
Razvoj izobraževanja skozi 50 let

Marija Tomšič

DELOVNA TERAPIJA PRED PRIČETKOM IZOBRAŽEVANJA DELOVNIH TERAPEVTOV

Kdaj se je v slovenskem prostoru zaposlil prvi delovni terapevt, je težko reči. Vsekakor pa z gotovostjo lahko trdimo, da se je že v predprejšnjem stoletju na področju psihiatrije uveljavila zaposlitvena terapija. V svojem referatu z naslovom Blaznice (norišnice), kakoršne morajo biti, in kaj je njih namen, je dr. Karel Bleiweis (1878) opozoril, da za duševno zdravje ni nič boljšega, kot dobro odmerjeno delo. Od takrat lahko govorimo o tako imenovani zaposlitveni terapiji, potemtakem – ustrezno o sodobnemu pojmovanju – delovni terapiji (Petek, 1996).

»V vsaki dobro vrednjeni blaznici, so delalnice za bolnike: mizarnice, čevljarnice, šivalnice, pa tudi prostori za pletenje slamnic, za pripravljanje sočivja, kuhinja, perilnica, sušilnica. Povsod tu uspešno pomagajo blazne ženske. Prav koristno je, če ima blaznica kaj polja in živine. Tam najdejo blazni kmetje sebi primerno delo. Dalje naj še omenim, da se v vseh blaznicah skrbi za to, da imajo blazni primerno zabavo, kegljišča itd., za bolj premožne bolnike tudi biljard in dvorano, kjer pojo, igrajo in plešejo« (Bleiweis, 1878).

Prvi animatorji aktivnosti so bili bolniki sami, predvsem tisti, ki so bili "boljšega" zdravja. Sledilo je zaposlovanje kvalificiranih delavcev določenih poklicev, za katere so zdravniki menili, da so v bolnišnicah potrebni (mizarji, obdelovalci kovin, šivilje, ipd). Naloga teh profilov je bila zaposliti bolnike, saj je vladalo prepričanje, da vsako delo oz. različne aktivnosti stimulatивно vplivajo na možgansko aktivnost.

Po letu 1966 govorimo o zaposlitvi prvih delovnih terapevtov z ustrezno izobrazbo. Prva generacija se je zaposlila na področju psihiatrije (Psihiatrična bolnišnica Studenec in Idrija), v Zavodu za invalidno mladino v Kamniku, v Zavodu za usposabljanje invalidne mladine v Vipavi, Varstveno delovnem centru Ljubljana in na Inštitutu za rehabilitacijo invalidov.

Kasneje so se ustrezno izšolani delovni terapevti začeli zaposlovati še na drugih področjih v zdravstvu in socialnem varstvu. V kliničnem centru se je prva delovna terapevtka zaposlila leta 1974, v Domu upokojencev Center (enota Tabor in Poljane) leta 1976. Kar nekaj let kasneje prične utirati svojo strokovno pot na področju pediatrije (1985) in osnovnega zdravstvenega varstva. Delovni terapevti so se znašli v zanimivi situaciji, umeščeni so bili umeščen med obrtnike in zdravstveno osebje. Institucije so od njih pričakovale produktivne rezultate, proizvode. Delovni terapevti pa so izvajali program z namenskimi aktivnostmi, ki so imele terapevtski cilj, kar pa ni bil materialni proizvod, ampak izboljšanje telesnih funkcij ali spretnosti. Nenehno dokazovanje strokovnosti in terapevtske utemeljenosti je delovnim terapevtom povzročalo težave, vendar jih istočasno strokovno kalilo tako, da je danes razvoj stroke primerljiv z evropskim nivojem razvoja.

PRIČETEK IZOBRAŽEVANJA DELOVNIH TERAPEVTOV

Oddelek za delovno terapijo se je odprl leta 1964 na podlagi Zakona o Višji šoli za zdravstvene delavce. Ustanovljen je bil, da bi z izobraževanjem za ta poklic pokrival vsa

področja zdravstvenega in socialnega varstva. Oddelek je deloval samostojno, vodila ga je razredna sestra Anica Čaks, prvi predstojnik je bil dr. Slobodan Grobelnik. Del izobraževalnega programa so izvajali redni delavci šole, del pa zunanji strokovni sodelavci (Jernejčič, 1987).

Tabela 1: Predmetnik prve generacije in prvi predavatelji

Predmet	Predavatelj
Etika zdravstvenega delavca	Jože Beniger, dr. med.
Osnovna nega bolnika	Tita Vidmar, v. m. sr.
Splošna anatomija in fiziologija	Anton Širca, dr. med.
Anatomija in fiziologija lokomotornega aparata	Edvard Pohar, dr. med.
Osnove tehnologije	Marko Lampič, str. teh.
Fizika	Božidar Magajna, dipl. ing.
Kineziologija	Edvard Pohar, dr. med.
Delovna terapija	Slobodan Grobelnik, dr. med., Miklavž Kušej, dr. med., Danica Kapus, viš.zdr. teh., del. ter.
Izbrana poglavja iz kirurgije	Rado Uršič, dr. med.
Osnove patologije	Bojan Varl, dr. med.
Izbrana poglavja iz internih bolezni	Aleksander Janežič, dr. med.
Družbena ureditev SFRJ	Boštjan Markič
Izbrana poglavja iz psihiatrije	Miklavž Kušej, dr. med.
Izbrana poglavja iz ortopedije	Ivo Pintarič, dr. med.
Osnove higijene	Ivan Bonač, dr. med.
Izbrana poglavja iz travmatologije	Franc Debevc, dr. med.
Izbrana poglavja iz nevrologije	Danilo Tomažič, dr. med.
Izbrana poglavja iz otroških bolezni	Iztok Jakša, dr. med.
Psihologija	Zdravko Neuman, dipl. psih.
Socialna medicina in rehabilitacija	Ivan Bonač, dr. med.
Statistika	Zvone Odar
Organizacija zdravstvene službe	Tone Ravnikar, dr. med.
Zdravstvena vzgoja	Dušan Repovž, dr. med.
Organizacija dela v delavnicah	Marjan Rogelj, dipl. oec.
Rekreacija	Milovan Kranjc
Predvojaška vzgoja	Pintar Drago, dr. med.
Nemški jezik/Angleški jezik	Katarina Detela/Franc Fridel

Iz predmetnika je razvidno (tabela 1), da je bil poudarek na medicinskih znanjih in da so bili nosilci večine predmetov bili zdravniki.

Leta 1975 se je Višja šola za zdravstvene delavce vključila v Univerzo v Ljubljani in istega leta (1. februarja) se je kot prva delovna terapevtka na Oddelku zaposlila Nežka Jernejčič ter kot strokovna svetnica prevzela vaje s področja aktivnosti delovne terapije. Leta 1985 je bila habilitirana v predavateljico in pričela predavati predmeta Delovna terapija in Aktivnosti delovne terapije.

Študijski program se je uradno prvič spremenil 15. 9. 1982. Učni načrt in program je sprejel Svet šole. Predmetnik je obsegal 1013 ur predavanj in 825 ur vaj, v kvoto ni bila všteta obvezna počitniška praksa. V novem programu so dobili večji poudarek strokovni

predmeti, predmet Delovna terapija se je razdelil v dva predmeta: Delovna terapija pri somatskem bolniku in Delovna terapija pri psihiatričnem bolniku; uveden je bil nov predmet Aktivnosti delovne terapije. Oddelek se je leta 1982 preimenoval iz Oddelka za delovne terapevte v Oddelek za delovno terapijo.

Naslednja sprememba učnega programa je bila izvedena leta 1985. Študij je obsegal 1015 ur predavanj, 715 ur vaj in 70 ur seminarjskih vaj, v kvoto ur ni bila vključena obvezna delovna praksa (tabela 3). Predmetnik je obsegal medicinske predmete, splošne predmete in predmete s področja delovne terapije: Delovna terapija na psihiatričnem področju, Delovna terapija v rehabilitaciji, Organizacija delovne terapije, Aktivnosti delovne terapije in Ocenjevalne metode v delovni terapiji.

Leta 1992 je študij prešel iz 4- v 5-semesternega. Obsegal je 1085 ur predavanj, 790 ur vaj in 84 ur strokovne prakse. Struktura predmetnika je ostala nespremenjena, število ur se je povečalo pri predmetih s področja delovne terapije. Predmet Delovna terapija je dobil nove vsebine, primerljive z evropskimi programi.

Leta 1995 je delovnoterapevtski študijski program na Visoki šoli za zdravstvo iz višješolskega prerasel v triletni visokostrokovni študijski program za delovno terapijo, kot ga je sprejel Svet za visoko šolstvo pri Vladi R Slovenije (Jernejčič, 1996). Celotni študijski program je obsegal 2250 ur, in sicer: 1125 ur predavanj, 1005 vaj in 120 ur seminarjev. Najobsežnejši predmet je postal Delovna terapija, ki je v vseh treh letih obsegal 130 ur predavanj, 415 ur vaj in 120 ur seminarjev (tabela 4). Predmet se je vsako leto zaključil z izpitom. Aktivnosti delovne terapije so obsegale 110 ur predavanj in 220 ur vaj. Strokovni predmeti so bili še Ocenjevalne metode v delovni terapiji v obsegu 30 ur predavanj in 150 ur vaj, Organizacija delovne terapije v obsegu 20 ur predavanj in 20 ur seminarjskih vaj ter Filozofija delovne terapije z etiko v obsegu 30 ur predavanj (Visokostrokovni študijski program Delovna terapija, 1996).

Študijski program Delovna terapija I. stopnja je stopil v veljavo leta 2009. Osnovna izhodišča pri prenovi študijskega programa so bila: upoštevanje temeljnih ciljev bolonjskega procesa, razvoj stroke, zahteva po vsebinski prenovi, uvajanje sodobnih izobraževalnih metod in usklajevanje študijskega programa delovne terapije s standardi izobraževanja delovnih terapevtov WFOT (Svetovnega združenja delovnih terapevtov) iz leta 2002 ter smernicami za razvoj študijskih programov ENOTHE-ja (Evropskega združenja šol delovne terapije) iz leta 2000. Študijski program *Delovna terapija* je pripravila skupina učiteljev Zdravstvene fakultete, Katedra za delovno terapijo in zunanji sodelavci, ki so bili predvideni za nosilce nekaterih vsebin študijskega programa.

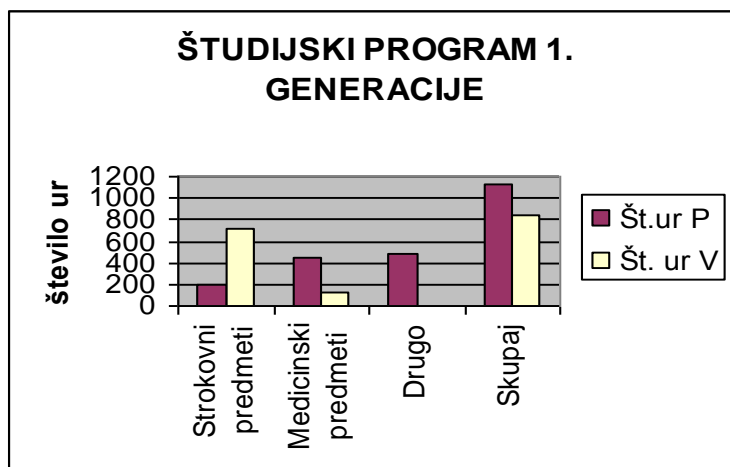
Pri oblikovanju visokošolskega strokovnega študijskega programa I. stopnje je bila vključena tudi širša strokovna javnost: Zbornica delovnih terapevtov, delodajalci in študentje oddelka za delovno terapijo.

Skladno s cilji bolonjskega procesa pomeni program znatno posodobitev učnih vsebin, predvsem pa vključuje uvajanje sodobnih izobraževalnih metod. Pri prenovi se je oddelek odločil za model 3 + 2, kot ga ima večina evropskih šol za delovno terapijo. Diplomanti delovne terapije so lahko že v preteklosti nadaljevali študij na II.- magistrski stopnji v nekaterih državah EU (Švedska, Norveška, Anglija, Nizozemska), to pa je mogoče tudi po prenovi študijskega programa. Na oddelku za delovno terapijo Zdravstvene fakultete planiramo pripravo študijskega programa II.- magistrske stopnje.

RAZVOJ ŠTUDIJSKIH PROGRAMOV – PRIMERJAVA

Tabela 2: Študijski program 1. generacije

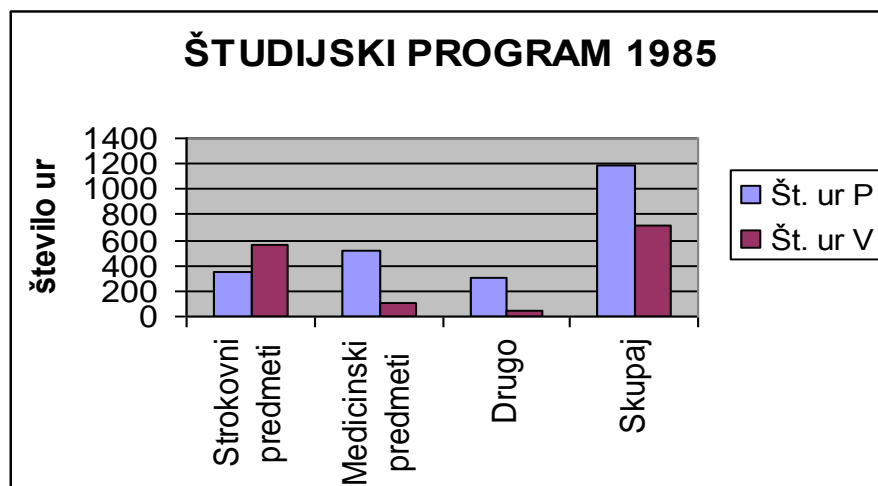
Predmet	Št.ur P	Št. ur V
Strokovni predmeti	190	720
Medicinski predmeti	444	120
Drugo	486	0
<i>Skupaj</i>	<i>1120</i>	<i>840</i>



Graf 1: Študijski program 1. generacije

Tabela 3: Vzgojnoizobraževalni program za delovno terapijo 1985 (podatki so za predavanja, vaje in seminarje, ki so vključeni v število ur predavanj)

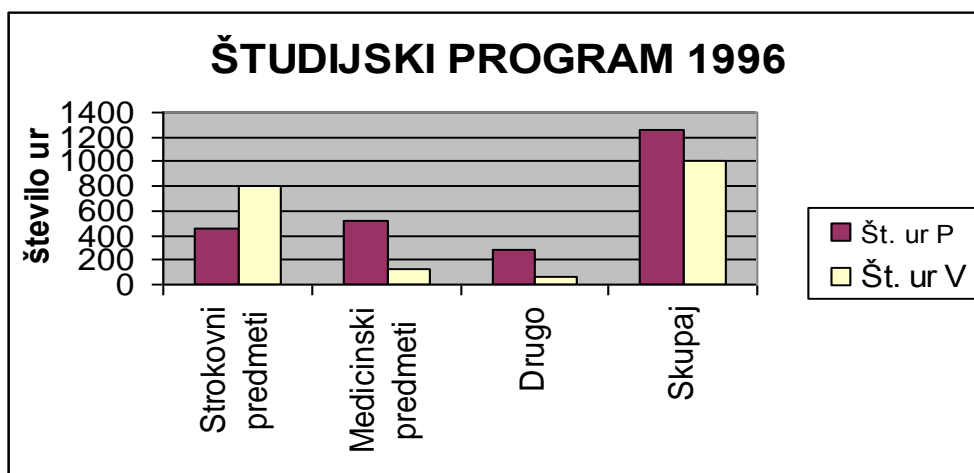
Predmeti	Št. ur P	Št. ur V
Strokovni predmeti	355	560
Medicinski predmeti	520	105
Drugo	310	50
<i>Skupaj</i>	<i>1185</i>	<i>715</i>



Graf 2: Študijski program 1985

Tabela 4: Visokostrokovni študijski program Delovna terapija 1996 (podatki so za predavanja, vaje in seminarje, ki so vključeni v število ur predavanj)

Predmet	Št. ur P	Št. ur V
Strokovni predmeti	460	805
Medicinski predmeti	520	130
Drugo	285	70
<i>Skupaj</i>	1265	1005



Graf 3: Visokostrokovni študijski program Delovna terapija 1996

Tabela 5: delovna terapija 1. stopnje - primerjava vsebinskih področij študijskega programa v sedanjem študijskem programu z drugimi evropskimi šolami

Vsebinsko področje	Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo (Slovenija)		The School of Occupational Therapy and Physiotherapy in Aarhus (Danska)		Karolinska Institutet (Švedska)		Faculty of Health Sciences (Norveška)	
	Št. KT	% KT	Št. KT	% KT	Št. KT	% KT	Št. KT	% KT
Zdravstvo	114	63,3	129	61,5	100,5	55,8	92	51,1
- delovna terapija	104	57,7	114	54,3	85,5	47,5	77	42,8
- medicina	10	5,6	15	7,2	15	8,3	15	8,3
Naravoslovje	15	8,3	15	7,1	15	8,3	15	8,3
Humanizem in družboslovje	34	19	36	17,1	42	23,3	45	25
Raziskovanje	17	9,4	30	14,3	22,5	12,6	28	15,6
SKUPAJ	180	100%	210	100%	180	100%	180	100%

ŠTUDENTJE

V prvo generacijo delovnih terapevtov na ljubljanski Visoki zdravstveni šoli je bilo v študijskem letu 1964/65 vpisanih 20 študentov (18 redno, 2 izredno).

Do leta 1980 je potekal vpis v 1. letnik vsaki dve leti, po letu 1980 vsako leto. Število vpisanih študentov se je gibalo od 10 (84/85) do 82 (97/98). Od leta 1980 šola omejuje vpis v 1. letnik. Kriterij za vpis so točke, ki jih dijaki dosežejo s splošnim uspehom na zaključnem izpitu oz. maturi in s splošnim uspehom v 3. in 4. letniku srednje šole (Analiza učinkovitosti in kakovosti poslovanja VŠZ, 1998). Prehodnost iz prvega v drugi letnik se spreminja, v povprečju študij nadaljuje približno 75 % vpisanih v prvi letnik.

Tako kot na vse ostale oddelke Zdravstvene fakultete, prihajajo študentje tudi na Oddelek za delovno terapijo iz različnih srednjih šol, kar za sam študij ne predstavlja nikakršne ovire. Študentje se med študijem aktivno vključujejo v dogajanja na Oddelku. V pomoč so jim mentorji (učitelji) in tutorji (študentje) ter ostali pedagoški delavci oddelka prek strokovnih in drugih formalnih oblik individualnega svetovalnega dela (Analiza učinkovitosti in kakovosti poslovanja VŠZ, 1998). Aktivno vključevanje študentov v Oddelčno delo se kaže tudi preko različnih drugih aktivnosti, predvsem pri izvedbi dogodkov, ki jih Oddelek organizira.

DIPLOMANTI

Diplomanti prve generacije študentov Delovne terapije (od 20 vpisanih jih je diplomiralo 12):

Bratun Nežka

Čaks Anica

Čuk Blaž

Krpelnik Karolina

Nardin Pavla

Plesničar Grojzdek Marija

Polak Antonija

Prelesnik Marija

Pungerčar Anica

Sladič Silva

Tušar Vida

Žuraj Andrej

V nadaljevanju je po višješolskem študijskem programu skupaj diplomiralo in pridobilo naziv višji delovni terapevt 345 študentov. V letu 1999 so študij zaključili prvi diplomirani delovni terapevti. Prvi je 4. maja 1999 ta naziv pridobil Miran Slunjski.

Po trenutno dostopnih podatkih je do sedaj po visokostrokovnem študijskem programu diplomiralo 650 študentov, vključno s tistimi, ki so izobrazbo pridobili z vključitvijo v diferencialni program za pridobitev naziva diplomirani delovni terapevt, teh je bilo 177.

Po študijskem programu Delovna terapija 1. stopnje študenti več ne pišejo diplomskih del, ampak študij zaključijo z diplomskim projektom. Skupina študentov (5-6) pripravi projektno delo, katerega rezultat je strokovni ali znanstveni članek. Po omenjenem študijskem programu je zaključilo študij 52 diplomantov (tabela 6).

Vseh diplomskih listin je bilo tako izdanih 1047.

Tabela 6: Diplomanti delovne terapije po nazivih, glede na vrsto študija

Naziv	Število
viš.del.ter	345
dipl.del ter	650
dipl.del.ter.-bolonjski	52
Skupaj	1047

PREŠERNOVE NAGRADE ZA ŠTUDENTE

Po letu 1980 so bile na Oddelku za delovno terapijo nekoč Višje šole za zdravstvene delavce, Visoke šole za zdravstvo in danes Zdravstvene fakultete izjemno dobre diplomske naloge predlagane za študentske Prešernove nagrade. Te so prejeli:

- Evgenija Božič, 1980
- Nataša Medmeš, 1992
- Helena Mezeg, 1992
- Suzana Brozovič, 1994
- Polonca Zupančič, 1996
- Suzana Likar Štrukelj, 1999
- Anita Zigmund, 2002
- Darinka Brezovar, 2003
- Urša Bratun, 2004
- Sara Rupnik Mihelčič, 2011
- Anja Kodrun, 2012
- Jerneja Debevc, Anja Egete, Saša Ozimek in Marko Vidovič, 2013.



Podelitev Prešernovih nagrad 2002

PREDSTOJNIKI

Prvi predstojnik Oddelka je bil dr. Slobodan Grobelnik, in sicer od leta 1964 do 1980. Predstojništvo je za njim prevzela Nežka Jernejčič in oddelek uspešno vodila do leta 1994.



Istega leta je dekan za novo predstojnico imenoval Tamaro Ošnjak, ki je to funkcijo opravljala do leta 1998.



Od 1. 3. 1998 pa do 15.9.2006 je bila predstojnica Marija Tomšič.

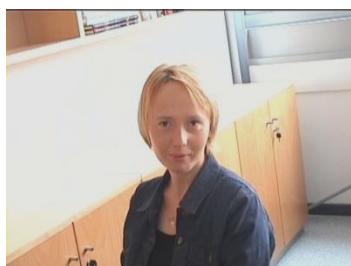


Od 15.9.2006 dalje pa je predstojnica Alenka Oven.



KATEDRA ZA DELOVNO TERAPIJO

Katedra za delovno terapijo je bila ustanovljena 1. 3. 1994. Njeno vodenje je prevzela prva predavateljica predmetov s področja delovne terapije Nežka Jernejčič. Za njo je vodenje katedre 1. 3. 2000 prevzela mag. Cecilija Lebar.



RAZISKOVALNO DELO

Delo na Oddelku za delovno terapijo je bilo vseskozi tudi raziskovalno naravnano. Še pred ustanovitvijo Raziskovalnega inštituta so bili pedagoški delavci in študentje prek pogodb o mednarodnem sodelovanju vključeni v mednarodne raziskovalne projekte. Izsledki raziskav so bili predstavljeni na mednarodnih srečanjih učiteljev delovne terapije, na strokovnih posvetih delovnih terapevtov in v diplomskih delih.

V okviru Raziskovalnega inštituta je Oddelek sodeloval pri prvem projektu Preprečevanje slučajnih padcev pri starostnikih v mestnem okolju. Projekt je bil zaključen leta 2001. V letu 2002 je za potrebe promocije stroke Oddelek pričel izvajati projekt Učinkovitost delovne terapije na uporabnikovem domu. V projektu pridobljeni rezultati so bili s strokovnega vidika uspešnosti izjemno ugodni. Oddelek je bil vključen tudi v mednarodni projekt o razvoju študijskih programov Delovne terapije v Evropi (Core Components – European Perspectives in the Occupational Therapy Curriculum), ki je bil financiran iz projekta Socrates Erasmus. Posamezne pedagoške delavke so bile vključene v projekta Celostna obravnava starostnikov, ki je potekal od 2004-2006 in triletni projekt Aktivno in zdravo staranje, ki se je zaključil 2011 (Zdravstvena fakulteta, 2009). Oba projekta sta bila financirana s strani ARRS. Rezultat raziskovalnega dela so mnogi znanstveni članki in predstavitve na evropskih in svetovnih kongresih delovne terapije.

MEDNARODNO SODELOVANJE

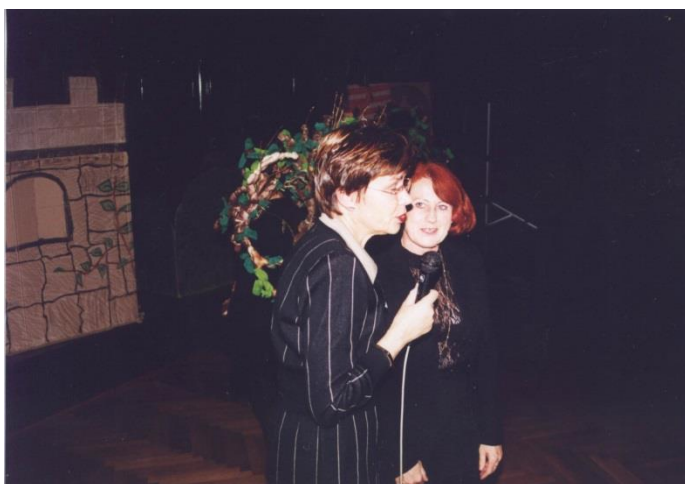
Oddelek za delovno terapijo se je leta 1995 včlanil v evropsko združenje šol za delovno terapijo (ENOTHE), kar je prispevalo k hitrejšemu povezovanju s tujimi institucijami. V začetku je mednarodno sodelovanje potekalo le v okviru ENOTHE-ja, kasneje pa še v okviru projekta Socrates/Erasmus. Tako sta bili v okviru programa Socrates za študijsko leto 1999/2000 podpisani prvi bilateralni pogodbi, in sicer s Hogeschool van Amsterdam (Nizozemska) in Univerzo v Derbyju (Anglija). Istega leta so se izmenjave udeležile štiri študentke (za 3 mesece), obojestransko smo izmenjali po enega učitelja (za en teden). Zadovoljstvo s prvo izmenjavo je bilo tako s strani študentk kot tudi s strani šole gostiteljice presenetljivo dobro. Pozitivne izkušnje so vodile v nadaljnje povezovanje in sodelovanje.

Leta 1999 je Oddelek za delovno terapijo v Ljubljani organiziral evropsko konferenco za učitelje delovne terapije, ki je bila izjemno odmevna v evropskem prostoru.

V študijskem letu 2000/2001 so bile sklenjene nove bilateralne pogodbe s Hogeschool van Amsterdam (Nizozemska), Karolinska Institutet (Švedska) in Artevelde Hogeschool (Belgija). Te šole so postale stalne partnerice za izmenjavo študentov in učiteljev. Tako so bile v študijskem letu 2000/2001 izvedene naslednje izmenjave: 5 naših študentov je odšlo v tujino, sprejeli smo 2 tuji študentki in 2 tuja učitelja. Naslednje študijsko leto (2001/2002) so v tujini gostovali 4 naši študenti in ena naša sodelavka, gostili smo 4 tuje študente in 2 predavatelja iz Belgije. V študijskem letu 2002/2003 je v tujini gostovalo 5 naših študentov in 2 predavatelja, sprejeli smo 4 tuje študente in 2 predavatelja.

Ena od študentk, ki je bila leta 2003 na izmenjavi v tujini, se je v pismu, naslovljenem na Oddelek, pisala takole: »Moja mentorica je rekla, da moramo imeti v Sloveniji dobro izobraževanje za delovne terapevte, ker se vidi, kako dobro smo študentje pripravljene, ko pridemo v tujino. Dobro poznamo teorijo in vlogo delovnega terapevta. Lepo, ali ne! Sem si rekla, vam moram povedati, ker je to pohvala zame, kot tudi za vas.«

V vseh letih mednarodnih izmenjav je na tuje šole odšlo 40 študentov delovne terapije, v Sloveniji pa je gostovalo 29 tujih študentov. V izmenjavi je bilo pet učiteljev, ki so gostovali večkrat, oddelek pa je gostil 17 tujih učiteljev.



Predsednica združenja ENOTHE
Hanneke Von Bruggen in predsednica
Zbornice delovnih terapevtov Slovenije
Zdenka Pihlar

V zadnjem študijskem letu (2013/14) ima Oddelek podpisane pogodbe o sodelovanju z:

- University college artevelde hogeschool, Belgija
- Oulu university of applied sciences, Finska
- Karolinska institutet, Švedska
- Universidad autonoma de Madrid, Španija in
- Plymouth university, Anglija (Letopis zdravstvene fakultete, 2014).

KADROVSKI RAZVOJ ODDELKA

Prva delovna terapevtka, ki se je leta 1975 zaposlila na Oddelku, je bila Nežka Jernejčič. Pred tem letom so strokovne predmete predavali zdravniki. V letu 1981 se je zaposlila naslednja strokovna sodelavka Tamara Ošnjak, ki je izvajala klinične vaje s področja aktivnosti delovne terapije, leta 2000 je delovno razmerje prekinila. Leta 1983 se je za področje Ocenjevalnih metod v delovni terapiji zaposlila Vitoslava Marušič. Vsakoletni vpis študentov je povečal obseg dela, zato se je leta 1993 za področje kliničnih vaj Delovne terapije na področju pediatrije zaposlila Barbara Piškur, leta 2001 je prekinila delovno razmerje. Leta 1993 je bila kot strokovna sodelavka na Oddelku sprejeta Cecilija Lebar, kasneje je postala asistentka stažistka, zdaj je habilitirana kot višja predavateljica. Visokostrokovni študijski program s povečanim obsegom pedagoškega dela je narekoval potrebo po dodatni zaposlitvi strokovne sodelavke za področje Delovne terapije, tako se je leta 1996 zaposlila Marija Tomšič, ki je bila naslednje leto habilitirana v predavateljico za Delovno terapijo. Leta 1997 se je upokojila predavateljica Nežka Jernejčič. Prekinjena delovna razmerja sta nadomestili Nevenka Gričar (leta 1999) in Alenka Plemelj Mohorič (leta 2001). V letu 2003 sta se Oddelku zaposlili še strokovni sodelavki Lea Šuc in Alenka Oven. V letu 2008 (1.10.) se je zaposlila Tanja Križaj, ki je leta 2013 odšla službovat v Anglijo. V letu 2011 se je kot strokovna sodelavka zaposlila Katarina Galof, ki je sedaj na delovnem mestu asistentke.



Pedagoške delavke Oddelka

Danes je na oddelku zaposlenih osem pedagoških delavk (od tega šest predavateljic), ki izvajajo ves strokovni študijski program, to je predavanja, seminarje, seminarske vaje in laboratorijske vaje iz področja Delovne terapije. Nekatere od njih izvajajo tudi klinične vaje v učnih bazah. S tem je omogočen dober prenos teoretičnih znanj v prakso.

LITERATURA

Analiza učinkovitosti in kakovosti poslovanja Visoke šole za zdravstvo v študijskem letu 1997/98 (1998). Ljubljana,.

Bleiweis K., (1878). Blaznice (norišnice), kakoršne morajo biti, in kaj je njih namen. Ljubljana: Deželni odbor Kranjski.

Visokostrokovni študijski program Delovna terapija (1996). Ljubljana.

Jernejčič N., (1987). 20 let izobraževanja delovnih terapevtov na Višji šoli za zdravstvene delavce Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani, v 20 let delovne terapije v Sloveniji, Dobrna.

Jernejčič N., (1996). Izobraževanje delovnih terapevtov na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani ob vstopu v četrto desetletje 1964–1996 v Delovna terapija včeraj-danes-jutri, Moravske toplice.

Letopis zdravstvene fakultete (2014). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Petek J., Zgodovina slovenske delovne terapije v psihiatriji, v 20 let delovne terapije v Sloveniji, Dobrna 1987.

Tomšič M., (2004). 40 let izobraževanja delovnih terapevtov

Vzgojnoizobraževalni program za Delovno terapijo (1985). Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani,.

Vzgojnoizobraževalni program Delovna terapija, Univerza v Ljubljani,.

Visokostrokovni študijski program Delovna terapija (1992). Univerza v Ljubljani, 1996.

Zdravstvena fakulteta (2009). Ur. Darja Rugelj. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Položaj delovnih terapevtov v primarni zdravstveni dejavnosti

Dokument o stališču

Occupational Therapy in Primary Care

Position Statement

Jerneja Križaj

UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Zdravstveni domovi in zdravstvene postaje so glavni nosilci primarne zdravstvene dejavnosti, kjer občasno delujejo tudi delovni terapevti. Namen članka je na tem področju raziskati položaj slovenskih delovnih terapevtov, posebna pozornost je namenjena obravnavi na bolnikovem domu. Članek poskuša podkrepiti stališče, da je položaj katere koli stroke odvisen predvsem od dejavne države njenih članov. **Metode:** Pregled literature preko bibliografskih sistemov (COBISS, OVID), objave podatkov pristojnih državnih ustanov, tiskano gradivo in sezname virov. Podatki so predstavljeni s perspektive konfliktna teorije avtorja Ralfa Dahrendorferja. **Trditve:** V zdravstvenih domovih je zaposlena manjšina delovnih terapevtov. Raven poznavanja delovne terapije v skupnosti ni zadostna. Državni načrt je usmerjen v postopno seljenje delovnoterapevtskih obravnav iz ustanov na domove bolnikov. **Ugotovitve:** V sistemu, kjer so močno zasidrani interesi drugih zdravstvenih poklicev, se zdi, da se je delovna terapija prilagodila razmeram. Za nadgradnjo položaja stroke mora glas delovnih terapevtov postati močnejši. **Ključne besede:** zdravstveni dom, obravnava na domu bolnika, prepoznavnost, delovna terapija, interes

ABSTRACT

Introduction: Primary care is provided mainly by public health care centers and health stations, where occupational therapists are employed only occasionally. This paper is attempting to explore a Slovenian occupational therapists' position in primary health care with special concern of intervention in client's home. A following claim tries to be argued: A position of any profession mainly depends on an active attitude of its members. **Methods:** Sources of information are gathered through bibliographic systems (COBISS, OVID), documentation retrieved from governmental bodies and related institutions, hand search in the library and reference-lists. Data are presented through a conflict theory perspective whose author is Ralf Dahrendorfer. **Claims:** A minority of occupational therapists are employed in health care centers. Occupational therapy recognition in the community is not sufficient. A governmental National Plan planned to transfer some occupational therapy interventions out of institutions into client's homes. **Conclusions:** It seems that occupational therapy adapted to the situation in the system with firmly anchored interests of other health professions. Occupational therapists' voice should sound louder to gain stronger position in primary health care. **Key words:** primary health care center, home intervention, recognition, occupational therapy, interest

IZHODIŠČA

V javni zdravstveni mreži so zdravstveni domovi in zdravstvene postaje glavni nosilci primarne zdravstvene dejavnosti. Namen primarne zdravstvene dejavnosti je zagotavljati zdravstveno oskrbo za lokalne skupnosti in ponujati različne vrste storitev za določene ciljne populacije (Albreht in sod., 2009). Zdravstveni domovi zaposlujejo različne strokovnjake. Največji delež zdravstvenega kadra je zaposlenega prav v osnovnem zdravstvu (Prodan, 2014). V Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Ur. l. RS, št. 9/1992) so opredeljene dejavnosti, ki jih organizirajo in zagotavljajo zdravstveni domovi. Ne glede na nabor dejavnosti imata prvi stik z bolnikom medicinska sestra in zdravnik, ki je vodja tima in je odgovoren za medicinske odločitve pri bolniku (Albreht in sod., 2009).

V Sloveniji rehabilitacijo na primarni zdravstveni ravni izvajajo fizioterapevti, delovni terapevti in logopedi (Albreht in sod., 2009). Rehabilitacija se ne izvaja izključno v zdravstvenih domovih, postajah in pri zasebnih delavcih s koncesijo. Predvsem v razvitejših državah sta položaj in vloga delovnih terapevtov na tem področju jasno opredeljena in pomembna zaradi učinkovitejše in bolj kakovostne oskrbe bolnikov (Opacich, 1997, cit. po Mitchell in Unsworth, 2004; The College of Occupational Therapists (COT), 2006). Delovna terapija na primarni zdravstveni ravni prispeva k preprečevanju hospitalizacije, pospešuje zgodnejši odpust bolnikov iz ustanov, v domačem okolju pa pomaga k boljšemu, samostojnejšemu in varnejšemu funkcioniranju bolnikov (COT, 1993).

Strukturo družbe lahko prikažemo z različnih socioloških perspektiv (Hartery in Jones, 2000). Mednje sodi strukturna konfliktna teorija, ki jo je razvil sociolog Ralf Dahrendorf (1929–2009) in je opisana v knjigi *Class and class conflict in industrial society* (1959). Konfliktna teorije opredeljujejo konflikt kot pozitivno silo za nastanek sprememb v družbi (Bond in Bond, 1986; Giddens, 1997). Dahrendorf poudarja pomen skupinskih in individualnih interesov, pozornost pa usmerja v konflikte (Jambrek, 1980). Konflikt vznikne iz neenakomerne porazdelitve avtoritete. Ta je vezana na položaj skupine znotraj organizacij, ki so sestavni elementi družbe (npr. država, podjetje, politična stranka, sindikat, klub) (Dahrendorf, 1959). Konflikt med skupinami je torej povezan z njihovim položajem – z nadrejenostjo oziroma podrejenostjo. Je način za nastanek sprememb in razvoj družbene strukture.

Primarno zdravstveno varstvo ima pomembno mesto v družbi. Znotraj njega delujejo različne skupine zdravstvenih strokovnjakov. Namen članka je raziskati položaj slovenskih delovnih terapevtov predvsem znotraj dejavnosti zdravstvenih domov in zasebnih delavcev. Posebna pozornost je namenjena obravnavi na bolnikovem domu. Članek poskuša podkrepiti stališče, da je položaj katere koli stroke predvsem odvisen od dejavne drže njenih članov. Glas delovnih terapevtov mora postati močnejši.

METODA

Položaj delovnih terapevtov je predstavljen prek primerjave s položaji drugih skupin v zdravstvenem sistemu, predvsem fizioterapevtov. Podatki so v večjem delu zbrani s pregledom literature. Uporabljena sta bila bibliografska sistema COBISS in OVID z naslednjimi glavnimi ključnimi besedami: delovna terapija, primarna zdravstvena dejavnost, zdravstveni dom, obravnava na domu, samostojna praksa. Dodatni viri informacij so objave podatkov pristojnih državnih ustanov, pregled seznamov virov in osebna komunikacija. Pridobljeni podatki so predstavljeni s perspektive dinamike družbenih struktur, konfliktna teorija avtorja Ralfa Dahrendorfa.

TRDITVE

V zdravstvenih domovih je zaposlena manjšina delovnih terapevtov

Leta 2004 je bilo v Sloveniji 64 zdravstvenih domov in 69 zdravstvenih postaj (Albreht in sod., 2009). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje deluje v primarni zdravstveni dejavnosti 31 delovnih terapevtov (Prodan, 2014). Med njimi so tako zaposleni v zdravstvenih domovih, v zasebni praksi kakor tudi znotraj drugih zdravstvenih ustanov. V javni mreži osnovnega zdravstva je delovna terapija kot dejavnost opredeljena v osmih zdravstvenih domovih oziroma postajah. Prijavljena je s strani štirih zasebnih delavcev – med njimi jo en zasebnik opravlja vzporedno s fizioterapijo (Prodan, 2013). Delovni terapevti pri obravnavah bolnika pogosto sodelujejo s fizioterapevti. V primarnem zdravstvu je zaposlenih 356 fizioterapevtov (Prodan, 2014). Dejavnost fizioterapije je opredeljena v 63 zdravstvenih domovih oziroma postajah in v 118 primerih kot zasebna dejavnost znotraj javne mreže (Prodan, 2013).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Ur. l. RS, št. 9/1992) delovne terapije ne glede na raven zdravstvene dejavnosti nikjer ne omenja. Jasno pa je opredeljeno, da zdravstveni dom na svojem območju zagotavlja fizioterapijo, če opravljanje te dejavnosti ni drugače urejeno (9. člen ZZDej). Zaposlovanje delovnih terapevtov v posameznih zdravstvenih domovih je predmet odločitev njihovega vodstva. Možnost nudenja obravnave zunaj ustanove (na domu) zahteva dogovor s pristojnimi. Na področju poznamo dva zdravstvena doma, v katerih delovno terapijo na domu izvajajo štiri delovne terapevtke (Čretnik in Svatina, 2010; Leban, osebna komunikacija, 7. 3. 2014).

Delovni terapevt na domu najpogosteje obravnava ljudi z nevrološkimi stanji, sledijo ortopedske težave in poškodbe ter nepokretnost po hospitalizaciji (Leban, osebna komunikacija, 7. 3. 2014; Medmeš, 1996; Svatina, osebna komunikacija, 5. 3. 2014). Medmeševa nadaljuje, da je obravnava usmerjena v samostojnejše izvajanje dnevnih aktivnosti ob prilagoditvah doma in v predpisovanje ali izdelavo pripomočkov zanje. Cilj je doseči čim višjo kakovost bivanja v domačem okolju (Čretnik in Svatina, 2010). Patronažne sestre opisujejo, da njihovo delo na domovih bolnikov zajema tudi prilagoditve domačega okolja in predlaganje pripomočkov za hranjenje, oblačenje in osebno nego (Tičar, 1999).

Za timsko delo je sicer pričakovano, da se vloge občasno prekrivajo. V Angliji je na primer v timu na primarni ravni najpogostejše prekrivanje vlog med delovnim terapevtom, fizioterapevtom in patronažno sestro (Crawford-White, 1996).

Raven poznavanja delovne terapije v skupnosti ni zadostna

Možen doprinos delovnih terapevtov, ki bi delovali v bolnikovem okolju, je v skupnosti podcenjen in nepoznan (Plesničar, 2004). Ob vseslovenski akciji prostovoljnih aktivnosti delovnih terapevtov je organizator, Študijski krožek Delovna terapija, po končanem dogodku ugotavljal nizko raven prepoznavnosti stroke med ljudmi (Križaj, 2012). Več kot 70 delovnih terapevtov je na različne načine predstavljalo stroko po vsej državi (stojnice, radijske oddaje, časopisni članki, predavanja). Laična populacija je v večini primerov prvič slišala za delovno terapijo, vlogo delovnega terapevta so toplo sprejeli in pogosto se je porajalo vprašanje, zakaj delovna terapija ni dostopna širšemu krogu ljudi in ne le tistim, ki so hospitalizirani.

Slabšo prepoznavnost poklica je občasno zaznati tudi znotraj multidisciplinarnih timov, velja pa, da se stanje med ustanovami močno razlikuje. Da bi javnost spoznala, kakšne so koristi delovne terapije in kakšne rezultate lahko doseže pri bolnikih, je ključnega pomena za strokovni razvoj preoblikovanje in porazdelitev storitev (Dean in Samuels, 2008). Uporaba storitev mora biti povezana s povpraševanjem po njih (Bond in Bond, 1986).

Po podatkih Sveta delovnih terapevtov evropskih držav (Council of Occupational Therapist for the European Countries (COTEC, 2013), ki na letni ravni objavlja osnovne podatke o panogi delovne terapije, pridobljene od nacionalnih zbornic oziroma združenj, je bilo leta 2013 v Sloveniji pet zasebnih delovnih terapevtov. Zasebniki zunaj javne mreže pogosto obravnavajo bolnike na njihovih domovih. Zasebna praksa ni razvita predvsem zaradi slabše prepoznavnosti stroke in plačevanja storitev v primerih, ko zasebnik ni vključen v mrežo javnega zdravstva.

Prepoznavnost in položaj stroke v sistemu vplivata na njeno vlogo. Fizioterapija je med ljudmi bolj poznana in je v večji meri vključena v zdravstveno varstvo. V Mariboru je na primer fizioterapevt stalni član patronažnega tima že od leta 1991, medtem ko je delovni terapevt vanjo vključen od leta 2004 (Silič-Bauman in Tomažič, 2004).

Državni načrt – postopno seljenje delnoterapevtskih obravnav iz ustanov na domove bolnikov

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (v nadaljevanju NPZV 08-13) je obetala dodatne možnosti tudi za delovne terapevte. Načrt je opredelil, da se bo mreža patronažne službe povečevala v skladu s potrebami in ob hkratnem uvajanju multidisciplinarnih timov za nego in oskrbo na domu. Svojo vlogo v tem timu bo dobila tudi paliativna oskrba bolnikov.

Resolucija opredeljuje, da se bodo programi fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM), v katere so vključeni tudi delovni terapevti, izvajali na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Na primarni ravni bo treba doseči raven, na kateri bo imelo 50.000 prebivalcev dostop do enega specialista FRM oziroma do posebej usposobljenega družinskega zdravnika, desetih fizioterapevtov in do enega delovnega terapevta. To vključuje tudi tim na primarnem nivoju. V FRM-ju je naveden ukrep, da se mora 20–30 % fizioterapevtske in tudi delnoterapevtske obravnave prenesti v izvajanje na bolnikovem domu. Omenjeno obravnavo morajo izvajati vsi, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe.

Pomembnost primarnega zdravstvenega varstva narašča s poudarkom na kakovostni oskrbi tudi na domu (Premik, 1995; NPZV 08-13). Krepitev primarne ravni pomeni tudi za delovne terapevte, da so del te spremembe (Crawford-White, 1996). Čemu potem skrb? Načrtovanje v zgoraj omenjenem državnem dokumentu pomeni tudi prerazporejanje oziroma zaposlovanje novega kadra. Za delovne terapevte v zvezi s tem sicer ni nobenih podatkov, kot so na primer dostopni za zdravnike, zobozdravnike, medicinske sestre in farmacevte (NPVZ 08-13). Med letoma 2008 in 2012 se je število delovnih terapevtov v primarnem zdravstvenem varstvu povečalo z 21 na 31, število fizioterapevtov pa je naraslo s 336 na 356 zaposlenih. Število počasi narašča, vendar Annadale in Field (2003) opozarjata, da pogosto obstaja pomembno odstopanje med usmerjanjem s strani krovnih organizacij in prakso. Zato se delovni terapevti kljub vsemu ne smejo mirno zanašati na omenjeni načrt in čakati na spremembe.

RAZPRAVA

Družbe gredo skozi več stopenj razvoja. V vsaki od njih so prisotna nasprotja in konflikti, ki vodijo do družbenih sprememb (Bond in Bond, 1986). Širši družbeni procesi oblikujejo vzorce pojavljanja zdravstvenih stanj, dostopnost zdravstvenega varstva in njihovo organiziranost (Taylor in Field, 2008). Organizacija primarnega zdravstvenega varstva ima dolgo tradicijo, večje spremembe v njej pa so se pojavile po osamosvojitvi Slovenije leta 1991. Najpomembnejšo vlogo pri izvajanju in koordinaciji primarne zdravstvene dejavnosti imajo zdravstveni domovi, ki le redko zaposlujejo delovne terapevte (Albreht in sod., 2009; Prodan, 2013; Švab, Kersnik in Klančar, 2005).

Položaj delovnih terapevtov lahko razložimo skozi konfliktno teorijo. Konflikt je nerazdružno povezan z zdravstvom in je normalen ter neizogiben pojav v timskem delu (Margolis in Fiolerlli, 1984). Sociolog Ralf Dahrendorf (1959) opisuje družbo kot nestanovitno, neuravnoteženo, razpadajočo in konfliktno. Navzkrižja med skupinami ljudi v različnih organizacijah nastajajo zaradi različnih interesov. V vsaki organizaciji so interesi prevladujoče skupine v konfliktu z interesi podrejene skupine.

Program zdravstvenih domov je načrtovan na letni ravni. Albreht in sod. (2006) navajajo, da je vloga Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v sistemu vendarle premočna. Ker delovni terapevt po kadrovskih merilih zdravstvenega doma ni obvezen strokovnjak, se vodstvo pogaja z ZZZS za njegovo mesto v timu (določa vrsto in obseg dejavnosti). Ker praksa zaposlovanja delovnih terapevtov ni pogosta, ostaja na primarni ravni zaposlen le manjši delež delovnih terapevtov. Prednost multidisciplinarnе obravnave bolnika na primarni ravni je v doseganju boljših rezultatov in v njegovem večjem zadovoljstvu s storitvami (Russell in sod., 2009, cit. po Donnelly et al., 2014).

Usmeritve ZZZS pomembno vplivajo na njihovo zaposlovanje in s tem na kakovost oskrbe bolnikov. V Angliji, ki je zibelka evropske delovne terapije, je položaj delovne terapije kot stroke v sistemu zdravstva opredeljen in jasen. Kljub temu je Karen Middleton, vodja oddelka za zdravstvene poklice (ministrstvo za zdravje), na konferenci delovnih terapevtov delegate spodbujala, naj, če želijo še naprej uspevati v nacionalni zdravstveni službi (NHS), govorijo jezik t. i. komisarjev za zdravstvene storitve, ki delujejo kot neodvisni opazovalci («watchdogs») zdravstvenega varstva. »Ne bodite v zablodi o tem, kdo je glavni. To niste vi kot izvajalci storitev, ampak komisar. Gre za njihove prioritete, ne vaše.« (BAOT/COT, 2008).

Dejstvo je, da delovni terapevti v Sloveniji nimajo predstavnika v organizacijah, ki načrtujejo in odločajo o zdravstvenem varstvu. To prispeva k manjši prepoznavnosti in slabšemu položaju stroke. Njen interes bi bilo smiselno še močnejše zastopati skozi predstavnika ali skupino delovnih terapevtov, ki bi stalno spremljala in sodelovala z akterji nacionalne zdravstvene mreže. Pomembno je jasno predstavljati koristi oziroma rezultate stroke na področju preventivnega zdravstvenega varstva za vse skupine prebivalstva, varstva bolnikov na domu in pri terapevtskih obravnavah.

Nacionalni plan (NPZV 08-13) v timu na primarni ravni načrtuje deset fizioterapevtov in enega delovnega terapevta pri enakem številu ljudi. Delovni terapevt obravnava bolnika individualno, upošteva njegovo voljo, navade in izvedbo v njegovem okolju. Proces prilagaja bolnikovemu stanju s ciljem večanja samostojnosti pri dnevnem funkcioniranju in njegovem ohranjanju. En delovni terapevt na 50 tisoč prebivalcev lahko pomeni, da bo obravnava dostopna le manjšemu številu bolnikom ali da bo ta manj poglobljena. Sklepamo lahko, da je fizioterapevtska dejavnost deležna večjega interesa v zdravstveni mreži.

Delovni terapevti v primarnem zdravstvenem varstvu predstavljajo 8 % vseh zaposlenih delovnih terapevtov, medtem ko je takih fizioterapevtov 35 % (Prodan, 2014). Položaj in vloga delovnih terapevtov na ravni primarne zdravstvene dejavnosti sta torej slabša v primerjavi z nivoji, ki jih dosegajo druge stroke, nista pa zanemarljiva. Trenutno izvaja delovno terapijo le osem zdravstvenih domov – to predstavlja osmino zdravstvenih domov po državi (Prodan, 2013).

Stroke v teh domovih dobro opravlja vlogo, njena vloga je jasna, sodelovanje z drugimi strokovnjaki v timu pa učinkovito (Leban, osebna komunikacija, 7. 3. 2014; Svatina, osebna komunikacija, 5. 3. 2014). Omenjena dobra in preizkušena praksa obravnave delovne terapije na bolnikovem domu je lahko pomembna in odločilna osnova za nadaljnji razvoj in vpeljevanje dejavnosti v vseh drugih domovih. Plesničarjeva (2004) trdi, da

potenciali delovne terapije znotraj ustanov ne morejo biti v polnosti izkoriščeni. Zato spodbuja integracijo njenih programov in metod v skupnost.

Med cilje delovnih terapevtov naj bi sodilo intenzivno in vztrajno umeščanje dejavnosti v večino zdravstvenih domov. Ti bi morali svojim bolnikom poleg nege na domu zagotavljati tudi osamosvajanje ter dvig ravni funkcioniranja bolnika v domačem okolju in skupnosti. Prav za to je usposobljen delovni terapevt. Delovanje stroke v skupnosti narekuje njeno nadaljnje umeščanje med zdravstvenim in socialnim sistemom. Nacionalni načrti, zakoni in drugi dokumenti skrbijo za temeljno usmerjenost zdravstvenega varstva v učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo v partnerstvu z bolnikom za ohranjanje največje vrednote – zdravja. Posebnost in pomembnost delovne terapije na primarni ravni je razumevanje vpliva zdravstvenega stanja na posameznikovo funkcioniranje in mogočanje izvajanja aktivnosti (Donnelly et al., 2014).

Plesničarjeva (2004) vidi razlog za počasen razvoj tovrstnih obravnav v ustanovah, zavarovalnicah in pristojnih ministrstvih, ki ne opredeljujejo delovne terapije na domu kot pomembnega dela rehabilitacije bolnika. V sistemu zdravstva se obiski na domu beležijo znotraj patronažne službe, ker po Enotnem seznamu zdravstvenih storitev (Zelena knjiga) iz leta 1982 ni opredeljene nobene primerne delovnoterapevtske kode za tovrstne obravnave. Trenutno drugih uradnih in poenotnih načinov za beleženje strokovnega dela ni. Na tem področju, ki je najpomembnejše za uveljavljanje interesov znotraj skupin v zdravstvu, je nujna prodorna in učinkovita nadgradnja zastarelih načinov beleženja. Z njim se srečujejo vsi strokovnjaki, vsaka stroka pa se bori za svoj delež. Čakanje na dodeljen položaj in vlogo je v sistemu s stalno dinamiko uveljavljanja interesov neodgovoren in neuspešen pristop. Velika pričakovanja in ideje brez dejavne države ne prinašajo pomembnih korakov h končni uresničitvi vizije.

Dolgoletna vizija Zbornice delovnih terapevtov Slovenije je delovati na domu bolnika in v skupnosti (Pihlar, 2003). Izvedenih je bilo nekaj uspešnih projektov, v katerih so delovni terapevti delovali na bolnikovem domu (Kremesec, Lovše in Samardžić, 2008; Pihlar in sod., 2008). Še naprej bi bilo treba raziskovati na tem področju, zbirati rezultate obravnav v slovenskem prostoru in jih uporabiti za utemeljevanje potreb in učinkov delovne terapije na bolnikovem domu, v preventivni dejavnosti in pri rehabilitaciji v zdravstvenih domovih. Poznavanje stroke med laično in strokovno javnostjo vpliva na nadaljnji razvoj vsake stroke – v našem primeru je prepoznavnost delovne terapije na splošno slabša kot prepoznavnost medicine ali fizioterapije.

V primarni zdravstveni dejavnosti je osebni zdravnik tisti, ki zagotovi diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve, določene za primarno raven zdravstvene dejavnosti, preventivne storitve po programu, zdravljenje na domu in hišne obiske (ZZZS, 2014). Zdravniki so tradicionalno zelo močna sila v sistemu zdravstva (Clouston in Withcombe, 2008). Njihov interes je vzdrževati avtoriteto, kar Dahrendorf (1959) povezuje z družbeno vlogo. Švab (2004) dodatno navaja, da koncept primarnega zdravstvenega varstva omogoča zdravnikom najmočnejši vpliv na ljudi v skupnosti. Močna formalna legitimnost jim omogoča nadzor nad drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, kot so delovni terapevti. Dokler je avtoriteta povezana s položajem (Dahrendorf, 1959), bi bilo smiselno okrepiti položaj delovnih terapevtov že znotraj delovnega okolja. Poskrbeti bi bilo treba, da tudi vsi drugi osebni zdravniki dobro poznajo delovno terapijo in njeno vlogo pri obravnavi ciljnih populacij, saj po delovnem nalogu predpisujejo nadaljnje obravnave oziroma terapije.

SKLEP

Delež delovnih terapevtov na primarni ravni zdravstva je majhen v primerjavi z drugimi. Zdravstveni domovi jih redko zaposlujejo in zelo redko delovni terapevti obravnavajo

bolnike na domu. Stroka na splošno ni najboljše prepoznana v družbi – zanjo se zdi, da se je prilagodila razmeram. Članek je nastal kot prispevek h konstruktivnemu razpravljanju in povezovanju med delovnimi terapevti, ki delujejo v praksi in izobraževalnih ustanovah, ter med formalnimi nosilci stroke. Področje urejanja položaja delovne terapije zahteva intenzivno sodelovanje vseh vpletenih strani.

Delovni terapevti bi morali v sistemu zdravstva nastopiti močneje. To je nujno potrebno za uresničevanje vizije stroke o nadgradnji položaja v primarnem zdravstvenem varstvu, še posebej pri obravnavi bolnika na domu. Konflikt je bolj intenziven, če posamezni udeleženec dodeli temi večjo pomembnost (Dahrendorf, 1959). Dejstva, ki so predstavljena, nakazujejo na pomanjkanje močnega glasu delovnih terapevtov. Ali to pomeni, da je obravnavano področje znotraj stroke manj pomembno?

LITERATURA

Albrecht T, Delnoij DMJ, Klazinga N (2006). Transition in Eastern Europe: Changes in primary health care centres over the transition period in Slovenia. *Eur J Public Health*, 3: 237–242.

Albrecht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribaković Brinovec R, Schäfer M, Avdeeva O, van Ginneken E (2009). Slovenia – Health system review. *Health Systems in Transition*, 11 (3): 1–168.

Bond J, Bond S (1986). *Sociology and health care. An introduction for nurses and other health care professionals.* Edinburgh, Churchill Livingstone.

British Association of Occupational Therapy (BAOT) / College of Occupational Therapists (COT) (2008). Report from conference 2008. www.cot.org.uk/public/events/annual/latest.php. < 26. 12. 2008 >

Clouston TJ, Whitcomb SW (2008). The professionalisation of occupational therapy: a continuing challenge. *Br J Occup Ther*, 71: 314–320.

College of Occupational Therapists (COT) (1993). *Occupational therapy in primary care: guidelines.* College of occupational therapists, London.

Council of Occupational Therapist for the European Countries(COTEC) (2013). Summary of the OT profession for 2013. <http://www.cotec-europe.org/eng/627/>. <26. 12. 2008>

Crawford-White J (1996). Are primary health-care occupational therapists specialists or generalists? *Br J Ther Rehabil*, 3: 337–379.

Čretnik J, Svatina M (2010). Predstavitev delovne terapije na domu v zdravstvenem domu Velenje. V: *Zbornik ZDTS: Delovna terapija v skupnosti: V. kongres delovnih terapevtov Slovenije*, Debeli Rtič, 16.–18. september 2010, str. 251.

Dahrendorf R (1959). *Class and class conflict in industrial society.* California, USA: Stanford university press.

Dean C, Samuels T (2008). Report from conference 2008 (BAOT/COT). www.ssnpc.co.uk. < 20. 12. 2008 >

Donnelly CA, Brenchley CL, Crawford CN, Letts LJ (2014). The emerging role of occupational therapy in primary care. *Can J Occup Ther*, 81 (1): 51–61.

Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela. Zelena knjiga (1982). *Zdravstvena skupnost Slovenije: Zavod SRS za zdravstveno varstvo*, Ljubljana, Slovenija.

Giddens A (1997). *Sociology.* Cambridge, Polity press.

Hartery T, Jones D (2000). What is sociology? In Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK, eds. *Sociology and occupational therapy.* Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone, 5–18.

-
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (1992). Ur. list RS, 9 (100): 577–601.
- Jambrek P (1980). Uvod v sociologijo: zgradba in razvoj družbe. Ljubljana, Slovenija: Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Kremesec M, Lovše V, Samardžić R (2008). Delovni terapevt kot član multidisciplinarnega tima psihiatrične skupnostne obravnave. V: Zbornik ZDTS: Začrtajva pot do dobrega počutja: Načrtovanje obravnave v delovni terapiji IV. Kongres delovnih terapevtov Slovenije. Ljubljana, Slovenija: ZDTS, 76–84.
- Križaj J (2012). Inicijativa »PODAJ NAPREJ«. <http://delovnaterapija.weebly.com/dokumenti.html>. < 22. 1. 2014 >
- Margolis H, Fiorelli JS (1984). An applied approach to facilitating interdisciplinary teamwork. J Rehabil, 50: 13–17.
- Medmeš N (1996). Ocena dnevnih aktivnosti v bolnikovem domačem okolju. V: Zbornik ZDTS: Delovna terapija včeraj – danes – jutri. Ljubljana, Slovenija: ZDTS, 52–7.
- Mitchell R, Unsworth CA (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. Aust Occup Ther J, 51: 13–24.
- Prodan V (2013). Poklici ivz dec. 13. NIJZ: mesečni izvlečki (2012 vrtilne TB). http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=53&pi=5& 5_id=74& 5_PageIndex=0& 5_groupId=197& 5_newsCategory=& 5_action=ShowNewsFull&pl=53-5.0. < 20. 2. 2014 >
- Prodan V (2014). Izvajalci zdravstvene dejavnosti (BPI). NIJZ 2014. http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5& 5_id=29& 5_PageIndex=0& 5_groupId=185& 5_newsCategory=& 5_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0. < 20. 2. 2014 >
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (NPZV 08-13). www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna.../javna.../Microsoft_Word_-_NPZV_javna_razprava_280108.pdf. < 30. 10. 2008 >
- Pihlar Z. (2003). Pojem okupacije v delovni terapiji. V: Zbornik ZDTS: Pojem okupacije v delovni terapiji. Ljubljana, Slovenija: ZDTS, 17–23.
- Pihlar Z, Zajc D, Poje J, Rotar E, Križnar A, Perhavec DŠ (2008). Iz terapije življenje. V: Zbornik ZDTS: Začrtajva pot do dobrega počutja: Načrtovanje obravnave v delovni terapiji. IV. kongres delovnih terapevtov Slovenije. Ljubljana, Slovenija: ZDTS, 49–56.
- Plesničar BK (2004). Delovna terapija prihodnosti. V: Zbornik predavanj ZDTS: Delovna terapija na poti v skupnost. Ljubljana, Slovenija: ZDTS, 7.
- Premik M. (1995). Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom. <https://animus.mf.uni-lj.si>. < 19. 12. 2008 >
- Silič-Bauman B., Tomažič S. (2004). Rehabilitacija bolnikov z možgansko žilno boleznijo na domu. V: Zbornik: Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi. Ljubljana, Slovenija: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 87–92.
- Švab I (2004). Primarno zdravstveno varstvo. Zdrav Var, 43: 185–87.
- Švab I, Kersnik J, Klančar D (2005). Zdravstveni dom: relikv preteklosti ali vizija prihodnosti. Zdrav Var, 44: 173–77.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/pravice_osn_dejavnost. < 7. 2. 2014 >

Učinkovitost delovnoterapevtskih obravnav za svojce, ki v domačem okolju skrbijo za osebe z demenco

The effectiveness of occupational therapy intervention for caregivers who take care for people with dementia in the community

Aleksandra Gjura
Dom Danice Vogrinc, Maribor

IZVLEČEK

Izhodišča: Število oseb z demenco iz leta v leto narašča. Družina v času bolezni zagotavlja osnovno podporo osebam z demenco v domačem okolju. Skrb zanje je za svojce obremenjujoča in stresna. Svojci pogosto navajajo občutek nemoči, socialno izolacijo in izgubo avtonomnosti. **Metode:** V prispevku predstavljamo pregled objav, ki so bile dostopne na spletu v podatkovni zbirki Medline, PEDro, OT seeker od leta 2002 do 2012 in so predstavljale rezultate študij o učinkovitosti delovnoterapevtskih obravnav pri svojcih, ki skrbijo za osebe z demenco. **Rezultati in ugotovitve:** Šest člankov je izpolnjevalo zahtevanim kriterijem pri pregledu literature. Pregled ugotovitev kaže na učinkovitost delovne terapije za svojce, ki skrbijo za osebe z demenco v domačem okolju. **Ključne besede:** demenca, svojec, delovnoterapevtske obravnave, kakovost življenja.

ABSTRACT

The number of people with dementia from year to year increase. Family provide the support to person with dementia in the community over the course of the disease. Caring for a person with dementia at home can become burdensome and stressful. Caregivers often experience feelings of helplessness, social isolation and loss of autonomy. **Methods:** The article presents a review of published studies that available online in the database Medline, Pedro, OT seeker, relating to the period from 2002 to 2012 and represented the results of studies on the effectiveness of occupational therapy treatment for caregivers who take care for person with dementia. **Results and conclusions:** Six articles met inclusion criteria in the literature review. The review shows the effectiveness of occupational therapy for caregivers who take care of person with dementia in the community. **Keywords:** dementia, caregiver, occupational therapy treatment, quality of life.

IZHODIŠČA

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2010) je bilo leta 2008 med celotnim prebivalstvom Slovenije 16 % takih, ki so bili stari najmanj 65 let. Demenca prizadene okoli 1 % oseb, starih nad 60 let, in 30–45 % oseb, starih nad 85 let. Število obolelih za demenco, eno najpogostejših duševnih motenj starejših, se s staranjem povečuje. Ko izguba spomina, upad kognitivnih funkcij, motnje spanja in hranjenja, osebna, krajevna in časovna neorientiranost, izguba sposobnosti za razumevanje in komuniciranje vedno bolj napredujejo, osebe z demenco potrebujejo pomoč, bližino in vsakodnevni nadzor, da se lahko počutijo varne (Alzheimer's Association, 2009).

Demenca pozna dve žrtvi: bolnika in negovalca (Dang et al., 2008). Beseda družinski ali neformalni negovalci se nanaša na družinske člane, prijatelje ali sosede, ki skrbijo za osebe z akutnim ali kroničnim stanjem ter za to ne dobijo plačila (Reinhard et al., 2008). Svojci imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju dolgoročne skrbi za osebe z demenco v domačem okolju (Beach et al., 2000 cit. po Jansen et al., 2007). Skrb je po navadi nenačrtovana in večina negovalcev postopoma sprejme svojo vlogo zaradi narave bolezni, kognitivnih motenj in demence (Mittelman et al., 2003, cit. po Jansen, 2007). V prispevku so neformalni negovalci svojci, ki v domačem okolju skrbijo za osebe z demenco. Prva huda preizkušnja za svojce je soočenje z boleznijo in njenimi posledicami. Svojci za osebe z demenco povprečno skrbijo 70 ur tedensko (Max et al., 1995), mnogi so dosegljivi 24 ur na dan, sedem dni v tednu. Osebe z demenco lahko živijo od 2 do 20 let, svojci povprečno zanje skrbijo pet let (McConnaghy in Caltabiano, 2005). Svojci velikokrat niso usposobljeni za prevzemanje vloge negovalcev (Concoran, 1994; Haley, 1997). Instrumentalne dnevne aktivnosti, prosti čas in druženje so s strani svojcev, ki skrbijo za osebe z blago do zmerno demenco, najpogosteje izražene kot problematične in potrebne obravnave (Cook et al., 2008 cit. po Padilla, 2011). Problemi, kot so izguba neodvisnosti, iniciativnosti in sodelovanje v socialnih aktivnostih, zmanjšujejo kakovost življenja oseb z demenco in svojcev. Svojci pogosto izražajo občutek nemoči, socialno izolacijo in izgubo avtonomnosti. Skrb za osebe z demenco v domačem okolju je lahko zanje stresna in obremenjujoča. Vpliva na njihovo psihično stanje, kognitivne funkcije, duševno zdravje, kakovost spanja in kakovost življenja. Breme svojcev je povezano s stopnjo funkcionalne odvisnosti, kognitivnega in funkcionalnega upada ter z mnogimi dejavniki, ki so posledica demence in vedenjskih problemov (Aguglia et al., 2004, cit. po Devor in Renvall, 2008). Kakovost življenja oseb z demenco se kaže s sposobnostjo sodelovanja v vsakodnevni aktivnostih: skrb za sebe in prosti čas ter v izražanju pozitivnih občutkov (zadovoljstvo in interes) (Lawton, 1997, cit. po Dooley in Hinojosa, 2004). Kakovost življenja svojcev je tesno povezana s kakovostjo življenja oseb z demenco (Dunkin in Anderson-Hanley, 1998, cit. po Dooley in Hinojosa, 2004).

Mnoge delovnoterapevtske obravnave so usmerjene v zmanjšanje negativnih posledic »skrbi« z razvijanjem spretnosti za obvladovanje vedenjskih problemov in odvisnosti. Manj je terapevtskih obravnav, ki bi bile neposredno usmerjene na svojce. Delovna terapija pomaga ljudem razvijati »sposobnosti za življenjske naloge«, potrebne za samostojno in zadovoljno življenje. Ko sposobnosti ni mogoče razviti ali izboljšati, delovna terapija ponuja kreativne rešitve in možnosti za izvedbo posameznikovih dnevni aktivnosti s prilagajanjem okolja in z učenjem družine ter negovalcev pri usposabljanju klienta (Graff, 2008). Pomen delovne terapije je podprt s trditvami, da so začetni problemi in izvedba dnevni aktivnosti pogosto vzrok za zmanjšano kakovost življenja bolnikov z demenco (Steultjens et al., 1996). Informacije, čustvena podpora in ohranjanje sposobnosti izboljšujejo kakovost življenja oseb z demenco in svojcev (Mittelman et al., 1996). Ko

bodo svojci usposobljeni, kako razčleniti nalogo na več manjših korakov in zagotoviti primerne namige za uspešno izvedbo, bodo lahko osebe z demenco bolj samostojno sodelovale v vsakodnevnih aktivnostih in zanje pomembnih okupacijah (Padilla, 2011). Namen prispevka je s pregledom objav predstaviti učinkovitost delovne terapije, usmerjene na svojce, ki v domačem okolju skrbijo za osebe z demenco.

METODA

Vprašanje za pregled literature se je glasilo: »Kakšni so dokazi o učinkovitosti delvnoterapevtskih obravnav za svojce, ki prevzemajo skrb za osebe z demenco v domačem okolju?« Ciljna skupina so bili svojci, ki v domačem okolju skrbijo za osebe z demenco.

Vključili smo sistematične preglede, študije primerov ter opisne in strokovne članke in priporočila iz veljavnih strokovnih smernic. Preiskali smo članke, ki so bili dostopni na spletu v podatkovni zbirki Medline, PEDro, OT seeker, in izbrali tiste, ki so bili objavljeni med letoma 2002 in 2012. Literaturo smo iskali tudi po citirani literaturi pri posameznih člankih. Ključne besede so vključevale izraze v angleščini: dementia, caregiver, occupational therapy treatment, education, supportive strategies, quality of life. Po pregledu naslovov in povzetkov člankov smo v pregled objav vključili tiste, v katerih so bili svojci deležni delvnoterapevtskih obravnav. Vključili smo tudi tiste članke, ki so v okviru delvnoterapevtske obravnave vključevali edukacijske in podporne strategije za svojce. Izključevalni kriteriji pri izboru člankov je bila vključenost delvnoterapevtskih obravnav, v katere so bili vključene samo osebe z demenco.

Ob upoštevanju zgoraj opisanih meril smo kljub specifičnosti zastavljenega vprašanja našli 6 člankov: študije (tabela 1) smo razvrstili v ravni dokazov, kot jih opredeljuje ocenjevalni sistem Ameriškega združenja delovnih terapevtov (Lieberman D, Scheer J, 2002).

Tabela 1. *Ravni dokazov Ameriškega združenje delovnih terapevtov*

Raven	Definicija
I	Sistematični pregledi, metaanalize, randomizirani kontrolirani poskusi
II	Dve skupini, nerandomizirane študije (npr. kohortne, kontrolni primeri)
III	Ena skupina, nerandomizirane študije (npr. testiranje prej in potem)
IV	Opisne študije, ki vključujejo analizo izida (npr. niz primerov)
V	Študije primerov in strokovna mnenja, ki vključujejo narativne preglede literature in soglasna mnenja

REZULTATI

Pregledane članke smo zbrali v tabeli 2, ki vključuje avtorja, raven dokaza, metodo, vzorec, raziskovalno vprašanje/namen in rezultate. Povzeli smo najpomembnejše ugotovitve študij, ki dokazujejo učinkovitost delvnoterapevtskih obravnav za svojce, ki v domačem okolju skrbijo za osebe z demenco.

Tabela 2: *Kronološki prikaz objavljenih študij v povezavi z učinkovitostjo delovnoterapevtskih obravnav za svojce, ki v domačem okolju skrbijo za osebo z demenco*

Avtor	Raven Dokaz a	Metoda	Vzorec	Raziskovalno vprašanje/namen	Rezultat
Dooley in Hinojosa (2004)	III	Dve skupini, testiranje prej in potem.	40 oseb z demenco in 40 svojcev.	Preučiti, v kolikšni meri priporočila delovne terapije zvišajo kakovost življenja oseb z demenco in zmanjšajo breme svojcev v domačem okolju.	Rezultati študije potrjujejo pomen delovne terapije, kadar je za osebe z demenco in svojce pomembno preprečevati kognitivni upad in ohraniti kakovost življenja.
Gitlinova s sod. (2005)	I	Randomizirana, dve skupini.	190 svojcev v obdobju do 6 mesecev in 127 svojcev po 6 mesecih.	V kolikšni meri ugotovljeni učinki delovnoterapevtskih obravnav v 6 mesecih učinkujejo tudi po 12 mesecih.	V primerjavi s kontrolno skupino so svojci poročali o boljši uporabi strategij, manjši pomoči pri dnevni aktivnosti in manj vedenjskih pojavih. Po 12 mesecih pa se je ta vpliv povečal.
Graffova s sod. (2006)	I	Randomiziran kontroliran poskus.	135 oseb z blago do zmerno demenco, ki živijo v domačem okolju, in 135 svojcev.	Ugotoviti učinkovitost delovne terapije v skupnosti na vsakodnevno funkcioniranje oseb z demenco in občutek usposobljenosti svojcev.	Rezultati kažejo izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja v primerjavi s kontrolno skupino. Učinek je viden tudi po 12 tednih.
Graffova s sod. (2007)	I	Randomiziran kontroliran poskus.	135 oseb z blago do zmerno demenco, ki živijo v domačem okolju, in 135 svojcev.	Raziskati učinek delovne terapije na kakovost življenja, razpoloženje in zdravstveno stanje oseb z demenco in svojcev.	Osebe z demenco in svojci, ki so bili deležni delovnoterapevtskih obravnav, so imeli bistveno boljšo kakovost življenja kot udeleženci kontrolne skupine.
Thinnes in Padilla (2011)	I	Sistematični pregled literature.	43 pregledanih člankov.	Ugotoviti učinkovitost edukacijskih in podpornih strategij na usposabljanje svojcev oseb z demenco.	Rezultati kažejo, da so obravnave, ki vključujejo osebe z demenco in njihove svojce, uspešnejše kot strategije, ki so usmerjene samo na osebe z demenco.
Hall in Skalton (2012)	1	Sistematični pregled literature.	17 študij, objavljenih v Veliki Britaniji od leta 1999 do 2010.	Cilj pregleda je bil ugotoviti dejansko vlogo delovnih terapevtov pri podpori svojcev oseb z demenco.	Sistematični pregled ne daje dovolj zanesljivih dokazov o vlogi delovne terapije.

Najvišjo raven dokazov za učinkovitost delovnoterapevtskih obravnav predstavlja sistematični pregledni članek o učinkovitosti edukacijskih in podpornih strategij pri usposabljanju svojcev oseb z demenco za ohranjanje sposobnosti (Thinnes in Padilla, 2011).

Pri sistematičnem pregledu, ki sta ga opravili Thinnes in Padilla (2011), je od 7.445 pregledanih člankov in izvlečkov le 43 študij ustrezalo iskalnim kriterijem in ravni dokazov. Dokaze sta glede na vsebino študij razvrstili v osem kategorij: delovnoterapevtske obravnave, neposredne obravnave s svojci, skupne obravnave s svojci

in bolniki, družinske obravnave, kombinirane strategije, obravnave na domu, tehnično posredne obravnave in začasna oskrba. Dokazi potrjujejo, da z delovnoterapevtskimi obravnavami, ki vključujejo edukacijo, reševanje problemov, tehnično podporo in prilagoditve domačega okolja, izboljšamo bolnikove sposobnosti ter zmanjšamo njihovo potrebo po pomoči in vedenjske pojave. Študija potrjuje, da se svojci, ki so bili deležni delovnoterapevtske obravnave, počutijo bolj kompetentne. Z neposrednimi obravnavami, usmerjenimi na svojce, dosežemo boljše rezultate pri skrbi oseb z demenco. Študije potrjujejo, da obravnave, ki so usmerjene samo na vedenje oseb z demenco, brez vključevanja svojcev niso najprimernejše za zmanjšanje stisk svojcev. Vključevanje družine v podporne skupine ima pozitivne učinke pri zmanjševanju depresivnosti svojcev in odzivih na problematično vedenje. Na splošno velja, da se najpogosteje uporablja kombinacija podpornih in edukacijskih strategij, ki so prilagojene specifičnim potrebam. Obravnave na domu imajo pozitivnejše učinke na učinkovitost svojcev in sposobnost preprečevanja vznemirjenosti kot tiste v instituciji. S tehnično podporo (telefonska povezava, tedenski pogovori s svojci in strokovnimi delavci, komunikacija na daljavo) osebam z demenco podaljšamo bivanje v domačem okolju. Trenutno ni dokazov o dolgoročnih koristih ali negativnih učinkih začasne oskrbe (dnevni centri) za osebe z demenco in njihove svojce. Thinnes in Padilla v zaključku poudarjata pomen in vlogo delovnoterapevtskih obravnav pri zagotavljanju pomoči svojcem oseb z demenco. Rezultati pregledanih študij kažejo, da so skupne intervencije, ki obravnavajo osebe z demenco in njihove svojce v smislu izobraževanja in usposabljanja v domačem okolju, uspešnejše kot strategije, ki so usmerjene samo na osebe z demenco. Sistematični pregled literature, ki sta ga opravili Abersman in Lieberman (2011), navedene dokaze potrjuje. Za pregled literature je bilo postavljenih sedem vprašanj za različna področja delovnoterapevtskih obravnav: okupacija, percepcija, okolje, zahteve aktivnosti, preprečevanje padcev, strategije svojcev. Rezultati pregledanih študij na področju obravnav s svojci dokazujejo učinkovitost delovnoterapevtskih obravnav, ki svojcu omogočajo edukacijo, reševanje problemov, poenostavitev nalog, komunikacijo in enostavne prilagoditve doma. Dokazi potrjujejo, da so obravnave svojcev, ki so usmerjene samo na vedenje oseb z demenco ali na poznavanje demence, neučinkovite. Hall in Skelton (2012) sta v Veliki Britaniji objavili sistematični pregled literature. Glede na iskalne kriterije: svojec, demenca, delovna terapija, intervencije in obravnava je bilo v pregled vključenih 17 študij. Samo 2 študiji od vseh pregledanih študij sta se nanašali na delovnoterapevtske obravnave: obvladovanje stresa in podporne skupine. Vse druge študije so obravnavale vpliv drugih intervencij.

