Dev Phys Disabil* 27: 431-51. doi: 10.1007/s10882-015-9426-4
- Murray S, Noland B (2013). *Video modeling for young children with autism spectrum disorder: a practical guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers, 21-30.
- Rayner C (2014). Video-based intervention for children with autism: Towards improved assessment of prerequisite imitation skills. *Developmental Neurorehabilitation*. doi:10.3109/17518423.2014.890959.
- Weaver LL (2015). Effectiveness of work, activities of daily living, education, and sleep interventions for people with autism spectrum disorder: a systematic review. *Am J Occup Ther* 69(5). doi: 10.5014/ajot.2015.017962.
- Will NM, Curans K, Smith J et al. (2018). Evidence – based interventions for children with autism spectrum disorder. *Curr probl pediatr ad* 48(19): 234-49. doi: 10.1016/j.cppeds.2018.08.014.

## ALI UKREP OBVEZNEGA PSIHIATRIČNEGA ZDRAVLJENJA PONUJA USPEŠNO REHABILITACIJO IN S TEM NOVE PRILOŽNOSTI?

## DOES COMPULSORY PSYCHIATRIC TREATMENT ENABLE SUCCESSFUL REHABILITATION AND THEREBY NEW OPPORTUNITIES?

Barbara Harc<sup>1</sup>, dipl.del. ter., uni. dipl. org.

<sup>1</sup>Univerzitetni klinični center Maribor, Enota za forenzično psihiatrijo

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja se v Sloveniji od leta 2012 izvaja na posebni enoti, tako imenovani Enoti za forenzično psihiatrijo (EFP), Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru. **Vsebina:** Proces tovrstnega zdravljenja vsebuje delovnoterapevtsko obravnavo pri vseh pacientih na enoti. Prispevek želi osvetliti priložnosti in možnosti, ki jih proces zdravljenja vključujoč z delovnoterapevtsko obravnavo, nudi. Znotraj EFP so trije ločeni oddelki pri katerih se od oddelka do oddelka večajo priložnosti po vključevanju v raznolikost delovnoterapevtskih aktivnosti. **Zaključek:** Od aktivnosti, ki potekajo znotraj oddelkov do aktivnosti, ki so usmerjene v širše okolje (v domače okolje, v mesto, v društva, v šolo,...) in zajemajo proces resocializacije.

**Ključne besede:** delovna terapija, aktivnosti, forenzični pacient

### ABSTRACT

**Introduction:** Since 2012, compulsory psychiatric treatment in Slovenia takes place in a special unit, the so-called Forensic Psychiatry Unit (EFP) of the University Clinical Center in Maribor. **Content:** The treatment includes occupational therapy for all patients in the unit. In this paper, we want to highlight the opportunities and possibilities offered by the treatment process, including occupational therapy. The EFP has three separate wards, with a rising number of different opportunities to engage in a variety of occupational therapy from one ward to the next. **Conclusion:** Occupational therapy of involuntarily hospitalized patients includes both activities that take place in the hospital and activities that take place outside (at home, in town, in social clubs, in schools, etc.) and include the process of resocialization.

**Keywords:** occupational therapy, activity, forensic patients

### IZHODIŠČA

Ukrep obveznega zdravljenja na enoti za forenzično psihiatrijo omogoča forenzičnemu pacientu zdravljenje, ki ga potrebuje. Bolezen, ki je pri posamezniku povzročala težave in vplivala na nerazsodno, neustrezno vedenje pacienta, je na tem oddelku obravnavana. Kako bo zdravljenje potekalo je odvisno od mnogih faktorjev. Strokovni zdravstveni tim, ki vključuje tudi pravosodne policiste, izvaja tovrstno zdravljenje na Enoti za forenzično psihiatrijo (EFP) v obsegu, ki ga dopušča fizični prostor in do sedaj vpeljan proces zdravljenja.

Za paciente z ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja pomeni tovrstno zdravljenje bivanje na oddelku dlje časa – od 6 mesecev do 5 let. Lahko bi rekli, da je ta prostor njihovo začasno bivališče.

Gledano skozi oči delovnega terapevta je celostna obravnava v smislu človekovega delovanja na vseh področjih funkcioniranja, nujno potrebna.

Kakšne priložnosti in zmožnosti za tovrstno obravnavo ponuja EFP? Kje, kam in kako s svojo delovnoterapevtsko filozofijo plujemo?

Vključenost v vsakodnevne življenjske okupacije je vitalen del človekovega razvoja ter izkustva življenja. Preko vključenosti pridobivamo spretnost ter kompetence, se povežemo z našim okoljem in skupnost ter najdemo namen in smisel v življenju. Kot delavci v poklicu delovne terapije skušamo preko okupacije izboljšati zdravje ter dobro počutje. Delovna terapija se osredotoča na omogočanje posameznikom in skupinam, da se vključujejo v vsakodnevne okupacije, ki so pomembne za njih, ki jim nudijo izpolnitev ter možnost življenja z ostalimi (Law, 2002).

Pri človeku področje dela in produktivnosti zajema velik časovni okvir vsakdana in je z vidika eksistence zelo pomembno področje.

Pečar (1991) navaja, da v delu, z njim ali ob njem nosi vpliv in moč. Posredovanja ciljev, ustvarja organizacijsko vzdušje, primerno sodelovanje in interakcije v skupnosti, ki naj ima tudi ustrezno kulturo. Nudi priložnost za učenje, razmišljanje, ustvarjalnost, usmerjanje in hkrati motivira človeka k ustreznem sožitju. Ker je človek s svojimi problemi motiviran za upoštevanje manj vidnih vplivov oblikovanja, ni čudno, če se delo (zlasti v penitenciarnih institucijah in ne le na prostosti) šteje marsikdaj kot socializacijski dejavnik (Pečar, 1991).

Iz tega sledi, da bi bilo potrebno v delovnoterapevtski obravnavi posvetiti temu področju veliko teže. Na EFP naletimo na neustrezne prostorske možnosti, ki hkrati pogosto ne ponujajo oziroma zmanjšujejo priložnosti za kakovostno obravnavo pacienta. Lahko bi rekli, da je okvir prostorsko precej utesnjen, prav tako kadrovske nezadosten.

Pri delu s forenzičnim pacientom pogosto slišimo »dajte nam delo, šel bi na vrt, kositi travo, urejati okolico, tesati, mizariti, popravljati...karkoli konkretnega«. Populacija forenzičnih pacientov pri nas je sedaj približno 90 % moška, starostno nad 18 let.

Delovanje forenzične obravnave v tujini, denimo Nizozemska, ponuja tovrstnim pacientom veliko aktivnosti na področju dela, ki so ponujena v varnem okolju – v ustanovah za dolgotrajno zdravljenje tovrstnih pacientov. S tovrstno obravnavo opažajo velik pozitiven učinek pri počutju pacienta in kakovostnem preživljanju njihovega časa.

Zadovoljevanje lastnih potreb izhaja iz dobrih izkušenj, ki jih ljudje v življenju pridobimo na različne načine. Temeljne potrebe oz. pozitivne izkušnje lahko omogočimo, in sicer:

- Prisotnost v skupnosti; uporaba običajnih prostorov, ki definirajo skupnost.
- Izbira; možnost, da smo avtonomni pri odločanju o majhnih in velikih zadevah, in da lahko svobodno definiramo, kdo smo in kaj so naše vrednote.
- Zavedanje priložnosti in zavedanje ovir; za to moramo imeti na razpolago dovolj informacij.

- Kompetentnost (zmožnost, pristojnost oz. sposobnost); priložnost delati tisto, kar ima za nas nek smisel in je funkcionalno, ne glede na to, kakšno podporo pri tem potrebujemo.
- Možnost soodločanja; daje nam občutek, da smo mi tisti, ki vodimo svoje življenje.
- Spoštovanje; pogoj zanj je, da so nam dostopne identitete, ki so v skupnosti pozitivno vrednotene.
- Sodelovanje v skupnosti; želja biti del mreže dvosmernih, recipročnih odnosov z drugimi ljudmi (ti odnosi oblikujejo "skupnost"), s čimer uresničujemo potrebe po tem, da ljubimo in da smo ljubljene, da dajemo in sprejemamo, ter da delimo z drugimi ljudmi.
- Osebna kontinuiteta; ki se nanaša na trajajoče odnose s ključnimi ljudmi v našem življenju, na potrebo po domu in posedovanju stvari, ki nam dajejo občutek kontinuirane, osebne/kolektivne zgodovine (Wright, Haycox in Leedham 1994, v Potočnik, 2005: 29).

## VSEBINA

### **Pogled delovnoterapevtskega procesa in priložnosti, ki jih ta proces ponuja znotraj bolnišnične obravnave forenzičnega pacienta**

Na EFP so 3 oddelki z različno stopnjo varnostnega tveganja. Delovnoterapevtska obravnava na oddelku z visoko stopnjo tveganja lahko predstavlja delovnemu terapevtu velik izziv in hkrati velike omejitve pri izbiri smiselnih aktivnosti s katerimi se proces zdravljenja začne. Veliko oviro predstavlja prav varnostno tveganje. Nadaljevalna oddelka omogočata večjo izbiro in raznovrstnost aktivnosti v sami obravnavi. Lahko bi rekli, da se znotraj delovnoterapevtskega procesa ponuja več priložnosti, ki bi utegnile pacienta vzpodbuditi, pritegniti in aktivirati. Kako te priložnosti vidijo pacienti, smo poskusili pridobiti preko anonimnega vprašalnika. Razvidno iz njega je bilo, da več kot polovica pacientov od zdravljenja na enoti ničesar ne pričakuje, prav tako ti pacienti ne znajo razložiti, kaj zanje pomeni priložnost.

V razmislek in usmerjen pogled pomembnosti zdravljenja je morda odgovor pacienta, ki odgovarja na vprašanje kaj pričakujete od zdravljenja, tako: »Pričakujem aktivno zdravljenje, česar tu nimamo.«

Na oddelku z nizkim oziroma srednjim varnostnim tveganjem so pacienti podali svoja razmišljanja glede pomena priložnosti. Tako ima večina pacientov pričakovanja glede zdravljenja, ki je usmerjen v skupni cilj – ozdravitve in vrnitve v domače okolje.

Tekom aktivnega sodelovanja pacientov skozi delovnoterapevtsko obravnavo, se opažajo težave pri identifikaciji potreb in posledično postavitvi ciljev.

Kot je bilo predstavljeno v prispevku »Predstavitev delovnoterapevtske obravnave na EFP« (Harc in Ploj, 2016), je razvidno, da si pacienti želijo več priložnosti za aktivnosti s področja dela in produktivnosti. Pričakujejo in želijo si delo, ki jim je v življenju predstavljalo smisel, dolžnost, zahteve, plačilo in preko česar so se počutili koristne in pomembne.

Na EFP se v okviru delovne terapije odvijajo aktivnosti, ki posegajo na vsa področja človekovega delovanja. V spodnji tabeli so predstavljene aktivnosti in prostorski ter časovni okvir trajanja le - teh.

Tabela 1: Delovnoterapevtska obravnava na oddelku z visoko stopnjo varnostnega tveganja

PODROČJA OKUPACIJE	PROSTOR	TRAJANJE
OSNOVNE DNEVNE AKTIVNOSTI	SKUPNE KOPALNICE, SOBE, BIVALNI PROSTOR	odvisno od posameznika
ŠIRŠE DNEVNE AKTIVNOSTI		
DELO/PRODUKTIVNOST		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AKTIVNOSTI Z RAZNOLIKIMI TEHNIKAMI VISOKEGA VARNOSTNEGA TVEGANJA</li> </ul>	DNEVNI PROSTOR	Vsak dan 1h
IZOBRAŽEVANJE		
PROSTI ČAS		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRUŽABNE IN REKREACIJSKE IGRE</li> </ul>	DNEVNI PROSTOR	Vsak dan (pacientom dosegljivo v skupnem prostoru na oddelku)
INDIVIDUALNO DELO		
MOTIVACIJSKI, RAZBREMENILNI POGOVOR	TIMSKI PROSTOR, PISARNA	Po dogovoru (možnost vsak dan)
DT INTERVJU	PISARNA	30'

Tabela 2: Delovnoterapevtska obravnava na oddelku s srednjo stopnjo varnostnega tveganja

PODROČJA OKUPACIJE	PROSTOR	TRAJANJE
OSNOVNE DNEVNE AKTIVNOSTI	SKUPNE KOPALNICE, SOBE, BIVALNI PROSTOR	odvisno od posameznika
ŠIRŠE DNEVNE AKTIVNOSTI		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OBČASNO PRIPRAVA OBROKA (kosila)</li> </ul>	DNEVNI PROSTOR - JEDILNICA	3h/1x mesečno
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TERAPEVTSKI IZHODI</li> </ul>	V BOLNIŠNIČNI PARK	2x tedensko posamezniki z dovoljenjem
DELO/PRODUKTIVNOST		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AKTIVNOSTI Z RAZNOLIKIMI</li> </ul>	DNEVNI PROSTOR - JEDILNICA	Vsak dan 1-2h

TEHNIKAMI VISOKEGA DO SREDNJEGA VARNOSTNEGA TVEGANJA		
IZOBRAŽEVANJE		
PROSTI ČAS		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAČUNALNIŠKE AKTIVNOSTI, DRUŽABNE IN REKREACIJSKE IGRE</li> </ul>	DNEVNI PROSTOR – JEDILNICA	Vsak dan 1-2h usmerjeno, ostalo po želji in interesu pacienta
INDIVIDUALNO DELO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOTIVACIJSKI, RAZBREMENILNI POGOVOR</li> </ul>	PISARNA	Po dogovoru (možnost vsak dan)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DT INTERVJU</li> </ul>	PISARNA	

Tabela 3: Delovnoterapevtska obravnava na oddelku z nizko stopnjo varnostnega tveganja

PODROČJA OKUPACIJE	PROSTOR	TRAJANJE
OSNOVNE DNEVNE AKTIVNOSTI	SKUPNE KOPALNICE, SOBE, BIVALNI PROSTOR	odvisno od posameznika
ŠIRŠE DNEVNE AKTIVNOSTI		
OBČASNO PRIPRAVA OBROKA (kosila)	DNEVNI PROSTOR - JEDILNICA	3h/1x mesečno
NAKUPOVANJE, PROSTI IZHODI V MESTO	MESTO	2-3h/1-3x tedensko
TERAPEVTSKI IZHODI V DOMAČE OKOLJE (pri nekaterih pacientih)	DOMAČE OKOLJE	Vikend izhod (2 - 4 dni)
AKTIVNOSTI Z RAZNOLIKIMI TEHNIKAMI NIZKEGA VARNOSTNEGA TVEGANJA	DNEVNI PROSTOR	Vsak dan 1-2h
DELO/PRODUKTIVNOST		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DELO NA VRTU</li> </ul>	BOLNIŠNIČNI PARK	Od pomladi do pozne jeseni 1-2x tedensko

<ul style="list-style-type: none"> <li>• IZOBRAŽEVANJE «ŠOLANJE OB DELU»</li> <li>• DELAVNICE ( ŠENT – DNEVNI CENTER )</li> </ul>	ŠOLSKE CENTRI, DNEVNI CENTRI NEVLADNE ORGANIZACIJE, KNJIŽNICE	Odvisno od posameznika, jasno opredeljeno in načrtovano skupaj z delovnim terapevtom in člani tima
PROSTI ČAS		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAČUNALNIŠKE AKTIVNOSTI, FITNES, DRUŽABNE IN REKREACIJSKE IGRE</li> </ul>	KNJIŽNICA, DNEVNI PROSTOR, TELOVADNICA, PARK	Vsak dan 1-2h usmerjeno, ostalo po želji in interesu pacienta
INDIVIDUALNO DELO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOTIVACIJSKI, RAZBREMENILNI POGOVOR</li> </ul>	TIMSKI PROSTOR	Po dogovoru (možnost vsak dan)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DT INTERVJU</li> </ul>	TIMSKI PROSTOR	V začetku obravnave 30min
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NAČRTOVANJE CILJEV/EVALVIRANJE CILJEV</li> </ul>	DNEVNI PROSTOR	1x/14 dni
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPREMINJANJE NAVAD</li> </ul>	BOLNIŠNIČNI PROSTORI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• UČENJE IN RAZVIJANJE NOVIH SPRETNOSTI</li> </ul>	BOLNIŠNIČNI PROSTORI	

## ZAKLJUČEK

Iz zgornjih preglednic je razvidno, da se priložnosti pacientove vključenosti v aktivnosti, ki posegajo na področje delo/produktivnost, aktivnosti v širšem okolju, povečujejo s prehodi na oddelke z nižjim varnostnim tveganjem. Paleta ponujenih aktivnosti je osiromašena zaradi skromnih prostorskih kapacitet ter kadrovskega primanjkljaja. K izboljšanju človekovega delovanja, njegovemu dobremu psiho-fizičnemu stanju, ima velik vpliv uravnoteženost aktivnosti iz vseh področjih človekovega delovanja.

Delovnoterapevtski pogled na dosedanjo obravnavo nam odpira in morda celo zahteva, soočenje z različnimi izzivi in vzpostavitvijo novih, razširjenih programov obravnave.

Pomembni izzivi na področju forenzične psihiatrije:

- kontekst zapletenih pravil
- omejene vsakodnevne življenjske dejavnosti, ki vodijo v izgubo samostojnosti in nadzor nad svojim delovanjem
- strukturiranje in smiselno razpolaganje s časom, ki je na voljo
- stigma
- resocializacija.

## LITERATURA

- Harc B, Ploj M (2016). Predstavitev delvnoterapevtske obravnave na enoti za forenzično psihiatrijo. Zbornik prispevkov 8. kongresa delovnih terapevtov. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- Harc B (2016). Preko inovacijskih pristopov do učinkovite rehabilitacije forenzičnih bolnikov v smeri resocializacije. Diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Law M (2002). Okviri prakse delovne terapije: Področje in proces. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639; Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- Pečar J (1991). Neformalno nadzorstvo: Kriminološki in sociološki pogledi. Radovljica: Didakta.
- Potočnik N (2005). Inovativne metode v procesih vključevanja uporabnikov v skupnost. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

## DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA UPORABNIKA V MOBILNI ENOTI CENTRA ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

### OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT OF A USER IN THE MOBILE UNIT OF THE CENTER FOR DRUG ADDICTION TREATMENT

Breda Dolničar<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** V Sloveniji je na področju skrbi za duševno zdravje razvita mreža skupnostne psihiatrične obravnave uporabnikov z duševnimi motnjami. Leta 2018 je Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje začela s projektom Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc. **Vsebina:** V prikazu primera bo predstavljen uporabnik, ki je v Mobilno enoto vključen 1 leto. Pri delovnoterapevtski obravnavi je bil poleg standardiziranih in nestandardiziranih ocenjevalnih metod uporabljen tudi Presejalni ocenjevalni instrument človekove okupacije (Model of human occupation screening tool MOHOST). Le-ta je delovnoterapevtska ocenjevalna metoda, ki je pri delu z uporabniki z motnjo v duševnem zdravju, zelo uporabna. **Zaključek:** Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je celosten, dolgotrajen in velikokrat tudi neuspešen proces. Prikazan je primer dobre prakse uporabnika, ki s pomočjo strokovnjakov Mobilne enote, abstiniira.

**Ključne besede:** duševna motnja, abstinenca, Presejalni ocenjevalni instrument človekove okupacije

#### ABSTRACT

**Introduction:** Mental health care in Slovenia includes a network of community-based psychiatric treatment units for users with mental disorders. In 2018, the University Psychiatric Clinic Ljubljana, in cooperation with the Ministry of Health launched a project of the Mobile Unit for the Health Rehabilitation of Users of Drugs and New Psychoactive Substances. **Content:** The case study will present a user who has been visiting the Mobile Unit for a year. In addition to standardized and non-standardized assessment methods, the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST), a therapeutic evaluation method which is very useful when working with users with mental health disorders was used in occupational therapy. **Conclusion:** Drug treatment is a holistic, long-term and often unsuccessful process. A case study of good practice, with the user abstaining with the help of Mobile Unit experts.

**Keywords:** the mental disorder, abstinence, model of human occupation screen tools

#### IZHODIŠČA

V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje je Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPK Ljubljana) leta 2018 pričel

aktivno izvajati projekt Mobilne enote (ME) za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc (PAS). Projekt je bil osnovan z namenom, da bi uporabnike prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc opolnomočili pri iskanju zaposlitve v njihovem okolju. Prav tako je poudarek na zdravstveni in socialni rehabilitaciji uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc (Medved, 2019). Odvisni od prepovedanih drog se ne srečujejo le s težavami bolezni same, ampak so pogosto izpostavljeni tudi negativnim odzivom socialnega okolja, socialni zavrnitvi in diskriminaciji (Ronzani, Higgins – Biddle, Furtado, 2009). Obiski na domu so postavljeni po doktrini Skupnostne psihiatrične obravnave po modelu Assertive community treatment (ACT). Na tak način smo z uporabniki v stiku izven institucije, v njihovem domačem okolju (Medved, 2019). Na domu se kažejo realni problemi in težave, ki pa jih pacienti, zaradi pomanjkanja spretnosti reševanje problemov, niso sposobni reševati. Zaradi nerešenih problemov in posledično malodušja, pa prihaja pogostokrat pri pacientih do ponovitve duševne motnje.

Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovega doma. Je razdelitev služb, ki omogočajo osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in socialno vključitev. Skupnostne službe opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb, tako da se na regionalno opredeljenih območjih poveže vrsta virov pomoči (Švab, 2012).

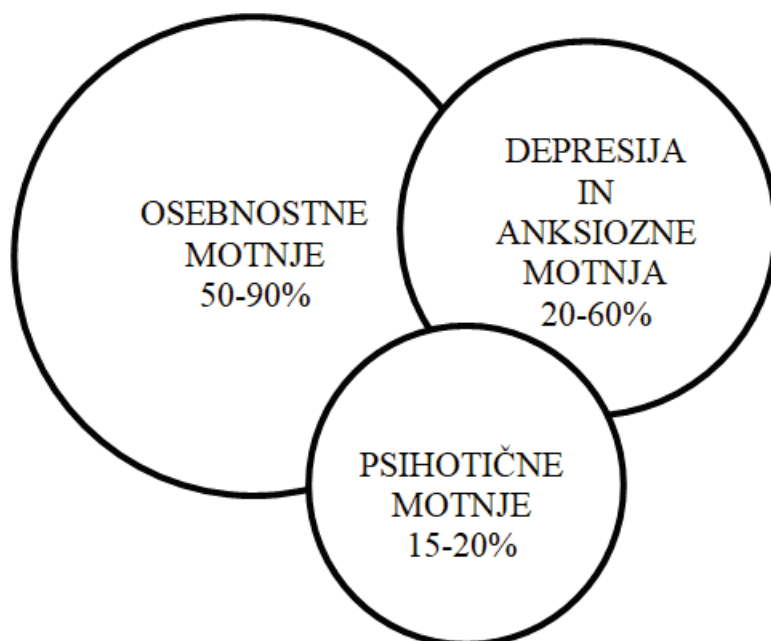
Zasvojenost je kronična bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani z motivacijo in spominom. Nedelovanje teh sklopov nevronske povezave se kaže na biološki, duševni, družbeni in duhovni ravni. Izraža se v posameznikovi patološki potrebi po ugodju in/ali sprostitvi ob uživanju snovi in izbiri določenih vedenj (ASAM, 2019). Za zasvojenost je značilna nesposobnost za trajno abstinenco, oslABLjena sposobnost nadzora nad vedenji, hlepenje po omami, zmanjšana zmožnost prepoznavanja resnih težav tako v vedenju posameznika kot v medosebnih odnosih ter disfunkcionalnem čustvenem odzivanju. Kot druge kronične bolezni tudi zasvojenost pogosto vključuje cikle ponovitve oziroma recidive bolezni in remisije oziroma faze abstinence. Če se zasvojena oseba ne zdravi ali ne vključi v proces okrevanja, postane zasvojenost progresivna in lahko povzroči trajne posledice ali prezgodnjo smrt (Topič, 2019).

Komorbidnost, ki jo včasih imenujemo “dvojna diagnoza”, je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) leta 1995 opredelila kot “sopojavnost motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi in druge psihiatrične motnje pri istem posamezniku” (EMCDDA, 2004). Sistematične diagnostične študije kažejo, da ima okoli 80 odstotkov bolnikov z diagnozo odvisnosti od drog tudi komorbidne psihiatrične motnje. Prekrivanje treh prevladujočih diagnostičnih sindromov pri bolnikih s komorbidnimi motnjami uživanja drog prikazuje slika 1:

- Osebnostne motnje 50–90%
- Depresija in anksiozne motnje 20–60%
- Psihotične motnje 15–20% (EMCDDA, 2004).

Pacienti z duševno motnjo, ki uživajo psihoaktivne snovi, imajo višjo prevalenco motenj, v primerjavi s splošno populacijo. Nezadostno ali neustrezno zdravljenje neugodno vpliva na potek zdravljenja in prognozo obeh duševnih motenj (Špendl, 2013). Pri zdravljenju

komorbidnosti je integrativni model najustreznejši model zdravljenja, kjer zdravljenje odvisnosti od prepovedanih snovi in zdravljenje druge duševne motnje poteka istočasno. Zdravljenje lahko poteka v ambulantni obravnavi, v skupinski obravnavi v bolnišnici ali v skupinski obravnavi v Dnevni bolnici.



*Slika 1: Prekrivanje treh prevladujočih diagnostičnih sindromov pri bolnikih s komorbidnimi motnjami uživanja drog (EMCDDA, 2004)*

Model človekove dejavnosti (MOHO) temelji na predpostavki, da je izvajanje okupacije osrednja sila v zdravju, počutju, razvoju in spremembah. Model gleda na človeka kot na dinamičen in samoorganizirajoč se sistem, ki se stalno razvija in spreminja. Okupacijsko vedenje je podlaga za samoorganizacijo. S tem, ko se človek vključuje v delo, igro in vsakodnevna življenjska opravila vzdržuje, krepi, oblikuje in spreminja lastne zmogljivosti, prepričanja in dispozicije. Okolje vpliva na posameznikovo sodelovanje v okupacijah s ponujanjem priložnosti in virov ali pa z ustvarjanjem pogojev, ki človeka omejujejo in postavljajo zahteve (Kielhofner, 2008). MOHO model delovnemu terapevtu pomaga pri razumevanju posameznikove volje do okupacije, vzorce izvajanja in njegove zmogljivosti za izvajanje.

Presejalni ocenjevalni instrument človekove okupacije MOHOST je ocena, ki obravnava večino konceptov MOHO modela (volja oz. motivacija za okupacijo, vzorci izvajanja oz. vzorec okupacije, spretnosti in okolje) in delovnemu terapevtu omogoča pregled nad uporabnikovimi okupacijami. MOHOST, ki so ga razvili praktiki, si prizadeva za objektivizacijo informacij, ki jih delovni terapevt zbira med pregledovanjem storitev delovne terapije. MOHOST uporablja različne metode zbiranja podatkov in je dovolj prilagodljiv, da se lahko uporablja v različnih intervencijskih nastavitvah. MOHOST uporablja jezik, ki terapevtu omogoča jasno komunikacijo o ugotovitvah z uporabnikom, njegovo družino in drugimi strokovnjaki. MOHOST obravnava uporabnikovo motivacijo za okupacijo, vzorec okupacije, komunikacijske in interakcijske spretnosti, procesne spretnosti

in motorične spretnosti ter okolje, kar je prikazano v tabeli 1. MOHOST je bil zasnovan za dokumentiranje napredka pri doseganju ciljev v delovnoterapevtski obravnavi in pregledovanju storitev delovne terapije (Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G, 2006). MOHOST uporablja štiri stopenjsko ocenjevalno lestvico. Za določitev ocene mora delovni terapevt uporabiti zbrane informacije, da lahko strokovno presodi o postavki, ki jo ocenjuje. MOHOST ocenjevalna lestvica

- O - Olajša sodelovanje v okupaciji,
- D - Dovoljuje sodelovanje v okupaciji,
- Z - Zavira sodelovanje v okupaciji,
- P - Preprečuje sodelovanje v okupaciji
- N - Ni bilo opaženo (Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G, 2006).

Tabela 1: MOHOST ocenjevalni instrument

Motivacija za Okupacijo	Vzorec Okupacije	Komunikacijske & Interakcijske Spretnosti	Procesne Spretnosti	Motorične Spretnosti	Okolje:
Ocena sposobnosti Pričakovane uspeha Interes Izbira	Rutina Sposobnost prilagajanja Vloge Odgovornost	Neverbalne spretnosti Pogovor Glasovno izražanje Odnosi	Znanje Časovno usklajevanje Organizacija Reševanje problemov	Položaj telesa & mobilnost Koordiacija Moč & napor Energija	Fizičen prostor Fizični viri Socialne skupine Zahteve okupacije
O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P

## VSEBINA

Prikaz primera uporabnika vključenega v Mobilno enoto.

Jože je bil 3.1.2019 sprejet na zdravljenje na CZOPD zaradi poskusa, imperativnih glasov in aktivnega jemanja psihoaktivnih snovi. V času hospitalizacije je bolnišnični tim svetoval uporabniku, vključitev v Mobilno enoto po končanem zdravljenju. Jože se je odločil za sodelovanje z ME in je prvi pogovor opravil z diplomiranim zdravstvenikom v času hospitalizacije. Tekom zdravljenja je nekoliko okrepil funkcioniranje v stresnih situacijah in razvil strategije za spoprijemanje z lastnimi destruktivnimi mislimi. Po 10 tednih je redno zaključil bolnišnično zdravljenje in bil odpuščen v domače okolje ter napoten v Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), kjer bo prejemal substitucijsko terapijo in psihofarmake. Še istega dne sta ga na domu obiskala diplomiran delovni terapevt in diplomiran zdravstvenik

Jože ima enosobno stanovanje, ki sta mu ga kupila in uredila starša. V mesecu decembru je moral zapustiti podnajemniško stanovanje, kjer je živel sam. Redne stike ima s starši in

bratom. Brat ima družino in je jezen na brata, ker zlorablja PAS. Jože ima tri otroke. Hčeri sta stari 20 in 17 let, sin pa je star 14 let. S starejšo hčerko se občasno sliši po telefonu. Mlajša pa ne želi imeti stika z njim. S sinom ima občasne stike. Hčerki se uspešno šolata. Sin ima veliko učnih in vedenjskih težav. Z bivšo ženo ima stike v povezavi s sinom. Pred zdravljenjem se je družil z odvisniško družbo in sodelavci. Po osnovni šoli se je vpisal na srednjo šolo za elektrotehniko, ki jo je uspešno zaključil. 25 let je zaposlen v lokalni firmi, kjer pregleduje tuljave. Meni, da ni več sposoben tako zahtevne naloge. Želi se upokojiti. Trenutno je 1 leto v bolniškem staležu zaradi poslabšanja duševne motnje.

Interesne dejavnosti: gledanje televizije, poslušanje glasbe in druženje s starši, bratom in otroci. Druženje z odvisniško družbo bo opustil, saj je za njega rizična situacija.

Izbran je bil MOHOST, ker je bilo iz opazovanja funkcioniranja in delovnoterapevtskega intervjuja razvidno, da ima Jože težave z motivacijo za okupacijo, z vzorci izvajanja in z zmogljivostjo za izvajanje okupacije. Okolje pa ovira sodelovanje v okupaciji.

Prvo MOHOST ocenjevanje je bilo izvedeno maja 2019.

### ***Motivacija za Okupacijo***

Jože prepozna vpliv zdravstvenega stanja na svoje sposobnosti, da ne zmore živeti brez podpore, poskrbeti za vsa gospodinjstva opravila in reševati probleme z otroci in službo. Vsak dan hodi k staršem na kosilo, ker meni, da ni sposoben sam pripraviti kosila. Zajtrke in večerje si pripravlja sam. Vesel je, da prihaja ME k njemu na dom. Ni prepričan, da bo zmožni rešiti vse probleme – vzdrževanje stika s CPZOPD-jem, odnos z otroci, odnos z bivšo ženo, invalidsko upokojeitev... Strah ga je, kadar se pojavi napetost, ker jo težko obvlada – pogostokrat pomisli na samopoškodovanje ali PAS. Izraža zadovoljstvo, kadar mu uspe opraviti aktivnosti dneva. Izraža interese, vendar jih ne vključuje v vsakodnevno življenje. Pasivne aktivnosti mu ne zapolnijo prostega časa in mu je pogostokrat dolgčas. Jasno izraža kaj je zanj pomembno – stik z otroci, razrešitev odnosa z bivšo ženo, da bi imela pri vzgoji sina enotna stališča, ureditev invalidskega statusa, vendar pri tem potrebuje večkratno spodbudo ME in staršev.

### ***Vzorec okupacije***

Redno skrbi za dnevna opravila, le občasno opušta sprehode. Pogostokrat zadržuje čustva. Staršem ne pove, da ga moti, da so proti substitucijski terapiji. Menijo, da je ne potrebuje. Prav tako menijo, da bi bil lahko bolj aktiven – delaven. Svoji bivši ženi ne zmore postaviti meje in plačuje sinove dolgove. Zaradi čustvene nestabilnosti ima občasno tesnobo in samopoškodovalne misli. Ima aktivno vlogo uporabnika, sina in brata. Težko izvaja vlogo očeta in potrebuje spodbudo za prevzemanje odgovornosti te vloge. Vloga delavca v bolniškem staležu ga dela negotovega. Zaveda se večine odgovornosti, vendar jih brez podpore ne bi izvedel. Prav tako potrebuje nadzor, npr. pri jemanju terapije, saj občasno pozabi oz. se ne drži navodil; opusti ali vzame preveč.

### ***Komunikacijske & Interakcijske spretnosti***

Neverbalno vedenje je v skladu z verbalno komunikacijo. Komunicira jasno in ustrezno, sledi pogovoru. Ne preskakuje iz teme na temo. V skupini ustrezno zagovarja svoja stališča. Ustrezno uporablja glasnost in tempo. Artikulacija je razumljiva. V odnosu je prijazen, vljuden in išče interakcijo, če je nasprotna oseba do njega korektna. V primeru, da drugi z

njim manipulirajo (bivša žena, otroci, starši, brat), je ranljiv. Pogreša prijatelje iz odvisniške družbe.

### **Procesne spretnosti**

Jože je sposoben pridobiti in delno ohraniti informacijo. Ustrezno pripravi vse pripomočke. Za večino vsakodnevnih aktivnosti se je sposoben zadostno skoncentrirati. Težave ima pri začetni aktivnosti. Ko le to začne, jo kontinuirano in v ustreznem zaporedju izvaja ter jo konča. Učinkovito išče, uporabi in pospravi pripomočke in prostor. Nekatero probleme reši hitro in učinkovito – nabava pralnega stroja. Problemom vezanim na odnose pa se izogiba in jih ne rešuje – odnos z otroci, z bivšo ženo.

