

UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ODDELEK ZA DELOVNO TERAPIJO

**PROCES DELOVNE TERAPIJE PRI OSEBAH PO
PRIDOBLENJI POŠKODBI MOŽGANOV – ŠTUDIJA
PRIMERA**

**THE PROCESS OF OCCUPATIONAL THERAPY IN
PERSONS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY – A
CASE STUDY**

Avtorica: Špela Petek

Mentorica: mag. Nevenka Gričar, prof. def., viš. del. ter., pred.

Somentorica: Lea Šuc, MSc. dipl. del. ter

Ljubljana, 2010

ZAHVALA

Zahvaljujem se mag. Nevenki Gričar, prof. def., viš. del. ter., predavateljici, za mentorstvo in Lei Šuc, MSc, dipl. del. ter., za somentorstvo pri diplomskem delu. Zahvaljujem se tudi Zavodu za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja in Špeli Mihevc, dipl. del. ter., zaposleni v zavodu Zarja, za pomoč pri pisanju diplomskega dela. Še posebej pa se zahvaljujem klientki za sodelovanje.

Zahvaljujem se tudi družini za podporo v času pisanja diplomskega dela.

IZVLEČEK

Uvod: Kadar govorimo o nezgodni možganski poškodbi, mislimo na tiste poškodbe, ko na glavo deluje zunanja sila in pri tem poškoduje možgane, kar povzroči motnje zavesti, spremembe duševnih in/ali telesnih funkcij. Nezgodno možgansko poškodbo lahko povzročijo padci, udarci, nasilje, strelne poškodbe, prometne nezgode. V Sloveniji so še posebej usodne prometne nesreče, saj po njihovem številu sodimo na sam evropski vrh. Poškodbe glave so med vsemi poškodbami najštevilčnejše v prometu. **Namen:** Namen diplomskega dela je izvesti proces delovne terapije pri osebi po poškodbi glave in ugotoviti, ali lahko z intenzivno 1-mesečno delovno terapevtsko obravnavo pri osebi po poškodbi možganov, ki se je zgodila pred osemnajstimi leti, vplivamo na kvaliteto izvedbe okupacije. **Metode dela:** Poleg študija strokovne literature in pregleda gradiva na spletnih straneh na temo poškodbe možganov so bila izvedena ocenjevanja (ocenjevanje skozi aktivnost – OSA, Mississippi Aphasia Screening test, FIM/FAM). V tej raziskavi je bila uporabljena študija primera. **Rezultati:** Klientka je bila v obravnavi 1 mesec. Obravnava je potekala štirikrat tedensko na klientkinem domu (bivalna skupnost). Klientka je imela pri izvajanju okupacije veliko težav, predvsem s spominom, pozornostjo, z zaporedjem izvajanja aktivnosti itn. Po 1-mesečni intenzivni obravnavi so se te težave zmanjšale. **Razprava in sklep:** Študija primera je pokazala, da lahko z intenzivnostjo obravnave pri osebi, ki je utrpela pridobljeno poškodbo možganov pred osemnajstimi leti, vplivamo na kvaliteto izvedbe okupacije.

Ključne besede: delovna terapija, pridobljene poškodbe možganov, dolgotrajna rehabilitacija

SUMMARY

Introduction: When it comes to accidental brain injury we think of those injuries, when the external force acting head and cause damage to the brain, which causes disturbance of consciousness, mental changes and / or bodily functions. Accident brain injury can be caused by falls, beatings, violence, gunshot injuries, traffic accidents. In Slovenia are particularly fatal traffic accidents. According to their numbers we judging at the top of European countries. Head injuries are among the most numerous of all traffic injuries.

Purpose: The purpose of this study is to implement a process of occupational therapy in a person after traumatic brain injury and to determine if we can with one month intensive occupational therapy treatment in person after traumatic brain injury, which happened eighteen years ago influence the quality of occupational performance. **Working methods:**

Apart from the literature study and literature review of material on the website on topic of brain injury also were performed assessment (assessment through the activity – OSA, the Mississippi Aphasia Screening test, FIM/FAM). In this research will be used a case study.

Results: The client was been in occupational therapy treatment one month. The occupational therapy treatment was held 4 times a week at clients home (residential community). Client had a lot of problems in occupational performance, especially with memory, attention, sequencing activity, etc. After one-month intensive treatment this problems decreased. **Discussion and conclusion:** The case study showed that the intensity of occupational therapy treatment on a person who has suffered traumatic brain injury from eighteen years ago can affect to the quality of the occupational performance.

Key words: occupational therapy, traumatic brain injury, long-term rehabilitation

KAZALO

1 UVOD	7
2 NAMEN DIPLOMSKEGA DELA	8
3 METODE DE LA	9
4 POŠKODBE GLAVE	10
5 REHABILITACIJA OSEB PO POŠKODBI GLAVE	13
5.1 Potek rehabilitacije.....	13
6 ZAVOD ZARJA	17
7 PROCES DELOVNE TERAPIJE	19
7.1 FAZA EVALVACIJE.....	19
7.1.1 Okupacijski profil	19
7.1.2 Teoretični modeli in pristopi.....	20
7.1.3 Izvedena ocenjevanja	24
7.1.4 Analiza aktivnosti.....	27
7.2 OBRAVNAVA	27
7.2.1 Načrt/plan obravnave	27
7.2.2 Izvajanje obravnave	29
7.2.3 Preverjanje obravnave.....	29
7.3 IZID.....	30
8 ŠTUDIJA PRIMERA	31
9 RAZPRAVA	54
10 SKLEP	56
11 LITERATURA	57
12 PRILOGE	62
12.1 Izjava o avtorstvu.....	62

KAZALO SLIK

Slika 1: Kanadski model izvedbe okupacije	21
Slika 2: Spodnja omara	48
Slika 3: Visoka polica	48
Slika 4: Korito	49
Slika 5: Visoka omara	49
Slika 6: Štedilnik	49
Slika 7: Pripomoček za odpiranje in zapiranje pipe.....	51
Slika 8: Barvni list nad gumbom.....	51
Slika 9: Barvni list na posodi za kavo in sladkor	51

1 UVOD

Poškodbe glave tudi pri nas – tako kot v svetu – predstavljajo enega največjih zdravstveno-socialnih problemov sodobnega časa. Nezgodna možganska poškodba je glavni vzrok smrti in eno najbolj invalidizirajočih obolenj mlade generacije. Zaradi velikega napredka medicine na vseh področjih ogromno oseb po poškodbi glave ostane pri življenju, vendar pa ostaja kvaliteta življenja vprašljiva (Košorok, 2005).

Nezgodna možganska poškodba s svojimi posledicami pogosto pomembno poseže v življenja bolnika in njegovih svojcev. Posledice na gibalnem, psihičnem, čustvenem in na osebno-vedenjskem področju s posledično nezaposljivostjo in socialno odvisnostjo pomenijo upad kakovosti življenja bolnika in svojcev, finančno breme družine in družbe. Okrevanje je praviloma dolgotrajno in nepopolno (Košorok, 2003).

Pri rehabilitaciji oseb po poškodbi glave mora sodelovati več strok, in sicer: fizioterapevti, logopedi, socialni delavci, tehniki zdravstvene nege in delovni terapevti. Delovni terapevti imajo pomembno vlogo pri osebah po poškodbah glave. Delovna terapija je poklic, ki skrbi za promocijo zdravja in dobrobit posameznika prek okupacije. Osnovni cilj delovne terapije je omogočati ljudem, da se čim bolj kvalitetno vključujejo v aktivnosti vsakodnevnega življenja. Delovni terapevt to dosega tako, da ljudem prek različnih aktivnosti izboljšuje njihove sposobnosti ali pa prilagaja okolje, da klient doseže čim boljše izvedbo (Rotar, 2010).

Pri obravnavi oseb po poškodbi glave je zelo pomembno, da imajo osebe dolgotrajno rehabilitacijo. Ta mora biti celostna, potekati mora nepretrgoma, in sicer od trenutka poškodbe do ponovnega samostojnega vključevanja v vsakodnevno življenje. Rehabilitacija mora biti dolgotrajna, skrbno načrtovana, ciljno usmerjena in multidisciplinarna, ker izboljšanje stanja traja dlje časa in posledice so težko predvidljive (Bolčina, Moderc, 2010).

V Sloveniji imamo tri zavode za rehabilitacijo po poškodbi glave in sicer, v Ljubljani (Zavod Zarja), Kranju (Zavod Korak) in v Mariboru (Zavod Naprej). Vsi naštetih zavodi imajo podobno poslanstvo.

2 NAMEN DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je:

- izvesti delovno-terapevtski proces pri osebi po poškodbi glave;
- ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na obravnavo delovne terapije;
- s študijo primera prikazati pomembnost intenzivnosti delovno-terapevtske obravnave pri osebah po pridobljeni poškodbi možganov.

Cilj obravnave je, da klientka v enem mesecu intenzivne delovno-terapevtske obravnave z minimalno (verbalno) pomočjo kvalitetno izvede okupacijo (kuhanje kave).

Odgovorila bom na naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kakšno vlogo ima okolje, v katerem je potekala obravnava? (spodbujajoče, zavirajoče)?
- Kako učinkovita je intenzivna 1-mesečna obravnava pri osebi po pridobljeni poškodbi možganov, čeprav je poškodba nastala pred 18 leti?

3 METODE DE LA

Pri izdelavi diplomskega dela je uporabljena deskriptivna metoda; predstavljena je študija primera. To je raziskovalna oblika, ki je zelo kompleksna in fleksibilna. Vsebuje kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metode. Pri študiji primera raziskujemo samo eno osebo ali enoto. Poznamo več vrst študij primera, tj.: študijo primera posameznega subjekta, študijo primera posameznega sistema in študijo primera posameznih primerov. Poznamo tudi holistične in sestavljene ter posamezne in multiple študije primera (Lebar, 2004).

Uporabljena sta študija strokovne in znanstvene literature ter pregled gradiva na spletnih straneh na temo poškodbe možganov s pomočjo naslednjih baz: MEDLINE, COCHRANE COLLABORATION, INTUTE, NICE, CINAHL, DiKUL.

Podatki so zbrani s pomočjo:

- intervjuja;
- sistematičnega opazovanja;
- ocenjevalnih testov (FIM/FAM, ocenjevanje skozi aktivnost, Mississippi Aphasia Screening test);
- dokumentacije.

4 POŠKODBE GLAVE

Poškodbe možganov so najpogostejši vzrok smrti in invalidnosti za osebe, mlajše od 38 let. Na stopnjo pogostnosti vplivajo: starost, spol, okolje, etničnost. V največji nevarnosti so moški v starosti od 15 do 24 let; ti so tudi dvakrat bolj dovzetni za poškodbe možganov kot ženske. Druge starostne skupine, ki kažejo povišano pogostnost poškodb možganov, so starejši od 72 let in otroci, mlajši od 5 let. Najpogostejši vzroki za poškodbe možganov so prometne nesreče, sledijo jim strelne rane in padci. Strelne rane in padci, ki imajo za posledico poškodbe možganov, so najpogostejši pri starejših in zelo mladih osebah. Najmanj poškodb možganov se zgodi pešcu. Resnost poškodbe je povezana z vzrokom. Pri prometnih nesrečah obstaja večja nevarnost za smrt ali invalidnost, pri padcih pa je poškodba blaga. Če upoštevamo vse poškodbe glave je, 70 % blagih poškodb možganov, 20 % zmerno hudih poškodb možganov in 10 % poškodb s smrtnim izidom. Drugi dejavniki, ki vplivajo na poškodbo možganov, so: starost, dolžina kome, dolžina post-travmatične amnezije in območje poškodbe možganov (Hansen, 2000).

Vsako leto se v Sloveniji poškoduje in doživi poškodbo možganov okoli 3.500 ljudi. Najbolj so ogroženi mladi v starosti od 14 do 30 let in starejši od 60 let. Največ poškodb možganov nastane zaradi prometnih nesreč, padcev, športnih nesreč, nasilja, strelnih ran in zlorabe mamil (Trdan, 2005).

Da bi razumeli, kakšne posledice lahko povzročajo poškodbe glave, moramo najprej razumeti, kaj možgani počnejo in kako. Možgane varujejo lobanja, zapleten sistem membran, tekočine in krvne žile. Možgani so kompleksen organ, osrednja točka naših zmogljivosti za mišljenje, sprejemanje, razumevanje jezika, skladiščenje spomina, za izražanje čustev in še več (Hanson, 2002).

Možgani nam omogočajo zaznavanje, dožemanje, učenje, presojo, načrtovanje, vedenje, hkrati pa se z njihovo pomočjo zavedamo sebe in svojega okolja. Za normalno življenje in delo potrebujemo ustrezno razvite, ohranjene in nepoškodovane možgane (Košorok, 1994).