Preostale študije, ki so bile narejene, potrjujejo učinkovitost delovnoterapevtskih obravnav za svojce in osebe z demenco v domačem okolju. V študiji, ki jo je izvedla Gitlinova s sodelavci (2005), je sodelovalo 127 svojcev, ki so bili deležni pet delovnoterapevtskih obravnav po 90 minut in eno obravnavo po telefonu. Program delovnoterapevtskih obravnav je vključeval edukacijo, reševanje problema, spretnosti za poenostavitev nalog in komunikacijo. V primerjavi s kontrolno skupino so svojci, ki so bili deležni obravnav, po 6 mesecih poročali o večji uporabi podpornih strategij, njihov učinek pa je bil viden v povečanju spretnosti, manjši potrebi pomoči pri vsakodnevnih aktivnostih in manj vedenjskih pojavih. Študija je pokazala, da z delovnoterapevtskimi obravnavami, kot so izobraževanje svojca, reševanje problemov, razvijanje spretnosti ter prilagoditve okolja, izboljšamo bolnikove sposobnosti, zmanjšamo potrebo po pomoči, vedenjsko simptomatiko in breme svojcev. Učinek je viden tudi po 12 mesecih. Učinkovitost delovne terapije v skupnosti na vsakodnevno funkcioniranje bolnikov z demenco in občutek usposobljenosti svojcev je ugotavljala Graffova s sodelavci (2006). Od aprila 2001 do januarja 2005 je v raziskavi sodelovalo 135 oseb z zmerno demenco, starih 65 let ali več,

ki živijo v domačem okolju, in njihovi svojci. Delovnoterapevtske obravnave v petih tednih so vključevale kognitivne in vedenjske intervencije. Osebe z demenco in svojci so bili deležni deset delovnoterapevtskih obravnav. Študija je pokazala, da lahko z delovnoterapevtskimi obravnavami v domačem okolju izboljšamo vsakodnevno funkcioniranje oseb z demenco in zmanjšamo breme svojcev. Učinki obravnav so bili prisotni tudi po preteku treh mesecev. Študija, ki jo je izvedla Graffova s sodelavci (2007), je pokazala, da imajo osebe z demenco in svojci, ki so bili deležni delovnoterapevtske obravnave, bistveno boljše kakovost življenja kot udeleženci kontrolne skupine, ki delovnoterapevtskih obravnav niso bili deležni. V raziskavi je od aprila leta 2001 do januarja 2005 sodelovalo 135 oseb z zmerno demenco, starih 65 let ali več, ki živijo v domačem okolju, in njihovi svojci. Osebe z demenco in njihovi svojci so bili v obdobju petih tednov vključeni v deset delovnoterapevtskih intervencij po eno uro. Delovni terapevt je ocenjeval možnosti za prilagoditve doma in okolja ter opazoval bolnikove sposobnosti za izvedbo dnevnih aktivnosti ter uporabo podpornih in okoljskih strategij. Cilji omenjene študije so bili kakovost življenja, razpoloženje oseb z demenco in svojcev ter nadzor svojcev nad svojim življenjem. Dooley in Hinojosa (2004) sta ugotavljala, v kolikšni meri bi priporočila delovne terapije povečala kakovost življenja oseb z demenco in zmanjšala breme svojcev. V raziskavo je bilo vključenih 40 oseb z demenco in 40 svojcev v domačem okolju. Ključnega pomena pri ugotavljanju učinka delovnoterapevtskih priporočil je bilo breme svojca in kakovost življenja oseb z demenco. Svojci in osebe z demenco so bili deležni individualnih priporočil delovnega terapevta (prilagoditve okolja, negovalni pristopi in pomoč iz okolja). Študija je pokazala, da so svojci v 65,1 % upoštevali predlagana priporočila ter da lahko z delovnoterapevtsko obravnavo, ki je vključevala en obisk in eno obravnavo, dosežemo pozitivne učinke pri osebah z demenco in zmanjšamo breme svojcev. Rezultati študije potrjujejo pomen delovne terapije, kadar je za osebe z demenco in svojce pomembno preprečevati kognitivni upad in ohranjati kakovost življenja.

RAZPRAVA

Veliko je že bilo napisanega o demenci in obravnavi oseb z demenco. Ko govorimo o skrbi za osebe z demenco, velikokrat pozabimo na svojce in njihovo vlogo pri skrbi. Svojci potrebujejo informacije, usposabljanje, pomoč in podporo, da bi lahko ob vseh obremenitvah še kakovostno prevzemali skrb za svojce z demenco. Analizirane študije potrjujejo učinkovitost delovne terapije pri doseganju kakovosti življenja in zmanjšanju bremena pri svojcih, ki so zaradi pomanjkanja informacij, usposabljanja in podpore v stiski. Rezultati omenjenih študij so pokazali, da so delovnoterapevtske obravnave, ki skupno obravnavajo osebe z demenco in svojce v programih izobraževanja in usposabljanja v domačem okolju, uspešnejše kot obravnave, ki so usmerjene samo na osebe z demenco. Pri skrbi oseb z demenco v domačem okolju imajo svojci ključno vlogo. Iz običajnih vsakodnevnih aktivnosti izhajajo mnogi problemi in težave pri vsakodnevem funkcioniranju. Svojci vložijo ogromno napora pri vsakodnevni skrbi, vendar pri ključnih nalogah lahko spregledajo malenkosti, ki lahko vodijo v obojestransko nezadovoljstvo. Vključevanje svojca v proces delovnoterapevtskih obravnav je pomembno zaradi (Gitlin in Vause Earland, 2012):

- prenosa specifičnih terapevtskih pristopov v domače okolje,
- pomoči svojcem pri razumevanju posledic demence in pri strukturiranju dneva,
- izboljšanja kakovosti življenja,
- zagotavljanja pomoči svojcem, ki so obremenjeni ali depresivni.

Ko sposobnosti ni mogoče razviti ali izboljšati, delovna terapija ponuja kreativne rešitve in možnosti za izvajanje posameznikovih dnevni aktivnosti s prilagajanjem okolja in učenjem družine (Graff, 2008).

SKLEP

Rezultati pregleda literature dokazujejo učinkovitost delovnoterapevtskih obravnav v domačem okolju, v katere so poleg oseb z demenco vključeni tudi njihovi svojci. Prav tako študije navajajo pozitivne učinke, ki se kažejo v kakovosti življenja in zmanjšanju bremena. Delovni terapevti lahko s svojo strokovnostjo, fleksibilnostjo in občutkom za reševanje problemov pomagamo svojcem, ki se vsakodnevno soočajo s posledicami demence, in tako pripomoremo k večji kakovosti življenja obeh in zmanjšanju bremena. Sposobnost in zmožnost ohranjanja samostojnega in smiselnega življenja oseb z demenco v domačem okolju danes ni mogoče izpeljati brez ustreznih smernic in pomoči svojcem v smislu izobraževalnih programov, konkretnih smernic pri obvladovanju vedenja in prilagoditvah okolja, čustvene podpore in drugih oblik pomoči.

LITERATURA

- Abersman M, Lieberman D (2011). Methodology for the Systematic Reviews on Occupational Therapy for Adults With Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Occup Ther* 65 (5): 490–596.
- Alzheimer's Association (2009). Alzheimer's Disease Facts and Figures: What is Alzheimer's. http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigure <12. 5. 2012>
- Concoran MA (1994). Management decisions made by caregiver spouses of person with Alzheimer's disease. *Am J Occup Ther* 48 (1): 38–45.
- Dang S, Badiye A, Kelkar G (2008). The Dementia Caregiver – A Primary Care Approach. *South Medical Journal* 101 (12): 1246–1251.
- Devor M, Renvall M (2008). An educational intervention to support caregivers of elders with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23: 233–241.
- Dooley NR, Hinojosa J (2004). Improving quality of life for person with Alzheimer's disease and their family caregivers: Brief occupational therapy intervention. *Am J Occup Ther* 58 (5): 61–69.
- Gitlin LN, Hauck VW, Dennis MP, Winter L (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *J. Gerontologist*, 60A: 368–374.
- Gitlin LN, Vause Earland T (2012). Dementia (Improving quality of life in individuals with dementia: The role of nonpharmacologic approaches in rehabilitation. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/28/>. <12. 5. 2012>
- Graff MJL, Vernooij Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, de Witte LP (2003). Occupational Therapy at Home for Older Individuals With Mild to Moderate Cognitive Impairments and Their Primary Caregivers: A Pilot Study. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health* 23(4): 155–164.
- Graff MJL, Vernooij Dassen MJM, Zajec J, Dekker J, Hoefnagels WHL (2006). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver. *The international Journal of Social Research and Practice* 5(4): 503–532.

-
- Graff MJL, Vernooij Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, OldeRikkert, MGM (2007). Effects of community based occupational therapy on quality of life, mood and health status in dementia patients and their caregivers: a randomised controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical Science* 62A:1002–1009.
- Graff MJL (2008). Effectiveness and efficiency of community base occupational therapy for older people with dementia and their caregivers. <http://dare.uhn.kun.nl/bitstream/2066/71294/1/71294>. <1. 5. 2012>
- Haley WE (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. http://www.neurology.org/content/48/5_Suppl_6/25S. <1. 5. 2012>
- Hall L, Skelton DA (2012). Occupational therapy for caregivers of people with dementia: a review of the United Kingdom literature. *British Journal of Occupational Therapy* 75(6): 281–288.
- Jansen APD, van Hout HPJ, van Marwijk H.J, Nijls G, Gundy C, Vernooij-Dassen, M.J., et al. (2007). Sense of competence questionnaire among informal caregivers of older adults with dementia symptoms: A psychometric evaluation. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1947979>. <1. 5. 2012>
- Lieberman D, Scheer J (2002). Aota's Evidence-Based Literature Review Project: An overview. *Am J Occup Ther* 56 (3): 344–9.
- Max W, Webber P, Fox P (1995). Alzheimer's disease. The unpaid burden of caring. *Journal of Aging and Health* 7: 179–199.
- McConnaghy R, Caltabiano ML (2005). Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/18/>. <28. 4. 2012>
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al. (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patient with alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 276: 1725–1731.
- Thinnes A, Padila R (2011). Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *The American Journal of Occupational Therapy* 65(5): 541–549.
- Reinhard SC, Given B, Huhtala Petlick H, Bemis A (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>. <1. 5. 2012>
- Statistični urad Republike Slovenije (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Ljubljana. <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf>. <14. 5. 2012>
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter L, Jellema S, Bakkerr EB (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing* 33(5): 453–460.

Stres med študenti

Stress among students

Alenka Oven, Nina Brumen in Sabina Gorišek
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Mladostnik se zaradi študija sooči z veliko dejavniki, ki lahko nanj vplivajo obremenjujoče in stresno. Proučevali smo, koliko so študentje v Sloveniji pod stresom, kaj jim ga povzroča, kako se odraža in kako ga obvladujejo. **Udeleženci:** V raziskavo je bilo vključenih 1000 študentov. **Metode:** Podatke smo zbirali s spletnim vprašalnikom, nastalim za potrebe raziskave. **Rezultati:** 65 % anketiranih študentov je pod stresom, ki ga največkrat doživljajo zaradi študijskih obveznosti (91 %), prenatrpanega urnika (52 %) in strahu pred prihodnostjo (38%). Največ znakov stresa doživljajo na čustvenem področju. Zaradi stresa se 59% anketiranim porušijo prehranjevalne navade, povezanost je statistično pomembna ($p = 0,001$). Anketirani študentje prvega letnika doživljajo stres nekoliko pogosteje kot absolventi, razlika ni statistično pomembna ($p = 0,083$). 82 % študentov meni, da prostočasne aktivnosti preprečujejo ali vsaj zmanjšajo stres. **Ugotovitve:** Študente je potrebno bolj informirati o stresu in pomembnosti strategij za premagovanje in obvladovanje stresa.

Ključne besede: študij, zmanjševanje stresa, prostočasne aktivnosti

ABSTRACT

Introduction: Because of the study, a young person faces many burdensome and stressful factors. This survey focused on how many the students in Slovenia are under stress, what the main factor is, how it shows and how the students manage to reduce or cope with it. **Participants:** The survey included 1,000 students in Slovenia. **Methods:** Data were collected by an online questionnaire incurred for the purposes of research. **Results:** 65 % of the students are under stress caused by their obligations, related to study (91 %), overfilled curriculum (51 %) and fear of the future (38 %). They experience stress most intensely on the emotional level. Stress causes bad eating habits for 59% of the students, the correlation between the variables is statistically significant ($p = 0,001$). First year students included in this survey experience stress more often than senior students although the difference is not statistically significant. 82 % of the students think that leisure activities prevent or at least reduce stress. **Findings:** Students should be more informed about stress and coping strategies, which is an important part also of the occupational therapists' role.

Key words: study, stress reduction, leisure activities

IZHODIŠČA

Mladostništvo je obdobje med adolescenco in odraslostjo, v katerem mladostniki iščejo svojo identiteto in občutek pripadnosti. Pri tem imajo pomembno vlogo okolje, v katerem mladostniki živijo, in osebe, s katerimi navezujejo temeljne odnose (Bajzek in sod., 2008). Mladostniki se spoprijemajo s številnimi spremembami na telesni, čustveni, razumski, družbeni in osebnostni ravni. Čeprav so po večini zdravi, se zaradi posebnosti v rasti in razvoju ter načina življenja lahko pojavijo tudi zdravstveni problemi (Roškar in sod., 2008).

Beseda stres izhaja iz angleščine in pomeni pritisk, obremenitev ali napetost. Je odziv organizma na vsak stresogeni dejavnik in zajame celo telo (Starc, 2007) oz. je odgovor organizma na vse, kar ogroža njegovo biološko, psihološko in socialno integriteto (Mlinar in sod., 2009). Vsak dan se posameznik srečuje z različnimi stresorji - dogodki, osebami ali predmeti, ki jih doživlja kot elemente, kateri mu povzročajo stres in začasno zamajajo ravnovesje (Dernovšek in sod., 2007). Telo zazna, da je podvrženo stresni reakciji in da mora ukrepati, zato reagira z bojem ali z begom (Jerman, 2005; Jeriček, 2007).

Na stresne dogodke se odzovemo različno. Pri pozitivnem dogodku prevladajo veselje in pričakovanja, pri negativnem nemoč, tesnoba, jeza, strah in žalost. Negativen stres pripomore, da se nekaterim ljudem nabirajo težave, ki obremenijo organizem, kar povzroči neravnovesje in posledično razvoj bolezni (Dernovšek in sod., 2006; Starc, 2008).

Prekomerni stres se kaže v najrazličnejših oblikah (simptomih) - fizičnih, psihičnih, emocionalnih in kognitivnih. Emocionalne spremembe in spremembe vedenja lahko preidejo v resne težave, ki včasih pustijo trajne posledice na kognitivnem, socialnem in družbenem področju. Glavni razlog, da so nekateri ljudje bolj podvrženi prekomernemu stresu, je v tem, da imajo zelo nizek tolerančni prag za število stresnih situacij (Burns, 2008; Bilban, 2009).

Baša in sodelavci (2007) ugotavljajo, da se mladostnik, ko postane študent, spoprijema z novim okoljem, oddaljenostjo od doma, stanovanjskimi razmerami in materialnimi okoliščinami, s spremembo v življenjskem slogu, potrebo po navezovanju novih stikov, postati mora samostojen in odgovoren, želi si uresničiti zastavljene cilje, biti uspešen ter izpolniti osebna in pričakovanja staršev. Vse to pa lahko, če situacije ne zna ali ne zmore obvladati, nanj vpliva obremenjujoče in posledično znižuje kakovost življenja. Kot meni Presnall (2008), študentje želijo biti uspešni in se primerjajo s prijatelji. Drugi ključni razlog stresa pri študentih pa so starši, ki imajo pogosto nerealna in prevelika pričakovanja, jih pa premalo spodbujajo in ne podpirajo njihovih odločitev. Vključevanje študentov v interesne dejavnosti deluje kot zmanjševalec stresa.

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako pogosto so študentje pod stresom in kaj jim povzroča največ stresa, kako se odraža ter kaj jim pomaga pri obvladovanju in zniževanju stresa. Zanimalo nas je tudi ali prostočasne aktivnosti (v nadaljevanju PČA) študentov vplivajo na lažje opravljanje študijskih obveznosti.

METODE

V raziskavo je bilo vključenih 1000 študentov različnih letnikov vseh univerz v Sloveniji. Prošnjo za posredovanje povezave do spletne ankete študentom smo preko elektronske pošte poslali službam za študijske zadeve oziroma predstavnikom študentskih svetov različnih fakultet po Sloveniji.

Podatke smo od 22. maja do 12. julija 2012 zbirali s spletnim anketnim vprašalnikom, ki je nastal za potrebe raziskave na podlagi študija literature in je sestavljen iz štirih delov. Prvi del so demografska vprašanja, drugi del vprašanja o prostem času, tretji del je skrajšana

verzija (Burlingame in Blaschko, 2002) Vprašalnika o zadovoljstvu v prostem času (Beard in Ragheb, 1980), četrti del pa sestavljajo vprašanja o stresu, prirejena po Preisinger (2010). Vprašalnik o znakih stresa vsebuje 47 izjav oziroma trditev o telesnih, čustvenih, mišljenjskih in socialnih znakih oz. posledicah stresa. Anketiranci so posamezne trditve ocenjevali z ocenami od 1 do 5 (1 pomeni, da se pojav pri osebi ne pojavlja nikoli in 5 pomeni, da se pojav pojavlja vedno).

V začetku maja 2012 smo z desetimi naključno izbranimi študenti na Zdravstveni fakulteti izvedli pilotni poskus na osnovi katerega smo vprašalnik popravili in odpravili pomanjkljivosti.

Zastavili smo si naslednje hipoteze:

H1: Študentje prvega letnika so bolj izpostavljeni stresu kot absolventi.

H2: Prevelika lastna pričakovanja v največji meri povzročajo stres pri študentih.

H3: Stres se pri študentih v največji meri kaže na čustvenem področju.

H4: Zdrave prehranjevalne navade študentov vplivajo na zmanjšanje stresa.

H5: Študentje stres v največji meri zmanjšujejo ob druženju s prijatelji, partnerjem in družino.

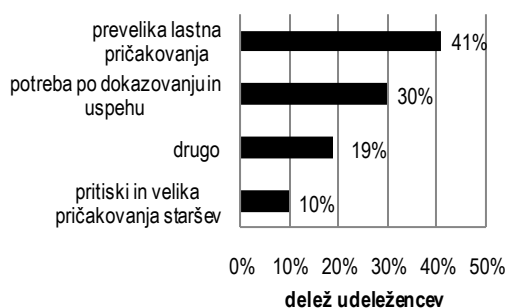
Za statistično analizo podatkov in prikaz rezultatov smo uporabili programa IBM SPSS Statistics 20.0.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA) in Microsoft Excel 2007 (Microsoft Inc., Redmond, WA, ZDA). Za preverjanje hipotez smo uporabili Mann-Whitneyev U test, t-test za en vzorec, parni t-test in χ^2 -test; statistično značilnost smo sprejeli ob 0,5-odstotni napaki alfa. Zanesljivost vprašalnika o znakih stresa, ki temelji na lestvicah trditev Likertovega tipa pa smo preverjali s Cronbachovim koeficientom zanesljivosti (α).

REZULTATI

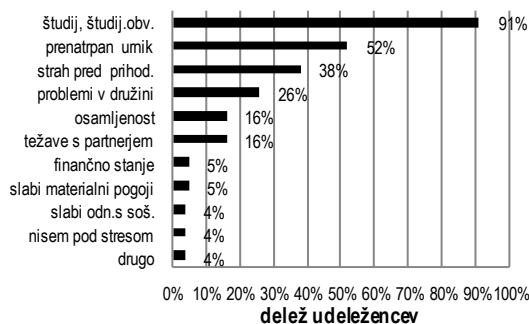
V raziskavi je sodelovalo 734 študentk in 266 študentov, katerih povprečna starost je bila 22,35 let (standardna deviacija pa $SD = 2,98$). 1. letnik je obiskovalo 27 % anketirancev, 2. letnik 24 %, 3. letnik 22 %, 4. letnik 10 %, 5. letnik 4 %, 6. letnik 2 % študentov in 11 % anketirancev je bilo absolventov. Večina udeležencev (82 %) je študirala na Univerzi v Ljubljani, 12 % je bilo študentov Univerze v Mariboru, 2 % Univerze na Primorskem, 1 % Univerze v novi Gorici, 3 % pa so bili študentje drugih visokošolskih zavodov.

2 % anketiranih študentov, ki vsi študirajo na Univerzi v Ljubljani, ni nikoli pod stresom, 65 % pa jih meni, da so pod stresom, od tega pogosto 30 %, občasno 46 %.

Mann-Whitneyev U-test je pokazal, da anketirani študentje prvih letnikov ($M = 3,36$) sicer res doživljajo stres nekoliko pogosteje kot absolventi ($M = 3,18$), vendar razlika ni statistično pomembna ($U = 12652,5$; $p = 0,083$).



Slika 1: Razlog doživljanja stresa.



Slika 2: Povzročitelji stresa med študenti.

Največ študentov je navedlo (slika 1), da stres najpogosteje doživljajo zaradi prevelikih lastnih pričakovanj (41 %) in potrebe po dokazovanju in uspehu (30 %). Kot najpogostejše

povzročitelje stresa (slika 2) so anketiranci (izbrali so lahko več odgovorov) največkrat navedli študijske obveznosti (91 %) in prenatrpan urnik (52 %).

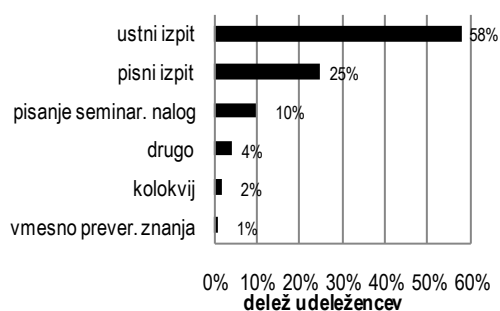
S t-testom za en vzorec (one sample t-test) smo ugotavljali, ali so prevelika lastna pričakovanja v največji meri povzročitelji stresa pri anketiranih študentih. Rezultat t-testa na enem vzorcu je pokazal statistično pomembno razliko ($t = 13,142$; $p = 0,000$) od testne vrednosti (testna vrednost = 1 – prevelika lastna pričakovanja).

Da stresne situacije, ki niso povezane s študijem, vplivajo na opravljanje študijskih obveznosti, je potrdilo 75 % anketiranih.

6 % anketiranim študentom študij ne povzroča stresa, večini (75 %) pa stres povzročajo preverjanja znanja kot so izpiti in kolokviji (slika 3), od tega največ (58 %) ustni izpit (slika 4).



Slika 3: Izvori stresa znotraj študijskega procesa.



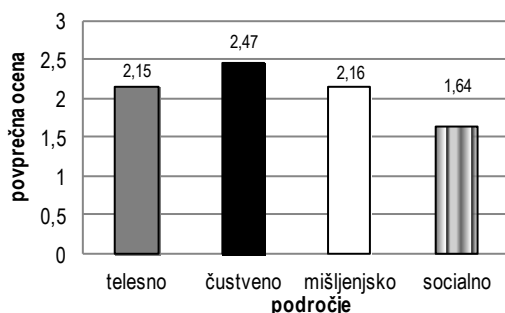
Slika 4: Oblike preverjanja znanja, ki udeležencem povzročajo stres.

Tabela 1: Cronbachov koeficient notranje konsistentnosti (α) za posamezno področje znakov stresa

	N	Cronbachov α
Telesni znaki stresa	13	0,872
Čustveni znaki stresa	15	0,913
Mišljenjski znaki stresa	10	0,850
Socialni znaki stresa	9	0,901

N = število trditev znotraj posameznega področja

S Cronbachovim koeficientom zanesljivosti alfa (α) smo preverili zanesljivost vprašalnika o znakih stresa. Koeficient notranje konsistentnosti α na celotnem vprašalniku znaša 0,953. Izračunane vrednosti α potrjujejo, da je vprašalnik znakov/posledic stresa visoko zanesljiv tako kot celota kot tudi glede na posamezno področje znakov/posledic stresa (tabela 1).



Slika 5: Povprečne ocene trditev o znakih stresa na posameznih področjih.

Najvišja povprečna ocena vseh trditev o telesnih, čustvenih, mišljenjskih in socialnih znakih/posledicah stresa (slika 5) je na čustvenem področju ($M = 2,47$). Parni t-test je

dokazal, da obstaja statistično pomembna razlika ($p < 0,05$) med čustvenim in drugimi področji (tabela 2).

Tabela 2: Primerjava parov povprečne ocene posameznih področij znakov/posledic stresa.

Par		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1	Čustveni stres	2,47	0,81	37,46	0,00
	Socialni stres	1,64	0,72		
2	Čustveni stres	2,47	0,81	19,89	0,00
	Mišljenjski stres	2,16	0,72		
3	Čustveni stres	2,47	0,81	15,43	0,00
	Telesni stres	2,15	0,69		

*stopnja statistične pomembnosti $p < 0,05$

M = povprečje, *SD* = standardni odklon; *t* = testna statistika parnega t-testa, *p* = statistična pomembnost.

Vsa področja znakov stresa se med seboj povezujejo statistično pozitivno (tabela 3), najmanjša korelacija je $r = 0,42$, kar je še vedno nizka pozitivna korelacija (Sagadin, 2003).

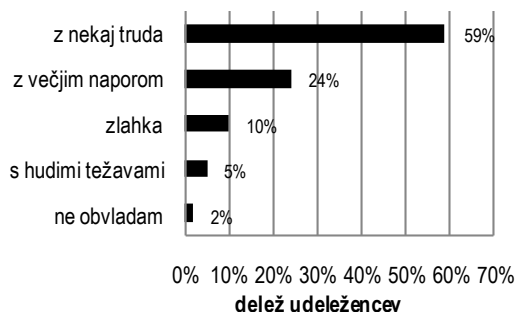
Tabela 3: Pearsonovi koeficienti korelacije med posameznimi področij znakov stresa.

	Telesni znaki	Čustveni znaki	Mišljenjski znaki	Socialni znaki
1. Telesni znaki	-			
2. Čustveni znaki	0,63**	-		
3. Mišljenjski znaki	0,56**	0,80**	-	
4. Socialni znaki	0,42**	0,59**	0,60**	-

** stopnja statistične pomembnosti $p < 0,01$

Anketiranci so s povprečno oceno 4,68 ($SD = 0,65$) ocenili, da najbolj pogosto kosijo in da včasih oziroma pogosto zajtrkujejo ($M = 3,95$, $SD = 1,29$) in večerjajo ($M = 3,94$, $SD = 1,06$).

Večina (71 %) anketirancev navaja, da se poskuša prehranjevati čim bolj zdravo, 16 % je precej nezdravo in neredno in 13 % jih vsak dan je zdravo in redno. 59 % študentov trdi, da se jim zaradi stresa prehranjevalne navade porušijo. Rezultati kažejo, da tisti, ki se vsak dan zdravo prehranjujejo, doživljajo manj stresa, v primerjavi s tistimi, ki se prehranjujejo nezdravo oziroma se skušajo prehranjevati zdravo. Rezultat χ^2 testa je pokazal, da sta spremenljivki prehranjevanje in pogostost doživljanja stresa statično pomembno povezani: $\chi^2 = 25,21$; $p = 0,001$ (stopnja statistične pomembnosti $p < 0,05$).



Slika 6: Obvladovanje stresa.

Na vprašanje, kako obvladujejo stres, ki ga doživljajo, je 59 % študentov odgovorilo, da stres obvladujejo z nekaj truda, 2 % pa jih stresa ne obvlada (slika 6).

Tabela 4: Spoprijemanje študentov s stresnimi situacijami – povprečne ocene.

RAVNANJE	M	SD
Ob težavah poiščem pomoč kolegov, prijateljev.	3,13	1,07
Problem skušam rešiti s pogovorom.	3,66	1,07
Z različnimi metodami in tehnikami sproščanja.	2,38	1,13
S pozitivnim razmišljanjem.	3,83	1,00
Posvetim se hobiju ali nečemu, kar me zanima.	3,75	0,98
Ne nalagam si dodatnih naporov, dokler ne končam tekoče naloge.	3,23	1,08
Se več učim.	2,85	1,16
Znam reci »ne«.	3,12	1,16
Se organiziram, določam prednostne naloge.	3,56	1,08
Gojim realna pričakovanja.	3,61	0,92
Trudim se, da opravim vse delo, ki mi je naloženo.	4,04	0,86
Se rekreiram.	3,52	1,09
Počivam.	3,54	0,99
Se družim s prijatelji, družino, partnerjem.	3,95	0,94
Nič ne storim.	1,65	0,95
Drugo.	1,87	1,11

Študentje so na lestvici od 1 do 5 (1 pomeni, da za spopadanje s stresnimi situacijami določenega ravnanja nikoli ne uporabljajo, 5 pa, da določeno ravnanje vedno uporabljajo) ocenjevali posamezne trditve o ravnanju v stresnih situacijah. S stresom se najpogosteje spoprijemajo (tabela 4) tako, da se trudijo opraviti vse delo, ki jim je naloženo ($M = 4,04$), se družijo s prijatelji, družino, partnerjem ($M = 3,95$) in s pozitivnim razmišljanjem ($M = 3,83$), redko ali nikoli pa ne storijo nič ($M = 1,65$).

Rezultat t-testa na enem vzorcu je pokazal, da je povprečna ocena pri odgovoru "družim se s prijatelji, družino in partnerjem" statistično pomembno nižja ($M = 3,95$) kot ocena pri odgovoru "trudim se, da opravim vse delo" ($M = 4,04$): $t = 3,33$; $p = 0,01$ (stopnja statistične pomembnosti $p < 0,05$).

Glede pogostosti razvad (tabela 5) so študentje ocenili, da pogosto »brskajo« po internetu ($M = 3,93$) in hodijo pozno spat ($M = 3,43$), nikoli ali redko pa uživajo droge ($M = 1,16$).

Tabela 5: Pogostost razvad – povprečne ocene.

Navada, razvada	M	SD
Kadim.	1,75	1,33
Popijem več kot dve skodelici kave na dan.	1,96	1,26
Hodim pozno spat.	3,43	1,12
Preobilno jem.	2,59	0,98
Uživam alkoholne pijače.	2,36	0,91
Uživam droge.	1,16	0,55
Gledam televizijo.	2,89	1,11
»brskam« po internetu.	3,93	0,90

93 % anketiranih študentov meni, da jim PČA pomagajo pri obvladovanju stresa, kar so utemeljevali s tem, da jim aktivnosti nudijo sprostitev, izboljšajo koncentracijo, jih razbremenijo, da pozabijo na skrbi in težave, jim izboljšajo razpoloženje in krepijo pozitivne misli.

Da so PČA (športne aktivnosti, druženje s prijatelji, uporaba računalnika, gledanje televizije) tiste, ki pri njih v največji meri preprečujejo ali vsaj zmanjšujejo stres, meni 82 % anketirancev, saj z njimi pridobijo pozitivno energijo, se sprostijo, umirijo, izboljšajo koncentracijo, se boljše počutijo, lažje učijo in opravljajo obveznosti, imajo večjo osebno trdnost. 73 % anketirancev pa je tudi pritrdilo, da njihove PČA vplivajo na to, da lažje opravljajo študijske obveznosti.

RAZPRAVA

Ugotavljali smo, kako pogosto so študentje pod stresom, kaj jim ga povzroča, kako se kaže, kako ga obvladujejo in ali PČA pomagajo pri obvladovanju stresa.

Stres doživlja 65 % anketiranih študentov, od tega pogosto 30 %, občasno pa 46 %. Ugotovili smo, da ga študentje prvih letnikov ($M = 3,36$) doživljajo pogosteje kot absolventi ($M = 3,18$), vendar razlika, ugotovljena z Mann-Whitneyjevim U-testom, ni statistično pomembna ($p = 0,083$), zato hipotezo H2, da so študentje prvega letnika bolj pod stresom kot absolventi, zavrnamo.

Jeriček (2007) ter Baša in sod. (2007) ugotavljajo, da je način življenja mladostnikov vse bolj podoben stresnemu načinu življenja odraslih. Obremenjenost mladostnikov izvira iz vse večjih lastnih, pa tudi pričakovanih staršev in neposredne okolice, iz nenehne potrebe po dokazovanju in uspehu za vsako ceno. Podobno tudi anketirani študentje navajajo, da stres doživljajo (slika 1) zaradi prevelikih lastnih pričakovanih (41 %) in potrebe po dokazovanju in uspehu (30 %).

Hipoteze H2, da prevelika lastna pričakovanja v največji meri povzročajo stres pri študentih, ne moremo potrditi, saj je t-test za en vzorec pokazal statistično pomembno razliko ($t = 13,142$; $p = 0,000$) od testne vrednosti (testna vrednost = 1 – prevelika lastna pričakovanja).

Kot povzročitelje stresa (slika 2) anketirani študentje navajajo finančno stanje in slabe materialne pogoje (po 5 %), težave s partnerjem in osamljenost (po 16 %), probleme v družini (26 %), v največji meri pa dejavnike, povezane s študijem in študijskimi obveznostmi (92 %), prenatrpan urnik (51 %) in strah pred prihodnostjo (38 %). Tudi v raziskavi, opravljeni na Medicinski fakulteti v Ljubljani (Krožnik Kogoj in sod., 2009), so študentje kot najpogostejša vzroka stresa navedli študijske obremenitve (95 %) in negotovost glede prihodnosti. Dernovšek in sod. (2006) ter Baša in sod. (2007) podobno ugotavljajo, da je v študijskem obdobju veliko povzročiteljev stresa, kot so študijske obveznosti in obremenitve, predvsem izpiti, negativne misli in občutki o sebi, prepričani s prijatelji, družinske težave in previsoka pričakovanja.

Le 6% študentom študij ne predstavlja stresa (slika 3), 75 % študentom pa največ stresa povzročajo izpiti in kolokviji, od tega so najbolj stresni (58 %) ustni izpiti (slika 4). Tudi Preisinger (2010) ugotavlja, da so za študente družbenih ved najbolj (52 %) stresni ustni izpiti. Stres v izpitnem obdobju lahko znatno zmanjšamo z učinkovitimi učnimi strategijami in organizacijo časa. Med učenjem je potrebno imeti čas za PČA in dovolj spanca (Čelik, 2008).

Stresne situacije, ki niso povezane s študijem, vplivajo na opravljanje študijskih obveznosti pri 75 % anketiranih študentov. Študent se mora privaditi na novo okolje, navezati stike z novimi sostanovalci in si pridobiti naklonjenost sošolcev. Študentsko življenje je pogojeno tudi s finančnimi sredstvi, kar je ene večji, za druge manjši pritisk, predvsem s strani staršev (Dernovšek in sod. 2006; Baša in sod. 2007).

Pri anketirancih se najbolj pojavljajo (slika 5) čustveni znaki stresa ($M = 2,47$) in sicer anketirani študentje pogosto razmišljajo o težavah, povezanih s študijem ($M = 3,36$), včasih se jim zdi, da niso učinkoviti ($M = 3,11$) ter jim primanjkuje energije in volje do študija ($M = 3,05$). Tudi Preisinger (2010) podobno ugotavlja, da študentje zaradi stresa študij opravljajo manj kakovostno, občutijo pomanjkanje energije in volje do študija, ter razmišljajo o težavah, povezanih s študijem. Gleda na pogostost pojavljanja sledijo mišljenjski znaki ($M = 2,16$), telesni znaki ($M = 2,15$) in socialni znaki stresa ($M = 1,64$). Baša s sodelavci (2007) pa ugotavlja, da so pri študentih najpogostejši fizični in psihični znaki stresa. T-test dokazuje (tabela 2), da med čustvenim in drugimi področji pri

anketiranih študentih obstaja statistično pomembna razlika ($p < 0,05$), zato hipotezo H3 potrdimo.

Ugotavljamo, da se študentje ne prehranjujejo redno, saj od obrokov najpogosteje zaužijejo kosilo ($M = 4,68$), včasih ali pogosto pa zajtrkujejo ($M = 3,95$) in večerjajo ($M = 3,94$). Kot ugotavljata Zupančič in Hoyer (2006), zajtrk zaužije 42 %, kosilo 84 % in večerjo 44 % študentov. Tudi Gorinšek (2008) ugotavlja, da se študentje ne prehranjujejo redno – vsak dan zajtrkuje 33 %, kosi 71 % in večerja 38 % študentov.

Kot navaja Jeriček (2007), so žeja, lakota ali pretirana sitost dejavniki, ki lahko pripomorejo k pojavu stresa. 71 % anketiranih študentov se poskuša prehranjevati čim bolj zdravo, 13 % jih trdi, da se prehranjujejo zdravo in redno, 16 % pa jih je precej nezdravo in neredno. Prehranjevalne navade se zaradi stresa porušijo 59 % študentom. Med pogostostjo rednih in zdravih prehranjevalnih navad in pogostostjo doživljanja stresa je rezultat χ^2 testa pokazal statično pomembno razliko ($p=0,001$), zato hipotezo 4 potrdimo.

58 % študentov stres, obvladuje z nekaj napora, 24 % z večjim naporom, 2 % pa ga ne obvladuje (slika 6).

S stresnimi situacijami se študentje najpogosteje spoprijemajo tako (tabela 4), da se trudijo opraviti vse naloženo delo ($M = 4,04$), včasih pa tudi tako, da uporabljajo različne tehnike sproščanja ($M = 2,38$). Tušak (2007) navaja, da sprostitvene tehnike pri človeku blažijo negativne učinke stresa in prevzemajo pomembno vlogo v boju s stresorji. Anketirani študenti za spoprijemanje s stresnimi situacijami in zmanjševanje stresa pogosto uporabljajo strategijo druženja s prijatelji, družino in partnerjem ($M = 3,95$). Pri tem je povprečna ocena statistično pomembno nižja ($p = 0,01$) kot povprečna ocena pri strategiji »trudim se opraviti vse delo, ki mi je naloženo« ($M = 4,04$) – tabela 5. Hipotezo 5 tako potrdimo.

Anketiranci pogosto navajajo, da so vzdrževanje primernih odnosov z drugimi ljudmi, pozitivno razmišljanje, pogovor o stresnih dogodkih in težavah, redno druženje s prijatelji in vrstniki strategije, ki jim pomagajo premagati težave na pozitiven način, kar navajajo tudi Lehrer in sodelavci (2007), Roškar in sodelavci (2008) ter Maučec Zakotnik s sodelavci (2010). Preisinger (2010) pa ugotavlja, da študentje pozitivno razmišljanje uporabljajo skoraj v enaki meri kot trud, da opravijo vse delo, ki jim je naloženo ($M = 2,9$). Mladostniki se ob vstopu v študij navajajo na nov način življenja, novo okolico in tempo življenja, srečujejo se s finančnimi težavami in predvsem študijskimi obveznostmi, kar zahteva samostojnost, neodvisnost in odgovornost, posledično pa lahko privede tudi do stresa in iskanja ustreznih strategij za spoprijemanje z njim. Dernovšek in sod. (2007) menijo, da večina študentov pogosto posega po manj primernih strategijah, kot so nezdrave navade oz. razvade (prekomerno uživanje alkohola, kajenje, motnje v prehranjevanju). Krokter Kogoj in sod. (2009) so ugotovili, da veliko študentov svoje težave rešuje s telesno dejavnostjo in glasbo, tretjina jih rešuje z uživanjem nezdrave hrane, manj s kajenjem, občasnim pitjem alkohola, uživanjem drog. Anketirani študentje iz naše raziskave pogosto ($M = 3,95$), »brskajo« po internetu, hodijo pozno spat ($M = 3,43$), redkeje pa kadijo ($M = 1,75$), uživajo alkohol ($M = 2,36$) in preobilno jedo ($M = 2,59$) – tabela 8.

Velika večina (93 %) študentov meni, da jim PČA pomagajo pri obvladovanju stresa in so tiste, ki v največji meri preprečujejo ali vsaj zmanjšajo stres (82 %). Ule (2008) ugotavlja, da se prosti čas obravnava kot čas, ko se ukvarjamo z aktivnostmi, ki nudijo sprostitev in razvedrilo, zabavo in raznolikosti in osebno izpolnitev. 73 % anketiranih pa meni, da PČA pripomorejo, da lažje opravljajo študijske obveznosti.

SKLEP

Različne študijske obveznosti povzročajo študentom največ stresa, ki posledično vpliva na uspeh pri študiju, na voljo, motivacijo, osebno zadovoljstvo in vztrajnost. Zdrave prehranjevalne navade vplivajo na zmanjšanje stresa, PČA pa največ pripomorejo k zmanjšanju in obvladovanju stresa, pomagajo pri izboljšanju koncentracije, omogočajo sprostitev, boljše počutje, osebno trdnost, pozitivno mišljenje, dajejo pozitivno energijo, da študentje lažje in samozavestneje opravljajo študijske obveznosti.

Študente bi se moralo spodbujati k zdravim prehranjevalnim navadam, jih bolj informirati o stresu, njegovih posledicah in vplivu, o ustrezni organizaciji časa ter pomembnosti strategij za premagovanje in obvladovanje stresa, med katerimi so PČA in sprostitev. Pri učenju strategij obvladovanja stresa, ki zajemajo sprostitvene tehnike, vključevanje v različne PČA, sposobnost organizacije časa ipd., imajo pomembno vlogo tudi delovni terapevti.

LITERATURA

Bajzek J, Bajzek R, Bedernjak K in sod. (2008). Odiseja mladih. Sociološka raziskava o mladini. Radovljica: Založba Didakta.

Baša L, Jevšnik M, Domajnko B (2007). Dejavniki stresa med študenti. *Obzor Zdr N* 41 (2-3): 77–84.

Beard JG, Ragheb MG (1980). Measuring leisure satisfaction. *J Leisure Res* (first quarter): 20-33.

Bilban M (2009). Kako prepoznati stres v delovnem okolju. V: Kavc A, Sima Đ, Kavčič BM, et al. Preprečimo, da nas stresa stres na delovnem mestu, strokovno srečanje, 16. oktober 2009. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester v managementu, 21-32.

Burlingame J, Blaschko TM (2002). *Assessment Tools for Recreational Therapy* (3rd ed.). Ravensdale, WA: Idyll Arbor: 159–62, 263.

Burns S (2008). *The Medical Basis of Stress, Depression, Anxiety and Drug Use!*. <http://www.teachhealth.com/>. <12.9.2012>

Čelik, N. (2008). Upravljanje s stresom in duševno zdravje. http://kakosi.si/wp-content/uploads/2012/09/upravljanje_s_stresom.pdf // <11.3.2013>

Dernovšek M, Gorenc M, Jeriček H (2006). Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Dernovšek M, Gorenc M, Jeriček H, Tavčar R (2007). Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, Eurograf d.o.o.

Gorinšek K (2008). Stres med študenti rednega in izrednega študija. Diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, 45-47.

Jeriček H (2007). Ko učenca stresa stres in kaj lahko pri tem naredi učitelj. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 6 -14.

Jerman J (2005). Stres pri strokovnih delavcih v vzgojno izobraževalnih in prevzgojnih zavodih. *Socialna pedagogika* 9 (3 - 4): 449-68.

Krookter Kogoj T, Čebašek Travnik Z, Zaletel Kragelj L (2009). Stres in izgorelost pri študentih Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. V: Zbornik prispevkov. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2009, Ljubljana, 25. september 2009.

-
- Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE (2007). Principles and practice of stress management. New York: The Guilford Press, 291-320.
- Maučec Zakotnik J, Backović Juričan A, Janežič M, Hlastan Ribič C, Jelenc A (2010). Z gibanjem do zdravja. Ljubljana: CINDI Slovenija, 8-11.
- Mlinar S, Videmšek M, Meško M, Karpljuk D (2009). Stres in osebna ocena zdravja zaposlenih v igralništvu. Zdrav Var 48 (3): 106.
- Preisinger U (2010). Stres pri študentih. Diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za družbene vede.
- Presnell L (2008). Survey shows high stress among college students. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ELCG8fXUuI8J:www.lsureveille.com/mobile/news/survey-shows-high-stress-among-college-students-1.762793+&cd=2&hl=sl&ct=clnk&gl=si> <10.7.2012>
- Roškar S, Jeriček H, Zorko M, Tacol M, Konec Juričič N (2008). Zdrav življenjski slog srednješolcev (izbrana poglavja iz duševnega zdravja). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 22-33.
- Sagadin J (2003). Statistične metode za pedagoge. Maribor: Obzorja.
- Starc R (2007). Stres in bolezni. Ljubljana: Sirius AP
- Starc R (2008). Bolezni zaradi stresa II.: od bolečin v križu, ledvičnih kamnov, neplodnosti in impotence do človeškega dejavnika, prezgodnjega staranja in obvladovanje stresa. Ljubljana: Sirius AP, 347-355.
- Tušak M (2007). Stres – kako ga prepoznati in obvladovati. Glasilo zdravniške zbornice Slovenije 16 (4): 72-73.
- Ule M (2008). Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Zupančič A, Hoyer S (2006). Prehranjevalne navade študentov. Obzor Zdrave nege 40 (4): 157-63.

Zadovoljstvo študentov s prostočasnimi aktivnostmi in stres

Student's satisfaction with leisure time and stress

Alenka Oven, Mateja Pipuš, Maruša Ribič in Lea Ščap
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Preživljanje prostega časa je pomembno za ohranjanje zdravja in dobrega počutja posameznika. Zaradi zadovoljstva oseba vztraja pri izbrani prostočasni aktivnosti. Ugotavljali smo, kako so študentje zadovoljni s prostočasnimi aktivnostmi in ali le-te vplivajo na obvladovanje stresa. **Udeleženci:** Vključenih je bilo 1000 študentov v Sloveniji. **Metode:** Podatki so bili pridobljeni s spletnim anketnim vprašalnikom. **Rezultati:** Prosti čas zelo veliko pomeni 58 % anketirancem, imajo ga premalo (46 %) ali ravno prav (45 %). Anketiranci se družijo s prijatelji (12 %) in se vključujejo v športne aktivnosti (10 %), pri čemer so med tednom in ob vikendih med študenti in študentkami statistično pomembne razlike (p teden = 0,001, p vikend = 0,008). Prostočasne aktivnosti 93 % anketirancem pomagajo pri obvladovanju stresa, pri čemer ni statistično pomembnih razlik med spoloma (p = 0,65). **Ugotovitve:** Mladostnik, ki mu uspe v svojo dnevno strukturo vpeljati prostočasne aktivnosti, bolje obvladuje stres.

Ključne besede: študij, prosti čas, obvladovanje stresa, delovni terapevt

ABSTRACT

Introduction: Leisure and spare time is a decisive factor in maintaining good health and well-being of individuals. Satisfaction is that motivating factor which makes people perseveres in selected leisure activities. The study provides information and data that show the correlativity of leisure activities, and prevention and coping with stress. **Participants:** The survey included 1,000 students in Slovenia. **Method:** The data were collected through an on-line questionnaire. **Results:** The results obtained show that 58 % of the respondents value their spare time. The interviewees claim that their amount of spare time is limited (46 %) or that it is adequate (45%). The respondents spend their free time with friends (12 %) or engage in sports activities (10 %) where are on weekdays and weekends statistically significant gender related differences (p weekday = 0,001, p weekend = 0,008). The majority of respondents (93%) believe that leisure activities alleviate stress. No difference of opinion was established between male and female respondents (p = 0.65). **Conclusion:** Youth daily participation in leisure activity has a significant positive correlation to the students coping with stress which results in their better physical and psychological health.

Key words: academic performance, leisure time, stress management, occupational therapist

IZHODIŠČA

Prosti čas vsakemu pomeni nekaj drugega; ni namenjen le razbremenitvi različnih vsakodnevnih naporov, temveč lahko z njim nadomeščamo identitetne izgube in vplivamo na psihofizično regeneracijo (Ule, 2008). Je čas, ki ostane po zadovoljevanju temeljnih človeških potreb in opravljenih obveznostih (Derganc, 2004), za katerega je bistvena svobodna izbira in odločanje o tem, kako ga preživeti (Kristančič, 2007). Preživljanje prostega časa je odvisno od posameznikovih želja, motivacije in tudi od socialno ekonomskega statusa.

Prostočasna aktivnost (v nadaljevanju PČA), ki mora biti smiselna in koristna (Caldwell in Smith, 2006), posamezniku omogoča, da izrazi svoje skrite potenciale. Pomembno je, da v njej prepozna pravšnjo mero izziva, glede na svoje znanje in sposobnosti (Scagnetti, 2007). Svobodno izbrana aktivnost, ki je za osebo smiselna, kot trdi Cassidy (2005), prinaša največjo mero notranje motivacije in užitka. Za posameznika je pomembno, da mu PČA prinaša prijeten občutek in zabavo, istočasno pa mu nudi priložnosti za samoizražanje, raziskovanje ter pridobivanje novih znanj in vlog (Majnemer, 2010), iskanje smisla, izražanje lastnega mnenja, razvijanje socialnih odnosov in učenje novih spretnosti, občutek pripadnosti in ponuja možnosti samoodločanja. Pozitivne izkušnje v prostem času spodbujajo zdrav razvoj osebnosti ter prinašajo pozitivna čustva (Caldwell in Smith, 2006) in užitek, kar je izrednega pomena za telesno in duševno zdravje ter dobro počutje (Cassidy, 2005; Majnemer, 2010). Pozitiven odnos do prostega časa je povezan z manjšim stresom, večjo sposobnostjo reševanja problemov, boljšo samokontrolo in samozavestjo, boljšim učnim uspehom, večjo sproščenostjo in pozitivnimi medsebojnimi odnosi. Kakovostna poraba prostega časa pa osebi prinaša zadovoljstvo, smisel in življenjski optimizem (Cassidy, 2005). Kot menita Neumayer in Wilding (2005), imajo osebe, ki redno izvajajo PČA, intenzivnejši občutek zadovoljstva in dobrega počutja.

Zadovoljstvo v prostem času je pozitivno občutenje, ki ga v izbrani PČA lahko doseže posameznik in zaradi katerega oseba vztraja pri izbrani PČA ter jo dojema kot užitek (Burlingame in Blaschko, 2002). Doseženo je, ko individualno izbrano PČA oseba ponotranji in pri njenem izvajanju doseže ugodje (Beard in Ragheb, 1980). Aktivno preživet prosti čas lahko izboljša občutek samozavesti (Derganc, 2004), nekreativen prosti čas pa lahko pri mladostniku povzroči zmanjšan občutek zadovoljstva, kar pa lahko privede do problematičnega vedenja (Gril, 2006).

Kot meni Arnett (2006), je obdobje med mladostništvom in zgodnjo odraslostjo, med 18. in 25. letom, samostojno razvojno obdobje, imenovano prehod v odraslost. Nekateri (Zupančič, 2004) pa ga obravnavajo tudi kot pozno mladostništvo, za katerega ni točno določena starostna meja, saj se spreminja glede na socialno-kulturni kontekst posameznika, vstop v odraslost pa je odvisen od posameznika in njegovih osebnih zmožnosti. Pomembno je, da je mlad posameznik sposoben poskrbeti zase, je samostojen in samozadosten, neodvisno sprejema odločitve in odgovornost za svoja dejanja, pri tem pa ima veliko možnosti izbire (Arnett, 2006). Mladi v tem obdobju delujejo razmeroma neodvisno od socialnih vlog odraslega in pričakovanj o odrasli osebi ter postajajo tako čustveno, vrednotno kot materialno neodvisni od staršev, vendar pa še ne prevzemajo vseh obveznosti, značilnih za odraslo osebo (Zupančič, 2004). Na podlagi osebnih vrednot se odločajo za nadaljevanje svoje izobraževalne in poklicne poti (Poštrak, 2008), veliko mladih za študij izven kraja bivanja, nekateri pa se zaposlijo. Predvsem tisti, ki se zaposlijo, si ustvarijo tudi družino. Ko mladostnik vstopi v študijski proces, se sreča z različnimi obveznostmi in okoliščinami, ki povzročajo stres (npr. študijske obveznosti, selitev v večje mesto, bivanje v študentskem domu, vožnja, neurejena prehrana, ipd.). Zato

je še toliko bolj pomembno, da svoj prosti čas preživlja kakovostno in s tem vpliva na obvladovanje oz. zmanjševanje stresa.

Hinojosa in Blount (2009) poudarjata, da je pomembno, da delovni terapevt mladostniku pomaga odkriti in uresničiti lastne interese za PČA in razviti ustrezne navade na področju prostega časa, kar mu prinaša nove možnosti za nadaljnje pozitivne življenjske spremembe. Sodelovanje v PČA je sestavni del zdravega načina življenja mladostnika, saj spodbuja dobro počutje in zadovoljstvo (Majnemer 2010). Zadovoljstvo in uspehi, ki jih doživlja v PČA, imajo za mladostnika velik pomen, saj pomagajo ublažiti posledice negativnih izkušenj in stresa in so mu lahko v pomoč za pridobitev ponovnega zaupanja v lastne sposobnosti (Hinojosa in Blount, 2009). Zato ima delovni terapevt skupaj s preostalimi zdravstvenimi delavci pomembno vlogo pri načrtovanju in sprejemanju ukrepov za čim boljše pogoje, ki bi posameznikom omogočili vključevanje v zelene PČA (Neumayer in Wilding, 2005), ter pri ozaveščanju glede pomembnosti PČA tudi pri obvladovanju stresa. Temeljna naloga delovnega terapevta je tudi poiskati ustrezne načine za prilagoditev okolja ali PČA v tolikšni meri, da bo ustrezala posameznikovim zmožnostim in sposobnostim in mu tako omogočiti vključevanje v zanj pomembne dejavnosti (Connolly et al., 2005).

Namen raziskave je bilo ugotoviti, koliko študentom pomeni prosti čas, s kom ga preživijo ter na kakšen način, kako so zadovoljni s PČA in ali PČA vplivajo na obvladovanje stresa pri študentih.

METODE

V raziskavi je sodelovalo 1000 študentov (skoraj 1 % celotne populacije študentov v Sloveniji) od tega 266 študentov in 734 študentk povprečne starosti 22,3 leta.

Podatke o zadovoljstvu študentov s PČA in stresu se je od 22. maja do 12. julija 2012 pridobilo s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, ki je nastal za potrebe raziskave na podlagi študija literature. Poleg demografskih vprašanj ga sestavljajo trije deli. Prvi del so vprašanja, ki se nanašajo na prosti čas. Drugi del je skrajšana verzija (Burlingame in Blaschko, 2002) Vprašalnika o zadovoljstvu v prostem času (Beard in Ragheb, 1980), ki je razdeljen na posamezna področja (psihološko, izobraževalno, socialno, relaksacijsko, fiziološko in estetsko). Posamezne trditve o PČA na področju se poda z ocenami od 1 do 5 (1 pomeni, da trditev za osebo nikoli ne velja, 5 pa, da velja vedno). Tretji del so vprašanja o stresu, prirejena po Preisinger (2010).

Opredelili smo naslednje alternativne hipoteze:

H1: Pomen prostega časa se razlikuje glede na spol.

H2: Študentke imajo manj prostega časa kot študentje.

H3: Študentje prvega letnika imajo manj prostega časa kot absolventi.

H4: Študentje se med tednom in vikendom bolj vključujejo v športne aktivnosti kot študentke.

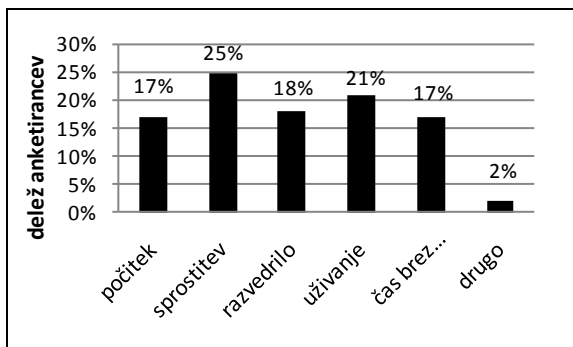
H5: Obvladovanje stresa je odvisno od letnika študija.

H6: PČA bolj pomagajo obvladovati stres študentkam kot študentom.

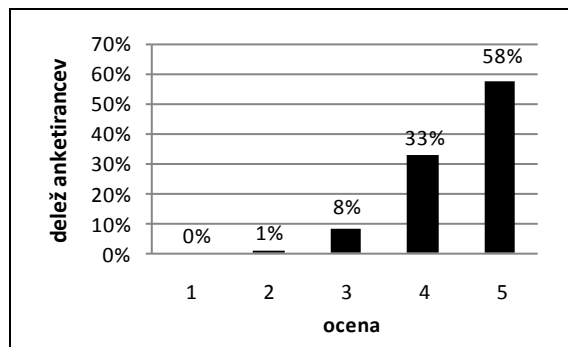
Za statistično analizo podatkov in prikaz rezultatov smo uporabili programa IBM SPSS Statistics 20.0.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA) in Microsoft Excel 2007 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA).

REZULTATI

Izmed 1000 anketirancev je 1. letnik obiskovalo 275 (27 %), 2. letnik 239 (24 %), 3. letnik 217 (22 %), 4. letnik 104 (10 %), 5. letnik 37 (4 %), 6. letnik 17 (2 %) študentov in 111 (11 %) pa je bilo absolventov.



Slika 1: Pomen prostega časa.



Slika 2: Ocena pomena prostega časa.

Prosti čas (slika 1) pomeni sprostitvev 25 % anketiranim študentom, 21 % uživanje in 18 % anketiranim razvedrilo. Več kot polovica (58 %) anketirancev je ocenila, da jim prosti čas pomeni zelo veliko (ocena 5 od možnih 5), nihče ni ocenil, da prosti čas ni pomemben (slika 2).

Tabela 1: Pomen prostega časa v odvisnosti od spola.

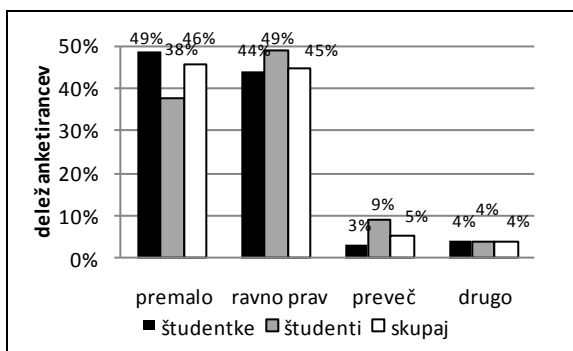
spremenljivke	homogenost varianc		t-test	
	F	P	t	p
P_POČITEK	0,862	0,354	0,513	0,608
P_SPROSTITVEV	5,754	0,017	1,191	0,234
P_RAZVEDRILLO	2,504	0,114	-0,75	0,454
P_UŽIVANJE	1,278	0,258	-0,551	0,582
P_ČAS BREZ	1,645	0,20	0,809	0,419

P = pomen prostega časa

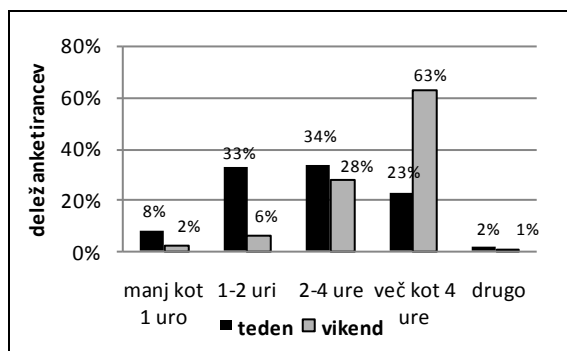
Z neodvisnim t-testom smo ugotovili, da ne obstajajo statistično značilne razlike v pomenu prostega časa med študentkami in študenti – tabela 1.

Da ima premalo prostega časa meni 46 % anketiranih študentov, 45 % ga ima ravno prav (slika 3). Izračun neodvisnega t-testa pa je pokazal, da ne obstajajo statistično značilne razlike v količini prostega časa med študentkami ($M^1 = 1,63$) in študenti ($M = 1,76$): $t = -2,312$, $p = 0,21$ (stopnja statistične pomembnosti $< 0,05$). Prav tako smo na osnovi neodvisnega t-testa ugotovili, da ne obstajajo statistično značilne razlike v količini prostega časa med študenti prvega letnika ($M = 1,65$) in absolventi ($M = 1,78$): $t = -1,675$, $p = 0,095$ (stopnja statistične pomembnosti $< 0,05$).

¹ M = aritmetična sredina

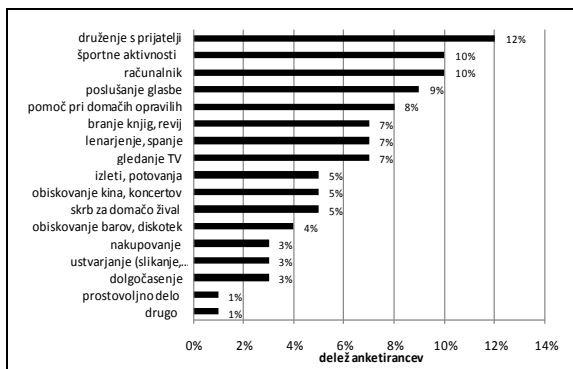


Slika 3: Količina prostega časa glede na spol.

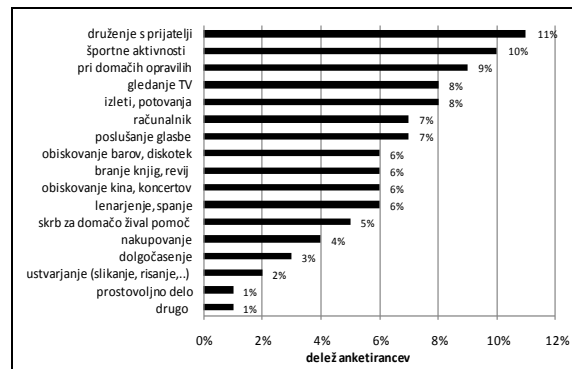


Slika 4: Čas, porabljen za PČA med tednom in med vikendom, na dan.

Med tednom prostemu času dnevno nameni 2–4 ure 34 % anketirancev, 33 % anketiranih 1–2 uri ter 23 % več kot 4 ure. Med vikendom pa prostemu času dnevno nameni več kot 4 ure, 28 % 2–4 ure in 6 % anketirancev 1–2 uri (slika 4).



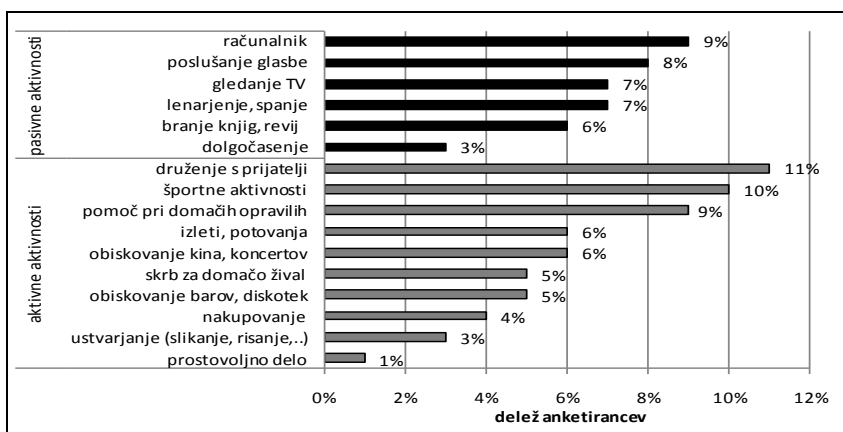
Slika 5: PČA med tednom.



Slika 6: PČA med vikendom.

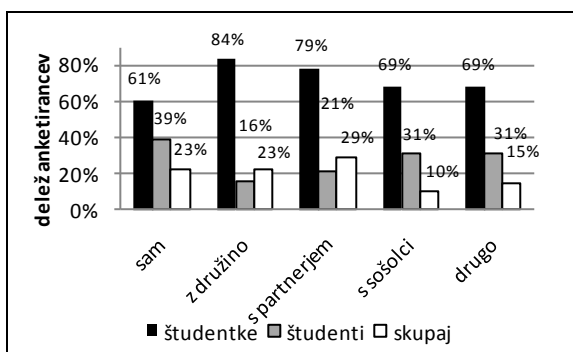
Med tednom se (slika 5) 12 % anketirancev družijo s prijatelji, po 10 % se jih ukvarja s športnimi aktivnostmi in z računalnikom (po 10 %), med vikendom pa se najpogosteje družijo s prijatelji (11 %), sledijo športne aktivnosti (10 %) in pomoč pri domačih opravilih (9 %) – slika 6.

Izračun neodvisnega t-testa je pokazal, da se študentje med tednom ($M = 0,80$) in med vikendom ($M = 0,79$) statistično pomembno bolj vključujejo v športne aktivnosti kot študentke (M teden = 0,69; M vikend = 0,70): t teden = 3,436; p teden = 0,001 in t vikend = 2,675; p vikend = 0,008; stopnja statistične pomembnosti $< 0,05$).

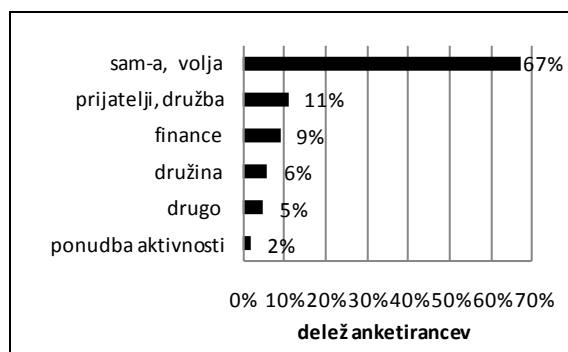


Slika 7: Delež aktivnih in pasivnih PČA pri anketirancih na dan.

Med aktivnimi PČA anketirancev prevladujeta druženje s prijatelji (11 %) in športne aktivnosti (10 %), med pasivnimi pa aktivnosti z računalnikom (9 %) in poslušanje glasbe (8 %) – slika 7.

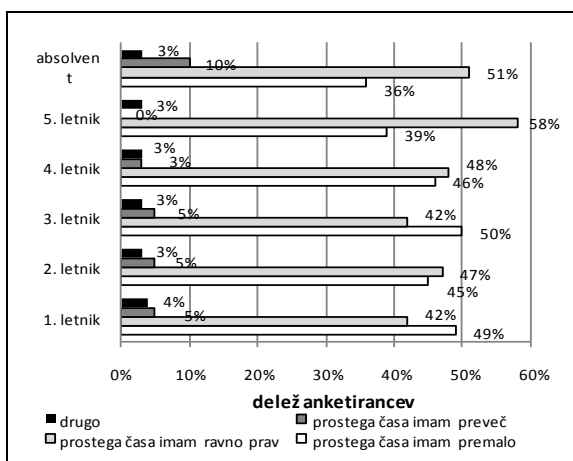


Slika 8: Preživljanja prostega časa glede na spol.

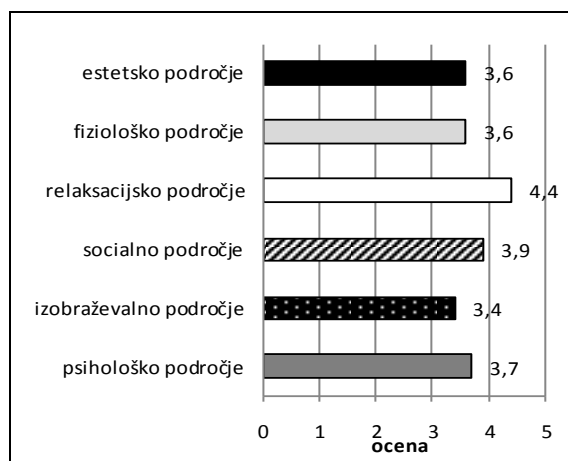


Slika 9: Vpliv na preživljanje prostega časa.

Anketiranci so na vprašanje, s kom preživljajo prosti čas, lahko izbrali več odgovorov. Največ prostega časa 29 % anketiranih preživi s partnerjem, po 23 % pa z družino ali sami. Kar 84 % študentk preživlja prosti čas z družino in 79 % s partnerjem, študenti pa najpogosteje (39 %) sami – slika 8. Na izbiro PČA (slika 9) ima pri anketirancih največji vpliv volja (67 %).



Slika 10: Količina prostega časa glede na letnik.



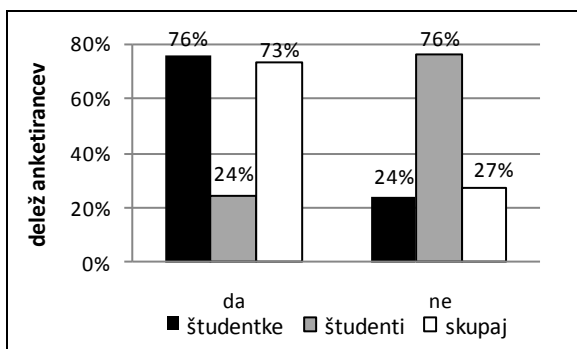
Slika 11: Skupne povprečne ocene zadovoljstva s prostim časom na posameznem področju.

Največ (49 %) anketiranih študentov prvega letnika meni, da imajo premalo prostega časa, 58 % anketirancev petega letnika ima ravno prav prostega časa, preveč prostega časa ima 10 % anketiranih absolventov (slika 10).

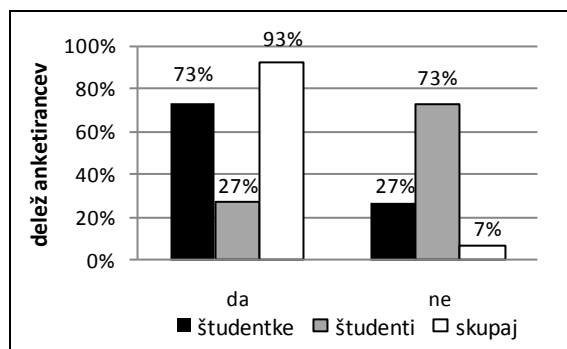
Študentje so pri ocenjevanju zadovoljstva na posameznem področju prostega časa (slika 11) najbolj ocenili relaksacijsko področje ($M = 4,4$), nato socialno področje ($M = 3,9$) ter psihološko področje ($M = 3,7$), najslabše pa so ocenili izobraževalno področje ($M = 3,4$).

Da PČA vplivajo na lažje opravljanje študijskih obveznosti (slika 12) meni 73 % anketirancev, od tega 76 % študentk in 24 % študentov.

Obenem se 93% sodelujočih strinja, da jim PČA pomagajo pri obvladovanju stresa. Študentkam (73 %) PČA bolj pomagajo pri obvladovanju stresnih situacij kot študentom (27 %) – slika 13.

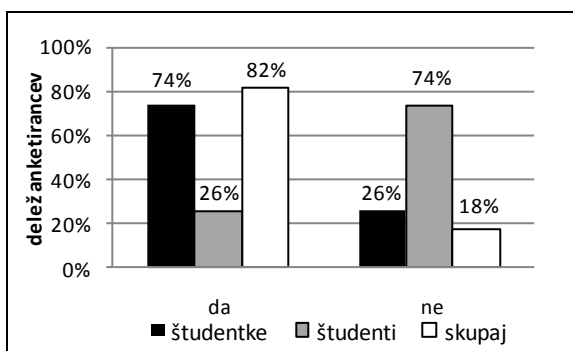


Slika 12: Vpliv PČA na lažje opravljanje študijskih obveznosti.



Slika 13: PČA pomagajo pri obvladovanju stresa.

Izračun χ^2 je pokazal, da tudi ni statistično pomembne povezave med letnikom študija in obvladovanjem stresa: $\chi^2 = 9,122$; $p = 0,244$ (stopnja statistične pomembnosti $< 0,05$). Z neodvisnim t-testom tudi smo ugotovili, da ne obstajajo statistično značilne razlike glede pomoči PČA pri obvladovanju stresa med študentkami in študenti: $t = 0,454$; $p = 0,65$ (stopnja statistične pomembnosti $< 0,05$).



Slika 14: PČA kot aktivnosti, ki pri anketiranih v največji meri preprečujejo/zmanjšujejo stres.

Kar 82 % anketiranih študentov (74 % študentk in 26 % študentov) meni, da so PČA tiste, ki jim v največji meri pomagajo pri zmanjševanju in preprečevanju stresa (slika 14).

RAZPRAVA

V raziskavi je sodelovalo 1000 študentov, kar je skoraj 1 % celotne populacije študentov v Sloveniji v šolskem letu 2011/12, od tega 266 študentov in 734 študentk. Njihova povprečna starost je bila 22,3 leta. Predvidevamo, da je razlog za večjo udeležbo študentk pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika v tem, da je na fakultetah, kjer je bil večji odziv na anketo, vpisanih več študentk (npr. Fakulteta za socialno delo, Zdravstvena fakulteta, Pedagoška fakulteta, itd.).

Prosti čas ima za vsakega posameznika lahko povsem različen pomen (Derganc, 2004). Največ anketiranim pomeni prosti čas (slika 1) sprostitvev (25 %) in uživanje (21 %).

Več kot polovica anketiranih študentov (58 %) je ovrednotilo prosti čas kot zelo pomemben (ocena 5 od možnih 5) – slika 2, ne obstajajo pa statistično značilne razlike v pomenu prostega časa med študentkami in študenti.

Ugotavljamo, da glede količine prostega časa ni bistvenih razlik med letniki, saj so študentje v večini menili, da imajo ravno prav prostega časa (45 %). Skoraj polovica (46 %) vseh anketiranih, od tega 49 % študentk in 38 % študentov, meni, da ima premalo

prostega časa in le 9 % študentov in 3 % študentk ga ima preveč. Zanimivo je, da glede na obveznosti, ki jih imajo, ni več študentov odgovorilo, da jim prostega časa primanjkuje (slika 3). Z neodvisnim t-testom smo ugotovili, da ne obstajajo statistično značilne razlike v količini prostega časa med študenti prvega letnika ($M = 1,65$) in absolventi ($M = 1,78$), $p = 0,095$ in prav tako ni statistično značilnih razlik v količini prostega časa med študentkami ($M = 1,63$) in študenti ($M = 1,76$); $p = 0,21$.

Prosti čas lahko preživljamo aktivno ali pasivno. Med tednom pri anketiranih študentih prevladujejo pasivne aktivnosti, kot so gledanje televizije (7 %), branje knjig (7 %), uporaba računalnika (10 %), med vikendom pa aktivne aktivnosti kot so različne športne aktivnosti (10 %), izleti, potovanja (8 %) – slika 5. Izsledki raziskave so pokazali, da sta najpogostejši aktivni obliki preživljanja prostega časa študentov druženje s prijatelji (11 %) in različne športne aktivnosti (10 %) – slika 7. Med pasivnimi oblikami preživljanja prostega časa pa prevladujejo aktivnosti z uporabo računalnika (9 %), poslušanje glasbe (8 %) ter gledanje televizije (7 %) in lenarjenje, spanje (7 %). Ule (2008) prav tako ugotavlja, da mladi od pasivnih oblik največ časa namenijo gledanju televizije in lenarjenju, od aktivnih oblik pa športnim aktivnostim in druženju s prijatelji, medtem ko se za prostovoljne oblike dela skoraj ne odločajo. Tudi Bajzek in sod. (2008) ugotavljajo, da mladi v svojem prostem času posvečajo veliko pomembnosti druženju s prijatelji, saj jim prijateljstvo veliko pomeni.

Čeprav se študente zelo spodbuja k prostovoljnemu delu, smo ugotovili, da se jih za to obliko preživljanja prostega časa odloči zgolj 1 % (slika 5 in slika 6), kar je veliko manj od ugotovitev raziskave Eurobarometra (2010), ki je pokazala, da se s prostovoljnim delom ukvarja 31 % mladih med 15. in 24. letom. Razlogi so najverjetneje različni, menimo, da je med njimi tudi pomanjkanje časa.

