

MNENJA SLOVENSКИH IN NIZOZEMSKIH DELOVNIH TERAPEVTOV O KOGNITIVNEM PRISTOPU V PROCESU UČENJA UČINKOVITEGA IZVAJANJA VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI *OCCUPATIONAL THERAPISTS OPINIONS ABOUT COGNITIVE ORIENTATION TO DAILY OCCUPATIONAL PERFORMANCE APPROACH IN SLOVENIA AND THE NETHERLANDS*

Simona Korelc¹, dipl. del. ter, Gloria Anžlovar, dipl. del. ter, Jelena Ilić, dipl. del. ter, dr. Lea Šuc¹,
dipl. del. ter, doc. dr. Katja Groleger Sršen^{1,2}, dr. med.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

²Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Povzetek

Uvod:

Kognitivni pristop v procesu učenju učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti (*angl.* Cognitive orientation to daily occupational performance approach, CO-OP) je individualni terapevtski pristop, usmerjen v uporabnika. Avtorice so ga razvile za otroke z razvojno motnjo koordinacije. Ker se je ta pristop v zadnjih letih uveljavil v klinični praksi, smo želeli ugotoviti, kakšne so morebitne razlike pri obravnavi otrok z razvojno motnjo koordinacije med delovnimi terapevti v Sloveniji in na Nizozemskem.

Metode:

V kvalitativno raziskavo smo povabili po tri delovne terapevte iz obeh držav in z njimi opravili polstrukturirani intervju. Zapisane intervjujeve smo analizirali po principu kvalitativne vsebinske analize.

Rezultati:

Vse terapevte so med prednostmi pristopa poudarile prenos naučenih strategij na ostale aktivnosti, ki jih izvaja otrok, samostojno izbiro ciljev, vključenost staršev in aktivno udeležbo otroka. Po mnenju terapevtk je najzahtevnejši del izvedbe procesa verbalno vodenje otroka brez nameščanja otroka v

Abstract

Background:

The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance approach (CO-OP) is a client-centred individual therapeutic approach. The authors developed it for children with developmental coordination disorder (DCD). As this approach has become established in clinical practice in recent years, we wanted to identify the possible differences in the treatment of children with DCD between occupational therapists in Slovenia and the Netherlands.

Methods:

We invited three occupational therapists from both countries for qualitative research and conducted a semi-structured interview with them. Interview records were analysed according to the principles of qualitative content analysis.

Results:

Among the strengths of the CO-OP approach, all therapists emphasised the transfer of learned strategies to other activities performed by the child, independent choice of goals, parental involvement and active participation of the child. According to the therapists, the most challenging part of carrying out the process is to verbally guide the child without placing the child in

določen položaj, vključevanje staršev in izbira ustreznih ocenjevalnih instrumentov. Največje razlike pri uporabi pristopa CO-OP smo našli pri diagnozah otrok, postopku vključitve otroka v obravnavo, uporabljenih ocenjevalnih instrumentih, pripomočkih in kompetencah delovnih terapevtov.

Zaključek:

Vsebinska analiza mnenj vključenih delovnih terapevtov je pokazala, da menijo, da je kognitivni pristop pri učenju učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti po njihovem mnenju učinkovit in uporaben ter ima številne prednosti pri obravnavi otrok z razvojno motnjo koordinacije. Ob tem pa se v klinični praksi lahko srečajo tudi z nekaterimi ovirami, ki otežujejo uveljavljanje tega pristopa.

Ključne besede:

otrok; razvojna motnja koordinacije; CO-OP; delovni terapevt; izkušnje

a specific position, involving the parents and choosing appropriate instruments assessment. The largest differences in the use of the CO-OP approach were found in the referral diagnosis and procedure of children, use of assessment instruments, equipment and competencies of occupational therapists used.

Conclusion:

Content analysis of the opinions of the occupational therapists showed that they felt that the CO-OP approach was effective and useful. Further, it has many advantages in dealing with children with DCD. However, there may also be some obstacles in clinical practice that make it difficult to implement.

Key words:

child; developmental coordination disorder; CO-OP; occupational therapist; experiences

UVOD

Razvojna motnja koordinacije (v nadaljevanju RMK) je opredeljena kot stanje, ki pomembno vpliva na učinkovito izvajanje vsakodnevnih veščin (1). Glede na podatke v literaturi je otrok z RMK od 5 % do 6 % v sicer zdravi populaciji otrok. Vsaj 2 % vseh posameznikov, ki nimajo kognitivnih motenj, ima zaradi RMK resne težave v vsakdanjem življenju, vključno s slabšo učno uspešnostjo. Nadaljnji 3 % teh otrok imajo funkcijske težave pri izvajanju dnevnih opravil ali šolskem delu (1). Glede na priporočila v priročniku Ameriškega združenja za psihiatrijo (2) morajo ti otroci za postavitev diagnoze RMK izpolnjevati štiri merila:

- A. izvedba vsakodnevnih aktivnosti, ki temeljijo na gibanju, je pomembno slabša kot pri zdravih vrstnikih;
- B. te težave pomembno vplivajo na učne dosežke;
- C. stanje ni posledica bolezni, kot so cerebralna paraliza, mišična distrofija in druge;
- D. če je prisoten zaostanek na umskem področju, so težave na gibalnem področju izražene bolj, kot bi to lahko pripisali umskemu razvoju (2).

