

SPOSOBNOST PREPOZNAVANJA TEŽAV IN OKREVANJE

ABILITY TO IDENTIFY PROBLEMS AND RECOVERY

Angelca Rotar, dipl. del. ter.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Izhodišča:

Namen študije je bil ugotoviti, ali lahko s standardiziranim delovno-terapevtskim vprašalnikom Ocena zavedanja sposobnosti (Assessment of Awareness of Ability – AAA ali A3), uporabljenim v povezavi s testom Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti – OMPS, (angl. Assessment of Motor and Process Skills – AMPS) ocenimo stopnjo zavedanja težav pri bolnikih po nezgodni možganski poškodbi (NMP).

Metode:

V študijo je bilo vključenih 20 pacientov po NMP. S testom OMPS je delovni terapevt ugotavljal kakovost izvedbe dveh izbranih dejavnosti vsakodnevnega življenja, v nadaljevanju pa je pacient na podlagi vprašalnika A3 opisal, kje je sam opazil težave. Ocene na OMPS in A3 se primerjajo in tako dobimo stopnjo neskladja, ki hkrati pomeni tudi stopnjo zavedanja pacientovih omejitev.

Rezultati:

Največ težav s prepoznavanjem svojih omejitev imajo pacienti z nižjo presečno vrednostjo na področju procesnih spretnosti, kar je pogosto značilno prav za paciente z NMP. Največkrat smo zasledili velika neskladja med oceno terapevta in pacientovim doživljanjem izvedbe aktivnosti.

Zaključek:

Pacienti se različno zavedajo svojih omejitev. Opazili smo, da to vpliva tudi na njihovo kakovost življenja. Vprašalnik A3 se je izkazal kot uporaben delovno-terapevtski instrument, saj nam dobljene informacije pomagajo načrtovati terapevtske programe.

Ključne besede:

delovna terapija; možganske okvare; samozavedanje; Ocena zavedanja sposobnosti

Abstract

Background:

The purpose of the study was to find out if the Assessment of Awareness of Ability (A3), which is a standardised client-centred measure used in occupational therapy, used in conjunction with the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) can be used to assess the level of awareness of problems among patients after traumatic brain injury (TBI).

Methods:

Twenty patients after TBI participated in the study. We measured their quality of performance of activities of daily living tasks with the AMPS. Based on the A3 questionnaire, the patients described where they had noticed problems. By comparing the two sets of results we inferred the level of their awareness of their own limitations.

Results:

The TBI patients with a low score on process skills have more difficulties in recognising their limitations. In this group, large discrepancies between the therapist's and the patient's assessment of the patient's performance were observed.

Conclusion:

The patients are not always aware of their limitations. A3 proved to be a useful therapeutic tool in occupational therapy intervention. The obtained information was important for choosing, planning and implementing appropriate intervention strategies to improve the patient's quality of life.

Key words:

occupational therapy; brain damage; self-awareness; Assessment of Awareness of Ability

UVOD

Zavedanje je prvi korak v procesu ustvarjanja. Z rastjo našega samozavedanja lažje razumemo, zakaj čutimo, kaj čutimo in zakaj se obnašamo na nam lasten način, obenem pa prepoznavamo svoje dobre in slabe strani. Razumevanje nam obenem daje možnost, da svobodno spreminjamo tiste stvari, ki jih želimo spremeniti v sebi in s tem ustvarjamo tako življenje, kot si ga želimo. Ko smo pri sebi razjasnili, kdo smo, kaj hočemo in zakaj nekaj hočemo, nam da to dodaten motiv, da cilje uresničimo. V nasprotnem primeru lahko ostanemo ujeti v svojem svetu, s svojimi stiskami, zmotnimi prepričanji, ki preko miselnih procesov usmerjajo naša čustva in aktivnosti (1).

Zavedanje sebe se navadno nanaša na uvid. Ta izraz se pogosto uporablja v rehabilitaciji, ko želimo opisati pacientovo prepoznavanje njegovih prednosti in omejitev. Omogoča predvsem razumevanje narave okvare in vpliva na pacientov način življenja (2). Ti pogosto menijo, da so še vedno sposobni enako kakovostno izvajati vse tiste dejavnosti, ki so jih izvajali pred spremembo zdravstvenega stanja. Zavedanje omejitev pomeni, da ni neskladja med težavami, ki jih opazi terapevt in pacientovim doživljanjem izvedbe dejavnosti. To je kompleksen, kvalitativen pojav, ki ga je pravzaprav zelo težko izmeriti. Prav tako ni dovolj raziskano, kako različni vzroki za nastanek okvare možganov (diagnoza) vplivajo na posameznikovo zavedanje omejitev v izvajanju vsakodnevnih aktivnosti (3).