Na način preživljanja prostega časa pomembno vplivajo spol in starost anketiranih (Kuhar, 2006, cit. po Fištravec, 2009), družinske in socialne razmere, bivališče, učni uspeh, sposobnosti in interesi (Derganc, 2004). Tako so Czabak - Garbacz et al. (2002) pri raziskovanju prostočasnih navad študentov ($N = 114$) ugotovili, da imajo študentke manj prostega časa in da so športne aktivnosti bolj priljubljene pri študentih kot pri študentkah. Tudi mi smo z neodvisnim t-testom ugotovili statistično pomembno razliko med spoloma pri vključevanju v športne aktivnosti, in sicer se študenti med tednom ($M = 0,80$) in med vikendom ($M = 0,79$) bolj vključujejo v športne aktivnosti kot študentke (M teden = $0,69$; M vikend = $0,70$); p teden = $0,001$ in p vikend = $0,008$.

Ugotovili smo, da finančno stanje vpliva na izbiro PČA pri 9 % anketiranih študentov (slika 9). Preostalim finančno stanje ne predstavlja razloga za neizvajanje zelenih PČA, za katere se v 67 % odločajo sami. Glede na velik vpliv recesije smo pričakovali, da bo delež anketiranih študentov, ki zaradi finančnega stanja ne bodo mogli izbrati zelene PČA, večji. Ugotovili smo tudi, da slaba tretjina anketirancev preživi svoj prosti čas s partnerji (29 %), in sicer več študentk (79 %) kot študentov (21 %), 23 % ga preživi z družino (84 % študentk in 16 % študentov) in sami (23 %), s prijatelji pa 15 % študentov, od tega 31 % študentov in 69 % študentk (slika 8).

Struktura dneva in delež PČA se pri študentih zaradi različnih obveznosti med tednom in vikendom razlikuje. Iz raziskave je razvidno, da študentje med tednom (slika 4) namenijo PČA manj časa kot med vikendom, saj večina študentov (34 %) dnevno med tednom porabi 2–4 ure za PČA, med vikendom pa več kot 4 ure dnevno (23 %).

Zadovoljstvo in uspehi, ki jih oseba doživlja v PČA, so zanjo pomembni, saj pomagajo ublažiti posledice negativnih izkušenj in stresa ter pridobiti ponovno zaupanje v lastne sposobnosti (Hinojosa in Blount, 2009). Zadovoljstvo anketiranih študentov je najvišje na relaksacijskem področju prostega časa ($M = 4,4$), sledi socialno področje ($M = 3,9$). Na

tretjem mestu je psihološko področje ($M = 3,7$), četrto mesto si delita fiziološko in estetsko področje ($M = 3,6$), najmanj pa študente zadovoljuje izobraževalno področje ($M = 3,4$).

Študentje (93 %) se strinjajo, da PČA oz. sprostitve v njih pozitivno vplivajo in jim pomagajo pri obvladovanju stresa, ki se posledično pojavlja zaradi študijskih obveznosti (slika 13). Tudi Tušak in Masten (2008) menita, da si z vsakodnevnim sproščanjem človek ponovno napolni zalogo energije za soočanjem s stresom.

Na podlagi izračuna χ^2 ugotovljamo, da ni statistično pomembne povezave med letnikom študija ter obvladovanjem stresa ($p = 0,244$). Ugotovili smo tudi, da PČA pomagajo bolje obvladovati stres študentkam (73 %) kot študentom (27 %), vendar neodvisni t-test ni pokazal statistično značilnih razlik med spoloma ($p = 0,65$).

Aktivno preživljanje prostega časa, povezano s pozitivnimi razvojnimi rezultati, pripomore npr. k boljšemu uspehu, prilagodljivosti, boljšemu duševnemu zdravju in lažjemu opravljanju študijskih obveznosti (Coatsworth et al., 2005, cit. po Kuhar, 2008). Kot meni 74 % anketiranih študentk in 26 % anketiranih študentov, so PČA tiste, ki pri njih v največji meri preprečujejo ali vsaj zmanjšujejo stres – slika 14. PČA pri 76 % študentk in pri 24 % študentov vplivajo tudi na to, da lažje opravljajo študijske obveznosti – slika 12.

Analiza podatkov je potrdila le hipotezo, da se študenti med tednom in vikendom bolj vključujejo v športne aktivnosti kot študentke. Vse preostale hipoteze: da se pomen prostega časa razlikuje glede na spol, da imajo študentke manj prostega časa kot študenti, da imajo študentje prvega letnika manj prostega časa kot absolventi, da je obvladovanje stresa odvisno od letnika študija ter da PČA bolj pomagajo obvladovati stres študentkam kot študentom, pa smo zavrnil.

SKLEP

Študente bi bilo potrebno informirati o stresu in njegovih posledicah ter o pomembnosti vključevanja v PČA ter jih spodbujati k čim večji vključitvi v različne PČA, kar bi jim pomagalo pri obvladovanju/zmanjševanju stresa. Pri tem imajo pomembno vlogo tudi delovni terapevti.

Mladostnik, ki mu v dnevno strukturo uspe vpeljati PČA, gradi svojo identiteto, oblikuje svojo samopodobo in obvladuje/zmanjšuje stres. Vse to je dobra naložba v prihodnost, saj stres in negativni vplivi niso omejeni samo na študijsko obdobje, temveč se pojavljajo vse življenje. Tudi s pomočjo PČA bo mladostnik učinkovito obvladoval stres in te strategije uspešno uporabljati v poznejših obdobjih.

LITERATURA

Arnett JJ (2006). The psychology of emerging adulthood: What is known, and what remains to be known. V: Arnett JJ in Tanner JL (ur.), *Emerging adults in america*. Washington, DC: American Psychological Association, 303-330.

Bajzek J, Bajzek R, Bedernjak K in sod. (2008). *Odiseja mladih*. Sociološka raziskava o mladini. Radovljica: Založba Didakta.

Beard JG, Ragheb MG (1980). Measuring leisure satisfaction. *J Leisure Res* (first quarter): 20-33.

Burlingame J, Blaschko TM (2002). *Assessment Tools for Recreational Therapy* (3rd ed.). Ravensdale, WA: Idyll Arbor: 159–62, 263.

Caldwell LL (2005). Leisure and health: why is leisure therapeutic. *Br J Guid Counc* 33 (1): 7-26.

Caldwell L, Smith AE (2006). Leisure as a Context for Youth Development and Delinquency Prevention. *Aust N Z J Criminol* 39 (3): 398-418.

-
- Connolly K, Law MC, MacGuire B. (2005). Measuring Leisure Performance. In: Law MC, Baum CM, Dunn W, eds. *Measuring Occupational Performance: Supporting best Practice in Occupational Therapy*, 2nd ed. Thorofare New Jersey: Slack Incorporated, 249-57.
- Cassidy T (2005). Leisure, coping and health: the role of social, family, school and peer relationship factors. *Br J Guid Counsell* 33 (1): 51- 67.
- Czabak - Garbacz R, Skibniewska A, Mazurkiewicz P, Gdula A (2002). Ways of spending leisure time by the third year- students of the Faculty of Pharmacy, Medical University of Lublin. *Annales Universitatis Mariae Curie – Sklodowska* 57 (1): 257-263.
- Derganc S (2004). *Prosti čas mladih*. Ljubljana. Salve: Društvo Mladinski ceh.
- Eurobarometer 73 (2010). Europeans and voluntary work. *Public Opinion in the European Union* 2: 167-173.
- Fištravec A (2009). Prosti čas in participacija mladih. V: *Med otroštvom in odraslostjo - analiza položaja mladih v Sloveniji 2009*. Publikacija ministrstva za šolstvo in šport - Urad za mladino in inštitut RS za socialno varstvo, 113-127.
- Gril A (2006). *Prosti čas mladih v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Hinojosa J, Blount ML, eds. (2009). *The texture of life: Purposeful activities in the context of occupation*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association (AOTA), Press, 258-288.
- Kristančič A (2007). *Svoboda izbire-moj prosti čas*. Ljubljana: A. A. Inserco d.o.o. svetovalna družba
- Kuhar M (2008). Prosti čas mladih v 21. stoletju. V: *Mladi in prosti čas*. Zbornik posveta mladi in prosti čas- Ministrstvo za šolstvo in šport. Urad RS za mladino, 17- 30.
- Majnemer, A. (2010). Balancing the boat: Enabling an ocean of possibilities. *Can J Occup Ther* 77 (4): 198-205.
- Neumayer B, Wilding C (2005). Leisure as Commodity. In: Whiteford G, Wright V. *Occupation and Practice in Context*. Elsevier Churchill Livingstone, 317-331.
- Poštrak M (2006). Nasilje kot sporočilo. *Šolsko-svetovalno delo* 11 (3-4): 3-8.
- Preisinger U (2010). *Stres pri študentih*. Diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za družbene vede.
- Scagnetti N (2007). Preživljanje prostega časa (televizija, računalnik). V: *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju - HBSC 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 65-79.
- Tušak M, Masten R (2008). *Stres in zdravje*. Ljubljana: Fakulteta za šport. Inštitut za kineziologijo, 57-96.
- Ule M (2008). *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Zupančič M (2004). Opredelevanje razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V: Marjanovič Umek L in Zupančič M. ur. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 511–524.

Ocenjevanje v obravnavi posameznikov s težavami na mišičnoskeletnem področju

The evaluation of the treatment of individuals with musculoskeletal problems

Katja Mahnič, Vitoslava Marušič
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Za delovnoterapevtsko ocenjevanje je značilno, da poteka po zaporednih korakih, vezanih na hierarhično urejene ravni posameznikovega delovanja. Pri tem sta možna dva pristopa, od zgoraj navzdol ali od spodaj navzgor. **Udeleženci:** Posamezniki s težavami na mišičnoskeletnem področju. **Metoda:** Pregled tuje in domače strokovne literature. **Rezultati:** Delovnoterapevtska obravnava poteka po biomehanskem modelu. Ocenjevanje poteka na ravni telesnih funkcij in zgradb. Osnovne dejavnike biomehanske kapacitete ocenjujemo s fizičnim ocenjevanjem telesnih zgradb in funkcij ali pa z ocenjevanjem funkcionalnosti gibanja, bodisi v okviru ocenjevanja izvedbe aktivnosti, bodisi z uporabo posebnih ocenjevalnih instrumentov. **Ugotovitve:** Zaradi usmerjenosti na najnižjo raven človekovega delovanja je delovnoterapevtska obravnava posameznikov s težavami na mišičnoskeletnem področju pogosto deležna negativnega vrednotenja. Pri tem se postavlja vprašanje, ali je tako vrednotenje upravičeno ali pa je zgolj posledica konceptualnega nerazumevanja.

Ključne besede: ocenjevalni instrumenti, funkcije in strukture, biomehanska kapaciteta, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Assessment in occupational therapy is typically carried out in consecutive steps related to the hierarchically ordered levels of an individual's performance. In this context, two approaches are possible, top-down or bottom-up. **Participants:** Individuals with musculoskeletal disorders. **Method:** Slovene and international professional literature review. **Results:** The basis of the occupational therapy treatment of individuals with musculoskeletal disorders is the biomechanical model. Assessment takes place at the level of body functions and structures. Basic factors of individual's biomechanical capacity are evaluated by physical assessment of body functions and structures or by assessing the functionality of movement either through the performance evaluation or with the use of specific assessment tools. **Conclusions:** Due to its focus on the lowest level of individual's performance occupational therapy treatment of individuals with musculoskeletal disorders is often negatively valued. This raises the question whether such an evaluation is justified or merely the result of a conceptual misunderstanding.

Key words: assessment tools, body functions and structures, biomechanical capacity, occupational therapy

IZHODIŠČA

Ocenjevanje je eden najpomembnejših delov delovnoterapevtske obravnave, ki poteka na vsakem koraku obravnave. Gre torej za kontinuiran proces (Hocking, 2010). Na ta proces vplivajo številni dejavniki. Najpomembnejši med njimi je zavedanje, da je izvedba okupacije vedno rezultat medsebojnega delovanja posameznika, okupacije in okolja. Pomembni dejavniki so poleg tega še zavezanost k na uporabnika usmerjeni obravnavi, praksi, temelječi na dokazih, ter rigoroznosti ocenjevanja. Nenazadnje je pomemben dejavnik ocenjevanja tudi okolje (Hocking, 2010).

V skladu z glavnim predmetom svoje obravnave – sposobnostjo posameznika, da se vključuje v okupacije - delovni terapevt ocenjuje najprej zato, da bi razumel, kaj posamezniku pomenijo okupacije oz. vloge, ki jih te igrajo v njegovem življenju, ter dalje, da bi razumel dogajanje, ko je posameznikovo vključevanje v okupacije prekinjeno oz. nefunkcionalno (Hocking, 2010). Podatki, ki jih delovni terapevt pridobi v procesu ocenjevanja, in jih kasneje v procesu evalvacije analizira oz. interpretira, predstavljajo nujno potrebno osnovo za načrtovanje in izvedbo vsake delovnoterapevtske intervencije (Reed in Nelson Sanderson, 1999).

Za delovnoterapevtsko ocenjevanje je značilno, da poteka ocenjevanje po zaporednih korakih, vezanih na hierarhično urejene ravni posameznikovega delovanja. Čeprav je namreč v delovnoterapevtski praksi v uporabi več različnih konceptualnih modelov, pa vsi modeli temeljijo na ideji, da lahko človekovo vključevanje v okupacije opazujemo na različnih, hierarhično urejenih ravneh. Ne glede na terminologijo, vezano na posamezni konceptualni model, je pri tem najnižja raven razumljena kot raven osnovnega, funkcionalnega delovanja, najvišja raven pa kot raven dejavnega vključevanja v družbo, ki jo omogoča sodelovanje v okupacijah.

V okviru takega razumevanja človekovega delovanja, se v literaturi kot možna pojavljata zlasti dva pristopa ocenjevanja posameznikove sposobnosti vključevanja v okupacije: pristop, ki začne ocenjevanje na najnižji ravni in napreduje proti najvišji ravni človekovega delovanja (t.i. pristop BOTTOM-UP), ter pristop, ki, obratno, začne z ocenjevanjem na najvišji ravni in se spušča proti najnižji ravni človekovega delovanja (t.i. pristop TOP-DOWN). Pri prvem pristopu ocenjevalca zanima posameznikova okupacijska zgodovina in interesi, pri drugem pa se osredotoča na identifikacijo problemov pri posameznih komponentah izvedbe (Foti, 2001).

Uveljavitev pristopa TOP-DOWN je v delovni terapiji prinesla precejšnjo spremembo prakse, razvoj novih standardiziranih ocenjevalnih instrumentov in uvedbo nove terminologije (Hocking, 2010). Vendar pa različni avtorji posebej poudarjajo, da je kljub temu tudi pristop BOTTOM-UP v delovno terapevtski praksi v določenih okoliščinah še vedno uporaben oz. celo potreben. Njegova vrednost naj bi bila nedvomna zlasti takrat, ko se ga uporablja kot pomoč pri odločanju o obliki delovno terapevtske strategije, pri postavljanju diferencialnih delovno terapevtskih diagnoz in ocenjevanju posameznikovih potencialov za razvoj posameznih spretnosti (Hocking, 2010).

Kot precej produktivno se v delovno terapevtski praksi kaže povezovanje obeh pristopov. Kot poudarja Fotijeva, naj bi več delovni terapevt vedno združeval svoje razumevanje posameznikovih primanjkljajev na ravni funkcionalnega delovanja in njihov vpliv na izvedbo okupacije. To naj bi mu omogočalo načrtovanje delovno terapevtske intervencije tako v smeri izboljševanja ali nadomeščanja funkcionalne komponente, pri kateri je zaznal primanjkljaj, kot tudi v smeri kompenzacijskih strategij, ki bodo posamezniku omogočile izboljšanje izvedbe okupacije (Foti, 2001) in s tem vključevanje v družbo.

V delovno terapevtski praksi torej prevladuje ocenjevanje po pristopu TOP-DOWN. Še več, nekateri konceptualni modeli ga celo izrecno zapovedujejo (prim. npr. Trombly Latham, 2008a). Vendar pa tudi v okviru takega ocenjevanja delovni terapevt nikakor ne zanemara bolj temeljnih sposobnosti oz. spretnosti, potrebnih za uspešno izvedbo okupacije (Fasoli, 2008). Šele ocena delovanja na funkcionalni ravni mu namreč pogosto omogoča pojasnitev težav, ki jih je zaznal pri posameznikovi izvedbi dejavnosti, ki jih ta potrebuje ali želi opravljati oz. se od njega pričakuje, da jih bo opravljal (prim. Fasoli, 2008).

Pri ocenjevanju lahko uporabljamo različne oblike ocenjevalnih instrumentov in orodij. V grobem lahko ocenjevalne instrumente razdelimo na standardizirane in nestandardizirane (gl. npr. Bowling, 2009). To velja tudi za ocenjevanje v okviru delovno terapevtske obravnave (prim. npr. Hocking, 2010; Williams Pedretti, 2001b). Odločitev za eno ali drugo možnost je odvisna od različnih dejavnikov, mdr. namena ocenjevanja, posameznika, ki ga ocenjujemo, okolja, v katerem ocenjevanje poteka (Kielhofner, 2009). Kot vzrok za uporabo nestandardiziranih instrumentov, ki jih razvijejo delovni terapevti sami, se pogosto navaja tudi na uporabnika usmerjeno obravnavo.

Obe obliki ocenjevalnih instrumentov imata svoje prednosti in pomanjkljivosti. Standardizirani testi imajo potrjeno veljavnost in zanesljivost (torej znane psihometrične oz. klinometrične lastnosti), kar ocenjevalcu omogoča primerjavo rezultatov kontinuiranega ocenjevanja in primerjavo rezultatov ocenjevanja posameznika s sprejetimi normami. Nestandardizirani testi nimajo potrjene veljavnosti, njihova izvedba in interpretacija rezultatov je precej bolj subjektivna. Poleg tega omogočajo prireditev ocenjevalnih parametrov glede na potrebe posameznega ocenjevanja (prim. npr. Hocking, 2010; Williams Pedretti, 2001b).

Zaradi specifičnosti človekovega delovanja na različnih ravneh sta oba vidika ocenjevalnih instrumentov, torej hierarhična raven, ki jo ocenjujemo, in tip ocenjevanja, pogosto povezana. Ocenjevanje na ravni struktur in funkcij poteka s pomočjo standardiziranih, veljavnih in zanesljivih ocenjevalnih instrumentov, pri ocenjevanju na ravni okupacije pa so delovni terapevti večinoma vezani na bolj subjektivne načine pridobivanja informacij: neformalne pogovore in polstrukturirane intervjuje, življenjske zgodbe ipd. (Weinstock-Zlotnick, Hinojosa, 2004).

Namen prispevka je predstaviti različne načine ocenjevanja, ki jih delovni terapevti uporabljajo pri obravnavi posameznikov s težavami na mišičnoskeletnem področju. Ker gre predvsem za ocenjevanje biomehanske kapacitete, bo posebna pozornost namenjena negativnemu vrednotenju ocenjevanja, osredotočenega na najnižjo raven človekovega delovanja, in njegovi upravičenosti.

METODE

V prispevku so predstavljeni rezultati pregleda domače in tuje strokovne literature s področja delovnoterapevtske obravnave oseb s težavami na mišičnoskeletnem področju, s posebnim poudarkom na področju ocenjevalnih instrumentov.

REZULTATI

Delovnoterapevtska obravnava oseb s težavami na mišičnoskeletnem področju

Temelj delovnoterapevtske obravnave posameznika s težavami na mišičnoskeletnem področju je biomehanski model (Flinn in sod., 2008b). Model izhaja iz načel kinetike in kinematike. Temeljni trije koncepti modela so obseg gibanja v sklepu, moč mišice oz. mišične skupine ter vzdržljivost, poleg tega pa so pomembni tudi nekateri izpeljani

koncepti, mdr. ravnotežje ter stabilnost in gibljivost sklepov (Reed in Nelson Sanderson, 1999). Delovno terapijo zanima predvsem, kako posameznikova sposobnost stabilizacije ter gibanja telesa in njegovih delov vpliva na njegovo doseganje gibanja, potrebnega za izvedbo okupacije (Kielfohner, 2009; Golledge, 2010). Težave na tem področju kot posledice biomehanskih omejitev so lahko rezultat poškodb, bolezni in motenj ali pretirane oz. premajhne uporabe gibalnega sistema. Tesno povezana s problemi gibanja sta tudi področji senzoričnih problemov in bolečine. Čeprav nista strogo gledano domena biomehanskega modela, pa ju je potrebno zaradi njunega vpliva na gibanje pri obravnavi posameznika s težavami na mišičnoskeletnem področju pogosto upoštevati (Kielfohner, 2009).

Glavni cilj delovnoterapevtske obravnave posameznika s težavami na mišičnoskeletnem sistemu je zmanjševanje razkoraka med njegovo sposobnostjo gibanja (biomehanska kapaciteta) in gibalnimi zahtevami, potrebnimi za izvedbo okupacij. V splošnem so možni trije pristopi za doseganje tega cilja: preprečevanje razkoraka oz. vsaj njegovega povečevanja (preventiva), zmanjševanje razkoraka s povečevanjem biomehanske kapacitete (restavracija) in premoščanje razkoraka s sredstvi, ki niso vezana na sam mišičnoskeletni sistem (kompenzacija) (Kielhofner, 2009; prim. tudi Reed in Nelson Sanderson, 1999).

Ocenjevanje v obravnavi oseb s težavami na mišičnoskeletnem področju

Ocenjevanje v okviru biomehanskega modela poteka na najnižji ravni, na ravni telesnih funkcij in zgradb. Obsega ocenjevanje obsega gibanja v sklepu, moči mišice oz. mišične skupine ter vzdržljivosti. Vendar pa se delovni terapevt ne osredotoča na možni primanjkljaj na teh treh področjih sam na sebi, pač pa ga zanima, kako ta primanjkljaj vpliva na posameznikovo izvedbo okupacije. Ker učinkovitost izvedbe razume kot rezultat medsebojnega odnosa posameznika, zahtev izvedene okupacije in okolja, v kateri je ta potekala, je rezultat ocenjevanja le izhodišče za oceno posameznikove kapacitete (Flinn in sod., 2008a).

Kompleksno razumevanje človekove dejavnosti omogočata delovnemu terapevtu, da tudi na tej, najnižji ravni ocenjevanja posameznikovo sposobnost vključevanja v okupacije ocenjuje na različne načine. Prvi način je fizično ocenjevanje posameznih telesnih zgradb in funkcij, ki predstavljajo temelj gibanja. Pri drugem in tretjem načinu telesne zgradbe in funkcije ocenjuje v okviru izvedbe določene dejavnosti. Načina se ločita po tem, ali gre pri izvedeni dejavnosti za realno dejavnost (vzeto iz vsakdanjega življenja), ali funkcionalno dejavnost, prirejeno za ocenjevanje posameznih telesnih zgradb in funkcij, potrebnih za njeno izvedbo.

Fizično ocenjevanje telesnih zgradb in funkcij

Za fizično ocenjevanje posameznikovih telesnih zgradb in funkcij se uporablja preizkušene in dobro uveljavljene metode in orodja. Glede na to, da gre navidezno za najbolj osnovno obliko ocenjevanja oz. merjenja posameznikove biomehanske kapacitete, bi pričakovali, da ga izvedemo najprej. Vendar pa je fizično ocenjevanje in merjenje obsega gibanja, mišične moči in vzdržljivosti prekompleksno in preobsežno, da bi ga izvedli v prvem koraku. V praksi se ga izvaja po tem, ko delovni terapevt z opazovanjem posameznika pri aktivnosti (strukturiranim ali nestrukturiranim) identificira potencialne primanjkljaje. Nikoli se ga tudi ne izvaja v celoti (Trombly Latham, 2008b).

Obseg gibanja v sklepu oz. kot, ki ga ud opiše ob premikanju skozi os sklepa, merimo z goniometrom. Ločimo aktivni obseg gibanja v sklepu, ki ga merimo, ko je gibanje v sklepu posledica delovanja mišic, in pasivni obseg gibanja v sklepu, ki ga merimo, ko je gibanje v

sklepu posledica zunanje sile (Williams Pedretti, 2001c; Flinn in sod., 2008a). Vzrok za zmanjšan obseg gibanja v sklepu so ponavadi spremembe v tkivih (koža, sklepni hrustanec, mišica), edem ali bolečina. Če je izmerjeni aktivni obseg gibanja v sklepu manjši od pasivnega, pa je lahko vzrok za to zmanjšana mišična moč (Flinn in sod., 2008a).

Mišično moč ocenjujemo z manualnim mišičnim testiranjem (MMT), pri čemer merimo največjo kontrakcijo mišice oz. mišične skupine (*maximum voluntary contraction*; MVC). To dosežemo s tipanjem mišične kontrakcije, merjenjem obsega gibanja sklepa pri aktivni mišični kontrakciji in oceno odpora, ki ga lahko nudi mišica s kontrakcijo (Williams Pedretti, 2001d; Flinn in sod., 2008a). Zmanjšana mišična moč je posledica poškodb ali motenj delovanja spodnjega motoričnega nevrona, primarnih mišičnih bolezni ali nevroloških obolenj, ki prizadenejo spodnji motorični nevron (Williams Pedretti, 2001d).

Poleg manualnega ocenjevanja lahko mišično moč posameznih telesnih segmentov merimo tudi s pomočjo različnih orodij. Tako lahko npr. moč prijema (*grip*) merimo z dinamometrom, vščip (*pinch*) pa s posebno napravo, ki meri moč stiska prstov pri različnih načinih stiskanja (Kasch, 2001; Flinn in sod., 2008a). V zadnjem času je bilo razvitih tudi več kompleksnih, računalniško vodenih sistemov, ki omogočajo merjenje mišične moči in / ali vzdržljivosti. Ocenjevalni programi omogočajo izredno sofisticirane rezultate, ki podrobno predstavljajo posameznikovo biomehansko kapaciteto (Kielhofner, 2009).

Vzdržljivost kot sposobnost vzdrževanja navora, potrebnega za izvedbo dejavnosti, ima dve komponenti, kardiopulmonarno in mišično (Flinn in sod., 2008a). V splošnem vzdržljivost lahko ocenjujemo na dva načina, dinamično ali statično. V okviru dinamičnega ocenjevanja imamo spet dve možnosti: lahko jo ocenjujemo s pomočjo t.i. metaboličnega ekvivalenta (MET), torej deležem maksimalnega srčnega ritma, ki ga ustvarja aerobna dejavnost, ali pa s pomočjo merjenja števila ponovitev določene dejavnosti v časovni enoti. V okviru statičnega ocenjevanja merimo časovno obdobje, v katerem mišica lahko vzdržuje kontrakcijo (Flinn in sod., 2008a).

Zmanjšana fizična vzdržljivost posameznika je lahko posledica najrazličnejših dejavnikov. Te lahko delimo na tiste, ki omejujejo kardiopulmonarno vzdržljivost (najrazličnejša kardiopulmonarna obolenja in motnje delovanja), in tiste, ki omejujejo mišično vzdržljivost (med drugim zmanjšana moč posameznih mišic oz. mišičnih skupin, omejitve obsega gibanja v posameznih sklepih). Pomembni dejavnik, ki prispeva k zmanjšanju fizične vzdržljivosti posameznika je tudi bolečina. Pogosto so težave prisotne na vseh treh področjih, torej na področju obsega gibanja v sklepih, mišične moči in fizične vzdržljivosti (prim. npr. Golledge, 2010).

Funkcionalno ocenjevanje gibanja med izvedbo aktivnost / okupacije

Funkcionalno ocenjevanje gibanja lahko izvedemo že v okviru dinamične analize aktivnosti, pri čemer ne ocenjujemo, kaj med izvedbo dela posameznik, pač pa kaj med izvedbo dela njegovo telo (Chard, 2010). Taka ocena je močno subjektivna, saj način izvedbe posamezne aktivnosti pri posameznikih močno variira (Phillips Killingsworth in Williams Pedretti, 2001). Poleg tega je potrebno upoštevati tudi, da na izvedbo aktivnosti poleg telesnih lastnosti vplivajo tudi drugi dejavniki, med njimi kognitivne in perceptualne sposobnosti, emocionalno stanje, kulturno ozadje in interesi posameznika (Trobly Latham, 2008b).

Svoje ocenjevanje lahko delovni terapevt do določene meje naredi bolj rigorozno z uporabo t.i. biomehanske analize aktivnosti. To naredi tako, da aktivnost, ki jo bo posameznik izvedel, najprej natančno analizira. Najprej mora identificirati zahteve aktivnosti. Nato mora identificirati sposobnosti in kapacitete posameznika, potrebne za njeno uspešno izvedbo: določiti mora posamezne korake aktivnosti, oceniti obseg gibanja v posameznih sklepih, identificirati aktivnost posameznih mišic oz. mišičnih skupin ter vrsto

kontraktij, oceniti minimalno moč posameznih mišic oz. mišičnih skupin pri izvedbi posameznih korakov (Trombly Latham, 2008b).

Pri ocenjevanju izvedbe aktivnosti nato delovni terapevt ocenjuje dejanske obsege gibanja v sklepih in moč ter vrsto mišične kontrakcije posameznika, ki ga ocenjuje. Čeprav je variabilnost izvedbe pri posameznikih precej velika in obstaja možnost nadomeščanja uporabe določenih mišic oz. mišičnih skupin pri posameznem gibu z drugimi, pa so v povprečju nekateri gibi in mišične akcije bolj verjetne kot druge. Zato rezultat biomehanske analize aktivnosti delovnemu terapevtu lahko vseeno da dobro sliko o posameznikovih biomehanskih kapacitetah. Pri tem pa mora biti vodilo ocenjevanja, da je dejansko izvedbo aktivnosti pri posamezniku potrebno preveriti, ne pa vnaprej predpostaviti (Trombly Latham, 2008b).

Funkcionalno ocenjevanje gibanja s pomočjo posebnih ocenjevalnih instrumentov

Funkcionalnost gibanja posameznika lahko merimo tudi s pomočjo ocenjevalnih instrumentov, posebej razvitih za ta namen. Ti so lahko splošni in merijo funkcionalnost posameznika v celoti ali pa so namenjeni merjenju funkcionalnosti posameznega telesnega segmenta (npr. roka, vrat). Instrumente lahko delimo na standardizirane in nestandardizirane. Standardizirani so zelo uporabni in dajejo rezultate, ki omogočajo primerjavo med posameznimi uporabniki. Vendar pa je njihove rezultate pogosto težko interpretirati na ravni posameznika, saj ne upoštevajo dovolj variabilnosti izvedbe aktivnosti in drugih dejavnikov, ki vplivajo nanjo (prim. npr. Barten in sod., 2012).

RAZPRAVA

Delvnoterapevtska obravnava posameznika s težavami na mišičnoskeletnem področju poteka v okviru različnih delvnoterapevtskih konceptualnih modelov (prim. npr. Williams Pedretti, 2001a; Trombly Latham, 2008a). Največ se še vedno uporablja t.i. biomehanski model (Kielhofner, 2009). Model, ki v osnovi ni delvnoterapevtski, se osredotoča na biomehansko kapaciteto posameznika, torej na njegove telesne strukture in zgradbe, ki mu omogočajo gibanje. Ker delovno terapijo zanima zlasti vključevanje v okupacijo, ki je rezultat posameznika, okupacije in okolja, v kateri ta poteka, se v delvnoterapevtski praksi biomehanski model pogosto kombinira s katerim od delvnoterapevtskih konceptualnih modelov.

Osnovni cilj delvnoterapevtske obravnave v okviru kateregakoli konceptualnega modela je posamezniku omogočiti vključevanje v okupacije. Ta cilj se da doseči na različne načine – z izboljševanjem ali razvojem posameznikovih spretnosti, potrebnih za izvedbo okupacije, prilagoditvijo izvedbe okupacije, uporabo nadomestnih strategij ali prilagoditvijo okolja, v katerem okupacija poteka. Biomehanski model na drugi strani se osredotoča zlasti na povrnitev ali vsaj delno povrnitev biomehanske kapacitete. V skladu s hierarhičnim razumevanjem človekovega delovanja, se torej delvnoterapevtski modeli osredotočajo na najvišjo, biomehanski pa na najnižjo raven človekovega delovanja.

Ena od posledic opisanega razumevanja človekovega delovanja na eni strani ter povezave med procesom ocenjevanja in samo izvedbo delvnoterapevtske obravnave na drugi strani je negativno vrednotenje biomehanskega modela v ožjem oz. delvnoterapevtske prakse, osredotočene na biomehansko ali kakšno drugo kapaciteto posameznika v širšem smislu. Ob natančnem branju strokovne literature se zastavlja vprašanje, ali je tovrstno vrednotenje upravičeno. Še več, postavlja se celo vprašanje ustreznega prenosa nekaterih pojmov oz. konceptov, razvitih v okviru drugih znanstvenih disciplin, v delvnoterapevtsko terminologijo.

Med zagovorniki obeh pristopov k delovnoterapevtski obravnavi oz. posledično tudi ocenjevanju (TOP-DOWN in BOTTOM-UP) se je sčasoma oblikoval konceptualni razkol, saj so oboji prepričani v upravičenost enega pristopa (prim. npr. Weinstock-Zlotnick in Hinojosa, 2004; Brown in Chien, 2010). Kljub navidez nepremostljivim razlikam, pa jih družijo marsikaj. Najpomembnejše je dejstvo, da oboji proces delovnoterapevtske obravnave in proces ocenjevanja razumejo v linearnem smislu (kot zaporedje sledečih si korakov oz. stopenj). Točka, v kateri se razhajajo, je točka, kjer eni oz. drugi začnejo svoj proces. Strinjajo pa se zopet v tem, da posamezne stopnje procesa povezujejo s posameznimi ravnmi človekovega delovanja. In prav ta povezava se lahko izkaže za problematično.

Koncept pristopov TOP-DOWN oz. BOTTOM-UP je bil razvit v okviru teorije procesiranja informacij in se uporablja na številnih področjih tehničnih, družboslovnih in humanističnih ved. V najbolj splošnem smislu gre za način pridobivanja in organizacije podatkov. Koncept je izredno uporaben tudi za delovnoterapevtsko prakso. Delovnemu terapevtu omogoča, da podatke, ki jih potrebuje za učinkovito obravnavo, pridobi na v dani situaciji najbolj ustrezen način: bodisi z dekonstrukcijo (TOP-DOWN), bodisi s sintezo (BOTTOM-UP), lahko pa seveda tudi s kombinacijo obeh. Najpomembnejše pri tem je, da lahko oba pristopa k pridobivanju informacij uporablja za katerikoli raven človekovega delovanja. Povedano drugače, izbira pristopa pridobivanja podatkov o posameznikovem delovanju ni v nobenem smislu nujno vezana na točno določeno obliko intervencije.

SKLEP

Izhodiščna ideja delovne terapije je njeno razumevanje človeka kot okupacijskega bitja. Središče njene pozornosti je posameznikova sposobnost vključevanja v okupacije. Vendar pa v skladu s svojim holističnim pristopom delovna terapija posameznikovo sposobnost vključevanja v okupacije razume kot posledico medsebojnega vpliva treh dejavnikov: posameznika, okupacije in okolja, v katerem okupacija poteka (Reed in Nelson Sanderson, 1999). Delovnoterapevtska obravnavo posameznikov s težavami na mišičnoskeletnem področju je zato, tako kot katerikoli delovnoterapevtska obravnavo, vedno kompleksna, saj je usmerjena na več področij delovanja. Ta kompleksnost se odraža tudi pri uporabi ocenjevalnih orodij in interpretaciji njihovih rezultatov.

Navidezna osredotočenost na najnižjo raven človekovega delovanja ne bi smela biti razlog za njeno slabše vrednotenje. Delovnemu terapevtu, ki razume posameznika kot v svojem bistvu okupacijsko bitje, namreč osredotočenost na možni primanjkljaj na osnovnih treh področjih biomehanske kapacitete, obseg gibanja v sklepu, moč mišice oz. mišične skupine ter vzdržljivost, ni cilj sam na sebi, pač pa ga zanima, ko ta primanjkljaj vpliva na posameznikovo izvedbo okupacije. Tisto, kar torej delovnoterapevtsko obravnavo dela delovnoterapevtsko so njeni cilji. Če te zastavimo na ravni okupacije, je lahko, kot je poudarila D. Peirce, obravnavo zastavljena še tako mehanicistično, pa jo vseeno lahko razumemo kot usmerjeno k okupaciji (Peirce, 2001).

LITERATURA

- Barten JA, Pisters MF, Huisman PA, Takken T, Veenhof C (2012). Measurement Properties of patient-specific instruments measuring physical function. *J Clin Epidemiol* 65 (6): 590-601.
- Bowling A (2009). *Research methods in Health. Investigating Health and Health Services*. Third Edition. Berkshire, New York: Open University Press.
- Brown T, Chien CW (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go? *Br J Occup Ther* 73 (3): 95.
- Chard G (2010). Analysis of occupational performance. In: Curtin M, Molineux M, Supyk.Mellson J; eds. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Enabling Occupation*. Sixth Edition. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Limited, 161-87.
- Fasoli SE (2008). Assessing Roles and Competence. In: Vining Radomski M, Trombly Latham CA; eds. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Sixth Edition. Baltimore, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 65-90.
- Flinn NA, Trombly Latham CA, Robinson Podolski C (2008a). Assessing Abilities and Capacities: Range of Motion, Strength, and Endurance. In: Vining Radomski M, Trombly Latham CA; eds. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Sixth Edition. Baltimore, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 91-185.
- Flinn NA, Jackson J, McLaughlin Gray J, Zemke R (2008b). Optimizing Abilities and Capacities: Range of Motion, Strength, and Endurance. In: Vining Radomski M, Trombly Latham CA; eds. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Sixth Edition. Baltimore, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 573-97.
- Foti D (2001). Activities of Daily Living. In: Williams Pedretti L, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 124-71.
- Golledge J (2010). Biomechanical strategies. In: Curtin M, Molineux M, Supyk.Mellson J; eds. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Enabling Occupation*. Sixth Edition. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Limited, 527-42.
- Hocking C (2010). Process of assessment and evaluation. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J; eds. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Enabling Occupation*. Sixth Edition. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Limited, 81-93.
- Kasch MC, Nickerson E (2001). Hand and Upper Extremity Injuries. In: Williams Pedretti L, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 833-66.
- Kielhofner G (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. Edition 4. Philadelphia: F. A. Davies Company.
- Peirce D (2001). Occupation by design: Dimensions, Therapeutic Power, and Creative Process. *Am J Occup Ther* 55 (3): 249-59.
- Phillips Killingsworth A, Williams Pedretti L (2001). Functional Motion Assessment. In: Williams Pedretti L, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 279-84.
- Reed KL, Nelson Sanderson S (1999). *Concepts of Occupational Therapy*. Fourth Edition. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokio: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schoneveld K, Wittink H, Takken T (2009). Clinimetric Evaluation of Measurement Tools Used in Hand Therapy To Assess Activity and Participation. *J Hand Ther* 22 (3): 221-36.

-
- Stamm TA, Cieza A, Machold K, Smolen JS, Stucki G (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Aust Occup Ther J* 53 (1): 9-17.
- Trombly Latham CA (2008a). Conceptual Foundations for Practice. In: Vining Radomski M, Trombly Latham CA; eds. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Sixth Edition. Baltimore, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1-20.
- Trombly Latham CA (2008b). Occupation as Therapy: Selection, Gradation, Analysis, and Adaptation. In: Vining Radomski M, Trombly Latham CA; eds. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Sixth Edition. Baltimore, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 358-81.
- Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J (2004). Bottom-up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the other? *Am J Occup Ther* 58 (5): 594-9.
- Williams Pedretti L, Early MB (2001a). Occupational Performance and Models of Practice for Physical Dysfunction. In: Pedretti LW, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 3-12.
- Williams Pedretti L, Early MB (2001b). Occupational Therapy Evaluation and Assessment of Physical Dysfunction. In: Pedretti LW, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 39-45.
- Williams Pedretti L (2001c). Joint Range of Motion. In: Williams Pedretti L, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 285-315.
- Williams Pedretti L (2001d). Muscle Strength. In: Williams Pedretti L, Early MB. *Occupational Therapy. Practice for Physical Dysfunction*. Fifth Edition, 316-59.

Donatorji:

BAUERFEIND d.o.o.

ZVEZA PARAPLEGIKOV

S L O V E N I J E



EXPERTA M&J D.O.O.

LJUBLJANA

**EXPERTA M&J D.O.O. ORTOPEDSKI-REHABILITACIJSKI
PRIPOMOČKI IN OPREMA
POKOPALIŠKA ULICA 36, 1000 LJUBLJANA**

Zanesljivost testa »MoVi«

Reliability of the »MoVi« test

Vitoslava Marušič, Sabina Mesarec, Ana Strupi
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Test »MoVi« je novo razvit ocenjevalni instrument za ocenjevanje funkcij roke. Nastal je s standardizacijo petnajstih nalog, izvedenih na aktivacijski mizi »MoVi« in pripadajočih tablah. Za ugotavljanje zanesljivosti testa smo opravili dve testiranji posameznikov v tedenskem zamiku (metoda test-retest). **Metoda:** Vključenih je bilo 30 oseb obeh spolov v starosti od 17 do 34 let. Kriterij za vključitev je bila odsotnost mišičnoskeletnih in kognitivnih problemov. **Rezultati:** Preverjanje zanesljivosti nalog z metodo test-retest kaže na veliko zanesljivost vseh nalog skupaj; vrednost koeficienta alfa (α) znaša 0,87. Zanesljivost posamičnih testov (tabel) je različna in sega od $\alpha = 0,41$ za prvo nalogo, opravljeno z desno roko, do $\alpha = 0,91$ pri četrti nalogi, opravljeni z levo roko. **Ugotovitve:** Rezultati nalog z nizkim koeficientom zanesljivosti so bili primerjani z izsledki zanesljivosti meritev podobnih merskih orodij v tujini. Ugotovljene so določene značilnosti, ki vplivajo na zanesljivost. V celoti se je test »MoVi« izkazal kot zanesljiv instrument za ocenjevanje funkcij roke.

Ključne besede: aktivacijska miza »MoVi«, zanesljivost instrumenta, funkcija roke, delovna terapija

ABSTRACT

The "MoVi" test is a newly developed assessment tool for the evaluation of hand function. It was developed by standardizing fifteen tasks performed on the activation table "MoVi" and its boards. To determine the reliability of the test two tests of individuals were performed week apart (test-retest method). **Method:** Included were 30 persons of both sexes, age 17-34 years. The criterion for inclusion was the absence of musculoskeletal and cognitive problems. **Results:** Test-retest reliability of the tasks demonstrates high reliability score for all the tasks combined; alpha coefficient is $\alpha = 0.87$. The reliability scores of individual tests (tasks) are different and range from $\alpha = 0.41$ for the first task performed with the right hand, to $\alpha = 0.91$ for the fourth task performed with the left hand. **Conclusions:** The results of tasks with a low coefficient of reliability were compared with the reliability scores of similar measurement tools. Certain characteristics were outlined that could affect the reliability. Overall, the "MoVi" test proved to be a reliable instrument for hand function evaluation.

Keywords: "MoVi" activation table, reliability, hand function test, occupational therapy

IZHODIŠČA

Glavna funkcija rok je izvajanje manipulativnih gibov, prijemov – spuščanj predmetov in zaznavanje ter prepoznavanje predmetov v dosegu rok. Roke so medij za neverbalno komunikacijo in izražanje čustev.

Večina nalog, ki jih izvajamo z rokami, zahteva različne prijeme. Prsti, še posebej palec, morajo nastopati v različnih vlogah, da se ustvari komunikacijske geste, raziskuje okolje, stabilizira predmete različnih lastnosti (trdnosti, mase) ipd. (Flanagan, Haggard in Wing, 1996).

Roka ima izredno sposobnost prepoznavanja teksture, oblike in temperature objektov brez uporabe vida. Služi nam kot obrambni ščit pri padcih in nevarnostih (Tyldesley in Grieve, 2002).

Zaradi izjemnega pomena rok za delovanje posameznika je treba odgovorno načrtovati vse faze delovnoterapevtske obravnave. Veljavna in zanesljiva ocenjevanja funkcij zgornje ekstremitete so osnova za delovnoterapevtsko intervencijo. V uporabi je nešteto ocenjevanj, zato je izbira najprimernejšega strokovni izziv za delovnega terapevta (Metcalf, Adams, Burrige, Yule in Chappell, 2007; Rabuza in Marušič, 2013).

Ocenjevalni instrumenti ocenjujejo ročne spretnosti na več zahtevnostnih nivojih. Nekateri se osredotočajo izključno na spretnosti, drugi pa vključujejo uporabo rok v vrsti vsakodnevnih aktivnosti (Warwick, Dunn, Melikyan in Vadher, 2009). V soročni izvedbi imata roki različni vlogi: dominantna roka manipulira z objekti v večji meri in je tudi hitrejša kot nedominantna roka, ki največkrat stabilizira in drži predmete, zato je ocenjevanje v kontekstu soročnosti toliko bolj smiselno.

Za pridobitev relevantne ocene moramo izbrati instrumente, ki najbolje ustrezajo uporabnikovim sposobnostim in potrebam (občutljivost instrumenta).

Testi, ki ocenjujejo funkcijo roke, omogočajo prepoznavanje vzrokov funkcionalnih omejitev in sprememb v zdravstvenem stanju, ugotavljajo primernost oz. uspešnost intervencije, lahko pa tudi zagotovijo informacije pred operacijo in po njej ter so v pomoč kirurgom. Nobeno ocenjevanje ne zajema vseh vidikov delovanja roke, zato je treba pri izbiri testa presoditi, katere imamo na razpolago: ali vključuje prijeme, ki jih želimo ovrednotiti; ali je naloga oblikovana za izvedbo z eno ali obema rokama; ali je test standardiziran; enostavnost uporabe; točkvalni sistem; občutljivost na spremembo ipd. (Warwick et al., 2009).

Teste, ki ocenjujejo funkcijo roke, lahko v grobem razdelimo na dve kategoriji, in sicer na teste, ki se sklicujejo na normo (uporabljajo objektivno razvrščanje, predvsem glede na čas; raziskovalci jim dajejo prednost, saj so hitri in enostavni za opravljanje in pridobivanje podatkov), ter teste, ki temeljijo na kriterijih (to pomeni, da se uporabljajo pisni standardi za merjenje uporabnikove uspešnosti; potrebujejo strokovnjake za razlago rezultatov ipd.) (Warwick et al., 2009).

Test »MoVi« se uvršča v prvo skupino, saj ima postavljene časovne normative. Test »MoVi« je test funkcij roke na nivoju spretnosti/aktivnosti, ki se izvaja na aktivacijski mizi (AM) in pripadajočih funkcijskih tablah. Časovni normativi so bili oblikovani za štiri starostne skupine, za oba spola, za soročno izvedbo ter za izvedbo z dominantno in nedominantno roko. Test »MoVi« vsebuje sedem nalog. Te so: vodenje plastičnega ročaja po utoru z obema rokama; vodenje lesenega ročaja po površini z desno in levo roko; vdevanje vrvic z desno in levo roko; vijačenje z desno in levo roko; vstavljanje lesenih čepov z desno in levo roko; odpenjanje in zapenjanje; odvezovanje in zavezovanje z obema rokama najprej na desni, nato še na levi polovici table; obešanje obročkov z desno in levo roko. Testirancu se najprej pokaže pravilna izvedba, nato pa sam poskusi izvesti predpisani del naloge. Temu sledi testna izvedba naloge, ki se meri s štoparico. V

ocenjevalne namene se uporablja komplet tabel in AM ali pa posamezne table (Kobal, Egete in Marušič, 2013).

Zanesljivost ocenjevalnega instrumenta

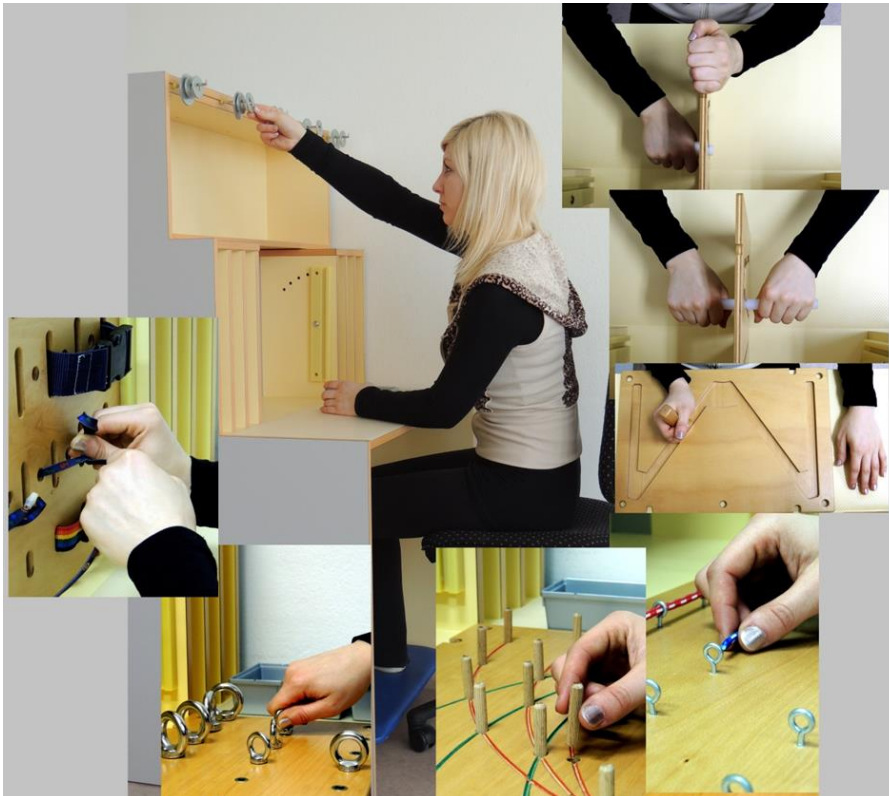
Visokokakovostni instrumenti so koristno orodje za klinične in raziskovalne namene. Da bi ugotovili kakovost instrumenta, je treba z uporabo enotnih kriterijev oceniti ocenjevalne lastnosti, kot sta zanesljivost in veljavnost (Scholtes, Terwee in Poolman, 2011).

Zanesljivost je najpomembnejše merilo učinkovitosti v ocenjevanju. Dokazuje, da je postopek resnično objektivni. Da bi ugotovili zanesljivost testa, je treba prikazati minimalno varianco interakcije med subjektom in nalogo (Light, Chappell in Kyberd, 2002). Povedano drugače: če pri ponovnem merjenju na istih enotah (subjektih) izmerimo enako vrednost ali če je drugačna izmerjena vrednost posledica dejanskih sprememb merjenega pojava in ne merskega postopka, govorimo o zanesljivosti meritve (Rankin in Stokes, 1998).

Za doseg podobnih rezultatov ob ponovljenih merjenjih moramo meriti ponavljajoč ali trajen pojav. Če hočemo zagotovilo, da razlike v izmerjenih vrednostih ponovljenih merjenj niso nastale le zaradi uporabljenega merskega postopka, ampak so posledica dejanskih sprememb merjenega pojava, potrebujemo oceno zanesljivosti merjenja (Ferligoj, Leskošek in Kogovšek, 1995).

Zanesljivost merjenja ocenjujemo z različnimi metodami, ki jih lahko razdelimo v dve osnovni skupini: metode, ki temeljijo na ponovnem postopku merjenja na istih enotah po določenem času, in metode, ki temeljijo na merjenju dejanske spremenljivke z več enakovrednimi spremenljivkami v istem času. V skladu s takšno razvrstitvijo metod interpretiramo zanesljivost kot mero stabilnosti merjenja ali kot mero enakovrednosti (Ferligoj et al., 1995).

Namen raziskave je bil ugotavljanje zanesljivosti ocenjevanja na aktivacijski mizi »MoVi« in pripadajočih funkcijskih tablah (test »MoVi«), za kar smo uporabili metodo test-retest. To je metoda ocenjevanja, ki zahteva ponovitev merjenja določene spremenljivke. Metoda določa dve različni merjenji (ali več merjenj) istih posameznikov v časovnem presledku in določanje korelacije ali jakosti, ki združuje dve ponovitvi merjenja.



Slika 1: Aktivacijska miza »MoVi«© s pripadajočimi tablam

METODE

Vzorec je zajemal 30 zdravih oseb, starih od 17 do 34 let (prva starostna skupina standardiziranega testa »MoVi«). Kriteriji vključitve so bili: odsotnost poškodb ali bolezni, ki bi imele vpliv na funkcije/zgradbe roke; odsotnost kognitivnih motenj; pripravljenost sodelovanja v dveh merjenjih.

Testiranje je potekalo 3. 6. 2013 v prostorih Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Merjenja so opravljali študenti Oddelka za delovno terapijo. Pred začetkom smo udeležence seznanili z namenom in vsebino meritev. Udeleženci so pisno privolili v sodelovanje. Meritve smo ponovili pri istih osebah 10. 6. 2013, torej teden dni po prvi izvedbi.

Testiranje je potekalo v primerno osvetljenih in toplih prostorih Zdravstvene fakultete Ljubljana. Udeležencem smo zagotovili sprednji položaj sedenja na s tekstilom prevlečeni sedežni površini. Položaj omogoča povečanje kota med stegni in trupom v času izvajanja nalog na mizi (v dosegu dolžine podlahti in roke); stopala so na podlagi; kolena pokrčena (90°); nadlahti spuščene ob trupu; roka v komolcu pokrčena (90°). Delovna površina je bila neposredno pred udeležencem oz. 8 cm od roba mize.

Pred vsako testno nalogo je bil testiranec deležen ustnih navodil, ki sta jim sledili poskusna izvedba naloge in nato še testna oz. merjena naloga. Čas izvedbe posamezne naloge je bil merjen s štoparico in zabeležen v sekundah. Najprej smo testirali dominantno, nato pa še nedominantno roko.

Testiranje je potekalo po zaporedju nalog (od prve naloge do sedme). Med izvedbo nalog je udeleženec miroval toliko časa, kot zahteva zamenjava funkcijske table.

Pridobljeni podatki so bili vnešeni v statistični program IBM SPSS 20 v programskem okolju Windows za osebne računalnike (IBM, Združene države Amerike). Korelacijo smo preverjali z izračunom Pearsonovega koeficienta korelacije, zanesljivost pa z izračunom ICC (interclass correlations).

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 30 zdravih oseb, in sicer 15 žensk in 15 moških. Povprečna starost preiskovancev je bila $24,17 \pm 4,54$ leta. Povprečna starost žensk je bila 23,53 leta, povprečna starost moških pa 24,80 leta. Od celotnega števila preiskovancev je bilo 29 desničarjev (96,66 %) in zgolj 1 levičar (3,33 %).

Tabela 1: Rezultati testiranja za prvo in drugo nalogo

	1D	1L	1S	2D	2L
Povprečje (+ so)					
- test	$4,36 \pm 0,63$	$4,47 \pm 0,71$	$4,11 \pm 0,56$	$4,51 \pm 1,09$	$4,48 \pm 0,92$
- ponovni test	$4,16 \pm 0,68$	$4,21 \pm 0,66$	$3,82 \pm 0,59$	$3,97 \pm 0,93$	$4,22 \pm 0,92$
Razpon					
- test	3,19–5,78	3,38–5,81	3,28–5,54	3,07–7,78	2,81–7,06
- ponovni test	2,94–5,31	3,29–5,68	2,88–4,90	2,39–6,44	2,63–7,50
ICC	0,412*	0,712**	0,512*	0,744***	0,827***
Pearsonov <i>r</i>	0,260	0,555**	0,345	0,601***	0,705***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Opomba: 1D – prva naloga, izvedena z dominantno roko; 1N – prva naloga, izvedena z nedominantno roko, 1S – prva naloga, izvedena soročno. Kratice bodo uporabljene tudi v naslednjih tabelah.

Tabela 2: Rezultati testiranja za tretjo, četrto in peto nalogo

	3D	3L	4D	4L	5D	5L
Povprečje (+ so)						
- test	$26,11 \pm 3,41$	$26,62 \pm 4,62$	$83,12 \pm 7,79$	$92,40 \pm 13,55$	$21,44 \pm 3,17$	$22,98 \pm 3,58$
- ponovni test	$24,46 \pm 3,59$	$26,18 \pm 4,62$	$83,89 \pm 8,47$	$87,63 \pm 12,08$	$19,82 \pm 3,03$	$21,83 \pm 3,08$
Razpon						
- test	21,38–40,00	18,75–44,40	59,74–97,87	71,09–140,47	13,75–27,47	16,94–32,22
- ponovni test	19,35–36,40	19,16–41,57	60,28–100,19	71,03–133,34	16,03–27,65	17,78–29,25
ICC	0,842***	0,874***	0,791***	0,913***	0,849***	0,810***
Pearsonov <i>r</i>	0,728***	0,777***	0,657***	0,846***	0,739***	0,689***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 3: Rezultati testiranja za šesto in sedmo nalogo

	6D	6L	7D	7L
Povprečje (+so)				
- test	$12,91 \pm 3,29$	$12,25 \pm 3,28$	$25,69 \pm 3,18$	$26,96 \pm 2,83$
- ponovni test	$12,79 \pm 3,14$	$11,97 \pm 3,52$	$24,95 \pm 3,42$	$25,86 \pm 3,03$
Razpon				
- test	9,59–23,75	8,37–25,12	18,85–35,68	23,03–34,25
- ponovni test	8,37–20,44	8,53–24,27	19,34–33,50	19,87–36,50
ICC	0,906***	0,904***	0,872***	0,804***
Pearsonov <i>r</i>	0,829***	0,827***	0,776***	0,680***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Vrednosti Cronbachovega koeficienta alfa (zapisanega kot ICC) so nihale od 0,41 do 0,91. Povezanost med prvim in drugim testiranjem je bila statistično značilna (signifikanca ali $p < 0,05$). Pearsonov koeficient korelacije *r* je bil visok za večino izvedb nalog, le pri

nalogi 1, izvedeni z desno roko in soročno, je bila vrednost pod 0,5; poleg tega je bila pri teh dveh primerjavah signifikanca te povezave statistično neznačilna ($p > 0,05$).

RAZPRAVA

V tuji literaturi s področja delovne terapije (Gallus in Mathiowetz, 2003; Oxford Grice, Vogel, Le, Mitchell, Muniz in Vollmer, 2003; Jette, 1985; Mathiowetz, Weber, Kashman in Volland, 1985; Taylor, 1983) se pojavljajo različne interpretacije zadovoljive vrednosti koeficienta α pri metodi test-retest. Na splošno je najvišje postavljeno merilo za zelo visoko zanesljivost pri $r = 0,8$, še sprejemljiva vrednost pa je pri večini od $r = 0,5$ do $r = 0,6$. Opazimo lahko, da je bila pri večini nalog testa »MoVi« izmerjena visoka zanesljivost, zgolj pri nalogi 1 je bila pri meritvi dominantne in soročne izvedbe vrednost koeficienta α pod 0,70. Rezultate primerjajmo s podatki o zanesljivosti podobnih testov.

Mathiowetz, Weber, Kashman in Volland so leta 1985 preverili zanesljivost testa devetih zatičev (The Nine Hole Peg Test; Kellor, Frost, Silberberg, Iversen in Cummings, 1971) in izmerili $r = 0,69$ za desno roko in $r = 0,43$ za levo roko. Novejša raziskava o zanesljivosti testa devetih zatičev, ki so jo opravili Oxford Grice in sodelavci (2003), je vključila tako študente kot prostovoljce. Koeficient zanesljivosti za desno roko je bil $r = 0,459$, za levo pa $r = 0,442$.

Test »Purdue« z luknjičasto ploščo (The Purdue Pegboard Test; Tiffin in Asher, 1948) je prav tako v različnih raziskavah pokazal zelo različno zanesljivost instrumenta. Pri raziskavi, ki jo je opravil Taylor (1983: 305), je koeficient r znašal 0,60–0,76 v testih z enim poskusom in narastel do 0,91 pri treh poskusih. Gallus and Mathiowetz (2003) sta izmerila še večjo zanesljivost, in sicer $r = 0,85$ –0,90 pri enem testiranju ter $r = 0,92$ –0,96 pri treh testiranjih (subjekti so bili posamezniki z multiplo sklerozo). Buddenberg in Davis (2000) sta zanesljivost testa »Purdue« merila na študentih ter izmerila $r = 0,37$ –0,70 pri eni meritvi in $r = 0,81$ –0,89 pri treh meritvah istih subjektov.

Raziskovalci, ki so merili zanesljivost testa hitrosti rokovanja Minnesota (The Minnesota Rate of Manipulation Test; American Guidance Service Inc, 1969), poročajo, da je zanesljivost testa večja, ko so izvajali štiri izvedbe na vseh petih testih (Baxter in Ballard, 1984). Desrosiers, Rocette, Hebert in Bravo (1997) so izmerili zanesljivost $r = 0,79$ –0,87.

Test zanesljivosti »Jebsen Hand Function« s ponovnim preizkušanjem je pokazal relativno veliko zanesljivost z vrednostmi r med 0,60 in 0,90 (Jebsen, Taylor, Trieschmann, Trotter in Howard, 1969; Jette, 1985).

Na podlagi rezultatov tujih raziskav lahko strnemo nekaj dejavnikov, ki so lahko vplivali na nizek koeficient zanesljivosti pri izvedbi prve naloge. Kot prvo: na zanesljivost je morda vplivala relativno kratka časovna izvedba; merilci so že ob majhnih odstopanjih (recimo zaokroževanjih) lahko bistveno spremenili vrednosti, saj je bila povprečna hitrost izvajanja le nekaj več kot štiri sekunde. Kot drugo: na zanesljivost pri metodi test-retest bistveno vpliva tudi to, ali oseba ob ponovni izvedbi izboljšuje svoj čas (ker se je naučila strategijo izvedbe); pri tako kratkih testih je ta premislek še bolj utemeljen. Kot tretje: subjekti v tem testiranju so bili mladi z odsotnostjo mišičnoskeletnih težav; morebiti bi bilo izvajanje naloge pri osebah z določenimi okvarami bolj enakomerno in pri ponovnih merjenjih ne bi prišlo do bistvenih razlik, kar pa bi tudi pomenilo bistveno višji koeficient zanesljivosti merjenja (Gallus in Mathiowetz, 2003); najverjetneje bi na koeficient vplivala tudi vključitev starejših subjektov.

Ocenjevanje funkcionalnega stanja posameznika je kompleksen in večplasten proces. Za zagotovitev temeljite ocene delovanja roke moramo podati tudi oceno splošnega fizičnega, socialnega, duševnega in tudi čustvenega stanja posameznika, ravno tako pa moramo biti pozorni na medsebojne vplive navedenih ravni (Jette, 1985: 167).

SKLEP

Izsledki ocenjevanj (testiranja) so sestavljeni iz dveh delov: iz »prave« ocene in »napake« (prisotne pri vsakem merjenju). Napaka se lahko pojavi zaradi ocenjevalnega instrumenta, meritvene situacije, ocenjevalca, ki izvaja test, in osebe, ki je testirana. Zanesljivost je razmerje med variabilnostjo opazovanih meritev (variabilnost med subjekti) in ocenjevalno napako (Scholtes et al., 2011).

Če uporabimo primeren, zanesljiv in veljaven ocenjevalni instrument, lahko bolje razumemo, kako bolezen napreduje, ter bolje ocenimo stopnjo strukturne oviranosti in kako to vpliva na posameznika, njegovo delovanje ter participacijo (Long in Scott, 1994). Posameznik lahko preko našega razumevanja in razlage spremlja svoj napredek in skupaj s terapevtom postavlja nove cilje.

Pearsonov koeficient korelacije r je bil visok za večino izvedb nalog, le pri nalogi 1, izvedeni z desno roko in soročno, je bila vrednost pod 0,5; poleg tega je bila pri teh dveh primerjavah signifikanca te povezave statistično neznačilna ($p > 0,05$). Velika zanesljivost preostalih nalog vodi v razmišljanje, da bomo šli v prihodnje z novimi raziskavami v nov izbor nalog.

Test »MoVi« ima dobro popotnico za »življenje« v praksi. Ugotovili smo, da ima instrument kakovostne ocenjevalne lastnosti (zanesljivost). V prihodnje bomo raziskave usmerili na različna področja, in sicer tako v klinične kot neklinične oz. raziskovalne namene.

Literatura

- Baxter PL, Ballard MS (1984). Evaluation of the hand by functional tests. V: J. M. Hunter (ur.): Rehabilitation of the Hand. St Louis: MO, C V Mosby Co 2: 91–100.
- Desrosiers J, Rochette A, Hebert R, Bravo G (1997). The Minnesota Manual Dexterity Test: reliability, validity and reference values studies with healthy elderly people. *Can J Occup Ther* 64: 270–276.
- Ferligoj A, Leskošek K, Kogovšek T (1995). Zanesljivost in veljavnost merjenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Flanagan RJ, Haggard P, Wing, AM (1996). The Task at Hand. V: Alan M. Wing, Patrick Haggard and J Randall Flanagan (ur.): Hand and brain: the neurophysiology and psychology of hand movements. San Diego: Academic Press. Str. 1–15.
- Gallus J, Mathiowetz V (2003). Test-retest reliability of the Purdue Pegboard for persons with multiple sclerosis. *Am J Occup Ther* 57 (1): 108–111.
- Jebsen RH, Taylor N, Trieschmann RB, Trotter MJ, Howard LA (1969). An objective and standardised test of hand function. *Arch Phys Med Rehabil* 50 (6): 311–19.
- Jette AM (1985). State of the art in functional status assessment. Rothstein VJM (ur.): Measurement in Physical Therapy. New York: Churchill Livingstone Inc. vol. 7: 137–168.
- Kellor M, Frost J, Silberberg N, Iversen I, Cummings R (1971). Hand strength and dexterity. *Am J of Occup Ther* 25 (2): 77–83.
- Kobal PM, Egete A, Marušič V (2013). Aktivacijska miza »MOVI« v delovni terapiji. *Novosti na področju kirurgije in rehabilitacije roke. Zbornik predavanj.*

-
- Light CM, Chappell PH, Kyberd PJ (2002). Establishing a standardized clinical assessment tool of pathologic and prosthetic hand function: normative data, reliability and validity. *Arch of Phys Med and Rehabil* 83 (6): 776–783.
- Long A, Scott D (1994). Measuring health status and outcomes in rheumatoid arthritis within routine clinical practice. *Br J Rheumatol* 33 (7): 682–85.
- Mathiowetz V, Weber K, Kashman N, Volland G (1985). Adult norms for Nine Hole Peg Test of finger dexterity. *Occupational Therapy Journal Research* 5 (1): 24–38.
- Metcalf C, Adams J, Burridge J, Yule V, Chappell P (2007). A review of clinical upper limb assessments within the framework of the WHO ICF. *Musculoskeletal Care* 5 (3): 160–73.
- Moberg E (1958). Objective methods for determining the functional value of sensibility in the hand. *J Bone Joint Surg BR* 40-B (3): 454–76.
- Oxford Grice K, Vogel KA, Le V, Mitchell A, Muniz S, Vollmer MA (2003). Adult norms for a commercially available Nine Hole Peg Test for finger dexterity. *Am J Occup Ther* 57(5): 570–73.
- Rabuza P, Marušič V (2013). Pregled ocenjevanj funkcij roke. X. interdisciplinarno strokovno srečanje, Slovensko društvo za rehabilitacijo roke in Inštitut za medicinsko rehabilitacijo UKC Ljubljana, Ljubljana, 21. november 2013. Novosti na področju kirurgije in rehabilitacije roke: zbornik predavanj. Ljubljana: SDRR. Str. 67–75.
- Rankin G, Stokes M (1998). Reliability of assessment tools in rehabilitation: an illustration of appropriate statistical analyses. *Clin Rehabil* 12 (3): 187–99.
- Scholtes VA, Terwee CB, Poolman RW (2011). What makes a measurement instrument valid and reliable? *Injury* 42 (3): 236–40.
- Taylor SE (1983). Occupational therapy in industrial rehabilitation. V: H. L. Hopkins, H. D. Smith (ur.): Willard and Spackman's Occupational Therapy, 7th ed. Philadelphia, PA, J B Lippincott Co. Str. 299–307.
- Tiffin J, Asher EJ (1948). The Purdue Pegboard: norms and studies of reliability and validity. *Journal of Applied Psychology* 32 (3): 234–47.
- Tyldesley B, Grieve JJ (2002). Muscles, nerves, and movement in human occupation. 3rd ed. Malden: Blackwell Science.
- Warwick D, Dunn R, Melikyan E, Vadher J (2009). Hand surgery. New York: Oxford University Press.

Trženje Aktivacijske mize »MoVi«

Marketing strategy of Activation table “MoVi”

Vitoslava Marušič, Katarina Brišar, Veronika Brus, Anita Možina

UNIVERZA V LJUBLJANI,
Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Aktivacijska miza »MoVi« s pripadajočimi tablamami je nov pripomoček za ocenjevanje in rehabilitacijo funkcij roke. Trženje novega izdelka zahteva razumevanje potreb in njihovo uresničevanje, zato je tržno pozicioniranje Aktivacijske mize »MoVi« temeljilo na njeni koristnosti za posameznika (stroko). **Udeleženci:** Pri izbiri tržnih segmentov smo se odločili za ciljno trženje, temu ustrezno smo zgradili trženjski informacijski sistem. V prvo raziskavo tržišča so bili vključeni delovni terapevti, ki so zaposleni v domovih upokoencev, bolnišnicah, inštitutih za rehabilitacijo, zdraviliščih in centri za poklicno rehabilitacijo. Promocijski material je bil poslan 120 delovnim terapevtom. **Metoda:** Uporabili smo interaktivno metodo trženja. Vključene delovne terapevte smo v elektronski obliki, preko pisnih, slikovnih in video vsebin informirali o uporabnosti mize in možnostih za nakup in izobraževanje. **Rezultati:** Izpolnjene ankete je vrnilo 59 oseb. Rezultati so pokazali, da 98% udeležencev ocenjuje Aktivacijsko mizo »MoVi« kot zelo smiselno, smiselno in namensko. Prav tako visok delež, 95 % meni, da je Aktivacijska miza »MoVi« zelo primerna, primerna in funkcionalna. Zanimanje za dodatne informacije, tudi o možnosti nakupa, je izrazilo 44 % udeležencev.

Ključne besede: funkcija roke, ocenjevanje, rehabilitacija, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: Activation table »MoVi« with accompanying tables is a new tool for the assessment and rehabilitation of arm functions. Marketing of this new product demands the understanding of user needs. This is why we outlined the task of positioning Activation table »MoVi« on the market based on its usefulness for the individual (profession). **Participants:** Among market segments approaches we selected target marketing. A marketing information system was built which included occupational therapists who work in retirement homes, hospitals, rehabilitation institutes, spas and centers for vocational rehabilitation. Promotional material was sent to 120 occupational therapists. **Method:** We used an interactive method of marketing. Occupational therapists were informed about the usefulness of AM tables and options for the purchase and training via written, pictorial and video content in electronic form. **Results:** Completed surveys were received from 59 persons. The results show that 98 % of participants assessed activation table »MoVi« as very sensible, meaningful and purposeful. Also, a high proportion - 95 % believe that the activation table »MoVi« is very suitable, adequate and functional. Almost one half of participants - 44 % - expressed interest for further information about it – also about its purchase.

Keywords: arm function, assessment, rehabilitation, occupational therap

IZHODIŠČA

Medicinsko tehnični pripomočki so sredstva, potrebna za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo. So instrumenti, aparati, sredstva, materiali in drugi izdelki za humano uporabo, ki svojega osnovnega namena, za katerega so izdelani, ne dosežejo na podlagi farmakoloških, kemičnih, imunoloških ali metaboličnih lastnosti. Pravilnik o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, 2009).

Z uporabo medicinskih - terapevtskih pripomočkov dosegamo cilje, ki si jih zastavimo pri delovno terapevtskih obravnavah. Uspešna vključitev novega terapevtskega pripomočka prinaša potencialne koristi za uporabnika in zdravstveni sistem v širšem in ožjem smislu (Miller, 2007).

»Aktivacijska miza (v nadaljevanju AM) MoVi«[®] s pripadajočimi tablami je novo razviti ocenjevalni instrument in terapevtski pripomoček v Sloveniji in je avtorsko delo Mojce Kobal Petrišič in Vitoslave Marušič. AM je večnamenska zaradi specifične oblike. Sestavljena je iz ogrodja, osrednje namenske enote, premične lesene konstrukcije, pomičnih kavljev in šestih funkcijskih tabel. Uporabljamo jo lahko kot ocenjevalni instrument in kot medij za kontrolirano gibanje (uporabo) roke. »MoVi« test je nastal s standardizacijo petnajstih nalog na AM in pripadajočih tablah. Table so vsebinsko prilagojene funkcijam roke, namenjene so ocenjevanju, razvijanju, vzpostavljanju, vzdrževanju funkcij roke (prijemi).

Preko nalog se razvijajo spretnosti, ki so del vsakodnevnih aktivnosti na vseh področjih človekovega delovanja.

Beseda trženje je pogosto uporabljena kot prevod angleške besede marketing, ki izvira iz besede market (trg) in obsega vse dejavnosti, ki so kakorkoli povezane s trgom. Zato si pod pojmom trženje najbolj splošno predstavljamo vse poslovne dejavnosti v podjetjih, ki so povezane s potjo izdelkov ali storitev od proizvajalcev/izvajalcev do odjemalcev (Potočnik, 2005).

V fazi uvajanja izdelka na trg se odloča med strategijami glede na finance in čas, ki je potreben za prodajo izdelkov. Završnik (1990) omenja strategijo hitrega prodora na trg, kjer se veliko denarja nameni za marketing, kar posledično pomeni hitro doseganje rezultatov ne glede na ceno izdelka, ter »počasnega pobiranja sadežev« - ob slabi podpori promocijskih aktivnosti ter zmanjšanih stroških marketinga, ki upočasnijo prodajo.

Za trženje AM »MoVi« ni bilo predvidenih finančnih sredstev, ves material (video, zloženko, anketo ipd.) smo izdelali sami Najprej je bilo potrebno preučiti trg, prepoznati potrebe uporabnikov oz. ustanov ter določiti ciljno skupino. Ciljna skupina so bili delovni terapevti, zaposleni na različnih področjih delovne terapije.

Pomembna je bila tudi izbira načina tržnega komuniciranja, preko katerega smo seznanili uporabnike o izdelku. Pri oblikovanju promocijskega materiala smo bili pozorni tudi na to, kaj o izdelku sporočamo, saj uporabnik ne želi samo končnega rezultata, ampak ga zanima »celotna osebnost izdelka, ki ne vsebuje le sestavnih elementov in oblike, ampak tudi ideje, možnosti, ki jih nudi uporabnikom« – strokovnjakom (Henry, 1986: 88). Tako si kupci ustvarijo vtis o lastnostih izdelka, o njegovi namembnosti/uporabnosti, o situacijah, katerim izdelek ustreza ipd.

Na proces uvajanja inovacij na trg pomembno vplivajo dejavniki kot so: prednosti inovacije, kompatibilnost (v kolikšni meri se izdelek sklada s ponudbo, ki je na trgu), njegova enostavnost in jasnost uporabe, možnost preizkusa ter komunikacijska sposobnost izdelka (Rogers, 1995).

Tržno komuniciranje je sestavljeno iz več instrumentov, ki predstavljajo promocijski splet: oglaševanje (plačana oblika neosebne predstavitve, poteka preko množičnih medijev), pospeševanje prodaje (motiviranje lastnih prodajalcev, posrednikov in končnih kupcev) ter odnosi z javnostmi (lobiranje vodij vplivnih javnih skupin, sklicevanje tiskovnih

konferenc, plačane in neplačane reportaže v sredstvih javnega obveščanja ipd.) (Cravens, Hills in Woodruff, 1987). Belch in Belch (2001) ta sklop razširita še z osebno prodajo, neposrednim trženjem ter interaktivnim trženjem, kamor spada tudi trženje preko spleta.

Neposredno trženje zajema metode prodaje po pošti, kataloške prodaje, prodaje od vrat do vrat, telemarketinga ali prodaje po telefonu, z razvojem tehnologije pa se je razširila tudi prodaja preko elektronske pošte, interneta itd. (Devetak, 1999).

Internet predstavlja drugačno okolje za trženjske aktivnosti (Hoffmann in Novak, 1995), razlikuje se po komunikacijskih možnostih, hitrejšem prenosu podatkov, omogoča večjo količino informacij, pri tem pa bistveno spreminja tudi odnos do drugih medijev (Vilfan, 2003). Glavna značilnost interneta je interaktivnost, ki omogoča aktivno udeležbo v procesu komunikacije ter dvosmerno komunikacijo (Hoffmann in Novak, 1994), kar je še posebno dragoceno pri pridobivanju informacij od kupca (Vilfan, 2003). Na področju tržnega komuniciranja je s pojavom interneta omogočeno spletno oglaševanje, spletna promocija, sodelovanje potrošnikov v spletni promociji ter povezava z drugimi organizacijami v spletni promociji (Dutta in Segev, 1999). Elektronski mediji so postali prevladujoči v svetu trženja, saj se v zadnjih letih povečuje število poslov z uporabo interneta (Ngai, 2003). Trženje preko elektronske pošte ni javno, oblikovano je v zelo kratkem času ter prilagojeno tako, da pritegne izbranega naslovnika (Kotler, 2004).

Možnosti, ki jih nudi internet, smo s pridom uporabili tudi v primeru trženja AM »MoVi«.