### **Motorične spretnosti**

Gibanje je občasno negotovo in boleče, zaradi bolečin v kolenu in prekomerne telesne teže. Pri rokovanju s pripomočki nima težav. Občasno je počasen, vendar opravi vse naloge. Ustrezno nosi predmete in sorazmerno uporablja moč, vendar je občasno počasen zaradi bolečin v kolenih. Hitro se utruja, slaba fizična kondicija. Enostavne naloge ustrezno dokonča. Pri kompleksnih nalogah kaže znake utrujenosti.

Tabela 2: MOHOST maj 2019

Motivacija za Okupacijo	Vzorec Okupacije	Komunikacijske & Interakcijske Spretnosti	Procesne Spretnosti	Motorične Spretnosti	Okolje: DOM
Ocena sposobnosti Pričakovane uspeha Interes Izbira	Rutina Sposobnost prilagajanja Vloge Odgovornost	Neverbalne spretnosti Pogovor Glasovno izražanje Odnosi	Znanje Časovno usklajevanje Organizacija Reševanje problemov	Položaj telesa & mobilnost Koordiacija Moč & napor Energija	Fizičen prostor Fizični viri Socialne skupine Zahteve okupacije
O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P	O O O O D D D D Z Z Z Z P P P P

### **Okolje**

Uporabnikov dom je ustrezno urejen in mu omogoča izvedbo okupacij. Celotna infrastruktura je dostopna. Nekoliko je oddaljen le CPZOPD, kamor hodi po substitucijsko terapijo, vendar je dostopen z avtobusom, ki ustavi v bližini njegovega doma. Vsi fizični viri zagotavljajo varnost in samostojnost. Ima zagotovljeno ekonomsko neodvisnost. Starši in brat mu nudijo podporo in ga spodbujajo pri izvajanju okupacij. Odnos s svojo družino pa ga ovira pri sodelovanju v okupaciji. Večina prijateljev je zanj rizičnih, zato se jih mora

izogibati. Večina vsakodnevnih aktivnosti omogoča, da jih uporabnik vsakodnevno izvaja, glede na svoje trenutne sposobnosti, interese, energijo in razpoložljivost časa. Večji izziv predstavljajo odnosi z otroci in bivšo ženo ter ureditev delovnega statusa.

V tabeli 2 so predstavljene ocene po ocenjevalni lestvici.

V vmesnem času je imela ME - diplomiran delovni terapevt, diplomiran zdravstvenik ali diplomiran socialni delavec, redno vsak teden (obisk na domu ali telefonski pogovor) stik z uporabnikom.

Drugo MOHOST ocenjevanje je bilo izvedeno po 9 mesecih, februarja 2020.

### ***Motivacija za Okupacijo***

Jože živi samostojno, na kar je zelo ponosen. Sam poskrbi za gospodinjska opravila. Uredil je odnose z otroci. Sin redno prihaja 1x/teden k njemu. S starejšo hčerko se redno sliši po telefonu. Srednja hči je odklonila stike z njim. Z bivšo ženo se trudita ustrezno pogovarjati in se ne prepirata. Zdaj je invalidsko upokojen. S podporo ME, staršev in brata je dosegel določene cilje – ureditev odnosov, invalidska upokojitev, redno jemanje terapije, redni sprehodi z bratovim psom ali sam, ... Aktivno se vključuje v svoje interese in jih izvaja z zadovoljstvom, vendar ima še vedno veliko prostega časa, ki bi ga lahko zapolnil z različnimi aktivnostmi: prostovoljno delo, balinarski klub, knjižnica,... Družina in zaposlitev sta mu prioriteta. S pomočjo ju je uredil.

### ***Vzorec okupacije***

Samostojno je opravljal vsakodnevne rutinske aktivnosti. Opustil je škodljivo rabo PAS, čeprav je imel v tem obdobju večkrat željo po heroinu, je ni vzel. Starši so po timskem sestanku, kjer so bili seznanjeni o substitucijski terapiji in Jožetovi komorbidnosti, sprejeli, da jemlje terapijo in da težje dela zaradi bolezni in ne lenobe. Vsem članom družine lažje postavlja meje – tako bivši ženi kot tudi sinu – ne plačuje mu dolgov, pač pa mu odšteje od žepnine. Kadar je napet, ne posega po samodestruktivni metodi, pač pa poseže po stop tehnikah in sprostitvenih metodah. Večina njegovih vlog je stabilnih. Negotovost čuti le v vlogi prijatelja – pogreša prijatelje. Sprejema ustrezno odgovornost za svoja dejanja in je kritičen. Pri članih ME preverja, če so njegove meje ustrezne.

### ***Komunikacijske & Interakcijske spretnosti***

Neverbalno vedenje je v skladu z verbalno komunikacijo. Komunicira jasno in ustrezno sledi pogovoru. Ustrezno uporablja glasnost in tempo. Artikulacija je razumljiva. V odnosu je prijazen, vljuden in išče interakcijo, če je nasprotna oseba do njega korektna. Ustrezno postavlja meje staršem, bratu, otrokom, bivši ženi. Poiskal je stik z bivšo prijateljico, ki trenutno ne jemlje PAS, jih je pa v preteklosti. Tak odnos je zanj rizičen.

### ***Procesne spretnosti***

Pri izvajanju aktivnosti je orientiran – ve kaj storiti in kako uporabiti pripomočke. Vse vsakodnevne aktivnosti opravi od začetka do konca. Učinkovito išče, uporabi in pospravi pripomočke in prostor. Večino problemov rešuje s pomočjo ME, staršev ali brata. Kljub dolgčasemu se še ni aktiviral in poiskal balinarski klub, prostovoljno delo, knjižnico,...

**Motorične spretnosti**

Jože je v tem obdobju shujšal za 30 kg in ima posledično manj težav s koleno in je bolj stabilen, vendar še vedno nekoliko neroden. Pri rokovanju s pripomočki nima težav. Ustrezno nosi predmete in sorazmerno uporablja moč. Sposoben je ohranjati tempo skozi celotno okupacijo. Nivo energije je občasno odvisno od njegovega psihičnega počutja oz. če dobro spi ponoči.

**Okolje**

Ožje in širše okolje ponujata vrsto priložnosti in spodbujata različne okupacije. Vsi fizični viri zagotavljajo varnost in samostojnost. Čeprav je invalidnina nižja kot je bila plača oz. bolniško nadomestilo, je navajen skromno živeti in mu daje ekonomsko varnost. Starši, brat, otroci, CPZOPD in ME mu nudijo podporo in ga podpirajo pri optimalnem delovanju. Nezanosljivo podporo čuti pri bivši ženi in hčerki, ki ne želi imeti stika z njim. Vsakodnevne aktivnosti omogočajo, da jih uporabnik izvaja glede na svoje trenutne sposobnosti, interese, energijo in razpoložljivost časa.

V tabeli 3 so predstavljene ocene po ocenjevalni lestvici.

Tabela 3: MOHOST februar 2020

Motivacija za Okupacijo	Vzorec Okupacije	Komunikacijske & Interakcijske Spretnosti	Procesne Spretnosti	Motorične Spretnosti	Okolje: DOM
Ocena sposobnosti Pričakovane uspeha Interes Izbira	Rutina Sposobnost prilagajanja Vloge Odgovornost	Neverbalne spretnosti Pogovor Glasovno izražanje Odnosi	Znanje Časovno usklajevanje Organizacija Reševanje problemov	Položaj telesa & mobilnost Kordinacija Moč & napor Energija	Fizičen prostor Fizični viri Socialne skupine Zahteve okupacije
O O O O	O O O O	O O O O	O O O O	O O O O	O O O O
D D D D	D D D D	D D D D	D D D D	D D D D	D D D D
Z Z Z Z	Z Z Z Z	Z Z Z Z	Z Z Z Z	Z Z Z Z	Z Z Z Z
P P P P	P P P P	P P P P	P P P P	P P P P	P P P P

V Analizi moči & omejitev se zabeleži povzetek ocenjevanja. Zabeležena so Jožetova področja, kjer je napredoval in področja, kjer so odstopanja oz. potrebuje pomoč.

## MOHOST Analiza moči &amp; omejitev

Jože je pokazal, da zmore samostojno živeti in opravljati vsakodnevne aktivnosti. Na večini področij je napredoval. Pomoč in podporo potrebuje pri novih aktivnostih, kajti prazen čas je zanj rizična situacija, saj se v tem času pogosto pojavijo asociacije, spomini in posledično želja po PAS, slišne halucinacije in samodestruktivne misli. Ima cilje, vendar jih ne zmore realizirati. Izpostavlja se rizičnim odnosom. Pri reševanju težav je odvisen od drugih. Jože bo še naprej vključen v obravnavo ME.

Jože je z redno obravnavo ME dosegel napredek na vseh področjih MOHOST-a. Ves ta čas je tudi abstinal. Njegovo duševno zdravje pa je v tem času nihalo. Nikoli pa ni prišlo do takšnega poslabšanja, da bi potreboval hospitalizacijo. Jože bo vključen v ME obravnavo še naprej z namenom stabilizacije duševnega zdravja in abstinence ter za podporo in pomoč pri reševanju problemov in izbiri ciljev.

## ZAKLJUČEK

Delovni terapevt je stalni, nepogrešljivi član ME. S svojim delom kakovostno pomaga uporabnikom z duševno motnjo, saj le-ti težko generalizirajo in prenesejo izkušnje iz bolnišničnega okolja v domače okolje. Presejalni ocenjevalni instrument človekove okupacije MOHOST je v pomoč delovnemu terapevtu, ker poudari vlogo delovnega terapevta pri podpori uporabnika in ga usmerja pri uporabi delovnoterapevtskih metod. MOHOST prikaže uporabnikovo motivacijo za okupacijo, vzorce okupacije, uporabnikove zmogljivosti za izvedbo okupacije – komunikacijske, interakcijske, procesne in motorične spretnosti, odnos okolja do uporabnika, uporabnikove moči in omejitve. Celosten vpogled pa je v pomoč tudi uporabniku, njegovi družini in ostalim članom tima.

## LITERATURA

- ASAM (2019). Definicion of addiction. Rockville: American Society of Addiction Medicine. Dostopno na: <https://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction> (26.3.2020)
- EMCDDA (2004). Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Komorbidnost – uporaba drog in duševno zdravje. Lisbon: EMCDDA. Dostopno na: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14SL\\_84978.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14SL_84978.pdf) (26.3.2020)
- Kielhofner G (2008). Model of human occupation. Theory and application. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Medved R (2019). Najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, in oseb z duševnimi motnjami v skupnostni obravnavi. Revija za zdravstvene vede 6(2): 52-65.
- Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G (2006). Model of Human occupation screening tool (MOHOST). Chicago: University of Illinois.
- Ronzani T M, Higgins - Biddle J, Furtado E F (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. Social science & medicine 69(7): 1080–1084. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>. (26.3.2020)
- Špendl J B (2013). Zdravstvena nega pacientov odvisnih od psihoaktivnih snovi in a komorbidnostjo duševne motnje. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Dostopno na: [file:///C:/Users/Uporabnik/Desktop/10.%20KONGRES%202020/VS\\_Spendl\\_Joland\\_Barbara\\_2013.pdf](file:///C:/Users/Uporabnik/Desktop/10.%20KONGRES%202020/VS_Spendl_Joland_Barbara_2013.pdf) (26.3.2020)
- Švab V (2012). Skupnostna psihiatrija. Dostopno na: [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/STROKOVNI\\_CLANKI\\_-\\_razni/Skupnostna\\_psihiatrija\\_-\\_Vesna\\_Svab.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf) (26.3.2020)
- Topič P (2019). Najnovejša opredelitev zasvojenosti. Dostopno na: <https://www.petertopic.si/zasvojenosti/kaj-je-zasvojenost> (26.3.2020).

## DELOVNOTERAPEVTSKO OCENJEVANJE GIBALNO OVIRANIH POSAMEZNIKOV ZA PRIDOBITEV PSA POMOČNIKA

### OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT OF PEOPLE WITH DISABILITY ON ELIGIBILITY FOR AN ASSISTANCE DOG

Marta Vidmar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Nataša Ogrin Jurjevič<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1,2</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Psi pomočniki predstavljajo obliko pomoči, ki gibalno oviranim posameznikom omogočijo večjo stopnjo samostojnosti. V okviru postopka za pridobitev psa pomočnika deluje multidisciplinarni tim Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta - Soča. V prispevku je opisan postopek delovnoterapevtskega ocenjevanja, ki je del strokovnega mnenja celotnega tima. **Vsebina:** V protokolu ocenjevanja se uporabljajo različni standardizirani in nestandardizirani testi za oceno spretnosti zgornjih udov in vprašalniki, s katerimi se določijo aktivnosti, kjer bo pes pomočnik najbolj učinkovit. Pri vseh uporabnikih se izvede ocena bivalnega okolja. **Rezultati:** V obdobju med oktobrom 2018 in februarjem 2020, je bilo obravnavanih 11 vlog. Dve vlogi sta bili zavrnjeni, en posameznik si je med postopkom premislil, ostalim je bila vloga odobrena. Dva posameznika sta postala lastnika psa pomočnika. Rezultati testiranja so pri vseh pokazali zmanjšano spretnost zgornjih udov in omejeno izvajanje aktivnosti. **Zaključek:** Pes pomočnik gibalno oviranemu posamezniku omogoča več samostojnosti pri aktivnostih, njegova prisotnost daje občutek varnosti, s posameznikom vzpostavi vez in s tem dviguje njegovo kakovost življenja.

**Ključne besede:** pes pomočnik, samostojnost, kakovost življenja, delovna terapija

#### ABSTRACT

**Background:** Assistance dogs provide a form of assistance that enable people with disability to achieve a greater level of independence. A multidisciplinary team of the University Rehabilitation Institute of Slovenia - Soča, evaluates if candidates are eligible to get an assistance dog. The paper represents the occupational therapy evaluation procedure, which is part of the expert opinions of the entire team. **Content:** The evaluation includes standardized and non-standardized tests to assess of upper limb dexterity and function and questionnaires to determine the activities where the assistance dog could be the most effective. The evaluation of the user's home environment is also performed. **Results:** Eleven applications were evaluated between October 2018 and February 2020. Two applications were rejected, one applicant changed their mind, while the rest were eligible for an assistance dog. Two users have already received their assistance dog, while the remaining users are waiting for the dog to be trained. The test showed that the dexterity and function of upper extremities were reduced and activity performance was limited. **Conclusion:** Assistance dog provides the disabled person a degree of independent mobility and a sense of security, while establishing a special bond with the individual and thus enhancing their quality of life.

**Keywords:** assistance dog, independence, quality of life, occupational therapy

### **IZHODIŠČA:**

Dejavnosti bi lahko opisali kot aktivnosti, ki jih vsakodnevno izvaja posameznik z namenom in so zanj pomembne. Odražajo interese, sposobnosti in pomagajo zadovoljiti individualne potrebe in želje (Herlache-Pretzer E in sod., 2017). Z opravljanjem dejavnosti dobi vloge in razvije rutino, ki ga identificira in daje njegovemu življenju pomen. Vključenost posameznika v dejavnosti zelo pomembno vpliva na njegovo zdravje, zadovoljstvo in dobro počutje (Occupation-Based practice, 2020). Težava nastane, kadar zbolí ali se poškoduje do te mere, da postane odvisen od drugih. Spekter aktivnosti, ki jih posamezniki lahko opravljajo, je odvisen od njihove stopnje gibalne oviranosti, običajno pa je možnost izvedbe aktivnosti zelo okrnjena. Vsakodnevno so postavljeni pred izzive izvedbe najbolj osnovnih aktivnosti, ki zajemajo skrb zase v domačem okolju. Prenos aktivnosti v širše okolje pa je za marsikoga, brez pomoči, nemogoče.

Tržišče ponuja veliko pripomočkov in podporne tehnologije, ki omogočajo večjo samostojnost pri izvedbi aktivnosti. Z uporabo pripomočkov, posamezniki s težavami na področju motoričnih spretnosti (koordinacije, manipulacije, seganja, prepogibanja, fine motorike), porabijo veliko energije in časa. Vprašljiva je tudi varnost in učinkovitost izvedbe. Marsikdaj je za eno aktivnost potrebnih več pripomočkov, zato se vedno več gibalno oviranih posameznikov odloča, da bodo kot dodatno pomoč pri vsakodnevni aktivnostih uporabili psa (Herlache-Pretzer E in sod., 2017).

Psi pomočniki so namensko šolani psi, ki pomagajo gibalno oviranim posameznikom pri različnih vsakodnevni aktivnostih (Shintani M in sod., 2009). Posameznike smejo spremljati v javne prostore in sredstva javnega prevoza (Crowe TK in sod., 2014; Uradni list RS, št. 38/13). Imajo posebna znanja, ki so prilagojena na potrebe posameznika. Vključujejo se v tiste aktivnosti, ki jih posamezniki sami ne zmorejo izvajati, zanje porabijo več časa in energije. S tem je posamezniku omogočena večja samostojnost (Bremhorst A in sod., 2018). Najpogostejše naloge, ki jih izvajajo psi pomočniki so: pobiranje, prinašanje in prenašanje različnih predmetov, slačenje oblačil, odvezovanje in sezuvanje čevljev, nameščanje in odkrivanje odeje, dvigovanje in spuščanje podnožnih plošč na invalidskem vozičku, pomoč pri presedanju in vstajanju, nudijo oporo pri hoji, odpiranje in zapiranje vrat, vlečenje košare s perilom, nalaganje perila v pralni stroj, pomoč pri nakupovanju, priklic na pomoč, prižiganje luči, priklic dvigala, spremstvo posameznika v širšem okolju in pomoč na delovnem mestu (25 Of The Most Valued Tasks Service Dogs Perform For Their Partners; 100+ Examples of Service Dog Tasks; The Giant List of Service Dog Tasks; Foreman AM in sod., 2017).

Literatura (Herlache-Pretzer in sod., 2017; Winkle in sod., 2012; Rodriguez in sod., 2019) navaja, da so psi pomočniki enakovredni podporni tehnologiji, ki jo uporabljajo gibalno ovirani posamezniki. Poleg fizične pomoči psi s svojo prisotnostjo pozitivno vplivajo na človekovo psihično počutje. Nekateri posamezniki omenjajo vez s psom kot prijateljstvo in

partnerstvo. Raziskave navajajo prednost psov pomočnikov tudi z vidika zniževanja stroškov osebne asistence (Fairman in Huebner, 2001).

V Sloveniji je bil februarja 2018 sprejet Pravilnik o psih pomočnikih, ki ga je izdalo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (Uradni list RS št. 5/18.). V pravilniku je opredeljeno, kdo je upravičen do psa pomočnika ter razložen celoten postopek pridobitve. Del postopka je ocenjevanje posameznika s strani multidisciplinarnega tima Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta - Soča (URI - Soča), ki oblikuje izvedeniško mnenje o upravičenosti posameznika do psa. Na podlagi strokovnih opazovanj in testiranj posamezne stroke, je mnenje podano s strani zdravnika specialista fizioterapevta, delovnega terapevta in psihologa. Literatura navaja podobno prakso tudi drugje po svetu (Shintani in sod., 2009; Rodriguez in sod. 2019).

Delo delovnega terapevta obsega ocenjevanje in ugotavljanje potreb po uporabi pripomočkov in podporne tehnologije. Pes pomočnik je v literaturi naveden kot pripomoček, zato lahko delovni terapevt s svojim raznolikim znanjem o modifikaciji aktivnosti, adaptaciji okolja in poznavanjem različne podporne tehnologije, svojo vlogo razširi tudi na področje svetovanja, ocenjevanja in vključevanja psa pomočnika kot pripomoček, ki omogoča večjo samostojnost (Camp M, 2001).

Namen prispevka je prikazati delovnoterapevtsko ocenjevanje gibalno oviranega posameznika v postopku pridobitve psa pomočnika.

## **VSEBINA**

Retrospektivna raziskava je zajela pregled in analizo dokumentacije posameznikov, ki so oddali vloge za pridobitev psa pomočnika med oktobrom 2018 in februarjem 2020. Z uporabljenimi standardiziranimi testi za oceno funkcije zgornjih udov smo želeli ugotoviti posameznikove trenutne sposobnosti in spretnosti. Pri nekaterih je bila funkcija zgornjih udov tako slaba, da testiranja s standardiziranimi testi ni bilo mogoče izvesti. V tem primeru je bila narejena analiza aktivnosti po spretnostih. Na ta način smo ugotovili, na kakšen način bo možna interakcija med posameznikom in psom. Ocena funkcije zgornjih udov je zahtevana tudi s strani Pravilnika, ki navaja upravičenost invalida do psa pomočnika, če ima težave na področju motorike obeh rok (Uradni list RS št. 5/18.). Z rezultati testiranj niso bila ugotovljena samo odstopanja od normale. Pridobljene so bile informacije kje in na kakšen način bo pes pomočnik v pomoč posamezniku. S kakšnimi prilagoditvami bo uporabnik učinkovitejši v interakciji s psom in v skrbi zanj.

Posamezniki, ki vložijo vlogo za pridobitev psa pomočnika so ambulantno obravnavani s strani tima URI - Soča. Končno mnenje in s tem odločitev ali je posameznik upravičen do psa je sestavljeno iz mnenja fiziatra, delovnega terapevta in psihologa. Delovnoterapevtsko ocenjevanje poteka individualno in traja tri ure. Obisk na domu sledi po dogovoru s kinologom in posameznikom. Naloga delovnega terapevta na domu je ocena in predlogi učinkovitih rešitev v primeru, da so potrebne prilagoditve bivalnega okolja, ki bi posamezniku olajšale bivanje s psom.

## **Uporabljeni ocenjevalni inštrumenti**

### **Dinamometrija**

Metoda se uporablja za merjenje grobe mišične moči rok. Meritev se izvaja trikrat, upošteva se povprečna vrednost meritev. Test je standardiziran in ima izdelane normative po starosti za zdravo žensko in moško populacijo (Mathiowetz in sod. 1985).

### **Test devetih zatičev (ang. Nine Hole Peg Test, NHT )**

Test ocenjuje manipulacijo predmeta (finomotorična spretnost) in je relativno enostaven za izvedbo. Obsega ploščo, s prostorom za zatiče in vzorec lukenj 3x3. Test je uspešno izveden, ko uporabnik v najkrajšem času razvrsti in pobere zatiče iz devetih lukenj. Najprej se ocenjuje dominantna roka. Test je standardiziran in ima izdelane normative po starosti za zdravo žensko in moško populacijo (Mathiowetz in sod., 1985).

### **Test škatla in kocke (ang. Box and Blox Test- BBT )**

Je standardiziran test, ki izmeri spretnost ene roke pri prenosu predmeta preko ovire in mediane linije. Test se izvede najprej z dominantno roko in je časovno omejen na 60 sekund. Je standardiziran in ima izdelane normative po starosti za zdravo žensko in moško populacijo (Mathiowetz in sod., 1985).

### **Southamptonski test za oceno roke (ang. Southampton Hand Assessment Procedure- SHAP)**

Test sestavlja šestindvajset časovno merjenih nalog, razdeljenih na dva dela. Prvi del ocenjuje šest osnovnih prijemov pri lažjih in težjih predmetih. Drugi del ocenjuje aktivnosti iz vsakdanjega življenja (Mihelčič in sod., 2012). Za zadovoljiv rezultat se upošteva ocena 95 in več. Ocena pod 95 pomeni zmanjšano funkcijo roke. Test je uporaben tako na mišično-skeletnem kot tudi na nevrološkem področju (Southampton Hand Assessment Procedure, 2020).

### **Wolfov test motoričnih spretnosti (ang. Wolf Motor Function test- WMFT )**

Ocenjuje časovno in funkcijsko sposobnost zgornje ekstremitete. Naloge sledijo glede na kompleksnost in napredujejo od gibanja proksimalnih sklepov h gibanju distalnih sklepov (Wolf in sod., 2001).

### **Kanadska metoda merjenja izvajanja dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure, COPM)**

Standardiziran test je v obliki pol-strukturiranega intervjuja s katerim delovni terapevt skupaj z posameznikom opredeli dejavnosti, ki so zanj pomembne (Ocepek in sod., 2017). Dejavnosti so razdeljene na področje skrbi zase, produktivnosti in prostega časa. Z 10 stopenjsko lestvico posameznik oceni pomembnost posameznih aktivnosti, njihovo izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo. Rezultati testa so odvisni od posameznika, njegovih kognitivnih sposobnosti ter razumevanja in sprejemanja trenutnega zdravstvenega stanja (Ocepek in sod., 2017).

### **Vprašalnik o življenju s psom**

Z namenom pridobiti podatke, vezane na posameznikovo življenje s psom, je pripravljen vprašalnik. Vprašanja so razdeljena na štiri sklope. V prvem se vprašanja nanašajo na posameznikov odnos do psa, karakter in pasmo. Drugi sklop na pričakovanja do psa pomočnika. Tretji sklop vprašanj se nanaša na odgovornosti in dolžnosti, ki bi jih pridobil s

psom pomočnikom. Zadnji, četrti sklop je namenjen pridobivanju osnovnih podatkov o domačem okolju.

### Merjenje hitrosti pobiranja predmeta.

Ocenjuje zmožnost in čas izvedbe posameznika pri pobiranju predmeta iz tal na tri različne načine. Samostojno, s pripomočkom za pobiranje predmetov in s psom, ki zna prinašati predmete. Razlika v porabi časa in načinu izvedbe sta pokazatelja, kateri način je za posameznika najustreznejši. Tabela 1 prikazuje način beleženja hitrosti pri pobiranju predmeta na različne načine.

Tabela 1: beleženje hitrosti pobiranja predmeta.

Uporablja: električni IV   ročni IV   skuter   drugo

	NAČIN IZVEDBE	ZMORE		ČAS IZVEDBE
		DA	NE	
1	samostojno	OPOMBA:		
2	s pripomočkom	OPOMBA:		
3	s psom	OPOMBA:		

### Analiza aktivnosti po spretnostih

Obsega opazovanje treh aktivnosti. Pri prvi mora posameznik pripraviti hrano in vodo. Odpreti mora omaro, seči po posodi za hrano, stresti hrano v posodo in jo položiti na mesto, kjer jo pes lahko doseže. Sledi priprava vode v posodo, ki jo položi zraven posode s hrano. Druga aktivnost zajema nego psa. Posameznik mora sneti oprsnico, počesati psa in namestiti oprsnico nazaj. Zadnja, tretja aktivnost, je sprehod s psom. Posameznik psu namesti povodec, ki ga drži v roki. V kolikor tega ne zmore, se poišče varno mesto za namestitev povodca na voziček. Pes hodi na povodcu poleg vozička. Pred pričetkom vsake aktivnosti je dogovorjeno kaj se od posameznika pričakuje. Poudarek je na opazovanju motoričnih in procesnih spretnosti.

### REZULTATI

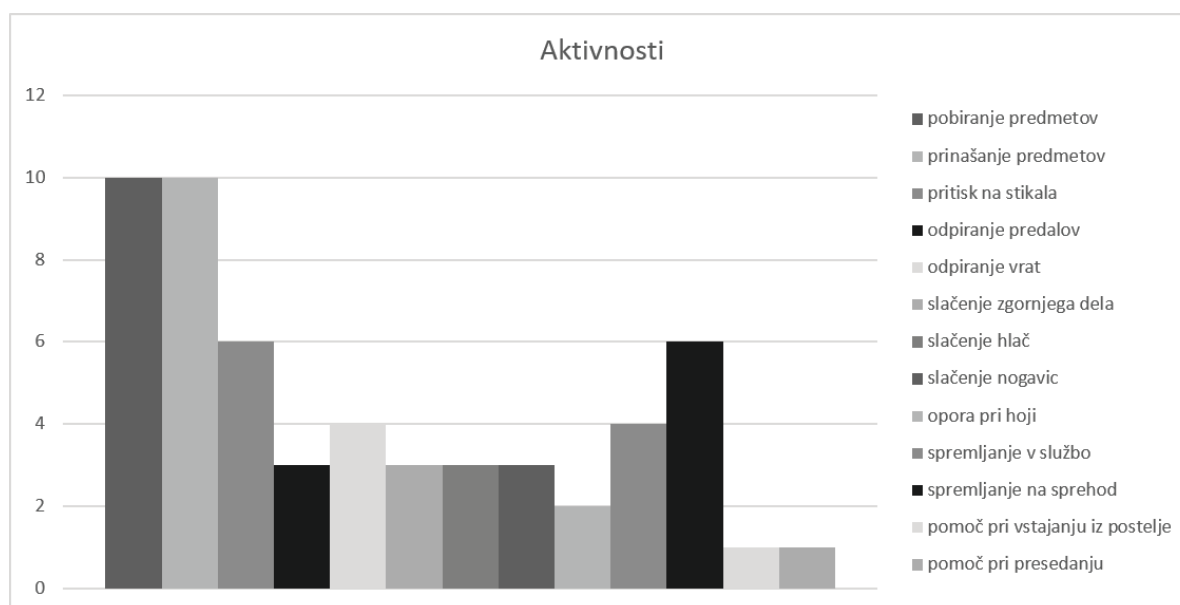
V obdobju med oktobrom 2018 in februarjem 2020 je bilo obravnavanih 11 vlog. Od tega so bili štirje posamezniki po poškodbi hrbtenjače (trije tetraplegija, eden paraplegija), trije posamezniki s cerebralno paralizo, dva posameznika z multiplo sklerozo, po eden pa s Freidreichovo ataksijo in mišično distrofijo. Posamezniku s poškodbo hrbtenjače s simptomatiko paraplegije in posamezniku s Freidreichovo ataksijo je bila vloga zavrnjena, ker nista izpolnjevala pogojev Pravilnika. Eden si je, potem, ko je bilo izvedeniško mnenje že podano, premislil in ustavil postopek.

Pri vsakem kandidatu, je bila izmerjena dinamometrija. V večini je pokazala zmanjšano grobo mišično moč tako v dominantni kot nedominantni roki. Glede na pričakovano stopnjo gibalne oviranosti sta bila izvedena še NHPT oz BBT. NHPT je bil izveden šestkrat, BBT

enkrat. Vsi so test izvedli počasneje v primerjavi s povprečjem zdrave populacije za njihovo starostno skupino. V treh primerih posamezniki nobenega od testov niso mogli izvesti, ker sta bila zanje motorično prezahtevna. Testa sta podala informacijo, ali so posamezniki sposobni drobnih finih prijemov in manipulacije z drobnimi predmeti. SHAP oz. WMFT sta bila prav tako izvedena glede na pričakovane sposobnosti posameznika. SHAP je bil izveden v štirih primerih. Skupni indeks pod 95 pomeni slabšo funkcijo rok in s tem nakazuje, posameznikovo potrebo po pomoči v vsakodnevnih aktivnostih. Povprečje skupnega indeksa na desni roki je 75,75, na levi pa 63,75. WMFT je bil izveden pri petih kandidatih. Časovno so naloge izvedli različno hitro. Več časa so porabili pri aktivnostih, ki so bile motorično bolj zahtevne. Povprečna ocena funkcijske sposobnosti je bila v obeh rokah 3,29 od najvišje možne 5. Tudi v tem primeru ocene kažejo na zmanjšano motoriko rok in s tem težave pri izvedbi dnevnih aktivnosti.

Test COPM je podal informacije o načinu preživljanja posameznikovega dne, njegovih navadah, aktivnostih, ki mu predstavljajo težave in ali bi mu pes lahko pri teh aktivnostih pomagal. Posamezne aktivnosti v tem prispevku niso predstavljene, saj je vsak izpostavil tiste, ki so njemu lastne in zanj pomembne. Relevantna je njegova samoocena trenutne izvedbe in zadovoljstva. Povprečna samoocena izvedbe je 3,56 od 10, zadovoljstva pa 3,30 od 10, kar pomeni, da posamezniki težko izvedejo aktivnosti, ki so jim pomembne. Pri izvedbi uporabljajo pripomoček ali potrebujejo pomoč druge osebe. Tudi ocena zadovoljstva z izvedbo je zelo nizka, kar pove, da si posamezniki želijo izboljšati aktivnosti.

Namenski vprašalnik, sestavljen iz desetih podvprašanj, je delovnim terapevtom podal podatek, pri katerih aktivnostih posamezniki vidijo psa kot učinkovit pripomoček. Graf 1 prikazuje trinajst najpogostejših aktivnosti, kjer kandidati pričakujejo pomoč psa.



*Graf 1: Prikaz najpogostejših aktivnosti, ki jih posamezniki pričakujejo od psa pomočnika*  
 Testa pobiranja predmeta s tal, štirje posamezniki niso zmogli izvesti, pri šestih je bil povprečen čas 17,73s. Trije posamezniki niso zmogli izvesti aktivnosti s pomočjo

pripomočka. Sedem jih je za to aktivnost porabilo povprečno 30,11s. Ko se je v aktivnost vključil pes, je za izvedbo porabil v povprečju 9,28s. Čas se je začel meriti na znak 'Tri, štiri, zdaj'. Merjenje časa smo končali, ko je bil predmet v roki posameznika. Rezultati nam povedo učinkovitost psa pomočnika. Poleg časovne komponente, je bilo opaziti tudi manj vloženega navora posameznika in s tem ohranjanja energije za druge aktivnosti. Zaradi manj pripogibanja trupa je bila možnost padca praktično nična, kar je zelo pomembno z vidika varnosti. Pri stiku s psom je bilo opazno veselje, zadovoljstvo in vzpostavljena je bila komunikacija (verbalna in neverbalna), kar pri izvedbi pobiranja predmeta samostojno in s pripomočkom ni bilo opaziti.

## RAZPRAVA

Pri končnem mnenju o upravičenosti gibalno oviranega posameznika do psa pomočnika, moramo upoštevati smernice, ki jih določa Pravilnik o psih pomočnikih. Pri ocenjevanju opazamo, da so določila Pravilnika včasih toga in premalo natančna. Porajajo se nam vprašanja, kako ravnati v primerih, ko bi glede na količino in obliko pomoči pes zelo pomagal, vendar posameznik, glede na Pravilnik, do psa ni upravičen. V Pravilniku je določeno, da mora biti invalid vezan na invalidski voziček oz. pripomoček za gibanje, ki ga je sposoben samostojno upravljati (Uradni list RS št. 5/18.). Pojavlja se tudi vprašanje, koliko lahko pes pomočnik pomaga pri samostojnosti nekemu, kjer je funkcija rok tako slaba, da jih v aktivnosti ne more uporabljati. Kako v takem primeru zagotoviti interakcijo med psom in posameznikom? Za psa bi v tem primeru poskrbeli drugi in povezava med posameznikom in psom pomočnikom se ne bi vzpostavila. Pes pomočnik v katerega je bilo tekom šolanja vloženega ogromno truda, časa in denarja, bi postal hišni ljubljeneček. V tem primeru ne bo mogel izkoristiti svojih potencialov. Ali taka oseba res potrebuje psa pomočnika ali je dovolj, da se svojci odločijo za psa, ki ga kupijo, posvojijo... in bo postal družinski pes. S svojo prisotnostjo bo ravno tako pozitivno vplival na uporabnika in celotno družino?