Delovni terapevt mora biti pri delu s temi osebami podrobno seznanjen, kolikšna je njihova stopnja samozavedanja, katere so njihove dobre strani in kje so omejitve pri izvedbi vsakodnevnih aktivnosti. Tako lažje opredeli, komu bo terapija koristila, lažje izdelava učinkovit načrt obravnave in ustrezne strategije in nato tudi ugotavlja, ali je zaradi posredovanja prišlo do bistvenih sprememb (4).

Za ugotavljanje stopnje samozavedanja je bilo razvitih veliko ocenjevalnih lestvic, največ za osebe po nezgodni možganski poškodbi, kot npr. Awareness Questionnaire (5), Patient Competency Rating Scale (PCRS) (6), Self-Awareness of Deficits Interview (SADI) (7). Vse te ocenjevalne lestvice navadno uporabljajo predvsem zdravniki, psihologi ali nevropsihologi.

Že leta 1990 je profesorica delovne terapije iz Karolinškega Inštituta v Stockholmu Kerstin Tham s sodelavci izdelala pilotno verzijo merskega instrumenta za merjenje zavedanja za osebe z unilateralnim neglektom. Leta 1999 je prav tako s sodelavci razvila še vprašalnik Assessment of Awareness of Disability (AAD), ki je bil nato večkrat spremenjen in dopolnjen, tako da se sedaj lahko uporablja pri osebah z zelo različnimi omejitvami pri izvedbi dejavnosti (3). Kasneje se je test tudi preimenoval v vprašalnik Ocene zavedanja sposobnosti (Assessment of Awareness of Ability – AAA ali A3) (8), saj delovni terapevti pri pacientih ocenjujemo njihove sposobnosti in ne nesposobnosti. Osnova za izvedbo A3 je OMPS, ki je standardiziran delovno-terapevtski test, s katerim terapevt ocenjuje pacientove motorične in procesne spretnosti pri

izvedbi aktivnosti vsakodnevnega življenja. Ta je v posameznika usmerjen merski instrument, s pomočjo katerega ocenjujemo kakovost izvedbe namenskih in smiselnih aktivnosti.

Temelji na pristopu od zgoraj navzdol, kjer se terapevt osredotoči na izvedbo pri obvladovanju vsakodnevnih situacij (9), pacient pa v nadaljevanju na podlagi vprašalnika A3 ugotavlja, kje opaža težave (3). Na podlagi dobljenih kvalitativnih podatkov se pokažejo pacientove zmožnosti in seveda tudi omejitve na specifičnih področjih, ki jih pacient prepozna ali pa jih ne doživlja kot problem. Pacienti s težavami na miselnem področju se navadno precenjujejo; tisti, pri katerih je v ospredju depresija, pa pogosto podcenjujejo svoje sposobnosti, zato je tudi načrt obravnave pri njih popolnoma drugačen (4).

V delovni terapiji se pogosto srečujemo s pacienti, ki zaradi narave svoje bolezni ali poškodbe niso več sposobni oceniti ali prepoznati svojih težav. Zato so za izvedbo vsakodnevnih dejavnosti v času rehabilitacije manj motivirani (10), v vsakodnevnem življenju so manj uspešni, pogosteje se lahko zaradi tega poškodujejo, težave na miselnem področju pa lahko vplivajo na njihovo vključevanje v družbo.

V praksi se je pokazalo, da se pacienti, ki so utrpeli nezgodno možgansko poškodbo, manj zavedajo svojih težav, zato smo pri njih skušali ugotoviti uporabnost vprašalnika A3. Nezgodna možganska poškodba je vsaka nedegenerativna in neprirojena poškodba možganov, ki nastane zaradi delovanja zunanje sile in vključuje posledice neposrednih zapletov te poškodbe ter vodi včasne ali trajne posledice na različnih področjih delovanja (11). Osebe po možganski poškodbi v celotnem poteku zdravljenja izražajo različne rehabilitacijske potenciale, hkrati pa zelo variabilne in celovite potrebe po interdisciplinarni obravnavi. Spekter okvar po vseh vrstah resnosti možganskih poškodb obsega poleg številnih kliničnih izpadov tudi nevropsihološko, kognitivno-vedenjsko, perceptivno-sporočilno ter socialno in poklicno problematiko (12).

