

POSTAVLJANJE CILJEV V DELOVNI TERAPIJI IN UPORABA KANADSKE METODE ZA OCENJEVANJE IZVAJANJA DEJAVNOSTI: RAZLIKE MED ZAČETNIKI IN IZKUŠENIMI TERAPEVTI

GOAL SETTING IN OCCUPATIONAL THERAPY USING THE CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE: DIFFERENCES BETWEEN NOVICE AND EXPERT THERAPISTS

Lea Šuc, dipl. del. ter., MSc, mag. Andreja Švajger, dipl. del. ter.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Izhodišča:

Kanadska metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM) je ocenjevalni instrument, ki je zelo uporaben pri postavljanju ciljev. Ker gre pri izvajanju COPM za intervju, ki ga vodi delovni terapevt, na potek vplivajo tako terapevtove izkušnje, sposobnosti in spretnosti kot tudi poznavanje delovno-terapevtske teorije in prakse. Namen naše raziskave je bil proučiti, kako postavljanje ciljev v delovni terapiji doživljajo delovni terapevti, zaposleni na URI – Soča. Odgovoriti smo želeli na dve raziskovalni vprašanji: kakšne so izkušnje s postavljanjem ciljev med delovnimi terapevti, ki so začetniki, in izkušenimi delovnimi terapevti; in kako uporabo COPM doživljajo delovni terapevti, zaposleni na URI – Soča?

Metode:

V raziskavo je bilo vključenih 8 delovnih terapevtov, zaposlenih na URI – Soča; 4 novinci in 4 izkušeni terapevti. Z vsakim je bil izveden poglobljen intervju, šest pa jih je bilo nato opazovanih pri izvajanju metode COPM. Zbrano gradivo je bilo analizirano z metodo kvalitativne analize vsebine, in sicer s tematsko analizo.

Abstract

Background:

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is a useful tool for setting goals in therapy. It is a semi-structured interview, so the therapist's experience, skills and abilities, as well as knowledge of occupational therapy theory and practice, influence its outcomes. The aim of our study was to explore how goal setting is experienced by occupational therapists working at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana. The research questions driving the study were: what are the experiences of novice and expert therapists with goal setting; and how do therapists experience COPM?

Methods:

Eight occupational therapists participated in the study; four of them were novice therapists and four were considered experienced therapists. Data were gathered using in-depth interviews. Six therapists were also observed whilst conducting COPM. Thematic analysis was used to analyse the material.

Findings:

Five main themes emerged from the analysis: experience, familiarity with theory, differences between therapists, patient's wishes and the psychology of goal setting. In the participants'

Ugotovitve:

Iz analize je izšlo pet glavnih tem: izkušnje, poznavanje teorije, razlike med terapevti, želje pacienta in psihologija postavljanja ciljev. Delovne izkušnje so po mnenju udeležencev pomembno vplivale na naslednja področja, na katerih so se pokazale tudi glavne razlike med začetniki in izkušenimi terapevti: sporazumevanje, vodenje, iskanje rešitev, prilagodljivost, primerjava s prejšnjimi primeri.

Zaključki:

Terapevti, zaposleni na URI – Soča, izpostavljajo, da je pri postavljanju ciljev in uporabi metode COPM zelo pomemben način postavljanja vprašanj, interpretacija rezultatov in vodenje pacienta k uresničljivim ciljem. To so tudi področja, ki bi jih bilo smotrno vključiti v prva in dodatna izobraževanja za uporabo COPM, še posebej pri manj izkušenih terapevtih, ki si želijo več povratnih informacij o pravilnosti uporabe COPM.

Ključne besede:

delovna terapija; cilji; COPM; kompetence; delovne izkušnje

opinion, work experience importantly contributed to the following areas: communication, guidance, looking for solutions, flexibility, comparing with previous cases. Differences between novice therapists and experts could most often be observed in these areas.

Conclusions:

Therapists employed at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana identified several factors they deemed important for setting goals and using COPM. They emphasised the significance of proper question formulation and interpretation of results, as well as the ability to guide patients toward realistic goals. This information should be considered when planning additional courses, especially for less experienced therapists who might require more feedback on how to properly use the COPM.

Key words:

occupational therapy; goals; COPM; competencies; work experience

UVOD

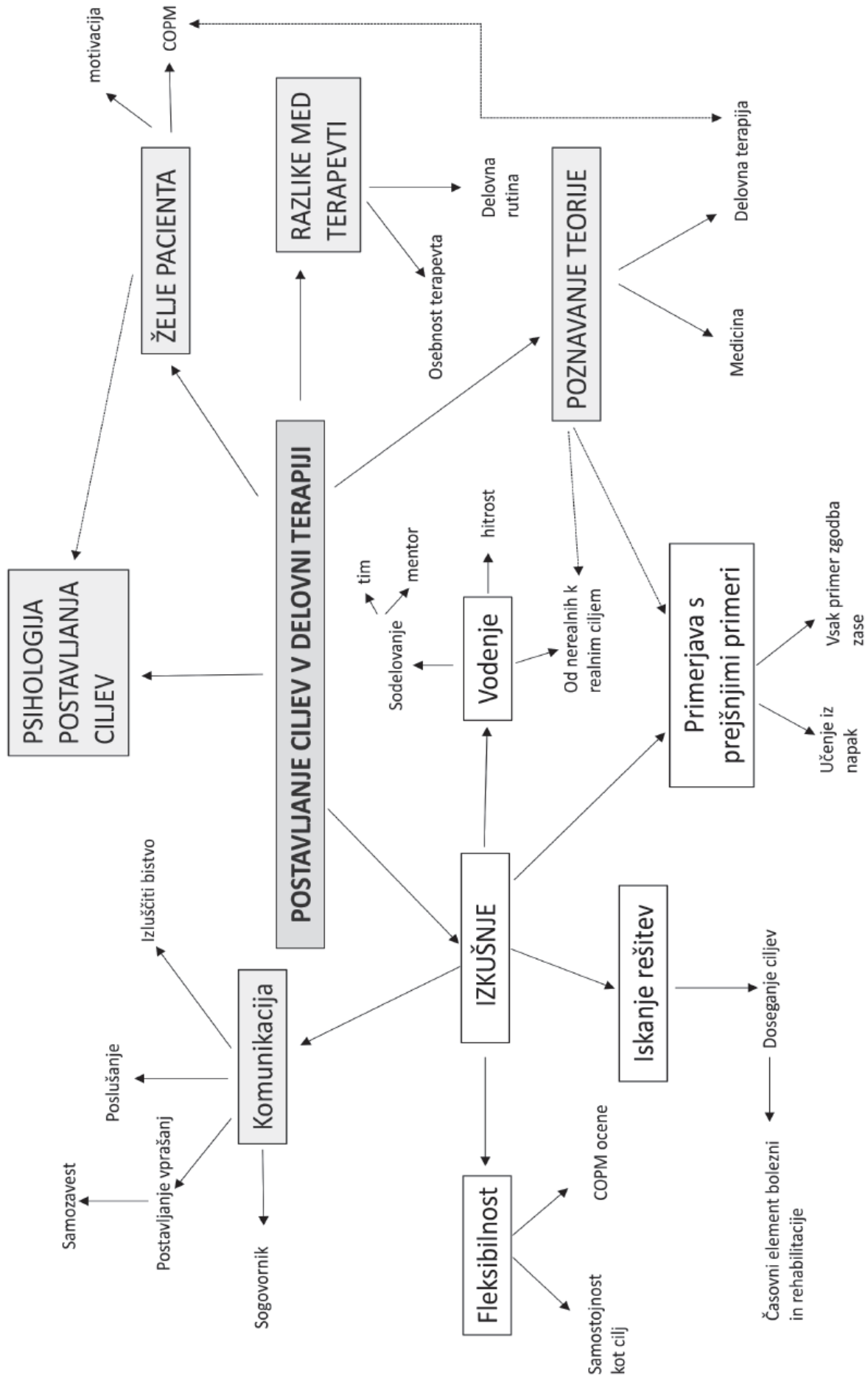
Skladno s sodobnimi smernicami v delovni terapiji (1) in Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) (2) se slovenski delovni terapevti poslužujejo vedno večjega števila merskih instrumentov, ki ocenjujejo raven dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja. V Sloveniji se trenutno uporabljajo naslednji delovno-terapevtski ocenjevalni instrumenti, usmerjeni na raven dejavnosti in sodelovanja: Kanadska metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure, COPM), Ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti (angl. Assessment of Motor and Process Skills, AMPS), Ocenjevanje strukturirane aktivnosti (OSA), Southamptonski test za ocenjevanje roke (angl. Southampton Hand Assessment Procedure, SHAP), Kohlmanovo ocenjevanje življenjskih dejavnosti (angl. Kohlman Evaluation of Living Skills, KELS), Intervju o delovni vlogi (WRI) in Lestvica vpliva delovnega okolja (WEIS) (1). Ti ocenjevalni instrumenti služijo načrtovanju in vrednotenju delovno-terapevtske obravnave in so lahko v pomoč pri oblikovanju ciljev in vzpostavitvi terapevtskega odnosa, ki temelji na partnerstvu s pacientom.

V povezavi s postavljanjem ciljev se je od omenjenih ocenjevalnih instrumentov še posebej uveljavil COPM (3, 4). Tuja literatura pri postavljanju ciljev v delovni terapiji in na področju nevrologije priporoča sočasno uporabo COPM in Lestvico doseganja ciljev (angl. Goal Attainment Scale ali GAS) (3, 4). Slednji je bil v Sloveniji že prepoznan, vendar se zaenkrat uporablja le sporadično, medtem ko je COPM že dobro uveljavljen (1).

COPM je standardizirani ocenjevalni instrument, ki opredeljuje težave pacientov pri izvajanju namenskih aktivnosti in ovrednoti izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo posamezne aktivnosti (6). COPM podpira postavljanje ciljev in načrtovanje na posameznika usmerjene obravnave ter omogoča spremljanje rezultatov in vrednotenje terapevtskega procesa (7). Izvaja se kot polstrukturiran intervju, preko katerega pacient opredeli zanj najpomembnejše vsakodnevne dejavnosti in težave, s katerimi se sooča pri njihovem izvajanju. Izvedba opredeljenih dejavnosti in zadovoljstvo z njihovo izvedbo sta ocenjena z 10-stopenjsko lestvico (7). Ob koncu obravnave (ali v rednih intervalih) se COPM ponovi, da je tako lahko razviden napredek (ali pomanjkanje le-tega) na področjih, ki so za pacienta najbolj pomembna.

Glede na to, da gre pri izvajanju COPM za intervju, ki ga vodi delovni terapevt, ga ta lahko oblikuje na njemu lasten način, pri čemer na potek vplivajo tako terapevtove izkušnje, sposobnosti in spretnosti kot tudi poznavanje delovno-terapevtske teorije in prakse (8). Pri tem je potrebno omeniti, da je bilo v Sloveniji zadnje izobraževanje za uporabo COPM (2-dnevna delavnica) izvedeno leta 2011, kar pomeni, da ga veliko mlajših terapevtov uporablja brez predhodnega formalnega usposabljanja. So pa zato mlajši terapevti seznanjeni s COPM v času študija in takrat dobijo teoretično podlago za izvajanje te metode ter tudi praktične izkušnje.