Vlogo oddajo tudi posamezniki, ki so za gibanje stalno vezani na invalidski voziček. Njihova funkcija rok je dobra in nimajo opaznih težav z ravnotežjem. Vsekakor to ne pomeni, da so brez težav v gibanju. Ali bi v tem primeru pes pomočnik kot pripomoček prišel do izraza? Bi bil zgolj kot spremljevalec v zunanjem okolju? V Sloveniji Pravilnik o psih pomočnikih določa, da mora imeti invalid motnje fine motorike oziroma ima težko funkcionalno motnjo obeh rok ali je brez rok (Uradni list RS št. 5/18.). Shintani in sod. (2009) navajajo, da mora biti invalidovo stanje stabilno oziroma mora imeti bolezen počasen potek. Pri nekaterih nevroloških boleznih je potek nepredvidljiv. Se v takšnem primeru lahko poda pozitivno izvedeniško mnenje in je posameznik upravičen do psa? Tega Pravilnik ne predvideva.

Večinoma se za psa odločajo tisti, ki imajo s psi že od prej lepe izkušnje, jih imajo radi in so zanj sposobni skrbeti. Posameznika je ob testiranju potrebno opozoriti tudi na pomanjkljivosti oz. obveznosti, ki jih prinaša lastništvo psa. Potrebno se je zavedati, da pes ni kot tehnični pripomoček, ki se ga po uporabi odloži v kot. Pes potrebuje primeren prostor, kamor se umakne, potrebuje igro, nego, gibanje. S psom so povezani stroški (hrana, veterinarski pregledi, zavarovanje). Mora se ga je peljati ven, tudi kadar posameznikovo splošno počutje tega ne dopušča. V takem primeru je izjemno pomembno ustrezno bivalno

okolje in socialna mreža. Zato se z obiskom na domu ugotavlja, v kakšnem okolju posameznik živi in kako lahko z učinkovitimi prilagoditvami zagotovimo večjo samostojnost in varnost, obenem pa tudi bolj kakovostno bivanje s psom.

Med ocenjevanjem aktivnosti, kjer je prisoten pes je opaziti, da je potrebna nabava ustreznih pripomočkov in opreme, ki bi na konkreten način pokazali posamezniku rokovanje z njimi, delovne terapevte pa spodbudilo k iskanju ustreznih strategij za učinkovito izvedbo aktivnosti, povezanih s psom.

Kljub 13. členu Zakona o zaščiti živali (Uradni list RS, št. 38/13), ki dovoljuje psom pomočnikom spremljanje posameznika v vse javne prostore in sredstva javnega prevoza, se dogaja precej slaba ozaveščenost ljudi, ki se srečujejo s posameznikom v spremstvu psa pomočnika. Na tem področju bi bilo potrebno razmisliti, kako lahko delovni terapevti pripomoremo k večji prepoznavnosti psov pomočnikov pri nas.

Pridobiti ali razviti je potrebno tudi druge, morda bolj učinkovite strategije ocenjevanja, ki bi podale natančnejšo informacijo ali je pes ustrezen pripomoček za posameznika. Razmisliti o načinu spremljanja njegovega zdravstvenega stanja, saj se ta lahko spremeni in povzroči, da potrebuje nove, drugačne tehnične pripomočke in prilagoditve v domačem okolju.

Pri izvajanju delovnoterapevtskega ocenjevanja je bilo ugotovljeno, da je potrebno poglobiti znanje s področja psov pomočnikov in z njimi povezanimi prilagoditvami opreme in bivalnega okolja. Potrebna je natančnost in pazljivost, kajti pes je živo bitje, ljudje pa bitja, ki marsikaj prikrijejo za dosego cilja. Ugotovitve kažejo, da je potrebno obravnavati vsak primer posebej in da rezultati standardiziranih testov niso dovolj za oceno o upravičenosti.

## **SKLEP**

Vključevanje psa pomočnika v življenje posameznika je v tujini že precej uveljavljen postopek. V Sloveniji je z veljavo Pravilnika o psih pomočnikih večjemu številu posameznikov z motnjo gibanja, omogočeno, da vključijo psa v svoje življenje. Pes ne omogoča samo fizične pomoči ampak je tudi družabnik, prijatelj. Prepoznavanje možnosti pomoči v aktivnostih, kjer se lahko vključi pes pomočnik in psa kot pripomoček svetovati ljudem, je nov izziv za delovne terapevte.

## **LITERATURA:**

- 100+ Examples of Service Dog Tasks-25 Of The Most Valued Tasks Service Dogs Perform For Their Partners-
- Allen K, Blascovich J. The value of service dogs for people with severe ambulatory disabilities. *JAMA*, 1996; 275(13): 1001–6. 33.
- Bremhorst A, Mongillo P, Howell T, Marinelli L (2018). Spotlight on Assistance Dogs- Legislation, Welfare and Research. *Animals* 2018,8, 129
- Camp MM (2001). The use of service dogs as an adaptive strategy: A Qualitative study. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 509- 517

- Crowe TK, Burns SP, Sedillo JS, Hendrix IC, Winkle M, Deitz J.(2014). Effects of partnership between people with mobility challenges and service dogs, *AJOT* 68, 194-202
- Fairman SK, Huebner RA. Service dogs: a compensatory resource to improve function. *Occup Ther Health Care*. 2001; 13(2): 41–52. 32.
- Foreman AM, Glenn MK, Meade BJ, Wirth O (2017). Dogs in the Workplace: A Review of the Benefits and Potential Challenges, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, 14, 498
- Herlache-Pretzer E, Winkle MY, Csatari R, Kolanowski A, Londry A, Dawson R (2017). The Impact of Service Dogs on Engagement in Occupation among Females with Mobility Impairments: A qualitative Descriptive Study. *Int. J Environ. Res. Public Health* 2017, 14, 649
- <https://barkpost.com/good/tasks-service-dogs-perform/>. Dostopano dne: 1.5.2020
- <https://www.anythingpawsable.com/100-examples-service-dog-tasks/>. Dostopano dne: 1.5.2020
- Mathiowetz V, Kashman N, Volland G, Weber K, Dowe M, Rogers S (1985). Grip and pinch strength: 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
- Mathiowetz V, Weber K, Kashman N, Volland G (1985). Adult Norms for the Box and Blox Test of Manual Dexterity. *American Journal of Occupational Therapy*, 39, 386-39
- Mihelčič SR., Burger H., Pihlar Z (2012). Funkcija roke - izdelava normativov za test SHAP v Sloveniji. *Posvetovanje: Delovna terapija – stroka sedanjosti*, 55-62
- Occupation-Based practice-<https://chhs.unh.edu/occupational-therapy/occupation-based-practice>. Dostopano dne: 20.4.2020
- 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
- Pravilnik o psih pomočnikih. Uradni list RS št. 5/18.
- Rodriguez KE, Bibbo J, Verdon S, O’Haire ME (2019). Mobility and medical service dogs: a qualitative analysis of expectations and experiences, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*.
- Shintani M, Senda M, Takayanagi T, Katayama Y, Furusawa K, Okutani T, Kataoka M, Ozaki T (2009). The Effect of Service Dogs on the Improvement of Health- Related Quality of Life, *Acta Med. Okayama* 64 (2): 109- 113
- Southampton Hand Assessment Procedure- <http://www.shap.ecs.soton.ac.uk/>. dostopano dne: 1.5.2020
- The Giant List of Service Dog Tasks- <https://totalk9focus.com/the-giant-list-of-service-dog-tasks/>. Dostopano dne: 1.5.2020
- Winkle M, Crowe TK, Hendrix I. Service dogs and people with physical disabilities partnerships: a systematic review. *Occup Ther Int*. 2012; 19(1): 54-66.
- Wolf SL, Catlin PA, Ellis M, Archer AL, Morgan B, Piacentino A (2001). Assessing Wolf Motor Function Test as Outcome Measure for Research in Patients After Stroke. *Stroke* 32: 1635-1639
- Zakon o zaščiti živali, Uradni list RS, št. 38/13

## DELOVNI TERAPEVT KOT DEL INTEGRIRANE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V DOMAČEM OKOLJU

### OCCUPATIONAL THERAPIST AS A PART OF AN INTEGRATED CARE FOR THE ELDERLY IN HOME ENVIRONMENT

Petra Boh<sup>1</sup>, dipl. del. ter., višja svetovalka

<sup>1</sup>Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišče:** S spremljanjem smernic nacionalne in lokalne strategije socialnega varstva je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana kot nosilec projekta CrossCare nudil brezplačne storitve delovne terapije, fizioterapije, zdravstvene nege in dietetike meščankam in meščanom Ljubljane. **Vsebina:** Projekt je zagovarjal integriran pristop socialne in zdravstva z namenom, da uporabnik ne išče storitve za svoje potrebe na več koncih, ampak mu projekt nudi celovito oskrbo – s tem storitve dezinstucionalizira in približa uporabniku na domu. S projektom Crosscare so razvijali delovnoterapevtske metode, s čimer so se približali kolegom v razvitejših državah. **Zaključek:** Cilj delovne terapije v projektu Crosscare je bil zagotoviti starejšim uporabnikom aktivno in samostojno sodelovanje v dnevnih aktivnostih, ki so za njih pomembne in so prilagojene njihovim potrebam, starosti, željam in pričakovanjem ter jim omogočiti, da ob ustrezni pomoči pri oskrbi čim dlje ostanejo v domačem okolju.

**Ključne besede:** projekt CrossCare, dezinstucionalizacija, IKT platforma, zdravstvene in socialne storitve

#### ABSTRACT

**Introduction:** In accordance with the guidelines on national and local social protection strategy, the Zavod za oskrbo na domu Ljubljana as the lead partner of the CrossCare project provided free occupational therapy, physiotherapy, nursing and dietetics services to the residents of Ljubljana. **Content:** The project advocated an integrated approach to social and health care in order to ensure that the clients do not seek services for their needs from several providers, but rather receives comprehensive care from a single provider, which contributed to de-institutionalisation and brought services to the user. **Conclusions:** The Crosscare project focused on developing occupational therapy methods in order to bring the services closer to the level of developed countries. The goal of Crosscare occupational therapy was to provide the elderly an opportunity to actively and independently participate in relevant daily activities that tailored to their needs, age, desires and expectations, and enable them to live at home by providing them with appropriate assistance.

**Keywords:** CrossCare project, deinstitutionalization, ICT platform, health and social care

#### IZHODIŠČA

Zaradi demografskih podatkov, ki močno opozarjajo na naraščajoči proces staranja prebivalstva, je na področju zdravstvenega in socialnega varstva eden najpomembnejših političnih ciljev usmeriti se na programe in storitve, ki jih lahko zagotavlja lokalna skupnost ter tako olajša življenje mnogim starejšim in njihovim svojcem. Število ljudi, ki zaradi

bolezni, oviranosti, oslabelosti ali kakšne druge dolgotrajne stiske potrebuje pomoč in podporo drugih, narašča. Vsakdanje življenje starejših ljudi pa je kljub pestri izbiri programov in storitev vse bolj obremenjeno. Poleg krčenja sredstev za pokojnine in socialne denarne prejemke starejši ljudje pogosteje nosijo bremena izgube zaposlitve svojih otrok. S svojo pokojnino ne preživljajo le sebe, temveč tudi svoje odrasle otroke. Prav tako velja obratno stališče – vse več je odraslih, ki prevzemajo skrb za svoje ostarele starše, ker ne zmorejo plačila oskrbe v domu za starejše ali plačila storitve pomoči družini na domu. Z vse večjim številom ljudi v visoki starosti se povečujejo potrebe po pomoči, kar predstavlja veliko finančno breme za starejše ljudi in njihove svojce. Nedostopnost formalnih storitev dolgotrajne oskrbe zaradi pomanjkanja finančnih sredstev ali prostih zmogljivosti je tako problematika, ki najbolj prizadene ravno posameznike z nižjimi dohodki in nižjo socialno vključenostjo. Posledično se pri skrbi za starejše ljudi razvijata črni trg zaposlovanja in siva ekonomija, kjer zaradi pomanjkanja nadzora lahko prihaja do zlorab starejših ljudi. Povečalo se je število neformalnih negovalcev, ki negujejo starejše ljudi na njihovih domovih ali pa opravljajo gospodinjstva. V Sloveniji je to področje precej neregulirano. Ker gre običajno za nešolane negovalce, so lahko storitve na črnem trgu nekakovostne. Negovalke se na drugi strani soočajo s tveganji, ker niso zaščitene, pogosto so deležne nasilja, grobosti in kršenja zasebnosti (Klančar et al., 2014).

## **VSEBINA**

### **Predstavitev projekta CrossCare**

S spremljanjem smernic nacionalne in lokalne strategije socialnega varstva je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju ZOD Ljubljana) kot nosilec projekta CrossCare, poleg svoje redne dejavnosti, v času od 1.9.2018 do 30.6.2020 nudil brezplačne storitve delovne terapije, fizioterapije, zdravstvene nege in dietetike meščankam in meščanom Ljubljane. Evropski projekt CrossCare se je izvajal na območju dveh sosednjih držav, Republike Slovenije in Republike Hrvaške. Poleg nosilca projekta CrossCare so bili ostali projektni partnerji še: Mestna občina Ljubljana, Center za pomoč na domu Maribor, Dom zdravlja Čakovec, Ustanova za zdravstveno nego u kući Zagreb in Grad Zagreb.

Splošni cilj projekta je bil razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja za zagotavljanje integriranega pristopa oskrbe na domu, ki združuje storitve zdravstvenega in socialnega varstva. Takšna, vsebinsko celovita čezmejna struktura, ki deluje na osnovi enake metodologije, predstavlja popolno novost na območju obeh držav. Sicer se na območju obeh držav že izvajajo posamezni segmenti storitev oskrbe starejših ljudi na domu, vendar je področje normativno oziroma sistemsko neurejeno. Širok obseg potreb ljudi po integrirani oskrbi na domu kaže na nujnost sistemske ureditve področja. Tekom izvajanja projekta so spremljali potrebe starejših ljudi po integrirani oskrbi v skupnosti in hkrati v praksi že oblikovali možne odgovore.

Projekt CrossCare je bil namenjen osebam starejšim od 65 let, gibalno oviranim osebam in kronično bolnim. Prav tako je bil pogoj prijavljeno stalno oz. začasno bivališče v Mestni občini Ljubljana. Prednost so imeli uporabniki, ki živijo na obrobju mesta, saj so želeli storitve zagotoviti tistim, ki živijo zunaj urbanih središč in katerim so sicer takšne storitve načeloma slabo dostopne.

### **Delovna terapija v projektu CrossCare**

Cilj delovne terapije v projektu Crosscare je bil zagotoviti starejšim uporabnikom aktivno in samostojno sodelovanje v dnevni aktivnosti, ki so za njih pomembne in so prilagojene njihovim potrebam, starosti, željam in pričakovanjem. V domačem okolju je delovna terapija pomembna v času premostitve, ko uporabnik čaka na odločbo o nadaljnjem zdravljenju ali ko se vrne iz rehabilitacije in v domačem okolju nadgradi že doseženo funkcionalno stanje. V domačem okolju je uporabnik bolj sproščen, saj je z njim seznanjen, prav tako je obkrožen s svojimi najbližjimi, kar pozitivno vpliva na psihološko stanje in motivacijo posameznika. Tako se delovna terapija prilagodi dejanskemu bivalnemu okolju, kar pomeni, da lahko uporabnik tudi po prenehanju obravnav izvaja dejavnosti v okolju, kjer jih je predhodno že izvajal.

### **IKT platforma**

Z razvojem in vzpostavitvijo nove čezmejne strukture sodelovanja so bili vsi projektni partnerji vključeni v oblikovanje IKT platforme. IKT platforma je strokovnim delavcem služila kot orodje, saj je na enem mestu nudila vpogled v program dela za vse segmente, dostop do smernic in strokovnih podlag ter statistični obdelavi podatkov. V IKT platformi se za vsakega uporabnika vodi vsa strokovna dokumentacija, rezultate ocenjevanj, načrt procesa delovne terapije, sprotne intervencije ter končno poročilo procesa delovne terapije.

### **Zbiranje informacij**

Zbrani podatki vključujejo uporabnikove trenutne težave in stanja, zaznavanje in videnje težav, pričakovanja od delovnoterapevtske obravnave, dosedanje zdravljenje, dosedanje terapije, uporabnikove demografske značilnosti in dejavnike okolja. Podatke so delovni terapevti pridobivali tudi prek tedenskih strokovnih timov ter iz dokumentacije. Vsi navedeni podatki, ki so predstavljeni v nadaljevanju, so bili zbrani v času trajanja projekta, tj. od 01.09.2018 do 01.06.2020. Na ta dan je bilo v IKT platformi vpisanih 330 uporabnikov, ki so prejeli storitve delovne terapije. Zbirali so demografske podatke, spol, starost, kje uporabniki živijo – je to v hiši ali stanovanjskem bloku, ali imajo uporabniki dostop do dvigala ter vrsta vrat v dvigalu, imajo stopnice ter koliko in ali imajo ob stopnišču nameščeno ograjo.

### **Ocenjevanja v delovni terapiji**

Ocenjevanje uporabnikov je potekalo izključno individualno. Ocenjevalni inštrumenti, ki se v praksi že uporabljajo, nekateri pa se uvajajo, so standardizirani in v stroki preverjeni kot učinkovito ocenjevalno orodje.

Ocenjevanje je vključevalo obvezno izvedbo Kanadskega testa ocenjevanja problemov dejavnosti (v nadaljevanju COPM, Law et al., 2014), ki je v delovni terapiji pomemben ocenjevalni instrument. Delovni terapevti so v procesu ocenjevanja uporabljali tudi ocenjevalni instrument AMPS (Fisher in Jones, 2011), s katerim dobimo oceno motoričnih in procesnih spretnosti, ki so potrebne pri izvedbi določene funkcijske aktivnosti (<https://www.zdts.si/index.php/del-terapija/amps>).

Na podlagi zbranih podatkov in izvedenih ocenjevanj so skupaj z uporabnikom oblikovali cilje za delovnoterapevtsko obravnavo.

### Delvoterapevtska obravnava

Delvoterapevtska obravnava temelji na vzajemnem odnosu terapevta in uporabnika, kjer so delovni terapevti sledili načrtu obravnave. Na podlagi dokumentacije, zbranih podatkov in ocenjevanj so se nato odločili za uporabo primernih teoretičnih temeljev (modelov, pristopov, strategij) za obravnavo uporabnika.

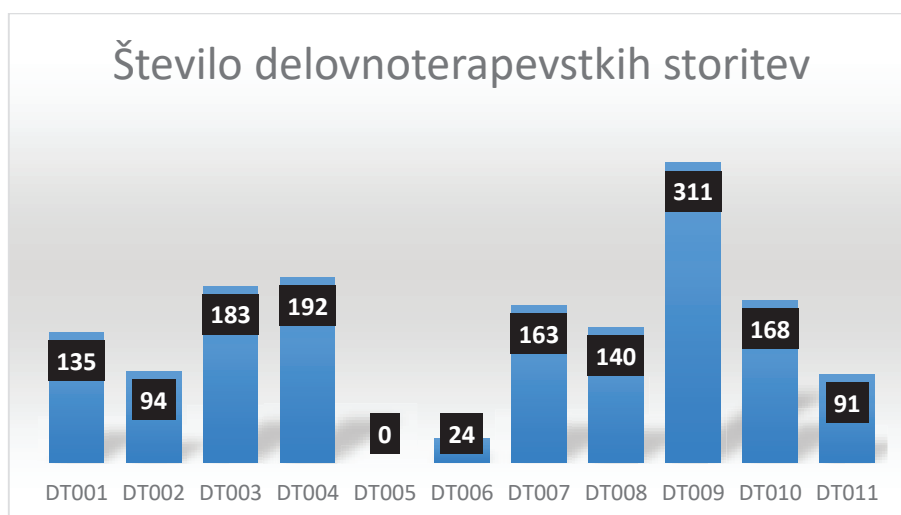
Struktura posameznih področij in število uporabnikov (%), ki so bili vključeni v posamezno področje delovanja, je bila sledeča:

- **Mišično-skeletno področje** (starostna oslabeledost, obrabe, poškodbe, amputacije, mišična distrofija, revmatoidne spremembe, pljučna obolenja) – 28,67%
- **Nevrološko področje** (stanje po CVI, Parkinsonova bolezen, Multipla skleroza, ALS, stanje po poškodbah glave in hrbtenjače) – 33,25%
- **Področje duševnega zdravja** (kognitivni upad, vse oblike demence, duševne motnje) – 28,69%
- **Kardiološko področje** (stanje po srčnem infarktu, srčno popuščanje, stanje po vstavitvi srčnega vzpodbujevalca, stanja po operacijah na srcu) – 8,67
- **Paliativno področje** – 0,72%

V okviru projekta so delovni terapevti izvedli do 15 obravnava na uporabnika, pri čemer se je število obravnava po potrebi spreminjalo, glede na stanje uporabnika. Tu je ključnega pomena kakovostna in strokovna ocena delovnega terapevta, ki ustrezno presodi stanje in obravnava temu primerno prilagodi. Vsaka obravnava je bila usmerjena individualno, upoštevajoč uporabnikove potrebe in želje.

Prav tako so glede na potrebe in želje uporabnika izvajali pogostost obravnava, ki so potekale 1x-3x tedensko. Časovni okvir so prilagajali glede na psihofizično kondicijo uporabnika, od 45 – 90 minut.

V okviru čezmejnega sodelovanja so vsi delovni terapevti izdelali skupni seznam delvoterapevtskih storitev.



Graf 1..Število vključenih uporabnikov po storitvah delovne terapije

Tabela1: Šifrant delovnoterapevtskih storitev v projektu CrossCare

<p><b>DT001:</b> ocenjevanje in vrednotenje stanja uporabnika – delna ocena</p> <p><b>DT002:</b> ocenjevanje in vrednotenje stanja uporabnika – popolna ocena</p> <p><b>DT003:</b> delovnoterapevtska obravnava za vzpostavljanje/izboljševanje/ohranjanje izvajanje ožjih/širših dnevnih aktivnosti</p> <p><b>DT004:</b> delovno terapevtska obravnava za vzpostavljanje/izboljšanje/ohranjanje telesnih funkcij in struktur in izpostavljanje/izboljševanje/ohranjanje spretnosti</p> <p><b>DT005:</b> skupinska delovnoterapevtska obravnava za vzpostavljanje/izboljšanje/ohranjanje telesnih funkcij in struktur, spretnosti in izvajanje ožjih/širših dnevnih aktivnosti</p>	<p><b>DT006:</b> specialna delovnoterapevtska obravnava za izboljšanje funkcijskih sposobnosti in izvedbo aktivnosti z uporabo specialnih znanj: nevroterapevtska obravnava po principu Bobath</p> <p><b>DT007:</b> Svetovanje, nabava, izdelava/prilagoditev pripomočkov ter učenje in trening uporabe pripomočkov in sredstev</p> <p><b>DT008:</b> Delovno terapevtska prilagoditev ožjega in širšega življenjskega okolja za izvajanje aktivnosti</p> <p><b>DT009:</b> Delovno terapevtsko svetovanje / zdravstveno vzgojno svetovanje/izobraževanje</p> <p><b>DT010:</b> Priprava poročil in vodenje dokumentacije delovne terapije</p> <p><b>DT011:</b> Informiranje sodelavcev o izidu DT obravnava / timsko delo</p>
--	---

### **Delovnoterapevtska storitev DT008 - Prilagoditve bivalnega okolja**

Fizično okolje ima pomemben vpliv na počutje in zdravje ljudi, ter posledično na kakovostno življenje starejših oseb. Večina uporabnikov v projektu Crosscare živi v bivalnem okolju, ki ne ustreza njihovim dejanskim potrebam, jim ne omogoča samostojnega življenja in je celo nevarno. Na žalost je večina izdelkov projektiranih za zdrave in mlade ljudi. Starejši ljudje teh predmetov ne morejo uporabljati v popolnosti, kar povzroča stres, slabo počutje in nenazadnje tudi izgubo samostojnosti. Tako postajajo vedno bolj odvisni od okolice oziroma pomoči drugih. Pogosto se niti ne zavedajo, da je posledica večine težav ravno neprilagojeno okolje. Težave, s katerimi se srečujejo, pripisujejo le bolezni ali starosti, ne pa tudi opremi. Z minimalnimi prilagoditvami si lahko ustvarijo okolje, ki bi jim bistveno olajšalo bivanje v domačem okolju.

Delo v skupnosti od delovnega terapevta zahteva predvsem veliko mero iznajdljivosti in prilagodljivosti, upoštevajoč okolje, v katerem uporabniki bivajo in razpoložljivih sredstev, ki jih ima na voljo. Terapevt mora upoštevati številne dejavnike ter glede na njegove potrebe in slog življenja prilagodi potek obravnave. Številne epidemiološke študije potrjujejo dejstvo, da ovire oz. neprilagojeno ožje življenjsko okolje ter zdravstveno stanje posameznika povečuje tveganje za padce. Preprečevanja padcev predstavlja pomembno področje integriranega pristopa, saj so padci eden od glavnih razlogov za nastanek poškodbe,časne ali trajne nepokretnosti ali celo smrti (M.R. Simon, 2006).

Dejstvo je, da si večina uporabnikov želi preživeti starost doma, v domačem, njim poznanem okolju. Zato je prilagoditev bivalnega okolja starejšim izrednega pomena. Pri 140-ih uporabnikih so delovni terapevti izvedli delovnoterapevtske postopke za prilagajanje življenjskega okolja za vključenost v izvedbo vsakodnevnih aktivnosti in za boljšo kakovost bivanja. Storitev vključuje učenje in trening socialnih veščin, urejanja ožjega in širšega

okolja, adaptacijo fizičnega okolja, adaptacijo posameznika socialnemu okolju in prilagoditve v okolju, kar prikazuje Graf 1.

V IKT platformi je zabeleženo, da skoraj 52% uporabnikov projekta CrossCare živi v hiši ter 48% v stanovanjskih blokih.

Glede na to, da dobra polovica uporabnikov, ki so bili vključeni v storitve projekta CrossCare, živi v stanovanjskih blokih, je za obvladovanje širšega življenjskega okolja pomemben podatek, ali je v blokih, kjer uporabniki živijo, prisotno dvigalo. Iz zbranih podatkov, ki so jih pridobili iz IKT platforme je razvidno, da več kot 70% uporabnikov nima dostopa do dvigala. Tam pa, kjer dvigalo je, ga uporabniki v veliki večini niso mogli uporabljati oz. jim je handling uporabe dvigala povzročal težave pri samostojnosti zaradi vrste oz. tipa vrat – drsna vrata ali klasična vrata, kjer je potrebno vrata dvigala fizično odpreti. Odstotek teh vrat je 66%.

### **Delvnoterapevtska storitev DT007 - Svetovanje in učenje uporabe medicinskih pripomočkov**

Tekom trajanja projekta in delvnoterapevtskih obravnav se je velikokrat izkazalo, da imajo uporabniki v domačem okolju premalo informacij, na kakšen način lahko pridobijo določen medicinski pripomoček, kaj lahko uveljavljajo s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in kateri pripomočki se med seboj izključujejo. To je tudi ena od storitev, ki so jo pogostokrat vključili v obravnavo. Iz Grafa 1 je razvidno, da so storitev svetovanja, nabave, prilagoditve pripomočkov ter učenje in trening uporabe pripomočkov izvedli pri 163 uporabnikih. Delovni terapevti so v času trajanja projekta sodelovali s podjetjem Soča oprema iz Ljubljane, kjer so si medicinske pripomočke brezplačno izposodili in jih testirali.

V individualni obravnavi so uporabnikom svetovali, na kakšen način lahko primeren, ustrezen in predvsem varen pripomoček tudi pridobijo ter izvedli edukacijo svojcev o pravilni in varni rabi pripomočka.

### **Delvnoterapevtska storitev DT011 – Informiranje sodelavcev o izidu DT obravnav/timsko delo**

Storitev je vključevala delo s svojci, s socialnimi oskrbovalkami in drugimi projektnimi partnerji.

#### *Sodelovanje s svojci*

Izredno pomembno je sodelovanje s svojci - tu je potrebno omeniti pomen edukacije svojcev oz. družinskih članov, ki živijo vsakodnevno življenje z našim uporabnikom. 66% uporabnikov, vključenih v projekt CrossCare živi svojci ter 34% živi samostojnih gospodinjstvih. Delovni terapevti so dajali poudarek na individualni edukaciji, demonstraciji in učenju različnih postopkov za ohranjanje in varovanje zdravja, samostojnosti uporabnikov, kateri potrebujejo pomoč svojcev.

#### *Sodelovanje s socialnimi oskrbovalkami*

Socialne oskrbovalke so za marsikaterega uporabnika ostale edini vir socialnega stika, zato so one tiste, ki uporabnika dobro poznajo, z nekaterimi delajo vsak dan, tudi po večkrat

dnevno. Delovni terapevti so s socialnimi oskrbovalkami aktivno sodelovali pri delu z uporabniki v domačem okolju. Vključeni so bili v pripravo in izvedbo delavnic z ostalimi strokovnimi delavci, zaposlenimi na projektu. Izobraževanja so bila izvedena z namenom dvigniti nivo znanja kadra ter njihove kakovosti izvajanja storitev. Tematika izobraževanja je vključevala načine varnega premeščanja, pomen prilagoditve bivalnega okolja, jih seznanili z medicinskimi pripomočki in njihovo uporabo, izvedli so izobraževanja na temo demence ter o temeljnih ravneh zaznavanja pri ljudeh z demenco z izobraževanjem o bazalni stimulaciji.

#### *Sodelovanje z drugimi projektnimi partnerji*

Delovni terapevti so aktivno sodelovali tudi s pridruženim partnerjem v projektu in sicer s Centrom za socialno delo Brežice (v nadaljevanju CSD Brežice). Sodelovanje v čezmejni strukturi panožnih panog je doprineslo dodatna strokovna znanja za oskrbovalke CSD Brežice, saj so se koordinatorice pomoči na domu in socialne oskrbovalke seznanile z dobrimi praksami in pristopi pri oskrbi uporabnikov na področju delovne terapije. Periodično, v sodelovanju s Centrom za pomoč na domu Maribor, so delovni terapevti enkrat mesečno odhajali na CSD Brežice, kjer so izvedli storitve na domu ter izobraževanja za socialne oskrbovalke.

Delovni terapevti delujejo kot neodvisni strokovnjaki in so del širšega tima, ki zahteva stalno sodelovanje in medsebojno komunikacijo z namenom zagotavljanja kakovostne in celostne oskrbe uporabnika.

Tako so se v okviru projekta okrepile institucionalne zmogljivosti sodelujočih partnerjev pri zagotavljanju integriranega pristopa oskrbe starejših ljudi na domu. Z namenom skupnega oblikovanja enotnega programa, so delovni terapevti sodelovali z ostalimi projektnimi partnerji na večih večdnevnih strokovnih delavnicah, na enodnevnih delavnicah in posvetih ter izvedli številna izobraževanja za strokovno osebje, se udeležili medpartnerskih usposabljanj ter izmenjav dobrih praks. Program so v nadaljnjih fazah nadgrajevali, dopolnjevali in prilagajali glede na dejanske izkušnje, dobre prakse ter spoznanja, ki izhajajo iz izvajanj storitev v domačem okolju.

ZOD Ljubljana kot vodilni partner je prenašal znanja s področja delovne terapije vsem ostalim partnerjem z namenom usposabljanja novih kadrov, za potrebe specifičnih znanj pa so se vsi partnerji poslužili kompetentnih zunanjih izvajalcev – tako so tudi delovni terapevti na ZOD Ljubljana nadgradili svoje strokovne kompetence z izobraževanjem AMPS.

## **ZAKLJUČEK**

Projekt je zagovarjal integriran pristop sociale in zdravstva z namenom, da uporabnik ne išče storitve za svoje potrebe na več koncih, ampak mu projekt nudi celovito oskrbo – s tem storitve deinstucionalizira in približa uporabniku na domu. Z integriranim pristopom različnih strokovnih služb so izstopili iz uveljavljenih vzorcev razmišljanja in prakse v povezovanje in sodelovanje vseh uporabnikov in v spoštovanje pravice do izbire. To je namreč tudi strategija dolgotrajne oskrbe - v središče sistema dolgotrajne oskrbe postaviti upravičenca, ki v okviru svoje pravice izbere način in obliko dolgotrajne oskrbe. Prav tako pa je strategija dolgotrajne oskrbe omogočiti ljudem, ki to želijo, da ob ustrezni pomoči pri oskrbi čim dlje ostanejo v domačem okolju (Buzeti, 2017).

Delo delovnega terapevta v projektu CrossCare je temeljilo na interdisciplinarnem sodelovanju različnih strok – pri tem govorimo o integriranem pristopu, ki je prilagojen uporabniku, njegovim navadam, načinu življenja in okolju, v katerem živi. Zavzemali so se za socialno vključenost vseh ekonomskih in socialnih skupin starejših ljudi in gibalno oviranih ljudi, s čimer so prispevali k zmanjšanju neenakosti in prispevali k dvigu kakovosti storitev. Projekt je tako predstavljal inovativnost na visoki ravni, saj bodo rezultati projekta služili kot strokovne podlage za normativno ureditev področja.

## LITERATURA

- Buzeti T (2017) *Predlog ključnih rešitev v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji*. RS Ministrstvo za zdravje. <https://skupnostobcin.si/wp-content/uploads/2017/07/dolgotrajna-oskrba-koncept-sos-25-7-2017.pdf> <12.02.2020>
- Fisher AG, Jones KB (2011) Introduction. In: *Assesment of motor and process skills, Seventh Edition, Revised, Volume 1 . Development, Standardization, and Administration manual*.
- Klančar T (2014). *Strategija razvoja socialnega varstva v MOL od 2013 do 2020*. 2014 Ljubljana: Mestna občina Ljubljana. 54
- Simon MR (2006) Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/poskodbe\\_starejsih\\_ljudi\\_zaradi\\_padcev\\_v\\_sloveniji.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/poskodbe_starejsih_ljudi_zaradi_padcev_v_sloveniji.pdf) <1.6.2020>
- Thecopm <http://www.thecopm.ca/about/> <1.6.2020>
- ZDTS <https://www.zdts.si/index.php/del-terapija/amps>.<1.6.2020>

## WERBECK METODA DELA – ŠTUDIJA PRIMERA

### THE WERBECK METHOD – A CASE STUDY

Martina Lenček<sup>1</sup>, višji del.ter, Zdenka Pihlar<sup>2</sup>, dipl.del.ter.