Za vse misli, čustva, ki se jih komaj zavemo, morajo delovati različna področja možganov, v katerih je zajeto na milijone živčnih celic. Kadar pride do poškodbe možganov, se marsikatero izmed teh dogajanj preneha (Powell, 1996).

Poškodbe možganov imajo lahko resne posledice, ki vplivajo na fizično in psihično delovanje, vključno z izgubo zavesti, s spremenjenim spominom in/ali osebnostjo ter z delno ali popolno ohromitvijo. Povzročijo trajne, nepopravljive poškodbe, ki vplivajo na naloge in stvari, ki jih je človek v preteklosti opravljal z lahkoto. Poleg očitnih fizičnih posledic poškodb možganov se mora človek spopadati z depresijo, anksioznostjo, izgubo samospoštovanja, s spremembo osebnosti (Hanson, 2002).

Poškodbe možganov povzročajo spremembe, ki se lahko kažejo kot motnje na naslednjih področjih:

- Telesno področje: povečan/zmanjšan mišični tonus, slaba koordinacija gibanja, težave pri načrtovanju posameznih gibov, senzorične motnje, motnje ravnotežja, odsotnost selektivne gibljivosti, oslabelost mišic.
- Kognitivno področje: spominske težave, težave s pozornostjo in koncentracijo, težave s procesiranjem posameznih informacij, težave s percepcijo, težave z govorom.
- Izvršilno področje: težave pri določanju ciljev, težave pri načrtovanju, organiziranju, težave s fleksibilnostjo pri reševanju težav.
- Psihosocilane področje: osebnostne spremembe, razdražljivost, čustvena labilnost, nihanje razpoloženja, zmanjšana zanimanja za druge, sebičnost, anksioznost/depresija, spolne težave (Powell, 1996).

Klinična slika po poškodbi glave je odvisna od več dejavnikov, in sicer od načina nastanka in lokalizacije možganske okvare, njenega obsega poteka travmatske bolezni možganov ter od številnih drugih dejavnikov, ki opredeljujejo bolnika, tj.: starost po poškodbi, zdravstveno stanje pred poškodbo, osebnostne značilnosti pred poškodbo, čas od poškodbe do sprejema v obravnavo, primarna oskrba (Košorok, 1994).

Terapevtska obravnava je prilagojena posameznemu klientu. Težave, ki se pojavijo po poškodbi glave, klientom povzročajo, da se težko soočijo s svojimi težavami in z resničnim stanjem; zmanjšujejo njegovo sposobnost sodelovanja v procesu zdravljenja. Posledice poškodbe vplivajo na kvaliteto klientovega življenja in njegove družine ter tudi na širšo družbo (Košorok, 1994).

Kvaliteta klientovega življenja se lahko zniža zaradi več razlogov:

- Zato ker posledice možganske poškodbe ovirajo ali znižujejo posamezne duševne sposobnosti ter vplivajo na spremenjen način čustvovanja in vedenja.
- Zato, ker spremembe duševnih sposobnosti, čustvovanja in vedenja po poškodbi ne prepoznajo ne klienti, ne njihovi svojci in ne zdravstveni delavci.
- Zato, ker ni zagotovljene ustrezne pomoči med okrevanjem vsem klientom po možganski poškodbi.
- Zato, ker so drugi nezaupljivi in se spremeni njihov odnos do oseb po nezgodni možganski poškodbi (Radonjič - Miholič, 2005).

Vse spremembe v človekovem delovanju, ki jih povzročajo poškodbe glave (fizična prizadetost, upad kognitivnih sposobnosti, čustvene motnje, osebnostno-vedenjske spremembe), osebi onemogočajo uspešno resocializacijo, vodijo v nezaposljivost in posledično v socialno odvisnost. Soočanje s poškodbo in z njenimi posledicami je dolgotrajen proces, ki klienta prizadene. Na začetku so zmedeni, v šoku, želijo se čim prej vrniti v običajno življenje. Klient potrebuje nekaj časa, da se zaveda realnega stanja, da se zaveda kaj se mu je zgodilo, kako ga posledice omejujejo v življenju (Košorok, 1994).

5 REHABILITACIJA OSEB PO POŠKODBI GLAVE

Raziskave potrjujejo koristnost in učinkovitost rehabilitacije po nezgodni poškodbi možganov in poudarjajo pomen zgodnjega začetka (intenzivna enota, 'trauma center'), nadaljevanja skozi akutno in subakutno obdobje ter poznejšega nadaljevanja obravnave v bivalnem okolju s pozitivnimi rezultati na telesnem in psihosocialnem področju, pri vračanju v družbo, aktivno življenje in v delo (Dombovy, Olek, 1996).

5.1 Potek rehabilitacije

Rehabilitacijo po poškodbi glave delimo v 4 obdobja. Vsako opredeljujeta značilna klinična slika bolnika in njej prilagojen rehabilitacijski program. V začetku se posamezna obdobja med seboj prekrivajo in jih ni mogoče ostro ločevati. Pozneje pa obdobja (faze) obravnave prehajajo druga v drugo glede na odzivanje osebe na dražljaje iz okolice, izboljšanje gibanja in sporazumevanja. Terapija se pri osebah po hudi nezgodni poškodbi možganov nikoli ne konča (Košorok, 1994).

1. Urgentno ali nevrokirurško obdobje: v tem obdobju po poškodbi glave je zdravljenje usmerjeno v: stabilizacijo osnovnih življenjskih funkcij, preprečevanje stanj, ki ogrožajo življenje in povzročajo druge zaplete, ter v preprečevanje sekundarnih komplikacij (Košorok, 1994).

2. Akutno obdobje: v tem obdobju so terapevtski cilji približno takšni kot v urgentnem. To obdobje traja tedne in mesece, nastopi restavracija posameznih funkcij (vrnitev zavesti, govora, gibalne kontrole itn.). Glede na predviden potek okrevanja in končni izid se odločimo za nadaljnjo obravnavo. Ta lahko poteka na več načinov: kliente, ki so v komi več kot en teden in manj kot 4–6 mesecev, napotimo v rehabilitacijsko ustanovo, ki nudi celostno hospitalno obravnavo, ambulantno vodenje k ustreznemu specialistu, kadar zaostajajo izolirani nevrološki deficiti, v program dnevnega varstva z nadaljevanjem kompleksnega rehabilitacijskega programa del dneva, v težjih primerih, ko klient ni sposoben za aktivno sodelovanje v rehabilitacijski obravnavi, pa ga napotimo v

oskrbovalni center, kjer imajo osnovno nego in minimalen terapevtski program za vzdrževanje stanja; komatozni klienti ostanejo na opazovanju in v oskrbi – najpogosteje v enoti intenzivne terapije, napotitev v domačo oskrbo (Košorok, 1994).

Ko je klient vitalno stabilen in sposoben vsaj kratkotrajno zavestno slediti preprostim navodilom ter izkazuje ustrezen rehabilitacijski potencial, preide v specializirano rehabilitacijsko ustanovo in aktivno rehabilitacijsko obravnavo. Z natančnim kliničnim pregledom in nevropsihološkimi testi se opredeli stopnjo prizadetosti in posledične izpade; na osnovi rezultatov se začrta kratkoročne in dolgoročne rehabilitacijske cilje in sestavi specifične terapevtske programe za doseg le-teh. Delo poteka timsko, vodi in usklajuje ga fiziater. Člani tima, ki obravnavajo bolnika pa so: klinični nevropsiholog, nefrofizioterapevt, delovni terapevt (nevro), medicinska sestra, logoped, socialni delavec, ortopedski inženir in bolnikovi svojci. Najpomembnejši član tima, ki mora v vseh procesih aktivnosti sodelovati, pa je klient sam (Košorok, 1994).

3. Subakutno obdobje: subakutno obdobje traja od 6 do 18 mesecev po poškodbi. Klientovo zdravstveno stanje je v glavnem stabilno in končni nivo prizadetosti bolj ali manj jasen. Okrevanje na posameznih področjih prizadetosti doseže plato. Klienta se ponovno hospitalizira 3–6 mesecev po prvem odpustu zaradi ponovne ocene stanja in obnovitvenega rehabilitacijskega programa. Posredno se oceni tudi klientovo okolje in s tem se dobijo dodatne informacije, potrebne za nadaljnjo opredelitev terapevtskih ciljev. Oceni se pogoje za klientovo reintegracijo v ožjo in širšo okolico ter za profesionalno rehabilitacijo ali razvoj okupacijskih dejavnosti (Košorok, 1994).

4. Kronično obdobje: v tem obdobju je klient v veliki nevarnosti pred možnimi zdravstvenimi zapleti ob obstoječi zaostali trajni prizadetosti. Ta je najbolj ovirajoča na področju višjih psihičnih funkcij ter vedenjsko – osebnostnem področju. Ugodni rezultati, ki so doseženi v rehabilitacijski obravnavi, so lahko hitro izničeni, če klient nima ustreznega okolja, ki bi mu nudilo oporo pri vzdrževanju doseženega stanja (Košorok, 1994).

Največje izboljšanje je v prvih šestih mesecih, potem pa se stanje bolj postopoma in manj očitno izboljšuje, vendar to še ne pomeni, da se po dveh letih stanje preneha izboljševati,

saj se lahko stanje izboljša tudi po petih, desetih ali še več letih po poškodbi (Powell, 1996).

Rehabilitacija oseb po nezgodni poškodbi možganov se mora začeti čim prej, kakor hitro dovoljuje zdravstveno stanje. Za uspešno rehabilitacijo je potrebno sodelovanje strokovnih delavcev v timu, poškodovanca in svojcev. Kontinuirana obravnava zahteva natančno ocenjevanje poškodovančevih sposobnosti, načrtovanje obravnave, postavljanje kratkoročnih in dolgoročnih ciljev. Oceniti je treba tudi izide različnih programov in ponuditi najučinkovitejše (Krizmanič, 2005).

Pomembna je tudi ocena klientovega bivalnega in delovnega okolja v procesu reintegracije kot končne stopnje okrevanja (Košorok, 2003).

Okrevanje po nezgodni možganski poškodbi je dolgotrajen, neenakomeren proces, ki je občutljiv na številne motnje. Po poškodbi dosežena raven še dolgo ni stabilna in lahko zaniha ob motnjah. Zaradi nekaterih posledic, ki vztrajajo, pa je treba spremeniti slog življenja. Večinoma je potrebne veliko več energije in pozornosti za običajna opravila; včasih se zgodi, da zaradi preutrujenosti postopoma hitreje pešajo zmogljivosti. Okrevanje traja dlje časa in doseže višjo raven, če je podprto z ustreznimi programi rehabilitacije (Radonjič - Miholič, 2005).

Ustrezni programi rehabilitacije so zgolj tisti, ki so individualno oblikovani, ki upoštevajo celostno problematiko klienta v povezavi z njegovim okoljem, so dinamični in se spreminjajo hkrati s klientovimi potrebami in stanjem. Celostni programi so usmerjeni v izboljšanje klientovih zmogljivosti in s tem tudi k prevzemanju vse večje odgovornosti klienta za svoje okrevanje in življenje, hkrati pa odkrivajo in krepijo vire pomoči v klientovem okolju, ki mu lahko pomagajo do čim boljše vpetosti v življenje. Tako so pomembni tudi programi za pomoč svojcem in drugim, da lažje dojemajo, kaj se z bolnikom dogaja in kako mu lahko pomagajo. Določen del celostnih programov je treba nameniti tudi predstavljanju, pojasnjevanju in ozaveščanju širšega okolja o težavah, ki jih poškodovani imajo, in načinih, kako jim pomagati, da jih uspešnejše obvladujejo (Radonjič - Miholič, 2005).

Po določenem času, se klient vrne domov ali pa ga napotijo v poseben zavod (tisti, ki ne morejo samostojno živeti doma). Tisti, ki so nekoliko samostojnejši lahko živijo v posebnem zavodu z določeno stopnjo nadzora, pomoči ali pa v bivalni enoti. Klienti postopoma prevzamejo nove vloge, ustrezne naloge, kar lahko vključuje: spremembo poklica, novo poklicno usposabljanje ali prekvalifikacijo, spremembo zaposlitve ali zgodnjo upokožitev (Powell, 1996).

Pomembno vlogo v rehabilitacijskem timu ima delovni terapevt. Cilj delovne terapije pri osebah po poškodbi glave je čim boljša usposobitev osebe za samostojno življenje; kadar poškodba povzroča trajno nezmožnost, pa je naloga delovnega terapevta naučiti osebo živeti s svojo prizadetostjo ter se vključevati v ožje in širše socialno okolje (Košorok, 1994).