Kljub temu, da študij, ki bi raziskovale razlike med delovnimi terapevti - začetniki in izkušenimi terapevti, ni veliko, je bilo prepoznano, da so pri njihovem načinu dela in odločanju občutne razlike (9, 10). Terapevti - začetniki se pogosto zanašajo na obrazce



Slika 1: Pregled tem in odnosi med njimi.
Figure 1. Overview of topic and their inter-relationships.

in standardizirane protokole, medtem ko izkušeni terapevti pri delu uporabljajo intuicijo in lasten občutek, ki sta bolj prilagodljiva glede na situacijo (9, 10). Za začetnike je lahko občutek strukturiranosti zelo pomemben in izboljša njihovo sposobnost odločanja (9). Pri tem pogosto igrajo pomembno vlogo standardizirani instrumenti za ocenjevanje, ki lahko pomagajo pri oblikovanju poklicne identitete in terapevte opolnomočijo v odnosu do ostalih članov multidisciplinarnega tima (11). Raziskave tudi kažejo, da se delovni terapevti - začetniki pogosto počutijo nekompetentni pri svojem delu in da ob nastopu dela njihova poklicna samozavest lahko celo upade (12,15). Kanadska raziskava, ki so jo izvedli Hodgetts in kolegi, je npr. pokazala, da so novi diplomiranci potrebovali 6 mesecev do dve leti, da so se počutili kompetentni kot delovni terapevti (12).

Glede na izsledke preteklih raziskav, ki so primerjale začetnike in izkušene delovne terapevte, se postavlja vprašanje, če tudi pri postavljanju ciljev prihaja do razlik med tema dvema skupinama. Ker COPM pogosto temelji na spretnosti in usmerjevalnih sposobnostih terapevta (16), predstavlja dobro izhodišče za raziskovanje tega vprašanja. Namen naše raziskave je bil proučiti, kako na postavljanje ciljev v delovni terapiji gledajo terapevti, zaposleni v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - URI-Soča. Še posebej so nas zanimale njihove izkušnje z uporabo metode COPM in morebitne razlike med začetniki in izkušnimi terapevti.

Odgovoriti smo želeli na dve raziskovalni vprašanji:

- RV 1: Kakšne so izkušnje s postavljanjem ciljev med terapevti - začetniki in izkušnimi terapevti?
- RV 2: Kako uporabo Kanadske metode za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM) doživljajo delovni terapevti, zaposleni v URI-Soča?

METODE

Vzorec

V kakovostno raziskavo smo vključili 4 terapevte - začetnike in 4 izkušene terapevte. Terapevt - začetnik je bil definiran kot nekdo z manj kot dvema letoma delovnih izkušenj (po opravljenem strokovnem izpitu), izkušeni terapevt pa je imel več kot 10 let delovnih izkušenj. Vsi terapevti so bili zaposleni v URI-Soča. Merili za vključitev sta bili: a) redna uporaba ocenjevalnega instrumenta COPM in b) motiviranost za postavljanje ciljev v delovno-terapevtski obravnavi. Da bi pridobili bolj poglobljene informacije o proučevanem fenomenu, smo uporabili namensko vzorčenje in vključili posameznike, ki so bili pripravljene sodelovati in reflektirati svojo prakso (17). Izkušeni terapevti so imeli od 10 do 31 let delovne dobe ($M=18,5$ let), terapevti - novinci pa (brez pripravništva) 9 do 24 mesecev ($M=16$ mesecev). Vsi izkušeni terapevti so imeli opravljeno izobraževanje za COPM, začetniki pa izobraževanja niso prejeli, so pa metodo spoznali v času študijskih vaj in pripravništva.

ZBIRANJE PODATKOV

Z vsakim udeležencem je bil izveden poglobljen intervju. Uporabljeno je bilo vodilo za intervju (18), ki je zagotovilo, da so bile v pogovor vključene teme, ki so bile pomembne za raziskavo (Tabela 1). Izhodiščno vprašanje je bilo: Ali mi lahko poveste kaj o vaših izkušnjah s postavljanjem ciljev v delovno-terapevtski obravnavi? Nato so po potrebi sledila podvprašanja. Intervjuji so bili dolgi 15 do 30 minut. Z dovoljenjem udeležencev so bili intervjuji posneti in prepisani verbatim. Šest terapevtov (3 začetniki in 3 izkušeni terapevti) so bili pri uporabi metode COPM in postavljanju ciljev tudi opazovani. Po pregledu literature je bilo izdelano vodilo za opazovanje, ki je vsebovalo glavne kategorije na temo razlik med novinci in izkušnimi terapevti (Tabela 2). Opazovanja so bila vnesena v opisni obliki. Vse intervjuje in opazovanja je izvedla prva avtorica.

ANALIZA PODATKOV

Zbrano kvalitativno empirično gradivo (poglobljeni intervjuji in zapiski opazovanj) smo analizirali z metodo kakovostne analize vsebine, in sicer smo uporabili tematsko analizo (19). Osrednji del kakovostne analize vsebine je bil proces kodiranja, znotraj katerega se interpretira oziroma določa pomen posameznim segmentom empiričnega besedila. Analiza gradiva je sledila zaporedju šestih faz (19, 20):

1. Seznanjanje z gradivom (čistopis zvočnega posnetka, branje, beleženje začetnih idej).
2. Določanje začetnih enot kodiranja.
3. Iskanje tem (združevanje podatkov okrog iste teme).
4. Pregled tem (preverjanje odnosa med temami in kodami in izdelava zemljevida tem).
5. Definiranje in poimenovanje relevantnih pojmov in tem glede na raziskovalno vprašanje.
6. Oblikovanje teoretične formulacije (izbor nazornih primerov, analiza izsečkov, pisanje poročila).
7. Analizo podatkov je izvedla prva avtorica, druga avtorica pa je sodelovala pri preverjanju tem in postopka analize.

UGOTOVITVE

Iz analize je izšlo pet glavnih tem: izkušnje, poznavanje teorije, razlike med terapevti, želje pacienta in psihologija postavljanja ciljev. Tema izkušnje je bila najbolj obsežna (in relevantna za RV1) in je imela pet podkategorij. Slika 1 prikazuje zemljevid tem, na katerem so razvidni odnosi in povezave med temami.

