



# Pogled v prihodnost



55 let  
izobraževanja  
**delovnih terapevtov**  
Slovenije

# POGLED V PRIHODNOST

**Posvet ob 55. letnici izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije**  
zbornik prispevkov z recenzijo

Urednica Alenka Oven



Center za  
vseživljenjsko  
učenje

**Z** Univerza v Ljubljani  
Zdravstvena fakulteta



55 let  
izobraževanja  
delovnih terapevtov  
Slovenije

**Ljubljana, 26. oktober 2019**

Naslov: Pogled v prihodnost  
Posvet ob 55. letnici izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije  
Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 26.oktober 2019

Urednica: Alenka Oven

Recenzenti: Barbara Domajnko  
Bojana Lobe  
Mojca Jevšnik  
Polonca Trebše  
Damjan Slabe

Izdala: Univerza v Ljubljani  
Zdravstvena fakulteta

Dostopno na: [http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/PosvetDT\\_2019.pdf](http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/PosvetDT_2019.pdf)

Avtorji so odgovorni za navajanje strokovnih trditev, lekturo in dovoljenja za uporabo slikovnega gradiva

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani  
COBISS.SI-ID=302319616  
ISBN 978-961-6808-90-3 (pdf)



## Kazalo

	Stran
<b>Predgovor</b>	
<b>Znanstveni prispevki</b>	
<b>Development of a model of social and occupational participation</b> Andreja Bartolac in Claire Sangster Jokić	1
<b>S podporno tehnologijo do večje participacije pri aktivnosti</b> Silva Bajde	3
<b>Igranje diatonične harmonike kot okupacija</b> Jan Čater in Vitoslava Marušič	13
<b>Delovna terapija v dislociranih bivalnih enotah Socialno varstvenega zavoda Hrastovec</b> Nuša Črešnik in Anja Zagoršek	24
<b>Uporaba naprave Armeo Spring pri osebi po možganski kapi – študija primera</b> Klavdija Denša, Cecilija Lebar in Julija Ocepek	32
<b>Doživljanje kliničnega usposabljanja študentov delovne terapije</b> Katarina Galof	41
<b>Razvoj elementov profesionalizacije na področju delovne terapije v Sloveniji</b> Katarina Galof	49
<b>Terapija senzorne integracije lahko izboljša participacijo</b> Nevenka Gričar in Marijana Marković	61
<b>Delovno terapevtska obravnava oseb z okvaro hrbtenjače v domačem okolju</b> Janja Koradej in Alenka Plemelj Mohorič	71
<b>Koncept okupacija v delovni terapiji</b> Cecilija Lebar	82
<b>Dejavniki ustvarjalnosti delovnega terapevta</b> Alenka Oven	93
<b>Izkušnje študentov delovne terapije s klinično prakso</b> Alenka Oven, Martina Bučar in Laura Kostanjšek	105
<b>Aktivnost oblačenja bolnišnične pižame pri osebah z revmatičnimi obolenji</b> Aljaž Oven, Tjaša Popošek in Vitoslava Marušič	115
<b>Delovna terapija v procesu univerzalnega oblikovanja okolja</b> Alenka Plemelj in Mateja Dovjak	124
<b>Kvaliteta izvedbe socialno interakcijskih spretnosti med izvedbo okupacije posameznikov</b> Zorana Sicherl	134
<b>Izvečki znanstvenih prispevkov</b>	
<b>Naša kava ni posebna. Bi jo poskusil? Gostilna Druga violina</b> – kako do vloge pomočnika natarjarja Silva Bajde in Tjaša Deželan	143

<b>Skupinska rekreativna dejavnost za osebe z okvaro hrbtenjače</b>	<b>145</b>
Patricija Jug in Alenka Plemelj	
<b>EEE4all – Zaposljivost za vse (projekt v sklopu izmenjave Erasmus+ - Nizozemska)</b>	<b>146</b>
Laura Maučec, Marie Deumeland, Esther Call, Britt Meens, Laura Hectors	
<b>Ergonomija izvajanja hišnih opravil</b>	<b>148</b>
Alenka Plemelj	
<b>Strokovni prispevki</b>	
<b>Zgodnja nevrorehabilitacija: Delovna terapija pri nevrološkem bolniku</b>	<b>150</b>
Jelka Janša	
<b>Razumevanje dejavnikov delovnega okolja pri prilagajanju delovnih mest</b>	<b>158</b>
Ana Kapel	
<b>Izvečki strokovnih prispevkov</b>	
<b>Iz bolnišnice v domače okolje</b>	<b>169</b>
Milena Babič Jerebic, Suzana Bobnjar in Zdenka Ketiš	
<b>Medgeneracijsko sodelovanje in povezovanje Psihiatrične bolnišnice Idrija z lokalno skupnostjo</b>	<b>171</b>
Mateja Kavčič, Saša Pisk, Tadeja Mrak in Darja Poljanec	

## Predgovor

Delovni terapevti smo zdravstveni strokovnjaki, ki posameznikom omogočamo vključevanje/izvajanje vsakodnevnih aktivnosti kljub različnim boleznim, okvaram, prizadetostim, motnjam, ipd., kar pozitivno vpliva na njihovo zdravje, dobro počutje, zadovoljstvo in kakovost življenja. Pri svojem delu uporabljamo na osebo osredotočen pristop, ki nam omogoča, da natančno proučimo in ocenimo stanje posameznika in upoštevamo, kaj zmore in česa ne, v kakšnem okolju živi in deluje, kaj si želi, kaj mu je pomembno, kakšna so njegova prepričanja in vrednote ter tako ugotovljamo bistveno v njegovem življenju. Vse to vtakemo v obravnavo, v kateri z empatijo, potrpežljivostjo in poslušom za človeka iščemo kar najboljše rešitve posameznikovih problemov. Prav v tem je čar našega poklica, ki ob dobrem izidu prinaša zadovoljstvo tako tistim, ki jim je obravnava namenjena, kot tudi nam, delovnim terapevtom.

Delovni terapevti v Sloveniji smo že vrsto let priznani strokovnjaki in nepogrešljivi člani timov pri obravnavi vseh stanj, ki posameznikom onemogočajo enakopravno vključevanje v aktivnosti. Letos namreč mineva 55 let, odkar se je na takratni Višji šoli za zdravstvene delavce ustanovil Oddelek za delovno terapijo in je s študijem pričela prva generacija študentov, bodočih delovnih terapevtov.

55 let je relativen pojem, neotipljiva dimenzija časa, prazen prostor, ki ga zapolnijo šele dogodki, dejanja, misli in občutja. V 55 letih iz malega drevesca zraste mogočno drevo, v življenju človeka so to zrele leta, polna moči, modrosti in ustvarjalnosti. Za delovno terapijo pa lahko rečemo, da se je iz skromnih začetkov vsa leta razvijala, bogatila in postala evropsko primerljiva stroka. Tekom let se je tako vsebinsko spreminjal in bogatil tudi študijski program, ki je sledil razvoju in novostim stroke v Evropi in svetu. Zadnja, tako imenovana Bolonjska reforma, je bila priložnost za temeljit pregled, primerjavo in uskladitev vsebin študijskega programa s sodobnimi programi in standardi izobraževanja delovnih terapevtov. Po desetih letih zaradi napredka stroke, spreminjajočih se potreb družbe ter sodobnih metod učenja in poučevanja študijski program ponovno terja analizo, tehten premislek in ustrezne popravke.

Vsa ta leta se je, predvsem kadrovske, spreminjal tudi Oddelek za delovno terapijo. V začetku, leta 1964, na Oddelku za delovno terapijo ni bil zaposlen niti en delovni terapevt. Danes smo vse učiteljice na Oddelku delovne terapevtke – sedem nas je – in nosilke večine strokovnih predmetov. Izvajamo tudi laboratorijske in nekatere klinične vaje pri strokovnih predmetih, seveda ob podpori številnih mentoric in mentorjev kliničnih vaj in prakse, ki že vsa leta sodelujejo pri izvedbi študijskega programa.

V prihodnje si želimo s študijskim programom slediti spreminjajočim potrebam družbe, hkrati pa s svojim delom in promocijo okrepiti zavedanje družbe o pomenu stroke za njeno blaginjo. Študijski program bomo prilagajali tudi glede na napredek in novosti stroke v Evropi in svetu. Želimo si ohraniti oz. povečati sodelovanje s sorodnimi evropskimi inštitucijami ter vključevanje učiteljev in študentov v domače in mednarodna projekte. Ker se zavedamo pomembnosti znanja za kakovostno izvajanje našega dela, bomo nadaljevali z vseživljenjskim izobraževanjem.

pred. dr. Alenka Oven



Zaposlene na Oddelku za delovno terapijo

**ZNANSTVENI  
PRISPEVKI**



## Development of a model of social and occupational participation

mag. Andreja Bartolac<sup>1</sup>, dr. Claire Sangster Jokić<sup>2</sup>  
<sup>1,2</sup>University of Applied Health Sciences, Zagreb

### ABSTRACT

**Introduction:** Hereby we present previously published research examining the notion of participation using two concepts: social and occupational participation. Social participation might be generally defined as social engagement in occupations that contribute to social interaction in community life, familial roles and intimate relationships, while occupational participation is a means through which a person acquires skills, connects with others, finds purpose and meaning in life and achieves that which is important to them. Involvement and engagement in social dyads or groups and meaningful participation in occupations are both important for physical and psychological well-being. To date, concepts of social and occupational participation have rarely been studied together. As such, the aim of the present study was to examine these concepts and their interrelationship more carefully through an exploration of the everyday experiences of social and occupational participation among persons with physical disabilities living in Croatia. **Methods:** This research employed a qualitative research methodology in which individual interviews and focus groups were conducted with 15 adult participants with long-term experience with physical disability. **Results:** Using a constant comparative approach, three main themes emerged from the data analysis. Firstly, participants confirmed the importance of participation in occupations as a means for deriving purpose, satisfaction and meaning in life, asserting independence and achieving a sense of inclusion. In contrast, participants also identified numerous instances in which they were unable to perform or participate in desired occupations and, consequently, experienced various forms of occupational deprivation. The third theme to arise from our analysis examined the numerous factors reported by participants that supported or inhibited successful participation, which represented elements at both individual and more systemic levels. Interestingly, a common thread linking many of the reported barriers to participation was the continued presence of stigma and discrimination experienced by persons with physical disabilities that, in turn, was a leading cause of social marginalization and exclusion. **Discussion and conclusion:** The findings arising from the present study were synthesized to construct a tentative model in which social and occupational participation are depicted as a dynamic continuum. At one end, successful participation acts as a vehicle for inclusion. At the other end, where participation decreases, inclusion is replaced by exclusion and is linked to processes of occupational deprivation and social marginalization. The proposed model also encompasses the numerous enablers and barriers to participation reported by participants, which fall under individual, environmental and systemic levels, as well as the negative consequences of exclusion for health and well-being. The proposed model has assembled various elements emerging from our analysis, while also offering a potentially useful framework to consider existing work in the area of social and occupational participation.

More importantly, it raises many potential directions for further investigation into this important topic.

**Keywords:** occupational science; occupational deprivation; occupational marginalization.

**Note:**

This abstract presents a brief summary of a study examining the everyday experience of social and occupational participation among persons with physical disabilities living in Croatia. A full presentation of the results of this research is provided in an article recently published in the *Journal of Occupational Science*:

Bartolac A, Sangster Jokić C (2019). Understanding the everyday experience of persons with physical disabilities: Building a model of social and occupational participation. *J Occup Sci* 26(3): 408–25. doi: 10.1080/14427591.2018.1522597.

## S podporno tehnologijo do večje participacije pri aktivnosti

### How to affect on participation in activities through use of Assistive technologies

Silva Bajde<sup>1</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1</sup>CUDV Draga, Draga 1, Ig

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Podporna tehnologija pomaga osebam z omejitvami premostiti ovire na poti k samostojnosti in vključenosti v družbo. Predstavljeni so primeri uporabe podporne tehnologije pri otrocih, mladostnikih in odraslih z motnjami v duševnem razvoju in dodatnimi motnjami. **Metode:** Uporabljena je analiza aktivnosti po spretnostih (AAS), in izpostavljene spretnosti, ki so se spremenile ob uporabi podporne tehnologije in izveden je bil vprašalnik o volji (PVQ) in predstavljeni napredek pri doseganju ciljev s pomočjo GAS Lestvico doseganja ciljev (angl. Goal attainment scaling GAS). Izpostavljene so spretnosti in cilji, pri katerih je bil ocenjen največji napredek. **Rezultati:** Posamezniki so napredovali v stopnji sodelovanja pri aktivnosti na področju motoričnih in procesnih spretnosti in lažje sledili zastavljenim ciljem na različnih področjih človekovega delovanja in pokazali večjo motivacijo za aktivnost, ki so jo izvajali s pomočjo individualno izbrane podporne tehnologije. **Razprava in zaključek:** Podporna tehnologija pomaga posamezniku v njegovem socialnem in fizičnem okolju, da zmore več in bolje.

**Ključne besede:** osebe z motnjami v duševnem razvoju, delovna terapija, Analiza aktivnosti po spretnostih, PVQ, GAS, projekt ACCESS.

#### ABSTRACT

**Introduction:** AT is defined as any device, piece of equipment or system that helps bypass, work around or compensate for an individual's specific learning deficits. The author was presented how persons with learning disabilities use assistive technologies in different activities. **Methods:** The author used analyse of activities (motor and process skills), Paediatric Volition Questionnaire (PVQ) and assessed which skills changed as results of using assistive technologies and improvement in aims (GAS Goal Attachment Score). **Results:** Assistive technologies enables persons with learning disabilities to perform the higher score in motor and process skills and they easily follow to aims in different occupations. **Discussion and conclusion:** Assistive technologies help persons with learning difficulties to did more and better in their social and physical environment.

**Keywords:** person with learning disabilities, occupational therapy, Analyse of motor and process skills, PVQ, GAS, project ACCESS.

## IZHODIŠČA

Tehnologija se delovni terapiji uporablja kot oblika podpore, s katero si posameznik pomaga pri izvedbi aktivnosti (AOTA, 2010b). Podporna tehnologija je opredeljena kot pripomoček, ki je v pomoč tistim, ki zaradi svojih težav ne morejo samostojno opravljati vsakodnevnih aktivnosti (Assistive technology act, 2013). Hersh in Johnsen (2015) definirata podporno tehnologijo kot krovni pojem za tehnologijo, opremo, naprave, aparate, sisteme in procese, ki omogočajo premagovanje socialnih, infrastrukturnih in drugih ovir.

Tehnologija vključuje širok spekter pripomočkov od dragih visoko tehnoloških naprav do enostavnih rešitev (Cook, Muller Polgar 2008).

Podporna tehnologija ni nujno nek napreden in drag pripomoček. Lahko je preprosta stvar, ki je posledica inovativnosti, iznajdljivosti in improvizacije. Podporna tehnologija tako omogoča večjo neodvisnost in pripomore k večji vključenosti v družbo ter varno in enostavno izvajanje vsakodnevnih aktivnosti (Zupan 2010).

Svetovni vrh o informacijski družbi (2010) izpostavlja vpliv IKT na izboljšanje kakovosti življenja, zmanjšuje socialno izključenost in izboljša stopnjo participacije. Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo, Inštitut za informacijske tehnologije v izobraževanju in Evropska agencija za razvoj in izobraževanja na področju posebnih potreb (2009) izpostavljajo, da je namen uporabe IKT spodbujanje kakovosti življenja, zmanjševanje socialne izključenosti in povečanje participacije oseb s posebnimi potrebami.

Uporaba informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT) je razširjena na vsa področja delovanja (AOTA, 2010b).

Poznavanje tehnologije je ključnega pomena za uspeh obravnave (deJode 2010).

Pri izbiri vrste podpore izhaja iz potreb posameznika, ki se nanašajo na:

- kvaliteto življenja in funkcionalno komunikacijo (npr. posameznik lahko izbere kaj bo jedel za zajtrk s pomočjo komunikatorja ali albuma s simboli),
- izvedbo aktivnosti (npr. posameznik z težko gibalno oviranostjo priklopi mešalnik s pomočjo stikala in pomaga pri pripravi napitka),
- pridobitev znanja (npr. posameznik pogleda na spletu kako speči pico) (povzeto in prirejeno po Hersh, 2015).

Številne študije kažejo na pomen podporne tehnologije pri osebah z motnjami v duševnem razvoju. Uporabljena je bila podatkovna zbirka Google Scholar v obdobju med 2008 in 2019 in uporabljene ključne besede: assistive technologies, person with learning disabilities. Najdeno je bilo okoli 13.000 zadetkov.

Raziskave so usmerjene na podporno tehnologijo, ki pomaga k večji mobilnosti, komunikaciji, prilagajanju doma, slušne pripomočke in pripomočke za izboljšanje vida (Anttila et al., 2012; Lenke et al., 2005).

Številne študije izpostavljajo socialno okolje kot najbolj pomemben člen pri uvajanju podporne tehnologije. Tako npr. Copley in Zivani (2006) v svoji študiji izpostavljata timski model za oceno napredka v funkcijskih sposobnostih posameznika. Synneve Dahlin Ivanoff, Susanne Iwarsson in Ulla Sonn (2006) so v članku Occupational Therapy Research on Assistive Technology and Physical Environmental Issues ugotavljali, da je le malo avtorjev izpostavljalo podporno tehnologijo v kontekstu modelov. Našli so nekaj študij, kjer so uporabili model PEO (Personal Environment Occupational model) kot osnovni raziskovalni instrument.

Sistematičen pregled literature, ki se nanaša na uporabo računalniške tehnologije v podatkovni bazi CINAHL, Cochane Liberty, and ERIC in SOLAR v letih med 2000 in 2018 pokaže na raziskave ki so opisovale uporabo mobilnih naprav in Osebni digitalni asistent

(Personal Digital Assistant) (Leiberman, Sheer, 2002), ki prinaša širok spekter nalog in pripomočkov za osebe z avtizmom. Dve raziskavi se nanašata na uporabo telefona (i Pad) v procesu delovno terapevtske intervencije- obravnave (Tomori, Satto, 2013) in ena ki se nanaša na uporabo video posnetkov kot pripomočka za socialno interakcijo, vzpodbujanje samostojnosti na področju dnevnih aktivnosti in sposobnosti za igro (Cardon, 2012). Gentry (2012) izpostavlja uporabo mobilnih naprav kot pripomoček s katerim si posameznik planira dan (opomnik, koledar) in uporabo različnih aplikacij, s katerimi si posameznik lahko pomaga v vsakodnevnem življenju.

V prispevku je predstavljeno, kako podporna tehnologija vpliva na motivacijo, procesne in motorične spretnosti oseb z omejitvami in kako vpliva na doseganje ciljev.

Namen raziskave je potrditi hipoteze:

- Podporna tehnologija pozitivno vpliva na voljo in motivacijo za aktivnost.
- Podporna tehnologija omogoča posamezniku, da zmore več in bolje (na področju motoričnih in procesnih spretnosti).
- Podporna tehnologija podpira posameznika z motnjami v duševnem razvoju (v nadaljevanju posameznika) pri doseganju ciljev na vseh področjih delovanja (okupacije).

## METODE

Predmet raziskave se nanaša na vključevanje tehnologije in vpliv na motivacijo za izvedbo, izvedbo na različnih področjih delovanja. Izpostavljene so spretnosti in cilji, pri katerih je bil ocenjen največji napredek. Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja.

V raziskavi je bilo vključenih 16 otrok, mladostnikov in odraslih z motnjami v duševnem razvoju, ki so vključeni v CUDV Draga. Udeleženci si imeli poleg osnovne motnje še dodatne motnje; gibalno oviranostjo (CP), avtizem, Mb. Down, naglušnost ipd. Vse osebe dnevno uporabljajo nizko tehnološke rešitve pri vsakodnevnih aktivnostih. Deset oseb uporablja visoko tehnološko podporno tehnologijo (osebni komunikator, stikala, tablice s prilagojenimi aplikacijami za komunikacijo ipd.).

Ocenjevanja so bila izvedena v obdobju med novembrom in decembrom 2018. Statistična obdelava podatkov je bila narejena z računalniškim programom Microsoft Excel.

Uporabljeni so bil različni ocenjevalni instrumenti in lestvice:

- Izvedena je bila **analiza aktivnosti po spretnostih** (AAS) (AOTA, 2002) in izpostavljene spretnosti, ki so se spremenile ob uporabi podporne tehnologije. Izvedeno je bilo ocenjevanje aktivnosti uporabe različnih računalniških programov (od iskanja glasbe na računalniku, igranja različnih igrice na brezplačni spletni strani [www.scenic.com](http://www.scenic.com), ogledov krajših video zapisov, Papunet in Frepy spletne strani ipd.). Ocenjevali instrument ocenjuje izvedbo aktivnosti po spretnostih z ustrezno oceno z lestvico od 0 do 4. Ocena nič označuje spretnosti, kjer posameznik nima težav. Če ima oseba pri izvedbi zmerne težave dobi oceno 1, pri srednji težavi dobi oceno 2, pri resnih težavah oceno 3 in pri popolni okvari oceno 4. Fisher (1994) je izvedbene spretnosti kategorizirala na motorične, procesne in socialno interakcijske spretnosti. Pri uporabnikih so bile ocenjene motorične in procesne spretnosti. Glede na obsežne težave pri komunikacijsko interakcijskih spretnostih, le te niso bile zajete v ocenjevanje in primerjavo. Na motoričnem področju je bilo ocenjenih 15 spretnosti in na procesnem področju 20 različnih spretnosti. Pri ocenjevanju ni bila ocenjena motorična spretnost hoje, saj se je aktivnost izvajala sede.

Udeleženci so pri izvedbi aktivnosti potrebovali različne prilagoditve: slikovna podpora pri podajanju navodil, komunikator, prilagojena računalniška oprema; prilagojena miška, stikala. večji kazalnik na zaslonu, upočasnitev hitrosti odziva miške in druge naprednejše oblike tehnologije (naglavna miška in usmerjanje z očmi). Pri prvem ocenjevanju so udeleženci uporabljali različne računalniške programe glede na želje in pri tem uporabljali običajno miško. V drugem ocenjevanju smo izvedbo prilagodili posamezniku s podporno tehnologijo (s stikali, miško na eno tipko, časovnim zamikom odzivnosti in prilagodili način izvedbe na večjem ekranu in na pametni tabli).

- Primerjalo se je rezultate pri izvedbi aktivnosti uporabe računalniških aplikacij z običajno opremo in s podporno tehnologijo in izpostavilo spretnosti, pri katerih je bil viden največji napredek.

- **Ocenjevanje volje pri uporabnikih z vprašalnikom o volji pri otroku** (Pediatric Volitional Questionnaire - PVQ) pri aktivnosti uporabe različnih računalniških programov.

Izvedena je **analiza aktivnosti** po vprašalniku o otrokovi volji (PVQ) pri aktivnostih uporabe računalnika (različnih računalniških aplikacij) pri že opisanih 16 uporabnikih. Za ocenjevanje z ocenjevalnim instrumentom PVQ smo izbrali aktivnost uporabe različnih računalniških programov z in brez prilagoditev pri 16 uporabnikih. Obe aktivnosti sta potekali v enakem okolju. Uporabljena je bila 4-stopenjska lestvica (4-izvede samostojno, 3-izvede z vzpodbudo, 2-izvede delno z veliko pomoči, 1 pasiven, ne izvede).

- Predstavljena je **stopnja napredka pri posamezniku s pomočjo GAS Lestvice doseganja ciljev** (angl. Goal attainment scaling - GAS) in tako izpostavljeno, kako uspešen je bil posameznik pri doseganju ciljev, če so bili vključeni pripomočki z liste podporne tehnologije.

Predstavljen je napredek pri doseganju ciljev s pomočjo 5-stopenjske GAS lestvice pri izbrani skupini posameznikov. Izpostavljene so cilji po področjih okupacije in izpostavljena stopnja napredka. Ocena 0 je predstavljala osnovno stanje. Ocene 4 in 5 so se nanašale na višje korake znotraj izbranega cilja in ocene -1 in -2 na nazadovanje znotraj posameznih korakov pri doseganju ciljev. Ocenjevalo se je obdobje 2 mesecev. Izpostavljenih je bilo 50 ciljev pri 16 uporabnikih. Vsi cilji so bili vezani na uporabo podporne tehnologije pri izvedbi koraka aktivnosti.

Zbrani podatki vseh treh ocenjevanj in lestvic so bili kvantitativno obdelani in umeščeni tabelarično in grafično obliko v programu Microsoft Excel.

Raziskava ne razkriva posameznikov. Pri doseganju ciljev po GAS so bili pri nekaterih posameznikih uporabljeni video materiali z dovoljenjem staršev oz. skrbnikov.

## REZULTATI

Rezultati analize aktivnosti po spretnostih (AAS) pri uporabi računalniških aplikacij kažejo na statistično pomembno razliko v rezultatih pri izvedbi brez prilagoditev (povprečna ocena 2,15) v primerjavi z rezultati ocenjevanj aktivnosti ob uporabi podporne tehnologije (povprečna ocena 1,5). Rezultati kažejo na v povprečju za 0,65 ocene boljše rezultate, kar kaže na izboljšanje izvedbe aktivnosti.

Primerjalo se je področja, kjer je bil napredek največji po posameznih motoričnih in procesnih spretnostih. Izračunano je povprečje odstopanj pri posameznih motoričnih spretnostih.

Tabela 1: Analiza aktivnosti po spretnostih; Povprečni odkloni pri motoričnih spretnostih in razlike med izvedbo aktivnosti s podporno tehnologijo in drugo oceno (brez prilagoditev) (n= 16).

	s prilagoditvijo	brez prilagoditev	razlika med 1 in 2 oceno
stabilizira	1,70	2,3	0,6
poravna	1,5	2,4	0,9
namešča	1,3	1,7	0,4
hodi	8	8	0
sega	1,2	1,9	0,7
se pripogiba	1,6	1,8	0,2
koordinira	1,3	1,8	0,5
manipulira	2,1	2,6	0,5
giblje tekoče	1,9	2,4	0,5
pomika	1,9	2,4	0,5
prenaša	1,8	2,1	0,3
dviguje	2,1	2,8	0,7
prijema	1,5	1,9	0,4
vzdrži	1,5	2,50	1
ohranja riter	1,5	2,5	1

Največ odstopanj pri izvedbi brez prilagoditve so imeli udeleženci na področju dvigovanja (2,8), manipuliranja, giblje tekoče (2,6) in vzdržljivosti ter ohranjanju ritma pri izvedbi z običajno opremo (2,5). Najmanj težav so imeli pri motoričnih spretnostih namešča,(1,7), se pripogiba in koordinira (1,8) (Tabela 1).

Rezultati Analize aktivnosti po spretnostih (Fisher 1994, AOTA 2002) pokažejo, da je pri drug izvedbi s podporno tehnologijo največji vpliv pri motoričnih spretnostih kot so vzdrži in ohranja ritem (1), poravna (0,9), sega, giblje tekoče, dviguje (0,7). Najmanjše odstopanje je pri spretnostih kot so se pripogiba (0,2), prenaša, uravnava (0,3) in namešča (0,4). Pri aktivnosti ni bila ocenjena spretnost hodi, saj gre za aktivnost, ki ne vključuje gibanja skozi prostor.

Pri izvedbi z običajno računalniško opremo so imeli udeleženci v povprečju največ odstopanj (Tabela 2) pri procesnih spretnostih izvajanja v zaporedju in pospravi (2,8), pridobi in začne (2,7) ter je pozoren, izbira, povprašuje, usmerja gibanje, opazi, spremeni izvajanje (2,6). Najmanj težav so imeli pri spretnostih izbere (1,9), izvaja neprekinjeno (2,0).

Rezultati Analize aktivnosti po spretnostih (Fisher 1994, AOTA 2002) so pri izvedbi aktivnosti uporabe različnih računalniških programov s pomočjo podporne tehnologije nižji (povprečna ocena procesnih spretnosti s prilagoditvijo je 1,52) kot pri izvedbi brez podporne tehnologije (2,54) (z običajno opremo). Rezultati kažejo (Tabela 2), da podporna tehnologija pozitivno vpliva na procesne spretnosti. V povprečju je razlika za eno oceno. Največji napredek se kaže pri začne (1,3 ocene), izvaja v zaporedju in opazi (1,2 ocene), je pozoren, ravna z, konča, išče najde (0,9 ocene). Najmanjša odstopanja se kažejo pri procesnih spretnostih upošteva in pridobi (0,4), prilagodi (0,5 ocene).

Podporna tehnologija pozitivno vpliva na motorične in procesne spretnosti. V povprečju je večja razlika med ocenjevanji po procesnih spretnostih kot med motorično izvedbo (0,33 ocene).

Tabela 2: AAS - povprečne ocene po posameznih procesnih spretnostih pri izvedbi z običajno opremo in z opremo s prilagoditvami in razlika med 1 in 2 oceno (n=16).

	s prilagoditvijo	brez prilagoditev	razlika med 1 in 2 oceno
ohranja riter	1,20	2,3	0,8
je pozoren	1,7	2,6	0,9
izbira	1,6	2,6	1
uporabi	1,4	2,1	0,7
ravna z	2,1	3	0,9
upošteva	1,6	2	0,4
povprašuje	1,7	2,6	0,9
začne	1,4	2,7	1,3
izvaja neprel	1,4	2	0,6
izvaja v zapo	1,4	2,8	1,4
konča	1,6	2,5	0,9
išče/najde	1,4	2,3	0,9
izbere	1,5	1,9	0,4
organizira	1,7	2,50	0,8
pospravi	2,1	2,8	0,7
usmerja giba	1,7	2,6	0,9
opazi	1,4	2,6	1,2
spremeni izv	1,8	2,6	0,8
prilagodi	2,5	3	0,5
pridobi	2,3	2,7	0,4

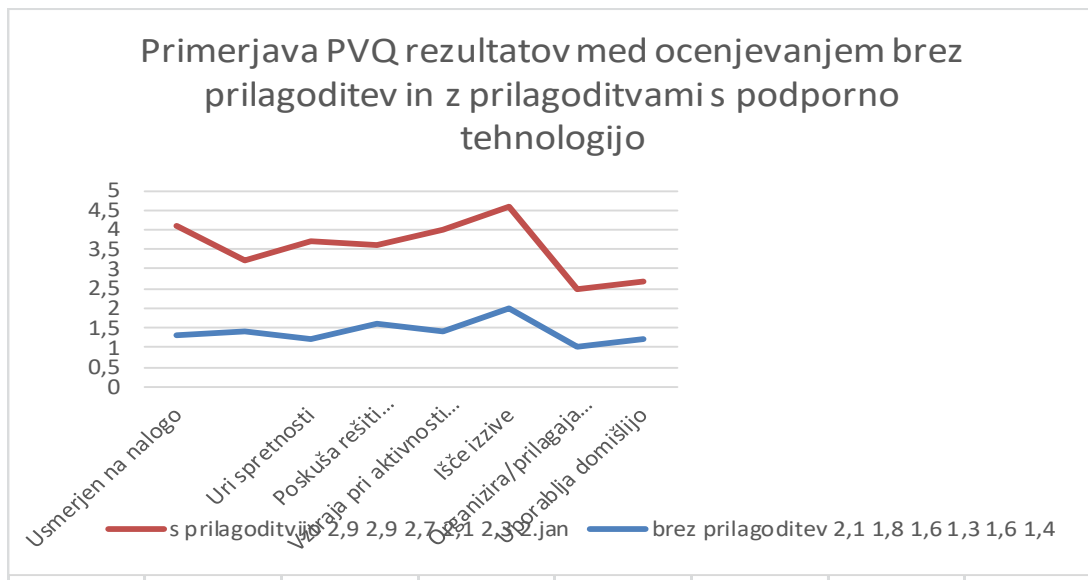
Rezultati PVQ vprašalnika kažejo, da podporna tehnologija vpliva na posameznikovo voljo in motivacijo za aktivnost in posledično na izvedbo aktivnosti (Tabela 3).

Tabela 3: Povprečna ocene PVQ pri aktivnosti uporabe računalnika in tablice z in brez podporne tehnologije (n=16).

Stolpec1	brez prilagoditev	s prilagoditvijo
Kaže radovednost	2,1	2,9
Začenja aktivnost	1,8	2,9
Izraža prioriteto	1,6	2,7
Poskuša doseči učinek	1,3	2,1
Poskuša nove stvari	1,6	2,3
Vztraja pri aktivnosti	1,4	2,5
Usmerjen na nalogo	1,3	2,8
Izraža zadovo. pri obvadov	1,4	1,8
Uri spretnosti	1,2	2,5
Poskuša rešiti probleme	1,6	2
Vztraja pri aktivnosti do ko	1,4	2,6
Išče izzive	2	2,6
Organizira/prilagaja okolje	1	1,5
Uporablja domišlijo	1,2	1,5



Modra linija v Grafu 1 kaže rezultate prvega ocenjevanja brez prilagoditev in rdeča linija rezultate ocenjevanja volje in motivacije za izvedo s podporno tehnologijo. Pri uporabi računalnika se kaže pri izvedbi aktivnost na računalniku s podporno tehnologijo statistično boljše rezultate za 0,7867 višji rezultat ali za v povprečju 11,8 točk boljši rezultat pri posamezniku (povprečna ocena izvedbe brez podpore je 1,39 in s podporno tehnologijo 2,18).

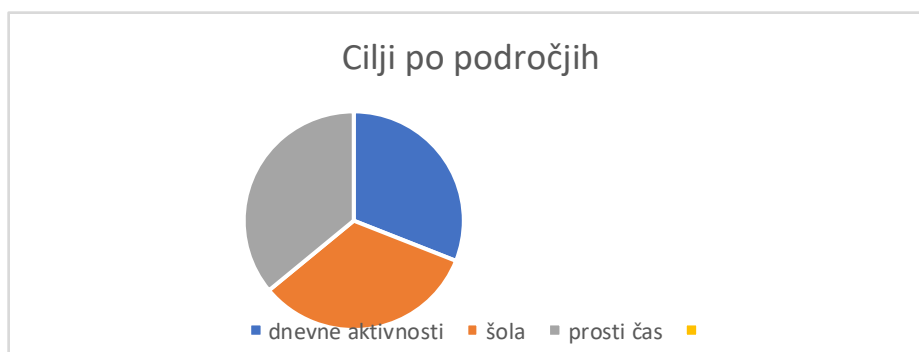


Graf 1: Rezultati ocenjevanja PVQ pri aktivnosti uporabe računalnika in tablice z in brez podporne tehnologije: razlika med prvim in drugim ocenjevanjem.

Največji napredek se kaže pri postavkah usmerjen na nalogo (1,5), uri spretnosti (1,3), vztraja pri aktivnosti do konca (1,2), začena aktivnost (1,1), vztraja pri aktivnosti in izraža prioriteto (1,1). Najmanjši vpliv ima ja postavke kot so uporablja domišljijo (0,3), poskuša rešiti problem, organizira/prilagaja (0,5).

### Rezultati GAS lestvice

Pri uporabi GAS lestvice so se cilji nanašali na različna področja (Graf 2). Izbranih je bilo 50 ciljev pri 16 otrocih. Cilji so se nanašali na različna področja okupacije.



Graf 2: Prikaz področij delovanja, na katere so se nanašali cilji, ki so bili spremljani v okviru GAS lestvice (n=50).

Cilji so bili dosegljivi s pomočjo različne podporne tehnologije in so se nanašali na obdobje 2 mesecev.

Tabela 4: Stopnja napredka pri posameznem cilju v obdobju 2 mesecev.

Št ciljev	1 ocena	2 oceni
50	38	12

Ob ponovnem ocenjevanju smo opazili hitrejši napredek na vseh področjih okupacije (Tabela 4). Pri vseh uporabnikih je bilo dosežen napredek za 1 oceno. Pri 12 ocenah pa so bili cilji doseženi za 2 stopnji višje. Le ti cilji so bili zastavljeni pri posameznikih, kjer je bila v ospredju gibalna oviranost in so si s podporno tehnologijo pomagali pri izvedbi.

Vsebinska primerjava ciljev kaže na višje zastavljene cilje, ko se je pričelo z uporabo podporne tehnologije.

## RAZPRAVA

V CUDV Draga se vsakodnevno srečujemo z ovirami pri otrocih in mladostnikih, ki so odraz težav v gibanju, občutenju, razumevanju, zaznavanju, komunikaciji in sodelovanju. Pri osebah z motnjami v duševnem razvoju lahko s podporno tehnologijo pripomoremo k večji stopnji vključenosti pri izbiri in izvedbi posamezne dejavnosti.

Tehnologija pomembno vpliva na stopnjo participacije pri posamezniku. Analiza aktivnosti zahteva razumevanje kompleksne in dinamične interakcije med veščinami, vzorci, kontekstom in okoljem, zahtevami aktivnosti in klientovih dejavnikov. Analiza je osredotočena na opredelitev težav izvajanja okupacije in ocenjevanje dejavnikov, ki podpirajo ali ovirajo izvajanje. (Muras et al., 2008).

Ocenjevanje po spretnostih kaže na pozitiven vpliv podporne tehnologije na izvedbo okupacije. Rezultati kažejo, da posameznik zmore več in bolje, če ga podpremo s tehnologijo. Največji napredek pri motoričnih spretnostih se kaže pri stabilizaciji, poravnavi, stabilizira, pomika, prenaša, dviguje in prijema. Pri procesnih spretnostih se kaže največji napredek pri pozornosti, izbiri, uporabi, začne, izvaja v zaporedju, opazi/se odzove. Podporna tehnologija pomaga posamezniku, da zmore več na področju spretnosti.

Dejavniki, ki vplivajo na uporabo podporne tehnologije so motivacija posameznika za aktivnost, pretekle izkušnje in močna področja (Zupan, 2010). PVQ pokaže na velike razlike pri uporabi podporne tehnologije, ki je prilagojena posamezniku. Podporna tehnologija vpliva na voljo in motivacijo pri aktivnostih. Velika razlika je bila opazna pri postavki začenja aktivnost, izraža prioriteto, usmerjen na nalogo, uri spretnosti, vztraja pri aktivnosti. Podporna tehnologija pomaga posamezniku k večji motivaciji za izvedbo.

Posameznik uporablja podporno tehnologijo v različnih okoljih in se tako lažje vključuje v okolje:

- Z aplikacijo Jab Talk, ki je nameščena na pametni telefon, nam oseba lahko pove, katero pijačo bi si rad izbral na avtomatu.
- Elektromotorni voziček omogoča posamezniku večjo samostojnost na poti do šole.
- Posameznik lahko vklopi mešalnik in sodelujejo pri pripravi malice s pomočjo prilagojenih stikal.
- S komunikatorjem lahko pripovedujejo doma o tem, kam so odšli na izlet.

Rezultati analize GAS lestvice kažejo, da so se cilji nanašali na vsa tri področja okupacije enakovredno. Ob ponovnem ocenjevanju smo opazili napredek na vseh področjih okupacije.

Pri vseh uporabnikih je bilo dosežen napredek za 1 oceno. Pri posameznikih, kjer je bila v ospredju gibalna oviranost, je bila opazna višja stopnja realizacije ciljev (za 2 stopnji višja). Rezultati kažejo, da s podporno tehnologijo lažje dosegamo zastavljene cilje.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko potrdimo, da podporna tehnologija:

- podpira posameznika z motnjami v duševnem razvoju (v nadaljevanju posameznika) na vseh področjih delovanja (okupacije) (PVQ, AAS),
- omogoča posamezniku, da zmore več (GAS) in bolje (AAS),
- pozitivno vpliva na voljo in motivacijo za aktivnost (PVQ).

Delovni terapevt vključuje tehnologijo na vsa področja delovanja, vključuje jo v proces ocenjevanja, izvajanja obravnave in pri ponovni evalvaciji.

## ZAKLJUČEK

Osebe z motnjami v duševnem razvoju uporabljajo podporno tehnologijo na vseh področjih okupacije. Delovni terapevt ima pomembno vlogo pri uvajanju podporne tehnologije. Sodeluje pri oceni potrebe po prilagoditvah, prilagoditve uvede in jih ponovno oceni.

Vsak dan predstavlja nove izzive in vsak dan lahko odkrivamo nove poti do večje stopnje vključenosti. Tehnologija pripomore k lažjemu doseganju zastavljenih ciljev. Delovni terapevt lahko tehnologijo vključuje na različna področja okupacije in tudi za doseganje posameznih ciljev na nivoju spretnosti. Pomembno je, da se uporaba podporne tehnologije širi in da poiščemo prilagoditve, ki so v podporo posamezniku. Najdražji pripomoček ni vedno najbolj učinkovit.

Z uvajanjem različnih oblik podporne tehnologije se v CUDV Draga ukvarja tim za podporo s pomočjo tehnologije, katere član je tudi delovni terapevt. Pripravlja se tehnične dneve za uporabnike, ki so vključeni v oddelke vzgoje in izobraževanja, predstavlja novosti in izkušnje strokovnim delavcem in negovalnemu osebju na internih predavanjih. Pripravlja se enostavna navodila v lahko berljivem jeziku o varni uporabi interneta v okviru Evropskega projekta ACCESS - Erasmus+ in pripravlja tečaje za uporabnike, ki se vsakodnevno srečujejo s tehnologijo. Skušaja se jih osamosvojiti tudi s pomočjo tehnologije. Učimo se skupaj: osebe, strokovnjaki in podporne osebe. Pri uporabi podporne tehnologije pri osebah z motnjami v duševnem razvoju je bil narejen je bil velik korak naprej.

## LITERATURA

- American Occupational Therapy Association. (2010). Specialised knowledge and skills in technology and environmental interventions for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther* 64(Suppl.): S44–S56.
- Anttila H, Samuelson K, Salminen A, Brandt A (2012). Quality of evidence of assistive technology interventions for people with disability: An overview of systematic reviews. *Technol Disabil* 24(1): 9–48.
- Cardon, T.A. (2012). Teaching caregivers to implement video modelling imitation training via iPad for children with autism. *Res Autism Spectr Disord* 6(4): 1389–1400.
- Cook AM, Muller Polgar J (2008). Introduction and framework. In: Cook & Hussy's assistive technologies: Principles and practice, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, 4–33.
- Copley J, Zivani J. (2006). Barriers to the use of assistive technology for children with multiple disabilities. *Occup Ther Int* 11(4):229–43.

- deJode E, van Hughten C, Verhey F, van Boxtel M (2010) Efficacy and usability of assistive technology for patients with cognitive deficits: A systematic review. *Clin Rehabil* 24(8): 701–14.
- Erikson K (2015). Evidence considerations form mobile devices in the occupational therapy process. *Open J Occup Ther* 3(2): Article 7.
- Evropska komisija (2010). Evropska digitalna agenda, Evropska komisija. P.42. Dostopno na : <http://eur-lex.europa.eu:PDF> <May 2015>
- Evropska agencija za razvoj in izobraževanje na področju posebnih potreb / Kyriazopoulou M, Weber H, eds / (2009). Razvoj niza kazalnikov – za inkuzivno izobraževanje v Evropi. Odense: Evropska agencija za razvoj in izobraževanje na področju posebnih potreb.
- Fisher A (1994). Assesment of Motor and Process Skills. Unpublish manual. Colorado states University.
- Gentry T, Lau S, Molinelli A, Fallen A, Kriner R (2012) The Apple iPod touch as vocational support aid for adults with autism: Three case studies. *J Vocat Rehabil* 37(2): 75–85.
- Hersh MA, Johnson MA (2015): On modelling assistive technology systems – Part1: Modelling framework. *Technol Disabil* 20(3): 193–215.
- Ivanoff SD, Iwarsson S, Sonn U (2006). Occupational therapy research on assistive technology and physical environmental issues: A literature review. *Can J Occup Ther* 73(2):109–19.
- Lenker JA, Scherer MJ, Fuhrer MJ, Jutai JW, DeRuyter F (2005). Psychometric and administrative properties of measurement used in assistive technology device outcomes research. *Assist Technol* 17(1): 7–22.
- Lieberman D, Scheer J (2002). AOTA's evidence-based literature review project: an overview. *Am J Occup Ther* 56(3): 344–9.
- Muras JA, Stokes EK, Cahill V (2008). Assistive technology in everyday living – a user survey of people with Parkinson diseases. *Technol Disabil* 20(4): 271–82.
- Spletna stran Erasmus+ Evropske komisije (2017). Dostopno na: [http://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/node\\_en](http://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/node_en)
- Svetovni vrh o informacijski družbi (2010). Outcomes document. Ženeva: Mednarodna telekomunikacijska zveza (ITU)
- Tomori K, Saito Y, Nagayama H et al. (2013). Reliability and validity of individualizes satisfaction score in aid for decisions-making in occupation choice. *Disabil Rehabil* 35(2): 113–7.
- Zupan A (2010). Podporna tehnologija; <http://www.podporna-tehnologija.com>

## Igranje diatonične harmonike kot okupacija

### Playing the accordion as occupation

Jan Čater<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Vitoslava Marušič<sup>2</sup>, dipl. del. ter., viš. fiz., spec.

<sup>1</sup>Duhovno prosvetni center – Dom sv. Jožef, Celje

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

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Delovna terapija in okupacijska znanost poudarjata, da je vključenost v smiselne aktivnosti oziroma okupacije pogoj za zdravje in dobro počutje. Določena aktivnost/okupacija ima lahko raznolike pomene za posameznika. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kakšen smisel in pomen pripisujejo igranju na harmoniko trije priznani glasbeniki. **Metode:** Uporabili smo kvalitativno metodologijo. V raziskavi so sodelovali trije priznani harmonikarji v slovenskem prostoru na področju narodno-zabavne glasbe. Z njimi smo opravili polstrukturirane intervjuje. **Rezultati:** Na osnovi kvalitativne analize smo dobili šest glavnih kategorij: začetki igranja harmonike, občutki ob igranju harmonike, osebne lastnosti dobrega harmonikarja, smisel igranja harmonike, prenehanje igranja harmonike in tradicija igranja harmonike. **Razprava in zaključek:** Sodelujočim v raziskavi je igranje harmonike življenjska, smiselna okupacija, saj to aktivnost glasbeniki v naši raziskavi pojmujejo kot instrument za dušo ter sredstvo za druženje. Poleg vsega naštetega ima za njih posebno vrednost in nekaterim služi tudi kot sredstvo za zaslužek. Ugotovili smo, da jih med igranjem preplavlja veliko občutkov ter izvedeli, kakšen bi po njihovem mnenju moral biti dober harmonikar.

**Ključne besede:** okupacija, smisel, delovna terapija, harmonika.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Occupational therapy and occupational science emphasize that involvement in meaningful activities or occupations is a prerequisite for health and well-being. A certain activity/occupation can have diverse meanings for the individual; the purpose of our research is to identify what meaning and significance are attached to playing the accordion by three renowned musicians. **Methods:** We used a qualitative methodology. The research involved three renowned accordionists in Slovenia in the field of pop-folk music. We conducted semi-structured interviews with them. **Results:** After the analysis, we received six main categories: The beginnings of playing the accordion, feelings when playing the accordion, the personality traits of a good accordionist, the meaning of playing the accordion, giving up playing the accordion and the tradition of playing the accordion. **Discussion and conclusion:** For the participants in the survey playing the accordion is their life-giving, meaningful occupation, as this activity for the musicians in our research serves as an instrument for the soul and a means of socializing. In addition to all of these, it has a special value for them, and for some also serve as a means of earning. We found out that they are overwhelmed by a lot of feelings during playing and also find out what a good accordion should be in their opinion.

**Key words:** occupation, meaning, occupational therapy, accordion.

## IZHODIŠČA

Delovna terapija poudarja, da je vključevanje posameznika v smiselne aktivnosti oziroma okupacije pogoj za zdravje in dobro počutje. Okupacija je zelo širok pojem in je definirana na mnogo načinov. Mnogi ta pojem povezujejo z zdravjem in kakovostjo življenja posameznika kot tudi družbe. Wilcock (2006) utemeljuje okupacijo kot osnovno človeško potrebo, ki je povezana z zdravjem in preživetjem. Pierce (2001) meni, da so okupacije skupine nalog, ki omogočajo človeku, da spozna lastne sposobnosti - omejitve, nudijo možnost razvoja, omogočajo interakcijo z okoljem in imajo vpliv na zdravje. Christiansen in Townsend (2011) pa sta mnenja, da okupacije, ki so posamezniku pomembne in jih redno izvajajo, vplivajo na njegov življenjski slog, medosebne odnose, dobro počutje in zdravje, mu nudijo užitek, izpolnjuje posameznikove potrebe po samooskrbi, odražajo posameznikove kulturne vrednote ter dajejo življenju smisel. Vključevanje v okupacije vzbudi čustva, občutek dolžnosti, predanosti, vztrajnosti, kar sčasoma vodi v razvijanje odnosov med posamezniki, ki si delijo iste okupacije. Okolje pomembno vpliva na okupacijsko identiteto, saj lahko podpira izvedbo okupacije in od osebe veliko pričakuje, spet pri drugih izvedbo onemogoča - ovira. Kdo je posameznik kot oseba, je odvisno tudi od njegovih vlog in odnosov (Kielhofner, 2008). Aktivnosti se v ponavljajočih situacijah združujejo v navade. Navade so avtomatizirano, nezavedno, ponavljajoče vedenje, ki se odvija v znanem okolju ali situacijah in vplivajo na vsakodnevno vedenje v smislu, kaj oseba počne, kdaj to počne in kako to počne. Vsak ima namreč svoj način izvajanja aktivnosti, ki ga je, ko ta postane navada, težko spreminjati (Kielhofner, 2008; AOTA, 2014). Delovni terapevti okupacijo pojmujejo kot vsakodnevne aktivnosti, ki imajo za vsakega posameznika drugačen pomen. S pomočjo teh aktivnosti se posameznik loči od ostalih ter mu daje občutek, da je poseben in po katerih se lahko uresničuje kot posameznik. Christiansen (1999) navaja, da so okupacije vsakemu posamezniku lastne in mu dajejo bistvo, ker omogočajo, da vzdržuje identiteto ter mu omogočajo polno življenje. Csikszentmihalyi je psiholog, ki raziskuje človekovo voljo in motivacijo za opravljanje določenih aktivnosti oz. okupacij. Raziskuje tudi stanje, ki ga večkrat zasledimo pri raziskovanju človekovega udejstvovanja v smiselnih aktivnostih/okupacijah, to je stanje zanosa (angl. flow), ki ima pomemben prispevek k ustvarjalnosti in blaginji posameznika (Oppland, 2016). Csikszentmihalyi (1990) v svojem delu stanje zanosa opiše kot stanje, v katerem so ljudje tako vključeni v aktivnost, da se jim takrat nič drugega ne zdi pomembno in da bodo ljudje to aktivnost počeli ne glede na vse, ker se ob tem odlično počutijo.

Diatonična harmonika je eden najbolj popularnih instrumentov v Sloveniji, saj je njen zvok moč prepoznati skorajda na vsakem koraku, pa naj bo to na radiu, televiziji, ali na katerem koli družabnem srečanju (Debevec, 2003), v našem prostoru je zastopana z več kot sto izdelovalci in več tisoč izvajalci (Strašnik, 2010). Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kakšen pomen in smisel ima igranje diatonične harmonike pri treh slovenskih uveljavljenih harmonikarjih in kakšne občutke doživljajo ob igranju. Z raziskavo smo želeli prikazati pravo vrednost okupacije igranje na harmoniko.

## METODE

Po pregledu literature smo se odločili, da bomo v raziskavi uporabili kvalitativno metodologijo, saj smo želeli predstaviti perspektivo uporabnika, ki izhaja iz njegovih izkušenj

(Mesec, 1998). Uporabili smo deskriptivno/opisno metodo. Podatke smo zbirali s pomočjo pol strukturiranega intervjuja. V raziskavi so sodelovali trije priznani glasbeniki, njihova povprečna starost je bila 52 let. Oblikovana so bila osnovna vprašanja, ki so se nanašala na izkušnje, čustva in doživljanja ob igranju diatonične harmonike. Skozi vprašanja smo poskušali pridobiti podatke tudi s področja dela in prostega časa, iskanja motivacije za igranje diatonične harmonike, izbiro nadomestnih aktivnosti/okupacije ali morebitne opustitve izvajanja aktivnosti/okupacije. Intervjuji so bili posneti z diktafonom in nato dobesedno prepisani. Udeležencem je bila pred intervjujem ustno zagotovljena zaupnost podatkov. Po zapisu intervjujev so bili posnetki uničeni, namesto pravih imen pa uporabljene začetnice. Intervjuje smo analizirali s pomočjo postopka, pri katerem kategoriziramo in identificiramo enote intervjuja ter oblikujemo pojme. Analiza je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, odprto kodiranje ter izbor in definiranje relevantnih pojmov in kategorij (Mesec, 1998).

## REZULTATI

Po analizi podatkov smo izluščili šest glavnih kategorij. Vsaka kategorija ima tudi podkategorije, ki bodo v razpravi predstavljene in podprte s citati ter literaturo.

Tabela 1: Kategorije in podkategorije.

KATEGORIJA	PODKATEGORIJA
Začetki igranja harmonike	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prvi stik s harmoniko</li> <li>• raziskovanje instrumenta</li> <li>• pomen domačega okolja</li> <li>• prvi javni nastop</li> </ul>
Občutki ob igranju harmonike	<ul style="list-style-type: none"> <li>• užitek, zadovoljstvo ob igranju</li> <li>• zmanjšanje stresa</li> <li>• napor</li> <li>• ponos</li> <li>• trema, strah</li> <li>• navdih za igranje harmonike</li> </ul>
Osebnostne lastnosti dobrega harmonikarja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• samokritičnost</li> <li>• znanje</li> <li>• lasten stil igranja harmonike</li> </ul>
Smisel igranja harmonike	<ul style="list-style-type: none"> <li>• harmonika kot instrument za »dušo in telo«</li> <li>• harmonika kot sredstvo za druženje</li> <li>• harmonika kot sredstvo za zaslužek</li> </ul>
Tradicija igranja harmonike	<ul style="list-style-type: none"> <li>• povezanost med očetom in sinom</li> <li>• izgubljanje ljudskosti</li> <li>• spremenjen odnos do harmonike</li> </ul>
Prenehanje igranja harmonike	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bolezen</li> <li>• družina</li> <li>• padec kvalitete</li> </ul>

## RAZPRAVA

### 1 Začetki igranja harmonike

Na posameznikovo izbiro okupacije pomembno vpliva okolje, na doživljanje smisla in pomena vključenosti pa njegov kulturni kontekst (Bonder et al., 2004). Začetke igranja naših intervjuvancev lahko povežemo s primarno družino. Mnogi, ki se ukvarjajo s proučevanjem družine, pravijo, da je družina tista, ki nudi posamezniku čustveno oporo ter mu privzga vrednote, ki so povezane tudi s karierno potjo (Rutar Leban, 2015). Avtorica navaja še teoretika Critesa, ki poudarja, da se karierna usmerjenost staršev zrcali v otrokovih interesih in posledično sooblikuje otrokovo karierno odločitev. Pri vseh intervjuvancih je moč opaziti posebno vez med sinom in očetom. Freud meni, da ideal jaza, ki sestavlja sistem vrednot, s katerim se otrok lahko identificira, vcepi predvsem oče (Arenes, 2003). Žmuc Tomori (1989) navaja, da sta ljubezen in občudovanje do očeta gonilna sila za otrokova nadaljnja prizadevanja. Otrok se z očetom poistoveti in mu je vzornik, vendar le v primeru, da ga ima oče rad. Vse zgoraj navedeno lahko povežemo s citati naših sogovornikov, predstavljenih v nadaljevanju.

#### 1.1 Prvi stik s harmoniko

B je povedal, da je prvi stik s harmoniko imel doma. Takole se spominja svojih začetkov: *»Js sem pa iz radovednosti pravzaprav, sm vzel harmonko, ko ni blo nobenga doma pa začel pesmico nekako po svojem posluhu preigravat, pa morem rečt, je pesmica bila narjena v 15 minutah«*. M pove, da se je prvič srečal s harmoniko, ko je opazoval svojega očeta pri igranju, kar lahko povežemo s trditvijo Zupančičeve (2001), da starš med interaktivno igro 'analizira' predmete in dejavnosti, jih označuje, kategorizira in poenostavlja ter je hkrati otroku model za posnemanje dejavnosti, ki je sam še ne more izvesti. *»Ko je oče igral, se spomnem, sma vedno pred ogledalom sedela in sm takrat sm ... oče je ven vlekel meh, js sm pa iskal tone ne ... višje, nižje in mi je blo zanimivo«* (M). T pa se takole spominja svojega prvega stika s harmoniko: *»Js sm bil star devet let in takrat je prišla v našo hišo prvič frajtonerca, Lubasova frajtonerca - prava harmonika. In takrat sem se je zalepil in še je danes nisem spustil iz rok«*.

#### 1.2 Raziskovanje instrumenta

Igra je spontana, ustvarjalna aktivnost, ki jo zasledimo v različnih obdobjih človekovega življenja in ne le v otroštvu (Batistič Zorec et al., 1996), pri čemer je v predšolskem obdobju otrokova prevladujoča dejavnost. Potek in smisel igre sta v njej sami, zato otroku ni toliko pomemben končni rezultat kot sam proces, uživanje in zadovoljstvo (Horvat, Magajna, 1987). Tudi igranje instrumenta se lahko raziskuje preko igre, kot smo razbrali iz pripovedi M: *»S šestimi leti sm začel kot samouk ... mi je oče dal prvo harmoniko, da sm se sam spoznaval z njo, da sm raziskoval«*.

#### 1.3 Pomen domačega okolja

Ribeiro (2001) okolje opisuje kot ključni element v delovno terapevtski intervenciji ter da je za izvedbo okupacije potrebna dobra povezava med osebo, okoljem in okupacijo. Kielhofner (1995) trdi, da če hočemo razumeti okupacijsko vedenje, moramo poznati tudi okolje v katerem se to vedenje odvija. M navaja: *»Morem povedat, da je pač ... diatonična harmonika je naš družinski inštrument. Harmoniko igra oz. jo je igral tut moj oče in tut cela družina po očetovi strani«*. Vpliv domačega okolja je zelo viden tudi pri T, ki pravi takole: *»Ata in mama, oba sta bla, bom reku taka, taka pač ljudska pevca na koru nekoč ne v cerkvi, sem jaz nekaj najbolj pobral te njihove čevlje glasbene, glasbene čevlje ne«*.

#### 1.4 Prvi javni nastop

Prvi nastop je pri mladih glasbenikih seveda zelo pomemben, saj iščejo nekakšno oporo in potrditev s strani poslušalcev. Prepričanje o lastnih sposobnostih predstavlja sklop našega vedenja in občutkov o samem sebi, svojih sposobnostih, da se spoprijemamo z različnimi



izzivi in s tem dobimo dodatne dokaze o svojih zmožnostih (Kielhofner, 1995). Tudi samopodoba, ki je organizirana celota lastnosti, sposobnosti in drugih psihičnih vsebin, je pomemben element osebnosti mladega glasbenika (Kobal, 2000). Pomemben je naš izgled, obleka, ki jo nadenemo za neko priložnost. K dojemanju človeka ob srečanju spada tudi uporaba oblačil, saj z njimi spreminjamo in dopolnjujemo svoj zunanji videz (Tement, 2013). Pomen navedenih dejavnikov ob prvem nastopu je oseba B opisala: *»Prvi ... tega ne moreš pozabit, ker to je pa blo ... v trgovsko šolo sm hodu s sošolcem iz osnovne šole. On je kitaro igral, js pa pač harmonko, pa sma šla, oba sma bla iz Štor in sma šla igrat eno novoletno v gasilski dom. To je bil prvi nastop v duetu čeprav ... pravzaprav prvi se spomnem in takrat sm si prvi suknjič kupu pa kravato, še vedno vem danes, kaka je bla barva«*. Literatura navaja, da je pomembno, da se zavedamo, da pripisovanje vzrokov uspeha in neuspeha vpliva na učno motivacijo. Nekdo, ki uspeh pripiše notranjim in kontrolnim dejavnikom, ima močan občutek samo učinkovitosti in je bolj motiviran za nadaljnje delo (Woolfolk, 2002). T je prvič nastopil na tekmovanju in po njegovih vtisih je bil njegov nastop zelo uspešen: *»To je blo nekje leta 1968, takrat sm biu js star 11 let. Da sem na Koblju, so mladinci so organizirali »Pokaži kaj znaš«. In takrat sm jaz prejel na tistem »Pokaži kaj znaš« drugo nagrado publike in strokovne komisije.«* Za M pa je bil prvi nastop zelo napet: *« Moj prvi nastop je bil v Zrečah, se ga spomnim,.. takrat sm igral tut pesem Veselo po domače od Avsenika. To vem, da je blo ... grozno me je blo strah.«*

## **2 Občutki ob igranju harmonike**

V nadaljevanju so se razvile številne podkategorije, ki predstavljajo, kakšne občutke doživljajo harmonikarji med samim igranjem. Večinoma so ti občutki dobri, včasih pa so prisotna tudi negativna čustva.

### **2.1 Užitek, zadovoljstvo ob igranju**

Vsi sogovorniki opisujejo občutek zadovoljstva ob igranju harmonike. Največkrat ga povezujejo z dobrim odzivom publike. Tu lahko omenimo pomen samo nagrade ter stanja »flow«, ki ga človek občuti tedaj, ko v aktivnosti uživa ter se pri izvajanju z aktivnostjo zlije v eno. Raziskave kažejo, da predstavljajo okupacije, ki vodijo v stanje »flow-a« nadpovprečen izziv za izvajalca, izziv, ki ustreza njegovim spretnostim in sposobnostim (Persson et al., 2001). M navaja: *»Čist odvisn od publike ne ... če te publika res posluša, če te sprejema ... ne vem, so to neka neverjetna čustva res te ... se mi zdi takrat igraš bolj, ko kadarkoli. Ampak se mi zdi tist aplavz na koncu pa to je ... to je to za kar špilam ne.«* B v zvezi s predhodno navedenim pove: *»Kak je to občutek pa užitek, ko vidiš, da enostavno ljudje večinoma tvojih pesmi znajo, pojejo. Še bolj pa to, da so z njimi zadovoljni, pa da nimaš občutka, da se delajo, da to neki hočejo stvari olepšat, mam občutek, da so iskreni«*. T pa: *»Ko prideš, ko občutek dobiš, da te sprejmejo, ko jim zaigraš, dobiš občutek, da si jim všeč. Tisti, ki te poslušajo, ki ti zaploskajo, pa ne glede kaj igraš, samo, da ti ploskajo, samo da si ti. Da si jih prepričal. Potem je to dobro.«*

### **2.2 Zmanjšanje stresa**

Stres nas spremlja na vsakem koraku in težko se mu izognemo. Tudi glasbeniki niso izjeme in lahko preživljajo velike strahove pred nastopom ali pa celo med samim igranjem (Zupan, 2000). Drugi pa imajo recimo harmoniko kot medij pri soočanju s stresom in ga na tak način odpravljajo oz. v harmoniki najdejo sprostitev. T pravi: *»Tut, ko mi je oče umru sem šel na Ptuj in po terenu, pač tam, kjer sem učil harmoniko, kot da se ni nič zgodilo, če glih mi je duša jokala. No, harmonika mi je bila vedno, al v slabem al dobrem am ... času vedno dobrodošla«*. Nekateri pa zaradi stresa ne morejo igrati, kot recimo oseba B: *»Po stresnem dogodku si ponavad jaz ne igram. Ne ... js am ... harmonko vedno uporabljam, ko je*

*inspiracija, ko je, ko si zaželiš, ko si poln neke čustvene nabitosti, vedno sam v takem trenutku».*

### **2.3 Napor**

Pri izvedbi neke aktivnosti oziroma okupacije lahko pride do preobremenitve, lahko tudi do izčrpanosti, izgorelosti, kar potrjujejo izjave naših sogovornikov. M pove: *»Ker če si ... men se je to vleklo, ne vem pet, šest let, ko sm učil skos, pol se je pa to ... sm priš do izčrpanosti..sm rabu že, ne vem ... mal premora.«* B o naporu razlaga sledeče: *»A ... z leti pol, ko se staraš, mislim, postane to kr vlka obremenitev«.* T pa o naporu pove: *»Js sm delu od jutra pa do večera, petke, sobote, nedelje, pač skos sm biu na razpolago tem, ki so se želeli harmoniko učit. Naporno v glavnem.«*

### **2.4 Ponos**

Ponos je razmeroma pogosto čustvo. To čustvo občutimo predvsem pred drugimi pomembnimi posamezniki ali skupino (Milivojević, 2008). M je v intervjuju povedal, da občuti ponos takrat, ko vidi, da ga učenci spoštujejo: *»In se mi zdi, da je ... da je nekaj najlepšega... tut pol po petih letih, ko te vidi, pa ko še te kr vika, pa ko si ne ... in ko si bil celo življenje za njega učitl ne ... se mi zdi ... to so neki posebni občutki ne ... nek ponos, se mi zdi de.«* T pa navaja: *»In ko ... js ko grem recimo po Koroškem al pa na Ptuj ne glede kje, npr. kakšen festival pride tak bradati moški k meni in mi reče: »T zdle bi se pa rad mal z vami sliku, a se lahko slikamo? A se poznama? Pravi: sej ste me učil. Kdaj, kdo, kje? No in tega mam čedalje več. In mi je lepo pri duši, potem, ko se mi predstavi, kdo sploh je v resnici ta človek.«*

### **2.5 Trema, strah**

Trema je strah, da se nismo dovolj dobro pripravili na razmere, ki nas čakajo v bližnji prihodnosti. Značilno je, da občutimo tremo pred opravljanjem izpitov, nastopanjem pred občinstvom ipd. (Milivojević, 2010). Vsi glasbeniki, igralci in ostali nastopajoči se za odrsko zaveso soočajo s tremo in kot navajajo profesionalni glasbeniki - trema z leti ne izgine, ampak se nanjo navadiš (Muller, 2009). Iz literature je razvidno, da sta pri nastopu pomembni dve stvari, posameznik mora zaupati sam sebi in o tem prepričati tudi druge (Zupan, 2000). Tudi naši intervjuvanci se srečujejo s tremo, čeprav nastopajo že vrsto let. M pravi: *»S tremo sem se sooču par let nazaj, tak da ... meu sm skos probleme. Večino, ko sm nastopu kot solist, vedno sm meu večjo tremo za manjše skupine. Če sm igral ... se mi zdi, ko sm meu bol tist osebn stik z ljudmi. Takrat me je vedno pokopalo, ne.«* T je povedal, da treme nikoli ne občuti: *»Nikoli. Jaz mam tremo recimo pred nastopom, če vidim da ni ljudi.«* B pa pravi, da ima še vedno tremo pred nastopom: *»Vedno. Vedno. Je pa res, ko stvar zalaufa, maš občutek, da lahk sam ustvarjaš musko ... v tistem trenutku pa trema takoj mine. Takoj.«*

### **2.6 Navdih za igranje harmonike**

Inspiracijo ali navdih marsikdo povezuje le z umetniškim ustvarjanjem. Tudi začetniki delovne terapije so v sam proces pogosto vključevali umetnost in obrt (La Cour et al., 2005). Vendar moramo na to gledati širše, saj vsak človek kdaj doživi inspiracijo oziroma je od nečesa v življenju navdahnjen, a vsakogar navdihuje kaj drugega, z drugačno globino in kakovostjo. Za M je navdih glasba kot taka: *»Glasba sama ... sam navdih do ... to je ... ne znam si predstavlat, da bi to zdaj toto obdobje moje kr prekinu, pa da bi začeu, ne vem, delat neko stvar, ki ne bi bla z glasbo povezana.«* B-ju je inspiracija to, da ljudje poznajo njegove pesmi: *»Med nastopom, če publika seveda, zdaj ko maš en ceu kup poznanih pesmi ... je samo to tisto, ko vidiš, da ljudje te pesmi poznajo. Samo to te vleče, samo to ti da inspiracijo za naprej.«*

### 3 Osebnostne lastnosti dobrega harmonikarja

V tej kategoriji poskušamo opisati osebnostne lastnosti, ki jih naši sogovorniki pripisujejo definiciji dobrega harmonikarja. S citati bomo poskušali te pojme tudi opredeliti.

#### 3.1 Samokritičnost

Samokritičnost mnogi glasbeniki opredeljujejo kot vrlino, ki odpira pot do boljše kvalitete igranja. To lahko podkrepimo z naslednjimi izjavami sodelujočih. M: *»Ne, samokritičen sem jaz zelo ... pač, ko hočem stvari met u nulo pošlihtane, ... da tako lahk dauč prideš ne ... da ni nič slabega zaj, če si preveč. Kar pa recimo opažam, da ljudje so vse premal samokritični.«* Znanstveniki pravijo, da lahko pretirana samokritičnost privede tudi do depresije in destruktivnega mišljenja (Kannan, Levitt 2015). To mogoče lahko povežemo z naslednjo trditvijo B-ja: *»Js sm sam za sebe najbolši pa tudi najbolj oster kritik sem tak sam ne ... sem pa prestrogi ne.«*

#### 3.2 Znanje

Človekovo prepričanje, da lahko z uporabo svojih sposobnosti vpliva na potek dogodkov in razmer, ima močan vpliv na njegovo motivacijo (Kielhofner, 1995). Pri M izjavi lahko vidimo, da včasih človek tudi ni povsem prepričan v svoje sposobnosti oz. pozna svoj obseg znanja: *»In js se trudim, da maksimalno lahk, kulk pač sam znam, da naučim nekoga, ko pa sam neki vidim, da mogoč z zvrstjo mogoč nism dorasu, ga pa rajš drugam napotim, kot pa da bi ga omejeval, recimo.«* B trditev pa kaže ravno nasprotno: *»Ja ... to od začetka je blo pač to tak, da se mi zdi se nisi zavedu, nisi vedu, kam bo to kaj šlo, pa pač znanja sem meu dovolj raznoraznih ... ni blo nobene stvari, ko ne bi mogu pokazat.«*

#### 3.3 Lasten stil igranja harmonike

Starejši glasbeniki menijo, da večina sedanjih ansamblov nekoga posnema oz. se ne trudijo biti drugačni - svoji. Tudi naši sogovorniki so podobnega mnenja: *»Prvo leto sm vse špilu nekaj po originalih, zaj pa že mam, že mislim, že grem neko svojo linijo ... nek svoj jaz morš dat ne ... moreš slej ko prej sam sebe iskat.«* (M) *»Veš svoj stil ne moreš naredit... namensko, mene nikoli ni nobedn harmonike učil, zato je nastal ... tako imenovani svoj stil.«* (T) *»Ja, js morem rečt, da vrjetno prav zarad tega, ker sem bil že od začetka drugačen... takrat tega ni blo velik, je vsak za koga, ki je mal drugač igral od večine.«* (B) Glede na izjave lahko sklepamo, kako je lasten stil pomemben tudi za rast samozavesti, samopodobe in tudi zavedanja položaja, ki ga dosega med kolegi.

### 4 Smisel igranja harmonike

Doživljanje vsakodnevnih okupacij in njihovega smisla je subjektivna izkušnja posameznika v njegovem življenjskem okolju (Handerson et al., 1991). Razumevanje pomena okupacije, kot ga oseba zazna, je bistveno za vključevanje v okupacije.