6 ZAVOD ZARJA

Zavod Zarja je namenjen osebam po poškodbi možganov, njihovim svojcem in preventivnemu delovanju v širšem družbenem okolju. Dejavnost zajema dolgotrajno celostno rehabilitacijo, glede na potrebe posameznika. Vključuje storitve vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji in omogoča življenje v stanovanjski skupini. Cilj je doseči največjo možno kvaliteto življenja in aktivno vključevanje v življenjsko okolje. Njihov program nudi strokovno pomoč z varstvom, rehabilitacijo, s pedagoškim in z delovnim programom glede na potrebe posameznika; poteka v obliki dnevnega in institucionalnega varstva. Dnevni program se izvaja v treh enotah, tj: rehabilitacijski enoti, delovni enoti in v zelenem programu, programu institucionalnega varstva pa poteka v stanovanjski skupini in samostojnih stanovanjih na več lokacijah. Vsaka enota zavoda Zarja deluje samostojno, ima svoj program, hišni red, urnik, projekte, itn. Uporabniki imajo možnost spoznavati delo v različnih enotah, skupaj sodelujejo v različnih skupinah in z različnimi gosti, družijo se na izletih, piknikih, taboru, v vseh enotah se pripravijo prireditve ob tednu vseživljenjskega učenja, izvajajo se preventivne delavnice, skupine za svojce, družabni dogodki, tabor v obliki letovanja, študijski krožki (Zavod Zarja, 2010).

Rehabilitacijska enota

Rehabilitacijsko enoto dnevno obiskuje 22 uporabnikov, ki so zaključili primarno rehabilitacijo. Program je prilagojen sposobnostim in potrebam posameznika. Vključeni so posamezniki, ki so zaključili primarno rehabilitacijo in potrebujejo intenziven terapevtski program z namenom vzpostavitve čim večje samostojnosti in ponovne vključitve v okolje. Dnevno potekajo naslednji programi: individualni terapevtski programi, zaposlitve pod posebnimi pogoji, skupinski program, družbeni program, vključevanje v okolje, preventivno delovanje (Zavod Zarja, 2010).

Delovna enota

Kot že ime pove, je delo zaposlitev pod posebnimi pogoji pomemben del programa Delovne enote. Možnost izbire dela, sodelovanje pri prodaji izdelkov, nagrajevanje dajejo posamezniku možnost, da se aktivno vključi in sodeluje v programu. Možnost vključevanja

v Zeleni program Zavoda Zarja in integrirano zaposlitev pa je korak naprej za tiste uporabnike, ki to zmorejo in želijo. Z vključitvijo in uspešnostjo pri delu postanejo samostojnejši in zadovoljnejši. Preko individualnih obravnav, ki potekajo vzporedno z delom, uporabniki ohranjajo oz. iščejo tiste stvari, ki jim povečujejo trenutke zadovoljstva v življenju, in pridobivajo spretnosti, ki jim pomagajo pri vključevanju v skupino ter v ožje in širše okolje. Delo, skupine, individualne obravnave pomagajo posamezniku premagovati ovire, pred katerimi se je znašel v življenju po poškodbi glave (Zavod Zarja, 2010).

Zeleni program

V Zavodu za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja so v letu 2006 začeli z gojenjem gob. Program gojenja gob je tržno usmerjen, pridobljena sredstva pa so namenjena večji kvaliteti življenja po poškodbi glave (Zavod Zarja, 2010).

Institucionalno varstvo odraslih

Nadomešča funkcijo lastnega doma oz. družine. Nudi bivanje posameznikom po poškodbi možganov, ki zaradi različnih razlogov ne morejo bivati v svojem domačem okolju. Institucionalno varstvo odraslih v zavodu Zarja se izvaja v obliki stanovanjske skupine in bivanja v samostojnem stanovanju. Bivanje v samostojnem stanovanju je namenjeno uporabnikom z veliko stopnjo samostojnosti, ki potrebujejo občasno podporo in pomoč. Stanovanjska skupina je namenjena predvsem doseganju čim večje stopnje samostojnosti posameznika in enakovrednega vključevanja v družbeno okolje ob podpori organizirane strokovne pomoči. Bivanje posameznika v stanovanjski skupini je individualizirano. Temelji na upoštevanju potreb, želja in zmožnosti. Uporabniki storitve IVO so vključeni tudi v dopoldanski program vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji, ki se izvaja v enotah zavoda Zarje (Zavod Zarja, 2010).

7 PROCES DELOVNE TERAPIJE

Proces delovne terapije je večfazni postopek, ki je sestavljen iz treh faz; te si sledijo v logičnem zaporedju. Prva faza je evalvacija, v katero sodijo: okupacijski profil, teoretični modeli in pristopi, izvedena ocenjevanja ter analiza okupacije; druga faza je obravnava, v katero sodita plan/načrt obravnave in izvajanje obravnave; tretja faza je izid obravnave (Moyers, 2007).

7.1 FAZA EVALVACIJE

Vrednotenje se osredotoča na ugotavljanje, kaj klient želi, ugotavljanje dejavnikov, ki klienta podpirajo ali ovirajo za funkcioniranje (delovanje). Delovni terapevt pridobi informacije o klientu in to strne v okupacijski profil (AOTA, 2002).

Med vrednotenjem se vzpostavi odnos med klientom in delovnim terapevtom. Proces vrednotenja sestavljajo: okupacijski profil, teoretični modeli ter pristopi, ocenjevanja in analiza aktivnosti (Moyers, 2007).

7.1.1 Okupacijski profil

Okupacijski profil je opredeljen kot informacija, ki opisuje: klientovo okupacijsko preteklost in izkušnje, vzorce vsakdanjega življenja, interese, vrednote in potrebe. V okupacijskem profilu se zbirajo podatki o tem, kaj je zanj pomembno in smiselno. Opredelijo se tudi klientove prioritete in želeni končni izidi (Moyers, 2007).

V okupacijskem profilu je treba odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kdo je klient (posameznik, skupina, prebivalstvo)?
- Zakaj klient išče pomoč in katere so klientove trenutne skrbi, ki se nanašajo na vključevanje v vsakodnevne življenjske aktivnosti?
- Na katerih področjih človekovega delovanja je uspešen in na katerih področjih ima težave?

- Katera okolja podpirajo vključenost v zelene okupacije in katera ovirajo?
- Kakšno je bilo klientovo delovanje v preteklosti (življenjske izkušnje, vrednote, interesi, predhodni vzorci vključevanja v okupacije in vsakodnevne življenjske aktivnosti, koliko mu te aktivnosti pomenijo)?
- Katere so klientove prioritete, želeni izidi? (Moyers, 2007)

7.1.2 Teoretični modeli in pristopi

Teoretični model ponuja teorijo, ki vodi prakso in raziskovanje na določenem področju. Pri tem pa je pomemben dialektičen odnos med teorijo in prakso (Kielhofner, 2003).

Pristop je zbirka idej in aktivnosti, ki jih delovni terapevti predpisujejo z določenim namenom. Pristop predlaga, kako in kaj izvajati, da dosežemo določeno rehabilitacijsko raven (Edmans, 2005).

V študiji primera bodo uporabljeni naslednji modeli in pristopi:

- **Kanadski model izvedbe okupacije**

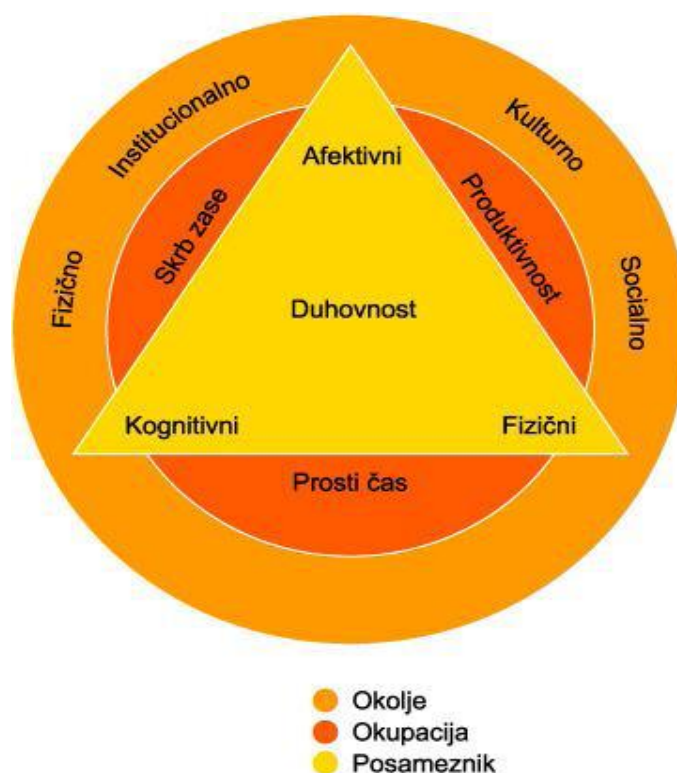
Model so oblikovali in razvili kanadski delovni terapevti. Je interaktiven model, ki kaže odnose med osebami, okoljem in okupacijo. Model umešča posameznika v središče z veliko interakcijami z drugimi sferami. Srednja sfera opisuje tri področja posameznikove okupacije, in sicer: dnevne aktivnosti (skrb zase), delo in prosti čas. Posameznikove izvedbene komponente so oblikovane v centru sfere in te komponente so: duševne, fizične, socialno-kulturne in mentalne. Model je usmerjen na socialno, fizično in kulturno okolje ter po letu 1993 na politično, ekonomsko in na pravno okolje. Dnevne aktivnosti, delo in prosti čas so v osrednji sferi in so osnova za komponente okupacije. Osrednja sfera je usmerjena na osebo, z duševnostjo v svojem bistvu, učinkovitostjo, s kognicijo in fizičnimi komponentami. Okolje je fizično, institucionalno, kulturno in socialno (CAOT, 2000).

Obstajata dve glavni področji v tem modelu:

- na klienta usmerjen praksa – ukvarja se z odnosom med klientom in terapevtom);
- izvedba okupacije – sposobnost izbire, organizacije in uspešnega opravljanja smiselne aktivnosti, ki je kulturno opredeljena in starosti primerna (Law et al., 1997).

Kanadski model izvedbe okupacije:

- osredotoča se na dinamičen odnos med osebo, okupacijo in okoljem;
- vključuje vrednote, prepričanja in faktorje, ki vplivajo na izvedbo okupacije;
- vključuje konceptualizacijo izvedbe okupacije (definirana kot rezultat dinamičnega odnosa med osebo, okoljem in okupacijo);
- klienta obravnava celostno (Law et al., 1997).



Slika 1: Kanadski model izvedbe okupacije (Law et al., 1997)

- **Rehabilitacijski model**

Rehabilitacijski model vključuje filozofijo rehabilitacije: omogočiti klientu s fizičnimi, z mentalnimi omejitvami ali s kroničnimi boleznimi maksimum v izvajanju dnevnih aktivnostih. Osredotoča se na kompenzatorne metode, pripomočke in na prilagoditve okolja. Na ta način je klient samostojen kljub omejitvam. Rehabilitacija je proces, v katerem se klientu pomaga, da postane samostojen v izvajanju dnevnih aktivnostih. Rehabilitacijski model obsega: učenje kompenzacijskih tehnik, uporabo adaptivnih pripomočkov in prilagoditve s socialnih in fizičnih osebnosti okolja, ki lahko ovirajo izvajanje dnevnih aktivnosti (Crepeau et al. , 2003).

V središču rehabilitacijskega modela je klient. Delovni terapevt se osredotoči na klienta; potrebno je sodelovanje pri reševanju problemov in v oblikovanju kompenzacijskih tehnik za izvajanje dnevnih aktivnosti. V obravnavi se upoštevajo klientovi interesi, vloge, možnosti in sistem podpore. Tako ima delovni terapevt holistični pogled na klienta (Crepeau et al., 2003).

Iz rehabilitacijskega modela so bili uporabljeni naslednji pristopi:

- **Kognitivni pristop**

Kognitivni pristop se uporablja, če ima oseba težave s kognicijo in težave s percepcijo (z zaznavanjem). Kognitivni pristop temelji na sposobnosti posameznika, da s pomočjo znanja in izkušenj ter treninga percepcije in kognitivnih spretnosti lahko te spretnosti prenese v aktivnosti vsakdanjega življenja (Turner et al., 2002).

Razlogi za uporabo kognitivnega procesa:

- izboljšanje komponent sposobnosti/funkcije;
- uporablja aktivnosti za izboljšanje kognitivno/percepcijskih sposobnosti, komponent;
- veliko praktičnega dela in ponavljanj;
- izboljšano izvajanje v aktivnostih bo pozneje vključeno v izboljšanje okupacije (Tomšič, 2003).

- **Razvojno-nevrološki pristop**

Razvojno-nevrološki pristop se uporablja pri vseh motoričnih prizadetosti, katerih vzrok je poškodba ali nerazvitost centralnega živčnega sistema (Tomšič, 2003).