Že pred leti se je za presejanje otrok z RMK uveljavil test ABC gibanja (*angl.* Movement ABC, MABC), ki omogoča natančnejšo oceno sposobnosti na področju koordinacije gibanja in vrednotenje doseženih rezultatov glede na normative (3, 4). Prvo različico testa MABC so razvili za otroke v starosti od 4 do 12 let (3). Kasneje so jo razširili, tako da je mogoče ocenjevati tudi mlajše otroke, od tretjega leta naprej, in mladostnike do 16 let starosti (4). Naloge in normativni rezultati so pripravljeni za tri starostne skupine: od 3 do 6 let, od 7 do 10 let in od 11 do 16 let. Za vsako starostno skupino je pripravljenih osem nalog, ki so razdeljene na tri področja:

(a) spretnost rok, (b) spretnost z žogo in (c) ravnotežje. Poleg testa je na voljo še vprašalnik o otrokovih težavah pri izvedbi vsakodnevnih aktivnostih, ki ga izpolnijo starši ali strokovni sodelavci v šoli. Test ABC gibanja in vprašalnik imata dobre psihometrične lastnosti (3, 4), kar velja tudi za slovenski prevod obeh in slovenske normativne vrednosti (5).

Leta 2019 je skupina strokovnjakov Evropskega združenja za rehabilitacijo otrok (European Association of Childhood Disability – EACD) osvežila smernice za obravnavo otrok z RMK (6). Poleg priporočil o diagnostičnih postopkih so glede na dokaze iz raziskav predlagali tudi nabor učinkovitih terapevtskih programov in priporočili vključevanje otrok v program, ki temelji na kognitivnem pristopu v procesu učenja učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti, in v program nevromotoričnega učenja veščin (*angl.* neuromotor task training) (6 -8). Leta 1990 je Wall s sodelavci (8) pisal, kako otroci z razvojem pridobijo znanje o postopkih izvedbe posamezne gibalne naloge, deklarativno znanje o pravilih izvedbe te aktivnosti, znanje o najpomembnejših strategijah, ki jih potrebujejo za izvedbo, in znanje o občutkih, ki jih morajo imeti med izvedbo aktivnosti. Tako razvijejo metakognitivno zavedanje o svojem lastnem proceduralnem, deklarativnem in efektivnem znanju (8). Z razvojem metakognitivnih veščin otroci pridobijo učinkovitejše kognitivne strategije za izvedbo gibalnih nalog (9). To znanje in razumevanje razvoja gibalnih veščin je kasneje vodilo do razvoja kognitivnega pristopa v procesu učenja učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti (*angl.* Cognitive Orientation to daily Occupational Performance, v nadaljevanju CO-OP) (10, 11). Ta je prilagojen in usmerjen v pozameznika ter specifičen za posamezno nalogo (veščino), katere cilji so štirje: uporabnik pridobi novo veščino, nauči se uporabe strategije, znanje posploši (*angl.* generalisation) in ga

prenese na druge veščine (*angl.* transfer) (10). Za izbiro ciljev po priporočilu Mednarodnega združenja za kognitivne pristope (*angl.* International Cognitive Approaches Network, ICAN) (12) uporabljamo Kanadski test za ocenjevanje izvedbe dejavnosti (*angl.* Canadian Occupational Performance Measure, COPM) (13), ki ga terapevti opravijo skupaj z otroki in s starši. Je standardizirani ocenjevalni instrument, ki posamezniku pomaga poiskati tiste namenske aktivnosti na področjih skrbi zase, produktivnosti ter prostega časa, ki so zanj smiselne in pomembne. Uporaba COPM ni vezana na posameznikovo bolezen ali stanje po poškodbi. Uporabnik s pomočjo COPM oceni izvedbo izbrane aktivnosti in svoje zadovoljstvo z izvedbo le-te (13). Pristop temelji na verbalnem usmerjanju otroka in je skoraj povsem individualiziran (10, 11). Terapevt vodi otroka do spoznanja kognitivnih strategij, ki so potrebne za reševanje težav. Samostojna izbira ciljev vpliva na otrokovo motivacijo za sodelovanje pri terapijah, saj je otrok skupaj s terapevtom enakovredni udeleženec terapije in ima vpliv na njen potek. Poglavitna vloga otroka v procesu CO-OP je učenje in prenos strategij za izvedbo aktivnosti. To otroku omogoča doseganje skozi terapijo zastavljenih ciljev in prenos naučenih strategij na ostale aktivnosti, pri katerih se pojavijo težave. Otroci morajo znotraj CO-OP obravnave izvajati aktivnosti tudi v domačem okolju. Tako dobi otrok domačo nalogo, ki jo s pomočjo staršev izvaja doma. To še dodatno podpre učenje strategij za izvedbo aktivnosti (10, 11).

Pomemben del programa je dinamična analiza aktivnosti (*angl.* Dynamic Performance Analysis, v nadaljevanju DAA), ki terapevtu in otroku pomaga, da najde ta mesta, kjer pri izvedbi aktivnosti prihaja do težav. To jima nato pomaga pri razvijanju strategij, ki bi lahko pomagale pri bolj učinkoviti izvedbi aktivnosti (10, 11). Za oceno uspešnosti CO-OP pristopa uporabljamo Lestvico za oceno kakovosti izvedbe (*angl.* Performance Quality Rating Scale, PQRS). Ocena kakovosti izvedbe aktivnosti temelji na uporabi vidne analogne lestvice (ocene od 1 do 10) (14).

Pristop CO-OP smo v času raziskave uporabljali le pri otrocih z RMK in le na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS – Soča, podatkov o uporabi pristopa v drugih državah (razen v Kanadi) pa v času raziskave v dostopni literaturi ni bilo. Ker je imela ena od soavtoric članka (JI) v sklopu študentske izmenjave možnost spoznati način dela v enem od rehabilitacijskih centrov na Nizozemskem, nas je zanimalo, kakšne so morebitne razlike pri uporabi tega pristopa pri obravnavi otrok med obema ustanovama oz. državama. Želeli smo izvedeti, katere otroke vključijo v terapevtski program, katere teste uporabljajo za začetno oceno in spremljanje učinka terapije, s kakšnimi izzivi se srečujejo terapevtke in kakšne prednosti vidijo v delu po principih CO-OP.