1. IZKUŠNJE

Vsi delovni terapevti, vključeni v raziskavo, so izpostavili pomen izkušenj pri postavljanju ciljev in uporabi metode COPM. Ko so opisovali napredek pri postavljanju ciljev in interakciji s pacienti,

Tabela 1: *Vodilo za intervju.***Table 1:** *Interview guide.*

Izhodiščno vprašanje/Topics	Podvprašanja/Probes
Ali mi lahko poveste kaj o svojih izkušnjah glede postavljanja ciljev v DT obravnavi? Tell me about your experience with goal setting in occupational therapy!	Kako jih postavljate? Ovire pri postavljanju? Kako spremljate doseganje ciljev? Ali menite, da zdaj postavljate cilje drugače, kot ste jih takoj, ko ste diplomirali? Kakšne so razlike? Kaj je nanje vplivalo? Kako po vašem mnenju poznavanje teorije in modelov DT vpliva na postavljanje ciljev? Kaj bi vam pri postavljanju ciljev pomagalo? Kakšen je vaš občutek samozavesti in kompetentnosti pri postavljanju ciljev?
Kakšne so razlike med cilji, ki jih postavite za pacienta vi, in cilji, ki si jih postavijo sami? What are the differences between the goals you set for them and the goals set by patients?	Se pri postavljanju ciljev srečujete s kakšnimi dilemami? Kako jih rešujete?
Kakšne so vaše izkušnje z uporabo metode COPM? What are your experiences with using COPM?	Kako dolgo ga že uporabljate? Ali se vam zdi uporaben? Kako pogosto ga uporabljate pri delu? Ali se je vaše doživljanje instrumenta spremenilo, od kar ste ga začeli uporabljati? Kako na uporabo vplivajo vaše terapevtske in delovne izkušnje? Ali pri uporabi naletite na ovire in težave? Ste imeli težave na začetku? Kako rezultate COPM uporabite pri načrtovanju dela? Kaj vam je pri uporabi COPM najbolj pomagalo? Ali čutite potrebo po dodatnem izobraževanju/mentorstvu za COPM? Kakšen je vaš občutek samozavesti in kompetentnosti pri postavljanju ciljev s COPM?

so velikokrat uporabili izraz »kilometrina«, ki se je nanašal tako na število let zaposlitve kot tudi na kakovost njihovih praktičnih izkušenj. Pri uporabi COPM so izpostavili tudi pomembnost redne uporabe; v začetku so metodo doživljali kot težko, z bolj intenzivno uporabo pa je izvajanje postalo lažje.

Izkušnje so po mnenju udeležencev pomembno vplivale na področja, na katerih so se pokazale tudi razlike med začetniki in izkušenimi terapevti:

a) Vodenje

Z leti so postali udeleženci bolj spretni pri vodenju COPM intervjuja in pogovora (ter tudi pri pogajanju s pacientom), da so tako prišli do realnih in dosegljivih ciljev. DT2 opiše (*vse izjave udeležencev, navedene v tem prispevku, so citirane dobesedno*), kako pri postavljanju ciljev večkrat pride do razkoraka med cilji pacientov in realnimi možnostmi/sposobnostmi. Takrat so zelo pomembne spretnosti terapevta pri usmerjanju pacienta k bolj realnim ciljem:

Vsi bodo rekli, rad bi hodil, rad bi, da mi roka dela. Se pravi, grejo na največji zgornji vzorec. In zdaj, da pa znaš ti malo ..., to je pa kilometrina, se mi zdi, pokrmariti, no, pa pojdiva zdaj ..., pogledite ali sebe, ali se lahko presedete, se pravi, da znaš jih pripeljati res do tistih malih stvari.

Pogosto si terapevti pomagajo s tem, da se osredotočijo na kratkoročne cilje, ki so bolj oprijemljivi. Kljub temu, da vsi terapevti prepoznavajo, da je pomembno, da cilji izhajajo iz človeka, pa preko izkušenj ugotavljajo tudi, da je pogosto paciente potrebno voditi, jim sugerirati in postavljati podvprašanja.

Mlajši terapevti pri vodenju pogosto izražajo več negotovosti in potrebo po povratnih informacijah s strani mentorjev in bolj izkušenih kolegov. Prepoznavajo pa tudi pomen sodelovanja z drugimi člani tima, saj le tako lahko postavijo cilj, ki je za pacienta pomemben in dosegljiv.

Tabela 2: Vodilo za opazovanje.**Table 2:** Guide for observations.

Kategorija/Category	Opazanje/Observations
Komunikacija s pacientom (sproščenost, razlaga, neverbalna komunikacija) Communication with the patient (ease, instructions, non-verbal communication)	
Vodenje intervjuja (suverenost, lahkoten tok pogovora, samozavest, asertivnost) Interviewing abilities (confidence, flow, assertiveness)	
Usmerjanje pacienta (kako terapevt usmerja pacienta pri opredeljevanju prioritet in težav) Guidance (how does the therapist guide the patient to identify problems and goals)	
Postavljanje ciljev (kakšni cilji so postavljeni oz. katere težave so izpostavljene) Goal setting (the type of goals and problems)	
Sposobnost reševanja problemov in uporaba klinične presoje Ability to solve problems and use clinical judgement	
Porabljen čas/hitrost Time spent/speed	
Komentarji pacienta (kako se odziva, kako pogovor vpliva nanj) Patient's comments (response, how does the conversation affect him/her)	
Drugo Other	

b) Primerjava s prejšnjimi primeri

Terapevti se pogosto učijo iz napak; z izkušnjami pa prepoznavajo tudi podobne vzorce pri pacientih, kar jim pomagajo pri postavljanju ciljev. To ima lahko svoje prednosti in slabosti:

Ker recimo sem že toliko let na oddelku, že ugotoviš, da so pri večini pacientov njihovi cilji in moji cilji podobni. Kar je včasih zelo dobra stvar; včasih pa tudi ne, ker preveč domnevaš, kaj bi, si morda ti delal z nekom, ga pa morda ne povprašaš tako v potankosti, kaj si pa on želi (DT2).

