

NOVE METODE V DELOVNI TERAPIJI

NEW METHODS IN OCCUPATIONAL THERAPY

Zdenka Pihlar, dipl. del. ter.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

V prispevku predstavljamo razvoj delovne terapije, in sicer prehod iz medicinskega modela obravnave v bio-psiho-socialni model. Delovne terapevte je začela utesnjevati ozkost pogledov biomedicinske paradigme, saj so spoznali, da vzrok za zmanjšano sodelovanje posameznika v namenskih aktivnostih ni samo posledica okvare oziroma motenj v telesnih funkcijah in zgradbah. V novi, porajajoči se paradigmi človekove dejavnosti upoštevamo, da je povezanost med osebo, okoljem in dejavnostjo, ki vpliva na posameznikovo sodelovanje v namenskih aktivnostih, pomembna in mu zagotavlja bolj zdravo in kakovostno življenje. Namen prispevka je predstaviti sodobne modele obravnave, usmerjene k posamezniku, dejavnosti in okolju, in nova ocenjevalna orodja, ki so povezana s predstavljenimi modeli, ter terapevtske pristope pri predstavljenih modelih.

Ključne besede:

delovna terapija, modeli obravnave, ocenjevalna orodja, zdravje, kakovost življenja

Abstract:

The paper presents the development of occupational therapy in the context of the transition from medical to bio-psycho-social model. Occupational therapists felt limited by a rather narrow view of the biomedical paradigm, as they had realized that the impairment of body structure and function is not the one and only reason for the reduced participation of the individual in purposeful activities. A new emerging paradigm of activity is recognising the importance of the interconnection of an individual person, environment and occupation that affects the individual's participation in purposeful activities and provides a life that is healthier and of higher quality. The purpose of this paper is to present contemporary models targeted at the person, occupation and the environment, and novelties associated with the presented models in terms of assessment instruments and therapeutic approaches.

Keywords:

occupational therapy, models, assessment instruments, health, quality of life

UVOD

Zadnja leta so razvili številne modele delovno-terapevtske obravnave, ki preučujejo človekovo zdravje, zmanjšano zmožnost ter dobro počutje. V novi, porajajoči se paradigmi človekove dejavnosti (occupation) upoštevamo, da je povezanost med osebo, okoljem in dejavnostjo pomembna. Sodobni razvoj delovne terapije temelji na modelih, ki izhajajo iz osebe, njene dejavnosti ter okolja, v katerem živi, in so tesno povezani s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization), ki opredeljujejo prvine zdravja in z zdravjem povezane prvine blaginje. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšanih zmožnosti in zdravja – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) poudarja usmerjenost na raven sodelovanja, ki je definirano kot »vključevanje posameznika v življenjske situacije« oz. izvajanje aktivnosti na vseh področjih človekovega delovanja: skrbi za sebe, dela, igre, izobraževanja in prostega

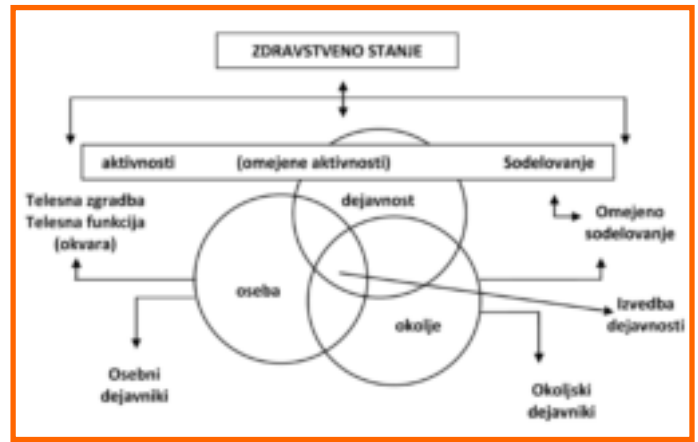
časa (1). Delovni terapevti izhajamo iz domneve, da je za povezanost med osebo, okoljem in dejavnostjo značilno, da je vzajemna ali medsebojno odvisna, proces pa je dinamičen (2). S postopno spremembo paradigme delovne terapije, ki je temeljila na medicinskem modelu, v bio-psiho-socialni model obravnave, ki je usmerjen k posamezniku, se v delovni terapiji uveljavljajo modeli obravnave, ki so usmerjeni v posameznikovo zdravje in dobro počutje. Enkratnost delovne terapije se kaže v njeni usmerjenosti k posamezniku, dejavnosti in okolju (3). Okolje posamezniku zagotavlja ekonomsko podporo, kulturo, vrednote, infrastrukturo in tehnologijo. Izvedba namenskih aktivnosti je rezultat dinamičnega odnosa med osebo, dejavnostjo in okoljem. Razmere v okolju vplivajo na izvedbo namenskih aktivnosti. Dejavniki okolja imajo pomembno vlogo pri načrtovanju delovno-terapevtske obravnave. Dobro poznavanje okolja, v katerem posameznik živi, je sestavni del procesa obravnave. Prilagoditev in oprema ožjega in širšega bivalnega okolja posamezniku omogoča, da sodeluje v življenjskih aktivnostih in da se vključuje v družbo, kar posredno vpliva na kakovost njegovega življenja (4).