Osnovni principi razvojno nevrološkega pristopa so:

- pozicioniranje klienta, tako da bo preprečen, inhibiran ali onemogočen nastanek patoloških refleksov in sinergij ter zmanjšan mišični tonus; hkrati mora biti omogočeno ponovno učenje normalnih gibalnih vzorcev in refleksov;
- facilitacija pravilnega gibanja prek pozicioniranja, pravilen 'handling', uporaba senzornih stimulacij in ključnih kontrolnih točk trupa;
- delo prek sekvenc razvoja gibanja (ležanje, gibi »vseh štirih« udov, kontrola trupa, sedenje, stoja, prenos teže, izvedba koraka, hoja);
- uporaba obeh strani trupa v vseh aktivnosti (prečkanje medialne linije z vključitvijo roke, bilateralni prijemi, prenos teže na prizadeto stran, rotacija trupa in tiste aktivnosti, ki preprečujejo flektorne reflekse v zgornjih okončinah in ekstenzijske reflekse v spodnjih okončinah ter asociirane reakcije).

Uporabljene tehnike, ki se uporabljajo v tem pristopu so: Bobath tehnika, propioceptivna nevro-muskularna facilitacija – PNF, senzorna integracija, Rood tehnika, konduktivna edukacija (Tomšič, 2003).

- **Adaptacijski pristop**

Adaptacijski pristop je »od zgoraj navzdol – pristop top down«, ki zagovarja prilagoditev okolja klientu in njegovim sposobnostim. Pristop omogoča klientu uporabo različnih terapevtskih pripomočkov, opreme in prilagoditve življenjskega okolja (Piškur, 1998).

Predpostavke in razlogi za pristop:

- maksimizacija klientove samostojnosti na področju okupacije;
- zmanjšanje disfunkcije glede na naloge vsakodnevnega življenja;
- uporaba kompenzatornih tehnik in prilagoditev v okolju;
- uporaba ponavljajočih DA nalog za izboljšanje klientove okupacije (Tomšič, 2003).

- **Edukacijski pristop**

Da bi se dosegla čim večja samostojnost pri klientu, delovni terapevti velikokrat uporabljajo različne učne metode, oblike in strategije. Zaradi tega, morajo delovni terapevti poznati teorijo o učenju in proces učenja. Učenje je mogoče definirati kot trajno spremembo v načinu odgovora, ki je odvisen od navad in izkušenj, se ne spreminja s časom, se upira spremembam okolja. Pomembno je generalizirati odgovore, ko se človek znajde v novi situaciji. Ko se učimo, pridobivamo znanje o svetu okrog nas in to spreminja naše odnose. Pomembna komponenta učenja je spomin. Vključuje proces, v katerem je znanje kodirno, pospravljeno in pozneje spet uporabljeno (Trombly, Radomski, 2002).

Delovni terapevti uporabljajo metode učenja, kadar klienta učijo nove veščine, kadar klient za izvajanje aktivnosti potrebuje nova znanja. Terapevti morajo uporabljati kontekst, povratno informacijo in aktivnost, da bo klient dosegel učne cilje. Terapevti poskusijo povečati motivacijo in spomin s povezovanjem veščin in metod s klientovimi interesi, z znanjem in možnosti (Trombly in Radomski, 2002).

7.1.3 Izvedena ocenjevanja

Ocenjevanja so posebna orodja, instrumenti ali interakcije, uporabljene med postopkom ocenjevanja. Ocena je sestavni del procesa ocenjevanja (Hinojosa, Kramer, 1998).

Ocenjevanje vključuje standardizirane in nestandardizirane teste, ki delovnemu terapevtu povedo o obsegu okvare, poškodbe in invalidnosti (Edmans, 2005).

Ocene se lahko pridobijo s pomočjo opazovanja, z dokumentacijo, intervjujem in s pomočjo raznih testov, ki so lahko standardizirani ali pa nestandardizirani. S pomočjo ocenjevanj delovni terapevt dobi pregled o klientovih težavah in poskuša te težave zmanjšati ali odpraviti. Delovni terapevt določi klientova področja moči (vzpodbujevalce) in ovire (zaviralce) za izvedbo okupacij (Punwar, 2000).

V študiji primera so bila uporabljena naslednja ocenjevanja:

- **Intervju**

Intervju je ocenjevalna metoda, ki je načrtovana kot ustna komunikacija z jasnim namenom, s specifično vsebino in izvedena v obliki, ki klientu omogoča, da pove svojo zgodbo. To terapevtu omogoča, da razume klientovo perspektivo, nivo klientove izvedbe okupacije, ali so potrebna nadaljnja ocenjevanja, in določiti, kako lahko z delovno terapijo klientu pomagamo. Poznamo 3 vrste intervjujev, in sicer; nestrukturiran intervju, polstrukturiran intervju in strukturiran intervju (Lebar, 2004).

- **Lestvica funkcijske neodvisnosti (Functional Independence Measure) – v nadaljevanju FIM**

FIM je 7-stopenjska lestvica, ki ocenjuje samostojnost izvajanja 18 dnevnih aktivnosti, 13 motoričnih in 5 kognitivnih. Le-te pokrivajo naslednja področja:

- hranjenja in telesne nege – nega obraza, las in rok, umivanje telesa, oblačenje zgornjega dela telesa, oblačenje spodnjega dela telesa, uporaba stranišča;
- nadzor sfinktrov: nadzor mehurja, nadzor črevesja;
- premeščanja: postelja, stol, invalidski voziček, stranišče, kad, prha;
- premikanje, gibanje: hoja, invalidski voziček, stopnice;
- sporazumevanje: razumevanje – slušno, razumevanje – vidno, izražanje – govorno, izražanje – negovorno;
- socialni stik in spoznavne sposobnosti: socialni stiki, reševanje problemov in spomin (Grabljevec, 2003).

S točkovanjem deleža samostojnosti v dnevnih aktivnostih skupni rezultat na lestvici predstavlja od 18 (minimum) do 26 (maksimum) točk. Lestvica funkcijske neodvisnosti ocenjuje stopnjo prizadetosti oz. omejene aktivnosti in ne okvar posameznika. Poudarek ocenjevanja je na resnični in trenutni sposobnosti osebe izvršiti dnevno aktivnost, ne glede na njeno diagnozo ali okvaro. Lestvica FIM je glede na podatke iz literature zanesljiva, veljavna ter občutljiva ocenjevalna in napovedna metoda (Grabljevec, 2003).

FIM ocenjuje samostojnost, varnost izvedbe, trajanje in količino pomoči, ki jo bolnik potrebuje pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Test se lahko izvaja z intervjujem osebe (lahko tudi sorodnika), opazovanjem izvedbe aktivnosti/okupacije. FIM ima 7-stopenjsko lestvico, pri čemer 1 predstavlja popolno odvisnost in 7 popolno neodvisnost. Test lahko izvajajo zdravniki, medicinske sestre, terapevti. Test se izvaja 20–30 minut (Gupta, 2008).

- **Lestvica funkcijskega ocenjevanja (Functional Assessment measure) – v nadaljevanju FAM**

FAM je nastal z namenom specifične uporabe pri osebah z nezgodno možgansko poškodbo. Je dodatek k FIM; meri kognitivni in psihosocialni vidik prizadetosti. Ocenjuje se 12 dnevnih aktivnosti, in sicer: požiranje, transfer v avtomobil, mobilnost, branje, pisanje, jasnost govora, čustveno stanje, prilagajanje na ovire, zaposljivost, orientacija, zbranost in ocena varnosti (Gupta, 2008). FAM ima prav tako kot FIM 7-stopenjsko lestvico, pri čemer 1 predstavlja popolno neodvisnost in 7 popolno neodvisnost

- **Mississippi Aphasia Screening test**

Mississippi afazija presejalni test (MAST) je bil razvit kot kratek, ponovljiv pregled ukrepov za osebe s hudo okvaro komuniciranja. Namenjen je za uporabo odkrivanja sprememb v jezikovnih sposobnostih. Vsebuje 9 kategorij, ki se jih ocenjuje. Uporaben je za ocenjevanje bolnikov po poškodbi glave, možganski kapi, demenci (Nakase - Thompson, 2004).

- **Ocenjevanje skozi aktivnost (v nadaljevanju OSA)**

Ocenjevanje skozi aktivnost (OSA) je ocenjevanje, ki temelji na motoričnih in procesnih spretnostih. Namen tega testa je ugotoviti, ali ima oseba motorične in procesne spretnosti za lahko (nenaporno), učinkovito, varno in samostojno izvajanje aktivnosti. Primeren je za vse kliente (Janša in sod., 2006).

7.1.4 Analiza aktivnosti

Analiza aktivnosti zahteva razumevanje kompleksne in dinamične interakcije med veščinami, vzorci, kontekstom in okoljem, zahtevami aktivnosti in klientovih dejavnikov. Za analizo je potrebno razumevanje klientovih sposobnosti za izvajanje življenjskih aktivnosti na vseh področjih človekovega delovanja, tj. na področju ožjih dnevnih aktivnostih, širših dnevnih aktivnostih, izobraževanju, delu, igri, prostem času in pri sodelovanju v skupnosti (AOTA, 2002). Analiza je osredotočena na opredelitev težav izvajanja okupacije in ocenjevanje dejavnikov, ki podpirajo ali ovirajo izvajanje. V analizi izvajanja aktivnosti (okupacije) delovni terapevt izbere referenčni okvir, na osnovi katerega se v nadaljevanju zbirajo ocenjevalni podatki (Moyers, 2007).

Plan/načrt obravnave je proces, ki nastane v sodelovanju s klientom. Na osnovi načrta se postavijo kratkoročni in dolgoročni cilji ter se izdela individualni program. Temelji na rezultatih ocenjevanja, opisuje pristope in vrste intervencij (Moyers, 2007).

7.2 OBRAVNAVA

Proces obravnave je sestavljen iz treh faz: načrtovanje, izvajanje in preverjanje obravnave. Med procesom obravnave se podatki iz faze vrednotenja združijo s teorijo, z referenčnim okvirom in dokazi ter s kliničnim sklepanjem povežejo v načrt in njegovo izvedbo (Marušič, 2008).

7.2.1 Načrt/plan obravnave

Načrt obravnave je nastal v sodelovanju s klientom (v nekaterih primerih tudi z družino, s pomembnimi drugimi); odraža klientove prioritete in cilje. Na osnovi načrta se postavijo kratkoročni in dolgoročni cilji ter se izdela individualni program (Moyers, 2007). Temelji na rezultatih ocenjevanja. Opisuje delovno-terapevtske pristope, ukrepe, strategije, ki bodo klientu omogočale, da doseže zastavljene cilje, izide (AOTA, 2002).

Oblikovanje načrta vsebuje:

- Klientove cilje, vrednote in prepričanja;
- Klientovo zdravje in blagostanje;
- Klientove spretnosti in vzorce izvajanja;
- Okoliščine, v katerih se odvija obravnava (AOTA, 2002).

Načrtovanje obravnave vključuje naslednje korake:

- oblikovanje načrta – načrt vsebuje naslednje:
 - objektivne in merljive cilje s časovnim okvirom;
 - pristop ali pristope k obravnavi, ki temeljijo na teorijah in dokazih ustvarjati in spodbujati;
 - vzpostavljati ali ponovno vzpostavljati: intervencijski pristop, namenjen spremembi klientovih dejavnikov, in vzpostavitvi ali obnovi sposobnosti, zmogljivosti (AOTA, 2002)
 - vzdrževati, ohranjati: intervencijski pristop, ki podpira ohranitev klientove učinkovitosti in zmogljivosti (AOTA, 2002)
 - prilagoditi: se osredotoča na revizijo okolja, zahteve aktivnosti, da se omogoči izboljšanje izvajanje aktivnosti (AOTA, 2002)
 - preprečevati: osredotočenost na razvoj in pojav ovir pri uspešnosti izvajanja aktivnosti. Pri preprečevanju ovir so lahko v intervencijo vključeni klientovi dejavniki, spretnosti in vzorci, okolje ali zahteve aktivnosti (AOTA, 2002)
 - načini izvajanja programa
 - kdo bo izvajal obravnavo
 - vrste obravnav
 - število obravnav
 - trajanje obravnave
 - intenzivnost obravnave
- upoštevanje možnih potreb in načrtov odpusta
- izbira meril za ugotavljanje izida
- priporočanje in napotitev drugam, če je potrebno (Marušič, 2008).