Slika 1: AM »MoVi«© s pripadajočimi tablam

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela z anketnim vprašalnikom, ki je bil preko elektronske pošte posredovan 120 delovnim terapevtom, ki so zaposleni v domovih upokojencev, bolnišnicah, inštitutih za rehabilitacijo, zdraviliščih in centri za poklicno rehabilitacijo. Poleg ankete je bil poslan promocijski material o AM »MoVi« (kratek predstavitveni film, objavljen na spletni strani Youtube, s prikazom osnovnih značilnosti

AM in njene uporabe in promocijski letak z informacijami o možnostih za nakup in izobraževanje). Vprašalnik je poleg demografskih vseboval 10 vprašanj, ki so se nanašala na mnenja anketirancev o uporabni vrednosti, smiselnosti, funkcionalnosti AM »MoVI« ter zanimanju za njen nakup.

Postavili smo sledeče hipoteze:

H1: Terapevti, zaposleni na področju somatike, menijo, da je AM »MoVI« bolj smiselna in namenska kot zaposlenim na drugih področjih.

H2: Anketiranci, ki menijo, da je AM »MoVI« zelo smiselna/smiselna ter zelo funkcionalna/funkcionalna so bolj zainteresirani za nakup.

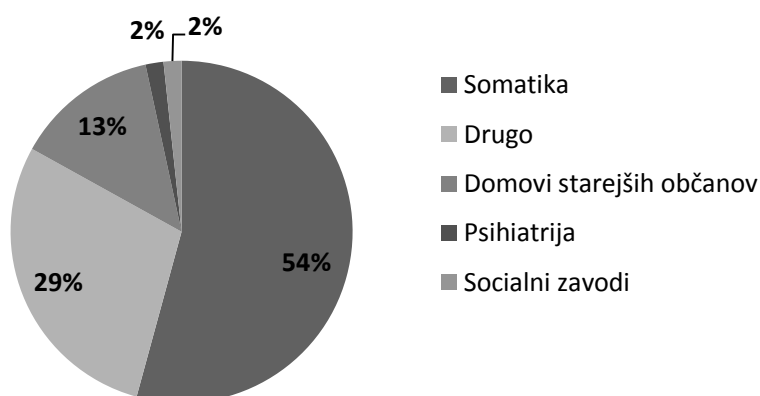
H3: Terapevti, ki pri delu pogosto uporabljajo terapevtske pripomočke, se bolj zanimajo za nakup kot tisti, ki pripomočkov ne uporabljajo pogosto.

Za vnos, prikaz in analizo podatkov smo uporabili program Microsoft® Excel 2010 (Microsoft Corp., Redmond, WA, 2010) ter statistični program SPSS 20 za osebne računalnike (IBM, Združene države Amerike). Hipoteze smo jih preverjali s pomočjo Mann-Whitney U testa, ki je med najpogosteje uporabljenimi statističnimi metodami za preverjanje hipotez pri neenakomerno razporejenih spremenljivkah.

REZULTATI

Od 120 poslanih anket smo prejeli 59 odgovorov, kar predstavlja 49,2 % kontaktiranih.

Večina anketiranih (94,9 %) je bila ženskega spola. Glede na starost smo anketirance razdelili v štiri starostne skupine. V 1. skupini so bili stari do 30 let (22 %), v 2. skupini od 31 do 40 let (44 %), v 3. skupini od 41 do 50 let (17 %) in v 4. skupini od 51 do 60 let (17 %). Tri četrtine anketirancev je bilo diplomiranih delovnih terapevtov, preostali so bili diplomirani fizioterapevti. Področja dela smo razdelili na 5 skupin. Prvo skupino, v kateri je bilo več kot polovica anketirancev (54 %), so predstavljali zaposleni na področju somatike, drugo posamezniki, zaposleni v domovih starejših občanov - DSO (13 %), tretjo iz področja psihiatrije (2 %), četrto zaposleni v socialnih zavodih (2 %) in peto skupino posamezniki (29 %), ki so navajali druga področja dela (pediatrija, poklicna zaposlitvena rehabilitacija, varstveno delovni centri itd.).



Slika 2: Področje dela anketirancev

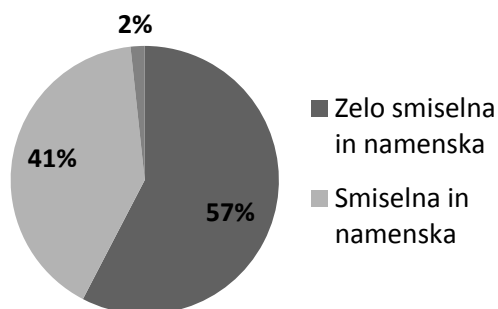
Preverjanje hipotez oz. domnev:

H1: Terapevtom, zaposlenim na področju somatike, se zdi AM MoVi bolj smiselna in namenska, kot tistim, ki so zaposleni na drugih področjih.

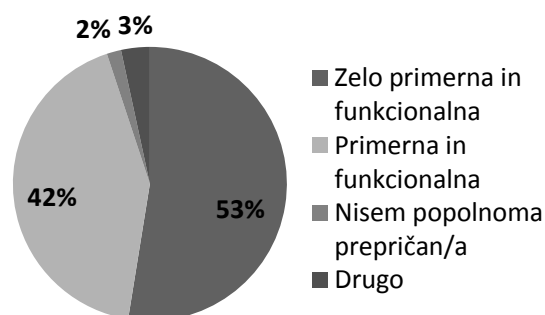
Ker spremenljivki področje dela in smiselnost in namenskost AM nista bili enakomerno porazdeljeni znotraj populacije, smo uporabili Man-Whitney U test. Hipotezo smo ovrgli, saj so imeli terapevti, zaposleni na področju somatike, nekoliko nižjo oceno pripomočka kot terapevti, zaposleni na vseh ostalih področjih ($U = 322, p < 0,05$). Po naknadnem preverjanju ugotovili, da to ne velja za posameznike, ki so označili, da delujejo na drugih področjih ($U = 176, p = 0,02$); se pravi, terapevti, ki delujejo na področju somatike so imeli bistveno boljše mnenje o namembnosti terapevtskega orodja kot posamezniki, ki niso delovali na naštetih področjih (pediatrija, poklicna zaposlitvena rehabilitacija, varstveno delovni centri).

H2: Anketiranci, ki so navedli, da je AM MoVi zelo smiselna/smiselna in zelo funkcionalna/funkcionalna so izrazili tudi bistveno večje zanimanje za nakup.

Tudi pri preverjanju H2 smo uporabili Mann-Whitneyev U test. Posamezniki, ki so menili, da je AM »MoVi« zelo funkcionalna/funkcionalna, so tudi izkazali bistveno večje zanimanje za nakup kot tisti, ki so menili, da niso prepričani v funkcionalnost oblike ($U = 110,5; p = 0,001$). Tudi pri smiselnosti in namenskosti AM »MoVi« je bila prisotna velika razlika v odgovorih, vendar pa je bila verjetnost za napako 1. vrste zelo visoka ($p = 0,268$), zato smo ta del hipoteze zavrnil.



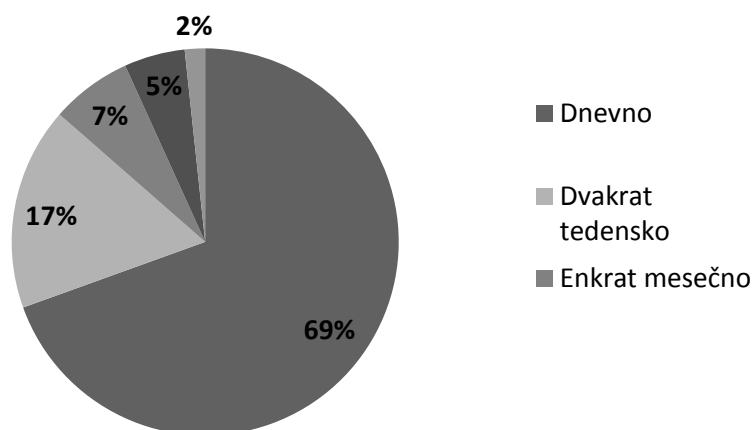
Slika 3: Mnenje anketirancev o smiselnosti in namenskosti AM »MoVi«



Slika 4: Mnenje anketirancev o funkcionalnosti in primernosti AV

H3: Terapevti, ki pri delu pogosto uporabljajo terapevtske pripomočke, se bolj zanimajo za nakup kot tisti, ki pripomočkov ne uporabljajo pogosto.

Tudi za preverjanje tretje hipoteze smo se zaradi neenakomerne porazdelitve spremenljivk odločili za Mann-Whitneyev U test, ki je pokazal statistično pomembno večjo pripravljenost za nakup pripomočkov pri anketiranih terapevtih, ki pripomočke uporabljajo večkrat (dnevno/tedensko) od tistih, ki pripomočke uporabljajo redkeje ($U = 129,5; p < 0,05$).



Slika 5: Pogostost uporabe terapevtskih pripomočkov

Na vprašanje, ki se je nanašalo na uporabo ter. pripomočkov pri vsakodnevem delu, je 32,2 % anketirancev odgovorilo, da si povsem predstavljajo uporabo AM, 37,3 % anketirancev si predstavljala uporabo, 18,6 % jih ni bilo prepričanih v uporabo, 6,8 % pa si uporabe pripomočka pri vsakodnevem delu ni znalo predstavljati.

Pri vprašanju o AV »MoVi« in želji po pridobitvi več informacij glede nakupa in izobraževanja o uporabnosti, je 44,1 % anketirancev nakup zanimal in si želijo več informacij glede možnosti nakupa, 35,6 % nakup trenutno ne zanima, 5,1 % nakup ne zanima, 15,3 % anketiranih pa je odgovorilo z »drugo«.

RAZPRAVA

Število vrnjenih anket kaže na nizko motiviranost anketirancev za sodelovanju v raziskavi. Motiviranost in zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu sta za učinkovitost, storilnost in uspešnost bistvenega pomena. Treba se je vprašati, ali so zaposleni predani svojemu delu in ali si prizadevajo doseči zastavljene cilje in cilje organizacije. Nezadovoljstvo in nemotiviranost zaposlenih se pokaže v nesodelovanju, ko je treba vložiti dodaten trud, v oklevanju, da bi prostovoljno opravili morebitno dodatno delo, v nepravočasno opravljenem delu, nedoseganju zastavljenih norm, zaposleni se pritožujejo in negativno odzivajo (Keenan, 1996). Vzrokov za takšno stanje zaposlenih je veliko, med drugim tudi to ali nadrejeni verjamejo v svoje zaposlene, kar močno vpliva na njihovo uspešnost in dosego ciljev (Mihalič, 2008). Carnegie (2000) trdi, da so za človekovo dejavnost potrebni tudi določeni motivacijski dejavniki, ki ga spodbujajo k delovanju.

Nizka stopnja odziva predstavlja velik in naraščajoč problem pri izvajanju anket, saj se z njo večja tveganje za pristranskost. Zato je bolje, da vzorec skušamo oblikovati tako, da do nje sploh ne pride (Hegney, Eley, Plank, Buikstra in Parker, 2006).

Oglaševanje ima potencial za ustvarjanje pričakovanja in močno vpliva na prepričanje v zmogljivost medicinskega pripomočka. Pomembno je, kako tržimo in oglašujemo medicinski pripomoček, da ne pride do zavajajočega trženja, saj tako vplivamo na uspešnost prodaje (WHO, 2003). Internet je napredna tehnologija, ki ima pomemben vpliv na marketinške tehnike v različnih panogah, vključno z zdravstveno industrijo (Giuliano, Ferguson in Silfen, 2012). Trženje preko elektronske pošte je hiter, poceni in neinvaziven način pristopanja do ciljne skupine; oseba si sama določi čas za branje sporočila. Vendarle pa ima ta način trženja pomanjkljivosti; največja pomanjkljivost je neosebna komunikacija, ki je manj primerna za trženje terapevtskega pripomočka.

Izdelek je potrebno ponuditi na ustrezen način: na ustreznih lokacijah, ob primernem času v obsegu, ki ga uporabnik želi (Konečnik Ruzzier, 2011). Ravno primerno in ustrezno približevanje izdelka uporabniku predstavlja ključno nalogo tržnih poti. Glede na slabšo odzivnost delovnih terapevtov (49,2 %), ugotavljamo, da je način trženja preko elektronske pošte manj učinkovit od »tradicionalnih« metod, kar navaja tudi Devetak (2000). Avtor ugotavlja, da se slabosti kažejo predvsem z odprtostjo in dostopnostjo interneta. Omenja, da je internet med drugim postal tudi medij, ki so ga nekateri posamezniki izkoristili za negativna dejanja in s tem pokazali ranljivost tovrstnega poslovanja. Povratne informacije ponujajo pomembno možnost za popravke. Če ne pride do pričakovane interakcije, je očitno nekaj narobe z medijem bodisi z njegovo obliko. Na podlagi povratnih informacij lahko komunikacijo popravimo, dokler ne pridemo do oblike, ki prinese želeni odziv (Postma, 1999).

Tehnološke ovire, kot na primer ne sprejemanje sporočil, oblikovanih v HTML formatu in avtomatsko blokiranje dolgih sporočil, predstavljajo ovire, ki jih tržnik mora upoštevati. Prav tako številne probleme povzroča nespretnost anketirancev pri rokovanju z elektronsko pošto in izpolnjevanju teksta (Strauss in Frost, 2001). Na dojetje sporočila lahko vplivajo tudi motnje, kot na primer; selektivna pozornost (naslovnik ne zazna vseh sporočil), selektivno izkrivljanje (pride do popačenja sporočila, naslovnik sliši le tisto, kar želi slišati) ter selektivna ohranitev (naslovnik ohrani v spominu le del vseh sporočil, ki ga dosežejo) (Kotler, 1996).

Konečnik Ruzzier (2011) ugotavlja, da je močno v porastu uporaba spletnih omrežij med mladimi. Kar 80 % spletnih uporabnikov družbenega omrežja je starih od 16 do 24 let. Nasprotno je pri istovrstni komunikaciji aktivnih le 42% internetnih uporabnikov v starostni skupini od 25 do 54 let in 18 % v starostnih skupini od 55 do 74 let.

Polovica anketirancev je pripadala starostni skupini od 31 do 40 let, manj kot petina pa je pripadla ostalim trem starostnim skupinam. Menimo, da je vzrok za večjo odzivnost te starostne skupine v tem, da jim je medij komunikacije blizu, po drugi strani pa imajo že strokovne izkušnje, ki jih želijo posredovati naprej.

Ugotovili smo, da področje dela v našem vzorcu ni imelo bistvenega vpliva na dojetje smiselnosti in namenskosti terapevtskega pripomočka. Na podlagi Mann-Whitneyevega U testa smo ugotovili, da so imeli terapevti, zaposleni na področju somatike nekoliko nižjo oceno pripomočka kot terapevti, zaposleni na vseh ostalih področjih, obenem pa imeli bistveno boljše mnenje o namembnosti terapevtskega orodja kot posamezniki, ki niso delovali na področju somatike, v domovih za ostarele, v psihiatriji, v socialnih zavodih. Razlog lahko iščemo v neprepoznavnosti uporabe AM »na terenu« - velika večina anketirancev, ki so se opredelili, da delujejo na drugem področju, je bila samozaposlena in je delovala na principu pomoči na domu. Zaposlenim na področju psihiatrije, se AM »MoVi« morda ni zdela smiselna in namenska zaradi specifičnosti njihovega področja dela.

Povsem logično je, da so posamezniki, ki so dojemali pripomoček kot zelo smiseln in funkcionalen, tudi izrazili večje zanimanje za nakup. Povezava med posamezniki, ki so dojemali AM kot smiselno in namensko in med njihovo pripravljenostjo za nakup je bila statistično neznačilna, vendarle pa so bila povprečja med skupinami različna.

Ugotovili smo tudi večjo pripravljenost za nakup pri tistih, ki pripomočke uporabljajo dnevno ali tedensko za razliko od tistih, ki pripomočke uporabljajo redkeje, iz česar lahko sklepamo, da so anketiranci prepoznali praktično vrednost tega orodja in so ga bili pripravljeni uporabljati.

V anketnem vprašalniku smo pod opombo, pridobili tudi nekaj dodatnih komentarjev ter nasvetov. Anketiranci so na primer predlagali dopolnitev AM »MoVi« z dodanim podstavkom za noge ter dodatno tablo z labirintom in kroglico. Kot navaja Hermann

(2010), so stranke zelo pomemben vir zamisli in jih je zato potrebno čim bolj vključiti v inovacijski proces.

Marketing močno prispeva k prepoznavanju subjektov, ki se jih trži. Dobro načrtovan marketinški pristop lahko pomaga uveljaviti poklic delovnega terapevta kot ključnega za oblikovanje produktivnega življenja (Jacobs, 1987). Strokovni delavci – delovni terapevti imamo pomembno vlogo pri razvoju naprav oz. pripomočkov (Miller, 2007).

Rezultati študije so pokazali, da se udeležencem v raziskavi AM »MoVi« zdi smiselna in funkcionalna. Izrazili so tudi veliko zanimanja za nakup.

SKLEP

Po pregledu literature na temo delovna terapija in marketing smo ugotovili, da je na tem področju napisano malo strokovnih člankov oz. strokovne literature. Z opravljeno raziskavo smo tako naredili majhen, toda pomemben korak, ki prispeva k promociji delovne terapije kot stroke.

S trženjem aktivacijske mize MoVI smo ugotovili, da so anketirani prepoznali pripomoček kot smiseln in namenski za uporabo v terapevtske namene. Anketiranci so potrdili funkcionalnost in primernost pripomočka. Pri trženju terapevtskega pripomočka interaktivni način morda ni bil najboljša izbira. Ugotovili smo, da je tovrstno trženje v tem primeru manj učinkovito, saj je število zainteresirane javnosti v Sloveniji relativno malo, tako da si pri promociji takega izdelka ne smemo dovoliti odzivnosti zgolj polovice vseh kontaktiranih. Veseli nas dejstvo, da so bila mnenja strokovnih delavcev v večini pozitivna. Pokazali so interes za nakup in željo po dodatnih informacijah o samem pripomočku. V bližnji prihodnosti bomo AM »MoVi« predstavili na kongresu delovnih terapevtov Slovenije, kjer bomo preko osebnega stika, ogleda izdelka v živo in praktičnega izvajanja nalog informirali zainteresirane na način, ki je, kot meni tudi Rogers (1995), za tovrstne izdelke bolj primeren.

AM »MoVi« je nov, še neuveljavljen terapevtski pripomoček, uporaben v ocenjevalne in rehabilitacijske namene (funkcij roke) Pričakujemo, da se bo v prihodnje uveljavil tudi na področju ocenjevanj funkcij roke pri zdravi populaciji, v raziskovalne namene, namene ocenjevanj zahtev delovnih mest ipd.

Upoštevati pa je potrebno, da se učinki oglaševanja, tržnega komuniciranja prenašajo v naslednja obdobja; oglaševanje, komuniciranje pomeni tudi ozaveščanje kupcev, povečanje njihovega interesa, kar ima lahko vpliv na prodajo v kasnejšem obdobju (Belch in Belch, 2001). Pričakujemo, da se bodo informacije med delovnimi terapevti glede AM »MoVi« širile, saj je slovenski prostor majhen in tako dosegle namen in cilj.

LITERATURA

Belch GE, Belch M (2001). Advertising and Promotion: An Integrated Marketing Communications Perspective. Boston: Irwin/McGraw.

Carnegie D (2000). Kako uživamo v življenju in poklicu. Ljubljana: Mladinska knjiga, 56.

Cravens DW, Hills GE, Woodruff RB (1987). Marketing management. Illinois: Irwin, 486–87.

Devetak, G (1999). Temelji trženja in trženjska zasnova podjetja. Koper: Visoka šola za management.

Devetak G (2000). Evropski marketing storitev. Kranj: Založba Moderna organizacija.

Dutta S, Segev A (1999). Business Transformation on the Internet. Eur Manage J 17(5): 466–476.

-
- Giuliano KK, Ferguson M, Silfen E (2012). Device, Diagnostical and Pharmaceutical marketing. *J Med Marketing*. 12(1): 55–66.
- Hegney D, Eley R, Plank A, Buikstra E, Parker V (2006). Workplace violence in Queensland, Australia: the results of a comparative study. *Int J Nurs Pract* 12(4): 220–31.
- Henry H (1986). *Motivation Research: Marketing Intelligence & Planning*. Bradford: MCB.
- Hermann S (2010). *Skriti zmagovalci 21. Stoletja: kako obvladati svetovne trge – in kako to uspeva tudi drugim*. Ljubljana: Planet GV.
- Hoffmann DL, Novak TP (1995). Marketing in Hypermedia Computer-Mediated Environments: Conceptual Foundations. *J Marketing* 60: 50–68.
- Jacobs K (1987). Marketing Occupational Therapy. *Am J Occup Ther* 41(5): 6.
- Keenan K (1996). *Kako motiviramo: Nasveti za poslovno uspešne*. Ljubljana: Mladinska knjiga, 7–9.
- Konečnik Ruzzier M (2011). Temelji trženja: Pristop k trženjskem načinu razmišljanja v 21. stoletju. Ljubljana: Meritum, 149–241.
- Kotler P (1996). *Marketing management – tržensko upravljanje: analiza, načrtovanje, izvajanje in nadzor*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
- Kotler P (2004). *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba, 264.
- Mihalič R (2008). *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih*. Škofja Loka: Mihalič in partner d.n.o., 23–24.
- Miller C (2007). Bringing a new medical device to market. The challenges of picking a winner. *Minn Phys*. 21(8). http://www.nordson.com/enus/divisions/micromedics/Literature/Articles/MN_Physician_Article_NOV07.pdf.<28.3.2013>.
- Ngai EWT (2003). *Internet marketing research (1987-2000): a literature review and classification* Department of management. Hong Kong: Polytechnic University.
- Postma P (1999). *Nova doba trženja: Ustvarjalno trženje v svetu visoke tehnologije*. Ljubljana: GV Založba.
- Potočnik V (2005). *Temelji trženja s primeri iz prakse*. Ljubljana: GV založba, 20.
- Rogers, EM (1995). *Diffusion of innovations (4th edition)*. New York: The Free Press, 204–51.
- Strauss J, Frost R (2001). *E-marketing*. 2nd edition. New Jersey: Prentice Hall, 109–519.
- Uradni list RS (2009). <http://www.uradni-list.si/1/content?id=94844><25.2.2014<20.3.2014>.
- Vilfan, T (2003). *Vloga interneta pri integriranem tržnem komuniciranju: Primer Podjetnik d.o.o.* Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- World Health Organizaton (2003). *Medical device regulations. Global overview and guiding principles*. Geneva: WHO.
- Završnik, B (1990). *Življenjski cikel izdelka in druge metode strateškega planiranja marketinga*. Ljubljana: Tangram.

ODA DELOVNI TERAPIJI

Lenart Lipovšek, Neža Klemenčič, Tanja Špehar, Manca Mikec, Jelena Mrden, Barbara Tomc.

Ko življenje po glavi te udari,
ti prideš le k meni v naravi,
svet za trenutek se ustavi,
vonj po zdravju te premami.

O roke, ki me ne ubogate
in noge, ki po svoje stopate.
Le kaj naj sedaj naredim,
da končno to telo umirim.

Že vem!

K DELOVNEMU TERAPEVTU de odpravim,
da telo v dobro voljo spravim.
Da končno roke uporabim
in noge v pravo smer nastavim.

Slava tebi DELOVNA TERAPIJA,
me vsega z delom boš učila,
zdravja, voljo povrnila.
Ostala moja boš filozofija.

Ljubljana, 9.1.2014

Zaposlitvena rehabilitacija gluhih

Vocational rehabilitation of the deaf

Katja Mahnič, Alenka Plemelj

UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Največja ovira prelingvalno gluhih posameznikov je njihova (ne)zmožnost komunikacije z okoljem. Ta ima pomembne posledice tudi pri njihovem zaposlovanju in zaposlitveni rehabilitaciji. **Udeleženci:** Osebe s prelingvalno gluhoto v vlogi zaposlenih. **Metoda:** Pregled tuje in domače strokovne literature ter zakonske podlage, ki ureja področje zaposlitvene rehabilitacije. **Rezultati:** Ovire, ki otežujejo oz. onemogočajo uspešno zaposlitev gluhih, je potrebno iskati na treh ravneh: pri gluhi osebi sami, na delovnem mestu in pri strokovnjakih, ki delujejo na področju zaposlovanja in zaposlitvene rehabilitacije. Dejavnost, potrebno za izboljšanje stanja zaposlenosti gluhih, je zato potrebno usmeriti na naslednja tri področja: zagotavljanja višje izobrazbene stopnje gluhih, pomoč gluhim zaposlenim ter izobraževanje strokovnjakov na področju zaposlovanja. **Ugotovitve:** Od tega, ali bodo gluhi uspešno pridobili in obdržali delovno mesto in kakšno to delovno mesto bo, ni odvisno le njihovo socialno stanje, pač pa tudi okupacijska identiteta in s tem neločljivo povezana kvaliteta življenja. Zaposlitvena rehabilitacija oz. pomoč pri zaposlovanju je zato z delovno terapevtskega stališča eno najpomembnejših področij dela z uporabniki s prirojeno okvaro sluha.

Ključne besede: osebe s prelingvalno gluhoto, zaposlitev, delovna terapija

ABSTRACT

Introduction: The biggest obstacle that individuals with prelingual deafness face is their (in)ability to communicate with the environment. This has important consequences for their employment and vocational rehabilitation. **Participants:** Individuals with prelingual deafness in the role of employees. **Method:** Slovene and international professional literature as well as Slovene legislation related to the vocational rehabilitation review. **Results:** To identify the barriers that render it difficult or even prevent the successful employment of deaf individuals, it is necessary to look at three levels: the deaf individuals themselves, the workplaces where they work as well as professionals working in the field of employment and vocational rehabilitation. Activity, directed in improvement of the employment situation of deaf individuals, must therefore necessarily be focused on the following three areas: assuring a higher level of education of the deaf individuals, securing aid to deaf workers and organizing the necessary training for professionals in the field of employment. **Conclusions:** Whether deaf individuals successfully obtain and keep a job and what kind of job they have doesn't influence only their social status but also their occupational identity and quality of life. From the occupational therapy point of view therefore vocational rehabilitation resp. employment assistance are one of the most important areas of work with individuals with congenital hearing impairment.

Key words: individuals with prelingual deafness, employment, occupational therapy

IZHODIŠČA

Najpomembnejša ovira posameznikov, ki so gluhi od rojstva je njihova (ne)zmožnost komunikacije s svojim okoljem, natančneje s sliščečo večino (Košir, 1999; Sneed in Joss, 1999; Luft, 2000). Prirojena gluhotata je sicer sorazmerno redek pojav. Kljub temu pa se je s problemom komunikacije med gluhi in slišječimi brez dvoma potrebno spoprijeti, saj prizadene vsakega, ki pride v stik z gluhim oz. naglušnim (Sneed in Joss, 1999). S stališča delovne terapije je to še toliko bolj pomembno, saj različne stopnje okvare sluha prizadenejo prav vsa področja posameznikovega vsakdanjega delovanja (Sneed in Joss, 1999).

Zmanjšane zmožnosti komunikacije imajo izredno daljnosežne posledice zlasti pri ljudeh, ki so gluhi od rojstva. Vplivajo namreč na možnosti in vsebino njihovega izobraževanja, kar ima v naslednji fazi določujoč vpliv tudi na možnosti zaposlovanja teh oseb. Od tega, ali bodo gluhi uspeli dobiti in obdržati delovno mesto in kakšno to delovno mesto bo, ni odvisno le njihovo socialno stanje, pač pa tudi okupacijska identiteta in s tem neločljivo povezana kvaliteta življenja. Zaposlitvena rehabilitacija je zato eno pomembnejših področij dela z obravnavano populacijo. Delovni terapevti s svojim celostnim razumevanjem okupacijske identitete gluhih oseb in specifične njihovega vključevanja v okupacije na vseh področjih človekovega delovanja imajo pri tem še posebej pomembno vlogo.

METODE

V prispevku so predstavljeni rezultati pregleda domače in tuje strokovne literature s področja delovno terapevtske obravnave prelingvalno gluhih oseb, s posebnim poudarkom na področju zaposlitvene rehabilitacije, ter domače zakonske podlage, ki ureja to področje. V pregled strokovne literature so bili vključeni članki, ki so bili najdeni na podlagi pregleda naslednjih baz: Medline, CINAHL in ProQuest Central. Pri iskanju so bili uporabljeni iskalni pojmi gluhotata, zaposlitvena rehabilitacija in delovna terapija.

REZULTATI

Komunikacijske in druge ovire gluhih oseb

Največjo oviro v vsakdanjem življenju posameznikov z okvarami sluha predstavlja njihova (ne)zmožnost komunikacije s svojim okoljem (Košir, 1999; Sneed in Joss, 1999; Luft, 2000). Še posebej to velja za osebe, ki so gluhe od rojstva. Njihov glavni način komunikacije, znakovni jezik (npr. slovenski znakovni jezik), namreč ni enak govornemu jeziku okolja, v katerem živijo (npr. slovenščini). Zato so na področju komunikacije dvakratno prikrajšani: večina slišječih ljudi ne obvlada znakovnega jezika, gluhi sami pa imajo lahko precejšnje težave z jezikom, ki ga sliščeči govorijo (Sneed in Joss, 1999).

V Sloveniji je vsaj deloma težavo omililo sprejetje *Zakona o uporabi slovenskega znakovnega jezika*, ki gluhim omogoča uporabo znakovnega jezika v postopkih pred državnimi organi, organi lokalne samouprave oz. izvajalci javnih pooblastil in javnih služb, pa tudi v vseh življenjskih situacijah, pri katerih bi jim gluhotata lahko pomenila oviro v zadovoljevanju nujnih potreb. V ta namen jim je priznana tudi pravica do pomoči tolmača (ZUSZJ, 2002). Vendar pa je uporaba tolmača kot posrednika informacij med gluhim in njegovim slišječim okoljem v večini življenjskih situacij nepraktična, včasih celo nemogoča.

Poleg težav pri sporazumevanju s slišječimi ima prirojena gluhotata še nekatere druge daljnosežne posledice, ki vplivajo na vsakdanje življenje gluhih. Kot pomembna se

izkažejo zlasti tri področja človekovega delovanja, na katerih imajo gluhe osebe težave: kognitivno, socialno in emocionalno. Prirojena gluhoti vpliva na razvoj jezikovnih funkcij, ki se pri gluhih razvijajo bodisi z zamikom in počasneje, bodisi v okrnjenem obsegu. Raziskave kažejo, da večina gluhih ob zaključku sekundarnega šolanja na področju branja dosega nivo 4. razreda osnovne šole. Zanje je značilen okrnjen besedni zaklad, manjša kompleksnost in fleksibilnost besednega izražanja (Luft, 2000).

Težave s komunikacijo močno vplivajo na socialno življenje gluhih ljudi. Po eni strani gluhi težko vzpostavljajo stike s slišječimi, saj je njihovo medsebojno sporazumevanje močno okrnjeno. Posledično so njihove možnosti za socializacijo močno omejene. Potrebne izkušnje pridobivajo počasneje in se nanje pogosto neprimerno odzivajo. Njihova nezrelost se lahko včasih kaže tudi v pomanjkanju odgovornosti, samostojnosti in neodvisnosti. Obstaja nevarnost, da (p)ostanejo osamljeni, tako v okviru ožjega, torej družinskega, kot tudi širšega, družbenega oz. slišječega okolja (Košir, 1999).

Omenjene težave se odražajo tudi na emocionalnem področju. Nezmožnost uspešnega komuniciranja in posledično pomanjkanje informacij, občutek nerazumljenosti, izločenosti in osamljenosti so pogosto vzrok za številne napetosti in frustracije gluhih. Pogosto je tudi umikanje vase, sumničavost, zlasti do slišječih, in depresivnost (Košir, 1999). Pri tem je potrebno še posebej poudariti, da se skupnost gluhih danes identificira kot kulturno in ne nacionalno določena skupnost. Njihov glavni identifikacijski element je prav znakovni jezik, zavestno pa gojijo tudi lastne oblike ustvarjalnosti, kulturnih in športnih dejavnosti (Košir, 1999).

Med ostalimi posledicami gluhoti, ki so pomembne za področje izobraževanja in zaposlovanja, je potrebno omeniti še težave v motoričnem razvoju. Najpogostejše težave so vezane na vzdrževanje ravnotežja in nadzor gibanja, posebej še na področju grafomotorike (Košir, 1999). Pogoste so tudi težave na področju vedenja in osebnosti (mdr. pomanjkanje razumevanja in empatije; egocentričnost; impulzivnost; fizična in psihična agresivnost), ki so po eni strani posledica omejitev socialnih interakcij (Košir, 1999), po drugi strani pa seveda potem tudi pomembno vplivajo nanjo.

Zaposlovanje gluhih

Po podatkih Statističnega urada RS je v Sloveniji leta 2007 slušni pripomoček uporabljalo 5,2% prebivalcev. Od tega jih je bilo manj kot 1% popolnoma gluhih. Prav takšen delež prebivalcev Slovenije v pogovoru med več osebami ni slišal ničesar. Med preostalimi prebivalci jih 85,7% z razumevanjem povedanega ni imelo nikakršnih težav, 10,5% jih je imelo manjše, 3,1% pa večje težave (Božič in Zupanič, 2009). Podobne podatke prinaša tudi publikacija, ki jo je Statistični urad RS pripravil ob mednarodnem dnevu invalidov leta 2010. V skladu z njo ima okvaro sluha 10% prebivalcev Slovenije, 2.000 jih je gluhih, 50.000 pa naglušnih. Prav toliko jih uporablja slušni aparat. Pri tem je potrebno posebej izpostaviti dve dejstvi. Prvič delež prebivalcev z okvarami sluha je večji med starejšimi, drugič z naraščajočo starostjo prebivalstva se skupni delež prebivalcev s slušnimi težavami povečuje (Vertot, 2010).

Sorazmerno majhen delež prebivalstva, ki ga predstavljajo gluhi, ni razlog, da se ne bi naredilo vsega, kar je mogoče, da se jim omogoči čim bolj enakopravno dostopanje do vseh, tudi zdravstvenih oz. konkretno delovno terapevtskih storitev. O tem pričajo tudi pravni akti, sprejeti na evropski in državni ravni, katerih cilj je zagotavljanje enakih možnosti, dostopnosti in posebnih pravic, vezanih na specifično telesno okvaro gluhih (za pregled zakonodaje gl. Košir, 1999). Poleg zakona, ki ureja uporabo slovenskega znakovnega jezika, je za zaposlovanje gluhih pomemben tudi *Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov*. Ta prepoveduje diskriminacijo pri zaposlovanju oz. izenačuje možnost zaposlovanja invalidov v primerjavi z drugimi delojemalci (ZZRZI).

Izredno pomemben je tudi t.i. *Akcijski program za invalide* (API), ki ga je pripravilo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, sprejela pa Vlada RS na svoji seji 30.11.2006. Ta v okviru 4. cilja združuje ukrepe, ki so usmerjeni v zagotavljanje nediskriminatornega vključevanja invalidov v izobraževanje. Poleg tega program v okviru 5. cilja združuje ukrepe na področju zagotavljanja dostopa invalidom do dela in zaposlitve. Njihov cilj je povečati delež invalidov med delovno aktivnim prebivalstvom, s čemer se ne bo izboljšal le njihov socialni položaj ter življenjske in delovne razmere, pač pa bo invalidom omogočeno tudi, da s skladno s svojimi interesi, sposobnostmi in zmožnostmi pridobijo in obdržijo poklic in zaposlitev (API, 2006). Program torej predvideva ukrepe, ki bodo tudi gluhih omogočili, da oblikujejo svojo okupacijsko identiteto, s tem pa jim omogočajo tudi možnost višje kvalitete življenja.

Omenjena cilja programa sta medsebojno tesno povezana. Čimprejšnja uresničitev obeh oz. dosledno uvajanje ukrepov, uvrščenih v njen okvir, je še toliko bolj pomembno ob podatkih o doseženi izobrazbeni stopnji in posledičnem socialnem statusu gluhih v Sloveniji. Po podatkih Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije ima namreč 32% gluhih končano le osnovno, 57% poklicno, 10% pa srednjo strokovno šolo. Višjo oz. visokošolsko izobrazbo je dosegel le 1% gluhih (spletna stran ZDGNS). Deleži za posamezno izobrazbeno stopnjo za vse prebivalstvo za leto 2011 so bili: 24,7% za osnovno, 23,1% za poklicno, 30,2% za srednjo strokovno ter 17,5% za višje- oz. visokošolsko izobrazbo (Statistični letopis, 2012). Posledice izobrazbene strukture med gluhih se odražajo v njihovem socialnem statusu. Ker imajo nizko stopnjo izobrazbe, se lahko zaposlujejo le na slabše plačanih delovnih mestih in ob upokojitvi prejemajo tudi ustrezno nižjo pokojnino. Vse to vpliva na nižjo raven življenja (spletna stran ZDGNS).

Podobne podatke navajajo tudi tuje študije (Luft, 2000; Winn, 2007; Walter in Dirmeyer, 2013). Torej lahko zaključimo, da je zaposlovanje pri populaciji gluhih oseb univerzalni problem. Med gluhih je večja stopnja nezaposlenosti kot med splošno populacijo, poleg tega pa se jih večina zaposluje na manj zahtevnih delovnih mestih (Košir, 1999; Luft, 2000; Winn, 2007; Walter in Dirmeyer, 2013). Med gluhih je tako večji delež manualnih poklicev kot med splošno populacijo (Košir, 1999; Luft 2000). Na delovnih mestih se ne izkorišča vseh njihovih potencialov, za svoje delo pa so v povprečju plačani manj kot slišči na primerljivih delovnih mestih (Luft, 2000; Winn, 2007; Walter in Dirmeyer, 2013). V zvezi s stopnjo pridobljene izobrazbe in zaposlovanjem gluhih je potrebno omeniti še rezultate študij, ki so raziskovale medsebojno vzročno povezanost obeh. V ZDA in Avstraliji so v zadnjih nekaj desetletjih s pomočjo zakonodaje uspeli povečati delež gluhih, ki se vpisujejo v višje- oz. visokošolske izobraževalne programe. Tudi v Sloveniji poteka projekt integracije gluhih otrok v redno izobraževanje, katerega cilj je povečati znanje gluhih, zvišati njihovo dosežno izobrazbeno stopnjo in s tem izboljšati njihove zaposlitvene možnosti (Košir, 1999). Podatki o zaposlitvi gluhih, ki so uspešno zaključili študij v ZDA in Avstraliji so pokazali, da se ti v resnici lahko zaposlujejo na boljših, bolj zahtevnih in odgovornih delovnih mestih, s tem pa dosežejo tudi višje plačilo za svoje delo. Na tovrstnih delovnih mestih se zmanjša tudi razlika med plačilom, ki ga za svoje delo prejmejo gluhi oz. slišči zaposleni (Winn, 2007; Walter in Dirmeyer, 2013). Vendar pa raziskovalci po drugi strani poudarjajo, da se stanje, kar se tiče zaposlitvenega stanja gluhih, zaradi tega ne spreminja dosti. Z drugimi besedami, rastoči delež gluhih s pridobljeno višje- oz. visokošolsko izobrazbo ne prinaša višje stopnje splošne zaposlenosti gluhih. Prav nasprotno, na področju zaposlovanja gluhih je kljub spremembam v njihovi izobrazbeni strukturi še vedno zaznati upadanje stopnje zaposlenosti (Winn, 2007; Walter in Dirmeyer, 2013).

Ti podatki nedvoumno kažejo na to, da višja izobrazba gluhi osebi sicer zagotavlja možnost opravljanja dela na bolj odgovornih delovnih mestih in višjega plačila, vendar pa samo v primeru, da je uspešna na trgu dela. Sama izobrazba gluhim namreč ne zagotavlja avtomatično uspešnega pridobivanja tovrstnih delovnih mest. To je posledica dejstva, da se gluhi na delovnem mestu spopadajo tudi z drugimi ovirami in ne le slabšo izobrazbo. Zagotavljanje dejanskega izenačevanja možnosti pridobivanja najvišje stopnje izobrazbe gluhim je zato nedvomno izrednega pomena. Vendar pa je prav tako, če ne še bolj pomembno vzpodbujanje delodajalcev k zaposlovanju gluhih, prilagajanje konkretnih delovnih mest, da bodo (bolj) primerna za gluhe, ter edukacija vseh vpletenih, potrebnih za uspešno vključitev gluhe osebe v delovni proces (delodajalcev, gluhih delojemalcev in njihovih sodelavcev). Prav to pa je področje delovanja zaposlitvene rehabilitacije.

Zaposlitvena rehabilitacija gluhih

V skladu z *Zakonom o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov* ima vsak invalid pravico do zaposlitvene rehabilitacije, katere cilj je invalida usposobiti za ustrezno delo, mu pomagati, da najde in obdrži zaposlitev ter mu omogočiti, da v njej tudi napreduje. V kolikor to ni mogoče, pa mu zaposlitvena rehabilitacija omogoča, da spremeni svojo poklicno kariero (ZZRZI). Vsebino zaposlitvene rehabilitacije natančneje določajo *Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije*. Ti obsegajo 14 storitev, od svetovanja, začetnega ocenjevanja ravni delazmožnosti, preko usposabljanja, prilagajanja delovnega mesta do končnega ocenjevanja uspeha zaposlitvene rehabilitacije (Standardi storitev).

Ovire, ki otežujejo oz. celo onemogočajo uspešno zaposlitev gluhih, je potrebno iskati na treh ravneh: pri gluhi osebi sami, na delovnem mestu in pri strokovnjakih, ki delujejo na področju zaposlovanja, pa tudi zaposlitvene rehabilitacije (Luft, 2000). Težave, vezane na področje dela, pri gluhih osebah so, pretežno povezane s komunikacijo. Poleg samih težav v komunikaciji s sodelavci so pomembne tudi nekatere druge ovire. Zaradi slabše sposobnosti razumevanja jezika, ki ga govori okolje, in drugih težav na področju jezikovnih funkcij so gluhi veliko slabše informirani o vsem, kar je potrebno vedeti v zvezi z zaposlitvijo. Po eni strani imajo slabši pregled o svojih poklicnih možnostih, prostih delovnih mestih in pogojih za njihovo pridobitev, po drugi pa imajo tudi, ko so že zaposleni, manj informacij v primerjavi s svojimi sodelavci. Gre za informacije, vezane na delovno organizacijo, v kateri so zaposleni, potek delovnega procesa pa tudi vse ostalo, kar se dogaja znotraj delovnega kolektiva (Luft, 2000). Težave s komunikacijo, posledično pa tudi medsebojnimi odnosi lahko privedejo do neželenih posledic v delovnem procesu, ki se pogosto končajo tudi s posledicami za gluhega zaposlenega, med katerimi je lahko celo odpoved delovnega razmerja (Luft, 2000).

Drugi sklop težav je vezan na delovno mesto, ki pogosto ni prilagojeno potrebam gluhe osebe. Zaradi izpada enega senzornega kanala so gluhi v večji meri odvisni od preostalih, zlasti vida. Kar se tiče ureditve delovnega mesta to pomeni, da bi morale biti to dobro osvetljeno (dnevna svetloba; umetna osvetljava), predvsem pa pregledno (Martins in Gaudiot, 2012). Pregledno bi morala biti urejena tudi širša delovna okolica, saj je pritegnitev pozornosti in vzpostavitev uspešne komunikacije med gluhim in slišječimi vezan v veliki meri odvisna od možnosti vizualnega sporočanja, bodisi da gre za sporočanje s pomočjo kretenj, bodisi da gre za branje z ust govorečega. Delovna mesta pogosto ne ustrezajo tem kriterijem, zaradi česar gluhi osebi ne omogočajo, da bi učinkovito opravljala svoje delo.

Tretje področje, ki otežuje zaposlovanje gluhih, je nepoznavanje ali pa nerazumevanje potreb gluhih (Luft, 2000). Pri strokovnjakih, zaposlenih na področju zaposlovanja in zaposlitvene rehabilitacije, ima to za posledico slabšo in pogostokrat manj uspešno pomoč,

ki so je z njihove strani pri iskanju zaposlitve deležni gluhi. Ta se odraža v manjšem deležu uspešnega iskanja in kasnejšega zadržanja zaposlitve ali pa v zaposlovanju na neprimernih delovnih mestih (Luft, 2000). Končna posledica je seveda tudi večja stopnja nezaposlenosti med gluhi. Pri delodajalcih in sodelavcih nerazumevanje kulturnih potreb gluhih prinaša zlasti slabšo komunikacijo in medsebojne odnose. To lahko po eni strani vodi v slabšo učinkovitost in kvaliteto dela gluhega, po drugi strani pa tudi v njegov občutek izločenosti in umik vase. Oboje lahko pri gluhem zaposlenem vzbudi močan občutek neuspešnosti, frustracije in ga celo pripelje do odločitve za prekinitve delovnega razmerja. Ena od študij je tako pokazala, da je v kar 77% primerih vzrok, da dajo gluhi zaposleni odpoved, negativen, torej povezan z njihovim nezadovoljstvom z razmerami na delovnem mestu (Luft, 2000).

RAZPRAVA

Za izboljšanje stanja na področju zaposlovanja gluhih je potrebno predvideti aktivnosti na vsaj treh področjih (Luft, 2000):

1. Zagotavljanje višje izobrazbene stopnje gluhih

Delež gluhih, ki zaključijo višje- oz. visokošolsko izobraževanje in s tem dosežejo višjo stopnjo izobrazbe, je kljub različnim zakonskim vzpodbudam še vedno nizek. Kljub splošnem trendu upadanja zaposlenosti gluhih, pa vendarle ostaja dejstvo, da višja stopnja izobrazbe na individualni ravni prinese izredne prednosti. Gluhi z dokončanim višje- ali visokošolskim izobraževanjem se namreč lahko zaposlujejo na bolj zahtevnih in odgovornih delovnih mestih in dosežejo višji dohodek (Luft, 2000). Vendar pa se je izkazalo, da se zaradi zakonskih vzpodbud na višje- in visokošolske izobraževalne ustanove sicer res vpiše več gluhih, vendar pa jih študij dokonča sorazmerno majhen odstotek (Winn, 2007; Walter in Dirmyer, 2013). To pomeni, da gluhi študentje potrebujejo precej svetovanja in drugih oblik pomoči, da bi uspešno zaključili študij. Ena od bistvenih nalog, vezanih na problematiko zaposljivosti gluhih, mora biti torej zagotavljanje ustrezne podporne mreže, ki bo gluhim študentom omogočila uspešen zaključek izobraževanja, dosego višje stopnje izobrazbe, posledično pa tudi večjo zaposljivost, možnost zaposlovanja na boljših delovnih mestih in višji dohodek (Luft, 2000).

2. Pomoč gluhim zaposlenim

Glede na to, da je bistvena težava gluhega na delovnem mestu njegova omejena zmožnost komunikacije, mora biti prav delovanje na tem področju prednostna naloga strokovnjakov, zaposlenih na področju zaposlitvene rehabilitacije. Težave s komunikacijo je potrebno zmanjševati oz. odpravljati na naslednjih šestih področjih: usposabljanje na delovnem mestu, socializacija s sodelavci, sodelovanje na sestankih, socialne funkcije, povezane s službo, navodila in nadzor, evalvacija izvedbe delovnih nalog (Luft, 2000). Delovanje mora biti usmerjeno dolgoročno, da bo lahko doseglo čim boljše učinke. P. Luft predlaga, da naj se uvajanje navedenih storitev odvija v okviru t.i. ekološkega modela izvedbe storitev, ki izhaja tako iz potreb in skrbi zaposlenega kot tudi zaposlovalca. Le tak pristop naj bi namreč prinesel gluhemu zaželeno povišanje stopnje zadržanja delovnega mesta in poklicnega napredovanja (Luft, 2000).

3. Izobraževanje strokovnjakov na področju zaposlovanja

Za uspešno delo vseh strokovnjakov, ki so vključeni v pomoč pri iskanju zaposlitve in/ali zaposlitveno rehabilitacijo gluhih, sta nujna dva predpogoja: prvi so ustrezne komunikacijske kompetence, potrebne za delo z gluhi, drugi pa razumevanje kulturnih

in drugih potreb skupnosti gluhih (Luft, 2000). Le tako bodo sposobni gluhi nuditi optimalno pomoč pri iskanju zaposlitve, usposabljanju za delo na posameznem delovnem mestu, napredovanju na delovnem mestu ali njegovi zamenjavi. Zlasti omogočanje gluhemu, da na svojem delovnem mestu napreduje, ali pa da ga po potrebi zamenja, se je izkazalo za področje, ki je po eni strani pogosto zanemarjeno, po drugi pa bistveno pri dolgoročnem reševanju zaposlitvenega stanja gluhe osebe (Luft, 2000).

Za premagovanje ovir, ki jih ima gluhi v vlogi zaposlenega, je potrebna tudi prilagoditev delovnega okolja. Pri tem ne gre zgolj za razporeditev pohištva in ostale opreme, pač pa gre v skladu z ergonomskimi načeli vedno za usklajevanje potreb, ki izhajajo iz medsebojnega odnosa med prostorom, dejavnostjo, ki se v njem odvija, in tistimi, ki jo izvajajo. Med pomembnejše dele izvedbe vsake dejavnosti spada seveda tudi komunikacija. Na področju ergonomskega urejanja prostorov, v katerih se zadržujejo in delujejo gluhe osebe, je zato potrebno biti še posebej pozoren na to, da jim je v vsakem trenutku omogočen dostop do informacij. Za to so potrebni dobra osvetlitev in preglednost prostorov, pomagamo pa si lahko tudi z različnimi pomagali, npr. namestitvijo ogledal, svetlobnih naprav, stikal. Pomembna je tudi akustična prilagoditev prostorov (Martins in Gaudiot, 2012).

Poleg prostorskih pogojev je pomembno tudi, da gluhi osebi omogočimo uporabo ustrezne tehnične opreme, ki ji omogoča komunikacijo. V *Standardih usposabljanj in znanj za prilagoditve delovnih mest*, ki so jih pripravili na Razvojnem centru za zaposlitveno rehabilitacijo Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije, so posebno pozornost namenili tudi prilagoditvam delovnih mest za potrebe gluhih. Kot standard za tehnične pripomočke, ki naj bi jih med usposabljanjem in kasneje med opravljanjem dela potrebovala vsaka gluha oseba, navajajo naslednji nabor: prenosni osebni računalnik s spletno kamero in vmesnik za brezžično povezovanje naprav z računalnikom (t.i. Bluetooth), ki omogoča komuniciranje preko spletnih klepetalnic in omogoča tudi povezavo s klicnim centrom za gluhe, mobilni telefon z vgrajenim UMTS za video komunikacijo, ojačevalniki zvokov za telefone in indukcijske zanke. Dodatna oprema je odvisna od vrste in zahtevnosti posameznega delovnega mesta (Tabaj, 2010a).

Informacijsko-komunikacijske prilagoditve delovnega mesta imajo najpomembnejšo vlogo pri uspešnem in učinkovitem zaposlovanju. Informacijsko-komunikacijska tehnologija pa je v procesu zaposlitvene rehabilitacije gluhih nenadomestljiva še na enem področju, pri samem usposabljanju. Kot poudarjajo avtorji smernic za uporabo informacijske in komunikacijske tehnologije v procesu zaposlitvene rehabilitacije, ki jih je prav tako pripravil Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije, so prav gluhi in naglušni pravzaprav ciljna populacija za uporabo tovrstne tehnologije, saj jim šele izdatna informacijsko-komunikacijska podpora omogoči dostop do potrebnih informacij in vzpostavljanje osebne in skupinske komunikacije (Tabaj, 2010b). Oboje, torej dostop do informacij in sposobnost uspešne in učinkovite komunikacije pa sta ključna tako pri usposabljanju za delo kot tudi pri opravljanju dela.

SKLEP

Kljub vedno večji ozavešeni javnosti o problematiki enakih možnosti na področju izobraževanja in zaposlovanja invalidov, še posebej pa gluhih, in zakonskim vzpodbudam, vezanim na ti dve področji, se stanje na področju zaposlovanja gluhih v zadnjih desetletjih na žalost ni bistveno spremenilo. Glavni značilnosti zaposlovanja te populacije tako ostajata visoka stopnja nezaposlenosti oz. zaposlovanje na neustreznih, premalo plačanih delovnih mestih. Posledica obeh je slab socialni, pogosto tudi zdravstveni status gluhih

oseb. Čimprejšnja vpeljava dolgoročnih programov, ki bodo imeli za cilj zviševanje izobrazbene stopnje gluhih ter nudenje kvalitetnih in ustreznih storitev na področju iskanja zaposlitve in zaposlitvene rehabilitacije, je zato nujna. Z njimi ne bomo pomagali gluhih le k zaposlitvi oz. ustrežnejšim delovnim mestom, pač pa bomo bistveno prispevali tudi h kvaliteti njihovega bivanja.

Vloga delovnih terapevtov pri tem je lahko bistvenega pomena. Ne le zato, ker zadovoljstvo in izpolnitev na področju (plačljivega) dela razumemo kot nujni sestavni del okupacijske identitete vsakega posameznika, pač pa tudi zato, ker zaradi holističnega razumevanja posameznika najbolje razumemo medsebojni vpliv posameznika, dejavnosti, s katero se ukvarja, in okolja, kjer se ta odvija. Delovni terapevti lahko zato bodisi v vlogi svetovalca, ki pomaga gluhemu otroku oz. mladostniku, da se čim bolje vključi v izobraževalni proces in ga tudi uspešno zaključi, bodisi v vlogi strokovnjaka na področju zaposlitvene rehabilitacije, ki pomaga gluhemu, da pridobi delovno mesto, se zanj ustrezno usposobi in ga tudi uspešno obdrži, prispevamo vse svoje strokovno znanje. Da bomo pri načrtanih ciljih uspešni pa moramo najprej pridobiti potrebne komunikacijske kompetence in razumevanje specifik dela z gluhih.

LITERATURA

- Akcijski program za invalide 2007-2013. www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/. <3.3.2014>
- Božič A, Zupanič T (2009). Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. www.stat.si/pub.asp. <3.3.2014>
- Košir S (1999). Sluh: naglušnost in gluhost. Ljubljana: Zveza gluhih in naglušnih Slovenije.
- Luft P (2000). Communication Barriers for Deaf Employees. Needs Assessment and Problem-Solving Strategies. *Work* 14(1): 51-9.
- Martins LB, Gaudiot DMSF (2012). The Deaf and the Classroom Design. A Contribution of the Built Environmental Ergonomics for the Accessibility. *Work* 41(1): 3663-8.
- Ohranjevanje zdravja. <http://www.zveza-gns.si/o-zvezi/ohranjevanje-zdravja>. <3.3.2014>
- Sneed S, Joss D (1999). Deafness and Hearing Loss. A Global Health Problem. *Work* 12(1): 93-101.
- Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije. www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/. <3.3.2014>
- Statistični letopis Republike Slovenije 2012 (2012). Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. www.stat.si/pub.asp. <3.3.2014>
- Tabaj A, Vidmar, ur. (2009). Kaj mora o zaposlovanju invalidov vedeti vsak delodajalec? Od davčnih olajšav za delodajalce do smernic po zakonodaji Evropske unije. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. www.ir-rs.si/sl/Razvojni_center_za_zaposlitveno_rehabilitacijo/. <3.3.2014>
- Tabaj A, Vidmar, ur. (2009). Spodbujanje zaposlovanja invalidov. Temeljni mednarodni in nacionalni predpisi ter programi. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. www.ir-rs.si/sl/Razvojni_center_za_zaposlitveno_rehabilitacijo/. <3.3.2014>
- Tabaj A, ur. (2010). Informacijske in komunikacijske tehnologije za invalide v procesu zaposlitvene rehabilitacije. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. www.ir-rs.si/sl/Razvojni_center_za_zaposlitveno_rehabilitacijo/. <3.3.2014>

Tabaj A, ur. (2010). Standardi usposabljanj in znanj za prilagoditve delovnih mest. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. www.ir-rs.si/sl/Razvojni_center_za_zaposlitveno_rehabilitacijo/. <3.3.2014>

Vertot N (2010). Mednarodni dan invalidov 2010. Ljubljana: Statistični urad republike Slovenije. www.stat.si/pub.asp. <3.3.2014>

Walter GG, Dirmyer R (2013). The Effect of Education on the Occupational Status of Deaf and Hard of Hearing 26 to 64 Years Olds. *Am Ann Deaf* 158(1): 41-9.

Winn S (2007). Employment Outcomes for People in Australia Who Are Congenitally Deaf. Has Anything Changed?. *Am Ann Deaf* 152(4): 382-90.

Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, Ur. l. RS, št. 96/2002. www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/. <3.3.2014>

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, Ur. l. RS, št. 63/2004. www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/. <3.3.2014>

Delovni terapevti znamo prisluhniti posamezniku in mu pomagati, da postane čim bolj samostojen v vsakodnevni aktivnosti in tako pripomoremo, da je njegovo življenje bolj in bolj kakovostno.

To, da sem na nek način strokovnjak za polnejše življenje in dobro počutje sočloveka, me notranje izpopolnjuje in navdaja s ponosom.

Jerneja

Ni ga lepšega občutka, kot hoditi z veseljem v službo in ni ga boljšega plačila kot čutiti, da te cenijo in spoštujejo uporabniki in sodelavci. To pa ni samoumevno, ampak je seštevek sledi, ki jih zapisujemo v svoje življenje in življenje vseh, ki so okrog nas.

Milena

Rada pa bi se tudi zahvalila vam (Oddelku za DT) za ves doprinos, k razvoju naše stroke v naši državi. Saj brez dobrih temeljev, ki smo jih dobili na naši fakulteti tekom študija ne bi bilo možno graditi in razvijati naše stroke v ustanovah po Sloveniji

Marjeta

Kaj je to ljubezen in kaj le-ta rojeva, ko jo pomnožiš z izobraževanjem in leti dela - spoznaš, ko srečaš delovnega terapevta zrelih let, še vedno neskončno željnega znanja, strokovne in osebne rasti, ki poskuša vedno znova biti v ponos in stroke.

Polona

Vsakdanje življenje osnovnošolskih otrok in senzorna integracija

Everyday living activities of primary school children and sensory integration

Nevenka Gričar, Eva Eniko, Alenka Kostevc, Maša Putrih, Karmen Vidmar in Tina Zorko
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišče: Motnje senzorne integracije (MSI) se odražajo pri težavah z izvedbo vsakodnevnih aktivnosti. V raziskavi smo želeli ugotoviti, v kakšni meri se pojavljajo MSI pri osnovnošolskih otrocih in kako vplivajo na njihovo vsakdanje delovanje.

Preiskovanci: V raziskavo so bili vključeni osnovnošolci od 1. do 5. razreda petih osnovnih šol po Sloveniji. **Metode:** V raziskavi je sodelovalo 317 staršev učencev osnovnih šol, od tega je bilo 12 staršev otrok, ki imajo status učenca s posebnimi potrebami (OPP). Za ugotavljanje razlik stopnje motenj obdelave senzornih dražljajev na posameznih senzornih sistemih med skupinama otrok, ki so bili vključeni v raziskavo, je bil uporabljen neodvisni t-test. **Rezultati:** OPP imajo večje odstopanje od povprečja na senzornih sistemih kot tisti brez statusa posebnih potreb. Hkrati se kaže razlika med skupinami učencev, ki več/manj časa posvetijo gibalnim aktivnostim. **Ugotovitve:** Z zgodnjim prepoznavanjem MSI lahko preprečimo težave, ki se lahko pojavljajo v šoli in bi si jih lahko tako učitelji kot tudi starši napačno razlagali.

Ključne besede: motnje senzorne integracije, gibalne aktivnosti, uporaba računalnika in televizije, težave v vedenju

ABSTRACT

Introduction: Sensory processing disorder (SPD), formerly known as sensory integration dysfunction, may affect the individual's performance of daily living activities. The aim of the research was to identify sensory processing patterns in the context of daily activities in primary school children. Included in the study were primary school children in Slovenia from grade 1-5. **Method:** A total of 317 parents of primary school children participated in the study. The sample included twelve parents who had children with special needs status (CSN). An independent t-test was employed to identify the sensory processing differences within SPD between the two groups of children. **Results:** CSN exhibited above average sensory system processing problems in relation to others. It was also established that the performance or non-performance of motor skill activities in youth may significantly influence the SPD severity spectrum. **Conclusion:** Early diagnosis and intervention are important in order to prevent poor academic achievement and other impacts of SPD which could otherwise be attributed to different causes by teachers and parents.

Key words: sensory processing disorder, motor skill activities, use of computers and television, behavioural problems

IZHODIŠČA

Vsakodnevno pridobivamo iz čutil nešteto informacij o fizičnem stanju našega telesa in okolja, ki nas obdaja. Informacij ne sprejemamo samo skozi pet čutilnih sistemov, ki so: taktilni, vidni, okušalni, vohalni in slušni sistem, sprejemamo jih tudi s pomočjo vestibularnega sistema, ki nam daje občutek gibanja v odnosu z gravitacijo, in propioceptivnega sistema, ki nam daje informacije o položaju našega telesa. Živčni sistem mora delovati usklajeno, da lahko informacije razvrsti in organizira, to pa predstavlja osnovo za oblikovanje zaznavanja, vedenja, gibanja in učenja (Ayres, 2009). Senzorna integracija je proces v osrednjem živčevju, ki nam pomaga organizirati senzorno zaznavanje iz lastnega telesa in okolja ter omogoča, da telo te informacije učinkovito uporabi znotraj določenega okolja. Daje osnovo za kompleksnejše učenje in vedenje v okolju (Ayres, 1972, cit. po Bundy et al., 2002). Senzorna integracija je otrokova zmožnost čutenja, razumevanja in organiziranja čutnih informacij iz njegovega telesa in iz okolja v smiselno celoto. Kadar je integracija celostna in uravnotežena, ima otrok izredno velike možnosti za učenje, ustrezno vedenje in usklajenost gibanja. Senzorna integracija je pomembna za otrokov razvoj, učenje in občutenje samega sebe, saj integracija vseh senzornih sistemov zagotavlja osnovo otrokovega pogleda na svet. Med senzorno integracijo ter socialnim in čustvenim razvojem je močna povezanost (Emmons-Godwin in Anderson-McKendry, 2005). Počasnejše učenje in neprimerno vedenje sta lahko pogosto posledica neučinkovite senzorne integracije. Problemi senzorne integracije niso očitni, so pa vzrok, da imajo mnogi bistri otroci probleme z učenjem in vedenjem (Ayres, 2009).

V vseh življenjskih obdobjih ima telesna dejavnost pomembno vlogo za biološki, mentalni in socialni razvoj. Sposobnost gibanja je osnova otrokovega pojmovanja tako sebe kot svojega okolja (Škof, 2010, cit. po Tuta, 2012). Pretirano gledanje televizije in igranje računalniških iger sta povezana s številnimi psihičnimi problemi, še posebej čustveno-vedenjskimi simptomi in težavami s pozornostjo, kot so hiperaktivnost in družinsko interaktivni problemi (Dworak et al., 2007).

Otroci se učijo skozi raziskovanje okolja, kot sta igranje in manipulacija z različnimi predmeti. Na razvoj vplivajo dostopnost spodbujevalnih materialov ali igrač, raznolikost teh spodbujevalcev, odzivnost na dražljaje in fizična omejitev. Smith-Roley, Imperatore-Blanche, Schaaf (2001) omenjajo Fieldovo raziskavo, v kateri je poudarjeno, da sta zanimivo organizirano fizično okolje in odziv človeškega okolja ključnega pomena za dojenčkov razvoj.

Ayresova (2005) je ugotovila, da slaba senzorna integracija vpliva na proces učenja. Otrokove težave pri oblikovanju in združevanju senzornih dražljajev lahko vplivajo, da ima težave pri oblikovanju in izražanju prilagodljivega vedenja, vse to pa vpliva na učenje in motorično vedenje.

Težave pri delovanju otroka v vsakdanjem življenju so lahko povezane z motnjami senzorne integracije. Otrok ima lahko težave z vzpostavljanjem socialnih stikov pri vključevanju v igro in s prilagajanjem različnim situacijam, kar lahko privede do slabše samopodobe (Bundy in Murray, 2002, cit. po Roberts et al, 2007).

Otroci z motnjo senzorne integracije težko razumejo, kaj se dogaja znotraj in zunaj njihovega telesa, ker ne dobivajo popolne senzorne informacije. Posledica tega je, da se otroci izogibajo stresnim situacijam ali iščejo močnejše, dodatne dražljaje, da bi razumeli, kaj se dogaja (Biel in Peske, 2007: 29). Vsakodnevne naloge, ki jih drugi otroci opravijo brez težav, na primer poravnava telesa proti gravitaciji, oblačenje, premagovanje gibalnih

ovir ali hranjenje, jim povzročajo težave. Otrok se ponavljajočih težav zaveda in postane frustriran. Veliko otrok s senzorno integrativnimi problemi se izogiba senzornim in motoričnim nalogam (Parham in Mailloux, 2005).

Bundyjeva (2002) je razdelila motnje senzorne obdelave na dve področji: motnje senzorne modulacije in dispraksijo. Vključuje pet senzornih sistemov za procesiranje (vidni, vestibularni, propioceptivni, taktilni in slušni). Pri motnjah senzorne modulacije ima oseba težave pri odgovoru na senzorne dražljaje z optimalno intenzivnostjo odziva. Štiri najpogostejše motnje senzorne modulacije so: odpor do gibanja, gravitacijska nesigurnost, preobčutljivost in premajhna občutljivost. Kot posledica teh motenj se pojavijo izogibanje, raztresenost, povečana aktivnost, umik in senzorno iskanje (Bundy et al., 2002). Odpor do gibanja je povezan s slabo obdelavo vestibularnih informacij v polkrožnih kanalih. Gravitacijska nesigurnost se kaže kot strah pred gibanjem, zlasti pred položaji, ko telo ni več v pravilni sredinski legi, ko premaknemo glavo ali kadar so noge dvignjene od tal. Težave so povezane s slabo obdelavo informacij v otolitiskem organu. Preobčutljivost se lahko pojavi na vseh čutilnih sistemih. Povezana je s slabim procesiranjem na limbičnem in retikularnem sistemu. Kaže se kot prehitro odziv na dražljaj, z večjo intenzivnostjo in z dlje trajajočim odzivom. Premajhna občutljivost se kaže kot nezaznavanje dražljaja in premajhna odzivnost na dražljaj ali pa je odziv manjši od pričakovanega (Fisher, 1991, cit. po Bundy et al., 2002).

Dispraksija vključuje bilateralno integracijo in zaporedje ter somatodispraksijo, kot posledica teh se pojavijo nerodnost, uganjanje norčij oz. »obnašanje kot klovn«, izogibanje in pretirana ali zmanjšana doziranja sile (Bundy et al., 2002).

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se pojavljajo motnje senzorne integracije pri osnovnošolskih otrocih in kako vplivajo na učenje, vedenje in gibanje. Na podlagi ugotovljenih podatkov se bodo oblikovale strategije senzorne integracije za lažje spremljanje pouka in učenja. Cilj je informirati starše otrok, pri katerih so se pojavila odstopanja, o strategijah senzorne integracije, ki jih lahko uporabijo.

Na podlagi pregleda literature so bile postavljene naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Odziv na posameznih senzornih sistemih je različen pri učencih s posebnimi potrebami in učencih brez posebnih potreb.

Hipoteza 2: Odziv na posameznih senzornih sistemih je različen pri učencih glede na njihovo vključevanje v gibalne aktivnosti.

Hipoteza 3: Odziv na posameznih senzornih sistemih je različen pri učencih glede na čas, ki ga namenijo uporabi računalnika in gledanju televizije.

METODE

Populacija preiskovancev so bili osnovnošolci od prvega do petega razreda v šolskem letu 2012/2013 na petih osnovnih šolah po Sloveniji. Skupno število vpisanih učencev od 1. do 5. razreda v teh osnovnih šolah je bilo 866. Na začetku raziskave smo pridobili soglasja ravnateljev, ki so nam posredovali število vpisanih otrok. Staršem osnovnošolcev smo razdelili vabila o sodelovanju pri izvedbi vprašalnika. Tistim, ki so se na vabilo odzvali oz. podpisali izjavo o sodelovanju, smo nato razdelili vprašalnike. Razdelili smo 357 vprašalnikov, od tega smo jih dobili vrnjenih 317. Realizacija vzorca je bila 88,8%. Od vseh otrok, katerih starši so sodelovali pri raziskavi, je imelo 12 otrok status s posebnimi potrebami (v nadaljevanju SPP).

Za ugotavljanje razlik med skupinami otrok glede na vključenost v gibanje smo celoten raziskovalen vzorec razdelili na 2 skupini: 1. skupina (N = 155) = z gibalnimi aktivnostmi

se ukvarjajo od 0 do 2 uri in 2. skupina (N = 162) = z gibalnimi aktivnostmi se ukvarjajo več kot 2 uri na dan med tednom (v nadaljevanju GA_T)/vikend (v nadaljevanju GA_V). Za ugotavljanje razlik med skupinami otrok glede na uporabo televizije in računalnika smo razdelili celoten raziskovalen vzorec na 2 skupini: 1. skupina (N = 255) = za uporabo televizije in računalnika namenijo od 0 do 2 uri in 2. skupina (N = 62) = za uporabo televizije in računalnika namenijo več kot 2 uri na dan med tednom (v nadaljevanju TVR_T)/ za vikend (v nadaljevanju TVR_V).

Za pridobivanje podatkov na posameznem senzornem sistemu smo uporabili Vprašalnik o otrokovi predelavi senzornih dražljajev. Vprašalnik je prirejen po Development/Sensory History – School – Age, ki ga je z dovoljenjem Occupational Therapy Associates – Watertown, ZDA v slovenščino prevedla in priredila mag. Nevenka Gričar.

Sestavljen je iz dveh delov. Prvi del sestavlja devet splošnih vprašanj; kdo izpolnjuje vprašalnik, datum rojstva otroka, ali ima otrok status s posebnimi potrebami, učni uspeh otroka, s čim se otrok ukvarja v prostem času in primerjava, koliko časa otrok nameni uporabi računalnika, televizije ali gibalnim aktivnostim med vikendom in med tednom. Na koncu imajo starši možnost napisati še, ali opazijo kakršne koli posebnosti pri delovanju otroka.

Drugi del vprašalnika vsebuje tabelo s 120 trditvami, ki so razdeljene na 7 področij. Ta področja so vidnoprstorska predelava (8), slušna predelava (8), gibanje (14), voh in okus (8), dotik (28), družabnost (19) in motorične spretnosti (30). Vsaka trditev opisuje otrokovo vedenje oz. reakcije na določene dražljaje. Starši z lestvico (5 – vedno, 4 – pogosto, 3 – včasih, 2 – redko, 1 – nikoli, NO – ni možno oceniti) označijo pogostost pojavljanja določenega vedenja pri otroku. Pri vsaki trditvi je možno napisati komentar.

Uporabili smo deskriptivno statistično analizo za ugotavljanje stopnje motenj senzornega procesiranja po posameznih področjih. Pri normalno porazdeljenih trditvah smo razlike preverjali z neodvisnim t-testom. Trditve, za katere se je izkazalo, da niso normalno porazdeljene, smo preverili z Mann Whitneyjevim U-testom. Uporabili smo statistični program za osebne računalnike IBM SPSS v.20 for Windows.

REZULTATI

Tabela 1 kaže razliko na posameznih senzornih sistemih pri učencih s posebnimi potrebami in učencih brez posebnih potreb. Razlike se kažejo pri SP6: »ima težave z govorom in izgovarjavo«, SP8: »ne zmore slediti, če mu damo dve navodili ali tri navodila hkrati«, GI2: »ima dobro ravnotežje«, DO14: »pogosto je pretirano aktiven«, DR5: »občutljiv je na kritiko«, DR13: »je napet, hitro je razočaran«, MS20: »med obrokom ali opravljanjem naloge veliko vstaja s stola, se premika«. Največje odstopanje je pri SP8. Učenci s posebnimi potrebami včasih ne zmorejo slediti, če jim damo dve navodili ali tri navodila hkrati, medtem ko učenci brez posebnih težav zmorejo slediti navodilom. Razvidno je, da so starši učencev s posebnimi potrebami pri vseh postavkah, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika med skupinami, ocenili, da je posamezna težava/vedenje vsaj včasih prisotno (3 = včasih), starši učencev brez posebnih potreb pa so označili, da je to vedenje prisotno manj pogosto (2 = redko, 1 = nikoli). Izjema je postavka GI 2: »ima dobro ravnotežje«, kjer je vsebinsko smiselno, da je povprečna vrednost višja pri otrocih, ki nimajo težav.

Tabela 1: Primerjava postavk na posameznih senzornih sistemih med učenci s SPP in učenci brez SPP z neodvisnim t-testom in neodvisnim Mann Whitneyjevim U-testom, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika.

Postavka	Učenci s SPP	Učenci brez SPP	Razlike (p =)
SP 6	2.79 ± 1.4	1.30 ± 0.7	0,000
SP 8	3.36 ± 1.3	1.71 ± 0.9	0,000
GI 2	3.85 ± 1.4	4.5 ± 0.8	0,032
DO 14	3.00 ± 0.8	2.43 ± 1.1	0,029
DR 5	3.85 ± 0.8	3.03 ± 1.1	0,007
DR 13	2.85 ± 0.8	2.16 ± 1.0	0,015
MS 20	3.14 ± 1.1	2.25 ± 1.1	0,003

Legenda: SP – slušna predelava, GI – gibanje, DO – dotik, DR – družabnost, MS – motorične sposobnosti; številka je zaporedna številka postavke.

Pri ugotavljanju razlik na posameznih senzornih sistemih pri učencih glede na njihovo vključenost v gibalne aktivnosti (tabela 2) smo z neodvisnim t-testom in Mann Whitneyjevim U-testom ugotovili, da se kaže statistično pomembna razlika pri naslednjih postavkah: GI7: »pri lovljenju žoge je negotov«, GI14: »postane vznemirjen, če mora glavo nagniti nazaj (npr. pri umivanju las)«, DR3: »zelo rad ima enoličnost in rutine«, DR11: »je impulziven«, DR14: »stalno je v gibanju«, DR19: »je plašen«, MS10: »predmeti mu hitro padejo iz rok«, MS11: »pri fizičnih aktivnostih se hitro utruji«, MS16: »raje ima sedeče igre kot igre na igrišču«. Razvidno je, da imajo tisti učenci, ki več časa posvetijo gibalnim aktivnostim, manj težav pri vedenju, delovanju, ki je prisotno pri posameznih trditvah.

Tabela 2: Primerjava postavk na posameznih senzornih sistemih med skupinama učencev glede na čas, namenjen gibalnim aktivnostim med tednom, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika.

Postavka	1. skupina GA_T	2. skupina GA_T	Razlike (p =)
GI 7	1.71 ± 1.1	1.32 ± 0.9	0,001
GI 14	1.31 ± 1.3	1.21 ± 0.7	0,025
DR 3	2.08 ± 1.1	1.81 ± 0.9	0,017
DR 11	2.05 ± 1.0	1.72 ± 1.0	0,007
DR 14	3.24 ± 1.1	3.60 ± 1.1	0,006
DR 19	1.82 ± 0.9	1.63 ± 0.8	0,040
MS 10	1.56 ± 0.7	1.41 ± 0.6	0,034
MS 11	1.94 ± 0.9	1.62 ± 0.8	0,002
MS 16	2.32 ± 0.9	2.09 ± 0.9	0,028

Legenda: GI – gibanje, DR – družabnost, MS – motorične sposobnosti; številka je zaporedna številka postavke.

Tabela 3: Primerjava postavk na posameznih senzornih sistemih med skupinama učencev glede na čas, namenjen gibalnim aktivnostim med vikendom, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika.

Postavka	1. skupina GA_V	2. skupina GA_V	Razlike (p =)
----------	-----------------	-----------------	----------------

GI 1	4.57 ± 0.9	4.28 ± 1.1	0,020
DR 5	3.48 ± 1.0	2.99 ± 1.1	0,004
DR 14	3.06 ± 1.1	3.48 ± 1.1	0,018
MS 20	1.98 ± 1.0	2.34 ± 1.1	0,032

Legenda: GI – gibanje, DR – družabnost, MS – motorične sposobnosti; številka je zaporedna številka postavke.

Tabela 3 prikazuje postavke, kjer se je med skupinama učencev, ki se ukvarjajo z gibalnimi aktivnostmi od 0 do 2 uri (1. skupina GA_V), in tistimi, ki se ukvarjajo več kot 2 uri na dan med vikendom (2. skupina GA_V), pokazala statistično pomembna razlika. Razlike se kažejo pri GI1: »uživa pri giganju«, DR5: »občutljiv je na kritiko«, DR14: »stalno je v gibanju«, MS20: »med obrokom ali opravljanjem naloge veliko vstaja s stola, se premika«. Največje odstopanje se pokaže pri DR5. Pri trditvi MS20 pa opazimo, da tisti otroci, ki se več gibljejo, med obrokom ali nalogo pogosteje vstajajo s stola, kar nas je malce presenetilo.

Tabela 4: Primerjava postavk na posameznih senzornih sistemih med skupinama učencev glede na čas, namenjen gledanju televizije in uporabi računalnika med tednom (TVR_T) in vikendom (TVR_V), kjer se je pokazala statistično pomembna razlika.