E-naslov za dopisovanje /Email for correspondence (ZP):
zdenka.pihlar@ir-rs.si

MODELI V DELOVNI TERAPIJI

V zadnjih letih so na področju delovne terapije intenzivno razvijali modele, usmerjene k posamezniku, njegovi dejavnosti in okolju. Vsi modeli so zasnovani na sorodnih vrednotah, ki jih vključuje MKF: upoštevati je treba dostojanstvo in vrednost vseh ljudi, tudi tistih z zmanjšanimi zmožnostmi, in zagotoviti boljše možnosti za njihovo neodvisno funkcioniranje na najvišji možni ravni. Prav posebej poudarjajo, da je sodelovanje posameznika v družbi zelo pomembno. Sodelovanje (participation) posameznika postaja pomembna determinanta njegovega zdravja in dobrega počutja. Delovnim terapevtom je filozofija MKF zelo blizu, saj zajema celostno področje človekovega delovanja. Imeli pa so že nekaj kritičnih pripomb ob uporabi MKF v delovno-terapevtski praksi, in sicer na nejasno opredelitev razdelkov MKF, ki se nanašajo na dejavnost in sodelovanje. Glavne opombe so bile, da MKF ne vsebuje subjektivne dimenzije funkcioniranja in zadovoljstva, ne zajema nekaterih vidikov sodelovanja in omejitev pri predstavljenih primerih različnih vrst sodelovanja v življenjski situaciji posameznika in da je pogled na dejavnike okolja enodimenzionalen, saj je lahko le olajševalec ali oteževalec. Pri razvoju novih modelov delovne terapije so upoštevali omenjene kritične pripombe in so bili usmerjeni predvsem na področja dejavnosti in sodelovanja ter dejavnikov okolja (5).

Delovni terapevti zaradi značilnosti našega poklica nenehno razvijamo sodobne modele obravnave in jih uvajamo v klinično prakso. Ti modeli so odraz razmišljanja in vseživljenjskega učenja. Razvili so več ekoloških modelov, ki poudarjajo pomembnost vloge okolja za uspešno izvajanje dejavnosti: model, ki je usmerjen k okolju in izvedbi aktivnosti (angl. The Ecology of Human Performance – EHT) (6, 7); model oseba-okolje-dejavnost (angl. The Person-Environment-Occupation Model – PEO); model oseba-okolje-dejavnost-izvedba (angl. Person-Environment-Occupation-Performance Model – PEO) (8); Kanadski model izvedbe dejavnosti in obveznosti (angl. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement – CMOP-E) (9, 10); model človekove dejavnosti, ki je usmerjen k otroku in družini (angl. Model of Human Occupation to Children and Family Intervention – MOHO) (11), Model Kawa (12). Vsi modeli so bili zasnovani na dinamični, vzajemni in med seboj odvisni povezanosti med osebo, dejavnostjo in okoljem (slika 1). Usmerjeni so v kar najboljšo izvedbo aktivnosti in sodelovanje, upoštevaje posameznika z vidika njegove vloge v življenju in vpliv okolja na izid obravnave. Ekološki modeli so odraz vrednot okolja, ki je za osebe z zmanjšano zmožnostjo pomembno pri njihovem prilagajanju oziroma podpori, ki jim jo družba daje, da bi lahko samostojno opravljali namenske aktivnosti in sodelovali v družbi (6). Usmerjeni so k posamezniku, ne pa na okvaro, uporabni pa so za vse starostne skupine ljudi. Hkrati z modeli so razvili tudi ocenjevalna orodja, ki so si sicer med seboj podobna, vendar ima vsako od njih nekaj posebnosti. Orodja so standardizirana in uporabna tako za klinično delo kot tudi v raziskovalne namene.



Slika 1: Povezanost dveh modelov, ki sta usmerjena v sodelovanje posameznika; Mednarodna klasifikacija funkcioniranja – MKF in model oseba-okolje-dejavnost – PEO (povzeto po ICF in Mary Law s sod. (1, 2)).