Mlajši terapevti paciente še vedno doživljajo kot edinstvene in tudi nimajo izkušenj s prejšnjimi primeri, s katerimi bi jih lahko primerjali:

Ne vem, če bom kdaj lahko rekla, zdaj pa to vse obvladam, zaradi tega, ker je res vsak primer, ko pride, je zgodba zase. Ampak, da ja, je pa res, da pač te izkušnje in samo delo predvsem dajo to, da mi je pa precej lažje (DT5).

c) Iskanje rešitev

Včasih problem ni postavljanje ciljev, ampak njihovo doseganje. Mlajšim terapevtom lahko manjka znanja in izkušenj, kako priti do cilja in najti ustrezne rešitve za pacienta. DT1 pove o svojem napredku:

Včasih sem mogoče videla, pa nisem znala rešiti. COPM mi je dal problem, potem sem opazovala, sem opazila, nisem pa znala tistega problema rešiti. Zdaj, ko je pa toliko kilometrine, imam eno pot, ki mi potem da eno rešitev.

Manj izkušeni terapevti pa si ravno v tem delu želijo več podpore: *Za COPM, mislim, če bi mi kdo, ravno ta del, kako ti na koncu, ko se izpostavi, kako iz tega, kaj, kako uporabiti te cilje (DT5).*

Pri doseganju ciljev igra vlogo tudi časovna komponenta bolezni in trajanje rehabilitacije. Terapevti so pogosto izpostavili, da so bili s pacientom le določen čas, ki ni bil dovolj dolg, da bi lahko postavili in spremljali bolj dolgoročne cilje. Tudi sam potek

bolezni oziroma okrevanje je bilo lahko nepredvidljivo, kar je vplivalo na postavljanje in doseganje ciljev.

d) Sporazumevanje

Na postavljanje ciljev pomembno vplivata tudi spretnost v sporazumevanju in jasnost izražanja. Ta se kaže pri postavljanju (in formuliranju) vprašanj, poslušanju pacienta in sposobnosti izluščiti bistvo iz intervjuja. Udeleženci, predvsem bolj izkušeni, so prepoznavali, da je pomembno imeti posluš za človeka. DT1 pove:

Ja, pa mogoče tudi to, ko se naučiš poslušati, slišiš tisto, kar je zares pomembno. Tudi znotraj včasih balasta, ki ga povejo ljudje. Tako, da tudi to, da se naučiš poslušati.

Na pogovor pa vpliva tudi sogovornik; z nekaterimi pacienti se je lažje pogovarjati oziroma so bolj dovzetni za postavljanje ciljev.

Pri izvajanju metode COPM terapevti navajajo največ težav in negotovosti pri samem postavljanju vprašanj. Tako izkušeni kot neizkušeni terapevti se včasih soočajo z dilemo, kako postaviti vprašanje in iščejo boljše načine.

Postavljanje vprašanj pri COPM je področje, ki so ga udeleženci pogosto izpostavili in ki bi ga radi nadgradili oziroma se zanj dodatno izobrazili (sploh tisti, ki izobraževanja za COPM niso opravili):

Ne vem, včasih je najtežje vprašati, kako bi on to svojo izvedbo ocenil. Ker pacienti to po mojem ne razumejo, pa potem tudi, kako je on zadovoljen s to izvedbo. Jaz verjamem, da na izobraževanju ti povejo, kako to bolje vprašati. Jaz tu zatajim, mislim, zatajim, saj dobim odgovor; samo ne vem, če je pacient dojel, kaj jaz hočem od njega (DT6).

e) Prilagodljivost

Z izkušnjami se poveča tudi prilagodljivost terapevtov pri postavljanju ciljev in izvajanju metode COPM ter pri sami obravnavi:

Včasih sem rekla, samo da bo samostojen in sem samo na tistem delala. Zdaj pa ni nujno in se mi zdi, da je res usmerjen na posameznika, to je ta COPM tisto, kar je res pomembno za posameznika, ni nujno, da je to umivanje zob ali pa oblačenje. Zdaj imam enega gospoda, igranje tenisa, sploh nima veze z oblačenjem in delava gibe, ki bi bili smiselni za tenis (DT1).

Mlajši terapevti bolj stremijo k neki 'pravilni' formi, ki je začrtana (iskanje formule), medtem ko se bolj izkušeni terapevti zanašajo na lasten občutek in izkušnje. Slednji COPM pogosteje uporabljajo po lastni presoji in ga prilagodijo glede na primer, npr. izpustijo lahko določen del (največkrat ocenjevanje). Razlikuje pa se tudi razumevanje ocen pri metodi COPM. Medtem ko manj izkušeni terapevti želijo, da se pacient oceni realno, bolj izkušeni terapevti upoštevajo različne dejavnike, ki lahko vplivajo na oceno. DT3 razloži svoje razumevanje COPM ocen:

Zanimivo je tudi, kako interpretiraš [COPM, op.avtorice]. Ni nujno, da je negativen rezultat pri COPM-u ob koncu slab rezultat. Negativen rezultat je lahko posledica tega, da pacient začne bolj

jasno in realno doživljat svoje stanje. Meni že to veliko pomeni ... Slab rezultat ob koncu lahko pomeni, da se bolj zaveda in da je bila terapija dobra ... Čar COPM-a je, da narediš interpretacijo vsega tega.

2. POZNAVANJE TEORIJE

Udeleženci so izpostavljali tudi pomen teorije pri postavljanju ciljev. Pri določanju ciljev so se bolj kot na delovno-terapevtske teorije in modele zanašali na znanje medicinskih ved, ki jim je pogosto pomagalo presoditi realnost cilja oziroma je pomagalo pri usmerjanju pacienta in reševanju problemov:

Teorije ja, ampak teorije bolj, če jaz delam na nevrološkem, se pravi je pomembno, da poznam nevrološko simptomatiko najbolj pogostih bolezni, ki pridejo k nam, ker na podlagi tega jaz lažje vodim intervjuje, lažje vodim cilje (DT2).