<sup>1</sup>CIRIUS Kamnik, Kamnik

<sup>2</sup>URI – Soča, Ljubljana, zunanja sodelavka

#### IZVLEČEK

**Izhodišče:** Werbeck metoda Šole za odkrivanje glasu spodbuja napredek na področju telesnih funkcij, pridobivanju spretnosti, ter vpliva na lažjo izvedbo aktivnosti na vseh področjih človekovega delovanja. Je skupinska vadba, ki jo vodi izobražen terapevt za delo po načelih Werbeck metode. Osnovni namen vadbe je osvoboditev glasu s pomočjo izvajanja gibalnih vzorcev spremljanih z glasom. **Vsebina:** V prispevku je predstavljena študija primera mladostnice vključene v delovnoterapevtsko obravnavo po Werbeck metodi. Predstavljeni so povzetki rezultatov dnevniškega zapisa terapevta ter intervju z izbrano udeleženko skupine. **Zaključek:** Na podlagi študije primera ugotavljamo, da je Werbeck metoda v delovnoterapevtski obravnavi lahko obetavna metoda dela. Večje število vključenih udeležencev v delovnoterapevtsko obravnavo po Werbeck metodi, bo ključno za pridobivanje rezultatov učinka obravnave in smiselnosti uvedbe vadbe v klinično delo.

**Ključne besede:** delovna terapija, osvoboditev glasu, gibalni vzorec, telesne funkcije, spretnosti

#### ABSTRACT

**Introduction:** The Werbeck method of the School of Voice Detection promotes progress in body functions and acquisition of skills and contributes to more effective and easier performance of activities in all areas of human occupation. It is a group exercise led by an occupational therapist trained to work according to the principles of the Werbeck method.. The basic purpose of the exercise is to liberate the voice by performing movement patterns accompanied by the voice. Occupational therapy improves physical function, develops skills and facilitates activities of people with special needs. **Content:** The paper presents the effects of exercise modified according to the Werbeck method in a participant. It summarizes the results of the therapist's diary entries and an interview. **Conclusion:** Based on the case study, + the Werbeck method could be a promising method in the occupational therapy. A greater number of participants involved in the treatment according to the Werbeck method will be crucial for obtaining the impact of effects and a meaningful introduction into clinical work.

**Key words:** occupational therapy, voice release, movement pattern, body function, skills

#### IZHODIŠČA

CIRIUS Kamnik je javni zavod, specializiran za vzgojo, izobraževanje in celostno usposabljanje otrok in mladostnikov z gibalno oviranostjo ali z različnimi dolgotrajnimi obolenji (CIRIUS Kamnik, 2020). Poleg vzgojno izobraževalnih programov potekajo tudi zdravstveni programi, med njimi igra pomembno vlogo delovna terapija. Otroke in mladostnike (O/M) strokovno podpira na njihovi poti osamosvajanja na vseh področjih

življenja. Pri tem se delovni terapevti poslužujejo različnih delovnoterapevtskih tehnik in pristopov. Ker so otroci in mladostniki v Centru daljše obdobje, v času osnovnošolskega in srednješolskega izobraževanja, mora biti pristop strokoven in inovativen. Eden izmed novih inovativnih pristopov je tudi vadba po Werbeck metodi. Šolo za odkrivanje glasu je razvila švedska operna pevka Valborg Werbeck-Svårdström. Na vrhuncu svoje pevske kariere je izgubila glas in si ga kasneje s samoopazovanjem in oblikovanjem posebnih vaj, povrnila. V sodelovanju z dr. Rudolfom Steinerjem (1912-1924) je terapevtske vaje poglobila in ustanovila Šolo za odkrivanje glasu. Ob delu z osebami s posebnimi potrebami je razvila inovativen program vadbe s terapevtskim učinkom (Orpheus, 2020a).

Izobraževanje v tej smeri je možno v tujini. V Sloveniji potekajo le občasne kratke delavnice.

V Šoli za odkrivanje glasu petje ni odraz posameznih organov ali delov telesa, temveč izraz celotnega človekovega bitja. Osnovni namen vadbe je osvoboditev glasu (Orpheus, 2020b). V delovnoterapevtski obravnavi je bila uporabljena modificirana oblika vadbe po Werbeck metodi.

S pomočjo samoglasnikov in soglasnikov, naravnih glasbenih elementov in ritmičnega dihanja se oblikuje vadba specifičnih gibalnih vzorcev, ki se pod vodstvom terapevta izvajajo v določenem tonu, ritmu, melodiji ali lestvici (Orpheus, 2020c). Izvajanje gibalnih vzorcev ob spremljanju glasbe spodbuja usklajeno delovanje obeh možganskih hemisfer. S ponavljanjem vplivamo na razvoj motoričnih, procesnih, komunikacijskih in socialnih spretnosti (Pihlar, 2013).

## **VSEBINA**

V prispevku je predstavljena študija primera udeleženke skupinske obravnave v delovni terapiji, po modificirani obliki vadbe Šole za odkrivanje glasu po Werbeck metodi..

### **Predstavitev vadbe :**

Vadba je prilagojena v smislu lažje izvedbe gibalnih vzorcev na področju telesnih funkcij, razvijanja spretnosti in izvedbe aktivnosti.

Osnova za vadbo gibalnih vzorcev je stabilen in uravnotežen položaj telesa. Udeleženci vadbo izvajajo v položaju, ki jim zagotavlja stabilnost, občutenje in kontrolo lastnega telesa v gibanju. Lahko jo izvajajo stoje, sede ali pa na vozičku. Izbira najustrežnejšega položaja v izvajanju vadbe je odvisna od funkcijskih sposobnosti vsakega posameznika, ki je vključen v vadbo.

Dihanje, ki je osnova vsakega oblikovanja glasu, se na ta način oživlja in harmonizira, kar vpliva na uravnoteženje celotnega organizma. Elementi vadbe so sestavljeni iz soglasnikov (ki so povezani z različnimi deli telesa) in samoglasnikov (ki vplivajo na organe), ki so dodani glasbenim elementom (ton, ritem, melodija, lestvice, intervali), zato da bi se izboljšale ali celo odpravile določene fiziološke težave. S pomočjo samoglasnikov in soglasnikov, naravnih glasbenih elementov in ritmičnega dihanja se oblikujejo specifični elementi vadbe, ki jih izvajajo udeleženci skupine pod nadzorom terapevta (Wahlers, 2009).

Pri vseh udeležencih vadbe, ne glede na stopnjo okvare, mora delovni terapevt analizirati kakovost izvedbe gibalnih vzorcev posameznikov v skupini in prilagajati ter spreminjati način izvedbe. Udeleženci vadbe morajo začutiti in obvladovati svoje telo, le tako se bodo

zmožni sprostiti in slediti zahtevam izvajanja elementov vadbe. Stabilen položaj omogoča posamezniku zaznavanje svojega telesa, zmožnost izvedbe izoliranih gibov, zmožnost in jasnost izgovorjave, ter koordinacijo giba in izgovorjave (The Alexander tehniqe center Ireland, 2020).

Delovni terapevt ima v modificirani obliki vadbe pomembno nalogo, da s pomočjo dotika in vizualizacije vodi in pomaga posamezniku, da gibalne vzorce izvaja na pravilen način (Jović, 2011). Pri vadbi po načelih Šole za odkrivanje glasu se gibalni vzorci ponavljajo v ritmu, pozornost je usmerjena v glas, zato gib steče samodejno. Gibalni vzorci se izvajajo z različnimi deli telesa.

Osnovni namen vadbe je izboljšanje oziroma vzdrževanje telesnih funkcij in zgradb, razvijanje motoričnih, procesnih, komunikacijskih in socializacijskih spretnosti, ter posledično omogočanje lažjega izvajanja aktivnosti na vseh področjih človekovega delovanja.

### **Vpliv vadbe na telesne funkcije, dejavnost in sodelovanje, spretnosti izvedbe:**

#### **Telesne funkcije**

- **Splošne duševne funkcije:** funkcije zavesti, orientacije, umske funkcije, splošne psihosocialne funkcije.
- **Specifične duševne funkcije:** funkcije pozornosti, spomina, čustev, dojetanja, miselne funkcije, osnovne in višje spoznavne funkcije, funkcije doživljanja sebe in časa.
- **Funkcije čutil:** funkcije vida, sluha in vestibularne funkcije, propioceptivna funkcija, funkcija dotika.
- **Funkcije dihalnega sistema:** dihalne funkcije, funkcije vadbene vzdržljivosti.
- **Glasovne in govorne funkcije:** glasovne funkcije, funkcije govornega toka in ritma.
- **Funkcije živčevja, mišičja, gibalne funkcije:** funkcija gibljivosti in stabilnosti sklepov, mišične moči, mišičnega tonusa in vzdržljivosti (MKF, 2006).

#### **Dejavnosti in sodelovanje**

- **Učenje in uporaba znanja:** gledanje, poslušanje, posnemanje, vaja s ponavljanjem, pridobivanje veščin, osredotočenje pozornosti, reševanje problemov.
- **Sporazumevanje:** negovorjena sporočila, petje.
- **Gibanje:** spreminjanje osnovnega telesnega položaja, vzdrževanje telesnega položaja, premikanje (MKF, 2006).

#### **Spretnosti izvedbe :**

- **Motorične: položaj** (stabilizira, poravna, namešča), **koordinacija** (koordinira), **moč in napor** (uravnava), **energija** (vzdrži, ohranja ritem, je pozoren na).
- **Procesne: uporaba znanja** (naredi, povprašuje), **prilagajanje** (opazi, se odzove, spremeni izvajanje, pridobi) **energija** (ohranja ritem, je pozoren na).
- **Komunikacijske: fizičnost** (vzpostavi stik, gleda, uporablja kretnje, se giblje, se orientira, se namesti), **izmenjava informacij** (začenja, izraža čustva, vztraja), **odnosi** (sodeluje, upošteva odnose, se prilagodi) (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 3rd ed. 2014).

#### **Potek terapevtske ure**

Vadba poteka v skupini in traja 45 minut. O/M sami pripravijo prostor: hodeči pripravijo stole različnih višin, ki morajo ustrezati zahtevam stabilnega sedenja udeležencem vadbe.

Razporedijo jih v polkrog, uporabniki vozičkov se v polkrog namestijo sami. Poskrbijo za pravilen izhodiščni položaj telesa in pozornost usmerijo na terapevta in nase.

Vadba se prične s sproščanjem. Poudarek je na dihanju. Dihanje se običajno močno poglobi, mišice se sprostijo, posledica pa je močno zehanje. Dovolimo, da ima zehanje prednost pred izvajanjem vaj, da ga udeleženci ne prekinjajo in da zehajo tako, da si ne prekrivajo ust. To je, zaradi družbene nesprejemljivosti v začetku večini povzročalo nelagodje.

Sledi vadba gibalnih vzorcev, ki so usmerjeni v mimiko. Tudi ta je na socialnem nivoju težje sprejemljiva, zato je večini v začetku nerodno. Prav tako so prisotne težave na področju zaznave in nadzora mišic obraza. Zato se pri tem pogosto sprostijo čustva in reakcije sramu, nelagodja, smeha. Vadba zahteva veliko poslušanja, pozornosti, samoopazovanja. Pogloblja se dihanje, ritem pa omogoča tekočo izvedbo in kasneje tudi bolj tekoči govor (Orpheus, 2020a).

Nadaljevanje vadbe je usmerjeno v izvedbo gibalnih vzorcev, ob izgovorjavi samoglasnikov in soglasnikov, spremljano z dodanimi glasbenimi elementi (ton, ritem, melodija, lestvice, intervali (Orpheus, 2020c; Wahlers S, 2009).

Učinek vadbe se spremlja ob zaključku vsakega srečanja. V ta namen se uporabljajo različni ocenjevalni inštrumenti:

1. Fiziološke meritve - meritve dihalnih funkcij
2. Dnevni intervju z udeleženci – polstrukturiran intervju
3. Dnevniški zapis terapevta
4. Vprašalnik o počutju pred in po vadbi

### **Fiziološke meritve**

Fiziološke meritve potekajo periodično. Predvidene so 2 krat letno. Pred in po vadbi jih izvaja fizioterapevtka.

### **Dnevni intervju z udeleženci**

Dnevni intervju z udeleženci je izvajan po vadbi. Izvede ga delovni terapevt.

Vprašanja, ki jih postavi O/M:

1. Kateri del vadbe ti je bil najbolj všeč?
2. Ali si danes spoznal/a, zaznal/a kaj novega?
3. Ali si zaznal/a kakšno spremembo od zadnjič/od začetka ure?

Izjavo dajo udeleženci, ki to želijo. Namen intervjuja je povečati udeležencem pozornost pri vadbi, jim pomagati zaznati spremembe v vadbi in dati možnost, da ubesedijo svoja opažanja. Pri tem pride pogosto do zelo zanimivih in pomembnih samoopažanj:

- »Celo uro sem imela roke sproščene in ob telesu. Ponosna sem nase. Nisem verjela, da to zmorem!«
- »Lažje je delati v skupini, ker se poslušamo in opazujemo.«
- »Imam večji nadzor nad telesom. Velikokrat se spomnim in korigiram položaj.«
- »Zdaj zaznam povišan tonus in lahko sprostim napetost v rokah in ramenih.«
- »Bolj sem sproščena in polna energije. Bolje spim.«
- »Ko sem izpostavljena in moram nekaj narediti sama, mi je veliko lažje.«

- »Osredotočena sem lahko na več stvari hkrati. Ob spominu na te vaje se lahko sprostim in skoncentriram tudi v drugem prostoru.«

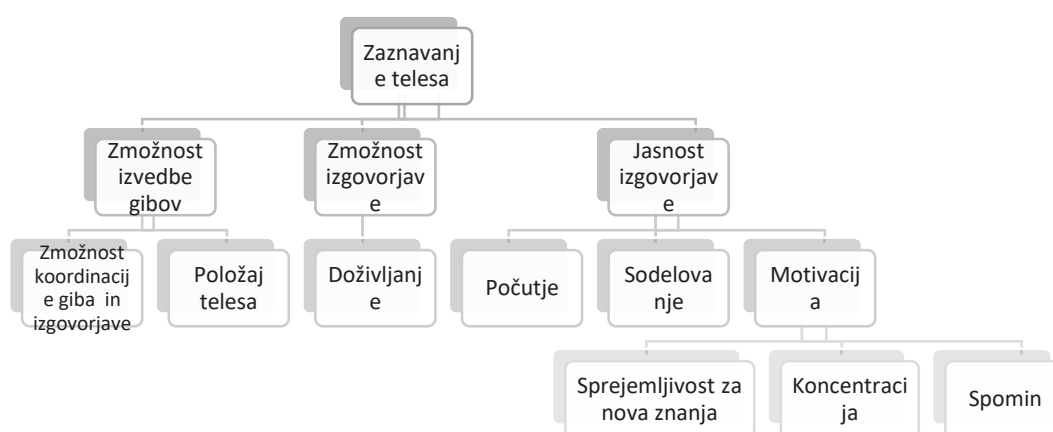
### Dnevniški zapis terapevta

Dnevniški zapis terapevta je dokaj obsežen zapis, ki ga delovni terapevt izvede po vsaki vadbi. Zapiše opažanja o O/M, pri katerih so bile zaznane največje spremembe ali posebnosti, s pomočjo ocenjevalne lestvice pa oceni izvedbo vadbe na trinajstih področjih izvajanja elementov vadbe (slika 1). Ocenjevalna lestvica je pet stopenjska, v razponu 1 – 5. Ocena 0 pomeni nezmožnost ocenjevanja zaradi različnih sekundarnih težav, ki posameznika omejujejo pri izvedbi določenih gibalnih vzorcev. Ocena 1 - zelo velike težave, 2 – velike težave, 3 – znatne težave, 4 – nezatne težave, 5 – ni težav.

Slika 1. Področja ocenjevanja v dnevniškem zapisu

### Predstavitev udeleženke študije primera

Za študijo primera je bila izbrana AM, udeleženka skupinske vadbe po Werbeck metodi.



Stara 18 let, s spastično obliko cerebralne paralize. Za splošno oceno funkcioniranja na področju grobega gibanja, funkcije rok, zmožnosti komunikacije in hranjenja s požiranjem se v klinični praksi in v raziskovalne namene uporabljajo različni sistemi za razvrščanje O/M s CP. Predstavljena je razvrstitev mladostnice AV po sistemu štirih najbolj razširjenih in z dokazi podprtih razvrščanj, ki so zasnovani na podlagi pet stopenjskih lestvic.

### Področje grobega gibanja (The Gross Motor Function Classification System - GMFCS) :

Stopnja I: hodi brez omejitev; omejitve se pojavijo le pri zahtevnejših spretnostnih opravilih grobe motorike.

Stopnja II: hodi brez pomagala, omejitve so pri hoji zunaj doma in v širši okolici.

Stopnja III: hodi s pomagali za hojo; omejitve obstajajo pri hoji zunaj doma in v širši okolici.

Stopnja IV: samostojno gibanje je omejeno. Treba jih je prenašati ali prevažati, kadar se gibljejo zunaj doma ali v širšem domačem okolju.

Stopnja V: Popolna odvisnost v gibanju s strani druge osebe.

Mladostnica AM, je uvrščena v IV stopnjo gibanja po GMFCS. Premika se s pomočjo vozička na elektromotorni pogon v ožjem bivalnem prostoru.

### **Funkcije rok (Manual Ability Classification System, MACS )**

MACS je sistem, s pomočjo katerega lahko razvrstimo O/M glede na njihove sposobnosti rokovanja s predmeti pri dnevnih aktivnostih. MACS je lestvica, ki nam pomaga določiti stopnjo, ki najbolj ustreza običajnim sposobnostim O/M doma, v šoli in širšem socialnem okolju.

Stopnja I: s predmeti zmore rokovati uspešno in lahkotno.

Stopnja II: rokovati zmore z večino predmetov, vendar je kakovost rokovanja nižja.

Stopnja III: s težavo rokuje s predmeti. Pomoč potrebuje za pripravo in prilagoditev aktivnosti

Stopnja IV: rokovanje zmore le z omejenim izborom predmetov, s katerimi je rokovanje , če so okoliščine prilagojene.

Stopnja V: s predmeti ne rokuje, sposobnosti za izvajanje enostavnih nalog, so močno omejene.(Compagnone et al., 2014; Eliasson et Al, .2006).

AM je bila razvrščena v stopnjo III, kar pomeni, da s težavami rokuje s predmeti; pomoč potrebuje za pripravo ali/in prilagoditev aktivnosti. Izvajanje veččin je počasno in le delno uspešno, če upoštevamo količino in kakovost izvedbe. Samostojno izvede le tiste aktivnosti, ki so pripravljene v naprej ali prilagojene (Compagnone et al., 2014;Eliasson et al., 2006).

### **Zmožnost pitja in hranjenja (angl. Eating and Drinking Ability Classification System for Individuals with Cerebral Palsy, EDACS)**

EDACS je prav tako kot GMFCS in MACS pet stopenjska lestvica, ki nam pomaga razvrstiti O/M v skupine glede na samostojno hranjenje in pitje (Compagnone et al., 2014; Hidecker et al., 2011).

Stopnja I: Se učinkovito hrani in pije na varen način.

Stopnja II: Se samostojno hrani in pije, je nekoliko počasnejši od vrstnikov. Pri hranjenju in pitju ima nekaj težav, učinkovitost samostojnega hranjenja je vprašljiva.

Stopnja III: Hrani se s pretlačeno oziroma pasirano hrano. Zaradi težav s koordinacijo požiranja hrane in dihanja, lahko pride do aspiracije.

Stopnja IV: Hranjenje in pitje je zelo omejeno. Možnost aspiracije hrane in posledičnih zapletov je velika.

Stopnja V: Hranjenje in pitje poteka na umetni način – s pomočjo sonde, PEG.

AM je razvrščena v stopnjo II. Zaradi močno omejene funkcije zgornjih udov, potrebuje pri hranjenju pomoč druge osebe.

### **Funkcija komunikacije (The Communication Function Classification System, CFCS)**

Stopnja I: komunicira na učinkovit način.

Stopnja II: komunicira na učinkovit način, vendar nekoliko počasneje.

Stopnja III: komunicira na učinkovit način z znanimi osebami, v širši družbi je komunikacija močno omejena.

Stopnja IV: občasno ima težave pri komunikaciji z znanimi osebami, z nepoznanimi pa je komunikacija neučinkovita.

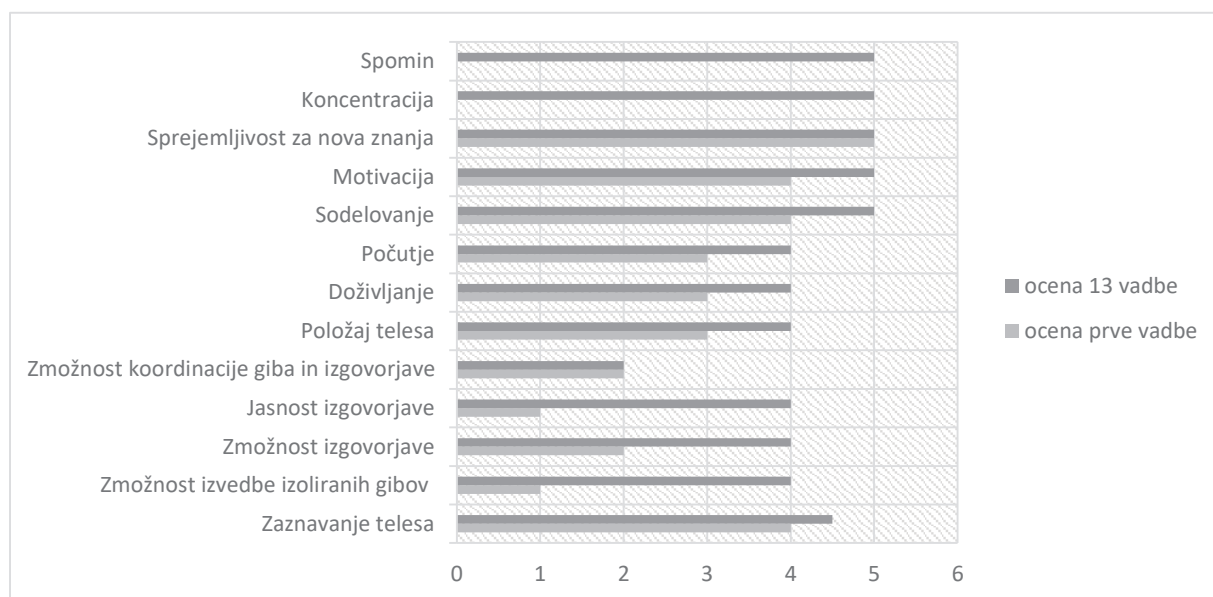
Stopnja V: nesposobnost komuniciranja (Compagnone et al., 2014).

AM je razvrščena v stopnjo III.

Glede na klasifikacijo razvrščanja na področju grobega gibanja, funkcije rok, zmožnosti pitja in hranjenja, ter funkcijo komunikacije, je AM uvrščena v skupino mladostnikov s posebnimi potrebami, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vseh aktivnosti dnevnega življenja. Premika se s pomočjo vozička na elektromotorni pogon v ožjem bivalnem okolju. Zaradi povišanega mišičnega tonusa, ima težave na področju govora in komunikacije, prav tako je zaradi omejene funkcije rok povsem odvisna od tuje pomoči pri hranjenju in osebni negi.

#### Predstavitve učinka vadbe v dnevniškem zapisu:

AM se je skupinske vadbe udeležila 13 krat. Predstavljene so ocene prve in zadnje vadbe (graf 1).



Graf 1 : Ocene prve in zadnje vadbe

#### Obrazložitev rezultatov vadbe :

- **Zaznavanje telesa** (tonus, zaznava posameznih delov telesa in možna samokorekcija) se je minimalno izboljšala na koncu vadbe. Iz ocene 4 na začetku vadbe, je na koncu vadbe bila ocenjena z oceno 4,5.
- **Zmožnost izvedbe izoliranih gibov** se je z vadbo vidno izboljšala. Prvi dan vadbe je dosegla oceno 1, zadnji dan pa oceno 4.
- **Zmožnost izgovorjave:** z vadbo je prišlo do vidnega napredka tudi na področju izgovorjave. Prvi dan vadbe je bila ocenjena z oceno 2, na koncu vadbe pa z oceno 4.
- **Zmožnost koordinacije giba in izgovorjave:** Ob zaključku vadbe ni prišlo do izboljšanja stanja. Prvi dan vadbe je bila ocenjena z oceno 2, ob zaključku vadbe je ocena ostala enaka.
- **Položaj telesa:** ob zaključku vadbe je pri mladostnici AM prišlo do izboljšanja stanja. Prvi dan vadbe je bila ocenjena z oceno 3, zadnji dan pa z oceno 4.

- **Počutje:** opazni so bili pogosti odmiki v svoj svet, nenadzorovani izbruhi smeha, skepsa, euforia, utrujenost in na drugi strani ponos ob samonadzoru čustvenih reakcij. Na začetku obravnave je bila ocenjena na področju počutja z oceno 3, na koncu obravnave je napredovala za eno oceno.
- **Doživljanje:** opazno je bilo nihanje doživljanja vadbe, vendar je na koncu vadbe dosegla napredek iz ocene 3 na začetku vadbe, je pridobila eno oceno.
- **Sodelovanje:** AM se je ves čas vadbe trudila, da ohranja najvišji nivo sodelovanja, kar se je na koncu obravnave tudi izkazalo, saj je dosegla najvišjo možno oceno – 5.
- **Motivacija:** bila je visoko motivirana za vadbo. Želela je napredovati. Motivacija je upadla le v primeru zaskrbljenosti, utrujenosti ali bolečine, kar se je odražalo v nihanju ob različnih dnevih vadbe. Zadnji dan vadbe je uspela doseči najvišjo možno oceno.
- **Sprejemljivost za nova znanja:** kljub prisotnemu strahu pred novim, je ob začetku in na koncu vadbe dosegla najvišjo oceno 5.
- **Koncentracija:** je nihala glede na njeno razpoloženje. V začetku je bil opazen velik vpliv zunanjih faktorjev (soudedeženci, motnje iz okolja, čas) kasneje jih je lahko dokaj dobro izključila. Notranji dejavniki (misli, skrbi, prihajajoče obveznosti ...) so bili trdovratnejši, tako da včasih ni zmogla slediti vadbi. Zato prvi dan vadbe ni bilo mogoče podati ocene. Na koncu vadbe se je njena koncentracija izboljšala in je dosegla oceno 5.
- **Spomin:** Prvi dan vadbe je imela AM izrazite težave na področju zapornitve postopka izvedbe vadbe, tako da izvedbe ni bilo mogoče oceniti. Z vsako vadbo se je stanje na področju zapornitve postopka vadbe izboljševalo, tako da je zadnji dan vadbe dosegla oceno 5.

### **Vprašalnik o počutju pred in po vadbi**

Kadar je bilo opazno razpoloženje, ki je bilo drugačno kot običajno, je bilo izvedeno tudi Ocenjevanje počutja, pripravljenosti na delo in utrujenosti pred in po vadbi. Mladostniki so se za samooceno javili sami. Prednost vprašalnika je, da je hiter in enostaven ter da nudi terapevtu in udeležencu takojšen uvid v doživljanje posameznika. Delovni terapevt ga izvede na koncu vadbe.

Mladostnica AM je večkrat izrazila potrebo za izpolnitev vprašalnika. Izpostavila je naslednje razloge za spremenjeno razpoloženje v vadbi. Največkrat je bilo slabo počutje vzrok za nihanje ocen po posameznih vadbah. Izpostavila je utrujenost in posledično težave s sodelovanjem.

- Utrujenost je pogosto posledica obremenjenosti v šoli. Ker je vadba potekala takoj po pouku, se je utrujenost z vadbo pri mladostnici AM včasih tudi povečala.
- Pripravljenost na sodelovanje se je pri AM postopoma izboljševalo. Razlog je običajno zainteresiranost za vadbo, sprejetost in uspešnost v skupini. Prav tako je udeležencem omogočeno, da se v vadbo ne vključujejo, če čutijo, da tega ne zmorejo. Ker jim je dovoljeno počivanje, ker ni pritiskov, kmalu z vadbo nadaljujejo.
- Počutje se je pri AM z vadbo postopoma izboljšalo. Vadba ji je pomagala pozabiti na skrbi.

### **ZAKLJUČEK**

Učinek vadbe po načelih Šole za odkrivanje glasu je vsestranski. Posameznikom omogoča napredek na področju telesnih funkcij, urjenja spretnosti in jim olajša funkcioniranje v ožjem in širšem družbenem okolju. Osebe s posebnimi potrebami večinoma napredujejo

počasi, vendar pa so ti napredki pomembni v njihovem življenju. Nanje delujejo zelo spodbudno. Iz dosedanjih izkušenj je opazno, da nekateri udeleženci takoj začutijo učinke in prijetnost vadbe drugi pa jih zaradi tega, ker so specifične in se razlikujejo od običajnih obravnav, težko sprejmejo. Modificirana vadba po Werbeck metodi se je izkazala za primerno pri O/M z različnimi psihomotoričnimi težavami. Pri težji gibalni oviranosti so opazni večji napredki, zaradi kombiniranih motenj pa pogosto tudi večja nihanja v funkcioniranju, kar se je izkazalo tudi pri mladostnici vključeni v študijo primera. Rezultati študije so potrdili, da se je vadba izkazala kot primer dobre prakse, čeprav še ni podprta z znanstvenimi dokazi. Opravljen je bil pregled literature, ki je bil usmerjen v identificiranje raziskav s področja obravnave oseb z različnimi okvarami po metodi Werbeck. Iskanje literature je potekalo v podatkovnih bazah, kot so ScienceDirect, Web of Science, Scopus, CINAHL in PubMed. Žal ni bil najden niti en vir na to temo. Pozitivni učinki vadbe pri prikazanem študiju primera kažejo na smiselnost vključevanja večjega števila udeležencev v vadbo in raziskovalnega dela na področju vrednotenja učinka obravnave.

## LITERATURA

- Alexander Technique Centre Ireland. Improve your posture with the Alexander technique  
Dostopno na: <http://www.alexander.ie/improveposture.html>. <20. 6. 2020>
- CIRIUS Kamnik. Dostopno na: <http://www.cirius-kamnik.si/>. <1. 4. 2020>
- Compagnone E, et al. (2014). Functional classifications for cerebral palsy: Correlations between the gross motor function classification system (GMFCS), the manual ability classification system (MACS) and the communication function classification system  
*Res Dev Disabil*; 35(11):2651-7. doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.005. Epub 2014 Jul 23.
- Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Ohrvall AM, Rosenbaum P (2006). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neurol*.; 48 (7): 549–54.
- Hidecker MJ, et al. (2011). Developing and validating the communication function classification system for individuals with cerebral palsy. *Dev. Med. Child Neurol*.
- Jović, N (2011). Aleksanderova tehnika i unutrašnji pokret – paradoks statičnosti. Zbornik radova trinaestog pedagoškog foruma scenskih umetnosti Beograd: Fakultet muzičke umetnosti. (123-128).
- Mathias B et al (2015): Sensorimotor learning enhances expectations during auditory perception, *Cerebral Cortex* 25(8): 2238–2254. Dostopno na: <https://academic.oup.com/cercor/article/25/8/2238/312573>. <3. 5. 2020>
- MKF - Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja. (2006). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd ed.). 2014 by the American Occupational Therapy Association. Published in the *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 1), S1–S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Orpheus (2020a) Valborg Werbeck-Svärdström Dostopno na: <https://orpheus.hr/hr/valborg-werbeck-swardstrom/>. < 21. 6. 2020>
- Orpheus (2020b) Werbeck pjevanje Dostopno na: <http://orpheus.hr/hr/werbeck-pjevanje/>< 21. 6. 2020>

- Orpheus (2020c) Terapija pjevanjem Dostopno na: <http://orpheus.hr/hr/terapija-pjevanjem/> < 21. 6. 2020>
- Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol.* ; 50 (10): 744–50.
- Pihlar Z (2013). Nove metode v delovni terapiji Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. 12(1): 125 Dostopno na: [http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija\\_2013\\_S1\\_p121-128.pdf](http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2013_S1_p121-128.pdf). <1. 5. 2020>
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd ed.).2014 by the American Occupational Therapy Association. Published in the *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 1), S1–S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Wahlers S. (2009). Exercises from the School of Uncovering the voice by Valborg Werbeck - Svärdröm . Production and publishing : BOD – BOOKS on Demand. ISBN : 9783749481606.

Plakati/posters znanstveni izvlečki

## SOCIALNA INTERAKCIJA IN SOCIALNA INTEGRACIJA PRI NEVROLOŠKIH BOLENJIH

### SOCIAL INTERACTION AND SOCIAL INTEGRATION OF PERSONS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

Zorana Sicherl<sup>1</sup>, dipl.del.ter., MSc OT

<sup>1</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Poleg motoričnih in procesnih spretnosti, ki podpirajo izvedbo okupacije, so socialne spretnosti ključne za podporo participacije na vseh področjih delovanja posameznika. Kakovost socialne interakcije in primanjkljaj v socialnih spretnostih vplivata na vključevanje in sodelovanje v različne okupacije. Namen pilotne študije je bil usmerjen v ugotavljanje sprememb kakovosti izvedbe socialne interakcije, oceno integracije v skupnosti ter ugotavljanje morebitne medsebojne povezanosti pri osebah z nevrološkimi obolenji. **Metode dela:** V kvantitativno pilotno študijo primera je bilo vključenih 15 odraslih oseb z nevrološko diagnozo (multipla skleroza, možganska kap, poškodba glave, možganski tumor, nevrološka genska okvara, cerebralna paraliza). Pri vseh je bilo izvedeno Ocenjevanje socialne interakcije preko opazovanja aktivnosti ter vprašalnik »Community integration questionnaire« o njihovi integraciji v skupnosti. Uporabljena je bila programska oprema »Occupational therapy assessment package«, metoda deskriptivne statistike ter metoda ugotavljanja povezanosti med kvaliteto socialnih spretnosti ter integracijo v skupnosti z uporabo Spearmanovega koeficienta korelacije. **Rezultati:** Rezultati so pokazali slabšo kakovost izvedbe socialne interakcije ter zmanjšano vlogo pri integraciji oseb z nevrološkimi obolenji v okolje/skupnost glede na populacijo brez nevroloških obolenj. Povprečna vrednost Ocene socialne interakcije, izražene v logitih, je bila 0,7 (mediana 0,7, modus 0,6). 60 % preiskovancev je imelo vrednost Ocene socialne interakcije pod kriterijsko mejnim referenčnim rezultatom 1,0 logita. Povprečna dosežena vrednost vprašalnika »Community integration questionnaire« je bila 14,8 točke (mediana: 15, modus: 13). Spearmanov koeficient korelacije med oceno socialne interakcije ter vprašalnikom »Community integration« je pokazal zmerno korelacijo ( $\rho = 0,493$ ) obeh spremenljivk. **Razprava:** Socialna interakcija predstavlja izziv za osebe z različnimi nevrološkimi diagnozami, pomanjkanje socialnih spretnosti pa lahko povzroči umik iz socialne interakcije. Posledica le-tega pa je dolgoročno lahko izoliranost od okolice ter izguba socialnih stikov. V študiji sta predstavljena dva ocenjevalna inštrumenta, s katerima lažje razumemo delovanje oseb z nevrološkimi obolenji ter prepoznavamo primanjkljaje in okvare že v zgodnjih fazah, hkrati pa njeni rezultati omogočajo ustrezno izbiro delovnoterapevtske obravnave. **Zaključek:** Pilotna študija je pokazala slabšo kakovost izvedbe socialne interakcije ter nižjo stopnjo integracije oseb z različnimi nevrološkimi obolenji v skupnosti. Za boljše razumevanje ter predvsem načrtovanje ustrezne delovnoterapevtske obravnave bi bilo smiselno v prihodnosti študijo razširiti ter uporabiti večji vzorec preiskovancev, uporabiti stratificiran vzorec različnih stopenj funkcioniranja

pri posameznem nevrološkem obolenju, ob hkratnem upoštevanju motoričnih in procesnih spretnosti.