#### 4.1 Harmonika kot instrument za dušo in telo

Pomen, ki ga ima okupacija za posameznika je ena od ključnih značilnosti okupacije, v kateri leži potencial za preoblikovanje »njega in družbe« (Persson et al., 2001). To lahko podkrepimo z izjavo B: *»Še vedno se dobivamo, igramo tu pa tam, ampak je to tisto za dušo.«* V naslednji zgodbi pove tudi: *»In če sm slabe volje, recimo med igranjem, če kaj ne štima, ko ti kak prjatu reče, da je blo fajn, pa si misliš enostavno napake se dogajajo, vsakemu, ki dela, ki karkoli ustvarja.... tak je tudi v muski. So pa inserti vmes, ko pa veš, da so bli izredno dobri, tak za dušo in za poslušat.....«* Zasledimo lahko tudi občutek samo nagrade. Pri samo nagradnih okupacijah se oseba odloči za izvajanje aktivnosti zaradi tega, ker pri tem preprosto uživa (Persson et al., 2001). Slednje lahko opazimo pri B izjavi: *»Danes recimo lahk rečem, je pa največja nagrada, ko slišiš svoje pesmi, ki ostanejo....«* B prav tako pove, da je bil njegov začetek pogojen z usodo: *»Men je blo igranje nekaj podarjeno z neko usodo, za katero*

*se nism ne vem kok boril al pa načrtoval.«* Smisel igranja lahko opazimo predvsem pri M izjavi: *»Pač js mam to srečo, da delam to, kar mam najrajš ne ... da igram, da se ukvarjam s glasbo, da jo poučujem.«* V naslednji njegovi izjavi lahko vidimo, da si enostavno ne predstavlja življenja brez harmonike: *»To je enostavno del mene, zle poleti ne, ampak ko pride jesen ... spomladi, je harmonika skos v avtu ... moja oprema.«*

#### **4.2 Harmonika kot sredstvo za druženje**

Okupacije ponujajo zadovoljstvo in razvedrilo ter omogočajo, da ljudje vzpostavijo socialne stike (Vojska, Marušič, 2004). Harmoniko glasbeniki opisujejo tudi kot medij za druženje: *»Nas je prišlo 10 samih harmonkarjev, smo malo povečerjali in tak lušne veselice že dolgo ni blo kot takrat.«* (T)

#### **4.3 Harmonika kot sredstvo za zaslužek**

Vsi trije naši intervjuvanci igrajo harmoniko za dodaten zaslužek, kar daje okupaciji konkretno vrednost (Persson et al., 2001). Dva se z igranjem ukvarjata profesionalno, eden pa zgolj ljubiteljsko. Recimo M in T igranje harmonike navedeta tudi kot sredstvo za zaslužek, kar lahko potrdimo z izjavo osebe T: *»Ko sem začel harmoniko poučevat, jaz sem bil edini v Sloveniji, da sm lahko inštruiral ta inštrument na nekakšen svoj način in zato je blo kot grom iz neba, po celi Sloveniji tako zanimanje, da sm enostavno mogu pustit službo in it v profesionalne vode.«* M pa pravi takole: *»Ja, takrat, ko učim, to mam tak delovnik normaln, tak ko pač vsi, hodim v službo, pač vsaki dan drgač pa vse vikende.«*

### **5 Tradicija igranja harmonike**

Izbrane okupacije, v katere je posameznik vključen, odražajo in izhajajo iz njegovih osebnih in kulturnih vrednot (Blesedell Crepeau e tal., 2003; Bonder et al., 2004). Med delovnimi terapijami je kulturni kontekst že dolgo priznan kot pomemben vidik okupacije v povezavi z dojemanjem zdravja. Igranje diatonične harmonike lahko pojmuje kot tradicijo, saj je na naših tleh prisotna že od sredine 19. stoletja in izhaja iz ljudskega godčevstva (Strašnik, 2010). Ljudskih godcev tako rekoč skoraj da ni več in ta glasba oz. ta stil glasbe izumira. To opažajo tudi naši sogovorniki, ki so o tem tudi iskreno spregovorili.

#### **5.1 Izgubljanje ljudskosti**

Takole nam pove M: *»Js mislim, da glede na to, da je nacionalni inštrument...Js pravim, da bi vsaka hiša, mogla met frajtonerco, to je naše ... to bi molg dejansko cenit. Pa da ta slovenska ljudska pesem, da se obdrži, da bojo radi peli naše pesmi, da ne bojo sam hrvaških peli.«* Podobno nam pove tudi T, ki poudarja da se danes mladi za igranje harmonike odločajo predvsem zaradi denarja: *»Ja to nisma več tam, ko sma začela. To je že nekakšna popularnost ena stvar, ki smo jo, ki smo pobegnili iz ljudske glasbe. Ne vejo več kaj, to ni več ljudska glasba, to je že komercialna zadevščina.«* B pa pravi, da je harmonika izgubila dušo: *»Ta harmonka je zgubila ... ta inštrument je bil za dušo, danes pa ni to več inštrument za dušo.«*

#### **5.2 Povezanost med očetom in sinom**

Povezanost med očetom in sinom je botrovala temu, da so vsi trije intervjuvanci začeli in nadaljujejo z igranjem harmonike. Kot navajajo raziskovalci na izbire otrokovih okupacij vpliva tudi socialno-ekonomski status družine, vrednote in otrokovi vzorniki (Law et al., 2000). To lahko podkrepimo z naslednjimi izjavami: *»Me je oče usmeru v to smer... mi je dal prvo harmoniko, da sm se sam spoznaval z njo, da sm raziskoval, pol mi je sam pokazal par prijemov. Ko je oče igral, ko sm biu mali, se spomnem, sma vedno pred ogledalom sedela.«* (M) Pri B izpovedi pa opazimo, da ga je oče silil k igranju in da je bil skoraj prisiljen nadaljevati družinsko tradicijo: *»Ker enostavno je blo vrjetno to narobe, da me je oče nekako pravzaprav silil v to igranje in ni blo to tisto samoiniciativa, ki je bla pol nekako po željah očeta in je to bil vrjetno dvorezni meč, da js pol pravzaprav to harmonko začel igrat takrat, ko njega ni bilo doma. Pravzaprav mal sam raziskovat ... tak je to blo.«*

### 5.3 Spremenjen odnos do harmonike

Včasih je bilo igranje na harmoniko zasmehovano predvsem s strani mladih, danes pa se za to glasbo odloča vedno več mladih. »Med mladimi takrat ni blo popularno, da je blo sramotno, sploh tam do 15, 16 leta je bla miselnost mladih čist kontra narodno-zabavni glasbi, kar se pa zdaj obrnalo, pa tut mal moderniziralo.« (M). T pa dodaja: »Si biu kmet, če si jo igrau. Danes pa vidim na vrtnih veselicah, da na polke pa valčke plešejo celo najstniki. In tega je čedalje več. Po eni strani je to tudi prav.« Prisotnost narodno-zabavne glasbe v medijih, ki jih uporabljajo mladi je pomembno prispevala k popularizaciji tovrstne glasbe. Ugotavljamo tudi, da je s to vrsto glasbe povezanih veliko festivalov širom Slovenije, zato se za podmladek ni bati.

## 6 Prenehanje igranja

V življenju harmonikarja se lahko zgodi kaj nepredvidenega, ki vpliva na nadaljnjo pot igranja. Pogost razlog za opustitev igranja je starost, s katero pride do upada fizičnih in kognitivnih sposobnosti. Seveda se je potrebno na to pripraviti in pravočasno razmišljati o alternativni aktivnosti oz. o adaptaciji okupacije (Law et al., 1996). Učenje igranja je lahko zelo ustrezna alternativa. Nekateri sploh nočejo razmišljati o prenehanju, oziroma si ne predstavljajo življenja brez igranja harmonike, kot recimo M: »Ne, ga ne vidim (razloga).«

### 6.1 Bolezen

Vsi intervjuvanci so omenili, da jim igranje lahko prepreči le bolezen. Upad fizičnih in kognitivnih sposobnosti posameznika znanstveniki povezujejo s kontekstom - okoljem, saj so nekateri prepričani, da pritisk okolja sproži določen odziv, in ko posamezniku začno upadati sposobnosti, se ranljivost na vplive okolja povečuje (Law et al., 1996). M v zvezi s tem pravi: »Mislim, da sam kaka bolezn, bi mi lahk preprečla, če bi ... fizično, da ne bi več zmoğu. Al pa da bi ne vem, pač zdravstveno, da bi mi kej...«, B v zvezi s tem odgovarja takole: »Al pa edin res kaka strašna bolezn, ki ti pa onemogoči, da lahk deluješ naprej.« Podobno pravi tudi T: »Bog ne daj. To je samo bolezn, ki se je vsak boji.«

### 6.2 Družina

Ne glede na starost ima družina velik vpliv na posameznikovo udejstvovanje v okupacijah igranja harmonike. Podpora družine pripomore pri izbiri in vključevanju v okupacije (Law et al., 2000). M kot možen razlog opustitve aktivnosti omenja družino in partnerico: »Se mi zdi, da tut ne vem. Večkrat ko začne kir, družina al žena začne nasprotovat, al so živčni, so raznorazni primeri. Pr men se ne more to zgodit. To sm že razčistu tist dan.«

### 6.3 Padec kvalitete

Nekateri poudarjajo notranje razmišljanje posameznika o zahtevah okolja in kako to vpliva na njegov odnos z zunanjim svetom. Na primer spomini preteklih izkušenj se pogosto uporabljajo za ocenjevanje trenutnih in prihodnjih možnosti za uspešnost. To lahko povežemo s strahom pred padcem kvalitete, ki ga imajo nekateri naši sogovorniki (Law et al., 1996). Oseba B pove naslednje: »Ja, pustiš, seveda pustiš, eno je takle, da se zasitiš. Veš, v glavi maš nek visok nivo nekega igranja, po drugi stran se zaveš, da je vse minljivo.«

## ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da je igranje harmonike smiselna okupacija glasbenikov, ki so sodelovali v raziskavi. Če povzamemo izjave, lahko rečemo, da igranje harmonike daje smisel njihovemu življenju, jih fizično in duhovno izpolnjuje, jim služi kot medij za druženje in jim daje občutek samonagrade ter zaupanja v lastne sposobnosti. Ugotovili smo, da jih med igranjem preplavlja veliko čustev od treme, strahu, ponosa, inspiracije do občutkov zadovoljstva, ko

vidijo, da jih ljudje sprejmejo. Doživljajo tudi stanje zanosa, saj se vsi trije harmonikarji s harmoniko zlijejo v eno in ob igranju harmonike izgubijo občutek za čas. Po mnenju intervjuvancev mora dober harmonikar biti samokritičen, imeti mora zaupanje v lastne sposobnosti ter lasten stil igranja. Vsi so omenjali bolezen kot fizični dejavnik oziroma razlog za prenehanje igranja harmonike in ne razmišljajo o adaptaciji okupacije in si ne znajo predstavljati življenje brez harmonike. Ugotovili smo, da sta bila družina in nadaljevanje družinske tradicije igranja harmonike, glavna razloga za začetek igranja harmonike pri sodelujočih. Naši sogovorniki so bili enotnega mnenja, da se mladi vse več odločajo za igranje diatonične harmonike iz finančnih razlogov in predvsem zaradi prepoznavnosti. Povedali so tudi, da je igranje na diatonično harmoniko izgubila svoj prvotni namen. Igranje instrumenta – v našem primeru harmonike ima terapevtsko vrednost in lahko služi kot medij za obravnavo v delovni terapiji, seveda ob predpostavki, da je delovni terapevt več analize in sinteze omenjene okupacije. Iz izjav naših intervjuvancev smo ugotovili, da ima igranje harmonike pozitiven vpliv na njihovo zdravje in počutje, iz priljubljenosti narodno-zabavne glasbe pa lahko sklepamo, da tako vpliva tudi na poslušalce in tiste, ki se ob zvokih narodno-zabavne glasbe »zavrtijo«.

## LITERATURA

- AOTA - American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and Process. 3th edition. *Am J Occup Ther* 68(1): 1–48.
- Arenes J (2003). *Je oče še del družine?*. Ljubljana: Oka otroška knjiga.
- Batistič Zorec M, Marjanovič Umek L, Lešnik Musek P (1996). *Otrokov razvoj v starostno heterogenih skupinah v vrtcu: zaključno poročilo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA (2003). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bonder R, Bette LM, Andrew WM (2004). Culture emergent in occupation. *Am J Occup Ther* 58(2): 159–68.
- Casper V, Thomas C (1999). *Infant and toddler development. Step by step – a program for children and families*. Children's Resources International, Inc.
- Christiansen HC (1999). Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *Am J Occup Ther* 53(6): 547–58.
- Christiansen HC, Townsend AT (2011). *Introduction to occupation. The art and science of living*. 2nd ed. New Jersey: PEARSON.
- Csikszentmihalyi M (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: Harper and Row.
- Čurič D, Križaj T, Pirnat S (2013). Peka potice kot smiselna okupacija (dejavnost) starejših v Sloveniji in sredstvo za medgeneracijsko sodelovanje. *Kakov starost* 16(2): 22–35.
- Debevec M (2003). *Nadgradnja tradicionalnega pristopa v igranju na diatonično harmoniko*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Handerson A, Cermak S, Coster W, Murray E, Trombly CA, Tickle-Degnen L (1991). The issue is: occupational science is multidimensional. *Am J Occup Ther* 45(4): 370–2.
- Horvat L, Magajna L (1987). *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Kannan D, Levitt H (2017). Self-criticism in therapist training: A grounded theory analysis. *Psychother Res* 27(2): 201–14. doi: [10.1080/10503307.2015.1090036](https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1090036)
- Kielhofner G (1995). *Model of Human Occupation – Theory and Application* (second edition). Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kielhofner G (2008). *A model of human occupation: Theory and application*. 4th edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.

- Kobal Grum D, Musek J (2000). Temeljni vidiki samopodobe. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- La Cour K, Josephsson S, Luborsky M (2005). Creating connections to life during lifethreatening illness: Creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. *Scand J Occup Ther* 12(3): 98–109.
- Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther* 63(1): 9–23.
- Law M, King G, Rosenbaum P, Kertoy M, King S, Young N (2000). The participation of children with physical disabilities. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Lefcourt HM (1981). Research with the locus of control construct: Vol. 1. Assessment methods. San Diego, CA: Academic Press.
- Mesec B (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milivojević Z (2008). Emocije: razumevanje čustev v psihoterapiji. Novi Sad: Psihopolis inštitut.
- Milivojević Z (2010). Čustveno opismenjevanje: trema. Dostopno na: <http://www.viva.si/Psihologija-inodnosi/2986/%C4%8Custveno-opismenjevanje%20trema?index=1> <2.10.2018>
- Muller I (2009). Trema pred glasbenim nastopanjem. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Oppland M (2016). Positive psychology program. Mihaly Csikszentmihalyi: All about flow & positive psychology. Dostopno na: <https://positivepsychologyprogram.com/mihaly-csikszentmihalyi-father-of-flow/> <9.9.2018>
- Persson D, Erlandsson LK, Eklund M, Iwarsson S (2001). Value dimensions, meaning and complexity in human occupation – A tentative structure for analysis. *Scand J Occup Ther* 8(1): 7–18.
- Pierce D (2001). Untangling occupation and activity. *Am J Occup Ther* 55(2): 138–46.
- Rebeiro KL (2001). Enabling occupation: the importance of an affirming environment. *Can J Occup Ther* 68(2): 80–9.
- Rutar Leban T (2015). Starši kot pomembni odrasli na karierni poti otrok. In: Štremfelj U, Lovšin M, eds. Karierni ter osebnostni in socialni razvoj mladih: pogledi, pristopi, izzivi. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Strašnik S (2010). Nastanek in razvoj narodno-zabavne glasbe v kulturnozgodovinskem kontekstu na Slovenskem. Diplomsko delo. Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, Oddelek za sociologijo.
- Tement M (2013). Poslovna obleka pedagoških delavcev kot del neverbalne komunikacije. *Didakta* 22(162): 34–35.
- Vojska A, Marušič V (2004). Aktivnosti v delovni terapiji. In: Človeku prijazni pristopi. 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, oddelek za delovno terapijo, 50–8.
- Wilcock A (2006). An occupational perspective of health. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Woolfolk A (2002). Pedagoška psihologija. Ljubljana: Educy d.o.o.
- Zupan D (2000). Kako pripraviti učenca za nastop. *Glasba v šoli* 6(1/2): 38–44.
- Zupančič M (2001). Vloga odraslega v otrokovi igri. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M, eds. Psihologija otroške igre. Od rojstva do vstopa v šolo. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Žmuc Tomori M (1989). Klic po očetu. Ljubljana: Cankarjeva založba.

## **Delovna terapija v dislociranih bivalnih enotah Socialno varstvenega zavoda Hrastovec**

### **Occupational therapy in local community homes in Social care home Hrastovec**

Nuša Črešnik<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Anja Zagoršek<sup>2</sup>, dipl. del. ter.

<sup>1,2</sup>Socialno varstveni zavod Hrastovec, Hrastovec v Slovenskih Goricah

#### **IZVLEČEK**

**Izhodišča:** Socialno varstveni zavod Hrastovec ima 23 dislociranih bivalnih enot, kjer biva približno 250 stanovalcev. Delovne terapevte tedensko izvajajo obravnave stanovalcev z namenom večje vključenosti. Z razmahom deinstitutionalizacije se pomen delovno terapevtske obravnave v skupnosti še povečuje. Namen prispevka je ugotoviti vpliv deinstitutionalizacije in bivanja v dislociranih bivalnih enot na zadovoljstvo stanovalcev ter področja na katerih lahko k večanju zadovoljstva pripomore delovno terapevtska obravnava. **Metode:** Pregled znanstvene literature, ki zajema slovenske in angleške članke. Analiza internih anket o zadovoljstvu z bivanjem v dislociranih bivalnih enot, katerih vzorec je obsegal 67 stanovalcev. **Rezultati:** Delovni terapevti lahko pomembno vplivajo na zadovoljstvo stanovalcev z bivanjem v dislociranih bivalnih enot, saj pripomorejo k večji samostojnosti pri opravljanju vsakodnevnih okupacij. Iz ankete smo razbrali, da so stanovalci za najpomembnejšo postavko izbrali prav sodelovanje v aktivnostih in opravljanje zaposlitve. **Razprava in zaključek:** Delovno terapevtska obravnava v skupnosti ne pripomore le k večji samostojnosti stanovalcev, ampak tudi k enakovrednejšemu vključevanju v družbo. Na tem področju v Sloveniji obstaja še veliko možnosti za razvoj.

**Ključne besede:** okupacija, duševno zdravje, obravnava v skupnosti, zadovoljstvo, deinstitutionalizacija.

#### **ABSTRACT**

**Objectives:** Social Care Home Hrastovec has 23 separately located community homes, where approximately 250 residents are housed. Occupational therapists conduct weekly sessions to foster greater inclusivity of the residents. With the rise of deinstitutionalization, the importance of occupational therapy intervention is increasing. The purpose of the article is to study the effect of deinstitutionalization and housing in separately located community homes on the satisfaction of the residents as well as the areas in which occupational therapy intervention can help to increase satisfaction. **Methods:** A review of scientific literature covering Slovenian and English articles. Analysis of in-house surveys with a sample of 67 residents on the satisfaction of staying in separately located community homes. **Results:** Occupational therapists can significantly impact the satisfaction of the residents in separately located community homes, as they contribute to greater independence in activities of daily life. The survey found that the residents chose participation in activities and employment as the most important item. **Discussion and conclusion:** Occupational therapy intervention in



the community not only contributes to greater independence of residents but also to more equal inclusion in society. In Slovenia, there are still many opportunities for the development of this field.

**Keywords:** occupation, mental health, intervention in the community, satisfaction, deinstitutionalization.

## IZHODIŠČA

V Socialno varstvenem zavodu Hrastovec (v nadaljevanju SVZ Hrastovec) že od leta 1948 bivajo osebe s težavami v duševnem zdravju in duševnem razvoju. Skozi desetletja se je iz popolnoma institucionalnega sistema zavod postopoma preoblikoval v bolj odprto strukturo, usmerjeno na stanovalce, ki se jih obravnava celostno (Žvajkar, 2010). Na področju duševnega zdravja je do deinstitutionalizacije prišlo v 80. letih, ko je Odbor za družbeno zaščito norosti v Hrastovcu organiziral dva tabora. V prvo stanovanjsko skupino so se stanovalci Hrastovca preselili v začetku 90. let. Do preoblikovanja zavoda in preselitev v skupnost je prišlo še deset let kasneje, ko se je približno polovica vseh stanovalcev preselila v bivalne enote (Rafaelič et al., 2017).

Kot največji posebni socialno varstveni zavod v Sloveniji je med prvimi začel z uvedbo alternativnih oblik bivanja - dislociranih bivalnih enot (v nadaljevanju DBE). Te so bile prvi korak k deinstitutionalizaciji, ki pa tudi še v današnji obliki ni popolna. Kljub temu predstavlja dobre smernice razvoja (Žvajkar, 2010).

Deinstitutionalizacija ni le preselitev stanovalcev iz institucije v skupnost, ampak predstavlja veliko več – pristopi v obravnava so usmerjeni na stanovalce, upošteva se njihove cilje in želje, pretekle in sedanje vloge ter okolje iz katerega prihajajo. Dva izmed glavnih ciljev deinstitutionalizacije, kamor se lahko vključuje tudi delovni terapevt, sta izboljšanje kakovosti življenja (bivalni pogoji, zasebnost, izbira, individualne potrebe ipd.) in zagotavljanje aktivnih oblik varstva (povečevanje vpliva in sodelovanje uporabnika) (Flaker, 2012).

V SVZ Hrastovec trenutno biva približno 650 oseb, od tega jih živi v dislociranih bivalnih enotah približno 250. V 12 neodvisnih stanovanjih pa 21 stanovalcev (Raduha, 2018). V prispevku bomo obravnavali le 12 DBE.

Delovne terapevtke se tedensko vključujejo v obravnave stanovalcev v DBE. Delovnoterapevtska obravnava v DBE se razlikuje po tem, da je večji poudarek na socialni vključenosti in povezovanju z lokalno skupnostjo. Namen in cilji delovne terapije v skupnostni psihiatrični obravnavi so vključevanje oseb z motnjo v duševnem zdravju v vsakodnevne aktivnosti in okupacije, ki so zanje pomembne in vplivajo na njihove odločitve v življenju. Primarno je delovnoterapevtska obravnava usmerjena v izboljšanje opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, izboljšanje socialnih veščin in s tem večje vključevanje v družbene aktivnosti (Sušnik, 2011).

Namen prispevka je ugotoviti vpliv deinstitutionalizacije in bivanja v DBE na zadovoljstvo stanovalcev ter področja, na katerih lahko k večanju zadovoljstva pripomore delovnoterapevtska obravnava.

## **METODE**

Pregled obstoječe znanstvene in strokovne literature, ki se nanaša na obravnavano temo, je bil osnova za teoretična izhodišča. Iskali smo jih v spletnih podatkovnih bazah DiKUL, Cobiss, Google Scholar ter arhivu zbornikov in revij delovne terapije. Ključne besede v slovenščini: delovna terapija, deinstitutionalizacija, duševno zdravje, skupnostna obravnava, zadovoljstvo. Ključne besede v angleščini: occupational therapy, deinstitutionalization, mental health, community based treatment, satisfaction.

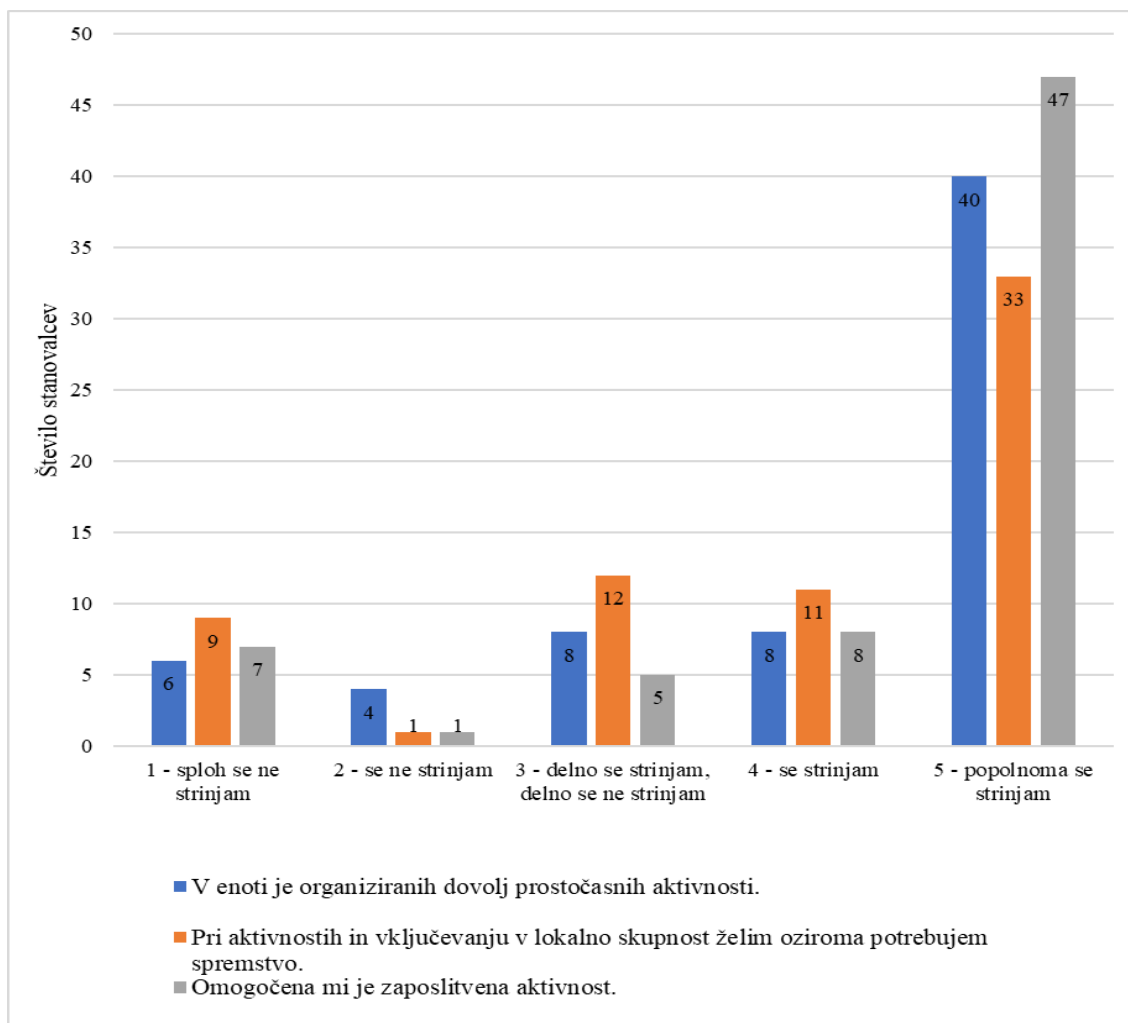
Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela. Raziskovalni vzorec je obsegal 67 stanovalcev DBE. Podatke smo zbirali z internim anketnim vprašalnikom o zadovoljstvu stanovalcev z bivanjem v DBE, ki ga vsako leto izvedemo v zavodu. Anketni vprašalnik je bil decembra 2018 razdeljen vsem stanovalcem v DBE, izpolnilo ga je 67 stanovalcev, katerih odgovori so bili tudi vključeni v analizo podatkov. Anketni vprašalnik je bil anonimen, stanovalci so ga izpolnjevali samostojno ali s pomočjo delavcev. Sestavljen je bil iz treh delov: v prvem so stanovalci vrednotili trditve po pomembnosti na lestvici od 1 do 5 ((1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, delno se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam)), v drugem delu so po pomembnosti od 1 do 5 razvrstili pet postavk (prehrana, urejeno okolje, medsebojni odnosi, aktivnosti in zaposlitev, občutek varnosti), v tretjem delu so lahko samostojno podali predloge in pripombe. Za analizo podatkov smo uporabili program Microsoft Excel 2010. Rezultati ankete so predstavljeni grafično in opisno.

## **REZULTATI**

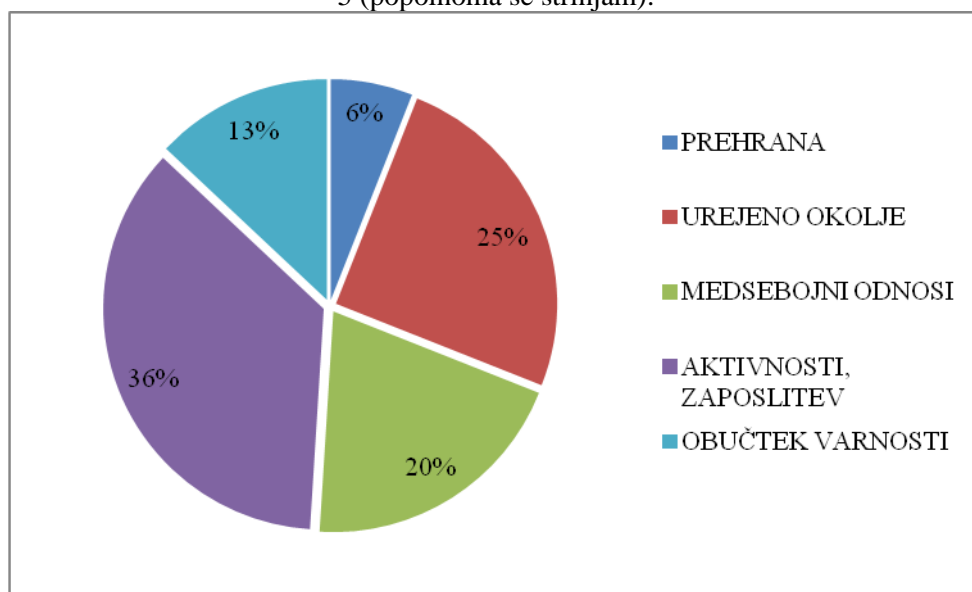
Prvi del anketnega vprašalnika je zajemal 15 trditev, 3 so se nanašale na področja človekovega delovanja – prosti čas, širše dnevne aktivnosti (vključevanje v lokalno skupnost) in delo ter zaposlitev. V Grafu 1 so prikazane omenjene 3 trditve ter število stanovalcev, ki so opredelili določeno stopnjo strinjanja.

Iz Grafa 1 je tudi razvidno, da se večina (72 %) stanovalcev strinja (ocena 4 in 5), da imajo dovolj možnosti pri izbiri prostočasovnih aktivnosti. Pri aktivnostih in vključevanju v lokalno skupnost jih več kot polovica (66 %) (ocena 4 in 5) želi oziroma potrebuje spremstvo. Večini (82 %) (ocena 4 in 5) je omogočeno vključevanje v zaposlitvene aktivnosti.

Pri razvrščanju po pomembnosti je največ stanovalcev (36 %) z oceno 1 - najbolj pomembno, ocenilo postavko aktivnosti in zaposlitev. Nadalje so po pomembnosti razvrstili urejenost okolja, medsebojne odnose, občutek varnosti in prehrano (Graf 2).



Graf 1: Stopnja strinjanja stanovalcev s trditvami na ocenjevalni lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam).



Graf 2: Razvrstitev elementov raziskovanja po pomembnosti na ocenjevalni lestvici od 1 (najbolj pomembno) do 5 (najmanj pomembno).

V tretjem sklopu, kjer so stanovalci sami izrazili svoje želje in predloge, smo te razvrstili v posamezna področja. Najpogosteje so izpostavili potrebo po več športnih (uvvedbo skupinske telovadbe, več sprehodov, iger z žogo), družabnih (več igranja družabnih iger, vključevanja v družbo in socialnih interakcij, obiskovanja glasbenih nastopov, obiskov trgovine), kreativnih (več ustvarjalnih delavnic, ročnih del) in zaposlitvenih aktivnostih, tako na enoti, kot izven nje.

## **RAZPRAVA**

Na zadovoljstvo stanovalcev z bivanjem v zunanjih enotah preko različnih pristopov pomembno vplivamo delovni terapevti (Derganc, 2008). Sodelujemo pri pripravi in prehodu stanovalcev iz institucije v novo bivalno okolje in skušamo preko celostnega pristopa zagotoviti oziroma ohraniti kakovost bivanja stanovalcev. Skozi svoj obširen vpogled v uporabnikovo okupacijsko izvedbo in dejavnike okolja smo delovni terapevti ključen člen selitvenega tima. Glede na potrebe in zmožnosti uporabnika znamo zanj izbrati primerno bivalno okolje in ga prilagoditi posamezniku (Larivière et al., 2002).

Kot strokovni sodelavci v socialno varstvenih zavodih prevzemamo različne vloge pri preseljevanju in pripravi stanovalcev na selitev ter bivanje v DBE – smo člani multidisciplinarnih timov, koordinatorji, člani selitvenih timov.

Kot člani selitvenega tima sodelujemo pri prilagoditvah fizičnega okolja, vzpostavljanju prvega stika z lokalno skupnostjo, pri izvedbi preselitve in podpori ter pripravi stanovalcev na selitev. S stanovalcem opravimo ogled DBE in mu predstavimo enoto ter možnosti izvajanja različnih aktivnosti na enoti in v lokalnem okolju. Tudi Larivière et al. (2002) v svoji raziskavi ugotavljajo, da na kasnejše zadovoljstvo stanovalcev z bivanjem v bivalnih enotah pomembno vpliva predhodna priprava na selitev, ki lahko traja tudi več mesecev. Priprava vključuje individualne in skupinske razgovore, večkratne obiske enote, kjer spoznajo okolje, bodoče sostanovalce in delavce ter vključenost svojcev v proces. Delovni terapevti s prilagoditvami okolja (odstranjevanje arhitektonskih ovir, adaptacija okolja, ergonomske prilagoditve) in ureditvijo bivalnih prostorov prispevamo k optimalnejši funkcionalnosti ter zagotavljanju domačnosti in individualnosti za posameznega stanovalca (Galof, 2016). Tekom celotnega procesa upoštevamo na uporabnika usmerjen pristop in izhajamo iz njegovih individualnih potreb. Pred odprtjem nove DBE sodelujemo pri izbiri in celotni tehnični pripravi in prilagoditvi infrastrukture ter formiranju skupine stanovalcev, ki je predvidena za preselitev. Ob odprtju DBE sodelujemo pri izdelavi programa dela, ki vključuje vsebino in logistiko delovanja enote ter analizo tveganja in individualne načrte za stanovalce (Cafnik, Ocepek, 2006; Ocepek, 2004).

Kot koordinatorji DBE pripravljamo individualne načrte, analize tveganja in programe podpore za stanovalce ter jim nudimo zraven delovno terapevtske obravnave tudi psihosocialno podporo. Bistvo delovno terapevtske obravnave je vključevanje stanovalcev v širše družbeno okolje in s tem ohranjanje ter širitev socialnih stikov ter aktivno preživljanje časa. To vključuje tako ožje in širše dnevne aktivnosti, prosti čas, kot tudi delo (Švab, 2015). Hobbs et al. (2002) so v svoji raziskavi ugotovili, da so po šestih letih bivanja v bivalnih enotah stanovalci poročali, da so pridobili več spretnosti pri hišnih opravilih ter da imajo več pristnih socialnih stikov. Raziskava je pokazala, da se je zadovoljstvo stanovalcev v bivalni enoti povečalo v primerjavi s predhodnim bivanjem v instituciji.

V delovno terapevtski obravnavi se kakovost življenja opisuje kot povezanost med vključenostjo v okupacije (participacijo) in dobrim počutjem posameznika. Ta povezanost pride še posebej do izraza, ko se stanovalec vključuje v smiselne aktivnosti. Vključenost v okupacije povečuje doživljanje sreče in zadovoljstva v življenju na splošno. Stanovalec se

razvija, ko so njegova osebnost in potrebe usklajene z okoljem, v katerega je aktivno vključen in ima možnost soodločanja (Christiansen, Townsend, 2004).

Gričar (2006) ugotavlja, da so stanovalci, ki bivajo v bivalnih enotah zelo ali srednje zadovoljni z bivanjem, na kar vpliva predvsem vključevanje v različne aktivnosti, vključevanje v okolje in dobri medsebojni odnosi (s sostanovalci in delavci). Novšak Brce in Novšak (2010) v raziskavi ugotavljata, da so stanovalci posebnih in kombiniranih zavodov, ki bivajo v bivalnih enotah bolj samostojni, imajo večji občutek pomembnosti in enakovrednosti ter več možnosti izbire. Kljub omenjenemu opozarjata na dodatne možnosti izboljšav in nadgraditve sistema bivalnih enot.

V SVZ Hrastovec je 23 DBE, v katerih biva približno 250 stanovalcev. Enote se med seboj razlikujejo po številu stanovalcev, njihovem bolezenskem stanju in spretnostih, lokaciji (mestno ali podeželsko), velikosti enote in strokovni podpori (Raduha, 2018). DBE so hiše v lokalnem okolju, ki nudijo bivanje od 11 do 25 stanovalcem, Varovani dom in Center starejših sta večji enoti, kjer biva od 50 do 70 stanovalcev. Larivière et al. (2002) v raziskavi ugotavljajo, da so na zadovoljstvo z bivanjem pomembno vplivali naslednji dejavniki: število stanovalcev posamezne enote (povprečno 20), ponudba lokalnih storitev (gostilna, cerkev, trgovina, pošta ipd.), dnevna podpora negovalnega osebja, delovna terapija, fizioterapija in vsakodnevna izbira prosto časovnih aktivnosti. Manjše število stanovalcev v bivalnih enotah pozitivno vpliva na zmanjšanje anksioznosti, pasivnosti in socialne izoliranosti, stanovalci so bolj samostojni in povezani z lokalnim okoljem.

Naša anketa je pokazala podobne rezultate kot zgoraj omenjene raziskave. Izmed petih ponujenih postavk so stanovalci kot najpomembnejšo izbrali aktivnosti in zaposlitev, kar je področje, ki je neposredno povezano z delovno terapevtsko obravnavo. Iz analize ankete, smo ugotovili, da so stanovalci večinoma zadovoljni z izbiro prostočasovnih aktivnosti in možnostjo opravljanja zaposlitvenih aktivnosti v DBE. Kljub temu so si v opisnem delu zaželeli več specifičnih aktivnosti, ki so vezane na njihove individualne interese in željo po večji pestrosti strukture dneva. Sklepamo lahko, da so zadovoljni s ponujenimi prostočasovnimi aktivnostmi, vendar bi si vsak posameznik želel več možnosti vključevanja v okupacije.

Več kot polovica anketiranih stanovalcev potrebuje pri vključevanju v lokalno skupnost spremstvo. Veliko stanovalcev ima težave v gibanju ter različna bolezenska stanja, zaradi katerih ne zmorejo samostojno obvladovati okolja. Podpora, ki jo potrebujejo se pri posameznikih razlikuje, npr. nekateri potrebujejo vzpodbudo, motiviranje, psihosocialno podporo, asistiranje pri izvajanju aktivnosti in mobilnosti, socialni interakciji, kognitivnih spretnostih itd. Možnost vključevanja v lokalno okolje in navezovanje socialnih stikov so v prej omenjenih raziskavah opredelili kot pomembno za zadovoljstvo z bivanjem stanovalcev. Zato lahko povzamemo, da je podpora na tem področju bistvenega pomena za zadovoljstvo stanovalcev.

## ZAKLJUČEK

Naša analiza ankete je pokazala povezanost delovnoterapevtskih obravnav z zadovoljstvom stanovalcev v procesu bivanja v DBE. Stanovalcem sta najpomembnejši aktivnost in zaposlitev, njihovo zadovoljstvo veča tudi izbira prostočasovnih aktivnosti in vključevanje v lokalno skupnost, možnost samoodločanja in občutek domačnosti. Z upoštevanjem individualnih potreb in želja se stanovalci v DBE bolj enakovredno vključujejo v družbo. Delovni terapevti s svojim znanjem in širino delovanja stanovalcem omogočamo, da kljub svojim težavam živijo kakovostno in aktivno življenje v DBE. Preko pristopa, usmerjenega na uporabnika ter uporabo empatičnosti in iznajdljivosti lahko delujemo na vsa področja

človekovega delovanja (dnevne aktivnosti, produktivnost, prosti čas), vključujemo pomembnost fizičnega in socialnega okolja ter preko tega dosežemo maksimalno samostojnost stanovalca.

V delovnoterapevtski obravnavi uporabljamo individualni pristop, ki neposredno vpliva na zadovoljstvo stanovalca z bivanjem v DBE, le to pa je povezano s kakovostjo življenja. Z razmahom deinstitucionalizacije v Sloveniji je vključenost delovnih terapevtov pomembna pri vseh fazah procesa preseljevanja in vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju in duševnem razvoju v lokalno skupnost ali domače okolje.

Kljub aktualnosti in pomembnosti teme, nismo našli veliko delovno terapevtskih člankov, ki bi govorili o vključevanju oseb s težavami v duševnem zdravju in razvoju v bivalne enote. Gre za ranljivo skupino uporabnikov, ki bi jim bila ob primerni podpori in vključitvi delovnega terapevta v celoten proces deinstitucionalizacije, omogočena optimalna stopnja funkcioniranja in zadovoljstva. Za razvoj stroke bi bilo potrebno in smiselno nadaljnje raziskovanje na tem področju.

## LITERATURA

- Cafnik L, Ocepek J (2006). Delovni terapevt in njegov prispevek pri iskanju in oblikovanju novih bivalnih okolij – alternativa institucionalnemu bivanju. V: Delovna terapija in okolje. 3. kongres delovnih terapevtov Slovenije; 8.–10. junij 2006; Radenci. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 139–45.
- Christiansen CH, Townsend EA (2004). Introduction to occupation: The art and science of living. 1st ed. New Jersey: Pearson Education.
- Derganc U (2008). Manjša bivalna skupnost za starostnike. Slov rev del ter 5(1): 3–7.
- Flaker V (2012). Kratka zgodovina deinstitucionalizacije. In: Časopis za kritiko znanosti 40(250): 13–30. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-L0P0OYX9> <16.5.2019>.
- Galof K (2016). Aktivno in kakovostno staranje v domačem okolju. In: Galof K, ed. Delovna terapija pomaga ljudem živeti na svoj način: 8. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Rogaška Slatina, 27.-28.10.2016. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 31–9.
- Gričar N (2006). Vpliv okolja na zadovoljstvo posameznika. In: Delovna terapija in okolje. 3. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Radenci, 8. do 10. 6. 2006. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje, 13–21.
- Hobbs C, Newton L, Tennant C, Rosen A, Tribe K (2002). Deinstitucionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. Aust N Z J Psychiatry 36(1): 60–6.
- Larivière N, Gèlinas I, Mazer B, Tallant B, Paquette I (2002). Discharging older adults with a severe and chronic mental illness in the community. Can J Occup Ther 69(2): 71–83.
- Novšak Brce J, Novšak B (2010). Deinstitucionalizacija – svet osebja in svet stanovalcev. Defektologica Slovenica 18(1): 53–63.
- Ocepek J (2004). Vloga delovnega terapevta pri procesu preseljevanja in vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalno skupnost. In: Krajnc L, ed. Zbornik predavanj Delovna terapija na poti v skupnost. Maribor, 10. september 2004. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 62–86.
- Raduha A, ed. (2018). Različnost nas bogati: ob sedemdesetletnici delovanja Socialno varstvenega zavoda Hrastovec: 1948-2018. Hrastovec v Slovenskih goricah: Socialnovarstveni zavod, 33–104.
- Rafaelič A, Ficko K, Flaker V (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. Socialna pedagogika 21(3-4): 181–210.

- Sušnik V (2011). Delovni terapevt v skupnostni psihiatrični obravnavi. In: Skupnostna psihiatrična obravnava. Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 67–72.
- Švab V (2015). Obravnava v skupnosti. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje, 27–37.
- Žvajkar S (2010). Deinstitutionalizacija v psihiatričnih ustanovah: Primer Zavoda Hrastovec. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

## Uporaba naprave Armeo Spring pri osebi po možganski kapi – študija primera

### Use of Armeo Spring device on stroke patient – case study

Klavdija Denša<sup>1</sup>, dipl. del. ter., mag. Cecilija Lebar<sup>2</sup>, dipl. del., univ. dipl. org., Julija Ocepek<sup>3</sup>, dipl. del. ter., MSc OT

<sup>1</sup> Dom Danijela Halasa Velika Polana, Velika Polana

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

<sup>3</sup> Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Robotsko podprta terapija je s ponavljajočimi, intenzivnimi in motivirajočimi nalogami obetavna oblika terapije. Namen študije je bil oceniti učinkovitost uporabe naprave Armeo Spring pri izboljšanju funkcij okvarjenega zgornjega uda osebe po možganski kapi. **Metode:** Izvedena je bila študija primera, vključen 69-letni bolnik z desnostransko hemiparezo, pet mesecev po možganski kapi. Bolnik je šest tednov, dvakrat na teden po 45 minut bil vključen v obravnavo na napravi Armeo Spring. Izvajane naloge so ciljale na izboljšanje funkcij prizadetega zgornjega uda. Obravnava je bila stopnjevana z večanjem zahtevnosti nalog in z manjšanjem podpore zgornjega uda. Napredek je bil merjen s Kanadskim testom izvedbe okupacije in meritvami naprave. **Rezultati:** Izboljšala se je bolnikova percepcija izvedbe in zadovoljstva z izvedbo njemu pomembnih okupacij (oboje za 2) in obseg gibanja okvarjenega zgornjega uda. **Razprava in zaključek:** Šesttedenska obravnava na napravi Armeo Spring je lahko primerna oblika terapije za izboljšanje funkcij okvarjenega zgornjega uda v kliničnem okolju za bolnike v kronični fazi po možganski kapi s podobnimi kognitivnimi in motoričnimi sposobnostmi kot jih je imel bolnik vključen v študijo.

**Ključne besede:** hemipareza, delovna terapija, robotska tehnologija, funkcija zgornjega uda.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Robot assisted therapy is a promising form of therapy due to its repetitive, intensive and motivating intervention. The goal of this thesis was to evaluate the effectiveness of using Armeo Spring for the improvement of upper limb functions in post-stroke patient. **Methods:** A 69-year-old male with right-sided hemiparesis was included in the case study five months after stroke. Patient has performed activities on Armeo Spring for six weeks. The intervention frequency was twice a week for 45 minutes. The activities were aiming to improve upper limb functions. We intensified the intervention by increasing the level of difficulty in activities and reducing the arm weight support. We measured the improvement with Canadian Occupational Performance Measure and with two device assessments. **Results:** Improvement occurred in patient's perception of performance and satisfaction with performing important occupations (both for 2) and the extent of movement of the impaired upper limb. **Discussion and conclusion:** Six weeks robot therapy intervention with Armeo



Spring device could be an appropriate form of therapy for upper limb in clinical setting for patients in chronic phase of stroke with similar cognitive and motor skills to the patient that was included in study.

**Keywords:** hemiparesis, occupational therapy, robot technology, upper limb function.

## IZHODIŠČA

Zadnja desetletja so prinesla velik napredek v intervencijah na področju nevrološke rehabilitacije. Oblike terapij, ki temeljijo na ponavljajočih se nalogah koordiniranih motoričnih aktivnosti, so dokazano učinkovite pri izboljšanju funkcije zgornjega uda in posledično tudi pri izboljšanju bolnikove kakovosti življenja (Colombo, Sanguineti, 2018). Hung s sodelavci (2016) navaja raziskave, ki dokazujejo, da je terapija, podprta z robotsko tehnologijo, obetavna oblika terapije, ki preko visoko intenzivnih, ponavljajočih in motivirajočih obravnav, zagotavlja izboljšanje v motorični kontroli zgornjega uda in izvedbi vsakodnevnih aktivnosti bolnikov, ki so preživeli možgansko kap.

Armeo Spring (Slika 1) je pripomoček za rehabilitacijo bolnikov s popolnoma ali delno ohromljenimi zgornjimi udi. Je ergonomsko oblikovana prilagodljiva ortoza, ki zajame cel zgornji ud, od rame do dlani, in uravnava težo bolnikovega zgornjega uda. Naprava omogoča izvajanje posebnih nalog za povečanje mišične moči in obsega giba različnih sklepov z namenom izboljšanja motoričnih funkcij. Z možnostjo odvzema teže zgornjega uda omogoča bolniku, da uporabi preostale motorične funkcije in ga spodbuja, da dosega večje število gibov v vseh sklepih zgornjega uda. Armeo Spring dovoljuje gibanje zgornjega uda v 3D prostoru, kar bolnikom omogoča izvajanje gibov pomembnih za njihov napredek v terapijah in v vsakodnevnem življenju. Širok nabor nalog je ustvarjen tako, da zajema osnovne vzorce gibanja, ki so pogosto uporabljeni v vsakodnevnih aktivnostih (Hocoma, 2019).



Slika 1: Robotska naprava Armeo Spring (Hocoma, 2019).

Najdenih je bilo sedem raziskav v angleškem jeziku, kjer so preučevali vpliv uporabe naprave Armeo Spring na osebe po možganski kapi. Rezultati teh raziskav so pokazali, da obravnave z napravo Armeo Spring vodijo do izboljšanja v obsegu giba (Bartolo et al., 2014;

Daunoraviciene et al., 2018; Hamzah et al., 2017) in do izboljšanja v motorični funkciji zgornjega uda (Büsching et al., 2018; Colomer et al., 2013; Daunoraviciene et al., 2018). V treh raziskavah so prišli do ugotovitev, da obravnava na napravi Armeo Spring ne vpliva na spremembo mišičnega tonusa (Chan et al., 2016; Colomer et al., 2013; Hamzah et al., 2017). Colomer in sodelavci (2013) so ugotovili, da je prišlo do izboljšanja ne samo v funkciji zgornjega uda, temveč tudi v izvedbi aktivnosti. Chan in sodelavci (2016) pa so ravno nasprotno ugotovili, da kljub izboljšanju v kontroli rame, koordinaciji roke in moči prijema, ni bilo napredka v izvedbi aktivnosti ocenjenih po FIM. Vse raziskave, razen ene, so prišle do skladnih rezultatov, da je uporaba naprave Armeo Spring v rehabilitaciji oseb po možganski kapi učinkovita in v primerih s kontrolno skupino daje boljše rezultate kot klasična terapija. Do sedaj sta bili v Sloveniji narejeni le dve raziskavi z uporabo naprave Armeo Spring, in sicer ena pri otrocih s cerebralno paralizo, kjer so ugotovili izboljšanje funkcije zgornjega uda (Istenič et al., 2016) in ena pri bolnikih po možganski kapi, kjer so ugotovili izboljšanje aktivnosti v okvarjenem zgornjem udu ter učinkovitost naprave za vadbo v delovni terapiji (Javh et al., 2014).

Namen naše študije primera je bil oceniti učinkovitost uporabe naprave Armeo Spring pri izboljšanju funkcij okvarjenega zgornjega uda osebe po možganski kapi. Pri tem smo si zastavili dve raziskovalni vprašanji:

1. Ali obravnava na napravi Armeo Spring vpliva na izboljšanje dožemanja izvedbe in zadovoljstva z izvedbo pri okupacijah, izbranih v Kanadskem testu izvedbe okupacije (COPM) pri osebi po možganski kapi?
2. Ali obravnava na napravi Armeo Spring vpliva na izboljšanje obsega gibanja v rami, komolcu in zapestju okvarjenega zgornjega uda pri osebi po možganski kapi?

## **METODE**

Raziskava je bila izvedena v obliki študije primera. Protokol raziskave je odobrila komisija za medicinsko etiko v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI – Soča). Na podlagi vključitvenih kriterijev smo izbrali ustreznega preiskovanca.

Izbran je bil gospod star 69 let, ki je ob začetku obravnave bil 5 mesecev po možganski kapi. Kot posledico možganske kapi je imel desnostransko hemiparezo. Po trimesečni rehabilitaciji na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča, je napredoval do te mere, da je hodil s pomočjo ene bergle (kratke razdalje po hiši tudi brez), dnevne aktivnosti je s pomočjo pripomočkov in ob povečanem fizičnem naporu izvajal samostojno. Pomoč je potreboval pri rezanju hrane in nadzor pri tuširanju. Desnega zgornjega uda ni spontano vključeval v aktivnosti, pri tem je potreboval spodbudo nekoga drugega. Njegov cilj je bil predvsem izboljšati funkcionalnost okvarjenega zgornjega uda.

Program obravnave na napravi Armeo Spring se je v URI – Soča izvajal šest tednov, dvakrat tedensko po 45 minut (skupno 12 obravnave) v obliki ambulantnih obiskov. Dva dni pred prvo obravnavo (4. 12. 2018) in tri dni po zadnji obravnavi (17. 1. 2019) so bila izvedena naslednja ocenjevanja: Kanadski test izvedbe okupacije (angl. Canadian Occupational Performance Measure - COPM) (Law et al., 2005) in ocenjevanji pridobljeni iz same naprave – A-ROM in A-MOVE. Ob zaključku obravnave smo z Vprašalnikom, izdelanim za oceno uporabe naprave Armeo Spring, ocenili tudi bolnikovo zadovoljstvo z uporabo omenjene naprave. Bolnik v času izvajanja študije ni prejemal nobene druge oblike terapij.

Iz rezultatov začetnih ocenjevanj smo ugotovili, da bolnik slabo dojema lastno izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo pri okupacijah hranjenja, tuširanja, britja in oblačenja ter da ima zmanjšan obseg gibanja v rami, komolcu in zapestju okvarjenega zgornjega uda. Terapevtski načrt je bil sestavljen iz osmih nalog, ki so ciljale na izboljšanje obsega gibov, koordinacijo

gibanja zgornjega uda in izboljšanje funkcije prijema. Vsaka naloga je trajala 2 minuti in bolnik je med vsako od obravnave naloge ponovil dvakrat. Po končanih dvanajstih obravnava smo ponovno izvedli začetna ocenjevanja in na podlagi rezultatov oblikovali ugotovitve in odgovore na raziskovalna vprašanja.

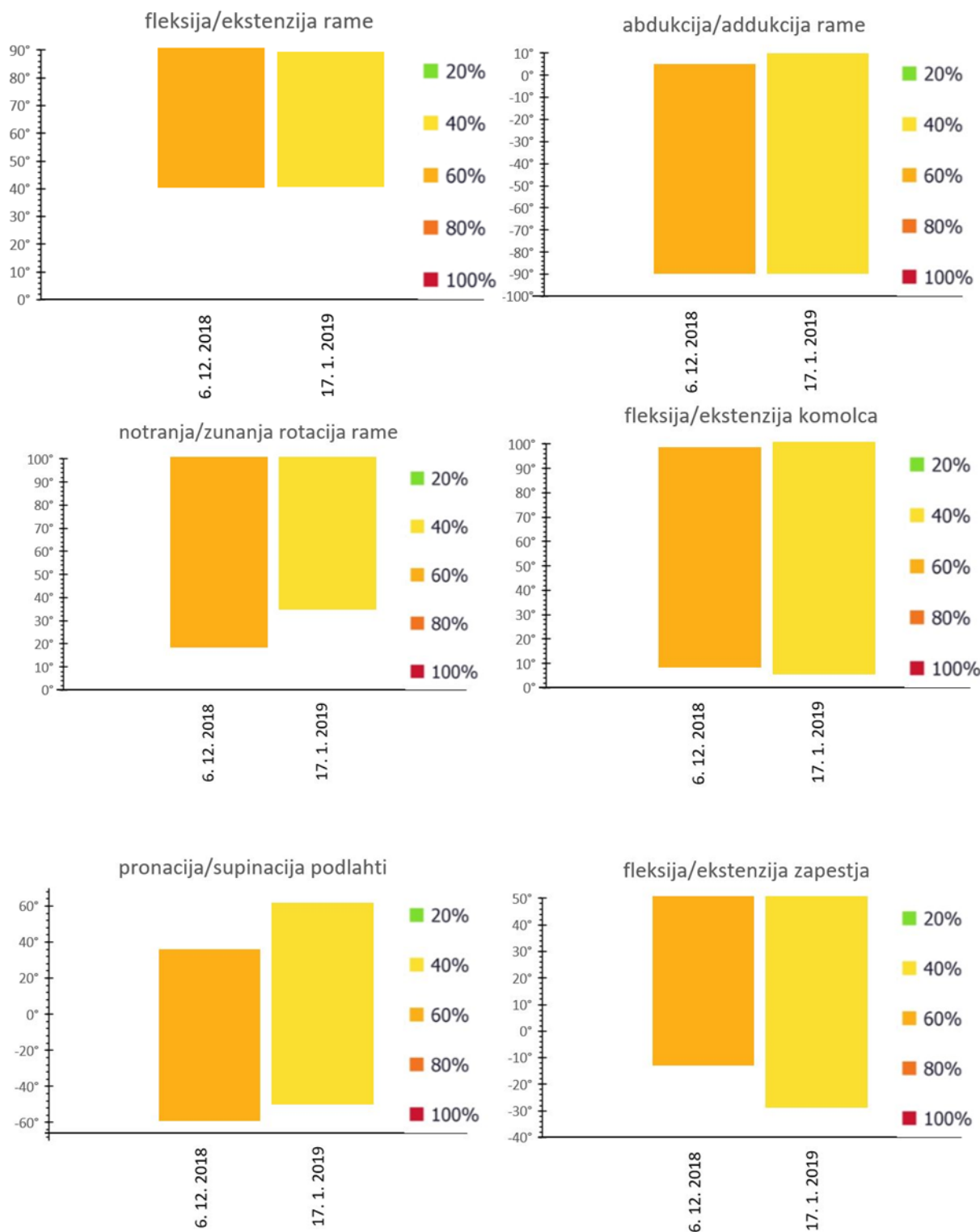
## REZULTATI

Pri COPM-u smo po obravnavi ponovili samo oceno izvedbe in zadovoljstva izvedbe pri štirih okupacijah, ki jih je bolnik izpostavil pri prvem ocenjevanju. Napredek je bil viden tako pri dojetju izvedbe kot pri zadovoljstvu z izvedbo. Razlika med povprečno vrednostjo izvedbe pred in po obravnavi je 2,25 točk, med povprečno vrednostjo zadovoljstva z izvedbo pa 2 točki. Lahko rečemo, da je napredek prisoten, saj je razlika enaka oz. večja od dveh točk, kar avtorji testa nakazujejo kot klinično pomembno (Law et al., 2005). Izbrane okupacije z bolnikovo samooceno so predstavljene v Tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati Kanadskega testa izvedbe okupacije.

Problemi izvajanja okupacije	Točke izvedbe		Točke zadovoljstva	
	Pred	Po	Pred	Po
Hranjenje	2	4	1	4
Tuširanje	2	5	3	5
Britje	2	4	4	6
Oblačenje	3	5	4	5
Povprečna vrednost	2,25	4,5	3	5
Razlika med povprečno vrednostjo pred in po obravnavi	2,25		2	

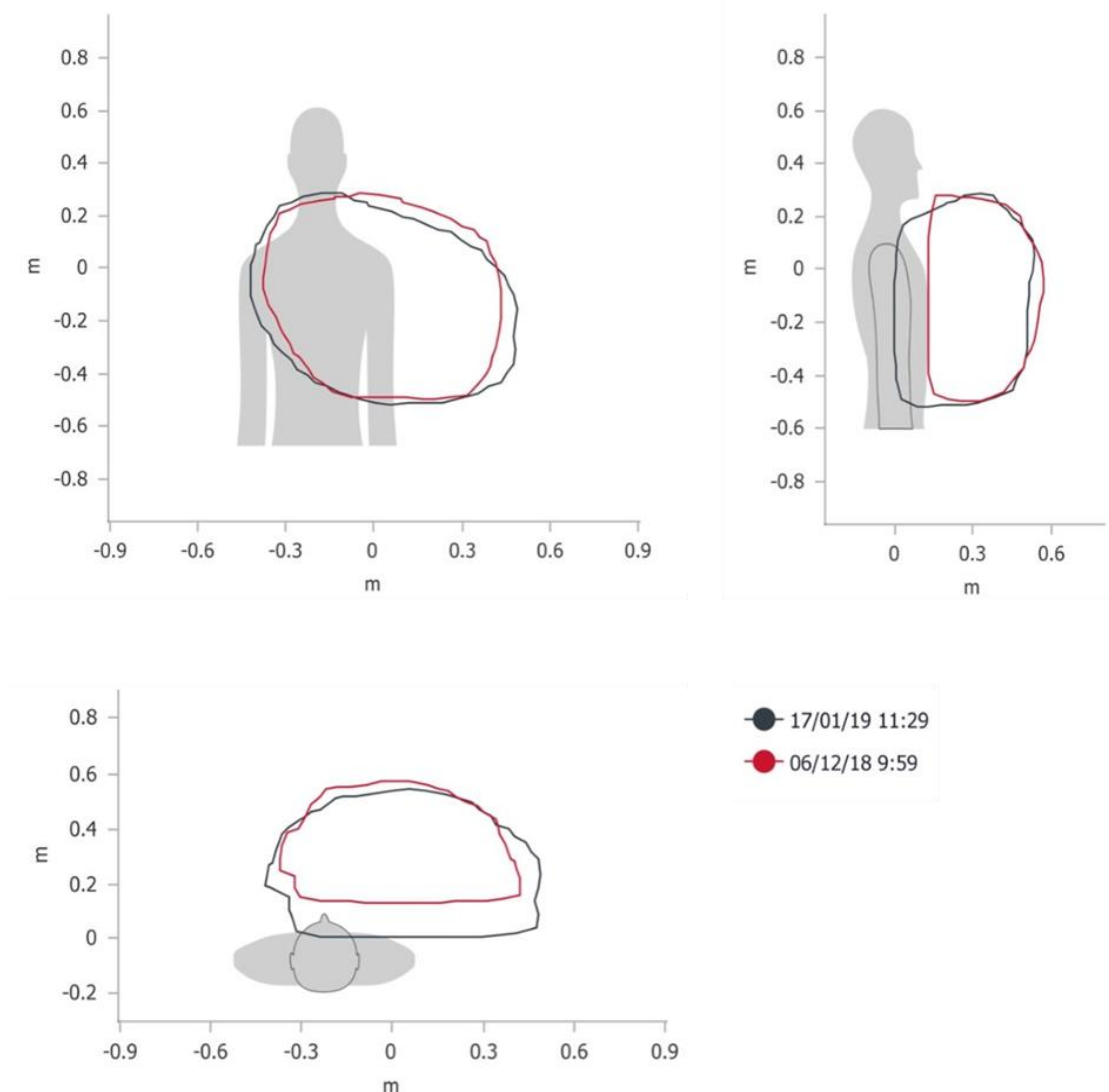
Ocenjevanje A-ROM je pokazalo obsege gibov zgornjega uda s podporo teže. Izboljšanje je bilo v gibanju v vseh sklepih, ki so bili vključeni v obravnavo na napravi Arneo Spring (rama, komolec, zapestje). Iz grafov, prikazanih na Sliki 2, je razvidno, da smo tekom obravnave zmanjšali podporo za težo zgornjega uda – tako je bolnik najprej naloge izvajal s 60 % podporo teže zgornjega uda (oranžna barva na grafih), nato pa napredoval na 40 % podpore teže zgornjega uda (rumena barva na grafih). Torej oranžna barva na grafih predstavlja ocenjevanje pred obravnava, rumena pa po obravnava. Ker je v drugem ocenjevanju z manjšo količino podpore teže zgornjega uda izvedel približno enake ali celo večje obsege gibov kot v prvem, lahko rečemo, da je dosegel napredek.



Slika 2: Rezultati ocenjevanja A-ROM v obliki grafov.

Ocenjevanje A-MOVE je pokazalo, kakšen obseg gibanja je imel bolnik pri premikanju zgornjega uda v 3D prostoru, kar je prikazano v obliki treh grafov, ki predstavljajo frontalno, sagitalno in transverzalno ravnino (Slika 3). Črta rdeče barve na grafih predstavlja ocenjevanje pred obravnavami, črna pa po obravnavah. Obseg gibanja v 3D prostoru se je s 158047 cm<sup>3</sup> povečal na 218167 cm<sup>3</sup> in to ob zmanjšani podpori teže zgornjega uda. Na grafih, ki prikazujejo sagitalno in transverzalno ravnino je vidno, da je bolnik po obravnavah zgornji ud lahko bolj približal telesu, kar je pomembno pri okupacijah, ki jih je izpostavil v COPM-u

(hranjenje, tuširanje, britje, oblačenje). Zato lahko trdimo, da je pri gibanju okvarjenega zgornjega uda v 3D prostoru prišlo do napredka.



Slika 3: Rezultati ocenjevanja A-MOVE v obliki grafov.

## RAZPRAVA

Do sedaj COPM pri tovrstnih raziskavah ni bil uporabljen, niti v tistih, kjer so raziskavo vodili delovni terapevti. Njegova prednost je v tem, da lahko bolnik z zadostnimi kognitivnimi in komunikacijskimi sposobnostmi natančno identificira izvedbo okupacij. Zato je potrebna pazljiva analiza rezultatov pri bolnikih s slabšo kognicijo (Parker, Sykes, 2006). Čeprav je bolnik v naši raziskavi imel dobre kognitivne kot tudi funkcijske sposobnosti, je svojo izvedbo pri izbranih okupacijah pred obravnavo na napravi Arneo Spring ocenil nižje kot bi bilo optimalno. Eden od razlogov bi lahko bil, da je bolnikov cilj bil izboljšati funkcionalnost okvarjenega zgornjega uda in je izvedba okupacij, pri katerih le-tega ni uporabljal oziroma ga je le minimalno vključeval, v njegovih očeh bila slaba in z njo ni bil zadovoljen, čeprav je bil v izvajanju samostojen. Izmed okupacij, ki so mu predstavljale težave in pri katerih je želel izboljšati izvedbo, je bolnik izpostavil hranjenje, tuširanje, britje in oblačenje. Harris in Eng (2004) sta ugotovila, da sta tuširanje in oblačenje v COPM-u najpogosteje izpostavljeni okupaciji pri populaciji bolnikov po možganski kapi v kronični

fazi. Čeprav sta obe vključeni v program bolnišnične rehabilitacije, očitno omejitve ob vrnitvi v domače okolje vseeno ostajajo. Pri izboru nalog na napravi Armeo Spring smo bili pozorni na to, kateri gibi okvarjenega zgornjega uda so potrebni za izvajanje v COPM-u izbranih okupacij in izbrali takšne naloge, ki so vključevale fleksijo rame in komolca (hranjenje, britje), prijem (oblačenje), ekstenzijo komolca (tuširanje) in koordinacijo gibanja. Bolnik je pri drugem ocenjevanju dosegel klinično pomemben napredek, kar lahko pripišemo pravilnemu izboru nalog in doslednemu izvajanju obravnave na napravi Armeo Spring. Napredek pa je prisoten tudi zaradi našega stalnega spodbujanja uporabe okvarjenega zgornjega uda v omenjenih okupacijah in predlaganja pripomočkov (stol za v tuš kabino za preprečitev strahu pred padcem in možnost samostojnega tuširanja ter odebelitev ročaja jedilnega pribora za lažji prijem z okvarjenim zgornjim udom). COPM je zaznal napredek v izvedbi in zadovoljstvu z izvedbo bolniku pomembnih okupacij, česar ne bi mogli izmeriti z nobenim drugim ocenjevalnim instrumentom.

Izboljšanje funkcij okvarjenega zgornjega uda smo spremljali z rezultati ocenjevanj, pridobljenih iz naprave Armeo Spring, za merjenje obsega gibov s podporo teže zgornjega uda A-ROM in za merjenje obsega gibanja v 3D prostoru A-MOVE. Bartolo in sodelavci (2014) so na podlagi ocenjevanja A-ROM ugotovili, da so bolniki po možganski kapi v skupini, ki je imela obravnave na napravi Armeo Spring, znatno bolj izboljšali obseg gibanja kot bolniki, ki so imeli klasične obravnave za okrevanje zgornjega uda. Ti rezultati nakazujejo izboljšanje funkcije zgornjega uda zaradi obravnave z odvzemom teže zgornjega uda in možnost doseganja širšega spektra gibanja, kar nakazujejo tudi rezultati naše raziskave (Slika 2 in Slika 3). To je do sedaj edina raziskava, v kateri so se odločili uporabiti ta ocenjevanja za interpretacijo rezultatov. V našem primeru smo se odločili za vključitev teh ocenjevanj, saj jasno prikažejo izboljšanje v funkciji zgornjega uda. Z ocenjevanjem A-ROM smo ugotovili, da je bil bolnik ob koncu obravnave sposoben izvesti enake obsege giba kot ob začetku, vendar z manjšo podporo teže zgornjega uda. Z ocenjevanjem A-MOVE smo ugotovili, da se je obseg gibanja okvarjenega zgornjega uda v 3D prostoru po obravnava povečal. Tako lahko sklepamo, da je bolnik zaradi obravnave na napravi Armeo Spring dosegel izboljšanje v obsegu gibanja okvarjenega zgornjega uda.

Rezultati šesttedenske obravnave bolnika po možganski kapi na napravi Armeo Spring so pokazali izboljšan obseg gibov okvarjenega zgornjega uda in izboljšano bolnikovo dožemanje izvedbe in zadovoljstva z izvedbo njemu pomembnih okupacij.

V naši študiji smo spoznali, da je pri bolnikih po možganski kapi med obravnavo na napravi Armeo Spring nujna stalna prisotnost delovnega terapevta, zaradi nadziranja pojava kompenzatornih gibov in popravljanja drže pri izvajanju nalog, saj bi v nasprotnem primeru prišlo do nepravilnega izvajanja in bi obravnava izgubila učinkovitost. Zaradi tega se ne bi posluževali načina kot v raziskavi, kjer so obravnave na napravi Armeo Spring bolniki opravljali sami brez nadzora (Chan et al., 2016).

Čeprav bolnik med obravnavo na napravi Armeo Spring ni prejemal nobenih drugih terapij, moramo pri interpretaciji ugotovitev upoštevati tudi druge dejavnike. Med obravnavami smo bolnika verbalno spodbujali k čim večji uporabi okvarjenega zgornjega uda v vsakodnevnih aktivnostih in mu predlagali pripomočke za lažje hranjenje in tuširanje, saj imamo kot delovni terapevti strokovno znanje za svetovanje glede izbire ustreznih rešitev za zagotavljanje samostojnosti v vsakdanu (Ocepek et al., 2012). Bolnik je doma 5- do 6-krat tedensko izvajal program individualnih vaj, ki mu ga je posredovala fizioterapevtka na URI – Soča, ko je bil na rehabilitaciji. Skoraj vsak dan je tudi vozil ročno kolo in uporabljal elektrostimulacijo za abduktorje rame, ekstenzorje komolca, zapestja in prstov okvarjenega zgornjega uda.

Glede na rezultate ocenjevanj in rezultate nalog na napravi Armeo Spring lahko sklepamo, da je obravnava na napravi primerna za bolnike po možganski kapi s podobnimi motoričnimi in kognitivnimi sposobnostmi ter motivacijo za okrevanje okvarjenega zgornjega uda kot jih je

imel bolnik v naši študiji. Vloga delovnega terapevta pri tovrstni obravnavi je preprečevanje nepravilnih vzorcev gibanja, do katerih lahko pride predvsem pri nevroloških bolnikih in spodbujanje pravih vzorcev z verbalno spodbudo ali facilitacijo. Nadalje mora delovni terapevt na podlagi izvedenih ocenjevanj izbrati naloge in sestaviti terapevtski načrt, ki vsebuje podobne gibe kot so potrebni za dejavnosti, katere želi bolnik izboljšati.

## ZAKLJUČEK

Uporaba naprave Armeo Spring bi bila smiselna v kliničnem okolju kot dodatek h klasični delovni terapiji, saj predhodno navedeni članki ugotavljajo največjo učinkovitost tovrstne kombinacije terapij za zgornji ud. Takšna oblika uporabe naprave Armeo Spring bi bila v praksi tudi najlažje izvedljiva in najbolj uporabna. Res je, da nam študija primera ne daje dovolj oprijemljivih ugotovitev, na osnovi katerih bi lahko oblikovali zaključke, vendar nakazuje možnost izvajanja oblikovanega protokola pri bolnikih po možganski kapi s podobnimi kognitivnimi in motoričnimi funkcijami kot v našem primeru tudi v nadaljnje.

Šesttedenska obravnava na napravi Armeo Spring je v kombinaciji z verbalno spodbudo in domačim programom fizioterapevtskih vaj pri bolniku v kronični fazi po možganski kapi pozitivno učinkovala na obseg gibov in na bolnikovo dožemanje izvedbe in zadovoljstva z izvedbo njemu pomembnih okupacij. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da je šesttedenska obravnava s pomočjo terapije, podprte z robotsko tehnologijo, natančneje z napravo Armeo Spring, primerna oblika obravnave za izboljšanje motoričnih funkcij okvarjenega zgornjega uda v kliničnem okolju za bolnike po možganski kapi s podobnimi kognitivnimi in motoričnimi sposobnostmi, kot jih je imel bolnik v naši študiji.

Učinkovitost obravnav z napravo Armeo Spring pri izboljšanju funkcij okvarjenega zgornjega uda pri osebah po možganski kapi bi morali potrditi z raziskavami na večji populaciji oseb po možganski kapi, tudi na tistih v akutni fazi in primerjati rezultate bolnikov z boljšimi in slabšimi motoričnimi funkcijami zgornjega uda. Za doseganje boljše kakovosti dokazov bi bilo potrebno izvesti raziskave s testno in kontrolno skupino.