Model CMOP-E je najbolj primerljiv z modelom MKF, čeprav je med njima nekaj pomembnih razlik. Ena pomembnejših razlik je, da MKF ne kodira osebnih dejavnikov z vidika sodelovanja. Za delovne terapevte je pri obravnavi osebe zelo pomembno, kakšne so njene kulturne vrednote, osebna prepričanja, zanje ni dovolj, da spremljajo samo, kako je oseba vključena v aktivnost in sodelovanje (13). Prepričanje naše stroke je, da mora ocenjevanje dejavnosti in sodelovanja biti usmerjeno k posamezniku. Prav tako je pomembna razlika med obema modeloma pri ločevanju aktivnosti in sodelovanja. V modelu MKF sta aktivnost in sodelovanje združena, model CMOP-E pa ju obravnava ločeno. Izvedba dejavnosti je rezultat dinamičnega razmerja med osebo, njenim okoljem in zahtevnostjo posamezne aktivnosti. V modelu so dejavnosti razvrščene v tri poglavitne skupine: skrb za sebe, produktivnost in prosti čas in so skupek različnih aktivnosti, ki so sestavni del nalog, za izvedbo katerih mora človek imeti osnovne sposobnosti. Posameznikova dejavnost in izvajanje opravil se nanaša na skupino dejavnosti oz. nalog, ki jih izvajamo v vsakdanjem življenju in jih posameznik v posameznem kulturnem okolju poimenuje, organizira ter jim pripisuje pomen in smisel (13).

OCENJEVALNA ORODJA

Test za ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti – OMPS (angl. Assessment of Motor and Process Skills – AMPS)

Test za ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti – OMPS (14) je standardizirani test, s katerim ocenjujemo izvajanje osnovnih in drugih dnevnih aktivnosti z vidika učinkovitosti, samostojnosti in varnosti. S testom ocenjujemo 16 motoričnih ter 20 procesnih spretnosti. Motorične spretnosti zajemajo: položaj telesa med izvajanjem aktivnosti, manipulacijo s predmeti, človekovo premikanje in posameznikovo

premikanje predmetov, napor ter porabo energije, procesne spretnosti pa uporabo znanja med izvajanjem aktivnosti, časovno organizacijo, organizacijo prostora in predmetov ter sposobnost prilagajanja med izvajanjem. Posameznika ocenjujemo med izvajanjem dveh različnih aktivnosti, ki ju izbere sam. Kriterij za ocenjevanje je kakovost izvedbe (enostavnost, učinkovitost, varnost in samostojnost) za vsako od manjših enot pri izvajanju aktivnosti (posamezne spretnosti), prav tako pa tudi vpliv zmanjšane učinkovitosti na kakovost celotne izvedbe. Rezultate ocenjevanja merimo z določenimi vrednostmi (logits), tj. enotami linearnega merila, ki nam povedo, kakšna je relativna razlika med oceno sposobnosti za izvedbo in težavnostjo naloge. V testu so določili mejo, ki določa, ali je oseba pod mejo ali nad njo oziroma stopnjo posameznikove samostojnosti, in sicer ali le-ta varno, dovolj hitro in učinkovito opravlja vsakodnevne aktivnosti (meja pri gibalnih spretnostih je 2,0, pri procesnih pa 1,0).

Test za ocenjevanje stopnje samozavedanja (angl. Assessment of Awareness of Ability – A3)

Test za ocenjevanje stopnje samozavedanja je standardiziran test, ki je oblikovan tako, da pacienti razmišljajo o kakovosti izvedbe namenske aktivnosti, ki je zanje smiselna. Iz kvalitativnih podatkov, ki jih pri ocenjevanju dobimo, lahko ugotovimo, katere so pacientove prednosti in seveda tudi omejitve na specifičnih področjih, ki jih prepozna ali pa jih ne doživlja kot težavo. Pacienti s težavami na miselnem področju se navadno precenjujejo, tisti, ki so depresivni, pa pogosto podcenjujejo svoje sposobnosti, zato je tudi načrtovanje obravnave zanje popolnoma drugačno (18-20).

Test A3 je zasnovan kot polstrukturiran vprašalnik. Vprašanja se nanašajo tako na kompleksno izvedbo izbrane namenske aktivnosti iz testa AMPS kot tudi na zelo specifična področja. Pacienta testiramo takoj po tem, ko le-ta izvede namensko aktivnost. Pacient odgovori na 11 vprašanj, ki jih obsega vprašalnik A3, pri tem opiše težave, ki jih je imel pri izvedbi izbrane namenske aktivnosti. Ocene, ki jih dobimo s testom AMPS, primerjamo s težavami, ki jih je navedel pacient, rezultate pa vnesemo v štiristopenjsko ocenjevalno lestvico. Ocene so: 4 = ni neskladja, 3 = majhno neskladje, 2 = zmerno oz. očitno neskladje, 1 = veliko neskladje (21). S pomočjo vprašalnika A3 dobimo pomembne podatke, ki nam pomagajo pri načrtovanju kratkoročnih in dolgoročnih ciljev obravnave.