Mlajši terapevti so na tem področju pogosto občutili primanjkljaj. DT7 opiše, kako pomanjkanje teoretičnega znanja lahko vpliva na delo in postavljanje ciljev:

Tudi sama diagnoza je nekaj, kar v času študija, s čimer nismo bili toliko soočeni, tako da je bilo od začetka kar malo težko, ker ne veš, kaj sploh bi, kaj je zdaj tukaj prioriteta oziroma kaj je tisto, kar je pomembno. Zdaj osnove so tako ožje, širše dnevne aktivnosti, ampak je pri vsaki diagnozi, se mi zdi, še posebna specifična. In potem, ko postavljaš cilje in ko si še malo neizkušen, te potem hitro zavedejo tudi sami pacienti.

Prepoznana je bila tudi vloga delovno-terapevtske teorije, vendar bolj kot okvir prakse in vodilo za celostno obravnavo s poudarkom na željah pacientov:

Mogoče ne rabimo teorije tako v potankosti vedeti, kot recimo, ko si na faksu, ampak se mi zdi pa, če teorijo poznaš, bolj poznaš človeka. Predvsem za te novodobne teorije od MOHO-ta naprej, ko sem ga bolj na začetku spoznavala, eden od takih modelov, se mi je odprl drugačen pogled na človeka. Kako človek deluje, kakšen sistem je, kako je on sestavljen, podsistemi in ga potem lažje razumeš. In se mi zdi, da vse teorije, ki se razvijejo in modeli, ti pomagajo, da rasteš, da lažje razumeš in svojo stroko in človeka. Se mi zdi, da eno z drugim vedno sovpada (DT1).

3. ŽELJE PACIENTOV

Vsi udeleženci so izpostavljali pomen upoštevanja pacientovih želja pri postavljanju ciljev. To je zanje osnova, ki omogoči motiviranje pacienta in delo na ciljnih, ki so zanj smiselni:

Pacientova želja je tisto glavni vodilo, mi ga ne moremo ne motivirati ne nič, če bomo nekaj svojega vsiljevali. Lahko se bo začasno uklonil, ampak to je delo zaman, ker ko bo šel domov, bo s tem nehal. Če pa najdeš ene točke, potem se pa da ... če iz človeka izhajaš, si uspešen, drugače pa ne gre (DT3).

Vrednost metode COPM je bila prepoznana ravno v povezavi s tem, da izpostavi področja, ki pacienta zanimajo in terapevta včasih

tudi opomni na določene vidike človeka, ki so v medicinskem modelu manj upoštevani:

Ja, ker dobim še dodatno informacijo, kaj je tisto, kar pa res pacient želi izvajati. Kaj si on želi, da bi bilo boljše. Ne samo moj vidik, ampak na primer jaz ne pomislim na neke tiste aktivnosti, ki si jih pa on želi izvajati (DT8).

4. RAZLIKE MED TERAPEVTI

Raziskava je pokazala tudi, da pri postavljanju ciljev med terapevti obstajajo razlike, ki se pogosto kažejo pri njihovi uporabi in interpretaciji COPM. Te razlike se ne nanašajo samo na delovne izkušnje, ampak zajemajo tudi specifične terapevta, njegovo osebnost, delovanje in razumevanje stroke in COPM ter delovno rutino (npr. nekateri naredijo COPM ob prvem ocenjevanju, drugi kasneje). Terapevti prepoznavajo tudi, da si vsak COPM nekoliko priredi, kot mu najbolj ustreza in najde svoj način postavljanja ciljev in interakcije s pacientom:

Je pa res, da vem, da že kolegi med sabo jih [COPM-op. avtorja] različno delamo. Zgleda, da v letih, ko si začel COPM delati, ga je vsak malo na svoj način naredil (DT2).

5. PSIHOLOGIJA POSTAVLJANJA CILJEV

Pri postavljanju ciljev so se izpostavile tudi različne stiske, tako s strani terapevtov kot s strani pacientov. Pacienti se soočajo z veliko izgubo, trajno spremembo zmožnosti in na pogovor o novem stanju morda še niso pripravljani. Terapevti pogosto čutijo, da nimajo dovolj znanj s področja psihologije in določenih pogovorov ne želijo začeti, ker se jim zdi pretežki oziroma jih lahko v določenih primerih doživljajo kot neetične. DT4 opiše svoje izkušnje:

Ja, recimo primer tetraplegikov, tako celo malo neetično, da ga sprašujem, kaj si želi, pa da potem skupaj postavljava cilje, sploh, če so kakšne visoke tetraplegije, pa reče ja, zdaj bi pa jaz, ne vem, spet klavir igral, to je bilo še, ko sem bila na trojki [oddelek za spinalne poškodbe, op. avtorice]. Takrat mi je bilo zelo težko in tudi neetično, se nisem čutila, da bi to delala pri takih pacientih.

RAZPRAVA

Namen naše študije je bil proučiti izkušnje s postavljanjem ciljev in raziskati morebitne razlike pri postavljanju ciljev in izvajanju COPM med terapevti - začetniki in izkušenimi delovnimi terapevti. Raziskava je pokazala, da so razlike med izkušenimi terapevti in novinci opazne predvsem v načinu sporazumevanja s pacientom, občutku za vodenje intervjuja in prilagodljivosti pri postavljanju ciljev. Manj izkušeni terapevti se pogosto bolj zanašajo na predpisane smernice in strukturo, saj jih je strah, da bi naredili napako. Pri bolj izkušenih in samozavestnih terapevtih pa je zaznati več svobode in ustvarjalnosti pri sporazumevanju in iskanju rešitev. Terapevtova ustvarjalnost je pomembna v procesu postavljanja in doseganja ciljev in pomaga pri oblikovanju terapevtskega odnosa,