METODE

Preiskovanci

Intervju smo opravili s šestimi delovnimi terapevtkami, tremi iz Slovenije (v nadaljevanju označene kot S1, S2 in S3) in tremi iz treh različnih ustanov za rehabilitacijo otrok na Nizozemskem (v

nadaljevanju N1, N2, N3). Merili za vključitev v raziskavo sta bili pridobljena licenca za izvajanje pristopa CO-OP (opravljen tečaj) in vsaj eno leto praktičnih izkušenj z izvajanjem pristopa CP-OP v klinični praksi. V raziskavo smo vključili edine tri terapevtke v Sloveniji, ki so izpolnjevale merila ter tri delovne terapevtke iz Nizozemske, ki so izpolnjevale merila za vključitev in so se odzvale na povabilo.

Ocenjevalni instrument in protokol dela

Za raziskavo smo izdelali priložnostni vprašalnik, ki je razdeljen na štiri krovna področja s podvprašanji. Vključili smo naslednja vprašanja odprtega tipa:

1. Kako poteka izvedba pristopa CO-OP (napotitev, potek, vloga staršev in otrok)?
2. Kaj menite o učinkovitosti pristopa CO-OP pri obravnavi otrok z RMK?
3. Kateri so najzahtevnejši vidiki uporabe CO-OP?
4. Katere so prednosti in slabosti pristopa CO-OP?

Intervjuje, ki so potekali na mestu samem, v eni in drugi rehabilitacijski ustanovi, smo s privolitvijo sodelujočih delovnih terapevtk posneli, nato pa izdelali prepis iz zvočnega zapisa. Prepise intervjujev smo analizirani po principu kvalitativne vsebinske analize in zbrali odgovore po posameznih kategorijah. Intervjuji so trajali povprečno 45 minut.

REZULTATI

Napotitev otroka in začetna ocena

Prva pomembna razlika, ki smo jo našli ob primerjavi odgovorov, je v napotitvi otrok v obravnavo (Tabela 1). Otroka z RMK v Sloveniji na obravnavo v delovno terapijo napoti zdravnik, medtem ga na Nizozemskem v obravnavo lahko napoti tudi njegov učitelj na šoli. Ta poda svoje mnenje in opredeli otrokove težave pri izvedbi določenih aktivnosti. V obeh primerih je nato otrok vključen v program delovne terapije. *Terapevtka N1 je pojasnila: »Običajno se zgodi, da je v šoli nekdo, ki je specializiran za pomoč otrokom s težavami. Učitelj najprej prosi, da ta oseba pride k pouku in mu pomaga. Včasih svetovalac presodi, da otrokove težave presegajo njegovo znanje in zmožnosti pomoči, zato svetuje vključitev v delovno terapijo«.*

Glede na odgovore slovenskih delovnih terapevtk pristop CO-OP uporabljajo le pri otrocih z RMK in otrocih s slabšimi spretnostmi na področju gibanja, ki nimajo jasno postavljene diagnoze. Izjema je terapevtka S3, ki je pristop CO-OP uporabila tudi pri otrocih s cerebralno paralizo. Na Nizozemskem pristop redno uporabljajo tudi za otroke z drugimi diagnozami (Tabela 1).

Ob vstopu v terapevtski program (Tabela 1) v Sloveniji delovni terapevti otroka ocenijo s testom ABC gibanja. Na Nizozemskem delovni terapevti ta test uporabijo le v primeru, če ima otrok težave na področju gibanja in ravnotežja. Testiranju s testom ABC gibanja

sledi izbira ciljev in aktivnosti. Analiza odgovorov je pokazala kar nekaj razlik v postopku začetne ocene in postopku izbire ciljev (Tabela 1). V Sloveniji delovni terapevti za izbiro ciljev uporabijo test COPM. Pri tem je ključno, da otrok za program CO-OP izbere tri aktivnosti, ki predstavljajo tri cilje. V nasprotju s tem delovne terapevtke na Nizozemskem uporabljajo še nekaj drugih testov (Tabela 1), predvsem v šolskem okolju, da bi našle morebitne težave pri pisanju in z njim povezane težave pri finomotoričnih spretnostih (N2). Razlike smo našli tudi pri testih, ki jih delovne terapevtke uporabljajo za oceno otrokovega napredka (Tabela 1).

Razlike med slovenskimi in nizozemskimi delovnimi terapevtkami smo našli tudi v okolju, kjer program poteka. V Sloveniji delovne terapevtke, ki delujejo v okviru zdravstvenih institucij, potrebne informacije o otroku dobijo le od staršev, otrok in zdravnikov (Tabela 1), medtem ko na Nizozemskem dobijo informacije tudi od otrokovih učiteljev: »Poskušamo opazovati otroka v vsem njegovem okolju. Na primer, velikokrat grem v šolo, kjer otroka opazujem v konkretnem okolju« (N2).

Potek programa CO-OP

V programu CO-OP vse v raziskavo vključene delovne terapevtke uporabljajo DAA, ki otrokom pomaga pri učinkovitem razvijanju strategij za izvedbo izbranih aktivnosti. Slovenske delovne terapevtke se ob tem le pogojno poslužujejo uporabe pripomočkov (Tabela 1). Uporabljajo jih zgolj takrat, ko otroci sami pridejo do ideje, da bi jim uporaba pripomočkov olajšala izvedbo aktivnosti. V nasprotju s tem delovne terapevtke na Nizozemskem otrokom glede na njihove težave potrebne pripomočke predlagajo in ponujajo same. Prilagajajo tako opremo kot tudi okolje: »Da, uporabljamo pripomočke, kot so posebni svinčniki ali majhne stvari, ki otrokom pomagajo, da samostojno opravijo nalogo« (N3). Vse terapevtke svojo vlogo pri pristopu

CO-OP vidijo predvsem v vodenju procesa, kar zajema vodenje otroka od izbire ciljev in ustreznih aktivnosti do vodenja otroka pri samostojnem reševanju težav. Po mnenju delovnih terapevtk to zahteva sposobnost uspešne izbire ter obvladovanje metod in postopkov, sposobnost uporabe znanja v praksi in avtonomnost pri strokovnem delu: »V bistvu učiš, vodiš otroka, da se nauči reševati težave samostojno« (S3).