**Ključne besede:** ocena socialne interakcije, integracija v skupnosti, delovna terapija

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** In addition to motor and process skills, social skills crucially support participation in all areas of occupation. The quality of social interaction and the deficit related to effective social skills affect occupational engagement and participation. The aim of the pilot study was to identify the changes in the quality of social interaction, to evaluate community integration in persons with neurological disease and to identify any possible statistical correlation among the variables. **Methods:** A quantitative pilot case study included 15 participants with different neurological conditions (multiple sclerosis, stroke, traumatic brain injury, brain tumor, neurological genetic disorder and cerebral palsy). All participants were evaluated using the Evaluation of Social Interaction and Community Integration questionnaire. The occupational therapy assessment package software, the descriptive statistics method, and the method of determining the correlation between social skills and community integration variables using the Spearman's correlation coefficient were used. **Results:** The results showed lower quality of social interaction performance and a reduced role in environmental/community integration. The average score of social skills (in logits) was 0.7 (median 0.7, mode 0.6). In addition, 60% of participants had social interaction performance score below the criterion limit of 1.0 logit. The mean score of the Community Integration Questionnaire was 14.8 points (median 15, mode 13). The Spearman's correlation coefficient between the social interaction score and the community integration questionnaire showed a medium strength of association ( $\rho = 0.493$ ). **Discussion:** Social interaction is a challenge for people with neurological disorders and a lack of skills can lead to withdrawal from social interaction, social isolation and loss of social contacts. The pilot study presents the use of two occupational therapy assessment instruments in order to better understand the functioning of people with neurological disorders, to identify deficits and impairments in early stages and to decide on occupational therapy intervention. **Conclusion:** The pilot study showed that participants had lower quality of social interaction and lower level of social integration. In addition, to facilitate better understanding and planning of occupational therapy intervention plans, it would be advisable to extend the study to a larger sample of subjects in the future and to use a stratified sample of persons with different levels of functioning and various neurological diseases, while considering the quality of motor and process skills performance.

**Keywords:** evaluation of social interaction, community integration, occupational therapy

## UPORABNOST ROBOTSKO PODPRTE REHABILITACIJE ZGORNJEGA UDA PRI RAZLIČNIH NEVROLOŠKIH BOLENJIH

### EFFECTIVENESS OF ROBOTICALLY SUPPORTED UPPER LIMB REHABILITATION IN VARIOUS NEUROLOGICAL DISEASES

Polonca Rogelj<sup>1</sup>, dipl. del. ter., mag. Klemen Grabljevec<sup>1</sup>, dr. med., Dejana Zajc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Alma Hukić<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Marta Vidmar<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Robotsko podprta rehabilitacija zgornjega uda predstavlja dodatno možnost terapevtskih obravnav in omogoča intenzivno ponavljanje selektivnih gibov, ki so pomembni za izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Namen raziskovalne naloge je raziskati pregled uporabnosti robotske rehabilitacije v okviru delovne terapije pri različnih nevroloških obolenjih razen možganske kapi. **Metode dela:** Narejena je bila retrospektivna raziskava na osnovi pregleda dokumentacije pacientov, ki so bili v obdobju od junija 2017 pa do konca februarja 2020 vključeni v robotsko rehabilitacijo na I. nevrološkem oddelku Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta – Soča. Protokol vključuje deset 50 minutnih obravnav, 2 – 3 krat tedensko v trajanju 3 – 4 tednov. Na začetku in na koncu robotske rehabilitacije je bil izveden Wolfov test motoričnih funkcij roke ali Southamptonski test za ocenjevanje roke in meritve na robotskih napravah. **Rezultati:** Robotsko rehabilitacijo je po protokolu izvedlo 32 pacientov. Od tega je bilo 18 pacientov po poškodbi glave, 3 pacienti z možganskim tumorjem, 4 pacienti z multiplo sklerozo, 4 pacienti s cerebralno paralizo in 3 z ostalimi nevrološkimi obolenji. 24 pacientov je uporabljalo robotsko napravo Pablo, 5 pacientov Armeo Spring in 3 pacienti Amadeo. Wolfov test je bil uporabljen pri 25 pacientih, Southamptonski test pa pri 7 pacientih. **Razprava:** V robotsko rehabilitacijo zgornjega uda je bilo vključenih največ pacientov po poškodbi glave, ki so potrebovali bolj intenzivno rehabilitacijo zgornjega uda. Večja uporabnost robotske naprave se je izkazala pri napravi Pablo, ki omogoča izolirane gibe celotne roke. Wolfov test motoričnih funkcij roke se je izkazal za uporabni ocenjevalni inštrument saj ocenjuje motorično funkcijo celotne roke. **Zaključek:** Pregled uporabnosti robotske rehabilitacije nam bo v pomoč pri postavitvi protokolov pri različnih nevroloških obolenjih.

**Ključne besede:** robotika, zgornji ud, protokol, delovna terapija

#### ABSTRACT

**Introduction:** Robotic supported upper limb rehabilitation represents an additional possibility of therapeutic treatment and enables intensive repetition of selective movements, which are important for patients' performance of daily activities. The purpose of the research is to investigate and review the effectiveness of robotic rehabilitation in the occupational therapy in various neurological diseases, except stroke. **Methods:** A retrospective study was performed based reviewed documentation of patients who were included in the robotic rehabilitation in the period from June 2017 till the end of February 2020 at the I. Neurological department of the University Rehabilitation Institute – Soca. Protocol consisted of ten 50 minute treatments, 2 to 3 times per week, lasting for 3 to 4 weeks. Before and after robotic rehabilitation we performed Wolf Motor Function Test or

Southampton Hand Assessment Procedure and measurements from robotic devices. **Results:** Out of 32 patients participating in additional robotic rehabilitation, 18 patients had traumatic brain injuries (TBI), 3 patients had brain tumours (BT), 4 patients had multiple sclerosis (MS), 4 patients had cerebral palsy (CP) and 3 patients had other neurological diseases. 24 patients used the Pablo robotic device, 5 patients used Armeo Spring and 3 patients used Amadeo. 25 patients used the Wolf test and 7 patients used Southampton test.

**Discussion:** Additional robotic rehabilitation of upper limb involved the most patients after brain injury who needed more intensive upper limb rehabilitation. Greater effectiveness of the robotic device has been demonstrated by Pablo device, which allows isolated movements of the whole arm. The Wolf test has proven to be a more useful assessment instrument, as it assesses the motor function of the entire arm. **Conclusion:** A review of the effectiveness of robotic rehabilitation will help us in setting up rehabilitation protocols for various neurological diseases.

**Keywords:** robotic, upper extremity, setting up, occupational therapy

## VPRAŠALNIK O FUNKCIONALNOSTI ZGORNJEGA UDA PRI OSEBAH Z MULTIPLO SKLEROZO

### THE ARM FUNCTION IN MULTIPLE SCLEROSIS QUESTIONNAIRE

Alma Hukić<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Dejana Zajc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Marko Vidovič<sup>1,2</sup>, mag. kin., dipl. del. ter., Marta Vidmar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Polonca Rogelj<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Gabriela Češarek Vučko<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Katja Perme Sušnik<sup>1</sup>, dipl.del.ter., dr. med., Anja Udovčić Pertot<sup>1</sup>, dr. med.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – URI Soča

<sup>2</sup>Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK:

**Izhodišča:** Multipla skleroza (MS), demielinizacijsko obolenje centralnega živčnega sistema, vpliva na funkcijo zgornjih udov, kar se lahko kaže kot zmanjšana spretnost, motnje koordinacije, pojav ataksije, izgube moči in spremembe občutka. Vse to bistveno vpliva na samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Namen študije je bil ugotoviti uporabnost Vprašalnika o funkcionalnosti zgornjega uda pri osebah z multiplo sklerozo (ang. The Arm Function in Multiple Sclerosis Questionnaire – AMSQ). **Metode dela:** V študijo je bilo vključenih 43 bolnikov z multiplo sklerozo, sprejetih na rehabilitacijsko obravnavo na Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča (URI Soča) v obdobju od oktobra 2019 do marca 2020. Vsi bolniki so v uvodnem ocenjevanju izpolnili AMSQ, ki obsega 31 dnevni aktivnosti s pomočjo šest stopenjske lestvice (1 – izvedem do 6 – nisem sposoben izvesti). Najvišje število točk je 186. Višje število točk pomeni slabšo funkcijo zgornjega uda in s tem več omejitev pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Poleg demografskih podatkov (spol, starost, oblika bolezni) se se v raziskavi zbirali tudi podatki o stopnji napredovanja bolezni pri bolnikih z multiplo sklerozo z Razširjeno lestvico stopnje zmanjšane zmožnosti (ang. Kurtzke Expanded Disability Status Scale - EDSS), ki je mednarodno priznana in se uporablja tudi v URI Soča. Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen Microsoft Exell 2010. Izvedena je bila primerjava števila doseženih točk na vprašalniku med začetnim in končnim ocenjevanjem. **Rezultati:** V raziskavo je bilo vključenih 28 žensk (65%) in 15 moških (35%), starih med 26 in 72 letom, povprečna starost je bila 50,8 let. 19 bolnikov (44,2 %) je imelo sekundarno napredujočo obliko bolezni, 14 bolnikov (32,6 %) je imelo recidivno remitentno obliko bolezni, 10 bolnikov (23,2 %) pa primarno napredujočo obliko bolezni. Sodelujoči v raziskavi so po EDSS v povprečju dosegli oceno 6.1, kar pomeni, da so bili večinoma pokretni s pomočjo pripomočka. Na rehabilitaciji so ostali povprečno 18,3 dni. V povprečju so v začetnem ocenjevanju zbrali 82,3 točk, v končnem 75,9 točke. Največ težav so navedli pri aktivnostih: umivanje hrbta in las, nošenje nakupovalne vrečke in držanje polnega krožnika. **Razprava:** Bolniki, vključeni v raziskavo, so se v končni evalvaciji ocenili boljše kot v začetni, vendar izboljšanja funkcije zgornjih udov samo na podlagi vprašalnika ni mogoče potrditi, ker vprašalnik ne podaja objektivne ocene funkcionalnega stanja. Za natančnejše

rezultate je potrebno poleg ocenjevanja z izvedenim vprašalnikom, ocenjevanje funkcije zgornjih udov podkrepiti še s standardiziranimi ocenjevalnimi testi za funkcijo rok. AMSQ bolnikom pomaga postaviti cilje v času rehabilitacije. **Zaključek:** AMSQ je v delovni terapiji primerno ocenjevalno orodje. Z njim bolnik lažje opredeli težave pri izvajanju dnevnih aktivnosti, terapevtu pa je v pomoč pri načrtovanju in spremljanju delovnoterapevtske obravnave.

**Ključne besede:** funkcija zgornjih udov, dnevne aktivnosti, delovna terapija

## ABSTRACT

**Background:** Multiple sclerosis is a demyelinating disease of the central nervous system that affects the function of the upper extremities, which can manifest as decreased dexterity, impaired coordination, ataxia, loss of strength, and changes in sensation. All this significantly affects independence in performing activities of daily living. The purpose of the study was to identify the use of The Arm Function in Multiple Sclerosis Questionnaire – AMSQ. **Methods:** The study included 43 patients with multiple sclerosis admitted to the University Rehabilitation Institute of Slovenia - Soča between October 2019 and March 2020. Patients completed the AMSQ in the initial and final evaluation. The AMSQ assesses upper limb function in performing 31 activities of daily living using a six-point scale (1 – not at all to 6 – not able to perform). The maximum sum score is 186. Higher score indicates decreased function of upper extremities and therefore more restrictions in performing daily tasks. In addition to demographic data (gender, age, type of the disease), the study also collected data about the degree of impairment in patients with multiple sclerosis with the Extended Disability Status Scale (EDSS), which is method of quantifying disability in multiple sclerosis used at our institute. Microsoft Excell 2010 was used for statistical data processing. The numbers of points achieved on the questionnaire at admission and at the end of rehabilitation were compared. **Results:** The study included 28 women (65%) and 15 men (35%) aged between 26 and 72, with an average of 50.8 years. Out of all patients, 19 (44.2%) had a secondary progressive disease, 14 (32.6%) had relapsing-remitting disease and 10 (23.2%) had a primary progressive disease. According to the EDSS (Kurtzke Expanded Disability Status Scale), the average score was 6.1, which indicates that they need unilateral support when moving. The average rehabilitation stay was 18.3 days. The points scored on the AMSQ at admission and discharge were compared. Patients scored an average of 82.3 points on admission and 75.9 points at the end of the rehabilitation. The most difficult activities to perform were washing the back, shoulders, hair, carrying a shopping bag and holding a full plate. **Discussion:** Patients included in study evaluated themselves better at discharge than at admission, but improvement in a patient's functional status at the end of rehabilitation cannot be confirmed based on the AMSQ alone, as the questionnaire assesses subjective experience of the patient's disease and its impact on the implementation of activities, which does not necessarily reflect their actual functional state. For more accurate results, in addition to the AMSQ assessment, the evaluation of the upper limb function should be supported by standardized assessment tests. The AMSQ helps patients to set the goals of rehabilitation. **Conclusion:** The AMSQ is appropriate assessment tool in occupational therapy that allows the patient to identify more easily the difficulties in performing daily activities. It is useful for therapists to plan and observe the effectiveness of occupational therapy.

**Keywords:** upper extremities function, daily activities, occupational therapy

## AKTIVNOSTI DELOVNE TERAPIJE V DNEVNI BOLNIŠNICI

### OCCUPATIONAL THERAPY ACTIVITIES IN A DAY HOSPITAL

Renata Petrena<sup>1</sup>, mag. zdr. - soc. manag., dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Psihiatrična bolnišnica Ormož

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Obravnava pacientov Dnevne bolnišnice poteka dnevno, začne se z jutranjim prihodom od doma in z vračanjem v popoldanskem času nazaj v domače okolje. Vključeni so v razne skupinske in individualne obravnave, v katerih uporabljajo različne ocenjevalne instrumente in terapevtske tehnike za prepoznavanje problemov, s katerimi se pacienti soočajo v vsakdanjem življenju ali zaradi njih ne zmorejo živeti polnega življenja. Naloga delovnega terapevta je sprva ohraniti nivo samostojnosti, ki ga pacienti imajo in prepoznavati ter krepiti področja, na katerih potrebujejo pomoč, razumevanje, spodbudo, usmerjanje in predvsem podporo. **Vsebina:** Zaradi dlje časa trajajočih stresnih situacij se pacienti soočajo z neproduktivno strukturo dneva in opuščanjem prostočasnih aktivnosti, ki vplivajo na samoiniciativnost in vključevanje v okolje. Začetna individualna delovnoterapevtska obravnava zajema uvodni intervju ter izvedbo Kanadskega testa ocene izvajanja dejavnosti (COPM), katera pokriva vsa področja človekovega delovanja. Nadaljnje obravnave so pretežno skupinske. Vsakodnevne aktivnosti se začnejo z jutranjo telovadbo, s katero želimo vzpostaviti rutino gibanja in tekom edukacijskih skupin pojasniti pomen udejstvovanja v telesnih aktivnostih, ki pozitivno vplivajo na zmanjševanje simptomov depresije in anksioznosti. Pogosto se na začetku pri pacientih pojavlja pomanjkanje volje, motivacije in občutki sramu. Delovni terapevti odigramo ključno vlogo pri razlagi namena in koncepta vključevanja, saj s tem pri pacientih dosegamo postopno pridobivanje na samopodobi in samozavesti. Za razumevanje konfliktnih vsebin s katerimi se psihiatrični pacienti soočajo, se tekom likovne aktivnosti izražajo z ustvarjanjem, slikanjem, kiparjenjem ali drugo terapevtsko tehniko, s katero si pomagajo pri ponazarjanju misli in občutkov. Za delovne terapevte je pomembno opazovanje pacienta tekom ustvarjanja ter nudenje komunikacije, če je le-ta potrebna. Nivo spretnosti in naučenih veščin likovnega ustvarjanja ni pomemben, pomembno je izražanje, ki se ubesedi ob zaključenem izdelku/risbi. S pomočjo skupinske glasbene aktivnosti ali globinske sprostitve na blazinah želimo vzpostaviti način usmerjanja pozornosti v občutenje lastnega telesa in zaznavanje misli. Delovni terapevti usmerjamo k čuječem zaznavanju telesa in misli ter vračanje v »tukaj in zdaj«. Na tak način se pacienti s ponavljajočim treningom nauči enega izmed pristopov, ki jim bo v vsakodnevnem življenju pomagal pri soočanju s stresnimi situacijami ali napadi panike. V skupinskih obravnavah uporabljajo različne terapevtske pripomočke, kot so fototerapevtske kartice in kamni, s katerimi pacienti opisujejo občutke, povezujejo morebitne dogodke iz preteklosti ali interpretirajo navdih za le-te. Skupinske obravnave pacientom omogočajo, da izrazijo svoje misli in občutek, da v težavah, kjer so se znašli, niso sami ter nudijo podporo, ki predstavlja ključni pomen na poti k samostojnosti in krepitvi duševnega zdravja. Končna individualna delovnoterapevtska obravnava zajema ponovno COPM ocenjevanje in pregled doseženih ciljev obravnave. **Zaključek:** Delovni terapevt je del terapevtskega tima in produktivno prispeva k celotni obravnavi psihiatričnega pacienta v takšni obliki, da pacient lahko ohrani stik z domačim

okoljem in njemu bližnjimi osebami. S tem spodbuja tudi k ohranjanju strukture dneva, ki zajema skrb zase, produktivnost in prosti čas. **Ključne besede:** duševno zdravje, gibanje, likovna aktivnost, glasbena aktivnost, struktura dneva

## ABSTRACT

**Introduction:** Day hospitals provide daily in-patient treatment, with patients arriving in the morning and returning home environment in the afternoon. The patients are involved in various group and individual treatments where various assessment instruments and therapeutic techniques are used to identify problems that patients face in their daily lives or because of which they are unable to live a full life. The task of an occupational therapist is initially to maintain the level of independence that patients have and to recognize and strengthen the areas in which they need help, understanding, encouragement, guidance and, above all, support. **Content:** Due to prolonged stressful situations, patients face an unproductive structure of the day and abandonment of leisure activities that affect self-initiative and integration into the environment. The initial individual occupational therapy treatment includes an introductory interview and the implementation of the COPM assessment of functioning, which covers all areas of human activity. Further treatments are predominantly performed in a group setting. Everyday activities begin with a morning exercise to establish a routine of movement and in educational group sessions the importance of engaging in physical activities that have a positive effect on reducing the symptoms of depression and anxiety is explained. Often, patients initially lack willpower and motivation, and have feelings of shame. Occupational therapists play a key role in this respect to explain the purpose and concept of inclusion, as it contributes to gradually achieving self-esteem and self-confidence. To understand the conflicts that psychiatric patients face, they express themselves during art activities by creating, painting, sculpting, or another therapeutic technique to help them illustrate their thoughts and feelings. It is important for occupational therapists to observe the patient while creating and to establish communication if necessary. The level of skills and learned skills are not important, as it is important to express themselves when the product/drawing is finished. With the help of group musical activity or deep relaxation on the pillows, we want to establish a way of directing attention to the feeling one's own body and the perception of thoughts. In this respect, occupational therapists direct the patients to become aware of the body and mind and to return to "here and now". This way, with repetitive training, we want to teach patients one of the approaches that will help them cope with stressful situations or panic attacks in their daily lives. In group settings, we use tools such as phototherapy cards and stones, which help patients to describe feelings, connect possible events from the past or interpret an inspiration. Group settings, where thoughts and current events are shared among individuals, encourage those involved to think that they are not alone, thus creating supportive techniques that are crucial on the path to independence and mental health. The final individual occupational therapy treatment includes a re-COPM assessment and a review of the treatment achieved objectives. **Conclusion:** Occupational therapists are part of a therapeutic team and we productively contribute to the overall treatment of a psychiatric patient so that patients can maintain contact with home environment and those close to them. This also encourages them to maintain a day structure, which includes self-care, productivity and leisure.

**Keywords:** mental health, movement, art activity, music activity, structure of the day

## UČINKI ROBOTIZIRANE VADBE ZGORNJEGA UDA PRI PACIENTU V KRONIČNI FAZI OKREVANJA PO MOŽGANSKI KAPI

### EFFECTS OF ROBOTIZED UPPER LIMB EXERCISE ON A STROKE PATIENT IN CHRONIC PHASE RECOVERY

pred. Julija Ocepek<sup>1</sup>, dipl. del. ter., MSc OT, Marko Vidovič<sup>1,2</sup>, mag. kin., dipl. del. ter., dr.  
Lea Šuc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., MSc OT

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

<sup>2</sup>Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Robotske naprave za zgornji ud predstavljajo pomembno inovacijo v medicini in rehabilitaciji, vendar še vedno ni nedvoumnih dokazov o njihovi učinkovitosti. Namen tega prispevka je predstaviti primer delovnoterapevtske obravnave pacienta po možganski kapi, ki je bil vključen v robotizirano vadbo za zgornji ud. **Metode dela:** Predstavljen je primer 61-letnega gospoda, ki je deset mesecev pred začetkom ambulantne delovnoterapevtske obravnave utrpel ishemično možgansko kap. Ambulanta obravnava - robotizirana vadba okvarjenega desnega zgornjega uda na napravi Armeo Spring<sup>®</sup> je potekala avgusta in septembra 2019, 3 krat tedensko po 45 minut (skupno 15 obravnav).

Ob začetku in na koncu obravnave so izvedli ocenjevanje s Southamptonskim testom za ocenjevanje roke in Vprašalnikom za ocenjevanje motorične dejavnosti ter opravili meritve na sami napravi. Pred izvajanjem obravnave je bil sestavljen terapevtski načrt. Pri tem so določili, katere naloge bo med obravnavami pacient izvajal, kakšen bo njihov vrstni red in zahtevnost. Pri izbiranju nalog so bili pozorni na rezultate Southamptonskega testa za ocenjevanje roke. Terapevtski načrt je bil sestavljen iz 11 nalog, ki so ciljale na izboljšanje obsega gibov zgornjega uda, koordinacijo gibanja zgornjega uda in funkcijo prijema. Obravnavo so stopnjevali z večanjem zahtevnosti nalog in z manjšanjem podpore teže zgornjega uda. **Rezultati:** Rezultati Southamptonskega testa za ocenjevanje roke so pokazali izboljšanje tako skupnega indeksa (leva roka iz 94 na 97, desna roka iz 84 na 92) kot tudi vseh prijemov v obeh rokah. Kljub opaznemu izboljšanju, je skupna ocena indeksa desne roke nižja od meje za normalno funkcioniranje rok, ki jo predstavlja indeks ocene 95 ali več. Nižje ocenjeni prijemi z desno roko so bili triprstni prijem, cilindrični in pincetni prijem. Vprašalnik za ocenjevanje motorične dejavnosti je pokazal manjšo spremembo v količini in kakovosti uporabe okvarjenega zg. uda v vsakodnevnem življenju. Razlika med povprečno oceno količine uporabe je bila 0,5 točke, razlika med povprečno oceno kakovosti uporabe pa 0,4 točke. Ocenjevanje kinematičnih parametrov gibanja okvarjenega zg. uda, ki jih omogoča naprava Armeo Spring<sup>®</sup>, je pokazalo izboljšanje gibanja v rami, komolcu ter minimalno v zapestju. **Razprava:** Pacient med obravnavo na napravi Armeo Spring<sup>®</sup> ni prejemal nobenih drugih terapij. Rezultati študije primera potrjujejo, da je robotizirana vadba zg. uda lahko učinkovita v smislu izboljšanja motoričnih funkcij okvarjenega zg. uda in doprinese k večji količini uporabe okvarjenega zg. uda v vsakodnevnih aktivnostih. **Zaključek:** Na podlagi dobljenih rezultatov se lahko sklepa, da je robotizirana vadba zg. uda z napravo Armeo Spring<sup>®</sup> primerna oblika terapije v kliničnem okolju za paciente po

možganski kapi s podobnimi kognitivnimi in motoričnimi sposobnostmi kot jih je imel pacient v študiji. Za doseganje boljše kakovosti dokazov bi bilo potrebno izvesti raziskave z eksperimentalno in kontrolno skupino.

**Ključne besede:** delovna terapija, ambulantna obravnava, robotske naprave, Armeo Spring©

#### ABSTRACT

**Introduction:** While robotic devices for the upper limbs represent an important innovation in medicine and rehabilitation, there is still no clear evidence of their effectiveness. The goal of this paper is to present an example of occupational therapy treatment of a patient after stroke who was involved in robot-assisted training for the upper limbs. **Methods:** The patient was a 61-year-old male who suffered an ischemic stroke and was 10 months post stroke at the beginning of the intervention. Outpatient treatment - robotized exercise of the affected right upper limb on the Armeo Spring© took place in August and September 2019, three times a week for the duration of 45 minutes each (15 treatments in total). The Southampton Hand Assessment Procedure, Motor Activity Log and measures on Armeo Spring© device were performed at baseline and post-intervention. A therapeutic plan was drawn up before the start of the treatment. We set the tasks for the patient to perform during the treatment, their order and complexity. The selection of tasks was based on the results of the Southampton Hand Assessment Procedure. The therapeutic plan consisted of eleven activities that aimed to improve range of motion in the upper limbs, coordination of upper limb movements and grip function. We intensified the intervention by increasing the level of difficulty in activities and reducing the arm weight support. **Results:** The results of the Southampton Hand Assessment Procedure showed an improvement in the overall index (left hand from 94 to 97, right hand from 84 to 92) as well as in all grips in both hands. Despite noticeable improvement, the overall rating of the right hand index is lower than the limit for normal hand function, with a score of 95 and above indicating normal function. The lower right-hand grip ratings were tripod, power and tip. Motor Activity Log showed a slight change in the amount and quality of use of the affected upper limb in daily life. The difference between the average estimates of quantity of use was 0.5 points and the difference between the average estimates of quality of use was 0.4 points. Assessment of kinematic motion parameters of affected upper limb provided by the Armeo Spring© showed improvement in shoulder, elbow and minimal wrist movement. **Discussion:** The patient did not receive any other therapies while treated with Armeo Spring©. The results of the case study confirm that the robotized upper limb training can be effective in terms of improving motor functions of the affected upper limb and contributes to greater use of the affected upper limb in daily activities. **Conclusion:** Based on the results the robotized upper limb training with the Armeo Spring© device is a suitable form of therapy in a clinical setting for stroke patients with similar cognitive and motor skills to the patient that was included in the study. Research with an experimental and control group would be needed to achieve better quality of evidence.

**Keywords:** occupational therapy, outpatient treatment, robotic devices, Armeo Spring©

## ZADOVOLJSTVO STARŠEV KRONIČNO BOLNIH OTROK Z UPORABO INVALIDSKIH VOZIČKOV

### SATISFACTION OF PARENTS OF CHRONICALLY SICK CHILDREN WITH THE USE OF WHEELCHAIR

Darinka Brezovar<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Simona Korelc<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Katja Groleger Sršen<sup>1,2</sup> dr. med., spec. fiz. in reh. med.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

<sup>2</sup>Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Vsi otroci s težko gibalno oviranostjo potrebujejo ustrezen sedeč položaj za vožnjo z invalidskim vozičkom. V Sloveniji so ti otroci napoteni na Univerzitetni rehabilitacijski Inštitut Republike Slovenije – Soča (URI-Soča), kjer ekipa strokovnjakov oceni in predlaga ustrezne vozičke. Pri končni odločitvi sodelujejo tako otrok kot tudi njegovi starši. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije krije stroške pridobitve ustreznega vozička glede na funkcionalno stanje posameznika. Predšolskim otrokom se predpiše voziček za dobo pet let, šolskim otrokom pa za dobo tri leta. V primeru spremembe funkcionalnega stanja obstaja možnost predčasnega predpisa. Dobavitelji vozičkov so dolžni zagotavljati popravila in prilagoditve le teh. Zanimalo nas je kako zadovoljni so starši otrok, ki so prejeli voziček s predpisanimi invalidskimi vozički in storitvami, ki jih nudijo dobavitelji. **Metode dela:** Starše, ki so v obdobju od januarja 2015 do januarja 2020 na URI-Soča prihajali na test invalidskih vozičkov, smo prosili za oceno o zadovoljstvu s Kanadskim vprašalnikom za oceno zadovoljstva uporabnika s podporno tehnologijo (The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology, QUEST). Posamezne postavke je mogoče oceniti na lestvici od 1 (povsem nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen).

**Rezultati:** Vključenih je bilo 200 staršev otrok s težko gibalno oviranostjo, starih od enega do 15 let. Vsi so izpolnili QUEST 2.0. Individualno prilagojen voziček je potrebovalo 86 otrok, 34 otrok je potrebovalo bolj preprost transportni invalidski voziček, 36 otrok aktivni invalidski voziček in 44 otrok invalidskih vozičkov na električni pogon. Starši so bili zelo zadovoljni z dimenzijo invalidskega vozička (povprečje 4,2), njegovimi varnostnimi lastnostmi (4,2), preprostostjo uporabe (4,2), udobjem (4,2) in učinkovitostjo prevoza (4,1). Manj zadovoljni so bili s težo invalidskih vozičkov (3,4), nastavitvami (3,9) in vzdržljivostjo (3,9). Zadovoljni so z dostavo invalidskih vozičkov (povprečno 3,9), popravili invalidskih vozičkov (4,2) in strokovno storitvijo (4,3) ter spremljanjem (4,2).

**Razprava:** Analiza podatkov je pokazala, da so starši zadovoljni z lastnostmi, dostavo in poznejšo podporo pri uporabi invalidskih vozičkov. Obstaja nekaj postavk, ki bi jih bilo mogoče izboljšati, na primer teža in vzdržljivost. Te so neizogibno povezane s ceno in finančnimi omejitvami, ki temeljijo na pravilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. **Zaključek:** Rezultati ocen predstavljajo smernice za izboljšanje kakovosti opreme otrok z invalidskimi vozički.

**Ključne besede:** otrok, testiranje, voziček, zadovoljstvo

## ABSTRACT

**Introduction:** All children with severe mobility impairments need an appropriate sitting position to ride a wheelchair. In Slovenia, these children are referred to the University Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia - Soča (URI-Soča), where a team of experts comprised of a doctor, an occupational therapist, an engineer and a technician evaluates and proposes appropriate wheelchairs. Both the child and their parents are involved in making the final decision. The costs of obtaining a suitable wheelchair according to the functional condition of the individual are covered by the National Slovenian Insurance Company. Preschool children are prescribed a wheelchair for a period of five years, and school children for a period of three years. If there is a change in the functional status, there is a possibility to prescribe a new one before expiration of the existing prescription. Wheelchair suppliers are obliged to provide repairs and adjustments. We were interested in how satisfied the parents of child wheelchair users were with the prescribed wheelchairs and the services provided by suppliers. **Methods:** Parents who came to URI-Soča for a wheelchair test in the period from January 2015 to January 2020 were asked to rate their satisfaction using the Canadian Questionnaire for Assessing Satisfaction with Assistive Technology (QUEST). Individual items can be rated on a scale from 1 (completely dissatisfied) to 5 (very satisfied). **Results:** 200 parents of children with severe physical impairments, aged one to 15 years were included. They all completed the QUEST 2.0. There were 86 children who needed an individually adapted wheelchair, 34 children needed a simpler transport wheelchair, 36 children an active wheelchair, and 44 children needed an electric wheelchair. Parents were very satisfied with the wheelchair dimension (average 4.2), its safety features (4.2), ease of use (4.2), comfort (4.2) and transport efficiency (4.1). They were less satisfied with the weight (3.4), the settings (3.9) and endurance (3.9). They were satisfied with the delivery of wheelchairs (average 3.9), wheelchair repairs (4.2) and professional service (4.3) and monitoring (4.2). **Discussion:** Analysis of the data showed that parents are satisfied with the features, delivery and subsequent support in the use of wheelchairs. There are a few items that could be improved, such as weight and endurance. These are connected with the price and financial constraints based on the rules drawn up by The National Insurance Company. **Conclusion:** The results of the assessments provide us with guidelines for improving the quality of equipment for children in wheelchairs.

**Keywords:** child, testing, wheelchair, satisfaction

## UČINKOVITOST VADBE NA ROBOTSKI NAPRAVI ARMEO PRI OTROCIH S HEMIPAREZO

### EFFECTIVENESS OF ROBOT-ASSISTED THERAPY ON THE ARMEO DEVICE FOR CHILDREN WITH HEMIPARETIC CEREBRAL PALSY

Istenič Andreja<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Katja Groleger Sršen<sup>1,2</sup> dr. med., spec. fiz. in reh. med.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča

<sup>2</sup>Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Glavni cilj (re)habilitacije pri otrocih s parezo roke je ohranjanje in povrnitev sposobnosti gibanja, kar vključuje učenje novih načinov gibanja in izboljšanje koordinacije gibov. Dodatni cilj je preprečitev izgube zmogljivosti in mišične moči otrokove paretične roke zaradi neuporabe, kot tudi zmanjšanje sekundarnih posledic kot sta spastičnost in zmanjšanje gibljivosti sklepov. Navidezna resničnost omogoča izvajanje terapije, pri kateri se lahko pri otrocih doseže intenzivnejši in obsežnejši trening. Na ta način se lahko ustvari motivacijsko okolje, znotraj katerega terapevt lahko prilagaja intenzivnost terapije in jo glede na odziv posameznika prilagodi. Na otroškem oddelku se v ta namen uporablja napravo Armeo Spring Paediatric. **Metode dela:** V obravnavo je bilo vključenih 42 otrok (povprečna starost 8,8 let), ki so imeli primerno dolžino zgornjega uda, zmožnost aktivnega gibanja, primerne kognitivne sposobnosti in niso imeli kontraktur v sklepih zgornjega uda. Funkcijo roke je bila ocenjena pred začetkom in takoj po zaključku vadbe ter šest mesecev po zaključku. Vadba obsega 16 terapij na napravi Armeo Spring Pediatric. Ocenjevanje je potekalo s pomočjo testa za oceno podporne roke (Assisting Hand Assessment - AHA), Southamptonski test za ocenjevanje roke (Southampton Hand Assessment Procedure - SHAP) in obsegi gibljivosti na napravi Armeo. **Rezultati:** Rezultati obeh testov po zaključeni vadbi in 6 mesecev kasneje, kažejo na klinično pomembno izboljšanje funkcije roke: povprečna ocena s testom za oceno podporne roke se je izboljšala od 58,5 na 61,8 točk oz. 64,1 točk, ocena Southamptonskega testa je pokazala izboljšanje iz 41,6 na 47,0 točk, oz. 55,0 točk. Rezultati obsegov gibljivosti na napravi Armeo, v povprečju kažejo na izboljšanje in kasnejšo ohranitev posameznih obsegov gibov. **Razprava:** Terapija na robotski napravi Armeo je na otroškem oddelku postala pomemben del obravnave otrok s hemiparetično obliko cerebralne paralize. Otroci v tem terapevtskem programu radi sodelujejo, kar omogoča lažji trening izvajanja izoliranih gibov. **Zaključek:** Rezultati kažejo na izboljšanje funkcije roke po vadbi na napravi Armeo, kar nakazuje, da je vadba na tej napravi učinkovita.