7.2.2 Izvajanje obravnave

Izvajanje obravnave je proces, v katerem se izvaja načrt obravnave. Je sodelovanje med klientom in delovnim terapevtom (Moyers, 2007). Izvajanje obravnave je opredeljeno kot proces uresničevanja sprememb v klientovem izvajanju okupacije, ki vodi k udeležbi v okupacijah ali aktivnostih z namenom izboljšanja sodelovanja. Bistvo izvajanja obravnave je spreminjanje okolja, zahtev aktivnosti, klientovih dejavnikov, vzorcev izvajanja in znanja. Na izvajanje obravnave vplivajo dejavniki, ki so med seboj povezani in ki vplivajo drug na drugega v strnjem in dinamičnem procesu, ki im za posledico izvajanje na želenih področjih okupacije (Marušič, 2008).

Izvajanje obravnave vključuje naslednje korake:

- Določanje in izvajanje načrtovanih ukrepov:
 - terapevtska uporaba samega sebe;
 - terapevtska uporaba okupacij ali aktivnosti (aktivnost, ki temelji na okupaciji; namenska aktivnost; pripravljalne metode);
 - proces posvetovanja
 - proces poučevanja;
- Preverjanje, kako se klient odziva na obravnavo, na osnovi sprotnega in ponovnega vrednotenja (Moyers, 2007).

Obravnave se lahko izvajajo na individualni ravni ali znotraj skupin.

7.2.3 Preverjanje obravnave

Preverjanje obravnave je opredeljeno kot kontinuiran proces ponovnega vrednotenja in pregledovanja načrta obravnave, učinkovitosti njegove izvedbe in napredka v smeri zastavljenih izidov. Proces vključuje sodelovanje s klientom (v nekaterih primerih vključuje družino, pomembne druge in preostale ponudnike programov). Proces pregleda obravnave se lahko v različnih okoljih izvede na različne načine. Preverjanje obravnave se izvaja periodično med izvajanjem obravnave (AOTA, 2002).

Preverjanje obravnave vključuje naslednje korake:

- ponovna ocena načrta obravnave za doseg klientovih ciljev, rezultatov;
- sprememba načrta obravnave (prilagoditev načrta);
- določitev potreb po nadaljevanju, ukinitvi obravnave ali napotitvi drugam (Moyers, 2007).

7.3 IZID

Izid je zadnja faza procesa delovne terapije. Pojavi se kot rezultat izvajanja strategije, intervencije, programa. Izid je orodje ali postopek za oceno rezultatov obravnave. Je ocena, ki na koncu pokaže, ali je bil rezultat dosežen (Bowman, Llewellyn, 2002).

Končni izid je usmerjen v vključenost v okupacijo z namenom izboljšanja sodelovanja.

Redni pregled napredka pri doseganju rezultatov izida lahko zahteva spremembo okolja, vrste obravnave ali ciljnih rezultatov (AOTA, 2002).

Storitve delovne terapije niso več potrebne, ko so doseženi rezultati, izidi. Ti vključujejo uspešnost pri izvajanju aktivnosti, zadovoljstvu klientov, usposobljenosti, prilagoditvi, zdravju ter pri dobrem počutju in kakovosti življenja (AOTA, 2002).

8 ŠTUDIJA PRIMERA

Namen študije primera je prikazati primer procesa delovne terapije pri osebi po pridobljeni poškodbi možganov, ki se je zgodila pred 18 leti.

EVALVACIJA

Intervju

Pri klientki je bil izveden pol–strukturiran intervju, kjer je bilo pripravljenih več vprašanj in podvprašanj. Intervju je bil izveden z namenom, da se izve, kakšne so klientkine vloge, navade, rutine, katere so njene okupacije, prioritete, katere težave ima pri izvajanju svojih okupacij.

Vprašanja za intervju

- Kaj ste počeli pred prihodom v Zarjo, oz. kaj ste počeli pred poškodbo?
- Kako preživite dan, kaj najprej naredite?
- Pri čem imate težave? Kaj vam predstavlja največje težave (umivanje, oblačenje, slačenje, orientacija ...)?
- Kaj bi najraje izboljšali (katere aktivnosti)?
- Kaj bi še radi počeli?
- Kaj vam je trenutno najpomembnejše?
- Kaj počnete v bivalni enoti, s čim se ukvarjate?
- Kakšen odnos imate z družino?
- Kaj radi počnete v prostem času in kaj bi še radi počeli v prostem času?

Na podlagi intervjuja in dokumentacije je bil izdelan okupacijski profil.

Okupacijski profil

B.S., ženska, rojena 1. 8. 1967. Leta 1992 je utrpela hudo poškodbo možganov s posledično desnostransko hemiplegijo v prometni nesreči kot sopotnica. V zavod Zarja je prišla leta 1997, pet let po nesreči. Živi v bivalni enoti zavoda Zarja. Zjutraj prihaja v rehabilitacijsko enoto, popoldne pa jo s kombijem peljejo v bivalno enoto. Klientkina dominantna stran je desna stran, ki je tudi poškodovana. Klientka zdaj pri vseh aktivnostih uporablja levo roko (pri pisanju, jedi itn.). S pomočjo ene osebe vstane in se presede. Potrebuje pomoč pri oblačenju, slačenju in pri sezuvanju. Je delno samostojna pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Ima težave z govorom, komunikacija je težko razumljiva. Uporablja mehanski voziček, ki ga upravlja sama. Težave ima tudi s spominom (kraj, situacija, čas), pozornostjo. Klientka ima neglekt. Pred poškodbo je bila tajnica/telefonistka. Njen dan je potekal tako, da je zjutraj hodila v službo, po službi je opravljala gospodinjske obveznosti in nato se je ukvarjala s stvarmi, ki so jo zanimale (ples, gledanje tv...). Zelo pomemben ji je bil zunanji videz, ki ji je še zdaj pomemben. Dan preživi tako, da se zjutraj najprej uredi, gre v Zarjo, tam preživi dopoldanski čas, se vključuje v različne aktivnosti in gre nato v bivalno enoto. Tam ima vsak dan svoje zadolžitve. Klientka je poročena in ima hčerko. Ima tudi mamo in dve sestri. Z družino se zelo dobro razume, še posebej z mamo, ki ji veliko pomeni. V Zarji se dobro počuti in ji je všeč. V prostem času rada karta, hodi na kavo, sprehod. Rada se udeležuje zabav in rada pleše. Je zelo motivirana. Klientka ima težave na vseh področjih človekovega delovanja – tako pri skrbi zase, produktivnosti in pri prostem času. Omenila pa je naslednje želje: kuhanje kave, zlaganje perila, hoja, likanje perila in tipkanje (delo na računalniku).

Ocenjevanja

Ocenjevanja so bila izvedena z namenom, da se pridobijo informacije o klientkinih težavah pri izvajanju okupacije.

- **FIM/FAM**

FIM je bil izveden z namenom, da se ugotovi, koliko je klientka samostojna, kako varna je njena izvedba, koliko časa potrebuje in kolikšno količino pomoči potrebuje za izvedbo aktivnosti. FAM pa je bil izveden, ker meri kognitivni in psihosocialni vidik prizadetosti.

FIM – Lestvica funkcijske neodvisnosti – rezultati

Datum ocenjevanja: 6. 9. 2010

AKTIVNOST	Popolna odvisnost	Omejena odvisnost	Neodvisnost
1. Hranjenje	1 2	3 <u>4</u> 5	6 7
2. Nega obraza, las in rok	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
3. Umivanje telesa	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
4. Oblačenje zgornjega dela telesa	1 2	3 4 <u>5</u>	6 7
5. Oblačenje spodnjega dela telesa	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
6. Uporaba stranišča	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
7. Nadzor mehurja	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
8. Nadzor črevesja	<u>1</u> 2	3 4 5	6 7
9. Prem. na posteljo, stol, voziček	1 2	3 4 <u>5</u>	6 7
10. Premeščanje na stranišče	1 2	3 4 <u>5</u>	6 7
11. Premeščanje v kad/tuš kabino	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
12. Hoja in uporaba vozička H / <u>V</u>	<u>1</u> 2	3 4 5	6 7
13. Hoja po stopnicah	<u>1</u> 2	3 4 5	6 7
14. Razumevanje	<u>1</u> 2	3 4 5	6 7
15. Izražanje	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
16. Socialni stiki	1 <u>2</u>	3 4 5	6 7
17. Reševanje problemov	<u>1</u> 2	3 4 5	6 7
18. Spomin	<u>1</u> 2	3 4 5	6 7

Ocena: 41

Iz FIM je vidno, da je klientka delno samostojna v dnevni aktivnosti. Največ težav ima pri spominu, reševanju problemov, razumevanju, hoji po stopnicah ter pri hoji in uporabi vozička. Klientka se sama z levo nogo poganja z invalidskim vozičkom.

FAM – Funkcionalne aktivnosti, merila funkcionalnega ocenjevanja – rezultati

Datum ocenjevanja: 6. 9. 2010

AKTIVNOST	S pomočjo	Brez pomoči
1. Požiranje	1 2 <u>3</u> 4 5	6 7
2. Transfer v avto	<u>1</u> 2 3 4 5	6 7
3. Mobilnost	<u>1</u> 2 3 4 5	6 7
4. Branje	1 <u>2</u> 3 4 5	6 7
5. Pisanje	1 <u>2</u> 3 4 5	6 7
6. Jasnost govora	1 <u>2</u> 3 4 5	6 7
7. Čustveno stanje	1 <u>2</u> 3 4 5	6 7
8. Prilagajanje na ovire	1 <u>2</u> 3 4 5	6 7
9. Zaposljivost	<u>1</u> 2 3 4 5	6 7
10. Orientacija	1 <u>2</u> 3 4 5	6 7
11. Zbranost	<u>1</u> 2 3 4 5	6 7
12. Ocena varnosti	<u>1</u> 2 3 4 5	6 7

Ocena: 20

Iz FAM je vidno, da ima klientka največ težav pri transferu v avtomobil, mobilnosti, zaposljivosti, zbranosti in pri oceni varnosti.

Skupna ocena: 61/210

- **Mississippi Aphasia screening test**

Ta test je bil izveden, predvsem zato, da se ugotovi, koliko klientka razume navodila, ali lahko sledi navodilom, ali prepozna predmete. Hkrati pa so se preverili tudi njene govorne sposobnosti in pisanje.

Datum ocenjevanja: 7. 9. 2010

Poimenovanje (kako se določena stvar imenuje); vsak pravilen odgovor je vreden 2 točki

1. pisalo (2)
2. roka (2)
3. palec (2)
4. ura (2)
5. strop, luč (2)

Govorjenje (končaj stavke); 2 = pravilno, 0 = nepravilno

1. štejte do deset (2)
2. povejte dneve v tednu (pravilni vrstni red) (2)
3. trije napadalci so in vi (2)
4. prisegam zvestobo (2)
5. telefon je (0)

Ponavljjanje (ponovi besede); 2 = pravilno, 0 = nepravilno

1. lonec (2)
2. korenje (2)
3. abeceda (2)
4. pod stari leseni most (0)
5. srebrna luna visi v temno nebo (0)

Odgovori da/ne (postavila vam bom nekaj vprašanj in vi nanje odgovorite le z da ali ne);
vsak pravilen odgovor je vreden 2 točki

1. Ali je vaše ime Blanka? (2)
2. Ali je vaše ime _____ (pravilno ime) ? (2)
3. Ali živite v Celju? (2)
4. Ali živite v _____ (pravi kraj bivanja)? (2)
5. Ali nosite rokavice na nogi? (0)
6. Dotikam se očesa (dotikam se njenega nosu). (0)
7. Ali je ponedeljek pred torkom? (2)
8. Ali pride poletje po spomladi? (2)
9. Ali je piščanec večji kot pajek? (0)
10. Ali obujete čevlje pred nogavicami? (0)

Prepoznavanje objekta (tukaj so stvari, ki jih bom dala stran; povejte, katere stvari so to);
vsak odgovor je vreden 2 točki

1. ura (2)
2. ključ (2)
3. telefon (2)
4. knjiga (2)
5. pisalo (2)

Sledenje navodilom; vsak odgovor je vreden 2 točki

1. pokažite svoj nos (2)
2. odprite usta (2)
3. s svojo levo roko pokažite svoje desno oko (0)
4. pokažite na tla in nato svoj nos (0)
5. preden odprete usta se dotaknite svojega ušesa (0)

Branje; vsak odgovor je vreden 2 točki

1. odpri usta (0)
2. naredi pest (0)
3. pokaži na tla in nato strop (0)
4. s svojo levo roko pokaži na levo koleno (0)
5. pokaži na svoje levo uho preden narediš pest (0)

Narek (0)

Pisanje/črkovanje

1. sedeti (0)
2. zviti (0)
3. avion (0)
4. računalnik (0)
5. pod črnim mostom (0)

Rezultati

Izrazni indeks		Dovzetni indeks	
Poimenovanje	10/10	Odgovori da/ne	12/20
Govorjenje	6/10	Prepoznavanje objekta	10/10
Ponavljanje	6/10	Sledenje navodilom	4/10
Pisanje / črkovanje	0/10	Branje	0/10
Narek	0/10		
Skupaj	18/50	Skupaj	34/50
Skupna ocena: izrazni indeks + dovzetni indeks = 18 + 34 = 52			
SKUPNA OCENA: 54/100			

Opazanja: Klientka pri poimenovanju, prepoznavanju objekta ni imela težav. Pri govorjenju (dokončanju stavkov) je imela težave predvsem z vrstnim redom, npr. povej dneve v tednu; klientka jih je povedala, vendar ne v pravilnem vrstnem redu. Določenih povedi ni dokončala. Pri odgovarjanju z da ali ne je klientka na lažja vprašanja odgovorila pravilno, na zapletenejša pa ni znala odgovoriti. Sledila je preprostim navodilom, ko so navodila postajala nekoliko zapletenejša, pa je imela pri tem težave. Pri ponavljanju besed je preproste besede pravilno ponovila, pri besedah, ki so bile težje, pa je imela težave. Klientka ni mogla pisati, brati in slediti nareku. Če vse povzamemo, ima klientka največ težav pri pisanju, nareku in pri branju. Na preprosta vprašanja odgovori pravilno, pri zapletenih ima težave.