Vloga otrok in staršev v programu CO-OP

Mnenja o vlogi otrok in staršev so povzeta v Tabeli 2. V nadaljevanju za bolj plastično predstavbo povzemamo še nekaj izjav slovenskih delovnih terapevtk: »Z otrokove strani mora biti v bistvu želja po izvedbi te aktivnosti« (S1). »Tukaj je otrok res tisti, ki sam dela. Tukaj je otrok aktivni udeleženec. Se pravi, da je otrok maksimalno udeležen in usmerjen v cilj, ki si ga je zadal, da ga bo izboljšal, se ga naučil« (S3). »Zaželeno je, da so starši poleg, saj je smisel tega tudi, da oni vidijo, kako voditi otroka. Za domov dobijo nalogo (starši), da skupaj z otrokom izvedejo kakšno aktivnost na ta način, da se prenese strategije; da to ni prisotno zgolj v terapevtski situaciji, ampak tudi doma« (S3).

Starši, po mnenju terapevtk, vplivajo na potek terapevtskega procesa. Od njih se pričakuje predvsem, da otroku nudijo ustrezno vodenje ter podporo v domačem okolju in ga tako dodatno motivirajo za sodelovanje pri terapevtskem procesu. Poleg tega terapevtke menijo, da starši pripomorejo k učinkovitejši obravnavi, saj terapevtom posredujejo pomembne informacije o otroku. Po drugi strani pa so delovne terapevtke poročale, da lahko starši tudi negativno vplivajo na potek obravnave. Njihovo lastno pomanjkanje motivacije lahko vpliva na otroka. Tako je otrok manj motiviran, poleg tega pa v domačem okolju nima priložnosti za utrjevanje naučenih strategij za izvedbo aktivnosti preko izvajanja domačih nalog: »Če ni sodelovanja s starši, ne more biti uspeha« (S2).

Tabela 1: Razlike med državama pri izvedbi kognitivnega pristopa v procesu učenja učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti.

Table 1: Differences between the countries in the implementation of the Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance approach.

Področje / Field	Slovenija / Slovenia	Nizozemska / The Netherlands
Vključitev v obravnavo	Na predlog zdravnika	Na predlog zdravnika ali učitelja
Diagnoza	RMK, slabše motorične spretnosti – brez diagnoze, en primer CP	RMK, motnja avtističnega spektra, CP, motnja pozornosti in hiperaktivnosti
Ocenjevalni instrumenti	MABC, COPM, DAA, PQRS	MABC, PACS, KOEK, SOS
Pripomočki	Le v primeru, da otroci preko vodenega odkrivanja pridejo do strategije z uporabo pripomočkov	Terapevti ponujajo in predlagajo pripomočke glede na otrokove težave
Oblika programa	Izvajanje le v zdravstveni ustanovi	Izvajanje tudi zunaj zdravstvene ustanove

Legenda/Legend: RMK – razvojna motnja koordinacije/developmental coordination disorder; MABC – ABC gibanja/Movement Assessment Battery for Children; CP – cerebralna paraliza/cerebral palsy; COPM – Kanadski test za ocenjevanje izvedbe dejavnosti/Canadian Occupational Performance Measure; DAA – dinamična analiza aktivnosti/Dynamic Performance Analysis, PQRS – Lestvica za oceno kakovosti izvedbe/Performance Quality Rating Scale; PACS – nabor kartic z aktivnostmi otrok/Pediatric Activity Card Sort; KOEK – Kratki test za oceno drobno-gibalnih spretnosti pri predšolskih otrocih/Korte Observatie Ergotherapie Kleuters; SOS – Presejalni test za otroke s težavami pri pisanju/Screening Tool to Identify Children with Handwriting Impairments

Tabela 2: Mnenje delovnih terapevtk o vlogi otrok in staršev.**Table 2:** Occupational therapists' opinion on the role of children and parents.

Vloga otroka / Child's role	Vloga staršev / Parents' role
učenje strategij [S1, S3, N1]	ustrezno vodenje otroka v domačem okolju [S1, S2, N1]
izvajanje aktivnosti v domačem okolju [S2]	posredovanje informacij terapevtom [S3]
samostojna izbira ciljev [S3]	nudjenje podpore otroku v domačem okolju [S1-S3, N2, N3]
	motiviranje otroka [N1]

Legenda/Legend: S – slovenske delovne terapevtke/Slovene occupational therapist; N – nizozemske delovne terapevtke/Dutch occupational therapist

Učinkovitost programa CO-OP, prednosti in izzivi

Delovne terapevtke so poročale o lastni oceni učinkovitosti CO-OP programa in menile, da je učinkovit: »Napredek CO-OP opazim običajno po nekaj terapijah, tako da je po mojem mnenju resnično učinkovit pristop, ki omogoča viden napredek v kratkem času in pri vsakem otroku« (N2). Učinkovitost pristopa CO-OP so delovne terapevtke videle v dobrih rezultatih ter v uspešnosti pristopa pri obravnavi otrok z RMK (Tabela 3): »Otroci so bolj motivirani za dosego tega cilja, če si ga lahko sami izberejo, namesto da bi jim kdo drug povedal, kaj morajo storiti. Mislim, da je to največja korist CO-OP. To je zelo koristno. Motivacija, ki jo imajo, ko lahko sami izberejo svoje cilje. Poleg tega je resnično pomemben občutek vpletenosti« (N3). »Prednost je tudi v tem, da so lahko vključeni starši, da lahko vidijo, kako delamo in kaj počnemo, da lahko znanje uporabljajo in to počnejo tudi doma« (N3). »Dobro

je tudi, da ga lahko uporabljam za otroke z različno diagnozo in različnimi težavami« (N3). Uspešnost pristopa je pogojena s kognitivno zrelostjo otroka, saj mora biti otrok sposoben razumeti, kaj se od njega pričakuje in zahteva: »Razumeti morajo, kaj morajo storiti, kaj želimo, da storijo in da razumejo naše vodenje« (N1).