v katerem obravnavana oseba lahko ubesedi svoje prioritete in težave. Raziskava o ustvarjalnosti med slovenskimi delovnimi terapevti, ki jo je izvedla Oven (21), je pokazala, da so delovne izkušnje dejavnik, ki lahko na ustvarjalnost terapevta vplivajo bodisi negativno bodisi pozitivno. Izkušnje in znanje lahko spodbujajo ustvarjalnost ter tudi terapevtovo empatijo in intuicijo. Po drugi strani pa se v nekaterih primerih z leti razvije rutina, ki včasih zavira izvajanje novih pristopov in odprtost do novih metod dela (21). To dvojnost je do neke mere pokazala tudi naša raziskava, vendar pa ni bilo zaznati, da bi bili terapevti z več leti delovne dobe manj odprti za novosti. So pa izkušeni terapevti izrazili, da pri postavljanju ciljev uporabljajo (tudi) primerjave s prejšnjimi primeri. Literatura s področja medicine in zdravstva navaja, da so, med drugim, izkušeni strokovnjaki bolj sposobni primerjati aktualni primer s prejšnjimi, bolje ločijo med relevantnimi in nerelevantnimi informacijami, so hitrejši in bolj pri reševanju problemov in uporabi klinične presoje (22). Pretekle raziskave, ki so primerjale izkušene delovne terapevte in novince, so zaznale razlike v razmišljanju, delovanju in presojanju problemov (23, 24), kar je potrdila tudi naša raziskava. Pomembna razlika med obema skupinama udeležencev pa je bila tudi sposobnost poslušanja pacienta, pri čemer so izkušeni terapevti pogosto pristopili k pacientu kot človeku in mu prisluhnili. Tudi Unsworth (23) je ugotovila, da se izkušeni terapevti bolj posvetijo pacientu, saj jim je sam potek terapije že dobro poznan in ga lahko izvajajo bolj avtomatično. Novinci pa se bolj zanašajo na diagnozo in anamnezo pacienta (23). Hkrati lahko izpostavimo tudi ugotovitev, da novinci za razliko od izkušenih delovnih terapevtov, ki pri postavljanju ciljev črpajo iz prejšnjih primerov, paciente v večji meri doživljajo kot edinstvene, kar predstavlja bistveno komponento na posameznika usmerjene delovne terapije (4).

Po pričakovanih so bolj izkušeni terapevti večinoma izrazili višji občutek samozavesti in kompetentnosti pri postavljanju ciljev, vendar pa so hkrati prepoznavali tudi svoje šibkosti. Holland in kolegi (14) govorijo o razvoju občutka samozavesti in kompetentnosti med novimi delovnimi terapevti. Gre za kognitivni proces, ki se pogosto razvija skupaj z identiteto delovnega terapevta. Ugotovili so tudi, da za razvoj občutka kompetentnosti in samozavesti pri delu začetniki potrebujejo mentorstvo (25). V literaturi navajajo, da si novinci želijo več podpore pri razvoju terapevtskih spretnosti in strategij, tako med študijem kot tudi ob nastopu dela (11). To so potrdili tudi naši udeleženci - novinci, še posebej, ko so govorili o izvajanju metode COPM. Upoštevati je potrebno, da mlajši terapevti, vključeni v raziskavo, niso bili na tečaju COPM, kjer bi svoje znanje lahko dopolnili. To je lahko dodatno vplivalo na njihov občutek negotovosti. Raziskava, ki sta jo med delovnimi terapevti, ki uporabljajo COPM na področju poklicne rehabilitacije, izvedli Švajger in Piškur (16), je med drugim ugotovila, da je izobraževanje za uporabo tega ocenjevalnega instrumenta zelo pomembno, saj terapevtom zagotovi poglobljeno znanje o teoretični podlagi za uporabo metode, znanje o modelu CMOP-E (angl. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) in praktično usposabljanje. Izobraževanje za pravilno uporabo instrumenta je tako pomembno vplivalo na njegovo uporabo v vsakodnevni praksi delovnih terapevtov, vključenih v njuno raziskavo (16).

Naša raziskava je izpostavila tudi, da imajo nekateri novinci občutek, da v času izobraževanja ne pridobijo dovolj teoretičnega znanja o različnih diagnozah in da imajo v začetku samostojnega dela težave pri povezovanju teorije in prakse. Tudi tuje študije so pokazale, da imajo DT študenti omejene sposobnosti integriranja teorije in prakse (26). Terapevti, vključeni v našo raziskavo, so na splošno pokazali dobro razumevanje principov na pacienta usmerjene prakse. Poudarjali so pomen pacientovih želja in prioritet, ki so jih povezovali z boljšo motivacijo. Tudi delovno-terapevtska literatura navaja, da je pomembna strategija za vključevanje pacienta v obravnavo izbira aktivnosti, ki jih le-ta doživlja kot smiselne za svoje življenje (27). Vendar pa nekateri avtorji izpostavljajo tudi, da je potrebno pri interpretaciji in uporabi na pacienta usmerjene prakse uporabiti kritično presojo (28). Postavlja se npr. vprašanje, če je izvajanje ožjih dnevnih aktivnosti tako pomemben del rehabilitacije posameznika, da bi ga bilo potrebno vključiti v program obravnave vsakega pacienta in ne samo tistih, ki to področje izpostavijo.

Zanimiv izsledek raziskave je bilo tudi pričevanje o različni interpretaciji rezultatov metode COPM. Terapevti si niso bili enotni v tem, kako razlagati negativen končni rezultat. Različno so pristopili tudi k usmerjanju pacientov pri njihovem ocenjevanju. Medtem ko so nekateri COPM uporabili (tudi) kot oceno psihološkega stanja in kognicije pacienta ter njegovega sprejemanja in uvida v omejitve, so si drugi prizadevali k ocenam, ki bi čim bolj zrcalile realno stanje. To nakazuje na potrebo po previdnosti pri primerjavi rezultatov, pridobljenih z metodo COPM, še posebej, če so ocenjevanje izvajali različni terapevti. Ponovno pa se izpostavlja tudi akutna potreba po poenotenem izobraževanju oziroma izvedbi tečaja za COPM, kjer bi se ta vprašanja lahko ustrezno naslovila.