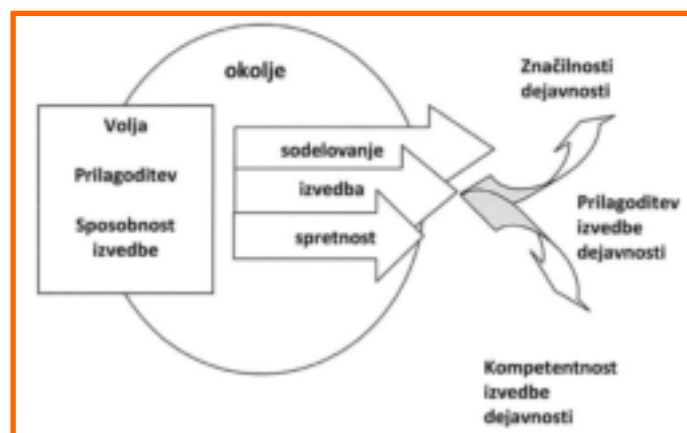
Kanadski test za ocenjevanje izvedbe dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure – COPM)

Kanadski test za ocenjevanje izvedbe dejavnosti je polstrukturirano standardizirano delovno-terapevtsko merilno orodje,

s pomočjo katerega posameznik odkriva težave na področju izvedbe dejavnosti. Kot ocenjevalno orodje so ga razvili skupaj z modelom CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) (2). Z 10-stopenjsko lestvico posameznik ocenjuje kakovost in zadovoljstvo z izvedbo izbranih aktivnosti. V zadnjih letih je bilo objavljenih več kot 85 raziskovalnih člankov, ki potrjujejo, da je po psihometričnih lastnostih test COPM veljavno in zanesljivo ocenjevalno orodje, ki je uporabno tudi v novejših modelih, kot je CMOP-E (8-10).

Kratki pregled otrokove dejavnosti (angl. The Short Child Occupational Profile – SCOPE)

Ocenjevalno orodje SCOPE temelji na teoriji modela človekove dejavnosti (The Model of Human Occupation – MOHO) ter procesu prilagoditve izvedbe dejavnosti. Sodelovanje opredeljuje kot posameznikovo vključevanje v delo, igro ali dnevne aktivnosti, ki so del socialno-kulturnega vidika posameznika, in je potrebno za njegovo dobro počutje. Izvedba dejavnosti je rezultat medsebojnega vpliva med otrokovo voljo, navadami, izvedbenimi spretnostmi in okoljem (slika 2). Ocenjevalno orodje SCOPE je veljavno orodje v delovno-terapevtski praksi, kar so potrdile številne raziskave, in je dovolj občutljivo za ocenjevanje otrok in mladostnikov (11).



Slika 2: Model človekove dejavnosti MOHO. Proces prilagoditve izvedbe dejavnosti. (povzeto po Kielhofnerju, 2007 (11)).

Otrokovo samoocenjevanje dejavnosti (angl. Child Occupational Self Assessment – COSA)

Lestvica za otrokovo samoocenjevanje dejavnosti je ocenjevalno orodje, ki ga izpolni otrok oziroma mladostnik. Vsebuje več postavk, ki so povezane z izvajanjem vsakodnevnih smiselnih aktivnosti. Temelji na modelu človekove dejavnosti (MOHO) in je usmerjeno k uporabniku. Postavke v lestvici za samoocenjevanje COSA se nanašajo na dejavnosti

in izkušnje uporabnika pri vključevanju v izvedbo le-teh. Z lestvico COSA ocenjujemo tako osebni kot tudi okoljski vidik pri vključevanju posameznika v dejavnosti. V številnih študijah so preverjali psihometrične značilnosti lestvice COSA (16, 17). Obe štiristopenjski lestvici sta dovolj občutljivi, da zaznata pomembne razlike ne le med skupinami postavk, ampak tudi med skupinami uporabnikov. Lestvica za samoocenjevanje COSA je preprosto in razumljivo ocenjevalno orodje, ker omogoča boljše spoznavanje otroka oziroma mladostnika, potrjuje pomembnost k uporabniku usmerjene delovno-terapevtske prakse in enkratnost delovne terapije.

Ocenjevanje sodelovanja in okolja pri otroku in mladostniku (angl. *The Participation and Environment Measure for Children and Youth – PEM-CY*)

Vprašalnik je inovativno orodje za ocenjevanje otrokovega sodelovanja doma, v šoli in v skupnosti (22). V poročilu Svetovne zdravstvene organizacije so namreč zapisali (22), da ima kar en bilijon ljudi oziroma 15 % svetovne populacije zaradi različnih okvar težave pri izvajanju številnih aktivnosti, približno 200 milijonov ljudi se sooča z težavami pri funkcioniranju, od tega je približno 93 milijonov otrok, starih od 0 do 14 let, s težko oziroma zelo težko okvaro, zato niso zmožni opravljati namenskih aktivnosti tako pri skrbi zase kot tudi pri igri ali šoli. Sodelovanje otroka ali mladostnika v namenskih aktivnostih vpliva na njegovo zdravje in dobro počutje, je indikator vključenosti in vpliva na uspešen razvoj otroka.