V raziskavo vključenim terapevtkam se je zdelo pomembno, da se pristop CO-OP oddaljuje od tradicionalnih načinov obravnave, ki temeljijo na nameščanju otroka v določen položaj, ki je potreben za izvedbo aktivnosti, in v ospredje postavlja učenje ter prenos kognitivnih strategij na ostala področja otrokovega delovanja, na katerih se lahko pojavijo težave. Tako se otrok nauči samostojno reševati težave, s katerimi se sooča med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti.

Največ skupnih točk so terapevtke izpostavile med prednostmi pristopa (Tabela 3), večjo razpršenost odgovorov smo našli med

Tabela 3: Mnenje delovnih terapevtk o pristopu CO-OP.**Table 3:** Opinions of occupational therapists on the CO-OP approach.

Učinkovitost / Effectiveness	Prednosti / Advantages	Izzivi / Challenges	Slabosti / Disadvantages
Dobri rezultati [S3]	Partnerski odnos [S1, N1, N2]	Ohranjanje pozornosti pri mlajših otrocih [N3]	Negativen vpliv staršev na obravnavo [S1, N1]
Uspešen pristop za otroke z RMK [S2, S3, N2]	Motiviranost otroka [S1, S2, N1, N2, N3]	Ponotranjiti naučene strategije pri otrocih [N2]	Kognitivna zrelost otroka [S1, S3, N1, N3]
	Prenos naučenih strategij na ostale aktivnosti [S1, N1, N2, N3]	Prilagajanje terapevta [S3, N1]	Potrebna pomoč staršev [S2]
	Vključenost staršev [N1, N2, N3]	Interpretacija pristopa otroku [S2, N1]	Zabrisana meja med vodenjem in učenjem [N1]
	Samozavest in opolnomočenje otroka [N1]	Izbira ustreznih ocenjevalnih instrumentov [S2, N2]	Neprepoznavnost pristopa v Sloveniji [S3]
	Fleksibilnost pristopa [N1, N2, N3]	Motiviranje staršev [S2, S3]	
	Aktivna udeležba otroka [S1, S2, N1, N2, N3]	Verbalno vodenje otroka [S1, S3, N2]	

Legenda/Legend: S – slovenske delovne terapevtke/Slovene occupational therapist; N – nizozemske delovne terapevtke/Dutch occupational therapist

izzivi. Izpostavile so verbalno vodenje otroka, ki je potrebno, da sam najde težavo, in da mu je ne razkrijejo same: »Najtežje mi je držati roke stran od otroka. V smislu, da otroka ne popravljam, da ne rečem, naj se usede naravnost in da noge na določeno mesto, prime stvar na določen način, v tem smislu ...« (S1). Kljub temu, da so terapevte menile, da ima vključitev staršev pozitiven vpliv na otrokovo motivacijo in napredek, so nekatere izmed njih navedle, da je vključevanje staršev in vzdrževanje njihove motiviranosti med obravnavo eden zahtevnejših delov procesa (Tabela 3): »Če starši mislijo, da otrok nikoli ne bo dosegel česa takega (njegov izbrani cilj), otrok težje to stori« (N1).

Poleg tega terapevte slabost pristopa CO-OP vidijo v zabrisani meji med vodenjem in učenjem znotraj samega pristopa. Ena od terapevtk je poudarila dejstvo, da v nekaterih primerih otroka ni mogoče le voditi skozi aktivnost, temveč ga moramo izvedbo aktivnosti sprva naučiti. Prav tako se jim je zdelo zahtevno ohranjati pozornost pri mlajših otrocih in doseči, da otroci v kratkem času ponotranjijo naučene strategije (Tabela 3). Poročale so tudi, da imajo težave pri izbiri ustreznih ocenjevalnih instrumentov, saj je po njihovem mnenju pristop široko strukturiran in jim tako velika izbira ocenjevalnih instrumentov predstavlja izziv.

RAZPRAVA

Glede na večletno uporabo pristopa CO-OP v Sloveniji smo želeli preveriti, kakšne so razlike pri uporabi pristopa v Sloveniji in na Nizozemskem. Glede na poročanje treh delovnih terapevtk iz vsake države smo našli nekaj razlik predvsem pri napotovanju otrok v program in uporabi ocenjevalnih instrumentov.

Na Nizozemskem otroka s težavami pri izvedbi vsakodnevnih aktivnosti lahko v terapijski program napoti tudi učitelj. To je v primerjavi s Slovenijo bolj odprt pristop, ki morda omogoča, da je terapijski pristop dostopen večjemu številu otrok. V klinični praksi na URI Soča se srečujemo z otroki z RMK, ki so k nam napoteni relativno pozno, povprečno v starosti sedem let (15). Če upoštevamo dejstvo, da se težave pri teh otrocih kažejo že veliko prej (1), k temu morda prispeva tudi dejstvo, da morajo starši za pomoč pri teh težavah zaprositi zdravnika. Postopek vključitve otroka je gotovo hitrejši, če ga lahko izpeljemo v okviru izobraževalne ustanove, kamor je otrok že vključen (vrtec ali šola). Temu v prid govori tudi dejstvo, da slovenske delovne terapevte tako dobijo informacije o otrokovem funkcioniranju le od staršev, težje pa od njegovih učiteljev. Slednji imajo lahko bolj natančne in strukturirane informacije predvsem o širših vsakodnevnih aktivnostih, ki za otroka gotovo predstavljajo pomembno frustracijo. Vemo, da to pri otroku z RMK lahko vodi v dodatne težave na področju duševnega zdravja, predvsem povečano aksionoznost in pogostejšo depresijo (16). V Sloveniji je do teh informacij mogoče priti preko Vprašalnika ABC gibanja (5), vendar to ni enakovredno temu, da bi si otrokovo funkcioniranje v šoli lahko ogledali v živo, kar je mogoče na Nizozemskem (Tabela 1).