Zgodnji začetek intenzivnega celostnega programa rehabilitacije po možganski poškodbi je povezan z boljšim izidom rehabilitacije in zagotavlja tudi boljše razmerje med vložkom in izidom zdravljenja. Celostna rehabilitacijska obravnava mora slediti potrebam, sposobnostim in željam oziroma ciljem posameznega bolnika in mora biti sposobna prilagajanja med obravnavo. Najpogostejša ovira pri vključevanju bolnika v načrtovanje rehabilitacije je pomanjkanje zavedanja in uvida, kar pa ne sme biti ovira za njegovo sodelovanje, saj lahko utemeljeno pričakujemo, da se stanje zavedanja in uvida sčasoma lahko izboljša (13).

Na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča (URI – Soča) smo na populaciji pacientov po nezgodni možganski poškodbi preizkusili vprašalnik A3. Želeli smo izvedeti, (1.) koliko se svojih težav zavedajo pacienti po nezgodni možganski poškodbi, (2.) ali spadajo med bolj rizične patologije in (3.) v kolikšni meri je vprašalnik A3 dejansko uporaben v praksi.

METODOLOGIJA

Pacienti

Z uporabo lestvice A3 smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri se pacienti po nezgodni poškodbi možganov zavedajo svojih težav in ali so med njimi opazne razlike. Študijo smo naredili na vzorcu 20 pacientov. Starost pacientov je bila med 17 in 84 leti, povprečna starost pa 38 let, od tega je bilo 12 žensk in 8 moških. V študijo so bili vključeni tisti pacienti, ki so bili pripravljeni sodelovati in so tudi v uvodnem pogovoru poudarili, da imajo nekaj težav pri izvajanju dnevnih dejavnosti. Nekateri teh težav v uvodnem pogovoru niso omenjali, ker se jim to ni zdelo pomembno, ali težav niso zaznali, bili pa so pripravljeni sodelovati v študiji.

Ocenjevalni instrument

A3 je zasnovan kot polstrukturiran vprašalnik. Vprašanja se nanašajo tako na kompleksno izvedbo izbrane namenske dejavnosti iz OMPS kot tudi na zelo specifična področja. Izvedemo ga takoj po zaključeni dejavnosti. Pacient odgovori na 11 vprašanj, ki jih obsega vprašalnik A3, in pri tem opiše težave, ki jih je imel pri izvedbi izbrane namenske dejavnosti (14). Ocene, ki jih dobimo s testom OMPS, primerjamo s težavami, ki jih je izpostavil pacient. Rezultate podamo na štiristopenjski ocenjevalni lestvici: 4 = ni neskladja, 3 = minimalno neskladje, 2 = zmerno oziroma očitno neskladje, 1 = hudo neskladje (15).

Ocena zavedanja sposobnosti – navodila za intervju [preverjen prevod Janša J, Sicherl Z, Angleitner K, 2008 Assessment of Awareness of Ability (A3) (3)]

- Vprašanje 1: Ko pomislite na, ali ste izvedli dobro? Kako je šlo?
- Vprašanje 2: Ali lahko opišete, kaj vam je bilo težje izvedljivo, medtem ko ste
- Vprašanje 3: Kako bi opisali uporabo rok, ko ste? Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 4: Kako ste se gibali, premikali, ko ste? Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 5: Kako ste jemali predmete, ko ste? Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 6: Kakšna je bila hitrost izvajanja med in kako je bilo z vašim vztrajanjem pri samem izvajanju? Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 7: Ko pomislite na, ste izvedli tako, kot sva se dogovorila/i na začetku?
Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 8: Ko ste, ali je vse potekalo tekoče od začetka do konca?
Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 9: Kako ste iskali in izbrali predmete, ki ste jih potrebovali za?
Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 10: Kako ste si razporedili in uporabljali predmete, ki ste jih potrebovali za.....? Ali ste doživljali kakšne težave? Jih lahko, prosim, opišete?
- Vprašanje 11: Glede na: ste spremenili način izvajanja med, da bi bilo lažje ali boljše izvedljivo?
Ste izvedli na drugačen oz. nov način, da bi bila izvedba lažja oz. boljša? Kako se je izšlo?