## LITERATURA

- Bartolo M, De Nunzio AM, Sebastiano F et al. (2014). Arm weight support training improves functional motor outcome and movement smoothness after stroke. *Funct Neurol* 29(1): 15–21.
- Büsching I, Sehle A, Stürner J, Liepert J (2018). Using an upper extremity exoskeleton for semi-autonomous exercise during inpatient neurological rehabilitation – a pilot study. *J Neuroeng Rehabil* 15(1): 72.
- Chan IHL, Fong KNK, Chan DYL et al. (2016). Effects of arm weight support training to promote recovery of upper limb function for subacute patients after stroke with different levels of arm impairments. *Biomed Res Int* 2016(1): 9.
- Colombo R, Sanguineti V (2018). *Rehabilitation robotics: Technology and application*. 1st ed. London: Elsevier.
- Colomer C, Baldoví A, Torromé S et al. (2013). Efficacy of Armeo Spring during the chronic phase of stroke. Study in mild to moderate cases of hemiparesis. *Neurología* 28(5): 261–7.
- Daunoraviciene K, Adomaviciene A, Grigonyte A, Griškevičius J, Juocevicius A (2018). Effects of robot-assisted training on upper limb functional recovery during the rehabilitation of poststroke patients. *Technol Health Care* 26(2): 533–42.

- Hamzah N, Giban NI, Mazlan M (2017). Robotic upper limb rehabilitation using Armeo Spring for chronic stroke patients at University Malaya Medical Centre (UMMC). Penang: 2nd International Conference for Innovation in Biomedical Engineering and Life Sciences, 225–30.
- Harris JE, Eng JJ (2004). Goal priorities indentified through client-centred measurement in individuals with chronic stroke. *Physioter Can* 56(3): 171–6.
- Hocoma (2019). Armeo Spring. Dostopno na: <https://www.hocoma.com/solutions/armeospring/> <14. 1. 2019>.
- Hung C, Hsieh Y, Wu C, Lin Y, Lin K, Chen C (2016). The effects of combination of robot-assisted therapy with task-specific or impairment-oriented training on motor function and quality of life in chronic stroke. *Phys Med Rehabil J* 8(8): 721–9.
- Istenič A, Snedic A in Groleger Sršen K (2016). Predhodni rezultati o učinkovitosti vadbe na napravi Armeo Spring pri otrocih s hemiparetično obliko cerebralne paralize. In: Delovna terapija pomaga ljudem živeti na svoj način – 8. kongres delovnih terapevtov Slovenije. Rogaška Slatina: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- Javh M, Košir K, Kotnik S, Goljar N (2014). Vadba na robotski naravi Armeo Spring. Delavnica na kongresu. In: 7. kongres delovnih terapevtov Slovenije. »Z delovno terapijo do aktivnega življenja«. Ptuj, 24. in 25. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N (2005). Canadian occupational performance measure. 4th ed. Toronto: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Ocepek J, Prosič Z, Vidmar G (2012). Assistive technology and its role among the elderly – a survey. *J Informat Med Slov* 17(2): 9–15.
- Parker DM, Sykes CH (2006). A systematic review of the Canadian occupational performance measure: a clinical practice perspective. *Br J Occup Ther* 69(4): 150–60.



## Doživljanje kliničnega usposabljanja študentov delovne terapije

### Occupational therapy students' perception of clinical practice

Katarina Galof<sup>1</sup>, dipl.del.ter., univ.dipl.org.

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

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Sestavni del študijskega programa Delovna terapija prve stopnje je klinično usposabljanje pri strokovnih predmetih, ki ga študentje opravijo v učnih bazah. Tam jim je dodeljen klinični mentor, ki ima habilitacijo najmanj strokovnega sodelavca in opravljeno izobraževanje za mentorje na Zdravstveni fakulteti. Z raziskavo želimo ugotoviti, kako študentje doživljajo klinično usposabljanje ob prisotnosti šolskega mentorja. **Metode:** V raziskavo smo vključili 30 študentov drugega letnika delovne terapije. Vprašalnik z dvema odprtima vprašanjem je bil razdeljen študentom po končanem enotedenskem kliničnem usposabljanju v Negovalni bolnišnici Ljubljana. **Rezultati:** Na podlagi kod smo oblikovali 11 kategorij, ki predstavljajo pozitivni in negativni vidik doživljanja kliničnega usposabljanja. **Razprava in zaključek:** Izkazalo se je, da je prisotnost šolskega mentorja s fakultete najpomembnejši pozitivni vidik prenosa pridobljenega znanja na fakulteti v praktično delo delovnega terapevta z uporabniki. Med negativnimi vidiki so študentje izpostavili slabo organizacijo dela na oddelku in nizko raven medpoklicnega sodelovanja. Za doseganje kompetenc kliničnega usposabljanja delovnega terapevta je pomembno znanje medpoklicnega sodelovanja, organizacije dela, tehnične opremljenosti prostorov, komunikacije in pripravljenosti študentov na klinično usposabljanje.

**Ključne besede:** učni načrt, klinične vaje, strokovna usposobljenost, delovna terapija.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Part of the student study program Occupational Therapy 1<sup>st</sup> cycle is clinical practice in professional subjects. Placement providers are learning bases. In the learning bases students get accredited practice educators (habilitation in the title professional associate and completed education for educators at the Faculty of Health Sciences). The study aimed to explore students' perception of occupational therapy clinical practice in the presence of a school practice educator. **Methods:** The study included 30 students of the second year. The questionnaire was distributed to students in the end of one-week practical programme. **Results:** We combined and cataloged individual transcript codes. Students' responses were divided into two themes from the perspective of clinical training in the presence of a school practice educator. **Discussion and conclusion:** It turned out that the presence of a school practice educator from the faculty is the key aspect of the transfer of acquired knowledge at the faculty into the practical work of the occupational therapists with the clients. Among the negative aspects, students emphasized the organization of work in the department and inter-

professional cooperation. It is also important to acquire the competencies from the curriculum of clinical practice of the occupational therapist in the field of inter-professional cooperation, organization of work, technical equipment, communication and student preparation for clinical practice.

**Key words:** curriculum, clinical practice, professional competence, occupational therapy.

## IZHODIŠČA

Smernice bolonjske deklaracije so v slovenskem visokošolskem sistemu povzročile spremembe in dopolnitve Zakona o visokem šolstvu (ZViS 2004). Izpostavljene so bile tri prednostne naloge:

- sprejetje sistema visokošolskega izobraževanja s tremi stopnjami študija (na prvi stopnji visokošolski strokovni in univerzitetni študijski programi, na drugi stopnji magistrski (strokovni) študijski programi, na tretji stopnji pa doktorski študijski programi);
- uveljavitev sistema lahko prepoznavnih in primerljivih stopenj;
- uveljavitev nacionalnega sistema za zagotavljanje kakovosti v visokem šolstvu.

Na podlagi predlaganih sprememb se je temu primerno preoblikoval tudi študijski program Delovna terapija 1. stopnje, ki traja tri leta in skupno obsega 180 ECTS (evropskih kreditnih točk). Predmetnik vseh šestih semestrov je sestavljen iz posameznih predmetov z učnimi načrti. V učnem načrtu posameznega predmeta so zapisani ime predmeta, število kreditnih točk, način izvedbe, cilji in predmetno specifične kompetence, vsebine, temeljna literatura in predvideni študijski dosežki, metode poučevanja, študijske obveznosti, metode ocenjevanja ter način evalvacije.

V drugem letniku študijskega programa delovna terapija je poudarek na strokovnih, delovnoterapevtskih vsebinah, ki poleg teoretičnega dela vključujejo tudi praktično delo v obliki kliničnega usposabljanja. To pri strokovnih predmetih študentje opravljajo v učnih zavodih. Pogoje, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za dodelitev naziva učni zavod na podlagi prvega odstavka 32. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, izdaja minister za zdravje v soglasju z ministrom za izobraževanje, znanost in šport. Ker je eden izmed pogojev 2. člena za pridobitev ustreznega naziva, da mora institucija imeti najmanj tri strokovne sodelavce s področja izobraževanja, se oddelek za delovno terapijo pogosto spoprijema s težavo, kje zagotoviti klinično usposabljanje študentov pri posameznih strokovnih vsebinah, predvsem s področja gerontologije. Ena izmed rešitev je bila, da šolski mentor izvede s študenti klinično usposabljanje v okolju, v katerem so uporabniki na voljo. Negovalna bolnišnica je ena izmed enot Kliničnega centra Ljubljana, v kateri ni zaposlenega delovnega terapevta. Negovalna bolnišnica je namenjena podaljšanju neakutnega zdravljenja uporabnikov iz UKC Ljubljana v smislu dodatne rehabilitacije in zdravstvene nege, kot prehodno obdobje uporabnika pred vrnitvijo v domače okolje ali domsko oskrbo.

Razvoj stroke in doseganje strokovnih standardov sta pomembna ne le za obstoj stroke, temveč tudi za njeno strokovno delovanje in prepoznavnost, kar posledično vpliva na kakovost življenja uporabnikov, vključenih v delovnoterapevtsko obravnavo (Galof, 2018).

Cilji predmetno specifičnih kompetenc predmeta v učnem načrtu delovna terapija na področju gerontologije so med drugim, da študent spozna in razume posebnosti življenjskega obdobja

starosti, zna uporabljati primerne ocenjevalne metode in pozna strategije delovnoterapevtske obravnave, ki jo zna tudi načrtovati (Lebar et al., 2011). Teoretično strokovno znanje študent pridobi na fakulteti, praktično strokovno znanje pa v okviru kliničnega usposabljanja (KU). Kompetenten delovni terapevt potrebuje obe vrsti strokovnega znanja, če želi strokovno opravljati poklic.

Namen raziskave je bil preveriti doživljanje kliničnega usposabljanja s študentske perspektive. Doživljanje študentov smo preverili v okviru kliničnega usposabljanja pri predmetu delovna terapija na področju gerontologije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, na oddelku, v katerem ni delovnega terapevta. Študentom je bil ves čas kliničnega usposabljanja na voljo šolski mentor.

## **METODE**

Skladno z namenom raziskave smo raziskali doživljanje kliničnega usposabljanja študentov delovne terapije v Negovalni bolnišnici Ljubljana. Izvedena je bila kvalitativna študija, ki je od študentov pridobila kvalitativne podatke na podlagi odprtih vprašanj, pri čemer odgovori niso bili vnaprej omejeni z določenimi kategorijami in so tako prispevali k razumevanju raziskovalne tematike (Patton, 2002). Gre za raziskovalni pristop, pri katerem želimo klinično usposabljanje videti skozi oči študentov, z njihovim opisom, doživljanjem in interpretacijo neke situacije oziroma videnjem kliničnega okolja.

V vzorec smo vključili 25 redno in 5 izredno prvič vpisanih študentov v drugi letnik študijskega programa Delovna terapija prve stopnje v šolskem letu 2017/18. Med študenti so bili 4 študenti moškega spola in 26 študentov ženskega spola.

Študentje so bili naprošeni, da odgovorijo na vprašanja odprtega tipa. Prvo vprašanje: Prosim, opišite pozitivne vidike kliničnega usposabljanja v tem tednu. Drugo vprašanje: Prosim, opišite negativne vidike kliničnega usposabljanja v tem tednu. Študente smo vljudno povabili k sodelovanju in anonimnemu odgovarjanju ter oddaji odgovorov v posebno škatlo. Odgovorov nismo sprotno preverjali. Vse odgovore smo preverili šele ob koncu šestega tedna, ko je svoje odgovore oddala zadnja skupina študentov po zaključenem kliničnem usposabljanju.

Odgovori na posamezno vprašanje so bili pretipkani v Wordov dokument. Besedilo smo nato odprto kodirali, kode so bile induktivno izpeljane iz besedila, kar pomeni, da smo jih določali sproti in niso bile pripravljene vnaprej (Vogrinc, 2008). Sorodne kode smo združili med seboj v kategorije. Oblikovani temi nista bili induktivno izpeljani, ker sta bili sugerirani že s postavljenima, in sicer pozitivnimi in negativnimi vidiki kliničnega usposabljanja.

## **REZULTATI**

Tema pozitivni vidiki kliničnega usposabljanja ima kategorije: način izvedbe dela, uporabnost znanja, motivacija, komunikacija, delovnoterapevtski proces in organizacija dela mentorja. S kodami so predstavljene v Tabeli 1.

Tabela 1: Pozitivni vidiki kliničnega usposabljanja.

<b>Koda</b>	<b>Kategorija</b>
Prvič individualno delo z enim uporabnikom Nekaj novega Nadzor mentorja Sodelovanje s fizioterapevti Veliko smo se naučili	Način izvedbe dela
Možnost preizkusiti svoje znanje iz teorije Teoretična uporabnost znanja Spodbujanje k razmišljanju in iskanju rešitev Posvet z mentorjem po potrebi	Uporabnost znanja
Pozitiven odnos uporabnikov do študentov Motiviranost uporabnikov za sodelovanje Izkazovanje hvaležnosti uporabnika do študenta	Motivacija
Vzpostavitev tesnega stika študenta z uporabnikom Priložnost za izboljšanje komuniciranja	Komunikacija
Samostojno načrtovanje Izvajanje ocenjevanj po lastni presoji Samostojna celotedenska obravnava Viden napredek ob zaključku	Delovnoterapevtski proces
Spoznavanje novega delovnega okolja Dinamičnost, ni dolgočasja Vsakodnevna refleksija Utemeljevanje sprotnih odločitev Vključevanje v strukturo dneva uporabnika	Organizacija dela mentorja

Tema negativni vidiki kliničnega usposabljanja združuje naslednje kategorije: slabo medpoklicno sodelovanje, neprimerna tehnična opremljenost oddelka, neučinkovita promocija delovne terapije, nezadostna pripravljenost študenta na klinično usposabljanje ter neracionalna organizacija dela na oddelku. S kodami so predstavljene v Tabeli 2.

Na usposabljanju so študentje imeli priložnost pridobiti nove spretnosti za delo z uporabniki, kar so opisali z besednimi zvezami: bilo je nekaj novega, nove izkušnje, veliko smo se naučili, bili smo spodbujeni k razmišljanju in iskanju rešitev.

Med najpogosteje uporabljenimi kodami v kategoriji način izvedbe dela (Tabela 1) so študentje izpostavili "prvič individualno delo z enim uporabnikom." Uporabnost znanja, ki je vključevala tudi "posvet z mentorjem po potrebi", je bila podlaga za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave, kar so poimenovali "možnost preizkusiti svoje znanje iz teorije." Med motivacijskimi elementi s pozitivnim vplivom so študentje izpostavili "izkazovanje hvaležnosti uporabnika do študenta." V tesni povezavi z motivacijo so negativni elementi oziroma vidiki kliničnega usposabljanja (Tabela 2). Študenti so samokritično ocenili, da imajo "pomanjkljivo znanje" in "nizko samopodobo" in da so "vsakodnevno nepripravljeni na delo".

Tabela 2: Negativni vidiki kliničnega usposabljanja.

<b>Koda</b>	<b>Kategorija</b>
Odnosi na oddelku med zaposlenimi Odnosi medicinskih sester do študentov Odnosi medicinskih sester do uporabnikov	Slabo medpoklicno sodelovanje na oddelku
Višina bolniške postelje Pripomočki v kopalnici Ergonomske prilagoditve skupnega prostora Oprema fizioterapevtskega prostora Terapevtski pripomočki	Neprimerna tehnična opremljenost oddelka
Poznavanje poklica delovnega terapevta Poznavanje dela delovnega terapevta Opis del in nalog za delovno mesto delovni terapevt	Neučinkovita promocija delovne terapije
Pomanjkljivo znanje Dnevna nepripravljenost na delo Nizka samopodoba	Nezadostna pripravljenost študenta na klinično usposabljanje
Načrtovanje dela sester Spoštovanje dela študentov Umeščanje dela študentov v proces dela na oddelku	Neracionalna organizacija dela na oddelku

Kvalitativna vsebinska analiza je pokazala, da je poleg strokovnega znanja pomembno tudi znanje s področja medpoklicnega sodelovanja in menedžmenta oziroma organizacije dela. Organizacijo izvedbe kliničnega usposabljanja s strani mentorja so ocenili kot pozitivni vidik usposabljanja, ker je bila "dinamična, ni bila dolgačasna" ter je omogočala oziroma vključevala "vsakodnevno refleksijo" in "utemeljevanje sprotnih odločitev" znotraj delovnoterapevtskega procesa. Kljub zgodnejši uri začetka v primerjavi z drugimi lokacijami kliničnega usposabljanja je to omogočalo vključevanje študentov v "strukturo dneva uporabnika."

Ugotovili smo, da imamo pri obeh temah večje število kategorij, med katerimi niso vse vezane na lokacijo izvedbe kliničnega usposabljanja, temveč odražajo tudi subjektivno samokritičnost študentov in mentorja.

## RAZPRAVA

V učnem načrtu študijskega programa (Lebar e tal., 2011) je na kliničnem usposabljanju predvideno delo študentov v parih, kar v skupini s petimi študenti ni izvedljivo. Prisotnost mentorja s fakultete na usposabljanju omogoča večji nadzor mentorja nad študenti in večje možnosti sodelovanja med študenti in mentorjem. Mentor je ves čas kliničnega usposabljanja na voljo skupini študentov na oddelku tako za svetovanje kakor tudi za fizično pomoč in demonstracijo oziroma izvedbo delovnoterapevtskega procesa.

Priprava študentov na klinično usposabljanje študentom pomaga, da se spoprimejo z izzivi, ki jih to prinaša, meni Spiliotopoulou (2007). Trdi namreč, da moramo študentom dati možnost, da predelajo svoje skrbi, naredijo refleksijo glede preteklih izkušenj s kliničnim usposabljanjem, kar pozitivno vpliva na proces učenja. Priprava na klinično usposabljanje študente naredi bolj suverene in proaktivne na usposabljanju. S tovrstnim načinom dela jim

omogočamo strokovno rast in vzpostavitev odnosa z mentorjem v kliničnem okolju, ki je za študente stresno.

Motivacija za delo je najpomembnejši element uspešne in učinkovite promocije poklica, kar posledično pomeni boljše rezultate delovnoterapevtske obravnave in večjo vključenost terapevta (Chui Chai, 2017). Motivacija se na akademskem področju kaže s spreminjanjem učnih načrtov (izboljšave), učinkovito supervizijo študentov in vpetostjo v raziskovalno področje. V omenjeni raziskavi so ugotovili, da je motivacija odraz strokovnega znanja, delovne dobe in področja delovanja delovnega terapevta. Vse omenjene elemente motivacije lahko prepoznamo tudi v pozitivnih vidikih kliničnega usposabljanja v Tabeli 1.

V delovnoterapevtskem procesu imata tako verbalna kot neverbalna komunikacija pomembno mesto in težo, kar odražajo kode iz kategorije komunikacija. Študentje so menili, da je pomembna izboljšava načina komuniciranja z uporabniki. Na oddelku so imeli dovolj časa za izvedbo seznanitve z uporabnikom in pridobivanja informacij oziroma priprave okupacijskega profila. Individualno delo jim je omogočalo, da so vzpostavili tesen stik z uporabniki, kar pri delu v parih ni vedno mogoče doseči ali zagotoviti.

V študijskem programu Delovna terapija prve stopnje (Lebar et al., 2011) je pri vseh strokovnih predmetih predpisano klinično usposabljanje. Pred kliničnim usposabljanjem iz gerontologije so študentje že opravili klinično usposabljanje iz mišično-skeletnega in nevrološkega področja. V kategoriji način dela in delovnoterapevtski proces izstopata kodi samostojno delo in samostojno načrtovanje, kar odraža samostojnost študentovega dela. Menimo, da če bi na vseh predhodnih kliničnih usposabljanjih študenti imeli možnost samostojnejšega delovanja, to ne bi bilo tako izstopajoče. Morda je bilo na predhodnih kliničnih usposabljanjih premalo priložnosti za samostojno delo študentov pod nadzorom mentorja oziroma so bili mentorji preveč zaščitniški in premalo zahtevni do dela študentov in izkazovanja pridobljenega znanja v praksi.

Pozitivni vidik izpostavlja organizacijo dela mentorja, ki je namenjeno študentom, negativni vidik pa organizacijo dela na oddelku, v katerem poteka klinično usposabljanje za študente. Študentje se ne strinjajo z načrtovanjem in izvajanjem dela osebja, ker menijo, da osebje opravlja delo namesto uporabnikov, s čimer jim onemogočajo osamosvajanje pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Nelagoden je bil njihov občutek, kadar so morali zaradi prioritet dela medicinske sestre prekiniti svojo obravnavo z uporabnikom, ker urnika nege in terapevtske obravnave nista usklajena oziroma je terapevtska obravnava študentov v podrejenem položaju.

Timsko izobraževalno delo pripomore in izboljša podporo vseh sodelujočih pri kliničnem usposabljanju, pri čemer je za študente bistveno pridobivanje različnih pogledov, vrednot in oblik pomoči tima ne le z vidika pridobivanja informacij o uporabnikih, temveč tudi z vidika doživljanja in medpoklicnega sodelovanja. Wiliamsom s sodelavci (2011) izpostavlja tri modele njihove izvedbe. V prihodnje bi bilo treba razmisliti, kako jih vključiti v delo oziroma nadgraditi sedanje delo fakultete z mentorji. Omenjeni modeli so model medpoklicnega vodenja študentov, model medpoklicnega delovanja in vodenja mentorjev ter model vodenega tutorstva. Model medpoklicnega delovanja se delno že uporablja v izbirnih vsebinah študijskih programov Zdravstvene fakultete. Študentom omogoča spoznavanje drugih poklicev in jih medsebojno povezuje.

Študentje so na kliničnem usposabljanju pohvalili timsko sodelovanje s fizioterapevti, ki so delili svoje znanje in z njimi sodelovali kot z enakovrednimi člani tima. Negativni vidik medpoklicnega sodelovanja so doživeli pri nekaterih medicinskih sestrah. Tako so se strinjali

pri ugotovitvi, da je na oddelku Negovalne bolnišnice Ljubljana treba zaposlenim predstaviti poklic in delo delovnega terapevta, zanj pripraviti opis del in nalog za novo delovno mesto ter ga v prihodnje zaposliti kot del tima.

Med negativnimi vidiki kliničnega usposabljanja ne smemo pozabiti izpostaviti neprimerne tehnične opremljenosti oddelka, ki ni prilagojena potrebam starostnikov pri podaljšanju bolnišničnega zdravljenja. Višina bolniških postelj in njihova dostopnost ne omogočata optimalnega dela zaposlenim na oddelku, pomanjkanje medicinskih pripomočkov vpliva na proces dela fizio- in delovne terapije. Zaposlitev delovnega terapevta ne bi izboljšala tehničnega standarda, bi pa pripomogla h kakovosti podaljšanega bolnišničnega zdravljenja uporabnikov. Precej razprav je že bilo na temo prenove in adaptacije ne le trenutnega oddelka, temveč tudi možnih širitve v zgornjih dveh nadstropjih nad trenutnim oddelkom, vendar do sprememb do danes ni prišlo. To je posledica pomanjkanja finančnih sredstev in neenakovrednega položaja starejših v naši družbi v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami prebivalcev.

Promocija poklica je sestavni del izobraževalnega procesa študentov. Videnje, razumevanje in poznavanje poklica delovnega terapevta so precej odvisni od razvitosti percepcije študentov delovne terapije (Galof, 2012). V raziskavi Turpin in sodelavci (2012) omenjeno percepcijo študentje odražajo z uporabo besede okupacija. Raziskovalci menijo, da je izziv učiteljev in pripraviljavcev programa transformacija študentskega videnja delovne terapije od laičnega in biomedicinskega vidika do strokovnega vidika, temelječega na teoretični delovnoterapevtski paradigmi in praksi. Razumevanje študentske miselnosti ob vstopu študentov v študijski program je v pomoč učiteljem, da oblikujejo in prilagajajo način poučevanja in tako posledično izboljšujejo učenje študentov.

## ZAKLJUČEK

Sodelovanje med Zdravstveno fakulteto in Negovalno bolnišnico Ljubljana smo prikazali v luči študentov delovne terapije, ki se na oddelku klinično usposablja že več let. Kljub subjektivnemu doživljanju študentov in izpostavitvi tako pozitivnih kakor tudi negativnih vidikov kliničnega usposabljanja je sodelovanje namenjeno predvsem pridobivanju splošnih in specifično predmetnih kompetenc, ki je zaradi posameznih članov tima občasno bolj dinamično in razburljivo. Po drugi strani imamo v timu posameznike, ki nas željno pričakujejo in nam pomagajo pri izpeljavi in izvedbi kliničnega usposabljanja ne glede na tehnično opremljenost in opremljenost s pripomočki. Pohvalno je, da študentje znajo izpostaviti tudi svoje pomanjkljivosti, ker jim njihovo ozaveščanje daje priložnost napredka in osebne rasti ne le na osebni, temveč tudi na strokovnem področju, kar je tudi eden izmed ciljev kliničnega usposabljanja.

Lastno doživljanje kliničnega usposabljanja študentov bo v pomoč tudi mentorju za delo v prihajajočem študijskem letu in tema za načrtovanje dela ter sodelovanja z oddelkom Negovalne bolnišnice v prihodnje. Ker mentor ni član tima, je vedno znova izziv tudi priprava na tovrstno klinično usposabljanje študentov s strani mentorja in sprotne prilagajanja trenutnim zmožnostim oddelka, razpoložljivosti uporabnikov in trenutni dinamiki dela na oddelku.

## LITERATURA

- Chui Chai S, Fen Teoh R, Affifi Razaob N, Kadar M (2017). Work motivation among occupational therapy graduates in Malaysia. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* 30: 42–8.
- Galof K (2012). Prepoznavnost delovne terapije. In: Tomšič M, ed. *Delovna terapija – stroka sedanjosti: zbornik prispevkov z recenzijo*, Ljubljana, 2. februar 2012. Ljubljana: UL ZF: 1–10.
- Galof K (2018). Delovnoterapevtske kompetence diplomantov delovne terapije v Sloveniji. In: Galof K. *Iz teorije v prakso : zbornik prispevkov z recenzijo*, 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje: 3–11.
- Lebar C, Marušič V, Oven A (2011). Delovna terapija visokošolski strokovni študijski program prve stopnje. Dostopno na: [http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/dt/ZBORNIK/STUDY\\_PROGRAMME\\_OT.pdf](http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/dt/ZBORNIK/STUDY_PROGRAMME_OT.pdf) <13. 5. 2019>.
- Patton MQ, 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oask, CA: Sage.
- Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (Uradni list RS, št. 103/05). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV6607> <13. 5. 2019>.
- Spiliotopoulou G (2007). Preparing occupational therapy students for practice placements: initial evidence. *Br J Occup Ther* 70(9): 384–8.
- Turpin MJ, Rodger S, Hall AR (2012). Occupational therapy students' perception of occupational therapy. *Aust Occup Ther J* 59: 367–74.
- UKC Ljubljana. Dostopno na: [https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti\\_in\\_obiskovalci/klinike\\_in\\_oddelki/negovalna\\_bolnisnica](https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/negovalna_bolnisnica) <13. 5. 2019>.
- Visokošolski sistem v Sloveniji. Dostopno na: <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISSN/1580-139X/2008/144-145.pdf> <13. 5. 2019>.
- Vogrinc J, 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Pedagoška fakulteta Ljubljana. Ljubljana: Littera picta. Dostopno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/35123064.pdf> <13. 5. 2019>.
- Wiliamson RG, Callaghan L, Whittlesea E, Mutton L, Heath V (2011). Placement Development Teams and interprofessional education with health students. *J Clin Nurs* 20: 2305–14.
- Zakon o visokem šolstvu. Ur L RS32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 109/12, 85/14, 75/16, 61/17 – ZUPŠ in 65/17.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur L RS 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US.



## **Razvoj elementov profesionalizacije na področju delovne terapije v Sloveniji**

### **Development of occupational therapy professionalization elements in Slovenia**

Katarina Galof<sup>1</sup>, dipl. del. ter., univ.dipl.org

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

#### **IZVLEČEK**

**Izhodišča:** Profesionalizacija stroke je ustvarjanje novega znanja in njegov prenos v izvajanje oziroma opravljanje poklica. Namen prispevka je preveriti posamezne elemente profesionalizacije delovnoterapevtske stroke v Sloveniji. **Metode:** Opravili smo sistematičen pregled literature razvoja stroke v Sloveniji na podlagi raziskav in sprememb zakonodaje. **Rezultati:** Na podlagi dobljenih rezultatov lahko izpostavimo štiri glavne elemente usmeritve profesionalizacije delovne terapije v Sloveniji. Prvi element je kakovost visokega šolstva oziroma kakovost izobraževalnega programa Delovna terapija prve stopnje. Drugi element je podiplomsko izobraževanje diplomiranih delovnih terapevtov v Sloveniji. Tretji element profesionalizacije je omogočanje strokovnega razvoja diplomiranim delovnim terapevtom v okviru strokovnega združenja delovnih terapevtov Slovenije oziroma delovanje Zbornice. Četrti element, ki ima odgovore na številna vprašanja, so zakonodaja, predpisi na ravni države, nacionalni programi in strategije. **Razprava in zaključek:** Ko želimo bolje spoznati in razumeti trenutni položaj delovne terapije na nacionalni ravni, je treba poznati vse glavne elemente profesionalizacije delovne terapije v Sloveniji v vseh mogočih različicah. Profesionalizacija stroki omogoča razvoj in prepoznavnost ter jo umešča v sistem in družbo, predvsem pa ji določa mesto v posameznih sistemih, s katerimi uravnava kakovost življenja posameznikov.

**Ključne besede:** delovna terapija, zakonodaja, strokovno združenje, izobraževanje, zaposlovanje, standardi prakse.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** The professionalization of the profession is the creation of new knowledge and its transfer directly into the pursuit of the profession. The purpose of this paper is to examine the individual elements of the professionalization of the occupational therapy profession in Slovenia. **Methods:** Literature review was conducted. We overviewed the development of the profession in Slovenia based on research and changes in legislation that show various orientations of professionalization of occupational therapy in Slovenia. **Results:** Based on the results we can highlight four key elements of the professionalization of occupational therapy in Slovenia. The first element is the quality of higher education or the quality of the first level occupational therapy program. The second element is postgraduate education of graduate occupational therapists in Slovenia. The third element is the facilitation of professional

development of graduate occupational therapists within the Slovenian Association of Occupational Therapists. The fourth element, which has answers to many questions, is legislation, state-level regulations, national programs and strategies. **Discussion and conclusion:** When we want to better understand the current position of occupational therapy at the national level, it is necessary to know all the key elements of professionalization of occupational therapy in Slovenia in all possible variations. Professionalization of the profession enables development, recognition, positioning it into the system and society. Professionalization process determines the position of the individual systems that regulate the quality of life of individuals.

**Keywords:** occupational therapy, legislation, association, employment, standards of practice.

## IZHODIŠČA

Profesionalizem je po Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ2, 2014) strokovno tj. dobro/kvalitetno opravljanje neke poklicne dejavnosti, ki zahteva posebno znanje. Elementi oziroma značilnosti profesionalizma so se skozi zgodovino dopolnjevali, vendar so ohranili svoj pomen vse do danes. Elemente, kot so znanje, specializacija, intelektualna in osebna odgovornost ter dobro razvita skupinska zavest, je kot del profesionalizma poimenoval Flexner (1915). Wyndova (2003) je dodala še poklicno organizacijo in delo. Avtorja Baumann in Kolotylo (2009) citirata različne avtorje, ki naboru elementov dodajajo še odgovornost, avtonomijo, povpraševanje in sodelovanje, etiko ter vrednote. Ameriški organizacijski sociolog Wilensky (1994), čigar raziskovalno področje je bila intelektualna zmogljivost organizacije, je proces profesionalizacije razdelil na šest faz, v katerih je izpostavil naslednje elemente: potrebo po storitvah, izobraževanje, raziskovanje, strokovno združenje, javna pooblastila in kodeks etike.

O tem, kako poklicna skupina preraste v profesijo, je razmišljal MacDonald v delu Sociologija profesij (Svetlik, 1999). Najprej si mora skupina postaviti za cilj uveljavitev v družbi, ki pogojuje vzpostavitev monopola nad izvajanjem storitev, za kar je potrebno strokovno znanje. Oblikovati mora etični kodeks ter določiti način izobraževanja in nadzor. Za uveljavitev v družbi ni dovolj le ugled. Potrebni sta znanje in sodelovanje z drugimi deležniki, vključenimi v okolje, kot so politični odločevalci, pripadniki sorodnih poklicev, izobraževalnih institucij in ne nazadnje uporabniki oziroma prejemniki storitev. Na poti profesionalizacije je posamezni poklicni skupini lahko v pomoč tudi globalizacija, pri čemer mednarodne profesionalne organizacije naslavljajo zahteve na nacionalna telesa in tako svojim stanovskim kolegom pomagajo in jih podpirajo ter vzpostavljajo enotne mehanizme delovanja.

Profesionalizacija delovne terapije se je razvijala postopoma ter v tesni povezavi z razvojem medicine in socialne oskrbe. Danes ima delovnoterapevtska stroka priložnost, da se razvija na podlagi delovnoterapevtskega znanja in lastne delovnoterapevtske identitete (Clouston, 2008). Ob 55-letnici izobraževanja v študijskem programu Delovna terapija prve stopnje na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani želimo preveriti, katere elemente profesionalizacije smo v minulih 55 letih izobraževanja delovni terapevti že dosegli oziroma kje bo v prihodnje smiselno in treba vložiti več energije in časa za namenski razvoj manj zastopanih elementov.

## METODE

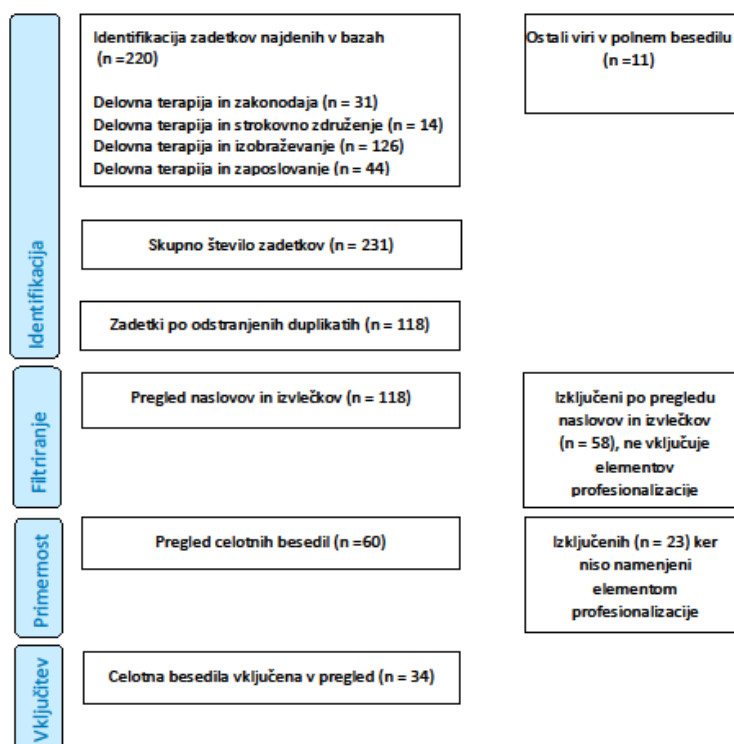
Izveden je bil sistematičen pregled literature v elektronskih bibliografskih bazah podatkov: Google učenjak, COBISS in Dikul. Iskalni kriterij so bile ključne besede v slovenskem jeziku

(delovna terapija, zakonodaja, strokovno združenje, izobraževanje, zaposlovanje, standardi prakse) in v angleškem jeziku (occupational therapy, legislation, association, employment, standards of practice). Kriterij iskanja strokovnih in znanstvenih člankov ter knjig ni vključeval časovne zamejitve njihove objave, zato smo pregledali literaturo od leta 1999 do 2018. Osredotočili smo se na polno dostopnost besedila v elektronski ali fizični obliki. Rezultat števila dobljenih in pregledanih ter števila izbranih zadetkov je prikazan in vnesen v PRIZMA diagram.

V kvalitativno raziskovanje smo vključili tudi tehniko zbiranja podatkov z analizo dokumentov, ki že obstajajo s področja zdravstvene in šolske zakonodaje (Vogrinc, 2008). Pri pregledu literature smo uporabili vsebinsko analizo spoznanj raziskav, vključenih v pregled, z oblikovanjem vsebinskih kategorij.

## REZULTATI

Rezultati pregleda v bazah so izpostavili 220 zadetkov. Po odstranitvi duplikatov in vsebinsko neustreznih zadetkov je za končni pregled zadetkov v celoti ustrezalo 35 raziskav, med katerimi je bilo 10 zadetkov s področja zakonodaje.



Slika 1: Diagram poteka iskanja in vključevanja zadetkov v pregled literature (PRIZMA diagram).

Tabela 1: Glavni izsledki besedil, zajetih v pregled literature.

Študija	Vrsta	Naslov	Namen	Najpomembnejša spoznanja
Pihlar (2014)	Strokovni prispevek	Pomen kliničnih smernic v delovni terapiji	Ugotoviti potrebo DTH po dodatnem usposabljanju za pravilno uporabo kliničnih smernic v procesu obravnave	Največ kliničnih smernic se je razvilo v Angliji, Kanadi in Ameriki. Za njihovo učinkovito uporabo in prenos v prakso je potrebno dodatno znanje, česar se zaveda 90 odstotkov sodelujočih terapevtov.
Pihlar (2015)	Znanstveni prispevek	Naših 50 let – možnosti in dileme na področju učinkovite obravnave v DT	Ugotoviti prenos metod in kliničnih smernic iz držav, v katerih je razvita delovna terapija, iz teorije v prakso	Za prenos teorije v prakso sta potrebna poglobljeno znanje kliničnih poti in delovnoterapevtskih standardov ter zakonsko urejen status profila in poklica delovnega terapevta v slovenski družbi.
Pihlar (2009)	Strokovni prispevek	Znanost v delovni terapiji – naložba v razvoj	Razmišljanje o razvoju stroke v prihodnjih desetih letih	Razvoj DT na akademskem področju potrebuje več raziskav. Odvisen bo od štirih poglavitnih dejavnikov: ekonomskega statusa državljanov, upoštevanja z ustavo določenih osnovnih človekovih pravic, procesa izobraževanja ter poklicnih ambicij delovnih terapevtov.
Gašpar (2008)	Diplomsko delo	Profil študentov delovne terapije v Sloveniji	Raziskati profil študentov študijskega programa delovna terapija v Sloveniji	Glavna finančna podpora 82 študentom so izvorna družina, študentska dela in štipendije. Delež študentov glede na regije: notranjska (25 %), štajerska 22,5 % in dolenska 20 %. 39 % jih biva v študentskem domu, 25 % se jih vozi od doma. Starši študentov imajo končano poklicno oz. srednješolsko izobrazbo.
Cvar (2008)	Diplomsko delo	Zaposljivost diplomantov delovne terapije	Raziskati raven zaposljivosti diplomantov delovne terapije v Sloveniji	Vzorec 80 diplomantov iz vse Slovenije v letih 2003–2008. Več kot polovica jih je zaposlena v svojem poklicu, manjši delež ima opravljeno le pripravništvo. Največ jih je zaposlenih na inštitutih oz. v bolnišnicah in socialnih zavodih. Delo so v povprečju iskali šest mesecev, sledijo iskalci v obdobju od pol do enega leta.
Lebar (1999)	Magistrsko delo	Permanentno izobraževanje kot dejavnik kakovosti v delovni terapiji	Preveriti vidike permanentnega izobraževanja delovnih terapevtov v Sloveniji	Delovni terapevti se zavedajo pomena permanentnega izobraževanja za zagotavljanje kakovosti in si želijo dodatnega izobraževanja. Večina jih je sicer motivirana za izobraževanje, a pogrešajo motivacijo za izobraževanje s strani delovne organizacije, v kateri so zaposleni in več ponudb za izobraževanje. Za sistemsko reševanje problematike je potrebno sodelovanje izobraževalcev, delovnih organizacij, zbornice in fakultete.
Vodovnik (2002)	Diplomsko delo	Zagotavljanje kakovosti delovne terapije	Preveriti kakovost dela delovnih terapevtov na Inštitutu za rehabilitacijo	Delovni terapevti na inštitutu za rehabilitacijo imajo dobro organizirano delo, jasno vizijo in so visoko motivirani za izobraževanje. Za kakovostnejše delovanje bi potrebovali več prostorov in enakopravnejšo vlogo znotraj timov.
Šuc et al., (2014)	Znanstveni prispevek	Izobraževanje delovnih terapevtov v okviru ZDTS	Med zaposlenimi delov. terapevti preveriti dejavnike, povezane s podiplomskim izobraževanjem	320 članov in 192 nečlanov je sodelovalo v spletni anketi. Strokovno izobražen delovni terapevt, ki sledi strokovnemu razvoju in se dodatno izobražuje, je lahko zadovoljen pri opravljanju svojega dela.
Galof (2012)	Znanstveni prispevek	Prepoznavnost delovne terapije	Preveriti prepoznavnost poklica in stroke med mimoidočimi	Med 126 naključnimi mimoidočimi jih je 44 % že slišalo za delovno terapijo. 30 % jih ni znalo opredeliti vsebin dela delovnega terapevta. Polovica sodelujočih je poklic umestila med zdravstvene profile. 45 % jih meni, da smo zaposleni v zdravstvenih institucijah, 42 % jih ni znalo opredeliti kraja zaposlitve, 13 % jih kot kraj zaposlitve navaja podjetja.

ZDTS (2018)	Knjiga	Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije & Standardi prakse v DT	Razložiti smernice delovnoterapevtskega procesa obravnave	Kodeks etike je javna listina etičnih standardov, vrednot, načel in pravil. Standardi so nadgradnja Kodeksa etike, ki posamezna etična pravila, načela, vrednote in standarde natančno opredeljujejo.
MZ (2004)	Seznam	Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti	Seznanitev z naborom poklicev v zdravstveni dejavnosti	Predstavljeni so poklic, kvalifikacija, delovno področje in poklicne dejavnosti (kompetence) diplomiranega delovnega terapevta pod zaporedno številko 23. in višjega delovnega terapevta pod zaporedno številko 24.
Tomšič (2004)	Strokovni prispevek	Izobraževanje delovnih terapevtov v Sloveniji od leta 1964	Pregled razvoja študijskega programa od leta 1964 do 1999	Pregled poteka nastajanja in spreminjanja študijskega programa od leta 1964 do leta 1999, ko je višješolski študijski program leta 1992 sprva prerastel v petsemestralnega in nato leta 1995 v triletni visoko strokovni študijski program. Z leti se je spreminjala tudi dinamika vpisanih študentov od 20 vpisanih v prvem študijskem letu do 82 vpisanih v letih 97/98.
Tomšič (2015)	Strokovni prispevek	Razvoj izobraževanja skozi 50 let	Pregled razvoja študijskega programa zadnjih 50 let	Od leta 2009 je v veljavi študijski program Delovna terapija prve stopnje. Usklajen je s standardi WFOT iz leta 2002 in s smernicami razvoja študijskih programov ENOTHE. Študij omogoča diplomantom izobraževanje iz delovne terapije na drugi stopnji v nekaterih državah EU. V pripravi je magistrski študijski program delovne terapije.
Šuc, Galof (2014)	Znanstveni prispevek	Načrtovanje podiplomskega izobraževanja delovnih terapevtov	Pomembnost posameznih motivacijskih elementov za podiplomsko izobraževanje zaposlenih delovnih terapevtov	Delovni terapevti (n = 512) so se pripravljali izobraževati na stroške ustanove, v kateri so zaposleni, motiv za izobraževanje je dvig kakovosti dela in lastno zadovoljstvo. Med načini izobraževanja so priljubljeni seminarji, delavnice in strokovna srečanja. Višina kotizacije in način preverjanja znanja sta najnižje ocenjena med elementi kakovosti izobraževanja.
Oven (2014)	Povzetek Znanstveni prispevek	Izkušnje in mnenje mentoric kliničnih vaj v delovni terapiji	Izkušnje mentoric in njihovo zadovoljstvo z mentoriranjem	Mentorstvo ima pozitiven vpliv na profesionalni razvoj mentorjev (n = 27). Menijo, da je osebnost mentorja kot zaupanja vrednega člana izobraževalnega tima pomembna, prav tako je pri mentoriranju in delu s študenti pomembna seznanitev z novostmi stroke.
Oven (2018)	Znanstveni prispevek	Motivacijski dejavniki za študij	Primerjava motivacijskih dejavnikov za študij med študenti fizioterapije in med študenti delovne terapije	Spletna anketa med 207 študenti delovne in fizioterapije. Notranji motivacijski dejavniki (pridobitev znanja, lastni interesi, doseganje zastavljenih ciljev) so večji motivator pri študentih fizioterapije. Zunanji dejavniki (spodbude, ocene), nimajo tako močnega vpliva ne pri eni in ne pri drugi skupini.
Jernejčič (2004)		40 let neprekinjenega izobraževanja delovnih terapevtov na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani 1964–2004	Pregled razvoja delovne terapije skozi posamezna desetletna obdobja	Pregled razvoja od leta 1964 do 1974 je čas pridobivanja znanja, njegovega prenosa v prakso in priprave na profesionalno delo. Z letom 1974 se je začelo obdobje organizacijskih in vsebinskih sprememb znotraj šole in v Društvu fizioterapevtov in delovnih terapevtov – nastaneta dve ločeni sekciji. Med leti 1984–1994 vsakoletni vpis 30 študentom, okrepilo se je sodelovanje z MDDSZ. Leta 1992 dobijo petsemestralni študijski program. Leta 1994 je bila ustanovljena Katedra za delovno terapijo.
Novak (2016)	Diplomsko delo	Zaposlovanje delovnih terapevtov v Sloveniji	Zaposlovanje diplomantov študijskega programa delovna terapija	87 diplomantov iz obdobja zadnjih petih let. 43 % jih je zaposlenih na mestu delovnega terapevta, 32 % jih je brez zaposlitve (med njimi jih 71 % opravlja pripravništvo). 27 % se jih je zaposlilo na želenem delovnem mestu. 55 % bi jih izbralo enak študij.

Galof (2018)	Strokovni prispevek	Profesionalizacija delovne terapije v Sloveniji	Zgodovinski pregled razvoja profesionalizacije DT v Sloveniji in kvantitativna raziskava doseganja kompetenc diplomantov DT	Pomembno je profesionalno razvijanje v tretji fazi po Wilensky (razvoj in izvedba izobraževalnega programa 3 + 2). Doseganje posameznih kompetenc 52 diplomantov je statistično značilno, a povprečne vrednosti posameznih kompetenc ne dosegajo ocene 5 po Likertovi lestvici.
Galof (2018)	Znanstveni prispevek	Delovnoterapevske kompetence diplomantov delovne terapije v Sloveniji	Preverjanje doseganja minimalnih standardov strokovne usposobljenosti diplomantov študijskega programa Delovna terapija prve stopnje.	Rezultati doseganja kompetenc so odraz uvida diplomantov (n = 52) v svojo strokovno usposobljenost, ki se med študijem preverja v obliki doseganja posameznih kompetenc na področju strokovnega znanja, procesne metode dela, profesionalnosti, avtonomnosti, raziskovanja in menedžmenta.
Galof (2014)	Strokovni prispevek	Promocija delovne terapije	Iskanje in preverjanje primernih načinov promoviranja stroke	Rezultati med 212 naključnimi mimoidočimi so odraz dejanskega stanja promoviranja stroke v družbi in priložnost za razvijanje strategij promocije delovnoterapevske stroke tako v zdravstvenih kot v bivanjskih in delovnih okoljih.
Lebar (2001)	Strokovni prispevek	Osnovna prepričanja in vrednote v delovni terapiji	Preveriti, katere so vsebine osnovnega prepričanja in vrednot v delovni terapiji	Bistvena je sinteza pojmov biti, delati in postati. Med vrednote v delovni terapiji prištevamo zdravje, na uporabnika usmerjen pristop, okupacijo (dejavnost, aktivnost), stroko in njeno strokovnost. Vse to je zaobjeto v Filozofiji dela in delovanja delovnega terapevta.
Šinkovec, Lebar (2004)	Strokovni prispevek	Motivacija delovnega terapevta na delovnem mestu	Ugotoviti, kaj delovnemu terapevtu predstavlja motivacijo za uspešno delo	Kvalitativna raziskava (n = 13) Čemu delovni terapevt pripisuje motivacijo za delo? Motivacija je od posameznika do posameznika različna in ni splošnih usmeritev, kako motivirati terapevte za delo, čeprav je denar eden pomembnejših motivatorjev. Več bi bilo treba narediti glede promocije stroke in poklica med zdravstvenimi timi, s čimer bi pridobili tudi ugled in spoštovanje.
Križaj et al., (2012)	Znanstveni prispevek	Vsebina dela slovenskih delovnih terapevtov	Raziskati in analizirati vsebino dela slovenskih delovnih terapevtov	Razkorak pri sistemu beleženja storitev iz leta 1982 med dejanskimi možnostmi beleženja in med dejanskim izvajanjem storitev. Med terapevti se pojavlja težava s poimenovanjem lastnih opravil in tudi njihovim dokumentiranjem. Izoblikoval se je predlog seznama storitev.
Habjanič et al., (2015)	Znanstveni prispevek v monografiji	Razvoj modela poglobljene samoevalvacije študijskih programov	Razvoj modela poglobljene samoevalvacije študijskega programa	Zdravstvena fakulteta izvaja redne letne samoevalvacije v okviru komisije za kakovost. Vključuje anketne vprašalnike o razlogih za vpis, ocenjevanje študijskega programa in oceno izvedbe praktičnega izobraževanja.
MZ (2019)	Zakon	Zakon o zdravstveni dejavnosti		Zakon ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev oziroma delavk v zbornice in združenja.
MZ (2018)	Pravilnik	Pravilnik o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti s prilogami		Priloga 1 opredeljuje na straneh 10 in 11 program pripravništva in strokovnega izpita za poklic delovni terapevt.
MZ (2017)	Zakon	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju		Strategija razvoja zdravstvenega varstva določa nosilce in naloge družbene skrbi za zdravje ter skrbi za pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

MZ (2019)	Kolektivna pogodba	Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije	Ureja pravice iz delovnega razmerja in velja tudi za študente in učence na praksi.
MZ (2017)	Pravilnik	Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih	Pravilnik – 3. člen pod zaporedno številko 4 opredeljuje ustanovitev RSK za delovno terapijo s šestimi člani. 9. člen opisuje naloge, 14. člen sodelovanje z drugimi strokovnjaki.
MZ (2016)	Resolucija	Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25)	Dokument je podlaga razvoja zdravstva v naslednjih desetih letih, pri čemer načrt poleg zdravstvenih delavcev vključuje tudi zdravstvene sodelavce, kot so klinični psihologi, psihologi, delovni terapevti, fizioterapevti, logopedi in drugi, saj menimo, da je pomemben tudi njihov razvoj znotraj zdravstva.
MIZŠ (2017)	Zakon	Zakon o visokem šolstvu	14. člen govori o potrebnosti pridobitve odločbe o akreditaciji oziroma o podaljšanju akreditacije visokošolskega zavoda. 32. člen – univerza mora študijski program akreditirati pri Nacionalni agenciji Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu. Akreditacija je študijskemu programu podeljena za nedoločen čas.
MIZŠ (2005)	Pravilnik	Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod	Naziv učni zavod podeli minister za zdravje v soglasju z ministrom za šolstvo in šport ter ministrom za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo za dobo petih let. Pogoji za izpopolnjevanje podelitve naziva so opisani v petih točkah.
MIZŠ (2011)	Resolucija	Resolucija o Nacionalnem programu visokega šolstva 2011–2020	Število visokošolskih zavodov in študijskih programov je v zadnjih letih zelo naraslo (študijske programe je v letih 2002/2003 izvajalo 12 samostojnih visokošolskih zavodov in dve univerzi, 30. junija 2010 je bilo v Razvid visokošolskih zavodov vpisanih 30 samostojnih visokošolskih zavodov in 5 univerz). V Sloveniji število visoko izobraženih ljudi narašča, a izobraženost slovenske populacije na terciarni ravni ne zadošča ambicioznim projekcijam potreb naše družbe.

## RAZPRAVA

Namen prispevka je ugotoviti, katere elemente profesionalizacije je delovnoterapevtska stroka v Sloveniji dosegla v 55 letih. Ob upoštevanju izključitvenih meril pregleda literature smo v analizo vključili 34 prispevkov. Iz pregledanih prispevkov smo oblikovali tematske kategorije, in sicer razvoj kakovosti študijskega programa, strokovno rast, stanovsko združenje ter pravne informacije in veljavne predpise.

Ob različnih priložnostih, kot so obletnice izobraževanja in delovanja, se je podrobneje raziskovalo oziroma podrobneje predstavljalo zgodovinsko dogajanje na področju razvoja delovne terapije v Sloveniji. Prvi tovrstni mejnik je bil ob praznovanju 40-letnice izobraževanja delovnih terapevtov v Sloveniji (Tomšič, 2004; Jernejčič, 2004). Naslednji mejnik je bila 50-letnica izobraževanja v študijskem programu Delovne terapije v Sloveniji (Tomšič, 2015). Tematsko kategorijo razvoja zaokroža zgodovinski pregled razvoja profesionalizacije delovne terapije v Sloveniji (Galof, 2018b). Ob pregledu literature se najprej seznanimo z začetkom in umeščanjem delovnoterapevtske stroke v Slovenijo in pod okrilje Univerze v Ljubljani. Sledijo spremembe študijskega programa, ki iz dvoletnega preide v višješolskega, nato v štiri- in petsemestralnega ter vse do triletnega visokostrokovnega študijskega programa, ob upoštevanju bolonjske reforme, ki so jo podpisali evropski ministri leta 1999, da bi omogočili primerljivost študijskih programov z drugimi evropskimi študijskimi programi. Prav tako je viden napredek na področju vsebinskega razvoja študijskih programov, ko nosilci predmetov s strokovnimi, delovnoterapevtskimi vsebinami postopoma postajajo delovni terapevti in zdravniki v predmetniku ostajajo nosilci medicinskih predmetov, katerih delež števila ur se zmanjša. Razvoj stroke v zadnjem desetletju Pihlarjeva (2009) pogojuje z ekonomskim statusom državljanov, spoštovanjem in upoštevanjem osnovnih človekovih pravic, procesom izobraževanja ter poklicnimi ambicijami delovnih terapevtov. Ekonomski status državljanov, je najprej viden kot ekonomski status študentov in njihovih družin, ki jim omogočajo študij in so njihova glavna finančna podpora (Gašpar, 2008). Na razvoj kakovosti študijskega programa imajo možnost vplivati vsi deležniki, ki so vanj vključeni. Delovnoterapevtski poklic je zdravstveni poklic, ki vključuje vse starostne skupine uporabnikov in študent oziroma bodoči diplomant poleg teoretičnega znanja potrebuje tudi praktično znanje, ki ga pridobi v obliki kliničnih usposabljanj. Žal trenutno veljavni Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (MIZŠ, 2005), ni naklonjen razvoju delovnoterapevtske stroke in njenemu razvoju zunaj zdravstvenih institucij, torej v skupnosti. Kljub temu se zaposleni na oddelku za delovno terapijo trudijo, da študentom omogočijo kakovostno praktično usposabljanje, k čemur pripomore tudi pozitiven vpliv mentorstva diplomiranih delovnih terapevtov na njihov profesionalni razvoj ter njihovo sledenje razvoju stroke, kot je v izsledkih raziskave o izkušnjah in zadovoljstvu z mentoriranjem študentov zapisala Ovnova (2014). Zaradi sprememb, ki se vsak dan dogajajo v družbi in vplivajo tudi na generacije sedanjih oziroma bodočih študentov, je treba razmišljati o njihovih motivacijskih dejavnikih za študij. Med njimi prevladujejo notranji motivacijski dejavniki (pridobivanje znanja, lastni interesi, doseganje zastavljenih ciljev) pred zunanji motivacijskimi dejavniki (tekmovanja, spodbude, ocene) (Oven, 2018). Pridobljeno znanje diplomantov je odraz lastnega videnja doseganja posameznih kompetenc kot uvid v lastno strokovno usposobljenost na področju usvojenega strokovnega znanja, procesne metode dela, profesionalnosti, avtonomnosti, raziskovanja in menedžmenta (Galof, 2018a). Raziskovalna dejavnost na akademskem področju je tudi eno izmed področij razvoja stroke, ki ga izpostavlja Pihlarjeva (2009). Poglobljeno samoevalviranje študijskega programa na strani izvajalcev je spodbuda in motivator za razvoj in delo v prihodnje, podlaga za postavljanje



kratkoročnih in dolgoročnih ciljev ter pomemben korak na poti k razvoju kulture odličnosti (Habjanič in sod., 2015), kar kot potrebo pri profesionalnem razvoju v tretji fazi po Wilenskem predstavlja razvoj in izvedbo vertikalne piramide študijskega programa v smislu izvedbe študijskega programa 3 + 2 (dodiplomski študij + magistrski študij) (Galof, 2018b). Strokovna rast je področje razvoja tako »svežih« diplomantov kot formiranih delovnih terapevtov z več let delovnih izkušenj. Pomembnost in potrebnost izobraževanja je med slovenskimi delovnimi terapevti že leta 1999 preverjala Lebarjeva v svoji magistrski nalogi in ugotovila, da se delovni terapevti, ki so sodelovali v raziskavi, zavedajo pomena permanentnega izobraževanja za zagotavljanje kakovosti in si dodatnega izobraževanja želijo. Za podiplomsko izobraževanje so pomembni motivacijski elementi (Šuc, Galof 2014), ki pomenijo tudi motivacijo za uspešno delo. Motivacija je osebno pogojena in splošnih usmeritev, kako motivirati terapevte za delo in izobraževanje, Šinkovec in Lebar (2004) v raziskavi nista odkrili, ugotovili pa sta, da je finančni vir za izobraževanje eden pomembnejših motivatorjev. Med negativnimi, nestimulirajočimi vidiki izobraževanja terapevti izpostavljajo višino kotizacije za izobraževanja in lokacijo izvedbe izobraževanja (Šuc et al., 2014), čeprav je med udeleženci izobraževanja zelo malo samoplačnikov. Na drugi strani je strokovno izobražen delovni terapevt, ki sledi strokovnemu razvoju in se dodatno izobražuje, zadovoljen pri opravljanju svojega dela (Šuc et al., 2014).

Stanovsko združenje, katerega zgodovinski razvoj sega v obdobje srednjega veka, je omogočalo svojim članom izdajo dovoljenja za opravljanje obrti. Strokovno združenje delovnih terapevtov Slovenije svojim prostovoljnimi članom ne izdaja dovoljenja za delo, ker nima javnih pooblastil, temveč jim omogoča podiplomsko permanentno strokovno izobraževanje ter skrbi za skladen razvoj stroke s smernicami evropskega in svetovnega združenja delovnih terapevtov. Izdaja publikacije, kot sta Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije in Standardi prakse (2018). Pomembna področja dela Strokovnega združenja so tudi promocija in prepoznavnost poklica (Galof, 2012; Galof, 2014), nadzor nad vsebinami dela delovnih terapevtov (Križaj et al., 2012; Vodovnik, 2002), ozaveščanje članov o možnostih iskanja novih področij delovanja in zaposlovanja (Cvar, 2008, Novak, 2016), vzpostavljanje sistema vrednot in prepričanj kot filozofske discipline znotraj delovne terapije (Lebar, 2001), ugotavljanje potreb po dodatnem izobraževanju (Pihlar, 2014, Šuc et al., 2014, Šuc, Galof, 2014), sledenje in spremljanje razvoja stroke ter njihova implementacija v slovenski prostor (Pihlar, 2015).

Žal delovnoterapevtsko združenje nima tako velike politične moči, kot jo je imelo cehovsko združenje v srednjem veku, a se kljub temu trudi in se vključuje ter sodeluje z odločevalci in pripravljavci zakonskih aktov in predpisov. Med pomembnimi v zadnjem času sta bila Pravilnik o pripravi in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti s prilogami (2018) ter Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih (2017).

## ZAKLJUČEK

Ob pregledu literature smo ugotovili, da je delovna terapija na ustrezni poti procesa profesionalizacije in da v procesu sledi njenim najpomembnejšim elementom, omenjenim v uvodu. Dejstvo je, da je za njen razvoj v nadaljevanju treba nekatere elemente procesa profesionalizacije izpopolniti in dopolniti, s čimer se bo zdravstvena stroka umestila v slovenski prostor in v njem dobila mesto, kakršnega ima v drugih, predvsem severnih,

deželah. Delovnoterapevtska stroka ima izjemen potencial in nove priložnosti ter izzive tudi na področjih deinstitucionalizacije, na področjih promocije zdravega načina življenja in preventive za kakovost bivanja posameznika v vseh starostnih obdobjih od rojstva do smrti, na vseh področjih delovanja tako v skrbi za vsakodnevno življenje kot na področju vzgoje in izobraževanja, na področju posamezniku prijaznega delovnega okolja, na področju preživljanja prostega časa in na vsakem področju, ki je kakorkoli povezan z življenjem posameznika.

Cilja profesionalizacije delovne terapije sta torej dva: zadovoljevanje potreb posameznikov in prizadevanje za čim ugodnejši družbeni status zdravstvene stroke. V prihodnje bi bilo treba pri načrtovanju razvoja stroke slediti posameznim predstavljenim elementom profesionalizacije ter jo načrtovati v skladu z razvojem stroke in priprave nacionalne strategije delovne terapije.

## LITERATURA

- Baumann A, Kolotylo C (2009). The professionalism and environmental factors in the Workplace Questionnaire: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 65 (10): 2216–27.
- Clouston TJ (2008). The professionalisation of occupational therapy: a continuing challenge. *Br J Occup Ther* 71(8): 314–20.
- Cvar P (2008). Zaposljivost diplomantov delovne terapije. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Flexner A (1915). Is social work a profession? Social Welfare History Project. Dostopno na: <https://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/is-social-work-a-profession-1915/> <13. 5. 2019>.
- Galof K (2012). Prepoznavnost delovne terapije. In: Tomšič M, eds. Delovna terapija – stroka sedanosti: Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana 2. februar 2012. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 1–10.
- Galof K (2014). Promocija delovne terapije. In: Pihlar Z, eds. Z delovno terapijo do aktivnega življenja: Zbornik prispevkov 7. kongresa delovnih terapevtov Slovenije, Ptuj 24. in 25. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje: 331.
- Galof K (2018 a). Delovnoterapevtske kompetence diplomantov delovne terapije v Sloveniji. In: Galof K, eds. Iz teorije v prakso: Zbornik prispevkov z recenzijo, 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje: 3–11.
- Galof K (2018 b). Profesionalizacija delovne terapije v Sloveniji. In: Pivač S, Kalender Smajlovič S, eds. Zdravstvene stroke na poti profesionalizacije. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin: 12–8.
- Gašpar P (2008). Profil študentov delovne terapije v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Habjanič D, Lebar C, Levec T, eds. (2015). Razvoj modela poglobljene samoevalvacije študijskih programov Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. In: Gaber S, Kos Ž, Turk G. Priložnosti in izzivi zagotavljanja kakovosti visokega šolstva. Ljubljana: Univerza: 106–113. <https://kakovost.acs.si/doc/N-1158-1.pdf> <13. 5. 2019>.
- Jernejčič N (2004). 40 let neprekinjenega izobraževanja delovnih terapevtov na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani 1964-2004. In: Tomšič M, eds. 40 let izobraževanja

- delovnih terapevtov Slovenije – Človeku prijazni pristopi, Ljubljana, 26. do 28. maj, 2004. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 18–23.
- Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije. Uradni list RS 15/94, 18/94 – ZRPJZ, 57/95, 19/96, 56/98, 76/98, 39/99 – ZMPUPR, 102/00, 62/01, 43/06 – ZKOlP, 60/08, 75/08, 107/11, 40/12, 46/13, 106/15, 46/17, 80/18 in 5/19 – popr.
- Križaj T, Lebar C, Marušič V (2012). Vsebina dela slovenskih delovnih terapevtov. In: Tomšič M, eds. Delovna terapija – stroka sedanjosti: Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 2. februar 2012. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta: 141–48.
- Lebar C (1999). Permanentno izobraževanje kot dejavnik kakovosti v delovni terapiji. Magistrsko delo. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6 (7). [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org) <13. 5. 2019>.
- Novak N (2016). Zaposlovanje delovnih terapevtov v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Oven A (2014). Izkušnje in mnenje mentorice kliničnih vaj v delovni terapiji. In: Pihlar Z, eds. Z delovno terapijo do aktivnega življenja: Zbornik prispevkov 7. kongresa delovnih terapevtov Slovenije, Ptuj, 24. in 25. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje: 333–4.
- Oven A (2018). Motivacijski dejavniki za študij. In: Macuh B. Zbornik prispevkov z recenzijo 6. znanstvene konference, Maribor, 9. in 10. marec 2018. Maribor: Alma Mater Press: 347–55.  
[http://almamater.si/upload/userfiles/files/Konferenca%202018/Zborniki/AMEU\\_K-2018\\_ZbornikPrispevkov\\_Book\\_WEB\\_04.pdf](http://almamater.si/upload/userfiles/files/Konferenca%202018/Zborniki/AMEU_K-2018_ZbornikPrispevkov_Book_WEB_04.pdf) <13. 5. 2019>.
- Pihlar Z (2009). Znanost v delovni terapiji – naložba v razvoj. Rehabilitacija 8(1): 48–52.  
[http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija\\_2009\\_S1\\_p048-052.pdf](http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2009_S1_p048-052.pdf) <13. 5. 2019>.
- Pihlar Z (2014). Pomen kliničnih smernic v delovni terapiji. Rehabilitacija 13(1): 31–5.  
[http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija\\_2014\\_S1\\_p031-035.pdf](http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2014_S1_p031-035.pdf) <13. 5. 2019>.
- Pihlar Z (2015). Naših 50 let – možnosti in dileme na področju učinkovite obravnave v delovni terapiji. Rehabilitacija 14(Supl. 1): 88–93. [http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija\\_2015\\_S1\\_p088-093.pdf](http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2015_S1_p088-093.pdf) <13. 5. 2019>.
- Pravilnik o pripravnštvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti. Uradni list RS 47/18.
- Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod. Uradni list RS 103/05.
- Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih. Uradni list RS 44/17.
- PRISMA (2015). Transparent of systematic reviews and meta-analyses. <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx> <13. 5. 2019>.
- Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Uradni list RS 25/16.
- Resolucija o Nacionalnem programu visokega šolstva 2011–2020. Uradni list RS 41/11.
- Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS 82/04, 110/04 – popr., 40/06, 110/08, 10/12 in 4/14.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika: SSKJ 2, 2014. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša.

- Svetlik I (1999). Sodobni izzivi profesionalizma. *Knjižnica* 43(2–3): 7–18.
- Šinkovec L, Lebar C (2004). Motivacija delovnega terapevta na delovnem mestu. In Tomšič M, eds. 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije: človeku prijazni pristopi: Ljubljana, 26.–28. 5. 2004. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za delovno terapijo: 28–36.
- Šuc L, Galof K (2014). Načrtovanje podiplomskega izobraževanja delovnih terapevtov. In: Pihlar Z. Z delovno terapijo do aktivnega življenja: Zbornik prispevkov 7. kongresa delovnih terapevtov Slovenije, Ptuj, 24. in 25. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje: 296–306.
- Šuc L, Galof K, Pihlar Z (2014). Izobraževanje delovnih terapevtov v okviru Zbornice delovnih terapevtov Slovenije. In: Mušič K, Kociper T, eds. Turizem in management: na poti k uspešni poslovni prihodnosti, Koper, 24. in 25. oktober 2013. Koper: Založba Univerze na Primorskem, 985–96. <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-79-3.pdf> <13. 5. 2019>.
- Tomšič M (2004). Izobraževanje delovnih terapevtov v Sloveniji od leta 1964 dalje. In: Tomšič M, eds. 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije: Človeku prijazni pristopi, Ljubljana, 26.–28. 5. 2004. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za delovno terapijo: 6–17.
- Tomšič M (2014). Razvoj izobraževanja skozi 50 let. In: Tomšič M, eds. Zrela leta slovenske delovne terapije: zbornik prispevkov z recenzijo : [posvetovanje], 28. maj 2014. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta: 1–12.
- Vodovnik M (2002). Zagotavljanje kakovosti delovne terapije. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Wilensky HD (1994). The professionalization of everyone? *Am J Sociol* 2: 137–58.
- Wynd CA (2003). Current factors contributing to professionalism in nursing. *J Prof Nurs* 19(5): 251–61.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US.
- Zakon o visokem šolstvu. Uradni list RS 32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 109/12, 85/14, 75/16, 61/17 – ZUPŠ in 65/17.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K.
- ZDTS (2018). Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije & Standardi prakse v delovni terapiji. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje.

## Terapija senzorne integracije lahko izboljša participacijo

### Sensory integration treatment can improve participation

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

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

<sup>2</sup>Zavod za gluhe in naglušne, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Predelava senzornih prilivov se nanaša na sposobnost registriranja in spreminjanja senzornih informacij ter njihovo organizacijo, kar nam pomaga pri odzivu na situacijske zahteve. Otroci, ki imajo težave s praksijo, imajo med drugim težave s prilagojenimi odzivi ter nizko samozavest, kar vpliva na njihovo slabšo participacijo v vsakodnevne življenjske situacije. **Metode:** V prispevku bo predstavljena študija primera 8 letne deklice, ki je bila zaradi težav v šoli napotena na delovno terapijo (predvsem težave pri vključevanju na uri telovadbe). Klinično ocenjevanje in ocenjevanje s standardiziranim testom "Sensory integration praxis test" je pokazalo, da ima deklica somatodispraksijo. **Rezultati:** Po 10 obravnavah po principu Terapije senzorne integracije po Ayresovi, je njena mama poročala, da opaža spremembe v vsakdanjem življenju. Napredek je pokazalo tudi ponovno ocenjevanje. **Razprava in zaključek:** Po zaključeni delovnoterapevtski obravnavi se je izboljšala dekličina participacija v šoli in doma, kar je pozitivno vplivalo na njeno samozavest. Ker ji je bila obravnava zabavna, je bila bolj motivirana za sodelovanje.

**Ključne besede:** dispraksija, delovna terapija, sodelovanje, vsakdanje aktivnosti.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The processing of sensory inputs refers to the ability to register and modify sensory information and their organization, which helps us in responding to situational requirements. Children with dyspraxia have problems with adapted responses and low self-esteem, which affects the poorer participation in everyday life situations. **Methods:** The paper will present a case study of an 8 year old girl who was referred to occupational therapy because of school problems. Clinical observation and assessment with the standardized Sensory Integration Praxis Test showed that the girl has somatodispraxia. **Results:** Following 10 treatments according to the Ayres sensory integration therapy principle, her mother reported to notice changes in her daily life. Progress has also been shown by reassessment. **Discussion and conclusion:** Occupational therapy was a funny, playfulness for the girl, but at the same time it increased her participation in everyday life. With this, the girl became even more confident.

**Keywords:** dyspraxia, occupational therapy, participation, everyday life.

## IZHODIŠČA

Dispraksija je razvojna posebnost, pri kateri ima otrok težave pri načrtovanju njemu neznanih – novih nalog. Otroci z dispraksijo so nerodni, izogibajo se udejstvovanju v športnih ali drugih gibalnih aktivnostih, imajo težave pri snovanju idej za igro. Nimajo ideje kako se igrati z igračami, izbirajo vedno iste ali zelo podobne aktivnosti, stvari počnejo na neobičajen (največkrat bolj zapleten) način, imajo težave pri organizaciji svoje mize ali sobe (Ayres, 2005). V preteklosti in še sedaj terminologija oz. izraz »dispraksija« ni poenotena. Še vedno se uporabljajo različni izrazi kot so: razvojna dispraksija, težave pri učenju gibanja, disfunkcija senzorne integracije, blag motorični zaostanek, slaba koordinacija in razvojna motnja koordinacije (Vaivre-Douret, 2014 cit. po Terčon, 2018). V tem prispevku bomo uporabljali izraz dispraksija. Raziskave navajajo različen odstotek pojavnosti dispraksije ali razvojne motnje koordinacije in sicer od 1,3% do 10% (Gibbs, 2007; Terčon, 2008). Chung (2018) je v raziskavi, v katero je vključil 128 osnovnošolskih otrok, ugotovil, da se med otroci z razvojno motnjo koordinacije pojavljajo težave na čustvenem področju, nizka socialna samoučinkovitost in sodelovanje pri okupacijah v domačem okolju ter v skupnosti, ki zahtevajo fino motorične spretnosti, komunikacijske ali organizacijske sposobnosti.