Ocenjevalno orodje PEM-CY je dostopno na zaščiteni spletni strani. Vprašalnik izpolnijo starši otrok, starih od 5-17 let. Razdeljen je na tri področja: dom, šola in skupnost. Za vsako področje ločeno ocenjuje sodelovanje in okolje. Vprašanja na področju **sodelovanja so usmerjena v: 1. kako pogosto**, kar ocenjujemo z 8-točkovno lestvico: nikoli (0), dnevno (7); **2. stopnjo vključenosti**, kar ocenjujemo s 5-točkovno lestvico: minimalno (1), zelo vključen (5) in **3. željo po spremembi**, na vprašanja odgovarjamo z da ali ne pri petih različnih načinih za doseganje cilja: 1. ne želim spremembe; 2. da, bolj pogosto; 3. da, manj pogosto; 4. da, želim biti bolj vključen in 5. bolj želim biti vključen v raznolike aktivnosti. Vprašanja, ki so **povezana z okoljem**, opredeljujejo dejavnike okolja, zahteve za izvajanje aktivnosti in pripomočke (23-25). Pridobljeni podatki so prikazani z opisnimi statistikami. Ocenjevanje je pomembno za starše in terapevte. Starši dobijo boljši vpogled v vključenost njihovih otrok v dejavnosti doma, v šoli in v skupnosti. Mnogokrat se težav niti ne zavedajo in sprejemajo dejstvo, da otrok določenih aktivnosti zaradi omejitev pri funkcioniranju, ki so posledica bolezni oziroma okvare, ne bo nikoli počel. Še posebno pomembno je, da spoznajo otrokove omejitve in prepoznajo možnosti

podpore, pa naj si bo prilagoditev izvedbe aktivnosti, podpora izvedbe s sodobnimi tehnološkimi pripomočki ali pomoč druge osebe.

TERAPEVTSKI PRISTOPI

Terapija s pomočjo živali (angl. *Animal-Assisted Therapy – AAT*)

Tovrstna terapija je aktivnost, pri kateri želimo s pomočjo izšolane živali, vodnika in strokovnega delavca pri uporabniku doseči izboljšanje na različnih področjih njegovega delovanja (26, 27). Terapija je zelo učinkovita in vpliva na posameznikovo dobro počutje in kakovost njegovega življenja, ker pa učinkovitost le-te ni potrjena z znanstvenimi dokazi, bo treba narediti še kar nekaj študij, da jo bodo pri svojem delu lahko uporabljali strokovnjaki in jo priznali tudi plačniki storitev. Kljub pomanjkljivim znanstvenim dokazom, pa se je uveljavila v praksi. Številni delovni terapevti imajo pri uporabi tovrstne terapije dobre izkušnje tako pri otrocih kot tudi pri odraslih.

Hortikultura terapija (angl. *Horticultural Therapy – HT*)

Razvili so jo Ameriški terapevti in jo leta 1973 tudi uradno poimenovali »horticultural therapy«. Usmerjena je v namensko gojenje rastlin in urejanje vrtov, da bi si človek s tovrstno dejavnostjo ohranjal duševno in telesno zdravje. S pomočjo HT pri posameznikih krepimo zaznavne, spoznavne in motorične sposobnosti ter socialne veščine. Terapija temelji na tehnikah ohranjanja oziroma spodbujanja zaznavnih sposobnosti, telesne vadbe, fine motorike in koordinacije. Vsebuje telesno aktivnost, sprostitvev in uživanje, omogoča razvoj spretnosti, intelektualni razvoj, socializacijo. Človeku daje občutek, da je nekaj naredil, daje mu osebno zadovoljstvo ter vpliva na njegovo duhovno rast.

Številni dokazi potrjujejo učinkovitost hortikulture terapije (28, 29). Po svetu so naredili več kot 1500 raziskovalnih projektov o učinkovitosti HT. Največ študij so naredili pri pacientih z duševnimi motnjami, pri starejših ljudeh z demenco, nato pa pri starejših ljudeh in otrocih z različnimi okvarami, pri katerih so se s pomočjo hortikulture terapije izboljšale psihofizične sposobnosti, pa tudi kakovost njihovega življenja in dobro počutje.

Yusokava (28) je v svojo doktorsko nalogo vključil številne randomizirane študije, s katerimi je dokazoval učinkovitost hortikulture terapije pri starejših. Z znanstvenimi dokazi je potrjeno, da so starejši s pomočjo HT ohranjali svojo psihofizično zmogljivost in socialne veščine ter ostajali dalj časa samostojni pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti.

Tehnike stopnjevane motorične predstave (angl. Graded Motor Imagery – GMI)

Z razvojem nevrobioloških znanosti so se postopoma razvijale tudi tehnike obravnave oseb z bolečino – fantomska bolečina amputiranega uda, kompleksni regionalni bolečinski sindrom (30). Usmerjene so v rekonstrukcijo lateralizacije, motorične predstave in v terapijo z ogledalom (31). Temeljijo na paradigmi nevroatričnega zapisa. V številnih randomiziranih kontrolnih študijah so dokazali terapevtsko učinkovitost tehnik GMI, saj se je pri pacientih zmanjšala bolečina, izboljšalo pa se je tudi njihovo funkcioniranje. V delovno terapijo postopoma uvajajo tehnike GMI, predvsem pa uporabo terapije z ogledalom. Terapija z ogledalom vpliva na izboljšano funkcijo zgornjega uda pri pacientih z okvaro osrednjega živčevja (32), prav tako pa je uspešna metoda za zmanjševanje fantomske bolečine po amputaciji zgornjega uda (33).