Opomba: namesto vnesemo ocenjevano dejavnost.

REZULTATI

V Tabeli 1 sta za paciente (po vrstnem redu, v katerem so bili vključeni v študijo) navedena spol in starost. Poleg tega je za vsakega pacienta navedena ocena ravni funkcioniranja, ki smo jo dobili z OMPS. Pove nam, v kolikšni meri je pacient sposoben samostojnega življenja v širšem okolju (14). Ocena 3 pomeni, da pacient popolnoma samostojno in varno izvaja vse dnevne aktivnosti, sam lahko nakupuje in uporablja javna transportna sredstva. Ocena 2 pomeni, da pacient potrebuje oz. bi potreboval minimalno pomoč/nadzor pri izvajanju dnevnih aktivnosti, pri težjih gospodinjskih opravilih, rokovanju z denarjem, nakupovanju, uporabi javnih transportnih sredstev. Ocena 1 pomeni, da pacient potrebuje znatno, tudi maksimalno pomoč v praktično vseh dnevnih aktivnostih. Lahko živi doma le, če mu je zagotovljena ustrezna oskrba. Veliko teh oseb je nameščenih v različnih, zanje ustreznih ustanovah (9, 14).

Iz Tabele 1 je razvidno, da je bila pri petih pacientih ocena ravni funkcioniranja 3, 11 pacientov je bilo ocenjenih z oceno 2, pri štirih pacientih pa je bila raven funkcioniranja ocenjena z ena (dva od teh sta v domači oskrbi, dva pa sta nameščena v ustreznih ustanovah).

Kadar z OMPS ocenimo motorične sposobnosti pri posameznikih z oceno 2 (kritična meja) in več, ter procesne sposobnosti z 1 ali več,

pomeni, da osebe potrebujejo manj fizičnega napora pri izvajanju aktivnosti, so bolj učinkovite in so sposobne samostojno živeti v domačem okolju. Iz Tabele 2 je razvidno, da le trije pacienti dosegajo na področju motoričnih spretnosti oceno 2 in štirje pacienti na procesnih spretnostih dosegajo kritično mejo 1; zato so le štirje pacienti sposobni popolnoma samostojnega življenja. Kadar so te vrednosti nekoliko pod to mejo, je za izvedbo dejavno-

sti že potreben večji napor, njihova učinkovitost je manjša. Tukaj je vprašljivo varno oziroma samostojno življenje v domačem okolju, saj 93 % oseb pod to mejo že potrebuje pomoč. Pri očitno znižanih vrednostih na motoričnih in procesnih spretnostih opazimo, da osebe v izvedbo dejavnosti vložijo več napora, njihova učinkovitost je manjša. Malo je verjetno, da bi lahko lahko popolnoma varno in/ali samostojno živeli v domačem okolju (9).

Tabela 1. Spol in starost pacientov ter ocena ravni funkcioniranja.

Table 1. Sex (Ž=female, M=male) and age of the patients and their estimated level of functioning.

Pacient Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Spol Sex	Ž	M	M	Ž	Ž	M	M	Ž	M	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	M	Ž	M	Ž	M
Starost (leta) Age (years)	59	22	49	67	27	20	17	56	21	45	38	53	27	32	84	24	29	38	34	28
Nivo funkcioniranja Level of functioning	2	2	2	1	2	1	2	2	1	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	1

Tabela 2. Ocena izvedbe motoričnih in procesnih spretnosti z AMPS ter čas od poškodbe do testiranja.

Table 2. Assessment of motor and process skills with AMPS and time from injury

Pacient Patient	Ocena motoričnih spretnosti* Motor skills assessment*	Ocena procesnih spretnosti* Process skills assessment*	Čas od poškodbe do testiranja (mesece) Time from injury to assessment (months)
1	0,2	0,2	2
2	1,3	0,0	4
3	-0,2	0,6	2,5
4	-1,3	-0,6	4,5
5	0,1	-0,1	4,5
6	-0,6	-1,3	24
7	0,2	0,1	4
8	2,6	-0,9	3
9	0,1	0,8	8
10	1,2	1,0	2
11	1,1	1,4	1,5
12	1,2	1,9	5
13	2,1	0,9	1,5
14	-0,1	0,5	78
15	0,4	0,5	2
16	0,5	0,7	28
17	0,2	0,5	4
18	0,1	0,5	81
19	2,0	1,4	2
20	-0,3	0,0	22