**Ključne besede:** funkcija roke, navidezna resničnost, gibljivost sklepov

#### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of rehabilitation in children with hemiparetic hand is to maintain and recover the capacity of movement, which includes learning new movement patterns and improving movement coordination. An additional goal is to prevent the loss of capacity and muscle strength of the paretic hand due non-use, as well to reduce secondary consequences

such as spasticity and decreased joint flexibility. Virtual reality allows more intensive and extensive training in therapy and a creation of a motivational environment where the therapist can adjust the intensity of therapy according to the individual's response. In the children department, the Armeo Spring Pediatric device is used for this purpose. **Methods:** The treatment included 42 children (with a mean age of 8.8 years) who had adequate upper limb length, ability to exercise actively, adequate cognitive ability, and had no contracture in upper limb joints. Hand function was assessed and immediately after the training session and six months after the end of program. The evaluation was performed using the Assisting Hand Assessment (AHA), the Southampton hand assessment procedure (SHAP) and the range of motion tests on the Armeo device. **Results:** The AHA and SHAP tests performed after training and 6 months later indicate significant improvement in arm function: the average AHA score improved from 58.5 to 61.8 points or 64.1 points, while the SHAP score rose from 41.6 to 47.0 points or 55.0 points. The results of the range of motion on the Armeo device, on average, indicate an improvement and subsequent preservation of the individual range of motion. **Discussion:** The Armeo robotic device therapy has become an important part treating children with hemiparetic cerebral palsy. Children like to participate in this therapeutic program, which allows us to more easily train the use of isolated movements. **Conclusion:** As the results show improvement in hand function after training on the Armeo device, the training on this device can be presumed effective. **Keywords:** hand function, virtual reality, joint flexibility

## ZADOVOLJSTVO STARŠEV OTROK Z OKVARO OSREDNJEGA ŽIVČEVJA Z UPORABO ZAHTEVNEJŠIH STOLOV

### PARENTAL SATISFACTION OF CHILDREN WITH CENTRAL NERVOUS DISORDERS USING ADVANCED CHAIRS

Tina Kukovec<sup>1</sup>, študent del. ter., Jana Brodnik<sup>2</sup>, dipl. del. ter., Darinka Brezovar<sup>2</sup>, dipl. del. ter., Simona Korelc<sup>2</sup>, dipl. del. ter., doc. dr. Katja Groleger Sršen<sup>1,3</sup>, dr. med., spec. fiz. in reh. med.

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

<sup>2</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

<sup>1,3</sup>Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Otroci z okvaro osrednjega živčevja zaradi težav pri vzdrževanju položaja trupa potrebujejo posebej izdelane stole. Zanimalo nas je, kako so z uporabo teh stolov zadovoljni starši. **Metode dela:** Kanadski vprašalnik za oceno zadovoljstva uporabnika s podporno tehnologijo (angl. The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology, QUEST) smo od aprila do julija 2019 uporabili pri starših, katerih otroci so že uporabniki stolov in smo jih testirali na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenija – Soča. Posamezne postavke je mogoče oceniti na lestvici od 1 (povsem nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen). **Rezultati:** Rezultati kažejo, da so starši najbolj zadovoljni z učinkovitostjo pripomočka (povprečna ocena 4,9), najmanj pa s težo stolov (povprečna ocena 3,8). Pri storitvah pa so bili najbolj zadovoljni s strokovnostjo storitev (4,8), najmanj pa s spremljanjem in podporo (4,3). **Razprava:** V splošnem so starši najbolj zadovoljni z uporabnostjo stolov in strokovnostjo storitev, manj pa nadaljnjimi storitvami, spremljanjem in podporo. **Zaključek:** Rezultati so pomemben in uporaben spremljevalec v izboljševanju strokovnih postopkov pri nadaljnjem delu.

**Ključne besede:** otrok, stol, zadovoljstvo, QUEST

#### ABSTRACT

**Introduction:** Children with central nervous disorders need specially made chairs to help them maintain trunk position. They were interested to see how satisfied parents were using these chairs. **Methods:** The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST) was completed from April to July 2019 by parents of chair users who were tested at the University Rehabilitation Institute, Republic of Slovenia - Soča. Individual items can be rated on a scale from 1 (completely dissatisfied) to 5 (very satisfied). **Results:** The results indicate that parents are the most satisfied with the performance of the device (mean score of 4.9) and the least with the chair's weight (mean score of 3.8). With regard to services, they were most satisfied with the professionalism (4.8) and the least satisfied with monitoring and support (4.3). **Discussion:** In general, the parents are the most satisfied with the use of chairs and the professionalism of services, and to a lesser extent with follow-up services, monitoring and support. **Conclusion:** The results provide important input for improving professional procedures.

**Keywords:** child, chair, satisfaction, QUEST

Plakati/posters strokovni izvlečki

## OBVLADOVANJE JEMANJA MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE V SKUPNOSTNI PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI

### MEDICATION MANAGEMENT IN PSYCHIATRIC COMMUNITY TREATMENT

Nuša Črešnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Danijela Čurič Korpar<sup>2</sup>, dipl. del. ter., Nuša Vrbančič<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Zdravstveni dom Ormož, Center za duševno zdravje odraslih

<sup>2</sup>Zdravstveni dom Murska Sobota, Center za duševno zdravje odraslih

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** V Centrih za duševno zdravje odraslih delovni terapevti delujejo znotraj tima skupnostne psihiatrične obravnave. Pri obravnavah uporabnikov - oseb s težavami v duševnem zdravju, se pogosto zazna neustrezno jemanje predpisanih zdravil oziroma medikamentozne terapije. Po nekaterih podatkih približno 50 % kroničnih uporabnikov predpisane terapije ne jemlje po zdravnikovih navodilih (v predpisanih odmerkih in času jemanja), kar pomembno vpliva na vsakodnevno izvajanje aktivnosti ter sodelovanje uporabnika v obravnavi. Analiza vzrokov za neustrezno jemanje terapije je pokazala, da so ti večinoma nenamerni – pozabljenost, neprevidnost, zmanjkanje zdravil. Namen prispevka je prikazati primer dobre prakse strategij obvladovanja jemanja terapije. **Vsebina:** Obvladovanje jemanja terapije zahteva multidisciplinaren pristop, h kateremu s posameznega strokovnega področja prispevajo vsi člani tima. Najučinkovitejše obravnave so usmerjene na uporabnika, zahtevajo individualen pristop in zajemajo poenostavitev jemanja terapije, izobraževanje uporabnika, vpliv na njegovo vedenje in podporo okolja. Obvladovanje jemanja terapije je osnovna dnevna aktivnost, pri kateri delovni terapevti ocenjujejo izvedbo aktivnosti: analizirajo potrebe in v skladu z njimi pripravijo cilje, nudijo podporo pri konkretni obravnavi, izberejo za uporabnika najprimernejšo metodo učenja, beležijo napredek in uvedejo uporabo potrebnih pripomočkov. Na uporabnika usmerjena obravnava zajema razvijanje opomnikov, trening priprave in jemanja terapije, uporabo pripomočkov, kot so na primer škatlice za zdravila, vključitev jemanja terapije v plan dnevnih aktivnosti ter prilagoditev strukture dneva v skladu z učinki terapije. Omenjene strategije izboljšajo uporabnikovo izvedbo vsakodnevnih aktivnosti in večajo samostojnost. **Zaključek:** Pri uporabnikovem obvladovanju jemanja predpisane terapije delovni terapevti ocenjujejo spretnosti izvedbe in prilagodijo obravnavo v skladu z odstopanji. Z uporabo različnih tehnik dosežejo uporabnikovo optimalno izvedbo aktivnosti obvladovanje jemanja medikamentozne terapije. Vse to zmanjša bolezenske simptome, pogostost hospitalizacij in ostalih zdravstvenih intervencij ter pozitivno vpliva na samostojno izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Vsi omenjeni dejavniki so neposredno povezani z vključenostjo uporabnikov v okupacije oziroma aktivnosti in splošnim zadovoljstvom ter kakovostjo življenja.

**Ključne besede:** delovna terapija, pripomočki, zdravila, timsko delo, učenje aktivnosti.

## ABSTRACT

**Introduction:** In adult mental health centers, occupational therapists work in a community psychiatric treatment team. Poor medication adherence is common in treating persons with mental health issues. According to some data, approximately 50% of patients with chronic disease do not take medications as prescribed (the correct dosage at the right time), which significantly affects their day-to-day functioning and involvement in treatment. An analysis of the causes of poor medication adherence revealed that it is often unintentional and happens due to forgetfulness, carelessness and untimely refills. The purpose of this article is to present an example of good practice of managing medication therapy. **Content:** Managing therapy requires a multidisciplinary approach through coordinated action by all members of the team, who provide input from their specific professional field. The most effective interventions include facilitating therapy, educating patients, influencing patient behavior, social support and addressing the specific needs of the patient (individual approach). Managing therapy is a basic daily activity where occupational therapists evaluate occupational performance: analyze the needs and prepare relevant goals, provide support for specific treatment, select the most appropriate teaching method for the patient, record progress and apply the necessary aids. Patient-centered treatment includes the introduction of reminders, the use of devices such as medication boxes, training in the preparation and administration of therapy, incorporation of therapy into daily activities, and adjusting the structure of the day according to the effects of medicines. These strategies improve the patient's performance and independence. **Conclusion:** Occupational therapists evaluate performance skills and intervene according to failures in medication management. Using different approaches helps to achieve the best possible adherence to the medication regimen, which reduces disease symptoms, the frequency of hospitalizations and other health interventions, and has a positive effect on functional performance. All these factors are directly related to the patient's involvement in occupation, overall satisfaction and a better quality of life.

**Keywords:** occupational therapy, assistive tools, daily structure, team work, activity learning

## NAJ BESEDA SPOLNOST V DELOVNI TERAPIJI NE BO TABU!

### THE WORD SEXUALITY SHOULD NOT BE A TABOO IN OCCUPATIONAL THERAPY!

Anja Vesenjak<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Petra Grabner<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tibor Kafel<sup>1</sup>, dipl. del. te r., Urša Miklič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tanja Štefančič Smisel<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Nataša Puzić Ravnjak<sup>2</sup>, dr.med.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

<sup>2</sup>Onkološki inštitut, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Posledice okvare hrbtenjače so lahko okvara motoričnih in senzoričnih funkcij ter avtonomne regulacije telesa (dihanje, srčni utrip, krvni tlak, nadzor temperature, nadzor črevesja, mehurja in spolne funkcije). Osebam po okvari hrbtenjače spolnost ostaja zelo pomembno področje v življenju. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja spolno funkcijo uvršča med intimna razmerja, ki pri osebah z okvaro hrbtenjače lahko vpliva na kakovost življenja. Literatura navaja, da je v rehabilitaciji spolnost pogosto prezrta, saj ta tema pri osebah z okvaro hrbtenjače in zdravstvenemu osebju vzbuja nelagodje. Tabu ostaja tudi zaradi nezadostne usposobljenosti članov tima za obravnavo področja spolnosti. **Vsebina:** Okvir prakse delovne terapije spolno aktivnost uvršča med ožje dnevne aktivnosti in jo definira kot "vključevanje v dejavnosti, katerih posledica je spolno zadovoljstvo in/ali reproduktivne potrebe". Kot član rehabilitacijskega tima se delovni terapevt lahko vključi v edukacijo, pri organizaciji vsakodnevne rutine za ohranjanje energije in časa spolne dejavnosti, pri prilagajanju okolja in pripomočkov, ozaveščanje o pomembnosti osebne higiene pred in po spolni aktivnosti in svetovanju o ustreznih položajih. Ne nazadnje, izvedbo spolne aktivnosti lahko izboljša z obravnavo motoričnih, procesnih in socialno interakcijskih spretnosti. Čeprav je spolnost sestavni del človekovega življenja, so osebe po okvari hrbtenjače še vedno premalo informirane in na tem področju premalo podprte s strani zdravstvenih delavcev. V tuji literaturi pogosto zasledimo uporabo modela PLISSIT, ki je namenjen zdravstvenim delavcem pri obravnavi oseb s težavami na področju spolnosti. Kratica PLISSIT je akronim štirih komponent modela: dovoljenje, omejene informacije, specifične predloge in intenzivno zdravljenje. **Zaključek:** Delovni terapevt lahko pomembno pripomore k obravnavi težav na področju spolnosti in posledično k večjemu zadovoljstvu ter bolj kakovostnemu življenju oseb z okvaro hrbtenjače, zato bi tovrstna obravnava morala biti sestavni del celostne rehabilitacije. Za ustrezno obravnavo s spolnostjo povezanih težav bi delovni terapevti potrebovali dodatna izobraževanja, ustrezno oblikovane smernice obravnave in raziskave omenjene problematike.

**Ključne besede:** okvara hrbtenjače, spolna aktivnost, rehabilitacijski tim, kakovost življenja, PLISSIT model.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Spinal cord injury may lead to motor and sensory loss and affect the body's autoregulation functions (breathing, heartbeat, blood pressure, body temperature, bladder and bowel control, and sexual functions). Sexuality remains important to people after spinal cord injury. The International Classification of Functioning classifies sexual function

among sexual activities?, which may impact the quality of life of people with spinal cord injury. Literature suggests that sexuality is often overlooked in the rehabilitation process as it may make the healthcare providers feel uncomfortable. Moreover, sexuality remains a taboo because of the lack of competence of the team members in this respect. **Content:** Occupational therapy framework classifies sexual activity as an activity of daily living and is defined as 'participation in activities, which results in sexual satisfaction and/or reproductive needs.' As members of a rehabilitation team, occupational therapists can be involved in the education, the organisation of everyday routine for energy conservation and timing of sexual activity, environmental adaptations, introduction to assistive devices, raising awareness of the importance of hygiene before and after sexual activity and consultation about appropriate positions. Performance of sexual activity can also be improved through the improvement of motor, process and social interaction skills. Although sexuality is part of everyday life, people with spinal cord injury are still not informed and supported enough. Foreign literature often mentions the PLISSIT model, which is intended to help healthcare professionals address sexual problems. The PLISSIT is an acronym for permission, limited information, specific suggestions, and intensive therapy. **Conclusion:** Occupational therapists can be significantly beneficial in improving sexuality and the quality of life of people with spinal cord injury. Therefore, they should be an integral part of a holistic rehabilitation team. However, in order to provide appropriate intervention regarding sexuality, occupational therapists need further training, research and guidelines. **Keywords:** spinal cord injury, sexual activity, rehabilitation team, quality of life, PLISSIT model

## IZVAJANJE DELOVNE TERAPIJE NA DALJAVO KOT DEL ŠTUDIJSKEGA PROCESA

### PROVIDING TELEHEALTH OCCUPATIONAL THERAPY WITHIN UNDERGRADUATE STUDY PROGRAMMES

mag. Nevenka Gričar<sup>1</sup>, prof. def., dipl. del. ter., mag. Alenka Plemelj<sup>1</sup>, prof. def., dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Svetovno združenje delovnih terapevtov delovno terapijo opredeljuje kot zdravstveno stroko, osredotočeno na osebo, ki preko okupacije promovira zdravje in dobro počutje ne glede na kontekstualne okoliščine, v katerem delovni terapevt deluje. V svetu se v zadnjem desetletju pogosto omenja »telehealth« kot ena od možnih storitev v delovni terapiji. Ameriško združenje delovnih terapevtov je leta 2013 opredelilo »telehealth« kot uporabo ocenjevalnih, svetovalnih, preventivnih in terapevtskih storitev, ki se izvajajo preko telekomunikacijskih in informacijskih tehnologij. **Vsebina:** Delovnoterapevtske storitve na daljavo je v času pandemije COVID izvajalo 40 študentov 2. in 3. letnika visokošolskega študijskega programa delovne terapije Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Storitve so izvajali z uporabniki z motnjo v duševnem zdravju iz Društva Altra in z uporabniki s spektroavtistično motnjo iz Društva ASPI v okviru kliničnih vaj pri različnih predmetih. Namen delovnoterapevtskih storitev, ki so jih študentje izvajali v obdobju od marca do maja 2020 je bil ohranjanje dobrega počutja in pozitivnega duševnega zdravja uporabnikov z motnjami v duševnem zdravju in s spektroavtistično motnjo. Vsak študent je pod vodstvom visokošolskega učitelja delovne terapije in strokovnega delavca iz posameznega društva, z uporabnikom izvedel v povprečju pet do sedem srečanj na daljavo, ki so trajala v povprečju 30 min. Srečanja so izvedli bodisi preko telefonskega klica, komunikacije po e-pošti, zoom ali skype aplikacije. V delovnoterapevtske storitve na daljavo je bilo vključenih 35 uporabnikov. Študenti so uporabnike vodili pri izvajanju progresivno mišično relaksacije, vodene telesne aktivnosti, nudili svetovanje in podporo za izvajanje okupacije, ohranjanje socialne mreže, dodatno znanje o različnih senzornih strategijah, ki jim lahko pomagajo pri lastni regulaciji skozi dan. Za evalvacijo izvedbe kliničnih vaj je bil uporabljen odprti vprašalnik in številčna lestvica za oceno doprinosa storitev na daljavo. Izpolnili so ga tako študentje kot uporabniki. Študentje so izpostavili, da so preko izvajanja storitev na daljavo prakticirali večine terapevtskega odnosa. Izpostavili so pozitivno izkušnjo osebnega kontakta v delu na daljavo, profesionalno rast. Nekateri študentje so storitve na daljavo nadaljevali v obliki prostovoljstva. Uporabniki so izrazili visok doprinos storitev na daljavo za njihovo dobro počutje in vsakodnevno delovanje. Nekateri uporabniki so poročali, da bodo pridobljene izkušnje in znanje z določenimi aktivnostmi in strategijami uporabljali tudi v prihodnosti. **Zaključek:** Izkazan je velik doprinos k pozitivnemu duševnemu zdravju in dobremu počutju uporabnikov. Te storitve zagotovo ne morejo v celoti nadomestiti delovnoterapevtske obravnave, kjer sta uporabnik in terapevt v neposrednem stiku, vendar je doprinos delovne terapije na daljavo

po izkušnji in raziskavah v tujini, dovolj velik, da bi jih v bodoče veljalo umestiti v obstoječo DT prakso v Sloveniji.

**Ključne besede:** dobro počutje, duševno zdravje, informacijsko komunikacijska tehnologija, klinične vaje

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** The World Federation of Occupational Therapists defines occupational therapy as a medical profession focused on the person who, through occupation, promotes health and well-being regardless of the contextual circumstances in which the occupational therapist operates. One of the possible services in occupational therapy, often mentioned in the last decade, is telehealth. In 2013, the American Occupational Therapy Association defined telehealth as the use of assessment, counselling, prevention, and therapeutic services provided through telecommunications and information technologies. **Content:** During the COVID-19 pandemic, telehealth occupational therapy services were provided by 40 students of the 2nd and 3rd year of the higher education study program of Occupational Therapy at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana. The services were offered to users with mental health disorders from the Altra Association and to users with autistic spectrum disorder from the ASPI Association as part of clinical fieldwork in various subjects. The purpose of the occupational therapy services provided by the students between March and May 2020 was to preserve the well-being and mental health of users with mental health disorders and/or autistic spectrum disorder. Each student, under the guidance of a higher education teacher of occupational therapy and a professional from the corresponding association, conducted an average of five to seven telehealth meetings with the user, which lasted an average of 30 minutes. The meetings were conducted either through a phone call, video conferencing applications, or e-mail. Thirty-five users in total participated in the telehealth occupational therapy services.

Students guided users to perform progressive muscle relaxation and different types of physical activity, and offered counselling and support to carry out the occupation, maintain a social network, and advice based on their knowledge of various sensory strategies that can help in daily regulation. An open-ended questionnaire and a numerical scale completed by both students and users to assess the contribution of distance services were used to evaluate the performance of clinical fieldwork tasks. The students pointed out that by providing distance services they practised therapeutic relationship skills. They highlighted the positive experience of personal contact in teleworking and professional growth. Some students continued their distance services as volunteers.

Users reported that the remote services substantially contributed to their well-being and day-to-day functioning. Some users reported that they would continue to use the experience and knowledge gained through certain activities and strategies. **Conclusion:** The project demonstrated a notable contribution to the mental health and well-being of users. While these services certainly cannot fully replace face-to-face occupational therapy, the contribution of remotely-delivered occupational therapy, in our experience and according to international studies, is sufficient for its integration into existing occupational therapy services in Slovenia to be considered.

**Keywords:** well-being, mental health, information and communications technology, clinical fieldwork

## PRIPRAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV ZA VARNO VOŽNJO V PROMETU

### PREPARING CHILDREN AND ADOLESCENTS FOR SAFE DRIVING IN TRAFFIC

Tamara Svete<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik – CIRIUS Kamnik

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Vstop vsakega otroka v osnovno šolo je pomemben življenjski mejnik. Že v vrtcu in v prvih razredih osnovne šole se otroci pripravljajo in usposabljujejo za samostojno vključevanje v promet. V Cirius Kamnik so vključeni otroci in mladostniki, ki so gibalno ovirani in so bili usmerjeni v naše programe izobraževanja. Gibalno oviran otrok se zaradi vseh svojih težav in prevelike skrbi staršev v prometu ne počuti varnega, zato ob sebi potrebuje odraslo osebo (starša, spremljevalca, učitelja, terapevta,...). V delovni terapiji smo se odločili, da jim z različnimi delovnoterapevtskimi metodami pomagamo doseči samostojno vključevanje v promet. **Vsebina:** Skupina šteje 15 učencev, ki obiskujejo 5 in 6 razred osnovne šole. Priprava učencev je razdeljena na tri sklope. V prvem sklopu je predstavitev dela in projekta z naslovom »Varno na kolesu«. Aktivnosti, ki so določene v projektu učence vzpodbujajo k osvajanju in utrjevanju potrebnih prometnih pravil ter uporabi koles kot trajnostnega prevoznega sredstva. Pri delu uporabljamo različne aktivnosti, ki so učencem v pomoč, da še boljše razvijejo šibkejša področja delovanja (organizacija dela, orientacija v prostoru, koordinacija, načrtovanje, sodelovanje,...). Aktivnosti vodi delovni terapevt, ki s svojim znanjem in idejami pomaga učencem s prilagojenimi pripomočki, ki so lahko tipski ali individualno izdelani. V drugem sklopu se učenci pripravljajo za teoretični izpit, ki je predpogoj za spretnostni poligon. V zadnjem sklopu izvedemo »Dan dejavnosti« kjer se učenci preizkusijo v spretnostnem poligonu. Vsako leto naši učenci pridobijo veliko dragocenih izkušenj tako na področju varnosti v prometu kot medsebojnega sodelovanja in poznavanja novih računalniških programov. **Zaključek:** Z znanjem in izkušnjami, ki jih učenci pridobijo vsako leto preverjamo in optimiziramo varne poti v okolici našega Centra in širše. S svojim delom opozarjamo Občino Kamnik, da skupaj pregledamo nevarne poti in se pogovorimo za čim bolj enostavne in varne rešitve.

**Ključne besede:** varna vožnja v prometu, gibalno oviran učenec, spretnostni poligon

#### ABSTRACT

**Introduction:** Every child's entry into primary school is an important milestone in their life. Children prepare and train for independent participation in traffic already in kindergarten and the first grades of primary school. Cirius Kamnik enrolls physically handicapped children and adolescents who have been referred to our educational programs. As due to all their problems and excessive worries of parents, children with reduced mobility do not feel safe in traffic, they need an adult companion (parent, companion, teacher, therapist, etc.). Therefore, we decided to help them achieve independent participation in traffic through various occupational therapy methods. **Content:** The group

comprises 15 students who attend the 5th and 6th grades of primary school. Student preparation is divided into three parts. The first part is a presentation of the work and 'Safe on a bike' project. Specified activities encourage students to master and revise the necessary road rules and use bicycles as a sustainable means of transport. Different activities are used to help students to improve weaker areas of activity (work organization, spatial orientation, coordination, planning, cooperation). Activities are led by an occupational therapist, who uses their knowledge and ideas to help students with customized aids, either standard or custom-made. In the second part, students prepare for the theoretical exam, which is a prerequisite for the skills course. In the third and last part, an 'activity day' is organized to test the students on a skills course. Every year, our students gain a lot of valuable experience in traffic safety, learn to cooperate and are introduced to new computer programs.

**Conclusion:** The knowledge and experience gained by students allows us to check and optimize safe routes around our Center and beyond every year. Our work helps flag dangerous routes and section and we then review and work together with the Municipality of Kamnik on the simplest and safest possible solutions.

**Key words:** safe driving in traffic, physically handicapped student, skill range

## NOVO – OCENJEVANJE PRIMANJKLJAJEV SENZORNE INTEGRACIJE PRI OTROCIH

### NEW - ASSESSMENT OF SENSORY INTEGRATION DEFICITS IN CHILDREN

Katja Godnič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Anka Gerbec<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup> Zdravstveni dom Koper, Razvojna ambulanta s pridruženim centrom za zgodnjo obravnavo otrok, Koper

<sup>2</sup> Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik, CIRIUS – Kamnik, Kamnik

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Ocenjevanje v delovni terapiji sodi med najpomembnejše naloge posameznega terapevta. Preko ocenjevanja se pridobi vpogled v trenutno stanje, v morebitne primanjkljaje in je tako izhodišče strokovne terapevtske obravnave. Poleg tega omogoča merjenje napredka ter ovrednotenje strokovnega delovnega procesa. Dr. Ann Jean Ayres je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja razvila teorijo in prakso senzorne integracije. Sprva je bilo njeno delo usmerjeno v otroke z učnimi težavami. Zato, da je bolj razumela njihove težave pri učenju in vedenju, je razvila standardiziran ocenjevalni instrument: Sensory integration and praxis tests - SIPT (1989). Zaradi novih spoznanj v nevroznanosti in praksi pri terapiji senzorne integracije so strokovnjaki, ki nadaljujejo njeno delo, začeli razvijati sodobnejši ocenjevalni instrument imenovan "The Evaluation in Ayres Sensory Integration" krajše EASI. V postopku standardizacije EASI testa, v projektu pridobivanja norm sodeluje preko šestdeset držav sveta, med njimi tudi Slovenija. **Vsebina:** Namen EASI je ocenjevanje senzorne integracije otrok v starosti od 3 do 12 let. Sestavljen je iz dvajsetih podtestov, naštetih v nadaljevanju, ki natančno zajemajo vsa senzorna področja: Vidna praksija: oblike, Vidno zaznavanje: iskanje, Praksija: ideacija, Praksija: položaji, Kontrola drže, Ravnotežje, Propriocepcija: sila, Očesna motorika in praksija, Praksija: zaporedje, Bilateralna integracija, Praksija: sledenje navodilom, Vestibularno: nistagmus, Vidna praksija: konstrukcija, Propriocepcija: Položaj telesa, Slušno: lokalizacija, Taktilna percepcija: lokalizacija, Taktilna percepcija: vzorci, Taktilno zaznavanje: oblike, Taktilna percepcija: oralna in Senzorna odzivnost. EASI lahko izvajajo terapevti, ki imajo specialna znanja senzorne integracije in je zasnovan tako, da bo vsem po svetu cenovno dostopen, dovolj občutljiv, veljaven in zanesljiv. **Zaključek:** Pomemben del pri nastajanju je prispevalo devet delovnih terapevtk, ki so skozi dorečen protokol pridobile ustrezna znanja za testiranje in pridobivanje Slovenskih normativov, ki bodo služili za prepoznavanje otrok, ki imajo težave na področju SI, ter posledično načrtovanje intervencije = strokovne delovnoterapevtske obravnave.

**Ključne besede:** ocenjevanje EASI (The Evaluation in Ayres Sensory Integration), delovna terapija

## ABSTRACT

**Introduction:** Assessment is one of the most important tasks of a therapist in occupational therapy. It provides an insight into the current state and possible deficits, and provides the starting point for professional therapeutic treatment. In addition, it can be used to evaluate progress and thereby the therapeutic process. In the 1960s, Dr. Ann Jean Ayres developed the theory and practice of sensory integration. Her work first focused on children with learning deficits. She developed a universal assessment instrument, the Sensory Integration and Praxis Tests or SIPT (1989), to better understand their problems with learning and behaviour. Due to new discoveries in neuroscience and sensory integration therapy, experts that continue her work began to develop a new, more modern assessment instrument called 'The Evaluation in Ayres Sensory Integration' (hereinafter EASI). Over sixty countries are included in the standardization of the EASI test, including Slovenia. **Content:** The purpose of the EASI is to assess Slovenian children aged from 3 to 12 years. The test consists of twenty subtests, listed below, which cover all sensory areas in detail: Visual Praxis: Designs, Visual Perception: Search, Praxis: Ideation, Praxis: Positions, Postural Control, Balance, Proprioception: Force, Ocular Motor & Praxis, Praxis: Sequences, Bilateral Integration, Praxis: Following Directions, Vestibular: Nystagmus, Visual Praxis: Construction, Proprioception: Joint Position, Auditory Localization, Tactile Perception: Localization, Tactile Perception: Designs, Tactile Perception: Shapes, Tactile Perception: Oral and Sensory Reactivity. The EASI can be carried out by therapists with special knowledge in sensory integration and is designed to be affordable, sensitive, valid and reliable for everyone around the world. **Conclusion:** An important part was developed by nine Slovenian occupational therapists, who followed a specific protocol to acquire the knowledge of testing and to set Slovenian standards that will serve to identify children with sensory integration issues, and to consequently plan the intervention in the form of professional occupational therapy.

**Keywords:** EASI (The Evaluation in Ayres Sensory Integration) assessment, occupational therapy

## PROSTOČASOVNE AKTIVNOSTI V ZAVODU ZA USPOSABLJANJE, DELO IN VARSTVO DORNAVA

### LEISURE ACTIVITIES AT DORNAVA INSTITUTE

Jerneja Lesjak<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Špela Meznarič<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

#### IZVLEČEK:

**Izhodišča:** Osebe z motnjami v duševnem razvoju potrebujejo posebno oskrbo in obravnavo. Zaradi primanjkljajev pri procesnih, motoričnih in komunikacijsko-interakcijskih spretnosti imajo pogosto težave na različnih področjih okupacije. Bistveno je, da se upošteva njihovo drugačnost in se jih podpre pri izvedbi vsakdanjih aktivnosti, ki bogatijo njihovo življenje. **Vsebina:** V ZUDV Dornava delovni terapevti skupaj z uporabniki načrtujejo in izvajajo prostočasovne aktivnosti. To so aktivnosti za zabavo, sprostitev, spontano uživanje in samoizražanje. Prostočasovne aktivnosti so vezane na letni koledar in tematsko opredeljene. Aktivnosti so individualno prilagojene uporabniku. Uporabnik je aktiven član, vključen kot opazovalec, poslušalec in ustvarjalec. S prostočasovnimi aktivnostmi si uporabnik izboljša lastno avtonomijo in učinkovitost, vzpodbuja občutke zadovoljstva in nadzora nad lastnim življenjem. Temeljni cilj prostočasovnih aktivnosti je, da z vključevanjem v različne skupine poteka interakcija med uporabniki, izboljšujeta se pozornost in koncentracija, na voljo pa je možnost lastne izbire, pridobivanja novih znanj in spretnosti, možnost druženja, ter socialne interakcije med posamezniki. **Zaključek:** Prosti čas je za uporabnike pozitivna vrednota in pozitivno vpliva na njihov osebni razvoj. Delovni terapevt stremi h kvalitetnejšemu življenju uporabnika in njegovemu dobremu počutju (upoštevamo njegove vrednote, interese, spretnosti).

**Ključne besede:** aktivnost, prosti čas, motnja v duševnem razvoju.

#### ABSTRACT:

**Introduction:** People with intellectual disabilities need special care and treatment. Due to deficits in processing, motor and communication-interaction skills, they often have problems in various areas of occupation. It is essential that we take into account their diversity and support them in carrying out daily activities that enrich their lives. **Content:** Occupational therapists at Dornava Institute plan and carry out leisure activities together with users. Activities are intended for fun, relaxation, spontaneous enjoyment and self-expression. Leisure activities are linked to the seasons and thematic. The activities are then tailored to the user, who is an active member involved as an observer, listener and creator. Through leisure activities, the users increase autonomy and efficiency, and achieve feelings of satisfaction and control over their lives. The main goal of enriched leisure activities is to foster positive social interactions in different group settings, develop attention and concentration, have the opportunity to make a free choice, acquire new knowledge and skills, and to socialize. **Conclusion:** Leisure is a positive value for our users and positively influences their personal development. Occupational therapists strive for higher quality of life and user's well-being while acknowledging their values, preferences and capabilities.