Postavka	1. skupina TVR_T	2. skupina TVR_T	Razlike (p =)
DR 14	2.85 ± 1.2	3.47 ± 1.1	0,006
	1. skupina TVR_V	2. skupina TVR_V	Razlike (p =)
DR 3	1.50 ± 0.7	1.94 ± 1.0	0,023
DR 12	3,41 ± 1.0	3.25 ± 1.1	0,022
MS 16	1.50 ± 0.7	1.79 ± 0.9	0,049
MS 20	1.00 ± 0	2.29 ± 1.1	0,003

Legenda: DR – družabnost, MS – motorične sposobnosti; številka je zaporedna številka postavke.

Tabela 4 prikazuje postavke, kjer se je med skupinama učencev, ki preživijo čas za televizijo in računalnikom od 0 do 2 uri (1. skupina), in tistimi, ki za to porabijo več kot 2 uri na dan med tednom (2. skupina), pokazala statistično pomembna razlika. Razlike se kažejo pri DR14: »stalno je v giganju«, DR3: »zelo rad ima enoličnost in rutine«, DR12: »je miren in sproščen«, MS16: »raje ima sedeče igre kot igre na igrišču«, MS20: »med obrokom ali opravljanjem naloge veliko vstaja s stola, se premika«.

Razvidno je, da imajo tisti učenci, ki več časa namenijo uporabi računalniku in gledanju televizije, večje težave pri vedenju, ki so lahko znak nemirnosti, in na drugi strani, da so tisti učenci, ki za uporabo računalnika in televizije porabijo manj časa, bolj mirni in sproščeni kot tisti, ki so dlje časa pred računalnikom in televizijo.

RAZPRAVA

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se pojavljajo motnje senzorne integracije pri osnovnošolskih otrocih in ali se kažejo statistično pomembne razlike med učenci, ki imajo status s posebnimi potrebami, in tistimi, ki tega nimajo, ter kakšne so razlike med učenci glede na vključenost v gibalne aktivnosti ter uporabo televizije in računalnika.

Analiza zbranih podatkov je delno potrdila vse tri postavljene hipoteze. Hipotezo 1, ki trdi, da je odziv na posameznih senzornih sistemih različen pri učencih s posebnimi potrebami in učencih brez posebnih potreb, delno potrdimo, saj se je statistično pomembna razlika pokazala le pri manjšini trditvev na posameznih senzornih sistemih, in sicer na področju slušne predelave (2 postavki od skupaj 8), gibanja (1 trditev od 14), dotika (1 trditev od 28), družabnosti (2 trditvi od 19) in motorične sposobnosti (1 trditev od 20). Predvidevamo, da bi bile razlike pri ocenah trditvev še bolj očitne, če bi imeli večji vzorec otrok s posebnimi potrebami. Hipotezo 2, ki trdi, da je odziv na posameznih senzornih sistemih različen glede na vključevanje v gibalne aktivnosti, lahko delno potrdimo, saj se je statistično pomembna razlika pokazala le pri manjšini trditvev na posameznih senzornih sistemih, in sicer na področju gibanja (3 trditve od 14), družabnosti (5 trditve od 19) in motorične sposobnosti (4 trditve od 20). Iz rezultatov (tabeli 3 in 4) je razvidno, da za učence, ki več časa posvetijo gibalnim aktivnostim, v večji meri držijo trditve, ki so povezane z boljšo sposobnostjo motoričnega načrtovanja, koordinacijo, uspešnim uravnavanjem nivoja vzbujenosti, boljšo samopodobo, zaupanjem vase in večjo aktivnostjo, oz. imajo raje gibalne aktivnosti kot sedeče. Hipotezo 3, ki trdi, da je odziv različen na posameznih senzornih sistemih glede na učenčevo uporabo računalnika in gledanje televizije, lahko le delno potrdimo, saj se je statistično pomembna razlika pokazala le pri manjšini trditvev na posameznih senzornih sistemih, in sicer na področju družabnosti (3 trditve od 19) in motorične sposobnosti (2 trditvi od 20). Iz rezultatov (tabela 4) je razvidno, da se pri tistih učencih, ki več časa namenijo uporabi računalnika in gledanju televizije, kaže na eni strani večja tendenca k nemirnosti (»ves čas so v gibanju«, še zlasti je pomembno, da se je pokazala velika razlika v povprečni vrednosti pri postavki »med obrokom ali opravljanjem naloge veliko vstaja s stola, se premika«) in na drugi strani to, da imajo raje sedeče aktivnosti, kjer je verjetno mišljena uporaba računalnika in/ali televizije.

V predšolskem obdobju je gibanje zelo pomembno, saj je takrat otrokov živčni sistem dovzetenjši za organiziranje občutkov. Tek, skakanje, poskakovanje, kotaljenje, plezanje, guganje itd. izboljšujejo senzorno integracijo in so aktivnosti, ki so pomembne za razvoj živčnega sistema. Senzorna integracija je osnova za kognitivni razvoj. Pri igri se otrok uči nekaj najbolj osnovnega, uči se igrati. Učenje je funkcioniranje celotnega živčnega sistema. Bolj kot otrokov senzorni sistem deluje usklajeno, več se nauči in učenje postane lažje (Ayes, 2005).

Dr. Ranko Rajović (2010) pravi, da v nekaterih državah otroci gledajo televizijo tudi od tri do pet ur na dan med tednom, med vikendom pa od šest do osem ur na dan. Otroku je na ta način odvzet čas za igro s prijatelji v parku, gozdu. Časa za igro v otroštvu se ne da nadoknaditi in je zamujen. Vse to vpliva tudi na inteligenčni količnik (IQ). V zadnjih petdesetih letih je konstantno rasel, sedaj pa počasi upada. Pravega razloga za upad še niso odkrili, najverjetneje pa je problem v nepravilni stimulaciji. Najbrž je nastopil trenutek, ko začnemo plačevati za povečanje tehnološkega napredka.

Večina ljudi je rojenih z zmožnostjo sprejemanja in organiziranja senzornih informacij na ustrezen način. Senzorno procesiranje se nanaša na to, kako živčni sistem sprejema senzorne informacije in jih pretvori v odzive (Miller in Fuller, 2006). Otroci z motnjo v senzorni integraciji imajo težave pri opravljanju vsakodnevnih nalog, pri katerih vrstniki funkcionirajo brez težav. Otroku postane frustriran, saj se zaveda svojih težav in se nalogam izogiba (Parham in Mailloux, 2005).

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se pojavljajo motnje senzorne integracije pri osnovnošolskih otrocih. Pregled literature kaže, da motnje senzorne integracije

največkrat vplivajo na vsa področja otrokovega delovanja. S prepoznavanjem senzorno-integrativnih motenj preprečimo težave, ki se lahko pojavljajo v šoli in bi jih lahko tako učitelji kot tudi starši pripisovali slabi vzgoji ali hiperaktivnosti.

Naša raziskava kaže, da so otroci, ki uporabi računalnika in gledanju televizije namenijo več časa, pogosto stalno v gibanju, so nemirni in nesproščeni. Glede na preštudirano literaturo predvidevamo, da je to lahko posledica iskanja proprioceptivnih in vestibularnih dražljajev (Ayres, 2005; Cermak, 2001).

Za otroka je pomembno, da dobi dovolj senzornih vnosov v pravilnih intervalih. To ga pomirja in mu pomaga organizirati živčni sistem. S primernim senzornim vnosom lahko ustvarimo velike in dolgotrajne spremembe v njegovem živčnem sistemu, ki bodo sčasoma postale trajne. Aktivnosti lahko prilagodimo glede na otrokovo starost in stopnjo vzdržljivosti (stimulacija ali relaksacija), okolje, v katerem se nahaja, in pripomočke, ki jih pri izbrani aktivnosti potrebujemo. Pomembno je, da starši sodelujejo z delovnim terapevtom in skupaj načrtujejo aktivnosti, ki bi bile najprimernejše za otroka (Biel in Peske, 2007).

Proprioceptivni priliv: Fizično zahtevne naloge in aktivnosti vodijo do kompresije in trakcije sklepov, kar omogoča, da občutimo svoje telo v prostoru. Primeri strategij: trampolin (namesto trampolina lahko kavč), mehke podloge, »vožnja samokolnice«, žabji poskoki, potiskanje vozičkov, nošenje torbe, poskakovanje na žogi, vlečenje vrvi, podajanje vodnih balonov in težjih žog, uporaba težjih odej ali odej, napolnjenih z zrnji. Aktivnosti, kot so plavanje, vožnja s kolesom, rolanje in smučanje, predstavljajo aktivnosti »težkega dela«. Prav tako lahko opravlja tudi hišna opravila, kot so sesanje, polnjenje in praznjenje pralnega stroja, odnašanje smeti (Biel in Peske, 2007).

Vestibularni priliv je najintenzivnejši in dolgotrajen tip senzornega vnosa. Primeri strategij: guganje (počasno in linearno – umirja; hitro in rotacijsko/vrtenje – stimulira), tek v krogu, vožnja samokolnice, vožnja s kolesom, plezanje, vrtiljak, visenje z glavo navzdol, rolanje, letalo (leži na hrbtu, okončine in glavo dvigne navzgor in nekaj časa zadrži) (Biel in Peske, 2007).

Taktilni priliv: obsega občutek dotika in vključuje različne materiale, temperaturo in pritisk. Vključuje kožo, ki prekriva telo, in sluznico, kot je sluznica v ustih. Primeri strategij: »sendvič« (otrokove roke, noge in hrbet čvrsto pritiskamo z blazinami), »palačinka« (otroka tesno zavijemo v odejo), kotaljenje večje žoge preko otrokovih rok, nog in hrbta, igra v peskovniku, igra z vodo, igra s peno za britje, gnetenje testa ali plastelina, dotikanje različnih tekstur (npr. riž, moka, marmor, pliš), urejanje vrta, presajanje rož, vibrirajoče igrače (vibracija učinkuje na otrokovo kožo kot masaža), globok pritisk – masaža, medvedji objemi; gazirane pijače, sladoled, hrana različne teksture. Globoki pritiski (kot so npr. »sendvič«, »palačinka«) imajo učinek umirjanja in pomagajo pri boljši organizaciji (Biel in Peske, 2007).

SKLEP

Ena od pomanjkljivosti predstavljene raziskave je bila, da je bilo število otrok s posebnimi potrebami zelo majhno v primerjavi s številom učencev brez posebnih potreb.

Rezultati so nas presenetili, ker so bila odstopanja zelo majhna. Domnevamo, da je rezultat povezan z oceno »ni možno oceniti« (NO), saj so starši velikokrat izbrali ta odgovor, kar je privedlo do zmanjšanja povprečne ocene. Predvidevamo, da so bile določene trditve

nerazumljive, starši niso vedeli, kaj oceniti oziroma na kaj se nanaša. V naslednjih raziskavah bi bilo smiselno, da se pred izvedbo vprašalnika starše seznanijo s pomenom posameznih trditev in izvede pilotsko študijo. Tudi sicer bi bilo smiselno več ozaveščanja strokovne in laične javnosti o težavah na področju senzorne integracije, saj bi to tudi vplivalo na odkrivanje težav pri otrocih v zgodnjem otroštvu, ko še poteka razvoj senzorne integracije.

Pri otrocih, pri katerih so se pojavila nekoliko večja odstopanja, bomo staršem svetovali strategije, ki jih lahko uporabijo pri svojem otroku, kar je bil tudi cilj naše raziskave. Strategije bodo pripomogle k uspešnejšemu funkcioniranju.

LITERATURA

- Ayres, AJ (2009). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 13–100.
- Ayres, AJ (2005). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services, 3–59.
- Biel, L, Peske N (2007). *Senzorna integracija iz dana u dan*. Buševac: Ostvarenje d.o.o., 29–129.
- Bundy, CA, Lane, JS, Murray, AE (2002). *Sensory Integration Theory and Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 4–9.
- Cermak, SA (2001). The Effects of Deprivation on Processing, Play, and Praxis. In: Smith-Roley S, Blanche E, Schaaf RC. *Understanding the Nature of Sensory Integration with diverse populations*. Austin Texas: PRO-ED, Inc, 385–408.
- Dworak M, Schierl T, Bruns T, Struder HK (2007). *Impact of Singular Excessive Computer Game and Television Exposure on Sleep Patterns and Memory Performance of School-aged Children*. *J Pediatr*, 120 (5): 978–985.
- Emmons-Godwin P, Anderson McKendry L (2005). *Understanding Sensory Dysfunction: Learning, Development and Sensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorders, ADHD, Learning Disabilities and Bipolar Disorder*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 14.
- Miller LJ, Anzalone ME, Lane, SJ, Cermak SA in Osten ET (2007). *Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis*. *Am J Occup Ther* 61 (2): 135–140.
- Miller LJ, Fuller DA (2006). *Sensational kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder (SPD)*. New York: Penguin Group, 5.
- Parham LD., idr. (2007). *Fidelity in sensory integration intervention research*. *Am J Occup Ther* 61 (2): 216–27.
- Parham LD, Maillouy Z (2005). Sensory Integration. V: *Occupational therapy for children*. St. Louis : Elsevier Mosby, 356–409.
- Rajović R (2010). *Ponavljjanje nije majka znanja*. Dostopno na: <http://ntc.mensa.hr/iz-medija/22-ponavljanje-nije-majka-znanja>, 18. 6. 2013.
- Roberts JE, King-Thomas L, Boccia ML (2007). *Behavioral indexes of the efficacy of sensory integration therapy*. *Am J Occup Ther* 61 (5), 555–562.
- Tuta M (2012). Hura – prosti čas! V: Senekovič M, Dečman Dobrnjič O, Ferk J, Macura D (2012). *4. Mednarodni kongres dijaških domov: Modeli vzgoje v globalni družbi*. Ljubljana: Društvo vzgojiteljev dijaških domov Slovenije, 147–150.

Izvajanje vsakodnevni aktivnosti pri osebah z motnjo v duševnem zdravju

Activities of daily life performance of people with problems in mental health

Andreja Ličef, Lea Pulec, Alenka Plemelj
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Težave pri opravljanju vsakodnevni aktivnosti zmanjšujejo možnosti za samostojno bivanje posameznika v domačem okolju. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali se razlikuje izvajanje vsakodnevni aktivnosti med duševno zdravimi osebami in osebami z motnjo v duševnem zdravju. **Preiskovanci:** Preiskovanci so bile duševno zdrave osebe (N = 120) in osebe z motnjo v duševnem zdravju (N = 90). **Metoda:** Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen ocenjevalni instrument Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih aktivnosti. Ocenjevalni instrument je standardizirano delovnoterapevtsko ocenjevanje, ki ocenjuje posameznikovo izvajanje vsakodnevni aktivnosti. Pridobljena ocena nam pomaga pri opredelitvi, ali je oseba sposobna samostojnega življenja v domačem okolju ali potrebuje pomoč. **Rezultati in ugotovitve:** Rezultati so pokazali, da so duševno zdrave osebe pri izvajanju vsakodnevni aktivnosti samostojne, 36 oseb z motnjo v duševnem zdravju pa pri izvajanju le-teh potrebuje pomoč. Strokovno pomoč oziroma obravnavo je osebam z motnjo v duševnem zdravju smiselno nuditi le v njihovem življenjskem okolju.

Ključne besede: vsakodnevne življenjske aktivnosti, osebe z motnjo v duševnem zdravju, Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih aktivnosti

ABSTRACT

Introduction: Difficulties in carrying out daily activities reduce the possibilities for an individual to live independently in the home environment. The aim of this research is to determine whether there are differences in carrying out daily activities among mentally healthy subjects and those with mental health disability. **Subjects:** Subjects are divided into mentally healthy subjects (N = 120) and persons with mental health disability (N = 90). **Method:** To acquire data, the Kohlman Evaluation of Living Skills was used. The Kohlman Evaluation of Living Skills is a standardised occupational therapy evaluation, which assesses the ability of an individual to carry out daily activities. The results help us to define whether a person is able to live independently in the home environment or needs help. **Results and conclusion:** The results showed that mentally healthy people carry out daily activities independently, while 36 people with mental health disability need help. Professional help is only reasonable in the individual's own environment.

Key words: daily activities, persons with mental health disability, the Kohlman Evaluation of Living Skills

IZHODIŠČA

Posameznik z izvajanjem aktivnosti na različnih področjih človekovega delovanja razvija spretnosti, spoznava lastne zmogljivosti in omejitve. Aktivnosti ga motivirajo, aktivirajo, stimulirajo občutke, obnavljajo energijo na fizični in duševni ravni, ponujajo mu zadovoljstvo, zabavo, socialne stike in razvedrilo; hkrati mu omogočajo, da počne, kar ga zanima ter so lahko posrednik za izražanje (Finlay, 1993).

Pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti ima pomembno vlogo duševno zdravje. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) definira duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, v katerem vsak posameznik realizira svoje sposobnosti, lahko obvladuje običajne stresne situacije, je lahko delovno produktiven in je sposoben prispevati v svojo življenjsko skupnost (WHO, 1999). Duševno zdravje je tako bistveno za našo zmožnost percepcije, razumevanja in interpretacije okolja, ki nas obdaja, za mišljenje, govor in medsebojno verbalno in neverbalno komunikacijo. Bistveno je tudi za našo sposobnost oblikovanja in vzdrževanja odnosov ter za naše vsakdanje življenje v različnih družbah in kulturah, v katerih živimo (Bajt in sod., 2009).

Številne študije v različnih državah so pokazale, da so življenjske spretnosti oseb z motnjo v duševnem zdravju v primerjavi z osebami brez motnje v duševnem zdravju (v nadaljevanju duševno zdrave osebe) občutno manjše. Največ študij, ki so vključevale uporabo ocenjevalnega instrumenta Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih aktivnosti (The Kohlman Evaluation of Living Skills, v nadaljevanju KELS) (Kohlman, 1992), je bilo izvedenih v ameriških državah, na primer v Kansasu, Severni Karolini in na Floridi, nekaj pa tudi drugod po svetu, na primer v Izraelu in Iranu (Davis in Kutter, 1998; Kazazi in Karbalaei – Noori, 2012; Landa – Gonzalez, 2001; Radonsky et al., 2002).

Ključna področja, ki vplivajo na kakovost življenja oseb z motnjo v duševnem zdravju, so skrb zase, varnost, upravljanje z denarjem, zaposlovanje in s tem povezane težave z vrnitvijo na delovno mesto ter področje prostega časa (Mayers, 2000). Da imajo osebe pogosto težave pri upravljanju z denarjem, so ugotovili že Cook (1997) ter Dazord et al. (1998) v svojih raziskavah. Osebe se velikokrat počutijo osamljene, nimajo motivacije za dnevne aktivnosti (opravljanje gospodinjskih del, nakupovanje, načrtovanje obrokov), težko navežejo stik z drugimi ljudmi in se počutijo negotove (težave s prostočasovnimi aktivnostmi) (Mayers, 2000; Lloyd et al., 2001).

KELS je delovnoterapevtsko ocenjevanje. Njegov namen je oceniti funkcioniranje osebe pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Izsledki KELS-a nam sporočajo stanje glede samostojnosti oziroma potrebnosti pomoči in služijo delovnim terapevtom kot osnova za intervencije. Učinkovite intervencije omogočajo posameznikom, da samostojno delujejo v okolju, v katerem lahko narašča zadovoljstvo in motivacija (Kohlman, 1992).

V raziskavi nas je zanimalo, kako duševno zdrave osebe izvajajo vsakodnevne aktivnosti in ali obstaja razlika pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti med duševno zdravimi osebami in osebami z motnjo v duševnem zdravju. Ocenjevalni instrument KELS je bil v slovenskem prostoru uporabljen prvič.

Hipoteze

Hipoteza 1: Obstajajo pomembne razlike v izvedbi aktivnosti med skupino duševno zdravih oseb in skupino oseb z motnjo v duševnem zdravju.

Hipoteza 2: Obstaja pomembna razlika v času izvajanja ocenjevalnega instrumenta med skupino duševno zdravih oseb in skupino oseb z motnjo v duševnem zdravju.

METODE

Preiskovanci

V raziskavi sta sodelovali dve skupini oseb starih od 25 do 65 let. Skupino 1 je predstavljalo 120 oseb brez evidentirane motnje v duševnem zdravju, ki so bile izbrane preko osebnih poznanstev, s čimer smo zadostili izbranemu kriteriju. Krajše smo jo poimenovali skupina duševno zdravih oseb. Skupino 2 je predstavljalo 90 oseb z evidentirano dolgotrajno motnjo v duševnem zdravju. Izbrane so bile preko sodelovanja nevladnih organizacij, psihiatričnih bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov, ki se ukvarjajo z obravnavo oseb z motnjo v duševnem zdravju. Vsi sodelujoči so podpisali izjavo o prostovoljnem sodelovanju v raziskavi in o uporabi rezultatov zgolj za namene diplomskega projekta. Vsem sodelujočim je bila izkazana zaupnost z izjavo izvajalcev o namenu in uporabi pridobljenih podatkov zgolj za diplomski projekt. Etičnost raziskave je bila preverjena in odobrena s strani Komisije za medicinsko etiko (številka: 66/12/12/; datum: 27. 12. 2012).

Ocenjevalni instrument

Podatki so bili pridobljeni z uporabo ocenjevalnega instrumenta KELS. Izvajanje tega ocenjevanja vključuje intervju – vprašanja in izvedbo nalog. Za izvajanje ocenjevanja potrebujemo 30–45 minut. Uporaba rezultatov naj bi terapevta usmerila k obravnavi, ki bo osebi omogočila čim bolj samostojno delovanje. Testiranih je 17 dnevnih aktivnosti iz 5 področij: skrb zase, varnost in zdravje, upravljanje z denarjem, prevoz in telefon ter delo in prosti čas. Za KELS obstajata dve vrsti točkovanja – »Samostojen« in »Potrebuje pomoč«, možna je še ocena »Ni izvedljivo« ter »Opomba«. Iz povzetih rezultatov ocenjevanja se izračuna končni rezultat (Kohlman, 1992).

Vsebinska veljavnost ocenjevalnega instrumenta KELS je bila preverjena s številnimi raziskavami po tujih državah, na primer v Texasu, Severni Karolini, Izraelu in Iranu (Burnett et al., 2009; Kazazi in Karbalaee – Noori, 2012; Radonsky et al., 1986; Zimnavoda et al., 2002). Zanesljivost je bila izračunana po modelu Cronbach α in je dosegla 0,677 vrednosti za celoten ocenjevalni instrument, ki je prikazal dobro veljavnost z vrednostjo (Bucik, 1997).

Potek raziskave

Prevod ocenjevalnega instrumenta KELS iz angleškega v slovenski jezik je dovolilo ameriško združenje delovnih terapevtov. Ocenjevalni instrument smo prilagodili slovenskemu prostoru in času, zato so bile pri prilagajanju aktivnosti upoštevane značilnosti, ki veljajo za slovensko populacijo. Raziskava je potekala od decembra 2012 do marca 2013. S kontrolno skupino tridesetih oseb sta bili preverjeni razumljivost in jasnost ocenjevalnega instrumenta. Izvajanje je potekalo skladno z navodili, ki jih opredeljuje ocenjevalni instrument.

Statistične metode

Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovalnega dela. Za vnos, prikaz in analizo podatkov smo uporabili program Microsoft® Excel 2007 (Microsoft Corp., Redmond, WA, 2007) in statistični program SPSS 20 za Windows 2007 (IBM, Združene države Amerike). V primeru normalne porazdelitve podatkov smo uporabili neodvisni t-test za primerjavo med srednjimi vrednostmi (M). V primeru, kjer podatki niso bili razporejeni normalno, je bila za statistično oceno razlik v povprečnih vrednostih med obema skupinama izbrana neparametrična metoda Mann-Whitney U test. Zanesljivost ocenjevalnega instrumenta smo merili z izračunom Cronbachovega koeficienta α .

REZULTATI

Primerjava rezultatov sodelujočih v skupini 1 in skupini 2 je pokazala pomembne razlike v samostojnosti pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti.

Tabela 1: Primerjava rezultatov pri izvedbi aktivnosti ocenjevalnega instrumenta duševno zdravih oseb (skupina 1) z osebami z motnjo v duševnem zdravju (skupina 2)

Aktivnosti (v nadaljevanju Akt.) v ocenjevalnem instrumentu KELS	Ocena: število (%)							
	Samostojen		Potrebuje pomoč		Opomba		Ni izvedljivo	
	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 1	Skupina 2
Akt. 1: Izgled	119 (99)	83 (92)	1 (1)	7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 2: Pogostost izvajanja aktivnosti s področja skrbi zase	118 (98)	66 (73,5)	2 (2)	22 (24,5)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Akt. 3: Zavedanje nevarnih situacij v gospodinjstvu	110 (92)	43 (48)	10 (8)	47 (52)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 4: Prepoznavanje ustreznih ukrepov ob boleznih ali nesreči	109 (91)	51 (57)	11 (9)	39 (43)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 5: Poznavanje nujnih telefonskih števil	101 (84)	63 (70)	19 (16)	27 (30)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 6: Poznavanje lokacij zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev	120 (100)	86 (96)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Akt. 7: Uporaba denarja za nakup predmetov	112 (93)	56 (62)	8 (7)	34 (38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 8: Pridobitev in ohranjanje virov dohodka	115 (96)	70 (78)	5 (4)	20 (22)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 9: Proračun za hrano	99 (82,5)	53 (59)	21 (17,5)	32 (35,5)	0 (0)	5 (5,5)	0 (0)	0 (0)
Akt. 10: Poraba mesečnega prihodka za življenjske stroške	75 (63)	34 (38)	18 (15)	54 (60)	27 (22)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Akt. 11: Dvigovanje denarja in uporaba plačilnih obrazcev	72 (60)	10 (11)	6 (5)	45 (50)	42 (35)	35 (39)	0 (0)	0 (0)
Akt. 12: Plačilo računov	117 (97,5)	77 (86)	3 (2,5)	13 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 13: Mobilnost znotraj življenjskega okolja	116 (97)	69 (77)	4 (3)	21 (23)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 14: Osnovno znanje o javnem transportnem sistemu	119 (99)	84 (93)	1 (1)	6 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Akt. 15: Uporaba telefonskega imenika in telefona	107 (89)	33 (37)	13 (11)	56 (62)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Akt. 16: Načrt za prihodnjo zaposlitev	107 (89)	33 (37)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19 (21)	13 (11)	38 (42)
Akt. 17: Aktivnosti v prostem času	111 (92,5)	68 (76)	9 (7,5)	22 (24)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Skupna ocena glede na izvajanje aktivnosti	Ocena: število (%)	
	Duševno zdrave osebe (Skupina 1)	Osebe z motnjo v duševnem zdravju (Skupina 2)
	N=120	N=90
Samostojen	120 (100)	48 (53)
Ocena 5 ali 5,5 točke	0 (0)	6 (7)
Potrebuje pomoč	0 (0)	36 (40)

Iz tabele 1 je razvidno, da je skupina 2 dosegla bistveno slabše rezultate od skupine 1, saj je stopnja pomoči pri skupini 2 pri vseh aktivnostih za najmanj 50 % večja kot pri skupini 1. Skupina 1 je za določeno aktivnost potrebovala do 17,5 % pomoči, medtem ko je skupina 2 za določeno aktivnost potrebovala do 62 % pomoči.

Izsledki ocenjevanj so pokazali, da je več kot 50 % oseb z motnjo v duševnem zdravju potrebovalo pomoč pri zavedanju nevarnih situacij v gospodinjstvu (52 %), porabi mesečnega prihodka za življenjske stroške (60 %), dvigovanju denarja in uporabi plačilnih obrazcev (50 %) ter uporabi telefonskega imenika in telefona (62 %), ki je bila tudi najslabše ocenjena aktivnost. Veliko pomoči so osebe potrebovale tudi pri prepoznavanju ustreznih ukrepov ob boleznih ali nesreči (43 %), poznavanju nujnih telefonskih števil (30 %), uporabi denarja za nakup predmetov (38 %) in proračunu za hrano (35,5 %).

Duševno zdrave osebe so najslabše rezultate dosegle pri poznavanju nujnih telefonskih števil, proračunu za hrano in porabi mesečnega prihodka za življenjske stroške. Najslabša ocena je bila pridobljena pri aktivnosti »Proračun za hrano« (17,5 % ocenjenih s »Potrebuje pomoč«).

Pri ocenjevanju so imele pomembno vlogo opombe na ocenjevalnem obrazcu. Na vprašanje »Kolikšen je vaš mesečni prihodek?« večina oseb iz skupine 1 ni želela odgovoriti. V primerjavi z raziskavo, ki je potekala v Izraelu, je viden vpliv kulturnega konteksta, ker večina preiskovancev ni odgovorila na vprašanje o mesečnem prihodu, saj v tem kulturnem okolju

denarnih zadev ne razlagajo oziroma ne razpravljajo z drugimi (v tem primeru s terapevtom) (Zimnavoda, Weinblatt in Katz, 2002). Pri aktivnosti »Dvigovanje denarja in uporaba plačilnih obrazcev« se je pokazal visok delež opomb pri obeh skupinah (skupina 1 – 35 % in skupina 2 – 39 %). Ocena »Ni izvedljivo« se uporablja samo pri aktivnosti »Načrt za prihodnjo zaposlitev« (skupina 1 – 11 % in skupina 2 – 42 %) in pomeni, da je oseba upokojena.

Skupna ocena glede na doseženo število točk nam je pokazala, da so bile vse duševno zdrave osebe (N = 120) ocenjene s »Samostojen«, pri osebah z motnjo v duševnem zdravju (N = 90) pa je bilo 48 oseb »Samostojnih«, 6 oseb je doseglo 5 ali 5,5 točk in 36 oseb je bilo ocenjenih s »Potrebuje pomoč« (povprečna ocena je bila 7,4 točk).

Z Mann-Whitney U testom je bila potrjena hipoteza 1, in sicer da obstajajo pomembne razlike v izvedbi vseh aktivnosti med skupino duševno zdravih oseb in skupino oseb z motnjo v duševnem zdravju (pri štirinajstih aktivnostih je stopnja statistične pomembnosti manjša $p < 0.05$).

Tabela 2: Izračun povprečnih vrednosti (M) za posamezne trditve obeh skupin in prikaz statistično značilne razlike izračunane s testom Mann-Whitney U

Aktivnost	Povprečna vrednost (M)		Mann-Whitney U test
	Skupina 1	Skupina 2	Vrednost
Aktivnost 1	0.008	0.08	0.031
Aktivnost 2	0.016	0.24	0.000
Aktivnost 3	0.08	0.52	0.000
Aktivnost 4	0.08	0.43	0.000
Aktivnost 5	0.15	0.3	0.009
Aktivnost 6	0.00	0.02	0.085
Aktivnost 7	0.07	0.37	0.000
Aktivnost 8	0.04	0.22	0.000
Aktivnost 9	0.17	0.35	0.002
Aktivnost 10	0.15	0.6	0.000
Aktivnost 11	0.05	0.5	0.000
Aktivnost 12	0.02	0.14	0.000
Aktivnost 13	0.03	0.23	0.000
Aktivnost 14	0.008	0.07	0.089
Aktivnost 15	0.11	0.62	0.000
Aktivnost 16	0.00	0.00	0.013
Aktivnost 17	0.07	0.24	0.402
	Skupaj		0.000

Opomba: Stopnja statistične pomembnosti pri Mann-Whitney U testu je $p = 0.05$. Krepko so označene vrednosti $p < 0.05$, kar v predstavljeni raziskavi predstavlja statistično značilne razlike v izvedbi vseh aktivnosti med obema skupinama.

Z neodvisnim t-testom smo potrdili drugo hipotezo, in sicer da obstaja pomembna razlika v času izvajanja ocenjevalnega instrumenta med skupino duševno zdravih oseb in skupino oseb z motnjo v duševnem zdravju, saj je sig. $p < 0.05$ ($p = 0.00$).

RAZPRAVA

S KELS-om pridobimo sliko življenja osebe v domačem okolju in njena odstopanja pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti.

Aktivnost »Izgled« predstavja pomembno življenjsko aktivnost, saj s tem pokažemo, kdo smo, kako smo urejeni in na ta način nas okolica sprejema ali zavrača. Naš izgled je del naše socialne komunikacije in njegovo vzdrževanje je pomembna socialna spretnost (Južnič Sotlar, 2004; Kotnik, 2012). Osebam z motnjo v duševnem zdravju izgled večkrat ni pomemben zaradi pomanjkanja volje, motivacije, stranskih učinkov zdravil; s tem jih družba posledično še bolj zavrača, kar privede do še vedno prisotne stigmatizacije. V primerjavi z rezultati iz tujine (Iran), kjer je bilo več kot 80 % oseb z diagnozo shizofrenija pri tej aktivnosti ocenjenih s »Potrebuje pomoč« (Kazazi in Karbalaee – Noori, 2012), so pri nas osebe z motnjo v duševnem zdravju dosegle bistveno boljše rezultate (8 % oseb ocenjenih s »Potrebuje pomoč«). Pri duševno zdravih je bil delež ocenjenih s »Potrebuje pomoč« 1 %. Odgovor oseb z motnjo v duševnem zdravju na vprašanje o pogostosti izvajanja aktivnosti s področja skrbi zase je pokazal, da 24,5 % oseb ne dosega minimalnih kriterijev skrbi zase. To pomeni, da gre pri teh osebah za neredno umivanje obraza, zob in las ter manj kot tedensko tuširanje. Podobne rezultate so dosegle tudi osebe v prej omenjeni raziskavi.

Pri aktivnosti »Zavedanje nevarnih situacij v gospodinjstvu« je bilo kar 52 % oseb z motnjo v duševnem zdravju ocenjenih z oceno »Potrebuje pomoč« (zdravih 8 %), kar kaže, da osebe ne znajo prepoznati nevarnosti v domačem okolju. V raziskavi v Izraelu so podoben rezultat dosegli starejši ljudje (46,2 %) (Zimnavoda et al., 2002). Skrb vzbuja vprašanje, kako bi se te osebe odzvale ob morebitnih nevarnostih v gospodinjstvu glede na to, da kar 30 % oseb ne pozna nujnih telefonskih števil, kar je razvidno iz aktivnosti »Poznavanje nujnih telefonskih števil«. Dvomljiva je predvsem varnost oseb, ki živijo same v lastnem gospodinjstvu. Duševno zdrave osebe so bile pri tej aktivnosti 40 % boljše ocenjene. Pri aktivnosti »Prepoznavanje ustreznih ukrepov ob bolezni ali nesreči« bi 43 % oseb z motnjo v duševnem zdravju neustrezno ukrepalo v dani situaciji (pri duševno zdravih 9 %). Te osebe so največkrat navedle, da bi se v določeni situaciji obrnile na družino, predvsem na starše. Večina oseb z motnjo v duševnem zdravju dobro pozna lokacije zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev, predvsem zaradi rednih kontrolnih pregledov, urejanja bolniških staležov in narave njihovih bolezni, kar je razvidno iz aktivnosti »Poznavanje lokacij zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev«.

Obe skupini sta dosegli najmanj točk za področje upravljanje z denarjem. Spretnosti upravljanja z denarjem vplivajo na življenjsko, delovno in socialno okolje osebe (Elbogen et al., 2011). Osebe z motnjo v duševnem zdravju so imele pri aktivnosti »Uporaba denarja za nakup predmetov« največ težav pri računanju razlike v znesku ter težave s koncentracijo in pozornostjo. Pri aktivnosti »Pridobivanje in ohranjanje virov dohodka« je bilo ugotovljeno, da je stopnja brezposelnosti pri osebah z motnjo v duševnem zdravju za 50 % višja kot pri duševno zdravih osebah. V Cookovi (1997) raziskavi je bila od 76 sodelujočih oseb samo ena oseba zaposlena. V raziskavi (Gričar in Plemelj, 2012) delodajalci zavzamejo stališče, da imajo osebe s težavami v duševnem zdravju manj možnosti za iskanje zaposlitve v primerjavi z drugimi iskalci. Osebe s težavami v duševnem zdravju so pogosto diskriminirane pri iskanju primerne zaposlitve na prostem trgu delovne sile in pri vzdrževanju redne zaposlitve (Švab in Kovač, 1994), kar je lahko vzrok za tako veliko brezposelnost. Brezposelnost se odraža tudi pri aktivnostih »Proračun za hrano« in »Poraba mesečnega prihodka za življenjske stroške«. Brezposelne osebe ne prejemajo mesečnega prihodka, ampak samo socialno pomoč ali denarno

nagrado na delovnem usposabljanju, denar dobijo od družinskih članov ali prihodke neustrezno porazdelijo. Aktivnost »Dvigovanje denarja in uporaba plačilnih obrazcev« je pokazala neuporabo univerzalnega plačilnega naloga (v nadaljevanju UPN) (39 % pri osebah z motnjo v duševnem zdravju in 35 % pri duševno zdravih osebah), iz česar lahko sklepamo, da bo mogoče čez čas potrebno aktivnost spet prirediti času in tudi, da večina oseb manipulira z že izpolnjenimi UPN obrazci. Pri aktivnosti »Plačilo računov« se je izkazalo, da 14 % oseb z motnjo v duševnem zdravju ne prepozna podatkov iz računa, kar je povezano z neplačevanjem računov, saj večini položnice plačujejo starši oziroma skrbniki. V drugi raziskavi je odstotek podoben (15,7 %) (Kazazi in Karbalaei – Noori, 2012). Pri duševno zdravih osebah je bil delež 2,5 %.

Mobilnost je pomemben element posameznikove samostojnosti. Triindvajset odstotkov oseb z motnjo v duševnem zdravju je nesamostojnih (duševno zdravih nesamostojnih je 3 %), saj za prevoz najpogosteje prosijo bližnje osebe oziroma gredo peš, medtem ko imajo duševno zdrave osebe večinoma svoje lastno prevozno sredstvo. Zanimivo bi bilo vedeti, koliko oseb z motnjo v duševnem zdravju ima opravljen vozniški izpit. Aktivnost »Osnovno znanje o javnem transportnem sistemu« je pokazala uporabo javnega prevoza, saj je bilo 70 % oseb iz obeh skupin samostojnih. Aktivnost »Uporaba telefonskega imenika in telefona« je pokazala, da osebe z motnjo v duševnem zdravju niso znale rokovati s telefonskim imenikom in razbrati informacije iz posnetega sporočila. Delež nesamostojnih pri osebah z motnjo v duševnem zdravju je 62 %, medtem ko je pri duševno zdravih samo 11 %. Med izvajanjem aktivnosti so imele osebe z motnjo v duševnem zdravju pri rokovanju s telefonskim imenikom oziroma z iskanjem informacij težave s pozornostjo in koncentracijo.

Pri aktivnosti »Načrt za prihodnjo zaposlitev« se je izkazalo, da 21 % oseb z motnjo v duševnem zdravju nima načrtov za prihodnjo zaposlitev oziroma si je ne želijo poiskati. Pri osebah je prisoten strah pred delom in nerazumevanjem delodajalca, občutek nezmožnosti za delo, občutek sramu in manjvrednosti (Thornicroft, 2006). Raziskava v Angliji je pokazala, da od 76 oseb samo 22,5 % oseb meni, da so sposobne za delo in da je samo 14,1 % oseb iskalo službo. (Cook, 1997). Dvainštirideset odstotkov oseb z motnjo v duševnem zdravju je upokojenih ali invalidsko upokojenih (največ v starostnem obdobju od 46 do 55 let), za razliko od duševno zdravih oseb, kjer je 11 % upokojenih (vsi v starostnem obdobju od 56 do 65 let). Status upokojitve predstavlja oceno »Ni izvedljivo«. Prosti čas je zelo pomemben pri izražanju posameznikove identitete, saj lahko s svobodno izbiro pokažejo sebi in drugim, kdo pravzaprav so. Če posameznik izgubi možnost preživljanja prostega časa na svoj najljubši način, s tem tvega tudi izgubo svoje identitete (Bundy, 1993). Štiriindvajset odstotkov oseb z motnjo v duševnem zdravju pri aktivnosti »Aktivnosti v prostem času« ne opravlja nobene aktivnosti z drugimi osebami ali opravlja manj kot tri aktivnosti. Pri duševno zdravih osebah potrebuje pomoč 7,5 % oseb. Rezultati so podobni z objavljenimi raziskavami o težavah oseb z motnjo v duševnem zdravju na področju medosebnih odnosov, kjer navajajo zmanjšano socializacijo in pomanjkanje interesov (Mayers, 2000).

Hipoteza 1 je bila potrjena, kar pomeni, da se izvedba aktivnosti med obema skupinama razlikuje. Iz tega sledi, da skupina 2 slabše izvaja aktivnosti, kar je razvidno tudi iz drugih izračunov. Prav tako se je pokazala razlika v času izvajanja ocenjevalnega instrumenta, in sicer da je skupina 2 potrebovala več časa za izvedbo aktivnosti kot skupina 1. To potrjuje trditve, da imajo osebe z motnjo v duševnem zdravju težave s pozornostjo in koncentracijo (Švab, 1996). V primerjavi z rezultati iz tujine je pri skupni oceni delež ocenjenih s »Potrebuje pomoč« pri osebah z motnjo v duševnem zdravju v naši raziskavi nižji za 30 %. Na to bi lahko vplivale opombe v ocenjevalnem obrazcu, ki jih v tujih raziskavah ne omenjajo in pa dejstvo, da večina oseb v naši raziskavi živi v svojem življenjskem okolju, v tujih državah pa so ocenjevali ljudi v psihiatričnih bolnišnicah, domovih za ženske.

SKLEP

Prednost ocenjevalnega instrumenta KELS je pridobitev celostne slike človekovega delovanja, saj zajema ključna področja, ki so pomembna za funkcioniranje v domačem okolju. Ocenjevalni instrument je pokazal, da imajo osebe z motnjo v duševnem zdravju težave pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti v domačem okolju in potrebujejo pomoč. Osebe imajo največ težav na področju upravljanja z denarjem, k čemur veliko prispeva pogosto prisotna brezposelnost oseb. Več težav se je pokazalo tudi na področju varnosti in zdravja in na ostalih področjih, ki pomembno vplivajo na delovanje osebe v življenjskem okolju. Strokovno pomoč oziroma obravnavo je osebam smiselno nuditi le v njihovem življenjskem okolju, kjer poteka njihovo delovanje. Law (1991) ter Cooper et al. (2001) navajajo, da je vključevanje delovnega terapevta v življenjsko okolje osebe nujen del celostne obravnave. Poznavanje ovir v okolju, ki omejujejo aktivno sodelovanje oseb z zmanjšano zmožnostjo v vsakodnevem življenju, vpliva na možnost izbire in prilagoditev potrebam posameznika.

Pomanjkljivosti in omejenosti raziskave

Prva pomanjkljivost raziskave je, da smo pri ocenjevanju v skupino duševno zdravih oseb vključili poznane osebe, kar morda lahko vpliva na objektivnost ocenjevanja. Skupina oseb z motnjo v duševnem zdravju je vključevala osebe z različnimi motnjami; za nadaljnje raziskovanje bi osebe z motnjo v duševnem zdravju lahko razdelili glede na specifikacijo bolezni (osebe s shizofrenijo, osebe z depresijo ...) in na ta način dobili bolj relevantne ocene pri izvajanju aktivnosti za specifične skupine oseb z motnjo v duševnem zdravju. Ocenjevalni instrument je pokazal odvisnost z okoljem (prostor in čas) pri aktivnostih »Dvigovanje denarja in uporaba plačilnih obrazcev« in »Uporaba telefonskega imenika in telefona«, zato bo čez čas aktivnosti potrebno ponovno prilagoditi. Kulturni kontekst se je pokazal tudi pri aktivnosti »Poraba mesečnega prihodka za življenjske stroške«, saj osebe velikokrat niso želele odgovoriti na vprašanje o znesku mesečnega prihodka.

LITERATURA

- Bajt M, Gabrijelčič BM, Jeriček KH, Kovše K, Kofol BT, Pribaković BR in sod. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Bucik V (1997). Osnove psihološkega testiranja. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Bundy AC (1993). Assessment of play and leisure. Delineation of the problem. *American Journal of Occupational Therapy* 47: 217–22.
- Burnett J, Dyer CB, Naik AD (2009). Convergent Validation of the Kohlman Evaluation of Living Skills as a Screening Tool of Older Adults' Ability to Live Safely and Independently in the Community. *Arch Phys Med Rehabil* 90: 1948–952.
- Cook S (1997). Results of the Needs Assessment Survey 1996 and proposals for service development. Sheffield: Pitsmoor Surgery.
- Cooper B, Letts L, Rigby P, Stewart D, Strong S (2001). Measuring environmental factors. Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy. Thorofare: NJ.
- Dazard A, Astolfi F, Guisti P, Rebetez MC, Mino A, Terra JL et al. (1998). Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP) – first results of a new instrument. *Community Mental Health Journal* 34 (5): 525–35.

-
- Davis J, Kutter CJ (1998). Independent Living Skills and Posttraumatic Stress Disorder in Women Who Are Homeless: Implications for Future Practice. *Am J Occup Ther* 52 (1): 39–44.
- Ibogen BE, Tiegreen J, Vaughan C, Bradford WD (2011). Money Management, Mental Health and Psychiatric Disability: A Recovery-Oriented Model for Improving Financial Skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34 (3): 223–31.
- Finlay L (1993). *Groupwork in occupational therapy*. London: Chapman & Hall.
- Gričar N, Plemelj A (2012). Odnos delodajalcev do zaposlovanja oseb z motnjo v duševnem zdravju. *Delovna terapija-stroka sedanjosti*: 11–20.
- Južnič Sotlar M (2004). Ko stene spregovorijo. <http://www.viva.si/Psihiatrija/578/Ko-stene-spregovorijo> <28. 5. 2013>
- Kazazi L, Karbalaei – Noori A (2012). Assessment of Living Skills in Schizophrenic Patients by Kohlman Evaluation. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 14 (9): 14–8.
- Kohlman TL (1992). *The Kohlman Evaluation of Living Skills*. 3th ed. United States of America: American Occupational Therapy Association, Inc.
- Kotnik MM (2012). Kako prepoznati shizofrenijo in kdaj poiskati zdravniško pomoč. <http://www.viva.si/Psihiatrija/9204/Kako-prepoznati-shizofrenijo-in-kdaj-poiskati-zdravni%C5%A1ko-pomo%C4%8D> <28. 5. 2013>
- Landa – Gonzalez B (2001). Multicontextual occupational therapy intervention: A case study of traumatic brain injury. *Occup Ther Int* 8 (1): 49–62.
- Law M (1991). The environment: a focus for occupational therapy. *CJOT*.
- Llyod C, King R, McDougall S (2001). The leisure satisfaction of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25 (2): 107–13.
- Mayers AC (2000). Quality of Life: Priorities for People with Enduring Mental Health Problems. *British Journal of Occupational Therapy* 63 (12): 591–97.
- Radonsky EV, Jackson H, Barton S, Fedak K, Martin M (1986). Step Ahead – Occupational Therapy in the Community. *Occupational Therapy in Mental Health* 6 (2): 79–87.
- Švab V, Kovač N (1994). Skupnostna skrb za osebe s psihozo. *Soc. delo* 33 (3): 212.
- Švab V (1996). *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
- Thornicrof G (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford.
- World Health Organization (1999). *The world health report. Making a difference*. France.
- Zimnavoda T, Weinblatt N, Katz N (2002). Validity of the Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS) with Israeli elderly individuals living in the community. *Occupational Therapy International* 9 (4): 312–25.

Prilagoditve izvajanja aktivnosti kot način za varčevanje z energijo

Modification of activity performance as a way of energy conservation

Marija Tomšič

UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Utrujenost je pogost in moteč simptom za osebe z multiplo sklerozo. **Udeleženska:** Namen te študije je bil oceniti učinek delovnoterapevtske intervencije na zmanjšanje utrujenosti pri osebi z multiplo sklerozo, ki je bila vključena v 15-tedensko obravnavo. **Metoda:** Za oceno stanja in načrtovanje delovnoterapevtske obravnave smo uporabili COPM-intervju in AMPS-test. **Rezultati in ugotovitve:** Po intervenciji, ki je temeljila na prilagajanju okolja, aktivnosti in vedenja, smo ugotovili, da sta se statistično pomembno ($p < 0,05$) izboljšala izvedba in zadovoljstvo za 5 aktivnosti, ki so bile ugotovljene s COPM-intervjujem. AMPS-test je pokazal izboljšanje v izvedbi aktivnosti na motoričnih spretnostih za 0,59 logita in 0,57 logita na procesnih spretnostih, kar je klinično in statistično pomemben napredek. Študija primera je pokazala učinkovito delovnoterapevtsko prakso.

Ključne besede: študija primera, multipla skleroza, utrujenost, učinkovitost delovne terapije

ABSTRACT

Introduction: Fatigue is a common and troublesome symptom for people with multiple sclerosis. **Subject:** The aim of the case study design was to describe which strategies are implemented in occupational therapy intervention with the aim of decreasing fatigue of person with multiple sclerosis involved in a 15-week treatment. **Method:** A COPM interview and an AMPS test were used as assessment methods and for planning occupational therapy treatment. **Results and conclusion:** After the intervention, which was based on environmental adaptation, activity modification and behaviour modification, we determined significant progress ($p < 0.05$) and increased satisfaction in activities performed for the 5 most problematic activities as they were defined with the COPM interview performed with the person. The AMPS test results showed progress of 0.59 logit in the motor part and 0.57 logit in the process part of performing activities, which makes the progress clinically and statistically significant.

Key words: case study, multiple sclerosis, fatigue, occupational therapy outcome.

IZHODIŠČA

Multipla skleroza (v nad. MS) je nepredvidljiva bolezen, ki jo povzroča demielinizacija osrednjega živčevja. Simptomi so različni in odvisni od področij v osrednjem živčevju, ki jih je demielinizacija prizadela. Manifestacija MS je zelo pestra. Pri nobeni drugi nevrolški bolezni se sočasno ne pojavi toliko različnih simptomov: utrudljivost, motnje ravnotežja in koordinacije gibov, mišična oslabelost in paraliza, nistagmus, odrevenelost, mravljinčenje in drugi moteni občutki, težave z mehurjem in črevesjem, spastičnost, motnje kratkoročnega spomina, depresija, bolečine, povečana občutljivost za toploto, čustvena labilnost, motnje vida, tresenje, govorne motnje in motnje pri sporazumevanju, motnje razsodnosti in logičnega mišljenja. Poleg tega se pri osebah z MS pogosto pojavijo tudi duševne in organske, nevrogene motnje spolnosti (Jesenšek Papež, 2012). Simptomi se torej kažejo na senzornem (spremembe občutkov), motoričnem (spremembe v delovanju mišic) in kognitivnem področju.

Utrujenost je pogost simptom, ki ga navaja 75–95 % oseb z MS (National Multiple Sclerosis Society, 2005). Kar 50–60 % pa navaja, da je utrujenost njihova največja težava. Utrujenost je opisana kot »subjektivno zmanjšanje fizične in/ali mentalne energije, ki jo posameznik občuti kot oviro pri izvajanju običajnih ali zelenih aktivnosti« (Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines, 1998). Večina oseb z MS navaja, da se pojavlja utrujenost pozneje v dnevu (Freal, Kraft & Coryell, 1984). Mnogo osebam z MS utrujenost preprečuje izvajanje zelenih dnevnih aktivnosti zaradi zmanjšane učinkovitosti in energije (Vanage, Gilbertson, & Mathiowetz, 2003). Učinek utrujenosti pogosto dramatično vpliva na posameznikovo kakovost življenja (Ward & Winters, 2003). Ne samo utrujenost, ampak tudi zmanjšana možnost izvajanja aktivnosti ter drugi senzomotorični in mentalni simptomi dajejo osebi z MS občutek nemoči nad kontrolo bolezni (Schapiro & Schneider, 1999).

Utrujenost lahko premagujemo na različne načine. Ravnanje in upravljanje z utrujenostjo je opisano tudi v knjigi *Managing Fatigue: A Six-Week Course for Energy Conservation* avtorjev Packer, Brink and Sauriol (1995) in je usmerjeno na učenje strategij, kako varčevati oziroma hraniti energijo. Osebe se uči, kako maksimalno učinkovito porabijo obstoječo energijo. Ohranjanje energije temelji na naslednjih strategijah:

- pomembnost počivanja,
- hramba in varčevanje z energijo,
- načrtovanje urnika počivanja skozi ves dan,
- dogovarjanje za pomoč drugih,
- vključevanje biomehanskih in razvojnonevrolških zakonitosti telesa,
- fazno izvajanje aktivnosti,
- uporaba pripomočkov in prilagoditev,
- določanje prioritete,
- živeti urejeno/zadovoljno življenje in
- oblikovanje kratkoročnih in dolgoročnih ciljev varčevanja z energijo.

Težko je reči, katera od strategij najbolj vpliva na posameznika, saj se vsak sam odloči, katera mu je bolj pri srcu.

Cilj študije je bil oceniti učinek delvnoterapevtske intervencije za zmanjšanje utrujenosti pri oseb z multiplo sklerozo in ugotoviti, kako prilagoditve osebi z MS omogočajo boljše izvedbo (z manj napora) aktivnosti, tako da prilagajamo različne dejavnike okolja in spreminjamo izvedbo aktivnosti tako, da je poraba energije čim manjša.

Raziskovalno vprašanje: Kakšne strategije uporablja delovni terapevt v konkretnem primeru in ali se kakovost izvedbe aktivnosti po delvnoterapevtski intervenciji izboljša?

METODE

Oblika: Študija primera osebe z MS v domačem okolju, ki je bila 15 tednov vključena v delovnoterapevtsko obravnavo. Program se je izvajal 2-krat tedensko po 60 minut.

Udeleženka v programu je 63-letna gospa z MS, ki ji je bila diagnosticirana pred šestimi leti. Želja za vključenost je bila izražena z njene strani. Gospa živi sama v bloku, do stanovanja ima 5 stopnic. Njena težava je pogosta utrujenost, želi pa čim dalj časa živeti v domačem okolju in skrbeti zase.

Ocenjevalni inštrumenti: Uporabljen je bil standardiziran polstrukturiran intervju Ocena izvedbe okupacije – COPM (Canadian occupational performance measure), (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1991; 1994; 1998; 2005), ki ima desetstopenjsko lestvico (1–10). Oseba sama oceni izvedbo in zadovoljstvo s posamezno aktivnostjo. Za kakovost izvedbe aktivnosti pa je bil uporabljen standardiziran delovnoterapevtski test Ocena motoričnih in procesnih spretnosti – AMPS (Assessment motor and process skills), (Fisher, 2004), s katerim smo ugotovili, kakšna je kakovost izvedbe aktivnosti z vidika motoričnih in procesnih spretnosti, ki jih posamezna aktivnost za izvedbo zahteva. Ocenjuje se še učinkovitost, varnost in neodvisnost, medtem ko oseba dejansko opravlja izbrano, poznano in pomembno aktivnost. Rezultat pokaže, kako samostojna je oseba.

Proces: S COPM-intervjujem smo ugotovili, da ima preiskovanka največ težav pri oblačenju nadržka, kopianju, likanju, kuhanju in nakupu živil. Ocena za izvedbo je bila povprečno 5 točk, za zadovoljstvo pa 6 točk. Neodvisni ocenjevalec je z AMPS-testom na lestvici varnega in samostojnega življenja osebo na motoričnem delu ocenil z 0,42 od 2 (cutoff) in na procesnem z 0,59 od 1 (cutoff).

Za delovnoterapevtsko intervencijo sta bila uporabljena dva pristopa. Razvojnonevrološki pristop smo uporabili za izboljšanje gibanja v trupu in proksimalnih delih udov. To smo dosegali s handlingi v razbremenjenih položajih. Handling je posebno terapevtsko rokovanje, ki je usmerjeno na uravnavanje položaja trupa preko ključnih področij (medenica, ramena) (Tomšič, 2011). Z vedenjskim pristopom, ki je usmerjen na hoteno spreminjanje vedenja in proces odločanja skozi 5 faz: začetna odločitev, načrtno preudarjanje, priprava, akcija in vzdrževanje (Cancer Prevention Research Center, 1998; Prochaska et al., 1994), pa smo postopno spreminjali načine in časovno dinamiko izvajanja aktivnosti. Čeprav osebe z MS nimajo vedenjskih problemov, sta varčevanje z energijo in vplivanje na utrujenost mogoča le, če spremenimo rutinirano vedenje in ga skrbno načrtujemo. Zato smo za premagovanje utrujenosti in ravnanje ob utrujenosti uporabili v izhodiščih navedeno knjigo *Managing Fatigue: A Six-Week Course for Energy Conservation* (Packer, Brink and Sauriol, 1995).

Tabela 1. Načini varčevanja z energijo za obravnavano preiskovanko

Zaporedna številka	Faze varčevanja z energijo
1.	Spreminjanje delovnih zahtev
2.	Spreminjanje lociranja pripomočkov ali pohištva
3.	Uporaba prilagojenih pripomočkov, orodij ali pripomočkov za lažjo izvedbo
4.	Spreminjanje položaja telesa med izvedbo aktivnosti
5.	Odstranitev dela ali celotne aktivnosti
6.	Zamenjati del ali celotno aktivnost
7.	Prositi za pomoč druge, kadar pomoč potrebuje
8.	Zmanjševanje zahtev aktivnosti
9.	Določanje prioritet
10.	Poenostavljanje aktivnosti
11.	Načrtovanje skozi dan, da uravnoteži aktivnosti tekom dneva
12.	Spreminjanje časa za izvedbo aktivnosti
13.	Načrtovanje počitka tekom dneva
14.	Ustavljanje in počivanje v dolgo trajajoči aktivnosti

Pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti smo načrtovali prilagoditve okolja in način izvedbe posamezne aktivnosti glede na oceno motoričnih in procesnih spretnosti (AMPS).

Tabela 2. Primeri prilagoditve okolja in nekaterih aktivnosti pri obravnavani preiskovanki

Aktivnost	Prilagoditve
Oblačenje nedrčka	Uporaba nedrčka, ki se zapenja spredaj, ali obstoječega zapeti spredaj in ga nato obrniti.
Kopanje	Namestitev deske na kopalno kad in učenje strategije prenosa spodnjega dela preko roba kopalne kadi. Namestitev ročaja in nedrseče podloge.
Likanje	Prilagoditev višine likalne deske in namestitev stola glede na antropometrijo preiskovanke, da lika sede.
Kuhanje	Priprava obrokov z možnostjo počivanja na stolu. Uporaba hitro pripravljenih delov obroka. Pomivanje posode sede. Premeščanje pripomočkov za kuhanje v doseg rok. Vlečenje bremen po delovni površini namesto prenašanja. Uporaba pripomočkov za odpiranje steklenic, konzerv.
Nakup živil	Kupljene izdelke nositi v nahrbtniku ali voziti v potovalni torbi. Za nabavo težjih izdelkov poklicati sosedo, da kupi namesto nje. Na polovici poti do trgovine (oddaljena 10 min) in nazaj počivati na klopi.

V okolju so bile izvedene tudi druge prilagoditve, s katerimi se je preiskovanka strinjala oziroma je predlagane prilagoditve sprejela. Intervencija je bila usmerjena na biomehaniko vstajanja iz fotelja, postelje oziroma kavča. Izhajala je iz obstoječe višine pohištva in antropometrije preiskovanke. Prilagajali smo tudi način izvajanja drugih vsakodnevnih aktivnosti, ki jih preiskovanka v intervjuju ni navedla, jih je pa vsakodnevno izvajala.

REZULTATI

Rezultate smo pridobili z dvema standardiziranimi ocenjevalnima instrumentoma. V COPM-intervjuju je preiskovanka sama izpostavila pet njej pomembnih aktivnosti, v katerih ni samostojna. Te aktivnosti so bile oblačenje in zapenjanje neдрčka, kopanje, likanje, kuhanje in nakup živil. Sama je ocenila izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo. Z AMPS-testom smo ocenili dve aktivnosti, to sta oblačenje trenirke in kuhanje kave, ki sodita v srednje zahtevne aktivnosti.

Tabela 3. Ocena s COPM-intervjujem na začetku obravnave in na koncu

COPM	Izvedba	Zadovoljstvo z izvedbo
1. Ocena – povprečje za 5 aktivnosti	5	6
2. Ocena – povprečje za 5 aktivnosti	8,8	9
Razlika točk	+ 3,8	+ 3

COPM-intervju, izveden na začetku in na koncu obravnave, je za izbranih 5 aktivnosti pokazal statistično pomemben napredek, ugotovljen s T-testom $p < 0,05$.

Tabela 4. Ocena AMPS-testa na začetku in na koncu obravnave

AMPS	Motorične spretnosti	Procesne spretnosti
1. Ocena	0,42	0,59
2. Ocena	1,01	1,16
Razlika logit	+ 0,59	+ 0,57

Napredek, izmerjen z AMPS-testom, kaže na klinično in statistično pomembno napredovanje, kadar je ocena višja za 0,5 logita (Fisher, 2004). V našem primeru je bil izmerjen napredek tako v motoričnem kot procesnem delu izvedbe aktivnosti višji za 0,59 oziroma 0,57 logita.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Celotna intervencija je bila usmerjena na modifikacijo vedenja, kot so spreminjanje dnevnih navad/rutin, ritem izvajanja aktivnosti, načrtovanje počitka in prositi za pomoč druge. Modifikacija vedenja je bila težji del intervencije, ker ljudje težko spreminjamo rutinirano življenje in način izvajanja aktivnosti (Holberg in Finlayson, 2007). Najtežje se je preiskovanka odločala za iskanje pomoči pri drugih.

Študija primera je pokazala na kompleksnost vključevanja strategij za ohranjanje energije in istočasno boljše funkcioniranje v domačem okolju, saj je odvisna od mnogih dejavnikov. Delovnoterapevtska intervencija, ki je temeljila na prilagajanju okolja, vedenja in spremenjenega načina izvedbe aktivnosti, vpliva na zmanjšanje utrujenosti in posledično na višjo samostojnost v vsakodnevni aktivnostih in višjo kakovost življenja. Oba uporabljena ocenjevalna protokola sta pokazala na statistično pomemben napredek v

izvajanju ocenjevanih aktivnosti. COPM za $p < 0,05$ in AMPS za več kot 0,5 logitsa za motorične in procesne spretnosti izvajanja aktivnosti.

Delovnoterapevtske strategije oziroma faze varčevanja z energijo so se pokazale kot učinkovite, čeprav so zahtevale spremembe v vedenju, kar je bil najtežji del v implementaciji programa.

LITERATURA

Fisher AG. (2004) Assessment of Motor and Process Skills. 5th ed.; Colorado, Colorado State University. USA.

Freal, J. E., Kraft, G. H., & Coryell, J. K. (1984). Symptomatic fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65, 135–138.

Holberg, C. in Finlayson, M. (2007). Factors influencing utilization of energy conservation strategies by people with multiple sclerosis. *Am J Occup Ther*, 61, 96–101.

Jesenšek Papež, B. (2012). Motnje funkcije čutil in funkcioniranje oseb z multiplo sklerozo. *Rehabilitacija – letn. XI, supl. 1*

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (1991, 1994, 1998, 2005). COPM Description. Dostopno na: <http://www.caot.ca/copm/index.html>. 16. 4. 2013.

Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines. (1998, October). *Fatigue and multiple sclerosis: Evidencebased management strategies for fatigue in multiple sclerosis*. Paralyzed Veterans of America on-line publication. [Online].

National Multiple Sclerosis Society. (2005, November 28). *About MS*. Retrieved October 1, 2005, from <http://www.nationalmssociety.org/about%20ms.asp>

Packer, T. L., Brink, N., & Sauriol, A. (1995). *Managing fatigue: A six-week course for energy conservation*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon Books.

Schapiro, R. T., & Schneider, D. M. (1999). Fatigue. In S. van den Noort & N. Holland (Eds), *Multiple sclerosis in clinical practice* (pp. 35–40). New York: Demos Medical.

Tomšič, M. (2011). Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo. Zdravstvena fakulteta v Ljubljani.

Vanage, S., Gilbertson, K., & Mathiowetz, V. (2003). Effect of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 315–323.

Ward, N., & Winters, S. (2003). Results of a fatigue management programme in multiple sclerosis. *British Journal of Nursing*, 12 (18), 1075–1080.

Značilnosti obdobja pred upokojitvijo in po njej

Some aspects of the transition to retirement

Cecilija Lebar, Renata Petrena, Mateja Kadiš, Maja Palir
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Upokojitev je eden od pomembnih življenjskih prehodov, kako jo posameznik doživlja in kako se sooča s tem prehodom, pa je odvisno od različnih dejavnikov. **Metoda:** Raziskava temelji na kvalitativnem pristopu, podatki so bili pridobljeni s polstrukturiranim intervjujem. **Udeleženci:** Šest upokojencev, ki so v pokoju od pet do deset let. **Rezultati:** Udeleženci so kot največjo spremembo po upokojitvi navedli zmanjšanje finančnih sredstev, kar posledično vpliva na kakovost njihovega življenja in možnosti vključevanja v različne aktivnosti. Navajajo spremembe v partnerskih in medgeneracijskih odnosih. Skrb zase in bližnje se po njihovem mnenju v času po upokojitvi ni pretirano spremenila, je pa opazna razlika glede razporeditve časa med področjem skrbi zase in bližnje ter področjem prostega časa. Želje in interesi se upokojencem niso spremenili. **Ugotovitve:** Udeleženci so se na vlogo upokojenca že privadili in upokojitev sprejemajo kot priložnost za vključevanje v nove dejavnosti.

Ključne besede: delovna terapija, življenjski prehodi, soočanje z upokojitvijo.

ABSTRACT

Introduction: Transition to retirement is one of the major life transitions the adjustment to which is influenced by a number of factors. **Method:** A semi-structured interview was used in this qualitative study to collect the data of interest. The study sample included six subjects retired five to ten years. **Results:** The changes most commonly cited by the retirees are related to the new socio-economic status impacting their physical, emotional, and psychological well-being. The changes experienced by the participants were apparent also in their partners' and intergenerational relationships. The daily patterns of caring for oneself and significant others have not been notably changed after retirement. There is, however, a remarkable change in the time devoted to taking care of oneself and others and to the leisure time activities. Desires and interests of the retirees have remained practically the same. **Conclusions:** The participants of the study claim that they have adjusted to the changes and envisage the retirement period as an opportunity to engage or participate in new activities.

Key words: occupational therapy, life transitions, facing retirement

IZHODIŠČA

Upokojitev je »izum« moderne dobe. Preproste plemenske in kmečke skupnosti je ne poznajo in ne razumejo. Ljudje delajo, dokler zmorejo in kar morejo. Pri tem postopoma prehajajo na lažja dela. Lovu sledi nabiranje, nabiranju sušenje, tkanje ali strojenje, nato pa čuvanje otrok, kar je za skupnost prav tako pomembno kot denimo lov ali ribolov. Posamezniki se nikoli ne počutijo odvečne, vsako življenjsko obdobje ima zanje svoj smisel, eksistencialne krize ne poznajo. Drugače pa je v civiliziranih družbah. Upokojitev je za nekatere ljudi »blagoslov«, posebno za tiste, ki niso marali svojega dela ali pa so delo občutili kot breme. Če imajo konjičke, jim pomeni upokojitev vstop v novo, prijetnejše obdobje. Lahko se ukvarjajo z marsikatero dejavnostjo, za katero prej niso imeli dovolj časa ali zbranosti (Pečjak, 2007).

Upokojitev predstavlja sprejem nove družbene vloge, zato pomeni veliko več kot le opustitev dela in delovnih navad. Ta vloga se kaže v spremembi vedenja, vsakodnevnega ritma življenja, drugačnih odnosov med ljudmi, do ljudi in do družine, v premiku interesov od dela k prostočasnim dejavnostim in v spremembi ekonomskega statusa (Mali, 2006). Jonsson in Andersson (1999) ugotavljata, da upokojitev osebe doživljajo na štiri načine; kot nov začetek določenega obdobja, kot prehod v starost, kot preprosto nadaljevanje življenja ali kot uvedbo sprememb, ki pa niso vedno prijetne. Danes najbolj veljavne teorije poudarjajo, naj človek tudi po upokojitvi nadaljuje aktivno življenje, ki ga mora prilagoditi svojim psihofizičnim sposobnostim in interesom. Vsekakor je prilagajanje na upokojitev v marsičem odvisno od razmer, v katerih živi posameznik. Ni vseeno, ali ima človek v tem življenjskem obdobju partnerja ali ne, ali ima otroke in vnuke, ki ga redno obiskujejo in mu dajejo občutek varnosti in potrebnosti. Znano je, da dobri družinski odnosi pripomorejo k večji samozavesti upokojenca in optimističnemu pogledu na prihodnost (Ličer, 1994).

Upokojitev je pomembna prelomnica v življenju človeka: po njej je marsikaj drugače, kakor je bilo prej. Bilo naj bi boljše, saj ima tedaj človek prvič v življenju na razpolago svoj čas in dozorele življenjske izkušnje ter, upajmo, zagotovljeno osnovno materialno varnost (Ramovš, 2002).

Spremembe vsakodnevnega delovanja

Upokojitev je dogodek, ki bistveno spremeni dnevni in življenjski ritem. Hojnik - Zupanc (1999) pravi, da je pomembno, da si človek po upokojitvi spet ustvari ritem tako, da obsežneje opravlja tiste dejavnosti, ki jih je že prej in ga zadovoljujejo, ali pa si poišče nove ter tako spozna nove znance in prijatelje. Več časa lahko posveti dejavnostim, s katerimi se je ukvarjal že med zaposlitvijo, vendar se jim ni mogel posvetiti v zadostni meri.

Pečjak (2007) meni, da spremembe v strukturi dneva težje prenašajo tiste osebe, ki so rade delale in so v njem našle vsebino in smisel svojega življenja, sedaj pa se počutijo nekoristne in nepomembne. Zanje je upokojitev hud stres, eden od najhujših v življenju, ki mu lahko sledi silovita in dolgotrajna depresija ali celo upad duševnih funkcij. Z nekoliko ironije bi lahko rekli, da se niso upokojili zato, ker so stari, temveč so se postarali zato, ker so se upokojili.

Spremembe v partnerskem odnosu

Pomembno mesto in vloga v družini nedvomno pripadata upokojencem. Za mnoge moške je nerazumljivo in utesnjujoče, da so nenadoma ves dan doma, potem ko so se desetletja posvečali svojemu poklicu. Žena, četudi je bila zaposlena, je morala svoje obveznosti do družine in v gospodinjstvu opraviti. Nastane nova situacija – žena ima svoj ustaljeni ritem opravil, mož se neznansko dolgočasi (Birsa, 1992). Zakonca imata po upokojitvi več časa zase in več stikov z drugimi: več se zadržujeta doma, na kar vplivajo tudi manjše možnosti zunanjega udejstvovanja. Nenehno sobivanje pa lahko povzroči njuno naveličanost in spodbuja spore (Pečjak, 2007).

Pomembnost vloge starega starša

Stari starši so običajno vnukom prva izkušnja medgeneracijskega sožitja z najstarejšim rodом živih prednikov, po navadi so starejši pol stoletja in več. Ta izkušnja daje povprečno zdravemu otroku dve pomembni izkušnji, ljubezen in naklonjenost, ki je bolj kot starševska prežeta z mirom in spokojno potrpežljivostjo ter zrelo življenjsko izkušnjo, zlasti z izkušnjo, da se da živeti tako v ugodnih kot neugodnih življenjskih razmerah in da je življenje brezpogojno smiselno. Danes so stari starši s svojim imetjem, zlasti pokojnino, tudi pomemben materialni vir za preskrbo v odraščanju, npr. za stroške študija vnukov. Dokaj pogosta je vzgojna pomoč starih staršev mladi družini: vnuke varujejo, jih vodijo v vrtec in iz njega, jim skuhamo kosilo, ko se vračajo iz šole ipd. (Ramovš in Lipar, 2013).

Ekonomske spremembe po upokojitvi

Upokojitev sama po sebi prinese nekatere spremembe, ki vplivajo na ekonomsko in socialno varnost posameznika. Z ekonomskega vidika imamo v starosti dva socialna sloja: tanek sloj upokojencev, ki jim je uspelo pravočasno nabrati dovolj bogastva, da od njega udobno živijo (rente, delnice, najemnine, obresti, dediščine, izjemne pokojnine itd.), in debelejši sloj upokojencev s povprečno pokojnino, ki se povrh vsega vsako leto zmanjšuje in je mnogo manjša od nekdanje plače. Zvišujejo se jim stroški (npr. za nekatera zdravila), zavarovalnice pa jim odpovedujejo zavarovanje. Bančnih dolgov si ne morejo privoščiti. Medtem ko prvi skupini uspeva, je druga lahko na robu preživetja. Med njima je skupinica, ki se še vedno bori za ekonomsko preživetje in je »na črno ali belo« zelo aktivna ter si z dodatnim zaslužkom izboljšuje skromni ekonomski položaj (Pečjak, 2007). Upokojitev navadno pomeni precejšnje zmanjšanje dohodkov, saj vse družbe na svetu, in tudi pri nas, bolje nagrajujejo sedanje kot preteklo delo (Ličer, 1994).

Proces upokojitve je pojav, ki ga v razvitem svetu poleg drugih humanističnih ved proučujejo tudi delovni terapevti, pri tem se osredotočajo predvsem na doživljanja upokojencev pri soočanju s procesom upokojitve. Ker v slovenskem prostoru nismo zasledili nobene raziskave, ki bi upokojitev proučevala z vidika delovne terapije, smo izvedli raziskavo, in sicer je ena skupina raziskovala upokojence, ki so v pokoju od enega do treh let, naša skupina pa se je osredotočila na upokojence s pet- do desetletnim »upokojenskim stažem«. Zanimalo nas je, kako so vključeni v raziskavo doživljali obdobje pred upokojitvijo in kako ga doživljajo zdaj, pet do deset let po upokojitvi.

METODE

Za proučevanje sprememb, ki jih prinaša upokojitev, smo uporabili kvalitativni pristop. Gre za induktiven, konstruktivističen in interpretativen raziskovalni pristop, ki ima naslednje glavne poudarke: opazovanje sveta skozi oči proučevanih oseb, opisovanje in upoštevanje konteksta, poudarjanje procesa in ne le končnih rezultatov, prožnost ter oblikovanje konceptov in teorij kot rezultatov raziskovalnega procesa (Bryman, 2004).

Za pridobivanje podatkov smo uporabili polstrukturiran intervju, pri katerem so nam bile vodilo tri glavne teme: značilnosti obdobja, želje in interesi ter medsebojni odnosi pred upokojitvijo in po njej. Pogovori so bili posneti na diktafone in prepisani. Besedila smo analizirali s pomočjo kvalitativne vsebinske analize. Njeno bistvo je proces kodiranja, ki pomeni interpretacijo analiziranega besedila oziroma določevanje pomena njegovim posameznim delom, tako dobimo pojme, ki jih potem povežemo v kategorije, če je treba, pa še prej v podkategorije (Bryman 2004).

V raziskavi je sodelovalo šest oseb – dve ženski in štirje moški. Uporabili smo namensko vzorčenje. Pogoji za vključitev je bila od 5- do 10-letna doba po upokojitvi. Vključene osebe so bile z namenom raziskave seznanjene, kar so potrdile s podpisom izjave o sodelovanju v raziskavi. Da bi prikrili njihovo identiteto, smo jim spremenili imena.

Tabela 1. Vključeni v raziskavo

Oseba	Starost	Let v pokoju	Stopnja izobrazbe	Poklic	Status	Otroci
Marija	67 let	10 let	končana OŠ	gospodinja	vdova	2 hčerki
Hedvika	61 let	7 let	V. stopnja	delavka	poročena	4 hčerke
Tonček	62 let	7 let	V. stopnja	varilec	poročen	1 sin
Božo	64 let	8 let	V. stopnja	strojnik	poročen	1 sin
Jaka	68 let	7 let	končana OŠ	hišnik	v zvezi	1 hči
Janez	72 let	10 let	V. stopnja	delovodja	v zvezi	1 hči

REZULTATI IN RAZPRAVA

S kvalitativno analizo smo pridobili tri kategorije, v vsako od kategorij pa sta vključeni dve podkategoriji. Osredotočili smo se na to, kako so udeleženci raziskave doživljali svoj vsakdan pred upokojitvijo in kako ga doživljajo zdaj, ko so v pokoju pet let ali več. V tabelah od 2 do 4 so kategorije in podkategorije predstavljene z ustreznimi pojmi. Za boljše razumevanje smo v raziskavo vključili nekatere citate udeležencev.

Značilnosti obdobja pred upokojitvijo in po njej

Ljudje, tudi tisti, ki že imajo načrt, kaj bodo počeli v pokoju, potrebujejo določen čas, da se prilagodijo novemu načinu življenja. Tega so primorani prilagoditi tudi novonastalim finančnim situacijam, saj je pokojnina nižja od predhodnega osebnega dohodka. Skrb za bližnje ostaja tudi v pokoju, spremenijo se le aktivnosti, ki jih lahko opravljajo in za katere prej ni bilo časa. Tako z družino in bližnjimi preživijo več časa, saj so aktivnosti, kot so sprehodi, izleti in pomoč drugim, odlična možnost za ohranjanje socialnih stikov, ki so bili med zaposlitvijo postavljeni na stranski tir.