Funkcijsko usposabljanje nevrološkega bolnika s pomočjo glasbe

Najpogostejši terapevtski pristopi pri nevroloških pacientih so bili v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega stoletja nevrofiziološki pristopi, ki so temeljili na teoretičnih izhodiščih nevrofizioloških spoznanj. Temeljna domneva, na kateri tovrstni pristopi temeljijo, je spodbujanje učinkovitejšega nadzora živčnega sistema pri gibanju z izkušnjami o pravih gibalnih vzorcih, ki jih vodi terapevt. V osemdesetih letih 20. stoletja je bil po dognanjih nevroznanosti o pomenu psihologije in motoričnega učenja ter predvidevanj o njihovi uporabnosti v rehabilitaciji nevroloških pacientov zasnovan sodoben, v funkcijo usmerjen pristop – pristop motoričnega učenja. Motorično učenje temelji na aktivni vadbi glede na namen in okoliščine specifičnih gibalnih nalog, ki s primerno povratno informacijo spodbujajo učenje in vzdrževanje gibanja (34-37).

Osnovni namen funkcijskega usposabljanja z glasbo je, da ponovno vzpostavljamo oziroma ohranjamo motorične, procesne in komunikacijske ter socializacijske spretnosti, ki so temelj za uspešno izvedbo namenskih aktivnosti. Glasba je terapevtski medij, ki z močjo melodije in ritma vpliva na človekovo čustveno stabilnost, njegovo samozavest, zmanjšuje stres in utesnjenost.

Funkcijsko usposabljanje z glasbo je namenjeno ljudem z okvaro ali boleznijo osrednjega živčnega sistema (OŽS), predvsem ljudem po možganski kapi in tistim z demenco. Usklajeno delovanje obeh možganskih polobel je za funkcioniranje posameznika zelo pomembno. Bistvo tovrstnega funkcijskega usposabljanja je, da s pomočjo glasbe pri ljudeh z boleznimi in okvarami osrednjega živčevja spodbujamo izvedbo takšnih gibalnih vzorcev, katerih elementi izhajajo iz treh različnih pristopov obravnave: senzorično-motorične integracije, motoričnega učenja in nevroterapevtskega pristopa, cilj pa je, da bi si bolniki pridobili oziroma ohranili spre-

tnosti za kakovostno izvedbo namenskih aktivnosti. Program funkcijskega usposabljanja z glasbo je zasnovan po modelu Mednarodne klasifikacije funkcioniranja – MKF. Sestavljajo ga trije sklopi gibalnih aktivnosti. Glasba je v vključena kot terapevtski medij, zato ne govorimo o glasbeni terapiji, temveč o funkcijskem usposabljanju s pomočjo glasbe. Glasba pa ima pomembno vlogo v celostnem terapevtskem pristopu. Določa ritem, tempo in usmerja pozornost skupine. Zato je pomembno, da je glasba instrumentalna, po ritmu, melodičnosti in prepoznavnosti prilagojena udeležencem v skupini. Glasba tudi zelo spodbuja komunikacijske in socializacijske spretnosti (38).

Funkcijsko usposabljanje z glasbo je skupinsko. V skupino je vključenih 6 oseb z okvaro OŽS, ki želijo sodelovati in imajo radi glasbo in ples. Informacije o tem zberemo s pomočjo intervjuja, ki ga izvedemo z udeležencem oziroma njegovimi svojci. Skupino vodi delovni terapevt s pomočnikom. Ena terapevtska obravnava traja 45 minut. Za izbor udeležencev v skupino oseb po možganski kapi uporabljamo poleg uvodnega intervjuja še druga ocenjevalna orodja, in sicer: FIM, LOTCA in Dinamično analizo spretnosti. Za osebe z demenco uporabljamo Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS). Osebe z demenco morajo pri KPSS doseči najmanj 10 točk, da ustrezajo pogojem za vključitev v skupino (38, 39).

Skupinska obravnava je enkrat tedensko. Osebe ocenimo pred vključitvijo v skupino ter po dveh mesecih obravnave oziroma po končani obravnavi.

Za funkcijsko usposabljanje oseb z okvaro OŽS izbiramo samo instrumentalno glasbo. Izbrana je bila narodna glasba Danice Butinar »Slovenija v citrah«, katere učinek je pomirjujoč in sproščujoč in ustreza prilagajanju ritma, tempa in celostne dinamike gibalnih vzorcev in aktivnosti (39).