Senzorna integracija, kot teorija, izhaja iz domnev, da sta predelava in integracija občutkov ključna za učenje in vedenje, da se zmanjšane sposobnosti oz. neuspešne čutne predelave lahko kažejo v neustreznem funkcioniranju posameznika ter da zagotavljanje občutkov preko aktivnega vključevanja v smiselne aktivnosti lahko izboljša organizacijo in obdelavo čutnega priliva (Bundy, Murray, 2002). Delovni terapevt z uporabo pristopa senzorne integracije po Ayresovi (ASI) z otrokom oblikuje okolje in prilagaja situacije, ki spodbujajo otroka k vedno bolj kompleksnim adaptivnim odzivom/prilagojenim odgovorom (Spitzer, Smith Roley, 2001).

Delitev težav senzorne integracije se med avtorji nekoliko razlikuje. Schaaf in Mailloux (2015) jih predstavita v vzorcih, za katere veljajo neke skupne značilnosti, ki se kažejo v rezultatih različnih ocenjevanj in vsakdanjem vedenju. Ti vzorci so: slabo senzorno zaznavanje, somatodispraksija, vestibularne težave in težave bilateralne integracije, visuodispraksija, težave s senzornim odzivom in vedenje, ki je povezano s slabo senzorno integracijo. V prispevku bomo predstavili primer deklice s somatodispraksijo. Somatodispraksija je povezana s slabim senzornim zaznavanjem in motoričnim načrtovanjem. Najpomembnejša značilnost te težave je slabo taktilno zaznavanje in težave s posnemanjem, načrtovanjem ali izvajanjem akcij v zaporedju. Včasih jo imenujemo tudi dispraksija. Otroci s somatodispraksijo imajo težave pri učenju novih spretnosti (zlasti tistih, kjer je pomembna povratna informacija iz taktilnega sistema – npr. pri oblačenju nameščanje roke v rokav ter zapenjanje gumbov ali brisanje zadnjice po opravljeni toaleti), izvedbi športnih aktivnosti (zlasti tistih, ki vključujejo posnemanje in občutek za položaj telesa, kot sta nogomet ali ples) in imajo šibke igralne spretnosti (npr. vedeti, kaj narediti z igračami ali kako se pretvarjati, da so nekdo drug) (Schaaf, Mailloux, 2015).

Obravnava po ASI mora upoštevati 10 principov, ki jih je postavila že Ayersova: otrokova aktivna vključenost, igrivost, prostor z določeno opremo, ki omogoča otroku bogate senzorne izkušnje (zlasti čutne prilive preko taktilnega, vestibularnega in proprioceptivnega sistema), spodbujanje adaptivnega odgovora, optimalen nivo vzdraženosti (arousal), omogočanje ravno pravnjega izziva preko igre, varno okolje in izhajanje iz otrokove notranje motivacije (Ayres, 1979; Koomar, Bundy, 2002).

Ta prispevek bo predstavil delovnoterapevtsko obravnavo osemletne deklice (v prispevku bomo uporabljali psevdonim: Luna) z dispraksijo, ki je temeljila na ASI pristopu.

Raziskovalno vprašanje: Ali je DT-ASI obravnava izboljšala sodelovanje deklice v vsakdanjih aktivnostih na različnih področjih delovanja?

## METODE

Prikazana bo deskriptivna študija otroka z dispraksijo. Študija primera sodi med kvalitativne metode dela in predstavlja celovit opis posameznega primera ter njegove analize (Vogrinc, 2008). Za predstavitev rezultatov strokovni javnosti smo pridobili soglasje dekličinih staršev.

Otrokova zgodovina in okupacijski profil (Schaaf, Smith Roley, 2006) razkrivata, da so otrokove težave pri participaciji velikokrat povezane z motnjo senzorne integracije (MSI).

V fazi ocenjevanja so bili uporabljeni polstrukturiran intervju z mamo, vprašalnik »Sensory processing measure« - SPM (Parham in Ecker, 2007), klinično opazovanje - KO (Blanche, 2002) in »Sensory integration and Praxis Test« - SIPT (Ayres, 2004).

Delovni terapevt pri obravnavi spremlja in ocenjuje učinkovitost, saj s tem dokazuje svojo strokovnost, nepogrešljivost delovnoterapevtske obravnave pri uporabnikih in vpliv obravnave na vsakdanje življenje uporabnikov (Schaaf, Nightlinger, 2007).

Z Luno smo v obdobju 4-ih mesecev izvedli 10 obravnav, v razmaku približno 14-ih dni. Sproti smo preverjali, kako je s sodelovanjem in voljo v šoli ter si beležili dosežene napredke od prejšnjih obravnav. Po polletnem premoru obravnav delovne terapije smo ponovno izvedli ocenjevanje SPM, SIPT in hkrati intervju z mamo, da bi izvedeli kakšni izzivi so še prisotni v Luninem vsakdanjem delovanju.

## REZULTATI

### OCENJEVALNI INSTRUMENTI

Z mamo je bil izveden polstrukturiran intervju iz katerega smo izvedeli, s kakšnimi težavami se Luna sooča v vsakdanjem življenju.

SPM je bil uporabljen za ocenjevanje Luninega delovanja v vsakdanjih aktivnostih in ugotavljanje, če le-te izhajajo iz težav senzorne predelave. Vprašalnik za starše vsebuje 75 postavk, pri katerih starši označijo kako pogosto se določeno vedenje pojavlja pri njegovem otroku. Postavke so razdeljene v osem področij: socialna participacija, vid, sluh, dotik, okus in vonj, zavedanje telesa, ravnotežje in gibanje ter načrtovanje in ideje. Skupni seštevki surovih podatkov po področjih in vseh področij skupaj se s pomočjo tabele, ki je v SPM priročniku, pretvorijo v T-vrednosti. T-vrednost 50 pomeni, da je rezultat na sredini (polovica otrok ima višje točke in polovica nižje), vrednost višja od 50 pomeni, da so točke pri SPM višje, kar pa predstavlja, da ima otrok več težav.

SIPT je standardiziran ocenjevalni instrument za otroke med 4. in 9. letom starosti, ki nam pomaga razumeti težave, ki jih ima lahko otrok pri učenju in vedenju. Ocenjuje posamezne senzorne sisteme kot so: vestibularni, proprioceptivni, kinestetični, taktilni in vidni sistem. Ocena SIPT-a ne pokaže vzroke za težave pri učenju in vedenju, a pokaže pri katerem senzornem sistemu ima otrok težave, kar nam pomaga pri načrtovanju delovnoterapevtske obravnave ter svetovanju učiteljem in staršem. Sestavljen je iz 17 podtestov, ki jih lahko razdelimo v štiri skupine: 1. oblike in prostor, vizo-motorična koordinacija in sposobnost sestavljanja elementov v celoto, 2. taktilna diskriminacija, 3. praksija in 4. vestibularno in proprioceptivno procesiranje. Še več podatkov dobimo, ko to oceno združimo s kliničnim opazovanjem.

### UDELEŽENEC

Luna je simpatično dekle, ki je bila na prvih srečanjih zelo prestrašena, zadržana in nesamozavestna. Bila je napotena s strani specialne pedagoginje zaradi odstopanj v vsakodnevnem funkcioniranju v primerjavi z vrstniki. V času pred obravnavami v delovni terapiji se je oblačila samostojno, vendar je imela težave pri zapenjanju gumbov, uporabi

zadrge, zavezovanju čevljev ter oblačenju nogavic, ni bila samostojna pri tuširanju, kopanju; občasno ji je še vedno ušlo v hlače, imela je težave s sprejemanjem novosti, aktivno udeležbo pri športni vzgoji – zato je imela odpor do telovadbe, napetost, kar je izražala z jokom in povečanim mišičnim tonusom.

Starši so jo ves čas zelo podpirali in spodbujali. Mama je tudi poročala, da ima deklica strah pred novimi stvarmi, da se rada igra zunaj, sestavlja vlakce in kocke.

## EVALVACIJA

Tabela 1: Rezultati SPM – 1. Ocenjevanje.

Področje	»Sensory Processing Measure«		
	Tipično (40T-59T)	Srednje odstopanje (60T-69T)	Večje odstopanje (70T-80T)
Socialna participacija			71
Vid		61	
Sluh	52		
Dotik		66	
Zaznavanje telesa			75
Ravnotežje in gibanje			76
Načrtovanje in ideje			73
Seštevek		69	

V tabeli 1 je razvidno, da so večja odstopanja na področju socialne participacije, zavedanja telesa, ravnotežja in gibanja ter načrtovanja in idej. Rezultat na področju dotika je v območju srednjih odstopanj, vendar je zelo blizu zgornje meje, zato je potrebna pozornost oz. z nadaljnjim ocenjevanjem ugotoviti, če so težave v vsakdanjem življenju povezane tudi s tem področjem (npr. težave z zadrževanjem urina, težave z zapenjanjem gumbov).

Rezultati pri devetih podtestih SIPT-a (Graf 1) so bili v normalnem razponu ( $SD = -1 < 1$ ).

Graf 1: Rezultati SIPT-a – 1. Ocena.

Ostali podtesti so bili pod povprečjem. Nizek rezultat ( $-1 < -2$ ) se je pokazal pri »Graphesthesia (GRA)« (-1,82), »Local Tactile Stimuli (LTS)« (-1,89), »Oral Praxis (OPr)« (-1,41) in »Bilateral Motor Coordination (BMC)« (1,07). Zelo nizek rezultat ( $-2 < -3$ ) pa je bil pri



»Kinesthesia (KIN)« (-3,00), »Finger Identification (FI)« (-3,00), »Praxis Verbal Command (PVC)« (-2,69) in »Postural Praxis (PPr)« (-2,64).

Rezultati SIPT-a kažejo, da gre pri Luni za somatodispraksijo. Schaaf in Mailloux (2015) omenjata, da imajo otroci s somatodispraksijo običajno na SIPT-u nizke rezultate pri taktilnih podtestih (FI, LTS, GRA, MFP) in podtetsih praksije PPr, OPr, SPr, PrVC). Podoben vzorec zasledimo pri Luninih rezultatih.

Risanje sebe: Pri razmerju glava – telo je risba od zgoraj navzdol vedno manjša. Ni telesa, narisala je le roke in noge, brez trupa. Na vsaki roki sta bila samo dva prsta.

KO je pokazalo težave pri naslednjih podtestih »Antigravity Extension«, »Sequential Finger Touching«, »Finger to nose test«, »Eye movements«, »Diadokokinesisa«, »Antigravity Extension«, »Schilder's Arm Extension Test«, »Jumping Jacks« (Blanche, 2002).

Zaradi težav pri izvedbi PPr na SIPT-u, kjer otrok ponovi določene gibe za ocenjevalcem in s tem poda informacijo o zaznavanju telesa, smo izvedli še »Modified Postural Schilder's Arm Extension Test« (Blanche et al. 2008, 2009), kjer ocenjevalec otroku obrača glavo levo – desno, medtem, ko mora otrok stati z zaprtimi očmi z rokami v antefleksiji. Luna ni uspela ohraniti tega položaja, obračanju glave so sledili tudi premiki rok, spustila jih je navzdol. »5-letni otroci so v 84% sposobni ohraniti prvotni položaj« (Dunn, 1981 cit. po Blanche, 2002, p.14).

Pri podtestu »Antigravity extension« mora otrok med ležanjem na trebuhu simultano dvigniti glavo, roke, zgornji del telesa in ekstenzirane noge. Ta podtest je dober pokazatelj vestibularnega funkcioniranja (Blanche, 2002). Luna ni zmogla dvigniti nog, roke je dvignila nepravilno. Kljub demonstraciji in fizičnemu vodenju ni uspela vzpostaviti zahtevanega položaja. 8-letni otroci so v povprečju sposobni zadržati ta položaj 110 sekund (Gregory-Flock in Yerxa, 1984). Norma pri tem podtestu je 30 sekund za otroke stare 6 let in več (Harris, 1981, Wilson et al., 2000 cit. po Blanche, 2002).

Za ocenjevanje bilateralno-motorične koordinacije je zelo dober pokazatelj podtest »jumping jacks« (Bundy, 2002), kjer je Luna imela težave s koordinacijo rok in nog. Roke je premaknila nazaj in naprej, namesto gor preko abdukcije. Pri žoganju je žogo metala s preveliko silo.

Na podlagi rezultatov vseh izvedenih ocenjevalnih instrumentov, smo ugotovili, da ima Luna somatodispraksijo, kar ji lahko povzroča težave pri telovadbi in izvajanju posameznih dnevnih aktivnosti. Običajno otroci z dispraksijo razvijejo slabo samopodobo, saj so neuspešni, nerodni, kljub temu da se zelo trudijo. Ne zmorejo se učiti iz napak, saj imajo težave s povratno informacijo iz telesa in predvidevanjem gibanja vnaprej. Podobno zasledimo pri Luni.

## OBRAVNAVA

Na podlagi rezultatov ocenjevanj smo skupaj z mamo in Luno postavili naslednje cilje:

1. V 3 mesecih si bo znala zapeti 3 gumbe na jopici.
2. V 3 mesecih bo med nakupovanjem s starši, v poznani trgovini sama poiskala in dala v nakupovalni voziček 2 stvari z nakupovalnega seznama, ki ga predčasno oblikuje skupaj s starši (v 4 od 5 poskusov).
3. V 3 mesecih si bo znala sama zavezati čevlje (v 3 od 5 poskusov).
4. V 3 mesecih si bo znala pripraviti oblačila za naslednji dan (3 od 5 poskusov).

Znanje o interakciji med senzornimi sistemi pomaga delovnemu terapevtu usmerjati obravnavo v tiste senzorne dražljaje, ki jih otrok potrebuje (Blanche, 2006). Pri analizi Luninega vedenja je bila uporabljena shema SI teorije, ki sta jo po Ayresovi prilagodila in razvila Bundy in Murray (2002). Vestibularne, taktilne in propioceptivne izkušnje oz.

informacije, ki jih telo zazna se shranijo v podzavest in vgradijo v posameznikov spomin, v obliki tako imenovanih notranjih zemljevidov (internal maps). Notranji zemljevidi pa so temelj, na osnovi katerega se je posameznik zmožen hitro odzvati in avtomatično proizvesti visoko kompleksen prilagoditveni odziv v določeni situaciji (Ayres, 2011).

Zato smo v delovnoterapevtski obravnavi Luni omogočali aktivnosti, ki zagotavljajo vestibularne in proprioceptivne dražljaje ter zahtevajo spremembe telesnega položaja. S tem se poveča zavedanje lastnega telesa in povratne informacije glede telesnega položaja v prostoru. Lopez in sodelavci (2012) poudarjajo pozitiven vpliv, ki jih ima implementacija vestibularnih dražljajev na zavedanje telesne sheme kakor tudi na zmožnost motoričnega načrtovanja.

Deklico smo v delovnoterapevtski obravnavi naučili tudi uporabe različnih strategij, ki naj bi jih uporabila za različne življenjske situacije. Otroci s somatodispraksijo namreč niso uspešni pri generalizaciji naučenih znanj ter sposobnosti jih prenesti v širše okolje in v nove situacije. Ne zmorejo se učiti iz lastnih napak, uživajo le v rutinskih aktivnostih. Preko zagotavljanja vestibularnih, proprioceptivnih in taktilnih dražljajev, smo pri deklici spodbujali razvoj ustreznih prilagoditvenih odzivov (aktivno in organizirano uporabo lastnega telesa pri izvedbah različnih aktivnosti). Poudarek je bil na aktivnostih v ekstenzijskem položaju proti gravitaciji, t.i. pronacijskem položaju, prehodih preko sredine ter uporabi obeh rok, z več zaporednimi dejanji ter reševanjem vmes nastalih težav.

Z namenom zagotavljanja terapevtskega zavezništva, spodbujanja otrokove motivacije in oblikovanja aktivnosti, ki za otroka predstavljajo ravno pravi izziv (Parham et al., 2011) smo v obravnavi na različne, deklici priljubljene teme strukturirali zaporedje aktivnosti, z uporabo različne opreme v prostoru, ki je opremljen po merilih za izvajanje ASI. Na primer, igrali smo se kako princ priskrbi bolni princeski na gradu sadje in zelenjavo ter se na poti na grad spopada z več izzivi. Deklica je morala najprej zajahati konja, katerega smo si namislili z vpeto zračnico, na vrtu (s tal) pobrati sadje in zelenjavo, katero je eno po eno sproti metala v oddaljeno ladjo. V tem primeru smo z nihanjem zračnice/gugalnice pri deklici zagotavljali optimalen nivo vzdraženja, vzpostavitev primerne mišične tonusa ter spodbujali proksimalno stabilnost medenice. Med pobiranjem pridelkov je morala ves čas spreminjati položaj telesa in pri tem vzdrževati mišično moč in stabilnost medenice, da ni padla s konja. Ko je sadeže in zelenjavo metala v ladjo, se je morala časovno in prostorsko dobro organizirati, s čimer je razvijala motorično načrtovanje. Pri tem ne smemo pozabiti, da je za to aktivnost potrebno tudi ustrezno dozirati silo, s katero vržemo igračo ravno prav močno oz. daleč, da zadenemo. Potem so sledili nadaljnji izzivi, ki so se iz aktivnosti v aktivnost stopnjevali. Kako bo prišla s konja do ladje, najti je morala ustrezen način kako bo odnesla sadeže, vstopiti v zaprt grad ipd. Na ta način smo tudi spodbujali posturalno, očesno, oralno ali bilateralno motorično kontrolo ter praksijo in organizacijo vedenja (Parham et al., 2011). Ob koncu vsake obravnave smo v igro vključili tudi neko fino-motorično ali vizualno motorično aktivnost, kot so npr. nizanje perlic na ogrlico za zahvalo princu.

Luna je bila ves čas motivirana, aktivno sodelovala, motorično in kognitivno, bila uspešna in ravno prav izzvana. V ASI terapiji je potrebno ves čas slediti otroku in zahtevnost naloge prilagajati njegovim sposobnostim. Med igro je potrebno vedno poskrbeti tudi za varnost otroka. Vse to nam narekujejo Merila za izvajanje ASI terapije (»Fidelity measure«), ki so ga oblikovali Parham in sodelavci (2011) in so bila pri predstavljeni obravnavi upoštevana.

Take in podobne »igre« smo izvajali vsakič, ko je prišla na delovno terapijo. Prihajala je z veseljem, se veselila prihoda in bila iz obravnave v obravnavo bolj uspešna. Do izboljšav ni prihajalo le pri selektivnih veščinah, pač pa je vplivalo na njeno splošno funkcioniranje. Mama je nekje sredi cikla 10-ih obravnav poročala, da se je uredilo tudi njeno fiziološko delovanje, kot je uhajanje urina in napetost pred spanjem.

Še vedno pa jo je strah novih aktivnosti, predvsem pri športni vzgoji, kjer je izpostavljena največjim izzivom. Manj uspešna je pri bilateralnih aktivnostih, predvsem ko gre za sočasno uporabo bolj oddaljenih delov telesa, kot sta npr. leva roka in desna noga ter posnemanju neznanih elementov gibanja, kot so npr. gimnastične prvine ipd.

Več uspeha so zaznali pri drugih šolskih obveznostih, npr. pri grafomotoriki, vztrajnosti za dokončati nalogo ter organizaciji in pripravi šolskih potrebščin.

## IZZID

Pri ponovnem ocenjevanju so rezultati SIPT-a pokazali odstopanja le pri treh podtestih: »Postural Praxis (PPr)« (-1,56), »Sequencing Praxis (SPr)« (-1,95) in Bilateral Motor Coordination (BMC)« (1,74). Če primerjamo rezultate ponovnega ocenjevanja (shema 2) s prvim ocenjevanjem s SIPT-om (shema 1), vidimo, da so se rezultati PPr nekoliko izboljšali, slabši pa so rezultati BMC in SPr podtesta. Izboljšali so se rezultati tudi pri vseh taktilnih podtestih (Graf 2).

Graf 2: Rezultati SIPT-a – 2. ocena.

Tudi rezultati ponovnega ocenjevanja s SPM-om so pokazali izboljšanje, saj se na nobenem področju niso pokazala večja odstopanja (Tabela 2).

Tabela 2: Rezultati SPM – 1. in 2. ocenjevanja.

<b>Sensory processing Measure</b>			
<b>Skala</b>	<b>Tipično (40T-59T)</b>	<b>Srednje odstopanje (60T-69T)</b>	<b>Večje odstopanje (70T-80T)</b>
Socialna participacija		<b>58</b>	71
Vid		61; <b>63</b>	
Sluh	51	<b>67</b>	
Dotik		75; <b>64</b>	
Zaznavanje telesa		<b>64</b>	75
Ravnotežje in gibanje		<b>64</b>	76
Načrtovanje in ideje		<b>60</b>	73
<b>Skupne točke</b>		<b>69; 65</b>	

*Opomba: Navadna pisava-prvo ocenjevanje; Krepka pisava-drugo ocenjevanje*

Mama je pri ponovnem ocenjevanju označila, da se vedenji, kot sta »Zdi se, da ga hitro zmotijo zvoki iz okolja: kosilnica, hladilnik, luči in klima« in »Pokaže vznemirjenje ob vreščecem, predirljivem zvoku: trobila, piščalka«, pojavljata pogosto (prva ocena je bila občasno in nikoli). Še pri štirih postavkah, ki se nanašajo na to, kako jo motijo določeni zvoki in kako na njih odreagira, je označila mama frekvenco z občasno, pri prvem izpolnjevanju pa nikoli. Rezultat na tem področju sicer še vedno sodi v območje srednjega odstopanja. V pogovoru z mamo in Luno nismo dobili informacij, da bi v vsakdanjem življenju imela zaradi tega večje težave kot jih je imela pred obravnavo. Domnevamo, da je poročanje o večji frekvenci teh vedenj dejstvo, da je mama v zadnjem letu več časa z Luno in tudi bolj pozorna na njene vedenjske odzive. Potrebno pa je poudariti tudi subjektivnost pri ocenjevanju, kjer pridobivamo podatke od staršev in pri uporabi različnih vprašalnikov.

Cilji, ki smo jih postavili na začetku obravnave so bili delno doseženi: pri zapenjanju gumbov ima Luna še nekaj težav, med nakupovanjem potrebuje minimalno pomoč staršev. Oblačila za naslednji dan pa si pripravi samostojno.

## RAZPRAVA

Pri deklici Luni je možno opaziti določene pozitivne spremembe na posameznih področjih okupacije. Zagotovo je bil pomemben napredek izboljšanje spanja in kontroliranje urina.

Pri ugotavljanju učinkovitosti ASI terapije raziskovalci niso enotnega mnenja. Schaaf in sodelavci (2018) poudarjajo, da je pri branju raziskav potrebno biti pozoren na to, ali gre dejansko za ASI terapijo, kjer se upoštevajo Merila za izvajanje ASI terapije (Parham et al., 2011) ali pa gre za izvajanje senzornih strategij ali kakšnih drugih variacij. Polatajko in Cantin (2006) omenjata ASI terapijo kot pristop, ki je usmerjen na primanjkljaj (deficit-oriented) in ne na nalogo (task-oriented), k čemer bi po njunem mnenju morali stremeti v delovni terapiji. Vendar je bila DT-ASI razvita z namenom, da delovni terapevt obravnava otroka s težavami senzorne integracije, ki ga ovirajo pri participaciji v vsakdanje aktivnosti (Schaaf, Miller, 2005). Torej je izboljšanje sodelovanja v vsakdanjem življenju pomemben cilj DT-ASI obravnave.

Pri ugotavljanju učinkovitosti skozi študijo primera težko izločimo pristranskost pri ocenjevanju. Pristranskost smo skušali pri tem primeru zmanjšati s tem, da je prva avtorica izvedla ocenjevanje s SIPT-om in SPM-om pred in po obravnavi, hkrati pa ni bila vključena v postavljanje ciljev in izvedbo obravnave. To je izvedla druga avtorica.

Lunino funkcioniranje v vsakodnevnem življenju se je v glavnem izboljšalo. V šoli je na osnovi težav na Zavodu RS za šolstvo pridobila odločbo za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, s katero so jo usmerili v izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo. Z odločbo so ji opredelili lažjo gibalno oviranost, lažje govorno-jezikovne motnje in primanjkljaje na posameznih področjih učenja. Zagotovili so ji 6 ur dodatne strokovne pomoči na teden. Mama poroča, da se dobro vključuje v igro vrstnikov, ima prijateljice v domačem okolju in v šoli. Običajno ne prihaja do konfliktov.

V primeru neuspehov potrebuje dobro psihološko podporo, ker se zelo hitro in močno razburi, včasih še celo predčasno, predno poskusi, ker so se ji močno zakoreninile negativne izkušnje od prej, ko je bila še manj spretna. Z verbalnimi navodili in postopnimi koraki je bolj uspešna, tudi zadovoljna, a vsakič znova, ko se sreča z novimi gibalnimi aktivnostmi, potrebuje podporo. Menimo, da bi zato potrebovala pomoč psihologa, kamor smo mamo tudi usmerili.

## ZAKLJUČEK

Luna je pričela z obravnavami delovne terapije v 7. letu starosti, pred tem je bila obravnavana le pri logopedu in specialnem pedagogu. V tem času so se že razvili določeni vedenjski vzorci, ki so posledica neuspehov, slabe samopodobe. S samo terapijo senzorne integracije smo sicer dosegli razvoj telesne sheme in planiranje motoričnih aktivnosti, a na samo vedenje nismo mogli najboljše vplivati, ker so bili vzorci vedenja premočni. To nam dokazuje, da je za boljši uspeh zelo pomembna oz. nujno potrebna zgodnja obravnava, v zgodnjem predšolskem obdobju. V praksi se s takimi primeri pogosto srečujemo, zato razmišljamo, kako bi splošno javnost seznanili z odstopanji senzorne integracije v zgodnjem obdobju, na kaj vse vpliva in kako lahko pravočasno pomagamo otroku.

## LITERATURA

- Ayres AJ (1979). *Sensory integration and the child*. 3<sup>rd</sup> ed. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres AJ (2004). *Sensory integration and praxis test – SIPT manual*. Updated Edition. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres AJ (2005). *Sensory integration and the child*. 25<sup>th</sup> anniversary edition. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres AJ, Cermak S (2011). *Ayres dyspraxia monograph*. Torrance, CA: Pediatric Therapy Network.
- Blanche E (2002). *Observations based on sensory integration*. Torrance, CA: Pediatric Therapy Network.
- Blanche EI (2006). *Clinical reasoning in action: designing intervention*. In: Schaaf RC, Smith Roley S. *Sensory integration applying clinical reasoning to practice with diverse populations*. Austin: Pro-ed, Inc., 91–106.
- Bundy AC (2002). *Assessing sensory integrative dysfunction*. In: Bundy, AC, Lane SJL, Murray EA. *Sensory integration: theory and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : F.A. Davis company, 169–98.
- Bundy AC, Murray EA (2002). *Sensory integration: A. Jean Ayres' theory revisited*. In: Bundy AC, Lane SJL, Murray EA. *Sensory integration: theory and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : F.A. Davis company, 3–34.
- Chung EY (2018). *Unveiling issues limiting participation of children with developmental coordination disorder: from early identification to insights for intervention*. *J Dev Phys Disabil* 30(3): 373–89. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9591-3>.
- Gibbs J, Appleton J, Appleton R (2007). *Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma*. *Arch Dis Child* 92(6): 534–9. doi: [10.1136/adc.2005.088054](https://doi.org/10.1136/adc.2005.088054).
- Gregory-Flock JL, Yerxa EJ (1984). *Standardization of the prone extension postural test on children ages 4 through 8*. *Am J Occup Ther* 38(3): 187–94.
- Harris NP (1981). *Duration and quality of the prone extension position in four- six- and eight-year-old normal children*. *Am J Occup Ther* 35(1): 26-30. doi: [10.5014/ajot.35.1.26](https://doi.org/10.5014/ajot.35.1.26).
- Koomar JA, Bundy AC (2002). *Creating direct intervention from theory*. In: Bundy AC, Lane SJL, Murray EA, eds. *Sensory integration: theory and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : F.A. Davis company, 261–302.
- Lopez C, Schreyer HM, Preuss N, Mast FM (2012). *Vestibular stimulation modifies the body schema*. *Neuropsychologia* 50(8): 1830–7. doi: [10.1016/j.neuropsychologia.2012.04.008](https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2012.04.008).

- Parham LD, Ecker C (2007). Sensory processing measure manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Parham LD, Smith Roley S, May-Benson TA et al. (2011). Development of a fidelity measure for research on the effectiveness of the Ayres sensory integration® intervention research. *Am J Occup Ther* 65(2), 133–42. doi: [10.5014/ajot.2011.000745](https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000745).
- Polatajko HJ, Cantin N (2006). Developmental coordination disorder (dyspraxia): An overview of the state of the art. *Semin Pediatr Neurol* 12(4): 250–8. doi: [10.1016/j.spen.2005.12.007](https://doi.org/10.1016/j.spen.2005.12.007).
- Schaaf RC, Mailloux Z (2015). A clinician's guide for implementing Ayres sensory integration: promoting participation for children with autism. Bethesda, MD: AOTA.
- Schaaf RC, Nightlinger KM (2007). Occupational therapy using a sensory integrative approach: A case study of effectiveness. *Am J Occup Ther* 61(2): 239–46. doi: [10.5014/ajot.61.2.239](https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.239).
- Schaaf RC, Smith Roley S (2006). Sensory integration: Applying clinical reasoning to practice with diverse populations. Austin: Pro-ed, Inc.
- Schaaf RC, Dumont RL, Arbesman M, May-Benson TA (2018). Efficacy of occupational therapy using Ayres sensory integration®: A systematic review. *Am J Occup Ther* 72(1):1–10. doi: [10.5014/ajot.2018.028431](https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028431).
- Schaaf RC, Miller LJ (2005). Novel therapies for developmental disabilities occupational therapy using a sensory integrative approach. *Mental Retardation and Developmental Disabilities* 11(2), 143–8.
- Spitzer S, Smith Roley S (2001). Sensory integration revisited: A philosophy of practice. In: Smith Roley S, Blanche EI, Schaaf RC, eds. *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations*. Austin: Pro-ed, Inc, 3–28.
- Terčon J (2018). Odkrivanje in celostna specialnopedagoška diagnostična ocena petletnih otrok z razvojno motnjo koordinacije. Doktorska disertacija. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Dostopno tudi na: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=101161>.
- Vogrinc J (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

## **Delovno terapevtska obravnava oseb z okvaro hrbtenjače v domačem okolju**

### **Occupational therapy treatment of people with spinal cord injury in a home environment**

Janja Koradej<sup>1</sup>, dipl. del. ter., mag. Alenka Plemelj<sup>2</sup>, prof. def., dipl. del. ter.

<sup>1,2</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### **IZVLEČEK**

**Uvod:** Okvara hrbtenjače spremeni življenje in povzroča hude senzorične in motorične okvare, kar privede do omejitev v izvedbi aktivnosti. Pri osebah z okvaro hrbtenjače je ključnega pomena vključevanje delovne terapije v domače okolje, saj omogoča učinkovito učenje izvedbe vsakodnevnih aktivnosti. **Namen:** Zanimala nas je učinkovitost delovno terapevtske obravnave pri osebah z okvaro hrbtenjače v domačem okolju. **Metode dela:** Uporabili smo študijo primera. Udeleženci so bile štiri osebe z visoko okvaro hrbtenjače, v starosti od 36 do 70 let. Obravnave smo vrednotili s kanadskim testom izvedbe okupacije, analizo aktivnosti po spretnostih in vprašalnikom o zadovoljstvu z življenjem, LiSat-11. **Rezultati:** Izidi obravnave izkazujejo višjo oceno zadovoljstva in učinkovitosti izvedbe aktivnosti, zmanjšanje odstopanj pri spretnostih in višjo stopnjo zadovoljstva z življenjem pri vseh udeležencih. **Razprava in zaključek:** Delovno terapevtske obravnave pri osebah z okvaro hrbtenjače v domačem okolju so se izkazale za učinkovite. Delovno terapijo na domu bomo promovirali članom Zveze paraplegikov Slovenije.

**Ključne besede:** tetraplegija, delovna terapija, izvedba aktivnosti, domače okolje, zadovoljstvo z življenjem.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Spinal cord injury has a significant impact on life and causes severe sensory, motor impairments, which limit the performance of activities. It is vital to incorporate the occupational therapy of person with spinal cord injury into their own home environment. This approach maximizes the efficiency of learning the performance of daily activities. **Purpose:** To establish the efficiency of occupational therapy of people with spinal cord injury in a home setting. **Methods:** A case study, was used. We included four participants with high spinal cord injury, aged between 36 and 70 years. Canadian Occupational Performance Measure, activity analysis and the Life Satisfaction Questionnaire, LiSat-11, were used for evaluation occupational therapy treatment. **Results:** The outcome of occupational therapy shows a higher satisfaction and efficiency with performing activities, a reduction in skills deficits and a higher life satisfaction in all users. **Discussion, conclusion:** The occupational therapy in a home setting has been shown as effective. We will promote this approach among the members of the Slovene Paraplegic Association.

**Key words:** tetraplegia, occupational therapy, performance of activity, home environment, life satisfaction.

## IZHODIŠČA

Okvara hrbtenjače je bolezensko stanje, ki spremeni življenje in povzroča hude senzorične, motorične in druge nevrološke okvare (Mitchal et al., 2015). Zaradi poškodbe se funkcije, ki jih izvaja hrbtenjača prekinejo, to povzroča resno invalidnost. Vzroki poškodb v zadnjih letih so različni padci, sledijo prometne nesreče, poškodbe pri delu in športnih aktivnostih ter skoki v vodo (Nas et al., 2015). Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (v nadaljevanju MKF) zagotavlja celovit in splošno sprejet okvir za razvrščanje in opisovanje delovanja, invalidnosti in zdravja pri ljudeh z vsemi vrstami boleznimi, vključno s poškodbo hrbtenjače (MKF, 2006). Zmanjšana zmožnost oseb z okvaro hrbtenjače skoraj vedno povzroča oviranost pri mobilnosti (premikanje, premeščanje), skrbi zase, vrnitvi na delo, ohranitvi socialnih odnosov ter sodelovanju v pristočasnih dejavnostih (Snoek et al., 2004). Oviranost pri sodelovanju je pogosto neugodno povezana z okoljskimi dejavniki. Izpostavljeni dejavniki so: naravno zunanje okolje, prevoz, potreba po oskrbi v domačem okolju in dosegljivost zdravstvenega varstva (Whiteneck et al., 2004). Osebe z okvaro hrbtenjače trpijo zaradi psiholoških stisk, kot so depresija, tesnoba, nizka samozavest ter slaba samopodoba. Posledično te težave osebo omejujejo pri izvajanju vsakodnevnih in pristočasnih aktivnosti in sodelovanju v domačem in delovnem okolju (Murad et al., 2016). Še posebej je to značilno za osebe, ki imajo za posledico tetraplegijo (Welage, Liu, 2008). Tetraplegija se nanaša na okvaro vratnih segmentov hrbtenjače, kar ima za posledico odstopanja ali izgubo v motoričnih in/ali senzoričnih funkcijah rok, trupa, nog in medeničnih organov (Norin et al., 2017).

Cilj in želja vsake osebe z okvaro hrbtenjače in njene družine je čim bolj kakovostno ter samostojno življenje v domačem okolju (Ocepek, Pihlar, 2013). Pomembno je, da osebi z okvaro hrbtenjače v domačem okolju zagotovimo varno in funkcionalno bivanje, brez arhitektonskih ovir (Ainsworth, Jonge, 2011). Primerno izbrana arhitektonska prilagoditev in uporaba podporne tehnologije pomembno prispevata k samostojnosti. Vse prilagoditve so učinkovite, kadar upoštevajo notranje in zunanje spodbujevalce ter zaviralce delovanja (Randström et al., 2012). Obravnava v domačem okolju osebi omogoča učenje spretnosti in izvajanje dnevnih aktivnosti v njenem realnem okolju, kar prinaša učinkovitejšo izvedbo (Wolf, Baum, 2016). Vključevanje delovnega terapevta v domače okolje je dodatna prednost, saj obravnava vsa področja človekovega delovanja, vključno s fizičnimi, kognitivnimi, čustvenimi, vedenjskimi in okoljskimi ovirami (CAOT, 2016). Glavni cilj delovno terapevtske (v nadaljevanju DT) intervencije je zmanjšati disfunkcijo, hkrati pa vzdrževati in spodbujati varno, učinkovito in čim bolj samostojno vključenost v okupacije in življenjske vloge (Ainsworth, Jonge, 2011). S prilagoditvami okolja in ustreznimi pripomočki lahko bistveno vplivamo na zadovoljstvo, kvaliteto, samostojnost in varnost oseb z okvaro hrbtenjače (AOTA, 2014).

Mobilnost je pomembna pri interakciji v samoupravljanju, kakovosti življenja in samozavesti pri osebah z okvaro hrbtenjače. Ugotovljeno je bilo, da prilagoditev zgrajenega domačega okolja izboljša vsakodnevno delovanje in obnovi optimalno raven mobilnosti oseb z okvaro hrbtenjače (Hertig-Godeschalk et al., 2017). Pregledane študije navajajo pomembnost prilagoditve domačega okolja za samostojno izvajanje aktivnosti. Glavne prilagoditve, ki jih avtorji navajajo so: prilagoditve zunanjega okolja in dostopnosti, izgradnja klančine, prilagoditev kopalnice, namestitvev oprijemal in odstranjevanje nevarnosti. Dokazali so, da je bivanje v domačem okolju učinkovitejše, če osebe uporabljajo elektronske naprave in druge



pripomočke, ki omogočajo lažje izvajanje osnovnih in širših dnevnih aktivnosti (Norin et al., 2017; ICF Case Studies, 2016; Ainsworth et al., 2011; Welage, Liu, 2008). Slovenskih študij o DT obravnavi pri osebah z okvaro hrbtenjače v domačem okolju nismo zasledili.

Namen raziskave je delovno terapevtska obravnava oseb s tetraplegijo ali tetraparezo v domačem okolju. Zanimalo nas je, ali je delovna terapija v domačem okolju smiselna, ali izboljša učinkovitost, zadovoljstvo in samostojnost izvedbe vsakodnevnih aktivnosti. Ugotavljali smo ali delovno terapevtska obravnava v domačem okolju prispeva k zadovoljstvu z življenjem.

## METODE

V raziskavi je bila uporabljena študija primera. Študija primera je raziskovalna metoda, ki vključuje natančno in podrobno preučitev ter analizo primera. Je opis značilnosti in dogajanja primera ter proces odkrivanja le-teh (Starman, 2013).

**Udeleženci:** V študijo so bili vključeni štirje člani Zveze paraplegikov Slovenije. Kriteriji za vključitev v študijo so bili: diagnosticirana tetraplegija/pareza; potek obravnav v domačem okolju; starost od 36–70 let, interes in pripravljenost udeleženca na delovno terapevtsko obravnavo. V Tabeli 1 predstavljamo značilnosti udeležencev.

Tabela 1: Predstavitev udeležencev.

Udeleženec	Spol	Starost	Poklic	Delovni status	Višina poškodbe	Čas po poškodbi
J. K.	moški	70 let	Strojniki	Upokojenec	C4, C5, C6	7 let po poškodbi
L. P.	moški	40 let	Bančnik	Bolniški status	C6, C7	1,5 let po poškodbi
A. B.	moški	62 let	Delavec v proizvodnji	Upokojenec	C6	22 let po poškodbi
T. J.	moški	36 let	Gostinski tehnik	Brez zaposlitve	C3, C4	21 let po poškodbi

**Potek študije:** Predsednik regionalnega društva je prek pisne vloge, v kateri je bil opredeljen namen študije, povabil člane k sodelovanju. Člani, ki so se povabilu odzvali, so bili povabljeni na uvodno srečanje z izvajalko študije. Na srečanju so bili seznanjeni o poteku, namenu in etičnih načelih študije. Celotna študija je potekala od oktobra 2018 do marca 2019 in je vključevala 10–12 delovno terapevtskih obravnav po 60 min v domačem okolju. Obravnave so bile načrtovane po AOTA okvirju. Pristopi, ki se uporabljajo po AOTA okvirju so: kreiranje; promocija; vzpostavljanje; vzdrževanje; preprečevanje (preventiva) in modifikacija (prilagoditev) (AOTA, 2014). Pristopi se v praksi kombinirajo med seboj (Smallfield, 2017).

**Ocenjevalni instrumenti:** Ocenjevalne instrumente smo izbrali in v naši študiji uporabili po pregledu objavljenih tujih študij DT obravnave oseb s tetraplegijo/tetraparezo (Bear-Lehman, Steven, 2018; Tasiemski et al., 2013; Dan et al., 2012; Guedetti, 2008; Post, Noreau, 2005; Fugl – Meyer et al., 2002; Chen et al., 2002). V tuji literaturi smo največkrat zasledili uporabo kanadskega ocenjevanja izvedbe okupacije (v nadaljevanju COPM) (Law et al., 2005), Assessment Motor and Proces Skills (Fisher, 1994) in vprašalnika o zadovoljstvu z življenjem, LiSat-11 (Fugl – Meyer, 1991). Namesto AMPS-a smo izbrali analizo aktivnosti.

**Etični vidik:** Vsi udeleženci so podpisali izjavo o informiranem soglasju. Izvajalka je podpisala izjavo o zaupnosti podatkov in uporabo podatkov za namen diplomskega dela.

Udeleženci so bili seznanjeni o tem, da lahko sodelovanje kadarkoli prekinejo. Študija primera je temeljila na načelih Kodeksa etike delovnih terapevtov, zasebnosti in zaupnosti (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 2017). Protokol raziskave je odobrila komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije (št. 0120-183/2019/12).

## REZULTATI

Pri obravnavah smo uporabili naslednje pristope: vzdrževanje, modifikacija in preprečevanje (preventiva). V nadaljevanju podrobno predstavljamo eno izmed štirih DT obravnava v domačem okolju.

### Prikaz študije primera udeleženca L. P.

#### Vrednotenje

Udeleženec L. P. je star 40 let. Leta 2017 se je ponesrečil s kolesom, in sicer je padel na glavo, pri tem pa si je poškodoval vratno hrbtenico (6. in 7. vretenca). Ob prihodu in sprejemu v rehabilitacijski center so mu diagnosticirali atipično tetraplegijo. Oslabljena je mišična moč, fina motorika v obeh rokah. Udeleženec aktivno izvaja fleksijo in ekstenzijo v komolčnem sklepu. Prste na obeh rokah ima v pol fleksiji, funkcija ekstenzije prstov je delna. Njegova dominantna roka je desna. Mobilen je z ročnim invalidskim vozičkom, tudi po stanovanju (v pritličju). Živi v vrstni hiši z družino. Po nesreči so v pritličju hiše adaptirali kopalnico in sobo, kjer ima posteljo in ostale pripomočke. Vhod v hišo je urejen (klančina). Obraz in zobe si umije samostojno. Pomoč potrebuje pri transferju iz vozička v tuš kabino, pri striženju nohtov na rokah. Pri oblačenju ima težave z vsemi kosi oblačil, zapenjanju gumbov, obujanju in zavezovanju vezalk. Samostojno, brez prilagojene žlice, poje obrok. Težave ima pri razrezu mesa in zelenjave, pri odpiranju predalov v kuhinji in pobiranju predmetov iz tal. Pri uporabi računalnika ima premalo moči in nepopolno ekstenzijo v prstih, zaradi česar je izvajanje aktivnosti neučinkovito. Pri transferju iz vozička na posteljo in obratno potrebuje asistenco. Doma ima tudi stojko, ki jo skupaj s fizioterapevtko uporabljata za vertikalizacijo telesa. V prostem času se je veliko ukvarjal s športom. Trenutno pa se ukvarja s prilagojenim kolesarjenjem. Ima veliko podporno socialno mrežo iz strani družine, prijateljev in znancev.

Udeleženec L. P. je v testu COPM izpostavil naslednje prioritete probleme: uporaba računalnika, dvig lista od podlage, dvigovanje uteži in odpiranje kuhinjskih predalov.

Analizi aktivnosti uporabo računalnika in dvig lista od podlage smo opravili 4.10.2018 in 11.10.2018. Osredotočili smo se na motorične spretnosti. Spretnosti, pri katerih je prišlo do odstopanja pri izvedbi obeh aktivnostih so:

- srednja težava: giblje tekoče, pomika, ohranja ritem in
- resna težava: sega, koordinira, manipulira, uravnava, dviga, prijema.

V vprašalniku o zadovoljstvu z življenjem, LiSat-11 je udeleženec v prvem ocenjevanju dosegel 43 točk od možnih 66. Razlike prvega in drugega ocenjevanja so predstavljene v izidih, v Tabeli 3.

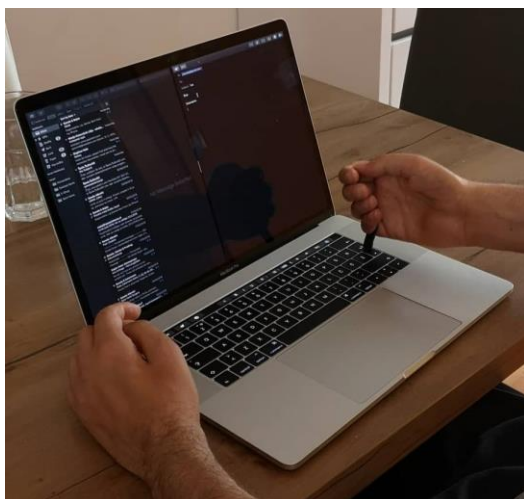
#### DT obravnava

Skupaj z udeležencem smo se osredotočali na izdelavo in učenje uporabe novih pripomočkov, ki bi olajšali izvedbo ožjih in širših aktivnosti. Postavljeni so bili sledeči cilji za čas 3 mesecev:

- Osvojil bo prilagojen pripomoček za tipkanje po tipkovnici in samostojno napisal poljubno besedilo v e-pošto.
- Dvignil bo list od podlage s prilagojenim pripomočkom brez asistencije terapevta.
- Samostojno bo uporabljal prilagojene uteži.

Pripravljalne aktivnosti smo usmerili na vzdrževanje mišične moči, funkcije zgornjih okončin in gibljivosti sklepov. Za pripravljalo aktivnost dvig lista od podlage smo s pinceto dvigovali različno težke predmete.

Za tipkanje po tipkovnici smo naredili prilagojen pripomoček. Iz posnetka izvedbe smo ugotovili, da je udarec tipke možen s fleksijo komolca, če na mezinec namestimo ustrezen pripomoček. S 3D tehniko in posebno aparaturo smo naredili poskusni model in ga preizkusili. V nadaljevanju smo na pripomoček namestili posebno konico iz gume, ki omogoča usmerjanje gibanja in lažji kontakt tipkovnice ter uporabo miške, ki se nahaja pod tipkovnico. Konica pripomočka je primerna za uporabo različnih, na dotik občutljivih, zaslonov: pametnega telefona, tablice itd. Za dvig lista od podlage smo naredili prilagojen naprstnik, ki ima na koncu lepljivi del in omogoča samostojni dvig lista od podlage. Opisana pripomočka in način uporabe prikazujeta Sliki 1 in 2.



Slika 1: Pripomoček za prilagojeno tipkanje.



Slika 2: Prilagojen pripomoček za dvig lista.

V času DT obravnave na domu smo poleg opisanega prilagodili uteži in omogočili samostojno uporabo, izdelali položajsko opornico za roko za vzdrževanje prstov v ekstenziji; prilagodili pripomoček za lažje odpiranje predalov v stanovanju.

### **Izid**

Udeleženec je v začetnem ocenjevanju s testom COPM ocenil izvedbo izbranih aktivnosti s povprečno oceno 4 od 10, ter zadovoljstvo z izvedbo s povprečno oceno 4,5 od 10. Končno ocenjevanje s COPM izkazuje povprečno razliko v učinkovitosti izvedbe za 3,5 in v zadovoljstvu z izvedbo aktivnosti za 3,25. Rezultate začetnega in končnega ocenjevanja prikazuje Tabela 2.

Tabela 2: Rezultati ocenjevanja s COPM pri udeležencu L. P..

Problem izvajanja okupacije	Začetno ocenjevanje			Končno ocenjevanje		
	Datum	Izvedba	Zadovoljstvo	Datum	Izvedba	Zadovoljstvo
Dvigovanje uteži	4.10.18	5	5	17.1.19	7	6
Uporaba računalnika	4.10.18	4	5	17.1.19	9	9
Dvig lista od podlage	11.12.18	4	3	17.1.19	8	9
Odpiranje predalov (kuhinjskih)	4.10.18	3	5	17.1.19	6	7
Povprečje		4	4,5		7,5	7,75
<b>Razlika</b>					<b>3,5</b>	<b>3,25</b>

Pri končnem ocenjevanju z analizo aktivnosti uporaba računalnika in dvig lista od podlage (izvedeno 17.1.2019) je izkazano izboljšanje pri sledečih spretnosti: ohranja ritem in pomika (iz ocene 2 na oceno 1) ter sega; koordinira; manipulira; dviga; uravnava in prijema (iz ocene 3 na oceno 2).

Pri končnem izpolnjevanju vprašalnika LiSat-11 je izkazano višje zadovoljstvo pri postavkah: življenje kot celota, poklicni položaj, prosti čas, zmožnost izvajanja skrbi zase. Rezultate prikazuje Tabela 3, postavke z višjo oceno v končnem ocenjevanju so zadebeljene.

Tabela 3: Rezultati ocenjevanja LiSat -11 pri L. P..

POSTAVKE	Začetno ocenjevanje	Končno ocenjevanje
	Datum: 9.10.2018	Datum: 18.1.2019
Življenje kot celota	3/6	<b>4/6</b>
Poklicni položaj	1/6	<b>2/6</b>
Finančna situacija	4/6	4/6
Prosti čas	5/6	<b>6/6</b>
Druženje s prijatelji in znanci	6/6	6/6
Spolno življenje	1/6	1/6
Zmožnost izvajanja skrbi zase (oblačenje, osebna higiena, transfer...)	3/6	<b>4/6</b>
Družinsko življenje	5/6	5/6
Partnerski odnos	6/6	6/6
Fizično zdravje	3/6	3/6
Duševno zdravje	6/6	6/6
<b>CELOTNA OCENA</b>	<b>43/66</b>	<b>47/66</b>

Legenda: 1 = zelo nezadovoljen, 2 = nezadovoljen, 3 = delno nezadovoljen, 4 = delno zadovoljen, 5 = zadovoljen, 6 = zelo zadovoljen

Celotna ocena življenjskega zadovoljstva se je iz 43 točk zvišala na 47 od možnih 66. Višji seštevek kaže na večjo stopnjo zadovoljstva z življenjem po DT obravnavah v domačem okolju. Vsi cilji, ki so bili postavljeni na začetku obravnave, so bili doseženi.

V nadaljevanju so predstavljeni izidi DT obravnav vseh udeležencev. Pri analizi aktivnosti se je pri vseh udeležencih zmanjšala ocena odstopanja pri spretnostih, najbolj pri spretnostih uravnava, pomika, dviga, giblje tekoče.

COPM izkazuje razliko v oceni učinkovitosti in zadovoljstva z izvedbo aktivnosti pri vseh udeležencih. Ocena učinkovitosti izvedbe je v končnem ocenjevanju od začetne v povprečju

višja za 3,45 (najmanj za 2,5, največ za 4,6), ocena zadovoljstva z izvedbo pa je povprečno višja za 3,43 (najmanj za 2,5 in največ za 4,6).

Celotna ocena zadovoljstva z življenjem v vprašalniku LiSat-11 se je pri vseh udeležencih od začetnega do končnega ocenjevanja povišala; najmanj za 3 in največ za 6 točk (v povprečju za 4,2 točke).

## RAZPRAVA

Delovno terapevtske obravnave v predstavljeni študiji so se izkazale za učinkovite. To izkazujejo rezultati ocenjevalnih instrumentov. COPM izkazuje višjo oceno učinkovitosti in zadovoljstva z izvedbo aktivnosti. Law in sodelavci (2005) so poročali, da razlika večja od dveh točk predstavlja klinično pomemben napredek. V naši študiji presegamo razliko dveh točk, zato rezultati predstavljajo klinično pomemben napredek. Donnelly in sodelavci (2004) so ugotovili, da so najpogostejši cilji oseb s poškodbo hrbtenjače opredeljeni na področju samooskrbe, sledita produktivnost in prosti čas. Razlika med začetnim in končnim ocenjevanjem COPM-a v zadovoljstvu in izvedbi aktivnosti je v omenjeni študiji znašala 4,6 točke.

Udeleženci naše študije so na pričetku DT obravnave zadovoljstvo z življenjem na postavkah življenje kot celota, zmožnost izvajanja skrbi zase in spolno življenje ocenili z nizko stopnjo zadovoljstva. Ocena celotnega zadovoljstva z življenjem se je po treh mesecih DT obravnave zvišala na naslednjih postavkah: življenje kot celota; situacija z vidika prostega časa in zmožnost izvajanja skrbi zase pri vseh udeležencih. Tasiemski in sodelavci (2013) so v študiji ocenjevali zadovoljstvo z življenjem pri osebah s tetraplegijo, v štirih državah: na Švedskem, Nizozemskem, Kitajskem in v Angliji. Na področju skrbi zase je bila ocena zadovoljstva višja na Švedskem, Nizozemskem in v Angliji, kot v naši študiji, na Kitajskem je bila ocena nižja. Nižje ocene so udeleženci naše študije podali na postavki finančna situacija in na spolnem področju. Na postavkah poklicna situacija, partnerski odnos, družinsko življenje in druženje s prijatelji so rezultati naše študije v primerjavi z omenjeno študijo podobni.

Domače bivalno okolje naših udeležencev je bilo že prilagojeno, pri tem delovni terapevt ni sodeloval. V DT obravnava smo izvajali edukacijo, namestitev in trening izvedbe aktivnosti s pripomočkom, izvedli manjše prilagoditve okolja in dosegli samostojno izvedbo aktivnosti. Vse pripomočke smo naredili sami, s pomočjo informacij na YouTubu in drugih spletnih straneh (Active Hands, Pinterest, Soča oprema, Simps's). Prilagojeni so bili vsakemu udeležencu posebej. Pri izdelavi pripomočkov smo upoštevali sledeče kriterije: individualnost, kreativnost, preprostost, enostavna uporaba, cenovna dostopnost in higienska ustreznost.

Udeleženci so izkazali največje zanimanje za pripomoček, ki omogoča učinkovitejšo in samostojno uporabo računalnika in pametnega telefona. Pripomoček je bil oblikovan na osnovi analize aktivnosti in predstavljen dvema udeležencema. Po edukaciji pripomočka sta bila udeleženca vidno navdušena, s treningom izvedbe aktivnosti sta postala samostojna in učinkovitejša pri uporabi računalnika in pisanja SMS sporočil na pametnem telefonu.

Udeleženec L. P. je po prejetju pripomočka izjavil: *»Ko mi je študentka na začetku predstavila idejo, sem bil takoj zainteresiran, da bi pripomoček dobil. Pripomoček omogoča hitrejša tipkanje z manj napakami. Ker se nekoč želim vrniti na delovno mesto, mi bo ta pripomoček zelo koristil in olajšal delo»*. Tudi udeleženec A. B. je pokazal veliko zadovoljstvo: *»Zelo sem vesel, da lahko s pomočjo pripomočka lažje upravljam telefon in pišem SMS sporočila, ki jih prej nisem mogel»*. Po poizvedovanju pri različnih slovenskih posrednikih medicinsko – tehničnih pripomočkov v Sloveniji in regionalnih društvih podobnega pripomočka nismo našli. Pripomoček predstavlja inovativnost. V projektu Aktivno

in kvalitetno staranje v domačem okolju, v katerega so bile vključene tudi osebe s poškodbo hrbtenjače, sta Boh in Pavlin (2016) opisovala, da so delovni terapevti velik poudarek namenili edukaciji in treningu uporabe pripomočkov. Polovici sodelujočim v projektu so izdelali pripomočke za izvajanje aktivnosti na področju skrbi zase.

DT obravnava v domačem okolju se je izkazala kot prednost. Pri udeležencu J. K., ki je imel težave s premeščanjem predmetov iz kuhinje na jedilno mizo, smo lahko izmerili pot, ki jo mora izvesti z vozičkom. Zaradi daljše poti do mize smo mu aplicirali pladenj, varen in ustrezen za prenašanje. Pri istem udeležencu smo pri rezanju s kuhinjskim nožem upoštevali ergonomijo okolja. Zagotovili smo ustrezen položaj in primerno delovno površino ustrezne višine. Vse predmete je imel na dosegu rok. Udeleženca smo vključili v izvajanje aktivnosti nakupovanja in socialne interakcije. Naučili smo ga uporabe mestnega avtobusa. Pri udeležencu T. J. smo lahko zaradi izvajanja obravnav v domačem okolju lažje aplicirali stojalo za slikanje z usti. DT obravnave se izkazujejo smiselne in učinkovite tudi več let po poškodbi. Plemelj (2018) v študiji navaja, da osebe po poškodbi hrbtenjače spremenijo način življenja, prilagodijo pristočasne aktivnosti in izražajo visoko stopnjo zadovoljstva ali celo višjo kvaliteto življenja po poškodbi kot v času pred poškodbo.

Ključna je podpora družinskih članov. Trije udeleženci so izjavili, da sta se povezanost in razumevanje med družinskimi člani po poškodbi hrbtenjače povečala. Udeleženec J. K. živi sam (nima lastne družine, starši so pokojni, edina družinska podpora mu je brat). Ima majhno socialno mrežo. V veliko podporo mu je lokalno društvo paraplegikov, ki mu omogoča socialno vključenost. Tanner in sodelavci (2008) navajajo, da so osebe po prilagoditvi domačega okolja izboljšale odnos do svojih zakoncev. Podporno družinsko okolje in prijatelji so pomembni dejavniki rehabilitacije oseb s poškodbo hrbtenjače ob prilagajanju novim razmeram (Franca et al., 2011). Plemelj (2017) ugotavlja, da se družinski člani in prijatelji izkazujejo kot najpomembnejša podpora za izvajanje pristočasnih aktivnosti. V presečni študiji Trierveiler in sodelavci (2015) raziskujejo prilagodljivost in družinsko sodelovanje z osebami po poškodbi hrbtenjače. Rezultati so pokazali, da v 61,4% večina družin dobro sodeluje med seboj kljub težavam zaradi poškodbe hrbtenjače.

Kriteriji za vključenost v študijo (udeleženec s tetraparezo ali tetraplegijo, interes za vključitev v raziskavo), predvsem pa DT obravnava v domačem okolju, so bili razlog, da je število let po poškodbi razmeroma visoko. Pred kreiranjem študije tako visokega števila let po poškodbi nismo pričakovali. V nadaljnjih raziskavah bi bilo med kriterije smiselno dodati število let po poškodbi. Kljub temu izvedena študija dokazuje, da je DT obravnava v domačem okolju učinkovita tudi po daljšem času od poškodbe. V študijah Norin et al. (2016); Labbe et al. (2015); Amatachaya et al. (2011); Guidetti in Than (2002) je bilo število oseb višje, DT obravnave so trajale 6 mesecev. Pričetek DT obravnav v tujih študijah je povprečno 6 mesecev po poškodbi hrbtenjače. Krajši čas izvajanja delovno terapevtskih obravnav v naši študiji je prispeval k osredotočenosti na manjše število prioriternih (težav) aktivnosti. Poudarek obravnav je bil na izdelavi in uporabi pripomočkov. Zato ugotovitve študije ne moremo posploševati.

## ZAKLJUČEK

DT obravnava v domačem okolju uporabniku omogoča učinkovito, samostojno in varno izvedbo pomembnih aktivnosti. To se odraža v splošnem zadovoljstvu z življenjem. Individualno izdelani pripomočki in treningi izvedbe upoštevajo dejavnike okolja. Vsi načrtovani DT cilji v obravnavah udeležencev so bili doseženi. V Sloveniji imamo zagotovljeno DT obravnavo v institucijah. To za kakovost življenja še zdaleč ni dovolj. Potrebno je vključevanje delovnega terapevta v skupnostno obravnavo, kar potrjuje tudi

navedena literatura. Ugotovitve naše študije lahko prenesemo za načrtovanje DT obravnav v domače okolje uporabnika v slovenski prostor. Članom Zveze paraplegikov Slovenije bomo promovirali na dokazih temelječo DT prakso. Učinkovitost DT obravnave na domu, tudi po dolgem času od poškodbe, odpira resen razmislek o vključitvi ponudbe DT storitev njihovim članom in zaposlitev delovnega terapevta. Raziskava prinaša uporabno vrednost za načrtovanje DT storitev v Zakonu o dolgotrajni oskrbi in potrjuje smiselnost zaposlovanja delovnega terapevta.

## LITERATURA

- Ainsworth E, Jonge D (2011). The Home Modification Process. In: Ainsworth E, Jonge D, eds. An occupational therapist's guide to home modification practice, 87–112.
- Amatachaya S, Wannapakhe J, Arrayawichanon P, Siritarathiwat W, Wattanapun P (2011). Functional abilities, incidences of complications and falls of patients with spinal cord injury 6 months after discharge. *Spinal Cord* 49(4): 52–4.
- AOTA – American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. 3rd ed. *Am J Occup Ther* 68 (Suppl.1): 1–48.
- Bear-Lehman J, Steven MA (2018). Occupational performance and subclinical disability in community-dwelling older adults. *Ann Int Occup Ther* 1(2): 61–72.
- Boh P, Pavlin Zakovšek S (2016). Delovna terapija v projektu A-Qu-A. V: Batič L, Pišot R, Tomšič M, Sedmak M, Hrovatin J, Maraž D, Preglau M, eds. Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju. Ljubljana: Solos: 62–77.
- CAOT – Canadian Association of Occupational Therapists (2016). CAOT Position statement: Occupational therapy and home and community care.
- Chen YH, Rodger S, Polatajko H (2002). Experience with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup Ther Int* 9(3): 167–84.
- Don M, Boca IC (2012). The role of occupational therapy within the complex functional rehabilitation program of the paraplegic patient. *Medicina Sportiva* 8(3): 1890–6.
- Donnelly C, Eng JJ, Hall J, Alford L, Giachino R, Norton K, Kerr DS (2004). Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury. *Spinal Cord* 42(5): 302–7.
- Fisher AG (1994). Assessment Motor and Process Skills. Unpublished manual. Department of Occupational Therapy: Colorado State University.
- Franca IS, Coura AS, Franca EG, Basilio NN, Souto RQ (2011). Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQoL-bref. *Rev Esc Enferm USP* 45(6): 1364–71.
- Fugl-Meyer AR, Branholm IB, Fugl-Meyer KS (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med* 34(5): 239–46.
- Fugl-Meyer A, Bränholm IB, Fugl-Meyer K (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clin Rehabil* 5(1): 25–33.
- Guidetti S (2008). Recapturing self-care after stroke or spinal cord injury. Karolinska Institutet: Division of Occupational Therapy: 1–71.
- Guidetti S, Tham K (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. *Occup Ther Inter* 9(4): 257–76.
- Hertig-Godeschalk A, Gemperli A, Arnet U, Hinrichs T (2017). Availability and need of home adaptations for personal mobility among individuals with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 41(1): 91–101.

- ICF Case Studies (2016). SCI and environmental accessibility. Swiss Paraplegic Research 2th ed.: 2–39.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N (2005). The Canadian occupational performance measure. 4<sup>th</sup> ed. Toronto: Canadian association of occupational therapists.
- Labbé D, Jutras S, Jutras D (2015): Housing priorities of persons with a spinal cord injury and their household members. *Disabil Rehabil* 38(17): 1716–29.
- Michal S, Atkins MA, Bashar JC (2015). Occupational therapy and the care of individuals with spinal cord injury. The American Occupational Therapy Association: Fact Sheet.
- MKF–Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (2006). Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
- Murad MS, Idris SNH, Kannan C, Danis A (2016). Impact of occupationally based intervention program in relation to quality of life of spinal injury people. *Procedia Soc Behav Sci* 222: 442–9.
- Nas K, Yazmalar L, Sah V, Aydin A, Ones K (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *Word J Orthop* 6(1): 8–16.
- Norin L, Slaug B, Haak M, Jorgensen S, Lexell J, Iwarsson S (2017). Housing accessibility and its associations with participation among older adults living with long-standing spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 40(2): 230–40.
- Ocepek J, Pihlar Z (2013). Ocenjevanje okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. *Rehabilitacija* 12 (Suppl. 1): 45–51.
- Plemelj A (2017). Pomen prostega časa pri osebah z zmanjšano zmožnostjo. *JHS* 4(1): 46–56.
- Plemelj A (2018). Kvalitetneje po poškodbi. *Izziv DPLJ* 18(31): 44.
- Post M, Noreau L (2005). Quality of life after spinal cord injury. *J Neurol Phys Ther* 29(3): 139–46.
- Randström KB, Asplund K, Svedlund M (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation – A qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. *Disabil Rehabil* 34(9): 779–87.
- Smallfield S (2017). Dementia and the role of occupational therapy. The American Occupational Therapy Association: Factsheet.
- Snoek GJ, Jzerman MJ, Hermens HJ, Maxwell D, Biering- Sorensen F (2004). Survey of the needs of patients with spinal cord injury: impact and priority for improvement in hand function in tetraplegics. *Spinal Cord* 42 (9): 526–32.
- Starman AB (2013). Študija primera kot vrsta kvalitativne raziskave. *Sodobna pedagogika* 64(1): 66–81.
- Tanner B, Tilse C, Jonge D (2008). Restoring and sustaining home: The impact of home modifications on the meaning of home for older people. *J Hous Elderly* 22(3): 195–215.
- Tasiemski TT, Priebe MM, Wilski M (2013). Life satisfaction and life values in people with spinal cord injury living in three Asian countries: A multicultural study. *J Spinal Cord Med* 36(2): 119–26.
- Trierveiler KS, Ramos FRS, Schoeller SD, Nogueira GC, Martins MMFPS, Schneider DG (2015). Family functioning of people with spinal cord injury. *Texto Contexto Enferm: Florianópolis* 24(4): 993–1002.
- Welage N, Liu PYK (2008). Review of a home and community integration programme for people with spinal cord injuries in Hong Kong and its relevance to Sri Lanka. *Hong Kong J Occup Ther* 18(1): 34–9.



- Whiteneck GG, Meade MA, Dijkers M, Tate DG, Bushnik T, Forchheimer MB (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 85(11): 1793–803.
- Wolf TJ, Baum CM (2016). Improving participation and quality of life through occupation. V: Gillen G (2016). *Stroke rehabilitation: a functional based approach*. 4th ed. St. Louis. Elsevier: 46–58.
- Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2017). Dostopno na: <http://www.zdts.si/index.php/dokument/download/8-splosni-dokumenti/13-kodeks-etike-delovnih-terapevtov-slovenije> <30.5.2019>

## Koncept okupacija v delovni terapiji

### The concept of occupation in Occupational therapy

mag. Cecilija Lebar<sup>1</sup>, dipl. del. ter., univ. dipl.org.

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

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Okupacija je osnovni koncept v delovni terapiji, saj predstavlja osnovni terapevtski medij in cilj delovno terapevtske obravnave. Ker je glede tega koncepta v stroki še precej nejasnosti, je namen tega prispevka, koncept podrobneje proučiti in prikazati njegov pomen za bodoči razvoj stroke. **Metode:** Izveden je bil pregled literature, za vključitev vira so bili uporabljeni kriteriji: predstavitev proučevanja koncepta okupacije v teoriji in praksi, objava v slovenskem in/ali angleškem jeziku, objava v znanstveni reviji in magistrska ali doktorska naloga, zunanja strokovna recenzija, objava v obdobju 2000 do 2019. **Rezultati:** V pregled literature je bilo vključenih 10 znanstvenih in strokovnih virov. Iz kvalitativne analize vsebine virov je izšlo šest tem: osnovne značilnosti koncepta okupacija, vrednost/smisel v okupaciji, okupacija skozi zgodovino, uporaba okupacije v praksi, pomen terminologije ter potrebni koraki v prihodnosti. **Razprava in zaključek:** Okupacija je koncept, ki delovni terapiji daje identiteto, zato je pomembno, da se le-tega raziskuje, išče načine za čim boljše razumevanje in prenos v prakso. Jasno razumevanje in sprejemanje koncepta okupacije bo delovnim terapevtom prinesla večjo profesionalizacijo in odprlo možnosti za nova področja delovanja v prihodnosti.

**Ključne besede:** značilnosti okupacije, smisel okupacije, razvoj stroke, terminologija.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Occupation is a basic concept in occupational therapy, representing both the primary therapeutic medium and the goal of occupational therapy treatment. There is a certain ambiguity surrounding the concept to date. Therefore, the purpose of this paper is to examine the concept of occupation in more detail and show its importance for the future development of the discipline of occupational therapy. **Methods:** A literature review was conducted. To be included, the following criteria had to be met: a presentation of the exploration of the concept of occupation in theory and/or practice; written in Slovenian and/or English language; published in a scientific journal or a master's thesis or a doctoral dissertation; peer-reviewed; published between 2000 and 2019. **Results:** Ten sources were included in the literature review. The following six themes emerged from the qualitative thematic analysis: the basic characteristics of the concept of occupation; the value/meaning of occupation; occupation through history; the use of occupation in practice; the importance of terminology; steps required for the future. **Discussion and conclusion:** Occupation is a concept that provides identity to occupational therapy. Therefore, it is essential to study it, increase the understanding of it, and look for better ways to implement it in practice. A clear

understanding of the concept will improve the professionalization of occupational therapists and open new possibilities for future practice.

**Keywords:** characteristics of occupation, the purpose of occupation, professional development, terminology.

## IZHODIŠČA

Okupacija je koncept, ki je za delovno terapijo (v nadaljevanju DT) zelo pomemben, saj je osnovni terapevtski medij in cilj delovno terapevtske obravnave. Angleška različica poimenovanja DT ta pojem nosi že v samem imenu »occupational therapy«. V DT literaturi zasledimo kar nekaj definicij koncepta okupacije, v 80ih letih prejšnjega stoletja je nastala celo »znanost o okupaciji«, ki ta koncept proučuje. Za razumevanje pomena okupacije za DT kot stroko je dobro pogledati v zgodovino. Kielhofner (2009) razvoj stroke prikaže skozi tri paradigmatna obdobja, ki prikažejo najpomembnejše vrednote in prepričanja DT določenega obdobja, in sicer: začetna – okupacijska paradigma, mehanistična paradigma in sodobna – okupacijska paradigma.

Prva paradigma se nanaša na začetke delovne terapije (nekje med 1917 do 2. sv. vojne), ko so poudarjali posameznikovo vključevanje v okupacije (Kielhofner, 2009; Duncan, 2012). Že Meyer (1922, cit po Kielhofner, 2009) je govoril o človeku kot okupacijskem bitju, ki oblikuje svoj razum in telo preko vključevanja v okupacije. Začetniki DT so že govorili o povezavi med zdravjem in tem kar človek počne v vsakdanjem življenju.

Tekom druge svetovne vojne in po njej se je pojavila potreba po fizični in psihični rehabilitaciji vojnih invalidov, v katero so bili močno vključeni tudi delovni terapevti (v nadaljevanju Dth). V tem obdobju so v medicini in zdravstvu nastali pritiski po dokazih za to kar se v obravnavi počne. Ker Dth niso imeli lastnih raziskav, so se poglobljali in izposojali znanje iz medicine, psihologije ipd., kar je botrovalo v specializacijah in mehanističnem gledanju na človeka (Kielhofner, 2009; Duncan, 2012).

V 80tih letih prejšnjega stoletja pa so takrat vodilni nosilci stroke, kot so Reilly, Robinson, Shanon idr. začeli obupati najpomembnejše koncepte iz začetne paradigme, saj so ugotavljali, da je DT v redukcionističnem obdobju izgubila svojo identiteto. Okupacija je ponovno postajala osrednji koncept delovne terapije. V tem času je nastala Znanost o okupaciji (1989) in prvi na okupaciji temelječi konceptualni modeli (Kielhofner, 2009; Duncan 2012).