* presečna vrednost/cross-sectional value

Rezultate ocenjevanja z OMPS smo nato vnesli v ocenjevalni instrument A3 in jih primerjali z opisom težav, ki so jih pacienti doživljali pri izvajanju dejavnosti. V Tabeli 3 je prikazano, kako so se pacienti ocenjevali, v kolikšni meri so bili s svojim delom zadovoljni, ko so izvajali dve izbrani dejavnosti, s tem pa posredno tudi, kakšna je bila stopnja neskladja med njimi in terapevtom. Kar pri šestih pacientih se je pri več vprašanih pokazalo popolno neskladje med njihovo in terapevtovo oceno. Doba od poškodbe do izvedbe testa pri tem ni igrala večje vloge, saj je bil npr. pacient pod številko 14 po več kot 6 letih od poškodbe še vedno popolnoma nekritičen do svojega stanja. Obstaja tudi možnost, da se je na svoje omejitve prilagodil do te mere, da se mu zdijo samoumevne in jih pri opisovanju problema niti ni omenjal.

RAZPRAVA

Ocenjevanje zavedanja svojih sposobnosti z merskim instrumentom A3 je pri nas relativno novo. Uporabljajo ga lahko le usposobljeni (kalibrirani) delovni terapevti. Testiranje se izvaja individualno, medtem ko se načrt obravnave oblikuje skupaj s pacientom in njegovimi svojci (16). V članku smo se osredotočili na paciente z neugodno možgansko poškodbo (NMP), s katerimi se vsakodnevno srečujemo in pri katerih je zmanjšan občutek za zavedanje težav pogost dejavnik. Veliko pacientov z različnimi obolenji in poškodbami možganov, predvsem v centrih, ki so odgovorni za pozornost, spomin in izvršilne funkcije (17, 18), se slabše ali sploh ne zaveda svojih omejitev pri izvedbi namenskih dejavnosti. Slabše samozavedanje se lahko kaže kot nezmožnost prepoznavanja svojih omejitev in posledic ter pri postavljanju pogosto nerealističnih ciljev. Čeprav točna povezava med samozavedanjem in boljšim izidom rehabilitacije ni popolnoma jasna, obstajajo dokazi, da pacienti z boljšim samozavedanjem pogosteje dosežejo boljše rezultate pri okrevanju (19). Omejitve pri izvedbi dejavnosti ne smemo vedno enačiti s slabšim zavedanjem zmoglosti, čeprav obstaja določena povezava. V literaturi zasledimo veliko študij, v katerih različni strokovnjaki z različnimi merskimi instrumenti ocenjujejo, v kolikšni meri se skupine pacientov z različnimi obolenji zavedajo svojih omejitev.

Delovni terapevti smo pri svojem delu pogosto opazovali paciente, ki so bili nekritični do svojega stanja. Do sedaj nismo imeli instrumenta, s katerim bi to lahko tudi objektivno ovrednotili. Pri pacientih, pri katerih je večja oškodovanost na področju procesnih spretnosti, se je pokazalo, da obstaja povezava med miselnimi funkcijami in zavedanjem omejitev, ter med miselnimi funkcijami in izvedbo namenskih dejavnosti (20 - 22).

Samozavedanje je slabše pri tistih dejavnostih, ki za izvedbo vključujejo več višjih miselnih, socialnih in emocionalnih funkcij v primerjavi s tistimi, ki zahtevajo več fizičnih dejavnosti pri izvedbi vsakodnevnih dejavnosti (2, 22). Napredek v samozavedanju, predvsem pri pacientih, ki so utrpeli NMP, je pomemben dejavnik pri izidu rehabilitacije, vendar ga pogosto spremljajo velike čustvene stiske (10). Pri tistih, ki imajo že večji uvid v svoje stanje, se lahko pojavita depresija in tesnoba, posebno tedaj, ko želijo ponovno prevzeti svoje življenjske vloge (23). Glede na

težave, ki jih imajo te osebe, je potrebno poiskati in krepiti tiste rehabilitacijske pristope, ki spodbujajo in krepijo samozavedanje (24, 25) in jim s tem omogočiti tudi več zadovoljstva in boljše kakovost življenja (26).