Razlike smo našli tudi pri napotnih diagnozah. V Sloveniji so bili v obdobju izvedbe raziskave v program CO-OP napoteni

skoraj izključno otroci z RMK, medtem ko so v tem času na Nizozemskem v program že vključevali tudi otroke z drugimi boleznimi ali stanji po poškodbah. Do danes se je klinična praksa v Sloveniji že spremenila in v programe vključujemo tudi otroke s cerebralno paralizo, motnjo avtističnega spektra ter po nezgodni poškodbi glave. To je v skladu z razvojem uporabe CO-OP pristopa v mednarodnem prostoru, kjer se je uporaba razširila na otroke in odrasle z drugimi boleznimi in s težavami v razvoju, kot so motnja avtističnega spektra (17, 18), nezgodna poškodba možganov (19, 20), možganska kap (21-23) in distonija (24).

Nekaj razhajanj smo našli pri ocenjevalnih instrumentih, ki jih delovne terapevte uporabljajo za izhodiščno oceno funkcijskega stanja ter spremljanja otrok v programu CO-OP (Tabela 1). Vse uporabljajo test ABC gibanja (4, 5), če gre za otroke z RMK. V Sloveniji vse v raziskavo vključene delovne terapevte uporabljajo COPM (13), medtem ko delovne terapevte na Nizozemskem uporabljajo Nabor kartic z aktivnostmi otrok (*angl.* Pediatric Activity Card Sort, PACS) (25). To je ocenjevalni instrument, ki ga sestavlja 64 slikovnih kartic, razporejenih v štiri kategorije (osebna nega, dejavnosti v šoli, prosti čas in športne dejavnosti). PACS v Sloveniji uporabijo kot pomoč pri izvedbi COPM, ne pa kot samostojni ocenjevalni instrument. Na Nizozemskem uporabljajo še druge teste, kar je pričakovano, glede na to, da vključujejo otroke z različnimi težavami in da se vključujejo v delo v šolskih programih. Uporabljajo še Kratki test za oceno drobno-gibalnih spretnosti pri predšolskih otrocih (Short Occupational Observation of Preschoolers Fine Motor Skills, KOEK) (26) in Presejalni test za otroke s težavami pri pisanju (*angl.* Screening Tool to Identify Children with Handwriting Impairments, SOS) (27). Ob tem je zanimivo, da ne uporabljajo testa COPM, ki je sicer zlati standard v programu CO-OP (10, 11). Prav s pomočjo tega lahko z otrokom najdemo tistih nekaj aktivnosti, pri katerih ima težave pri izvedbi in je ob tem zelo motiviran, da izboljša njihovo izvedbo. To je pravzaprav eden od pogojev za učinkovito delo (10, 11). Prav tako ne uporabljajo PQRS (14), kar je v nasprotju s priporočili avtoric pristopa (12).

Naslednja razlika med skupinama delovnih terapevtk je ta, da v Sloveniji vedno počakajo, da otrok sam pomisli na pripomoček, ki bi mu morda lahko pomagal, na Nizozemskem pa mu to delovne terapevte ponudijo same. Po našem mnenju tudi to odstopa od osnovnega koncepta CO-OP, pri katerem je ključno prav to, da otrok sam najde strategije, vključno z morebitno uporabo katerega od pripomočkov (12). Ob tem pa vidimo prednost dela terapevtk na Nizozemskem, ki lahko z otrokom delajo tudi zunaj zdravstvene ustanove. To gotovo lahko podpre prenos strategij v domače okolje, ki je glede na trenutno prakso v Sloveniji odvisno od sodelovanja staršev. To je lahko zelo dobro, včasih pa pomanjkljivo ali celo negativno. Terapevte iz obeh držav so prepoznale to vlogo staršev (Tabela 2), hkrati pa tudi poročale o tem, da brez sodelovanja staršev ni uspeha. To je skladno z ugotovitvami Nocka in Ferriterja (28), ki navajata, da so učinki terapij, v katere so vključeni otroci, v veliki večini odvisni od prisotnosti staršev in njihove podpore. Če starši večkrat zamudijo terapijski sestanek ali ne upoštevajo priporočil terapevtov, je napredovanje otroka v veliki meri ogroženo.

Nizozemskim terapevtkam pomembno prednost pristopa CO-OP predstavlja tudi vključenost staršev, saj opažajo, da njihova vključenost prispeva k večji motivaciji otrok in hitrejšemu doseganju ciljev. Hkrati je pristop zasnovan tako, da omogoča in do neke mere tudi zahteva vključenost staršev, ki se s prisotnostjo na terapijah naučijo voditi otroka in lahko naučeno znanje iz terapevtskega okolja prenesejo tudi v vsakdanje aktivnosti, kar otroka še dodatno spodbuja. Domača naloga, ki jo otrok dobi po terapiji, še pospeši učenje kognitivnih strategij in njihov prenos v domače okolje, pri čemer imajo starši pomembno vlogo (29).

Vse terapevtke so bile mnenja, da je CO-OP učinkovit program. To je z rezultati raziskav v zadnjem času dobro podprto tudi v dostopni literaturi. Na voljo je nekaj raziskav, ki dosegajo visoko raven dokazov (29 - 33) in vrsta drugih, ki poročajo o učinkih v majhnih skupinah, serijah primerov ali celo posameznih primerih (34).