V Sloveniji Dth izobražujemo od leta 1964 (Tomšič, 2014). Sam razvoj stroke nekoliko zaostaja za Ameriko in zahodno Evropo, kjer je DT nastala in je raziskovanje najintenzivnejše. V študijskem programu Delovna terapija iz leta 1995, pa se je tudi v Sloveniji koncept okupacije začelo postopoma integrirati v vse DT predmete. Pomemben mejnik za ponovi prehod na osredotočenost v okupacijo pa predstavlja leto 2001, ko so se začela izobraževanja za DT ocenjevalne instrumente kot so: Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti (Assessment of Motor and Process Skills - AMPS) ter Kanadski test izvajanja okupacije/dejavnosti (Canadian Occupational Performance Measure - COPM) (Švajger et al., 2016).

Žal v Sloveniji ni objavljenih raziskav in razprav o osnovnih konceptih v DT. Trenutno v okviru Zbornice DT Slovenije, deluje skupina, ki dela na uskladitvi DT terminologije. Namen tega prispevka pa je koncept okupacije podrobneje proučiti in prikazati njegov pomen za bodoči razvoj stroke.

## METODE

Sistematični pregled literature temelji na analizi virov, ki so obravnavali opredelitev in uporabo koncepta okupacije v delovni terapiji. Cronin in sodelavci (2008) za pregled literature predlagajo pristop, ki vključuje oblikovanje raziskovalnega vprašanja, določanje meril za vključitvene in izključitvene kriterije izbora primerne literature, oceno kakovosti vključene literature, analizo, sintezo in diseminacijo ključnih ugotovitev. Pregled literature je usmerjalo raziskovalno vprašanje »Kako je v delovno terapevtski literaturi opredeljen koncept okupacija in kako se ga uporablja v praksi? Za vključitev vira v pregled so bili uporabljeni naslednji kriteriji: predstavitev proučevanja koncepta okupacije v DT teoriji in praksi, objava v slovenskem in/ali angleškem jeziku, objava v znanstveni reviji in magistrska ali doktorska naloga, zunanja strokovna recenzija. Zaradi narave teme in količine objav smo iskanje omejili na obdobje od leta 2000 do danes. Iskanje literature je potekalo maja 2019, in sicer z uporabo slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI in Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani, ki omogoča dostop do podatkovnih baz kot so: Sage, EBSCOhost, Taylor & Francis, Oxford University Press, Web of Science, Scopus idr. V slovenščini uporabljene ključne besede, povezane z Boolovim operatorjem (AND) so bile: okupacij\* ALI dejavnost\*, "delovna terap\*", terminologija. V angleščini pa: occupation\*, "occupational therap\*", terminology\*. V Tabeli 1 so prikazani vključitveni in izključitveni kriteriji.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji.

<i><b>Kriterij</b></i>	<i><b>Vključitev</b></i>	<i><b>Izključitev</b></i>
osrednji koncept	okupacija	drugi koncepti
profesija	delovna terapija	druge profesije
vrsta publikacije	objavljeni članki (strokovni, znanstveni), mag. naloge, disertacije	neobjavljeni materiali, diplomska dela 1. stopnje
jezik	slovenski, angleški	drugi jeziki
dostop	celotna besedila	kratka poročila, povzetki

Z uporabo iskalnih pojmov in njihovim povezovanjem z Bolovim operatorjem »AND« smo dobili širši nabor pomembnih virov, ki so prosto dostopni v celih besedilih. Izbor člankov je temeljil na vsebinski ustreznosti, znanstvenosti/strokovnosti, aktualnosti in dostopnosti. Najdeni relevantni viri (glej Tabelo 2), so pregledani, njihova vsebina pa kvalitativno analizirana. Rezultati analize in sinteza pregleda so predstavljeni v Tabeli 3.

## REZULTATI

Najdeno je bilo 164 člankov, vsi članki so v angleškem jeziku. Po pregledu naslovov, povzetkov in vrste člankov je ostalo 34 člankov. Po pregledu ustreznosti člankov glede kriterijev in po temeljitom prebiranju pa 10 člankov, ki so vključeni v končni pregled. Pregled literature je ponudil štiri kvalitativne raziskave, dva pregledna znanstvena članka in štiri strokovne članke, kar je za namene tega pregleda ustrezno. Avtorji strokovnih člankov (Fisher, 2014; Howarth et al., 2018; Moll et al., 2013; Pierce, 2001) so svetovno znani raziskovalci in eksperti na področju Znanosti o okupaciji in DT.

V Tabeli 2 je predstavljen seznam virov, vključenih v kvalitativno analizo vsebine.

Tabela 2. Seznam virov, vključenih v analizo.

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija/vrsta članka</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Benson (2010)	Kvalitativna raziskava; študije primerov + utemeljena torija	Raziskati vlogo okupacije v DT praksi na področju izobraževanja.	16 Dth zaposlenih v šolah	Okupacija ima močan vpliv na vsakodnevni delovni proces. Dth ne uporabljajo konkretnih na okupacijo usmerjenih konceptualnih modelov, zvajajo pa ocenjevanje otrokovih okupacijskih potreb, kot njihove spretnosti. Tudi cilji so usmerjeni v okupacije in spretnosti izvedbe, kljub temu je še prisotna nekonsistentnost pri uporabi terminologije.
Magalhaes, Galheigo (2010)	Kvalitativna raziskava; fokusne skupine, Delphi metoda	Raziskati uporabo DT terminologije med Brazilskimi Dth.	31 Dth	Pojem aktivnost se uporablja pogosteje kot okupacija, ni prišlo do dogovora glede uporabe pojmov.
Fisher (2014)	Strokovni članek	Prikazati – kako dosledna uporaba z okupacijo povezanih pojmov lahko poveča moč okupacije v praksi.		Če je okupacija bistvo DT, bi v DT morali opustiti metode, ki niso v skladu z našim okupacijskim bistvom in vpeljati metode ki temeljijo na okupaciji oziroma so usmerjene na okupacijo.
Bauerschmidt, Nelson (2011)	Pregled literature; računalniško štetje pojmov	Raziskati uporabo pojmov: okupacija, aktivnost in drugih, od 1920 do 2000, v DT literaturi.	Članki razdeljeni v 9 obdobjih, analizirano 214 716 besed na obdobje	Okupacija se široko uporablja v l 1920, potem njena uporaba pada do 1980. Leta 2000 se je njena uporaba močno povečala in preseгла tisto iz 1920. Pojem aktivnost se je pojavil hkrati z okupacijo, dosegel vrh med 1930 do 1960. Med 1970 do 1990 uporaba obeh pojmov dokaj redka.

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija/vrsta članka</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Reed et al. (2013)	Kvalitativna raziskava; hermenevtična metoda	Prikazati - kako se je v zgodovinskem kontekstu v DT razvijalo razumevanje pojma okupacija.	55 DT virov objavlje nih med 1997 do 2013	Z boljšim poznavanjem okupacije je prišlo do boljšega razumevanja povezave okupacije in zdravja. S pogledom v zgodovino se odpre potencial za konceptualizacijo in razvoj stroke v sedanjosti in prihodnosti.
Burley et al. (2018)	Pregled literature	Kaj je znanega o okupacijskem vidiku v literaturi s področja rehabilitacije roke?	50 člankov	Ugotovljena je integracija okupacijskega vidika v literaturi, vendar je še nekaj izzivov. Ne-konsistentna uporaba terminologije, pomanjkanje okupacijskega vidika v DT procesu in pristop od spodaj navzgor, nakazujejo na napetost med uporabo biomehanskega pristopa in okupacijskim vidikom.
Howarth et al. (2018)	Strokovni članek	Raziskati definicije okupacije jih povezati z izzivi ki so nastali v okviru izobraževanja in oblikovati orodje za študij tega koncepta.	39 virov	Izdelano orodje je skladno z okupacijo in lahko prispeva k boljšemu razumevanju koncepta okupacije in znanosti o okupaciji pri študentih.
Moll et al. (2013)	Strokovni članek	Prikazati, da lahko DT pomembno prispevamo pri skrbi za javno zdravje, s poudarkom na pomenu okupacijske vključenosti za zdravje in dobro počutje.		Dth v Kanadi morajo za korak naprej na področju promocije zdravja, jasno pojasniti kompleksnost in vrednost okupacije za zdravje in dobro počutje vseh državljanov ne glede na njihove sposobnosti.

<b>Avtorji</b>	<b>Metodologija/vrsta članka</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
Reed et al. (2011)	Fenomenološka raziskava	Narediti sintezo literature, ki obravnava smisel okupacije in argumentirati uporabo fenomenološkega poglobljanja v smisel okupacije med raziskovalci, teoretiki in DT praktiki	12 oseb, ki so imele izkušnj o omejitv e v okupaci ji.	Ljudje se začnejo spraševati o smislu okupacije šele takrat, ko je njena izvedba omejena. Iz raziskave so izšle tri teme: poklicanost, biti z ter možnosti, le-te so med seboj povezane.
Pierce (2001)	Strokovni članek	Predlagati definicije okupacije in aktivnosti, ki prikažejo razlike med konceptoma.	63 virov	Razločevanje obravnavanih konceptov bo prispevalo k strokovni doslednosti, jasnosti DT diskurza, prefinjenosti raziskav, politični moči stroke, moralni gotovosti in učinkovitosti intervencij.

Tabela 3: Sinteza pregleda literature po temah.

<b>Tema</b>	<b>Opis</b>	<b>Avtorji</b>
<b>Osnovne značilnosti koncepta okupacija</b>	Je enkratna neponovljiva osebna izkušnja.	Pierce (2001); Reed et al. (2013)
	Je vezana na konkretni časovni, prostorski in sociokulturni kontekst.	Pierce (2001); Reed et al. (2013)
	Ima neko obliko, hitrost, začetek in konec.	Pierce (2001)
	Ima kulturno vrednost in osebni smisel za posameznika.	Pierce (2001); Howarth et al. (2018)
	Je pomembna za posameznikovo identiteto in kompetentnost.	Reed et al. (2013)
<b>Vrednost in smisel v okupaciji</b>	Smisel in čustveno vsebino okupacije lahko interpretira samo oseba, ki ima izkušnjo s to okupacijo.	Pierce (2001)
	Z vključenostjo v okupacijo lahko posameznik odkrije smisel svojega življenja in/ali smisel tega kar počne.	Reed et al. (2011)
	Smisel okupacije ostane dostikrat skrit, dokler se ne zgodi kakšna sprememba, ki ta smisel odkrije. Smisel okupacije se posamezniku razkrije preko: poklicanosti, biti z ter danih možnosti.	Reed et al. (2011)

<b>Tema</b>	<b>Opis</b>	<b>Avtorji</b>
<b>Okupacija skozi zgodovino DT</b>	Gibanje Moralna obravnava – spoznanje o vrednosti okupacije za obravnavo, nastanek DT.	Reed et al. (2013)
	V 20tih letih prejšnjega stoletje je uporaba okupacije močno prisotna, potem le-ta upada do 1980.	Bauerschmidt, Nelson (2011)
	Po letu 2000 uporaba okupacije ponovno naraste in preseže obdobje okrog 1920.	Bauerschmidt, Nelson (2011)
<b>Problemi uporabe okupacije v praksi</b>	Koncept okupacija je integralni del mnogih konceptualnih modelov in bi njena zavrnitev lahko pomenila dodatne težave za razumevanje modelov.	Magalhaes, Galheigo (2010)
	Zaradi poenostavitve koncepta lahko nastanejo etimološke in filozofske nejasnosti pomena.	Magalhaes, Galheigo (2010)
	Pogosta zamenjava pojmov dejavnost, namenska aktivnost in okupacija.	Howarth et al. (2018)
	Za opis okupacije so bili uporabljeni različni pojmi kot so: smiselna aktivnost, funkcionalna aktivnost, življenjska aktivnost, dnevna aktivnost ipd.	Burley et al. (2018)
	Okupacijski vidik se največkrat upošteva pri ocenjevanju ni pa integriran v vse faze procesa.	Burley et al. (2018)
<b>Pomen terminologije</b>	Definiranje osnovnih konceptov je za stroko pomembno, saj le-to preko integriranih vrednot in poudarkov oblikuje razvoj stroke.	Pierce (2001); Magalhaes, Galheigo (2010)
	S konsistentno rabo pojmov bomo postali boljši v kritični refleksiji glede tega kaj počnemo in kako to počnemo kot DT raziskovalci, učitelji, praktiki.	Fisher (2014)
	Uporaba terminologije je v zgodovini DT močno nihala.	Bauerschmidt, Nelson (2011)
<b>Potrebni koraki v prihodnosti</b>	Večja uporaba konceptualnih modelov z namenom bolje povezati to kar počnemo z bistvom DT.	Fisher (2014)
	Potreba po raziskavah za boljšo pojasnitev osnovnih DT konceptov.	Magalhaes, Galheigo (2010)
	Poiskati način, kako študente učiti o okupaciji, da bodo ta koncept ločili od drugih konceptov	Howarth et al. (2018)
	Razmisliti o na okupacijo vezanih konceptih: okupacija kot bistvo DT, na okupaciji temelječa DT, v okupacijo osredotočena DT.	Fisher (2014)
	Spoprijeti se z izzivom spoznati avtentičnost DT in razmisliti o tem kaj DT lahko ponudi skupnosti.	Moll et al. (2013); Reed, et al. (2013)



## RAZPRAVA

Za boljše razumevanje okupacije je potrebno pogledati njene osnovne značilnosti. Eden od pomembnih elementov, ki so zajeti v večini definicij koncepta okupacije je »doing« oziroma »delati ali nekaj početi«. Na to, kaj nekdo počne in kako to počne, imajo močan vpliv vrednote, te pa izhajajo iz kulturnega, časovnega in osebnega konteksta izvajalca (Müllersdorf, Ivarsson, 2008; Pierce, 2001; Howarth et al., 2018 ). Dejstvo, da se ljudje in družbeni konteksti nenehno spreminjamo, privede do razmišljanja, da imamo vsakič, ko nekaj počnemo (v drugačnem kontekstu), drugačno izkušnjo, iz tega izhaja, da je vsaka okupacija edinstvena (Pierce, 2001; Reed et al., 2013). Pierce (2001) pravi, da neko okupacijo lahko interpretira samo oseba, ki le to izvede. Vsaka okupacija ima neko obliko, hitrost, začetek in konec (Pierce, 2001). Reed in sodelavci (2013) pa poudarjajo še njen pomen za posameznikovo identiteto in kompetentnost. O tem je govorila že Wilcockova (1999), ki je okupacijo opredelila kot sintezo konceptov delati, biti in postati. Edinstvenost okupacije in njen pomen za posameznikovo identiteto ter kompetentnost, so značilnosti, ki dajo pečat sodobni DT paradigmi (Kielhofner, 2009; Duncan, 2012).

V DT literaturi pogosto zasledimo kategorizacijo okupacije, in sicer na področja: skrb zase, produktivnost in prosti čas (Kielhofner, 2009; Brea et al., 2012), kar pa nekateri kritizirajo, saj pravijo, da tako izgubimo smisel, ki ga določa oseba, ki okupacijo izbere in izvede (Reed et al., 2013; Hammell, 2004). Hammell (2004) pravi, da o kategorijah lahko govorimo samo, če je posameznik sam tako razvrstil njegove okupacije. Zaradi tovrstnih kritik so v zadnji izdaji Ameriškega okvirja DT, ta področja okupacije opustili (American Occupational Therapy Association, 2014).

S tem, ko se posameznik vključi v okupacijo, lahko odkrije smisel svojega življenja in/ali smisel tega kar počne (Reed et al., 2011). Christiansen in Townsed (2014) govorita celo o duhovni dimenziji okupacije, pravita, da poglobljeno razmišljanje o okupaciji po določenem času privede do občutka zadovoljstva z življenjem in pozitivne identitete. Vendar smisel okupacije ostane dostikrat skrit, dokler se ne zgodi kakšna sprememba, ki ta smisel razkrije (Reed et al., 2011). Take spremembe so lahko: bolezen, poškodba, različna prehodna obdobja; kot je upokojeitev, izguba partnerja ipd. Z ljudmi v takih situacijah se ukvarjamo tudi Dth, ki tem ljudem pomagamo odkriti smisel v obstoječih ali novih okupacijah. Kantartzis in Molineux (2012) navajata, da je človekovo dojetanje sveta okrog sebe, njegove možnosti za okupacijo in vrednote ter smisel, ki ga daje tem okupacijam, povezano z oziroma izhaja iz konteksta, v katerem živi.

Reed in sodelavci (2011) so v raziskavi ugotovili, da se smisel okupacije posamezniku lahko razkrije preko: poklicnosti, biti z ter danih možnosti. Smisel okupacije se nam razkrije preko tega za kar smo poklicani; kaj nas vznemirja, kaj nas aktivira in kaj nam nudi izziv. Hasselkus (2002) v svoji knjigi govori o smislu okupacije in med drugim pravi, da je okupacija močan dejavnik za to, da posameznik spozna samega sebe in mu nudi možnost, da se predstavi svetu. Potem se smisel lahko razkrije preko tega, če smo med izvedbo z nekom ali le-to počnemo skupaj. Skupne okupacije ljudi povežejo in lahko prispevajo k večji intimnosti (Reed et al., 2011). Naše okupacije nam in drugim kažejo kar lahko ali bomo postali, to so naše možnosti. O dimenziji »postati« v okupaciji, je govorila tudi Wilcock (1999).

Pogled v zgodovino ponudi vire za razumevanje razvoja stroke in koncepta okupacije, na kar so vplivala tudi družbena dogajanja določenega časa (Reed et al., 2013). Pomembno mesto v zgodovini DT je odigralo gibanje »Moralna obravnava«, iz katerega so snovalci DT črpali znanje in ideje. To so bila predvsem humanistična znanja – kako obravnavati ljudi in tudi spoznanje o vrednosti okupacije za boljše življenje. Kasneje se je tem idejam pridružila še ideja uporabe umetne obrti za terapevtske namene. Na osnovi teh idej je leta 1917 nastala DT (Reed et al., 2013; Kielhofner, 2009; Duncan, 2012). Bauerschmidt in Nelson (2011) sta z

zgodovinskim pregledom literature ugotovila, da je v 20tih letih prejšnjega stoletja uporaba koncepta okupacije v literaturi močno prisotna, potem le-ta upada do leta 1980. Najbolj je uporaba okupacije upadla v času od druge svetovne vojne in po njej, ko se je iskalo aktivnosti za izboljšanje fizičnih funkcij in duševnega zdravja, to je redukcionistično obdobje, ko človek ni bil v središču obravnave (Kielhofner, 2009; Duncan, 2012). Po letu 2000 uporaba okupacije ponovno naraste in preseže obdobje okrog 1920 (Bauerschmidt, Nelson, 2011).

Kot rečeno se je po letu 2000 uporaba koncepta okupacije – tako v literaturi kot praksi močno razširila. Vendar je Fisherjeva (2003) opozarjala, da imajo Dth, kljub mnogim zapisom o konceptu okupacije, še vedno velike težave delati na nivoju okupacije. Redukcionistično obdobje je v DT pustilo metode in tehnike (na nivoju funkcij in struktur), ki so v praksi prisotne še danes. Nekatere novejšše raziskave pa kažejo na to, da se marsikje dela na nivoju okupacije, najbolj je to prisotno v procesu ocenjevanja (Burley et al, 2018). V praksi se pojavlja tudi problem uporabe pojma okupacija, še vedno namreč prihaja do zamenjave pojmov dejavnost, namenska aktivnost, okupacija (Howarth et al., 2018). Avtorji, ki želijo pojasniti razlike med za DT pomembnimi koncepti največkrat pojasnjujejo razliko med okupacijo in aktivnostjo. Pierce (2001) pojasni razliko med tema konceptoma z edinstvenostjo (značilna za okupacijo) in univerzalnostjo (značilna za aktivnost). Resteen Hasselkus (2002) pravi, da je okupacija posameznikova osebna izkušnja, ki ima zanj osebni smisel, aktivnost pa je skupina v neki kulturi definiranih akcij, ki je v tej kulturi prepoznana. Magalhaes in Galheigo (2010) opozarjata, da zaradi poenostavitve koncepta lahko nastanejo etimološke in filozofske nejasnosti njegovega pomena. Koncept okupacija je integralni del mnogih konceptualnih modelov in bi njena zavrnitev lahko pomenila dodatne težave za razumevanje modelov in stroke (Magalhaes, Galheigo, 2010).

Bauerschmidt in Nelson (2011) sta v svoji raziskavi ugotovila, da je uporaba terminologije v zgodovini DT močno nihala. Vendar je jasno definiranje osnovnih konceptov neke stroke pomembno, saj koncepti v sebi nosijo za stroko pomembne vrednote in poudarke, kar oblikuje razvoj stroke (Pierce, 2001; Magalhaes, Galheigo, 2010). Fišerjeva (2014) pravi, da bomo Dth s konsistentno rabo pojmov postali boljši v kritični refleksiji glede tega kaj počnemo in kako to počnemo, ne glede na to, ali je to učitelj, raziskovalec in /ali praktik DT. Jonsson (2008) poudarja potrebo po iskanju alternativnih in komplementarnih načinov za konceptualizacijo okupacije, kar bi odprlo nove možnosti in omogočilo razvoj znanja glede povezave okupacije, človekovega razvoja, zdravja in dobrega počutja.

Magalhaes in Galheigo (2010) sta opozorila na potrebo po raziskavah za boljšo pojasnitev osnovnih DT konceptov. Fisherjeva (2014) pravi, da moramo Dth razmisliti o na okupacijo vezanih konceptih, kot so: okupacija kot bistvo DT, na okupaciji temelječa DT, v okupacijo osredotočena DT ter več uporabljati DT konceptualne modele, za boljšo povezavo tega kar počnemo z bistvom DT. Howarth in sodelavci (2018) pa so iskali način, kako študente učiti o okupaciji, da bodo ta koncept ločili od drugih konceptov, za to so razvili poseben model, ki bi ga učitelji DT zagotovo morali spoznati in ovrednotiti.

S konceptom okupacije se Dth lahko vključimo v razpravo o zdravju, saj je okupacija povezana z zdravim življenjskim slogom in promocijo zdravja (Moll et al., 2013). Dth se moramo spoprijeti z izzivom spoznati avtentičnost DT in razmisliti o tem, kaj DT lahko ponudi skupnosti (Moll et al., 2013; Reed et al., 2013).

## **ZAKLJUČEK**

Okupacija je za delovno trapijo bil in bo najpomembnejši koncept, ki v sebi združuje vrednote in prepričanja, ki DT kot stroki daje identiteto. V DT praksi okupacijo lahko uporabljamo kot terapevtsko sredstvo in kot cilj obravnave. Kljub mnogi literaturi, ki govori o konceptu

okupacije in njegovem pomenu za DT, je med Dth še dosti takih, ki koncepta ne razumejo in/ali ga zavračajo. Zato se v praksi, za lažjo osredotočenost na okupacijo, priporoča uporabo konceptualnih modelov, ki temeljijo na okupaciji ter razmislek o drugih na okupacijo vezanih konceptih. Ker je v marsikateri državi uporaba DT terminologije še vedno ne-konsistentna, se priporoča to področje dodatno raziskati in kar se da urediti, saj ne-konsistentna uporaba pojmov v stroko vnaša zmedo in strokovno ne-samozavest. O konceptu okupacije moramo dobro poučiti tudi študente DT, za kar že obstaja model, ki je bil razvit v okviru znanosti o okupaciji in DT. Okupacija je koncept, ki ima ogromen potencial za širitev DT na nova področja, kot so: skupnostna obravnava, turizem, promocija zdravja in še kje.

## LITERATURA

- AOA – American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process. 3rd ed. *Am J Occup Ther* 68(Supplement 1): 1–48. Dostopno na: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1860439> <7.2.2019>.
- Bauerschmidt B, Nelson DL (2011). The terms occupation and activity over the history of official occupational therapy publications. *Am J Occup Ther* 65(3): 338–45.
- Benson J (2010). An exploration of the role of occupation in school-based occupational therapy practice. Doctoral dissertation. North America: Duquesne University. Dostopno na: <https://dsc.duq.edu/etd/303> <7.5.2019>.
- Burley, Di Tommaso, Cox, Molineux (2018). An occupational perspective in hand therapy: A scoping review. *Br J Occup Ther* 81(6): 299–318.
- Christiansen CH, Townsend EA (2014). Introduction to occupation: The art of science and living. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Cronin P, Ryan F, Coughlan M (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *Br J Nurs* 17(1): 38–43.
- Duncan EAS (2012). Foundations for practice in occupational therapy. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 1–31.
- Fisher AG (2003). Why is it so hard to practise as an occupational therapist? *Aust Occup Ther J* 50: 193–94.
- Fisher AG (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scand J Occup Ther* 21: 96–107.
- Hammell KW (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther* 71(5): 296–305.
- Hasselkus BR (2002). The meaning of everyday occupation. Thorofare: SLACK Incorporated, 1–22.
- Hocking C. (2009) The challenge of occupation: describing the things people do. *J Occup Sci* 16(3): 140–50. doi:10.1080/14427591.2009.9686655.
- Howarth JT, Morris K, Cox DL (2018). Challenges of teaching occupation: introduction of an occupation-focused teaching tool. *J Occup Sci* 25(1): 142–8.
- Jonsson H (2008). A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *J Occup Sci* 15(1): 3–8.
- Kantartzis S Molineux M (2012). Understanding the discursive development of occupation: historico-political perspectives. In: Whiteford GE, Hocking C, eds. Occupational science: society, inclusion, participation. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd., 38–53.
- Kielhofner G (2009). Conceptual foundations of occupational therapy practice. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1–64.

- Magalhaes L, Galheigo SM (2010). Enabling international communication among Brazilian occupational therapists: seeking consensus on occupational terminology. *Occup Ther Int* 17(3): 113–24. doi: 10.1002/oti.292
- Müllersdorf M, Ivarsson A. (2008). Occupation as described by novice occupational therapy students in Sweden: the first step in a theory generative process grounded in empirical data. *Scand J Occup Ther* 1: 34–42.
- Moll SE, Gewurtz RE, Krupa TM, Law MC (2013). Promoting an occupational perspective in public health. *Can J Occup Ther* 80 (2): 111–9.
- Pierce D (2001). Untangling Occupation and Activity. *Am J Occup Ther* 55: 138–46.
- Reed KD, Hocking CS, Smythe LA (2013). Exploring the meaning of occupation: the case for phenomenology. *Can J Occup Ther* 78(5): 303–10.
- Švajger A, Pihlar Z, Šuc L (2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija* 15(1): 33–43.
- Tomšič M (2014). Razvoj izobraževanja skozi 50 let. In: Tomšič M, eds. *Zrela leta slovenske delovne terapije*. Posvet. Ljubljana, 28. maj 2014, 1–12.
- Wilcock AA (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Aust Occup Ther J* 46 (1): 1–11.

## Dejavniki ustvarjalnosti delovnega terapevta

### Factors of occupational therapist creativity

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

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

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Čeprav je ustvarjalnost tradicionalno povezana z nekaterimi osnovnimi koncepti in vrednotami delovne terapije, so bili različni dejavniki, ki nanjo vplivajo, redko predmet proučevanja. V Sloveniji tovrstna študija še ni bila izvedena. Ugotavljali smo, kateri so najpomembnejši dejavniki, ki sprožijo, spodbujajo ali zavirajo ustvarjalnost delovnega terapevta. **Metode:** Oblikovali smo nov ocenjevalni instrument - vprašalnik o ustvarjalnosti v delovni terapiji. V spletni anketi so sodelovali slovenski delovni terapevti (n = 250), ki so različne trditve ocenjevali s petstopenjsko Likertovo lestvico. Podatke smo analizirali s faktorsko in regresijsko analizo. **Rezultati:** Na ustvarjalnost delovnega terapevta v procesu delovne terapije pozitivno ali negativno vplivajo različni dejavniki kot so delovno okolje, medsebojni odnosi, svoboda pri delu, delovna doba, odnos nadrejenih, statistično pomemben vpliv pa imata klient (B = 0,585; p = 0,000) in osebnost delovnega terapevta (B = 0,371; p = 0,000). Dejavniki se med se boj prepletajo. **Razprava in zaključek:** Za učinkovito, kakovostno in uspešno delo ter doseganje optimalnih izidov obravnave klienta je ustvarjalnost delovnega terapevta ključna. Pri proučevanju ustvarjalnosti je potrebno upoštevati dinamično vzajemno razmerje med različnimi dejavniki in okoliščinami ter zagotoviti prenos znanja iz teorije v prakso.

**Ključne besede:** delovnoterapevtska obravnava, spodbujanje in zaviranje ustvarjalnosti, uporabnik, kvantitativna raziskava.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Creativity has been traditionally linked with basic principles and values of occupational therapy, but different factors that have influence on occupational therapy have been rarely studied. Up to date, this kind of study has not yet been performed in Slovenia. The aim of the study was to identify what are the most important factors that trigger, stimulate or inhibit the occupational therapist's creativity. **Methods:** A new evaluation tool has been designed – the creativity in occupational therapy questionnaire. An online survey was conducted by Slovenia occupational therapists (n =250), who evaluated various claims on a five point Likert scale. Data were analysed by factor and regression analysis. **Results:** Different factors, such as work environment, interpersonal relations, freedom at work, years of working, the attitude of superiors have positive or negative influence on occupational therapist's creativity. Especially, statistical important impact is by the client (B = 0,574; p = 0,000) and personality of occupational therapist (B = 0,388; p = 0,000). Factors are intertwined. **Discussion and conclusion:** Creativity is crucial for achieving effective, quality and successful work in order to achieve optimal occupational therapy intervention outcomes.

The dynamic relationship between different factors and circumstances should be taken into account to transfer the knowledge from theory to practice.

**Keywords:** occupational therapy intervention, stimulating and inhibiting creativity, client, quantitative research.

## IZHODIŠČA

Ustvarjalnost se navezuje na različne kontekste, različni ljudje jo različno razumejo, zato nima enotne definicije in jo je težko natančno opredeliti in razložiti (Kampylis, Valtanen, 2010; Weisberg, 2015). Pogosto je opredeljena kot ustvarjanje, razvoj novih, uporabnih idej in izdelkov pri posameznikih ali skupini (Corazza, 2016; Weisberg, 2015; Runco, Jaeger, 2012), pri čemer sta pomembni izvirnost in učinkovitost (Runco, Jaeger, 2012). Omogoča reševanje problemov oziroma rešitve in inovacije, ki so tudi preproste, vendar vedno vsebujejo določeno stopnjo izvirnosti (Corazza, 2016; Mirowsky, Ross, 2003), prilagodljivost, samoizražanje in vzdrževanje zdravja (Runco, 2004). Posameznikom ali skupini omogoča doseganje ciljev, prispeva k rasti in spremembam, osmišlja življenje (Kurkinen, 2015) ter je najpomembnejše gibalno napredka človeštva (Pompe, 2011).

V zdravstveni dejavnosti se ustvarjalnost običajno povezuje z ustvarjalnimi (terapevtskimi) pristopi, ki naj bi pripomogli k vzpostavitvi stika, odnosa in zaupanja med terapevtom in uporabnikom ter obravnavi, kar je še posebno pomembno pri ohranjanju na uporabnika usmerjenem pristopu (Merritt, Boogaerts, 2014). Za zdravstvene delavce je ustvarjalnost pomembna in potrebna, saj povečuje kakovost njihovega dela (Rouse et al., 2015).

Kljub temu, da imajo različni poklici v zdravstvu nekatere skupne značilnosti, lahko trdimo, da so delovni terapevti (DTh) tisti, ki se ustvarjalnosti posvečajo v največji meri (Müllersdorf, Ivarsson, 2016).

Delovna terapija (DT) – zdravstvena stroka, ki se ukvarja s promocijo zdravja, dobrega počutja in neodvisnosti posameznika z uporabo smiselnih in pomembnih okupacij – je tradicionalno že od svojega začetka tesno povezana z ustvarjalnostjo, njenimi koncepti in vrednotami. Kljub temu pa bila le redko predmet poglobljenega raziskovanja, literature je malo in pomen ustvarjalnosti v DT je slabo razumljen (Ernst, Moore, 2013; Schmid, 2004).

Po pregledu redke DT literature ugotavljamo, da se pojem pojavlja v dveh različnih vlogah (Oven, 2016); po eni strani kot terapevtsko orodje v t. im. ustvarjalnih aktivnostih oz. okupacijah (Leenerts, Evetts, 2016; Müllersdorf, Ivarsson, 2016) in po drugi strani kot ustvarjalnost samih DTh (Ernst, Moore, 2013; Robertson, Griffiths, 2012). V prispevku se bomo osredotočili na ustvarjalnost DTh.

DTh se pogosto označujejo kot strokovnjaki, ki so še posebej ustvarjalni, kar jim omogoča, da obravnavo prilagodijo vsakemu klientu in posledično uporabo na klienta usmerjenega pristopa (Madsen, 2007). Merritt in Boogaerts (2014) navajata, da je znanje o ustvarjalnosti del formalnega znanja DTh, ki pri obravnavi uporablja na klijenta usmerjen pristop. Kielhofner (2008) poudarja, da DTh pogosto potrebujejo ustvarjalnost, da kliente motivirajo za sodelovanje v aktivnostih in okupacijah, ki so pomembne za njihovo življenje. DTh morajo za učinkovito delo ustvarjalnost prepoznati in uporabljati v vsakem koraku terapevtskega procesa (Atkinson, Wells, 2000), saj je, kot meni Schmid (2004), ustvarjalnost DTh pri delu ključna. Hinojosa (2007) pa trdi, da bi morali biti DTh inovatorji sprememb, saj se nenehno soočajo s hitrimi, nepredvidljivimi in kompleksnimi spremembami ter novimi izzivi.

Čeprav se zdi povezava med delovno terapijo in ustvarjalnostjo očitna in logična, so študije o ustvarjalnosti DTh zelo redke. Ernst in Moore (2013) ugotavljata, da se o dojemanju in razumevanju ustvarjalnosti v okviru DT in izkušnjah, ki jih imajo DTh in klienti, malo ve,

zato poudarjata potrebo po raziskovanju ustvarjalnosti DTh in njenih mehanizmov v procesu DT ter zagotavljanju znanstvenih dokazov. Tudi Robertson in Griffiths (2012), ki sta DTh imenovala reševalce problemov, sta pozvala k dodatnim raziskavam na to temo.

Raziskave o različnih dejavniki, ki prispevajo k ustvarjalnosti, so že bile izvedene, kljub temu je le malo raziskav, ki bi preučevale dejavnike in okoliščine, ki vplivajo na ustvarjalnost v procesu DT. To vrzel smo želeli odpraviti z našo študijo, pri čemer nas je še posebej zanimala vloga klienta.

Za proučevanje ustvarjalnosti DTh v procesu DT smo uporabili integrativni pristop. Pri svojem delu se strokovnjak (DTh) in oseba (klient) v neki (običajno zdravstveni) organizaciji združita v skrbi za (klientovo) zdravje, katere del je tudi ustvarjalnost v procesu DT. Dejavnike, za katere menimo, da na ustvarjalnost DTh vplivajo ali spodbujajo ali zavirajo, posledično razdelimo v tri sklope: dejavniki osebe (posameznika – DTh), organizacijski dejavniki in dejavniki osebe (klienta), ki vplivajo (pozitivno ali negativno) tudi drug na drugega (Oven, 2016).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kateri so tisti dejavniki, ki sprožijo, spodbujajo ali zavirajo ustvarjalnost DTh. Predpostavljali smo, da so individualne značilnosti oz. klient tisti dejavnik, ki na ustvarjalnost DTh vpliva v največji meri.

Postavili smo sledečo hipotezo: Enkratnost primera (klient) je najpomembnejša spodbuda za ustvarjalnost DTh v procesu DT.

## **METODE**

V prispevku predstavljamo del ugotovitev kvantitativne študije, ki je bila uporabljena v raziskovalnem načrtu združenih metod (angl. mixed-methods design ali mixed-method approach), natančneje v zaporednem eksploratornem raziskovalnem načrtu (Creswell, 2013). Ustvarjalnost DTh v procesu DT je namreč tako raznolika, da je ni mogoče proučevati in pojasniti le z enim instrumentom.

Glede na to, da tema še ni bila podrobno proučevana, smo najprej izvedli kvalitativno raziskavo z metodo fokusnih skupin z izkušenimi DTh ( $n = 22$ ), ki je omogočila podrobnejši vpogled v raziskovalni problem. Sodelujoči so izpostavili sledeče dejavnike, ki spodbujajo ali zavirajo ustvarjalnost DTh: enkratnost vsakega primera, osebne značilnosti DTh, delovna doba, delovno okolje in svoboda pri delu, medosebni odnosi s kolegi in odnos nadrejenih. Ugotovitve (več v Oven, Lobe, 2018 in Oven, 2016) so omogočile razvoj in oblikovanje merskega inštrumenta v kvantitativni raziskavi, spletni anketni vprašalnik - vprašalnik o ustvarjalnosti v delovni terapiji (angl. Creativity in Occupational Therapy Questionnaire - COTQ), ki predstavlja novo orodje za zbiranje podatkov in ocenjevanje ustvarjalnosti DTh. V njem so slovenski DTh ( $n = 250$  – delno izpolnjen oziroma  $n = 203$  – v celoti izpolnjen) različne trditve, povezane z ustvarjalnostjo, ocenjevali s petstopenjsko Likertovo lestvico (1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = neodločeno, 4 = se strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam). Pet sklopov trditev se je nanašalo na: odnos do ustvarjalnosti, odnos do dela in počutje na delovnem mestu, ustvarjalnost v DT procesu, odnos do klienta in njegov vpliv na ustvarjalnost DTh in dejavnike, ki sprožijo, spodbujajo ali zavirajo ustvarjalnost DTh. Udeleženci so odgovarjali tudi na demografska vprašanja o starosti, spolu, področju dela, delovnih izkušnjah in stopnji izobrazbe.

Da bi preverili jasnost in razumljivost, smo vprašalnik pred dokončnim oblikovanjem preizkusili v pilotni študiji, v kateri je sodelovalo 12 naključno izbranih DTh iz različnih področij dela. Zanesljivost vprašalnika smo preverili za vseh pet sklopov trditev. Vrednost Cronbachovega koeficienta za 83 postavk je bila  $\alpha = 0,900$ , kar kaže, je instrument zelo zanesljiv (Field, 2009).

Spletni anketni vprašalnik smo oblikovali v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje Ika. Povezavo do spletne ankete s povabilom za sodelovanje smo poslali na elektronske naslove v bazi Zdravstvene fakultete oz. ga je članom poslala Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje. Anketiranje je potekalo med 19. aprilom in 16. majem 2016, sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno. Od 267 DTh, ki so začeli izpolnjevati vprašalnik, ga je 250 (90,6%) DTh delno izpolnilo, 203 (80,2%) pa so ga izpolnili v celoti. V raziskavo je bilo tako vključenih več kot 40% populacije DTh, ki so v času študije delali v Sloveniji in katerih število smo ocenili na 500.

Za analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko ter naslednje statistične metode in pristope: preverjanje normalnosti porazdelitve z izračunom koeficientov asimetrije in sploščenosti, Pearsonov korelacijski koeficient, faktorska analiza, Cronbachov koeficient  $\alpha$ , regresijska analiza ipd. (več v Oven, 2016). Hipotezo smo preverili z uporabo regresijskega modela, pri čemer smo kot stopnjo tveganja izbrali  $p < 0,05$ . Za vse analize smo uporabili računalniški program za statistično analizo IBM SPSS (različica 23; IBM Corp., Armonk, NY).

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (0120-135/2015-2, KME 100/06/15).

## REZULTATI

Z opisno statistiko smo analizirali demografske podatke o udeležencih, katerih značilnosti prikazuje Tabela 1. Večina je bila žensk (93%), povprečna starost je bila 38,5 let (SD = 10,5). Zaposleni so bili na različnih področjih, njihova povprečna delovna doba je bila 14,4 leta (SD = 10,5).

Tabela 1: Značilnosti udeležencev.

Starost (N=208)		Delovne izkušnje (N=203)		Leta trenutne zaposlitve (N=203)		Izobrazba (N=203)	
leta	delež	leta	delež	leta	delež	stopnja	delež
22-26	(17,8 %)	0-5	(31,0 %)	0-5	(36,5 %)	višješolska	(8,8 %)
26-30	(14,4 %)	5-10	(12,3 %)	5-10	(15,3 %)	visokostrokovna	(79,3 %)
30-34	(6,2 %)	10-15	(12,9 %)	10-15	(10,8 %)	univerzitetna	(6,9 %)
34-38	(12,5 %)	15-20	(11,3 %)	15-20	(12,3 %)	specializacija	(2,5 %)
38-42	(11,1 %)	20-25	(12,3 %)	20-25	(10,8 %)	magisterij	(2,5 %)
42-46	(11,1 %)	25-30	(12,8 %)	25-30	(8,9 %)		
46-50	(11,1 %)	30-35	(6,4 %)	30-35	(4,4 %)		
50-54	(10,6 %)	35-40	(1,0 %)	35-40	(1,0 %)		
54-58	(5,2 %)						
M=38,5 SO=10,5		M=14,4 SO=11,0		M=12,2 SO=10,6			

Legenda: M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Za namen tega prispevka v nadaljevanju predstavljamo ugotovitve in analizo četrtega in petega sklopa, v katerih so udeleženci s petstopenjsko Likertovo lestvico (1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam) ocenjevali trditve, ki so se nanašale na odnos do klienta in njegov vpliv na ustvarjalnost DTh (Tabela 2) ter dejavnike, ki sprožijo, spodbujajo ali zavirajo ustvarjalnost DTh (Tabela 3 in Tabela 4).



Tabela 2: Ocene strinjanja s trditvami o odnosu do klienta / vplivu klienta na ustvarjalnost.

Trditev	N	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	skup. (%)	M	SO
Ustvarjalnost mi omogoča lažje vzpostavljanje zaupanja, vzajemnega odnosa s klientom.	219	0,5	5,0	22,4	47,9	24,2	100,0	3,9	0,8
Klient s svojimi značilnostmi in težavami sproži, spodbudi mojo ustvarjalnost.	219	0,5	2,3	12,8	50,2	34,2	100,0	4,2	0,8
Ustvarjalnost olajša uporabo na klienta usmerjenega pristopa.	218	0,5	0,5	12,3	56,4	30,3	100,0	4,2	0,7
Ustvarjalnost DT vpliva na večjo zavzetost klienta za sodelovanje v obravnavi.	218	0,5	2,3	16,9	50,0	30,3	100,0	4,1	0,8
Enkratnost klienta je najpomembnejši razlog moje ustvarjalnosti.	218	0,5	4,1	23,8	39,9	31,7	100,0	4,0	0,9
Ustvarjalnost mi olajša prilagajanje DT obravnave potrebam klienta.	219	0,5	1,4	8,6	51,6	37,9	100,0	<b>4,3</b>	0,7
Ustvarjalnost povečuje zadovoljstvo klienta in DT v procesu DT.	219	0,5	1,8	14,2	49,3	34,2	100,0	4,2	0,8
Problemi klientov in njihovo reševanje mi predstavljajo izziv.	219	0,9	0,0	11,9	42,5	44,7	100,0	<b>4,3</b>	0,7
Pohvala klienta in/ali svojcev spodbuja mojo ustvarjalnost v DT procesu.	219	0,5	1,8	11,9	44,7	41,1	100,0	4,2	0,8
Nezaupanje klienta zavira mojo ustvarjalnost v DT procesu.	219	1,8	10,5	35,6	38,4	13,7	100,0	3,5	0,9
Zadovoljstvo klienta spodbuja mojo ustvarjalnost v DT procesu.	219	0,5	1,8	8,7	49,3	39,7	100,0	<b>4,3</b>	0,7
Povratna informacija klienta spodbuja mojo ustvarjalnost v DT procesu.	219	0,5	1,4	8,1	51,6	38,4	100,0	<b>4,3</b>	0,7

Legenda: M = povprečna vrednost (številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih); SO = standardni odklon.

Tabela 3: Ocene strinjanja s trditvami o dejavniki vpliva na ustvarjalnost v procesu DT (I).

Trditev	N	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	skup. (%)	M	SO
Zadovoljstvo z dobro opravljenim ustvarjalnim delom me spodbuja k še večji ustvarjalnosti.	210	0,5	1,0	4,8	45,2	48,6	100,0	<b>4,4</b>	0,7
Dobri medsebojni odnosi na delovnem mestu spodbujajo mojo ustvarjalnost.	211	0,5	0,0	10,0	48,3	41,2	100,0	<b>4,3</b>	0,7
Preveč rutine zavira mojo ustvarjalnost.	211	0,5	3,3	26,5	43,6	26,1	100,0	3,9	0,8
Možnost osebnega razvoja spodbuja mojo ustvarjalnost pri delu.	211	0,5	0,0	10,0	56,9	32,7	100,0	4,2	0,7
Možnost napredovanja spodbuja mojo ustvarjalnost pri delu.	211	0,9	2,4	24,6	40,3	31,8	100,0	4,0	0,9
Pomanjkanje strokovnega znanja zavira mojo ustvarjalnost.	211	0,9	7,6	30,8	44,5	16,1	100,0	3,7	0,9
Če delam (več) rutinsko, je moje zadovoljstvo pri delu manjše.	211	0,5	3,8	23,7	48,8	23,2	100,0	3,9	0,8
Dinamično, zanimivo delo spodbuja mojo ustvarjalnost pri delu.	211	0,5	0,0	4,3	54,0	41,2	100,0	<b>4,4</b>	0,6
Pomanjkanje časa zavira mojo ustvarjalnost.	211	1,4	3,3	20,4	42,2	32,7	100,0	4,0	0,9
Podcenjujoč odnos, kritiziranje in ignoriranje s strani nadrejenih zavirajo mojo ustvarjalnost.	211	1,4	3,8	20,9	32,7	41,2	100,0	4,1	0,9
Pohvale sodelavcev spodbujajo mojo ustvarjalnost pri delu.	211	0,5	0,9	8,1	50,7	39,8	100,0	<b>4,3</b>	0,7
Preveliko število klientov v sočasni obravnavi zavira mojo ustvarjalnost.	209	2,4	2,9	22,0	37,8	34,9	100,0	4,0	1,0
Neposredni vodje spodbujajo mojo ustvarjalnost.	210	2,9	12,4	33,3	35,2	16,2	100,0	3,5	1,0
Pohvale nadrejenih spodbujajo mojo ustvarjalnost pri delu.	211	0,5	4,3	16,6	47,4	31,3	100,0	4,0	0,8
Svoboda in strokovna avtonomija pri delu spodbujata mojo ustvarjalnost.	209	0,5	0,0	5,3	51,7	42,6	100,0	<b>4,4</b>	0,6

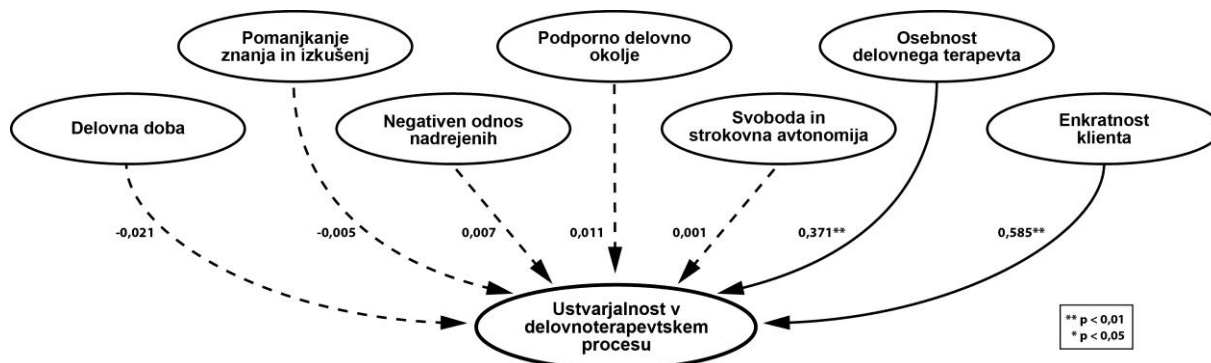
Legenda: M = povprečna vrednost (številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih); SO = standardni odklon.

Tabela 4: Ocene strinjanja s trditvami o dejavnikih vpliva na ustvarjalnost v procesu DT (II).

Trditev	N	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	skup. (%)	M	SO
Zavedanje lastne vrednosti spodbuja mojo ustvarjalnost pri delu.	205	0,5	0,0	7,3	54,1	38,0	100,0	<b>4,3</b>	0,6
Nagrade (denarne, materialne) spodbujajo mojo ustvarjalnost pri delu.	204	1,0	8,8	37,7	31,9	20,6	100,0	3,6	0,9
Moje osebne lastnosti me spodbujajo pri ustvarjalnosti.	204	0,5	0,0	5,9	54,4	39,2	100,0	<b>4,3</b>	0,6
Perfekcionizem (težnja po popolnosti) zavira mojo ustvarjalnost.	205	3,4	16,6	49,3	20,5	10,2	100,0	3,2	0,9
Izkušnje in znanje spodbujajo mojo ustvarjalnost.	205	0,5	0,5	10,2	55,1	33,7	100,0	4,2	0,7
Jasnost pričakovanj s strani nadrejenih spodbuja mojo ustvarjalnost.	205	1,0	3,4	40,0	39,5	16,1	100,0	3,7	0,8
Pomanjkanje avtonomije pri delu zavira mojo ustvarjalnost.	205	1,5	5,9	27,3	44,9	20,5	100,0	3,8	0,9
Administrativna dela, dodatne naloge zavirajo mojo ustvarjalnost.	206	0,5	5,3	21,4	44,2	28,6	100,0	4,0	0,9
Preobremenjenost in stres zavirata mojo ustvarjalnost.	206	0,5	3,4	16,5	40,8	38,8	100,0	4,1	0,8
Bojazen, strah pred neuspehom zavirata mojo ustvarjalnost.	206	1,5	11,2	37,4	33,0	17,0	100,0	3,5	1,0
Osebne težave zavirajo mojo ustvarjalnost pri delu.	206	1,9	16,0	36,9	32,0	13,1	100,0	3,4	1,0
Prevelik nadzor, usmerjanje zavirata ustvarjalnost.	207	1,4	5,8	18,4	47,8	26,6	100,0	3,9	0,9
Dobri delovni pogoji (oprema, sredstva, prostor) spodbujajo mojo ustvarjalnost pri delu.	207	1,0	1,9	7,2	42,0	47,8	100,0	<b>4,3</b>	0,8
Pomanjkanje samozavesti zavira mojo ustvarjalnost.	207	3,4	12,6	29,0	35,7	19,3	100,0	3,6	1,0

Legenda: M = povprečna vrednost (številke so odebeljene pri najvišjih vrednostih); SO = standardni odklon.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili splošni regresijski model (več v Oven, 2016), v katerem smo kot odvisno spremenljivko uporabili faktor »Ustvarjalnost v vseh fazah DT procesa«, kot neodvisne spremenljivke pa: »Enkratnost klienta«, »Osebnost delovnega terapevta«, »Svoboda in strokovna avtonomija«, »Podporno delovno okolje«, »Negativen odnos nadrejenih«, »Pomanjkanje znanja« in »Delovna doba«. Faktorja »Enkratnost klienta« in »Osebnost delovnega terapevta« skupaj pojasnita 76,1 % variabilnosti odvisne spremenljivke. Regresijski model je statistično značilen ( $F = 298,672$ ;  $p = 0,000$ ), se dobro prilega podatkom. Na osnovi izračuna regresijskih koeficientov smo ugotovili, da na ustvarjalnost DTh v procesu DT statistično značilno vplivata le klient s svojimi posebnostmi ( $B = 0,585$ ;  $p = 0,000$ ) ter osebnost DTh ( $B = 0,371$ ;  $p = 0,000$ ), pri čemer ima klient večji vpliv. Hipotezo tako potrdimo. Splošni regresijski model ustvarjalnosti v vseh fazah DT procesa z izračunanimi regresijskimi koeficienti prikazuje Slika 1.



Slika 1: Splošni regresijski model ustvarjalnosti DTh v vseh fazah DT procesa.

## RAZPRAVA

Ugotovili smo, da na ustvarjalnost DTh pozitivno ali negativno vplivajo različni dejavniki, vezani na DTh, klienta, medosebne odnose in delovno okolje.

### **Klient**

Sodelujočim delovnim terapevtom problemi klientov in njihovo reševanje predstavljajo izziv ( $M = 4,3$ ) – s trditvijo se popolnoma strinja 44,7 % in strinja 42,5 % (skupaj 87 %) anketiranih. Menijo, da klient s svojimi značilnostmi in težavami sproži, spodbudi njihovo ustvarjalnost ( $M = 4,2$ ). Sklepamo, da se delovni terapevti zelo zanimajo za reševanje problemov in iskanje rešitev, kar se sklada z navedbo Mayerja (2001), da se proces reševanja sproži, če posameznika problem zanima oziroma izziva.

Sodelujoči se v veliki meri strinjajo s trditvama, da zadovoljstvo klienta spodbuja njihovo ustvarjalnost in da povratna informacija klienta spodbuja njihovo ustvarjalnost v DT procesu (obe  $M = 4,3$ ) ter s trditvijo, da pohvala klienta in/ali svojcev spodbuja njihovo ustvarjalnost ( $M = 4,2$ ). poudarjajo, da pozitivne povratne informacije pozitivno vplivajo na ustvarjalnost in povečujejo zadovoljstvo (Keenan, 2015). Pomembno je, da DTh spodbujajo kliente k povratnim informacijam o svojem delu in klientovem zadovoljstvu, saj pozitivno vplivajo na sodelovanje in medsebojni odnos (Bachelor, 2013; Oanes, 2015).

Anketiranci se v veliki meri tudi strinjajo oziroma popolnoma strinjajo (89,5 %), da jim ustvarjalnost olajša prilagajanje obravnave potrebam klientov ( $M = 4,3$ ). Vsak klient je osebnost zase, s svojimi značilnostmi in problemi, kar od DTh zahteva, da to upošteva pri obravnavi. To je, kot navaja Rebeiro (2000), za kliente zelo pomembno.

Večina anketiranih DTh se strinja, da jim ustvarjalnost omogoča lažje vzpostavljanje zaupanja in vzajemnega odnosa s klientom ( $M = 3,9$ ), ki je osnova za nadaljnje delo, kar poudarjata Merritt in Boogaerts (2014).

Predhodno navedeno je zelo pomembno pri uporabi na klienta usmerjenem pristopu. Sodelujoči DTh menijo, da jim ustvarjalnost olajša uporabo omenjenega pristopa ( $M = 4,2$ ). Njegovo bistvo je v partnerstvu med DTh in klientom (Sumison, 2000), ki klientu omogoča aktivno sodelovanje, soodločanje, svobodno izbiro, upoštevanje njegovih interesov, prioritet, osebne avtonomije (Levack, 2009) ter integritete (Kassberg, Skär 2008), DTh terapevtu pa zagotavlja učinkovitost in uspeh obravnave (Tonga et al., 2015) in ohranjanje pristopa (Merritt, Boogaerts, 2014).

Sodelujoči se strinjajo, da ustvarjalnost povečuje zadovoljstvo klienta in DTh v procesu DT ( $M = 4,2$ ). Podobno o povezavi ustvarjalnosti in zadovoljstva poročata Chilton (2013) in McHugh (2016).

Anketiranci tudi menijo, da ustvarjalnost vpliva na večjo zavzetost klienta za sodelovanje v obravnavi ( $M = 4,1$ ). Za uspeh obravnave so pogosto zelo pomembni na klienta vezani faktorji in tisti, ki so bolj motivirani, navadno dosežejo boljše rezultate (Killips et al., 2012).

S trditvijo, da je enkratnost klienta najpomembnejši razlog njihove ustvarjalnosti ( $M = 4,0$ ), se strinja 39,9 % in popolnoma strinja 31,7 % anketiranih. Kot smo predvidevali, so anketiranci klienta in njegove probleme (edinstvenost primera) prepoznali kot tisto, kar najpomembneje spodbudi in vpliva na njihovo ustvarjalnost.

### **Osebne značilnosti DT**

Sodelujoči interes, notranjo motivacijo in osebnost prepoznavajo kot najpomembnejše dejavnike njihove ustvarjalnosti. Keller in Bless (2008) ugotavljata, da so posamezniki bolj (notranje) motivirani za aktivnosti, ki jih zanimajo, so jim v veselje in za katere menijo, da so jih sposobni izvajati, kar ugotavljamo tudi za sodelujoče DTh.

Velika večina anketirancev se strinja s trditvama, da njihovo ustvarjalnost spodbujajo osebnostne lastnosti in zavedanje lastne vrednosti (obe  $M = 4,3$ ).

Visoko se strinjajo tudi s trditvijo, da jih zadovoljstvo z dobro opravljenim delom spodbuja k še večji ustvarjalnosti ( $M = 4,4$ ). Pozitivno povezavo med zadovoljstvom pri delu in ustvarjalnostjo navajata tudi Moniarou-Papaconstantinou in Triantafyllou (2015).

Med lastnostmi, ki zavirajo ustvarjalnost delovnega terapevta, anketiranci navajajo: pomanjkanje samozavesti ( $M = 3,6$ ), bojazen in strah pred neuspehom ( $M = 3,5$ ) ter perfekcionizem (težnja po popolnosti) ( $M = 3,2$ ). Perfekcionizem, ki ni nujno negativen, je bolj prisoten pri deloholikih, ki pa so hkrati za delo tudi zelo motivirani (Stoeber et al., 2013), pretiran perfekcionizem pa lahko vodi v izgorelost in depresijo (Philp et al., 2012).

Velika večina sodelujočih DTh se strinja, da preobremenjenost in stres zavira njihovo ustvarjalnost ( $M = 4,1$ ), zato je uravnavanje stresa zelo pomembno (Bregant et al., 2012).

### **Delovno okolje**

Anketiranci kot enega najpomembnejših dejavnikov, ki spodbujajo njihovo ustvarjalnost, navajajo dobre delovne pogoje (oprema, sredstva, prostor) ( $M = 4,3$ ). Podobno ugotavljata Brčar in Lah (2011), Hemlin in sodelavci (2008) pa poudarjajo, da fizični dejavniki delovnega okolja (prostor, barve, pohoštvo) vplivajo na ustvarjalnost posameznika.

Anketirance k ustvarjalnosti v veliki meri spodbuja dinamično, zanimivo delo ( $M = 4,4$ ).

Sodelujoči se v veliki meri strinjajo, da preveliko število klientov v sočasni obravnavi zavira njihovo ustvarjalnost ( $M = 4,0$ ), prav tako ustvarjalnost DTh zavira tudi pomanjkanje časa ( $M = 4,0$ ). O negativnem vplivu časovnega pritiska in preobremenjenosti z delom na ustvarjalnost poročajo tudi Hemlin in sodelavci (2008).

Poleg odnosa s klientom so za ustvarjalnost DTh zelo pomembni tudi medsebojni odnosi, ki temeljijo na zaupanju in medsebojnem sodelovanju. Ovsenik (2013) ugotavlja, da so dobri medosebni odnosi na delovnem mestu za ustvarjalnost posebnega pomena, pomanjkanje zaupanja pa zavira ustvarjalnost. Večina sodelujočih se v veliki meri strinja, da dobri medsebojni odnosi na delovnem mestu spodbujajo njihovo ustvarjalnost ( $M = 4,3$ ) oziroma, da njihovo ustvarjalnost spodbujajo pohvale sodelavcev ( $M = 4,3$ ).

### **Odnosi z nadrejenimi**

Mayer (2002) poudarja, da ustvarjalnosti ni mogoče načrtovati ali ukazovati, temveč le spodbujati in pričakovati in zato zahteva drugačne načine vodenja. Hkrati pa podrobna navodila ustvarjalno delo ovirajo, prav tako pa ga ovira prevelik ali poostren nadzor (McLean, 2005). Anketirani DTh se strinjajo, da jasnost pričakovanj s strani nadrejenih spodbuja njihovo ustvarjalnost ( $M = 3,7$ ) in da prevelik nadzor, usmerjanje zavirata njihovo ustvarjalnost ( $M = 3,9$ ).

Pri spodbujanju ustvarjalnosti zaposlenih so marsikomu celo bolj kot denarna nagrada pomembne pohvale in priznanja, zato so učinkovito orodje vodenja (Zupan, 2001). Da pohvale nadrejenih spodbujajo njihovo ustvarjalnost pri delu ( $M = 4,0$ ), se anketiranci v veliki meri strinjajo in hkrati navajajo, da neposredni vodje spodbujajo njihovo ustvarjalnost ( $M = 3,5$ ). Konstruktivne povratne informacije spodbujajo ustvarjalnost zaposlenih, ugotavljajo De Stobbeleir in sodelavci (2008).

Sodelujoči DTh navajajo, da bolj kot nerealna pričakovanja njihovo ustvarjalnost zavira podcenjujoč odnos, kritiziranje in ignoriranje s strani nadrejenih ( $M = 4,1$ ) ter to, da največkrat njihovega dela in ustvarjalnosti sploh ne prepoznajo ( $M = 3,4$ ). Brezbrižen in negativen odnos sta, kot ugotavlja Zupan (2001), oviri za reševanje problemov in napredek posameznika.

Anketiranci se strinjajo s trditvijo, da (materialne) nagrade spodbujajo ustvarjalnost pri delu ( $M = 3,6$ ) in menijo, da za ustvarjalne dosežke niso dovolj nagrajeni oz. so zanje nagrajeni le s pohvalo (klient, nadrejeni, sodelavec). Brčar in Lah (2011) menita, da so za ustvarjalnost posameznika pomembni zadovoljstvo s plačo, nagrade, priznanja in pohvale kolegov in vodij ter priložnosti za napredovanje, Baer (2012) pa dodaja, da mora vodja spodbujati ustvarjalnost zaposlenih.

### **Delovne izkušnje (delovna doba) in znanje**

Sodelujoči DTh se strinjajo, da izkušnje in znanje spodbujajo njihovo ustvarjalnost ( $M = 4,2$ ). Izkušenejši terapevti imajo običajno več znanja in poznajo več tehnik in pristopov za delo s klienti, tudi empatija in intuicija sta pri njih bolj razviti. Pomemben je tudi dostop do izobraževanja, saj na ustvarjalnost vpliva strokovnost posameznika in znanje (Fatur, Likar, 2009), ki je osnova za konkurenčnost. Tudi DTh menijo, da pomanjkanje strokovnega znanja zavira njihovo ustvarjalnost ( $M = 3,7$ ).

Z leti pa se lahko razvije tudi rutina, ki ima na ustvarjalnost negativen vpliva. Anketiranci se strinjajo, da preveč rutine zavira njihovo ustvarjalnost ( $M = 3,9$ ), saj jim onemogoča prepoznavanje novih ali drugačnih pristopov obravnave klienta in posledično ne prinaša vzajemnega zadovoljstva. Tudi Shalley in sodelavci (2000) podobno ugotavljajo, da togi postopki zavirajo ustvarjalnost posameznika. Bogovič (2014) navaja, da delovna doba zaposlenih ne vpliva na zadovoljstvo in posledično tudi ne na ustvarjalnost in medtem ko nekatere študije potrjujejo pozitivno povezanost, druge ugotavljajo, da se z leti zadovoljstvo pri delu zmanjšuje (Moniarou-Papaconstantinou, Triantafyllou, 2015).

### **Svoboda in strokovna avtonomija**

Fullagar in Kelloway (2009) navajata, da avtonomija pomeni stopnjo, do katere zaposleni lahko samostojno določa svoj proces dela in urnik. Ustvarjalnost se lahko razvije v okolju, kjer se posameznik čuti varen in svoboden (Kurkinen, 2015). Anketiranci se v veliki meri strinjajo s trditvijo, da svoboda in strokovna avtonomija spodbujata njihovo ustvarjalnost pri delu ( $M = 4,4$ ) oziroma, da jo pomanjkanje avtonomije zavira ( $M = 3,8$ ). Posamezniki, ki pri svojem delu ne morejo biti ali niso avtonomni, so manj ustvarjalni, samostojnost pri delu in nestrukturirane naloge ustvarjalnost bolj spodbujajo kot ozko opredeljene zadolžitve (Mirowsky, Ross, 2007). Liu in drugi (2012) pa ugotavljajo, da pretiran nadzor ustvarjalnost zaposlenih lahko celo zatire.

Omejitve raziskave vidimo v zasnovi vprašalnika in načinu zbiranja podatkov. Vprašalnik je zasnovan kot samoocenitveni instrument, ki omogoča subjektivne sodbe in mnenja, zato se posledično postavlja vprašanje objektivnosti informacij. Za spletni način anketiranja je značilno, da omogoča neodzivnost oz. prekinitvev izpolnjevanja vprašalnika, nekateri udeleženci pa vprašalnika morda niso v celoti izpolnili zaradi njegove dolžine.

## **ZAKLJUČEK**

Prispevek omogoča pregled (nekaterih) dejavnikov, ki odvisno od okoliščin spodbujajoče ali zavirajoče vplivajo na ustvarjalnost DTh V Sloveniji in do sedaj niso bili proučevani. Izkazalo se je, da na ustvarjalnost vplivajo različni dejavniki, ki se navezujejo na DTh, klienta in organizacijo, v kateri poteka obravnava, da pa ima klient (enkratnost primera) največji vpliv. Za učinkovito, kakovostno in uspešno delo ter doseganje optimalnih izidov je ustvarjalnost DTh ključna. Pri proučevanju in spodbujanju ustvarjalnosti DTh je potrebno upoštevati medsebojen vpliv različnih dejavnikov in okoliščin, jo v širšem obsegu umestiti v študijski program ter zagotoviti prenos znanja iz teorije v prakso.

## **LITERATURA**

Atkinson K, Wells C (2000). Creative therapies: A psychodynamic approach within occupational therapy. Cheltenham: Stanley Thornes Publishers.

- Bachelor A (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clin Psychol Psychother* 20(2): 118–35. doi: [10.1002/cpp.792](https://doi.org/10.1002/cpp.792).
- Baer M (2012). Putting creativity to work: the implementation of creative ideas in organizations. *Acad Manag J* 55(5): 1102–19. doi: [10.5465/amj.2009.0470](https://doi.org/10.5465/amj.2009.0470).
- Bogovič M (2014). Spodbujanje ustvarjalnosti in inovativnosti v bolnišnici X. *Revija za univerzalno odličnost* 3(1): 34–43.
- Brcar F in Lah S (2011). Innovation management and an innovative ideas system. *Organizacija* 44 (1): 3–10.
- Bregant M, Boštjančič E, Buzeti J, Ceglar Ključevšek M, Hiršl A, Klun M, Kozjek T, Tomažević N, Stare J (2012). *Izboljšanje delovnega okolja z inovativnimi rešitvami*. Ljubljana: Združenje delodajalcev Slovenije.
- Chilton G (2013). Art therapy and flow: A review of the literature and applications. *Art Therapy: J Am Art Ther Ass* 30(2): 64–70. doi: [10.1080/07421656.2013.787211](https://doi.org/10.1080/07421656.2013.787211).
- Corazza G (2016). Potential originality and effectiveness: The dynamic definition of creativity. *Creat Res J* 28(3): 258–67. doi: [10.1080/10400419.2016.1195627](https://doi.org/10.1080/10400419.2016.1195627).
- Creswell JW (2013). *Steps in conducting a scholarly mixed methods study*. Lincoln: University of Nebraska.
- De Stobbeleir K, Ashford SJ, Buyens D (2008). The feedback-seeker in his social labyrinth: The mediating role of goals and cooperative norms in linking empowering leadership to feedback-seeking behavior. Working Papers of Faculty of Economics and Business Administration, 08/534, Ghent University.
- Ernst C, Moore A (2013). *The nature of creativity in occupational therapy: Views of occupational therapists*. University of Puget Sound, Master of Science in occupational therapy program.
- Fatur P, Likar B (2009). *Ustvarjalnost zaposlenih za inovativnost podjetja: sistemski vidiki managementa idej kot gradnika uspešne organizacije*. Koper: Fakulteta za management.
- Field A (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fullagar CJ, Kelloway EK (2009). Flow at work: An experience sampling approach. *J Occup Organ Psych* 82(3): 595–615. doi: [10.1348/096317908X357903](https://doi.org/10.1348/096317908X357903).
- Hemlin S, Allwood CM, Martin BR (2008). Creative knowledge environments. *Creat Res J* 20(2): 196–210.
- Hinojosa J (2007). Becoming innovators in an era of hyperchange - Eleanor Clarke Slagle lecture. *Am J Occup Ther* 61: 629–37. doi: [10.1080/02703149.2016.1116862](https://doi.org/10.1080/02703149.2016.1116862).
- Kampylis PG, Valtanen J (2010). Redefining creativity – analyzing definitions, collocations and consequences. *J Creative Behav* 44(3): 191–214.
- Kassberg AC, Skär L (2008). Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives. *Scand J Occup Ther* 15: 204–11.
- Keenan K (2015). *Motivate: Learn how to motivate and inspire people to be happy and productive*. Bath, England: Pocket Manager.
- Keller J, Bless H (2008). Flow and regulatory compatibility: An experimental approach to the flow model of intrinsic motivation. *Pers Soc Psychol Bull* 34(2): 196–209.
- Kielhofner G (2008). *Model of human occupation: theory and application*. 4th ed. Lippincott: Williams & Wilkinson.
- Killips CA, Cooper M, Freire E, McGinnis S (2012). Motivation as a predictor of outcomes in school-based humanistic counselling. *Counsell Psychother Res J* 12(2): 93–9. doi: [10.1080/14733145.2011.628030](https://doi.org/10.1080/14733145.2011.628030).

- Kurkinen J (2015). A qualitative narrative study of the transformative and healing effects of creativity and expressive arts therapy. *Dissertation Abstracts. Journal of Poetry Therapy* 28(1): 66–7. doi:10.1080/08893675.2015.990765.
- Levack WM (2009). Ethics in goal planning for rehabilitation: A utilitarian perspective. *Clin Rehabil* 23: 345–51. doi: [10.1177/0269215509103286](https://doi.org/10.1177/0269215509103286).
- Liu D, Liao H, Loi R (2012). The dark side of leadership: a three-level investigation of the cascading effect of abusive supervision on employee creativity. *Acad Manage J* 55(5): 1187–212. doi: [10.5465/amj.2010.0400](https://doi.org/10.5465/amj.2010.0400).
- Madsen J (2007). Innovation in occupational therapy – a fashion phenomenon, a natural development or a must? Dostopno na: <http://www.ucnorth.dk/Files/Filer/Microsite/IOT/articles/Innovation%20in%20occupational%20therapy.pdf> <11.4.2016>.
- Mayer J (2001). Nastajanje celostnega pogleda - ključ za ustvarjalnost tima. *Organizacija* 34: 429–34.
- Mayer J (2002). Od organizacije, ki dela, prek organizacije, ki se uči, do organizacije, ki ustvarja. *Organizacija* 35(9): 569–78.
- McHugh MC (2016). Experiencing flow: Creativity and meaningful task engagement for senior women. *Women Ther* 39(3/4): 280–95.
- McLean DL (2005). Organizational culture's influence on creativity and innovation: a review of the literature and implications for human resource development. *Adv Dev Hum Resour* 7(2): 226–39. doi: [10.1177/1523422305274528](https://doi.org/10.1177/1523422305274528).
- Merritt A, Boogaerts M (2014). Creativity and power: A qualitative, exploratory study of student learning acquired in a community nursing setting that is applied in future settings. *Contemp Nurse J Austral Nursing Profess* 46(2): 225–33.
- Mirowsky J, Ross CE (2003). *Education, social status and health*. New York: Aldine de Gruyter.
- Moniarou-Papaconstantinou V, Triantafyllou K (2015). Job satisfaction and work values: Investigating sources of job satisfaction with respect to information professionals. *Libr Inf Sci Res* 37(2): 164–70. doi: [10.1016/j.lisr.2015.02.006](https://doi.org/10.1016/j.lisr.2015.02.006).
- Müllersdorf M, Ivarsson A (2016). What, why, how - creative activities in occupational therapy practice in Sweden. *Occup Ther Int* 23(4): 369–78. doi: [10.1002/oti.1438](https://doi.org/10.1002/oti.1438).
- Oanes JC, Anderssen N, Borg M, Karlsson B (2015). How do therapists respond to client feedback? A critical review of the research literature. *Scandinavian Psychologist* 2: 1–17. doi: [10.15714/scandpsychol.2.e17](https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e17).
- Oven A (2016). *Vpliv enkratnosti primera na ustvarjalnost delovnega terapevta*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Oven A, Lobe B (2018). Creative occupational therapist: It's about the client using focus groups to explore creativity in occupational therapy. *J Creat Behav*. doi: [10.1002/jocb.344](https://doi.org/10.1002/jocb.344).
- Ovsenik M (2013). Ustvarjalnost kot izziv časa. In: 25. Forum odličnosti in mojstrstva Otočec 2013, 67–78.
- Philp M, Egan S, Kane R (2012). Perfectionism, over commitment to work, and burnout in employees seeking workplace counselling. *Aust J Psychol* 64(2): 68–74.
- Pompe A (2011). *Ustvarjalnost in inovativnost: nujnost sodobnega podjetništva*. Ljubljana: GEA College.
- Rebeiro KL (2000). Client perspectives on occupational therapy practice: Are we truly client-centred? *Can J Occup Ther* 67: 7–14. doi: [10.1177/000841740006700103](https://doi.org/10.1177/000841740006700103).
- Robertson L, Griffiths S (2012). Problem solving in occupational therapy. In: Robertson L, eds. *Clinical reasoning in occupational therapy: Controversies in practice*. 1<sup>st</sup> ed. Chichester: Blackwell Publishing Ltd., 1–14.