- **Ocenjevanje skozi aktivnost – OSA**

Ocenjevanje skozi aktivnosti je bilo izvedeno z namenom, da se ugotovi pri katerih spretnosti ima klientka težave pri izvajanju aktivnosti.

Datum ocenjevanja: 9. 9. 2010

PODROČJE OKUPACIJE

a.) skrb za sebe **b.) delo in produktivnost** c.) prosti čas d.)
igra

AKTIVNOST: Kuhanje kave

KRATEK OPIS: pripraviti pripomočke (posoda za kuhanje kave, skodelico, žlico); pripraviti sestavine (kavo, sladkor); odpreti pipo; naliti vodo v posodo za kuhanje kave; prenesti posodo za kuhanje kave na štedilnik; prižgati štedilnik; počakati, da voda zavre; v vodo dati 2 žlički kave in 2 žlički sladkorja; z žlico pomešati kavo; ugasniti štedilnik; naliti kavo v skodelico

DOGOVOR: klientka bo izvedla isti postopek, kakor je napisano že v kratkem opisu

MOTORIČNE SPRETNOSTI

POLOŽAJ			
STABILIZIRA	1 3	2	Med aktivnostjo se je z roko naslonila na voziček.
PORAVNAVA	1 3	2	Klientka pri izvajanju aktivnosti ne ohranja pokončne drže – drži se sklonjeno.
NAMEŠČA	1 3	2	Pri nalivanju kave v skodelico je kavo nalila tako, da je roko obrnila v nasprotno smer kot bi jo morala.
SKUPAJ		3 od 9	

GIBANJE			
HODI	1 3	2	Uporablja invalidski voziček.
SEGA	1 3	2	Ko je pripravljala pripomočke, je iztegnila roko in tako učinkovito prijela tisto, kar je potrebovala (npr. posodo za kuhanje kave).
SE PREPOGIBA	1 3	2	Pri nalivanju vode v posodo za kuhanje kave je na primeren način upognila telo.
SKUPAJ		7 od 9	

KOORDINACIJA				
KOORDINIRA	1	2	3	Uporablja samo levo roko (hemiplegija).
MANIPULIRA	1	2	3	Uporablja samo levo roko, težave pri odpiranju posode, v kateri sta kava in sladkor.
GIBLJE TEKOČE	1	2	3	Pri odpiranju posode, v kateri sta kava in sladkor, se klientka ustavi in potem nadaljuje.
SKUPAJ		3 od 9		

MOČ IN NAPOR			
POMIKA	1 3	2	Brez težav povleče skodelico po pultu.
PRENAŠA	1 3	2	Težko prenese posodo za kuhanje kave, napolnjeno z vodo.

DVIGUJE	1 3	2	Težko dvigne posodo za kuhanje kave, napolnjeno z vodo.
DOZIRA	1 3	2	Ko daje kavo v posodo za kuhanje kave, naredi to 1-krat hitro, drugič pa počasneje.
PRIJEMA	1 3	2	Žlica ji je padla iz rok.
SKUPAJ	7 od 15		

ENERGIJA			
VDRŽI	1 3	2	Pri izvajanju aktivnosti se vmes ustavi.
SKUPAJ	1 od 3		

OCENE: 1 – NEUSTREZNA IZVEDBA, 2 – NEUČINKOVITA IZVEDBA, 3 – USTREZNA IZVEDBA

PROCESNE SPRETNOSTI

ENERGIJA			
OHRANJA RITEM	1 3	2	Med aktivnostjo določeno stvar naredi hitro, določeno pa počasi (npr. počasi odpre predal za pribor, hitro z žlico zajame kavo).
JE POZOREN NA	1 3	2	Zmoti jo hrup.
SKUAPJ	3 od 6		

UPORABA ZNANJA			
IZBIRA	1 3	2	Ker je na polici poleg sladkorja tudi sol, klientka ni ločila, ali je sladkor ali sol, in je izbrala sol namesto sladkorja.
UPORABI	1 3	2	Klientka ni vedela, koliko mora zavrteti gumb za prižig štedilnika.
ROKUJE	1	2	Pri dvigovanju polne posode za kuhanje kave je nevarnost, da jo bo spustila iz rok.

	3	
NAREDI	1 2 3	Postopka kuhanja kave ne more izvesti sama, saj potrebuje verbalno in fizično pomoč.
POVPRAŠUJE	1 2 3	Ko kaj pozabi, vpraša, kaj mora narediti.
SKUPAJ	6 od 15	

ČASOVNA ORGANIZACIJA		
ZAČNE	1 2 3	Potrebuje nekaj časa, da začne nov korak (npr. ko pripravi vse pripomočke in sestavine, ne začne takoj nalivati vodo v posodo za kuhaje kave).
IZVAJA NEPREKINJENO	1 2 3	Aktivnost se vmes prekine, saj se klientka ne spomni kaj mora narediti.
IZVAJA V ZAPOREDJU	1 2 3	Na trenutke zamenja zaporedje aktivnosti (npr. v posodo za kuhanje kave da kavo, preden nalije vodo).
KONČA	1 2 3	Aktivnost konča, vendar za njeno izvajanje potrebuje več časa.
SKUPAJ	5 od 12	

PROSTOR IN PREDMETI		
IŠČE / NAJDE	1 2 3	Poišče in najde vse potrebno za kuhanje kave, vendar potrebuje več časa.
ZBERE	1 2 3	Zbere vse pripomočke za kuhanje kave, vendar potrebuje več časa.
ORGANIZA	1 2 3	Ene stvari postavi na en pult (kavo), ene pa na drug pult (skodelico) .
POSPRAVI	1 2 3	Pripomočkov ne pospravi.
USMERJA GIBANJE	1 2 3	Na trenutke se z vozičkom zaleti v omaro.
SKUPAJ	7 od 15	

PRILAGAJANJE				
OPAZI / SE ODZOVE	1	2	3	Klientka se je odzvala, ko je voda zavrela.
SPREMENI IZVAJANJE	1	2	3	Kljub težavam, ki jih je imela z odpiranjem posode, v kateri sta bila kava in sladkor, ni spremenila izvajanja.
SPREMENI OKOLJE	1	2	3	Štedilnik je prižgala, ugasnila ga pa ni.
PRIDOBI	1	2	3	Klientka ne prepreči ponavljanja težav.
SKUPAJ	6 od 12			

OCENE: 1 – NEUSTREZNA IZVEDBA, 2 – NEUČINKOVITA IZVEDBA, 3 – USTREZNA IZVEDBA

OCENA KVALITETE IZVEDBE AKTIVNOSTI:

Klientkina izvedba aktivnosti ni bila kvalitetna. Največ težav ima na področju položaja/drže, koordinacije, energije, uporabe znanja, časovne organizacije, prostora in predmetov ter na področju prilagajanja. Pri izvedbi aktivnosti ima težave tudi s spominom, pozornostjo, z organizacijo. Ko začne neki korak, na trenutke ne ve, kaj mora narediti, čeprav mi je pred izvajanjem aktivnosti povedala postopek kuhanja kave. Potrebovala je veliko verbalne pomoči, pri določenih korakih tudi fizično pomoč.

KONTEKST

Klientovi notranji faktorji

- osebni: 42- letna ženska, invalidsko upokojena
- kulturni: klientka ima svoje vrednote in prepričanja
- časovni: obdobje srednjih let, 18 let po poškodbi možganov

Klientovi zunanji faktorji

- kulturni: stanovalka bivalne enote zavoda Zarja, dobro razumevanje z družino
- fizični: bivalna enota zavoda Zarja
- socialni: klientka je v dobrem odnosu z družino, je zelo družabna

INTERPRETACIJA

Področja klientove moči (vzpodbujevalci):

- volja
- motivacija za izboljšanje stanja
- pripravljenost na sodelovanje
- podpora družine

Ovire za izvedbo okupacij (zaviralci):

- neglekt
- težave s pomnilnikom
- težave s pozornostjo
- težave z organizacijo

Teoretični modeli in pristopi

V študiji primera so bili uporabljeni naslednji modeli in pristopi:

- Kanadski model izvedbe okupacije
 - razlog za izbiro kanadskega modela je, ker upošteva odnos med osebo, okupacijo in okoljem ter da je na klienta usmerjen pristop
- Rehabilitacijski model
 - razlog za izbiro rehabilitacijskega modela pa je, ker iz njega izhajajo pristopi, ki jih bom uporabila v obravnavi

Znotraj rehabilitacijskega modela so bili uporabljeni naslednji pristopi:

- Razvojno-nevrološki pristop
 - med aktivnostjo opozarjanje na vključevanje prizadete roke (npr. pri odpiranju posode, v kateri sta kava, sladkor)
 - opozarjanje na poravnavo pri sedenju na vozičku
 - pred vsako obravnavo priprava pravilnega položaja klientke (90°-90°-90°, simetrija trupa)

- Kognitivni pristop
 - ponavljanje aktivnosti
 - preverjanje spomina (preverjanje ali se klientka spomni postopek kuhanja kave)
 - preverjanje pozornosti (klientki sem nekaj rekla in ona je ponovila)
 - uporaba vizualnih pomagal (barvni listki)
 - vedno enak postopek kuhanja kave
 - pripomočki so pospravljeni vedno na istem mestu
 - štetje do 3 za nastavitev temperature na štedilniku
 - preprosta, jasna navodila

- Edukacijski pristop
 - demonstracija procesa (pri določenem koraku kuhanja kave, kjer klientka ni vedela kaj oz. kako narediti, sem pokazala, kako naj to naredi)
 - upoštevala sem klientkine izkušnje glede kuhanja kave
 - upoštevala sem sistematičnost (postopek kuhanja sva s klientko razčlenili na manjše enote) in postopnost (šele ko se je klientka naučila določen segment, sva nadaljevali naslednji korak)
 - pripravljanje klientke na kuhanje kave (pred aktivnostjo je klientka ponovila kaj potrebuje za kuhanje kave in postopek kuhanja kave)
 - urjenje in ponavljanje (določen korak, ki ga klientka ni znala izvesti je ponavljala, dokler ga ni usvojila)

- Adaptacijski pristop
 - prilagojen postopek kuhanja kave
 - pripomoček za odpiranje pipe
 - barvni listki za boljšo lokalizacijo

Analiza okupacije

Prvi korak je bil seznanitev s klientko. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo pol-strukturiranega intervjuja o klientkinih preteklih in zdajšnjih navadah, vlogah, interesih, njenih prioritetah, kaj si želi izboljšati. Na osnovi dokumentacije je bil narejen okupacijski profil. Klientka je izpostavila 5 aktivnosti, ki ji veliko pomenijo in bi jih rada izvajala.