Med dejavniki, ki prispevajo k uspehu, so gotovo prednosti, ki so jih naštele delovne terapevtke (Tabela 3). Pomembna je otrokova aktivna vključenost v celoten terapevtski proces, sprejemanje skupnih odločitev med obravnavo, kar prispeva k motivaciji in zadovoljstvu otroka pri obravnavi, upoštevanje njegovih želja in vrednot, sledenje postavljenim ciljem in strukturi obravnave ter opolnomočenje uporabnika. To so tudi tisti dejavniki, o katerih je pisal Elwyn (35), ko je pisal o pomenu vključevanja bolnika v proces odločanja o zdravljenju. Po mnenju terapevtk samostojna izbira ciljev in aktivna vključenost otrok v obravnavo dodatno motivira otroke, kar pozitivno vpliva na potek obravnave, saj so otroci bolj pripravljeni na učenje novih stvari. Tudi Coulter in sodelavci (36) navajajo, da aktivna udeležba otrok omogoča maksimalno vključenost le-teh v terapiji in ima znaten vpliv na njihovo motivacijo za izvedbo aktivnosti, kar vpliva tudi na opolnomočenje in samozavest otrok. Sprejemanje skupnih odločitev med terapevtom in uporabnikom opolnomoči ter dodatno motivira posameznika, da aktivno sodeluje pri svoji oskrbi, kar vodi do boljših in uspešnejših izidov obravnave (36). Za otroke z RMK je namreč značilno, da zaradi neuspešnosti pri izvedbi zahtevnejših nalog opustijo njihovo izvajanje in vključevanje med vrstnike, pri čemer imajo značilno slabšo samopodobo in pogostejše vedenjske težave (1, 16). Namen obravnave ni usmerjen zgolj v doseganje postavljenega cilja, temveč gre za učenje kognitivnih strategij, ki so jih otroci sposobni prenesti na vsa področja svojega delovanja (37).

Kot pomembo prednost uporabe pristopa CO-OP so sodelujoče terapevtke navedle prenos naučenih strategij v aktivnosti vsakdanjega življenja. Po navedbah Missiunove in sodelavcev (10) je razvoj kognitivnih strategij in posploševanje ter prenos naučenih strategij in veščin na ostale aktivnosti otrokovega vsakdana eden glavnih ter najbolj koristnih ciljev pristopa CO-OP. V dostopni literaturi je le malo napisanega o tem, kako zahteven je prehod od tradicionalne delovne terapije k delu po principih CO-OP. Chui je leta 2018 s sodelavkami pisala prav o tem (38). V kvalitativno opisno raziskavo so vključile tri delovne terapevtke, ki so menile, da je CO-OP pristop učinkovit pri doseganju ciljev, ki jih postavi uporabnik. Vodenje odkritje in strategije reševanja težav so se jim zdele unikatne, hkrati pa elementi pristopa, ki so velik izziv. Kot

pomembne dejavnike, ki prispevajo k učinkovitosti, so ocenile kognitivne zmožnosti uporabnika ter kakovost vključevanja družinskega člana (38).

Omejitev rezultatov naše raziskave gotovo predstavlja nizko število vključenih delovnih terapevtk. Vendar večjega števila v Sloveniji nismo mogli vključiti, ker so bile v času raziskave to tudi edine terapevtke z licenco za izvajanje CO-OP pristopa in dovolj izkušnjami pri kliničnem delu z otroki. Kljub temu menimo, da so ugotovljene razlike pomembne, predvsem pri razmišljanju o tem, kako se pristop ob prenosu v klinično prakso lahko spremeni, če se terapevti na držijo jasnih priporočil avtorjev. Podobno je ugotovila že Andersonova v preglednem članku in zaključila, da ta odstopanja od predvidenega protokola dela omejujejo veljavnost raziskav o učinkovitosti pristopa CO-OP (39).

ZAKLJUČEK

Analiza razlik pri uporabi CO-OP pristopa med slovenskimi in nizozemskimi delovnimi terapevtkami je pokazala, da imajo vse pozitivne izkušnje z uporabo CO-OP pristopa, vendar je med njimi, predvsem pri napotovanju otrok, začetnem testiranju in deloma tudi pri sami izvedbi programa nekaj razlik. V času raziskave so CO-OP pristop na Nizozemskem že začeli uporabljati pri otrocih s širšim naborom težav in ne le pri otrocih z razvojno motnjo koordinacije. Vse terapevtke vidijo pomembno vlogo otrok in njihovih staršev v terapevtskem programu. Skupni so jim tudi pozitivni vidiki in izzivi. Najzahtevnejši vidik pristopa CO-OP je verbalno vodenje otroka med obravnavo, ohranjanje njegove motivacije za sodelovanje ter prenos naučenih strategij na ostale aktivnosti v domačem okolju. Slabosti pristopa vidijo v možnem negativnem vplivu staršev na izid obravnave.

Literatura:

1. Geuze RH, Jongmans MJ, Shoemaker MM, Smits-Engelsman BCM. Clinical and research diagnostic criteria for DCD: a review and discussion. *Human Movement Science*. 2001; 20: 7-47.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Henderson SE, Sugden DA. Movement assessment battery for children. Kent, UK: The Psychological Corporation; 1992.
4. Henderson SE, Sugden, DA, Barnett AL. Movement assessment battery for children, 2nd ed. London: Pearson Psychological Corporation; 2007.
5. Henderson SE, Sugden DA. Baterija za oceno otrokovega gibanja: (ABC gibanja): priročnik. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva; 2005.
6. Blank R, Barnett AL, Cairney, Green D, Kirby A, Polatajko H. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol*. 2019; 61(2): 242-85.
7. Smits-Engelsman BC, Blank R, van der Kaay AC, van der Meijs RM, van den Brand EV, Polatajko HJ, et al. Efficacy of

- interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2013; 55: 229–37.
8. Wall AE, Reid G, Paton J. The syndrome of physical awkwardness. In: Reid G, ed. *Problems in movement control.* Amsterdam: Elsevier; 1990: 284–316.
 9. Goodgold-Edwards SA, Beshere N, Murphy K, MacNeil D, Daoust B. Cognitive strategies during a reciprocal tapping task. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1997; 17(3): 1–19.
 10. Missiuna C, Mandich AD, Polatajko HJ, Malloy-Miller T. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): part I - theoretical foundations. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2001; 20(2–3): 69–81.
 11. Polatajko HJ, Mandich AD, Miller LT, Macnab JJ. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): part II – the evidence. In: Missiuna C, ed. *Children with developmental coordination disorder: strategies for success.* New York: Haworth Press; 2001: 83–106.
 12. International Cognitive Approaches Network. Dostopno na: <https://icancoop.org> (citirano 3. 1. 2020).
 13. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *The Canadian Occupational Performance Measure.* 4th ed. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2005.
 14. Martini R, Rios J, Polatajko H, Wolf T, McEwen S. The performance quality rating scale (PQRS): reliability, convergent validity, and internal responsiveness for two scoring systems. *Disabil Rehabil.* 2014; 37(3): 231–8.
 15. Groleger Sršen K, Korelc S, Brezovar D, Jokič C. Učinkovitost kognitivnega pristopa v procesu učenja učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti pri delu z otroki z razvojno motnjo koordinacije: preliminarni rezultati. *Rehabilitacija.* 2013; 12(3): 29–38.
 16. Çağla P. Physical and mental health of children with developmental coordination disorder. *Front Public Health.* 2016; 4: 224.
 17. Rodger S, Springfield E, Polatajko HJ. Cognitive orientation for daily occupational performance approach for children with Asperger's syndrome: a case report. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2007; 27(4): 7–22.
 18. Izadi-Najafabadi S, Mirzakhani-Araghi N, Miri-Lavasani N, Nejati V, Pashazadeh-Azari Z. Implicit and explicit motor learning: Application to children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Res Dev Disabil.* 2015; 47: 284–96.
 19. Dawson DR, Gaya A, Hunt A, Lemsy C, Levine B, Lo A, et al. Brain injury. *Can J Occup Ther.* 2009; 76(2): 115–27.
 20. Dawson DR, Anderson ND, Binns MA, Bottari C, Damianakis T, Hunt A, et al. Managing executive dysfunction following acquired brain injury and stroke using an ecologically valid rehabilitation approach: a study protocol for a randomized, controlled trial. *Trials.* 2013; 14: 306.
 21. Henshaw E, Polatajko H, McEwen S, Ryan JD, Baum CM. Cognitive approach to improving participation after stroke: two case studies. *Am J Occup Ther.* 2011; 65(1): 55–63.
 22. Skidmore ER, Holm MB, Whyte EM, Dew MA, Dawson D, Becker JT. A case report examining the feasibility of meta-cognitive strategy training in acute inpatient stroke rehabilitation. *Neuropsychol Rehabil.* 2011; 21(2): 208–23.
 23. McEwen SE, Polatajko HJ, Huijbregts MPJ, Ryan JD. Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychol Rehabil.* 2010; 20(4): 541–61.
 24. Gimeno H, Brown RG, Lin JP, Cornelius V, Polatajko HJ. Cognitive approach to rehabilitation in children with hyperkinetic movement disorders post-DBS. *Neurology.* 2019; 92(11): e1212–e1224.
 25. Mandich A, Polatajko H, Miller L, Baum C. *The Paediatric Activity Card Sort (PACS).* Ottawa: CAOT Publications; 2004.
 26. Van Hartingsveldt M. *Korte Observatie Ergotherapie Kleuters (KOEK).* Nijmegen: Ergoboek; 2006.
 27. Waelvelde H, Hellinckx T, Peersman W, Smits-Engelsman BC. SOS: a screening instrument to identify children with handwriting impairments. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2012; 32(3): 306–19.
 28. Nock MK, Ferriter C. Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: a conceptual review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2005; 8(2): 149–66.
 29. Miller LT, Missiuna CA, Polatajko HJ, Mandich AD, McNab JJ. A pilot trial of cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. *Hum Mov Sci.* 2001; 20(1–2): 183–210.
 30. Cameron D, Craig T, Edwards B, Missiuna C, Schwellnus H, Polatajko HJ. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): a new approach for children with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2017; 37(2): 183–98.
 31. Jackman M, Novak I, Lannin N, Froude E, Miller L, Galea C. Effectiveness of cognitive orientation to daily occupational performance over and above functional hand splints for children with cerebral palsy or brain injury: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr.* 2018; 18(1): 248.
 32. Jackman M, Novak I, Lannin NA, Galea C, Froude E. The Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach: best responders in children with cerebral palsy and brain injury. *Res Dev Disabil.* 2018; 78: 103–13.
 33. Thornton A, Licari M, Reid S, Armstrong J, Fallows R, Elliott C. Cognitive orientation to daily occupational performance intervention leads to improvements in impairments, activity and participation in children with developmental coordination disorder. *Disabil Rehabil.* 2016; 38(10): 979–86.
 34. Groleger Sršen K, Korelc S. Učinkovitost kognitivnega pristopa v procesu učenja učinkovitega izvajanja vsakodnevnih aktivnosti pri otrocih: pregledni članek. *Rehabilitacija.* 2020; 19(Supl 1): 66–72.
 35. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000; 50(460): 892–9.
 36. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Health system and policy analysis. World Health Organisation (WHO); 2008. Dostopno na: <http://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf> (citirano 23.03.2020).
 37. Polatajko HJ, Mandich A. *Enabling occupation in children: the cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach.* 1st ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2006: 1–16.
 38. Chui ALY, Mazzitti D, Nalder E, Cameron D, Polatajko H, Dawson DR. Therapists' experience of the cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach: shifting from conventional practice. *Scand J Occup Ther.* 2018; 27(2): 1–9.
 39. Anderson L, Wilson J, Williams G. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) as group therapy for children living with motor coordination difficulties: an integrated literature review. *Aust Occup Ther J.* 2017; 64(2): 170–84.