- Rouse A, Armstrong J, McLeod J (2015). Enabling connections: Counsellor creativity and therapeutic practice. *Couns Psychother Res* 15(3): 171–9. doi: [10.1002/capr.12019](https://doi.org/10.1002/capr.12019).
- Runco MA (2004). Creativity. *Annu Rev Psychol* 55 (1): 657–87.
- Runco MA, Jaeger GJ (2012). The standard definition of creativity. *Creativity Res J* 24(1): 92–6. doi: [10.1080/10400419.2012.650092](https://doi.org/10.1080/10400419.2012.650092).
- Schmid T (2004). Meanings of creativity within occupational therapy practice. *Aust Occup Therap J* 51(2): 80–8.
- Shalley EC, Gilson LL, Blum TC (2000). Matching creativity requirements and the work environment: effects on satisfaction and intentions to leave. *Acad Manage J* 43(2): 215–23.
- Stoeber J, Davis CR, Townley J (2013). Perfectionism and workaholism in employees: The role of work motivation. *Pers Individ Dif* 55(7): 733–8.
- Sumsion T (2000). A revised occupational therapy definition of client centred practice. *Br J Occup Ther* 63(7): 304–9. doi: [10.1177/030802260006300702](https://doi.org/10.1177/030802260006300702).
- Tonga E, Düger T, Karataş M (2015). Effectiveness of client-centered occupational therapy in patients with rheumatoid arthritis: Exploratory randomized controlled trial. *Arch Rheumatol* 31(1): 6–13. doi: [10.5606/ArchRheumatol.2016.5478](https://doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2016.5478).
- Weisberg R (2015). On the usefulness of “value” in the definition of creativity. *Creativity Res J* 27(2): 111–24. doi: [10.1080/10400419.2015.1030320](https://doi.org/10.1080/10400419.2015.1030320).
- Zupan N (2001). *Nagradite uspešne*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.



## Izkušnje študentov delovne terapije s klinično prakso

### Experience of occupational therapy students with practice placement

dr. Alenka Oven<sup>1</sup>, Martina Bučar<sup>2</sup>, Laura Kostanjšek<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Klinična praksa je pomemben del izobraževanja, saj študentom omogoči povezovanje teoretičnega in praktičnega znanja, pridobivanje specifičnih znanj in spretnosti ter jim ponuja priložnosti za profesionalni razvoj. Ugotavljali smo, kaj študentje 3. letnika in diplomati delovne terapije menijo o klinični praksi in svoji pripravljenosti nanjo, s katerimi izzivi in težavami se pri njenem opravljanju srečujejo in katere so po njihovem mnenju pomembne lastnosti in kompetence dobrega mentorja. **Metode:** Spletni vprašalnika v okviru kvantitativne raziskave je izpolnilo 132 študentov in diplomantov delovne terapije. **Rezultati:** Anketiranci menijo, da imajo ustrezen odnos do dela in upoštevajo kodeks etike, manj pa se strinjajo, da imajo za opravljanje klinične prakse dovolj strokovnega znanja. Menijo, da jim klinična praksa omogoča seznanjanje s posebnostmi na določenem področju. Po njihovem mnenju sta najbolj pomembni kompetenci/lastnosti mentorja strokovnost in odgovornost, najmanj pa samozavest in ustvarjalnost. **Razprava in zaključek:** Študentje se morajo na klinično prakso dobro pripraviti, se soočiti z ovirami pri njenem opravljanju ter dobro sodelovati z mentorjem, da jo lahko zaključijo z novim znanjem, spretnostmi in izkušnjami. Tak izid je v zadovoljstvo tako študentu kot mentorju.

**Ključne besede:** študij delovne terapije, klinično usposabljanje, klinični mentor.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Practice placement is an essential part of education, enabling students to link theory with practice, gain specific knowledge and skills, and is an opportunity to develop professionally. We explored the opinions of third-year students and new graduates of occupational therapy regarding the practice placement and their preparedness for it, the main challenges and problems encountered during their fieldwork, and the essential characteristics and competencies of a good fieldwork educator. **Methods:** An online survey that was a part of a quantitative study was completed by 132 students and graduates of occupational therapy. **Results:** The participants felt they have a good work attitude and follow the code of ethics. However, they did not fully agree that they have sufficient professional knowledge for practice placement. They think that the placement enables them to become familiar with the specifics of a particular field of practice. According to the participants, professional proficiency and responsibility are the most important characteristics/competencies of a fieldwork educator, while self-confidence and creativity are the least important. **Discussion and Conclusion:** If the outcome of practice placement is to include new knowledge, skills, and experience, students need to be well prepared for the practice placement, overcome

different barriers and develop a good collaboration with the fieldwork educator. A positive result is satisfactory for both the student and the fieldwork educator.

**Keywords:** occupational therapy studies, clinical training, fieldwork educator.

## IZHODIŠČA

Študentje delovne terapije (v nadaljevanju DT) v okviru študija opravljajo klinično prakso (v nadaljevanju KP), ki je eden najpomembnejših delov izobraževanja, saj študentom predstavlja most med teoretičnim in praktičnim znanjem, ponuja priložnosti za strokovni razvoj ter spodbuja in usmerja pri pridobivanju specifičnih znanj in spretnosti (Boswell et al., 2017, Rezaee et al., 2014). KP je zelo pomembna za razvoj profesionalnega odnosa in kot priprava na opravljanje poklica (Perram et al., 2016). Tekom opravljanja KP študentje pridobijo znanja, ki vplivajo na samozavest pri izvajanju obravnave, informacije in znanje o poklicu, ki ga bodo v prihodnosti opravljali in tudi informacije o ostalih poklicih, s katerimi bodo pri opravljanju svojega dela sodelovali (Naidoo, Van Wyk, 2016).

Zelo pomembno je, da so študentje pred KP dobro pripravljeni na izzive, ki jih čakajo v kliničnem okolju (Rezaee et al., 2014), vendar pa Knecht-Sabres in sodelavci (2013) ugotavljajo, da temu ni tako in da bi študentje pred KP potrebovali več priprav, saj se ne čutijo dovolj pripravljene na izzive, povezane z opravljanjem KP (Naidoo et al., 2014). Adam in sodelavci (2013) navajajo, da mora okolje KP nuditi dovolj priložnosti, da študentje pridobljeno teoretično znanje prenesejo v prakso. Tako pridobijo celovitejši vpogled v delovno prakso, naloge in vloge delovnega terapevta v posamezni inštituciji.

Na KP naj bi študentje pridobili ogromno izkušenj in znanja, ki ga v predavalnicah ni mogoče pridobiti. Sam prehod v klinično okolje, kjer poteka KP, je lahko za študente stresen (Grace, O'Neil, 2014). Stres pa lahko zmanjša učinkovitost dela z uporabniki, hkrati pa študentje čutijo, da nimajo vsega pod nadzorom, kar lahko pripelje do napačnih reakcij in odločitev (Rezaee et al., 2014). V tujini kot problem pri izvedbi KP izpostavljajo tudi pomanjkanje kadra - mentorjev, krajšo prisotnost uporabnikov (kratke hospitalizacije), omejena finančna sredstva, vse večje število študentov in pomanjkanje ustanov, kjer se KP izvaja (Brown et al., 2011), kljub temu pa naj bi študentje imeli dovolj priložnosti za opazovanje, razvoj in razumevanje prakse (Adam et al., 2013). Knecht-Sabres in sodelavci (2013) ugotavljajo, da se študentje pri opravljanju KP soočajo predvsem z izzivi in ovirami kot so: sposobnost kritičnega mišljenja in hitrega odzivanja, učinkovito prilagajanje hitremu tempu in zahtevnosti obravnave ter pomanjkanje specifičnega znanja.

KP poteka v različnih ustanovah pod vodstvom kliničnih mentorjev, katerih naloga je usmerjanje študentov skozi proces obravnave, ki ga študentje na KP podrobneje spoznavajo in utrjujejo (Adam et al., 2013). Pri KP si študentje želijo dosežati čim boljše rezultate, hkrati pa se izkazati in dokazati mentorju, zato se bojijo neuspeha, kar jih dodatno ovira pri pridobivanju znanja (Naidoo, Van Wyk, 2016). Študentje mentorja dojemajo kot vzornika, česar se mentorji pogosto ne zavedajo (Vinales, 2015). Da študent pridobi kar največ znanja, je pomembno, da ga mentor dobro pozna, saj mu le v tem primeru lahko ponudi ravno pravi izziv, ki so ga študentje opredelili kot mešanico izziva in učenja s pomočjo podpore, vodenja, spodbude, priprave ipd. (Rodger et al., 2013). Študentje DT so izpostavili, da prisotnost mentorja pripomore k pridobivanju samozavesti, spretnosti in znanja za opravljanje dela (Naidoo et al., 2014). Barnes in Parish (2017) ter Perram s sodelavci (2016) mentorja prepoznajo kot pomemben dejavnik pri izvedbi KP in navajajo, da študentje potrebujejo in želijo mentorja, ki je pristen, skrben, spoštljiv, vedno na razpolago, jim nudi podporo in ima veliko znanja, ki ga predaja študentom.

Vsi zgoraj navedeni dejavniki vplivajo na to, koliko znanja, spretnosti in izkušenj bo posamezen študent pridobil na KP. Končni izid vseh dejavnikov je večje ali manjše zadovoljstvo študenta in mentorja.

Študentje študijskega programa delovna terapija na Zdravstveni fakulteti v tretjem letniku opravljajo KP, ki je sestavljena iz dveh sklopov: KP 1, ki traja devet tednov in KP 2, ki traja šest tednov.

V Sloveniji raziskava o izkušnjah študentov in diplomantov DT s KP še ni bila izvedena. Zato smo želeli ugotoviti, kaj študentje 3. letnika in diplomanti DT menijo o izvedbi in kako so zadovoljni s KP, kako so nanjo pripravljeni in s kakšnimi težavami in izzivi se med opravljanjem KP srečujejo. Zanimalo nas je tudi, katere so tiste lastnosti in kompetence mentorja, ki so po njihovem mnenju pomembne za dobro opravljeno KP.

Opredelili smo naslednje hipoteze:

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

H2: Študentje DT se bolj strinjajo s trditvijo, da občutijo zadovoljstvo kadar jih mentor pohvali, kot s trditvijo, da zaradi izvajanja KP pridobivajo na samopodobi.

H3: Študentje delovne terapije ocenjujejo, da je strokovnost bolj pomembna kompetenca dobrega mentorja kot to, da si zanje vzame čas.

H4: Študente DT pomanjkanje znanja pri izvajanju KP enako ovira, kot prevelika lastna pričakovanja.

## **METODE**

Podatke v kvantitativni raziskavi smo s pomočjo spletnega vprašalnika od 30. 3. do 15. 5. 2018 zbirali med študenti 3. letnika in diplomanti DT, ki so KP opravljali v zadnjih petih letih. Anketni vprašalnik smo oblikovali s pomočjo odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje IKA. Pred anketiranjem smo izvedli pilotni preizkus z desetimi naključno izbranimi študenti/diplomanti DT, ki niso imeli pripomb, zato vprašalnika nismo spreminjali. Povabilo k sodelovanju s povezavo do spletne ankete smo na osnovi podatkov iz baze Zdravstvene fakultete študentom/diplomantom študijskega programa DT poslali na njihove e-naslove.

Vprašalnik smo sestavili na podlagi študija literature, delno smo ga priredili po Korelc (2013). Sestavljajo ga demografska vprašanja in štirje sklopi trditev: o pripravljenosti študentov DT na KP, o KP in njenem izvajanju, o lastnostih oz. kompetencah mentorja, ki so po mnenju študentov pomembne pri izvedbi KP ter o ovirah pri izvajanju KP. Anketiranci so odgovarjali s pomočjo 5 stopenjske Likertove lestvice od 1 do 5: 1 – sploh se ne strinjam / sploh ni pomembna / me sploh ne ovira, 2 – ne strinjam se / ni pomembna / me ne ovira, 3 – delno se ne strinjam, delno se strinjam / delno ne pomembna in delno pomembna / delno me ovira in delno ne ovira, 4 – strinjam se / je pomembna / me ovira, 5 – popolnoma se strinjam / je zelo pomembna / me zelo ovira.

Statistična obdelava, analiza in prikaz podatkov so bili narejeni z računalniškima programoma IBM SPSS Statistics 22. 0. 0. (SPSS Inc., Chicago, ZDA) in Microsoft Excel 2010 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA). Zanesljivost vprašalnika smo preverjali s Cronbachovim koeficientom zanesljivosti ( $\alpha$ ), hipoteze pa s t-testom za odvisne vzorce, pri čemer smo kot stopnjo tveganja izbrali  $p < 0.05$ .

## REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 132 študentov 3. letnika in diplomantov DT; na vsa vprašanja jih je odgovorilo 105, od tega 10 (9,5%) moških in 95 (90,5%) žensk. Povprečna starost anketirancev znaša 24 let.

Za prvi sklop vprašanj je Cronbachov koeficient zanesljivosti znašal  $\alpha = 0,883$ , kar pomeni dobro zanesljivost. Za drugi sklop je znašal  $\alpha = 0,728$  (sprejemljiva zanesljivost), za tretjega  $\alpha = 0,928$  (odlična zanesljivost) ter za zadnji sklop  $\alpha = 0,898$  (dobra zanesljivost). Celotni vprašalnik ima visoko stopnjo zanesljivosti (Ferligoj et al., 1995).

Tabela 1: Ocene strinjanja s trditvami o pripravljenosti študentov na KP.

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Za izvedbo KP imam dovolj strokovnega znanja.	3%	8%	38%	39%	12%	132	3,48	0,92
Pod nadzorom mentorja sem sposoben/na izvesti DT obravnavo.	0%	2%	11%	46%	41%	132	4,25	0,75
Znam vzpostaviti dober odnos z uporabniki.	1%	1%	4%	36%	58%	132	<b>4,51</b>	0,68
Vzpostavim dober odnos z mentorjem.	0%	1%	10%	45%	44%	132	4,33	0,68
Znam ustrezno komunicirati z uporabniki.	0%	0%	9%	35%	56%	132	4,47	0,66
Sem empatičen/a.	0%	0%	2%	30%	68%	132	<b>4,66</b>	0,52
Upoštevam kodeks etike.	0%	0%	2%	21%	77%	132	<b>4,76</b>	0,46
Povezujem se z ostalimi člani tima.	1%	2%	17%	40%	40%	132	4,15	0,84
Imam dober odnos z ostalimi člani tima.	0%	0%	14%	45%	41%	132	4,28	0,69
Sem pripravljen/a na delo.	0%	1%	4%	26%	69%	132	<b>4,63</b>	0,61
Do dela imam ustrezen odnos.	0%	0%	1%	23%	76%	132	<b>4,74</b>	0,47
Sem samoiniciativen/a.	0%	1%	11%	45%	43%	132	4,30	0,70
Sem urejen/a (pričeska, nohti, uniforma).	0%	0%	0%	25%	75%	132	<b>4,75</b>	0,43
Upoštevam bonton.	0%	0%	0%	15%	85%	132	<b>4,85</b>	0,36

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M povprečna vrednost - številke so odebeljene pri vrednostih, višjih od 4,50; s. o. = standardni odklon.

V povprečju se anketirani študentje/diplomanti DT najbolj strinjajo s trditvijo, da na KP upošteva bonton ( $M = 4,85$ ). Visoko povprečno vrednost so dosegle tudi trditve, da upošteva kodeks etike ( $M = 4,76$ ), da na KP prihajajo urejeni ( $M = 4,75$ ) ter da imajo do dela ustrezen odnos ( $4,74$ ) (Tabela 1).

Anketiranci se v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da so pod nadzorom mentorja sposobni izvesti obravnavo ( $M = 4,25$ ), kot s trditvijo, da imajo dovolj strokovnega znanja ( $M = 3,48$ ). T-test za odvisne vzorce je pokazal, da je razlika statistično značilna ( $t = 10,997$ ,  $p = 0,000$ ), zato prvo hipotezo ( $H_1$ ) potrdimo.

V povprečju se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da občutijo zadovoljstvo, kadar jih mentor pohvali ( $M = 4,67$ ). Visoko povprečno vrednost sta dosegli tudi trditvi, da jim KP omogoča seznanjanje s posebnostmi na določenem področju ( $M = 4,53$ ) ter da jih dober mentor motivira za opravljanje KP ( $M = 4,45$ ). Sodelujoči v raziskavi se najmanj strinjajo s trditvijo, da imajo na voljo pester izbor inštitucij za izvajanje KP ( $M = 3,18$ ). (Tabela 2).

Anketirani študentje/diplomanti DT se v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da občutijo zadovoljstvo, kadar jih mentor pohvali ( $M = 4,67$ ), kot s trditvijo, da zaradi KP pridobivajo na samopodobi ( $M = 4,18$ ). Razlika med trditvama je na podlagi T-test za odvisne vzorce statistično značilna ( $t = 6,068$ ,  $p = 0,000$ ), zato drugo hipotezo ( $H_2$ ) potrdimo.

Tabela 2: Ocene strinjanja s trditvami o KP in njenem izvajanju.

Trditev	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Pri opravljanju KP uspešno prenašam znanje iz teorije v prakso.	1%	3%	28%	52%	16%	119	3,79	0,78
Za izvajanje KP sem dovolj pripravljen/a.	2%	6%	29%	50%	13%	119	3,68	0,84
Vlogo študenta delovne terapije opravljam dobro.	0%	0%	8%	59%	33%	119	4,26	0,59
Z mentorjem KP dobro sodelujem.	0%	1%	14%	50%	35%	119	4,19	0,70
Kadar me mentor pohvali, občutim zadovoljstvo.	0%	1%	0%	30%	69%	119	<b>4,67</b>	0,52
Z mentorjem KP sem na splošno zadovoljen.	0%	1%	24%	45%	30%	119	4,03	0,76
Mentor mi namenja dovolj pozornosti in časa.	1%	4%	30%	43%	22%	119	3,83	0,85
Zaradi izvajanja KP pridobivam na samopodobi	1%	4%	12%	45%	38%	119	4,18	0,83
Študentje imamo dovolj pester izbor inštitucij za izvajanje KP.	12%	19%	23%	31%	15%	119	3,18	1,25
Zaradi opravljanja KP pridobivam strokovne kompetence.	0%	1%	8%	43%	47%	119	<b>4,38</b>	0,68
Dober mentor me motivira za opravljanje KP.	2%	0%	4%	40%	54%	119	<b>4,45</b>	0,73
S strani fakultete dobim ustrezna navodila glede opravljanja / izvajanja KP.	2%	5%	34%	49%	10%	119	3,61	0,8
Želel/a bi, da bi mi inštitucija med KP zagotovila organizirano malico.	3%	9%	16%	30%	42%	119	3,99	1,11
Denarna nagrada za izvedbo KP bi mi veliko pomenila.	4%	11%	12%	29%	44%	119	3,98	1,18
KP mi omogoča seznanjenje s posebnostmi na določenem področju.	0%	2%	3%	35%	60%	119	<b>4,53</b>	0,65
Želel/a bi si (še) več KP, saj jo je premalo.	1%	2%	17%	24%	56%	119	<b>4,34</b>	0,88

Legenda: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh se ne strinjam do 5 = popolnoma se strinjam, N = število vseh odgovorov, M povprečna vrednost - številke so odebeljene pri vrednosti višji od 4,2; s. o. = standardni odklon.

Anketiranci se z vsemi navedenimi lastnostmi in kompetencami, pomembnimi za dobrega mentorja, strinjajo s povprečno oceno najmanj  $M = 4,4$ . V povprečju se najbolj strinjajo s trditvijo, da mora biti dober mentor sposoben svetovati študentu ( $M = 4,83$ ). Tudi strokovnost ( $M = 4,81$ ), sposobnost predajanja znanja študentu in vzpostavljanje dobrih medsebojnih odnosov (obe  $M = 4,79$ ), zanesljivost ( $M = 4,77$ ) ter odgovornost ( $M = 4,76$ ) so dosegle visoko povprečno vrednost. Pri dobrem mentorju je anketirancem najmanj pomembno, da je ustvarjalen ( $M = 4,45$ ) in samozavesten ( $M = 4,47$ ) (Tabela 3).

Anketirani študentje/diplomanti DT se v povprečju bolj strinjajo, da je strokovnost pomembnejša kompetenca dobrega mentorja ( $M = 4,81$ ), kot s tem, da si vzame čas za študenta ( $M = 4,69$ ). T-test za odvisne vzorce je pokazal, da je razlika statistično značilna ( $t = 2,307$ ,  $p = 0,023$ ), zato tretjo hipotezo ( $H_3$ ) potrdimo.

V povprečju se anketiranci v največji meri strinjajo, da jih pri opravljanju KP najbolj ovira to, da mentor ni motiviran ( $M = 3,96$ ). Druge ovire, ki so dosegle visoko povprečno vrednost, so preobremenjenost mentorja ( $M = 3,93$ ), neustrezen odnos mentorja do študenta ( $M = 3,89$ ) ter nemotiviranost študentov ( $M = 3,87$ ). Študente v povprečju najmanj ovira mentorjevo ocenjevanje dela študentov ( $M = 3,39$ ) (Tabela 4).

Študentje/diplomanti DT se v povprečju bolj strinjajo, da jim pomanjkanje znanja ( $M = 3,81$ ) predstavlja večjo oviro pri opravljanju KP kot prevelika lastna pričakovanja ( $M = 3,47$ ). T-test za odvisne vzorce je pokazal, da je razlika statistično značilna ( $t = 3,663$ ,  $p = 0,000$ ), posledično četrto hipotezo ( $H_4$ ) ovržemo.

Tabela 3: Pomembnost lastnosti oz. kompetenc dobrega mentorja pri izvedbi KP.

Lastnost oz. kompetenca	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Zanesljivost	0%	0%	1%	21%	78%	110	<b>4,77</b>	0,44
Vzpostavljanje dobrih medseb. odnosov	0%	0%	1%	19%	80%	110	<b>4,79</b>	0,43
Samoiniciativnost	0%	0%	4%	34%	62%	110	4,57	0,58
Dobre komunikacijske sposobnosti	0%	0%	1%	31%	68%	110	4,67	0,49
Sposobnost empatije	0%	0%	1%	24%	75%	110	<b>4,74</b>	0,46
Strokovnost	0%	0%	0%	19%	81%	110	<b>4,81</b>	0,39
Sposobnost predajanja znanja študentu	0%	0%	2%	17%	81%	110	<b>4,79</b>	0,45
Zaupljivost	0%	0%	4%	31%	65%	110	4,62	0,56
Prijaznost	0%	0%	4%	27%	69%	110	4,65	0,55
Za študenta si vzame čas	0%	0%	0%	26%	69%	110	4,69	0,46
Odkritost	0%	0%	4%	34%	62%	110	4,59	0,56
Samozavest	0%	0%	6%	40%	54%	110	4,47	0,62
Predanost delu	0%	0%	7%	31%	62%	110	4,56	0,61
Dobro sodelovanje z drugimi člani tima	0%	0%	4%	30%	66%	110	4,63	0,56
Sposobnost upravljanja s stresom	0%	0%	4%	36%	60%	110	4,56	0,57
Vzor študentu	0%	1%	1%	30%	68%	110	4,65	0,55
Sposobnost svetovanja študentu	0%	0%	1%	15%	84%	110	<b>4,83</b>	0,40
Nudenje moralne podpore študentu	0%	0%	8%	25%	67%	110	4,59	0,64
Vztrajnost	0%	0%	4%	40%	56%	110	4,52	0,57
Odgovornost	0%	0%	0%	24%	76%	110	<b>4,76</b>	0,43
Natančnost	0%	0%	3%	29%	68%	110	4,65	0,53
Čustvena stabilnost	0%	0%	2%	36%	62%	110	4,60	0,53
Ustvarjalnost	0%	0%	9%	36%	55%	110	4,45	0,66
Iskrenost	0%	0%	0%	35%	65%	110	4,65	0,48

Tabela 4: Ovire pri opravljanju KP.

Ovira	1	2	3	4	5	N	M	s. o.
Pomanjkanje strokovnega znanja.	3%	6%	27%	37%	27%	105	<b>3,81</b>	1,00
Pomanjkanje časa za priprave na KP.	1%	12%	32%	41%	14%	105	3,55	0,92
Oprav. KP na neželenem oddelku/instituciji.	4%	6%	19%	44%	27%	105	<b>3,82</b>	1,04
Prevelika lastna pričakovanja	3%	12%	30%	46%	9%	105	3,47	0,93
Ovire s strani organizacije (garderobe,...)	5%	11%	40%	34%	10%	105	3,35	0,97
Neustrez. odnos ostalih študentov do mentorja.	4%	17%	24%	39%	16%	105	3,47	1,07
Neustrezen odnos mentorja do študentov.	4%	8%	17%	39%	32%	105	<b>3,89</b>	1,07
Preobremenjenost mentorja.	3%	3%	20%	47%	27%	105	<b>3,93</b>	0,92
Nemotiviranost študentov.	3%	8%	17%	45%	27%	105	<b>3,87</b>	1,00
Nemotiviranost mentorja.	3%	7%	20%	32%	38%	105	<b>3,96</b>	1,06
Lastna preobremenjenost.	2%	8%	25%	39%	26%	105	<b>3,81</b>	0,98
Prevelika pričakovanja s strani fakultete.	4%	14%	25%	36%	21%	105	3,56	1,09
Prevelika pričakovanja s strani mentorja.	5%	13%	21%	46%	15%	105	3,53	1,06
Mentorjevo ocenjevanje dela študenta/ov	8%	14%	24%	40%	14%	105	3,39	1,13
Delo s sošudenti, ki imajo pomanjk. znanje.	3%	7%	20%	45%	25%	105	<b>3,81</b>	0,99

Legenda za tabeli 3 in 4: Posamezne ocene so izražene v deležih in pomenijo od 1 = sploh ni pomembna / me sploh ne ovira do 5 = je zelo pomembna / me zelo ovira, N = število vseh odgovorov, M povprečna vrednost - številke so odebeljene pri višjih vrednostih višjih od 3,80; s. o. = standardni odklon.

## RAZPRAVA

Študentje DT v času študija pridobijo veliko znanja, ki ga morajo prenesti v prakso. Izsledki raziskave so pokazali, da se študentje/diplomanti DT glede pripravljenosti na KP najbolj strinjajo, da imajo ustrezen odnos do dela, upoštevajo kodeks etike, so urejeni in upoštevajo bonton. Najmanj pa se strinjajo, da imajo dovolj strokovnega znanja. Chipchase in sodelavci (2012) navajajo, da mentorji na KP bolj spoštujejo študentovo pripravljenost na KP, profesionalnost in osebne lastnosti, kot pa znanje in razumevanje. Na drugi strani pa tudi mentorji izpostavljajo urejenost in izgled ter pripravljenost za sodelovanje. Anketiranci v naši raziskavi se strinjajo s trditvami, da jim KP omogoča seznanjenje s posebnostmi na določenem področju in da jih mentor motivira za izvajanje KP, kar kot pomemben izid KP navaja tudi Rezaee s sodelavci (2014). Manj pa se strinjajo, da z opravljanjem KP pridobivajo strokovne kompetence ter da imajo dovolj pester izbor inštitucij za izvedbo KP. Pomanjkanje ustanov za KP kot problem v tujini zaznava tudi Brown s sodelavci (2011).

Menimo, da bi bilo smiselno razmisliti o možnosti razširitve nabora področij za opravljanje KP. Tako bi bila izvedba KP mogoča na več področjih, študentje pa bi se tako imeli več možnosti, da bi izvajali KP na področju, ki jih veseli. Posledično bi bili na KP tudi bolj uspešni, saj bi bili notranje motivirani.

Ugotavljamo, da se študentje/diplomanti DT statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da so pod nadzorom mentorja sposobni izvesti obravnavo, kot s trditvijo, da imajo dovolj strokovnega znanja. Menimo, da bi bilo smiselno podrobneje raziskati, zakaj študentje tako menijo oz. kje konkretno čutijo primanjkljaj.

Chipchase in sodelavci (2012) ter Ramanan s sodelavci (2002) so ugotovili, da se morajo po mnenju mentorjev študentje v KP aktivno vključevati, pridobivati nove izkušnje in dosegati rezultate, upoštevati kodeks etike in ravnanja, biti samoiniciativni, odgovorni, pošteni in spoštljivi do mentorja. Pomemben je tudi strokovni odnos, imeti morajo željo po novih izkušnjah, dobre komunikacijske sposobnosti ter sposobnost empatije. Študentje/diplomanti DT, ki so sodelovali v naši raziskavi, menijo, da upoštevajo kodeks etike, so odgovorni in vzpostavijo ustrezen odnos do mentorja. Govekar - Okoliš (2009) navajata, da morajo študentje priti na prakso pripravljeni in ustrezno urejeni, s čimer se strinjajo tudi naši študentje. Mentorji z veseljem vodijo in usmerjajo študente v procesu obravnave, če so izpolnjeni predhodni pogoji. Naidoo in Van Wyk (2016) navajata mnenje mentorjev, da študentje za uspešno KP potrebujejo jasne smernice in mentorja, s katerim sprotno evalvirajo potek obravnave. Med obravnavo pa so zato bolj uspešni in hkrati pridobivajo več novega strokovnega znanja. Sodelujoči v naši raziskavi se strinjajo, da so v času KP pridobili na strokovnem znanju in samopodobi.

James in Musselman (2005) poudarjata, da kakovost odnosa med študentom DT in mentorjem močno vpliva na učenje in uspešnost študenta. Študentje dobijo dodatno motivacijo za učenje in opravljanje KP, če jih mentor pohvali. To potrjujejo rezultati naše raziskave, saj se sodelujoči študentje in diplomanti DT strinjajo s trditvijo, da jih mentor s pohvalo motivira za opravljanje KP. To zanje pomeni, da delajo dobro in da so na dobri poti, da še izboljšajo svoje znanje, spretnosti ter pridobivajo več izkušenj na področju DT. Fountain in Newcomer (2016) navajata mnenja študentov, da jim mentorstvo pomaga pri učenju, raziskovanju in načrtovanju kariere, da je podpora pomembna za njihov uspeh in tako posledično pridobivajo tudi na samopodobi. Navedeno se navezuje na naše ugotovitve, da se študentje/diplomanti DT v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da občutijo zadovoljstvo, kadar jih mentor pohvali, kot s trditvijo, da zaradi izvajanja KP pridobivajo na samopodobi. Razlika je statistično značilna.

Mentor s svojimi lastnostmi/kompetencami ima pomembno vlogo oz. je najpomembnejši dejavnik pri tem, da ima študent s KP pozitivno izkušnjo (Brown, 2013). Anketirani

študentje/diplomanti DT so kot najpomembnejše lastnosti/kompetence mentorja ocenili: strokovnost, odgovornost, sposobnost predavanja znanja in svetovanje študentu, manj pomembni pa sta samozavest in ustvarjalnost, čeprav je povprečna ocena še vedno visoka. Tudi Naidoo in sodelavci (2014) v svoji raziskavi ugotavlja, da je strokovnost ena najpomembnejših kompetenc mentorja. Študentje pri mentorju cenijo tudi vseživljenjsko učenje (Rodger et al., 2013), saj jim mentor le tako lahko ponudi najnovejše informacije in znanja.

Za učinkovito svetovanje, usmerjanje in predajanje znanja študentu je nujno, da mentor z njim vzpostavi dober in zaupen odnos, ki omogoča dobro komunikacijo, medsebojno razumevanje in empatijo (Hudson, 2016; Gopee, 2011). S to trditvijo se strinjajo tudi študentje in diplomanti DT, ki so sodelovali v naši raziskavi. Hudson (2016) poudarja, da dober odnos ne pomeni, da sta mentor in študent najboljša prijatelja, ampak sta povezana strokovno. Meja med obema oblikama pa je včasih lahko zelo tanka in jo hitro prestopimo.

Ugotovili smo, da je za študente/diplomant DT strokovnost kot kompetenca dobrega mentorja strokovnost bolj pomembna, kot da si mentor za študenta vzame čas. Med njima je statistično pomembna razlika. Strinjamo se, da je strokovnost bolj pomembna, vendar pa mora biti čas, ki si ga mentor vzame za študenta, dobro izkoriščen.

Mentorji se soočajo s preobremenjenostjo in pomanjkanjem časa, kar je eden glavnih razlogov za nezadovoljstvo tako mentorjev kot študentov (Hudson, 2013, Satler, 2011). Tudi anketirani študentje/diplomanti DT so kot največje ovire pri izvajanju KP izpostavili nemotiviranost študenta in mentorja, preobremenjenost mentorja ter neustrezen odnos mentorja do študenta. V primeru, da ni ustreznega odnosa med mentorjem in študentom, študent ne napreduje in ne pridobiva toliko znanja. Obenem ima študent določena pričakovanja glede mentorja, ki pa niso vedno izpolnjena (Yap et al., 2017).

Tryssenaar in Perkins (2001) navajata, da spretnosti DT obravnave študentje pridobijo z izkušnjami, s tem pa pridobivajo tudi na strokovnosti. Dodajata, da študentje menijo, da so pripravljeni za reševanje problemov, iskanje informacij in organizacijo, čutijo pa pomanjkanje specifičnih znanj. Pomanjkanje (specifičnih) znanj so ocenili kot eno največjih ovir, s katerimi se študentje srečujejo pri opravljanju KP, s čimer se strinjajo tudi anketiranci v naši raziskavi. Slednjim v povprečju večjo oviro predstavlja pomanjkanje znanja kot prevelika lastna pričakovanja, statistično pomembne razlike pa nismo zaznali. Jamshidi (2012) ugotavlja, da so študentje, ki so si postavili visoka lastna pričakovanja, bolj izpostavljeni stresu. Zato je prehod iz predavalnice v klinično okolje lažji, če si ga študentje predstavljajo kot novo odkritje in učenje od uporabnikov in mentorjev, ter preizkušanje lastne presoje (Tryssenaar, Perkins, 2001).

Smiselno bi bilo podrobneje raziskati, kaj študentje na KP pričakujejo od sebe pa tudi od mentorja in same KP. Dejstvo je, da študentje za učinkovito izvedbo KP potrebujejo dovolj strokovnega znanja, saj le tako pridobijo ustrezne spretnosti in izkušnje, ki so pomembne za samo izkušnjo KP (Mulholland, Deradall, 2007).

## ZAKLJUČEK

KP je zelo pomemben del izobraževanja bodočih DT, ki jim omogoča prenos teoretičnega znanja v prakso in celovit vpogled v stroko. Za uspešno KP morajo biti zagotovljeni ustrezni pogoji. Pomembno je, da imajo študentje velik in raznolik nabor področij za opravljanje KP, da so za opravljanje KP dobro pripravljeni in motivirani, se znajo soočiti z ovirami in dobro sodelovati z mentorjem. Uspeh pa je odvisen tudi od pripravljenosti mentorjev za sodelovanje, njihovih osebnostnih lastnosti/kompetenc in strokovne usposobljenosti ter



odnosa mentorjev do študenta/ov. Navedenemu bi bilo v bodoče smiselno nameniti več pozornosti.

## LITERATURA

- Adam K, Strong J, Chipchase L (2013). Preparing occupational therapy and physiotherapy students for work-related practice: a clinical education initiative at one australian university. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 11(1): 1–9.
- Brown T, Williams B, McKenna Let al. (2011). Practice education learning environments: the mismatch between perceived and preferred expectations of undergraduate health science students. *Nurse Educ Today* 31(8): 22–8.
- Barnes LJ, Parish R (2017). Improving student-perceived benefit of academic advising within education of occupational and physical therapy in The United States: a quality improvement initiative. *J Educ Eval Health Prof* 14: 4. doi: [10.3352/jeehp.2017.14.4](https://doi.org/10.3352/jeehp.2017.14.4).
- Boswell J, Stark MD, Wilson AD, Onwuegbuzie AJ (2017). The impact of dual roles in mentoring relationships: a mixed research study. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision* 9(2): Article 14. doi: [10.7729/92.1175](https://doi.org/10.7729/92.1175).
- Brown T, Williams B, Lynch M (2013). Relationship between clinical fieldwork educator performance and health professional students' perceptions of their practice education learning environments. *Nurs Health Sci* 15(4): 510–7.
- Chipchase LS, Buttrum JP, Dunwoodie R, Hill AE, Mandrusiak A, Moran M (2012). Characteristics of student preparedness for clinical learning: clinical educator perspectives using the delphi approach. *BMC Med Educ* 12(1): 1–9. doi: [10.1186/1472-6920-12-112](https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-112).
- Ferligoj A, Leskošek K, Kogovšek T (1995). *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fountain J, Newcomer KE (2016). Developing and sustaining effective faculty mentoring programs. *Journal of Public Affairs Education* 22(4): 483–506. doi: [10.1080/15236803.2016.12002262](https://doi.org/10.1080/15236803.2016.12002262).
- Grace S, O'Neil R (2014). Better prepared, better placement: An online resource for health students. *Asia-Pacific journal of cooperative education* 15(4): 291–304.
- Gopee N (2011). *Effective mentoring*. In: Gopee N. *Mentoring and supervision in healthcare*. London: SAGE Publications Inc., 8–54.
- Govekar-Okoliš M (2009). Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov v različnih delovnih organizacijah. *Andrag spoznan* 15(1): 77–89.
- Hudson P (2013). Mentoring as professional development: 'growth for both' mentor and mentee. *Professional Development in Education* 39(5): 771–83.
- Hudson P (2016). Forming the mentor-mentee relationship. *Mentoring and tutoring: Partnership in learning* 24(1): 30–43. doi: [10.1080/13611267.2016.1163637](https://doi.org/10.1080/13611267.2016.1163637).
- James KL, Musselman L (2005). Commonalities in level II fieldwork failure. *Occup Ther Health Care* 19(4): 67–81.
- Jamshidi L (2012). The challenges of clinical teaching in nursing skills and lifelong learning from the standpoint of nursing students and educators. *Procedia Soc Behav Sci* 46: 3335–8. doi: [10.1016/j.sbspro.2012.06.062](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.062).
- Knecht-Sabres L, Kovic M, Wallingford M, St.Arman LE (2013). Preparing occupational therapy students for the complexities of clinical practice. *Open J Occup Ther* 1(3): article 4. doi: [10.15453/2168-6408.1047](https://doi.org/10.15453/2168-6408.1047).
- Korelc Š (2013). *Mentorstvo kliničnih vaj v delovni terapiji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

- Mulholland S, Derdall M (2007). An early fieldwork experience: student and preceptor perspectives. *Can J Occup Ther* 74(3): 161–71. doi: [10.1177/000841740707400304](https://doi.org/10.1177/000841740707400304).
- Naidoo D, Van Wyk J (2016). Fieldwork practice for learning: lessons from occupational therapy students and their supervisors. *Afr J Health Prof Educ* 8(1): 37–40.
- Naidoo D, Van Wyk J, Joubert R (2014). Are final year occupational therapy students adequately prepared for clinical practice? A case study in KwaZulu-Natal. *S Afr J Occup Ther* 44(3): 24–8.
- Perram A, Hills C, Johnston C et al., (2016). Characteristics of an ideal practice educator: Perspectives from undergraduate students in diagnostic radiography, nuclear medicine, nutrition and dietetics, occupational therapy, physiotherapy and radiation therapy. *Radiography* 22(4): 295–305. doi: [10.1016/j.radi.2016.04.007](https://doi.org/10.1016/j.radi.2016.04.007).
- Ramanan RA, Phillips RS, Davis RB, Silen W, Reede JY (2002). Mentoring in medicine: keys to satisfaction. *Am J Med* 112(4): 336–41.
- Rezaee M, Rassafiani M, Khankeh H, Hosseini M (2014). Experiences of occupational therapy students in the first field-work education: a qualitative study. *Med J Islam Repub Iran* 28(110): 1–12.
- Rodger S, Thomas Y, Greber C et al. (2014). Attributes of excellence in practice educators: The perspectives of Australian occupational therapy students. *Aust Occup Ther J* 61(3): 159–67. doi: [10.1111/1440-1630.12096](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12096).
- Satler M (2011). Motivacija medicinskih sester v procesu mentorstva študentom. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Tryssenaar J, Perkins J (2001). From student to therapist: Exploring the first year of practice. *Am J Occup Ther* 55(1): 19–27.
- Vinales JJ (2015). The mentor as a role model and the importance of belongingness. *Br J Nurs* 24(10): 532–5. doi: [10.12968/bjon.2015.24.10.532](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.10.532).
- Yap HW, Chua J, Toh YP et al. (2017). Thematic review of mentoring in occupational therapy and physiotherapy between 2000 and 2015, sitting occupational therapy and physiotherapy in a holistic palliative medicine multidisciplinary mentoring program. *J Palliat Care Pain Manage* 2(1): 46–55.

## Aktivnost oblačenja bolnišnične pižame pri osebah z revmatičnimi obolenji

### The activity of dressing of hospital clothing among clients with rheumatic diseases

Aljaž Oven<sup>1</sup>, dipl.del. ter., Tjaša Popošek<sup>2</sup>, dipl.del. ter., Vitoslava Marušič<sup>3</sup>, dipl. del. ter., viš. fiz., spec.

<sup>1</sup> Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana

<sup>2</sup> Thermana Laško, Laško

<sup>3</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, kamor sodi tudi oblačenje, imajo osebe z revmatičnimi obolenji pogosto težave. Ugotavljali smo, ali so bolnišnične pižame zanje ustrezne glede kroja, videza in materialov, pri katerih motoričnih spretnostih imajo osebe z revmatičnimi obolenji največ težav ter ali obstaja povezanost med izvedbo aktivnosti in stopnjo bolečine in utrujenosti. **Metode:** V raziskavo je bilo vključenih 30 oseb z revmatičnimi obolenji in 30 zdravih oseb za primerjavo. Podatke smo zbrali z analizo aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame, z merjenjem časa izvedbe, bolečine in utrujenosti ter z vprašalnikom o ustreznosti pižam. **Rezultati:** Osebe z revmatičnimi obolenji so pižame ocenili kot trde in neudobne, najbolj jih motijo predolgi, preširoki rokavi in hlačnice ter preširok pas. Za oblačenje pižame potrebujejo več časa kot osebe brez revmatičnih obolenj, odstopajo nekatere motorične spretnosti. Po izvedbi aktivnosti se stopnja bolečine in utrujenosti statistično pomembno povečata. **Razprava in zaključek:** Aktivnost oblačenje bolnišnične pižame predstavlja za osebe z revmatičnimi obolenji problem, zato bi bilo treba nameniti več pozornosti izbiri materialov za izdelavo, oblikovanju in načinu zapenjanja/zavezovanja. Delovni terapevt ima pri tem lahko pomembno vlogo.

**Ključne besede:** revmatizem, bolnišnična oblačila, dnevne aktivnosti, bolečina, utrujenost.

#### ABSTRACT

**Introduction:** When performing activities of daily living, which involves dressing, people with rheumatic diseases often have problems. We were determining whether or not the hospital clothing was suitable for them in terms of the cut of the clothing, the appearance and the material. We were also examining the connection between performance of the activity, pain and tiredness. **Methods:** The survey included 30 people with rheumatic diseases and 30 healthy people for comparison. The data was collected with activity analysis, 10-degree numeric rating scale, timing of the performance and a questionnaire. **Results:** Hospital clothing is in the opinion of participants hard and uncomfortable; patients are most bothered with the following aspects of the hospital clothing: The sleeves are too long and too wide, trousers are too long, and the waist line is too wide for most people with rheumatic diseases. Patients with rheumatic diseases need more time for dressing than people without those diseases. The activity analysis showed some deviations in motor skills. Level of pain and

level of tiredness show statistically significant increases after the activity. **Discussion and conclusion:** The activity of dressing hospital clothing represents a problem for patients with rheumatic diseases therefore more attention should be dedicated to this area of activities.

**Keywords:** rheumatic diseases, hospital clothing, activity of dressing, pain, tiredness.

## IZHODIŠČA

Dnevne aktivnosti so aktivnosti oz. dejavnosti vsakodnevnega življenja, katerih osnova je skrb zase, saj so tudi temelj socialnega življenja in predstavljajo osnovo za preživetje ter dobro počutje (Christiansen, Hammecker, 2001). Med dnevne aktivnosti spada tudi oblačenje, ki ga AOTA (2014) opisuje kot: izbiro oblačil ter dodatkov, primerno času dneva, vremenu in priložnosti; pridobitev oblačil iz mesta za shranjevanje; oblačenje in slačenje v pravilnem vrstnem redu; pritrjevanje in prilagajanje oblačila in obutve ter nameščanje in odstranjevanje osebnih pripomočkov, ortoz, protez in opornic.

Oblačenje oziroma oblačila imajo več pomenov: so statusni simbol, z njimi izražamo pripadnost skupnosti, prek oblačil komuniciramo z vrstniki, okolico in na ta način največ povemo o sebi (Trček, 1998). Oblačila pomagajo graditi in bogatiti osebnost ter posamezniku nudijo občutek varnosti (Manlow, 2007) in so bistven faktor pri prvem vtisu, ki ga oseba naredi na druge, zato je pomembno, da se oseba lahko sama obleče. Neustrezna oblačila zmanjšujejo veselje do življenja (Azhar et al., 2012). Azhar s sodelavci (2013) navajajo, da oblačenje in oblačila pomagajo pri izražanju identitete, dajejo občutek sprejetosti, samozavesti in udobja, da se oseba počuti fizično, psihološko in socialno prijetno.

Oblačenje in slačenje oblačil je aktivnost, ki jo osvojimo pri približno petih letih in izvajamo do pozne starosti kot rutino – ritual, ki ga vsak odrasel želi izvesti sam. Oseba, ki se lahko sama obleče, ima večjo stopnjo samostojnosti, kar se odraža v večji motiviranosti in boljši samopodobi (Azhar et al., 2013; Anand, Chandra, 2012). Oblačenje in slačenje oblačil pa lahko povzročata tudi bolečino osebam z različnimi omejitvami pri izvedbi aktivnosti (Azhar et al., 2013), zato je treba osebam z omejitvami svetovati, kakšna oblačila so zanje ustrezna in kako si lahko aktivnost oblačena/slačenja olajšajo oziroma prilagodijo (Anand, Chandra, 2012).

Revmatična obolenja (v nadaljevanju RO) sodijo med vnetne bolezni, ki imajo pogosto hude posledice, če se ne zdravijo ustrezno in so eden od najpogostejših vzrokov invalidnosti v moderni družbi (Aletaha, Smolen, 2006). Med najpogostejša revmatična obolenja spadajo: revmatoidni artritis, vaskulitis, osteoartritis, fibromialgija, ankilozirajoč ispondilitis, psoriatrični artritis, sistemski lupus erythematosus, sklerodermija, gout in polimialgija (Dziedzic, Hammond, 2010).

Osebe z RO imajo pogosto težave na vseh področjih delovanja, ki bistveno zmanjšajo samostojnost in kakovost življenja obolelemu. Različni avtorji (Dziedzic, Hammond, 2010; da Silva et al., 2011) navajajo, da imajo osebe z RO težave pri izvedbi dnevnih aktivnosti, med katerimi je tudi oblačenje. Pri tem sta pomemben dejavnik bolečina in njena intenziteta (Katz et al., 2006; Bjork et al., 2008), težave pa so odvisne tudi od načina zapenjanja (pritrjevanja) oblačila (Azhar et al., 2013). Vsaka aktivnost v izvedbi je sestavljena iz dinamične interakcije med različnimi spretnostmi, ki jih AOTA (2014) definira kot opazne in merljive elemente neke akcije, ki imajo impliciten in funkcionalen namen. Spretnosti izvedbe okupacije (kot je na primer oblačenje) se delijo na motorične, senzorično-zaznavne, čustvene, spoznavne in socialno-interakcijske. Motorične spretnosti se izražajo med izvedbo aktivnosti, ko oseba upravlja z določenimi predmeti, nalogami in okolji. Opazovanje in analiziranje

spretnosti pove, kateri faktorji podpirajo in kateri zavirajo vključevanje v okupacije in izvedbo okupacij (AOTA, 2014).

Najpomembnejše intervencije delovnega terapevta pri osebah z RO so vzdrževanje spretnosti, svetovanje, izobraževanje o varovanju sklepov, pridobitvi pripomočkov (podporne tehnologije) in opornic. Navedeno osebam z RA pomaga omiliti bolečine in ostale simptome bolezni, stres ter omogoča izvajanje vsakodnevnih aktivnosti (Siegel et al., 2017; Steultjens et al., 2002) in ohranjati identiteto (Alsaker, Josephsson, 2003).

Ker so RO kronične-progresivno potekajoče bolezni, menimo, da je pomembno dejavnike, ki osebam preprečujejo oz. onemogočajo vključevanje v aktivnosti/okupacije, ki so jim pomembne (oblačenje), ugotoviti čim prej in glede na to ustrezno prilagoditi izvedbo aktivnosti oz. svetovati ustrezen pripomoček. Pomembno pa je tudi razmisliti o ustreznosti oblačil in njihovi adaptaciji. Pri tem imamo v mislih tudi oblačila, ki so v veliki meri značilna za bolnišnice – pižame, saj je njihovo nošenje v tovrstnih inštitucijah obvezno glede to, da ima kot navaja Hojnik-Zupan (1999) vsaka inštitucija pravila bivanja. Čeprav so zaradi bolezni in zdravljenja osebna oblačila nepraktična, se veliko ljudi zaradi nošenja neprimernih pižam počuti razosebljeno (Baillie, 2008). Glede na to, da se zaradi kronične bolezni navadno spremeni tudi posameznikova samopodoba, še posebej telesna (Rokavec-Felser, 2009), je treba to upoštevati tudi pri izbiri oblačil.

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali so bolnišnične pižame za bolnike z revmatičnimi obolenji ustrezne glede kroja, videza in materialov, iz katerih so narejene, ter glede zahtevnosti aktivnosti oblačenja pižame z vidika vključenih motoričnih spretnosti in potrebnega časa za izvedbo. Namen raziskave je bil tudi proučiti povezanost med izvedbo aktivnosti in stopnjo bolečine ter utrujenosti.

## **METODE**

Za opredelitev uvodnih teoretičnih izhodišča smo uporabili študij znanstvene in strokovne literature, ki smo jo povzeli iz spletnih baz, kot so DiKUL, PubMed, ScienceDirect, MedNet in WebMD.

Pri raziskovanju je bila uporabljena kvantitativna metodologija. V raziskavo smo vključili 30 oseb z revmatičnimi obolenji in 30 zdravih oseb, s katerimi smo primerjali rezultate. Vse preiskovane osebe so bile brez diagnosticiranih kognitivnih motenj. Kriteriji za vključitev v raziskavo so bili: oseba z RO oz. oseba brez RO, oseba nima diagnosticiranih kognitivnih motenj in privolitev osebe za sodelovanje v raziskavi.

Ocenjevanja oseb z RO sva izvajala v UKC Ljubljana – Interna klinika, bolnica dr. Petra Držaja, klinični oddelek za revmatologijo, ocenjevanja oseb brez RO pa na enak način, a v njihovem domačem okolju.

Pred pričetkom raziskave smo pridobili pisno privolitev oseb za sodelovanje ter preverili kriterije za vključitev.

Podatke smo zbirali z različnimi ocenjevanji. Eno od uporabljenih je bila Analiza aktivnosti po spretnostih (AOTA, 2014), s pomočjo katere smo ugotavljali odstopanja pri motoričnih spretnostih izvedbe aktivnosti. Opazovana aktivnost je bila oblačenje zgornjega in spodnjega dela pižame, ki ima za zapenjanje zgornjega dela gumbe in vrvico za zavezovanje spodnjega dela, kar predstavlja najtežji možni opciji izvedbe aktivnosti.

Pred začetkom izvedbe smo preiskovancem podali natančna navodila, kako naj oblačenje bolnišnične pižame izvedejo. Aktivnost smo vedno izvajali v istem prostoru, na enakem stolu brez naslona in ročajev, vsakemu preiskovancu pa smo podali enaka navodila o poteku ocenjevanja. Enaka navodila so dobili tudi preiskovanci brez RO.

Bolečino in utrujenost smo pred začetkom in po končani izvedbi analize aktivnosti po spretnostih merili z NRS (Numerical Rating Scale), 10-stopenjsko lestvico, pri kateri 1 pomeni, da oseba ne občuti bolečin, in 10 označuje najhujšo možno bolečino. NRS se je v raziskavah, ki so jih izvedli Salaffi in sodelavci (2012) ter Ferraz (1990) pokazala za bolj zanesljivo kot VAS (Visual Analog Scale). Hkrati smo merili tudi čas izvedbe aktivnosti.

Po izvedbi aktivnosti smo preiskovancem razdelili vprašalnik, ki vsebuje vprašanja o njihovem mnenju glede materiala, kroja, izgleda bolnišničnih pižam ter morebitnih težavah, ki jih imajo pri oblačenju in nošenju. Vprašalnik smo sestavili na osnovi študija literature.

Zastavili smo sledeča raziskovalna vprašanja:

- Pri katerih motoričnih spretnostih izvedbe aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame so pri osebah z RO pokazala odstopanja z oceno več od 1 (1 = zmerna težava, 2 = srednja težava, 3 = resna težava)?

- Kaj osebam z RO pri izvedbi aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame povzroča največ težav?

- Ali kraj bolnišničnih pižam anketirancem ustreza?

in opredelili naslednje hipoteze:

- H1: Stopnja bolečine pri osebah z RO se po izvedbi aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame poveča.

- H2: Stopnja utrujenosti pri osebah z RO se po izvedbi aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame poveča.

- H3: Čas oblačenja bolnišnične pižame se razlikuje med skupino oseb z RO in skupino oseb brez RO.

- H4: Čas oblačenja bolnišnične pižame se razlikuje med skupino oseb, starejših od 65 let, in skupino oseb, mlajših od 65 let.

- H5: Material, iz katerega je sešita bolnišnična pižama, je za večino testiranih oseb neustrezen – zdi se jim pretrd, draži kožo oziroma je neudoben.

Podatke smo statistično obdelali v programih Microsoft Excel 2010 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA) in IBM SPSS Statistics 20.0.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Za preverjanje hipotez sva uporabila parni t-test, Mann-Whitney test in t-test na enem vzorcu, pri čemer smo kot stopnjo tveganja izbrali  $p < 0,05$ .

## REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 30 oseb z RO (10 moških in 20 žensk), s povprečno starostjo 66 let in 30 oseb, ki so predstavljale zdravo populacijo (12 moških in 18 žensk), s povprečno starostjo 56 let. V obeh skupinah so prevladovale ženske, saj se pri njih revmatične bolezni, kot navajata Gašperšič in Pivk (2011), pojavljajo trikrat pogosteje.

Osebe z RO so bile pri nekaterih motoričnih spretnostih med aktivnostjo oblačenja bolnišnične pižame ocenjene z več od 1, kar pomeni, da imajo pri njihovi izvedbi zmerno, srednjo ali resno težavo. Povprečne ocene pri posameznih spretnostih in rezultati t-testa na enem vzorcu so navedeni v Tabeli 1.

Spretnosti, pri katerih imajo osebe z RO med aktivnostjo oblačenja bolnišnične pižame največ težav in so ocenjene s povprečno več od 1, so: stabilizira, poravnava, se pripogiba, koordinira, manipulira in giblje tekoče.

Rezultati so pokazali, da se stopnja bolečine pri osebah z RO po izvedbi aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame poveča (M pred izvedbo = 2,092; M po izvedbi = 2,208). Parni t-test je pokazal, da je med rezultatoma o stopnji bolečine statistično pomembna razlika ( $p = 0,034$ ), zato prvo hipotezo (H1) potrdimo.

Tabela 1: Frekvenca ocen motoričnih spretnosti pri osebah z RO (N =30).

spretnost	0 ni težave	1 zmerna težava	2 srednja težava	3 resna težava	M	p
<b>Stabilizira</b>	3	14	8	5	<b>1,5</b>	0,005
<b>Poravnava</b>	5	10	7	8	<b>1,6</b>	0,005
Namešča	11	15	3	1	0,8	0,161
<b>Sega</b>	18	11	1	0	<b>0,4</b>	0,000
<b>Se pripogiba</b>	2	18	6	4	<b>1,4</b>	0,012
Vzdrži	14	8	6	2	0,9	0,459
<b>Koordinira</b>	3	13	8	5	<b>1,6</b>	0,003
<b>Manipulira</b>	3	11	6	10	<b>1,8</b>	0,000
<b>Giblje tekoče</b>	3	16	10	1	<b>1,3</b>	0,026
<b>Pomika</b>	14	13	2	1	<b>0,7</b>	0,023
<b>Dviguje</b>	21	5	4	0	<b>0,4</b>	0,000
Uravnava	2	20	8	0	1,2	0,056
Prijema	4	19	5	2	1,2	0,231

Legenda: pri M je številka odebeljena v primeru, kjer je med skupinama statistično pomembna razlika

Podobno so rezultati pokazali, da se stopnja utrujenosti pri osebah z RO po izvedbi aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame poveča (M pred izvedbo = 2,108; M po izvedbi = 2,220). Na osnovi izračuna parnega t-testa, ki je pokazal, da je med rezultati stopnje utrujenosti statistično pomembna razlika ( $p = 0,08$ ), hipotezo (H2), ki pravi, da se stopnja utrujenosti pri osebah z RO po izvedbi aktivnosti oblačenja bolnišnične pižame poveča, potrdimo.

Osebe z RO imajo največ težav pri izvedbi aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame pri: zapenjanju in odpenjanju gumbov, pri zavezovanju in odvezovanju vrvice, pri vtikanju rok v rokave in nog v hlačnice, nekaj oseb pa oblačenje tudi utruja (Tabela 2).

Tabela 2: Frekvenca odgovorov o težavah pri oblačenju oseb z RO (N =30).

	N	(%)
Odpiranje in zapiranje gumbov	12	40
Zavezovanje in odvezovanje vrvice	16	53,3
Vtikanje rok v rokave	11	36,7
Vtikanje nog v hlačnice	14	46,7
Oblačenje utruja	10	33,3

Osebe z RO za izvedbo aktivnosti oblačenja v povprečju potrebujejo polovico več časa kot osebe brez RO (Tabela 3).

Mann-Whitney test je pokazal, da je med časom izvedbe aktivnosti pri osebah z revmatičnimi obolenji (M = 150 s) in časom izvedbe aktivnosti pri osebah brez revmatičnih obolenj (M = 97 s) statistično pomembna razlika ( $p = 0,008$ ), kar potrjuje hipotezo H3.

Tabela 3: Primerjava časov izvedbe aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame med osebami z RO in osebami brez RO.

	Osebe z RO (N = 30)	Osebe brez RO (N = 30)
Povprečni čas izvedbe (s)	150	97
Najkrajši čas izvedbe (s)	47	54
Najdaljši čas izvedbe (s)	351	135

Osebe, starejše od 65 let, za aktivnost oblačenja potrebujejo v povprečju skoraj polovico več časa kot osebe, mlajše od 65 let (Tabela 4).

Tabela 4: Primerjava časov izvedbe aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame med osebami, starejšimi nad 65 let, in osebami, mlajšimi od 65 let.

	Osebe, starejše od 65 let N = 30	Osebe, mlajše od 65 let N = 30
Povprečni čas izvedbe (s)	143	100
Najkrajši čas izvedbe (s)	69	47
Najdaljši čas izvedbe (s)	351	265

Mann-Whitney test je pokazal, da je med časom izvedbe aktivnosti pri osebah, starejših nad 65 let in časom izvedbe aktivnosti pri osebah, mlajših od 65 let, statistično pomembna razlika ( $p = 0,00$ ), kar potrjuje hipotezo H4.

Rezultati ankete o kroju bolnišnične pižame so pokazali, da so rokavi predolgi in preširoki, da so hlače predolge, ovratnik ustrezen in pas preširok za večino testiranih oseb z RO (Tabela 5).

Tabela 5: Frekvenca odgovorov testiranih oseb o kroju bolnišnične pižame (N = 60).

	Preširok o	Preozko	Predolgo	Prekratko	Ustrezno
Rokavi	31	3	33	8	10
Hlačnice	27	2	33	5	14
Ovratnik	25	3	/	/	32
Pas	41	7	/	/	12

Anketirancem se v povprečju pižama zdi bolj trda kot mehka ( $M = 2,32$ ), neudobna ( $M = 2,22$ ) in malo oziroma ne draži kože ( $M = 3,45$ ) (Tabela 6). Na osnovi t-testa na enem vzorcu, ki je pokazal, da ni statistično pomembnih razlik, peto hipotezo (H5) zavrnamo.

Tabela 6: Frekvenca ocen materiala bolnišnične pižame.

Značilnost materiala	1	2	3	4	M	p
trdota	9	25	24	2	2,3	0,002
draži kožo	2	9	9	40	3,5	0,000
udobnost	18	12	29	1	2,2	0,68

Legenda: ocena 1 = zelo trda, zelo draži, zelo neudobna, 2 = trda, draži, neudobna, 3 = mehka, malo draži, udobna, 4 = zelo mehka, ne draži, zelo udobna.



## RAZPRAVA

Revmatična obolenja vplivajo na vsa področja človekovega delovanja tudi na dnevne aktivnosti, ki so za posameznikovo samostojnost ključnega pomena. Pod drobnogled smo vzeli oblačenje bolnišnične pižame, ker smo želeli ugotoviti, kje imajo obolele osebe največ težav. Ugotovili smo, da imajo osebe z RO težave pri oblačenju bolnišnične pižame, saj jim probleme povzročajo gumbi, zavezovanje vrvice in potiskanje rok ter nog v rokave oziroma hlačnice. Moti in ovira jih tudi, če so oblačila pretesna in imajo gumbe kot način zapenjanja. Azhar in sodelavci (2013) navajajo, da je za osebe z revmatičnimi obolenji najbolj primerno ohlapno oblačilo, ki se zapenja z velcro sistemom.

Bolnišnične pižame, ki smo jih uporabili pri testiranju, so se pokazale za neprimerne za večino testiranih oseb. Raziskava Azherja in sodelavcev (2012) je pokazala, da so osebam z revmatoidnim artritismom najbolj všeč oblačila, ki se odpirajo spredaj, imajo preprost, klasičen ovratnik in elastiko v pasu. Osebam, vključenim v raziskavo, se je tako oblačilo zdela udobno in priročno. Osebam z revmatičnim obolenjem ustrezno prilagojena oblačila lahko zmanjšajo bolečine pri oblačenju in olajšajo življenje osebam z revmatoidnim artritismom.

Z analizo aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame smo ugotovili, imajo oboleli največ težav pri naslednjih motoričnih spretnostih: stabilizira, poravnava, se pripogiba, koordinira, manipulira in giblje tekoče. Kot ugotavljajo Kauranen in sodelavci (2000), sta koordinacija in spretnost roke slabša pri osebah z revmatoidnim artritismom, kar vpliva na dnevne aktivnosti, med katere je vključeno tudi oblačenje (AOTA, 2014). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Marušič in sod., 2015.

Pri osebah z RO izvajanje dnevnih aktivnosti pogosto spremljajo bolečine (Salaffietal, 2003), ki posledično vplivajo na spretnost rok (Bjork et al., 2008; Katz et al., 2006). Rezultati naše raziskave so pokazali, da aktivnost oblačenja pižame statistično pomembno poveča stopnjo bolečine pri osebah z revmatičnimi obolenji. Zaradi težav pri dnevnih aktivnostih, ki se pojavljajo zaradi bolečin in utrujenosti, osebe z revmatičnimi obolenji pogosto potrebujejo več časa in energije za dokončanje naloge, kar pa njihovo stopnjo bolečine in utrujenosti še poviša (Ahlstrand, 2015). Da bolečina pomembno vpliva na spretnosti rok, zaradi česar se podaljša čas izvedbe aktivnosti, ugotavljajo tudi Marušič s sodelavci (2016).

Utrujenost se pojavlja pri 40–80 % oseb z revmatičnimi obolenji. Večja in dlje časa trajajoča utrujenost pomembno vpliva na kvaliteto življenja in lahko povzroči nezmožnost delovanja (Steenbergen et al, 2015). Rezultati naše raziskave so pokazali, da se tudi stopnja utrujenosti po zaključeni aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame statistično pomembno poveča.

Rezultati so pokazali, da osebe z revmatičnimi obolenji porabijo več časa za izvedbo aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame kot osebe brez revmatičnih obolenj. Študije kažejo, da osebe z obolenji porabijo več časa za izvedbo aktivnosti (Katz, Morris, 2006). Raziskava, ki jo je izvedel Yelin s sodelavci (1987) je pokazala, da posamezniki z revmatoidnim artritismom porabijo več časa pri aktivnostih osebne nege in higiene, hišnih opravilih in drugih dnevnih aktivnosti za razliko od zdravih oseb. Kuper s sodelavci (2000) pa ugotavljajo, da od 12 % od 16 ur, ki jih povprečno oseba v enem dnevu preživi aktivno, osebe z revmatoidnim artritismom porabijo za aktivnosti, povezane z boleznijo, saj na primer porabijo več časa za dnevne aktivnosti in obvladovanje svoje bolezni.

Naša raziskava je pokazala, da osebe, starejše od 65 let porabijo več časa za izvedbo aktivnosti oblačenje bolnišnične pižame kot osebe, ki so mlajše od 65 let. Slednje se ujema z rezultati testiranja z uporabo aktivacijske mize MoVi, ki so pokazali, da se čas izvedbe aktivnosti s starostjo podaljšuje, zaradi česar so bili udeleženci iz starostne skupine od 65 do 79 let najpočasnejši (Marušič in sod., 2015).

## ZAKLJUČEK

Revmatična obolenja so kronične progresivno potekajoče bolezni, ki lahko povzročijo številne omejitve v življenju posameznika, ki ga takšna bolezen prizadene. Zaradi bolečine in utrujenosti se lahko podaljša čas izvedbe aktivnosti, ta je slabše izvedena, pojavijo se številne težave. Oblačila, ki so značilna za bolnišnico, kjer se zdravijo osebe z revmatičnimi obolenji, so za paciente neprimerna in jim povzročajo težave, kar vpliva na njihovo stopnjo samostojnosti, prav tako pa oblačenje bolnišničnih pižam zahteva veliko časa in poslabša stopnjo bolečine ter utrujenosti.

Zavedamo se, da je dobro počutje bolnikov v bolnišnici izrednega pomena za sam potek zdravljenja, zato bi bilo treba bolnišničnim oblačilom nameniti več pozornosti v smislu oblikovanja in izbire materialov za izdelavo.

## LITERATURA

- Ahlstrand I (2015). Pain and its relation to participation in valued activities in rheumatoid arthritis. Dissertation. Göteborg: Jönköping University, School of Health and Welfare.
- Aletaha D, Smolen J (2006). The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 32(1): 9–44. doi: [10.1016/j.rdc.2005.09.005](https://doi.org/10.1016/j.rdc.2005.09.005).
- Alsaker S, Josephsson S (2003). Negotiating occupational identities while living with chronic rheumatic disease. *Scand J Occup Ther* 10(4): 167–76.
- Anand N, Chandra R (2012). Adaptive clothing for rheumatoid arthritis patients. In: International textiles and apparel sustainability conference. Mauritius, July 16–21, 2012.
- AOTA – American Occupational Therapy Association (2014) Occupational therapy practice framework: domain and process, 3rd ed. *Am J Occup Ther* 68(Suppl 1): 1–48. Dostopno na: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1860439> <22.1.2019>
- Azhar N, Kalsoom S, Saeed M (2013). Arthritis impairment; need assessment, designing and effectiveness of adaptive clothing for females. *Professional Med J* 20(6): 938–47.
- Azher N, Saeed M, Kalsoom S (2012). Adaptive clothing for females with arthritis impairment. *JUMDC* 3(2): 52–9.
- Baillie L (2008). Mixed-sex wards and patient dignity: nurses and patient perspectives. *Br J Nurs* 17(19): 1220–5. doi: [10.12968/bjon.2008.17.19.31461](https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.19.31461).
- Baillie L (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *Int J Nurs Stud* 46(1): 23–36. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003).
- Christiansen CH, Hammecker CL (2001). Selfcare. In: Bonder BR, Wagner MB, eds. Functional performance in older adults. Philadelphia: F. A. Davis, 155–75.
- Dziedzic K, Hammond A (2010). Rheumatology evidence-based practice for physiotherapists and occupational therapists. Oxford: Churchill Livingstone.
- Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH (1990) Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 17(8): 1022–4.
- Gašperšič N, Pivk L (2011). Kako in zakaj nastane revmatoidni artritis? In: Zbornik predavanj: Revmatoidni artritis, Ljubljana, 10.-13. oktober 2011. Ljubljana: Društvo študentov farmacije Slovenije, Društvo študentov medicine Slovenije, Študentska organizacija Zdravstvene fakultete, 46–7.

- Katz P, Morris A (2007). Time use patterns among women with rheumatoid arthritis: association with functional limitations and psychological status. *Rheumatology* 46(3): 490–5. doi: [10.1093/rheumatology/kel299](https://doi.org/10.1093/rheumatology/kel299).
- Kuper I, Prevoo M, van Leeuwen M et al. (2000). Diseases associated time consumption in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 27(5): 1183–9.
- Manlow V (2007). *Designing clothes: culture and organization of the fashion industry*. New Brunswick, USA: Transaction.
- Marušič V, Debevc J, Egete A, Ozimek S, Vidovič M (2015) Aktivacijska miza MoVi – časovni normativi. *Fizioterapija* 23(1): 9–19.
- Marušič V, Čot M, Gabrovšek L, Lotrič A, Močnik E (2016). Ocenjevanje funkcije roke pri osebah z revmatoidnim artritisom. In: *Delovna terapija pomaga ljudem živeti na svoj način : zbornik z recenzijo. 8. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Rogaška Slatina, 27. in 28. oktober 2016*. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje, 195–204.
- Rakovec-Felser Z (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec.
- Salaffi F, Ciapetti A, Carotti M (2012) Pain assessment strategies in patients with musculoskeletal conditions. *Reumatismo* 64(4): 216–29. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003).
- Siegel P, Tencza M, Apodaca B, Poole JL (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions for adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Am J Occup Ther* 71(1): 1-11.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, vanSchaardenburg D, vanKuyk MH, vandenEnde CHM (2002). Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum* 47(6): 672–85.
- Trček J (1998). *Medosebno komuniciranje-kontaktna kultura*. Ljubljana: Korona Plus.
- van Steenberg HW, Tsonaka R, Huizinga TW, Boonen A, van der Helm-van Mil AH (2015). Fatigue in rheumatoid arthritis; a persistent problem: a large longitudinal study. *RMD Open* 1(1): e000041. doi: [10.1136/rmdopen-2014-000041](https://doi.org/10.1136/rmdopen-2014-000041).
- Yelin E, Lubeck D, Holman H, Epstein W (1987). The impact of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: the activities of patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared to controls. *J Rheumatol* 14(4):710–17.