Tabela 2: Značilnosti obdobja pred upokojitvijo in po njej

ZNAČILNOSTI OBDOBJA

PRED UPOKOJITVIJO	PO UPOKOJITVI
stabilno finančno stanje	prilagajanje potreb finančnemu stanju
skrb za člane družine	večja skrb zase in bližnje
pomanjkanje časa zase	več časa za prostočasne aktivnosti
brezskrben odhod v pokoj	brezskrbna vloga upokojenca
	aktivnosti, vezane na gospodinjska in hišna opravila

Udeleženci naše raziskave so o finančnem stanju po upokojitvi razmišljali že pred njo, saj so kakovost življenja njihove družine povezovali z njihovimi dohodki. Razmišljali so o dodatnem zaslužku, in sicer honorarnem delu, ki je največkrat povezano z aktivnostmi, ki jih opravljajo v prostem času. S tem bi nadoknadili finančni primanjkljaj, ki se kaže kot razlika med pokojnino in plačo. Božo pove: »Razmišljal sem o honorarnih delih, da bom dodatno zaslužil, ker bo pokojnina nižja od osebnega dohodka.« Z zagotovljenim stabilnim finančnim stanjem se lahko posameznik udeleži v drugih aktivnostih, predvsem pa lahko poskrbi tudi za družino in bližnje. Pri nekaterih udeležencih se kaže nezadovoljstvo glede možnosti uresničevanja želja, ki so vezane na njihovo finančno stanje. Tako so v večini prikrajšani za dopust, marsikatero hobije in razvajanje bližnjih. Hedvika pravi: »Mogoče bi morala biti pokojnina malo višja, da bi človek lažje komu kaj še dal in ne bi bilo treba gledati na vse.« Jaka pa je o tem povedal: »Če bi mel več denarja zdaj, ko imam več časa, bi lažje potoval in šel kam daleč na izlete. Zdaj imam prostega časa dovolj, samo če imaš preveč prostega časa, bi potreboval pa več denarja, ker bi ga lažje zapravil, zdaj pa ni več tistih sredstev.« Hkrati so tudi osebe, ki so pravo nasprotje. Marija pove: »Včasih nismo hodili na morje tako kot zdaj, ko smo v pokoju, zdaj si vzamemo več časa in gremo upokojenci na morje.« Dejstvo je, da si lahko nekateri s pokojnino privoščijo tudi nekaj razvajanja ter s tem okrepijo in razširijo svojo socialno mrežo.

Vključeni v raziskavo so pred upokojitvijo dajali prednost skrbi za družinske člane, zato niso imeli časa zase. Hedvika je povedala: »Za sebe res nisem imela nikoli časa. Moje punce so se poročile, jaz pa se še počesati nisem imela časa pred poroko. Vse je bilo bolj pomembno kot jaz.« Skrb zase in bližnje se po upokojitvi ni bistveno spremenila. Spremenila pa se je razporeditev časa med področji skrbi zase, bližnje in prostočasnimi aktivnostmi. Glede prerazporeditve časa po področjih delovanja je Božo iz naše raziskave povedal: »[...] z zajci se rad ukvarjam, prej, ko sem hodil v službo, jih nisem mogel imeti. Nisem imel niti prostora niti časa za tako obveznost.« Več časa tudi namenijo aktivnostim, vezanim na gospodinjska in hišna opravila. Tem se lahko zdaj bolj posvečajo, predvsem opraviлом okoli hiše. Prav zaradi tega njihovo domovanje in okolica postajata takšna, kot so si vedno želeli.

Kljub skrbi glede zagotavljanja finančnega položaja pa se vloga upokojenca odraža predvsem v pozitivni osebni naravnosti in spontanem razmišljanju. Hedvika pove: »Jaz sem bila vedno pozitivno naravnana, prej in zdaj ... Na življenje gledam čisto spontano, kakor se zgodi, se zgodi, dokler bo tako, bo v redu. Saj pravim, da sem zadovoljna.«

Humpel in sodelavci (2009) so ugotovili, da se udeleženci njihove raziskave (bodoči upokoјenci) zavedajo zmanjšanja finančnih sredstev po upokoјitvi. Več kot tretjina jih je predvidela upad življenjskega standarda, polovica pa je bila prepričana, da bodo njihovi prihranki zadostovali. Raziskava, ki sta jo izvedla Rosenkoetter in Garris (1998), je pokazala, da so njihovi preiskovanci v obdobju po upokoјitvi namenili več časa sprehodom, meditaciji, branju, obiskom koncertov, urejanju okolice hiše, pomoči sosedom in novim aktivnostim, za katere pred upokoјitvijo niso imeli časa oziroma si ga preprosto niso vzeli. Nova aktivnost je bila med drugim tudi skrb za živali, ki so posamezniku prinesle osebno zadovoljstvo in koristno zapolnitev prostega časa.

Pomembno je, da si ljudje nekaj let pred upokoјitvijo naredijo okvirni finančni načrt za obdobje po upokoјitvi. Če so predvideni stroški višji od prihodkov, je smiselno razmisliti o plačanem delu tudi po upokoјitvi, seveda če jim zdravje to dopušča. Fouquereau in sodelavci (2005) so namreč ugotovili, da bi ena tretjina še delala, če bi za to imela možnosti. Druga možnost pa je iskanje finančno ugodnejših dejavnosti. Pri tovrstnem načrtovanju bi tem ljudem lahko pomagali tudi delovni terapevti, saj imamo znanje in sposobnosti, da ljudem poiščemo aktivnosti, ki so v skladu z njihovimi sposobnostmi, prav tako pa znamo poiskati najboljše ujemanje med osebo in okoljem (Cole and Macdonald, 2010). Iz raziskav lahko povzamemo, da imajo ljudje v pokoju več možnosti za okupacije, kot so jih imeli v času zaposlitve. Razpolaganje s časom je za njih svobodnejše (Cole and Macdonald, 2010; Jonsson, 2010).

Želje in interesi pred upokoјitvijo in po njej

Za posameznika je pomembno, da je samostojen, da skrbi zase, saj je samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti pomemben vidik kakovostne upokoјitve.

Tabela 3: Želje in interesi pred upokoјitvijo in po njej

ŽELJE IN INTERESI	
PRED UPOKOJITVIJO	PO UPOKOJITVI
skrb za družino	ohranjanje rutine jutranjih aktivnosti
urejen prostor za bivanje (dom)	usmerjenost v aktivnosti za ohranjanje zdravja in samostojnosti
dobri medosebni odnosi na delovnem mestu	udeleževanje srečanj s prijatelji in bližnjimi

Janez pravi: »Želim si, da ne bi nekje obstal, da bi bil še vedno aktiven, da naredim tisto, kar sem sposoben. Rad bi še delal, če bi se kaj pokazalo, še bi ustvarjal, saj sem še sposoben za to. Lahko delam na vrtu ali kaj drugega.«

Sodelujoči v raziskavi po upokoјitvi ohranjajo jutranjo rutino, ki zajema predvsem vstajanje ob določeni uri. Jaka pravi: »Ko se enkrat navadiš ter 40 let delaš in vstajaš, potem ne moreš tega kar prekiniti in si reči, zdaj pa bom vstajal ob 8. uri. Enostavno se zbudiš in se prestavljaš po postelji, tako da ni druge, kot da vstaneš.« Vsakodnevna rutina lahko pripelje do tega, da posameznikov življenjski ritem postane monoton. To monotonost si nekateri popestrijo z aktivnostmi, ki vključujejo prijatelje in sorodnike. Božo je povedal: »Želim si, da bi še naprej hodil k sosedom na obisk in pomagal tam kjer

je bila žena doma, pa mojemu bratu in ženini sestri.« Skupni interesi in druženje s prijatelji lahko pripomorejo tudi k boljši fizični pripravljenosti posameznika. Janez pravi: »Veliko hodim na sprehod in kolesarim, ker moram skrbeti za zdravje.« Nekaterim aktivnostim, ki predstavljajo potencialno nevarnost za poškodbe, se vključeni v raziskavo izogibajo. Janez nadaljuje: »Včasih sem rolkal, drsal, zdaj pa nič več, ker moram skrbeti za zdravje. Bojim se zaradi poškodb, saj če padeš pri mojih letih, si lahko zlomiš kakšno kost. Da bi le zdravje bilo pri hiši, potem bo tudi vse drugo.«

Za dobre odnose v družini so pomembni dobro razumevanje, medsebojna skrb družinskih članov in komunikacija. Hedvika je o komunikaciji s partnerjem povedala: »Mogoče pogrešam pogovore. Moj mož je bolj tih, nerad govori in potem sem tudi jaz tiho, če nikamor ne grem. Če grem na sprehod, se s kom kaj pogovorim, če sem doma, sem pa tiho.« Poleg komunikacije in odnosov z družinskimi člani pa so za ljudi pomembni odnosi s prijatelji, sosedi in (nekdanjimi) sodelavci. Glede odnosa z nekdanjimi sodelavci je Marija povedala: »Jaz sem zmeraj zelo rada hodila v službo, rada sem bila z ljudmi, rada sem delala, ker smo imeli vsi isti poklic oziroma smo bili vsi brez poklica v tiskarni ... Zelo dobro smo se razumeli, čeprav je bilo v enem prostoru 12, 13 žensk skupaj.«

Jonsson in sodelavci (2000) so ugotovili, da ohranjanje zdravja pri upokojencih ne ostane le želja, ampak se ta udejanja. Mnogi se udeležujejo redne telesne dejavnosti s ciljem, da ostanejo v formi. Najpogostejši način izvajanja vadbe so redni dnevni sprehodi. S tem združijo prijetno s koristnim, saj se na sprehod odpravijo s partnerjem, prijatelji ali v organizirani skupini. Pahor in Domajnko (2007) pa ugotavljata, da zdravje starejšim ljudem pomeni največje bogastvo in ga navežejo na aktivnosti, kot so delo, temeljne življenjske aktivnosti, ukvarjanje s hobiji/druženje, poleg tega pa še na odsotnost bolezni/bolečine. Udeležencem v naši raziskavi je lastno zdravje in zdravje najbližjih pomembno, predstavlja jim temelj za nadaljnje uspešno uresničevanje vseh želja in interesov. Z vidika delovne terapije je pomembno, da imajo upokojenci možnosti vključevanja v za njih pomembne in smiselne aktivnosti, saj to prispeva k boljšemu zdravju in kakovosti življenja (Rudman, Cook, Polatajko, 1996). Posameznikovo zdravje se odraža tudi v njegovi zmožnosti skrbeti za bližnje ter vzdrževanju doma in okolice.

Medsebojni odnosi

Upokojitev je življenjska prelomnica, kjer se spreminjajo in ožijo stiki z bližnjimi in drugimi ljudmi. Večina upokojencev polovico svojega življenja preživi v zakonu, družini in tako sodeluje v medgeneracijskih odnosih. To je tako za mlade kot starejše družinske člane izrednega pomena, saj nudi varnost in bližino sorodnikov, ki sta pomembni prednosti medgeneracijskega bivanja (Rant, 2013).

Pred upokojitvijo je bila prioriteta staršev, vključenih v našo raziskavo, odgovornost do otroka, da zaključi šolanje in se uspešno spopade z izzivi življenja. Velik del prostega časa so namenili otrokom, jih spodbujali, jim pomagali pri učenju in izvajali skupne aktivnosti. Marija je povedala: »Ko so otroci končali OŠ in so šli v srednjo šolo, smo gledali in pričakovali, da jim bo dobro šlo, če so se že za to odločili. Je pa res, da so tudi sami vedeli, da to morajo končati.« Zaradi službene odsotnosti in dela doma pa so bili otroci lahko prepuščeni starim staršem ali sami sebi. Tonček je povedal: »Lahko rečem, da me nikoli ni bilo doma, ne samo da sem bil bolj malo, ampak skoraj nikoli me ni bilo. Ni otehtalo, da smo bili en mesec skupaj – smo bili nekje zunaj pa smo spet kar delali načrte, kam bo šla naša pot naslednjič.« Družinski izleti in druge skupne aktivnosti so nadoknadile čas, ko so bili starši zaradi obveznosti odsotni.

Tabela 4: Medsebojni odnosi pred upokojitvijo in po njej

MEDSEBOJNI ODNOSI	
PRED UPOKOJITVIJO	PO UPOKOJITVI
odgovoren odnos do otrokovega šolanja	pokažejo se razlike v interesnih dejavnostih med partnerjema
Skrb za povezanost med družinskimi člani	redki oz. prekinjeni stiki z otroki in vnuki
primanjkanje časa za družino	ohranjanje stikov s sodelavci deljena pozornost med družinskimi člani vključevanje v društvo upokojencev

Med starši in otroki se velikokrat medsebojna povezanost in razumevanje s starostjo skrhata, svoje pa naredi tudi krajevna oddaljenost. Božo namreč pravi: »Ja, prav gotovo je zdaj več časa za druženje, ampak ker oni živijo v drugem kraju, se ne vidimo tako pogosto, kot bi se hoteli. Vidimo se približno na 14 dni, ali pri nas ali pa greva midva k njim.« Kljub trudu, da družina ostane povezana, velikokrat to ne uspe.

Udeleženci v raziskavi so navajali različno kakovost medsebojnih odnosov s partnerji in otroki. Pokazeta se dve skrajnosti, ki na eni strani odražata boljše in trdnejše odnose, na drugi strani pa slabše razumevanje in pomanjkanje komunikacije. Božo pravi: »Več se vidi, več stvari lahko skupaj počneva. Pravzaprav sva nonstop skupaj. Je pa res, da sem pri ženi na novo odkril stvari, zaradi katerih sem se z njo poročil, ker prej nisem imel časa za vse njene ali pa najine hobije in želje. Zdaj sva pa našla nekaj skupnih točk, ki nama obema ustrezajo in jih rada delava, tako da nama je 24 ur dneva premalo. Več se lahko posvečava en drugemu kot partnerja.«

Slabi odnosi in nerazumevanje so druga skrajnost, ki se pojavlja pri upokojencih. Hedvika pove: »Odkar je še mož doma, je toliko bolj vidno, da nič ne prideva skupaj. On ne bi šel s kolesom, ne bi šel peš, ne bi šel v hribe, ne bi šel na morje, jaz pa bi to vse. On bi edino gledal televizijo, jaz pa tega ne. Ves je blažen, da lahko gleda televizijo, lahko jo gleda cel dan, tega pa jaz ne maram. Se čisto razhajava.«

Pogosto se zgodi, da starši in njihovi otroci ne živijo v skupnem gospodinjstvu, stiki med njimi pa so kljub temu tesni in intenzivni. Stari starši nudijo oporo obema mlajšima generacijama tako s socialnega in osebnega kot finančnega vidika. Janez pravi drugače: »Niti z vnuki niti s hčerko nimam nobenih stikov; če oni niso pripravljene sodelovati, tudi jaz ne bom, življenje je tako, kot ti je namenjeno, tako pač mora biti.« Z raziskavo smo ugotovili, da se pri slabih medsebojnih odnosih pojavlja deljena pozornost med člani družine. Starim staršem vnuki pomenijo veselje, vračanje spominov v preteklost in ohranjanje odnosov z najmlajšo populacijo. Med sabo se učijo novih stvari, spoznavajo nova doživetja in krepijo čustvene vezi. Hedvika pove: »Otrokom vsekakor namenim več časa, možu ne, zato ker on tudi meni ne. Samo toliko, kot je nujno, otrokom pa, ker so otroci nekaj mojega. Če mene mož ne potrebuje, potem tudi jaz njega ne.«

Upokojencem lahko nudijo priložnost za druženje in tkanje medsebojnih odnosov tudi različna društva in dejavnosti, ki jih organizira skupnost. Marija pove: »Veliko mi pomenijo društvo upokojencev, izleti in srečanja, pa še več bi šli, če bi bila višja pokojnina.«, Vključevanje v društvo ji pomeni biti del skupnosti njene generacije in osebno zadovoljstvo. S tem koristno zapolni čas in prispeva k večanju lastne samopodobe.

Tople medsebojne odnose je najlažje vzpostaviti v svoji družini, čeprav se otroci pogosto pritožujejo, da so starši sitni in trmasti in da se vtikajo v njihove zadeve. Kljub temu radi sprejemajo njihovo pomoč pri varstvu otrok (Šiplič in Kadiš 2002). V pozitivnem »scenariju« upokojena partnerja najdeta skupne interese, želje in aktivnosti, ki ju povezujejo in ki jih prej zaradi službene obveznosti nista mogla uresničevati. Hkrati se pri partnerju ponovno odkrijejo lastnosti, ki so bile prej potisnjene na stran. V slabšem »scenariju« pa se lahko nesoglasja med parterjema kažejo od samega začetka partnerskega odnosa, z leti se zmanjšata tudi obseg in prioriteta skupnih aktivnosti. To neujemanje se po upokojitvi lahko še poglobi.

Zaposlitev ne predstavlja le finančnega vira, prilagajanja drugim in spremembe okolja, tedaj se lahko utrdijo vezi z osebami, s katerimi so sodelovali in doživeli veliko skupnega. Fulks in Fallon (2001) poudarjata, da poleg izgube dohodka in dela upokojitev vključuje tudi izgubo drugih pomembnih stvari, povezanih z delom: prijateljev, sodelavcev, socialne mreže in okupacijske identitete. Božo pove: »Pogrešam sodelavca: ko sva skupaj delala, sva si bila blizu. Če jaz nisem mogel česa narediti, je on ali pa sva skupaj. Še zmeraj imava stike, vendar samo prek telefona, ker je on zdaj v tujini.«

Upokojitev je vsekakor stresno obdobje, še posebej za tiste, ki se s tem spopadajo sami. Vsak posameznik se z dano situacijo sooča na svoj način: nekateri se umaknejo v osamo, drugi pa si preko najrazličnejših društev odprejo vrata v svet družbenega življenja. Raziskava, ki sta jo izvedli Šiplič in Kadiš (2002), je pokazala, da imajo pri upokojencih pomembno vlogo razna društva, klubi, skupine za samopomoč in izobraževalne ustanove, kot je univerza za tretje življenjsko obdobje. Za mnoge starejše je to edina pot do medsebojnih odnosov, lajšajo jim duševne bolečine, omogočajo reševanje raznih življenjskih problemov, potovanja in skupno praznovanje praznikov. Delovni terapevti bi z vzpodbujanjem ustvarjalnosti in smiselnega preživljanja prostega časa pri upokojencih lahko delovali v smislu promocije zdravja in dobrega življenja ter v smislu preventive pred osamljenostjo, občutkom nepomembnosti in odrinjenosti. Kot medij za doseg tega pa bi uporabili za posameznika smiselne in namenske aktivnosti.

SKLEP

Raziskava je pokazala nekatere spremembe, ki so značilne za prehod v upokojitev, in sicer so udeleženci poudarili slabše finančno stanje, kot so ga imeli pred upokojitvijo, kar jim predstavlja omejitev glede izbire aktivnosti. Udeleženci so tudi poudarjali, da so pred upokojitvijo namenili več časa skrbi za družinske člane, za njih same pa jim je vedno zmanjkalo časa. To se je po upokojitvi spremenilo, in sicer imajo zdaj več časa za različne priložne aktivnosti in opravljanje gospodinjskih aktivnosti.

Glede na to, da imajo upokojenci na razpolago več časa kot pred upokojitvijo, so se jim vzbudile nove želje in interesi, in sicer naredijo več za skrb za lastno zdravje in ohranjanje samostojnosti, več se družijo s prijatelji in bližnjimi, veliko pa jim pomeni jutranja rutina, ki je precej drugačna kot pred upokojitvijo.

Pred upokojitvijo so udeleženci zelo težko našli čas za delo na medsebojnih odnosih s partnerjem in družino. Pri otrocih je bila v ospredju skrb za njihovo šolanje. Po upokojitvi pa nekateri začutijo pomanjkanje stikov z otroki, ki dostikrat nastane kot posledica fizične oddaljenosti. Najbolj jih izpolnijo stiki z vnuki. Kot problem pa se lahko pokaže komunikacija med partnerjema, ki tudi pred upokojitvijo nista bila najbolj povezana. V primeru pomanjkanja medsebojnih odnosov v družini upokojenci iščejo alternativo v vključevanju v različna društva in ohranjanju stikov z nekdanjimi sodelavci.

Osnovni namen delovne terapije je ljudem omogočiti vključevanje v za njih smiselne aktivnosti in s tem prispevati k boljšemu zdravju in dobremu počutju. Če to prenesemo na

upokojeince, bi delovni terapevti lahko s posebnimi preventivnimi programi delovali med ljudmi, ki so v prehodu v upokojitev, s katerimi bi jih spodbujali k vključevanju v za njih smiselne aktivnosti, kar bi prispevalo h kakovosti njihovega življenja.

LITERATURA

- Birsa M (1992). Življenje po šestem križu. Murska Sobota: Pomurska založba. 7–26.
- Bryman, A (2004). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press. 266–392.
- Cole MB, McDonald KC (2010). Retired Occupational Therapists' Experiences in volunteer occupations. *Occup. Ther Int.* 18: 18–31.
- Fouquereau E, Fernandez a, Fonseca AM, Paul MC, Uotinen V (2005). Perceptions of and satisfaction with retirement: a comparison of six European Union countries. *Psychology and Aging.* 20: 524–28.
- Fulks J, Fallon L (2001). The older worker. *Occup Med* 16(3): 501–7.
- Hojnik - Zupanc I (1999). Samostojnost starega človeka v družbeno prostorskem kontekstu. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.
- Humpel N, O'Loughlin K, Wells Y, Kendig H. (2009). Ageing Baby Boomers in Australia: Evidence Informing Actions for Better Retirement. *Austr J Soc Iss* 44: 404.
- Jonsson H, Andersson L (1999). Attitudes to Work and Retirement: Generalization or Diversity? *Scand J Occup Ther* 6: 29.
- Jonsson H (2010). The first steps into the third age: The retirement process from a Swedish perspective. *Occup. Ther. Int* 18: 32–8.
- Jonsson H, Borell L, Sadlo G (2000). Retirement: An Occupational Transition, With Consequences for Temporality, Balance and Meaning of Occupations. *J Occup Sci* 7: 30–3.
- Ličer N (1994). Upokojenec in družina. *Gerontološko društvo Slovenije.* 46–49.
- Mali J (2007). Upokojitev in starost – pomen priprav na te spremembe. V: 8. Zbornik za tretje življenjsko obdobje, Univerza v Ljubljani: Fakulteta za socialno delo.
- Pahor M, Domajnko B (2007). Kdo me bo gledal? Socialna opora, zdravje in bolezen starejših ljudi. *Teorija in praksa* 44: 254–76.
- Pečjak V (2007). Psihologija staranja. Bled: Samozaložba. 85–7.
- Ramovš J, Lipar T (2013). Stari starši, prastari starši. *Kakovostna starost. Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje* 16(1): 48.
- Rant M (2013). Bivalne razmere starih ljudi. *Kakovostna starost. Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje* 16 (1).
- Rosenkoetter MM, Garris JM (1998). Psychosocial changes following retirement. *J Adv N* 27: 973.
- Rudman D, Cook J, Polatajko H (1996). Understanding the potential of occupation: A qualitative exploration of seniors' perspectives on activity. *Am J Occup Ther* 51 (8): 640–50.
- Šiplič V, Kadiš D (2002). Psihosocialni vidik staranja. *Soc del* 41: 297.

Vizija vloge delovnega terapevta pri vsakodnevni življenjskih aktivnostih za ohranjanje zdravja in dobrega počutja

The vision of occupational therapist's role in daily activities related to the maintenance of health and well being

Katarina Galof

UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Delovni terapevt kot eden od strokovnjakov multidisciplinarnega tima obravnave na domu s strokovno delovnoterapevtsko obravnavo v domačem okolju starejšim omogoča, da čim dlje ostanejo doma, tako v starosti kot po različnih bolezenskih stanjih, zaradi katerih je njihovo vsakdanje življenje ovirano, oni sami pa odvisni od pomoči drugih. Glavno orodje pri delovanju delovnega terapevta je uporaba aktivnosti. **Namen** raziskave je ugotoviti delež nevarnih elementov v bivalnem okolju starejših in njihovo statistično pomembno razliko s stopnjo samostojnega funkcioniranja pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Kvantitativno raziskavo smo izvedli pri doma živečih starostnikih. **Rezultati** so pokazali, da ima 43 % starejših prilagojeno bivalno okolje. Omejena je njihova izvedba aktivnosti na področju osebne nege, premeščanja in premikanja. Najmanj težav so imeli s sporazumevanjem in socialnimi stiki. Statistično pomembnih razlik med elementi bivalnega okolja in med motoričnim delom izvedbe dnevnih aktivnosti je bilo malo. **Ključne besede:** delovna terapija, domače okolje, aktivnost, kakovost življenja, vizija.

ABSTRACT

Occupational therapist is the member of a multidisciplinary team of experts at home. Occupational therapy treatment in the home environment allows individuals to remain at home as long as possible, both in age and in various disease states, which have hampered his daily life, he himself is dependent on the assistance of others. The main tool in the operation of occupational therapist is activity. **The purpose** of the study is to determine the proportion is not safe elements in the living environment for the elderly and their statistically significant difference to the level of independent functioning in daily activities. Quantitative research was conducted in the elderly living at home. **The results** showed that 43 % of the elderly have adapted living environment. In the field of personal care, handling and movement is their activities implementation limited. With communication and social interaction they had at least problems. A statistically significant difference between the elements of the living environment and the motor part of the performance of daily activities was little.

Key words: Occupational therapy, home environment, activity, quality of life, a vision.

IZHODIŠČA

Povečan delež starejšega prebivalstva v zadnjem desetletju povzroča številne spremembe in nas postavlja pred nove izzive, ki stremijo k iskanju ustreznih in časovno pogojenih rešitev. Proces staranja prebivalstva zaznamuje tudi odnose med generacijami in jim pušča svoj pridih časa. Problematike se lotevajo različni strokovnjaki z različnih področij, a pogosto je zaznati, da njihova strategija soočanja s perečo problematiko želi integrirati vse generacije in skupaj z njimi poiskati rešitve, ki temeljijo na dialogih in medsebojnem sodelovanju. Posledično spreminjanje starostne sestave prebivalstva vpliva na težnjo po družbenih spremembah na področju socialnega varstva, stanovanj, zaposlovanja in še kje (Statistični urad Republike Slovenije, 2011). Eni od mnogih, ki smo s svojo vizijo in strategijo dela pozitivno usmerjeni k soočanju s predstavljenimi problematiko, smo delovni terapevti, in sicer kot člani strokovnih zdravstvenih timov ali kot strokovni sodelavci na področju socialnega varstva.

Delovni terapevti se pri svojem strokovnem delu trudimo omogočiti posamezniku, da kljub okvari, omejitvi ali prizadetosti samostojneje izvaja vsakdanje življenjske aktivnosti in vloge. V preventivnem smislu težimo k ohranjanju samostojnosti pri izvedbi aktivnosti; smo promotor zdravja in dobrega počutja ter življenjskega smisla – biti aktiven in biti vključen (Pihlar, 2009). Celotno strokovno delovanje posameznega delovnega terapevta se navzven odraža kot vloga, ki jo delovni terapevt zavzame ob izvajanju delovnoterapevtskih storitev znotraj procesne metode dela. Vloga delovne terapije ne narašča le v institucijah, delovni terapevti želimo biti prisotni tudi v domačem bivalnem okolju starejših in na delovnem mestu uporabnikov naših storitev z vidika izpolnjevanja strokovnega poslanstva in osredotočenosti na področja delovanja uporabnikov, znotraj katerih jim pripravimo nabor smiselni aktivnosti.

Delovnoterapevtski pomen aktivnosti opisujemo z naslednjimi besednimi zvezami: moč zdravljenja; nekaj, kar nas žene naprej; določanje meja naših sposobnosti; kreiranje življenjskega smisla; vir zdravja in dobrega počutja; zvišanje nivoja fizične moči; stimuliranje kognitivnih funkcij in spodbujanje socialnih stikov (Townsend, 2007).

Posameznik v različnih življenjskih obdobjih aktivnost različno pojmuje in vrednoti. Velikokrat izbrana aktivnost posamezniku predstavlja tudi izziv (npr. v poznem življenjskem obdobju preteči maraton). Prav tako z razvojem osebnosti posameznik to nadgrajuje in gradi na njenem osebnostnem pomenu. In ravno ta osebnostni pomen je tisti, ki ostane vse življenje. Delovni terapevti imamo tako pri samem naboru aktivnosti toliko bolj odgovorno nalogo. Kadar izbiramo aktivnost, poskušamo upoštevati prav vsa dejstva, in sicer namen, izziv ter smisel izbrane aktivnosti. Z namenom želimo doseči terapevtski cilj obravnave, z izzivom pa pridobimo posameznikovo zainteresiranost in voljo do konstruktivnega sodelovanja pri obravnavi. Če ji dodamo še lastnost smiselnosti, jo s tem konkretiziramo v realnem svetu posameznika. Z vsemi omenjenimi dejstvi poskušamo posamezniku omogočiti sodelovanje v tistih aktivnostih, ki so zanj pomembne, ki jim pripisuje prednost in mu omogočajo vnovično vključitev v življenje z drugimi.

V delovnoterapevtski stroki je koncept kakovosti življenja v tesni povezavi s posameznikovo dejavnostjo in njegovim dobrim počutjem. Kakovost življenja omogoča posamezniku, da živi v svojem polnem potencialu kot človeško bitje (Townsend, 2007). Koncept kakovosti življenja je osnovno vodilo poslanstva delovne terapije. Omenjeni koncept je vključen tudi v Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije, ki kot osnovno poslanstvo delovne terapije navaja ohranjanje in izboljševanje kakovosti telesnega in

duševnega zdravja uporabnikov ob upoštevanju etičnih zakonitosti, ki so tesno povezane s humanim ravnanjem in moralno odgovornostjo.

Zaradi bolezenskih težav, povezanih s starostjo ali kroničnimi obolenji, starostniki velikokrat postanejo odvisni od pomoči svojcev. Ker svojci zaradi službenih obveznosti ne morejo zagotavljati nege svojim bližnjim, se odločajo za selitev bližnjih v domove starejših. Okolje je le eden od dejavnikov, ki vpliva na samostojno funkcioniranje starejših v domačem bivalnem okolju. Lahko jih ovira ali pa jim omogoča lažje izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Pomembno je, da delovni terapevt ovire v domačem okolju starejših prepozna in jih poskuša prilagoditi njihovim potrebam in zmožnostim. S prilagoditvami domačega okolja zmanjšamo število ur pomoči na domu, omogočimo jim podaljšanje kakovostnega bivanja v poznanem okolju ter varnejše izvajanja dnevnih aktivnosti (Ocepek in Pihlar, 2013).

Z rezultati raziskave želimo podkrepiti vizijo vloge delovanja delovnega terapevta v bivalnem okolju starejših.

METODE

V raziskavo smo vključili 60 ljudi, starejših od 65 let, ki živijo v domačem okolju in so prejemniki storitev socialne oskrbe. Starejši prihajajo iz različnih predelov Slovenije. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno tako s strani starejših kot s strani Zavodov za oskrbo na domu. Sodelujoči so bili ob podpisu izjave o prostovoljnem sodelovanju seznanjeni tudi z namenom raziskave. Zagotovljeno jim je bilo, da se bodo podatki uporabili izključno v raziskovalne namene.

V raziskavi je sodelovalo 62 % žensk, med katerimi ima najstarejša 101 leto, in 38 % moških, med katerimi ima najstarejši 95 let. Njihova povprečna starost je 80,8 leta. Kriteriji za izključitev so bili nezmožnost gibanja (nepokreten, vezan na posteljo) v domačem okolju in diagnosticirane kognitivne težave.

Za kvantitativno zbiranje podatkov smo uporabili standardiziran ocenjevalni instrument FIM (Keith et al., 1987) (Functional Independence Measure = lestvica funkcionalne neodvisnosti) in prilagojen vprašalnik o varnosti starejših v domačem bivalnem okolju (Elder Home Safety & Environmental Assessment).

Pri FIM smo ocenjevali motorično področje izvedbe 13 aktivnosti z ocenami od 1 (popolna odvisnost od tuje pomoči) do 7 (popolna neodvisnost od tuje pomoči). Ocenjevali smo samostojnost na področjih osebne nege, nadzora sfinktrov, premeščanja, premikanja, sporazumevanja in socialnih stikov ter spoznavnih sposobnosti.

Število varnih in nevarnih dimenzij posameznega bivalnega prostora v domačem okolju smo ocenjevali s prilagojenim vprašalnikom o varnosti, s katerim smo ocenili vhod, dnevno sobo, kopalnico, spalnico, stopnice in kuhinjo.

Za statistično obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili program Microsoft Excel 2007 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA), s katerim smo računali deleže in oblikovali grafično prikazane podatke. V statističnem programu IBM SPSS 20 smo z neparametričnim testom hi kvadrat (χ^2) ugotavljali pojavljanje statistično pomembne povezanosti ($<0,05$) med področji izvedbe aktivnosti in med nevarnimi elementi bivalnega okolja.

REZULTATI

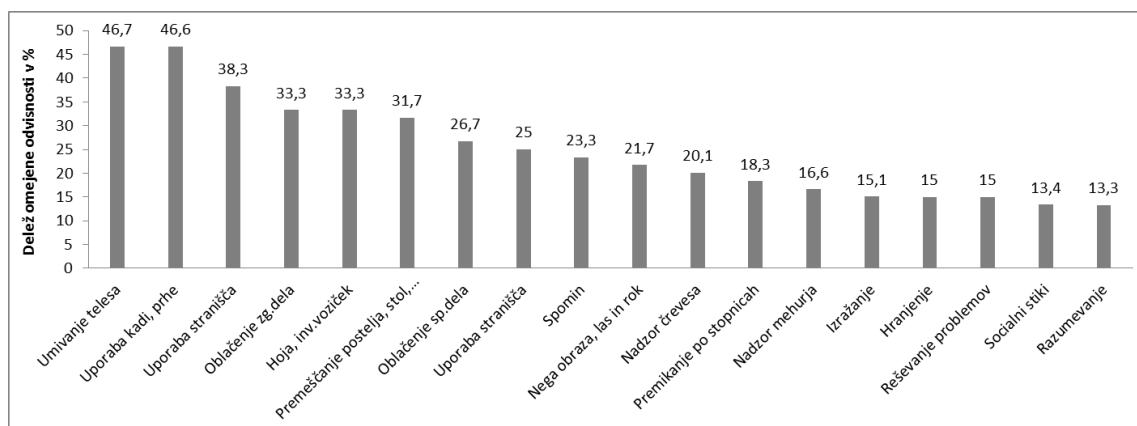
Tabela 1: Prikaz strukture starejših glede na spol in delež odgovorov na vprašanja o načinu bivanja ter številu prejemanja pomoči na domu.

SPOL	Število	Delež (%)
Moški	23	62
Ženske	37	38
Skupaj	60	100

SOBIVANJE	Število	Delež (%)
Sam	26	43
S partnerjem	15	25
Z razširjeno družino	19	32
Skupaj	60	100

PREJEMNIK POMOČI NA DOMU	Število	Delež (%)
1x tedensko	15	25
2x tedensko	14	23
3x tedensko	6	10
5x tedensko	14	23
7x tedensko	7	12
10x tedensko	1	2
14x tedensko	1	2
21x tedensko	2	3
Skupaj	60	100

Z razširjeno družino (otroci s partnerji ali z družinami) živi 32 % starejših, sodelujočih v raziskavi. 25 % jih živi s partnerjem. Največ starejših, 43 %, pa biva samih. Največji delež v raziskavi predstavljajo starejši, ki so vključeni v storitve socialne oskrbe pomoč pri osebni higieni enkrat tedensko (25 %). Enak, 23% delež pripada starejšim, ki so prejemniki pomoči dvakrat tedensko, in starejšim, ki dobivajo pomoč petkrat tedensko (tabela 1).



Slika1: Prikaz deleža omejene odvisnosti izvedbe dnevnih aktivnosti testa FIM starejših, izraženo v % (motorični del).Pri ocenjevanju samostojnosti na motoričnem področju

izvedbe aktivnosti smo se na ocenjevalni lestvici od 1 do 7 osredotočili na ocene 3, 4 in 5, ki predstavljajo omejeno odvisnost. 46,7 % starejših je omejenih pri umivanju telesa. 46,6 % jih potrebuje pomoč ali nadzor pri prhanju ali kopanju. Prav tako jih 38,3 % potrebuje pomoč pri uporabi stranišča. 33,3 % jih ne more samostojno hoditi oziroma se ne morejo voziti z invalidskim vozičkom (slika 1).

Tabela 2: Prikaz posameznih nevarnih elementov znotraj bivalnega okolja starejših, izraženo v %.

Področje: VHOD	delež v %
Dostopnost zunanega smetnjaka	20
Pritrjenost ograje	18
Slišnost in delovanje zvonca	18
Struktura sprehajalne površine	17
Možnost počitka – klopca	15
Področje: DNEVNA SOBA	delež v %
Višina sedežev	27
Obrabljenost preprog	25
Odpiranje oken	15
Osvetljenost ponoči	13
Detektor dima	12
Bližina telefona	12
Prehodne površine	12
Področje: KOPALNICA	delež v %
Osvetljenost ponoči	37
Držala	30
Širina vrat	27
Nedrseča podlaga	25
Višina straniščne školjke	17
Področje: SPALNICA	delež v %
Stikalo za luč	23
Višina postelje	18
Bližina telefona	13
Nočna lučka	10
Dodatna svetilka	10
Področje: STOPNICE	delež v %
Robovi stopnic	32
Držala/ograja	17
Pritrjenost preprog	10
Osvetljenost	7
Položaj stikala za luč	5
Področje: KUHINJA	delež v %
Detektor dima	18
Stanje kuhinjskih aparatov	14
Položaj stikala za luč	13
Dosegljivost omar za hrambo	10
Suhost tal, čistost	8

Pri ocenjevanju vhoda 20 % starejših nima varnega dostopa do zunanjega smetnjaka, 18 % jih nima dobro pritrjene ograje, pri istem deležu pa ne deluje zvonec oziroma se ga ne sliši v vseh bivalnih prostorih. Med nevarnimi elementi na stopnicah z 32 % izstopajo slabo pritrjene preproge oziroma odsotnost pritrjenih, neдрsečih, dobro vidnih trakov na robu stopnic. 17 % starejših nima ograje na obeh straneh stopnic, 10 % pa jih ima preproge na stopnišču slabo pričvrščene (tabela 2). Uporaba neparametričnega testa hi kvadrat (χ^2) ni pokazala statistično pomembne povezanosti ($<0,05$) med področji izvedbe aktivnosti in med nevarnimi elementi vhoda.

27 % starejših ima v dnevnem bivalnem prostoru neudobne sedeže, katerih višina ni primerna za usedanje in vstajanje (tabela 2). Z neparametričnim testom hi kvadrat (χ^2) smo med omenjenim elementom bivalnega prostora in med motoričnim delom izvedbe oblačenja zgornjega in spodnjega dela telesa (slika 1) ugotovili statistično pomembno povezanost ($<0,05$). Statistično pomembno povezanost ($<0,05$) smo ugotovili tudi med aktivnostjo premikanja z invalidskim vozičkom oziroma hojo (slika 1) ter med stanjem oziroma ohranjenostjo preprog. Iz tabele 2 razberemo, da ima 25 % starejših poškodovane preproge. 13 % jih nima primerno osvetljenega dnevnega prostora v nočnem času, 12 % nima varnih prehodnih površin, nameščenega detektorja dima v nadstropju, telefona pa ne doseže s sedeža.

Težave, ki jih imajo starejši v kuhinji in posledično pomenijo nevarnost za samo izvajanje aktivnosti, so detektor dima (tabela 2), ki pomeni statistično pomembno povezanost, ugotovljeno z neparametričnim testom hi kvadrat (χ^2) ($<0,05$) z izvedbo aktivnosti hranjenja. Statistično pomembno povezanost ($<0,05$) smo ugotovili tudi med stikalom za luč, ki je ob vhodu v kuhinjo, in med vožnjo z invalidskim vozičkom oz. hojo. Med drugimi elementi kuhinje in izvedbo aktivnosti ni bilo statistično pomembnih povezanosti, čeprav je delež nekaterih nevarnih elementov, izražen v odstotkih, večji – 14 % starejših ima slabo delujoče kuhinjske aparate, njihova uporaba pa dnevno predstavlja ogroženost za njihovo zdravje in življenje. 10 % starejših ima najpogosteje uporabljene predmete v kuhinji zložene v omaricah nad višino oči, kar pomeni pogosto stopanje na stole oziroma lestve, to pa je lahko nevarno.

Največ nevarnih elementov je v kopalnici. 37 % starejših nima nameščene nočne osvetlitve, kar se je izkazalo kot statistično pomembna povezanost ($<0,05$) pri uporabi testa hi kvadrat (χ^2) z izvedbo aktivnosti premeščanja na straniščno školjko ter z nadzorom sfinktrov. Nameščena držala v kabini za prhanje ali kadi in v bližini straniščne školjke ima 70 % starejših. 27 % starejšim širina vrat v kopalnico onemogoča vstop z invalidskim vozičkom, 25 % pa jih nima nameščene neдрseče podlage v kabini za prhanje ali kadi (tabela 2).

Neparametrični test hi kvadrat (χ^2) ni pokazal statistično pomembnih povezanosti ($<0,05$) med motoričnim področjem izvedbe aktivnosti in med nevarnimi elementi v spalnici. 23 % starejših ne doseže stikala za luč, ko leži ali sedi v postelji. Višina in trdota ležišča je pri 18 % starejših neprimerna, kar jim otežuje vstajanje in usedanje na posteljo. 13 % starostnikov ne more poklicati pomoči prek telefona, če ležijo v postelji. 90 % jih ima možnost aktivirati nočno osvetlitev v spalnici, prav toliko starejših pa ima pripravljeno dodatno svetilko za primer izpada električne energije.

Med nevarnimi elementi na stopnicah (tabela 2) 31,7 % starejših nima dobro vidnih neдрsečih trakov na robovih stopnic, kadar stopnice ne prekrivajo preproge. Pri 16,7 % starejših manjkajo držala na obeh straneh stranic, če jih imajo, pa niso čvrsto pritrjena. Statistično pomembna povezanost med nevarnimi elementi stopnic se je pokazala ($<0,05$) z

uporabo testa hi kvadrat (χ^2) samo med pričvrščenostjo morebitnih preprog na stopnice, kjer nevarni elementi predstavljajo 10% delež, ter med izvedbo aktivnosti hranjenja.

RAZPRAVA

Širok spekter nabora življenjskih aktivnosti delovnemu terapevtu daje možnost udeleženosti na različnih področjih delovanja. Nekatera med njimi so bolj opazna in prepoznavna, druga manj, tretja pa si šele utirajo pot ter iščejo in čakajo na slišanje potreb posameznikov v družbi, ozaveščanje in ne nazadnje tudi na sistemiziranje novih delovnih mest predvsem na področju dela na domu.

Večina ljudi preživi polovico življenja v družinah z otroki. V ruralnih okoljih ostajajo otroci dolgo, včasih vse življenje v veliki družini svojih staršev ali dedov (Pečjak, 1998). Filozofija današnjega časa je čim dlje ostati doma, tako v starosti kot po različnih bolezenskih stanjih, zaradi katerih je posameznikovo vsakdanje življenje ovirano, on sam pa odvisen od pomoči drugih. Omenjeno filozofijo potrjuje 43,3 % starostnikov, ki bivajo sami (tabela 1).

Koncept osebnega doma predvideva, da na čustvih temelječ smiselni odnos obstaja med posameznikom in njegovim stanovanjskim prostorom ter da je ta izkustveni odnos bistven v ločevanju doma starejših od hiše ali stanovanja. 71,7 % starejših, vključenih v raziskavo, biva v hiši, 28,3 % pa v stanovanju. Osebni dom jim daje samoizražanje, identiteto in osebni nadzor ter izraža odnos, ki temelji na čustvih in pomenu, ki ga domačemu okolju daje posameznik (Ainsworth, 2011).

V okviru socialnovarstvenih storitev so starejši v domačem okolju poleg pomoči pri osebni higieni deležni gospodinjske pomoči in pomoči pri ohranjanju socialnih stikov z okoljem. Med prejemniki storitev socialne oskrbe pomoči pri osebni higieni je najmanjši delež starejših, ki prejemajo pomoč dvakrat oziroma trikrat dnevno (tabela 1), zato je smiselno razmišljati o delovanju delovnega terapevta v domačem okolju. Njegova bistvena naloga je, da z delovnoterapevtsko obravnavo poskuša doseči čim višjo stopnjo samostojnosti in neodvisnosti posameznika pri izvajanju dnevni aktivnosti od pomoči drugih.

Aktivnosti so nujne za obstoj in preživetje vsakega od nas, ker nam omogočajo razvoj osebnih karakteristik, spoznavanja lastnih spretnosti, sposobnosti, pomanjkljivosti, šibkosti, z njihovo uporabo rešujemo lastne probleme in prek njih indirektno vplivamo na lastno zdravje (Turner, 1996). Poleg omenjenega pa izreden pomen aktivnosti pripisujemo področju socializacije in interakcije z drugimi ljudmi. Ravno na tem področju so imeli starejši sodelujoči v raziskavi najmanj težav. 80 % svojega časa starejši preživijo doma in v bližnji okolici, zato je večina aktivnosti vezanih na dom. Pomemben cilj zdravega staranja je narediti domače okolje takšno, ki to podpira (Iverrsson et al., 2007).

Med okoljskimi dejavniki smo raziskovali varne in nevarne elemente v posameznih prostorih stanovanja oziroma hiše. Želimo izpostaviti in osvetliti predvsem nevarne elemente posameznih bivalnih prostorov.

Iz vidika analize ocenjevanja varnosti domačega okolja to predstavlja velik terapevtski potencial. Delovni terapevti, delujoči v domačem okolju, lahko v večji meri glede na institucijo v obravnavo vključujemo tudi svoje, jim svetujemo, jih naučimo pravilnega ravnanja s starejšimi, ki potrebujejo pomoč, svetujemo uporabo medicinskih pripomočkov in pri prilagoditvah doma.

Vse to in še mnogo več z namenom posamezniku po bolezni ali poškodbi narediti domače okolje dostopno in varno (Zavrl Žlebir, 2008).

Ravno okolje je tisto, ki predstavlja ogromno ovir, kar dokazujejo rezultati raziskave. Ovine je treba premagati, odstraniti ali zmanjšati z namenom, da se doseže zastavljene cilje. Ker okolje ni statično, od posameznika izvablja izzive. Ravno zato moramo terapevti

pri načrtovanju obravnave upoštevati posameznikovo interakcijo z okoljem. Prilagoditve domačega okolja pri funkcionalno oviranih starejših so del delovnoterapevtske obravnave. S prilagoditvami starejšim omogočimo olajšano izvedbo aktivnosti, predvsem pa ohranjamo njihovo identiteto, ker v domačem okolju vsaj delno ostajajo samostojni (Tomšič, 2011).

Glede na omenjene spremembe v zdravstvenem stanju se obravnava delovnih terapevtov lahko začne že v instituciji ali po odpustu v domačem okolju. Delovni terapevti svoje delo opravljamo po procesni metodi dela, z vključevanjem različnih modelov in pristopov. Po uvodnem razgovoru in ocenjevanju z delovnoterapevtskimi instrumenti skupaj s starejšim določimo in oblikujemo zelene cilje obravnave. Sledi izvedba obravnave, s ponovitvami, preverjanjem vmesnega napredka, po potrebi se spremeni začrtana obravnava, ob koncu pa se izvede še končno ocenjevanje in opredelitev novozastavljenih ciljev. Sam izid obravnave je tako lahko za starejše zadovoljiv ali pa tudi ne. Če se izkaže, da bi starejši potrebovali ali želeli vnovično obravnavo, je to v dogovoru s terapevti prav tako mogoče izpeljati.

Dobro zakonsko pokrita mreža delovanja multidisciplinarnega tima dela na domu je primer Švedske, ki z občinskimi odloki določa pravice in zagotavlja omogočanje prilagoditev v domačem okolju v sodelovanju z različnimi strokovnjaki in servisnimi službami po predhodni oceni stanja in njihovi odobritvi. Eden od sodelujočih strokovnjakov multidisciplinarnega tima je ravno delovni terapevt, ki pri posamezniku upošteva holistični pristop, njegovo avtonomijo in z iskanjem rešitev poskuša zadostiti posameznikovim potrebam. Brez upoštevanja pristopa, usmerjenega na posameznika, implementacije idej in upoštevanja posameznikove volje delovni terapevt kot strokovnjak obravnave ne more uspešno izpeljati (Johansson, 2009).

Posameznik, ki zaradi oviranosti ni zmožen samostojno funkcionirati, ima neizmerno željo, voljo in motivacijo za sodelovanje pri delovnoterapevtski obravnavi. In prav to sta izhodišče in ključ do uspeha delovanja delovnega terapevta, da s posameznikom med obravnavo zgradi profesionalen pozitiven odnos (Koegh, 2008).

Marsikdo med nami je že izkusil občutek nemoči in prizadetosti osebne identitete ob zlomu zgornjega ali spodnjega uda iz katerega koli vzroka ali pa se je moral soočiti s posledicami določenih bolezenskih stanj (npr. stanje po možganski kapi, poškodba glave, oseba s statusom demence in druga nevrološka obolenja, motnje v duševnem zdravju, posamezniki s posebnimi potrebami ...), ki so vplivale na njegovo nezmožnost samostojnega funkcioniranja pri vsakodnevni življenjskih aktivnostih. Omenjena so le stanja oziroma njihove posledice pogostejših in v javnosti bolj poznanih vzrokov oziroma možnosti, zakaj bi posameznik potreboval obravnavo delovnega terapevta v domačem okolju. V situaciji so posameznik in z njim ožji družinski člani v trenutku postavljeni pred dejstvo, da osnovna dnevna aktivnost, na primer prhanje, ni več izvedljiva tako, kot je bila pred boleznijo ali poškodbo. In kaj zdaj?

Nastopil je primeren trenutek, da vas na vašem domu obišče delovni terapevt. Delovni terapevt bo pri posamezniku v dani situaciji prek pripravljanih aktivnosti, kot so pravilno nameščanje v postelji, normalizacija gibanja in mišičnega tonusa ter vzdrževanje obsega gibljivosti z različnimi namenskimi aktivnostmi, proces obravnave izvedel do faze, ko bo posameznika naučil drugačne izvedbe prhanja, mu svetoval uporabo, namestitvev in rokovanje s terapevtskimi pripomočki, npr. uporabo ustreznega stola za prhanje, držala za večjo varnost, različne ščetke ter gobice z držali in podobno.

SKLEP

Pri celotnem procesu obravnave so bistvene že zgoraj omenjene stvari: posameznikova motiviranost za sodelovanje, njegova volja ter nemalokrat tudi podpora in razumevanje družine in okolja, v katerem biva. Izvajanje dnevnih aktivnosti mu lahko z različnimi pripomočki in adaptacijami domačega okolja močno olajšamo ter mu s tem omogočimo večjo varnost in mobilnost. Premestitve pohištva, odstranitve preprog, ki sodijo med najpogostejše okoljske dejavnike tveganja v skupini visoke tveganosti za padce (Tomšič, 2011), namestitve držal in klančin so le nekatere od intervencij delovnih terapevtov na domu, a bistvene, ker močno povečajo posameznikovo samostojnost. Del utečenih in za posameznika pomembnejših aktivnosti ter programov delovnoterapevtske obravnave so gospodinjske aktivnosti in skrb za domače okolje. In tako je po uspešnem zaključku začitane obravnave glavni namen delovnih terapevtov dosežen. Ob vseh ciljih in željah pa delovni terapevti v domačem okolju iz konteksta obravnave nikakor ne izključujemo svojcev, ampak jih spodbujamo in vključujemo v proces strokovnega dela.

Ker je vloga delovnega terapevta v domačem okolju v tujini utečena praksa, menimo, da bi pri reševanju problemov na področju staranja družbe v domačem okolju morali biti inovativni in prenesti dobro utečene prakse iz tujine v slovenski prostor, kar bi podkrepilo vizijo vloge delovnega terapevta. Z omenjenim načinom dela in s kakovostnim izvajanjem storitev bomo postali prepoznavni tudi zunaj meja institucij zdravstvenega in socialnega varstva ter tako postali njihov pomemben partner predvsem v domačem okolju starejših, kjer smo še kako potrebni, kar potrjujejo izsledki izvedene raziskave. Za več dokazov potrebnosti ter pomembnosti prenosa in uporabe znanja delovnega terapevta v bivalnem okolju starejših bo potrebno nadaljnje raziskovanje različnih vidikov funkcioniranja starejših v domačem okolju in njihove povezanosti z okoljskimi dejavniki. Prav tako lahko povezanost posameznih dejavnikov podkrepimo z računanjem Kramarjevega koeficienta, s katerim bomo prikazali tudi moč povezanosti med spremenljivkami in tako obogatili interpretiranje pomembnosti dokazanih statističnih vplivov okoljskih dejavnikov na nivo samostojnega funkcioniranja starejših v bivalnem okolju.

LITERATURA

Ainsworth E, Desleigh DJ (2011). *An Occupational Therapist's Guide to Home Modification Practice*. Australia: University of Queensland.

Elder Home Safety & Environmental Assessment – Training manuel. https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=c444a7adc5&view=att&th=13f1076ce2762281&attid=0.1&disp=inline&realattid=f_hhjfdjjj0&safe=1&zw&saduie=AG9B_P8iJK4EV_uq33vcoxxzB1-A&sadet=1371124502937&sads=IPISpIdg3Vn7PURWKga0QlnRXRI. <4. 6. 2013>

Johansson K, Borell L, Lilja M (2009). Older persons' navigation through the service system towards home modification resources. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 16 (4): 227–237.

Iwersson S, Wahl – Werner W, Nygren C, Oswald F, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S (2007). Importance of the home environment for healthy ageing: Conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE project. *The gerontologist* 47(1): 78–84.

Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS (1987). The Functional Independence Measure: a new tool for rehabilitation. In: Eisenberg MG, Grzesiak RC, eds. *Advances in Clinical Rehabilitation*. New York, NY: Springer: 6–18.

-
- Keogh C (2008). Occupational therapy – helping more people to stay at home. Irish Medical Times, ProQuest Central, 29. avgust.
- Ocepek J, Pihlar Z. (2013). Ocenjevanja okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. Rehabilitacija, XII (1): 45–51.
- Pečjak V (1998). Psihologija tretjega življenjskega obdobja. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete Univerze.
- Pihlar Z (2009). Znanost v delovni terapiji – naložba v razvoj. Rehabilitacija, VIII (1): 48–52.
- Rovan J, Turk T, Ferligoj A, Pfajfar L (2008). Analiza podatkov s SPSS za Windows. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2008.
- Statistični urad Republike Slovenije. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3713.< 3. 2. 2011>
- Tomšič M (2011). Zakaj starejši padejo in kako padce preprečiti. V: Posvetovanje Aktivno in zdravo staranje, Ljubljana, 10. marec 2011. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 107–115.
- Townsend AE, Polatajko JH (2007). Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: CAOT.
- Turner A, Foster M, Johnson ES (1996). Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Principles, Skills and Practice. 4 th ed. Churchill-Livingston, 101–159.
- Zavrl Žlebir D (2008). Domače okolje nudi najboljše možnosti. Gorenjski glas, 24. 1. 2008.
- Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje. Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije. <http://www.zdts.si/kodeks-zdts.html> <4. 3. 2014>

Dejavniki tveganja za padce v domu starejših občanov

Risk factors for falls at the nursing home

Marija Tomšič, Melisa Hozanović, Tina Lavrič, Tatjana Orešnik, Snježana Stanojević, Barbara Tekavc in Lidija Zalokar

UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Padci so nepričakovani dogodki, njihove posledice pa so pogosto dolgotrajne poškodbe, ki vplivajo na kakovost življenja starejših ljudi. **Metode dela:** Podatke smo zbrali z vprašalnikom o ocenitvi tveganosti za padec ter vprašalnikom o nesrečah in padcih v domačem okolju. V raziskavi je sodelovalo 187 preiskovancev iz dveh domov za starejše občane (v nad. DSO) (DSO1 N = 93; DSO2 N = 94). **Rezultati:** Največji dejavnik tveganja za padce s prvega vprašalnika so: starost, zdravila in kronične bolezni. V stopnji tveganost za padec med DSO-jema ($p = 0,159$) ni statistično pomembnih razlik. Z drugim vprašalnikom smo primerjali okoljske dejavnike in ugotovili, da ima DSO1 statistično pomembne razlike pri naslednjih dejavnikih tveganja za padec: debeli in nepritrjeni predpražniki ($p = 0,00$), težavno prižiganje luči iz postelje ($p = 0,01$), neustrezno urejene in osvetljene zunanje poti, stopnice in vhod ($p = 0,00$), težava pri uporabi stranišča ($p = 0,01$), nenameščene nedrseče podloge v banji/kabini za prhanje ($p = 0,007$), poti okoli doma niso varne in brez ovir ($p = 0,000$). **Razprava:** Stopnja tveganja za padce v obeh DSO-jih je podobna kot pri starejši populaciji, ki živi v domačem okolju. Presenetljiva pa je ugotovitev, da se DSO-ja statistično pomembno razlikujeta v okoljskih dejavnikih, saj so ti grajeni po nacionalno predpisanih standardih.

Ključne besede: tveganost za padce, starejši, socialni zavod

ABSTRACT

Introduction: Falls are an unexpected event and often result in long-term injuries that effect on life quality of elderly people. **Method:** We gathered our data with a questionnaire *Risk assessment of falls* and *the Home Falls and HOME FAST*. There was 187 elderly people that participated in the research (NH1 N = 93, NH2 N = 94). **Results:** In both NH the main risk factors for falls are age, medications and chronic diseases. Most of the participants are at the medium level of risk for falls. With the second questioner we determined the following important differences between the two nursing homes: thick and loose mats ($p = 0.00$), turning on the lights from the bed ($p = 0.01$), unlit external paths, staircases and entrances ($p = 0.00$), staircases without rails ($p = 0.00$), safety use of toilet ($p = 0.01$), no non-slip mats ($p = 0.007$). **Discussion:** the level of risk for falls is almost the same in NH and in people who live at home. Statistically important are differences between NH in environmental factor which is surprised because NH should be built by national law standards.

Key words: falls risk factors, elderly, social institution

IZHODIŠČA

Temeljna značilnost staranja je upočasnitev različnih procesov, ki vzdržujejo celostno delovanje človeškega telesa, zaradi česar se zmanjša delovanje različnih organskih sistemov. Kljub temu imajo osebe v tretjem življenjskem obdobju nekatere značilne potrebe, kot so dejavna skrb v ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine ter uravnovešeno delo zase. Zavedati se moramo, da starost in staranje nista bolezen, temveč le proces, ki je odvisen od vrste dejavnikov, kot so psihološki, fiziološki in dedna zasnova (Ramovš, 2005).

Padci starejših so velik zdravstveni problem tako za posameznike kot tudi za javni zdravstveni sistem. Ob zdravljenju poškodb namreč nastanejo veliki stroški. Voermens in sod. (2007) navajajo, da se »tveganje za padec povečuje z leti; približno ena tretjina ljudi nad 65 let pade vsaj enkrat na leto in skoraj polovica tudi večkrat«. Zaradi predhodnih padcev ter težav z inkontinenco in mobilnostjo starejši ljudje pridobijo strah pred padci (Gerberding, 2008). Najpogostejši dejavniki tveganja za padce so po navedbi Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2008): biološki (starost, spol, telesne in duševne zmožnosti), vedenjski (jemanje zdravil, stopnja ozaveščenosti o nevarnosti padcev), okoljski (arhitekturna urejenost) ter socioekonomski dejavniki tveganja (družbeni status).

Incidenca zlomov se s starostjo povečuje, kar je posledica kombinacije zniževanja mineralne gostote kosti in povečevanja incidence padcev. Ocenjujejo, da je petina starejših oseb, ki so zaradi poškodb sprejeti v bolnišnico, po končanem zdravljenju premeščena s svojih domov v dom starejših občanov (v nad. DSO). V prihodnosti se lahko pričakuje, da se bo problem poškodb, še posebej zaradi padcev, povečeval zaradi vedno večjega števila starejših oseb v populaciji. Povečalo se bo predvsem letno število hospitalizacij zaradi poškodb, saj stopnja hospitalizacije zaradi zloma kolka v zadnjih dvajsetih letih kaže trend rasti. To bo močno obremenilo bolnišnično zdravstveno dejavnost, povečala pa se bo tudi potreba po rehabilitaciji in oskrbi starejših oseb v različnih ustanovah (Hill in sod., 2000). Med druge dejavnike, ki povečujejo tveganje za padec, Voermens s sodelavci (2007) uvršča: prejšnje padce, strah pred ponovnim padcem, nevrološke bolezni, življenje v DSO-ju in zlorabo alkohola. Najpogostejše poškodbe ob padcu so poškodbe kolka in stegna (56 %) ter poškodbe glave (25 %). Največ padcev starejših se zgodi, ko oseba hodi ali nekaj prenaša in ji pri tem zdrsne ali se spotakne (26 %), sledijo padci po stopnicah (7 %) in padci s postelje (3 %) (Simon, 2006).

Delovni terapevti se poleg rehabilitacije poškodb osredotočamo tudi na primarno intervencijo preprečevanja padcev. Usmerjamo se na dejavnike tveganja za padce, ki jih ima starejša oseba, in opazujemo okoljske dejavnike. Starejši osebi svetujemo in izvajamo strategije za zmanjšanje ugotovljenih potencialnih dejavnikov tveganja za padec in na podlagi ugotovitev okolje prilagodimo tako, da je dostopno in v podporo pri izvedbi vsakodnevnih aktivnosti in življenju nasploh (Hill in sod., 2000).

Namen projekta je bil ugotoviti, kateri so dejavniki tveganja, ki vplivajo na padce starejših oseb v prilagojenem okolju (DSO), in oceniti, v kateri stopnji tveganosti za padec so preiskovanci.

Cilji:

- primerjati dejavnike tveganja za padce med dvema DSO-jema,
- predstaviti, na kateri stopnji tveganosti so preiskovanci v posameznem DSO-ju.

METODE

Preiskovanci

V raziskavo so bili vključeni stanovalci dveh DSO-jev, ki so bili sposobni odgovarjati na vprašanja. Kriterij za izločitev sta bili nepokretnost, vezana na posteljo, in zadnja faza demence. Preiskovanci so sodelovanje lahko odklonili.

Raziskavo smo opravili v dveh pokrajinsko ločenih DSO-jih. DSO1 je v ljubljanski, DSO2 pa v posavski regiji. Domova sta si podobna po zmogljivosti, in sicer je v DSO1 212 postelj, v DSO2 pa 204 postelje. V raziskavo je bilo vključenih 187 starejših (DSO1 N = 93 ter DSO2 N = 94 starejših).

Ocenjevalni protokoli in gradivo

Gradivo za izhodišče smo iskali po bazah podatkov (Cobiss, PubMed Medline itd.) ter tako na teoretični ravni predstavili tveganja za padce pri starejših osebah in preprečevanje letih.

Za ugotavljanje stopnje tveganosti za padeč smo uporabili vprašalnik o ocenitvi tveganosti za padeč (Brandis in sod., 2012). Vprašalnik ocenjuje tveganost osebe za padeč z zdravstvenega stališča z vključevanjem naslednjih kriterijev: zgodovina padcev, starost, zdravila, ravnotežje, kognitivno stanje, okolje, splošno zdravje, prehrana in kardiovaskularno stanje, vid, inkontinenca, boleča stopala in obutev, govor in komunikacija, kronične bolezni. Vsak dejavnik je ocenjen z oceno od 0 do 3 točke. Na podlagi pridobljenih točk smo tveganja za padeč razvrstili v tri skupine: majhno tveganje za padeč od 0 do 10 točk, srednje tveganje za padeč od 11 do 20 točk ter veliko tveganje za padeč od 21 do 33 točk.

Za ugotavljanje ovir za padeč v domačem okolju smo uporabili vprašalnika o nesrečah in padcih v domačem okolju – Home fast (Mackenzie in sod., 2002). Vprašalnik je ocenjevalni instrument, ki ocenjuje tveganost padcev v domačem okolju in ga lahko uporabljajo vsi zdravstveni delavci. Vprašalnik vključuje 23 vprašanj, ki obravnavajo dejavnike tveganja za padeč: stanje hodnikov, talnih površin, označen rob stopnic, nameščenost držal v kopalnici, osvetlitev, doseg stikal za luč, bližina stranišča, doseganje predmetov na višjih policah, vstajanje iz naslanjača in postelje, stanje ograj na stopniščih in kakovost okolice doma starejših občanov. Možni odgovori so: da, ne ali n/p (brez posebnosti).

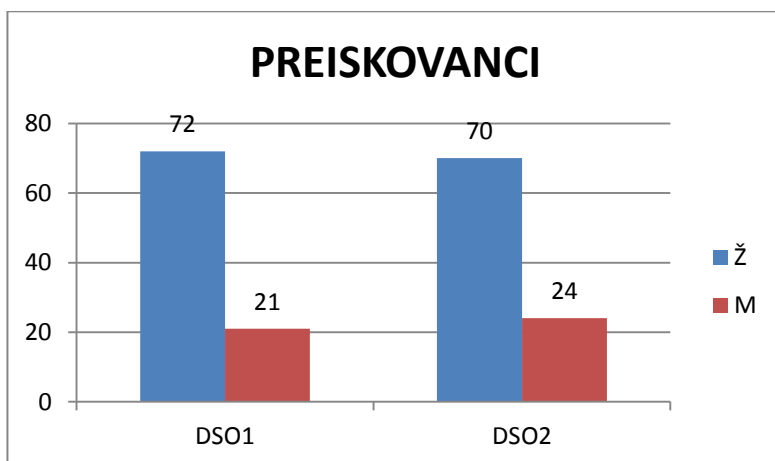
Statistična analiza

Za opisno statistiko smo uporabili programa SPSS.15 (SPSS Inc., Chicago; IL, ZDA) in Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA).

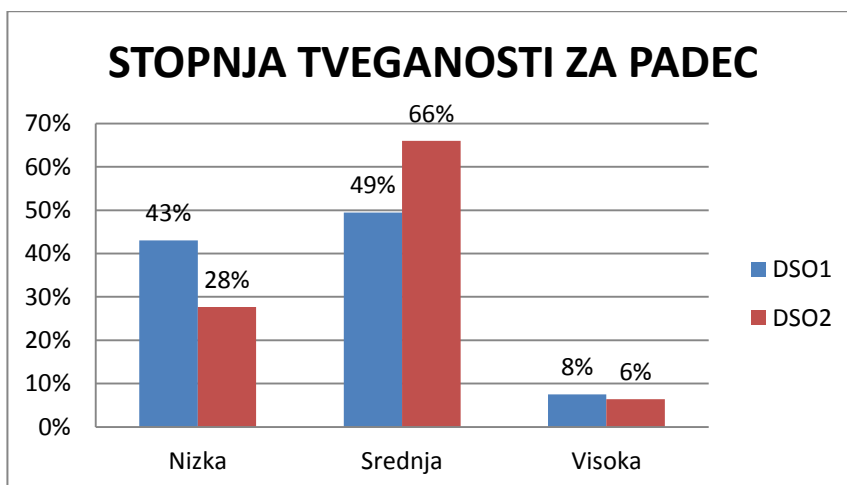
Podatke, pridobljene z obema vprašalnikoma v DSO1 in DSO2, smo obdelali v programu SPSS in analizirali s Frequencies in Crosstabs (Chi-Square) (Rovan, Turk, 2008).

REZULTATI

V raziskavo v DSO1 je bilo vključenih 93 preiskovancev, od tega 72 žensk in 21 moških, v DSO2 pa 94 preiskovancev, od tega 70 žensk in 24 moških. V raziskavi je sodelovalo skupaj 142 žensk in 45 moških. Povprečna starost preiskovancev v DSO1 je 81 let, v DSO2 pa 82 let.



Graf 1: Število vključenih starejših oseb v raziskavo



Graf 2: Razdelitev preiskovancev v skupine glede na stopnjo tveganosti za padec

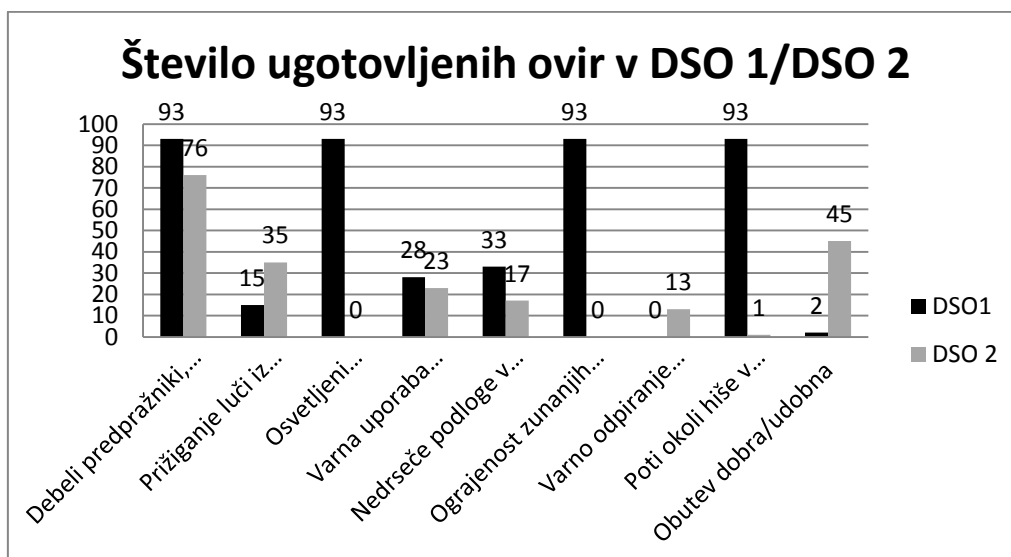
Preiskovanci so se uvrstili v nizko, srednjo ali visoko stopnjo tveganosti za padec. V DSO1 sodi 40 preiskovancev (43 %) v nizko stopnjo tveganosti, 46 (49 %) v srednjo stopnjo tveganosti ter 7 (8 %) oseb v visoko stopnjo tveganosti za padec. V DSO2 sodi 26 preiskovancev (28 %) v nizko stopnjo tveganosti, 62 (66 %) v srednjo stopnjo tveganosti ter 6 (6 %) oseb v visoko stopnjo tveganosti za padec.

Stopnje tveganosti smo primerjali med obema DSO-jema. Chi-square ($p = 0,159$) je pokazal, da ni statistično pomembne razlike med DSO-jema v nizki, srednji in visoki stopnji tveganosti za padec.

Tabela 1: Najpogostejši dejavniki tveganja za padec pri preiskovancih v DSO1 in DSO2

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA PADEC	DSO1 Stopnja tveganosti			DSO2 Stopnja tveganosti		
	NIZKA	SREDNJA	VISOKA	NIZKA	SREDNJA	VISOKA
	Starost	34	44	6	19	59
Kronične bolezni	8	22		4	39	
Zdravila	7	22	6		48	
Ravnotežje			6	5		6
Inkontinenca						6

Pri določanju dejavnikov stopnje tveganja za padec smo pri obeh DSO-jih izpostavili starost, kronične bolezni in zdravila, ker se ti najpogosteje pojavijo tako v DSO1 kot v DSO2, kar je razvidno iz tabele 1. Na podlagi rezultatov, ki smo jih pridobili s statistično analizo chi-square, lahko trdimo, da so najpogostejši dejavniki tveganja za padec v DSO1 in DSO2 podobni ($p = 0,034$).



Graf 3: Ugotovljene ovire kot dejavnik tveganja, ki vplivajo na padec v obeh DSO-jih.

V DSO1 smo ugotovili statistično pomembne razlike pri naslednjih dejavnikih tveganja za padec: debeli in nepritrjeni predpražniki ($p = 0,00$), težavno prižiganje luči iz postelje ($p = 0,01$), neustrezno urejene in osvetljene zunanje poti, stopnice in vhod ($p = 0,00$), težava pri uporabi stranišča ($p = 0,01$), nenameščene nedrseče podloge v banji/kabini za prhanje ($p = 0,007$), poti okoli doma niso varne in brez ovir ($p = 0,000$). V DSO2 so statistično pomembni dejavniki: stopniščna ograja ni ustrezno nameščena in primerne debeline ($p = 0,00$), odpiranje in zapiranje vhodnih vrat s težavo ($p = 0,000$) ter neustrezna in neudobna obutev ($p = 0,01$).

RAZPRAVA

Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima večina preiskovancev v obeh DSO-jih srednjo stopnjo tveganosti za padec. Najpogostejši dejavniki tveganja za padec v vseh starostnih stopnjah so kronične bolezni in zdravila. Takšne ugotovitve navaja Mori (2009), ki pravi, da na povečanje tveganosti za padec vplivajo kronične bolezni, ki povzročajo pešanje mišičnih funkcij in sklepov, vida, kontrole sfinktrov, ravnotežja, hoje in spoznavnih

sposobnosti. Tomšič in Gunčar (2012) sta v raziskavi, ki sta jo opravili pri preiskovancih v domačem okolju, ugotovili, da so najpogostejši dejavniki tveganja za padec ravnotežje, kronične bolezni, inkontinenca in zdravila. Tudi drugi avtorji navajajo, da starejše osebe, ki slabo vidijo, težje opravljajo vsakodnevne dejavnosti, zmanjša se njihova samostojnost, poveča pogostost padcev in zlomov, pogosteje postanejo depresivni in kakovost življenja se jim močno zmanjša. Alkohol in zdravila negativno vplivajo na telo. Velikokrat se pri starejših zgodi, da zaužijejo zdravila, za katera ne vedo, kakšne stranske učinke imajo, ali pa o njih niso bili obveščeni. Nenadzorovano in neustrezno uživanje zdravil lahko povzroči slabšo koordinacijo, omotičnost, vrtoglavico in slabšo presojo (Mencelj, 2011). Tudi na Irskem so najpogostejši dejavniki tveganja za padce osteoporoza, starost, spol, dedna zasnova, rasa in kronične bolezni (Laffoy, 2008).

Ugotovili smo, da se v DSO1 posamezne ovire kot dejavnik tveganja za padce pojavijo v zunanjem okolju, ker zunanja osvetlitev ni primerna in ne zagotavlja varnosti pri uporabi poti (stopnice, vhodi, nevidljivost ovir na poti). Ovire ob vходу v DSO1 so nepritrjeni in debeli predpražniki, ki predstavljajo nevarnost za padec. Dodatna nevarnost je odsotnost čvrste ograje na stopnišču in dvigalu, ki omogoča dostopnost do sob. Starejši imajo možnost prilagoditi sobe svojim potrebam in zmožnostim ob sodelovanju z delovnim terapevtom, vendar jim arhitekturna razporeditev to onemogoča (nedostopnost stikala za prižig luči iz postelje). Veliko nevarnost predstavljajo tudi kopalnice, saj v banjah oziroma kabinah za prhanje nimajo nameščenih nedersečih podlog.

Ugotovili smo, da je v DSO2 zunanje okolje primerno osvetljeno in brez ovir. Težava se pojavi pri odpiranju in zapiranju vhodnih vrat ter debelih in nepritrjenih predpražnikih. Dostopnost do sob je zagotovljena z dvigalom in stopniščem, ki ima nameščeno varovalno ograjo. Starejši imajo ob svetovanju možnost prilagoditve sobe svojim potrebam (možnost priključitve nočne lučke). V kabinah za prhanje ali banjah imajo nameščene nederseče podloge in držala.

Za ugotovljene okoljske dejavnike tveganja nismo našli podobnosti v že objavljenih člankih, jih pa grobo lahko primerjamo z objavljenimi raziskavami pri nas in v tujini. Presenetljiva pa je ugotovitev, da si DSO-ja statistično pomembno razlikujeta v okoljskih dejavnikih, saj so ti grajeni po predpisanih tehničnih standardih.

SKLEP

Stopnja tveganja za padce je v obeh DSO-jih podobna kot pri starejši populaciji, ki živi v domačem okolju, a vendar bi pričakovali, da je okoljskih dejavnikov tveganja v DSO-ju veliko manj. Zniževanje stopnje tveganosti oseb in prilagajanje okolja je tudi v DSO-ju vmesno, saj tako lahko vplivamo na število padcev.

LITERATURA

Brandis S, Lewis, Bourke M, Tuite A, Campbell K, Croker A (2002). Falls prevention best practice guidelned for public hospitals and state government residential aged care facilities. Brisbane: Queensland Government.