Navedla je: kuhanje kave, tipkanje (delo z računalnikom), zlaganje perila, likanje in da bi hodila. Odločila se je za kuhanje kave. Za model obravnave sta bila uporabljena kanadski model in rehabilitacijski model, znotraj katerega so bili uporabljeni kognitivni, razvojno-nevrološki in adaptacijski pristop. Nato sta bila izvedena testa FIM in FAM z namenom, da se ugotovi, koliko je klientka samostojna pri vsakodnevnih aktivnostih, kje potrebuje pomoč ter koliko jo potrebuje. Ugotovljeno je bilo, da je klientka delno samostojna v dnevni aktivnosti. Največ težav ji povzročajo: mobilnost, spomin, razumevanje, reševanje po stopnicah, hoja po stopnicah, zbranost, ocena varnosti. Uporabljen je bil tudi ocenjevalni instrument ocenjevanje skozi aktivnost – OSA, in sicer z namenom, da se ugotovi, kakšne težave ima klient na področju motoričnih in procesnih spretnosti. Klientka ima največ težav s koordiniranjem, z manipuliranjem, s tekočim gibanjem, prenašanjem, z dvigovanjem, uravnavanjem, vzdrževanjem, s pozornostjo, z rokovanjem, začenjanjem naloge, z izvajanjem neprekinjeno itn. Izveden je bil tudi Mississippi Aphasia screening test predvsem z namenom, da se ugotovi, koliko klientka razume navodila, ali lahko sledi navodilom, ali prepozna predmete. Hkrati pa so bile preverjene njene govorne in pisalne sposobnosti. Klientka ima največ težav pri pisanju, nareku, pri navodilih za branje. Na preproste besede odgovori pravilno, pri zapletenih ima težave. Določeni so tudi dejavniki klientovega konteksta ter njegovi vzpodbujevalci in zaviralci izvedbe okupacije. Na osnovi teh ocenjevanj je bilo ugotovljeno, da ima klientka težave na vseh področjih človekovega delovanja, tj. pri skrbi zase, produktivnosti pri prostem času. Je delno samostojna v dnevni aktivnosti, ima neglekt, težave s spominom, z izražanjem, razumevanjem, s pozornostjo, z zbranostjo, mobilnostjo. Klientka ima voljo, je zelo motivirana in pripravljena na sodelovanje. Z družino se dobro razume, rada navezuje stike. Družina ji veliko pomeni, še posebej je navezana na svojo mamo. Živi v bivalni enoti zavoda Zarja in vsako jutro prihaja v rehabilitacijsko enoto tega zavoda, kjer se vključuje v razne aktivnosti, popoldne pa gre nazaj v bivalno enoto, kjer opravlja svoje zadolžitve.

OBRAVNAVA

Plan/načrt obravnave

Skupaj s klientko sva postavili kratkoročne in dolgoročne cilje.

Kratkoročni cilji:

- V 1. tednu bo klientka ob verbalni ali fizični pomoči pripravila pripomočke in sestavine za kuhanje kave.
- V 2. tednu bo klientka ob verbalni ali fizični pomoči pripravila potrebno količino sestavin za kavo (npr. koliko kave, sladkorja potrebuje) in ob pomoči prižgala štedilnik.
- V 3. tednu bo klientka z minimalno verbalno ali fizično pomočjo pripravila pripomočke in sestavine za kuhanje kave, potrebno količino za kuhanje kave in samostojno (s prilagoditvijo) nalila vodo v posodo za kuhanje kave ter samostojno prižgala štedilnik (sama bo lahko nastavila temperaturo, ki je potrebna za kuhanje kave).
- V 4. tednu bo klientka z minimalno verbalno pomočjo in s prilagoditvami skuhalo kavo.

Dolgoročni cilji:

- V 3 mesecih bo klientka samostojno skuhalo kavo.

Število obravnav, trajanje in intenzivnost:

- Obravnave bodo potekale 4-krat tedensko.
- Klientka bo v obravnavi 1 mesec.
- Ena obravnava bo trajala približno 30–60 min.

Kraj obravnave:

- Rehabilitacijska enota zavoda Zarja (na začetku, 2 obravnavi).
- Na domu klientke (Bivalna enota zavoda Zarja).

Izvajanje obravnave

- Terapevtska uporaba samega sebe (empatija).
- Terapevtska uporaba okupacij in aktivnosti (klientka je sama izbrala aktivnost, ki je njej pomembna – kuhanje kave).
- Aktivnost, ki temelji na okupaciji (kuhanje kave, klientki je ta okupacija pomembna).
- Proces poučevanja (npr. učenje, kako bolje izvesti kuhanje kave).
- Proces posvetovanja (npr. posvetovanje s klientko o mogočih prilagoditvah glede kuhanja kave, da bo njeno izvajanje te aktivnosti čim bolj kakovostno in varno).

Obravnava je najprej potekala v rehabilitacijski enoti zavoda Zarja, nato pa v bivalni enoti zavoda Zarja, kjer klientka stanuje. Prve dni je obravnava potekala v rehabilitacijski enoti, kjer sva si s klientko ogledali njihovo kuhinjo, pripomočke za kuhanje kave. Namen ogleda kuhinje je bil, ugotoviti, kako klientka funkcionira v kuhinji, ali pozna pripomočke in sestavine, ki so potrebni za kuhanje kave. Ugotoviti sem želela tudi ali, klientka pozna postopek kuhanja kave. Klientka ni povedala celotnega postopka kuhanja kave. Na začetku je potrebovala precej pomoči, veliko navodil. Da sem dobila odgovor, je bilo potrebno določeno stvar opisati, npr. kaj moramo dati v kavo, da ni grenka, in potem je povedala odgovor.

Klientko sem med aktivnostjo opozarjala, na vključevanje prizadete roker (npr. pri odpiranju posode, v kateri sta kava, sladkor). Opozarjala sem jo tudi, da se pri sedenju na vozičku poravna (sedela je preveč sklonjeno).

Obravnava na klientkinem domu

Obravnava je potekala 4-krat tedensko in je trajala 30–60 min. Na začetku je obravnava potekala tako, da so bile v ospredju pripravljalne aktivnosti. Klientka mi je pokazala kuhinjo, v kateri je potekala aktivnost, kje se nahajajo pripomočki in sestavine, potrebni za kuhanje kave. Prvi cilj, ki sva si zastavili je bil, da bo klientka pripravila potrebne pripomočke in sestavine za kuhanje kave. Drugi cilj je bil, da bo klientka znala pripraviti potrebno količino za kuhanje kave (npr. koliko vode, kave, sladkorja je potrebno) in da bo ob pomoči prižgala štedilnik. Tretji cilj je bil, da z minimalno verbalno ali fizično pomočjo

izvede vse korake in samostojno (s prilagoditvijo) nalije vodo v posodo za kuhanje kave ter samostojno prižge štedilnik. Zadnji cilj pa je bil, da bo klientka z minimalno verbalno pomočjo in sv prilagoditvami skuhalo kavo. Ko je klientka vse to usvojila, je skuhalo kavo. Pri tem je na začetku potrebovala precej pomoči. Sama je lahko pripravila samo žlico in posodo za kuhanje kave. Sladkorja, kave, skodelice ni mogla pripraviti sama, ker so omare previsoke in jih klientka ne more doseči, saj uporablja invalidski voziček. Prav tako sta sladkor in kava na visoki polici, torej klientki nedostopna. Pri nalivanju vode v posodo za kuhanje kave tudi ni samostojna, saj pod koritom ni prostora za invalidski voziček in tako ne doseže pipe. Klientka je pri vsem tem potrebovala verbalno in fizično pomoč.



Slika 2: Spodnja omara

V njej se nahaja posoda za kuhanje kave.



Slika 3: Visoka polica

Na polici sta kava in sladkor.



Slika 4: Korito

Pod koritom ni prostora za invalidski voziček.



Slika 5: Visoka omara



Slika 6: Štedilnik

Opažanja:

- Klientka potrebuje veliko vodenja, fizično in verbalno pomoč.
- Ne more samostojno pripraviti posode v kateri sta kava in sladkor.
- Težave ima pri lokalizaciji posode, v kateri sta bila kava in sladkor.
- Težave se pojavijo tudi pri odpiranju pipe; prevelika oddaljenost pipe oz. pod koritom ni bilo prostora za invalidski voziček.
- Klientka je pri kuhanju kave večkrat pozabila, kaj mora narediti, npr. kaj mora dati v vodo.
- Imela je težave s prenosom polne posode za kuhanje kave.
- Težave pri prižiganju štedilnika.

Ker je imela klientka pri izvajanju aktivnosti težave, sem aktivnost prilagodila.

Prilagajanje aktivnosti je proces spreminjanja običajnega načina metod ali pogojev izvajanja aktivnosti, da se izboljša funkcioniranje klienta. Prilagajanje aktivnosti zahteva od terapevta analizo klientovih potreb in sposobnosti, analizo okolja in ciljev obravnave (Pedretti, 1996).

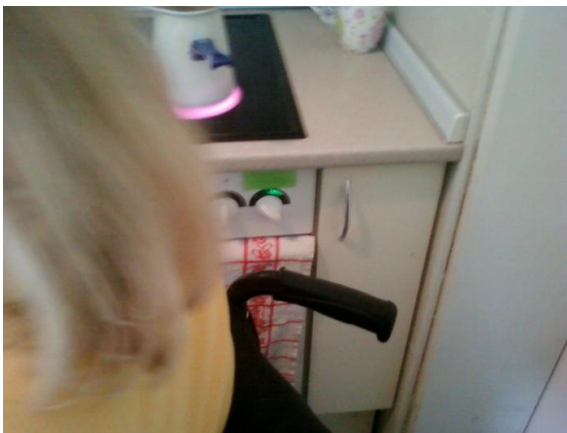
Prilagojena aktivnost je poenostavljena in zato zahteva manj fizičnih, psihičnih in drugih naporov ter ustreza posebnim potrebam klienta in okolja. Prilagajanje aktivnosti zajema tudi prilagajanje opreme, pripomočkov in spremembe v okolju, kar pripomore k samostojnemu funkcioniranju (Marušič, 2004).

Prilagoditve

- Na posodo, v kateri sta bila sladkor in kava, ter nad gumbom za prižig štedilnika sem prilepila barvne listke.
- Sladkor, kavo in skodelico sem dala dol z visoke police na delovno površino; klientka je samo povedala, kaj potrebuje in kje se nahaja (delno prilagojen postopek kuhanja kave).
- Izdelala sem pripomoček za odpiranje pipe.
- Pri prižiganju štedilnika je klientka štela do 3, da je pravilno nastavila temperaturo štedilnika.



Slika 7: Pripomoček za odpiranje in zapiranje pipe



Slika 8: Barvni list nad gumbom

Za boljšo lokalizacijo gumba.



Slika 9: Barvni list na posodi za kavo in sladkor

Za boljšo lokalizacijo.

Opažanja po prilagoditvah:

- S pomočjo barvnih listov zdaj klientka nima težav z lokalizacijo posod, v kateri sta kava in sladkor. Klientka si je zapomnila, da je na posodi, v kateri je kava, rjav barvni list, na posodi, v kateri je sladkor pa rumen barvni list.
- Pri prenosu posode za kuhanje kave in nalivanju v skodelico so težave izginile, ko je klientka drugače prijela posodo za kuhanje kave.
- Pri odpiranju pipe je klientka uporabljala pripomoček, s pomočjo katerega lahko zdaj samostojno, brez fizične pomoči, odpre pipo.
- S tem ko je klientka pri prižiganju štedilnika štela do 3, je pravilno nastavila temperaturo štedilnika.
- S ponavljanjem aktivnosti si je tudi postopek kuhanja kave zapomnila.

Pri klientki je bilo zelo pomembno ponavljanje aktivnosti. Na začetku je pri izvajanju kuhanja kave potrebovala fizično in verbalno pomoč. Ni se spomnila, kaj vse potrebuje za kuhanje kave. Nekaj se je spomnila, ne pa vsega. Isto je bilo s postopkom kuhanja kave. Na koncu, zadnji teden obravnave, je klientka vse boljše izvajala kuhanje kave. Zapomnila si je postopek kuhanja kave; seveda je še kdaj kaj pozabila, vendar je bil napredek viden.

IZID

Ponovno so bili izvedeni FIM/FAM in ocenjevanje skozi aktivnost – OSA.

- FIM/FAM

Datum ponovnega ocenjevanja: 1. 9. 2010

Pri FIM in FAM ni bilo sprememb, saj je bila klientka v obravnavi samo 1 mesec.

- OCENEJEVANJE SKOZI AKTIVNOST – OSA

Ponovno ocenjevanje: 5. 10. 2010

Tudi tukaj je bilo vidno izboljšanje. Izboljšanja se pojavijo pri: prenašanju, dvigovanju, doziranju, manipuliranju, organizaciji, rokovanju, pri položaju/drži.

Kratkoročni cilji so bili doseženi. Klientka z minimalno verbalno pomočjo skuha kavo. Na koncu je bila zelo zadovoljna z izvajanjem aktivnosti; to ji je veliko pomenilo. S to obravnavo je klientka precej pridobila, saj že dolgo ni kuhala kave. Za obravnavo je bila zelo motivirana in to je tudi v veliki meri pomagalo do končnega cilja.

Dolgoročnega cilja ni bilo mogoče preveriti, saj je obravnava potekla samo 1 mesec.

9 RAZPRAVA

Osnova delovno-terapevtske obravnave je omogočiti klientu vključevanje v njemu smiselne in pomembne aktivnosti, ker te prispevajo h kvaliteti življenja.

V študiji primera sta bila uporabljena dva modela, in sicer kanadski model izvedbe okupacije in rehabilitacijski model, iz katerega so bili uporabljeni razvojno-nevrološki, kognitivni, edukacijski in adaptacijski pristop.