**Keywords:** activity, leisure, intellectual disability

## VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA V PROJEKTU PROGRAM DODATNEGA USPOSABLJANJA

### THE ROLE OF AN OCCUPATIONAL THERAPIST IN THE ADDITIONAL TRAINING PROGRAMME PROJECT

Aleksandra Poniž Rupnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup> Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Vipava

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Delo je za osebe z motnjo v duševnem razvoju pomembno, saj je vir osebnega zadovoljstva, spodbuja razvijanje veščin, ki povečujejo participacijo v družbi, omogoča pridobivanje novih socialnih izkušenj, širi repertoar vlog v življenju in okolju, prispeva k večji neodvisnosti. S spodbujanjem aktivnosti na področju dela se pri osebah z motnjo v duševnem razvoju vzporedno vpliva tudi na izboljšanje kakovosti življenja v smislu skrbi zase. Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Vipava skupaj s štirimi konzorcijskimi partnerji od leta 2017 do leta 2022 izvaja projekt Program dodatnega usposabljanja (PDU), ki spodbuja socialno vključenost oseb z motnjo v duševnem razvoju v lokalno okolje ter s tem povečuje njihovih poklicnih kompetenc. Projekt PDU poteka v obliki šestih modulov. K izvajanju dveh modulov je bila v šolskem letu 2018/19 vključena delovna terapevtka. **Vsebina:** V projektu PDU sodelujejo učenci z lažjo in zmerno motnjo v duševnem razvoju ter drugimi motnjami (učenci s spektroavtistično motnjo, gluhi in naglušni, gibalno ovirani in učenci z govorno-jezikovno motnjo), ki so vključeni v višje razrede osnovne šole s prilagojenim programom z nižjim izobrazbenim standardom ali se usposabljujejo na višjih stopnjah posebnega programa vzgoje in izobraževanja. V okviru modula Priprava in spremljanje ciljne populacije je delovna terapevtka z vsakim vključenim učencem pripravila tranzicijski individualiziran program, ki vsebuje posameznikova močna področja, interese in življenjski načrt. Pet učencev je bilo vključenih v modul Sodelovanje v obrtnih storitvah, kjer so pod mentorstvom delovne terapevtke vsak teden kontinuirano odhajali k zunanjim delodajalcem, v praksi spoznavali delovno okolje in opravljali enostavnejša dela, primerna njihovim posebnostim in zmožnostim. Dela so potekala v trgovini, pralnici, knjižnici, v CIRIUS-u ter na Biotehniški šoli. Za vsakega učenca se je poleg individualnega vodenja upoštevalo optimalno prilagoditev dela s časovnimi in prostorskimi prilagoditvami ter po potrebi s prilagoditvami delovnih pripomočkov. V ta namen je delovna terapevtka za sodelujoče delodajalce pripravila izobraževanje, kjer so, poleg osnovnih značilnosti in potreb učencev, spoznali tudi možne prilagoditve delovnega okolja. **Zaključek:** Delodajalci so prisluhnili predlogom delovne terapevtke glede izbire primernih del in prilagoditev delovnega okolja. Učenci so pri rednem vključevanju v delovni proces pod mentorstvom delovne terapevtke razvijali nova znanja in spretnosti ter pridobili izkušnje, vztrajnost in socialne veščine. Njihovo vedenje je postalo bolj odgovorno, pridobili so si nove vloge. Še vedno pa bodo učenci, glede na naravo njihovih primanjkljajev, potrebovali vodeno obliko vključevanja v delovni proces, saj ni mogoče pričakovati, da bi zmogli izpolnjevati zahteve po storilnosti.

**Ključne besede:** osebe z motnjo v duševnem razvoju, tranzicijski individualiziran program, sodelovanje v obrtnih storitvah

## ABSTRACT

**Introduction:** Working is important to people with mental disorders, as it is a source of personal satisfaction, encourages the development of skills that increase participation in society, enables the acquisition of new social experiences, expands the repertoire of roles in everyday life and the community, and contributes to greater independence. Encouraging work-related activities also improves the quality of life in terms of self-care in people with mental disorders. The Vipava Centre for Education, Rehabilitation and Training and four consortium partners are implementing the Additional Training Programme (ATP) project from 2017 to 2020 to encourage social participation of people with mental disorders in the local community, thereby enhancing their vocational competences. The ATP project is implemented in six modules. An occupational therapist was included in the implementation of the two modules in the 2018/19 school year. **Content:** The ATP project involves students with mild and moderate mental disorders and other disorders (students with autism spectrum disorders, hearing impairment, physically handicapped and students with speech-language disorders), who attend higher years of primary school with adapted programme and a lower educational standard or a higher-level special educational programme. Within the Preparation and Monitoring of Focused Population module, an occupational therapist prepared a transitional tailored programme for each student containing the individual's strong areas, interests and life plan. Five students took part in the Working in Craft Activities module, where they were placed, under the supervision of an occupational therapist, with an external employer every week. The work placement enabled them to learn about the working environment and perform simpler tasks in accordance with their interests and abilities. They worked in a shop, a laundry shop, a library, at CIRIUS and in a biotechnological school. In addition to individual guidance, a temporal and spatial adjustment plan was made for every student, and aids were provided, if necessary. An occupational therapist prepared advice for participating employers, familiarizing them with the basic characteristics and needs of the students, and possible adaptations of the working environment. **Conclusion:** Employers listened to the suggestions when selecting suitable work and adjusting the working environment. Work placement enabled the students to develop new knowledge and skills, gain experience, and develop perseverance and social skills under the supervision of an occupational therapist. Their behaviour became more responsible, and they performed new roles. However, considering their deficits, students will still need to be guided to participate in the working process as they cannot be expected to meet productivity demands.

**Keywords:** people with mental disorders, transitional individualised programme, participation in craft activities

## NAČRTOVANJE IN IZVEDBA DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE PRI PACIENTSKI S SISTEMSKO SKLEROZO

### PLANNING AND PERFORMING OCCUPATIONAL THERAPY ON A PATIENT WITH SYSTEMATIC SCLEROSIS

Zdenka Prosič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Andreja Platnar<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Sistemska skleroza je kronična sistemska bolezen vezivnega tkiva z nepredvidljivim potekom. Prilagoditev izvedbe aktivnosti je poleg medikamentozne terapije, pomemben dodatni ukrep za lajšanje simptomov bolezni in zagotavljanja kakovosti življenja. **Vsebina:** Plakat prikazuje delovnoterapevtsko obravnavo pacientke s sistemsko sklerozo, ki je bila obravnavana na Univerzitetnem Rehabilitacijskem Inštitutu - Soča. Pri načrtovanju obravnave je bila za opredelitev problemov uporabljena Kanadska metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM), z lestvico za doseganje ciljev GAS so bili načrtovani koraki za doseg cilja izpostavljenih aktivnosti. S pomočjo individualno izdelanih pripomočkov za lažjo izvedbo aktivnosti in načrtovanimi koraki izvedbe, je ob zaključku pacientka samostojno obula nogavice, rezala hrano, pisala, tipkala, se počesala in držala povodec na prehodu s psom. **Zaključek:** Za vse aktivnosti, izpostavljene v kanadski metodi ocenjevanja izvajanja dejavnosti, so se našle strategije za samostojno izvedbo. To pomembno prispeva k napredku pri izvedbi in zadovoljstvu izbranih aktivnosti.

**Ključne besede:** sistemska skleroza, delovna terapija, lestvica doseganja ciljev, drobni ortotski pripomočki

#### ABSTRACT

**Introduction:** Systematic sclerosis is a chronic connective tissue disease with an unpredictable course. In addition to medication, adaptation of activities is a major measure to alleviate symptoms and enhance the quality of life. **Content:** The poster presents occupational therapy of a patient with systematic sclerosis who was treated at the University Rehabilitation Institute – Soča. In order to plan the therapy, the Canadian Occupational Performance Measure questionnaire was used to identify problems, while the Goal Attainment Scale (GAS) was used to plan the steps to achieve the desired goals. At the end of the treatment, the patient was able to independently put socks on, cut food, write, type, comb her hair and hold a leash using customized aids. **Conclusion:** A strategy to achieve independent performance was found for all activities identified as problematic in the Canadian Occupational Performance Measure. This contributes significantly to improving performance and satisfaction with selected activities.

**Keywords:** systematic sclerosis, occupational therapy, Goal Attainment Scale, small orthotic device

## KAJ POČIVALNIK OMOGOČI OSEBAM S TEŽKO GIBALNO OVIRANOSTJO?

### WHAT DOES THE RECLINING WHEELCHAIR OFFER PERSONS WITH SEVERE MOTOR DISORDERS?

Nataša Šinkovec<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Silva Bajde<sup>1</sup>, dipl.del.ter. s specialnimi znanji  
<sup>1</sup>CUDV Draga, Ig

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Osebe z motnjami v duševnem razvoju in dodatnimi težavami v gibanju imajo poleg osnovne motnje pogosto prisotne deformacije in pridružene dodatne bolezni. Prisotna je težka gibalna oviranost. Večino dneva so v postelji. Pri dnevnih aktivnostih potrebujejo pomoč. Počivalnik ali posebni sedež na vozičku jim omogoča, da se s pomočjo druge osebe gibljejo skozi prostor in možnost socialnih stikov v različnih okoljih. Izbrani medicinsko tehnični pripomoček lahko pripomore k večji kakovosti življenja posameznika in je pomemben kot pripomoček tudi staršem, negovalnemu in strokovnemu osebju. **Vsebina:** Predstavljena je uporaba počivalnika z individualno dodelavo pri osebah z težko gibalno oviranostjo. Prikazani so primeri različnih prilagoditev sedežnega dela in podvozja. Pri testiranju in aplikaciji pripomočka ima veliko vlogo socialno okolje. S starši, negovalnim osebjem, strokovnimi sodelavci in delovnimi terapevti je bila izvedena anketa v obliki vprašalnika o pomenu sedenja v počivalniku za posameznika. Vprašalnik je pokazal kaj je pomembno staršem (n=5), negovalnemu osebju (n=5), strokovnim sodelavcem (n=5) in delovnim terapevtom (n=5). Rezultati kažejo na veliko usmerjenost negovalnega osebja v stanje vitalnih funkcij in sposobnost sprejemanja hrane pri posamezniku. Strokovno osebje je izpostavilo velik pomen vključenosti v različne socialne sredine in stopnjo sodelovanja pri aktivnostih. Staršem pa je pomembna enostavna namestitev v sedež, možnost vožnje z avtom in izgled pripomočka. **Zaključek:** Pomembno je, da se posameznik dobro počuti v počivalniku in da socialno okolje pripomoček prenese v funkcijo. Vključenost socialnega okolja v proces pridobivanja medicinskega pripomočka in spremljanje funkcionalnosti pripomočka pripomoreta k večji kakovosti življenja posameznika z omejitvami v drži in gibanju.

**Ključne besede:** osebe z motnjami v duševnem razvoju in dodatnimi motnjami, sedenje, voziček, socialno okolje, kakovost življenja

#### ABSTRACT

**Introduction:** Persons with intellectual disabilities and additional movement disorders often have deformities and associated additional illnesses. They require the help of another person in daily activities and stay in bed most of the day. The wheelchair (recliner or a special seat on the wheelchair) allows them to move and socially engage, which helps to improve their quality of life. **Content:** The poster presents the use of medical devices (wheelchair/recliner with individual modifications) for persons with severe motor impairment. The authors present various modifications of the seat and the base frame. Social environment has a big role in the assessment and use of a wheelchair. A questionnaire on the significance of the recliner was distributed to relevant persons in the client's social

environment. The results highlighted what is important to parents (n=5), caregivers (n=5), expert staff (n=5), and occupational therapists (n=5). The caregivers stressed vital functions and the ability to eat. Expert staff emphasized inclusion in different environments and participation in different activities. The parents noted easy positioning, possibility to transport by car and appearance. **Conclusion:** It is important that the individual feels well in their wheelchair and that the social environment helps them to use it. Including social environment into acquisition and monitoring of the device contributes to a greater quality of life.

**Keywords:** persons with intellectual disabilities and other disorders, sitting positions, wheelchair, social environment, quality of life

**MODEL OBRAVNAVE V PROGRAMU NADOMESTNEGA  
SPORAZUMEVANJA ZA ODRASLE NA UNIVERZITETNEM  
REHABILITACIJSKEM INŠTITUTU SOČA**

**THE MODEL OF TREATING ADULTS WITH SPEECH LANGUAGE  
DISORDERS AT THE UNIVERSITY REHABILITATION  
INSTITUTE – SOČA**

Dejana Zajc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., spec., Alma Hukić<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Katja Perme Sušnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Marta Vidmar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Polonca Rogelj<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Gabriela Češarek Vučko<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Sonja Šmid<sup>1</sup>, dr. med.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

**IZVLEČEK**

**Uvod:** Delovni terapevti so člani rehabilitacijskega tima na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča, ki zagotavlja celovito oskrbo odrasle osebe z motnjo govorno-jezikovnega sporazumevanja. **Vsebina:** Namen prispevka je pokazati protokol, ki ga uporabljamo na oddelku za rehabilitacijo pacientov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji. Po pogodbi z ministerstvom za zdravje s tem protokolom omogočamo oskrbo odraslih s komunikatorjem. Od oktobra 2019 do maja 2020 smo obravnavali 14 oseb. Pri obravnavi sledimo klinični poti, ki opredeljuje začetno oceno, ki se izpelje ambulantno. Osebo s skrbnikom, ki bo komunikacijski partner in se pouči o upravljanju pripomočka za nadomestno komunikacijo, sprejememo za dva tedna. Delovni terapevti ocenimo funkcijo rok, po potrebi individualno prilagodimo pripomočke, ki omogočajo učinkovito rabo predpisane komunikatorja. Upravljanje je mogoče z rokami ali preko oči. Osebo ustrezno namestimo, prilagodimo invalidski voziček, nosilce za komunikator, iščemo bolnikove sposobnosti. Z bolnikom opredelimo vsebine, ki so zanj pomembne, vadimo in iščemo na kakšen način je bolnik z komunikatorjem učinkovitejši. Bolnike po treh mesecih ponovno povabimo na kontrolni pregled, da ocenimo ali so potrebne nove prilagoditve. Zanima nas tudi koliko je oseba komunikator uporabljala in katere vsebine so bile za osebo najpomembnejše. **Zaključek:** Učinkovitost protokola bomo spoznali preko sledenja komunikatorju, ko bomo imeli dovolj povratnih informacij uporabnikov.

**Ključne besede:** delovna terapija, komunikator, oseba z motnjo govorno-jezikovnega sporazumevanja

**ABSTRACT**

**Introduction:** Occupational therapists are members of a rehabilitation team at the University Rehabilitation Institute – Soča, which provides comprehensive care to adults with impaired speech and language disorders. **Content:** The purpose of this paper is to present the protocol used at the Department of Rehabilitation of Patients after Traumatic Brain injury, with Multiple Sclerosis and other Neurological Disorders. According to the contract with the Ministry of Health, the protocol enables supplying adults with a communicator. From October 2019 to May 2020, 14 such patients were treated. The

treatment follows a clinical pathway that includes an initial outpatient assessment. A patient is admitted with a caregiver who acts as the communication partner. They are taught how to use an alternative communication device for two weeks. Occupational therapists evaluate hand function and, if necessary, individually modify the devices to enable effective use, including high-tech devices with voice amplification systems or eye tracking. Occupational therapists correctly position the patient on a personalized wheelchair, provide good support for the device, and consider the patient's abilities. Communication topics are identified together with the patient, who then practices how use the device more effectively. Patients are scheduled a follow-up visit in 3 months to assess whether new adjustments are needed. We are also interested in how much the devices have been used and which topics are the most important to them. **Conclusion:** The effectiveness of the protocol will be established by monitoring the communicator once there is sufficient user feedback.

**Keywords:** occupational therapy, communicator, person with speech and language impairment

Delavnice/workshops strokovni izvlečki

## S PODPORNO TEHNOLOGIJO DO VEČJE VKLJUČENOSTI V AKTIVNOST

### USING ASSISTIVE TECHNOLOGIES TO ACHIEVE GREATER PARTICIPATION IN ACTIVITIES

Andreja Škorjanc Marinč<sup>1</sup>, učiteljica za slušno in govorno motene, Silva Bajde<sup>1</sup>,  
dipl.del.ter. s specialnimi znanji

<sup>1</sup>CUDV Draga, Ig

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Danes si težko predstavljamo dan brez tehnologije, ki je postala nepogrešljiv del življenja posameznika.. Podporna tehnologija je opredeljena kot krovni pojem za tehnologijo, opremo, naprave, aparate, sisteme in procese, ki posamezniku z omejitvami omogočajo premagovanje socialnih, infrastrukturnih in drugih ovir. Vključuje pripomočke, s katerimi si oseba z omejitvami pomaga pri izvedbi aktivnosti. Delovni terapevt ima pomembno vlogo pri uvajanju podporne tehnologije pri osebah z različnimi (fizičnimi, senzornimi, kognitivnimi) omejitvami. Pri posamezni osebi oceni potrebe po prilagoditvah aktivnosti in uporabi podporne tehnologije, jo nauči uporabljati določen pripomoček in preveri njegov vpliv na učinkovitost izvedbe aktivnosti ter oceni uporabnost pripomočka. Izhaja iz teoretičnih modelov, ki vključujejo adaptacijski pristop in pristop, usmerjen na osebo ter so osnovani na timskem pristopu. Delovni terapevt uporablja različne prilagoditve aktivnosti in po potrebi predlaga uporabo različne podorne tehnologije pri osebah z različnimi omejitvami. Namen delavnice je predstaviti uporabnost posameznega pripomočka pri osebi z omejitvami v različnih okoljih skozi teoretične modele, ki se nanašajo na podporno tehnologijo, preizkusiti primere nekaterih prilagoditev aktivnosti, izpostavili vlogo delovnega terapevta pri uvajanju podporne tehnologije in ovire, na katere lahko naleti in deliti izkušnje s prisotnimi delovnimi terapevti. **Vsebina:** Na delavnici bodo predstavljeni primeri uporabe enostavnih in kompleksnih podpornih tehnologij in pripomočkov in njihova uporabnost pri osebah z različnimi omejitvami. Predstavljeni primeri dobre prakse o učinkovitosti posameznih podpornih tehnologij pri osebah z motnjami v duševnem razvoju kažejo na širok spekter uporabe različne podporne tehnologije, ki pripomore k večji učinkovitosti v izvedbi posamezne aktivnosti. Predstavljeni bodo primeri enostavnih prilagoditev za izboljšanje stopnje sodelovanja na različnih področjih človekovega delovanja (dnevne aktivnosti, izobraževanje, pristočasna aktivnost), primeri uporabe visoke tehnološke podporne tehnologije in izvedena razprava o uporabi podporne tehnologije pri populaciji oseb z drugimi omejitvam. Predstavljene bodo spletne aplikacije, ki so uporabne kot namenske/pripravljalne aktivnosti. **Zaključek:** Delovni terapevt ima pomembno vlogo v timu za podporo s pomočjo tehnologije za osebe z različnimi omejitvami. Širok spekter podporne tehnologije in hiter razvoj tehnologije predstavljajo delovnemu terapevtu velik izziv pri uporabi podporne tehnologije: kaj uporabiti, kje, kdaj in koga vključiti. Pri odločanju za uporabo mu pomagajo teoretični modeli, ki izhajajo iz posameznika in njegovih potreb, temeljijo na timskem sodelovanju in izsledki raziskav, ki potrjujejo uporabnost posamezne tehnologije v vsakodnevni

aktivnostih (na dokazih temelječa praksa). Področje podporne tehnologije je področje, ki je v hitrem in velikem razvoju in kjer ima delovni terapevt zelo pomembno vlogo v timu za podporo s pomočjo tehnologije.

**Ključne besede:** tehnologija, oseba s posebnimi potrebami, adaptacijski pristop, teoretični modeli

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Today, it is hard to imagine a day without technology because it has become an indispensable part of life. Assistive technology includes tools that help a person with disabilities perform activities. Assistive technology is a term that describes technology, equipment, devices, appliances, systems and processes that make it possible for patients to overcome social, infrastructural and other barriers. An occupational therapist has an important role in introducing assistive technology to persons with different (physical, sensory, cognitive) disabilities, as they make an assessment of the need to modify activities or suggest the use of assistive technology, teach the person how to use it and evaluate the benefits. The main aim of the workshop is to present the use of assistive technology through different theoretical models that rely on assistive technologies for persons with different limitations in everyday life, and to highlight the role of occupational therapists in this respect. Participants have the opportunity to explore assistive technologies in different environments and to share their experience with their colleagues. **Content:** The workshop will present examples of simple and complex assistive technology and its benefits for persons with learning disabilities, which demonstrates wide-ranging possibilities of use. Presented examples will include both simple adjustments aimed at improving participation in different types of activities (daily activities, educational programs, work, leisure time) and high-technology assistive technology. In addition, its use in populations with other disabilities will be discussed. The workshop will also present web applications that can be used for preparing activities for persons with different disabilities. **Conclusion:** An occupational therapist plays an important role in the team supporting the use of technology for persons with different disabilities. A great number and range of available technology represents a challenge for occupational therapists, who have to know when, how and with whom to use it. In this respect, individual- and needs-based theoretical models and research findings can help with decision-making. Assistive technology is a rapidly growing field, where an occupational therapist plays a very important role in the assistive technologies team.

**Keywords:** assistive technologies, person with special needs, adaptation approach, theoretical models and frameworks

## PRESEJALNI INSTRUMENT ZA OCENJEVANJE ČLOVEKOVE OKUPACIJE

### MODEL OF HUMAN OCCUPATION SCREENING TOOL

Urška Jovanovič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Breda Dolničar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., viš. pred. mag. Nevenka Gričar<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana

<sup>2</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Presejalni instrument za ocenjevanje človekove okupacije (Model of human occupation screening tool – MOHOST) temelji na konceptih Modela človekove okupacije (The Model of Human Occupation – MOHO). MOHOST je najbolj fleksibilen od vseh MOHO ocenjevalnih instrumentov, ki so trenutno na voljo, saj ponuja obsežno oceno uporabnikovega sodelovanja v okupaciji. Namen delavnice je seznanitev udeležencev z ocenjevalnim instrumentom MOHOST. Na delavnici bo predstavljen teoretični del modela MOHO in ocenjevalni instrument MOHOST. Na primeru ocenjevanja uporabnika, odvisnega od prepovedanih drog, v bolnišničnem okolju bosta predstavljeni obe obliki ocenjevanja z MOHOST-om. **Vsebina:** MOHOST omogoča vpogled v uporabnikovo sodelovanje v okupaciji. Vsebuje 24 postavk, razvrščenih na šest področij ocenjevanja: motivacija za okupacijo, vzorec okupacije, komunikacijsko-interakcijske, procesne in motorične spretnosti uporabnika ter okolje. S postavkami področja motivacije za okupacijo pridobimo informacije, ali se uporabnik zaveda svojih moči in omejitev, pričakuje uspeh, se sooča z izzivi ter kakšne so njegove preference v okupaciji in njegovi okupacijski cilji. Vzorec okupacije nam daje vpogled v uporabnikovo strukturo dneva, njegove odzive na spremembe, vloge in izpolnjevanje odgovornosti. S komunikacijsko-interakcijskimi spretnostmi dobimo vpogled v uporabnikove verbalne in neverbalne spretnosti. Procesne spretnosti izpostavljajo kakšna je sposobnost za organizacijo, časovno usklajevanje in reševanje problemov, ki omogoča sodelovanje v okupaciji. Motorične spretnosti pa vključujejo položaj telesa, koordinacijo, moč in energijo. Pri oceni okolja delovni terapevt ne ocenjuje sposobnosti uporabnika za delovanje v njegovem okolju, ampak, ali ima podporno socialno in fizično okolje, ki mu omogoča smiselne aktivnosti s področja skrbi zase, produktivnosti in prostega časa. Poleg osnovne oblike lahko uporabimo tudi MOHOST Obrazec opazovanje posamezne okupacije. **Zaključek:** Na primerih iz prakse uporabnikov z motnjami v duševnem zdravju je bilo ugotovljeno, da je MOHOST ključen pri načrtovanju obravnave, saj daje podroben pregled uporabnikovih močnih točk in omejitev pri sodelovanju v okupaciji. Prav tako ugotavlja na katerem področju okupacije potrebuje uporabnik nadaljnja ocenjevanja in načrtovanje obravnave. Ker temelji na opazovanju uporabnika pri sodelovanju v okupaciji je primeren pri uporabnikih, s katerimi delovni terapevt težje izvede daljši intervju in pri tistih, ki nimajo uvida v trenutno situacijo, nimajo verbalnih spretnosti in dovolj koncentracije.

**Ključne besede:** MOHOST, Model človekove okupacije, načrtovanje obravnave, delovnoterapevtsko ocenjevanje.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) is based on the concepts developed in the Model of Human Occupation (MOHO). The MOHOST is the most flexible MOHO assessment available to date as it provides a comprehensive evaluation of a person. The aim of the workshop is to teach the participants how to use the MOHOST assessment tool. Theoretical background about the MOHO model and the MOHOST assessment tool will be presented. Both forms of the MOHOST assessment tool, which were completed in a hospital setting appraising patients hospitalised due to substance abuse, will be presented. **Content:** The MOHOST provides a broad overview of occupational participation. It consists of 24 items categorized into six sections of assessment: motivation for occupation, pattern of occupation, communication and interaction, process skills, motor skills, and environment. Items of motivation for occupation help to find out awareness of a person's strengths and limitations, expectation of success, seeking challenges and their occupational preferences and goals. Pattern of occupation provides information about the client's structure of the day, their responses to changes in their routine, their roles and their coping with responsibilities. Communication and interaction skills focus on non-verbal and verbal skills. Process skills focus on knowledge, ability to organize, timing and problem-solving and if they allow client to participate in an occupation. Motor skills include posture, co-ordination, strength and energy. With regard to rating the environment, the occupational therapist does not rate the person's skill to manage their environment but if the client has a supportive social and physical environment to allow them meaningful activities in the areas of self-care, productivity and leisure. In addition to the MOHOST, the MOHOST Data Sheet Single Observation Form can also be used. **Conclusion:** Clinical cases of patients with mental health disorders show that the MOHOST is essential in treatment planning because it helps to find out the client's strengths and weaknesses in occupational participation. It also helps the occupational therapist to find out the areas of occupational participation requiring further assessment and intervention. The MOHOST is primarily an assessment tool based on observation; therefore, it is ideally suited for use with clients who are unable to tolerate long interviews, clients who may have difficulty evaluating or articulating their own abilities because they lack insight, concentration or verbal skills.

**Key words:** MOHOST, Model of Occupation, treatment planning, occupational therapy assessment

## RISANJE REKE PO MODELU KAWA KOT OCENJEVALNA METODA V DELOVNOTERAPEVTSKI PRAKSI

### KAWA RIVER DRAWING AS AN ASSESSMENT TOOL IN OCCUPATIONAL THERAPY

Barbara Osolnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Helena Grilj<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut URI - Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** V delovnoterapevtski obravnavi je osredotočenost na uporabnika in skupno postavljanje ciljev obravnave, ki so njemu smiselni, bistvenega pomena. Enotna uporaba modelov v praksi zato ne sodi v samo filozofijo delovne terapije. Delovnoterapevtska obravnava lahko postane neučinkovita, če ne upošteva kulturnega konteksta vsakega posameznika. Model Kawa je terapevtska metoda, ki so jo razvili japonski delovni terapevti. Z njim so avtorji zapolnili vrzel v delovnoterapevtski stroki, tako da ima delovna terapija sedaj v svoji sredi tudi model, ki ne zanemari kulturnih razlik uporabnikov. Model Kawa posameznika opiše kot del okolja v katerem prebiva (fizičnega, socialnega, kulturnega), posameznik je del narave in nanj ne gleda kot na nekaj, kar je ločeno od okolja. Ta model je odziv japonskih delovnih terapevtov na težave na katere so naleteli, ko so želeli prenesti "zahodne" modele v svoje "vzhodno" okolje, saj noben od "zahodnih" modelov ne vključuje kulturnega ozadja posameznika v svoje ocenjevanje. Beseda »kawa« v japonščini pomeni reka in model Kawa uporablja besedo reka kot metaforo za življenje. Uporabnika terapevt z navodili vodi in usmerja, tako da nariše presek svoje reke življenja. Glede na potrebe obravnave je ta reka lahko sedanja, pretekla ali prihodnja in se nato uporabi za postavljanje ciljev delovnoterapevtske obravnave. Risanje reke življenja se ponovi ob zaključku obravnave uporabnika. Tako se pridobi uporabnikovo subjektivno oceno sprememb med začetnim in končnim risanjem reke. Tovrsten način ocenjevanja napredka se uporablja tudi pri obravnavi pacientov s kronično nerakavo bolečino v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča in terapevtove ugotovitve, glede subjektivno ocenjenih sprememb uporabnika, se navedejo tudi v delovnoterapevtskem poročilu in končnem izvidu uporabnika. **Vsebina:** Delavnica »Kawa, kot ocenjevalna metoda v delovnoterapevtski praksi«, bo udeležencem ponudila v prvem delu predstavitev modela, ki ga je uveljavil Michael Iwama s sodelavci, s poudarkom na kulturnem kontekstu posameznikovega bivanja. V drugem delu delavnice bo vsak udeleženec, pod vodstvom terapevtk, pridobil izkušnjo risanja reke življenja po modelu Kawa. V zaključnem delu bo diskusija o izkušnji risanja reke ter nadaljnja uporaba modela v delovnoterapevtski praksi, risanje končne reke ter tolmačenje rezultatov. **Zaključek:** Namen delavnice je osebna izkušnja risanja reke življenja po modelu Kawa, ki se bo zaključila z diskusijo udeležencev o tem, ali vidijo to ocenjevalno metodo kot nekaj, kar bi lahko uporabljali v svoji delovnoterapevtski praksi. Model Kawa je pri delu s pacienti s kronično bolečino uspešen način pridobivanja pomembnih informacij za kakovostno timsko obravnavo, prav tako pa je primeren kot ocenjevalni inštrument ocenjevanja napredka obravnave pri pacientih.

**Ključne besede:** ocenjevanje, delovna terapija, kronična ne-rakava bolečina

## ABSTRACT

**Introduction:** It is vital for occupational therapy to be user-focused and strive to establish shared and meaningful goals. Therefore, practice relying on uniform use of models is contrary to the very essence of occupational therapy philosophy. Ignoring an individual's cultural context can make occupational therapy intervention ineffective. The Kawa Model is a therapeutic method developed by Japanese occupational therapists. It fills a gap in occupational therapy, as there was no model that would focus on the cultural differences of our clients available before. An individual, as described by the Kawa model, is a part of the environment in which they live (physical, social, cultural); an individual is not separated from their environment but is considered to be part of nature. Japanese occupational therapists encountered difficulties when trying to apply western models into their eastern environment, because none of the western models incorporated the cultural background of each individual into assessment. The 'kawa' means a river in Japanese and the Kawa Model uses the river metaphor to describe life. The therapist leads the clients and guides them to draw the cross section of their own river of life. It can be a drawing of a present, past or future river, which can then be used for setting occupational therapy goals. At the end of occupational therapy intervention, a final river can be drawn and when comparing the initial and final river, changes between the two can be observed. The drawings of the initial and final versions of the river are used at University Rehabilitation Institute – Soča when treating patients with chronic non-cancer pain. The therapist notes subjective changes between the two rivers, which are included in the final occupational therapy report.

**Content:** The 'Kawa River Drawing as an Assessment Tool in Occupational Therapy' workshop consists of three parts. The Kawa model, which was developed by Michael Iwama and his colleagues, will be introduced in the first part with the emphasis on an individual's cultural context. Attendees will gain personal experience of life river drawing in the second part of the workshop. The final part is a discussion among the attendees about their experience of drawing the river and possibilities of future use of Kawa Model in occupational therapy (the final river drawing, comparing two rivers).

**Conclusion:** The aim of the workshop is to gain personal experience of the Kawa river drawing. It will conclude with the discussion of how the attendees see the possible use of this model in their own occupational therapy practice. The Kawa Model is a successful way of gaining important information, which contributes to high-quality interdisciplinary treatment, is also a suitable assessment tool for monitoring the progress of treatment.

**Keywords:** assessment, occupational therapy, chronic non-cancer pain

## »OD BESEDE DO ZGODBE«

### “FROM WORD TO STORY”

Lea Dekleva<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Vida Lovše<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup> Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Pisana beseda je pomemben delovnoterapevtski medij, ki omogoča lažje in boljše izražanje, spoznavanje sebe, naših odnosov z drugimi in okoliščin v katerih se nahajamo. Pisanje se lahko uporablja kot namenska aktivnost za izboljšanje grafomotorike, pozornosti in ohranjanje spominskih funkcij. Ustvarjalno - pisalni izzivi omogočajo, da lahko vsakdo v besedi, naslovu, zgodbi ali kratkem opisu vidi svojo zgodbo, asociacijo, misel... Tako lahko iz popolnoma konkretnih predlogov nastanejo fantazijska, abstraktna, unikatna besedila in obratno. Prav tako omogočajo, da lahko razmišljamo drugače, izven našega ustaljenega razmišljanja. **Vsebina:** Na izkustveni delavnici bodo predstavljene s teorijo podprte aktivnosti, ki se uspešno uporabljajo v praksi na področju duševnega zdravja. Od preprostih terapevtskih nalog s ciljem izboljšanja kognitivnih funkcij. Preko kompleksnejših, ki pomagajo izboljšati delovanje na nivoju spretnosti. Do končnega cilja - odstiranja možnosti, ki jih omogoča pisana beseda na poti k ustvarjalnosti in izvirnosti, kar človeka postavlja na višji nivo funkcioniranja, zavedanja sebe in pomembno krepí zaupanje v lastne veščine. **Zaključek:** Uporaba pisane besede predstavlja širok spekter namenskih aktivnosti, možnost ustvarjalne in sproščujoče pristočasne dejavnosti in terapevtske vrednosti, ker kot pravi Philip Dormer Chesterfield: »Besede so obleke misli.« **Ključne besede:** pisana beseda, delovna terapija, aktivnost, ustvarjalnost

#### ABSTRACT

**Introduction:** The written word is important occupational therapeutic tool that allows an individual to better express and get to know themselves, relationships with others and their specific personal context. Writing can be used as an activity to improve graphomotor skills and attention, preserve memory functions. Creative writing challenges enable an individual to recognize a unique story, association, thoughts and the like behind a word, a title, a story or a short description. Thus very realistic prompts may lead to fantasy, abstract or unique texts and vice versa. **Content:** The experiential workshop will present theory-supported activities that have been successfully used in mental health practice. They will include simple therapeutic tasks that aim to improve cognitive function, more complex ones that help to improve skills and the ultimate goal of the activities, which is to uncover the possibilities offered by the written word to achieve creativity and originality, which helps an individual to achieve a higher level of functioning and self-awareness, while significantly enhancing confidence in one's own skills. **Summary:** The written word incorporates a wide spectrum of purposeful activities, offers a possibility to engage in a creative and relaxing leisure activity and also has therapeutic value, or in the words of Philip Dormer Chesterfield: "Words are the dress of thoughts".