Gerberding J (2008). Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults. National Center for Injury Prevention and Control Atlanta, Georgia. http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC_Guide-a.pdf <15. 5. 2012>

-
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH (2001). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 3.
- Herman S, Tonin M (2008). Poškodbe starostnikov. *Zdrav Vest*, 2008 77: 819–821.
- Hill K, Smith R, Murray K, Sims J, Gough J, Darzins P et al. (2000). Analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: community, residential aged care and acute care settings. Canberra: Commonwealth of Australia. Dostopno: http://www.zzv-kr.si/Content.aspx?page_id=138 <29. 6. 2012 >
- Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, Jarvinen T, Parkkari J (2005). Prevention of falls and consequent injuries in elderly people.
- Laffoy M (2008). Strategy to Prevent Falls and Fractures in Ireland's Ageing Population.
- Mackenzie L, Byles J, Higginbotham N (2002). Reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) for identifying older people at increased risk of falls. *Disabil Rehabil* 24 (5): 266–74.
- Mencelj M (2011). Bolezni in sindromi v starosti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 115–187.
- Mori E (2009). Zakaj starostniki padajo in kako preprečiti padce? *Spominčica – Glasilo Slovenskega združenja za pomoč pri demenci* 2009; 7 (1):6.
- Mencelj M (2011). Kaj lahko storim, da ne padem?. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, Sekcija seniorjev.
- Mencelj M, Voljč B (2011). Padce v starosti je mogoče zmanjšati. Bolezni in sindromi v starosti 5. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Mencelj M, Sedej B (2008). Preventivna poškodba gibal v starosti. Bolezni in sindromi v starosti 2. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Tomšič M, Grunčar M (2012). Tveganost za padce v domačem okolju. Posvetovanje: Delovna terapija – stroka sedanjosti. 2012: 115–122.
- Ramovš, J (2005). Medčloveški in medgeneracijski odnosi – pogoj za kakovostna poznejša leta. *Zdrava poznejša leta*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Simon M (2006). Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji. IVZ RS. Dostopno: http://www.ivz.si/poskodbe_in_zastrupitve?pi=5&5_Filename=1373.pdf&5_MediaId=1373&5_AutoResize=false&pl=38-5.3. <25. 6. 2012>
- Voermans N, Registrar S, Snijders A (2007). Why old people fall (and how to stop them). *Pract Neurol*. 2007(7): 158–171.
- WHO (2008). Global Report on Falls Prevention in Older Age. Dostopno: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf. <26. 6. 2012>

Domače bivalno okolje pri starejših

Elderly's home environment

Katarina Galof, Anita Matjaž, Katja Ozvatič, Lea Zadavec
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Starostnik, ki vse življenje preživi v svoji hiši, na jesen življenja ne želi sprejeti novega bivalnega okolja, če to zanj ni nujno potrebno. Kljub upadu posameznih funkcij in spretnosti mu življenje v lastnem domu omogočajo socialnovarstvene storitve pomoči na domu, katerih prejemnik lahko postane. **Namen:** Ugotavljali smo delež starejših, ki samostojno izvajajo dnevne aktivnosti, ter dejavnike varnosti bivalnega okolja in statistično pomembne razlike pri dejavnikih varnosti med hišo in blokom. **Metode dela:** Za kvantitativno zbiranje podatkov, pri katerem je sodelovalo 60 doma živečih starostnikov, smo uporabili standardiziran ocenjevalni instrument Lestvica funkcionalne neodvisnosti (FIM) in vprašalnik o varnosti starejših ljudi v domačem okolju. **Rezultati** so pokazali, da imajo starostniki največ težav na motoričnem področju izvedbe aktivnosti pri skrbi zase in pri mobilnosti ali premeščanju. Delež dejavnikov varnosti je večji pri starostnikih, ki bivajo v bloku. Spalnica je najvarnejši bivalni prostor pri starejših, saj je v njej največ varnih dejavnikov.

Ključne besede: starostnik, varnost, bivalno okolje, delovna terapija

ABSTRACT

The elderly, who spends a lifetime in his house, does not wish to accept the new living environment, if it is not absolutely necessary. Elderly become users of services at home. Qualified Social Service Assistant enabling him to stay at home in the autumn of his life.

Purpose: We determined the proportion of elderly who carry out daily activities independently. We determined the factors of safety of the living environment and statistically significant differences in factors of safety between the house and the block.

Methods: Quantitative data collections were used. The study involved 60 elderly living at home. We used a standardized assessment test FIM (Functional Independence Measure) and Elder Home Safety & Environmental Assessment questionnaire. **Results:** The most problems on the motor performance of activities elderly have in the field of personal care and mobility / movement. The proportion of factors of safety is higher in the elderly who reside in the block. Bedroom is the most secure lounge.

Keywords: elderly, safety, living environment and occupational therapy.

IZHODIŠČA

Tretje življenjsko obdobje nastopi po obdobju otroštva in obdobju zrelosti. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se šteje, da starost nastopi po 60. letu življenja, v geriatričnih raziskavah pa se ta spodnja meja pogosto dvigne na 65 let (Ramovš, 2003).

Starost se pri ljudeh izraža na različne načine, nekateri so pri 65 letih motorično ovirani, jih prizadene bolezen, nekateri pa so pri 90 letih še zelo vitalni in aktivni. Vendar je vsem skupni imenovalec upadanje sposobnosti, pri nekaterih je manj izrazito pri drugih bolj. Kadar nastopi bolezen ali okvara, jih ta ovira pri obvladovanju vsakodnevnih aktivnosti. Renerjeva (1997) meni, da je kakovost življenja v starosti odvisna od naslednjih virov:

- materialni oz. strukturni viri, kot so dohodek, stanovanjske razmere, kakovost bivalnega okolja in lastništva trajnih dobrin,
- telesni viri fizičnega znanja in funkcionalnih sposobnosti posameznika,
- dostop do institucij, ki zagotavljajo psihosocialno in zdravstveno pomoč ter varstvo,
- obstoj družinsko-sorodniških varovalnih, negovalnih in podpornih mrež.

Poleg starostnih sprememb k slabi pokretnosti prispevajo tudi zunanji dejavniki, kot so fizične ovire v stanovanju, pomanjkanje ustreznih informacij iz okolja in tudi pomanjkanje finančnih sredstev (Gašparovič, 2006). Vse to prispeva in vodi k odvisnosti starostnikov od pomoči svojcev, ki so v dilemi, saj zaradi hitrega načina življenja, službenih obveznosti in pomanjkanja časa velikokrat ne morejo popolnoma zagotavljati pomoči in nege za svoje bližnje. Nemalokrat se odločajo za preselitev v dom upokojencev, saj sta tam zagotovljeni večja varnost in oskrba. Starostniki so izrazito nenaklonjeni preselitvam, še manj pa si želijo oditi v neko institucionalno obliko bivanja. Raziskave so pokazale, da si kar 90 % starejših želi ostati v domačem okolju do konca življenja, saj domače okolje nanje deluje pozitivno in jim daje občutek varnosti. Dom je tudi center izvajanja aktivnosti, odnosov v družini, druženja s prijatelji in povezovanja s svetom (Tomšič in Lebar, 2006). Zato je še kako pomembno, da se starostnikom omogoči bivanje doma. Staranje v domačem okolju ima za posameznika poleg zgoraj navedenih vrednot še veliko večji pomen, vendar to okolje ni vedno prijazno in spodbudno (Berčan, 2010, str. 5–18).

Kerbler (2011) izhaja iz predpostavke, da bi lahko potrebe ustrezne stanovanjske oskrbe starejših ljudi zmanjšali s fizičnim (pre)oblikovanjem grajenega bivalnega okolja, s čimer bi jim omogočili, da bi lahko dlje ostali v domačem okolju, v katerem bi bili sposobni živeti samostojneje in bolj kakovostno. Starostnikova zmožnost, da vsakodneвне aktivnosti lahko izvede, ima velik vpliv na njegovo zmožnost živeti v domačem okolju. Ko nastopi trenutek, ko tega ni več zmožen, se pojavi vprašanje iskanja pomoči in morebitne selitve v dom. Nekaterim starostnikom je zaradi finančnih težav onemogočena selitev v dom upokojencev. Drugi, ki želijo ostati v domačem bivalnem okolju, uporabijo storitev socialne oskrbe na domu, ki jim zagotavlja gospodinjsko pomoč ter pomoč pri ohranjanju socialnih stikov in pri vzdrževanju osebne higiene.

Potrebe vsakega človeka se skozi življenje spreminjajo. Nekateri imajo na stara leta več potreb po pomoči, drugi manj. V ta namen je treba zagotoviti kakovostno in prilagojeno oskrbo. Vsak starejši človek ima pravico do kakovostnih in dostopnih zdravstvenih storitev brez diskriminacije. Družinski člani in poklicni oskrbovalci starejših ljudi morajo imeti ustrezna znanja, ki jih sproti še nadgrajujejo. Starejši ljudje imajo pravico do ukrepov, s katerimi se preprečuje poslabšanje njihovega telesnega stanja ali pa se le-to izboljšuje. Pri zagotavljanju in nujenju oskrbe starejšim sodeluje več posameznikov in ustanov. Starejši človek ima pravico pričakovati, da se bodo vsi, ki skrbijo za njegovo oskrbo, povezali in

sodelovali pri izvajanju storitev, ki jih nudijo različne organizacije in institucije (Evropska listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore, 2010). V Republiki Sloveniji omenjene pravice urejajo predpisi v obliki zakonov, in sicer Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o socialnem varstvu ter drugi zakoni in nekateri podzakonski akti (Gorjan, 2009, str. 148–55), ki skrbijo, da so zadoščene pravice starejših do pomoči starejšim, skrbi zanje ter do socialne in zdravstvene nege.

Psihofizične spremembe v starosti vplivajo na pokretnost in samostojnost starostnika. Zahtevajo prilagoditev tako ožjega kot širšega okolja njegovim potrebam in zmožnostim. Ožje bivalno okolje so običajno stanovanjski prostori in morda še vhod v stanovanje, medtem ko so širše okolje ulica, vhodi v javne zgradbe, vstopi v prevozna sredstva in podobno (Gašparovič, 2006). K slabi pokretnosti lahko poleg starostnih sprememb prispevajo tudi zunanji dejavniki, kot so fizične ovire v stanovanju, pomanjkanje ustreznih informacij iz okolja in tudi pomanjkanje finančnih sredstev. Večina stanovanj ni grajena primerno starim ljudem. Tako imajo stanovanja velikokrat preozka vrata, visoke pragove, preveč stopnic, preozke hodnike, premajhne kopalnice in podobno (Gašparovič, 2006).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, pri izvedbi katerih aktivnosti so starejši v domačem okolju samostojni. Ugotavljali smo statistično pomembne razlike pri dejavniki varnosti med hišo in blokom.

METODE

V raziskavi je sodelovalo 38 žensk in 22 moških, starejših od 65 let, ki živijo v domačem okolju in so prejemniki storitev socialne oskrbe na domu. Starostniki prihajajo iz različnih predelov Slovenije. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno tako s strani starostnikov kot s strani zavodov, ki izvajajo pomoč na domu. Povprečna starost je bila 80,8 leta. Kriteriji za izključitev so bili nezmožnost gibanja (nepokretnost, vezana na posteljo) v domačem okolju in diagnosticirane kognitivne težave.

Za ocenjevanja v raziskavi smo uporabili standardiziran ocenjevalni instrument Lestvica funkcionalne neodvisnosti (v nad. FIM) in prilagojen vprašalnik o varnosti starejših ljudi. FIM (Keith et al., 1987) sestavljata motorična in kognitivna podlestvica, ki imata skupaj 18 postavk. Motorična podlestvica ima 13, kognitivna pa 5 postavk. Vse postavke ocenjujemo z ocenami od 1 do 7, pri čemer 1 pomeni popolno odvisnost od tuje pomoči, 7 pa popolno neodvisnost. Najvišja možna ocena je 126 točk, najnižja pa 18. S FIM-om ocenjujemo: skrb zase (hranjenje, nega obraza, las in rok, umivanje telesa, oblačenje zg. in sp. dela telesa), kontrolo sfinktrov, premeščanje na stol, posteljo, voziček, premeščanje na stranišče, premeščanje v kad ali prho, hojo oz. vožnjo vozičkom ter hojo po stopnicah, razumevanje, socialne stike, reševanje problemov in spomin (Pungartnik, 2008, str. 35–42). Omenjena lestvica je bila posameznim starostnikom predstavljena na individualnem obisku. Starostniki so sami ocenili izvedbo posamezne aktivnosti z ocenami od 1 do 7.

S prilagojenim vprašalnikom o varnosti starejših ljudi (Elder Home Safety & Environmental Assessment) smo s tristopenjsko lestvico (varno, ni varno, ni prisotno) ocenjevali bivalne prostore: vhod, dnevna soba, kopalnica, spalnica, stopnice in kuhinja. Ocenjevanje posameznega bivalnega prostora vsebuje različno število ocenjevalnih dejavnikov. Pri vходу je najvišje možno število točk 11, ker ima vhod 11 dejavnikov. Pri dnevni sobi jih je 19, pri kopalnici 8, pri spalnici 11, pri stopnicah 7 in pri kuhinji 10. Najmanjše možno število točk pri vsakem je 0. Vsako področje vsebuje trditve, ki se navezujejo na prostor, npr. ali so ograje pri vходу dobro pritrjene, ali širina vrat v prostor omogoča vstop z vozičkom ali hoduljo, ali je spalnica primerno osvetljena tudi ponoči, ali je na tleh nered, ali so v kopalnici nameščene nedrseče podlage (pred kabino za prhanje in

v njej oz. kadi), ali je telefon ob postelji na doseg roke, ali je ograja/držala na obeh straneh stopnic, če ni preproge, ali so na robovih stopnic pritrjeni neдрseči, dobro vidni trakovi, ali je stikalo za luč ob vhodu v prostor, ali so shrambene omare lahko dosegljive ipd. S tem vprašalnikom smo ugotavljali, v katerem prostoru je prisotnih največ potencialnih dejavnikov tveganja za padce.

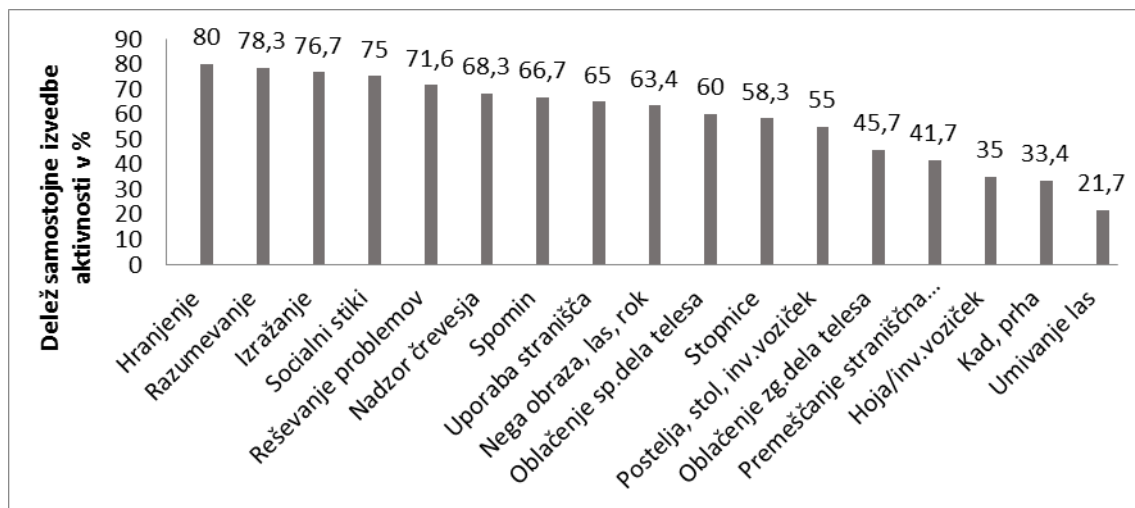
Podatke, pridobljene z obema vprašalnikoma, smo zbrali na podlagi individualnih intervjujev in ocenjevanj. Za računanje deskriptivne statistike smo kvantitativno zbrane podatke statistično obdelali s programom Microsoft Office Excel. S statističnim programom IBM SPSS 20 smo z Mann-Whitneyjevim testom ugotavljali statistično pomembne razlike pri dejavnikih varnosti med hišo in blokom.

REZULTATI

Vzorec je vseboval 60 ljudi, starejših od 65 let, ki živijo v domačem okolju in so prejemniki storitev socialne oskrbe. Od vseh preiskovancev, ki sodelujejo v naši raziskavi, jih 43,3 % živi samih, 31,7 % z razširjeno družino, 25 % pa s partnerjem. 72 % starejših biva v hiši, 28 % pa je tistih, ki bivajo v bloku. Med tistimi, ki bivajo v hiši, je vzorec vseboval 58 % žensk in 42 % moških.

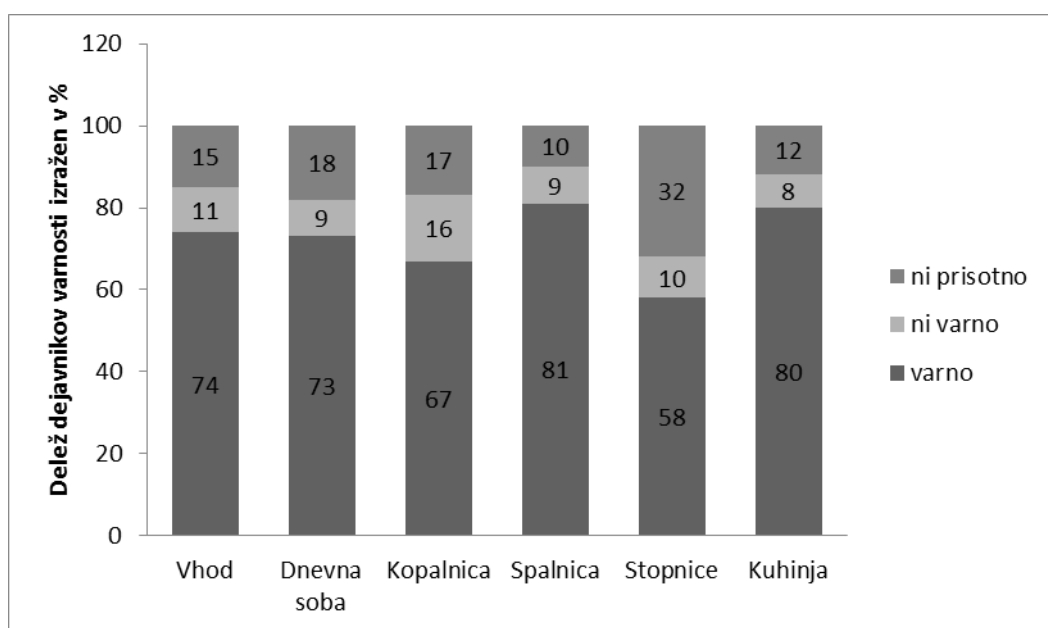
Na ocenjevalni lestvici FIM-a smo se osredotočili na oceni 6 in 7, ki predstavljata samostojno in neodvisno izvajanje aktivnosti.

Rezultati so pokazali, da imajo starejši največ težav na motoričnem področju, in sicer v samostojnem izvajanju pri aktivnostih v skrbi zase ter pri aktivnostih premikanja in premeščanja, kar odraža delež na sliki 1. Pri izvedbi omenjenih aktivnosti je njihov delež samostojnega izvajanja aktivnosti majhen, kar je razvidno s slike 1.



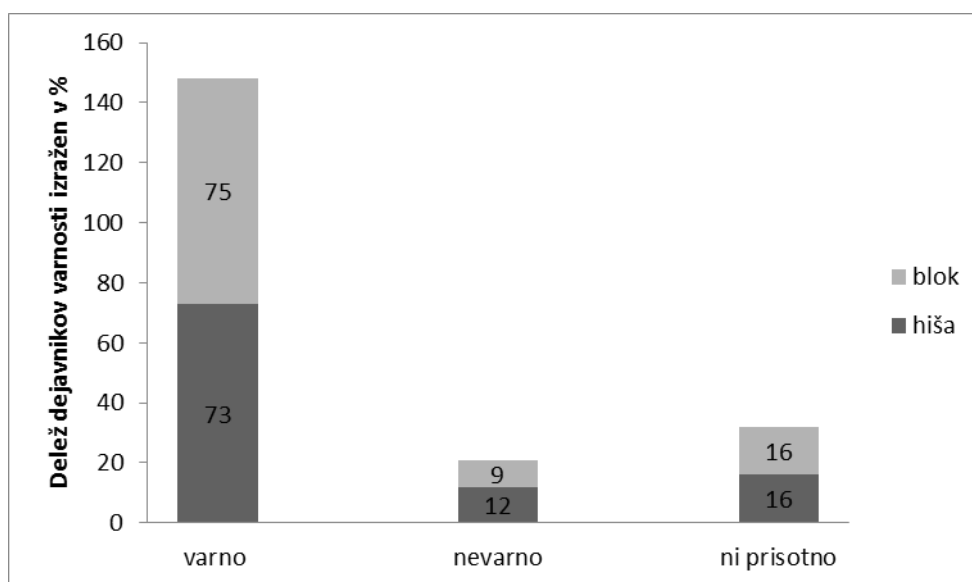
Slika 1: Prikaz deleža samostojne izvedbe dnevni aktivnosti motoričnega dela FIM-a pri starejših v %.

V spalnici, kuhinji, vhodu in dnevni sobi je prisotnih največ varnih dejavnikov v bivalnih prostorih, ki smo jih ocenjevali pri starejših, ko smo jih obiskali v domačem okolju (slika 2). Po deležu nevarnih dejavnikov izstopajo kopalnica, vhod in stopnice.



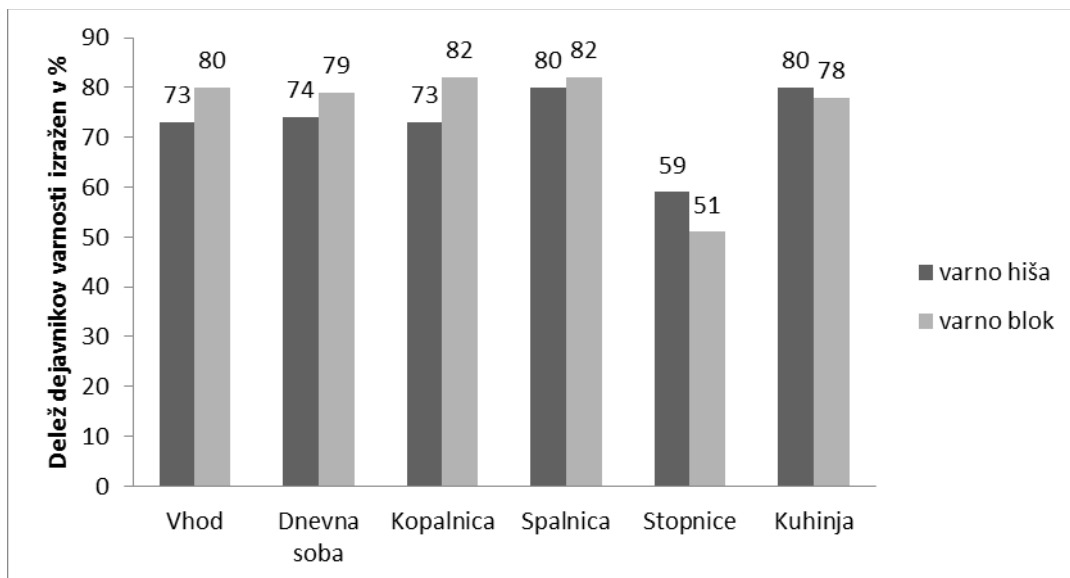
Slika 2: Prikaz deleža varnih, nevarnih in neprizotnih dejavnikov po posameznih bivalnih prostorih, izražen v %.

Primerjali smo deleže varnih dejavnikov v bivalnem okolju med hišo in blokom. Pri preiskovancih, ki živijo v hišah (72 % obiskanih), je delež dejavnikov varnosti v segmentu varni dejavniki manjši kot pri preiskovancih, ki živijo v bloku (28 % obiskanih), kar je razvidno s slike 3.



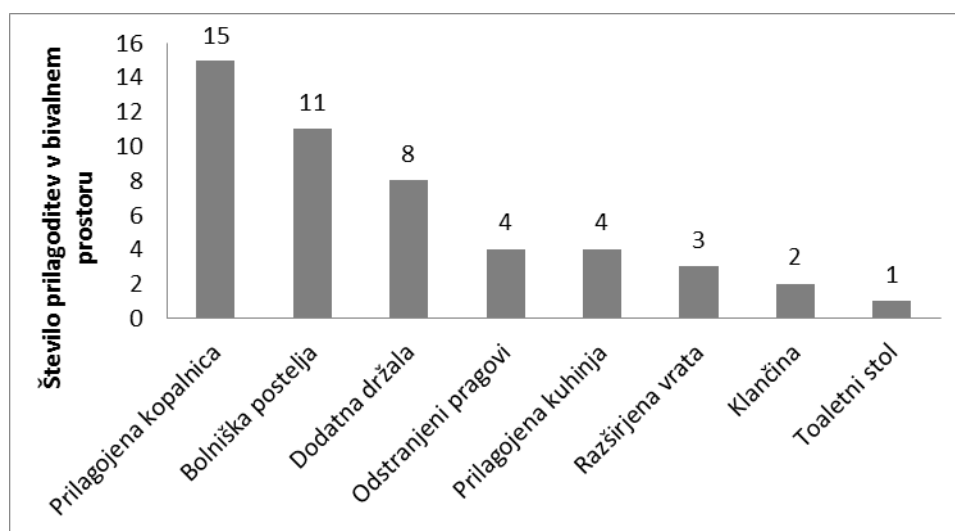
Slika 3: Primerjava deleža dejavnikov varnosti vseh bivalnih področij glede na kriterij ocenjevalne tristopenjske lestvice, izraženo v %.

Delež varnih dejavnikov okolja glede na ocenjevani bivalni prostor je pri tistih, ki živijo v hišah, večji le pri dveh bivalnih prostorih – pri kuhinji in pri stopnicah. Pri drugih bivalnih prostorih je delež varnih dejavnikov večji pri starostnikih, ki živijo v bloku.



Slika 4: Primerjava deleža varnih dejavnikov glede na ocenjevane dejavnike posameznega bivalnega prostora, izraženo v %.

Z neparametričnim Mann-Whitneyjevim testom smo ugotavljali statistično pomembne razlike pri dejavnikih varnosti med hišo in blokom. Statistično pomembne razlike ($<0,05$) so se pokazale pri bivalnih prostorih vhod in kuhinja. Pri vhodu sta to pritrjenost ograje in kukalo na vhodnih vratih, pri kuhinji pa suha in čista tla ter višina in dosegljivost shrambnih omar. Na sliki 5 smo predstavili prilagoditve, ki se najpogosteje pojavljajo v domačem bivalnem okolju pri starejših, ki so sodelovali v raziskavi.



Slika 5: Prikaz števila najpogostejših prilagoditev v domačem bivalnem okolju starejših

RAZPRAVA

Podatki statističnega urada iz leta 2012 (Slovenija v številkah, 2012) kažejo, da v Sloveniji živi 32,8 % prebivalstva z enim članom v gospodinjstvu, 42,7 % je razširjenih družin, 24,6 % pa jih živi z dvema članoma v gospodinjstvu. Delež starejših sodelujočih v raziskavi je

večji pri tistih, ki živijo sami. Manj smo obiskali starejših, ki živijo z razširjeno družino, delež živečih s partnerjem je bil zelo podoben podatkom statističnega urada.

Strokovna literatura s področja ocenjevanja okolja in prilagoditev domačega okolja vsebuje številne raziskave (Gitlin et al., 2003; Petersson et al., 2008; Stark et al., 2003; Uniwin et al., 2009; Wilson et al., 2009), ki dokazujejo, da prilagoditev domačega okolja izboljša kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. Delovni terapevti s svojim strokovnim znanjem svetujejo, predlagajo in načrtujejo prilagoditve tako širšega kot tudi domačega okolja, pri čemer uporabljajo številna ocenjevalna orodja (Ocepek in Pihlar, 2013, str. 45–51).

Za razumevanje in interpretacijo izsledkov raziskave smo si pomagali z drugimi avtorji, ki so raziskovali preučevano tematiko. Vpliv prilagoditev domačega okolja na izvedbo posameznih dnevnih aktivnosti pri odraslih z različnimi okvarami je raziskovala Peterssonova s sodelavci (2008). Več kot polovica udeležencev raziskave je že imela prilagojeno okolje, preostali so na primerne prilagoditve okolja še čakali. Izkazalo se je, da so posamezniki s prilagojenim okoljem bolje opravljali dnevne aktivnosti kot posamezniki, ki so na prilagoditve še čakali. Ugotovili so tudi, da imajo prilagoditve domačega okolja tako neposreden vpliv na samostojnejše izvajanje dnevnih aktivnosti kot tudi posreden vpliv na varno izvajanje aktivnosti v širšem okolju. Unwin (2009) je s sodelavci v raziskavi dokazal, da so okoljske in tehnološke intervencije na domu starejših ljudi zmanjšale potrebo po institucionalni oskrbi. Na podlagi rezultatov ocenjevanja Ocepek in Pihlar (2013) menita, da prilagoditve domačega okolja vplivajo na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami oziroma boleznimi. Ne glede na okvaro ali bolezen posameznika, ki potrebuje prilagoditev domačega okolja, delovni terapevti pri obravnavi uporabljamo k posamezniku usmerjen pristop. To pomeni, da pri svetovanju in načrtovanju prilagoditev domačega okolja ali uporabe podporne tehnologije upoštevamo mnenja, želje, potrebe in cilje posameznika ter okolje, v katerem živi oziroma v katero se bo po končani rehabilitaciji vrnil.

Gitlin in sodelavci so ugotovili (2003), da prilagoditev domačega okolja upočasnijo funkcijsko odvisnost starostnikov, povečajo učinkovitost pomoči svojcev ali negovalcev ter zniža stopnjo umrljivosti med njimi. Prilagoditev domačega okolja in uporaba podporne tehnologije lahko prav tako nadomestita ali zmanjšata pomoč na domu, zato je manjša tudi finančna obremenitev sistema zdravstvenega zavarovanja, predvsem pa podaljšata čas pred morebitnim odhodom v dom za starejše. Delež starostnikov, ki so prejemniki storitev pomoči na domu in so se opredelili kot posamezniki, ki ne potrebujejo pomoči pri izvajanju dnevnih aktivnosti, je bil največji pri aktivnostih hranjenja, razumevanja in izražanja. V tej kategoriji samostojnega funkcioniranja (oceni 6 in 7) je najmanjši delež starostnikov, ki samostojno izvajajo aktivnosti osebne nege ter aktivnosti premikanja in premeščanja (slika 1).

Prilagoditve domačega okolja, ki so jih bili znotraj delvnoterapevtske obravnave deležni starostniki v raziskavi Pighillsa in sodelavcev (2011), so bile pogojene s pogostostjo padcev in so se razlikovale med skupino starejših, ki je bila deležna prilagoditev, in med kontrolno skupino, v kateri prilagoditev okolja niso izvedli. Podobno so ugotovili tudi avstralski strokovnjaki (Cumming et al., 1999), ki so raziskovali, ali delvnoterapevtska obravnava, usmerjena v prilagoditev domačega okolja, vpliva na zmanjšanje padcev pri starostnikih. Pozitiven vpliv prilagoditev domačega bivalnega okolja je dokazal Stark s sodelavci (2009). Z uporabo domačih prilagoditev so se izboljšale spretnosti starejših, kar je vplivalo tudi na izvajanje dnevnih aktivnosti. Raziskava je vključevala majhne

spremembe doma, prilagoditve opreme, arhitekturne spremembe, večje prenove in učenje uporabe pripomočkov.

V raziskavi smo ugotovili, da je kopalnica bivalni prostor z največ prilagoditvami, kar razberemo s slike 5. 82% je delež varnih elementov v bloku in je večji od 73% deleža v hiši (slika 4). Kopalnica, stopnice in vhod so najbolj nevarni prostori v okolju starostnika. Menimo, da je število prilagoditev, ki smo jih ugotovili, v primerjavi s skupnim številom domov, katere smo obiskali, malo. FIM (slika 1) nam je pokazal, da imajo preiskovanci težave predvsem na motoričnem področju – pri samostojni izvedbi v aktivnostih skrbi zase ter pri mobilnosti in premeščanju. V kopalnicah ima nekaj preiskovancev nameščena dodatna držala, protizdrsne preproge in prilagojeno višino straniščne školjke. Tudi prilagoditve v kuhinji omogočajo, da je ta varna za starostnike. Razširjena vrata, odstranjeni pragovi, odstranjene ali prilepljene preproge pripomorejo k boljši mobilnosti starostnikov. Nekateri preiskovanci, ki uporabljajo invalidski voziček, imajo urejene klančine pri vhodu, ki jim omogočajo varno vstopanje in izstopanje iz hiše. Uporabljajo tudi sedežno dvigalo, dvižni stol in toaletni stol (slika 5). Medtem ko Wilson in sodelavci (2009) svetujejo, naj prilagoditev domačega okolja in podporno tehnologijo posamezniku priporočimo ali predpišemo ob pravem času, na pravi način in upoštevaje posameznikove dejavnike, smo z raziskavo ugotovili, da je delež dejavnikov varnosti, ki za starejše pomenijo nevarnost, večji v hiši kot v bloku (slika 3). V raziskavi se nismo osredotočili na način in čas izvedbe svetovanj ter pridobivanja medicinskih pripomočkov in izvajanja prilagoditev okolja.

Neprimerna oprema in arhitekturne ovire so največji problem, ki starejšim otežuje samostojno funkcioniranje in povečuje tveganje za padec, ki je najpogostejši vzrok za hospitalizacijo in upadanje sposobnosti ter posledično namestitev v dom za starejše. Padci so tudi najpogostejši vzrok potreb po oskrbi na domu (Tomšič in Rugelj, 2011). Menimo, da bo vključevanje delovnega terapevta v domače okolje v prihodnje pripomoglo k enakovrednemu vključevanju starejših iz domačega okolja v skupnost in družbo, pri čemer je pomembna njihova samostojnost v izvajanju aktivnosti premeščanja in mobilnosti (slika 1). Prav tako bo vključenost delovnega terapevta v domače okolje pripomogla k zmanjšanju števila padcev, kar bo skupaj vplivalo na dvig nivoja kakovosti življenja starostnikov v domačem okolju, ki bo postalo varnejše. Nivo funkcioniranja pri izvajanju dnevnih življenjskih aktivnosti bo samostojnejši zaradi prilagoditev okolja, zaradi uporabe pripomočkov ali adaptacije same izvedbe aktivnosti. Z odstranitvijo fizičnih ovir v domačem okolju okrepimo posameznikovo mobilnost in sposobnost v skrbi zase. Večina starejših je na takšne prilagoditve pripravljena, a se zanje ne odločajo, ker so prevelik finančni strošek (Ocepek in sod., 2012).

Strokovnjaki (Ocepek in sod., 2012), ki delajo na področju prilagoditev domačega okolja in uporabe podporne tehnologije, se zavedajo, da se življenjska doba ljudi podaljšuje, tako tudi ljudje z različnimi okvarami dandanes živijo dlje. Zato je zelo pomembno, da so delovni terapevti vključeni pri načrtovanju pravočasnega prilagajanja domačega bivalnega okolja in pri svetovanju o uporabi in učenju uporabe primerne podporne tehnologije.

Razen manjših statistično pomembnih razlik pri dejavnih varnosti med hišo in blokom z rezultati raziskave nismo potrdili. Z naslednjimi sorodnimi raziskavami bi se bilo smiselno poglobiti v iskanje razlik med hišo in blokom ter v dejavnike varnosti, ki jih je raziskoval uporabljeni vprašalnik o varnosti, pri čemer bi bili izhodišče dobljeni rezultati predvsem s posameznimi karakteristikami deležev prisotnosti varnih, nevarnih in neprisotnih dejavnikov.

SKLEP

Večina ljudi si želi starost preživeti v svojem domačem okolju. Starostnik, ki vse življenje preživi v svoji hiši, na jesen svojega življenja noče sprejeti novega bivalnega okolja, če to zanj ni potrebno.

Z rezultati raziskave smo želeli podkrepiti potrebnost in pomembnost vloge delovnega terapevta na področju svetovanja in urejanja primernosti bivalnih površin za starejše. Z vprašalnikom o dejavnikih varnosti smo dobili vpogled v delež varnih dejavnikov in njihovo zastopanost tako v hiši kot v bloku. Z rezultati raziskave smo ugotovili, kateri varni elementi prilagoditev v domačem okolju so pri starostnikih že upoštevani. S FIM-om smo izluščili delež aktivnosti pri starejših, ki samostojno izvajajo aktivnosti. Ugotovili smo, pri katerih dnevni aktivnostih starostniki potrebujejo pomoč, ker niso samostojni. Z vsemi omenjenimi ugotovitvami lahko trdimo, da je vključevanje delovnega terapevta v domače okolje starostnikov še kako potrebno. Ker bivalno okolje lahko nastopa kot olajševalnost ali kot ovira za funkcioniranje posameznika v ožjem in širšem življenjskem okolju (WHO, 2001), priporočamo uporabo pristopa, usmerjenega na uporabnika, upoštevajoč njegove vloge in karakteristike domačega okolja ob predpisovanju in svetovanju uporabe medicinskih pripomočkov in izvajanja prilagoditev okolja.

LITERATURA

Berčan M (2010). Starostnik v domačem okolju – vidik patronažne medicinske sestre. *Kakovostna starost* 13(2): 5–18.

Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, et al. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *J Am Geriatr Soc*; 47(12): 1397–402.

Despot Lučanin J, Lučanin D, Havelka M (2006). Kvaliteta starenja-samoprocjenazravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*. 15 (4-5): 801–817.

Elder Home Safety & Environmental Assessment, v:

<http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=elderly%20home%20safety%20%20environment%20assessment&source=web&cd=6&ved=0CHkQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.dshs.state.tx.us%2Fenvironment%2FTraintheTrainerElderHomeAssessment2.pdf&ei=rZHET86wF8-p-aOnN2lCg&usq=AFQjCNFCHyTlvQJ4MUqs5nwadOJPPAdXjw&cad=rja>, 18. 10. 2013.

Evropska listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore (2010), dosegljivo na: http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_SL_v2.pdf, 18. 10. 2013.

Gašparovič M (2006). Prilagoditev stanovanja potrebam starostnika. *Priročnik za družinske negovalce. Grosuplje: Dom starejših občanov*

Gašparovič M (2007). *Priročnik za družinske negovalce. Grosuplje: Dom starejših občanov*, 132.

Gitlin LN, Mann WC, Tomita M, Marcus SM (2001). Factors associated with home environmental problems among community-living older people. *Disabil Rehabil*; 23 (17): 777–87.

Gitlin LN, Winter L, Corcoran M, Dennis MP, Schinfeld S, Hauck WW (2003). Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *Gerontologist*; 43 (4): 532–46.

Gorjan L (2009). Starost – izziv ali problem sodobne družbe, *Zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege*, 148–55.

Gumming RG, et al. (1999). Home Visits by an Occupational Therapist for Assessment and Modification of Environmental Hazards: A Randomized Trial of Falls Prevention. *American Geriatrics Society*. 47: 1397–1402.

-
- Kerbler B (2011). Prilaganje grajenega bivalnega okolja za potrebe starejših ljudi. *Geodetski vestnik* 55 (1): 57–69.
- Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS (1987). The Functional Independence Measure: a new tool for rehabilitation. In: Eisenberg MG, Grzesiak RC, eds. *Advances in Clinical Rehabilitation*. New York, NY: Springer: 6–18.
- Lord SR, Menz HB, Sherrington C (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age Ageing* 35 (S29): 55–9.
- Mann WC et al. (1999). Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Cost for the Frail Elderly. *ARCH FAM MED/VOL* 8, 210–7.
- Nikolaus T, Bach M. (2003). Preventing falls in communitydwelling frail older people using a Home Intervention Team (HIT): results from the randomized falls-HIT trial. *J Am Geriatr Soc*; 51 (3): 300–5.
- Ocepek J, Prosič Z, Vidmar G (2012). Vloga medicinsko tehničnih pripomočkov pri starostnikih – rezultati ankete. *Informatica Medica Slovenica* 17 (2): 9–15.
- Ocepek J, Pihlar Z (2013). Ocenjevanja okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. *Rehabilitacija – letn. XII, supl. 1*: 45–51.
- Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A (2008). Impact of home modification services on ability in every day life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med*; 40 (4): 253–60.
- Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *J Am Geriatr Soc* 59 (1): 26–33.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). *Ur. list RS* 20 (45): 6769–71.
- Pungartnik RT (2008). Lestvice, ki se uporabljajo pri ocenjevanju izida po zlomu kolka. *Rehabilitacija – letn. VII, supl. 2*: 35–42.
- Ramovš J (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rener T (1997). Rastoče manjšine. *Družboslovne razprave*, št. 24/25, str. 40–48. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede.
- Stark S, Landsbaum A, Palmer J, Somerville KE, Morris CJ (2009). Client-centered home modifications improve daily activity performance of older adults. *Can J Occup Ther* 76 (spec No): 235–245
- Statistični urad Republike Slovenije, Slovenija v številkah 2012, v: http://www.stat.si/doc/pub/slo_stevilke_12.pdf 18. 10. 2013
- Tomšič M, Lebar C (2006). Učinkovitost delovnoterapevtske obravnave starostnika v domačem okolju. *Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov*. Ljubljana.
- Tomšič M, Rugelj D (2011). Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših v domačem okolju. *Aktivno in zdravo staranje*: 99–105.
- Unwin KB, Andrews MC et al., (2009). Therapeutic home adaptations for older adults with disabilities. *Am Fam Physician* 80 (9): 963–968, 970.
- Wilson DJ, Mitchell JM, Kemp BJ, Adkins RH, Mann W (2009). Effects of assistive technology on functional decline in people aging with disability. *Assist Technol*; 21 (4): 208–17.
- World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.

Pomen priprave jedilnikov za malice v gospodinjskih skupnostih v domovih starejših

The importance of preparing menus for meals in the household communities in nursing homes

Natalija Ritlop
Dom Danijela Halasa, Velika Polana

IZVLEČEK

Izhodišča: Motivacija za raziskavo je bila ugotoviti, na kakšen način stanovalce spodbuditi k sodelovanju in doseči maksimalno udeležbo pri sami aktivnosti, saj jih je večina navajala, da želijo aktivno sodelovati, pa kljub temu niso sodelovali, zato smo iskali vzroke za to. **Udeleženci:** Udeleženci v raziskavi so bili stanovalci, ki živijo v Domu Danijela Halasa. **Metoda:** Uporabili smo anketne vprašalnike. **Rezultati:** Skozi pol letno raziskavo smo pri stanovalcih ugotovili, da radi sodelujejo aktivno in tudi pasivno pri takih jedeh, ki jim nudijo možnost, da jih čim več skupaj lahko sodeluje. **Ugotovitve:** Pomemben je interdisciplinarni tim pri pripravi jedilnikov, pri katerem sodelujejo delovni terapevt, gospodinjske oskrbovalke, domski kuhar in prav tako stanovalci. Na pravilen način motivirani stanovalci izvajajo aktivnost aktivno in pasivno. Pomembna je tudi izbira jedi, pri kateri lahko sodeluje večina stanovalcev.

Ključne besede: gospodinjske oskrbovalke, aktivnost priprave jedi, aktivno sodelovanje, jedilniki, gospodinjske skupnosti,

ABSTRACT

Basis: Motivation for the research was to determine how to encourage the residents to participate and to achieve maximum participation in the activity itself, because most of them stated that they wish to participate actively, but nevertheless did not participate, so we're looking for reasons for that. **Participants:** Participants in the research were residents who live in the old citizen's home of Daniel Halas. **Method:** We used questionnaires. **Results:** Through the half-year research with the residents, we found out that they like to take part actively and passively in such dishes, which offer them the opportunity to work together as much as possible. **Conclusions:** The interdisciplinary team is important in the preparation of menus, in which the occupational therapist, household caregiver, home chef and residents also cooperate. Properly motivated residents carry out the activity actively and passively. Important is also the choice of dishes about which most of the residents can decide.

Key words: household carers, activity cooking, active participation, menus

IZHODIŠČA

Motivacija za raziskavo je bila ugotoviti, na kakšen način spodbuditi stanovalce Doma Danijela Halasa k sodelovanju pri aktivnosti priprave popoldanske malice, ter pri tem doseči maksimalno udeležbo stanovalcev pri aktivnosti, saj jih je večina navajala, da želijo aktivno sodelovati, pa kljub temu niso, zato smo iskali vzroke za to.

V domu Danijela Halasa so tri etaže s 5 kuhinjami in jedilnicami za 10-15 stanovalcev kar je predstavlja odlične pogoje za to, da se izvajajo aktivnosti po principu gospodinjskih skupnostih. Ena izmed gospodinjskih skupnostih je varovana gospodinjska skupnost. Poleg številnih aktivnostih in skupinah, ki se izvajajo v gospodinjskih skupnostih pod okriljem delovne terapije, smo dali poudarek na aktivnosti priprave popoldanske malice s stanovalci, ki jo izvajamo vsak ponedeljek in četrtek. Aktivnosti in skupine ustanovljamo na podlagi okupacij in želja, ki jih imajo stanovalci. Ena izmed okupacij stanovalcev je bila kuhanje.

Vsaka gospodinjska skupnost ima poleg ostalega zdravstvenega osebja, tudi gospodinjske oskrbovalke, ki poskrbijo poleg higiene in čistoče okolice tudi za različne družabne aktivnosti, ki se dogajajo tekom dneva. Aktivnosti potekajo od zjutraj do poznega popoldneva, od ponedeljka do sobote. V gospodinjskih skupnostih smo začeli tudi prakticirati priprave zajtrkov v vsaki čajni kuhinji kjer imajo stanovalci možnost izbire zajtrka in vpogled v samo pripravo. Tak način omogoča, da se posvetimo posamezniku in njegovim potrebam po prehranjevanju. Svojo ustvarjalno žilico pri pripravi jedi pa lahko stanovalci izrazijo aktivno pri ponedeljkovih in četrтковih popoldanskih malicah, ki jih skupaj z gospodinjskimi oskrbovalkami pripravljajo v čajnih kuhinjah. Tam imajo stanovalci možnost aktivnega sodelovanja ali pa samo opazujejo in se na ta način družijo z ostalimi stanovalci v gospodinjski skupnosti. Tako imajo možnost kuhati malice, ki ponavadi niso v jedilniku skozi teden in jedi, ki so jih jedli nekoč ali pa so pomembne za določen kraj.

Pripravljanje hrane je ena od vsakodnevnih dejavnosti ali okupacij, ki človeku pomenijo največ, je subjektivna in unikatna izkušnja posameznika (Čurič et al., 2013).

Vključenost v smiselne okupacije so v večini stanovalci povezovali z zdravjem oz. občutki zdravja, kar še dodatno potrjujejo tezo, da vključevanje v smiselne okupacije vpliva na zdravje in dobro počutje posameznika (Križaj, 2012)

Koncept gospodinjskih skupin predvideva vključevanje stanovalcev v dnevno dogajanje, zato je potrebno pozorno načrtovati delovno površino v kuhinji. Oblikovana naj bo tako, da lahko stanovalci sede sodelujejo pri delu. Naloga gospodinj je spodbuditi stanovalce k aktivnostim in jim omogočiti samostojno odločanje (Imperl, 2012).

Kdor dela s starejšimi ljudmi, se mora ukvarjati z njihovimi življenjskimi potrebami, telesnimi omejitvami, kognitivnimi in psihološkimi spremembami. Zato mora delovni terapevt pri starostniku previdno oceniti njegovo funkcionalno delovanje (Punwar, 2000). Na podlagi delovno terapevtske ocene starostnika prilagodimo aktivnost na način, ki je primerna posamezniku.

METODE

Udeleženci v raziskavi so bili stanovalci, ki živijo v Domu Danijela Halasa. Uporabili smo anketne vprašalnike, katere je 15 stanovalcev vsak ponedeljek in četrtek pol leta izpolnjevalo glede aktivnosti priprave malice. V anketi je sodelovalo 15 stanovalcev, od tega v vsaki gospodinjski skupnosti po 5 stanovalcev. Sodelovalo je 6 moških in 9 žensk. Njihova povprečna starost je bila 71 let. Anketo so izpolnjevali vsak ponedeljek in četrtek po gospodinjskih aktivnostih.

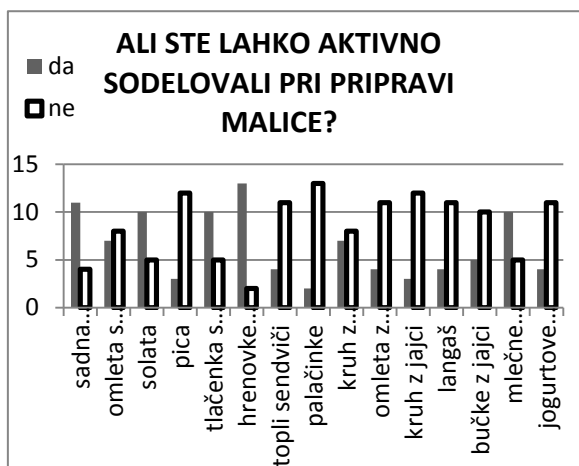
Namen raziskave je bilo ugotoviti primerne jedi za pripravo popoldanskih malic, s katerimi bi lahko večina stanovalcev bila aktivna pri pripravi jedi in ob tem poučiti gospodinjske oskrbovalke, na kakšen način se pravilno motivira in aktivira stanovalce pri aktivnostih.

REZULTATI

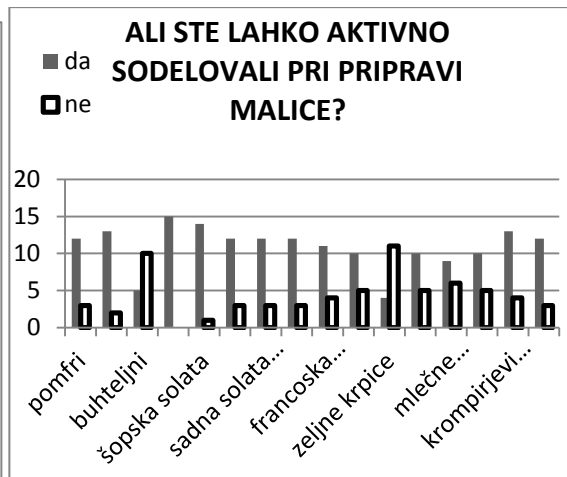
Stanovalci so v anketi odgovarjali na naslednja vprašanja iz katerih so spodaj prikazani grafi: ali vam je všeč malica, ali ste lahko aktivno sodelovali, ali vas je sodelovalo več kot 5 stanovalcev pri malici, ali želite aktivno sodelovati ali ste le opazovalec priprave malice, kaj vas ovira pri tem, da ne želite aktivno sodelovati in ali vam je všeč, če tudi samo opazujete pripravo (zakaj da in zakaj ne). Vprašanja so se nanašala na naslednje priprave malice: sadna solata s smetano, omleta s hrenovkami, solata, pica, tlačenka s čebulo, hrenovke in pomfri, topli sendviči, palačinke, kruh z zaseko, omleta z gobicami, paradižnikom in papriko, kruh z jajci, langaš, bučke z jajci, mlečne kumare in kuhan krompir ter jogurtove miške.

Pri pripravi popoldanskih malic moramo upoštevati smernice HACCP, ki opisujejo postopke načina rokovanja s posameznim živilom in način ter postopke obdelave, predelave živila. Prvi pogoj, da stanovalec aktivno sodeluje pri pripravi popoldanskem malice je, da je zdrav v smislu, da ni prenašalec kakšnega virusa – npr.: ne bruha, nima prebavnih težav, ne cedi se mu z nosu. Takšen stanovalec, ki želi aktivno sodelovati pri pripravi popoldanske malice, si v nadzorstvu gospodinjske oskrbovalke temeljito opere in razkuži roke, preden začne rokovati s kuhinjskimi pripomočki ali živili, ki so osnova za pripravo popoldanske malice (Haccp, 2008). Nato ga gospodinjska oskrbovalka opozori na morebitne nevarnosti pri izvajanju posameznega opravila – npr.: glede načina varne uporabe noža, da ne pride do ureznine ali prepoved približevanja štedilniku v čajni kuhinji gospodinjske skupnosti, ko se segreva steklokeramična plošča ali olje, da ne pride do neželenih opeklin. Po tej predpripravi je stanovalec pripravljen na aktivno sodelovanje pri pripravi popoldanske malice. Poleg priprave stanovalca je pomembno tudi, da živila, ki predstavljajo sestavine za pripravo popoldanskih malic in posoda za pripravo popoldanskih malic, pridejo direktno iz centralne kuhinje Doma Danijela Halasa, kjer kuharji preverijo vse potrebno po HACCP smernicah, preden dajo živilo in posodo na oddelke v čajne kuhinje gospodinjskih skupnosti (npr.: roke uporabnosti, svežino sadja in zelenjave, ...). Glede predpriprave živil, ki bodo toplotno obdelana, sodelujejo stanovalci skupinsko, kar pomeni, da skupaj z gospodinjsko oskrbovalko pripravijo jed do te stopnje, da je primerna za toplotno obdelavo.

Primerjava grafov med prvim ocenjevalnim obdobjem (februar- marec) in zadnjim ocenjevalnim obdobjem (junij – julij) glede na posamezna vprašanja v anketi.

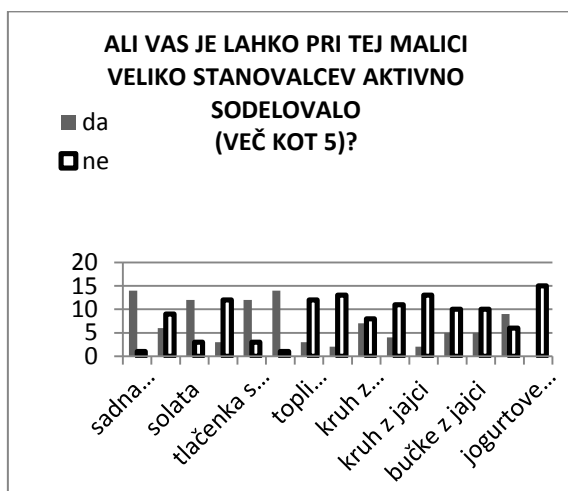


Graf 1: rezultati na prvo vprašanje ali so stanovalci lahko aktivno sodelovali pri pripravi malice za obdobje ocenjevanja za mesec februar – marec

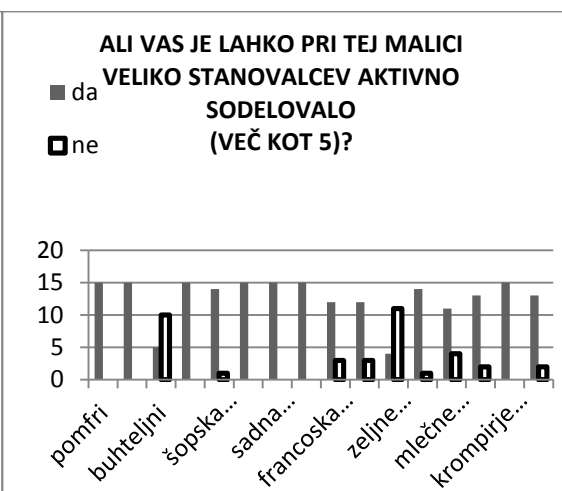


Graf 2: rezultati na vprašanje ali so stanovalci lahko aktivno sodelovali pri pripravi malice za obdobje junij - julij

Pri vprašanju ali so stanovalci lahko aktivno sodelovali pri pripravi malice, kar nakazuje graf 1, je razvidno, da so stanovalci najaktivneje sodelovali pri naslednjih pripravah malice: sadna solata s smetano, solata, tlačenska s čebulo, hrenovke in pomfri ter mlečne kumare in kuhan krompir. Iz tega lahko sklepamo, da stanovalci sodelujejo pri takih malicah kjer imajo možnost rokovanja z nožem (lupljenje, rezanje, mazanje). Pri teh malicah je sodelovala več kot polovica vseh vprašanih stanovalcev. Pri malicah, ki tega niso vsebovale ali je vsebovalo samo kuhanje, stanovalci niso želeli sodelovati in so raje aktivnost prepustili gospodinjskim oskrbovalkam. Čez dva meseca smo analizo anket ponovili. Izboljšali smo jedilnike malic v sodelovanju s stanovalci in z domsko kuhinjo. Izbirali smo take jedi, ki so stanovalcem nudile večjo možnost aktivnega sodelovanja in jedi, pri katerih bi lahko sodelovalo čim več stanovalcev v gospodinjski skupnosti. Pri bolj skrbni izbiri jedilnika smo opazili, da so stanovalci začeli bolj aktivno sodelovati v primerjavi z prejšnjim obdobjem kar nakazuje graf št. 2 iz katerega je razvidno, da je pri več kot polovica vprašanih stanovalcev sodelovala pri vseh malicah aktivno.

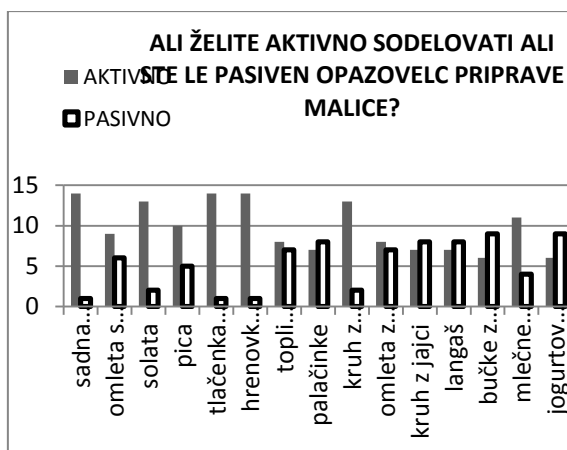


Graf 3: rezultati na vprašanje ali je sodelovalo več kot 5 stanovalcev pri aktivnosti priprave malice za obdobje februar – marec

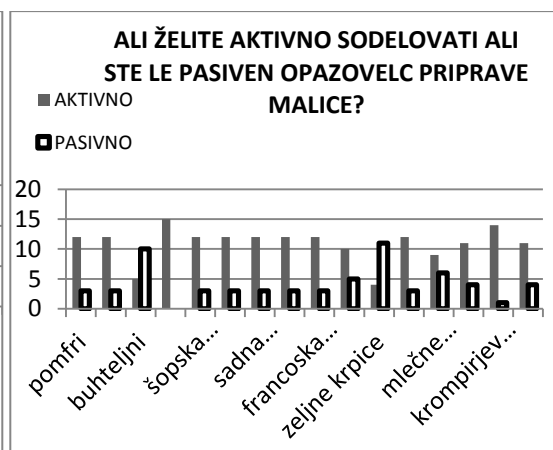


Graf 4: odgovori na vprašanje ali je lahko pri aktivnosti priprave malice sodelovalo več kot 5 stanovalcev aktivno za obdobje junij – julij

Iz grafa 3 (rezultati na vprašanje ali je aktivno sodelovalo več kot 5 stanovančev) je razvidno, da je največ stanovančev sodelovalo pri takih malicah, ki so vsebovala lupljenje in rezanja. Pomembno je, da izbiramo malice, kjer lahko sodeluje čim več stanovančev naenkrat. Iz tega je izhajalo, da smo v sodelovanju s stanovančci in domsko kuhinjo izbirali jedi, ki bi omogočala čim večjo zaposlenost in aktivnost večine stanovančev kar nakazuje graf 4 (rezultati na vprašanje ali je aktivno sodelovalo več kot 5 stanovančev) pri katerem je razvidno, da je pri skoraj vseh malicah sodelovala velika večina stanovančev aktivno. Pomembno je, da se je po zadnjem ocenjevalnem obdobju (graf št.4) povečala tudi porast pasivne prisotnosti pri aktivnosti. Tako je v času priprave popoldanskih malic bila večina stanovančev gospodinjske skupnosti prisotna pri aktivnosti.



Graf 5: rezultati na vprašanje ali si stanovančci želijo aktivno sodelovati za obdobje februar- marec



Graf 6: rezultati na vprašanje ali si stanovančci želijo aktivno sodelovati za obdobje junij –julij

Na vprašanje ali si stanovančci želijo aktivnega sodelovanja (graf 5) so razvidni podatki, ki nakazujejo, da si stanovančci želijo pri vseh malicah aktivno sodelovati, čeprav niso sodelovali pri vseh aktivno, kar je razvidno iz prejšnjih grafov, grafa 3 in 4. Večina stanovančev si želi aktivno sodelovati pri malicah, ki jih poznajo ter vsebujejo aktivnost rezanja in lupljenja ter pri katerih lahko sodeluje večina stanovančev hkrati. V anketiranem obdobju junij - julij (graf 6) pa nakazuje, da je v primerjavi z prejšnjim anketiranim obdobjem (februar – marec) opaziti, da je več kot polovica vprašanih pripravljena sodelovati aktivno pri vseh malicah in ne samo pasivno, kot je razvidno v obdobju februar – marec, v katerem so bili pripravljene sodelovati aktivno pri malicah, ki so jim bile poznane, pri ostalih pa le pasivno. V obdobju junij – julij pa opažamo, da so pripravljene aktivno sodelovati pri vseh malicah ne glede na to, ali jim je jed poznana ali pa ne, saj so pridobili zaupanje gospodinjskih oskrbovalk. Stanovančci namreč vedo, da jim bodo gospodinjske oskrbovalke razložile pripravo jedi, da bodo priskočile na pomoč, da bodo navzoče pri celem postopku priprave in da jih bodo znale pravilno usmerjati. Opažamo, da se je porast stanovančev, ki želijo aktivno sodelovati zelo povečal in tako stanje želimo ohraniti tudi v prihodnje pri vseh pripravah malic, saj se zavedamo, da je za tako stanje potrebna pravilna motivacija in sodelovanje s stanovančci pri aktivnostih ter pri pripravah jedilnikov.

Naslednje vprašanje se je nanašalo na stanovančce, ki so odgovorili, da ne želijo sodelovati aktivno. Zanimali so nas vzroki, ki so prikazani v spodnji primejalni tabeli med obdobjema februar – marec in obdobjem junij – julij.

Tabela 1: Prikaza vzrokov zakaj stanovanlci ne želijo aktivno sodelovati za obdobje februar –marec in obdobje junij – julij

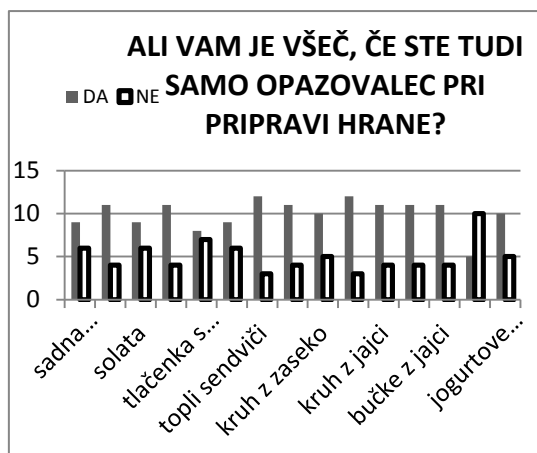
Prvo anketirano obdobje februar - marec	Prvo anketirano obdobje junij -julij
VZROK	VZROK
- ne zmorem rezati	- včasih se ne počutim dobro in raje opazujem
- ne znam kuhati,	- ko me kaj boli raje opazujem
- ne vidim dobro,	
- gospodinjske oskrbovalke naredijo hitreje kot jaz, ker ne zmorem rezati,	
- če mi dajo režem, drugače pa ne	
- slabo vidim rezati, vendar lupim pa lahko	
- ne znam pripravljati določene malice	
- ker se mi tresejo roke,	
- raje opazujem,	
- ne zmorem, ker sem se bal	
- kritike sstanovanlcev zato raje opazujem	

Iz tabele 1 so razvidni razlogi, zakaj se stanovanlci ne želijo vključiti v pripravo malic. Največji razlog je v osebnju, saj stanovanlci navajajo, da gospodinjske oskrbovalke to naredijo hitreje. S tem stanovanlce dejansko odvrnejo od tega, da bi poskusili pomagati pri pripravi popoldanskih malic. Iz navedenega izhodišča izhaja, da morajo gospodinjske oskrbovalke pravilno usmerjati in jih spodbujati k temu, da stanovanlce pravilno vodijo, spodbujajo k poskušanju pripravljanja popoldanskih malic, jih pravilno motivirajo in s tem pripomorejo k izboljšanju kvalitete bivanja stanovanlcev. Gospodinjske oskrbovalke smo poučili o pravilnem zaporedju izvajanja aktivnosti: razkuževanje rok, prebiranje receptov, razdelitev nalog med stanovanlce, spodbujanje, razlaganje nejasnosti in izvajanje aktivnosti. Pri natančnejši razlagi aktivnosti so stanovanlci bolj samozavestni, motivirani, se počutijo pomembne, hkrati pa so vključeni v družbo drugih stanovanlcev kjer se med seboj spodbujajo. Vse navedeno pripomore h kvaliteti in vrednosti bivanja ter dobrega počutja stanovanlcev v Domu Danijela Halasa. Tudi pri razlogu, »ne znam pripraviti malice«, morajo gospodinjske oskrbovalke pomagati in stanovanlcem razložiti potek priprave. Pomembno je, da stanovanlci pomagajo pripravljati malico, se pravi rezati, lupiti, mešati, tehtati itd. Stanovanlcem gospodinjske oskrbovalke najprej razložijo pomen higiene in varne priprave popoldanskem malice, potek recepta in dela. Pomembno je tudi, da opazujemo, kako stanovanlci med seboj sodelujejo in jih motiviramo k temu, da vsi delamo dobro, da se ne bi bali kritik stanovanlcev (takšen je bil odgovor stanovanlca).

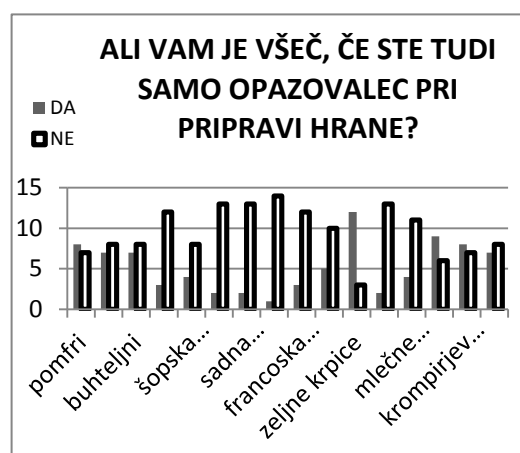
Če primerjamo obdobje februar – marec in obdobje junij - julij opazimo, da je zelo malo vzrokov v obdobju junij - julij, zakaj stanovanlci nočejo sodelovati aktivno. Ti vzroki so predvsem osebne narave, ki vsebujejo zdravstvene težave. Le en razlog opazimo, da si nekateri stanovanlci tudi ne upajo prositi, da bi radi delali, zato moramo še naprej spodbujati stanovanlce oz. jih vprašati, če bi radi sodelovali. Opazimo tudi, da ni več nobenega vzroka, da bi se stanovanlci branili pripravljati malice zaradi gospodinjskih oskrbovalk, kot so navajali v obdobju februar- marec, da nočejo sodelovati, ker sestre to naredijo hitreje. To pomeni, da smo gospodinjske oskrbovalke dobro poučili, da se malice pripravljajo s stanovanlci in jih ne pripravljajo gospodinjske oskrbovalke same namesto njih. Poučiti jih

moramo le še v smeri, da naj vsakega stanovalca v gospodinjiski skupnosti vprašajo, če je pripravljen sodelovati aktivno ali pa bo raje samo opazoval.

Pri naslednjem vprašanju je bil namen ugotoviti ali je stanovalcem všeč, če samo opazujejo pripravo hrane ali pa kljub vsemu želijo sodelovati aktivno. Pri vsakem odgovoru nas je zanimalo, zakaj je temu tako.



Graf 7: rezultati vprašanja, če je stanovalcem všeč, če tudi samo opazujejo pripravo malice za obdobje februar -marec



Graf 8: rezultati vprašanja, če je stanovalcem všeč, če tudi samo opazujejo pripravo malice za obdobje junij – julij

Stanovalcem je tudi všeč, če samo opazujejo pripravo hrane, se pravi, da so prisotni, ko se malice pripravljajo in kuhajo. Pasivnost se poveča pri pripravi malic, ki so stanovalcem neznane (npr.: langaš). Gre za jedi, ki so povezane z določeno geografsko lego. Pasivnost se poveča tudi pri malicah, ki se pečejo ali kuhajo, kjer nimajo toliko možnosti za sodelovanje. Pri vsakem odgovoru nas je zanimalo, zakaj jim je všeč, če tudi samo opazujejo in zakaj jim ni všeč, če opazujejo. Navedeno je prikazano v spodnji tabeli.

Tudi v obdobju junij – julij (graf 8) opažamo, da stanovalci radi sodelujejo tako aktivno kot tudi pasivno, odvisno od vrste malice, ki se pripravlja. Pri tistih malicah, kjer imajo možnost vsi aktivnega sodelovanja, si želijo aktivno sodelovati, pri malicah kjer je manjša možnost, da bi vsi aktivno sodelovali, pa so raje samo opazovalci. Pomembno pri tem pa je, da si želijo biti stanovalci prisotni pri sami aktivnosti, ne glede na to, ali bodo samo opazovali ali pa tudi aktivno sodelovali.

Tabela 2: združeni odgovori na vprašanje, zakaj je stanovalcem všeč, če samo opazujejo pripravo malice in zakaj ne za obdobje februar – marec ter obdobje junij - julij

Všeč, mi je če opazujem ker:	Ni mi všeč, če opazujem ker:
- diši	- raje aktivno sodelujem
- rad opazujem pripravo hrane	- ker sem že rada doma kuhala
- ker se družimo	- všeč mi je če lahko pomagam
- zanimivo je tudi opazovati	- lepo je pripravljati malice, saj niso težke za pripravljati
- tisto kar ne znam pripraviti raje opazujem	- rad pomagam
- rad vidim kako se pripravlja	- me veseli pripravljati malice

Tisti stanovalci, ki zaradi kakršnegakoli vzroka ne zmorejo aktivno sodelovati, so zadovoljni tudi, če samo opazujejo pripravo hrane, saj jim je všeč, ker diši, ker so v družbi,

ker opazujejo potek priprave hrane. Opazovanje je za take stanovalce zelo pomembno, saj so tako del nečesa aktivnega. Za tiste stanovalce, ki pa so zmožni aktivno sodelovati, pa je pomembno, da sodelujejo, ker jim je všeč, da so aktivni tako, kot so bili doma.

Stanovalcem je v obdobju junij - julij bilo všeč, če so lahko tudi samo opazovali, saj jim to nudi zadovoljstvo, ker so v družbi in da opazujejo samo dogajanje. Večkrat je vzrok za opazovanje tudi bolezen, utrujenost in bolečina, ampak se kljub temu ne umaknejo v sobo in raje opazujejo, se pravi pasivno sodelujejo. Večina jih je najbolj zadovoljna, ko so aktivni, saj lahko delijo svoje nasvete in se počutijo predvsem koristni, ko lahko nekaj naredijo in si na ta način zapolnijo dneve. Stanovalci so radi pri aktivnosti priprave jedi tako aktivno kot tudi pasivno, za kar navajajo različne vzroke. Pomembno je, da njim nudimo možnost aktivnosti, ki so jih počeli doma, saj se na ta način približamo domačnosti, ki so je bili vajeni doma. Preko aktivnosti se tudi socializirajo v domu, spletejo se nova poznanstva in vezi, preprečujemo osamljenost in ohranjamo voljo tudi do drugih aktivnostih.

RAZPRAVA

V Domu Danijela Halasa smo ustanovili 3 gospodinjske skupnosti, od katere je ena gospodinjska skupnost na varovanem oddelku. Čez cel dan, od zjutraj do poznega popoldneva, potekajo različne aktivnosti in skupine, ki stanovalcem prinašajo zapolnitev dneva in na katere se vključujejo po svojih željah in sposobnostih. Poleg delovnega terapevta, ki vodi različne skupine s stanovalci in je koordinator gospodinjskim oskrbovalkam, potekajo aktivnosti tudi z gospodinjskimi oskrbovalkami. Ene iz med teh aktivnosti so gospodinjske aktivnosti ob ponedeljkih in četrtek, ko s stanovalci pripravljamo popoldansko malico in tako nudimo stanovalcem možnost aktivnega sodelovanja in ustvarjanja. Prehranjevanje je bilo že od nekdaj zelo pomembno in je tudi vzrok domačnosti.

Motiv po hrani je eden osnovnih človeških motivov, brez katerega ne moremo preživeti (Grum in Seničar, 2012).

Hranjenje in pitje je življenjska aktivnost, ki je nujno potrebno za človekovo preživetje. Gre za sprejemanje hrane oziroma hranilnih snovi in tekočin (Pajnkihar, 1999). Pomembno je poznati starostnikov odnos do prehranjevanja in pitja, kajti negativen odnos je lahko vzrok ali posledica poslabšanja zdravstvenega stanja. Če starostnik živi sam, ne čuti želje, da bi si pripravljaj redne obroke, zato jih največkrat nadomesti s suho hrano, konzervami in sladkarijami (Berčan, 2010). Zato stanovalcem omogočamo pripravo hrane, da poleg tega, da lahko aktivno sodelujejo, omogočimo s tem večji tek po hrani tudi stanovalcem, ki so nezmožni sodelovanja vendar so prisotni pri pripravi kjer jih različni vonji spomnijo na preteklost in jim da večjo voljo do zaužitja hrane.

Bistvo obravnave delovnega terapevta je, da starejšim kljub funkcionalnim oviram omogoča udeležbo v tistih življenjskih aktivnostih, ki imajo za njihovo življenje smisel in pomen. Ta način namreč vpliva na njihovo zdravje, dobro počutje in zadovoljstvo v vsakdanjem življenju. Okupacije v povezavi s hrano so prežete s tradicijo, običaji, spomini, nostalgijo, skupnostjo, družino (Čurič et al., 2013).

Preko aktivnosti priprave jedi želimo stanovalce v gospodinjski skupnosti povezati v skupino, preprečiti osamljenost in jim nuditi približek domačnosti, ki so je bili vajeni doma, zato jih tudi spodbujamo, da pomagajo pri pripravi jedilnikov za popoldanske malice, da izberejo jedi, ki jih bodo spominjale na preteklost in tako spodbudile apetit, odprle se bodo teme za pogovor in preprečile izoliranost ter zadrževanje v sobah.

Tudi pri raziskavah gospodinjskih skupnostih na Nizozemskem so ugotovili, da so stanovalci sprejeli gospodinjsko enoto za svoj dom. Največ se zadržujejo v dnevnem

prostoru, kjer pijejo kavo ali berejo. Dejavnosti jim zagotavljajo stabilno dnevno rutino. Stanovalci se lahko vključujejo v različne aktivnosti, kot je pripravljanje pogrinjkov ali pomivanje posode, kar jim omogoča ohranjanje identitete in jim daje občutek domačnosti. Raziskovalci zaključujejo, da je ključ do individualno orientirane oskrbe ljudi z demenco in tudi ostalih stanovalcev v tem, da se ljudem omogoči živeti v okolju, ki jim nudi kar največjo domačnost. S tem in s čim večjo vključitvijo družinskih članov v njihov vsakdan jim omogočimo, da ohranijo svojo osebnost (Lipar in Rant, 2012). V majhnih skupinah se izvajajo aktivnosti, ki se zgledujejo po domačem gospodinjstvu. Življenje v taki bivalni obliki je skoncentrirano okoli štedilnika. Zaposleni v gospodinjski skupini so ves dan v stalnem stiku s stanovalci (Imperl, 2012).

Gospodinjske oskrbovalke smo spodbujali in poučevali, da dajo stanovalcem možnost aktivnega sodelovanja, da spodbujajo stanovalce k sodelovanju in da spodbudijo stanovalce, ki zaradi kakršnih koli razlogov ne zmorejo ali nočejo aktivno sodelovati, da pridejo iz sobe in se pridružijo kot opazovalec pri aktivnosti, saj je pomembno, da so tudi taki stanovalci prisotni pri različnih aktivnostih zaradi preprečevanja osamljenosti in boljšega počutja, ko so med družbo. Sčasoma so stanovalci ugotovili in navajali različne pozitivne vzroke zakaj je dobro biti prisoten pri aktivnostih pa čeprav samo kot opazovalec. Tudi gospodinjske oskrbovalke so sčasoma začele pravilno spodbujati stanovalce k aktivnostim in jim omogočale aktivnega sodelovanja ali opazovanja.

Znano pohištvo, vonjave in druge čutne zaznave nudijo stanovalcem pomembno orientacijsko oporo. Spodbudijo izgubljene sposobnosti za obvladovanje vsakodnevnega življenja, priključijo spomine in s tem sprožajo dobro počutje. Poleg privlačne in pregledne arhitekture so pomembni zlasti dražljaji, ki jih izzovejo šumi, vonjave in zbujejo spomine. Tako se v kuhinji gospodinjske skupine, kot v vseh običajnih gospodinjstvih, odvija družabno življenje. Stanovalci se lahko aktivno vključujejo v kuhanje, ali samo sedijo poleg. Na ta način se zbujejo spomini: sedeti v kuhinji, vonjati svežo kavo, poslušati cvrčanje čebule v ponvi in ob tem prisluhniti najljubši pesmi na radiu (Imperl, 2012).

SKLEP

Poleg manjše in pregledne skupine, stalnega osebja ter s tem boljšega poznavanja stanovalcev, je nezanemarljiva pridobitev na kakovosti hrane, ki se preseli le nekaj metrov od štedilnika na mizo stanovalca. Dokazano je tudi manj ostankov hrane, saj se kuha in pripravlja veliko bolj osebno, zaradi dobrega poznavanja stanovalcev je tudi količinsko prilagojena (Imperl, 2012).

Pomemben je interdisciplinarni tim pri pripravi jedilnikov, pri katerem sodelujejo delovni terapevt, gospodinjske oskrbovalke, domski kuhar in prav tako stanovalci. Na pravilen način motivirani stanovalci izvajajo aktivnost aktivno ali samo pasivno. Večina stanovalcev gospodinjske skupnosti je tudi prisotna pri aktivnosti. Pomembna je tudi izbira jedi, pri kateri lahko sodeluje večina stanovalcev. Aktivnost priprave jedi je stanovalce v gospodinjskih skupnostih med seboj povezala v smislu prijateljstva, druženja, predstavlja jim pomemben dogodek ter jim daje občutek domačnosti in pripadnosti. To smo dosegli s skrbnim izbiranjem pravih jedi za pripravo, s poučevanjem gospodinjskih oskrbovalk, kako se spodbuja in motivira stanovalce, ter jim nudijo možnost, da sami izvedejo aktivnost in s pravilnim motiviranjem stanovalcev k aktivnosti.