Klientka je bila v obravnavi 1 mesec. Srečevali sva se 4-krat tedensko po 30–60 minut. Na začetku je imela precej težav, in sicer pri organizaciji in spominu, lokalizaciji, zdaj je vse to izboljšala. Klientka pred obravnavo že dolgo ni kuhala kave oz. – če jo je kdo kuhal – je bila samo zraven. Zato sva skupaj pred vsako obravnavo ponovili, katere pripomočke potrebujemo za kuhanje kave in kako se kava skuha. To ji je pri sami izvedbi aktivnosti pomagalo, saj se je spomnila, kaj mora narediti. Potrebovala je veliko navodil za izvajanje aktivnosti. S postopnostjo in stopnjevanjem aktivnosti je klientka po enem mesecu obravnave precej napredovala, izboljšala je izvajanje kuhanja kave, ki je že dolgo ni skuhala in bila s tem tudi zelo zadovoljna. Ta študija primera pokaže, da lahko z 1-mesečno delovno-terapevtsko obravnavo pri osebi po pridobljeni poškodbi glave, ki se je zgodila pred osemnajstimi leti, vplivamo na kvaliteto izvedbe okupacije. Res pa je, da je potrebno več časa in ponavljanj ter intenzivna obravnava za ponovno osvojitve spretnosti in znanj, potrebnih za izvajanje okupacije.

Različne študije kažejo, da ljudje po pridobljeni poškodbi možganov lahko izboljšajo izvajanje aktivnosti/okupacije po tem, ko sodelujejo v intenzivni delovno terapevtski obravnavi in rehabilitaciji. V članku z naslovom *Improving quality of ADL performance after rehabilitation among people with acquired brain injury* je opisano, da se je z intenzivno obravnavo zgodilo izboljšanje izvajanja aktivnosti/okupacije pri vseh klientih ne glede na starost in ne glede na čas po poškodbi. Čeprav je znano, da je okrevanje po pridobljeni poškodbi možganov najboljše v prvih šestih mesecih, lahko z intenzivno delovno terapevtsko obravnavo vplivamo na kvaliteto izvedbe okupacije. V študiji so posamezniki z intenzivnostjo in uporabo različnih strategij (učenje novih metod, prilagoditve okolje, uporaba pripomočkov) izboljšali izvajanje aktivnosti/okupacije. Pri

tem so okupacijo izvedli učinkovito, z manjšim naporom in varno, kar je zelo pomembno (Waehrens & Fisher, 2007).

Obravnava je potekala na klientkinem domu, zato je pomembno razumeti kakšen pomen ima okolje na klienta in njegovo izvajanje okupacije. Gotovo obstaja razlika med izvedbo okupacije v domačem okolju in izvedbo v institucionalnem okolju. Članek z naslovom *Multicontextual occupational therapy intervention: A case study of traumatic brain injury* govori o učinkovitosti delovne terapije, ki se izvaja na domu. Opisano je da so rezultati boljši, če se obravnava izvaja v okolju kjer klient živi (Gonzalez, 2001).

Domače okolje je zelo pomembno pri obravnavi klienta. Domače okolje predstavlja okolje za zdravje in počutje posameznika. Dom je prostor, ki predstavlja osnovo okupacijske kontinuitete pa tudi vrednoto – varnost. Intervencije morajo zadostiti klientovim osebnim zahtevam v vseh vidikih njegovega okupacijskega repertoarja, torej morajo biti pomensko polne. Okupacije so pomensko polne, če so ključni del okupacijske kontinuitete neke osebe, in so interakcija med tremi perspektivami vrednosti okupacije. Pomembno je razumevanje interakcije med človekom – okoljem in okupacijo. Okolje/kontekst je dejavnik, ki lahko vpliva na to, ali bo klientova okvara preprečevala posamezniku vključenost v vsakodnevno življenje ali bo ostala kot težava v izvajanju aktivnosti ali postala »nepomembna« za posameznikovo delovanje in dobro počutje (Marušič, 2006).

Okolje, v katerem se je obravnava izvajala, je bilo bolj zavirajoče kot spodbujajoče. Spodbujajoče je bilo to, da se je obravnava izvajala na klientkinem domu (bivala enota), saj klientka pozna kuhinjo, vedela je, kje se nahajajo pripomočki in sestavine za kuhanje kave. Sicer pa kuhinja ni funkcionalna za osebe na invalidskem vozičku. Omare so visoke, pod koritom ni prostora, da se oseba lahko zapelje do korita. To jo je tudi oviralo pri izvedbi okupacije. Funkcionalna kuhinja je tista, ki jo lahko uporabljajo »zdrave osebe« in kakorkoli funkcionalno ovirane osebe. Pomivalno korito in štedilnik morata biti dostopna, da se oseba z invalidskim vozičkom lahko zapelje pod delovno površino. Kuhinjski elementi, pripomočki in police morajo biti razporejeni tako, da so na dosegu za izvajanje posameznega opravila (Vovk, 2000).

10 SKLEP

Posledice nezgodne poškodbe možganov so raznolike in lahko prizadenejo različna področja človekovega delovanja. Težave lahko nastopijo na področju gibanja in sporazumevanja ter na psihičnem področju.

Danes je medicina precej napredovala na področju poškodbe glave. Omogoča preživetje večjemu številu poškodovancev, vendar fizične, kognitivne, vedenjske in socialno-čustvene posledice bistveno spremenijo kvaliteto življenja. Da bi preprečili poškodbe glave, je pomembno, da se zavedamo, kako pomembna je preventiva. Delovna terapija ima na področju poškodbe glave pomembno vlogo pri reševanju klientovih problemov in ohranjanju kvalitete klientovega življenja.

Pri obravnavi osebe po poškodbi možganov je pomemben pristop usmerjen na klienta. Poudarja spoštovanje klientovih vrednot in njegovega življenjskega sloga, ki je za vsakega klienta unikaten (Law et al., 2005).

S pomočjo delovno-terapevtskih pristopov in z intenzivnostjo delovno-terapevtske obravnave lahko vplivamo na kvalitetno izvedbo okupacije.

11 LITERATURA

1. American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: domain and process, Bethesda: AOTA Press.
2. Bolčina M, Moderc M (2010). Celostna terapevtska obravnava mladostnice po poškodbi glave – primer iz dobre prakse. Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Vipava, marec, 1–9.
3. Browman J, Llevellyn G (2002). Clinical outcomes research from the occupational therapist's perspective. Occupational therapy international, 9(2): 147–168.
4. Canadian association of occupational therapists (2000). Canadian occupational performance measure: workbook companion to COPM training video: a self-instructional program, Toronto: CAOT.
5. Crepeau E B, Cohn E S, Schell B A, Willard H S, Spackamn C (2003). Willard & Spackman's occupational therapy. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
6. Dombovy M L, Olek, A C (1996). Recovery and rehabilitaiton following traumatic brain injury. Brain injury, 11(5): 305–318.
7. Edmans J (2005). Occupational therapy and stroke. London, Philadelphia : Whurr.
8. Gonzalez B L (2001). Multicontextual occupational therapy intervention: A case study of traumatic brain injury. Occupational Therapy International, 8(1): 49–62.
9. Grabljevec K (2003). Lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM). Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji. 14. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, 4. in 5. april 2003. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 59–65.
10. Gupta A (2008). Measurment scales used in elderly care functional independence measure and functional assessment measure. United Kingdom: Radcliffe Publishing.

11. Hansen R (2000). Conditions in occupational therapy: effect on occupational performance, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
12. Hanson S (2002). Working effectively with employees who have sustained a brain injury, June, 1–5.
13. Hinojosa J, Kramer P (1998). Occupational therapy evaluation: obtaining and interpreting data. Bethesda : American Occupational Therapy Association.
14. Janša J, Pihlar Z, Švajger A (2006). Seminar o ocenjevanju skozi aktivnost – OSA. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana.
15. Košorok V (1994). Rehabilitacijska obravnava bolnikov po poškodbi glave, Ljubljana : Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo
16. Košorok V (2003). Ocenjevanje prizadetosti po nezgodni možganski poškodbi. Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji: zbornik predavanj – 14. dnevi rehabilitacijske medicine. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
17. Košorok V (2005). Celovita rehabilitacijska obravnava nezgodne možganske poškodbe. Poškodbe glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid: zbornik predavanj – 16. dnevi rehabilitacijske medicine, 18. in 19. marec. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 9 – 17.
18. Krizmanič T (2005). Nevrofizioterapevtski pristop glede na kognitivni nivo osebe po nezgodni poškodbi možganov. Poškodbe glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid: zbornik predavanj – 16. dnevi rehabilitacijske medicine, 18. in 19. marec. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 59 – 104.
19. Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend, E (1997). Core concepts of occupational therapy. In Canadian Association of Occupational Therapists, Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.

20. Law M, Baum C, Dunn W (2005). Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy. Second edition. Thorofare : SLACK.
21. Lebar C (2004). Ocenjevalne metode. Skripta za interno uporabo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
22. Marušič V (2004). Aktivnosti v delovni terapiji. 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana 26. in 28. maj. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 50 – 58.
23. Marušič V (2006). Delovno terapevtski vidik odnosa človek – okolje. Delovna terapija in okolje. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje, 6 – 12.
24. Marušič V (2008). Aktivnosti delovne terapije. Gradivo za interno uporabo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
25. Moyers P (2007). The Guide to Occupational Therapy Practice, Bethesda: AOTA.
26. Pedretti W (1996). Occupational therapy: practice and skills for physical dysfunction. Forth edition. St. Luis: Mosby.
27. Piškur B (1998). Delovna terapija in kvaliteta življenja. VIII. letni posvet delovnih terapevtov Slovenije, Bled, 16. in 18. april. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 19 – 25.
28. Powell T (1996). Poškodbe glave: praktični vodik, Ljubljana: Društvo Vita.
29. Punwar A (2000). Occupational therapy: principles and practice, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

30. Radonjič – Miholič V (2005). Zakaj lahko poškodba glave ovira kakovost življenja? Poškodbe glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid: zbornik predavanj – 16. dnevi rehabilitacijske medicine, 18. in 19. marec. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 197 – 207.
31. Radonjič – Miholič V (2005). Ljudje z življenjem več – problemi v procesu vračanja v aktivno življenje po neškodni možganski poškodbi. Poškodbe glave – vpliv celovite nerorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid: zbornik predavanj – 16. dnevi rehabilitacijske medicine, 18. in 19. marec. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 235 – 246.
32. Rotar E (2010). Okrevanje in vpliv okolja. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, februar, 1-14.
33. Tomšič M (2003). Kognitivni pristop. Gradivo za interno rabo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
34. Tomšič M (2003). Razvojno-nevrološki pristop. Gradivo za interno rabo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
35. Trdan V (2005). Poškodba možganov. Seminar o poškodbi glave in oskrbi poškodovanih oseb. Zbirka člankov za novo zaposlene Društva Vite, marec, 24 – 25.
36. Trombly C A, Radomski M V (2002). Occupational therapy for physical dysfunction. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
37. Turner A, Foster, M, Johnson, S E (2002). Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills and practice. Fifth edition, Edinburgh: Churchill Livingstone.
38. Vovk M (2000). Načrtovanje in prilagajanje grajenega okolja v korist funkcionalno oviranim ljudem: priročnik. Ljubljana: Urbanistični inštitut Republike Slovenije.

39. Waehrens E E, Fisher, A G. Improving quality of ADL performance after rehabilitation among people with acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 2007, 14: 250 – 275.
40. Zavod Zarja (2010). http://www.zavod-zarja.si/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=65. <13. 10. 2010>
41. Zavod Zarja (2010). http://www.zavod-zarja.si/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=71. <13. 10. 2010>
42. Zavod Zarja (2010). http://www.zavod-zarja.si/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=78. <13. 10. 2010>
43. Zavod Zarja (2010). http://www.zavod-zarja.si/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=86. <13. 10. 2010>
44. Zavod Zarja (2010). http://www.zavod-zarja.si/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=93. <13. 10. 2010>

12 PRILOGE

12.1 Izjava o avtorstvu

Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisani/-a _____

diplomant/-ka študijskega programa _____

z vpisno številko _____

rojena _____

sem avtor/-ica diplomskega dela z naslovom _____

ki je nastalo ob pomoči mentorja/mentorice _____

Izjavljam, da sem diplomsko delo napisal/a samostojno, s korektnim navajanjem literature in ob pomoči mentorja/-rice, ter upoštevanju Navodil za pisanje seminarskih nalog in diplomskih del.

Zavedam se, da je plagiatorstvo v kakršnikoli obliki kršitev avtorskih pravic (veljavni zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah) in poznam posledice, ki jih dokazano plagiatorstvo pomeni za moje diplomsko delo in moj status.

V Ljubljani, dne _____

Podpis avtorja/-rice