Prvi poskusni program funkcijskega usposabljanja s pomočjo glasbe smo na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča zasnovali že leta 2001 za paciente po možganski kapi. Idejno zasnovano sem črpala iz dolgoletnih izkušenj pri delovno-terapevtski obravnavi oseb z okvaro OŽS. Uporabila sem različne pristope obravnave, povzete po preglednih člankih o funkcijskem usposabljanju s pomočjo glasbe ter po izkušnjah kolegic, ki so tovrstno terapijo začele uvajati v delovno-terapevtsko obravnavo pacientov. Spoznanje po desetletnem razvoju pa je, da je funkcijsko usposabljanje s pomočjo glasbe uporabna metoda tudi za obravnavo oseb z demenco, kar dokazujejo rezultati enoletnega raziskovalnega projekta, ki je potekal v osmih domovih za starejše osebe (39, 40).

ZAKLJUČEK

Sodobni pristopi v delovni terapiji so usmerjeni v zagotavljanje posameznikovega zdravja in dobrega počutja, upoštevajo

smernice MKF, vključujejo modele obravnave, ki temeljijo na povezanosti osebe, dejavnosti in okolja, cilj pa je aktivno sodelovanje posameznika v družbi.

Delovni terapevti v Sloveniji smo v zadnjih letih uvedli številne nove modele in pristope obravnave, ki so jih razvili po svetu, njihovo uporabnost pa smo potrdili s številnimi raziskovalnimi projekti pri populaciji slovenskega prebivalstva. Uspešna rehabilitacija je odvisna od timskega dela različnih strokovnjakov. Usmerjena mora biti k posamezniku, tako da upošteva njegove vrednote, način življenja, aktivnosti, ki so zanj smiselne, in okolje, v katerem živi. Zavedati pa se moramo, da obstajajo omejitve zaradi posledic okvare, ki nam otežujejo doseganje začrtanih skupnih ciljev. Prenos programov obravnave v skupnosti oziroma v ožje bivalno okolje je pogoj za uspešno rehabilitacijo. Delovni terapevti smo usposobljeni, da s pomočjo analize aktivnosti po spretnostih posamezniku omogočimo prilagoditev izvedbe aktivnosti: načina izvedbe, uporabe pripomočkov podporne tehnologije in svetovalnega dela v skupnosti, kjer posameznik živi. Za uspešno uvajanje novih metod delovne terapije v prakso bomo potrebovali tudi podporo uporabnikov in plačnika storitev. Mnoge evropske države so spoznale ekonomsko vrednost ohranjanja človekovega zdravja, dobrega počutja in vzdrževanja sposobnosti za izvedbo osnovnih in drugih dnevnih aktivnosti v vseh obdobjih njegovega življenja. Posebno pozornost namenjajo starejši populaciji, da bi tako podprli medgeneracijsko solidarnost in aktivno staranje v domačem okolju. Vloga delovnih terapevtov v prihodnje bo, da se bodo usmerili v raziskovalno delo, saj je dokaz učinkovitosti udejanja teorije v praksi edino prepričljivo merilo za uporabnika in plačnika storitev.

Literatura:

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Law M, Baum C, Dunn W, eds. Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy. 2nd ed. Thorofare: Slack, cop. 2005.
3. Dunn W, Brown C, McGuigan A. The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. *Am J Occup Ther* 1994; 48(7): 595-607.
4. Wilcock AA. An occupational perspective of health. 2nd ed. Thorofare: Slack, cop. 2006.
5. Haglund L, Henriksson C. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occup Ther Int* 2003; 10(4): 253-68.
6. Brown CE. Ecological models in occupational therapy. In: Blesedell Crepeau B, Cohn ES, Boyt Schell BA, eds. Willard and Spackman's occupational therapy. 11th ed. Philadelphia [etc.]: Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 345-445.
7. Dunn W, Youngstrom M, Brown C. Ecological model of occupation. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
8. Baum CM, Christiansen CH. Person-environment-occupation-performance: an occupation-based framework for practice. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J, eds. Occupational therapy: performance, participation and well-being. 3rd ed. Thorofare: Slack, 2006: 242-66.
9. Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists, 2007.
10. Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling occupation: an occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2002.
11. Kielhofner G. Model of human occupation: theory and application. 4th ed. Baltimore: Lippincott William & Wilkins, 2007.
12. Iwama MK. The Kawa model: culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2006.
13. Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health--some critical remarks. *Am J Occup Ther* 2005; 59(5): 569-76.
14. Fisher AG, Jones KB. Assessment of motor and process skills. Vol. 1. 7th ed. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, 2010.
15. Law M, Baptise S, Carswell A, McColl A, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure. 2nd ed. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists, 1994.
16. Kielhofner G. A model of human occupation: theory and application. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, cop. 2002.
17. Baron K, Kielhofner G, Iyengar A, Goldhammer V, Wolenski J. A user's manual for the Occupational Self Assessment (OSA), (version 2.1.). Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Science, University of Illinois at Chicago, 2002.