OMEJITVE RAZISKAVE

Prva avtorica, ki je izvedla intervjuje in opazovanja, je bila v času raziskave zaposlena kot vodja delovne terapije v URI-Soča in tako nadrejena udeležencem raziskave. To bi lahko vplivalo na odgovore in pripravljenost deliti nekatere, morebitne negativne, izkušnje. Po drugi strani pa so udeleženci raziskovalko dobro poznali in se ob njej počutili sproščeno, kar je povečalo njihovo motiviranost za sodelovanje. V raziskavo sta bili vključeni samo dve skupini terapevtov: novinci z manj kot dvema letoma delovnih izkušenj in izkušeni terapevti z več kot desetimi leti delovnih izkušenj. Zavedamo se, da se kompetence pri postavljanju ciljev razvijajo postopoma, zato bi pri razvrščanju lahko uporabili več skupin. Dreyfuss in Dreyfuss (29) pri razvoju spretnosti opisujeta 5 stopenj: novinec, višji začetnik, kompetenten delavec, delavec, ki obvlada in strokovnjak. Zadnji dve skupini imata več kot tri leta izkušenj in bi jih lahko enačili z našo skupino izkušenih terapevtov. Za uporabo dveh skupin smo se odločili tudi zato, ker je bilo zadnje izobraževanje za COPM izvedeno pred šestimi leti, torej smo želeli zajeti tiste, ki so se izobraževali in tudi tiste, ki dodatnega usposabljanja (še) niso prejeli.

ZAKLJUČKI

Izkušnje delovnih terapevtov igrajo pomembno vlogo pri postavljanju ciljev, prav tako pa tudi poznavanje medicinske teorije, znanje psihologije in lastnosti terapevta. Terapevti, zaposleni v URI-Soča, izpostavljajo, da je pri postavljanju ciljev in uporabi metode COPM zelo pomemben način postavljanja vprašanj, interpretacija rezultatov in vodenje pacienta k uresničljivim ciljem. Na teh področjih bi bilo smotno razmisliti o potrebi po dodatnih izobraževanjih, še posebej pri manj izkušenih terapevtih.

Literatura

1. Švajger A, Pihlar Z, Šuc L. Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija*. 2016; 15(1): 33-43.
2. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmognosti in zdravja – MKF. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije; 2006.
3. Doig E, Fleming J, Kuipers P, Cornwell P. Clinical utility of the combined use of the Canadian occupational performance measure and goal attainment scaling. *Am J Occup Ther*. 2010; (6): 904-14.
4. Richard L, Knis-Matthews L. Are we really client-centered? Using the Canadian Occupational Performance Measure to see how the client's goals connect with the goals of the occupational therapist. *Occup Ther Mental Health*. 2010; 26(1): 51-66.
5. Robinson S, Peruch A. Clinical utility of the combined use of the COPM and GAS for goal setting in spasticity and dystonia management. *Int J Stroke*. 2014; 9 supl. 2: 25.
6. Pihlar Z. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja in delovna terapija. *Rehabilitacija*. 2008; 7(2): 58-62.
7. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure*. 4th ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2005.
8. McColl MA, Carswell A, Law M, Baptiste S, Pollock N, Polatajko H. *Research on the Canadian Occupational Performance Measure*. 4th ed. Ottawa: Canadian association of occupational therapists; 2006.
9. Kuipers K, Grice J. The structure of novice and expert occupational therapists' clinical reasoning before and after exposure to a domain-specific protocol. *Aust Occup Ther J*. 2009; 56(6): 418-27.
10. Lui, KPY, Chan, CCH. & Hui-Chan, CWY. Clinical reasoning and the occupational therapy curriculum. *Occup Ther Inter*. 2000; 7: 173-83.
11. Clark FA. Power and confidence in professions: Lessons for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 2010; 77(5): 264-9.
12. Hodgetts S, Hollis V, Taylor E, Triska O, Dennis S, Madill H. Occupational therapy students' and graduates' satisfaction with professional education and preparedness for practice. *Can J Occup Ther*. 2007; 74(3): 148-60.
13. Gray M, Clark M, Penman M, Smith J, Bell J, Thomas Y, et al. New graduate occupational therapists feelings of preparedness for practice in Australia and Aotearoa/New Zealand. *Aust Occup Ther J*. 2012; 59(6): 445-55.
14. Holland K, Middleton L, Uys L. Professional confidence: conceptions held by novice occupational therapists in South Africa. *Occup Ther Inter*. 2013; 20(3): 105-13.

15. Hunt K, Kennedy-Jones M. Novice occupational therapists' perceptions of readiness to undertake fieldwork supervision. *Aust Occup Ther J.* 2010; 57(6): 394-400.
16. Švajger A, Piškur B. The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in vocational rehabilitation: a qualitative study among occupational therapists in Slovenia. *Work.* 2016; 54(1): 223-33.
17. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods.* 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
18. Kvale, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing,* Thousand Oaks: Sage; 1996.
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3(2): 77-101.
20. Mesec B. Tematska analiza-Thematic analysis: splošni del. 2013. Dostopno na: <http://kvalitativnoqualitative.blogspot.si/2013/10/tematska-analiza-thematic-analysis-1.html> (citirano 8. 11. 2017).
21. Oven A. Vpliv enkratnosti primera na ustvarjalnost delovnega terapevta [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2016.
22. Thomas SA, Wearing AJ, Bennett MJ. *Clinical decision making for nurses and health care professionals.* Sydney: W.B. Saunders/Baillière Tindall; 1991.
23. Unsworth C. The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scan J Occup Ther.* 2001; 8(4): 163-73.
24. Schell BA, Cervero RM. Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review. *Am J Occup Ther.* 1993; 47: 605-10.
25. Neistadt M. Methods of assessing clients' priorities: a survey of adult physical dysfunction settings. *Am J Occup Ther.* 1995; 49(5): 428-36.
26. Naidoo D, Van Wyk J. Fieldwork practice for learning: lessons from occupational therapy students and their supervisors: research. *African Journal of Health Professions Education* 2016; 8(1): 37-40.
27. Lequerica A, Donnell C, Tate D. Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disabil Rehabil.* 2009; 31(9): 753-60.
28. Whalley Hammel KR. Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives. *Scan J Occup Ther.* 2015; 22 (4): 237-43.
29. Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer.* New York: The Free Press; 1988: 101-21.