## Delovna terapija v procesu univerzalnega oblikovanja okolja

### Occupational therapy in the process of universal design

mag. Alenka Plemelj<sup>1</sup>, prof. def., dipl. del. ter., dr. Mateja Dovjak<sup>2</sup>, dipl. san. inž.

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

<sup>2</sup>Univerza v Ljubljani, Fakulteta za gradbeništvo in geodezijo, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Nov Pravilnik o univerzalni graditvi in uporabi objektov je v Sloveniji stopil v veljavo leta 2018.. Univerzalno načrtovanje je del turizma za vse. Turizem za vse je poslovna priložnost za delovnega terapevta. V Sloveniji najdemo zelo malo univerzalno dostopnih objektov znotraj turizma za vse. Prikazujemo predlog univerzalnega načrtovanja glamping objekta, dostopnega za vse osebe, v večjem turističnem kraju. **Metode:** Uporabili smo študijo primera zasnove po načelih univerzalnega načrtovanja s šestimi koraki. **Rezultati:** Načrt glamping objekta vključuje novo dostopno parkirišče, urejen dostop in vhod v objekt ter zasnovo notranjosti objekta z opremo. **Razprava in zaključek:** Načrt univerzalne graditve turističnega objekta izkazuje pomembnost sodelovanja različnih strokovnjakov. Med njimi je delovni terapevt prispeval znanja o zahtevah aktivnosti in prilagoditve okolja za izvedbo. V svetu poznamo primere dobre prakse delovanja delovnega terapevta v dostopnem turizmu, v Sloveniji je to zgolj izjema.

**Ključne besede:** prilagoditve, turizem za vse, osebe z zmanjšano zmožnostjo, načrt glamping objekta.

#### ABSTRACT

A new Polica of Universal construction and Use has come into force in Slovenia, in 2018. Universal design is a part of tourism for all. Tourism for all represents a business opportunity for occupational therapists. However, there are still very few facilities built following the principles of universal design in Slovenia. The purpose of the study is to present universal design of the selected glamping tourist facility accessible for all. **Method:** In our case study, we've designed a six- steps project, following the principles of universal design. **Results:** Following these steps we designed: accessible parking place, access routes and entrance to the facility and the interior design of the facility with equipment. **Discussion and conclusions:** Planning universal construction of a tourist facility demonstrates the importance of various experts' involvement. Among them, the occupational therapist contributed competencies relating to the performance of activities and adaptations of environment. There are good examples of occupational therapy practice in accessible tourism in the world, but in Slovenia this is an exception for now.

**Keywords:** tourism for all, glamping, persons with disability, universal design a glamping house.

## IZHODIŠČA

Univerzalno načrtovanju je projektiranje stavb in produktov za uporabo v stavbah tako, da so uporabni za najširši možen krog uporabnikov, neodvisno od njihove starosti in zmožnosti (gibalnih, senzornih, duševnih) ali njihovega statuta (Ronald, 1997). Univerzalno načrtovanje je tako namenjeno vsem osebam, še posebej pa osebam z zmanjšano zmožnostjo. V Sloveniji področje univerzalnega načrtovanja urejajo mednarodni in nacionalni pravni akti (Uredba št. 305/2011). Leta 2018 je v Sloveniji začel veljati Pravilnik o univerzalni graditvi in uporabi objektov.

Univerzalno načrtovanje vključuje sedem načel: enakopravna uporaba, prilagodljivost uporabe, preprosta in intuitivna uporaba, zagotavljanje učinkovitega zaznavanja informacij ne glede na senzorno okvaro, toleranca za napake, nizek fizični napor, primerna velikost prostora za njegovo uporabnost in mobilnost (Ronald, 1997).

Na svetu živi okoli 15% oseb z eno od oblik invalidnosti, od katerih ima 2-4% teh oseb večje težave pri opravljanju vsakodnevnih opravil. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2018a, 2018b; Eurostat, 2018) se je število invalidov po svetu, od sedemdesetih let prejšnjega stoletja dalje, povečalo za eno tretjino, torej iz 10% na 15%. Stopnja invalidnosti v Evropi je enaka kot v svetovnem merilu. V Sloveniji je nekoliko manjša in se giblje med 12%-13% celotnega prebivalstva (WHO, 2018a, 2018b; Eurostat, 2018).

Univerzalno načrtovanje je del dostopnega turizma. Dostopni turizem se je začel razvijati v 80. letih prejšnjega stoletja in z mednarodnimi strategijami ter nacionalnimi zahtevami doživlja velik napredek (European network for accessible tourism – EANT, 2013). Dostopni turizem omogoča dostop do turističnih lokacij, izdelkov in storitev tudi ljudem z ovirano mobilnostjo, slepoto ali slabovidnostjo in sluhom, tako, da so po navodilih univerzalnega načrtovanja načrtovani turistični izdelki, storitve in turistična okolja (Darcy, 2010). V mestu Innsbruck najdemo hotel za senzorno ovirane: slepe in slabovidne ter gluhe in naglušne: Hotel Innsbruck (Tirol Werbung, 2019). Pri iskanju turističnih destinacij v svetu, ki so načrtovane tako, da so primerne za osebe z zmanjšano zmožnostjo osebe, si lahko pomagamo z spletno stranjo [www.disabledholiday.co](http://www.disabledholiday.co). Na tej strani najdemo tudi turistične objekte, ki odgovarjajo večjim skupinam oviranih oseb (tako gibalno oviranim osebam, kot tudi slepim in slabovidnim ter gluhim in naglušnim) in zasledimo svetovanje delovnega terapevta. Organizacija Wheel the World ponuja turistične atrakcije kot so: npr. Machu Picchu, Patagonijo, Wilderness Trail (85 km) v Eifel National Park v Nemčiji, za osebe z različnimi oviranostmi. Bolj kot prvovrstne izkušnje je organizaciji pomembno raziskovanje sveta brez omejitev (Jofre, 2019). Angleška organizacija »Dissabled Holidays« poroča o porastu povpraševanja dostopnih kapacitet za invalidne osebe in o tem, da 19% povpraševalcem ni uspela zagotoviti želene namestitve v Devonu (Nadin, 2019). Sektorji zdravstva, turizma in invalidskih organizacij igrajo pomembno vlogo pri razvoju turizma za vse.

Turizem skuša zadostiti visoko zahtevnim gostom. Posebna oblika zvrsti turizma je glamping. Glamping pomeni preživljanje dopusta v naravi, ob tem se za preživet čas v naravi ni potrebno odreči udobju. Glamping se je množično začel razvijati v dvajsetih letih 20. stoletja z nastankom safarija v Afriki (Wikipedia, 2018). Tako v svetu že najdemo prilagojene glamping nastanitve za osebe na invalidskih vozičkih, predvsem v okolici Devona ([goglamping.net](http://goglamping.net), 2019), kakor za druge osebe s posebnimi potrebami. Leafy Fields Glamping, je osebam z avtizmom in demenco prijazen glamping ([leafyfieldsglamping.com](http://leafyfieldsglamping.com), 2019). Slovenija ponuja čudovito ponudbo glamping objektov, katerim lahko sledimo na spletni strani [glamping.si](http://glamping.si). V ponudbi zasledimo le enkrat samkrat omenjeno možnost bivanja za invalidno oseb. Opozoriti je potrebno, da so nekatere spletne informacije nezanesljive.

Svetovno združenje delovnih terapevtov navaja novo nastajajoče področje delovne terapije v turizmu za vse. Poudarja da, ima delovni terapevt znanja in spretnosti za analizo, prilagajanje

okolja zahtevam oseb z mobilno, senzorno, kognitivno oviranostjo (WHO, 2001, 2018a; Coppola et al, 2014). Še vedno prednjači predstava, da je dostopni turizem vezan pretežno na uporabnike invalidskih vozičkov in tako na izgradnjo klančin, oprijemal. Za delovnega terapevta je dostopni turizem oblikovanje okolja in turističnih produktov z namenom omogočanja izvedbe okupacije in vključevanja v skupnost (Coppola et al, 2014). Delovni terapevt v tujini deluje kot oblikovalec okolja za neodvisnost in svetovalec pri zagotavljanju prilagojenih turističnih nastanitev in storitev za osebe z zmanjšano zmožnostjo (Stanley, 2019).

Namen študije primera je oblikovanje glamping hišice z upoštevanjem univerzalnega načrtovanja s sodelovanjem različnih strokovnjakov.

## **METODE**

Študija primera je objekt Glamping Ribno, na katerem smo izdelali predlog zasnove turističnega objekta. Predlog zasnove je bil izdelan v dveh delih. V prvem delu smo opravili ogleda dejanskega stanja in primerjavo z zakonskimi zahtevami in priporočili na področju univerzalnega načrtovanja. Na osnovi ugotovitev smo v drugem delu izdelali predlog nove zasnove.

Pregled mednarodnih in nacionalnih pravnih aktov smo opravili na spletnih straneh Eur-lex, Pravno informacijskega sistema Republike Slovenije, Ministrstva za okolje in prostor, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2019) ter Ministrstva za zdravje. Poleg zakonskih zahtev smo analizirali tudi standarde Slovenskega inštituta za standardizacijo, navodila in priporočila izdelana v okviru evropskih projektov (AWARD; Dovjak in Kristl, 2009), društev in zvez (Zveze paraplegikov Slovenije, 2019; Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije, 2019; Zveza slepih in slabovidnih Slovenije, 2019).

## **REZULTATI**

Pri načrtovanju Glamping Ribna sledimo hierarhiji pravnih aktov, standardov in priporočil. Temeljni pravni akt, ki določa osnovne zahteve za gradbene proizvode in objekte v celoti je Uredba o gradbenih proizvodih št. 305/2011, ki definira sedem osnovnih zahtev. Osnovna zahteva, ki se nanaša na kakovostno grajeno okolje z vidika uporabnika je zahteva št. 3 - Higijena, zdravje in okolje ter zahteva št. 7 - Varnost pi uporabi. Zahteve so prenesene v nacionalni pravni red in sicer v Gradbeni zakon (Ur L RS, 61/17 s spr.) in Pravilnik o univerzalni graditvi in uporabi objektov, 2018. Specifiki Gradbenega zakona (Ur L RS, 61/17 s spr.) je dodana osma bistvena zahteva, ki se imenuje Univerzalna graditev in raba objektov in jo morajo izpolnjevati objekti glede na njihov namen, vrsto, velikost in zmogljivost. Univerzalna graditev in uporaba objektov vključuje graditev in uporabo objektov, dostopno vsem ljudem, ne glede na njihovo morebitno začasno ali trajno oviranost. Konkretna zahteve so navedene v Pravilniku o univerzalni graditvi in uporabi objektov (2018). V pravilniku je izrecno navedeno, da je pri projektiranju, gradnji, uporabi in vzdrževanju objektov, dostopnih vsem ljudem, potrebno upoštevati standarde, ki so navedeni v Tabeli 1. Poleg navedenih zahtev naj omenimo tudi priporočila iz strokovnih priročnikov (Tabela 1).

Tabela 1: Zakonske zahteve in poročila za univerzalno graditev in uporabo objektov.

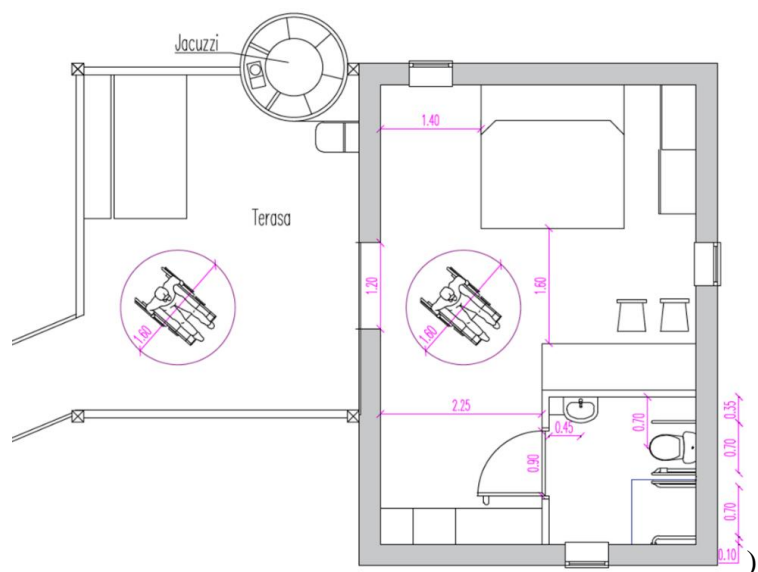
Zahteve	Standard SIST ISO 21542, 2012 – Gradnja stavb – Dostopnost in uporabnost grajenega okolja
	Standard SIST EN 60118-4 - Elektroakustika - Slušni pripomočki - 4. del: Sistemi z indukcijsko zanko za slušne pripomočke - Zahteve sistema.
	Standard SIST 1186, 2016 – Uporaba in oblikovanje taktilnega sistema
Priporočila	Smernice Ministrstva za okolje in prostor (MOP- Ministrstvo za okolje in prostor, 2016; MOP, 2017)
	Smernice projekta AWARD (ang. Accessible World for All Respecting Differences) (Dovjak in Kristl, 2009)
	Priporočila o dostopnem turizmu ENAT-a (ENAT, 2013)
	Priročnik za načrtovanje in prilagajanje grajenega okolja v korist funkcionalno oviranim ljudem (Vovk, 2000)
	Priročnik z belo palico po mestu (Albreht s sod., 2010)
	Priročnik za načrtovanje brez ovir v zunanjem javnem prostoru (Albreht s sod., 2016)
	Priporočila za načrtovanje za gluhe in naglušne (Zveza gluhih in naglušnih Slovenije, 2019)

Glamping Ribno spada pod Hotel Ribno, zato je potrebno upoštevati zakonske zahteve, priporočila in smernice, ki se nanašajo na turistične objekte (klasifikacija stavb 12120 - druge gostinske stavbe za kratkotrajno nastanitev (Uredba št. 37/2018). Na osnovi pregleda zakonskih zahtev in poročil smo oblikovali ocenjevalni list za izvedbo ocene dejanskega stanja. Ocenjevalni list je vključeval gradbeno-tehnične kriterije (kvalitativni, kvantitativni), ki so se navezovali na dostop, parkirišče, notranjost objekta, opremo, inštalacije. Na osnovi ocene dejanskega stanja smo identificirali pomanjkljivosti tako na področju parkirišča in dostopa do kompleksa Glamping Ribno, vhoda v kompleks Glamping Ribno ter notranjosti glamping hiške.

Trenutni objekt Glamping Ribno nima ustreznega parkirnega mesta za ovirane sebe in je brez taktilnih oznak na parkirišču. Parkirno mesto je oddaljeno od vhoda manj kot 50 m, kar je ustrezno. Pri vhodu v kompleks je vgrajen robnik in ozek nadstrešek, zato je glavni vhod v kompleks Glamping Ribno oviran. Širina vodnih vrat v območje Glampinga znaša več kot 0,9 m, kar je ustrezno. Prostor pred in za vhodnimi vrati v območje Glampinga je premajhen. Tipne table ob vhodu v kompleks za lažjo orientacijo ni in ni smernih in informacijskih oznak na višini 120 cm – 160 cm. Pot je grajena iz neutrjenega peska in z naklonom, večjim od 1:12. Sam dostop do nastanitve je sestavljen iz hoje po prestrmih gozdnatih tleh in stopnic. Širina poti znaša okoli 1m. Taktilnih oznak ob dostopni poti ni. Vhodna vrata v Glamping hiško so širine 1,8 m in ustrezna. Prostor pred vrati za normalno obračanje invalidskega vozička je manjši od zahtevanega, ki znaša vsaj 150 cm x 150cm. Kljuge, držala, ročaji so na višini 75 cm-80 cm in okroglega prereza 4 cm ter dolžine 30 cm. Ročajev in držal ni. Tipne table ob vstopu v hiško ni. Sistem za klicanje pomoči v sili znotraj hiške je le telefon, brez druge klicne naprave, ki bi omogočala sporazumevanje tudi osebam z okvaro sluha. Sanitarni prostori so odmaknjeni od hišic in popolnoma neprilagojeni oviranim osebam. Stikala so na višini 80 cm -110 cm in vsaj 60 cm od notranjega roba, kar je ustrezno.

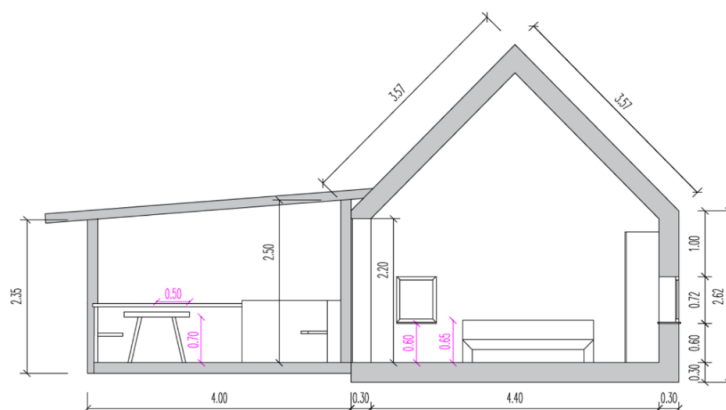
Na osnovi pregleda dejanskega stanja in ugotovljenih pomanjkljivosti smo izdelali novi predlog zasnove objekta. Dostop do glamping hišice je speljan preko pokrite terase, ki predstavlja zaščito pred vremenskimi vplivi. Pred vhodnimi vrati je prost prostor dimenzije vsaj 150 cm x 150 cm. Širina vhodnih vrat je vsaj 90 cm. Pod vrati ni pragov, prehodi so

narejeni v istem nivoju (Slika 1). Jakuzzi je opremljen z informacijsko taktilno tablo za orinetacijo za slepe in slabovidne. Informacijska tabla je nameščena tudi na vhodu v hišico.



Slika 1: Predlog nove zasnove glamping hišice, tloris (Razinger, 2018).

Višina postelje znaša okoli 65 cm oziroma je vgrajena postelja z nastavljivo višino. Odmik od postelje od vzporedne stene vsaj 140 cm. Višina mize med 70 cm in 80 cm in ima prosto globino pod mizo. Parapet oken je na višini 60 cm, kar omogoča vidni stik z zunanostjo tudi za osebe na invalidskem vozičku. Okna so opremljena z avtomatskim odpiranjem preko daljinskega upravljalnika. Vsa električna stikala in vtičnice so od vogalov sten odmaknjene vsaj 60 cm. Širina vrat v kopalnico je vsaj 90 cm. Vrata, ki se ročno odpirajo, so opremljena z ročaji premera 4 cm. Ročaj sega od višine vrat 60 cm do višine vrat 110 cm in je od roba vrat odmaknjen 15 cm in 4 cm od samih vrat.

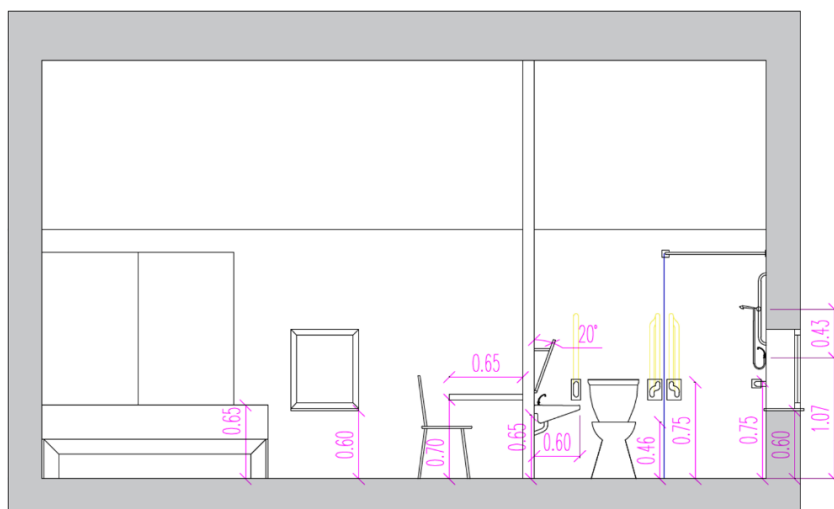


Slika 2: Predlog nove zasnove glamping hišice, prežez a-a (Razinger, 2018).

Kopalnica je dovolj velika, da omogoča manevriranje z invalidskim vozičkom. Opremljena je s potrebnimi ročaji premera 4 cm ob straniščni školjki in pod tušem. Višina ročajev v kopalnici je od 70 cm do 80 cm in ob straniščni školjki od le-te višja za 20 cm-30 cm. Ročaji ob steni so od stene odmaknjeni vsaj 4 cm in zdržijo obremenitev vsaj 1,7 Kn. Prosta višina pod lijakom je vsaj 65cm. Vgrajeno ogledalo je nagnjeno za 20°. Nad lijakom je enoročna pipa s podaljšanim ročajem. Tlorisna velikost tuša vsaj 90 cm x 90 cm z zložljivimi ročaji in



sedežem, z vgrajeno kanaletto v tleh, ki je le 1cm nižja od ostale višine tal v kopalnici. Višina straniščne školjke je med 45 cm in 55 cm. Višina zlozljivega sedeža pod tušem je od 40 cm do 48 cm.



Slika 3: Predlog nove zasnove glamping hišice, prerez b-b (Razinger, 2018).

Informacije o podrobni zasnovi objekta so navedene v Razinger (2018).

## RAZPRAVA

V primeru preureditve in izgradnje Glampinga Ribno po zgoraj predstavljeni zasnovi je potrebno po končanih delih tudi oceniti in preveriti izvedeno stanje (verifikacijo). Verifikacijo lahko opravijo strokovnjaki, ki delujejo na področju univerzalnega načrtovanja, delovni terapevti, ter strokovni delavci s članom iz Zveze paraplegikov Slovenije, Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije in Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije.

Z verifikacijo se tako preveri, ali je objekt res primeren za uporabo s strani funkcionalno oviranih oseb. Zavedamo se specifičnosti zahtev posamezne skupine oseb z zmanjšano zmožnostjo kot tudi individualnih posebnosti posameznika znotraj posamezne skupine. Lahko menimo, da je zasnova objekta, ki je pozorna na posebnosti posamezne skupine oseb z zmanjšano zmožnostjo možna, vendar je dejansko rabo in funkcionalnost objekta potrebno verificirati.

V priljubljeni turistični destinaciji Devon v Veliki Britaniji najdemo različne primere dostopnega glampinga. Podjetje OmnipodsandCabins ([www.omnipodsandcabins.co.uk](http://www.omnipodsandcabins.co.uk)) je razvilo luksuzne mobilne hišice za primer glampinga. Upoštevali so standarde za bivanje uporabnikov invalidskih vozičkov: dovolj široka vrata, prilagojeno kuhinjo in kopalnico, umestitvijo vtičnic na ustrezno višino, ortopedske postelje z dodatno možnostjo uporabe ortopedskih pripomočkov. Opis njihove ponudbe je nazoren (priložen tloris mobilne hiške), jasen, upošteva zahteve za samostojno mobilnost v hišici in skladen s slikovnim gradivom. V rastočem povpraševanju po dostopnih nastanitvah Sarah Cadle (2018) napoveduje prihodnost tej luksuzni nastanitvi, v »glamping stilu« in odgovor na potrebe družin z mobilno ovirano ali starejšo osebo.

Spletna stran [campsites.co.uk](http://campsites.co.uk) v ponudbi glampinga v Bulvatoriju nudi prilagoditve za osebe z različnimi oviranostmi. Za osebe na invalidskem vozičku nudijo prilagojene spalnice, kopalnice z navedenimi dimenzijami in možnostjo dodatne ponudbe prek razgovora in individualno prilagojenih pripomočkov. Za slepe in slabovidne so na voljo kontrastne

označbe, za gluhe in naglušne osebe, ki zna znakovni jezik (campsites.co.uk, 2019). Emma, uporabnica električnega invalidskega vozička, deli svojo izkušnjo bivanja v glampingu Glampotel Dundas Castle, blizu Edinburga na Škotskem. Opisuje prilagojen šotor, v katerem ji je popolno samostojnost onemogočala le dvignjena tuš kabina v kopalnici. Opozarja na pomembnost električne energije, potrebne za napajanje električnih vozičkov in predstavlja dodatno zahtevo za razliko od uporabnikov vozičkov na ročni pogon. Primer izkazuje specifične potrebe oseb z invalidnostjo in pomen verodostojne informacije (simplyemma.co.uk, 2017). Oviranost zaradi pomanjkljivih, neustreznih in neverodostojnih informacij se v študijah po navedbah invalidnih oseb izkazuje kot največja ovira (Darcy, 2010; Plemelj, 2013). Tako na primer na spletni strani [glampsites.com/Holiday-Ideas/Wheelchair-Accessible-Glamping](http://glampsites.com/Holiday-Ideas/Wheelchair-Accessible-Glamping) najdemo kar nekaj objektov z znakom dostopnosti za osebe na invalidskem vozičku. Podroben ogled prikazanih zadetkov izkazuje resno vprašljivost dostopnosti, saj so objekti nedostopni, brez klančine, kopalna kad ima rob, ki onemogoča dostop osebi na invalidskem vozičku.

V Sloveniji težko najdemo turistično nastanitev, ki bi vključevala prilagoditve za vse oviranosti oziroma načela univerzalnega načrtovanja. Imamo nekaj turističnih objektov, ki so primerni za gibalno ovirane osebe. Interaktivna spletna stran Prvi slovenski imenik dostopnih točk (2019) nudi informacije o ustrezni dostopnosti turističnih objektov in storitev za osebe na invalidskih vozičkih. Veliko število kampov je ustrezno prilagojenih za osebe na ročnih invalidskih vozičkih in ponujajo približno podoben oddih v naravi kot glamping centri, npr. Kamp Menina, Kamp Koren Kobarid. Naredili smo telefonsko poizvedbo o dostopnosti desetih glamping objektov, ki jih ponuja spletna stran [glamping.si](http://glamping.si) v večjih turističnih krajih (npr.: Bled, Izola, Velika Planina, Velika Nedelja, Bovec itd.). Povsod smo prejeli informacijo o nedostopnosti glampinga zaradi neustreznih prodnih površin, ovirane dostopnosti do objekta (stopnice) in tudi objekta samega (neustrezna kopalnica).

Rezultati predstavljene študije se lahko uporabijo pri novogradnjah ali prenovah turističnih objektov, tako doma kot po svetu. Uporabna vrednost naše raziskave je pri sprejemanju smernic za zagotavljanje dostopnosti in stopnjo prilagojenosti zunanjih javnih površin na ravni občin z reprezentativnimi invalidskimi organizacijami, kar določa Gradbeni zakon, Ur. L RS, 61/17 s spr.). Delovni terapevt lahko prispeva znanja k oblikovanju sistema za zagotavljanje doslednih, zanesljivih, objektivnih in posodobljenih informacij o dostopnosti turističnih in drugih objektov, kar navaja tudi raziskava v Izraelu (Bendel, 2006).

Dostopni turizem postaja vedno bolj pomemben del turistične panoge, ki prinaša velik dobiček. Delovni terapevti bi se morali v to panogo vključiti bolj, ob tem naj bi upoštevali priporočila izkušenj vključevanja iz tujih projektov. Potovanja in ostali turistični produkti oseb z zmanjšano zmožnostjo naj bi bili del vsakdanje prakse. Potrebno je sodelovati z lokalnimi organizacijami, izvajati izobraževanje osebja o potrebah invalidnih oseb. Izredno velik pomen ima mreženje. Vključuje naj se načelo «nič o nas brez nas» in sodelovati z invalidskimi organizacijami (Coppala et al, 2012). Delovni terapevti so dobro opremljeni z znanji in razumevanjem raznolikosti, omogočanjem in pomenu vključevanja oseb z zmanjšanimi zmožnostmi v okupacije prostega časa (Plemelj, 2017). Usposobiti se morajo v spretnostih prenosa teh znanj v zagovorništvo in politiko oblikovanja skupnosti na načelih univerzalnega načrtovanja (Larkin et al, 2015). Če ravno se zdi kompleksnost izziva preobsežna, se velja spomniti besed Stephana Hawkinga. Dejal je, da bomo v naslednjih dvajsetih letih lahko živeli na Luni, v naslednjih štiridesetih na Marsu, v naslednjih sto letih bomo v iskanju svetov preskočili meje sončnega sistema, vmes pa bi vendarle želeli iti v trgovino, restavracijo in v kino, mi pa dodajamo tudi v naravo.

## ZAKLJUČEK

Pravica do okupacije vključuje zadovoljno preživljanja prostega časa in dostopnost turističnih produktov osebam z zmanjšano zmožnostjo. Delovni terapevt ob sodelovanju drugih strokovnjakov, z omogočanjem izvedbe okupacije in vključenosti, navedeno pravico zagotavlja. Turizem za vse je velik posel, ki odpira priložnost zaposlitve za delovnega terapevta. Univerzalno oblikovanje oziroma načrtovanje je del študijskih programov, zato je pomembno sodelovanje različnih profilov študentov, ki so vezani na delo z osebami z zmanjšanimi zmožnostmi. Sodelovanje študentov delovne terapije in stavbarstva na Univerzi v Ljubljani je primer dobre prakse, ki je žal bolj izjema kot pravilo.

## LITERATURA

- Albreht A, Zapušek Černe P, Krištof D Černe (2016). Z belo palico po mestu. Dostopno na: [http://dostop.org/dokumenti/Z%20belo%20palico%20po%20mestu\\_web.pdf](http://dostop.org/dokumenti/Z%20belo%20palico%20po%20mestu_web.pdf) <4.07.2018>.
- Albreht A, Krištof P, Pučnik A, Bera A, Žiberna F (2010). Prostor za vse. Priročnik za Načrtovanje brez ovir v zunanjem javnem prostoru. Maribor: Mestna občina Maribor. Dostopno na: <http://www.maribor.si/dokument.aspx?id=13856> <4.07.2018>.
- Bendel J (2006). Decision support system for evaluating accessibility of facilities. *The Israeli J Occup Ther* 15(3):1–17.
- Cadle S (2018). The omnipod – dual purpose accommodation launched as solution in growing disabled tourism market. Dostopno na: <https://www.omnipodsandcabins.co.uk/blog/accommodation-for-growing-disabled-tourism-market> <10.08.2019>.
- Coppola S, Sakornsation S, Thongkuay S, Trevittaya P (2014). Innovative practice in accessible and inclusive tourism. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. Dostopno na: <https://www.tandfonline.com/> <4.07.2019>.
- Darcy S (2010). Inherent complexity: disability, accessible tourism and accommodation information preferences. *Tourism Management* 31(6): 816–26.
- Dovjak M, Kristl T (2009). Development of the Leonardo da Vinci accessible world for all respecting differences - AWARD project. *International J of Sanitary Engineering Research* 3(2): 35–49.
- ENAT (2013). Accessible Cities. European network for accessible tourism. Dostopno na: <https://www.accessibletourism.org/> <20.04.2017>.
- Eurostat (2018) Disability statistics - barriers to social integration. Eurostat. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability\\_statistics\\_-\\_barriers\\_to\\_social\\_integration](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_barriers_to_social_integration) <15.11.2018>.
- Goglamping. Dostopno na <https://goglamping.netgoglamping> <14.06.2019>.
- Glampotel Dundas Castle: Is Glamping really wheelchair accesible (2017). Dostopno na: <https://www.simplyemma.co.uk/glampotel-dundas-castle-wheelchair-accessible-tent/> <12.07.2019>.
- Gradbeni zakon. Uradni list RS, št. 61/17 in 72/17 popr. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=Zakon108> <14.06.2019>.
- I Feel Slovenia (2019). Dostopno na: <http://ifeelslovenia.org/> <13.06.2019>.
- Jofre M (2019). Wheel the World and the Inca Trail dream, Machu Picchu.

- Dostopno na: <https://gowheeltheworld.com/2019/01/16/wheel-the-world-y-el-sueno-del-camino-inca-machu-picchu/> <27.08.2019>.
- Larkin H, Hitch D, Watchorn V, Ang S (2015). Working with policy and regulatory factors to implement universal design in the built environment: The Australian experience. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (2): 8157–71. doi:10.3390/ijerph120708157. <14.07.2019>.
- Leafyfieldsglamping. Dostopno na: <https://www.leafyfieldsglamping.com>. <13.07.2019>.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2019). Akcijski Program Za Invalide 2014-2021. Dostopno na: [http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_pdf/invalidi\\_vzv/API\\_2014-2021.pdf](http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/invalidi_vzv/API_2014-2021.pdf) <11.07.2019>.
- MOP (2016). Inkluzivno oblikovanje in dostop do informacij v okviru načrtovanja in gradnje objektov v javni rabi. Priročnik, 1. izdaja. Ministrstvo za okolje in prostor.
- MOP (2017). Univerzalna stanovanjska graditev. Priročnik, 1. izdaja. Ministrstvo za okolje in prostor.
- Nadin P (2019). Introduction to services. Dostopno na: <https://www.disabledholidays.com/brochures/DHDB2B.pdf>: < 10.08.2019> <https://www.omnipodsandcabins.co.uk/>. Dostopno <19.08.2019>.
- Plemelj A (2013). Turizem za vse. In: Mušič K, Kociper T, Sikošek M, eds. Turizem in management. Na poti k uspešni poslovni poti (str. 751–62). Portorož : Založba Univerze na Primorskem. Dostopno na: <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-79-3.pdf>. < 16.12.2016>.
- Plemelj A (2017). Pomen prostega časa pri osebah z zmanjšano zmožnostjo. *Revija za zdravstvene vede* 4(1): 46–60. Dostopno na: [https://fzv.vsnm.si/uploads/FZV\\_pripone/revija/revija\\_jhs\\_2017\\_v4n1\\_www.pdf](https://fzv.vsnm.si/uploads/FZV_pripone/revija/revija_jhs_2017_v4n1_www.pdf) <09.01.2019>.
- Pravilnik o univerzalni graditvi in uporabi objektov, Uradni list RS, št. 41/18. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-2044> <29.11.2018>.
- Prvi slovenski imenik dostopnih točk (2019). Dostopno na: <http://www.pridem.si/> <25.06.2019>.
- Razinger R (2018). Univerzalno načrtovanje turističnega objekta Glamping Ribno. Ljubljana: Fakulteta za gradbeništvo in geodezijo, Univerza v Ljubljani. Dostopno na: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=101352&lang=slv>. <5.10.2018>.
- Ronald M (1997). Mace Papers 1974-1998. North Carolina State University. Dostopno na: <https://www.lib.ncsu.edu/findaids/mc00260/summary> <15.05.2019>.
- SIST 1186:2016. Talni taktilni vodilni sistem za slepe in slabovidne.
- SIST ISO 21542:2012 Gradnja stavb – dostopnost in uporabnost grajenega okolja.
- SIST ISO/TR 9527:2002. Gradnja objektov - Potrebe invalidov in drugih funkcionalno oviranih ljudi v stavbah - Smernice za projektiranje.
- SIST EN 60118-4 - Elektroakustika - Slušni pripomočki - 4. del: Sistemi z indukcijsko zanko za slušne pripomočke - Zahteve sistema.
- Stanley N (2019). About us - Disabled travel. Dostopno na: <http://www.disabledtravel.co.za/about.php>. <28.09.2019>.
- Uredba o gradbenih proizvodih 305/2011. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011R0305&from=SL>. <22.10.2019>.
- Uredba o razvrščanju objektov, stran 5670. Uradni list RS, št. 37/2018. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1900>.

- Vacation destinations for individuals with special needs. Dostopno na: <http://www.friendshipcircle.org/blog/2012/06/06/32-vacation-destinations-for-individuals-with-disabilities-or-special-needs/> <18.08.2019>.
- Vovk M (2000). Načrtovanje in prilagajanje grajenega okolja v korist funkcionalno oviranim osebam. Ljubljana: Urbanistični inštitut Republike Slovenije.
- Wheelchair-Accessible-Glamping. Dostopno na :<https://www.glampsites.com/Holiday-Ideas/>. <19.08.2019>.
- WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dostopno na: <https://www.who.int/classifications/icf/en/> <21.06.2018>.
- WHO (2018a) World report on disability. World Health Organisation. Dostopno na: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/) <15.11.2018>.
- WHO (2018b). Deafness and hearing loss. World Health Organisation. Dostopno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/> <22.01.2019>.
- Wikipedia (2018). Glamping. Dostopna na: <https://en.wikipedia.org/wiki/Glamping>.  
Wheelchair-Accessible-Glamping. Dostopno na: <https://www.glampsites.com/Holiday-Ideas/>. <19.08.2019>.
- Tirol Werbung (2019). Accommodation for deaf and hard of hearing and for blind and visually impaired. Dostopno na: <https://www.tyrol.com/things-to-do/barrier-free/accommodation-for-blind-visually-impaired-deaf-hard-of-hearing> <14.02.2019>.
- Zveza paraplegikov Slovenije (2019). Dostopno na: <https://zveza-paraplegikov.si/> <30.11.2018>.
- Zveza slepih in slabovidnih Slovenije (2019). Dom oddiha v Izoli. Zveza Slepih in Slabovidnih Slovenije. Dostopno na: <http://www.zveza-slepih.si/?s=izoli> <29.11.2019>.
- Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije (2019). Dostopno na: <http://www.zveza-gns.si/> <29.11.2018>.

## Kvaliteta izvedbe socialno interakcijskih spretnosti med izvedbo okupacije posameznikov

### Quality of social interaction skills during occupational performance

Zorana Sicherl<sup>1</sup>, dipl. del. ter. MSc OT

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

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Učinkovita socialna interakcija je pogosto ključnega pomena za vključevanje posameznika v različne vsakodnevne okupacije, primanjkljaj na področju socialnih spretnosti pa ima vpliv na kvaliteto izvedbe socialne interakcije. Namen pilotne študije je ugotoviti spremembe v kvaliteti izvedbe socialne interakcije, ocena integracije v skupnosti ter ugotavljanje povezanosti med kvaliteto socialne interakcije ter socialne integracije pri osebah z nevrološkim obolenji. **Metode:** Študija primera je zajemala 15 oseb z različnimi nevrološkim obolenji. Osebe so bile ocenjene z ocenjevalnima inštrumentoma Ocenjevanje socialne interakcije ter vprašalnikom Community integration questionnaire o integraciji v skupnosti. Uporabljena je bila metoda deskriptivne statistike ter metoda ugotavljanja povezanosti med socialnimi spretnostmi ter podlestvico socialne integracije z uporabo  $\chi^2$  testa. **Rezultati:** Študija je pokazala, da imajo osebe z nevrološkim diagnozami slabšo kvaliteto izvedbe socialne interakcije ter zmanjšano vlogo pri integraciji v okolje/skupnost, ni pa pokazala statistično pomembne povezanosti med kvaliteto socialnih spretnosti ter socialno integracijo ( $p=0,406$ ). **Razprava in zaključek:** Osebe z nevrološkim obolenji imajo pogosto zmanjšano kvaliteto izvedbe socialne interakcije ter težave pri socialni integraciji. Študija predstavlja uporabo dveh ocenjevalnih inštrumentov, s katerima lažje razumemo delovanje oseb z nevrološkim obolenji.

**Ključne besede:** ocena socialne interakcije, socialna integracija, nevrološka obolenja, delovna terapija.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Effective social interaction is often the key of individual's integration and participation in various day-to-day occupations. **Methods:** Pilot study with 15 participants with neurological conditions was evaluated with Evaluation of social interaction and Community Integration questionnaire. The data was analysed using descriptive statistical analysis and a  $\chi^2$  test for independence and correlation of social skills quality and social integration. **Results:** The results of this pilot study showed that people with neurological conditions have lower quality of social interaction and lower independence and community integration, but there is no statistically important correlation between quality of social skills and social integration ( $p=0.406$ ). **Discussion and conclusion:** People with neurological conditions often demonstrate lower quality of social interaction and have difficulties with social

integration. This study provides considerations for utility of two assessment tools for better understanding of their functioning.

**Keywords:** social interaction, social integration, neurological conditions, occupational therapy.

## IZHODIŠČA

Socialne spretnosti so poleg motoričnih in procesnih spretnosti, ki podpirajo izvedbo okupacije, ključne za podporo participacije na vseh področjih delovanja posameznika: delo, izobraževanje, prosti čas, širše dnevne aktivnosti in socialna participacija (Simmons, Griswold, 2009). Potreba po upoštevanju socialno interakcijskih spretnosti v okviru izvedbe okupacije je bila že od nekdaj domena delovne terapije (Simmons et. al., 2010).

Participacije je razložena kot izvedba aktivnosti v resničnem svetu in vključuje aktivnosti, vezane na domače, socialno in delovno okolje (ICF, 2001), hkrati pa predstavlja tudi pomemben končni izid oseb z okvaro telesnih zgradb in telesnih funkcij glede na vključevanje v željene okupacije (Renswick et al., 2003).

Sposobnost posameznika, da brez težav in uspešno vstopa v interakcijo z drugimi osebami, vključuje integracijo čustvenih, jezikovnih in kognitivnih sposobnosti (Beuchamp, Anderson, 2010), kar lahko opredelimo kot verbalno in neverbalno komunikacijo.

Komunikacija, naučena od otroštva, se začne brez uporabe jezika. Obrazni izrazi, geste, govorica telesa, zvoki veselja ali bolečine predstavljajo osnoven način neverbalne komunikacije. Z razvojem posameznika se to neverbalno vedenje vkomponira v socialne interakcije, kasneje pa se spremeni v čustveno izražanje, ki sledi verbalni komunikacije (Cole, Donahue, 2011).

Skoraj vsa nevrološka obolenja, ki povzročijo okvaro možganov, lahko potencialno motijo socialno kognitivne funkcije in lahko predstavljajo vidni klinični simptom po poškodbi možganov, možganski kapi in so hkrati lahko tudi glavni ali subtilni znak veliko drugih nevroloških obolenj (Henry et.al., 2016). Osebe z omenjenimi diagnozami imajo težave pri prepoznavanju negativnih čustev, uporabi obrazne mimike, tonu glasu ter so upočasnjeni pri začenjanju socialne interakcije glede na zdravo populacijo (Sondergaard, Fisher, 2012), kar vodi v zmanjšano participacijo v socialnih aktivnostih in zmanjšano kvaliteto življenja, povezano z okvarami telesnih zgradb in telesnih funkcij (Dahlberg et al. 2007, Hirsch et. al, 2011).

Spretnosti socialne interakcije so definirane kot »posamezne akcije ali enote socialnega vedenja, ki jih lahko opazujemo med potekom izvajanja okupacije, ki vključuje socialno interakcijo (t.j. socialna izmenjava)« (Fisher, Griswold, 2018, 11-12).

Trenutno se v delovni terapiji uporabljata dve standardizirani ocenjevanji socialne interakcije: Assessment of Communication and Interaction skills – ACIS (Forsyth et. al., 1993) ter Ocenjevanje socialne interakcije – OSI (Fisher, Griswold, 2008).

Ocena socialne interakcije (OSI) je ocenjevalni instrument, ki je bil izoblikovan posebej za delovne terapevte z namenom oceniti kvaliteto posameznikove socialne interakcije v naravnem kontekstu medtem, ko je dejansko vključen v okupacijo, kar tudi razlikuje omenjeno delovnoterapevtsko ocenjevanje od ocenjevanj, ki jih izvajajo ostali zdravstveni strokovnjaki (Fisher, Griswold, 2018) in temelji na subjektivnem opažanju posameznika oz. njegovih bližnjih. Ocenjevalni instrument OSI pa zajema opazovanje posameznika med socialno interakcijo, ki jo izbere posameznik glede na to, kaj želi, se od njega pričakuje ali mora narediti. Socialna interakcija (SI) se odvija v realnem kontekstu z običajnimi socialnimi partnerji. OSI zajema 27 spretnosti, ki so razdeljene v 7 domen:

- začeti in končati SI,
- ustvarjanje SI,
- fizična podpora SI,
- oblikovanje vsebine SI,
- ohranjanje toka SI,
- verbalna podpora SI in
- prilagajanje SI.

Merila, po katerih se ocenjuje spretnosti SI, je merilo kompetentnosti. Vsaka spretnost ima določene kriterije, ki definirajo ali je izvedba kompetentna, vprašljiva, neučinkovita ali pa ima oseba močno zmanjšano/omejeno sposobnost (Fisher, Griswold, 2018).

Vprašalnik Community Integration Questionnaire (CIQ) (Willer et al., 1983) pa je bil razvit z namenom ocenjevanja zmanjšane socialne vloge ter integracije v skupnosti pri osebah s pridobljeno možgansko poškodbo. Uporablja se pri osebah po travmatski poškodbi možganov, možganski kapi, multipli sklerozi, cerebralni paralizi, mišični distrofiji ter poškodbah hrbtenjače in je pogosto uporabljen ocenjevalni inštrument, za ocenjevanje participacije (Hirsh et. al., 2011). Sestavlja ga 15 vprašanj, ki se nanašajo na:

- integracijo v domačem okolju,
- socialno integracijo in
- integracijo v produktivne aktivnosti.

Višje število točk predstavlja večjo samostojnost ter večjo stopnjo integracije v skupnosti posameznika (Raad, Moore, 2013).

Vloga delovnega terapevta je, da podpira in omogoča posameznikovo vključevanje v domačem in širšem družbenem okolju in kvaliteta socialnih spretnosti predstavlja pomembno sposobnost, ki jo mora posameznik obvladati za uspešno vključevanje v različne okupacije (Sondergarad, Fisher, 2012).

Namen pilotne študije je ugotoviti spremembe v kvaliteti socialnih spretnosti med izvedbo okupacije, stopnjo integracije - v skupnosti oseb z različnimi nevrološkimi obolenji ter ugotoviti morebitno povezanost med omenjenima postavkama.

## **METODE**

V kvantitativno pilotno študijo primera je bilo na podlagi poziva k sodelovanju vključenih 15 odraslih oseb z nevrološko diagnozo (multipla skleroza, možganska kap, poškodba glave, možganski tumor, nevrološka genska okvara, cerebralna paraliza). Vsi preiskovanci so v študiji sodelovali prostovoljno in bili sposobni verbalne komunikacije. Vsak od preiskovancev je izpolnil Obrazec za soglasje k raziskavi ter anonimnosti podatkov. Preiskovanci so bili stari med 29 in 61 let, s časom od postavitve diagnoze med 2-54 let. Za ocenjevanje je bil uporabljen na uporabnika usmerjen, standardiziran, zanesljiv in veljaven ocenjevalni instrument OSI. Vsak preiskovanec je bil ocenjen med vključevanjem v dveh izbranih poznanih in željenih socialnih interakcijah, glede na določen standardiziran postopek (Fisher, Griswold, 2018). Za analizo OSI je bila uporabljena OTAP programska oprema. Nadaljnje je bil pri vsakem od preiskovancev izpolnjen tudi zanesljiv in veljaven vprašalnik o integraciji v skupnosti - CIQ, izveden v obliki intervjuja, ki ga je vodil preiskovalec v poznanem okolju preiskovanca. Pridobljeni podatki ocenjevanj OSI in CIQ so bili analizirani in predstavljeni s pomočjo deskriptivne statistike, povezanost med OSI ter CIQ - Socialna integracija pa z metodo ugotavljanja povezanosti –  $\chi^2$  test.



## REZULTATI

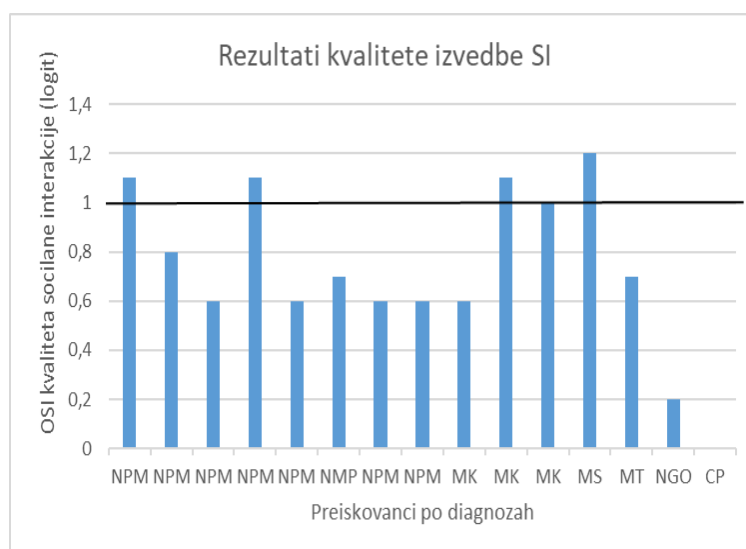
Demografske karakteristike vzorca so prikazane v Tabeli 1. Večina preiskovancev je imela diagnozo nezgodne poškodbe možganov, več je bilo preiskovancev moškega spola. Povprečna starost preiskovancev je bila 45 let (razpon 29 – 67), povprečni čas od diagnoze pa je bil 16,8 let (razpon 2 – 54).

Tabela 1: Demografski podatki preiskovancev.

Preiskovanec	Spol	Starost	Diagnoza	Leta diagnoze
1	Moški	52	NMP	10
2	Moški	35	NMP	12
3	Moški	67	NMP	20
4	Moški	47	MTU	8
5	Moški	47	NMP	2
6	Moški	53	MK	3
7	Moški	33	MK	7
8	Ženski	39	MS	25
9	Ženski	29	NMP	5,5
10	Ženski	59	NMP	6,5
11	Ženski	45	NMP	5
12	Moški	29	NMP	18
13	Moški	61	MK	5
14	Moški	33	NGB	30
15	Ženski	54	CP	54

Opombe: NPM= nezgodna travmatska poškodba; MTU=možganski tumor; MK=možganska kap; MS= Multipla skleroza; NGB= nevrološka genska bolezen; CP= cerebralna paraliza

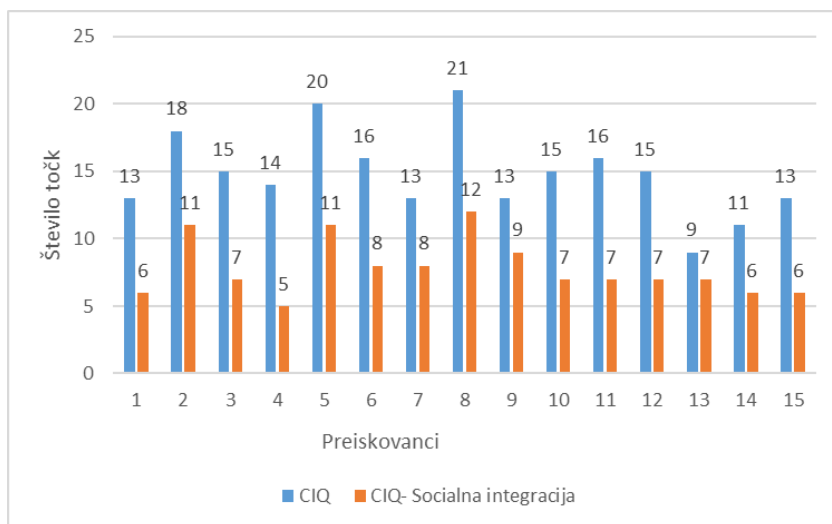
Povprečna vrednost OSI izražena v logitih je bila 0,7; mediana 0,7, modus 0,6. 60% preiskovancev je imelo vrednost OSI pod kriterijsko mejnim referenčnim rezultatom 1,0 logita (Fisher, Griswold, 20018), kar je prikazano v Grafu 1. V nadaljevanju, zmerno do izrazito neučinkovita SI je bila ocenjena pri 2 preiskovancih, blago do zmerno neučinkovita/nezrela SI pri 7 preiskovancih, vprašljiva do blago neučinkovita/nezrela SI pri 2 preiskovancih ter ustrezna do občasno vprašljiva SI pri 4 preiskovancih.



Graf 1: Rezultati ocenjevanja kvalitete izvedbe SI v logitih.

Rezultati vprašalnika CIQ (Skupna vrednost ter podlestvica Socialna integracija) so predstavljeni v Grafu 2. Povprečna dosežena vrednost CIQ je bila 14,8 točke (mediana:15, modus: 13).

Pri podlestvici Socialna integracije je bila povprečna vrednost 7,8 ( najvišje 12, najmanj pa 5; mediana: 7, modus:7). Rezultate podlestvice Socialna integracija smo glede na tipične vrednosti ( $7,13 \pm 2,24$ ) (Raad,Moore, 2013) razdelili na dve skupini, ter z uporabo  $\chi^2$  test- a primerjali podatke z rezultati ocenjevanja OSI. Test ni pokazal statistično pomembne povezanosti med omenjenima spremenljivkama ( $p=0,406$ ).



Graf 2: Rezultati vprašalnika CIQ.

## RAZPRAVA

SI predstavlja izziv za osebe z različnimi nevrološkiimi diagnozami, pomanjkanje socialnih spretnosti lahko povzroči njihov umik iz SI, dolgoročna posledica le-tega pa je izoliranost od okolice ter izguba socialnih stikov (Dahlberg et al., 2007, Simmons et al., 2010, Francis et al., 2017). Ocena socialnih spretnosti je pomembna ter potrebna kot pomoč delovnim terapevtom v praksi za prepoznavanje primanjkljajev in okvar že v zgodnjih fazah obravnave, hkrati pa njeni rezultati omogočajo ustrezno izbiro intervencije. Z ocenjevalnim inštrumentom OSI lahko primerjamo celoten kriterij kompetenc, ki so potrebne za uspešno SI, ki je zrela in vljudna. Rezultati pilotne študije so pokazali, da imajo osebe z nevrološkiimi diagnozami slabšo kvaliteto izvedbe socialne interakcije glede na osebe brez zdravstvenih težav, kar sovпада s trditvami, da imajo težave pri socialni interakciji vpliv na življenje posameznikov z omenjenimi diagnozami (Sondergaard, Fisher, 2012), vendar pa imajo tudi osebe z nevrološkiimi diagnozami lahko kompetentno izvedbo SI (Bornhofen, McDonald, 2008), kar se je pokazalo pri rezultatu pilotne študije, kjer so 4 preiskovanci prikazali ustrezno (kompetentno) kvaliteto izvedbe SI. Preiskovanci, ki so prikazali neustrezno kvaliteto izvedbe SI, so imeli težave pri začnjanju in končanju SI, ustvarjanju SI, predvsem zaradi težav, povezanih z govorom, ki ni bil tekoč zaradi telesne okvare, kot posledice poškodbe možganov (Galski et. al., 1998) oz. možganske kapi (Cooper et. al., 2014). Nadaljnje so imeli pri fizični podpori SI največje težave pri vzpostavljanju očesnega kontakta s socialnimi partnerji, usmerjenosti proti socialnem partnerju ter nadzoru impulzivnega vedenja. Prav tako sami težje oblikujejo vsebino SI s kratkimi, predolgimi ali nepopolnimi odgovori ter težje vzdržujejo tok SI, saj potrebujejo več časa za odgovor, pogosto prekinjajo socialnega

partnerja, pošiljajo bodisi predolga ali prekratka sporočila, ne prehajajo tekoče iz ene teme pogovora na drugo ter dominirajo oz. so dominirani med SI. Za lažje ohranjanje teme potrebujejo direktna ter neposredna vprašanja (Dahlberg et al. 2007).

Skladno z Copper et al. (2014), Abden et al. (2017) ter Dahlberg et al. (2007) se je tudi v naši študiji pokazalo, da imajo preiskovanci pogosto pomanjkanje pri zaznavanju čustev socialnega partnerja, pogosto ne izražajo ustrezne verbalne podpore s pojasnjevanjem, vzpodbujanjem socialnega partnerja, da le-ta lahko sledi SI ter nimajo ustrezne kvalitete socialnih spretnosti za prilagajanje med celotnim potekom SI, saj težko sledijo določenim pravilom v ljudne SI.

Integracija preiskovancev v okolju/skupnosti pa je razkrila, največ težav pri podlestvici integracija v produktivne aktivnosti ter socialni integraciji, na katero smo se usmerili pri pregledovanju rezultatov. Nihče od preiskovancev ni več vključen v redni delovni proces, večina (14/15 preiskovancev) pa redno prihaja na delo v varstveno delovni center. Preiskovanci se največkrat vključujejo v socialne interakcije z drugimi osebami, ki imajo podobna obolenja kot sami oz. ožjimi družinskimi člani, manj pa so vključeni v okupacije izven domačega okolja, še posebej v okupacije, vezane na prosti čas, npr. obiskovanje kina, restavracij, športnih prireditev, v katere se ne vključujejo oz. se v večini vključujejo sami. Večinoma se to prepisuje težavam v komunikaciji, ki so povezane z jezikovnimi (ne afazija), kognitivnimi ter socialnimi spretnostmi in na podlagi raziskav (Galski et al., 1998) predstavljajo veliko oviro pri ponovni integraciji v skupnosti, kjer osebe živijo oz. delujejo. Opisane težave pripomorejo k izgubi pomembnih odnosov z ljudmi, kar vodi v veliko socialno izolacijo ter osamljenost, kajti neprimerna izmenjava v komunikaciji predstavlja glavno oviro v socialni integraciji, kot posledica neupoštevanja pravil socialne interakcije v povezavi z ustreznimi kompetencami socialnih spretnosti (LoBello et al., 2003, Dahlberg et al., 2007), kljub temu, da konkretno pri naši raziskavi nismo uspeli dokazati statistično pomembne povezanosti med kvaliteto socialne interakcije ter socialno integracijo naših preiskovancev ( $p = 0,406$ ). Izvedena pilotna študija je imela namreč določene omejitve, ki jih je potrebno poudariti. Najprej, vzorec študije ni homogen, večina preiskovancev je imela nezgodno poškodbo glave, kar lahko omejuje splošne ugotovitve izvedenih ocenjevanj ter ugotavljanje povezanosti med rezultati OSI ter CIQ - Socialna integracija. Prav tako so bili v študijo vključene osebe, ki so imele relativno dobro stopnjo funkcioniranja ter samostojnosti pri izvajanju okupacij, nismo pa posebej ocenili njihovih procesnih spretnosti, ki bi lahko imele vpliv na dobljene rezultate.

## ZAKLJUČEK

Ljudje smo socialna bitja in se dnevno vključujemo v socialne interakcije, ki nam omogočajo participacijo v vsakodnevnem življenju, kar je tudi pomemben izid rehabilitacije oseb z različnimi nevrološki obolenji. V ta namen se uporablja zelo malo ocenjevalnih inštrumentov, kljub dejstvu, da uporaba ustreznih ocenjevalnih inštrumentov služi kot ocena za načrtovanje obravnave ter izid v delovni terapiji. Pilotna študija je pokazala slabšo kvaliteto izvedbe SI ter nižjo stopnjo integracije oseb z različnimi nevrološki diagnozami v skupnosti.

Za boljše razumevanje ter predvsem načrtovanje ustrezne delvoterapevtske obravnave bi bilo smiselno v prihodnosti študijo razširiti ter uporabiti večji vzorec preiskovancev, uporabiti stratificiran vzorec različnih stopenj funkcioniranja pri posameznem nevrološkem obolenju, saj je večina do sedaj opravljenih študij z uporabo OSI in CIQ opravljena pri osebah po nezgodni poškodbi glave, manj pa pri osebah z drugimi nevrološki diagnozami. Smiselno

bi bilo tudi upoštevati kvaliteto motoričnih in procesnih spretnosti, saj imajo lahko prav tako velik pomen pri socialnih spretnostih ter participaciji posameznika v skupnosti.

## LITERATURA

- Beauchamp MH, Anderson V (2010) SOCIAL: An integrative framework for development of social skills. *Psychol Bull* 136 (1):39–64. doi: 10.1037/a0017768.
- Bornhofen C, MsDonald S (2008). Emotion perception deficits following brain injury: A review of the evidence and rationale for intervention. *J Int Neuropsychol Soc* 14(4): 511–25. doi: 10.1080/09602010601061213.
- Cooper CL, Phillips LH, Johnston M, Radlak B, Hamilton S, McLeod MJ (2014). Links between emotion perception and social participation restriction following stroke. *Brain Inj* 28(1): 122–6. doi: 10.3109/02699052.2013.848379.
- Cordier R, Speyer R, Chen YW et al. (2015). Evaluatin psychometric quality of social skills measures: a systematic review. *PLoS ONE* 10(7): e0132299. doi: 10.1371/journal.pone0132299.
- Dahlberg C, Hawley L, Morey C, Newman J, Cusick CP, Harrison-Felix C (2006). Social communication skills in persons with post-acute traumatic brain injury: Three perspectives. *Brain Inj* 20(4): 425–35. doi: 10.1080/02699050600664574.
- Dahlberg CA, Cusick CP, Hawley LA et.al. (2007). Treatment efficacy of social communication skills training after traumatic brain injury: A randomized treatment and deferred treatment controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 88(12): 1561–73. doi: 10.1016/j.apmr.2007.07.033.
- Fisher, AG, Griswold, L.A. (2018). *Evaluation of social interaction* 4th ed. Ft. Collins, CO: Three Star Press.
- Fisher AG, Marterella A. (2019). *Powerful Practice: A model of authentic occupational therapy*. Ft. Collins: Center for innovative OT solutions.
- Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. (1998). *A user's guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*. 4th ed. Chicago, ILL: University of Illinois.
- Galski T, Tompkins C, Johnston MV (1998). Competence in discourse as a measure of social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. *Brain Inj* 12(9):769–82.
- Henry JD, von Hippel W, Molenberghs P, Lee T, Sachdev PS (2016). Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. *Nat Rev Neurol* 12(1): 28–39. doi: 10.1038/nrneurol.2015.229.
- Hirsh AT, Braden AL, Craggs JG, Jensen MP (2011). Psychometric properties of the community integration questionnaire in a heterogeneous sample of adults with physical disability. *Arch Phys Med Rehabil* 92(10): 1602–10. doi: 10.1016/j.apmr.2011.05.004.
- Kennedy PD, Adolphs R (2012). The social brain in psychiatric and neurological disorders. *Trends Cogn Sci* 16(11): 559–72. doi: 10.1016/j.tics.2012.09.006.
- LoBello SG, Undrhil AT, Valentine P, Stroud TP, Bartolucci AA, Fine PR (2003). Social integration and life and family satisfaction in survivors of injury at 5 years postinjury. *J Rehabil Res Dev* 40(4): 293–300.
- Raad J, Moore J (2013). Measurement characteristics and clinical utility of the Community Integration Questionnaire among individuals with brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 94(3): 603–4. doi: 10.1016/j.apmr.2013.01.003.

- Renswick R, Nourhaghighi N, Manns PJ, Rodman DL (2003). Quality of life for people with physical disabilities: a new instrument. *Int J Rehab Res* 26(4): 279–87. doi: 10.1097/01.mrr.0000102066.48781.a2.
- Simmons CD, Griswold LA(2009). Using the evaluation of social interaction in a community based program for persons with traumatic brain injury. *Scand J Occup Ther* 17(1): 49–56. doi: 10.3109/11038120903350303.
- Simmons DC, Griswold LA, Berg B (2010). Evaluation of social interaction during occupational engagement. *Am J Occup Ther* 46(1): 10–16. doi: 10.5014/ajot.64.1.10.
- Sondergaard M, Fisher AG (2012). Sensitivity of the evaluation of social interaction measures among people with and without neurological or psychiatric disorders. *Am J Occup Ther* 66(3): 1–7. doi: 10.5014/ajot.2012.003582.
- Willer B, Rosenthal M, Kreutzer S, Gordon WA, Rempel R (1983). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 8(2): 75–87. doi: 10.1016/j.apmr.2011.05.004.
- World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (2001). Geneva: World Health Organization.

**IZVLEČKI  
ZNANSTVENIH  
PRISPEVKOV**

**Naša kava ni posebna. Bi jo poskusil?**  
**Gostilna Druga violina – kako do vloge pomočnika natakarja**

**Our coffee is not special. Would you like to try it?**  
**Restaurant Druga violina – regular working place where you can become a waiter assistant**

Silva Bajde<sup>1</sup>, dipl.del.ter s spec.znanji (RNO, SI, TPK), Tjaša Deželan<sup>2</sup>, dipl.del.ter.

<sup>1,2</sup>CUDV Draga, Ig

## IZVLEČEK

**Izhodišča:** Večina oseb z motnjami v duševnem razvoju se po 26. letu zaposli v varstveno delovnih centrih (VDC). Ena od oblik dela, ki se izvaja v okviru VDC CUDV Draga, je zaposlovanje uporabnikov v restavraciji Druga violina, ki jim daje možnost aktivnega vključevanja v delovno okolje in družbeno življenje. **Metode:** Predstavljeni so primeri vključevanja oseb z motnjami v duševnem razvoju v delovno okolje kot pomočnikov natakarja v restavraciji Druga violina. Z uporabniki je bil izveden prilagojen vprašalnik The Canadian Occupational Performance Measurement (COPM). Uporabljena je kvalitativna metodologija z analizo rezultatov. **Rezultati:** Uporabniki so izpostavili kje se čutijo uspešni v vlogi pomočnika natakarja. **Razprava in zaključek:** Vprašalnik pokaže na potrebo po dodatnem usposabljanju za vlogo pomočnika natakarja in na potrebne prilagoditve. V okviru mednarodnega Erasmus+ projekta Inkluzivni turizem nastaja program usposabljanja poklicni profil pomočnika natakarja. Izpostavljena je vloga delovnega terapevta pri vključevanju oseb z motnjami v duševnem razvoju v običajna delovna okolja. Osebe z motnjo v duševnem razvoju lahko s primernimi znanji in ob podpori uspešno participirajo v delovno okolje.

**Ključne besede:** osebe z motnjami v duševnem razvoju, delovna terapija, COPM, mednarodni projekt Inkluzivni turizem.

## ABSTRACT

**Introduction:** After 26 years of age, most people with intellectual disabilities are employed in day care and work centers (VDC). One of the forms of work within framework of VDC in CUDV Draga is employment of users in the restaurant Druga violina, which gives them opportunity to actively participate in the working environment and social life. **Methods:** Examples of users in the environment as waiter assistant in the Druga violina restaurant are presented. The Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) questionnaire (adapted) was used. Content analysis of the data were obtained. Qualitative methodology was used. **Results:** Users pointed out where they feel successful at work. **Discussion and conclusion:** Findings show need for additional training for the role of waiter assistant with the necessary adaptations. Within the framework of the international Erasmus + project Inclusive Tourism, training program was developed for the profile of the waiter assistant. The role of occupational therapist is highlighted in integrating people with disabilities into the working

environment with additional approach. Persons with intellectual disabilities can successfully participate in employment with necessary support and education.

**Keywords:** work, intellectual disability, occupational therapy, international project Inclusive Tourism.



## Skupinska rekreativna dejavnost za osebe z okvaro hrbtenjače

### Group recreational activity for people with spinal cord injury

Patricija Jug<sup>1</sup>, mag. Alenka Plemelj<sup>2</sup>, prof. def., dipl. del. ter.

<sup>1,2</sup>Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Osebe z okvaro hrbtenjače mnogo časa namenijo izvajanju dnevnih aktivnosti, manj izvajanju rekreativnih dejavnosti. Rekreacija je zaradi zagotavljanja telesnih in psiholoških pridobitev zelo pomembna pri osebah z okvaro hrbtenjače. Namen študije je izdelava in izvedba programa skupinske rekreativne dejavnosti za osebe z okvaro hrbtenjače, za ohranjanje motoričnih spretnosti, potrebnih za izvajanje dnevnih aktivnosti. **Metode:** Izvedena je bila študija primera s štirimi udeleženci, z okvaro hrbtenjač, v starosti od 57 do 76 let, tri mesece, enkrat tedensko. Za načrt in vrednotenje programa je bila uporabljena biomehanska analiza, analiza aktivnosti po spretnostih in samoocena učinkovitosti in zadovoljstva z izvedbo. **Rezultati:** Program skupinske rekreativne dejavnosti ohranja motorične spretnosti za izvajanje dnevnih aktivnosti. Omogoča telesne, psihološke in socialne pridobitve. **Razprava in zaključek:** Za promocijo vključevanja oseb z okvaro hrbtenjače v rekreativne aktivnosti je izdelan priročnik priporočljivih aktivnosti. Predstavljen bo društvom paraplegikov po Sloveniji. Program rekreacijske dejavnosti z vidika delovnoterapevtskih obravnav je smiselno razvijati, saj se izkazuje kot dobra strategija pri učinkovitejšem izvajanju dnevnih aktivnosti.

**Ključne besede:** rekreativne aktivnosti, motorične spretnosti, izvajanje dnevnih aktivnosti.

#### ABSTRACT

**Introduction:** People with spinal cord injury spend most of their time on performing the activities of daily living, so there is not much time left for the recreational activity. The purpose of the study is to create and perform the program of group recreational activity for the people with spinal cord injury to maintain motor skills that are necessary to perform the activities of daily living. **Methods:** Four participants with spinal cord injury, aged from 57 to 76 years, have participated in the case study for three months, once a week. The program was evaluated with biomechanical analysis, activity analysis and self-evaluation. **Results:** The program of recreational activity enables the maintenance of motor skills for the performance of the activities of daily living. It also enables physical, psychological and social achievements. **Discussion and conclusion:** The manual for the recreational activity was designed. It turns out that from the perspective of occupational therapy treatments, this program proves to be a good strategy in the more efficient implementation of daily activities.

**Keywords:** recreational activities, motor skills, performance of the activities of daily living.

**EEE4all – Zaposljivost za vse  
(projekt v sklopu izmenjave Erasmus+ - Nizozemska)**

**EEE4all – Employability for all  
(module in Erasmus+ Exchange – the Netherlands)**

Laura Maučec<sup>1</sup>, Marie Deumeland<sup>2</sup>, Esther Call<sup>3</sup>, Britt Meens<sup>4</sup>, Laura Hectors<sup>5</sup>

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

<sup>2,3,4,5</sup>ZUYD University of Applied Sciences, Heerlen, Nizozemska

## IZVLEČEK

**Izhodišča:** »EEE4- Euro-Education: Employability for All« je evropski projekt, katerega namen je izobraziti bodoče zdravstvene delavce o težavah pri zaposlovanju specifičnih skupin. Projekt je potekal v sodelovanju z organizacijo Relim, ki nudi podporo osebam z motnjami v duševnem zdravju, ki imajo težave pri iskanju in vzdrževanju svojega mesta na trgu dela. Cilj projekta je bil oblikovati intervencijo, s katero bi uporabniki izboljšali svojo splošno telesno pripravljenost in tako imeli boljše pogoje za vstop na trg dela. **Metode:** Za razvoj intervencije je bil uporabljen »Design Thinking Process«, sestavljen iz petih stopenj, preko katerih se oblikujejo rešitve za zastavljen problem. Poleg tega je bil uporabljen tudi »DINAMO model«, s katerim se je preverjalo v kakšni meri so bili uporabniki zmožni in pripravljeni sprejeti ter aplicirati intervencijo. **Rezultati:** Končni produkt je žepna knjižica, v kateri je predstavljen 6-tedenski plan športnih aktivnosti za uporabnike v podjetju. **Razprava in zaključek:** Uporabniki imajo željo in potrebo po vključitvi športnih aktivnosti v plan zaposlitvene rehabilitacije. Edino težavo predstavlja neizobraženost zaposlenih v podjetju za vodenje le-teh. Končni produkt je bil dobro sprejet, njegova dejanska učinkovitost pa ni bila nadaljnje raziskana.

**Ključne besede:** motnje v duševnem zdravju, telesna aktivnost, odvisnosti, zaposlitvena rehabilitacija.

## ABSTRACT

**Introduction:** »EEE4- Euro-Education: Employability for All« is an European project which aims to educate future health care workers about difficulties of employability among specific target groups. Project was executed in cooperation with organisation called Relim, which focuses on helping people with mental health disorders (mainly different addictions) who have difficulties finding and keeping their place on the job market. The aim of the project was to design an intervention which would improve their clients' overall body fitness in order for them to have better basic conditions to work. **Methods:** We used "Design Thinking Process", a five stage, human-centred design process and a model which can be used for designing a prototype or an intervention. In addition, we also used "DINAMO" model to measure the willingness to change and see what factors are facilitating or impeding the implementation of the intervention. **Results:** We designed a handbook which includes a 5-week plan of sports activities for Relim clients. **Discussion and conclusion:** Clients want and need to be involved

in sports activities during their vocational rehabilitation process. The only problem occurs due to lack of knowledge about such activities among instructors. The end project was well received; long term effect wasn't researched.