Ugotovili smo, da gospodinjske skupnosti veljajo za boljšo možnost integracije in individualizacije, saj stanovalcem omogoča sodelovanje pri vsakdanjih opravilih, prav tako pa jih časovno ne omejujejo, kot je to značilno za običajne domove za starejše (Dobrišek, 2013).

Hrana je osnovna življenjska potreba, ki se začne že v materinem telesu in nas spremlja skozi vse življenje. Okoli domačega ognjišča, kjer se pripravljajo obroki, je vsak odrasel in se razvil v človeka, kot je danes. Te izkušnje prinesejo starejši s sabo v domove starejših, kjer jim nudimo tiste aktivnosti, ki bi jih spominjale na preteklost in na dom, zato jih spodbujamo k aktivnemu sodelovanju. Na ta način si pridobijo samozavest, zaupanje v ljudi ter predvsem ohranijo misel, da je tudi v zadnjem obdobju življenja smiselno biti aktiven.

ZAHVALA

Zahvaljujem se ga. mag. Tadeji Pitz Prasl, strokovni vodji doma Danijela Halasa in g. Bojanu Hozjanu, vodji kuhinje doma Danijela Halasa za pomoč pri pripravi članka.

LITERATURA

- Berčan M (2010). Starostnik v domačem okolju – vidik patronažne medicinske sestre. *Kakovostna starost* 13 (2): 5-18
- Čurič D, Pirnat S, Križaj T (2013). Peka potice kot smiselna okupacija starejših v Sloveniji in sredstvo za medgeneracijsko sodelovanje. *Kakovostna starost* 16 (2): 22- 35
- Dobrišek T (2013). Sociološka analiza domov za ostarele in sodobne oblike bivanja starejših. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Grum D, Seničar M (2012). Uvod v psihologijo prehrane. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, oddelek za živilstvo.
- Haccp(2008). [http:// www. mz.gov.si /fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ mz_dokumenti/ zakonodaja/ varnost_hrane/ splosna_zakonodaja/ Microsoft_Word_-_ NATIONAL_GUIDES_z_glavo_za_objavo.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/varnost_hrane/splosna_zakonodaja/Microsoft_Word_-_NATIONAL_GUIDES_z_glavo_za_objavo.pdf). <20.2.2014>
- Imperl F (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. 1. izdaja. Logatec: Firis Imperl & Co.
- Križaj T (2012). Smiselne okupacije pri starejših. *Delovna terapija – stroka sedanjosti*: 97 - 104
- Lipar T, Rant M (2012). Drobci iz gerontološke literature. *Kakovostna starost* 15 (3): 85-89
- Pajnkihar M (1999). *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
- Punwar A, Peloquin S. *Occupational Therapy. Principles and Practice*. Lippincott: Williams & Wilkins, 2000

Izvajanje hišnih opravil pri starejših osebah v domačem okolju

Performance of the household activities by the elderly in their home environment

Katarina Kacjan Žgajnar, Alenka Plemelj
UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča: Samostojnost izvajanja hišnih opravil za starejšo osebo pomeni samostojno bivanje v njenem življenjskem okolju. Fiziološki položaji, ustrezni vzorci gibanja in ergonomsko okolje omogočajo varno izvedbo aktivnosti. **Udeleženci/preiskovanci:** V raziskavi je sodelovala 101 oseba, stara 65 in več let, pri izvajanju enajstih hišnih opravil v njenem domačem okolju. **Metoda:** Uporabljeni sta bili modificirana metoda OVACO Working Postures Analysing System in opisna ocenjevalna lestvica od 1 do 5. **Rezultati in ugotovitve:** Telesni položaji pri obešanju perila so bili največkrat (42-krat) ocenjeni z oceno 4, kar pomeni izvedbo aktivnosti v nefizioloških položajih v več telesnih segmentih, le 13-krat pa z oceno 1, kar pomeni izvedbo aktivnosti v fiziološkem položaju. Starejše osebe hišna opravila velikokrat izvajajo neergonomsko in pogosto nevarno. Poučevanje, kako posamezne aktivnosti izvesti ergonomsko, bi prispevalo k večji varnosti, s tem bi se tudi dlje ohranjali samostojnost in kakovost življenja starejših oseb.

Ključne besede: aktivnost, starostnik, varnost, ergonomija, modificirana metoda OWAS

ABSTRACT

Introduction: Autonomy of housework implementation in case of older person represents independent life in its home environment. Physiological positions, the corresponding patterns of movement and the ergonomic environment facilitate the safe execution of activities. **Participants/Subjects:** The study involved 101 people aged 65 years and over, with the implementation of eleven housework in her home environment. **Methods:** Used were modified OVACO Working Postures Analysing System and method of descriptive grading scale from 1 to 5. **Results and conclusions:** Postures for performance of laundry hanging was frequently (42 times) estimated with rating of 4, which means carrying out activities in a non-physiological positions, meanwhile only 13 times respondents estimated activity with 1, which corresponds to the physiological situation. Older people often provide housework in non-ergonomic way and dangerous. Education of ergonomic performance of individual activities would contribute to better safety, consequently to independence and life quality of older people.

Key words: activity, elderly, safety, ergonomics, modified OWAS method

IZHODIŠČA

Ergonomija v najširšem pomenu besede pomeni oblikovanje takšnega okolja in pripomočkov, ki omogočajo učinkovito izvedbo aktivnosti v naravnih položajih (Bilban, 2005; Gomzi, 2002; Sušnik 1987). Prinaša pomembna spoznanja tudi v domače okolje in s svojim vedenjem preprečuje tako utrujenost kot bolečine ali celo potencialne nevarnosti (Polajnar in Verhovnik, 2007; Pheasant, 1991; Bilban, 1999). Ta spoznanja so še posebej pomembna pri starejših. Izvedba hišnih opravil je pri njih pogosteje povezana s težavami, ki posledično izhajajo iz fizioloških sprememb zaradi procesov staranja. Mejna starost, pri kateri govorimo, da nastopajo značilne starostne spremembe: upočasnitev procesov in posledično zmanjšano delovanje različnih organskih sistemov, je 65 let (Ebersole in sod., 2005; Skela Savič in sod., 2010).

Hišna opravila (čiščenje, skrb za oblačila, priprava obrokov ...) po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije sodijo med tako imenovane instrumentalne/širše dnevne aktivnosti (IVZRS, IRSR, 2006). Ameriško združenje delovnih terapevtov jih uvršča med širše dnevne aktivnosti kot aktivnosti urejanja in upravljanja doma, priprave obrokov in čiščenja (AOTA, 2002). Njihovo samostojno izvajanje je pomembno za delovanje posameznika v njegovem življenjskem okolju.

Izvajanje hišnih opravil vključuje pomembne vloge, vrednote, osebo osmišlja in izpolnjuje. Predvsem pa predstavlja številne rutine, ki pomembno tvorijo dnevno strukturo ter ohranjajo okupacijsko identiteto in delovanje. Za posameznika pridobijo smisel ter prispevajo h kakovosti življenja in splošnemu občutku dobrega počutja (Yerxa, 1998). Tudi Domajnko in Pahor (2009) ugotavljata, da starejši opravljajo koristna opravila (gospodinjska opravila, varovanje vnukov, skrb za sosesko), ki jim dajejo zadovoljstvo in občutek kakovosti življenja.

Križaj (2012) je raziskovala smiselne okupacije pri starejših. Pregled literature je pokazal, da je bilo starejšim pomembno biti vključen v njim pomembne vsakdanje okupacije, pa čeprav so zaradi tega tvegali padce in poškodbe.

Številne raziskave tako doma kot v tujini poročajo o težavah, ki spremljajo starejše pri delovanju v domačem okolju. V raziskavi, ki so jo leta 2006 opravili Lebar, Tomšič in Ficzkó v Ljubljani, se je izkazalo, da ima med 80 starejšimi kar 72 oseb težave pri pranju in 78 pri čiščenju. V večini primerov so starejši izjavili, da tega ne izvajajo, a pogosto izražajo željo po tem, da bi to naredili (Lipar, 2012).

Dejavniki težav izhajajo iz osebe same in iz okolja. Pomen dejavnikov okolja za izvedbo aktivnosti sta raziskovali Ocepek in Pihlar (2013), ki na osnovi pregleda literature ugotavljata, da prilagoditve okolja vplivajo na samostojnost in varnost pri izvajanju dnevnih aktivnosti, kar posledično zmanjša nevarnost padcev in zviša kakovost življenja starejših. Literatura pogosteje navaja raziskave, usmerjene v dejavnike okolja (Pinto et al, 2000; Kahya et al, 2009), redkeje pa navaja rezultate raziskav, ki bi bile osredotočene na opazovanje telesnih položajev pri izvajanju hišnih opravil in odstopanja le-teh pri osebah, starejših nad 65let. Npr. jemanje predmetov z višje ležečih polic pogosto zahteva stojo na prstih, zasuk hrbtenice v torakolumbalnem delu (to privede do spremembe težišča telesa) in dvig zgornjega uda nad višino ramen. Vse to je odstopanje od fiziološkega položaja v več segmentih telesa. Raziskave navajajo priporočila za dopustno višino zgornjih polic pri starejših, in sicer 1400 mm (Pinto et al, 2000) ali 1600 mm (Kirvesoja et al, 2000).

Osredotočenost raziskave na telesne položaje pri izvajanju hišnih opravil izhaja iz rezultatov drugih raziskav, ki ugotavljajo, da je pri starostnikih v Sloveniji najpogostejša težava slabša gibljivost (Hvalič Touzery, 2007).

Namen raziskave je bil z ocenjevalnim instrumentom prikazati najznačilnejše položaje telesnih segmentov starejših oseb pri izvajanju hišnih opravil v njihovem domačem okolju. Zanimalo nas je, ali pri izvajanju omenjenih opravil prihaja do odstopanj od fizioloških položajev izvedbe aktivnosti. Ta odstopanja pri izvajanju posameznih aktivnosti smo med seboj primerjali.

METODE

Preiskovanci so bili naključno izbrani starejši (nad 65 let), ki živijo v domačem okolju in so pri opravljanju hišnih opravil samostojni. S pomočjo študentov drugega letnika Oddelka za delovno terapijo smo novembra 2013 naredili analizo izvajanja enajstih hišnih opravil pri starejših. V analizi smo upoštevali 101 udeleženca raziskave, povprečna starost pa je bila $71,4 \pm 5,6$. Podrobni podatki so opisani v tabeli 3.

Za opazovanje izvajanja aktivnosti sta bili uporabljeni metoda OWAS (OVACO Working Postures Analysing System) (Karhu in sod., 1977), ki je doživljala svoj razvoj in modifikacije (Karhu in sod., 1981; Stoffert, 1985; Sušnik, 1987; Louhevaara in Suurnäkki, 1992), in opisna ocenjevalna lestvica od 1 do 5, kjer 1 pomeni izvedbo aktivnosti v fiziološkem položaju, 5 pa največ odstopanj od fizioloških položajev telesa ter tudi nevarno izvajanje. Ocena 5 pri določenih hišnih opravilih (obešanje perila, čiščenje oken, uporaba pomivalnega in pralnega stroja, zlaganje stvari na visoke police) predstavlja potencialno nevarnost za padec. Primer obeh metod je prikazan v tabeli 1 in tabeli 2 za aktivnosti obešanje perila in sesanje. Uporaba obeh ocenjevalnih inštrumentov je zagotavljala verodostojnost rezultatov raziskave, saj so bili v primeru neujemanja rezultatov iz obeh metod takšni primeri izločeni.

Rezultati so bili statistično obdelani s programom SPSS Statistics 20. Za primerjavo izvedbe posameznih aktivnosti smo uporabili parni t-test.

Tabela 1. Obrazec modificirane metode OWAS za primer obešanja perila in likanja

SEGMENT	TORAKOLUMB. HRBTENICA				ZGORNJA UDA				ROKI			SPODNJA UDA									GLAVA					SILE (N)							
	1,1	1,2	1,3	1,4	2,1	2,2	2,3	2,4	3,1	3,2	3,3	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	6,1	6,2	6,3					
aktivnosti																															10 do 99	100 do 199	> 199
obešanje perila																																	
likanje																																	

Tabela 2. Opisna ocena odstopanj izvedbenih položajev telesa od fizioloških pri aktivnostih obešanja perila in likanja

Kako najpogosteje izvajate aktivnost – pokažite in opišite:	1) stojim na tleh, medenica v naravnem položaju, torakolumbalna hrbtenica vzravnana, nadlakti ob telesu, glava (vratni del) vzravnana, uporaba primerne pripomočka (stojalo za obešanje perila na primerni višini za primerno obremenitev rok), košara s perilom v višini rok	2) stojim na tleh, medenica v naravnem položaju, torakolumbalna hrbtenica vzravnana, nadlakti ob telesu, glava (vratni del) vzravnana, ustrezen pripomoček, vendar je zaboje s perilom na tleh in zahteva sklanjanje in pripogibanje	3) stojim na tleh, medenica v naravnem položaju, torakolumbalna hrbtenica vzravnana, nadlakti stran od telesa , glava (vratni del) vzravnana, ustrezen pripomoček, vendar je zaboje s perilom na tleh in zahteva sklanjanje in pripogibanje	4) obešanje perila na visoko vrv pred seboj , stojim, medenica v neustreznem položaju (potisnjena nazaj), torakolumbalna hrbtenica nagnjena, roke dvignjene nad glavo , nadlakti stran od telesa, glava nagnjena nazaj	5) obešanje perila na visoko vrv pred seboj, stojim, medenica v neustreznem položaju (potisnjena nazaj), torakolumbalna hrbtenica nagnjena, roke dvignjene nad glavo, nadlakti stran od telesa, glava močno nagnjena nazaj, stopim na pručko, da dosežem vrv
OBEŠANJE PERILA					
Kako najpogosteje izvajate aktivnost – pokažite in opišite:	1) stojim na tleh, medenica v naravnem položaju, torakolumbalna hrbtenica vzravnana, nadlakti ob telesu, glava (vratni del) vzravnana, uporaba prim. pripomočka (ustrezna višina) ali likanje sede v pravilnem gibalnem vzorcu na ustrezni višini mize, ena noga položena na pručko za razbremenitev druge noge	2) stojim na tleh, medenica v naravnem položaju, torakolumbalna hrbtenica upognjena (zaradi neustrezne višine likalne površine) , nadlakti stran od telesa , glava vzravnana, uporaba pručke za eno nogo, tudi neustrezno sedenje zaradi neustreznih višin, premalo prostora za organizacijo ustreznega zaporedja	3) stojim na tleh, medenica neustrezno , torakolumbalna hrbtenica upognjena, nadlakti stran od telesa , glava (vratni del) upognjena , velik obseg giba za doseg leve in desne strani likalne površine, neustrezen položaj rok zaradi previsoke mize	4) stojim na tleh, torakolumbalna hrbtenica upognjena , nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena , noge prekomerno obremenjene v istem položaju, brez pručke , medenico zvrnem v levo ali desno	5) stojim na tleh, torakolumbalna hrbtenica upognjena , nadlakti stran od telesa, glava (vratni del) upognjena , več teže na eni nogi – noge prekomerno obremenjene v istem položaju, brez pručke , medenico zvrnem v levo ali desno
LIKANJE					

REZULTATI

Med analizo rezultatov smo dve osebi izključili zaradi starosti (62 in 63 let), dve pa zaradi neveljavnih rezultatov. Preiskovance smo razdelili v tri razrede: 65–74 let, 75–84 let in nad 85 let. V tabeli 3 so razdeljeni glede na starost in spol.

Tabela 3. Razdelitev preiskovancev glede na starost in spol

<i>Starost (v letih)</i>	<i>Ženska</i>	<i>Moški</i>	<i>Neoznačeni</i>
65–74	58	17	2
75–84	15	6	1
> 85	1	1	
Skupaj	74	24	3

Največ sodelujočih starejših je starih od 65 do 74 let, le dva sta stara več kot 85 let. V raziskavi je sodelovalo trikrat več žensk kot moških, trije spola niso označili.

Porazdelitev rezultatov izvedbe vseh aktivnosti je bila po preverjanju s koeficientoma skewness in kurtosis normalna. V tabeli 4 so predstavljene najpogostejše ocene položajev telesa pri izvedbi posamezne aktivnosti in njihove povprečne vrednosti.

Tabela 4. Najpogostejše ocene položajev telesa pri izvedbi aktivnosti udeležencev raziskave (N = 101)

<i>Aktivnost</i>	<i>Povprečna vrednost ocene</i>	<i>Najpogostejša ocena položajev telesa pri izvedbi aktivnosti</i>	<i>Frekvenca ocene</i>	<i>Število ocen</i>
Obešanje perila	3,05	4	42	91
Sesanje	3,52	4	47	95
Pomivanje tal	2,71	2	41	93
Čiščenje oken	2,88	3	35	88
Pomivanje posode v koritu	1,9	2	45	99
Uporaba pomivalnega stroja	3,19	3	24	51
Uporaba pralnega stroja	3,03	3	38	90
Likanje	2,38	1	28	80
Uporaba višje ležečih polic	2,88	3	36	92
Uporaba nižje ležečih polic	2,78	3	23	66
Postiljanje	2,81	3	38	93

Ocena 4 se je največkrat uporabila pri obešanju perila in sesanju in predstavlja izvedbo v nefizioloških telesnih položajih v več segmentih. Pri obešanju perila se ocena položajev telesa 4 navezuje na obešanje perila na višini, pri sesanju pa je ocena 4 največkrat povezana z nefiziološkimi položaji zaradi neergonomsko oblikovanega sesalca. Največkrat se fiziološki položaji telesa pojavljajo pri likanju (ocena 1). Najnižjo povprečno vrednost ocene telesnih položajev pri izvedbi hišnih opravil je doseglo pomivanje posode v koritu. Telesni položaji sodelujočih, ki izvajajo to aktivnost (N = 99), so najbolj fiziološki. Za primerjavo odstopanj od fiziološkega položaja telesa pri izvedbi posamezne aktivnosti je bil narejen parni t-test. V tabeli 5 so prikazane le tiste primerjave odstopanj položajev telesa pri izvedbi aktivnosti, kjer se je pokazala statistično značilna razlika.

Tabela 5. Statistična analiza primerjave ocen položajev telesa pri izvedbi hišnih opravil pri starejših

<i>Primerjava aktivnosti</i>	<i>T-vrednost</i>	<i>p-vrednost</i>
Čiščenje oken – likanje	2,928	0,0045 *
Čiščenje oken – pomivanje posode v koritu	6,828	$1,063 \times 10^{-09}$ **
Čiščenje oken – sesanje	-3,425	0,0009 **
Likanje – obešanje perila	-4,664	$1,223 \times 10^{-05}$ **
Likanje – pomivanje posode v koritu	4,025	0,00013 **
Likanje – uporaba pomivalnega stroja	-4,690	$2,771 \times 10^{-05}$ **
Likanje – postiljanje	-3,028	0,003 *
Likanje – uporaba pralnega stroja	-3,353	0,0012 *
Likanje – sesanje	-7,5	$9,28 \times 10^{-11}$ **
Likanje – uporaba višje ležečih polic	-3,635	0,0005 **
Obešanje perila – pomivanje posode v koritu	8,815	$7,096 \times 10^{-14}$ **
Obešanje perila – pomivanje tal	2,544	0,013 *
Obešanje perila – sesanje	-2,959	0,004 *
Pomivanje posode v koritu – uporaba pomivalnega stroja	-9,984	$1,099 \times 10^{-13}$ **
Pomivanje posode v koritu – pomivanje tal	-7,66	$1,729 \times 10^{-11}$ **
Pomivanje posode v koritu – postiljanje	-7,322	$9,02 \times 10^{-11}$ **
Pomivanje posode v koritu – uporaba pralnega stroja	-9,629	$1,524 \times 10^{-15}$ **
Pomivanje posode v koritu – sesanje	-14,059	$< 2,2 \times 10^{-16}$ **
Pomivanje posode v koritu – uporaba nižje ležečih polic	-5,952	$1,12 \times 10^{-07}$ **
Pomivanje posode v koritu – uporaba višje ležečih polic	-7,521	$3,711 \times 10^{-11}$ **
Uporaba pomivalnega stroja – pomivanje tal	3,969	0,000235 **
Uporaba pomivalnega stroja – postiljanje	2,848	0,0066 *
Uporaba pomivalnega stroja – uporaba nižje ležečih polic	2,166	0,037 *
Pomivanje tal – uporaba pralnega stroja	-2,808	0,0062 *
Pomivanje tal – sesanje	-6,508	$4,2 \times 10^{-09}$ **
Postiljanje – sesanje	-5,401	$5,366 \times 10^{-07}$ **
Uporaba pralnega stroja – sesanje	-3,726	0,00034 **
Sesanje – uporaba nižje ležečih polic	5,178	$2,49 \times 10^{-06}$ **
Sesanje – uporaba višje ležečih polic	3,963	0,00015 **

Legenda: * – statistično značilna razlika $p < 0,05$

** – statistično značilna razlika $p < 0,001$

Najbolj podobne statistične razlike, najmanjše, so se izkazale pri primerjavi položajev izvedbe uporaba pomivalnega stroja in uporaba nižje ležečih polic, kar je seveda povezano s podobnostmi pri položajih telesnih segmentov pri izvedbi aktivnosti. Podobna statistično pomembna razlika se izkaže tudi v primerjavi položajev pri čiščenju oken in likanju, kar je zanimivo, saj so položaji pri likanju ocenjeni z najnižjo oceno odstopanja, pri čiščenju oken pa z višjimi ocenami. Največje statistično izkazane razlike se vedno izkažejo v primerjavi večine aktivnosti s pomivanjem posode v koritu.

RAZPRAVA

Likanje najpogosteje poteka v najbolj fizioloških položajih, pri čemer je upoštevano tudi likanje sede, ki je navedeno v oceni 1 in 2. Lahko predvidevamo, da je bila ocena 1 pogosteje izbrana tudi zaradi navedenega položaja sede. Likanje je edina aktivnost, kjer je imela ocena položajev 1 najvišjo frekvenco (35 % oseb, ki aktivnost izvajajo). Pomanjkljivost ocenjevalnega instrumenta je, da ni podal točnega navodila za označitev položaja sede ali stoje. Lika 80 sodelujočih, od tega 67 žensk, 36 % od teh je izvedbo položajev pri likanju ocenilo z oceno 1. Tako oceno 2 kot oceno 4 je za izvedbo izbralo 21 % žensk, ki lika. Morda je skrb vzbujajoče, da je izrazito odstopanje izvedbe od fizioloških položajev (oceni 4 in 5) prisotno kar pri 30 % izvajalk. Posledično lahko sklepamo, da bi poučevanje o fizioloških položajih bistveno vplivala na primernejši način likanja. Likanje je ena od aktivnosti, ki je ključna za vlogo gospodinje, ohranjanje te vloge pa rezultati

raziskav navajajo kot osebam pomembno (Oakley, 1975; Leskovšek, 2002). Lebar in sod. (2006) ugotavljajo, da je posebej pri ženskah kljub zmanjšanim zmožnostim izkazana statistično pomembna povezava med željo in izvedbo aktivnosti, kar je vezano na vlogo gospodinje.

Zanimivo je, da raziskava izvedbe likanja na delovnem mestu ne zasledi ergonomске izvedbe aktivnosti. Lika se pogosto v nefizioloških položajih, zaradi česar je večkrat prisotna bolečina. Rezultati ocene mišičnega neudobja pri ženskah, ki perejo oziroma likajo, kažejo, da pri delu izstopa neudobje v predelih hrbta, ramenih in podlahteh (Plemelj Mohorič in Kacjan Žgajnar, 2011). Avtorici ugotavljata, da tako v domačem kot v delovnem okolju pri likanju prihaja do nefizioloških oz. popolnoma neustreznih položajev predvsem v segmentu torakolumbalne hrbtenice.

35,4 % anketirancev, ki izvaja aktivnost pomivanje posode v koritu, posodo pomiva v fizioloških položajih vseh segmentov telesa (ocena 1). Fiziološki položaji izvedbe se najmanjkrat pojavijo pri uporabi pomivalnega stroja (ocena 1 le v 2 %), pri čemer je treba dodati, da pomivalni stroj uporablja le 51 anketirancev (N = 101).

Frekvenca ocene 2 je najvišja pri pomivanju tal (44 % oseb, ki aktivnost izvajajo) in pri pomivanju posode v koritu (45 % oseb, ki aktivnost izvajajo). Anketiranci največkrat pomivajo tla stoje, kar odraža uporabo ustreznega pripomočka in izbiro fizioloških položajev v večini delov telesa. Pomivanje posode v pomivalnem koritu je najpogosteje ocenjeno z oceno 2, medtem ko je uporaba pomivalnega stroja najpogosteje ocenjena z oceno 3 (47 % oseb, ki aktivnost izvajajo).

Kar 29 % anketiranih, ki uporablja pralni stroj, pa svojo izvedbo aktivnosti ocenjuje z oceno 4, ki je povezana z nefiziološkimi položaji v vseh segmentih. Ugotavljamo, da je izvedba določenih aktivnosti izključno povezana z nepravilnim vzorcem izvedbe, medtem ko na neustrezno izvedbo določenih aktivnosti izrazito vplivajo neustrezno oblikovano okolje (višina pomivalnega in pralnega stroja) in neergonomski pripomočki (neergonomsko oblikovan sesalec).

Slika 1 prikazuje uporabo pralnega stroja z upoštevanjem ustreznega položaja torakolumbalne hrbtenice, ki pa zaradi neustrezne obremenitve spodnjih okončin starejšim največkrat onemogoča izvedbo aktivnosti. Slika 2 prikazuje ergonomsko oblikovan pralni stroj, ki poleg fizioloških položajev zagotavlja tudi varnost pri izvedbi aktivnosti.



Slika 1. Neustrezna višina pralnega stroja



Slika 2. Ergonomsko oblikovan pralni stroj

Starejšim osebam je zaradi sprememb procesov staranja, ki se kažejo v upočasnitvi delovanja različnih organskih sistemov (zmanjšan obseg giba, slabša vzdržljivost mišičnega tkiva), za izvedbo aktivnosti pogosto treba spremeniti neustrezne dejavnike okolja (npr. višino pralnega stroja). Za izvedbo aktivnosti poučevanje o fizioloških položajih (npr. vzravnan hrbtenica, pravilno dvigovanje bremena) ni dovolj. Nadalje pa bi prilagajanje okolja ob uporabi ustreznih pripomočkov (sesalec) lahko celo nadomestilo potrebno pomoč druge osebe. Vovkova (2000) navaja, da starostniki velikokrat ne

dojamejo, kako zelo lahko ovire v okolju vplivajo na vsakdanja opravila in privedejo do padca. Ocepek in Pihler (2013) pa v svoji raziskavi opozarjata, da ustrezno oblikovano okolje in njegovo prilagajanje dvigujeta kakovost življenja oseb z različnimi okvarami.

Obešanje perila in sesanje sta pri sodelujočih starejših največkrat izkazala nefiziološke položaje po modificirani metodi OWAS:

- obešanje perila v torakolumbalni hrbtenici (položaja 1.2 in 1.3), zgornjih udih (položaji 2.2, 2.3 in 2.4), cervikalna hrbtenica (5.4);
- sesanje v torakolumbalni hrbtenici (položaja 1.2 in 1.4), zgornjih udih (položaja 2.2 in 2.3), cervikalna hrbtenica (5.4).

Na izvedbo sesanja v nefizioloških položajih v torakolumbalni hrbtenici vpliva sam sesalec z neustrezno dolžino cevi, medtem ko je nefiziološki položaj zgornjih udov in cervikalne hrbtenice povezan z nepravilnim vzorcem izvedbe.

Zanimivo je, da je nefiziološki položaj v vseh naštetih delih telesa pri obešanju perila povezan z izbiro neustreznega načina – obešanje perila na višini. Ta se pojavlja največkrat, in skoraj pri polovici anketirancev (45 %), ki aktivnost izvajajo.

Ocena 5, ki je povezana s potencialno nevarnostjo padca (razen pri sesanju, uporabi pomivalnega korita, likanju), se največkrat pojavi pri čiščenju oken (12,5 %), pri uporabi pralnega stroja (11 %) in pri postiljanju (9,7 %). Pri pomivanju posode v koritu se ocena 5 pojavi le enkrat.

Samostojno izvajanje dnevnih aktivnosti pozitivno vpliva na posameznikovo osebnost, kakovost življenja in dobro počutje (Kending in Browning, 2000). V doktorski disertaciji avtorice Hvalič Touzery (2007) zasledimo, da 64,22 % starostnikov izkaže popolno potrebo po pomoči pri gospodinjskih opravilih: kuhanju, pomivanju, likanju, pranju, pospravljanju in pri urejanju finančnih zadev – plačevanju računov. 57,34 % starejših potrebuje pomoč pri različnih domačih opravilih (vrtnarjenje, hišna opravila).

Raziskava ni prikazala, kako pogosto posamezna oseba opravlja neko hišno opravilo, ker je bil namen raziskave predstaviti najobičajnejše telesne položaje pri izvedbi aktivnosti v domačem okolju. Najobičajnejši položaj izvajanja hišnega opravila ni povezan s pogostostjo izvedbe. Zanimarjeni so bili drugi dejavniki osebe, npr. kognitivni, ki lahko pomembno zavirajo izvedbo aktivnosti, kar ni bil predmet te raziskave.

SKLEP

Cilj starejše osebe kakor tudi družbe je čim bolj kakovostno preživljanje starosti, s čimer je povezano samostojno življenje v domačem okolju. Delovni terapevt zna analizirati in prilagoditi okolje tako, da bo starostniku v podporo pri izvedbi njemu pomembnih aktivnosti. Rezultati raziskave so pokazali, da je pomivanje posode v koritu aktivnost, ki se izvaja v najbolj fizioloških položajih telesa. Edukacija starejših o fizioloških položajih telesa pri izvajanju drugih hišnih opravil in oblikovanje primerne ergonomskega okolja bi omogočila varno izvajanje aktivnosti in bi lahko preprečila poškodbe.

LITERATURA

AOTA – American Occupational Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, *Am J Occup Ther* 56: 609–39.

Bilban M (2005). *Medicina dela za študente tehniške varnosti*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu, 156–57.

Bilban M (1999). *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu, 475–80.

Domajnko B, Pahor M (2009). Doživljanje staranja v povezavi z zdravjem in aktivnostjo. V: Rugelj D, Sevšek F, ur. *Zbornik predavanj. Raziskovalni dan zdravstvene fakultete*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 1–13.

-
- Ebersole P, Hess P, Touhy T, Jett K (2005). *Gerontological Nursing and Healthy Aging*, 2nd ed. Saint Louis: Mosby Elsevier.
- Gomzi M (2002). Ergonomija i medicina rada. V: Šarić M, Žuškin E, ur. *Medicina rada i okoliša*. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb, 88–104.
- Hvalič Touzery S (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
- Kahya NC, Zorlu T, Ozgen S, Sari RM, Sen DE, Sagsoz A (2009). Psychological effects of physical deficiencies in the residences on elderly persons: A case study in Trabzon Old Person's Home in Turkey, *Applied Ergonomics*, 40 (5): 840–51.
- Karhu O, Härkönen R, Sorvali P, Vepsäläinen P (1981). Observing working postures in industry. Examples of OWAS application, *Applied Ergonomics*, 12 (1): 13–17.
- Karhu O, Kansu P, Kuorinka I (1977). Correcting working postures in industry. A practical method for analysis, *Applied Ergonomics*, 8 (4): 199–201.
- Kending H, Browning CJ (2000). Impact of illness and disability on the well-being of older people. *Disabil Rehabil* 22 (1/2): 15–22.
- Kirvesoja H, Väyrynen S, Häikiö A (2000). Three evaluations of task-surface heights in elderly people's homes, *Applied Ergonomics*, 31 (3): 109–19.
- Križaj T (2012). Smiselne okupacije pri starejših. *Delovna terapija – stroka sedanosti*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 95–104.
- Lebar C, Tomšič M, Ficzkó J (2006). Problemi starostnika pri izvajanju dnevnih aktivnosti v domačem okolju. V: *Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov*, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 29–38.
- Leskovšek V (2002). *Zavrnjena tradicija. Ženske in ženskost v slovenski zgodovini od 1890 do 1940*. Ljubljana: *cf.
- Lipar T (2012). Družinska oskrba v Kanadi, *Kakovostna starost*, *Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 15 (3).
- Louhevaara V, Suurnäkki T (1992). *OWAS: A method for the evaluation of postural load during work*. Helsinki: Institute of Occupational Health, Centre for Occupational Safety, 1–23.
- Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (2006). Ljubljana: IVZ RS in IRSR.
- Oakley A (1975). *Sociology of Housework*. Second Printing edition. New York: Pantheon Books.
- Ocepek J, Pihlar Z (2013). Ocenjevanje okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami, *Rehabilitacija*, 12 (1): 45–51.
- Pheasant S (1991). *Ergonomics, work and health*. London: MacMillan Press, 3–23.
- Pinto MR, De Medici S, Van Sant C, Bianchi A, Zlotnicki A, Napoli C (2000). Technical note: Ergonomics, gerontechnology, and design for the home-environment, *Applied Ergonomics*, 31 (3): 317–22.
- Plemelj Mohorič A, Kacjan Žgajnar, K (2011). Pomen ergonomskih položajev pri likanju. V: *Zbornik referatov*. Brezovec, A in Mekinc, J (ur.). *Management, izobraževanje in turizem: solidarnost za socialni kapital: 3. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo*, Portorož, 20.–21. oktober 2011. Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije, 1386–94.
- Polajnar A, Verhovnik V (2007). *Oblikovanje dela in delovnih mest za delo v praksi*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo, 1–2.
- Skela Savič B, Zorc J, Hvalič Touzery S (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego, *Obzor Zdr N*, 44 (2), 89–100.
- Stoffert G (1985). Analyse und Einstufung von Körperhaltungen bei Arbeit nach der OWAS-Methode, *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 39 (1), 31–38.

-
- Sušnik J (1987). Položaj in gibanje telesa pri delu. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo v okviru zbirke Knjižnica UZZSV, 147–154.
- Vovk M (2000). Načrtovanje in prilagajanje grajenega okolja v korist funkcionalno oviranim ljudem. Ljubljana: Urbanistični inštitut RS. 14–94.
- Yerxa EJ (1998). Health and the human spirit for occupation, *Am J Occup Ther*, 52 (6): 412–8.

Starostniki in (ne)uporaba računalnika in interneta

Elderly and (not)use computers and the Internet

Alenka Oven

UNIVERZA V LJUBLJANI, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

POVZETEK

Izhodišča: Uporaba računalnika in interneta zmanjšuje in preprečuje nesamostojnost starostnikov ter ponuja številne možnosti za uresničitev kakovostne starosti. Zaradi ovir, neznanja in predsodkov pa veliko starostnikov računalnika in interneta ne uporablja. Ugotavljali smo, ali je pri starostnikih znotraj odklonilnosti pod določenimi pogoji vendarle prisotna pripravljenost za učenje uporabe računalnika in interneta. **Udeleženci:** V raziskavi je sodelovalo 147 starostnikov, starejših od 65 let, živečih doma ali v domu starostnikov. **Metode dela:** Podatke smo pridobili z anketnim vprašalnikom. **Rezultati:** Vsaj deloma je za učenje uporabe računalnika in interneta pripravljenih 57 % anketirancev, glede na kraj bivanja med njimi ni statistično pomembnih razlik. Možnost uporabe v bodoče dopušča 37 % anketirancev, 47% pa jih meni, da jim računalnik in internet kot pripomoček za izboljšanje samostojnosti lahko pomaga. **Ugotovitve:** Z dobrim poznavanjem ovir za neuporabo računalnika pri starostnikih in v spodbudnem okolju lahko delovni terapevt starostnika spodbudi za uporabo računalnika kot terapevtskega pripomočka ali kot aktivnosti za večjo samostojnost oziroma kot okupacijo.

Ključne besede: starostniki, informacijsko-komunikacijska tehnologija, delovni terapevt.

ABSTRACT

Introduction: The article considers the benefits of the use of ICT in the advanced age which can promote intellectual vigour, help foster independence and add to the quality of life of the elders. The current study explored the possibility of empowering elderly people's usage of ICT in spite of their reluctance, obstacles and prejudice. **Method:** The data were collected using a survey questionnaire. The sample consisted of 147 elders, aged 65 and over, living in their own homes or in assisted living facilities. **Results:** The study found that 57% of the participants are in some measure receptive to using technology. No significant residency-related difference was established. Of those surveyed, 37% are considering a possibility to use this technology in future. Nearly half of the elders (47%) are of the opinion that a computer and internet offer the potential of decreasing their age-based dependency. **Conclusion:** Given that an occupational therapist identifies the obstacles (i.e. physical problems, lack of a computer with the Internet access and lack of general interest in ICT), he/she may motivate the elders to deploy the advanced technology as a therapeutic device or as a tool for social inclusion. The technology should, however, be introduced in the right way and in a comfortable environment.

Key words: elders, information-communication technology (ICT), occupational therapist.

IZHODIŠČA

Zaradi višje življenjske ravni in razvoja medicine, se tudi v Sloveniji delež starejšega prebivalstva hitro povečuje (Hvalič Touzery, 2007), kar nasv svetu uvršča med države, ki imajo najvišji odstotek starih ljudi (Voljč, 2007). Najizraziteje narašča število ljudi v pozni starosti, to je tistih nad 85 let. Zaradi procesa staranja in spremenjenih modelov družine se zmanjšujejo možnosti posameznika za samostojno življenje v domačem okolju (Dimovski in Penger, 2006), kljub temu pa je starostnikom treba omogočiti, da bodo v svojem okolju čim dlje živeli samostojno (Hojnik Zupanc, 1999), zdravo, varno in kakovostno.

H kakovosti življenja lahko veliko pripomorejo podporne tehnologije za starejše (assistive technologies for elderly), kamor sodi tudi raznovrstna informacijsko komunikacijska tehnologija (v nadaljevanju IKT), ki vedno bolj vpliva na način življenja posameznika. Pri tem je pomembna gerontehnologija, multidisciplinarna in interdisciplinarna veda, ki se ukvarja z raziskavami in razvojem tehnologij in izdelkov, temelječih na znanstvenih spoznanjih o procesu staranja (Jenko in sod., 2006) in njihovi uporabi pri zadovoljevanju potreb in izboljšanju zdravja in kakovosti življenja starejših (Harrington in Harrington, 2000; Comeau, 2005).

Starostnikom IKT služi kot pripomoček za zmanjševanje vplivov posameznikovih omejitev, obenem pa prispeva tudi k dvigu uspešnosti in učinkovitosti samih storitev (Lenarčič, 2005). Uporaba IKT lahko izboljša zdravje in kakovost življenja starostnikov, saj ponuja možnost sooblikovanja življenja, podpira in omogoča večjo samostojnost, omogoča dostop do zanimivih in uporabnih informacij, interakcijo z drugimi ljudmi in ohranjanje stikov (Karavidas et al., 2005; Osman et al., 2005), izboljša dostop do zdravstvenih in socialnih storitev (Hvalič Touzery, 2007), omogoča varno bivanje, prilagajanje okolja ter preprečuje upadanje in nadomešča upadle sposobnosti (Curry et al., 2002; Burdick in Kwon, 2004), omogoča zabavo, možnosti za preživljanje prostega časa in vseživljenjsko učenje (Adler, 2002), pomaga uresničiti življenjske vloge (Werner et al., 2011) ter v življenje prinaša nove spodbude (Mikkonen et al., 2002). Uporaba IKT s številnimi aktivnostmi omogoča egointegriteto, razvojne izzive, medgeneracijsko delitev, ki jih Schlag (2007) navaja kot komponente kakovostnega in uspešnega staranja.

Splošno prepričanje je, da starostniki zavračajo nove tehnologije in jih njihova uporaba ne zanima, vendar tuje raziskave ta stereotip razbijajo (Lenarčič, 2005). Kot ugotavlja Jenko s sodelavci (2007), se starostniki ne navdušujejo nad novimi tehnologijami, če to od njih zahteva veliko učenja in/ali prevelik finančni strošek, uporabljali pa jo bodo, ko bo dovolj poceni, zanesljiva in enostavnejša za uporabo in bodo tudi njene ugodnosti večje (Adler, 2002). Zato je ključno, da IKT sledi načelu načrtovanja za vse in preprosti uporabi. Koncept »dizajn za vse« (ang. »design for all«), ki se vse bolj uveljavlja, temelji na ideji, da je mogoče narediti IKT, ki jo lahko brez večjih prilagoditev uporabljajo različni ljudje z različnimi sposobnostmi in zahtevami (Van de Watering, 2005; Evropska komisija, 2010). Pri odločanju starostnikov za učenje uporabe IKT pa je odločilna motivacija ter njihova želja ali potreba, da bi IKT obvladali. Za izboljšanje pripravljenosti in motivacije je pomembno ugotoviti, zakaj si tisti, ki se trenutno nočejo naučiti uporabljati računalnik, tega ne želijo (Ramovš, 2012).

Starostniki se lahko naučijo ravnati z moderno tehnologijo le, če so za to primerno motivirani in imajo ustrezno usposabljanje (Hojnik Zupanc, 1999). Pred tem pa morajo premagati predsodke, strahove in morebitna negativna stališča do uporabe IKT (Šantej, 2005). Kot ugotavlja Kerbler (2012), si po podrobni in njim razumljivi predstavitvi velik delež starostnikov želi uporabljati IKT. Hkrati pa so prisotna negativna stališča, ki pa še ne pomenijo nasprotovanja uporabi. Za motivacijo uporabe IKT med starostniki je zato ključno učinkovito informiranje o možnostih, ki jih nudi IKT, in premagane (stereotipne)

predstave o tem, da so za rabo interneta potrebna poglobljena računalniška znanja. Kot meni Ramovš (2003), je ena izmed pomembnejših nalog družbe glede na povečan delež starostnikov tudi skrb za dobro informiranost starih ljudi o vsem – tudi o in s sodobno IKT. V delovnoterapevtski obravnavi starostnika so aktivnosti z uporabo računalnika in interneta (v nadaljevanju RI) lahko pripomoček (orodje, pot, sredstvo) za doseganje postavljenih delovnoterapevtskih ciljev ali pa medij, ki ponuja aktivnosti z novo vsebino. Uporaba RI daje nove možnosti za premostitev različnih omejitev in izboljšanje tako funkcionalne neodvisnosti kot tudi izvedbe okupacije (Verdonck in Ryan, 2008). Seveda pa mora delovni terapevt starostniku omogočiti ustrezne prilagoditve tako opreme in programov kot tudi okolja in same aktivnosti/okupacije.

Namen raziskave je ugotoviti, kakšno je mnenje starostnikov o uporabi in pomenu uporabe RI, kakšni so razlogi, da RI ne uporabljajo in ali so se kljub odklonilnemu stališču pod določenimi pogoji vendarle pripravljani naučiti uporabe RI.

METODE

V raziskavo, ki je bila izvedena aprila in maja 2013, je bilo vključenih 147 starostnikov Osrednjeslovenske in Gorenjske regije, starejših od 65 let, razdeljenih v dve skupini. V prvi je bilo 95 starostnikov, ki sami ali s svojci živijo v domačem okolju, v drugi pa 52 starostnikov, ki živijo v domu starejših občanov (v nadaljevanju DSO). Kriteriji za izbor sodelujočih v raziskavo so bili: starost nad 65 let, sposobnost razumevanja in odgovarjanja na anketna vprašanja, neuporaba RI in privolitev v sodelovanje. Vsi povabljeni v raziskavo so izpolnili anketni vprašalnik.

Za pridobivanje podatkov je bil za potrebe raziskave na osnovi študija literature oblikovan in uporabljen anonimen anketni vprašalnik. Oblikovno je bil prilagojen starostnikom (večja pisava, kontrasti). Pred anketiranjem je bil izveden pilotni poizkus, na osnovi katerega je bil anketni vprašalnik spremenjen in prilagojen.

Postavili smo sledeče hipoteze:

H1: Starostniki, ki živijo v domačem okolju, so bolj pripravljani za učenje uporabe RI kot starostniki, ki živijo v DSO.

H2: Starostniki so bolj pripravljani za učenje uporabe RI kot starostnice.

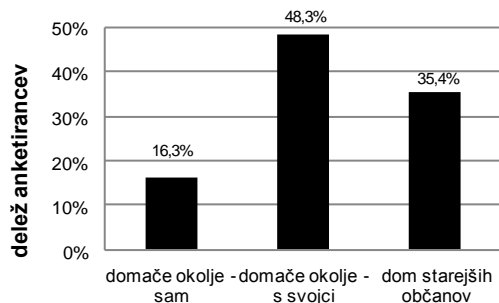
H3: Starostniki z višjo stopnjo izobrazbe so bolj pripravljani za učenje uporabe RI kot starostniki z nižjo stopnjo izobrazbe.

H4: Starostnikom, ki živijo v domačem okolju, se zdi uporaba računalnika kot pripomočka za samostojnost bolj smiselna kot starostnikom, ki živijo v DSO.

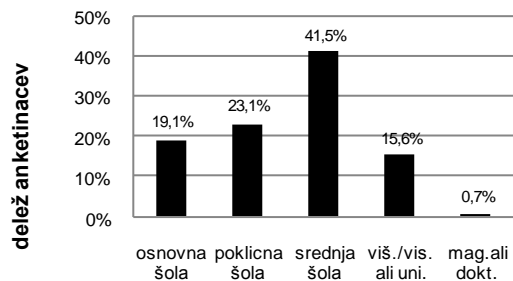
Pridobljene podatke smo analizirali in prikazali s pomočjo programa IBM SPSS Statistics 20.0.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA) in Microsoft Excel 2007 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA) in so prikazani v obliki grafov ali tabel.

REZULTATI

Od 147 v raziskavi sodelujočih starostnikov je bilo 44 (29,9 %) moških in 103 (70,1 %) ženske. Njihova povprečna starost je 75 let, najmlajši so stari 65 let in najstarejši 93 let.

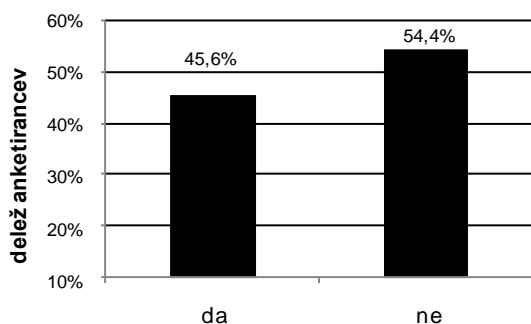


Slika 1: Bivanje anketirancev.

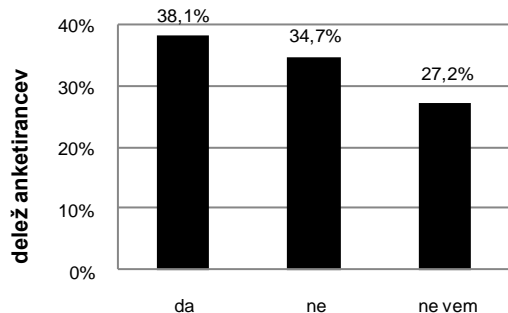


Slika 2: Izobrazba anketirancev.

V DSO živi 35,4 % anketirancev, v domačem okolju pa skupno 64,6 % od tega 48,3 % s svojci ter 16,3 % sami (slika 1). Glede na izobrazbo (slika 2) ima največ anketirancev (41,5 %) dokončano srednješolsko izobrazbo, najmanj (0,7 %) pa magisterij ali doktorat.



Slika 3: Možnost za uporabo računalnika.

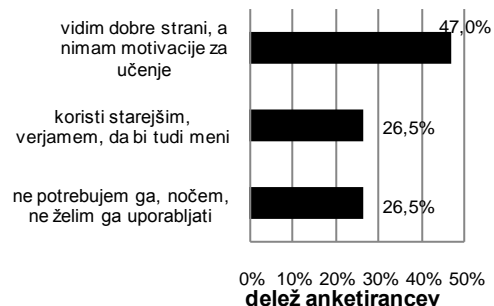


Slika 4: Interes za spoznavanje možnosti, ki jih omogoča računalnik.

Možnost uporabe računalnika ima skoraj polovica (45,6 %) anketirancev (slika 3). Da jih zanima spoznati, kaj vse omogoča računalnik (slika 4), čeprav si ga ne želijo naučiti uporabljati, je odgovorilo 38,1 % anketirancev, 34,7 % anketiranih pa to ne zanima.



Slika 5: Pomen uporabe RI za človeka na splošno.

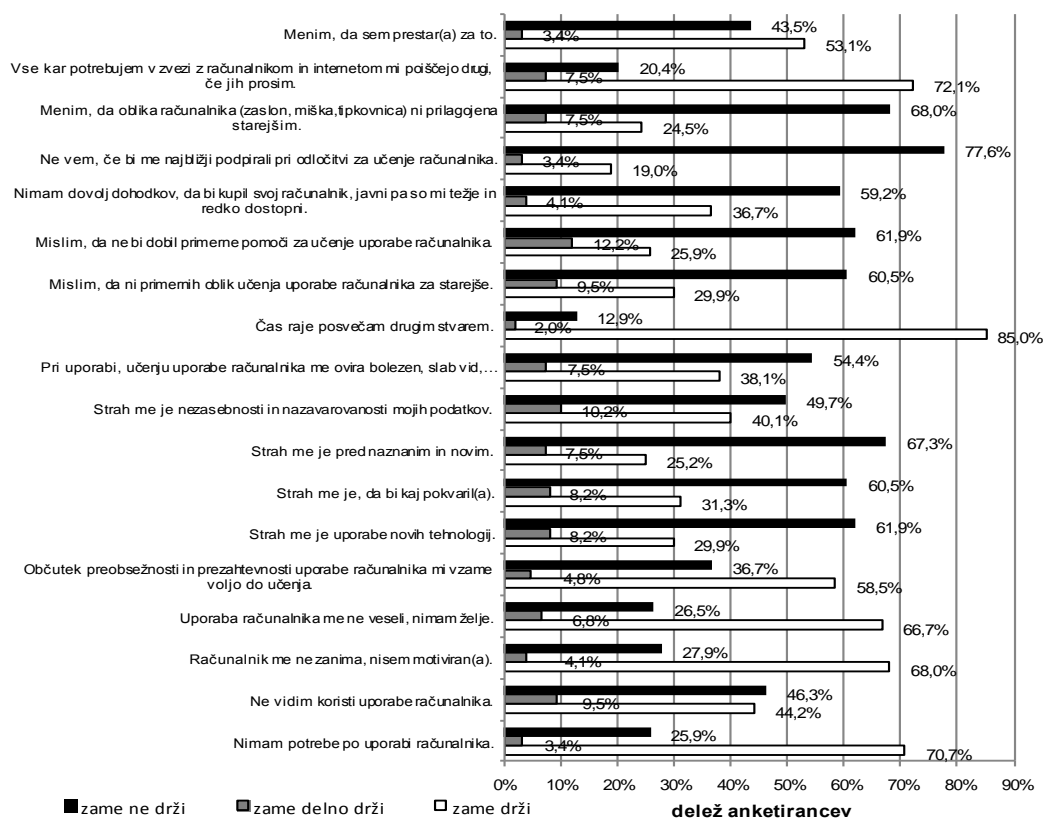


Slika 6: Mnenje o uporabi računalnika.

Na vprašanje o pomenu uporabe RI za človeka na splošno (slika 5) je največ (36,6 %) anketirancev odgovorilo, da omogoča iskanje in hiter dostop do različnih informacij, 24,7 % vprašanim pa pomeni večjo samostojnost v vsakdanjem življenju in vseživljenjsko

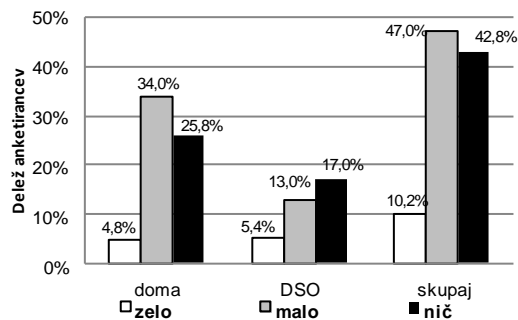
učenje (19,6 %). Pod drugo pa so anketiranci navedli, da računalnik ni le pozitivna stvar, da je za mlajše, da se z njegovo pomočjo posreduje znanje in da je brez pomena.

Nekaj dobrih strani uporabe RI vidi 46,9 % anketirancev, a trenutno nimajo motivacije za učenje, 26,5 % jih meni, da RI koristi starejšim in bi tudi njim, enak odstotek pa meni, da RI ne potrebujejo, zato ga nočejo in ne želijo uporabljati (slika 6).

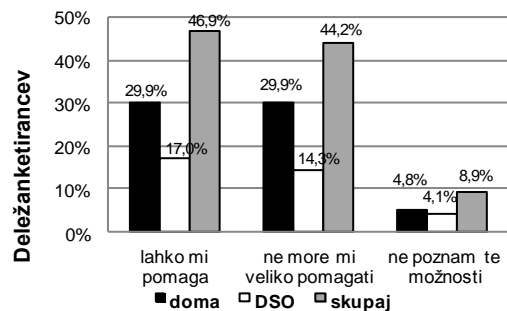


Slika 7: Razlogi za neuporabo RI.

Anketirancem smo ponudili nabor možnih razlogov za neuporabo RI (slika 7), pri katerih so se opredelili, ali določen razlog zanje drži, delno drži oziroma ne drži. Od razlogov za neuporabo RI, ki za anketirance držijo v največji meri, je na prvem mestu razlog »čas raje posvečam drugim stvarem« (85 %), sledi »vse, kar potrebujem v zvezi z računalnikom in internetom mi poiščejo drugi, če jih prosim« (72 %) in »nimam potrebe po uporabi računalnika« (70,7 %). Manjše deleže predstavljajo razlogi, ki za anketirance delno držijo. Največji delež med razlogi, ki za anketirance ne držijo pa predstavlja razlog »ne vem, če bi me najbližji podpirali pri odločitvi za učenje računalnika« (77,6 %).



Slika 8: Pripravljenost za učenje uporabe RI.



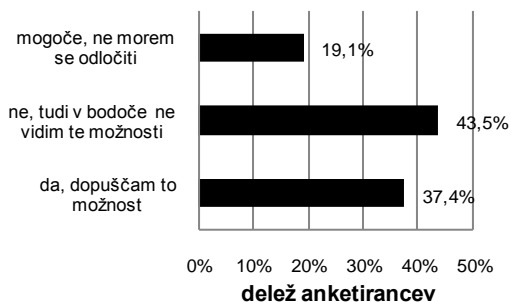
Slika 9: RI kot pripomoček za samostojnost.

Majhen delež anketirancev je zelo pripravljen za učenje uporabe RI; v domačem okolju je takih 4,8%, v DSO pa 5,4%. Največ anketirancev, skupaj 47 %, pa izkazuje za učenje uporabe RI malo pripravljenosti (slika 8). Mann-Whitneyjev U-test je pokazal, da razlike v pripravljenosti za učenje RI med starostniki, ki živijo doma in tistimi, ki živijo v DSO, niso statistično pomembne: Mann-Whitneyjev U-test=0,767, $p > 0,05$. S tem smo hipotezo 1 ovrgli.

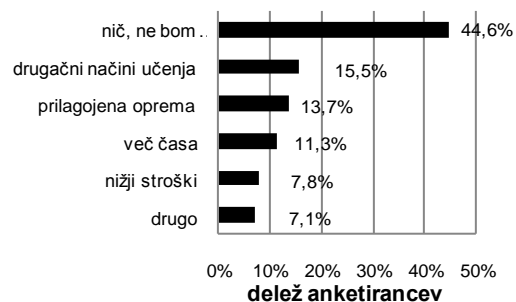
Starostnice so bolj izkazovale pripravljenost za učenje uporabe RI kot starostniki, vendar je neparametrični Mann-Whitneyjev U-test pokazal, da ugotovljena razlika ni statistično pomembna: Mann-Whitneyjev U-test=0,653, $p > 0,05$. Tako je bila tudi hipoteza 2 ovržena. Z izračunom Spearmanovega korelacijskega koeficienta smo ugotovili, da se s povečevanjem dokončane stopnje izobrazbe starostnikov povečuje tudi pripravljenost za učenje uporabe RI, gre pa za majhno korelacijo: SKK = 0,259 (0,1-0,3 = majhna korelacija, Hopkins, 2001), ki je statistično pomembna: $p = 0,002$, $p > 0,01$. Hipotezo 3 smo potrdili.

Skoraj polovica (46,9 %) anketirancev, med katerimi je večji odstotek tistih, ki živijo v domačem okolju, meni, da jim RI kot pripomoček za samostojnost lahko pomaga (slika 9). Prav tako pa je večji delež tistih, ki živijo v domačem okolju in ki menijo, da jim RI ne more veliko pomagati pri izboljšanju samostojnosti.

χ^2 -test ni pokazal statistično pomembne razlike glede mnenja o računalniku kot pripomočku za izboljšanje samostojnosti med anketiranci, ki živijo v domačem okolju in tistimi, ki živijo v DSO: χ^2 -test = 0,622, $p > 0,05$, zato smo tudi hipotezo 4 ovrgli.



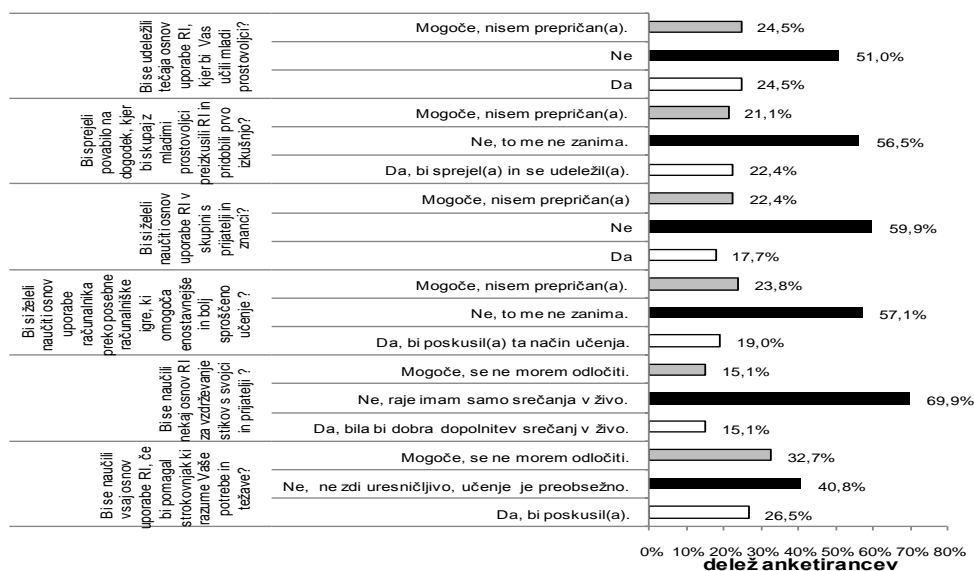
Slika 10: Možnost uporabe računalnika v prihodnje.



Slika 11: Možne spodbude za uporabo računalnika.

Možnost, da bi se kdaj v prihodnosti učili uporabljati RI (slika10), če bi začutili potrebo, dopušča 37,4 % anketirancev, 43,5 % pa te možnosti ne vidi. Kar 44,6 % anketiranih starostnikov meni, da jih k uporabi RI nič ne more spodbuditi (slika 11), 15,5 % jih meni, da bi jih spodbudili drugačni načini učenja, 13,7 % pa prilagojena oprema.

Odprtost za učenje uporabe RI smo preverjali s šestimi vprašanji (slika 12). Pri vseh vprašanjih je več kot polovica anketiranih odgovorila z »ne«, razen pri učenju osnov uporabe RI s pomočjo strokovnjaka, ki razume potrebe in težave starostnika (40,8 % anketiranih). Pri tem vprašanju je bilo največ odgovorov »da« (26,5 %), ki se sicer v povprečju pojavlja pri približno četrtini anketiranih.



Slika 12: Odprtost za učenje uporabe RI.

RAZPRAVA

IKT in z njo povezana računalniška pismenost ljudi postaja vedno bolj pomembna. Počasi, a vztrajno vedno več privrženecv dobiva tudi med starejšo populacijo, kljub temu pa je njena uporaba v Sloveniji še vedno na zelo nizki ravni v primerjavi z drugimi generacijami (Vaupotič, 2004).

V raziskavi smo med 147 starostniki, od katerih jih v domačem okolju živi skupaj 64,6 % (48,3% s svojci in 16,3 % sami), v DSO pa 35,4 %, ugotavljali razloge za neuporabo in morebitne spodbude za učenje in uporabo RI. Ugotovili smo, da ima skoraj polovica (45,6 %) anketirancev možnost uporabe RI, 38,1 % pa jih zanima spoznati možnosti, ki jih ponuja RI, čeprav se ga ne žele naučiti uporabljati (slika 4).

Podatki kažejo, da anketirani starostniki delno poznajo pomen RI za človeka (slika 5), saj odgovarjajo, da omogoča iskanje in hiter dostop do informacij (36,6 %), večjo samostojnost (24,7 %) vseživljenjsko učenje (19,6 %) ter zabavo in prosti čas (5,7 %), preseneča pa, da le 2,6 % anketirancev navaja, da omogoča vzdrževanje in krepitev stikov. Čeprav skoraj polovica anketirancev vidi dobre strani RI (47 %), trenutno nima motivacije za učenje, 26,5 % pa jih meni, da ga ne potrebuje, in uporabo odklanja. Le 26,5 % jih meni, da bi jim RI lahko koristil (slika 6). Menimo, da so vzroki različni, na primer anketiranci niso dovolj seznanjeni z vsemi možnostmi, ki jim jih lahko RI nudi, ali pa jih je strah uporabljati RI, ker nimajo dovolj znanja. Kot menita Namazi in McClintic (2003), so prednosti uporabe RI za stare ljudi dobro raziskane, pomanjkanje interesa pa je težava, ki ni povezana samo s strahom pred tehnologijo ali nezmožnostjo po obvladovanju le-te, ampak je apatija tudi rezultat fizičnih, kognitivnih in drugih starostnih težav.

Razlogi neuporabe RI pri anketirancih so številni. Kot najpogostejše (slika 7) so anketiranci navedli, da RI ne uporabljajo, ker čas raje posvečajo drugim stvarem (85 %),

ker jim vse v zvezi z RI naredijo drugi (72 %), ker nimajo potrebe po uporabi RI (70,7%), ker za RI niso motivirani (68 %) oziroma ker jih ne veseli in nimajo želje (66,7 %). Tudi Ramovš (2012) je v raziskavi (N = 1047) podobno ugotovil, da starostniki računalnika ne uporabljajo, ker nimajo potrebe (32 %), nimajo interesa in želje (23 %), nimajo časa oz. ga raje porabijo za kaj drugega (4 %).

Ramovš (2012) tudi ugotavlja, da je med neuporabniki računalnika le 21,3 % takih, ki bi se ga želeli naučiti uporabljati, želja po učenju rabe računalnika pa je najbolj živa pri populaciji, stari od 50 do 54 let, z leti pa upada. V naši raziskavi ugotavljamo, da je več kot polovica anketirancev vsaj delno pripravljena na učenje RI, in sicer je 10,2 % anketirancev (4,8 % živečih v domačem okolju in 5,4 % v DSO) zelo pripravljenih, 47 % pa malo pripravljenih za učenje uporabe RI (slika 8), kar je spodbudno.

Glede na ugotovitve neparametričnega Mann-Whitneyjevega U-testa pa ne moremo trditi, da se pripravljenost za učenje uporabe računalnika in interneta pri anketirancih statistično pomembno razlikuje glede na kraj bivanja (v domačem okolju ali v domu starejših občanov), čeprav je pripravljenost za učenje uporabe RI je v povprečju večja pri anketirancih, ki živijo v domačem okolju.

Čeprav se je pri anketirancih pokazala razlika med spoloma v prid večje pripravljenosti za učenje uporabe računalnika in interneta pri starostnicah, se rezultat Mann-Whitneyjevega U-testa ni izkazal za statistično pomembnega. Menimo pa, da je zelo pomembno razumeti razlike med spoloma, ki so osnova različnih razlogov za ali proti uporabi RI in te upoštevati pri motiviranju in usposabljanju posameznika za uporabo RI, kar velja tudi za delovnega terapevta.

Izračun Spearmanovega korelacijskega koeficienta pa je potrdili hipotezo H3, da so starostniki z višjo stopnjo izobrazbe bolj pripravljeni za učenje uporabe RI, čeprav gre za majhno korelacijo. Že Ramovš (2012) je v obsežnejši raziskavi ugotovil, da delež uporabnikov z izobrazbo narašča. Da večjo uporabo RI predvidevajo višja stopnja izobrazbe, vedenjsko aktiven življenjski stil, splošno zdravje in z življenjskimi vlogami povezano čustveno zdravje, je ugotovil tudi Werner s sodelavci (2011).

Pomembna je ugotovitev, da se zdi uporaba RI kot pripomočka za večjo samostojnost smiselna skoraj polovica anketirancev (46,9 %) – slika 9. Delež anketirancev, ki žive v domačem okolju (29,9 %), je nekoliko večji kot tistih, ki živijo v DSO (17 %), vendar pa χ^2 -test ni pokazal statistično pomembne razlike in smo hipotezo 4 ovrgli. Ker skoraj polovica anketiranih (44,2 %) meni, da jim računalnik kot pripomoček ne more pomagati k večji samostojnosti, 8,9 % pa te možnosti ne pozna, ugotavljamo, da bi bilo treba starostnike o tem informirati tudi v okviru delovne terapije in jih motivirati za uporabo RI. Kot navaja Osman s sodelavci (2005), morajo strokovni delavci pri soočanju starostnikov z IKT in učenju uporabe upoštevati številne faktorje: posameznikove karakteristike, primerno usposabljanje, podporo in pomoč in spremljajoče socialne interakcije. Ng (2008) pa poudarja, je pri motivaciji starostnikov za učenje uporabe RI pomemben pomen podpore okolja, ki lahko spodbudi starostnika k preizkusu in uporabi IKT. Z ustvarjanjem ustreznega in spodbudnega okolja, ki bo pomagalo premagovati fizične in kognitivne težave starostnikov in povečevalo njihov interes za udeležbo v družbi, lahko večamo morebitno pripravljenost starostnikov za uporabo RI, kar je lahko pomembna naloga delovnega terapevta. Z obnavljanjem in nadgrajevanjem znanja za uporabo RI, ki ga nudi okolje, pa se zviša gotovost in samozavest za samostojno uporabo.

Več kot tretjina (37,4 %) anketiranih dopušča možnost uporabe RI v prihodnje, če bi začutili potrebo (slika 10), vendar pa obenem kar 44,6 % anketirancev trdi, da jih k uporabi RI nič ne more spodbuditi (slika 11). Preostale bi spodbudili drugačni načini učenja (15,5 %) in prilagojena oprema (13,7 %). Menimo, da ima pri tem pomembno vlogo delovni terapevt, ki poskrbi za ustrezne prilagoditve tako opreme, okolja in načina učenja.

Glede na to, da bi nekaj anketirancev k uporabi spodbudilo, če bi imeli več časa (11,3 %). lahko sklepamo, da imajo starostniki preveč drugih interesov in jim uporabo RI ni pomembna mesto.

Pripravljenosti anketirancev za učenje uporabe RI smo ugotavljali s šestimi vprašanji (slika 12). Pri vseh je več kot polovica anketirancev odgovorila, da se ne bi naučila osnov RI za vzdrževanje stikov, da se ne bi učila osnov uporabe RI v skupini (znanci, prijatelji), da ne bi sprejela povabila na dogodek, kjer bi s pomočjo mladih prostovoljcev pridobila prvo izkušnjo z RI, in da se ne bi udeležila tečaja osnov uporabe RI z mladimi prostovoljci. Da se ne bi naučili vsaj osnov uporabe RI, če bi pomagal strokovnjak, ki razume potrebe in težave pa je odgovorilo 40,8 % anketiranih. Približno četrtina anketiranih pa se je pripravljenih naučiti vsaj osnov uporabe RI – s pomočjo strokovnjaka, ki jih razume, bi se udeležila tečaja osnov uporabe RI, kjer bi učili mladi (24,5 %), in bi sprejeli povabilo na dogodek, kjer bi s pomočjo mladih preskusili RI. Ugotavljamo, da kljub velikemu deležu negativnih odgovorov nekaterim anketiranim učenje uporabe IR predstavlja izziv. Če starostnik, kot ugotavljata Gatto in Tak (2008), sprejme tudi izzive učenja v starosti, med katerimi je tudi učenje uporabe RI, lahko s tem pridobi občutek izpolnjenosti in samozaupanja, hkrati pa lahko uživa in se zabava v procesu učenja, ki mu pomaga, da ohrani svoj um aktiven.

Zaradi vse večje pomembnosti IKT v vsakdanjem življenju, je pomembno, da tudi delovni terapevti, ki se ukvarjajo s samostojnostjo pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti oz. z učinkovitim samostojnim obvladovanjem sebe in okolja, pri obravnavi starostnikov upoštevajo in vključijo tudi aktivnosti na področju IKT. Zato je prav, da delovni terapevti poznajo svojo vlogo pri promociji in učenju uporabe IKT in možnosti, ki jih starejšim ponuja IKT, in se zavedajo ovir, ki jim onemogočajo uporabo.

Delovni terapevti bodo morali tudi tesneje sodelovati pri snovanju in razvijanju novih tehnologij. Na osnovi opazovanja in ocenjevanja IKT v poklicih in v vsakodnevnem življenju bi morali posredovati kritične ocene nove tehnologije, saj bo ta izjemnega pomena pri oskrbi starostnikov v prihodnosti. Raziskave, ki so jih opravili evropski delovni terapevti, so tudi pokazale, kako se pomen tehnologije poveča s starostjo, torej starejši, kot si, bolj verjetno je, da boš potreboval pomoč tehnologije (Löfquist et al., 2005, cit. po Borell, 2008). Lahko rečemo, da bi delovni terapevti v prihodnosti morali postati strokovnjaki za uporabo IKT pri starostnikih. Pravzaprav bi morali iti še korak dlje: morali bi ne le vrednotiti uporabnost IKT, ampak tudi vlagati v nove načine »oblikovanja za vse« in podporne tehnologije, skupaj s strokovnjaki iz drugih področij (Borell, 2008).

SKLEP

Zavedati se je treba, da so starostniki v večini primerov najbolj zadovoljni, če lahko živijo na svojem domu v znanem okolju, med znanimi ljudmi. Zato jim je z različnimi oblikami pomoči treba omogočiti čim večjo samostojnost, da lahko ostanejo aktivni in vključeni v fizično, socialno in kulturno okolje (Lenarčič, 2005; Townsend in Polatajko 2007). Pri tem je pomembna tudi IKT, ki poleg učinkov na psihofizično počutje, omogočanja samostojnosti vpliva tudi na povečanje samozavesti ter občutkov enakopravnosti in enakovrednosti in posledično na kakovost življenja starostnikov. Ozaveščanje starostnikov o pomenu IKT je zato ključnega pomena, vendar se je treba pri uvajanju, učenju in uporabi IKT odzivati na individualne potrebe starejših, pri čemer ima pomembno vlogo delovni terapevt.

LITERATURA

- Adler R (2002). The age wave meets the technology wave: broadband and older Americans. <http://www.seniornet.org/download/broadband.pdf>. <14. 02. 2014>
- Borell L (2008). Occupational Therapy for Older Adults: Investments for Progress, *Br J Occup Ther* 71 (11), November 2008, 482-6
- Burdick DC, Kwon S (2004). *Gerotechnology: Research and Practice in Technology and Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Comeau K (2005). Gerontechnology: a class on aging with technology. <http://www.engenhariadereabilitacao.net/arquivo/Gerontechnology.doc> <24. 02. 2014>
- Curry RG, Trejo Tinoco M, Wardle D (2002). The Use of Information and Communication Technology (ICT) to Support Independent Living for Older and Disabled People. *Ageing Soc* 20 (2): 91–110.
- Dewsbury G, Clarke KM, Rouncefield M, Sommerville I, Taylor B, Edge M (2003). Designing technology in homes to meet the need of disabled people. *Technol Disabil* 15 (3): 191-200. <http://www.dirc.org.uk/publications/> <04. 02. 2014>
- Dimovski V, Penger S (2007). Strategija aktivnega staranja prebivalstva Slovenije s poudarkom na kakovostnem staranju in medgeneracijskem sožitju. *IB Revija* 41(1): 42-55.
- Evropska komisija (2010). E-Inclusion. http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/index_en.htm <13. 02. 2014>
- Gatto SL, Tak SH (2008). Computer, internet, and e-mail use among older adults: benefits and barriers. *Educ Gerontol* 34 (9): 800–11.
- Harrington T, Harrington M (2000). *Gerontechnology – Why and how*. Shaker Publishing, Maastricht.
- Hojnik Zupanc I (1997). *Dodajmo življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Hojnik Zupanc I (1999). Samostojnost starega človeka v družbeno – prostorskem kontekstu. Ljubljana: Znanstvena knjižnica Fakultete za družbene vede.
- Hopkins D (2001). *School improvement for real*. London: Routledge.
- Hvalič Touzery S (2007). Gerontološko izrazje. *Kakovostna starost* 10 (2): 58-62.
- Jenko M, Guna J, Kos A, Pustišek M, Bešter J (2007). Zasnova večpredstavnega konvergenčnega uporabniškega vmesnika kot del koncepta pametnega doma za potrebe starejših. *Elektrotehniški vestnik* 74 (3): 125–30.
- Karavidas M, Lim NK, Katsikas SL (2005). The effects of computers on older adult users. *Comput Human Behav* 21 (5): 679–711.
- Kerbler B (2012). Selitev oskrbnih dejavnosti v domače okolje s pomočjo informacijsko-komunikacijskih tehnologij in odnos starejših ljudi do tega. V: *Nova vizija tehnologij prihodnosti - Mednarodna konferenca InfoKomTeh 2012*, Ljubljana, 25. oktober 2012, 129–39. <http://www.infokomteh.com/>. <24. 02. 2014>
- Lenarčič B (2005). »Informatična družba za vse – tudi za stare ljudi«. *Kakovostna starost* 8 (2): 26-38.
- Lenarčič B, Ramovš J (2006). Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije med tretjo generacijo v občini Komenda. *Kakovostna starost* 9 (1): 21-8.
- Mikkonen M, Vayrynen S, Ikonen V, Heikkala MO (2002). User and Concept Studies as Tools in Developing Mobile Communication Services for the Elderly. *Pers Ubiquit Compu* 6 (2): 113-24.
- Namazi KH, McClintic M (2003). Computer use among elderly persons in long-term care facilities. *Educ Gerontol* 29 (6): 535–50.
- Ng C (2008). Motivation among older adults in learning computing technologies: a grounded model. *Educ Gerontol* 34 (1): 1–14.

-
- Organizacija združenih narodov (2009). <http://esa.un.org/unpp/index.asp> <06. 02. 2014>
- Osman Z, Poulson D, Nicolle C (2005). Introducing computers and the internet to older users: findings from the care online project. *Univ Access Inf Soc* 4: 16–23.
- Ramovš J (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Ramovš J (2012). Uporaba računalnika pri 50 in več let starih prebivalcih Slovenije. *Kakovostna starost* 15 (1): 20–35.
- Schlag PA (2007). Older adults' experiences with computer technology. Dissertation. University of Georgia: Counseling and human developing services: Recreation and leisure studies. http://athenaeum.libs.uga.edu/bitstream/handle/10724/9717/schlag_paul_a_200705_phd.pdf?sequence=1. <18. 02. 2014>
- Šantej A (2005). *Starejši – neizkoriščen zaklad človeških virov: starost je lahko nova priložnost v življenju*. Ljubljana: Društvo za izobraževanje za tretje življenjsko obdobje. Univerza za tretje življenjsko obdobje v Ljubljani. <http://www.univerzazatretjeobd-drustvo.si/strokovniClanki/Santej-Starejsi%20neizkorisen%20zaklad.pdf>. <24. 01. 2014>
- Townsend E, Polatajko H (2007). *Enabling occupational 2: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Ottawa.
- Van de Watering M (2005). The impact of Computer Technology on the Elderly. http://www.few.vu.nl/~rvdwate/HCI_Essay_Marek_van_de_Watering.pdf <17. 02. 2014>
- Vaupotič M (2004). *Evropska unija-priložnost tudi za starejše*. Ljubljana: ZOTKS.
- Verdonck MC, Ryan S (2008). Mainstream technology as an occupational therapy tool: technophobe or technogeek? *Br J Occup Ther* 71 (6): 253–56.
- Voljč B (2007). Zdravo staranje. *Kakovostna starost* 10 (2): 2-11.
- Werner JM, Carlson M, Jordan-Marsh M, Clark F (2011). Predictors of computer use in community-dwelling, ethnically diverse older adults. *Hum Factors* 53 (5): 431–47.

Študentki U.Z. se zahvaljujem za zbrane podatke.