**Key words:** written word, occupational therapy, activity, creativity

## PREDSTAVITEV ČETRTE IZDAJE KOHLMANOVEGA OCENJEVANJA ŽIVLJENJSKIH SPRETNOSTI

### INTRODUCTION OF THE FORTH SERIES OF THE KOHLMAN EVALUATION OF LIVING SKILLS

Lea Korbar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Andreja Ličef<sup>2</sup>, dipl. del. ter., pred. mag. Alenka Plemelj Mohorič<sup>3</sup>, prof. def., dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Dom na Krasu, Dutovlje

<sup>2</sup>Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem

<sup>3</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Neodvisno delovanje v skupnosti zahteva spretnosti in znanja. Osebe z motnjo v duševnem zdravju, osebe s poškodbo možganov in starostniki imajo težave v vsakodnevnem delovanju in potrebujejo pomoč. Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih spretnosti je ocena znanja in spretnosti, potrebnih za neodvisno delovanje osebe v skupnosti. Poda priporočila za življenjske situacije, ki spodbujajo varnost, zdravje in neodvisnost. Četrta izdaja Kohlmanovega ocenjevanja življenjskih spretnosti je bila prevedena v slovenščino. Aktivnosti so bile prilagojene slovenskemu prostoru. **Vsebina:** V četrti izdaji Kohlmanovega ocenjevanja življenjskih spretnosti se ocenjuje trinajst aktivnosti iz petih področij: skrb zase, varnost in zdravje, upravljanje z denarjem, mobilnost in telefon ter zaposlitev in prosti čas. Ocenjevanje vključuje intervjuje – vprašanja in izvedbo nalog. Ocenjevanje je namenjeno osebam z motnjo v duševnem zdravju, osebam s poškodbo možganov in starostnikom. Povzetek ocenjevanja pove ali ima oseba življenjske spretnosti in znanje za samostojno življenje ali potrebuje pomoč, kakšno stopnjo pomoči in kdo bo izvajalec pomoči. Usmerjeno je v iskanje potrebne podpore za kakovostno življenje osebe v njenem življenjskem okolju. V ustreznem okolju je možnost uspeha večja, kar posledično omogoči večje zadovoljstvo, motivacijo in neodvisnost; to vse pa so dejavniki za bolj zdravega posameznika. Ocenjevanje je bilo v Sloveniji preverjeno pri osebah z motnjo v duševnem zdravju in pri starostnikih. Delovni terapevti so potrdili ustreznost ocenjevanja za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave kakor tudi za koristno informacijo za timsko delo. **Zaključek:** Delavnica je namenjena delovnim terapevtom, ki se v obravnavi srečujejo z osebami, ki imajo težave pri življenjskih spretnostih potrebnih za samostojno delovanje v skupnosti. Delovni terapevti, ki obravnavajo osebe z motnjo v duševnem zdravju, osebe s kognitivnimi težavami ali starostnike, ki se po hospitalizaciji ali rehabilitaciji vračajo domov in potrebujejo oceno in organizacijo potrebne pomoči, bodo pridobili nova uporabna znanja.

**Ključne besede:** osebe z motnjo v duševnem zdravju, osebe s poškodbo možganov, starostniki, delovanje, stopnja potrebne pomoči

#### ABSTRACT

**Introduction:** Ability to function independently in the community requires a set of skills and knowledge. People with mental health disorders, people with brain damage and the elderly have problems in their day-to-day functioning and need help. The Kohlman

Evaluation of Living Skills is an assessment of the skills needed to function independently in the community, which provides recommendations for life situations that promote safety, health and independence. The fourth edition of the Kohlman Evaluation of Living Skills has been translated into Slovenian and the activities were adapted to the local context. **Content:** The fourth edition of the Kohlman Evaluation of Living Skills assesses thirteen activities in five areas: self-care, safety and health, money management, mobility and telephone, and employment and leisure. The test consists of an interview and task performance, and is intended for evaluating people with mental health disorders, people with brain damage and geriatric population. The assessment summary indicates whether the person has the skills and knowledge to live independently or needs help, the level of required assistance, and the type of the desired aid provider. It seeks to procure the necessary support needed for a person to function in their living environment. In an appropriate environment, success is more likely, which in turn leads to greater satisfaction, motivation and independence; these all contribute to helping individuals get healthier. In Slovenia, the test has been verified for persons with mental health disorders and the elderly. Occupational therapists confirmed that it was suitable for planning occupational therapy treatment and provided useful information for teamwork. **Conclusion:** The workshop is intended for occupational therapists who encounter people with problems associated with the living skills necessary to function independently in the community. Occupational therapists treating people with mental health problems or cognitive problems, or the elderly who return home after hospitalization or rehabilitation and need to be assessed in order to organise the necessary assistance will gain practical skills. **Keywords:** people with mental disorders, people with brain damage, the elderly, functioning, level of assistance

## KOMUNIKACIJSKA SKUPINA

## COMMUNICATION GROUP

Matej Kraner<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Dušanka Nahtigal<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni klinični center Maribor

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Komunikacijska skupina je terapevtska skupina, katere poudarek temelji na kognitivnem področju. Pri sami izvedbi je uporabljen predvsem socialno-interakcijski pristop, kjer se lahko govori o oblikah in učinkih neposrednega delovanja aktivnosti ene ali več oseb na vedenje drugih oseb. Uporabljeni sta tako verbalna kot tudi neverbalna komunikacija. Namen delavnice je udeležencem predstaviti teoretična izhodišča ter ponuditi praktično izkušnjo poteka komunikacijske skupine. **Vsebina:** Med izvedbo komunikacijske skupine je poudarek na treningu oz. pridobivanju izkušenj komunikacijsko-socialnih spretnosti. Na skupini se pacienti medsebojno spoznavajo, prilagajajo ostalim članom skupine, premagujejo strah pred javnim nastopanjem, se medsebojno vodijo, izboljšujejo prostorsko orientacijo, izboljšujejo koordinacijo gibov in telesno shemo, omogočeno jim je, da delujejo kot skupina in uporabljajo elemente verbalne in neverbalne komunikacije. **Zaključek:** Delavnica se bo zaključila z refleksijo udeležencev in diskusijo o možnostih uporabe komunikacijske skupine v praksi tekom procesa zdravljenja.

**Ključne besede:** terapevtska skupina, medsebojno sodelovanje, socialne spretnosti, verbalna in neverbalna komunikacija

### ABSTRACT

**Introduction:** The communication group is a therapeutic group which focuses on the cognitive approach. Therapeutic treatment mainly relies on a social interaction-based approach, where the forms and the effects of an activity of one or more persons have a direct impact on the behaviour of other persons. Both verbal and non-verbal communication is used. The purpose of the workshop is to present the theoretical premise and to enable the participants to experience how the process of therapeutic treatment is addressed by the communication group in practice. **Content:** In therapy provided by the communication group, the emphasis is on training and acquiring experience in social communications skills. Patients get to know one another, adapt to the rest of the group, overcome their fear of public presentation, lead each other, improve spatial orientation, movement coordination and physical awareness, and can function as a team, all the while using elements of verbal and non-verbal communication. **Conclusion:** The workshop will conclude with participants' reflections and comments, which will be followed by a discussion on the possibilities using communication groups in the course of treatment.

**Key words:** therapeutic group, cooperation, communication skills, verbal and non-verbal communication

## PROCESIRANJE ČUTNIH ZAZNAV

### PROCESSING SENSORY PERCEPTION

Florjana von Pilpach<sup>1</sup>, dipl. del. ter. mag.sd., Lucija Habič<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Telo komunicira z okoljem preko čutnih zaznav. Človek je v svojem delovanju odvisen od dražljajev iz zunanjega okolja. Čutni sistem omogoča sprejem in »obdelavo« prispelih podatkov in, na osnovi teh vpliva na delovanje telesa. Vse te informacije so potrebne za nemoteno funkcioniranje.

Z izkušnjo zmanjšanja čutnih zaznav vseh, ki sodelujejo v procesu zdravljenja, bi bilo sodelovanje s starostniki lažje in boljše. Prilagojeno okolje z zmanjšanjem čutnih zaznav pri zdravih ljudeh, odpre nov pogled v situacijo starostnikov. Motnje funkcije čutil imajo velik vpliv na življenje starostnikov. Predvsem velja to za motnje vida in sluha. Tudi ostala čutila pešajo in spreminjajo starostnikovo kakovost življenja in funkcioniranje v okolju.

**Vsebina:** V sedanjem času, se največ informacij pridobi preko vida in sluha. Vendar je pomembno, da se ne pozabi na preostala čutila, saj se lahko oslabeledo čutilo pogojno nadomesti z drugim čutilom. Predvsem pri starostnikih je opazno pešanje čutnih zaznav. Pristop delovnega terapevta mora biti individualno prilagojen in temeljiti na zavedanju, da nekatera čutila pešajo. **Zaključek:** Življenje s staranjem ne postaja lažje. Zmanjšuje se telesna aktivnost in kognitivne sposobnosti. Spremeni se tudi funkcija čutil.

**Ključne besede:** staranje, sprejemanje informacij, zmanjšanje zunanjih dražljajev.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The human body communicates with its environment through sensory perception. In order to function properly, a person needs stimuli from the external environment. The sensory system enables the reception and processing of information, which in turn affect the functioning of the body. All this information is necessary for a person to function normally. Experiencing sensory deprivation in an adapted environment would help everyone involved in treating the elderly and provide a new insight, as sensory dysfunction has a great effect on the lives of the elderly. The impact is most pronounced with visual and hearing impairment but other senses deteriorate too and affect the quality of life and the functioning of the elderly. **Content:** While in the present most information is obtained through sight and hearing, other senses should not be disregarded, as impaired senses can only be conditionally replaced by other senses. Impaired sensory perception is particularly noticeable in the elderly. The approach of an occupational therapist must be tailored to the individual and based on the awareness that some senses are deteriorating.

**Conclusion:** Life does not get easier with aging. Physical and cognitive abilities diminish, with the function of the senses also changing.

**Keywords:** aging, receiving information, reduction in external stimuli

## UPORABA FUNKCIJSKEGA TESTA ZGORNJEGA UDA V DELOVNI TERAPIJI

### THE USE OF ACTION RESEARCH ARM TEST IN OCCUPATIONAL THERAPY

Jerneja Debevc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Lea Gabrovšek<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tibor Kafel<sup>1</sup>, dipl. del. ter.,  
Marko Vidovič<sup>1,2</sup>, mag. kin., dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

<sup>2</sup>Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Funkcijski test zgornjega uda (angl. Action Research Arm Test- ARAT) je standardiziran test za oceno funkcijske sposobnosti zgornjega uda. Je dokazano veljaven, zanesljiv, specifičen in občutljiv na spremembe pri pacientih po možganski kapi v vseh obdobjih, multiplo sklerozo, Parkinsonovo boleznijo, nezgodno možgansko poškodbo ter okvaro hrbtenjače. Namen delavnice je udeležencem predstaviti teoretično podlago testa s prikazom izvajanja ocenjevanja ter jim ponuditi praktično izkušnjo izvedbe testa v paru.

**Vsebina:** Izvedba samega testa je razmeroma hitra in enostavna. Sestavljen je iz štirih podskupin oziroma devetnajstih nalog različnih zahtevnosti, ki ocenjujejo grobe, cilindrične in pincetne prijeme ter grobe gibe zgornjega uda. Ocenjevalna lestvica je štiristopenjska in ima pri vsaki nalogi razpon od 0 do 3 točk. **Zaključek:** Funkcijski test zgornjega uda je uporaben ocenjevalni instrument za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave, ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega programa, priročen za uporabo v klinični praksi in raziskovanju.

**Ključne besede:** ocenjevanje, funkcijski test zgornjega uda, funkcija zgornjega uda, rehabilitacija

#### ABSTRACT

**Introduction:** The Action Research Arm Test (ARAT) is a standardized test to assess the functional capacity of the upper limbs. It is proven to be valid, reliable, specific and sensitive to limb changes in stroke patients of all stages, patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease, traumatic brain injury and spinal cord defect. The purpose of the workshop is to present the theoretical basis of the test and a demonstration of the assessment and to offer the participants hands-on experience in performing the test in pairs. **Content:**

The test itself is relatively quick and easy to perform. It consists of four subgroups or nineteen tasks of varying complexity which evaluate grasp, grip, pinch and gross movements of the upper limb. It is rated using a four-point ordinal scale, with 0 to 3 points awarded for each task. **Conclusion:** Action Research Arm Test is a useful assessment instrument for planning occupational therapy treatment, evaluating the success of a rehabilitation program, and is also very useful in clinical practice and research.

**Keywords:** assessment, upper limb functional test, upper limb function, rehabilitation

## **PABLO TYROMOTION – PREDSTAVITEV NAPRAVE, UPORABA IN IZKUŠNJE V KLINIČNI PRAKSI**

## **PABLO TYROMOTION – INTRODUCTION OF THE DEVICE, USE AND EXPERIENCE IN CLINICAL PRACTICE**

Metka Javh<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Katarina Košir<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tina T. Jeras<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča

### **IZVLEČEK**

**Izhodišča:** V rehabilitaciji bolnikov po možganski kapi se vse bolj uporablja različne robotske naprave, ki so povezane z virtualnim okoljem. Omogočajo intenzivno terapijo z večkratnimi ponovitvami. Vadba je preprosta, merljiva, ponovljiva in omogoča različne obsege gibanja. V Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča se v klinični praksi uporablja robotsko napravo Pablo Tyromotion. **Vsebina:** Robotska naprava Pablo Tyromotion je sestavljena iz različnih senzorjev povezanih z računalnikom, kjer so v programu pripravljene različne naloge. Senzorji omogočajo gibanje v različnih ravninah. Ročni senzor (Hand sensor) se uporablja za izvajanje nalog v dvodimenzionalnem prostoru, medtem ko senzorja v obliki krogle (Multiball) in podporna deska z držali (Multiboard) omogočata izvajanje v trodimenzionalnem prostoru.

Pomembno je poudariti, da vadba na robotskih napravah ne nadomesti klasične delovne terapevtske obravnave, lahko pa ima pozitiven doprinos k hitrejšemu napredku pri rehabilitaciji. Naprava Pablo Tyromotion nudi različne možnosti vadbe, ki bodo predstavljene na delavnici. **Zaključek:** Zadnja leta je objavljenih vse več raziskav, ki potrjujejo izboljšanje motoričnih spretnosti in opravljanje dnevnih aktivnosti pri bolnikih, ki so bili vključeni v vadbo na robotskih napravah. Vadba na napravi vpliva tudi na izboljšanje kognitivnih spretnosti. Predstavljene bodo izkušnje, možen bo preizkus vadbe na napravi.

**Ključne besede:** robotska naprava, virtualno okolje, delovna terapija

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Various robotic devices with virtual reality are increasingly used in the rehabilitation of stroke patients. They provide intensive therapy with multiple repetitions. The exercises are simple, measurable, repeatable and allow for different ranges of motion. In clinical practice, Pablo Tyromotion, a robotic device, is used in the University Rehabilitation Institute – Soča. **Content:** The Pablo Tyromotion robotic device consists of various sensors connected to a computer, where various tasks are prepared in the program. Sensors allow movement on different planes. The hand sensor is used to perform tasks in two-dimensional space, while the ball-shaped sensors (Multiball) and the multi-purpose board (Multiboard) allow execution in three-dimensional space.

While it should be emphasized that exercise on robotic devices does not replace traditional occupational therapy, it may contribute to faster progress of rehabilitation. The Pablo Tyromotion device offers a variety of training options that will be presented at the workshop. **Conclusion:** In recent years, there has been an increasing body of research that

confirms the improvement of motor skills and daily activities in patients enrolled in exercise training programs on robotic devices. Exercise on the device also has a positive effect on cognitive skills.

Experience will be presented, and a test of training on the device will be possible.

**Keywords:** robot, virtual reality, occupational therapy

## ROBOTSKO PODPRTA TERAPIJA V REHABILITACIJI ROKE

### ROBOT-ASSISTED THERAPY IN THE REHABILITATION OF THE HAND

Tibor Kafel<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Jerneja Debevc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Marko Vidovič<sup>1,2</sup>, mag. kin., dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

<sup>2</sup>Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Namen delavnice je predstaviti osnove uporabe naprave Amadeo<sup>®</sup> za potrebe rehabilitacije roke v procesu delovne terapije. **Vsebina:** Na dokazih temelječa robotsko podprta terapija omogoča izboljšanje funkcije roke predvsem pri omejenem gibanju in slabši mišični moči v roki. Gibanje na napravi je sestavljeno iz iztega in upogiba prstov. Ob tem so možne različne nastavitve, od popolnoma pasivnih gibov, asistiranih kot tudi aktivnih gibov. Programska oprema s spodbujajočim virtualnim okoljem pozitivno vpliva na motivacijo pacienta. Zanimivost naprave je funkcija proženja mehanskih vibracij, s katerimi se znižuje mišični tonus pri spastičnih rokah. Ključna dodana vrednost naprave je princip motoričnega učenja, ki spodbuja nevroplastičnost možganov in hitrejšo okrevanje. **Zaključek:** Učinkovitost terapije je boljša v sub - akutni in akutni fazi kot pri kroničnih pacientih ter tistih z več ohranjene funkcije na začetku obravnave. Ker pa naprava ne posnema naravnega gibanja roke, je prenos naučenega v vsakodnevne dejavnosti relativno majhen. Iz tega razloga ne more biti uporabljena kot samostojna metoda v rehabilitaciji ampak izključno kot dodatek h klasični delovni terapiji.

**Ključne besede:** Delovna terapija, rehabilitacija, funkcija roke, robotske naprave, Amadeo<sup>®</sup>

#### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of the workshop is to present the basic use of the Amadeo<sup>®</sup> device for the rehabilitation of the hand in the course of occupational therapy. **Content:** Evidence-based robotic assisted-therapy facilitates improvement of hand function, especially in decreased range of motion and muscle strength. The device allows moving the fingers into flexion and extension. Moreover, it can be adjusted for passive movement, active-assisted and active movement. The virtual-reality software positively impacts the patient's motivation. In addition, the device can produce mechanical vibrations, which are used for decreasing muscle tone in spastic hands. However, the key factor of the device is the principle of motor learning, which encourages the brain's neuro plasticity and therefore faster rehabilitation. **Conclusion:** The effectiveness of robot-assisted therapy is better in subacute and acute phases after injuries than chronic, as well as in patients with more residual functions at the beginning of the intervention. Moreover, the transfer of the learned movement into activities of daily living is relatively low, because the device does not mimic the natural movement pattern of the hand. Therefore, it should not be used as a standalone rehabilitation method but rather to complement conventional occupational therapy.

**Keywords:** occupational therapy, rehabilitation, hand function, robotic devices, Amadeo<sup>®</sup>

## BAZALNA STIMULACIJA V PRAKSI V DOMU STAREJŠIH OBČANOV KRŠKO

### USE OF BASAL STIMULATION IN KRŠKO NURSING HOME

Sergeja Harapin Kostevc<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Nataša Močnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter., višja svetovalka

<sup>1</sup>Dom starejših občanov Krško, Krško

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Bazalna stimulacija omogoča vzpostaviti kontakt s stanovanca v delovnoterapevtski obravnavi s pomočjo različnih dražljajev. Je način komunikacije s stanovanca na verbalni in neverbalni ravni. Prav tako pa omogoča pomoč pri vzpostavljanju zaupanja in da se stanovanca izrazijo na njim lasten način, katerega so še sposobni izvesti. Lažje odstiramo tiste skrite kotičke, ki jih še nismo odkrili. **Vsebina:** V Domu starejših občanov Krško se bazalna stimulacija uporablja z roko v roki s poznavanjem življenjskih zgodb stanovalcev. Predstavljene bodo tehnike in pristopi bazalne stimulacije, ki jih bodo lahko delovni terapevti uporabili pri svojih obravnavah, vsakdanjem delu in pri sodelovanju s sodelavci. Poudarek bo na praktični izvedbi tehnik s katerimi bodo udeleženci dobili nove izkušnje. **Zaključek:** Praktični del delavnice temelji na lastnih izkušnjah tekom nekaj let izvajanja bazalne stimulacije. Spoznanja o vplivu le te, so pri naših stanovalcih zelo pozitivna, predvsem zaradi večjega zaupanja, pripravljenosti za boljše sodelovanje...

**Ključne besede:** tehnike, komunikacija, dražljaji, sproščenost, redno izvajanje

#### ABSTRACT

**Introduction:** Basal stimulation makes it possible to establish contact with residents in an occupational therapy session by providing different stimuli. It is a good way to communicate with residents on verbal and non-verbal levels, helps to establish trust and makes it possible for residents to communicate in the way that they are still able to. It is easier to discover the hidden corners that are difficult to find. In Krško Nursing Home the use of basal stimulation is based on knowing the residents' life stories. **Content:** The workshop will introduce techniques and approaches of basal stimulation, which occupational therapists can use in therapy, everyday work and team work. The main emphasis will be on performing techniques, which will provide participants with first-hand experience. **Conclusion:** The practical part of the workshop is based on first-hand experiences of providing basal stimulation for many years. We have found its effects to be immensely positive for our residents, who have greater trust, are more inclined to cooperate and the like.

**Keywords:** techniques, communication, stimulants, relaxation, regular performance

## PREPOZNAVANJE IN OCENJEVANJE MOTENJ SENZORNE INTEGRACIJE

### ASSESSMENT OF SENSORY INTEGRATION DIFFICULTIES

mag. Nevenka Gričar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Jerneja Čretnik<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

<sup>2</sup>Zdravstveni dom Velenje, Razvojna ambulanta

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Motnje senzorne integracije vključujejo posebnosti v senzorni odzivnosti (modulaciji), diskriminaciji (razlikovanju), zaznavanju in uporabi občutkov v okolju. Težave, ki se kažejo pri otroku, so odvisne od tega, kje v procesu in na katerem senzornem sistemu je motnja. V teoriji in praksi senzorne integracije se ločijo na motnje senzorne modulacije ter motnje povezovanja in praksije.

Senzorna modulacija je sposobnost osrednjega živčnega sistema, da uravnava lastno aktivnost. S pomočjo modulacije se prenos pomembnih sporočil po nevronih pospeši, prenos manj pomembnih sporočil pa se zmanjša ali izloči. To otroku omogoča ustrezen in učinkovit odziv, brez nepotrebnih aktivnosti. Če ima otrok težave z modulacijo, postane vznemirjen, nepozoren oz. ga pri njegovem delovanju motijo vse nepomembne informacije iz okolja ali pa se na pomembne premalo odzove.

Motnja na področju senzorne integracije se lahko kaže tudi kot dispraksija, ki povzroča težave z gibanjem, koordinacijo in organizacijo giba ter bolj kompleksnih novih aktivnosti. Pri ocenjevanju motnje senzorne integracije mora delovni terapevt pridobiti informacije tako o otrokovem vključevanju v vsakdanje aktivnosti kot tudi po potrebi izvesti ocenjevanje na nivoju spretnosti in/ali funkcij. Trenutno se po celem svetu pridobivajo normativni podatki z novim ocenjevalnim instrumentom »Evaluation in Ayres Sensory Intergration« (EASI), ki je v fazi razvoja. **Vsebina:** Namen instrumenta je ponuditi sklop zanesljivih in veljavnih testov za ocenjevanje ključnih funkcij senzorne integracije, ki so pomembne za učenje, vedenje in participacijo. Trenutno ga sestavlja 20 testov, namenjenih otrokom od 3. do 12. leta starosti. Prednost instrumenta je, da bo cenovno bolj dostopen kot nekateri drugi podobni standardizirani testi. Na delavnici bodo udeleženci dobili osnovne informacije o instrumentu za presejalno ocenjevanje. Delo bo potekalo preko demonstracije, izkustvenega učenja. **Zaključek:** Namen delavnice je pridobivanje znanja, ki delovnim terapevtom pomaga pri razmišljanju, na kakšen način lahko pridobijo določene informacije glede predelave senzornih prilivov, pa čeprav je to na nestandardiziran način. Pridobljeno teoretično znanje in izkušnje z ocenjevalnim instrumentom lahko pomagajo udeležencem pri lažjem kliničnem sklepanju, ali bi bilo potrebno narediti širše ocenjevanje glede senzorne integracije.

**Ključne besede:** vrednotenje, otroci, dispraksija, motnja modulacije

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Sensory integration dysfunction includes abnormalities in sensory responsiveness (modulation), discrimination, perception and the use of sensations in the environment. Children's challenges depend on what in sensory processing and which sensory system is affected. The theory and practice of sensory integration distinguishes between sensory modulation dysfunction and dyspraxia.

Sensory modulation is the ability of the central nervous system to regulate its own activity. Through modulation, the transmission of important information along neurons is accelerated, and the transmission of less important information is reduced or eliminated. This allows a child to respond appropriately and efficiently without unnecessary activity. If a child has modulation issues they become disturbed or inattentive, i. e. they get distracted by all the irrelevant information from the environment or under-respond to important information.

Sensory integration disorder may also manifest itself as dyspraxia, which causes motor planning problems, problems with coordination and organization of movement, and more complex new activities. When evaluating sensory integration dysfunction, the occupational therapist must obtain information on the child's engagement in daily activities and, if necessary, also make an assessment at the level of skills and/or functions. The new standard test set used to obtain relevant information is the Evaluation in Ayres Sensory Intergration–EASI.

**Content:** The purpose of the EASI is to offer a set of reliable and valid tests for evaluating key sensory integration functions relevant to learning, behaviour and participation. It consists of 20 tests aimed at children aged from 3 to 12. The advantage of the EASI is that it will be more affordable than some other similar standardized tests. At the workshop, participants will receive basic information about the EASI and familiarize themselves with ideas for screening at the stage where the occupational therapist is still weighing whether the child's difficulties could be connected to sensory processing disorder. Different teaching methods, including demonstration, experiential learning and discussion will be used to determine which children could be assessed in a similar way.

**Conclusion:** The purpose of the workshop is not to learn how to use a standardized assessment instrument but to acquire knowledge that can help occupational therapists to think about how to obtain certain information regarding sensory processing, even in non-standardized manners. This theoretical knowledge and experience with delivering the EASI tests may help participants to improve their clinical decision-making when determining whether a wider assessment regarding sensory integration is necessary.

**Keywords:** assessment, children, dyspraxia, modulation disorder

## KAJ POMENI DOBRO SEDENJE V AKTIVNEM VOZIČKU?

## WHAT IS GOOD SEATING IN AN ACTIVE WHEELCHAIR?

Petra Grabner<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Urša Miklič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tanja Štefančič Smisl<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Anja Vesenjāk<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tibor Kafel<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

### IZVLEČEK

**Uvod:** Voziček na ročni pogon je pripomoček, ki osebam z zmanjšano zmožnostjo gibanja omogoča premagovanje razdalj in vključevanje v okolje. **Vsebina:** V zadnjih desetletjih je tehnološki razvoj omogočil načrtovanje in izdelavo aktivnih vozičkov iz lažjih materialov in s sestavnimi deli, ki omogočajo lažje funkcioniranje. Glede na nivo in obseg okvare delovni terapevt pri testiranju upošteva osnovne pogoje dobrega sedenja, bivalne razmere, delovno mesto, način zlaganja in transporta vozička. Delavnica je oblikovana na podlagi dosedanjih izkušenj in sodelovanja z uporabniki in dobavitelji. Namenjena je strokovnim delavcem, ki v svoji praksi obravnavajo uporabnike na vozičkih. V delavnici bodo predstavljene osnovne zakonitosti testiranja vozičkov, osnovni elementi z možnostjo prilagoditev, ter pravilno nameščanje osebe v voziček. **Zaključek:** Prilagoditev in oprema z ustreznimi pripomočki za gibanje posamezniku omogočajo, da sodeluje v raznovrstnih življenjskih dejavnostih v domačem okolju. Zmore se tudi bolj dejavno vključevati v širšo družbo, kar vse pomembno vpliva na večjo kakovost njegovega življenja.

**Ključne besede:** delovna terapija, testiranje vozička na ročni pogon, nameščanje

### ABSTRACT

**Introduction:** Manual wheelchair is an assistive aid that enables persons with impaired mobility to move larger distances and to interact more with their environment. **Content:** Technological advances in the last decades have enabled manual wheelchairs to be designed and manufactured out of lighter materials and integral parts, which facilitate better functioning. When occupational therapist test wheelchairs, they consider the patient's injury and dysfunction, conditions at home and in the working environment as well as the folding technique and transportation of the wheelchair. The workshop is based on our experience and cooperation with wheelchair users and providers. It is intended for professionals who work with wheelchair users. The workshop will present the basic principles of wheelchair testing, adaptable integral parts as well as proper wheelchair seating and positioning. **Conclusion:** Adaptations and equipment with appropriate assistive aids for mobility allow the individuals to participate in various everyday activities in their home environment. Moreover, they enable the individuals to partake in social interactions, which has a significantly impact on their quality of life.

**Keywords:** occupational therapy, manual wheelchair testing, positioning

## UPORABA WOLFOVEGA TESTA MOTORIČNIH FUNKCIJ V DELOVNI TERAPIJI

### THE USE OF THE WOLF MOTOR FUNCTION TEST IN OCCUPATIONAL THERAPY

Katarina Košir<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Tina Tinkara Jeras<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Slavi Kotnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Pravilna izbira in uporaba ocenjevalnih inštrumentov je zelo pomembna za načrtovanje in vrednotenje delovnoterapevtske obravnave. Z ocenjevalnimi inštrumenti delovni terapevt pridobi merljive in objektivne podatke o posameznikovih spretnostih oziroma omejitvah, ki so bistvene za njegovo vsakodnevno življenje. Na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča, delovni terapevti kot enega od standardni ocenjevalnih inštrumentov za oceno motoričnih funkcij zgornjega uda, uporabljajo Wolfov test motoričnih funkcij (angl. Wolf Motor Function Test). **Vsebina:** Wolfov test motoričnih funkcij je ocenjevalni inštrument na ravni aktivnosti, z njim se kvantitativno ocenjuje motorične spretnosti zgornjih udov. Vsebuje 17 nalog: 15 funkcionalnih nalog in 2 nalogi, ki merita moč. Test poda tri skupine rezultatov, in sicer: časovno merjene rezultate v sekundah, ki pokažejo hitrost izvedbe; rezultate ocene funkcijske sposobnosti (šeststopenjska lestvica), ki pokažejo kakovost izvedbe in pa moč stiska v kilogramih. Rezultati vseh treh delov testa so srednje vrednosti posameznih delov testa. Za izvedbo testa se potrebuje približno 45 minut in predpisani pripomočki. **Zaključek:** Ocenjevanje je bistvena komponenta delovnoterapevtske obravnave in poteka ves čas od pridobivanja začetnih informacij do končnega poročila. Iz tega sledi, da na podlagi pridobljenih podatkov iz Wolfovega testa motoričnih funkcij, delovni terapevt lahko načrtuje obravnavo in dokazuje učinkovitost uporabljenih terapevtskih pristopov. Udeleženci delavnice bodo spoznali Wolfov test motoričnih funkcij in ga tudi praktično preizkusili.

**Ključne besede:** Ocenjevanje, zgornji ud, aktivnost.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The correct choice and use of assessment instruments are very important for planning and evaluating occupational therapy intervention. Assessment instruments help the occupational therapist to obtain measurable and objective information about an individual's skills or limitations that are essential to their daily life. At the University Rehabilitation Institute - Soča, occupational therapists use the Wolf Motor Function Test as a standard assessment instrument for assessing upper limb motor function. **Content:** The Wolf Motor Function Test is an assessment instrument that quantitatively assesses upper limb motor skills at the level of activity. It contains 17 tasks, of which 15 are functional tasks and 2 are power tasks. The test provides three sets of results: timed results (in seconds) that show the speed of task execution; the results of an assessment of functional ability (six-level scale) showing the quality of performance; and gross motor strength in kilograms. The results of all three parts of the test are the mean values of the individual parts of the test. It

takes about 45 minutes to complete the test using the required tools. **Conclusion:** Assessment is an essential component of occupational therapy intervention and is ongoing through the whole course of therapy, from gathering initial information to the final report. Therefore, based on the data obtained from the Wolf Motor Function Test, an occupational therapist can plan the treatment and demonstrate the effectiveness of the therapeutic approaches used. Workshop participants will learn about the Wolf Motor Function test and perform it.

**Keywords:** assessment, upper limb, activity.

Qmed®

MEYRA  
*medical*

## MDH opornice s strastjo do športa

- Kolenske opornice
- Križni pasovi
- Opornice za gleženj
- Opornice za ahilovo tetivo
- TLS opornice



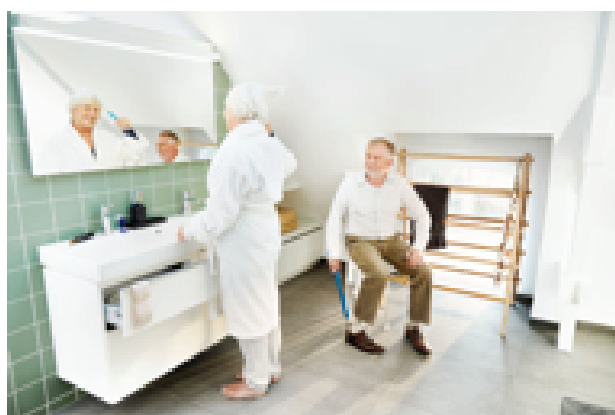
diaFIT 3D

Zastopa in prodaja: DIAFIT d.o.o., Spodnji Stemen 6, 2352 Selnica ob Dravi  
T: 02 / 674 08 51, 02 / 674 08 52, E: veleprodaja@diafit.si, www.diafit.si

# SENZORIKA VARGA

Specializirana trgovina s pripomočki  
za osebe s posebnimi potrebami

- ✓ **Senzorika Varga je specializirana trgovina, ki nudi vse za senzorno integracijo; tudi po Ayresovi metodi (Ayres Sensory Integration therapy – ASI)**
- ✓ **Pripomočki pomagajo razvijati čutila in sposobnosti**
- ✓ **Zaupalo že več kot 170 ustanov iz Slovenije in tujine**
- ✓ **Pripomočki so A-testirani in imajo ustrezní certifikat za uporabo**
- ✓ **Naročniki so vrtci, šole, VDC-ji, domovi za starostnike in druge ustanove**



- ✓ **Več kot 100 specialnih, senzornih igrač za najboljši razvoj otrok**
- ✓ **Pripomočki za osebe s posebnimi potrebami ter starostnike**
- ✓ **Vse za senzorno integracijo**
- ✓ **Oprema za senzorne sobe in snoezelen | čutne sobe**

## Kontaktni podatki

@: [info@senzorika-varga.si](mailto:info@senzorika-varga.si) | t: 031 314 963

[www.medicinski-pripomocki.com](http://www.medicinski-pripomocki.com) | [www.senzorika-varga.si](http://www.senzorika-varga.si) | [www.pecs-metoda.si](http://www.pecs-metoda.si)

**mojvoz.si**  
EKSPERTA M&J

**MEYRA**

**BATEC**  
MOBILITY

**Ki** Mobility

**decon**

**ZA ŠPORT**



**ZA VSAK DAN**



**ZA MOBILNOST**



EXPERTA M&J d.o.o., Pokopališka 36, Ljubljana

T: 01/54 27 455; F: 01/54 27 450; E:

[info@expertamj.si](mailto:info@expertamj.si)

[www.mojvoz.si](http://www.mojvoz.si)



### **GenuTrain**

- Nove generacija z Omega viskoelastično blazinico



Široka paleta **ROHO in JAY** sedežnih blazin ter hrbtnih naslonov



### **Q700UP**

- električni voziček, ki gre v stojko.  
Možna nadgradnja s specialno krmilno enoto



### **Panthera X**

Najlažji voziček na trgu – teža vozička brez koles samo 2,1kg!