**Keywords:** mental health disorders, physical activity, addiction, vocational rehabilitation.

## Ergonomija izvajanja hišnih opravil

### Ergonomics performance of housework

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

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

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Hišna opravila so vsakodnevne okupacije osebe, povezana z življenjskimi vlogami in okupacijsko identiteto. Fiziološki položaji, ustrezni vzorci gibanja, ergonomsko okolje in ustrezni pripomočki omogočajo učinkovito in varno izvedbo aktivnosti. Delovni terapevti strmimo k izvedbi aktivnosti v čim nižji stopnji težavnosti za telo. **Metode:** Uporabljeni sta bili modificirana Ovaco Working Postures Analysing System metoda in ocena neudobja v telesu s prilagojeno Corlett metodo. Preiskovanci, 80 odraslih in starejših oseb, je bilo opazovanih pri izvajanju desetih hišnih opravilih v domačem okolju v oktobru in novembru 2018. **Rezultati:** Preiskovanci hišna opravila pogosto izvajajo v nefizioloških položajih. Najvišja stopnja obremenitve telesa je prisotna v torako-lumbalnem in vratnem delu hrbtenice pri uporabi pralnega stroja. Neudobje se pojavlja v hrbtenici. **Razprava in zaključek:** Varnost in kakovost življenja oseb lahko ohranjamo s poučevanjem in prikazom pravilne izvedbe aktivnosti v domačem okolju.

**Ključne besede:** vsakodnevne aktivnosti, delovni terapevt, OWAS in Corlett metoda.

#### ABSTRACT

**Introduction:** People's engagement in housework represents their occupational identity and it also brings them meaning, roles and life satisfaction. Physiological positions, corresponding movement patterns and ergonomic environment enable safe performance of activities. Occupational therapists enable performance in the physiological position for the body. **Methods:** The study involved 80 adults and elderly participants. Ovaco Working Postures Analysing System and Corlett methods was used among ten activities. **Results:** Participants often carry out housework activities in a non-ergonomically positions. Activity of 'Laundry' has been performed by using non-physiological positions with high load in cervical spine and low back with muscle discomfort. **Discussion and conclusion:** People's safety and quality of life can be maintained by educating them about how to perform activities in a correct and safe manner in their home environment.

**Keywords:** everyday activities, occupational therapist, OWAS and Corlett methods.

**STROKOVNI  
PRISPEVKI**

## **Zgodnja nevrorehabilitacija: Delovna terapija pri nevrološkem bolniku**

### **Early neurorehabilitation: Occupational therapy with neurological patient**

mag. Jelka Janša<sup>1</sup>, viš. del. ter.

<sup>1</sup>UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Služba za nevrorehabilitacijo, Ljubljana

#### **IZVLEČEK**

**Izhodišča:** Delovna terapija se je v Sloveniji v proces zgodnje nevrorehabilitacije vključila leta 1987 z zaposlitvijo delovnega terapevta na Nevrološki kliniki pri Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. **Vsebina:** Postopek dela z bolnikom je potekal po angleškem vzoru in na principu »rešitve problema« (problem-solving approach). V skladu s takratno doktrino stroke je bil uporabljen še drugi princip, imenovan »od spodaj navzgor«. Pomembno vlogo so imeli nevrorazvojni, kognitivni in biomehanski modeli. V ospredju je bilo delovnoterapevtsko ocenjevanje in terapija nevrološke okvare, ki je vplivala na izvajanje osnovnih dnevnih aktivnosti. Leta 1999 se je v klinično prakso začel vnos sodobnih delovnoterapevtskih modelov in pristopov. V ospredje so stopili problemi iz področja izvajanja dejavnosti, ki so bili poimenovani s strani samih bolnikov. Ocenjevanje je dalo prednost prepoznavanju težav na področju izvajanja skrbi za sebe, produktivnosti in prostega časa. Preverjeni so bili okoljski dejavniki. Pristop k bolniku se je začel spreminjati v obliko »od zgoraj – navzdol« in je usmerjen na bolnikove potrebe. Oblika dela je individualna, le preventivni, edukacijski programi potekajo v skupini. **Zaključek:** Danes je stroka vključena v klinično, pedagoško in raziskovalno delo.

**Ključne besede:** nevrološki bolnik, zgodovina.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** The Occupational therapy has been introduced to the Department of neurology, University Medical Centre Ljubljana in 1987 by the employment of first ever occupational therapist. **Content:** Occupational therapy process was based on problem – solving approach and also on the bottom – up approach. Cognitive, neurodevelopmental and biomechanical models were important. Further, Occupational therapy was centred around neurological impairment, both assessment and treatment, that directly have had an impact on performance of basic activities of daily life. By year 1999, clinical practice has been updated by introducing the knowledge of novel occupational therapy models and approaches. Priority was given to issues related to daily performance, named by the patients themselves. Assessment tools were directed to the issues of self-care, productivity and leisure along with environmental factors. As such, therapeutic approach has been gradually changed into top-down manner. Occupational therapy is mainly provided individually by exception of preventive, educational programs. **Conclusion:** Today, occupational therapy is integrated into clinical, educational and research work.

**Keywords:** neurological patient, history.

## IZHODIŠČA

Znano je, da je zgodnja nevrorehabilitacija pomemben dejavnik v procesu zdravljenja nevrološkega bolnika (Ward et al., 2003; Post et al., 2011; Amatya et al., 2019). Zagotavlja jo multidisciplinarni tim zdravstvenih delavcev. Leta 1987, ko se zaposlil prvi delovni terapevt na nevrološki kliniki v Sloveniji, je ljubljanski multidisciplinarni nevrorehabilitacijski tim vključeval fizioterapevte in psihologa ter po potrebi in zgolj na poziv iz drugih klinik UKCL, logopeda in socialnega delavca. V prispevku bo opisan razvoj Enote za delovno terapijo pri sedanji Službi za nevrorehabilitacijo na nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL).

## VSEBINA

### Klinično delo

Klinično delo v prvem desetletju

Na nevrološki kliniki se zdravijo bolniki z okvaro možganov, ki se lahko pojavlja kot akutno nastala možganska kap, motnje gibanja kot so parkinsonova bolezen in parkinsonizmi plus, multipla skleroza, epilepsija, mala ali večja kognitivna motnja. Spremlja se tudi bolnike s periferno okvaro živčevja in redkimi nevrološkimi boleznimi. Za vsa omenjena bolezenska stanja se po smernicah priporoča multidisciplinarno obravnavo. V poznih osemdesetih letih se je delovno terapijo (DT) predpisovalo predvsem bolnikom z možgansko kapjo, bolnikom z multiplo sklerozo ter parkinsonovo boleznijo. Glede na takratno ležalno dobo na kliniki, ki je trajala do treh, občasno tudi do šest mesecev ter glede na takratne teoretične osnove za proces DT, se je v DT pristopalo k bolniku po principu rešitve problema (Mattingly, Fleming, 1994a; Janša, 1990; Janša, 1992). Istočasno se je uporabljal terapevtski pristop od »spodaj – navzgor« (Fisher, 2009). To pomeni, da je bila v ospredju obravnave nevrološka okvara, kot je npr. motorna, senzorična, perceptivna, kognitivna, težave z razpoloženjem, čustvena inkontinenca. Delovni terapevt je za obravnavo omenjenih težav uporabljal takrat uveljavljene pripravljalne aktivnosti. Z uporabo tega pristopa se je pričakovalo, da se bo učenje obvladovanja nevrološke okvare generaliziralo v proces izvajanja dnevnih aktivnosti (Fisher, 2014).

Na nevrološki kliniki je bil delno zaradi narave obolenja in okoljskih dejavnikov (pomanjkanje laboratorija za učenje dnevnih aktivnosti) poudarek na izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti (Janša, 1990).

Pristop »rešitve problema« je bil sestavljen iz dveh faz; prva se je imenovala prepoznavanje problema (delovni terapevt postavi svojo – delovnoterapevtsko diagnozo, ki temelji na pregledu dokumentacije, pogovoru z bolnikom in svojci (če je le mogoče) ter začetnem ocenjevanju (Rogers, Holm, 1991). Druga se je imenovala zagotavljanje rešitev za prepoznane probleme (Mattingly, Fleming, 1994a). Obe fazi sta bili pomembni; prva zaradi usmeritev za neprestano načrtovanje in izvajanje terapevtskega programa, druga zaradi zagotavljanja kakovostne delovnoterapevtske obravnave. Mattingly in Fleming (1994b, 271) sta tak način kliničnega razmišljanja podprla z naslednjim citatom »učinkovita terapija zavisi ravno tako od zmožnosti delovnega terapevta, da prilagodi terapevtski načrt in premisli terapevtske cilje, kot od njegove zmožnosti, da prvotno zastavi terapevtski načrt in cilje obravnave«.

Od terapevtskih pristopov so se uporabljali nevrorozvojni, biomehanski in kognitivni (Hagedorn, 1992; Janša, 1994).

## Prva ocenjevanja

Za klinično ocenjevanje nevrološkega bolnika so bili prevedeni Funkcijski test roke (Shoptland, 1975), Barthel indeks (Mahoney, Barthel, 1965), Razširjeni Barthel indeks (Prosiegel et al, 1996) in Rivermead vedenjsko spominski test (Wilson et al., 1991). Leta 1995 se je v delovni terapiji na nevrološki kliniki zaključila slovenska standardizacija Funkcijsekga testa roke po Jebsen-u (Zupančič et al., 2000) in leta 1997 slovenska standardizacija Razširjenega Barthel indeksa (RBI) (Janša, 1997a).

## Klinično delo od l. 1998 dalje

Preobrat v kliničnem delu se je začel z uvajanjem doktrine ocenjevanja po pristopu od »zgoraj navzdol«, ki soupada s principi klinične prakse, usmerjene na pacienta. Proces se je začel s pridobivanjem znanja zaposlene delovne terapevtke na magistrskem študiju iz področja delovne terapije na »University of East London« v Veliki Britaniji. Ključnega pomena je bila l. 1999 udeležba iste delovne terapevtke na tečaju Ocenjevanja motoričnih in procesnih spretnosti (angl. Assessment of Motor and Process Skills - AMPS) (Fisher, 2010). To je bila tudi prva slovenska kalibracija po tej ocenjevalni metodi. V letu 2001 se je v Sloveniji in tudi na nevrološki kliniki začel proces uvajanja Kanadske lestvice za ocenjevanje dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure – COPM) (Law et al, 2005). Uporaba COPM-a in AMPS-a podpirata klinično delo delovnega terapevta za prakso, ki je usmerjena na bolnika.

Aktivno vključevanje v Evropsko zvezo za parkinsonovo bolezen (European Parkinson Disease Association – EPDA) v letih 2003 – 2008, v evropsko skupino za rehabilitacijo bolnikov z multiplo sklerozo, Interesna skupina za delovno terapijo (Rehabilitation in Multiple Sclerosis (RIMS) – Special Interest Group Occupation) od leta 1995 dalje ter delovanje v odboru Svetovne organizacije za možgansko kap (World Stroke Organisation) v letih 2011 – 2014 je omogočalo kontinuiran dostop do aktualnih informacij o rehabilitaciji pri omenjenih patologijah. Vseskozi je bil in je še vedno izziv kako prenesti omenjene novosti v klinično delo. Rezultat teh sodelovanj so tudi različne publikacije oz. prispevki (Duportail et al., 1997; Kos et al., 2005; Janša et al., 2011; Janša, 2014; Janša, Aragon, 2015; Løyning et al., 2016; Ferdinand et al., 2018).

Na področju obravnave bolnika z akutno nastalo možgansko kapjo se je bistveno skrajšala ležalna doba, ki sedaj traja manj kot mesec dni, včasih lahko samo nekaj dni. Poudarek je na procesu učenja izvajanja smiselnih dnevnih aktivnosti, pripravi na odpust ter delu s svojci. Obe sodobni ocenjevalni metodi, tako COPM kot AMPS, sta bili preverjeni pri bolnikih z akutno možgansko kapjo (Gregorin et al., 2001; Janša et al., 2002; Janša et al., 2004b; Janša et al., 2006b).

Leta 2005 je bil uveden ambulantni Program za obvladovanje utrudljivosti pri bolnikih z multiplo sklerozo (Janša et al, 2006a; Janša et al, 2007) ter leta 2019 ameriški licenčni ambulantni Program za preprečevanje padcev pri bolnikih z multiplo sklerozo (Fynlayson, 2009). Za bolnike z motnjo gibanja in za bolnike z multiplo sklerozo, se je, kot je bilo omenjeno, v klinični praksi uporabljal pristop, usmerjen na bolnika, ki temelji na upoštevanju bolnikov funkcijskih ciljev, njihovih zmožnosti za realizacijo le-teh ter okoljskih dejavnikov (fizični, socialni) (Janša, Aragon, 2015; Sicherl, 2012). Obe omenjeni patologiji, tako multipla sklerozna kot parkinsonova bolezen, sta kronične narave. Bolnike se



zato periodično spremlja skozi desetletja njihovega spopadanja z boleznijo. Hospitalizirani so običajno ob postavitvi diagnoze (če diagnostika ni izpeljana ambulantno) ter ob poslabšanju parkinsonove bolezni oziroma ob težjih zagonih pri multipli sklerozi. Bolniki s kognitivno motnjo so vključeni v program ob postavitvi diagnoze ter pozneje ob pomembnih poslabšanjih; tudi pri kliničnem delu z njimi se upošteva sodobne pristope obravnave (Janša, 1997b; Bordet et al., 2017).

Poleg obravnave hospitaliziranih bolnikov, ki zajema 90% delovanja delovnih terapevtov, obstaja še ambulantni program za nevrološke bolnike. Na ambulantni način se izvaja še dva, že omenjena, skupinska preventivna programa za bolnike z multiplo sklerozo; to sta Program za obvladovanje utrudljivosti ter Program za obvladovanje padcev v vsakdanjem življenju. Postavitev centrov za multiplo sklerozo, ekstrapiramidne bolezni, kognitivnega tima, tima za bolnike po možganski kapi, tima za bolnike z boleznijo motoričnega nevrona je bistveno pripomogla k razvoju delovnoterapevtskih pristopov pri omenjenih boleznih.

### **Raziskovalno delo**

Prvi raziskovalni koraki sežejo v zgodnja 90. leta, ko je bila izvedena študija pri bolnikih z možgansko kapjo (Janša et al., 1996). Sledilo je več študij na področju možganske kapi pa tudi multiple skleroze in parkinsonove bolezni ter epilepsije. Leta 1995 je bila zaključena že omenjena validacija slovenske verzije Funkcijskega testa za roke po Jebsenu (Zupančič et al., 2000), leta 1999 je bila zaključena študija uporabe Funkcijskega testa za roke po Jebsenu pri bolnikih z možgansko kapjo (Janša et al., 1999), leta 1997 tudi že omenjena validacija Razširjenega Barthel indeksa pri bolnikih z možgansko kapjo (Janša, 1997a, Janša et al., 2004). Po mnenju Marinčka in Mohariča (2003) sodi validacija RBI-ja med pomembne slovenske dosežke na področju ocenjevanja izida v rehabilitaciji. Leta 2005 je objavljena validacija Prilagojene lestvice vpliva utrujenosti pri bolnikih z multiplo sklerozo (Kos et al., 2005). V letu 2008 je zaključena prva raziskava pri bolnikih z epilepsijo (Angleitner, 2008). V letu 2014 je predstavljena retrospektivna študija o vsebini delovne terapije pri bolnikih z možgansko kapjo (Šušterič et al., 2014). Leta 2018 je bila zaključena validacija »Vprašalnika o uravnoveženosti življenja« pri bolnikih z multiplo sklerozo (Ferdinand et al., 2018). Leta 2016 je bila zaključena multicentrična študija o učinkih delovne terapije na funkcijo zgornje okončine pri bolnikih z multiplo sklerozo (Løyning et al., 2016).

### **Pedagoško delo**

Nevrološka klinika je bila učna baza za študente študijskega programa delovna terapija od leta 1980. Izvajalke kliničnih vaj so bile do leta 1988 pedagoške delavke iz takratne Višje Šole za zdravstvene delavce (VŠZ); v obdobju od leta 1988 do leta 1996 so vaje potekale pod vodstvom zaposlenega iz oddelka za delovno terapijo na VŠZ ter na Nevrološki kliniki zaposlene delovne terapevtke. Od leta 1997 so vaje potekale pod vodstvom terapevtov nevrološke klinike. Vsi študenti delovne terapije so do leta 1997 imeli dvoje vaj na nevrološki kliniki, in sicer: »Osnovni terapevtski položaji« in »Dnevne aktivnosti«. S posodabljanjem učnega programa na Univerzi v Ljubljani so se začele tudi posodobitve v načinu izvajanja kliničnih vaj in klinične prakse za študente študijskega programa delovne terapije. Sedaj se sprejema študente vseh letnikov in klinično usposabljanje poteka po ustaljenih vodnikih v skladu z učnimi načrti.

Od leta 2000 dalje se sprejema na klinično prakso študente delovne terapije znotraj programa ERASMUS in ERASMUS+.

Od leta 1990 dalje nevrološka klinika sprejema pripravnike delovne terapije za program kroženja v terciarni inštituciji. Sprejema se tudi delovne terapevte za obdobje pripravniškega staža.

### **Organizacija delovne terapije**

Ob začetku zaposlitve, v času pripravništva, je bila prva zaposlena delovna terapevtka organizacijsko umeščena med višje medicinske sestre. Po opravljenem strokovnem izpitu je bila premeščena med fizioterapevte z zagotovitvijo Strokovnega kolegija nevrološke klinike, da je strokovno samostojna in odgovorna omenjenemu kolegiju.

Postopno se je število zaposlenih povečevalo. Leta 2004, ko so bili zaposleni štirje delovni terapevti, se je oblikovala Enota za delovno terapijo, podrejena strokovnemu vodstvu nevrološke klinike. Z oblikovanjem Službe za nevrorehabilitacijo v letu 2007 se je Enota za delovno terapijo organizacijsko umestila v omenjeno službo poleg fizioterapije, respiratorne fizioterapije, logopedije in nevropsihologije.

Trenutno je na Nevrološki kliniki UKCL zaposlenih skupno šest delovnih terapevtov, eno mesto pa je namenjeno delovnemu terapevtu pripravniku.

### **ZAKLJUČEK**

V treh desetletjih delovanja na nevrološki kliniki se je stroka postopoma razvijala od enega zaposlenega do trenutno šestih in oblikovala v samostojno enoto znotraj Službe za nevrorehabilitacijo. Stroka se je prilagajala organizacijskim spremembah na nevrološki kliniki. Danes deluje klinično, pedagoško in raziskovalno ter izvaja hospitalni in ambulantni način obravnave nevrološkega bolnika. Od začetnega pristopa »od spodaj navzgor« se sedaj uporablja pristop od »zgoraj navzdol« in prerašča iz klinične prakse, ki temelji na dokazih, v prakso z zaznano vrednostjo (value-based healthcare) (Henshall, Schullerna 2013), ki jo ovrednoti tudi sam bolnik. Postopoma vključuje dodatne terapevtske pristope, ki pomagajo bolnikom pri procesu spopadanja z boleznijo oziroma krepijo tako imenovano »trdoživost« (angl. resilience) ter želi vpeljati ustrezno robotsko rehabilitacijo.

V bodoče si Enota za DT želi ohranjati obstoječe multidisciplinarno sodelovanje na nevrološki kliniki, sodelovanje z drugimi inštitucijami ter ga po možnosti razširiti na sorodne ustanove v Sloveniji in po svetu.

### **LITERATURA**

- Amatya B, Khan F, Galea M (2019). Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD012732. doi: 10.1002/14651858.CD012732.pub2.
- Angleitner K (2008). »I just want to be seizure free« Everyday life experiences of epilepsy patients before and after epilepsy surgery. Magistrsko delo. Amsterdam: Amsterdam University of Applied Sciences, School for Occupational therapy.
- Bordet R, Ihl R, Korczyn A e tal. (2017). Towards the concept of disease-modifier in post-stroke or vascular cognitive impairment: a consensus report. *BMC medicine*, ISSN 1741-7015. Online ed: 15 (107): 1–12. doi: 10.1186/s12916-017-0869-6.

- Duportail M, Jansa J, Fletcher D (1997). Technical appliances, assistive and adaptive equipment : introduction. A problem-oriented approach to multiple sclerosis. Leuven: Acco: 327–31.
- Ferdinand S, Duportail M, Roekens V et al (2018). Life balance of European people with MS: RIMS multicenter psychometric study. Abstracts: 23rd Annual RIMS Conference 2018. *Multiple Sclerosis Journal*, 24(6), 838–81.
- Finlayson M, Peterson EW, Cho C (2009). Pilot study of a fall risk management program for middle aged and older adults with MS. *Neurorehabil* 5(2): 107–15. doi: 10.3233/NRE-2009-0505.
- Fisher AG (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model*. Fort Collins: Three Star Press, 6–14.
- Fisher AG (2010). *Assessment of Motor and Process Skills, Volume 1: Development, Standardization and Administration Manual*. 7<sup>th</sup> ed. Colorado: Three Star Press, 2010.
- Fisher AG (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scan J Occup Ther* 21(Sup1): 96–107. doi: 10.3109/11038128.2014.952912.
- Gregorin N, Janša J, Horvat A (2001). Klinična uporaba ocenjevalne metode Assessment of Motor and Process skills (AMPS). In: *Delovni terapevt in klient*. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. 15–8.
- Hagedorn R (1992). *Occupational therapy: Foundations for practice*. New York: Churchill Livingstone.
- Henshall C, Schuller T (2013). Health technology assessment, value based decision making and innovation. *Int J Technol Assess Health Care* 29(4): 353–9. doi:10.1017/S0266462313000378.
- Janša J (1990). Delovna terapija pri hemiplegiku v zgodnji fazi rehabilitacije. In: Breznik T, Dolenc I, eds. XII. Spominski sestanek Metode Kramarjeve: zbornik, Portorož, 5.- 6-april 1990. Portorož: Društvo fizioterapevtov in delovnih terapevtov SR Slovenije, 79–84.
- Janša J (1992). Delovnoterapevtska ocena bolnika s Parkinsonovo boleznijo. In: *Delovno terapevtsko ocenjevanje, vrednotenje in dokumentiranje: zbornik*. Ljubljana: Društvo delovnih terapevtov Slovenije: 25–30.
- Janša J (1994). Vloga delovne terapije pri bolniku s spominskimi motnjami. In: Švajger A, ed. *Obravnava kognitivnih težav v delovni terapiji: zbornik*. Ljubljana: zbornik. *Obravnava kognitivnih težav v delovni terapiji*, Poljče 15 – 16. april 1994. Ljubljana: Društvo delovnih terapevtov Slovenije: 19–23.
- Janša J, Kovačič F, Clemenz M (1996). Vpliv motoričnih motenj na funkcionalno stanje pri bolniku po kapi. In: Pihlar Z, Petek J, Grom A, Piškur Hostnik B, eds. *Delovna terapija včeraj, danes, jutri, Moravske toplice*, 16-18. oktober 1996. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 30–32.
- Janša J (1997a). An evaluation of the use of the Extended Barthel Index with acute ischaemic stroke patients. Magistrsko delo. London: University of East London.
- Janša J (1997b). Why does an occupational therapist need cognitive assessment?. In: Pirtošek Z, ed. *Symposium on cognitive neuroscience with the 13th dr. Janez Faganel memorial lecture: University Medical Centre Ljubljana : Ljubljana, Slovenia, October 17-18, 1997*. Ljubljana: Institute of Clinical Neurophysiology, Hospital of Neurology: 29.
- Janša J, Žgur T, Pogačnik T, Clemenz M (1999). Uporaba funkcijskega testa roke po Jebsen-u pri bolnikih z možgansko. *Delovna terapija na pragu novega tisočletja.. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije: 29–32*.
- Jansa J, Zupancic N, Gregorin N, Mesec A (2002). The use of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in acute stroke patient. In: Battistin L, Dam M, Tonin P. eds.

- Neurological Rehabilitation - Proceedings of the 3<sup>rd</sup> World Congress. 3<sup>rd</sup> World Congress; april 2-6; Venice, Italy: Monduzzi Editore: 227–9.
- Jansa J, Pogacnik T, Gompertz P (2004a). An evaluation of the Extended Barthel index with acute ischemic stroke patients. *NNR* 18(1): 37–41.
- Jansa J, Sicherl Z, Angleitner K, Law M (2004b). The use of Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in clients with an acute stroke. *WFOT Bulletin* 50: 18–23.
- Janša J, Sicherl Z, Rot U, Horvat A (2006a). Is the fatigue management programme effective?. *Multiple sclerosis* 12(Suppl): S118.
- Jansa J, Sicherl Z, Angleitner K, Grad A (2006b). The use of client centred practice within first three months post stroke. *Cerebrovasc Dis* 21(Suppl 4): 107.
- Janša J, Sicherl Z, Horvat A, Rot U (2007). Evaluation of the fatigue management programme - one year follow-up. *Multiple sclerosis* 13 (Suppl 2): S136-S37.
- Jansa J, Aragon A, Lundgren-Nilsson Å (2011). How people living with parkinson's disease in four european countries view occupational therapy affiliations. *Eur Neurol J* 3(1): 1–7. Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/268256541\\_How\\_People\\_Living\\_with\\_Parkinson's\\_Disease\\_in\\_Four\\_European\\_Countries\\_View\\_Occupational\\_Therapy\\_Affiliations](https://www.researchgate.net/publication/268256541_How_People_Living_with_Parkinson's_Disease_in_Four_European_Countries_View_Occupational_Therapy_Affiliations).
- Jansa J (2014). Community resources and longterm follow up: Why we need follow up in community? In: *International Journal of stroke: invited speakers abstracts*, 9 (Suppl 3): WSC1657. doi: <https://doi.org/10.1111/ijss.12365>.
- Jansa J, Aragon A (2015). Living with Parkinson's and the emerging role of occupational therapy. *Parkinson's disease* 196303: 8p. doi: <https://doi.org/10.1155/2015/196303>. Dostopno na: <https://www.hindawi.com/journals/pd/2015/196303/>
- Kos D, Kerckhofs E, Carrea I, Verza E, Ramos M, Jansa J (2005). Evaluation of the modified fatigue impact scale in four different European countries. *Mult Scler* 11: 76–80.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock N (2005). *Canadian Occupational Performance Measure* (4th ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Løyning IG, Feys P, Jansa J (2016). Content and extent of upper limb rehabilitation in multiple sclerosis across Europe. *Mult Scler J* 22(S3): 392.
- Mahoney FI, Barthel D (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 14: 56–61.
- Marinček Č, Moharič M (2003). Na dokazih sloneča rehabilitacijska medicina. In: Burger H, Goljar N, eds. *Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji 2003: zbornik*. 14. dnevi rehabilitacijske medicine, Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 7–16.
- Mattingly C, Fleming MH (1994a). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Mattingly C, Fleming MH (1994b). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 271.
- Post B, Eijk M, Munneke, M, Bloem B (2011). Multidisciplinary care for Parkinson's disease: Not if, but how! *Postgraduate medical journal* 87: 575-8. doi: 10.1136/pgmj.2011.241604rep.
- Prosiegel M, Bottger S, Schenk T et al (1996). Der Erweiterte Barthel –Index (EBI) – eine neue skala zur erfassung von Fahigkeitsstorungen bei neurologischen patienten. *Neurol Rehabil* 1:7–13.
- Rogers JC, Holm MB (1991). Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther* 45(11): 1045-53.
- Shopland AJ (1975). *Refer to occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 25–26.

- Sicherl Z (2012). Delovna terapija I: Vpliv multiple skleroze na dnevne aktivnosti in obravnava bolnikov v bolnišničnem okolju. In: Alagić S, Martić A, Janša J, Sicherl Z, Pražnikar A eds. Rehabilitacija bolnika z multiplo sklerozo: Nevrorehabilitacijska zbirka. Ljubljana: Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center, 58–63.
- Šušterič S, Zaletel M, Janša J (2014). Delovna terapija pri bolniku z akutno možgansko kapjo. In: Pihlar Z, ed. Z delovno terapijo do aktivnega življenja. 7. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ptuj, 24. do 25. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje, 197–205.
- Zupančič P, Pogačnik T, Janša J (2000). Funkcijski test roke po Jebsenu. Medicinski razgledi 39 (1): 51–60.
- Ward CD, Phillips M, Smith A, Moran M (2003). Multidisciplinary approaches in progressive neurological disease: can we do better? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74 (Suppl 4): iv8–iv12. doi:10.1136/jnnp.74.suppl\_4.iv8.
- Wilson B, Cockburn J, Badeley A (1991). *The Rivermead Behavioural Memory Test*. 2nd ed. Suffolk: Thames Valley Test Company.

## **Razumevanje dejavnikov delovnega okolja pri prilagajanju delovnih mest**

### **Understanding the workplace environment factors in job accommodation**

Ana Kapel<sup>1</sup>, dipl. del. ter., uni. dipl. soc.

<sup>1</sup>Centerkontura d. o. o., Ljubljana

#### **IZVLEČEK**

**Izhodišča:** Zaposlitvena rehabilitacija vključuje različne procese, kot so ocenjevanje delovnega funkcioniranja, iskanje ustreznega dela, usposabljanje za ustrezno delo in prilagoditve delovnega mesta. Delovni terapevti kot člani tima zaposlitvene rehabilitacije svoje delovanje usmerjajo v funkcioniranje posameznikov na ravni izvajanja okupacije in sodelovanja v okolju. Model človekove okupacije omogoča celostni okvir za razumevanje invalida in njegovega okolja. Lestvica vpliva delovnega okolja je bila razvita z uporabo teoretičnega okvira modela MOHO. WEIS delovnim terapevtom pomaga razumeti, kako invalid doživlja in zaznava svoje delovno okolje. Usmerjena je v fizično in socialno delovno okolje, uporabljene predmete in oblike dejavnosti. Delovnim terapevtom omogoča izvedbo prilagoditev delovnega okolja, ki podpirajo vsakega posameznega invalida. **Vsebina:** V okviru opredeljenih dejavnikov delovnega okolja smo predstavili različne predloge prilagoditev delovnih mest in opozorili na posebnosti glede na vrsto invalidnosti. Predstavljeni predlogi so zbrani iz literature in klinične prakse pri izvajanju Lestvice vpliva delovnega okolja pri invalidih, vključenih v zaposlitveno rehabilitacijo. **Zaključek:** Pri prilagajanju delovnega mesta je ključnega pomena, da postavimo invalida v središče, le tako bo prilagoditev učinkovita in bo odgovorila na potrebe invalida.

**Ključne besede:** delovna terapija, zaposlitvena rehabilitacija, Model človekove okupacije, Lestvica vpliva delovnega okolja, delo.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Vocational rehabilitation includes processes such as assessment, training and job accommodation. Occupational therapists, as members of the vocational rehabilitation team, have been increasingly focusing assessment and intervention on exploring clients functioning on the levels of activity and participation in the environment. Model of human occupation has been seen as a holistic framework for understanding disabled worker and his work environment. Work environment impact scale was developed using the theoretical framework of the MOHO. WEIS focuses on the client's unique perception of opportunities and constrains in the work environment related to physical spaces, social groups, objects and tasks. It enables occupational therapists to make job accommodations that support each individual disabled person. **Description:** We presented various job accommodation proposals and highlighted the specificities of the type of disability, within the defined factors of the working environment. The presented proposals are collected from literature and clinical practice in the implementation of the Work Environment Impact Scale for people with disabilities involved in vocational rehabilitation. **Conclusion:** When adjusting the workplace it is crucial, that we

put our focus on the disabled person, only in that way the adjustment will be effective and will respond to the needs of the disabled.

**Keywords:** occupational therapy, vocational rehabilitation, MOHO, WEIS, work.

## IZHODIŠČA

Zaposlitvena rehabilitacija vključuje različne procese, kot so: ocenjevanje delovnega funkcioniranja, usposabljanje za ustrezno delovno mesto, prilagoditve le-tega in podporne storitve. Waddell in sodelavci (2008, 10) v enostavnem jeziku definirajo zaposlitveno rehabilitacijo kot »karkoli, kar nekemu z zdravstvenimi težavami pomaga, da se zaposli, zaposlitev zadrži in ostane zaposlen«. V Sloveniji storitve zaposlitvene rehabilitacije opredeljuje Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov. Storitve zaposlitvene rehabilitacije se izvajajo s ciljem, da se invalid usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero (ZZRZI, 2014). Zakon predvideva štirinajst različnih storitev zaposlitvene rehabilitacije, ki vključujejo: motiviranje, določanje poklicnih ciljev, razvijanje veščin za iskanje zaposlitve, vzpostavljanje stikov z delodajalci, analizo delovnega mesta, vključevanje v usposabljanje na delovnem mestu, prilagoditve delovnega mesta in spremljanje po zaposlitvi.

Prilagoditev delovnih mest je eden izmed ukrepov za spodbujanje zaposlovanja. Dostopnost delovnega mesta in njegova prilagoditev invalidom, ki zaradi specifičnih težav potrebujejo prilagojene delovne razmere, omogoča opravljanje ustreznih del in nalog, ki jih brez ustreznih prilagoditev ne bi zmogli. S prilagoditvijo delovnega mesta se zagotavlja večja učinkovitost invalida, zmanjšuje se njegova oviranost, povečuje pa se sposobnost za delo. S tem se povečuje možnost vključevanja invalidov v zaposlitev in njeno ohranitev (Brecelj et al., 2015).

Delovni terapevti kot člani tima zaposlitvene rehabilitacije svoje delovanje usmerjajo v funkcioniranje posameznikov na ravni izvajanja dejavnosti in sodelovanja v okolju. V literaturi se delovne terapevte pogosto poziva, naj svojo prakso osredotočijo na okupacije, teorije in dokaze (Lee, Kielhofner, 2010). Model človekove okupacije (MOHO – Model of Human Occupation), prvič objavljen leta 1980, omogoča celostni okvir za razumevanje invalida in njegovega okolja. Kielhofner ga je razvil z namenom, da ga delovni terapevti uporabljajo v praksi. Model MOHO se pogosto uporablja za obravnave in programe, ki so usmerjeni v delo (Lee, Kielhofner, 2010), in ljudi opredeljuje s tremi med seboj povezanimi sestavnimi deli: z voljo, navadami in zmogljivostjo za izvajanje. Te tri postavke v sodelovanju z okoljem vplivajo na odločitve za okupacijo, organizacijo življenja in zmožnost izvedbe. Volja se nanaša na motivacijo za okupacijo, navade na proces, v katerem se okupacije razvijejo v določene vzorce ali rutine, zmogljivost za izvajanje pa na fizične in duševne sposobnosti za izvedbo. Pri vsem tem pa ima pomembno vlogo okolje, s katerim si človek ves čas izmenjuje informacije (Gričar, b.d.). Vsako delovno okolje ima jasne fizične in socialne značilnosti, ki ustvarjajo pritisk (omejitve, pričakovanja, zahteve) in možnosti (priložnosti, potenciali). To, kar okolje zahteva in omogoča, je odvisno od značilnosti osebe in okolja. Vpliv okolja je torej odvisen od dejavnikov v okolju, ki lahko omogočajo ali zahtevajo, in od značilnosti osebe, ki jih vodijo k temu, kako doživljajo in se vedejo v odnosu do tega, kar okolje omogoča ali zahteva (Moore-Corner et al., 1998).

Model MOHO je teoretična podlaga Lestvice vpliva delavnega okolja (WEIS), ki nam pomaga razumeti, kako invalid doživlja in zaznava svoje delovno okolje. Usmerjena je v fizično in socialno delovno okolje, uporabljene predmete in oblike dejavnosti (Moore-Corner et al., 1998). Delovni terapevti v okviru lestvice opredelijo dejavnike v delovnem okolju, ki

podpirajo ali zavirajo izvajanje, zadovoljstvo in dobro počutje posameznika. WEIS delovnim terapevtom omogoča tudi izvedbo prilagoditev delovnega okolja, ki podpirajo vsakega posameznega invalida.

Namen prispevka je v okviru opredeljenih dejavnikov delovnega okolja predstaviti različne predloge prilagoditev delovnih mest in opozoriti na posebnosti glede na vrsto invalidnosti.

## **VSEBINA**

V nadaljevanju so predstavljeni dejavniki delovnega okolja glede na model MOHO. Delovno okolje vključuje katerokoli okolje, v katerem posameznik izvaja produktivne aktivnosti. To so lahko šole, programi za poklicno usposabljanje in delovna okolja (de las Heras et al., 2003). Okolje ponuja in zahteva priložnosti za delovno vedenje skozi štiri elemente: fizično okolje, predmete, socialno okolje in oblike dejavnosti, ki so pojmovni okvir, znotraj katerega so bili razviti elementi WEIS.

Ob dejavniki okolja so predstavljene različne predloge prilagoditev delovnih mest glede na posebnosti vrste invalidnosti. Predstavljeni predlogi so zbrani iz literature in klinične prakse pri izvajanju Lestvice vpliva delovnega okolja pri invalidih, vključenih v zaposlitveno rehabilitacijo. Prispevek se nanaša na delavce, ki so zaposleni ali se usposabljujejo in imajo trajne zdravstvene težave.

### **Oblike dejavnosti**

Oblike dejavnosti so s pravili določena zaporedja dejanj, ki se nanašajo na izvajanje prepoznavne in poimenovane aktivnosti (de las Heras et al., 2003). Delavec mora izvajati vrsto delovnih aktivnosti (na primer delovne naloge, kot je sestavljanje poročil, sestavljanje predmetov, nadziranje ljudi itd.), ki so značilne za njegovo delovno mesto. Skladnost med temi aktivnostmi in delavčevimi vrednotami, interesi, osebno močjo in sposobnostmi vpliva na delavčevo zadovoljstvo, izvajanje in dobro počutje (Moore-Corner et al., 1998).

### **Zahteve dela**

Zahteve dela lahko opredelimo glede na fizične, kognitivne in čustvene zahteve oziroma priložnosti delovnih nalog. Fizične zahteve delovnih nalog imajo lahko pozitiven vpliv, kot sta ohranjanje kondicije in vadba, ali negativen vpliv, kot so kronična utrujenost, bolečina in napor (Moore-Corner et al., 1998). Fizične zahteve delovnega mesta lahko vključujejo različne spretnosti, kot so stoja, hoja, sedenje, dvigovanje, prenašanje, potiskanje, plazenje, lovljenje ravnotežja, sklanjanje, počepanje, plezanje, klečanje, seganje nad glavo in finomotorična spretnost. Glede na potrebno fizično moč ločimo delo na sedeče, lahko, srednje težko in težko (Jacobs, 1999).

Prilagoditve pri boleznih mišično-skeletnega sistema z bolečinsko simptomatiko so lahko različne: brez prisilnih položajev hrbtenice, brez ponavljajočih se gibov v rami, komolcu in zapestju, brez gibov nad višino rame, fizično lažje delo, brez ročnega premeščanje težjih bremen, brez dela v globokem predklonu ali s pogostim pripogibanjem, izmenoma sede in stoje, brez pogostega poklekanja in počepanja ipd.

Med kognitivne zahteve spadajo dolgoročni in kratkoročni spomin, organizacija, načrtovanje, zaporedje, tekoč govor, sklepanje, presojanje, reševanje problemov, zavedanje varnosti, vizualno-prostorske spretnosti in orientacija v prostoru. Kognitivne zahteve delovnih nalog imajo ravno tako pozitiven ali negativen vpliv na delavca. Pozitivnega imajo lahko ravno prav zahtevne naloge, ki nudijo delavcu izziv. Negativni vpliv kognitivnih zahtev pa se lahko



izraža s tesnobo, zmedenostjo in stresom (Moore-Corner et al., 1998). Omejitve oz. prilagoditve, vezane na kognitivne zahteve, se navezujejo na primer na psihično manj zahtevno delo, dobro strukturirano in rutinsko delo in delo, kjer je potrebna nizka stopnja prilagajanja.

Čustvene zahteve delovnih nalog opisujejo izražanje sočutja, prenašanje vedenj ali zahtev drugih, obvladovanje medsebojnih situacij, pogajanje ali reševanje težav v čustveno nabitih okoliščinah, odločanje, ki vpliva na odzive drugih in vzbuja njihove odzive (Moore-Corner et al., 1998). Prilagoditve, vezane na čustvene zahteve, so na primer psihično nestresno delo, manj odgovorno delo in delo brez stika s strankami.

Aas in sodelavci (2011) so raziskovali zahteve delovnih mest pri osebah z mišično-skeletnimi boleznimi, ki so dalj časa bolniško odsotni. Ugotovili so, da so kot najbolj negativne zahteve zaznali čustvene in kognitivne izzive pri obvladovanju delovnih nalog. Udeleženci raziskave (Ekbladh et al., 2010) so zahteve delovnih nalog zaznali kot oviro. Nekateri so izpostavili, da so zahteve delovnih nalog fizično preveč zahtevne, drugi pa, da čutijo bolečine po izvedbi nalog. Nekateri so izpostavili tudi kognitivne in čustvene zahteve, drugi pa, da jim delovne naloge ne predstavljajo dovolj kognitivnih izzivov.

### Privlačnost delovnih nalog

Za uspešnost izvedbe in zadovoljstvo pri delu je pomembno tudi, ali je delavcu delo všeč, kako to delo vrednoti in kako ga vrednotijo pomembni drugi (družina, partner).

### Fizično okolje

Lastnosti, kot so dostopnost, razporeditev, udobje ali čutne značilnosti delovnega mesta, vplivajo na delavčevo zadovoljstvo in izvajanje (Moore-Corner et al., 1998).

### Senzorne značilnosti

Senzorne značilnosti delovnega mesta vključujejo prisotnost prahu, neprijetnega vonja, skrajnih temperatur ter slušnih in vizualnih motenj na delovnem mestu in dostopnost zaščitne opreme (Moore-Corner et al., 1998)

Posebno pozornost namenimo delavcem, ki so bolj občutljivi na hrup. To so delavci po poškodbi glave in tisti, ki imajo težave na področju duševnega zdravja. Pozorni smo na prisotnost zvokov, ki so tako močni, da odvrnejo pozornost delavca od miselne aktivnosti (zvonjenje tiskalnika ali hrup zelo prometne ceste) (Jacobs, 1999). V hrupu nad predpisano mejno vrednostjo ne smejo delati naglušne osebe, ker bi si lahko okvarile še preostali del sluha (Lovrenov, 2017). Pri delu v hrupu delavca opozorimo tudi na uporabo osebne varovalne opreme.

Pri osebah z astmo moramo biti pozorni na prah, ki je prisoten v delovnem okolju, in tudi na prisotnost dražečih snovi ter druge neugodne mikroklimatske razmere na delovnem mestu (nezadostno ali pretirano gibanje zraka ali izpostavljenost prepihu) (Lovrenov, 2017).

Problematična so lahko tudi delovna mesta, kjer je temperatura tako skrajna, da povzroča zaznavno telesno neugodje, kot je na primer pri delu v hladilnici ali poleg vroče peči (Jacobs, 1999).

Na osvetljenost smo pozorni pri zaposlovanju slabovidnih oseb. Najboljše je, da je prostor dnevno osvetljen. Delavcu omogočimo pogostejše odmore za počitek oči, ko je prisotno utrujanje. Pri osvetljenosti je lahko težava tako prešibka kot tudi premočna osvetljenost (Job Accomodation Network, b.d.).

## Arhitektura in razporeditev

Dejavnik osvetljuje fizično urejenost znotraj delovnega mesta in dostopnost do delovnega mesta. Z njim preverimo stopnjo, do katere arhitektura in razporeditev delovnega prostora spodbujata udobje, varnost, učinkovitost in sodelovanje z drugimi (Moore-Corner et al., 1998).

Posebno pozornost posvetimo fizičnim prostorom pri zaposlovanju slepih in slabovidnih ter gibalno oviranih oseb. Ob zaposlitvi slepe ali slabovidne osebe je treba prostore opremiti s talnimi, taktilnimi in kontrastnimi oznakami, ograjami, ustrezno osvetlitvijo in uporabo zvočnih in tipnih označb na dvigalih (ZDSSS, b.d.).

Pri zaposlovanju gibalno oviranih oseb je treba zagotoviti dostop do delovnega mesta, ustrezno parkirišče in primerno pot s parkirišča v stavbo. Po potrebi namestimo klančino in avtomatsko odpiranje vrat, ki naj bodo dovolj široka. Če je delovni prostor v nadstropju, preverimo možnost uporabe dvigala. Glede na delovno mesto uredimo dostopnost znotraj delovnega mesta. Če oseba opravlja administrativna dela, omogočimo dostopen arhivski sistem, dostopen fotokopirni stroj in dovolj prostora za manevriranje z vozičkom (Job Accomodation Network, b.d.).

Pri bolečinski simptomatiki in boleznih mišično-skeletnega tkiva z ergonomskimi ukrepi iščemo razbremenitve in izboljšamo delavčevo udobje pri delu (prilagoditev višine mize, dosegov, lokacije blaga in sredstev za delo) (Job Accomodation Network, b.d.).

## Fizično udobje

V okviru dejavnika fizično udobje preverimo možnost uporabe prostorov, ki so potrebni za zadovoljevanje osebnih potreb, kot so stranišče, jedilnica ali sobe za odmor.

Dostopne sanitarije in jedilnico omogočimo gibalno oviranim osebam. Sanitarije blizu delovnega mesta potrebujejo osebe s kronično vnetno črevesno boleznijo, sladkorni bolniki in osebe z boleznimi sečil (Lovrenov, 2012).

Poseben prostor zagotovimo osebam s sladkorno boleznijo za testiranje krvnega sladkorja in apliciranje insulina. Omogočimo jim tudi prostor za počitek v primeru hipoglikemije ali hiperglikemije. Prostor za počitek potrebujejo tudi osebe z epilepsijo, da lahko po epileptičnem napadu počivajo. Možnost umika v miren kotiček je priporočljiva tudi pri osebah z motnjo avtističnega spektra in pri osebah s paničnimi napadi (Job Accomodation Network, b.d.).

## Predmeti

Predmeti v prostoru (na primer orodja, materiali, pohištvo, naprave) imajo lahko funkcijske, estetske, simbolične ali druge značilnosti, ki vplivajo na delavčevo doživljanje in vedenje (Moore-Corner et al., 1998).

## Značilnosti predmetov

Pripomočki imajo fizične, kognitivne in čustvene zahteve. V okviru fizičnih zahtev smo pozorni na fino in grobo motoriko, vzdržljivost in moč, ki jo zahteva uporaba predmeta. Za učinkovito opravljanje dela so pogosto potrebne tudi prilagoditve orodij. Oseba z motnjo v duševnem razvoju, ki ima težave zaradi fine motorike, bo lažje opravljala delo z odebeljenimi ročaji na orodjih in velikimi gumbi za upravljanje strojev. Pozorni smo tudi na uporabo orodij, ki povzročajo dolgotrajen pritisk na dlan (Kermavnar, Dodič-Fikfak, 2013). Pri

posameznikih po amputaciji zgornjega dela uda lahko prilagodimo stroje in orodja z nožnimi kontrolami ali primeži (Job Accomodation Network, b.d.).

V okviru kognitivnih zahtev smo pozorni na stopnjo znanja, pozornosti, koncentracije, ki se zahteva ob ravnanju s predmeti.

V okviru čustvenih zahtev smo pri uporabi predmetov pozorni na varnost predmetov in stopnjo, do katere delodajalec deluje za zaščito delavca pred fizično in čustveno poškodbo, tako da zagotavlja redna popravila opreme, usposabljanje in izobraževanje o uporabi predmetov in ravnanju z njimi (Moore-Corner et al., 1998). Posebej smo pozorni na usposobljenost delavcev tam, kjer poteka delo s stroji, kjer obstaja večja nevarnost poškodb, pri delu s stroji, ki povzročajo vibracije (delo z udarnim kladivom), in pri izpostavljenosti orodjem in materialom z ostrimi robovi. Pri boleznih oči omogočimo časovno razbremenitev dela s slikovnim zaslonom. Delavce spodbudimo, da pri ravnanju z orodji poročajo o neugodju pri delu (Job Accomodation Network, b.d.; Kermavnar, Dodič-Fikfak, 2013; Jacobs, 1999).

### Pomen predmetov oz. izdelkov

Posebej pri monotonih delih je smiselno, da delavci ne vidijo samo ene faze dela, temveč da imajo pred očmi končni izdelek. Preverimo stopnjo, do katere predmeti, pripomočki ali izdelki prinašajo zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo pri delu.

Udeleženci raziskave (Ekbladh et al., 2010) so dejavnik zaznali kot podporni. Tudi Polanyi in Tompa (v Ekbladh et al., 2010) poudarjata, da je za kakovost delovnih izkušenj pomembna zaznava delavcev o pomenu tega, kar delajo na delovnem mestu, in občutek, da so uspešni pri dosegu namena dela. Ocenjujejo, da si pomen (smisel) dela zasluži osrednje mesto v raziskovanju vplivov na zdravje na delovnem mestu.

### Socialno okolje

Socialno okolje vključuje časovne zahteve in zahteve po učinkovitosti, delovne urnike, sodelovanje s sodelavci, sporazumevanje s predpostavljenimi in sodelovanje s strankami, ki prav tako vplivajo na delavčevo zaznavanje in izvedbo (Moore-Corner et al., 1998). Socialno okolje je opredeljeno z ljudmi, s katerimi delavec vstopa v interakcijo. Wästberg in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je podpora sodelavcev in nadrejenih pomembna za ohranjanje zdravja, izogibanje odsotnosti zaradi bolezni in vrnitev na delo po bolniški odsotnosti. Nasprotno pa slaba podpora in slabi odnosi z nadrejenimi in s sodelavci vodijo do povečanega stresa. Rezultati raziskave (Ekbladh et al., 2010) kažejo, da je pozitivno dožemanje socialnih interakcij na delovnem mestu lahko vir dobrega počutja, kar je v skladu z rezultati več študij, ki poudarjajo pomembnost kakovosti socialnih interakcij za dobro počutje in/ali zdravje pri delu.

### Pripadnost delovni skupini

V okviru dejavnika preverimo z delom povezano sodelovanje s sodelavci. Določena delovna okolja zahtevajo sodelovanje s sodelavci. Delovna mesta so lahko ob drugih, kar pomeni, da delavec dela samostojno, vendar blizu drugih delavcev. Tovrstno sodelovanje zahteva le malo besednega stika. Nekatera dela, kot je na primer pisateljsko, pa oseba opravlja samostojno, skoraj brez stika s sodelavci (Jacobs, 1999).

Če pride do konfliktov na delovnem mestu, preverimo, ali so vloge oz. delovne zadolžitve znotraj delovne skupine jasno določene. Pri delavcih, ki delajo sami, pa preverimo, ali se počutijo preveč izolirane. Na sodelovanje znotraj delovne skupine smo posebej pozorni pri

osebah s socialno fobijo in osebah z motnjo avtističnega spektra. Pri slednjih naj bodo naloge čim bolj individualne in neodvisne od prevelikega števila ljudi in timskega dela. Pomagamo jim tudi pri razumevanju »nenapisanih pravil« znotraj delovne skupine (Job Accommodation Network, b.d.). Pri uvajanju novih oseb v delovno okolje in ob vračanju v delovno okolje po dolgotrajni bolniški odsotnosti je naravna podpora sodelavcev izredno pomembna.

#### Sodelovanje v delovni skupini

Druženje s sodelavci med in zunaj dela lahko pomembno vpliva na zaznavo zadovoljstva pri delu. Tako preverimo vpliv druženja s sodelavci na delavčev občutek vključenosti oz. izključenosti. Določena delovna okolja povzročajo večji občutek izolacije (receptor), zato je prav, da delodajalec omogoči osebi druge oblike sodelovanja znotraj delovnega okolja. Dobrodošle so različne oblike druženja, ki jih lahko organizira delodajalec (piknik, izlet, novoletno druženje, praznovanje rojstnih dni, skupna malica) za boljše sodelovanje znotraj delovne skupine.

#### Sodelovanje s predpostavljenimi

Dejavnik odkriva sodelovanje s predpostavljenimi, torej odziv, vodenje, podporo in druge oblike komuniciranja. Pomembno je, da delodajalec pri nadrejenih razvija »mehke veščine vodenja« in povezovalne navade za graditev dobrih odnosov znotraj delovnega okolja. Pogosto so ob zaposlitvi potrebne prilagoditve v obliki organizacijskih ukrepov na delovnem mestu.

Pri delavcu preverimo, kolikšna stopnja nadzora je zagotovljena na delovnem mestu in kako so podana navodila za delo. Delavcu so lahko na voljo pisna navodila, ki opisujejo različne korake dela, in/ali ustna navodila oz. stalni napotki za delo.

Glede podajanja navodil za delo in informiranja delavcev smo posebej pozorni pri skupini gluhih/naglušnih, slepih/slabovidnih in osebah z lažjo motnjo v duševnem razvoju. Gluhim omogočimo tolmača pri vseh pomembnih dogodkih v podjetju in dostop do informacij s krajšimi, enostavnimi sporočili v vizualni obliki (tiskana sporočila, SMS, elektronska pošta). Pri komuniciranju omogočimo branje z ustnic, preverjamo razumevanje navodil in ponazorimo navodila za delo z demonstracijo dela (Job Accommodation Network, b.d.).

Skupini slepih in slabovidnih omogočimo uporabo različnih tehničnih prilagoditev, s katerimi omogočimo lažje komuniciranje: povečano gradivo, lupe, slušne različice tiskanih dokumentov, dokumente v Braillovi pisavi (ZDSSS, b.d.).

Osebam z motnjo v duševnem razvoju omogočimo navodila v slikah, demonstracijo delovnega procesa in večkratne ponovitve navodil. Pri zagotavljanju kakovosti si lahko pomagamo s kontrolnimi seznammi opravil. Večfazne naloge razdelimo na več manjših, omogočimo podaljšan čas za uvajanje novosti in sprememb pri delu, zagotavljamo jasno in enostavno komunikacijo ter omogočimo pohvale in spodbude ob uspešno opravljenem delu. Pri tej skupini je posebej pomembna vloga mentorja oz. neposredno nadrejenega (Job Accommodation Network, b.d.).

#### Časovne zahteve

Pri zaposlenem preverimo delovno obremenitev glede razpoložljivega časa. Posebej so na stres na delovnem mestu občutljive osebe s težavami v duševnem zdravju, z epilepsijo in po poškodbi glave. Pozorni smo na prisotnost rokov, obdobja povečanih zahtev za delo in več zadolžitev hkrati. Delavce usposobimo, da prepoznajo in obvladajo stres na delovnem mestu, in jim omogočimo, da si sami določajo ritem dela za doseganje polne delovne učinkovitosti.

Udeleženci raziskave (Ekbladh et al., 2010) so časovne zahteve zaznali kot oviro. Nekateri so zaznali svoje delo kot stresno, ker so morali veliko narediti v malo časa. Pomanjkanje časa za opravljanje delovnih nalog je negativno vplivalo na kakovost dela in/ali je povzročilo občutek, da so nezadostni. Drugi negativni dejavnik v zvezi s časovnimi zahtevami je pričakovanje delodajalca za nadurno delo in pričakovanje za prevzemanje nalog sodelavcev med njihovo odsotnostjo.

#### Delovni urnik

Preverimo, da delovni urnik ne vpliva bistveno na ravnotežje posameznika in da lahko poleg dela še vedno opravlja druge pomembne vloge, ki jih ima v življenju. V okviru delovnega urnika preverimo dnevno število ur, število in trajanje odmorov, pričetek in zaključek dela, izmensko delo, dopust itn. Pri delavcih, ki imajo težave z nespečnostjo, se poskušamo z delodajalcem dogovoriti, da jim omogoči fleksibilen delovni urnik in fleksibilen urnik odmorov. Pri ljudeh s težavami s koncentracijo preverimo možnost uvajanja krajših odmorov (Job Accommodation Network, b.d.). Pri tistih, ki se vračajo na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti, se dogovorimo o postopnem vključevanju na delo, da lahko začnejo z manj urami dela na dan. Pri osebah, ki so prebolele raka, so pogosto potrebne časovne razbremenitve. Delo v dnevni izmenah se priporoča pri osebah z epilepsijo, sladkorno boleznijo in s težavami v duševnem zdravju (Lovrenov, 2017).

#### Vzdušje oz. razpoloženje

Tovarištvo, stopnja zasebnosti, vzdušje, pritožbe, pritiski, obrekovanje in drugi socialni dejavniki lahko naredijo delovno mesto prijetno ali neprijetno. Za ugodno klimo znotraj delovnega mesta lahko poskrbimo s tem, da damo zaposlenim občutek, da nam je mar zanje. Zaposlenim omogočimo izražanje lastnih skrbi. Osebam s težavami v duševnem zdravju omogočimo konzultacije po telefonu s psihiatrom, terapevtom ali osebnim zdravnikom med delovnim časom. Pri osebah z epilepsijo skupaj z delodajalcem in zaposlenim pripravimo akcijski plan za epileptični napad (kontaktne številke, vidni/slušni opozorilni znaki, ključna oseba ob napadu, kdo pokliče pomoč ipd). Ustrezno uveden akcijski plan med sodelavci zmanjša zmedo, paniko ali strah, ko vidijo sodelavca med napadom na delovnem mestu (Job Accommodation Network, b.d.).

#### Pričakovanja delovne vloge

Preverimo splošno vzdušje delovnega okolja, kot je izraženo v pričakovanjih po kvaliteti, odločnosti, zavzetosti ali dosežkih oz. učinkovitosti. Delavca povprašamo, kakšna pričakovanja goji delodajalec do njega.

#### Način izvajanja delovne vloge

Dejavnik opisuje priložnosti oz. pričakovanja v zvezi z avtonomijo oz. podrejanjem pri organizaciji, podajanju zahtev, dogovarjanju in izbiri delovnih nalog. Določena delovna mesta so zelo strukturirana in ne omogočajo sprememb v zvezi z načinom izvedbe dela, na primer zahtevajo ritem dela, ki ga narekuje stroj. Določena delovna mesta zahtevajo neposreden nadzor drugih delavcev. Med dejavnike delovne uspešnosti sodi možnost odločanja in občutek avtonomnosti, zato je prav, da delavcu vsaj na neki ravni omogočimo možnost avtonomije pri izvedbi delovnih nalog (Hribar, 2012).

## Stiki z drugimi

Stiki oz. komuniciranje s podrejenimi, strankami, uporabniki, poslušalci, študenti ali drugimi lahko vplivajo na delovno izkušnjo. Pri določenih zdravstvenih stanjih je odsvetovano delo s strankami zaradi povečane nevarnosti okužb (visoka stopnja imunske prizadetosti), v drugih primerih pa zaradi psihičnih razbremenitev (težave na področju duševnega zdravja) (Lovrenov, 2017). Določena delovna mesta zahtevajo stik z drugimi ljudmi, ki se lahko vedejo ali izražajo nasilno, sovražno ali ogrožajoče, zato je potrebno ustrezno usposabljanje delavcev (Jacobs, 1999).

## Nagrajevanje

Dejavnik opisuje stopnjo, do katere je na delovnem mestu mogoče nagrajevati osebni trud, dosežke, pripadnost, izkušnje z delom v obliki napredovanja, varnosti zaposlitve, priznanja, povišanja plače ali drugih ugodnosti, kot na primer dopust ali podobno (Moore-Corner et al., 1998).

V raziskavi Ekbladha in sodelavcev (2010) so dejavnik »nagrade« udeleženci zaznali kot oviro. Nekateri so svojo zaposlitev zaznali kot negotovo in jih je bilo strah, da bodo službo izgubili. Nekateri udeleženci so navedli, da jih delodajalci ne nagrajujejo v obliki spodbude, drugi pa so sicer imeli nagrade, vendar bi si želeli nagrade v drugačni obliki.

## ZAKLJUČEK

V prispevku so bili predstavljeni dejavniki delovnega okolja glede na teoretični okvir modela MOHO. V okviru opredeljenih dejavnikov delovnega okolja smo predstavili različne predloge prilagoditev delovnih mest in opozorili na posebnosti glede na vrsto invalidnosti.

Ekbladha in sodelavci (2010) so raziskovali, kako osebe z izkušnjo dolgotrajne bolniške odsotnosti zaznavajo dejavnike delovnega okolja, ki ovirajo oziroma podpirajo njihovo izvedbo, zadovoljstvo in dobro počutje. Najpomembnejši dejavniki so bili socialne interakcije na delovnem mestu (stiki z drugimi) ter vrednost in pomen dela. Dejavniki, ki so bili zaznani kot najmanj podporni, so se nanašali na zahteve dela in nagrade za opravljeno delo.

Univerzalne formule, kako optimalno prilagoditi delovno mesto zaposlenim invalidom, ni. Populacija invalidov je zelo različna in takšne so tudi njihove potrebe. To, kar okolje omogoča ali zahteva, na vsakega delavca vpliva edinstveno. Ta osebni odziv temelji na delavčevih individualnih vrednotah, osebni moči, interesih, vlogah, navadah in zmožnostih izvajanja. Stopnja skladnosti med delavčevimi značilnostmi in značilnostmi delovnega okolja določa, ali bo vpliv pozitiven ali negativen (Moore-Corner et al., 1998).

Zaposleni so najbolj produktivni in zadovoljni, takrat ko pride do ujemanja med zahtevami okolja in posameznikovimi sposobnostmi (Aas et al., 2011). Pri prilagajanju delovnega mesta je ključnega pomena, da postavimo invalida v središče, le tako bo prilagoditev učinkovita in bo odgovorila na njegove potrebe.

## LITERATURA

Aas RW, Thingbø C, Holte KA, Lie K, Lode IA (2011). On long term sick leave due to musculoskeletal diseases and disorders. Experiences of work demands. *Work* 39(3): 233–42.

- Brecelj V, Dolinšek T, Ponikvar J (2015). Podporno zaposlovanje in prilagoditev delovnih mest. In: Bandel T, Bratuš Albreht K, Brecelj V et al., eds. Priročnik sprejemanje različnosti - usposabljanje strokovnih delavcev za zaposlovanje invalidov na odprtem trgu dela. Ljubljana: Združenje izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije v Republiki Sloveniji, 85–103.
- De las Heras CG, Geist R, Kielhofner G (2003). Priročnik za vprašalnik o volji. The volitional Questionnaire (VQ). University of Illinois at Chicago, 13.
- Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L (2010). Perceptions of the work environment among people with experience of long term sick leave. *Work* 35(2): 125–36.
- Gričar N. (b.d). Model človekove okupacije. Dostopno na: <http://www.zdts.si/index.php/moho> <7. 9. 2019>
- Hribar M (2021). Izgorevanje. In: Božič J, eds. Psihosocialna tveganja na delovnem mestu. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 17.
- Jacobs K, eds. (1999). *Ergonomic for therapists*. Woburn: Butterworth-Heinemann: 355–64.
- Job Accomodation Network – JAN (b.d). Dostopno na: <https://askjan.org/> <7. 9. 2019>
- Kermavnar T, Dodič-Fikfak M (2013). Oblikovanje po meri človeka, ilustriran učbenik iz ergonomije, 1. del. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana,
- Lee J, Kielhofner G (2004). Vocational intervention based on the model of human occupation: a review of evidence. *Scand J Occup ther* 17: 177–190.
- Lovrenov Ž, eds. (2017). Priročnik za ocenjevanje invalidnosti. Ljubljana: Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje Slovenije.
- Moore-Corner RA, Kilehofner G, Olson L. (1998). Lestvica vpliva delovnega okolja. *Work environment impact scale (WEIS)*. University of Illinois at Chicago, 7–9.
- Waddell G, Burton AK, Kendall NAS (2008). Vocational rehabilitation: what works, for whom and when? London, The Stationery Office, 9–12. Dostopno na: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf)
- Wästberg BA, Haglund L, Eklund M (2012). The work environment impact scale - self - rating (WEIS-SR) evaluated in primary health care in Sweden. *Work* 42: 447–57.
- Zveza društev slepih in slabovidnih Slovenije - ZDSSS (b.d). Dostopnost. Dostopno na: <http://www.zveza-slepih.si/dostopnost/osnovne-prilagoditve-za-slepe-in-slabovidne-v-prostoru/> <7. 9. 2019>
- ZZRZI - Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, Ur L RS 63/04, 72/05, 100/05-UPB1, 114/06, 16/07-UPB2, 14/09.

**IZVLEČKI  
STROKOVNIH  
PRISPEVKOV**



## Iz bolnišnice v domače okolje

### From the hospital to the home environment

Milena Babič Jerebic<sup>1</sup>, dipl.del.ter., Suzana Bobnjar<sup>2</sup>, dipl.del.ter., Zdenka Ketiš<sup>3</sup>, dipl.del.ter.,  
RNO terapevt

<sup>1,2,3</sup> Splošna bolnišnica Murska Sobota, Rakičan

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** V Splošni bolnišnici Murska Sobota je delovni terapevt enakovreden član multidisciplinarnega rehabilitacijskega tima na različnih oddelkih (nevrološka in travmatološka simptomatika). Ambulantno izdeluje in educira uporabo različnih opornic za roko ter izdeluje drobne ortotske pripomočke za samostojnejše izvajanje dnevnih aktivnosti. Od nedavnega je delovni terapevt tudi član multidisciplinarnega tima v razvojni ambulanti.

**Vsebina:** Delovni terapevt vstopa v proces zgodnje rehabilitacije in prebuja senzomotorne poti z asistenco ter uporabo pripomočkov skozi aktivnost. Skozi celostno rehabilitacijo gradi partnerski odnos z uporabnikom s ciljem neodvisnega funkcioniranja v domačem in delovnem oziroma vzgojno-izobraževalnem okolju. Na podlagi izkušenj in potreb bi bilo potrebno kontinuirano vodenje od začetnega bolnišničnega do domačega in delovnega oziroma vzgojno-izobraževalnega okolja. Kontinuirana delovnoterapevtska obravnava omogoča hitrejšo in učinkovitejšo generalizacijo pridobljenih veščin v samostojno izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. **Zaključek:** Laična javnost prepoznava vrednost delovnoterapevtske obravnave v praksi in potrebo po njej v domačem okolju. Čas je, da to sliši in upošteva tudi strokovna in politična javnost in uvede spremembe v delovni terapiji na državnem nivoju. Dobra praksa izboljša kakovost življenja uporabnikov, varčuje državni proračun in odpira nova delovna mesta.

**Ključne besede:** delovna terapija, institucionalno okolje, kontinuirana obravnava.

#### ABSTRACT

**Introduction:** At the General hospital Murska Sobota, the occupational therapist is an equal member of the multidisciplinary rehabilitation team in different departments (neurological and traumatic symptomatic treatment). Ambulant he produces and educates the use of various arm rests and small orthotic devices for more independent daily activities. Recently, a occupational therapist is also a member of the multidisciplinary team in the neurodevelopmental department. **Content:** An occupational therapist enters the process of early rehabilitation and awakens the sensomotor path with assistance and the use of the devices through the activity. Through integrated rehabilitation, he builds a partnership with the goal of independent functioning in the domestic, work and educational environment. On the basis of experience and needs, continuous management from the initial hospital to the home, work or educational environment would be required. Continuous occupational therapy treatment enables a faster and more efficient generalization of acquired skills into independent performing daily activities. **Conclusion:** The laymen recognize the value of the therapeutic

treatment in practice and the need for it in the home environment. It is time that this hears and takes into account the professional and political public and introduces changes in occupational therapy at the state level. Good practice improves the quality life of users, saves the state budget and opens up new jobs.

**Keywords:** occupational therapy, institutional environment, continuous treatment.

## Medgeneracijsko sodelovanje in povezovanje Psihiatrične bolnišnice Idrija z lokalno skupnostjo

### Intergenerational collaboration and networking between Psychiatric Hospital Idrija and local community

Mateja Kavčič<sup>1</sup>, dipl. del. ter., Saša Pisk<sup>2</sup>, dipl. del. ter., Tadeja Mrak<sup>3</sup>, dipl. del. ter., Darja Poljanec<sup>4</sup>, dipl. del. ter.  
<sup>1,2,3,4</sup> Psihiatrična bolnišnica Idrija, Idrija

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Paciente z različnimi duševnimi motnjami stigma spremlja že vso zgodovino. Odnos družbe do njih je bil skozi obdobja različen, vendar vedno bolj ali manj odklonilen. Pacientu se je težko sprijazniti, da ima psihične težave, saj se boji stigmatizacije, ki lahko predstavlja oviro za socialno vključenost, hkrati pa prizadene tako osebe z duševno motnjo kot vse njihove bližnje. Psihiatrična bolnišnica Idrija je vpeta v širše družbeno okolje z namenom vplivanja na kakovost življenja oseb z duševno motnjo na vseh področjih človekovega delovanja, kjer imamo delovni terapevti pomembno vlogo kot pobudniki in organizatorji. **Vsebina:** Z vsakodnevnimi aktivnostmi v Psihiatrični bolnišnici Idrija vnašamo vsebine medgeneracijskega sodelovanja in različne oblike sodelovanja z lokalno skupnostjo. Te potekajo v obliki sodelovanja z različnimi ustanovami v mestu in okolici (osnovno šolo, gimnazijo Idrija, glasbeno šolo, domom upokojencev, mestno knjižnico in čitalnico). **Zaključek:** Z medgeneracijskim sodelovanjem in povezovanjem zmanjšujemo stigmatizacijo naših pacientov in psihiatrije v celoti. Z leti se odpira veliko novih možnosti sodelovanja in povezovanja, kar pozitivno vpliva na kakovost življenja pacientov, tako k večjemu osebnemu zadovoljstvu, dobremu počutju in večji motivaciji.

**Ključne besede:** delovna terapija, stigma, kvaliteta življenja.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Patients with various mental disorders have been associated with stigma throughout history. The attitude of the company towards them varied over the periods, but more or less deviant. It is difficult for a patient to accept that he or she has a psychiatric problem because it fears stigmatization, which can be a barrier to social inclusion, while affecting both people with mental disorders and their loved ones. Psychiatric Hospital Idrija is embedded in a broader social environment with the aim of influencing the quality of life of people with mental disorders in all areas of activities of daily living, where occupational therapists play an important role as initiators and organizers. **Content:** Through daily activities at Psychiatric Hospital Idrija, we introduce the contents of intergenerational cooperation and various forms of cooperation with the local community. They take the form of cooperation with various institutions in and around the town (elementary school, grammar school, music school, retirement home, library and reading room). **Conclusion:** Through intergenerational collaboration and networking, we reduce the stigma of our patients and

psychiatry altogether. Many new opportunities for collaboration and connection have opened up over the years, which have a positive impact on the quality of life of the patient, both for greater personal satisfaction, well-being and greater motivation.

**Keywords:** occupational therapy, stigma, quality of life.

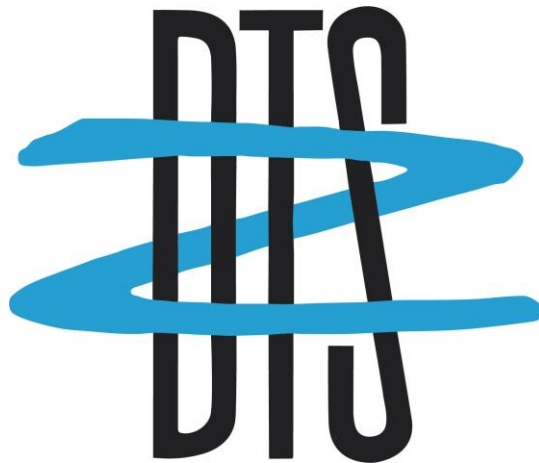
## Izvedbo dogodka so omogočili

**Srebrni sponzor:**

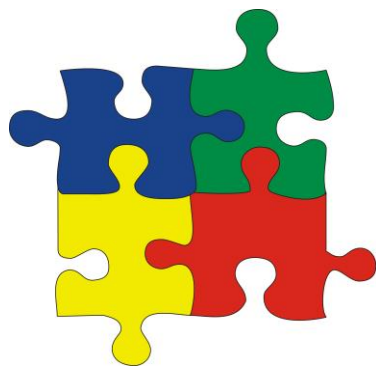


# BETATRON

**Sponzorji:**



# SOČA OPREMA



**OTROŠKI SVET** <sup>®</sup> D.O.O.

Wehrfritz



[www.igrace-ucila.si](http://www.igrace-ucila.si)

**FOTOLITC|DOLENC**  
g r a f i č n i s t u d i o

**S E N Z O R I K A**  
**V A R G A**