V kolikšni meri bo prizadeto zavedanje sposobnosti, je odvisno od več dejavnikov, kot npr. kako huda je poškodba, kateri predel možganov je poškodovan. V literaturi zasledimo, da se lahko tudi do 97 % pacientov, ki so utrpeli NMP, slabše zaveda svojih sposobnosti in omejitev in da to lahko v veliki meri vpliva na izvajanje dejavnosti vsakodnevnega življenja. (27).

Ko načrtujemo ustrezno obravnavo, je pomembno, da upoštevamo, v kolikšni meri se pacient zaveda problemov, ki smo jih opazili pri izvedbi dejavnosti. Odločitev terapevta, za kakšno strategijo se bo odločil, je popolnoma individualna. Lahko je to adaptacija izvedbe dejavnosti, adaptacija okolja, podporna tehnologija in vključitev svojcev (16). Veliko vlogo igra mesto poškodbe, saj pri poškodbi čelnega režnja pogosteje opažamo slabše samozavedanje (28). Obravnava temelji tako na izboljševanju funkcije kot tudi na prilagajanju aktivnosti, katere cilj je, da je pacient čim bolj učinkovit pri izvajanju tistih dnevnih aktivnosti (DA), ki so zanj pomembne in smiselne. Nujno je, da zna delovni terapevt svojo odločitev razložiti pacientu in njegovim svojcem, saj je dobro sodelovanje predpogoj za doseg čim boljših rezultatov (15). Velja priporočilo, da mora terapevt pri načrtovanju obravnave upoštevati medsebojni vpliv nevrološke okvare in stopnjo zanikanja težav, ki jih ima pacient (29).

Pacienti in svojci se ob začetku navadno bolj osredotočijo na izboljšanje motorike, predvsem se jim zdi pomembna hoja, ne opažajo pa sprememb na miselnem področju oziroma se jim te ne zdijo problematične. Te lahko sčasoma postajajo vse manj obvladljive in zato tudi čedalje bolj moteče. Pacienti sami težav ne zanikajo namenoma, temveč enostavno ne razumejo, da imajo težave. Ti problemi se lahko kažejo kot: podcenjevanje težav, ki so posledica NMP, nerazumevanje o potrebnosti rehabilitacijskih programov, neupoštevanje priporočil rehabilitacijskega tima (npr. omejitve pri vožnji, uživanje alkohola), nerealna pričakovanja glede načrtovanja prihodnosti (2, 19, 30), precenjevanje ali podcenjevanje svojih sposobnosti, neustrezna samopodoba (4, 7). Strokovnjaki različnih profilov ocenjujejo paciente vsak s svojega vidika. Delovni terapevti smo z razvojem A3 dobili ocenjevani instrument, ki se je izkazal kot dovolj občutljiv, da zazna vse spremembe v zavedanju pri pacientih z različnimi patologijami (15).

Svoje ugotovitve smo želeli primerjati z drugimi študijami, v katerih so kot merski instrument uporabili vprašalnik A3. Ta se je izkazal kot uporaben, zanesljiv in objektivni diagnostični merski instrument, s pomočjo katerega lahko spremljamo tudi spremembe v kakovosti samozavedanja (4). Japonci so naredili študijo, s katero so želeli ugotoviti, ali so rezultati ocenjevanja z vprašalnikom A3 primerljivi tudi med različnimi narodi. Primerjalna skupina so bili pacienti iz baze podatkov iz Švedske. Ko so primerjali vzorce, ki so se ujemale glede na diagnozo, spol in starost, so ugotovili, da se rezultati med tema skupinama bistveno ne razlikujejo (8).

Tabela 3: Ocene terapevtov (T) in pacientov (P) na vprašalniku A3.**Table 3.** Assessments by the therapists (T) and the patients (P) using the A3 questionnaire.