18. 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; 77(1): 22-9. <http://readperiodicals.com/201002/1970424331.html#ixzz1qulereKJ> [Dosegljivo 24. 5. 2012].
19. Asaba E, Petersson I, Bontje P, Kottorp A. The Assessment of Awareness of Ability (A3) in a Japanese context: a Rasch model application. *Scand J Occup Ther* 2012; 19(4): 370-6.
20. Kottorp A. *Assessment of Awareness of Ability: version 2011*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2011.
21. Rotar E. Sposobnost prepoznavanja težav in okrevanje = Ability to identify problems and recovery. In: *Do-dajmo mladost letom. 6. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Bled, 25. do 27. oktober 2012*. [Ljubljana : Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje], 2012: 11 str. v pdf formatu [Elektronski vir – CD-ROM].
22. Coster W, Law M, Bedell G, Khetani M, Anaby D, Teplicky R, et al. The Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY) – an innovative measure for home, school, and community. *CanChild Centre for Childhood Disability Research Webinar Series*, Hamilton, 2012.
23. Law M, Coster W, Bedell G, Anaby D, Khetani M, Teplicky R, et al. Participation profiles at home, school and in the community: a comparison of children and youth with and without disabilities. Research paper presented at the 66th Annual Meeting of the American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine, Toronto, September 12-15, 2012.
24. Coster W, Law M, Bedell G, Khetani M, Cousins M, Teplicky R. Development of the Participation and Environment Measure for Children and Youth: conceptual basis. *Disabil Rehabil* 2012; 34(3): 238-46.
25. Coster W, Bedell G, Law M, Khetani MA, Teplicky R, Liljenquist K, et al. Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY). *Dev Med Child Neurol* 2011; 53(11): 1030-7.
26. Fine AH, eds. *Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice*. San Diego [etc.] : Academic Press, cop. 20000.
27. Marinšek M, Tušak M. *Človek – žival: zdrava naveza*. Maribor: Založba Pivec, 2007.
28. Jusukawa M. A study of the effectiveness of horticultural therapy in the care of elderly people: validation of effects on mental and physical functions and social functions. Doctoral thesis at Kyushu University Graduate School, 2002.
29. Mizuno-Matsumoto Y, Kobashi S, Hata Y, Ishikawa O, Asano F. Horticultural therapy has beneficial effects on brain functions in cerebrovascular diseases. *IC-MED* 2008; 2(3): 169-82.
30. Boudreau SA, Farina D, Falla D. The role of motor learning and neuroplasticity in designing rehabilitation approaches for musculoskeletal pain disorders. *Man Ther* 2010; 15(5): 410-4.
31. Coslett HB, Medina J, Kliot D, Burkey AR. Mental motor imagery indexes pain: the hand laterality task. *Eur J Pain* 2010; 14(10): 1007-13.
32. Michielsen ME, Selles RW, van der Geest JN, Eckhardt M, Yavuzer G, Stam HJ, et al. Motor recovery and cortical reorganization after mirror therapy in chronic stroke patients: a phase II randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair* 2011; 25(3): 223-33.
33. Acerra NE, Souvlis T, Moseley GL. Stroke, complex regional pain syndrome and phantom limb pain: can commonalities direct future management? *J Rehabil Med* 2007; 39(2): 109-14.
34. Gjelsvik BEB. *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart; New York: Thieme, cop. 2008.
35. Carr JH, Shepherd RB. *A motor relearning programme for stroke*. London: Butterworth-Heinemann Medical Books, 1982.
36. Carr JH, Shepherd RB. *Movement science: foundations for physical therapy in rehabilitation*. 2nd ed. Gaithersburg, Md. : Aspen Publishers, 2000.
37. Pihlar Z. Znanost v delovni terapiji – naložba v razvoj = Occupational science in occupational therapy – investment in development. In: Marinček Č, Burger H, eds. *Rehabilitacija v prihodnosti. 20. jubilejni dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, 3. in 4. april 2009*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo : Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, 2009: 48-52. (Rehabilitacija 2009; letn. 8; supl. 1).
38. Johnson G, Otto D, Clair AA. The effect of instrumental and vocal music on adherence to a physical rehabilitation exercise program with persons who are elderly. *J Music Ther* 2001; 38(2): 82-96.
39. Pihlar Z. Funkcijsko usposabljanje s pomočjo glasbe-FUNB. In: *Zbornik 4. Strokovnega posveta aktiva delov-*

nih terapevtov. Ljubljana : Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2011: 4-7.

40. Lubej Š, Slatinek M, Cafnik L, Gašpar P, Zajnkovič J, Enci S, et al. Funkcijsko usposabljanje s pomočjo glasbe pri osebah z demenco = Functional training with music

for people with dementia. In: Dodajmo mladost letom. 6. kongres delovnih terapevtov Slovenije, Bled, 25. do 27. oktober 2012. [Ljubljana : Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje], 2012: 15 str. v pdf formatu [Elektronski vir – CD-ROM].