Pacient Patient	Ocena Assessment	Vprašanje / Question										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	T	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
	P	2	2	3	2	2	4	2	3	4	3	2
2	T	3	2	3	2	2	4	2	2	2	2	2
	P	2	1	2	2	2	4	1	2	1	1	1
3	T	3	2	3	3	3	4	4	3	4	2	4
	P	4	3	3	3	2	4	4	2	4	2	2
4	T	3	3	1	1	2	3	2	2	4	2	1
	P	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
5	T	2	4	1	2	2	2	2	1	4	3	1
	P	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
6	T	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
	P	2	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1
7	T	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
	P	3	3	2	2	2	3	2	2	4	2	2
8	T	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2	1
	P	2	1	4	3	2	2	1	1	2	2	1
9	T	3	3	3	2	2	4	4	4	4	3	2
	P	3	3	2	2	2	2	4	2	4	2	2
10	T	3	2	3	3	2	4	4	4	2	3	2
	P	3	2	2	2	3	4	3	2	4	2	2
11	T	3	3	2	2	2	4	4	2	4	2	2
	P	3	2	2	2	2	4	4	4	3	4	2
12	T	3	3	3	2	2	4	4	3	4	4	2
	P	3	3	3	2	2	4	2	2	4	4	2
13	T	3	2	2	3	2	4	2	2	4	2	2
	P	3	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2
14	T	3	1	2	2	2	4	1	3	4	2	1
	P	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
15	T	4	3	3	2	2	3	4	3	4	3	2
	P	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2
16	T	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	P	3	2	2	2	2	3	4	3	4	3	2
17	T	4	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2
	P	4	4	3	2	2	4	2	2	4	2	2
18	T	3	3	2	2	2	4	4	3	4	2	2
	P	4	2	3	3	2	2	4	2	4	2	2
19	T	4	2	3	2	2	4	3	3	3	3	2
	P	3	2	3	3	2	4	4	2	4	4	2
20	T	3	2	2	2	2	2	4	3	4	3	2
	P	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2

ZAKLJUČEK

Vprašalnik A3 smo uporabili pri pacientih z nezgodno možgansko poškodbo. Izkazalo se je, da je uporaben kot diagnostični merski instrument in tudi za spremljanje izida rehabilitacije. Terapevt s pomočjo tega vprašalnika lažje analizira težave in načrtuje ustrezno obravnavo, obenem pa tudi lažje prepozna t. i. rizične paciente, ki se svojih omejitev ne zavedajo. Tako jim lahko pravočasno nudi ustrezno pomoč in bi tako imeli manj težav pri vključevanju v okolje. Samozavedanje se navadno sčasoma izboljšuje s pomočjo povratnih informacij iz okolja, saj se pacienti prav tako učijo na podlagi uspeha in napak, kot mi vsi.

Samozavedanje se ne more opisovati ali meriti samostojno, ker je to kompleksen problem; potreben je timski pristop, predvsem pa je pomembno usklajeno delovanje strokovnjakov različnih strok (10). Dejstvo je, da je okrevanje po nezgodni možganski poškodbi dolgotrajen, pogosto celo doživljenjski proces v stimulativnem okolju.

Literatura:

1. Self Awareness. Pathway to happiness. <http://www.pathwayto-happiness.com/self-awareness.htm> [Dosegljivo 25. 5. 2014]
2. Fleming JM, Strong J. Self-awareness of deficits following acquired brain injury: Considerations for rehabilitation. *British Journal of Occupational therapy* 1995; 58: 55-60.
3. Kottorp A. Assessment of awareness of ability: version 2011. Stockholm: Karolinska Institutet, 2011.
4. Anderson RL, Doble SE, Merritt BK, Kottorp A. Assessment of awareness of disability measures among persons with acquired brain injury. *Can J Occup Ther.* 2010 Feb; 77(1): 22-9. <http://cjo.sagepub.com/content/77/1/22> [Dosegljivo 2.1.2016]
5. Sherer M, Bergloff P, Boake C, High W, Levin E. The Awareness Questionnaire: Factor structure and internal consistency, *Brain injury*, 1998; 12: 63-68.
6. Prigatano GP, Fordyce DJ, Zeiner HK, Roueche JR, Pepping M, Wood BC. *Neuropsychological rehabilitation after brain injury*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1986.
7. Fleming JM, Strong J, Ashton R. Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure? *Brain injury* 1996; 10: 1-15.
8. Asaba E, Petersson, Bontje P, Kottorp A. The assessment of Awareness of Ability (A3) in a Japanese context: A Rasch model application. *Scand J Occup Ther* 2011 Sep 12 v tisku.
9. Fisher AG. Assessment of motor and process skills. 4th ed. Vol. 2: User Manual. Ft. Collins, CO: Three Star Press, 2001.
10. Fleming JM, Strong J, Ashton R. Cluster analysis of self-awareness levels in adults with traumatic brain injury and relationship to outcome. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1998; 13 (5): 39-51.
11. Grabljevec K, Košorok V. Klinična pot v rehabilitaciji bolnikov po nezgodni možganski poškodbi na Inštitutu RS za rehabilitacijo. In: Košorok V, Grabljevec K, eds. *Poškodba glave - vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid : zbornik predavanj - XVI. dnevi rehabilitacijske medicine*; 2005 Mar 19-19; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2005.
12. Grabljevec K, Jesenšek Papež B, Kos N, Plaskan L. Rehabilitacija odraslih oseb po zmerni in težki možganski poškodbi – Priporočila Slovenskega združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino *Zdrav Vestn* 2015; 84: 165–81
13. Grabljevec K. Klinične smernice za rehabilitacijo odraslih oseb po nezgodni poškodbi možganov. *Clinical guidelines for rehabilitation of patients after traumatic brain injury*. In Burger H (ed.), Goljar N (ed.): 25. dnevi rehabilitacijske medicine, Ljubljana, 14.-15. marec, 2014. *Klinične smernice v fizikalni in rehabilitacijski medicini : zbornik predavanj = Clinical guidelines in physical and rehabilitation medicine : proceedings*; 2014 Mar 14-15; Ljubljana, Slovenija (Rehabilitacija 2014; 13 (S 1): 53-68). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2014.
14. Tham K, Bernspang B, Fisher AG. Development of the assessment of awareness of disability. *Scand J Occup Ther* 1999; 6: 184-190.
15. Kottorp A, Hallgren M, Bernspang B, Fisher AG. Client-centred occupational therapy for persons with mental retardation: Implementation of intervention programme in activities of daily living tasks. *Scand J Occup Ther* 2003; 10: 51-60.
16. Öhman A, Nygard L, Kottorp A. Occupational performance and awareness of disability in mild cognitive impairment or dementia. *Scand J Occup Ther* 2011; 18: 133-142.
17. Blundon G, Smits E. Cognitive rehabilitation: A pilot study of therapeutic modalities used by Canadian occupational therapists with survivors of traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2000; 67, 184-196.
18. Giacino JT, Cicerone KD. Varieties of deficit unawareness after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1998. 13 (5), 1-15.
19. Ownsworth T, & Clare L. (2006). The association between awareness deficits and rehabilitation outcome following acquired brain injury. *Clinical Psychology Review*, 26, 783–795. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.05.003> [Article] [PubMed]
20. Loi S. Individual literature review: occupational therapy intervention for veterans with traumatic brain injury, San Jose State University. [Dosegljivo na: http://img1.uk-dissertation.com/materials/samples/literature_review.pdf 14.3.2012]
21. Fleming J, Strong J. (1995). Self-awareness of deficits following acquired brain injury: Considerations for rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 55–60.
22. Sherer M, Boake C, Levin E, Silver BV, Ringholz G, High WM. Characteristics of impaired awareness after traumatic

- brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society* 1998; 4: 380-387.
23. Ownsworth TL, Oei TPS. Depression after traumatic brain injury: Conceptualisation and treatment considerations. *Brain Injury* 1998; 12: 735-751.
 24. Doig E, Kuipers P, Prescott S, Cornwell P, Fleming J. Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series *American Journal of Occupational Therapy*, September/October 2014, Vol. 68, 578-588. doi:10.5014/ajot.2014.010785.
 25. Fleming JM, Lucas SE, Lighbody S. Using occupation to facilitate self-awareness in people who have acquired brain injury: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Februar 2006; vol.73, 1: 45-55.
 26. Koskinen S. Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): The perspective of the injured and the closest relative. *Brain Injury*, 1998.12, 631-648.
 27. Sherer M, Bergloff P, Levin E, High W M Jr., Oden KE, Nick TG. (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13, 52–61. <http://dx.doi.org/10.1097/00001199-199810000-00007> [Article] [PubMed]
 28. Toglia J, Kirk U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15, 57–70. [PubMed]
 29. Malia K. Insight after brain injury: What does it mean? *The Journal of Cognitive Rehabilitation* 1997; 15: 10-16.
 30. Fischer S, Gauggel S, Trexler LE. (2004). Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries. *Brain Injury*, 18, 547–562. <http://dx.doi.org/10.1080/02699050310001645793> [Article] [PubMed]